保育所における感染症対策ガイドライン
(2018 年改訂版)

厚　生　労　働　省

2018(平成 30)年 3 月

はじめに

「保育所における感染症対策ガイドライン」は、乳幼児期の特性を踏まえた保育所における感染症対策の基本を示すものとして、2009（平成 21）年８月に厚生労働省雇用均等・児童家庭局保育課長通知により発出されました。その後、2012（平成 24）年に学校保健安全法施行規則（昭和 33 年文部省令第 18 号）が一部改正されたことなどを受けて、2012（平成 24）年 11 月に本ガイドラインの改訂が行われ、各保育所において活用いただいています。

今般、本ガイドラインについて、前回の改訂から５年が経過し、保育所保育指針の改定や関係法令等の改正、感染症対策に関する最新の知見等が得られたことを踏まえ、有識者による「保育所における感染症対策ガイドラインの見直し検討会」における検討を経て、２回目の改訂を行いました。

今回の改訂では、2018（平成 30）年４月より適用される改定後の保育所保育指針（平成 29 年厚生労働省告示第 117 号）を踏まえ、保育士等の衛生知識の向上の観点から、本ガイドラインが医療の専門家ではない保育士等にも積極的に活用いただけるものとなるよう、実用性に留意し、全体構成を整理・再編するとともに、各節の冒頭に要点を示すなど、記載方法等の工夫を行いました。また、新たに「関係機関との連携」に係る項目を設け、保育所と医療・保健機関、行政機関等との連携の重要性等を明記しました。さらに、関係法令等の改正に伴い、記載する情報を現時点で最新のものに改めたほか、近年の感染症対策に関する研究成果等による知見を踏まえ、個別の感染症の症状や予防、感染拡大防止策等に関する記載の充実を図りました。

各保育所においては、本ガイドラインを十分に活用し、施設長の責任の下、全職員が子どもの健康及び安全に関する共通認識を深め、感染症対策に組織的に取り組んでいくことが求められます。また、本ガイドラインの趣旨及び内容が、保育所をはじめとする多様な保育の現場に加え、医療・保健機関や行政機関等の関係者にも広く浸透するとともに、子育て中の保護者にも理解されることによって、さらなる連携のもと、子どもたちの健やかな育ちが保障されることを期待しています。

2018（平成 30）年３月

厚生労働省子ども家庭局保育課長

巽　慎一

目　次

１．感染症に関する基本的事項 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・１

（１）感染症とその三大要因 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・１
（２）保育所における感染症対策 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・１
（３）学校における感染症対策 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・３

２．感染症の予防 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・６

（１）感染予防 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・６
ア）感染源対策 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・６
イ）感染経路別対策 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・８
ウ）感受性対策（予防接種等） ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・18
エ）健康教育 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・24
（２）衛生管理 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・27
ア）施設内外の衛生管理 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・27
イ）職員の衛生管理 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・30

３．感染症の疑い時・発生時の対応 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・31

（１）感染症の疑いのある子どもへの対応 ・・・・・・・・・・・・・・・31
（２）感染症発生時の対応 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・32
（３）罹患した子どもが登園する際の対応 ・・・・・・・・・・・・・・・33

４．感染症対策の実施体制 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・34

（１）記録の重要性・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・34
（２）医療関係者の役割等・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・35
ア）嘱託医の役割と連携・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・35
イ）看護師等の役割と責務・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・35
（３）関係機関との連携・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・36
（４）関連情報の共有と活用 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・37
（５）子どもの健康支援の充実 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・38

別添１　具体的な感染症と主な対策（特に注意すべき感染症）・・・・・・・39
別添２　保育所における消毒の種類と方法 ・・・・・・・・・・・・・・・68
別添３　子どもの病気　～症状に合わせた対応～ ・・・・・・・・・・・71
別添４　医師の意見書及び保護者の登園届 ・・・・・・・・・・・・・・78
参　考　感染症対策に資する公表情報 ・・・・・・・・・・・・・・・・・83
関係法令等 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・86
「保育所における感染症対策ガイドラインの見直し検討会」開催要綱 ・・・94
（構成員名簿、検討経過を含む）

１．感染症に関する基本的事項

（１）感染症とその三大要因

○　感染症が発生するためには、以下の三つの要因が必要である。
・病原体を排出する「感染源」
・病原体が人、動物等に伝播（でんぱ）する（伝わり、広まる）ための「感染経路」
・病原体に対する「感受性」が存在する人、動物等の宿主

ウイルス、細菌等の病原体が人、動物等の宿主の体内に侵入し、発育又は増殖することを「感染」といい、その結果、何らかの臨床症状が現れた状態を「感染症」といいます。病原体が体内に侵入してから症状が現れるまでには、ある一定の期間があり、これを「潜伏期間」といいます。潜伏期間は病原体の種類によって異なるため、乳幼児がかかりやすい主な感染症について、それぞれの潜伏期間を知っておくことが必要です。

また、感染症が発生するためには、病原体を排出する「感染源」、その病原体が宿主に伝播（でんぱ）する（伝わり、広まる）ための「感染経路」、そして病原体の伝播（でんぱ）を受けた「宿主に感受性が存在する（予防するための免疫が弱く、感染した場合に発症する）こと」が必要です。「感染源」、「感染経路」及び「感受性が存在する宿主」の３つを感染症成立のための三大要因といいます。乳幼児期の感染症の場合は、これらに加えて、宿主である乳幼児の年齢等の要因が病態に大きな影響を与えます。

子どもの命と健康を守る保育所においては、全職員が感染症成立のための三大要因と主な感染症の潜伏期間や症状、予防方法について知っておくことが重要です。また、乳幼児期の子どもの特性や一人一人の子どもの特性に即した適切な対応がなされるよう、保育士等が嘱託医や医療機関、行政の協力を得て、保育所における感染症対策を推進することが重要です。

（２）保育所における感染症対策

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

（感染症対策において理解すべき乳幼児の特徴）

保育所において、子どもの健康増進や疾病等への対応と予防は、保育所保育指針に基づき行われています。また、乳幼児が長時間にわたり集団で生活する保育所では、一人一人の子どもの健康と安全の確保だけではなく、集団全体の健康と安全を確保しなければなりません。特に感染症対策については、次のことをよく理解した上で、最大限の感染拡大予防に努めることが必要です。

（保育所における乳幼児の生活と行動の特徴）

・集団での午睡や食事、遊び等では子ども同士が濃厚に接触することが多いため、飛沫感染や接触感染が生じやすいということに留意が必要である。
・特に乳児は、床をはい、また、手に触れるものを何でも舐めるといった行動上の特徴があるため、接触感染には十分に留意する。
・乳幼児が自ら正しいマスクの着用、適切な手洗いの実施、物品の衛生的な取扱い等の基本的な衛生対策を十分に行うことは難しいため、大人からの援助や配慮が必要である。

（乳児の生理的特性）

・感染症にかかりやすい

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

・呼吸困難になりやすい

成人と比べると鼻道や後鼻孔が狭く、気道も細いため、風邪等で粘膜が少し腫れると息苦しくなりやすい。

・脱水症をおこしやすい

乳児は、年長児や成人と比べると、体内の水分量が多く、１日に必要とする体重当たりの水分量も多い。このため、発熱、嘔吐、下痢等によって体内の水分を失ったり、咳、鼻水等の呼吸器症状のために哺乳量や水分補給が減少したりすることで、脱水症になりやすい。

（保育所における感染症対策の基本）

保育所における感染症対策では、抵抗力が弱く、身体の機能が未熟であるという乳幼児の特性等を踏まえ、感染症に対する正しい知識や情報に基づき、適切に対応することが求められます。また、日々感染予防の努力を続けていても、保育所内への様々な感染症の侵入・流行を完全に阻止することは不可能です。このことを理解した上で、感染症が発生した場合の流行規模を最小限にすることを目標として対策を行うことが重要です。

例えば、保育所ではインフルエンザ、ノロウイルス感染症等の集団感染がしばしば発生しますが、これらの感染症においては、ほぼ症状が消失した状態となった後でも患者がウイルスを排出していることがあります。このため、罹患児が症状改善後すぐに登園することにより、病原体が周囲に伝播してしまう可能性があります。保育所内での感染を防止するためには、それぞれの感染症の特性を考慮した上で、症状が回復して感染力が大幅に減少するまでの間、罹患児の登園を避けるよう保護者に依頼する等の対応を行うことが重要です。

（参照：「別添１　具体的な感染症と主な対策（特に注意すべき感染症）」（p. 39））

また、典型的な症状があり、感染症に罹患していると医師から診断された子どもだけではなく、その他の子どもや保育所に勤務する職員の中に、感染しているにも関わらず、明らかな症状が見られない不顕性感染者や、症状が軽微であるため医療機関受診にまでは至らない軽症の患者、典型的な症状が出現する前の段階ではあるが病原体を排出している患者が少なからず存在している可能性があります。このため、このことを理解した上で感染症対策に取り組んでいくことが重要となります。

さらに、これまで発生したことがない新しい感染症が国内に侵入・流行した場合、侵入・

流行している地域では少なからず社会的な混乱が生じることが予想されます。このような状況下で保育所には、

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

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

（３）学校における感染症対策

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

（学校保健安全法と保育所における感染症対策）

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

保育所は児童福祉施設ではありますが、子どもの健康診断及び保健的対応については学校保健安全法に準拠して行われています。また、学校保健安全法に規定された、学校において予防すべき感染症への対策は、保育所における感染症対策を実施する上で参考になるものです。

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

（学校において予防すべき感染症の種類）

学校において予防すべき感染症の種類には、第一種、第二種及び第三種の感染症があります（表１）。第一種の感染症には、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（平成 10 年法律第 114 号。以下「感染症法」という。）の一類感染症と、結核を除く二類感染症が該当します。第二種の感染症には、空気感染又は飛沫感染する感染症で、児童生徒等の罹患が多く、学校において流行を広げる可能性が高い感染症が該当します。第三種の感染症には、学校教育活動を通じ、学校において流行を広げる可能性がある感染症が該当します。なお、第一種又は第二種以外の感染症について、学校で通常見られないような重大な流行が起こった場合には、その感染拡大を防ぐため、必要があるときに限り、校長が学校医の意見を聞き、第三種の感染症として緊急的に措置をとることが可能です。第三種の感染症として出席停止の指示をするか否かは、各地域での状況等を考慮して判断する必要があります。

なお、平成 27 年 1 月に学校保健安全法施行規則（昭和 33 年文部省令第 18 号）が改正され、学校において予防すべき感染症の種類が追加されました。

表１：学校保健安全法施行規則第 18 条における感染症の種類について

（2018（平成 30）年３月現在）

第一種の感染症	エボラ出血熱、クリミア・コンゴ出血熱、痘そう、南米出血熱、ペスト、マールブルグ病、ラッサ熱、急性灰白髄炎、ジフテリア、重症急性呼吸器症候群（病原体がベータコロナウイルス属ＳＡＲＳコロナウイルスであるものに限る。）、中東呼吸器症候群（病原体がベータコロナウイルス属ＭＥＲＳコロナウイルスであるものに限る。）及び特定鳥インフルエンザ（感染症法第６条第３項第６号に規定する特定鳥インフルエンザをいう。） ※　上記に加え、感染症法第６条第７項に規定する新型インフルエンザ等感染症、同条第８項に規定する指定感染症、及び同条第９項に規定する新感染症は、第一種の感染症とみなされます。
第二種の感染症	インフルエンザ（特定鳥インフルエンザを除く）、百日咳、麻しん、流行性耳下腺炎、風しん、水痘、咽頭結膜熱、結核及び侵襲性髄膜炎菌感染症（髄膜炎菌性髄膜炎）
第三種の感染症	コレラ、細菌性赤痢、腸管出血性大腸菌感染症、腸チフス、パラチフス、流行性角結膜炎、急性出血性結膜炎その他の感染症

（出席停止と臨時休業）

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

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

＜学校保健安全法施行規則第 19 条における出席停止の期間の基準＞

○　第一種の感染症：治癒するまで

○　第二種の感染症（結核及び髄膜炎菌性髄膜炎を除く）：

次の期間（ただし、病状により学校医その他の医師において感染のおそれがないと認めたときは、この限りでない。）

・インフルエンザ（特定鳥インフルエンザ及び新型インフルエンザ等感染症を除く。）

……発症した後５日を経過し、かつ解熱した後２日（幼児にあっては３日）を経過するまで

・百　　日　　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、顎下腺又は舌下腺の腫脹が発現した後５日を経過し、かつ全身状態が良好になるまで
・風　　し　　ん……発しんが消失するまで
・水　　痘……すべての発しんが痂皮（かさぶた）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

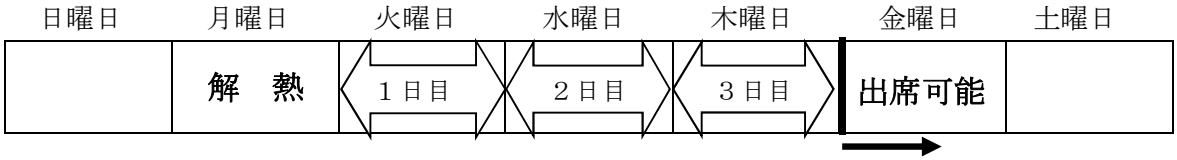
○　結核、侵襲性髄膜炎菌感染症（髄膜炎菌性髄膜炎）及び第三種の感染症：
病状により学校医その他の医師において感染のおそれがないと認めるまで

＜出席停止期間の算定について＞

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

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

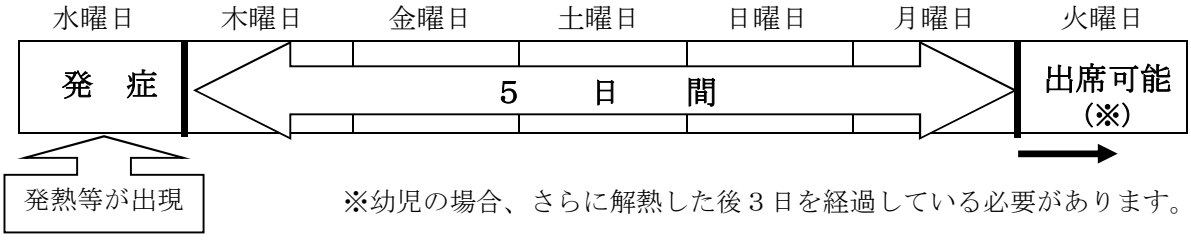
図１　「出席停止期間：解熱した後３日を経過するまで」の考え方



また、インフルエンザにおいて「発症した後５日」という時の「発症」とは、一般的には「発熱」のことを指します。日数の数え方は上記と同様に、発症した日（発熱が始まった日）は含まず、その翌日から１日目と数えます（図２）。「発熱」がないにも関わらずインフルエンザと診断された場合は、インフルエンザにみられるような何らかの症状がみられた日を「発症」した日と考えて判断します。

なお、インフルエンザの出席停止期間の基準は、「“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」であるため、この両方の条件を満たす必要があります。

図２　インフルエンザに関する出席停止期間の考え方



※幼児の場合、さらに解熱した後３日を経過している必要があります。

２．感染症の予防

（１） 感染予防

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

保育所の各職員は、これらのことについて十分に理解するとともに、保育所における日々の衛生管理等に活かすことが必要です。また、保護者に対して、口頭での説明、保健だより等の文書での説明、掲示等を通じて、わかりやすく伝えることが求められます。

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

ア） 感染源対策

○　発症している「患者」は大量の病原体を周囲に排出しているので、症状が軽減して一定の条件を満たすまでは登園を控えてもらうことが重要である。
○　感染源となり得る感染者は「患者」と認識されている者だけではなく、他の子どもや職員の中にも「患者」と認識されないまま存在している。このことを常に意識して感染症対策を実施することが重要である。

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

周囲も認識するほどはっきりと発症している「患者」は大量の病原体を周囲に排出していることが多いため、医務室等の別室で保育することや症状が軽減して一定の条件を満たすまで登園を控えてもらうことが重要です。

発症している患者には注意が払われますが、感染症によっては、潜伏期間中にすでに病原体が体外に排出されている場合や症状が認められなくなった後も長期間に渡って病原体が体外に排出されている場合があります。その上、保育所内には、同じように感染しているにも関わらず、明らかな症状が見られない不顕性感染者や、症状が軽微であるため医療機関受診にまでは至らない軽症の患者、典型的な症状が出現する前の段階ではあるが病原体を排出している患者が存在していることが少なくありません。

特に保育所の職員は成人であるため、子どもたちと比べてはるかに高い体力・免疫力を持っています。このため、子どもたちが感染した場合には、その多くが発症する一方、職員が感染した場合には、不顕性感染やごく軽い症状で済むことで、自分が感染しているとは全く気付かないままに感染源となってしまう可能性があります。

「感染源となり得る感染者は、「患者」と認識されている者だけではなく、他の子どもや職員の中にも「患者」と認識されないまま存在している」ということを、常に意識しながら、日常の保育に取組む必要があります。「患者」以外に誰が感染しているのかを特定することはできないので、感染症の流行期間中は、互いに感染源や感染者とならないように、

各職員が当該感染症の感染経路別の対策を理解し、実行するよう努めましょう。

食材保管に際しては、適切な温度管理を実施する、加熱可能なものは十分に加熱するなどの対策を実施し、病原性のある細菌、ウイルス等を含む食品を提供しないように心掛けることが大切です。

また、保育所内で飼育している動物が保有する細菌（例えば、カメ等のは虫類が所有するサルモネラ属菌）等が人に感染することもあるため、保育所内で飼育している動物か否かに関わらず、動物に触れた後や動物を飼育している場所を清掃した後には、石けんを用いた流水での手洗いを徹底することが重要です。

イ）感染経路別対策

○　保育所で特に注意すべき主な感染症の感染経路には、飛沫感染、空気感染（飛沫核感染）、接触感染、経口感染、血液媒介感染、蚊媒介感染があり、それぞれに応じた対策をとることが重要である。
○　病原体の種類によっては、複数の感染経路をとるものがあることに留意する。

①飛沫感染

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

保育所では特に子ども同士や職員との距離が近く、日頃から親しく会話を交わしたり、集団で遊んだり、歌を歌ったりするなどの環境にあります。また、子どもの中には、様々な感染症に感受性が高い（予防するための免疫が弱く、感染した場合に発症しやすい）者が多く存在します。これらのため、飛沫感染を主な感染経路とするインフルエンザ等の呼吸器感染症の流行が、保育所等の乳幼児の集団生活施設を中心に多く見られます。

飛沫感染は、多くの場合、飛沫を浴びないようにすることで防ぐことができます。感染している者から２ｍ以上離れることや感染者がマスクを着用などの咳エチケットを確実に実施することが保育所での呼吸器感染症の集団発生の予防に有効となります。

＜飛沫感染する主な病原体＞

細　　菌：A群溶血性レンサ球菌、百日咳菌、インフルエンザ菌、肺炎球菌、肺炎マイコプラズマ　等

ウイルス：インフルエンザウイルス（※）、ＲＳウイルス（※）、アデノウイルス、風しんウイルス、ムンプスウイルス、エンテロウイルス、麻しんウイルス、水痘・帯状疱しんウイルス　等

※インフルエンザ

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

保育所内でインフルエンザが疑われる事例が発生した場合には、速やかに医務室等の別室で保育するなど、他の子どもから隔離します。飛沫感染対策として、職員全員がマスク着用などの咳エチケットを行うとともに、マスクを着用できる年齢の子どもに対して、インフルエンザ流行期間中のマスク着用などの咳エチケットを実施するよう促すことが重要です。また、接触感染対策として、流行期間中は手洗い等の手指の衛生管理を励行することが重要です。

（参照：「別添１（２）インフルエンザ」（p. 41））

※ＲＳウイルス感染症

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

流行期、保育所では０歳児と１歳以上のクラスを互いに接触しないよう離しておき、互いの交流を制限します。特に、呼吸器症状がある年長児が乳児に接触することを避けてください。 （参照：「別添１（19）ＲＳウイルス感染症」（p. 59））

（保育所における具体的な対策）

・飛沫感染対策の基本は、病原体を含む飛沫を吸い込まないようにすることです。
・はっきりとした感染症の症状がみられる子ども（発症者）については、登園を控えてもらい、保育所内で急に発病した場合には医務室等の別室で保育します。
※　ただし、インフルエンザのように、明らかな症状が見られない不顕性感染の患者や症状が軽微であるため、医療機関受診にまでは至らない軽症の患者が多い感染症の場合には、発症者を隔離するのみでは、完全に感染拡大を防止することはできないということに注意が必要です。
・不顕性感染の患者等を含めて、全ての「感染者」を隔離することや皆が２ｍの距離をとって生活することは現実的ではないため、飛沫感染する感染症が保育所内で流行することを防ぐことは容易ではありません。流行を最小限に食い止めるためには、日常的に全員が咳エチケットを実施することが大切です。
・保育所等の子どもの集団生活施設では、職員が感染しており、知らない間に感染源となるということがあるため、職員の体調管理にも気を配ります。

＜咳エチケット＞

飛沫感染による感染症が保育所内で流行することを最小限に食い止めるために、日常的に咳エチケットを実施しましょう。素手のほか、ハンカチ、ティッシュ等で咳やくしゃみを受け止めた場合にも、すぐに手を洗いましょう。

① マスクを着用する（口や鼻を覆う）

・咳やくしゃみを人に向けて発しないようにし、咳が出る時は、できるだけマスクをする。

② マスクがないときには、ティッシュやハンカチで口や鼻を覆う

・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。

③ とっさの時は、袖で口や鼻を覆う。

・マスクやティッシュ、ハンカチが使えない時は、長袖や上着の内側で口や鼻を覆う。

図３　咳エチケットについて

（参照：「（参考）感染症対策に資する公表情報」（p. 85））

②空気感染（飛沫核感染）

感染している人が咳やくしゃみ､会話をした際に口から飛び出した小さな飛沫が乾燥し、その芯となっている病原体（飛沫核）が感染性を保ったまま空気の流れによって拡散し、それを吸い込むことで感染します。飛沫感染の感染範囲は飛沫が飛び散る２ｍ以内に限られていますが、空気感染は室内等の密閉された空間内で起こるものであり、その感染範囲は空調が共通の部屋間等も含めた空間内の全域に及びます。

＜空気感染する主な病原体＞

細　　菌：結核菌　等

ウイルス：麻しんウイルス（※)、水痘・帯状疱しんウイルス　等

※麻しん（はしか）

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

万一保育所内で麻しんが発生した場合、保健所と連携して感染拡大防止のための対策を講じる必要があります。　（参照：「別添１（１）麻しん（はしか)」(p. 40)）

（保育所における具体的な対策）

- 空気感染する感染症のうち保育所で日常的に注意すべきものは、「麻しん」、「水痘」及び「結核」です。
- 空気感染対策の基本は「発症者の隔離」と「部屋の換気」です。
- 「結核」は排菌している患者と相当長時間空間を共有しないと感染しませんが、「麻しん」や「水痘」の感染力は非常に強く、発症している患者と同じ部屋に居た者は、たとえ一緒に居た時間が短時間であっても、既に感染している可能性が高いと考えられます。
- 「麻しん」や「水痘」では、感染源となる発病者と同じ空間を共有しながら、感染を防ぐことのできる有効な物理的対策はないため、ワクチン接種が極めて有効な予防手段です。

③接触感染

感染源に直接触れることで伝播がおこる感染（握手、だっこ、キス等）と汚染された物を介して伝播がおこる間接接触による感染（ドアノブ、手すり、遊具等）があります。通常、接触感染は、体の表面に病原体が付着しただけでは感染は成立しませんが、病原体が体内に侵入することで感染が成立します。病原体の付着した手で口、鼻又は眼をさわること、病原体の付着した遊具等を舐めること等によって病原体が体内に侵入します。また、傷のある皮膚から病原体が侵入する場合もあります。

＜接触感染する主な病原体＞

細　　菌：黄色ブドウ球菌、インフルエンザ菌、肺炎球菌、百日咳菌、腸管出血性大腸菌

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

ダ　　ニ：ヒゼンダニ　等

昆　　虫：アタマジラミ　等

真　　菌：カンジダ菌、白癬菌　等

＊　接触感染によって拡がりやすいものとして保育所で特に注意する必要がある病原体は、

・感染性胃腸炎の原因であるノロウイルス（※）やロタウイルス
・咽頭結膜熱や流行性角結膜炎の原因であるアデノウイルス
・手足口病やヘルパンギーナの原因であるエンテロウイルス
・伝染性膿痂しん（とびひ）の原因である黄色ブドウ球菌
・咽頭炎等の原因である溶血性レンサ球菌

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

＊　腸管出血性大腸菌感染症は、毎年国内の複数の保育所で接触感染による集団発生がみられます。感染後の重症化率が高く、注意が必要な感染症です。

※ノロウイルス感染症

ノロウイルス感染症は、嘔吐と下痢が主症状であり、脱水を合併することがあります。経口感染や飛沫感染、接触感染によって感染が拡大します。嘔吐物等の処理が不十分な場合、乾燥した嘔吐物から空気感染が起こることがあります。現在使用可能なワクチンはありません。

流水での手洗いを徹底するとともに、嘔吐・下痢が見られた際の処理手順を職員間で共有するなど、迅速に対応することができる体制を整えることが大切です。

（参照：「別添１（17）①ウイルス性胃腸炎（ノロウイルス感染症）」（p. 56））
（参照：「別添３③嘔吐」（p. 74）・「別添３④下痢」（p. 73））

（保育所における具体的な対策）

・接触によって体の表面に病原体が付着しただけでは感染は成立しません。
・遊具を直接なめるなどの例外もありますが、多くの場合は病原体の付着した手で口、鼻又は眼をさわることによって、体内に病原体が侵入して感染が成立します。
・最も重要な対策は手洗い等により手指を清潔に保つことです。適切な手洗いの手順に従って、丁寧に手洗いすることが接触感染対策の基本であり、そのためには、全ての職員が正しい手洗いの方法を身につけ、常に実施する必要があります。忙しいことを理由に手洗いが不十分になることは避けなければなりません。また、保育所等の乳幼児の集団生活施設においては、子どもの年齢に応じて、手洗いの介助を行うことや適切な手洗いの方法を指導することが大切です。
・タオルの共用は絶対にしないようにします。手洗いの時にはペーパータオルを使用することが理想的です。ペーパータオルの常用が困難な場合でも、感染対策の一環として、ノロウイルス、ロタウイルス等による感染性胃腸炎が保育所内で発生している期間中は、ペーパータオルを使用することが推奨されます。
・固形石けんは、１回ずつ個別に使用できる液体石けんと比較して、保管時に不潔になりやすいということに注意が必要です。
・消毒には適切な「医薬品」及び「医薬部外品」を使います。嘔吐物、下痢便、患者の血液等の体液が付着している箇所については、それらを丁寧に取り除き、適切に処理した後に消毒を行います。嘔吐物等が残っていると、その後の消毒効果が低下します。また、消毒は患者が直接触った物を中心に適切に行います。

（参照：「別添２ 保育所における消毒の種類と方法」（p.68））

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

＜正しい手洗いの方法＞

以下の手順で、30 秒以上、石けんを用いて流水で行いましょう。

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

＊　年齢の低い子どもには手洗いが難しいので、保護者や保育士、年上の子どもが一緒に洗う、手本を示すなどして、少しずつ手洗いを覚えさせていきましょう。

図４　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
http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/osirase/tp0628-1/

④ 経口感染

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

＜経口感染する主な病原体＞

細　　菌：腸管出血性大腸菌（※）、黄色ブドウ球菌、サルモネラ属菌、カンピロバクター属菌、赤痢菌、コレラ菌　等

ウイルス：ロタウイルス、ノロウイルス、アデノウイルス、エンテロウイルス　等

※腸管出血性大腸菌感染症（O157、O26、O111 等）

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

患者発生時には、速やかに保健所に相談し、保健所の指示に従い消毒を徹底するとともに、保健所と連携して感染拡大防止のための対策を講じる必要があります。

（参照：「別添１（10）腸管出血性大腸菌感染症（O157、O26、O111 等）」（p.49））

（保育所における具体的な対策）

・経口感染対策としては、食材を衛生的に取り扱うことや適切な温度管理を行うこと、病原微生物が付着･汚染している可能性のある食材を十分に加熱することが重要です。
・保育所では、通常、生肉や生魚、生卵が食事に提供されることはないと考えられますが、魚貝類、鶏肉、牛肉等には、ノロウイルス、カンピロバクター属菌、サルモネラ属菌、腸管出血性大腸菌等が付着・汚染している場合があり、生や加熱不十分な状態で食することによる食中毒が少なからず認められています。
・また、サラダ、パン等の調理の過程で加熱することが少ない食材にノロウイルス等の病原微生物が付着することがあります。それを多数の人が摂取することによって、集団食中毒が発生した例も多くあります。
・調理器具の洗浄及び消毒を適切に行うことが大切です。また、生肉等を取り扱った後の調理器具で、その後の食材を調理しないことが大切です。このことは、家庭でも同様に大切なことであるため、家庭でも実践していただくことが重要です。
・ノロウイルス、腸管出血性大腸菌等では、不顕性感染者が感染症に罹患していることに気付かないまま病原体を排出している場合があるため、調理従事者が手指の衛生管理や体調管理を行うことが重要です。

⑤血液媒介感染

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

＜血液媒介感染する主な病原体＞

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

（保育所における具体的な対策）

・日々の保育の中で、子どもが転んだり、怪我をしたりすることはしばしば見られ、また、ひっかき傷や噛み傷、すり傷、鼻からの出血が日常的に見られます。このため、血液や傷口からの滲出液に周りの人がさらされる機会も多くあります。皮膚の傷を通して、病原体が侵入する可能性もあります。子どもや職員の皮膚に傷ができたら、できるだけ早く傷の手当てを行い、他の人の血液や体液が傷口に触れることがないようにしましょう。

・ひっかき傷等は流水できれいに洗い、絆創膏やガーゼできちんと覆うようにしましょう。また、子どもの使用するコップ、タオル等には、唾液等の体液が付着する可能性があるため、共有しないことが大切です。

・子どもが自分で血液を適切に処理することは困難であるため、その処理は職員の手に委ねられることになります。保育所の職員は子どもたちの年齢に応じた行動の特徴等を理解し、感染症対策として血液及び体液の取扱いに十分に注意して、使い捨ての手袋を装着し、適切な消毒を行います。

・本人には全く症状がないにも関わらず、血液、唾液、尿等の体液にウイルスや細菌が含まれていることがあります。このため、全ての血液や体液には病原体が含まれていると考え、防護なく触れることがないように注意することが必要です。

＜血液についての知識と標準予防策＞

血液に病原体が潜んでいる可能性があることは一般にはあまり知られていないため、これまで保育所では血液に注意するという習慣があまり確立されていませんでした。おむつの取り替え時には手袋を装着しても、血液は素手で扱うという対応も見られます。血液にも便や尿のように病原体が潜んでいる可能性を考え、素手で扱わないことにすることや血液や傷口からの滲出液、体液に防護なく直接触れてしまうことがないよう工夫することが必要です。

このように、ヒトの血液、喀痰、尿、糞便等に感染性があるとみなして対応する方法を「標準予防策」といいます。これは医療機関で実践されているものであり、血液や体液に十分な注意を払い、素手で触れることのないよう必ず使い捨て手袋を着用する、また、血液や体液が付着した器具等は洗浄後に適切な消毒をして使用し、適切に廃棄するなど、その取扱いに厳重な注意がなされています。これらは保育所でも可能な限り実践すべき事項であり、全ての人の血液や体液の取扱いに十分に注意を払って対応してください。

⑥ 蚊媒介感染

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

＜蚊媒介感染する主な病原体＞

ウイルス：日本脳炎ウイルス、デングウイルス、チクングニアウイルス　等

原　　虫：マラリア　等

（保育所における具体的な対策）

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

ウ）感受性対策（予防接種等）

○　感染症の予防にはワクチンの接種が効果的である。感受性がある者に対して、あらかじめ予防接種によって免疫を与え、未然に感染症を防ぐことが重要である。
○　入所前に受けられる予防接種はできるだけ済ませておくことが重要である。
○　子どもの予防接種の状況を把握し、定期の予防接種として接種可能なワクチンを保護者に周知することが重要である。
○　職員のこれまでの予防接種の状況を把握し、予防接種歴及び罹患歴がともにない又は不明な場合には、嘱託医等に相談した上で、当該職員に対し、予防接種を受けることが感染症対策に資することを説明することが重要である。

感染が成立し感染症を発症するとき、宿主に病原体に対する感受性があるといいます。感受性対策としては、ワクチンの接種により、あらかじめ免疫を与えることが重要です。免疫の付与には､ワクチン等により生体に免疫能を与える能動免疫と一時的に免疫成分(抗体）を投与する受動免疫があります。

予防接種は、ワクチンの接種により、あらかじめその病気に対する免疫を獲得させ、感染症が発生した場合に罹患する可能性を減らしたり、重症化しにくくしたりするものであり、病気を防ぐ強力な予防方法の一つです。定期の予防接種として接種可能な予防接種については、できるだけ保育所入所前の標準的な接種期間内に接種することが重要です。また、入所する子どもの予防接種の状況を把握し、保護者に対し、定期の予防接種として接種可能なワクチンを周知することが重要です。

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

「予防接種を受けた」又は「罹患した」という記憶は当てにならない場合が多いので、予防接種歴の確認時には、母子健康手帳等の記録を確認します。麻しん、風しん、水痘、流行性耳下腺炎（おたふくかぜ)、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。

①保育所における予防接種に関する取組

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

・保育所においては、チェックリストを作成するなどして、子どもの予防接種歴及び罹患歴を把握します。
・健康診断の機会等を活用して、予防接種の接種状況を確認し、未接種者の子どもの保護者に対して予防接種の重要性等を周知することが重要です。
・保護者に対して、未接種ワクチンがあることに気が付いたときには小児科医に相談するよう伝えてください。
（標準的な接種スケジュールを逃した場合の対応について、日本小児科学会が接種方法等を示しています。http://www.jpeds.or.jp/uploads/files/catch_up_schedule.pdf）
・職員の予防接種歴の確認も重要です。入職時には、健康状態の確認に加えて、予防接種歴及び罹患歴を確認します。また、短期間の保育実習生の場合にも同様に確認します。
・職員が麻しん、風しん、水痘にかかったことがなく、予防接種の記録が１歳以上で２回ないなどの場合には、子どもと職員自身の双方を守る観点から、予防接種が感染症対策に資することを説明します。
・職員に対して、毎年のインフルエンザの予防接種が感染症対策や重症化予防に資することを伝えます。

②小児期に接種可能なワクチン

国内で接種可能なワクチンが増え、特に０～１歳児の接種スケジュールが過密になっています（図５（p.25））。2018 年３月現在、医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律（昭和 35 年法律第 145 号）に基づく承認を受けており、日本において小児期に接種可能な主なワクチンを表２（p.26）に示します。

③定期接種と任意接種

わが国の予防接種の制度には、大きく分けると、予防接種法に基づき市区町村が実施する「定期接種」と予防接種法に基づかず対象者の希望により行う「任意接種」があります。

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

一方で「任意接種」のワクチンの中には、流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）ワクチン、ロタウイルスワクチン、インフルエンザワクチン等があります（表２（p.26））。定期接種と任意接種では、保護者（又は本人）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、接種費用の一部又は全部を助成している自治体があります。

④予防接種を受ける時期

市区町村が実施している予防接種は、その種類及び実施内容とともに、接種の推奨時期が定められています。ワクチンの種類としては、生ワクチン及び不活化ワクチン・トキソイドがあります（表２（p.26））。

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

週間）空ける必要があり、不活化ワクチン・トキソイドの接種後に別の種類のワクチンを接種する場合には、中６日以上（１週間）空ける必要があります。ただし、医師が特に必要と認めた場合には、複数のワクチンを同時に接種することが可能です。

同じワクチンを複数回接種する場合には､免疫を獲得するのに一番効果的な時期として、標準的な接種間隔が定められています。この標準的な接種間隔を踏まえて接種スケジュールを立てる必要があり、このことを保護者に伝えることが大切となります。

子どもは急に体調を崩すこともあり、予定どおり予防接種を受けることが難しい場合もあるため、接種可能なワクチンについてはできる限り入所前に接種すること、また、入所後においても、体調が良いときになるべく早めに接種することが大切です。予防接種のために仕事を休むことが難しい保護者に対しては、保護者会等で仕事を休んだ日の帰り道にかかりつけの医療機関を受診して、予防接種を受けるということを促すことも工夫の一つと考えられます。

⑤保育所の子どもたちの予防接種

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

（保育所から保護者への周知が必要なワクチン接種について）

・生後２か月になったら、定期接種としてＨｉｂ（ヒブ）ワクチン、小児用肺炎球菌ワクチン、Ｂ型肝炎ワクチンの予防接種を受けることが重要であること、また、任意接種としてロタウイルスワクチンの予防接種を受けることが可能であることを周知しましょう。

・乳児の百日咳は感染力が強い、重症の疾患であるため、生後３か月になったら、ＤＰＴ－ＩＰＶ(四種混合)ワクチンの予防接種を受けることが重要であることを周知しましょう。

・ＢＣＧは、乳幼児期の結核を防ぐ効果が確認されているため、生後できるだけ早く接種することが重要であることを周知しましょう(ＢＣＧは､生後すぐからの接種が可能ですが、標準接種期間は生後５か月から８か月までとなっています）。

・麻しんについては、2015 年３月に世界保健機関（WHO）が日本では排除状態にあること（国内由来の感染がないこと）を認定しています。一方で、麻しんは肺炎、中耳炎、脳炎等の合併があるなど、重症の疾患であり、国外にはまだ麻しんが流行している国があります。また、風しんについては 2013 年に大きな流行がありました。これらのことを踏まえ、１歳になったら、なるべく早めに麻しん風しん混合（MR）ワクチンの予防接種を受けることが重要であることを周知しましょう。

・５歳児クラス(年長組)になったら、卒園までに麻しん風しん混合（MR）ワクチンの２回目の予防接種を受けることが重要であることを周知しましょう。

・水痘の予防接種については、2014 年 10 月から定期接種に導入されています。１歳になったら、３か月以上の間隔を空けて（標準的には６～12 か月の間隔を空けて）、計２回の接種を受けることが重要であることを周知しましょう。
・日本脳炎ワクチンの予防接種については、標準的には３歳で２回、４歳で１回の接種という接種スケジュールですが、生後６か月以降であれば定期接種として接種することが可能であることを周知しましょう。
・流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）やロタウイルスは、保育所で流行を繰り返していますが、発症する前にワクチンで予防することができることを周知しましょう。

予防接種を受けることは、受けた本人のみならず、周りにいる家族、友人等の周囲の人々を感染症から守ることにもつながります。保護者には、予防接種の効果や接種後の副反応の情報だけでなく、その病気にかかった時の重症度や合併症のリスク、周りにいる大切な人々に与える影響についても情報提供し、予防方法を伝えていくことが重要です。

（参照：「別添１　具体的な感染症と主な対策（特に注意すべき感染症）」（p. 39））

⑥保育所職員（保育実習の学生を含む）の予防接種

子どもの病気と考えられがちであった麻しん、風しん、水痘及び流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）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、保育所職員についても、当該感染症に罹患したことがなく、かつ予防接種を受けていない場合（受けたかどうかが不明な場合も含む。）には、１歳以上の必要回数である計２回のワクチン接種を受け、自分自身を感染から守るとともに、子どもたちへの感染を予防することが重要です。

また、保育所の職員は、子どもの出血を伴うけがの処置等を行う機会があります。このため、Ｂ型肝炎ワクチンの予防接種も大切になります。

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

成人の百日咳患者の増加を受けて、第２期（11～12 歳）のジフテリア破傷風混合（ＤＴ）トキソイドをＤＰＴワクチンに変える検討が国内でも始まっています。大人の百日咳は典型的な症状が見られない場合も多く、知らない間に子どもへの感染源になっていることがあります。呼吸器症状が見られる職員についてはマスク着用などの咳エチケットを行うことが重要であり、また、特に０歳児の保育を担当する職員については呼吸器症状が見られる期間中の勤務態勢の見直しを検討すること等が必要となります。この他、インフルエンザの流行期には、任意接種のインフルエンザワクチンの予防接種を受けることで、感染症対策や感染した際の重症化予防につながります。

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

※「指定保育士養成施設の保育実習における麻しん及び風しんの予防接種の実施について」

（平成 27 年 4 月 17 日付け雇児保発 0417 第１号厚生労働省雇用均等・児童家庭局保育課長通知）

（主な内容）

・指定保育士養成施設の保育士養成課程において行われる保育実習の実施に当たっては、学生を受け入れる保育所等に入所する乳幼児等が、感染症に感染しないよう配慮することが重要である。

・特に、感染力が強く罹患すると重症化するおそれのある「麻しん」や、感染予防に十分な抗体を保有していない妊娠 20 週頃までの妊婦が感染すると、先天性風しん症候群の子どもが生まれる可能性がある「風しん」への対策として最も有効なのは、その発生の予防であり、罹患したことがなく、かつ、麻しん及び風しんの予防接種を 1 歳以上で 2 回接種していない学生に対しては、予防接種の推奨を行うことが有効である。

・具体的には、実習生に対して麻しん及び風しんの予防接種歴及び罹患歴の確認を行い、罹患したことがない、かつ、それぞれの予防接種が未接種（予防接種歴及び罹患歴が不明なものも含む。以下同じ。）の者（以下「抗体要確認者」という。）であった場合、それぞれの疾患の性質等を十分に説明し、麻しんについては以下（１）及び（２）のとおり、また、風しんについては以下（３）及び（４）のとおり、抗体検査又は予防接種を受けさせることが望ましい。

（１）麻しん抗体要確認者が抗体検査を受けた場合の取扱い

①麻しん抗体要確認者が抗体検査を受けた結果、抗体が確認できなかった場合は、当該者に対し、予防接種を受けさせることが望ましい。

②麻しん抗体要確認者のうち過去の予防接種歴が未接種であった者については、上記①の予防接種後、再度抗体検査を受けるか又は予防接種を再度受けさせることが望ましい。

③上記②の場合において、抗体検査の結果、抗体が確認できなかった場合は、再度予防接種を受けさせることが望ましい。

④抗体検査の結果、抗体が確認できた者及び上記①から③を行った者については、保育実習を履修しても差し支えない。

（２）麻しん抗体要確認者が抗体検査を受けずに予防接種を受けた場合の取扱い

①抗体検査を受けずに予防接種を受けた麻しん抗体要確認者のうち、予防接種歴が今回接種分を除いて１回受けている場合（計２回受けている場合）は、保育実習を履修して差し支えない。

②抗体検査を受けずに予防接種を受けた麻しん抗体要確認者のうち、予防接種歴が今回接種分を除いて未接種の者については、保育実習を履修して差し支えないが、上記②及び③による取扱いを行うことを推奨する。

（３）風しん抗体要確認者が抗体検査を受けた場合の取扱い

①風しん抗体要確認者が抗体検査を受けた結果、抗体が確認できなかった場合は、当該者に対し、予防接種を受けさせることが望ましい。

②上記①の予防接種後、再度抗体検査を受けるか又は予防接種を再度受けさせることが望ましい。

③上記②の場合において、抗体検査の結果、抗体が確認できなかった場合は、再度予防接種を受けさせることが望ましい。

④抗体検査の結果、抗体が確認できた者及び上記①を行った者については、保育実習を履修しても差し支えないが、上記②及び③による取扱いを行うことを推奨する。

（４）風しん抗体要確認者が抗体検査を受けずに予防接種を受けた場合の取扱い

抗体検査を受けずに予防接種を受けた風しん抗体要確認者については、保育実習を履修して差し支えないが、上記②及び③による取扱いを行うことを推奨する。

・予防接種後、抗体検査により抗体の有無を確認する場合は、予防接種後から抗体検査を受けるまで２～４週間以上の間隔をあけることが望ましい。
・予防接種に当たっては、原則麻しん風しん混合（ＭＲ）ワクチンを接種する。
・予防接種を２回受ける場合は、１回目の予防接種後、２回目の予防接種までに少なくとも 27 日以上間隔をあける。
・市町村によっては、保健所等において抗体検査を無料で受けられる場合があるので、指定保育士養成施設から実習生に対し、住所地の自治体に確認するよう周知する。

⑦予防接種歴及び罹(り)患歴の記録の重要性

保育所での感染症対策として、職員及び子どもたちの予防接種歴及び罹(り)患歴を把握し、記録を保管することが重要です。入所時には母子健康手帳等を確認して予防接種歴及び罹(り)患歴を記録し、入所後は毎月新たに受けたワクチンがないか保護者に確認し、記録を更新しておく仕組みを作っておくことで、感染症発生時に迅速な対応を行うことが可能となります。「予防接種を受けた」又は「罹(り)患した」という記憶は当てにならない場合が多いので、予防接種歴については母子健康手帳等の記録を確認することが重要です。

定期接種の標準的な接種対象期間に予防接種を受けていない子どもについては、嘱託医と相談し、保護者に対し、個別に予防接種の重要性について説明しましょう。

エ）健康教育

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

感染症を防ぐためには、子どもが自分の体や健康に関心を持ち、身体機能を高めていくことが大切です。特に、手洗いやうがい、歯磨き、衣服の調節、バランスのとれた食事、十分な睡眠や休息等の生活習慣が身に付くよう、毎日の生活を通して、子どもに丁寧に繰り返し伝え、自らが気付いて行えるよう援助します。そのためには、子どもの年齢や発達過程に応じた健康教育を計画的に実施することが重要となります。

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

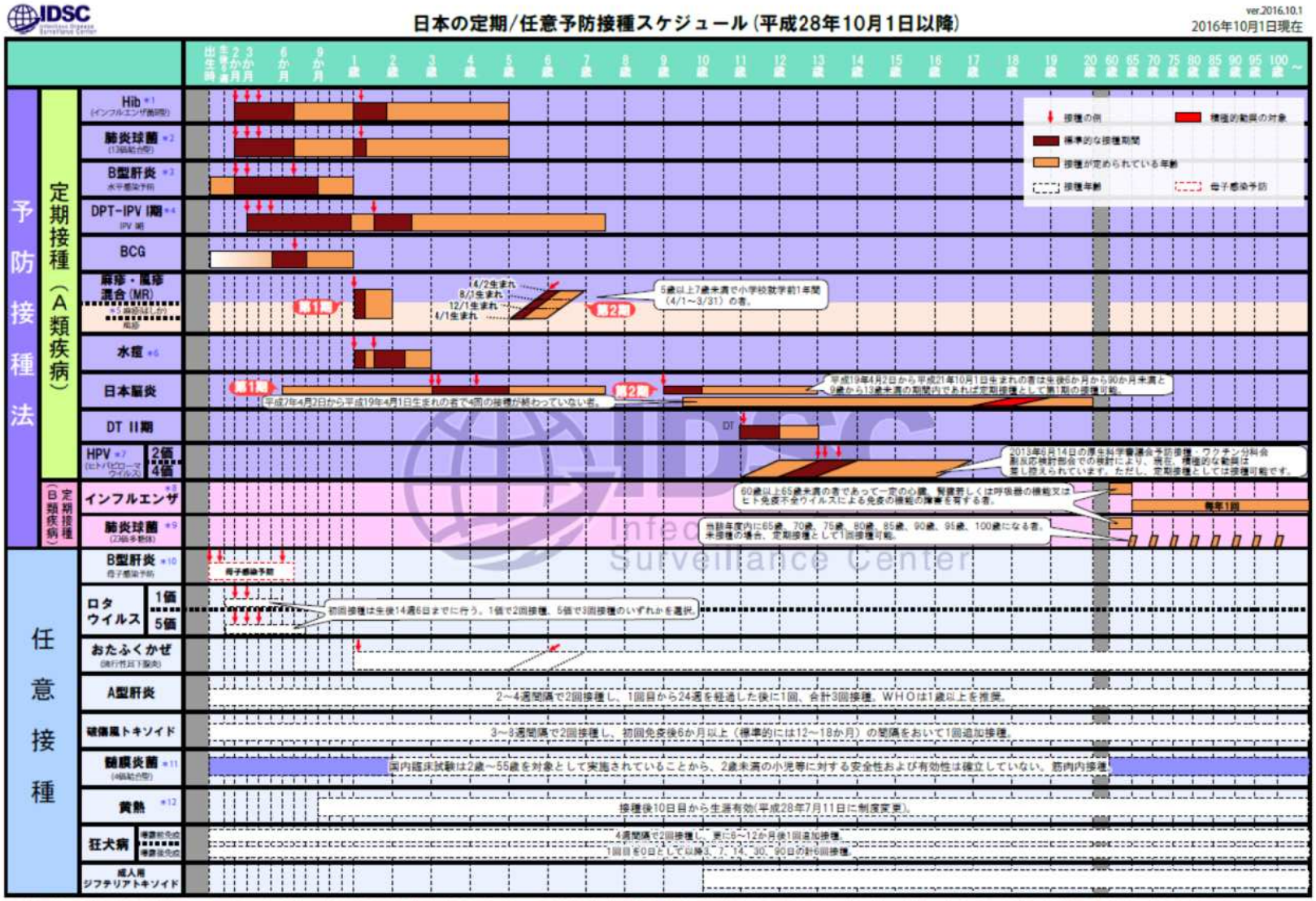


図5　日本の定期・任意予防接種スケジュール（2016（平成 28）年 10 月 1 日以降）

※この図は今後更新されることが予想されます。最新の情報は以下の URL でご確認ください。

http://www.nih.go.jp/niid/ja/vaccine-j/2525-v-schedule.html

表2　日本において小児が接種可能な主なワクチンの種類　（2018（平成 30）年3月現在）

【定期接種】 （対象年齢は政令で規定）	**生ワクチン** BCG 麻しん・風しん混合（MR） 麻しん（はしか） 風しん 水　痘 **不活化ワクチン・トキソイド** インフルエンザ菌b型（Hib）感染症 肺炎球菌（13 価結合型）感染症 B 型肝炎 DPT－IPV（ジフテリア・百日咳・破傷風・不活化ポリオ混合） DPT（ジフテリア・百日咳・破傷風混合） 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）感染症：2 価 ヒトパピローマウイルス（HPV）：4 価
【任意接種】	**生ワクチン** 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 **不活化ワクチン** インフルエンザ 髄膜炎菌：4 価

（国立感染症研究所 HP「日本で接種可能なワクチンの種類（2016（平成 28）年 10 月 1 日現在）」
（http://www.niid.go.jp/niid/ja/vaccine-j/249-vaccine/589-atpcs003.html）を一部改編）

（２） 衛生管理

ア）施設内外の衛生管理

○　保育所では、日頃からの清掃や衛生管理を心掛けることが重要である。
○　消毒薬の種類と適正な使い方を把握するとともに、その管理を徹底することが重要である。

保育所は、多くの子どもたちが一緒に生活する場です。保育所における衛生管理については、児童福祉施設の設備及び運営に関する基準（昭和 23 年厚生省令第 63 号）第 10 条に示されています。感染症の広がりを防ぎ、安全で快適な保育環境を保つために、日頃からの清掃や衛生管理を心掛けましょう。

また、消毒薬の種類と適正な使い方を把握するとともに、子どもの手の届かない場所に管理するなど消毒薬の管理を徹底し、安全の確保を図ることが重要です。

（参照：「別添２　保育所における消毒の種類と方法」（p. 68））

施設内外の衛生管理として考えられる主な事項を以下に記載します。

○保育室

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

【保育室環境のめやす】

室温：夏 26～28℃，冬 20～23℃、湿度：60%

○手洗い（参照：「＜正しい手洗いの方法＞」（p. 14））

・食事の前、調乳前、配膳前、トイレの後、おむつ交換後、嘔吐物処理後等には、石けんを用いて流水でしっかりと手洗いを行う。
・手を拭く際には、個人持参のタオルかペーパータオルを用い、タオルの共用は避ける。個人持参のタオルをタオル掛けに掛ける際には、タオル同士が密着しないように間隔を空ける。
・固形石けんは、１回ずつ個別に使用できる液体石けんと比較して、保管時に不潔になりやすいことに注意する。また、液体石けんの中身を詰め替える際は、残った石けんを使い切り、容器をよく洗い乾燥させてから、新しい石けん液を詰める。

○おもちゃ

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

○食事・おやつ

・テーブルは、清潔な台布巾で水（湯）拭きをして、衛生的な配膳・下膳を心掛ける。
・スプーン、コップ等の食器は共用しない。
・食後には、テーブル、椅子、床等の食べこぼしを清掃する。

【参考】「保育所における食事の提供ガイドライン」（「保育所における食事の提供ガイドライン」について（平成 24 年 3 月 30 日付け雇児保発 0330 第 1 号厚生労働省雇用均等・児童家庭局保育課長通知別添））
http://www.mhlw.go.jp/bunya/kodomo/pdf/shokujiguide.pdf

「大量調理施設衛生管理マニュアル」（「大規模食中毒対策等について」（平成 9 年 3 月 24 日付け衛食第 65 号厚生省生活衛生局長通知別添））
http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-11130500-Shokuhinanzenbu/0000168026.pdf

○調乳・冷凍母乳

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

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

・冷凍母乳等を取り扱う場合には、手洗いや備品の消毒を行うなど、衛生管理を十分徹底する。母乳を介して感染する感染症もあるため、保管容器には名前を明記して、他の子どもに誤って飲ませることがないように十分注意する。

○歯ブラシ

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

○寝具

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

○おむつ交換

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

○トイレ

・日々の清掃及び消毒で清潔に保つ。（便器、汚物槽、ドア、ドアノブ、蛇口や水まわり、床、窓、棚、トイレ用サンダル等）
・ドアノブ、手すり、照明のスイッチ（押しボタン）等は、水拭きした後、消毒用エタノール、塩素系消毒薬等による消毒を行うと良い。ただし、ノロウイルス感染症が流行している場合には塩素系消毒薬を使用するなど、流行している感染症に応じた消毒及び清掃を行う必要がある。

○砂場

・砂場は猫の糞便等が由来の寄生虫、大腸菌等で汚染されていることがあるので、衛生管理が重要である。
・砂場で遊んだ後は、石けんを用いて流水でしっかりと手洗いを行う。
・砂場に猫等ができるだけ入らないような構造とする。また、夜間はシートで覆うなどの対策を考慮する。
・動物の糞便、尿等がある場合は、速やかに除去する。
・砂場を定期的に掘り起こして、砂全体を日光により消毒する。

○園庭

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

○プール

・「遊泳用プールの衛生基準」（平成 19 年 5 月 28 日付け健発第 0528003 号厚生労働省健康局長通知別添）に従い、遊離残留塩素濃度が 0.4 mg/L から 1.0 mg/L に保たれるよう毎時間水質検査を行い、濃度が低下している場合は消毒剤を追加するなど、適切に消毒する。
・低年齢児が利用することの多い簡易ミニプール（ビニールプール等）についても塩素消毒が必要である。

・排泄が自立していない乳幼児には、個別のタライ等を用いてプール遊びを行い、他者と水を共有しないよう配慮をする。
・プール遊びの前後には、シャワーを用いて、汗等の汚れを落とす。プール遊びの前に流水を用いたお尻洗いも行う。

イ）職員の衛生管理

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

（具体的な対応）

・清潔な服装と頭髪を保つ。
・爪は短く切る。
・日々の体調管理を心がける。
・保育中及び保育前後には手洗いを徹底する。
・咳等の呼吸器症状が見られる場合にはマスクを着用する。
・発熱や咳、下痢、嘔吐がある場合には医療機関へ速やかに受診する。また、周りへの感染対策を実施する。（参照：「＜咳エチケット＞」(p. 10)）
・感染源となり得る物（尿、糞便、吐物、血液等）の安全な処理方法を徹底する。
・下痢や嘔吐の症状がある、又は化膿創がある職員については、食物を直接取り扱うことを禁止する。
・職員の予防接種歴及び罹患歴を把握し、感受性がある者かどうかを確認する。

３．感染症の疑い時・発生時の対応

（１）感染症の疑いのある子どもへの対応

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

子どもの病気の早期発見と迅速な対応は、本人の体調管理ということに加え、周りの人への感染拡大を予防するという意味においても重要です。また、保育所では、一人一人の子どもの健康管理という視点と集団生活における感染予防としての視点をもって、感染症対策にきめ細やかに対応することが求められます。子ども一人一人の体調の変化に早く気づき適切に対応することは、病気の重症化や合併症を防ぐことにつながります。登園時の子どもの体調や家庭での様子を把握するとともに、保育中の子どもの体温、機嫌、食欲、顔色、活動性等について、子どもとの関わりや観察を通して把握するようにしましょう。子どもの体調が悪く、いつもと違う症状等がある場合には、子どもの心身の状態に配慮した対応を心掛けます。また、子どもの症状等を的確に把握し、体調の変化等について記録することが大切です。

（具体的な対応）

・保育中に感染症の疑いのある子どもに気付いたときには、医務室等の別室に移動させ、体温測定等により子どもの症状等を的確に把握し、体調の変化等について記録を行います。
・保護者に連絡をとり、記録をもとに症状や経過を正確に伝えるとともに、適宜、嘱託医、看護師等に相談して指示を受けます。
・子どもは感染症による発熱、下痢、嘔吐（おうと）、咳（せき）、発しん等の症状により不快感や不安感を抱きやすいので、子どもに安心感を与えるように適切に対応します。
（参照：「別添３　子どもの病気　～症状に合わせた対応～」（p.71））
・保護者に対して、地域や保育所内での感染症の発生状況等について情報提供します。また、保護者から、医療機関での受診結果を速やかに伝えてもらいます。

（２）感染症発生時の対応

○　感染症が発生した場合には、嘱託医等へ相談し、関係機関へ報告するとともに、保護者への情報提供を適切に行うことが重要である。

・嘱託医等へ相談し、関係機関へ報告するとともに、保護者への情報提供を適切に行う。

・感染拡大を防止するため、手洗いや排泄物・嘔吐物の適切な処理を徹底するとともに、施設内を適切に消毒する。

・施設長の責任の下、感染症の発生状況を記録する。この際には、入所している子どもに関する事項だけではなく、職員の健康状態についても記録する。

子どもや職員が感染症に罹患していることが判明した際には、嘱託医等へ相談し、感染症法、自治体の条例等に定められた感染症の種類や程度に応じて、市区町村、保健所等に対して速やかに報告します。また、嘱託医、看護師等の指示を受け、保護者に対して、感染症の発症状況、症状、予防方法等を説明します。さらに、施設長の責任の下、子どもや職員の健康状態を把握し、記録するとともに、二次感染予防について保健所等に協力を依頼します。

保育所内での感染拡大防止の観点から、手洗いや排泄物・嘔吐物の適切な処理を徹底するとともに、施設内を適切に消毒することも重要です。

（具体的な対応）

・予防接種で予防可能な感染症が発生した場合には、子どもや職員の予防接種歴及び罹患歴を速やかに確認します。

・未罹患で予防接種を必要回数受けていない子どもについては、嘱託医、看護師等の指示を受けて、保護者に対して適切な予防方法を伝えるとともに、予防接種を受ける時期について、かかりつけ医に相談するよう説明します。

・麻しんや水痘のように、発生（接触）後速やかに（72 時間以内に）予防接種を受けることで発症の予防が期待できる感染症も存在します。このため、これらの感染症に罹患したことがなく、かつ予防接種を受けていない、感受性が高いと予想される子どもについては、かかりつけ医と相談するよう保護者に促します。なお、麻しんや水痘の発生（接触）後 72 時間以上が経過していても、予防接種が実施されることがあります。 また、保健所と連携した感染拡大防止策の一環として、感受性のある者については、本人の感染予防のために登園を控えるようお願いすることがあります。

・感染拡大防止のため、手洗いや排泄物・嘔吐物の適切な処理を徹底します。また、感染症の発生状況に対応して消毒の頻度を増やすなど、施設内を適切に消毒します。食中毒が発生した場合には、保健所の指示に従い適切に対応します。

・感染症の発生について、施設長の責任の下、しっかりと記録に留めることが重要です。この際には、①欠席している子どもの人数と欠席理由、②受診状況、診断名、検査結果及び治療内容、③回復し、登園した子どもの健康状態の把握と回復までの期間、④感染症終息までの推移等について、日時別、クラス（年齢）別に記録するようにします。また、入所している子どもに関する事項だけでなく、職員の健康状態についても記録することが求められます。

（３）罹患した子どもが登園する際の対応

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

保育所では、感染症に罹患した子どもの体調ができるだけ速やかに回復するよう、迅速かつ適切に対応するとともに、乳幼児が長時間にわたり集団で生活する環境であることを踏まえ、周囲への感染拡大を防止することが求められます。こうした観点から、保育所では、学校保健安全法施行規則に規定する出席停止の期間の基準に準じて、あらかじめ登園のめやすを確認しておく必要があります。

（参照：「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」（p. ４））

子どもの病状が回復し、集団生活に支障がないという診断は、身体症状、その他の検査結果等を総合的に勘案し、診察に当たった医師が医学的知見に基づいて行うものです。罹患した子どもが登園を再開する際の取扱いについては、個々の保育所で決めるのではなく、子どもの負担や医療機関の状況も考慮して、市区町村の支援の下、地域の医療機関、地区医師会・都道府県医師会、学校等と協議して決めることが大切になります。

この協議の結果、疾患の種類に応じて、「意見書（医師が記入）」又は「登園届（保護者が記入）」を保護者から保育所に提出するという取扱いをすることが考えられます。

（参照：「別添４　医師の意見書及び保護者の登園届」（p. 78））

なお、「意見書」及び「登園届」については、一律に作成・提出が必要となるものではありませんが、協議の結果、「意見書」及び「登園届」の作成・提出が必要となった場合には、事前に保護者に十分周知することが重要です。

（具体的な対応）

・感染症に罹患した子どもが登園する際には、
　①子どもの健康（全身）状態が保育所での集団生活に適応できる状態まで回復していること
　②保育所内での感染症の集団発生や流行につながらないこと
　について確認することが必要です。
・職員についても、周囲への感染拡大防止の観点から、勤務を停止することが必要になる場合があります。勤務復帰の時期、従事する職務等については、嘱託医の指示を受け、当該職員と施設長等との間で十分に相談し、適切な対応をとる必要があります。

４．感染症対策の実施体制

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

保育所における感染症対策の実施に当たっては、施設長のリーダーシップの下に全職員が連携・協力することが不可欠です。保育士、看護師、栄養士、調理員等の各職種の専門性を活かして、各保育所で作成する保健計画等を踏まえ、保育所全体で見通しを持って取り組むことが求められます。また、感染症発生時の対応に関するマニュアルを作成し、緊急時の体制や役割を明確にしておくとともに、保護者へ事前説明を行うことも大切です。

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

（１）記録の重要性

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

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

（参照：感染症に関する様々な情報の共有と活用については「４（４）関連情報の共有と活用」（p.37））

（２）医療関係者の役割等

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

ア）嘱託医の役割と連携

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

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

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

イ）看護師等の役割と責務

保育所保育指針（平成 29 年厚生労働省告示第 117 号）では、保育所に看護師が配置されている場合には、その専門性を生かした対応を図ることとされています。看護師には、子どもや職員の健康管理及び保健計画を策定すること、保育における保健面での評価を行うこと、保護者からの情報を得ながら子どもの健康状態を観察評価すること、疾病等の発生時には救急的な処置等の対応を行うことが求められます。また、子ども・保護者・職員への健康教育や保健指導を積極的に行い、保健意識の向上に努めるとともに、保護者への連絡や助言等を行うことが求められます。

保育所において子どもの感染症対策を実施するに当たっては、嘱託医、地域の医療・保健機関等と連携した対応を図る必要がありますが、この際に保育所の看護師がその専門性を活かして、嘱託医や地域の専門家等の意見、学術的な最新の知識を職員や保護者に正しく、かつわかりやすく伝え、保護者を含めた保育所全体の共通認識にすることが重要です。

感染症が保育所内や地域内で発生した場合には、看護師には、保護者に予防方法や看護方法に関する情報提供や助言を行い、発症した子どもの回復に向けて支援を行うことが求められます。また、感染のまん延を防ぐために、保護者に対して、登園のめやすの重要性を知らせ、守ってもらうよう説明することが求められます。

（３）関係機関との連携

○　保育所保育指針では、感染症に関する保育所の対応方法等について、あらかじめ関係機関の協力を得ておくこととされている。
○　感染予防や拡大防止に関する取組、報告等については、市区町村や保健所等、地域の関係機関と連携を図ることが重要である。

（感染症の予防に当たっての連携）

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

（感染症が発生した場合の連携）

感染症が発生した場合には、嘱託医等の指示に従い、必要に応じて市区町村、保健所等に連絡し、感染拡大防止のための措置を講じることが求められます。

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

（感染症発生時の報告）

以下のような場合、施設長には、市区町村に対して感染症又は食中毒が疑われる者等の人数、症状、対応状況等を迅速に報告するとともに、保健所に報告して指示を求めるなどの措置を講ずることが求められます。

① 同一の感染症若しくは食中毒による又はそれらによると疑われる死亡者又は重篤患者が１週間以内に２名（※）以上発生した場合
② 同一の感染症若しくは食中毒の患者又はそれらが疑われる者が 10 名以上又は全利用者の半数以上発生した場合
③ 上記①及び②に該当しない場合であっても、通常の発生動向を上回る感染症等の発生が疑われ、特に施設長が報告を必要と認めた場合

※　麻しん、風しんに関しては、１名でも発生した場合

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

（「社会福祉施設等における感染症等発生時に係る報告について」（平成 17 年２月 22 日付け健発第 0222002 号・薬食発第 0222001・雇児発第 0222001 号・社援発第 0222002 号・老発第 0222001 号厚生労働省健康局長・医薬食品局長・雇用均等・児童家庭局長・社会・援護局長・老健局長連名通知）、「風しんに関する特定感染症予防指針」（平成 26 年厚生労働省告示第 122 号）、「麻しんに関する特定感染症予防指針」（平成 19 年厚生労働省告示第 442 号）参照）

（4）関連情報の共有と活用

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

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

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

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

現在、インターネット上で公表されている感染症対策に資する情報を、参考資料として巻末に紹介しています。こうした様々な情報を必要に応じて収集し、感染症対策に活用することが重要です。

（参照：「（参考）感染症対策に資する公表情報」（p.83））

＜厚生労働省ホームページ「感染症発生動向調査について」＞
http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000115283.html

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

（５）子どもの健康支援の充実

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

保育所には、子どもの健康と安全を守り、その健やかな成長を支えるために、保育所保育指針に基づき、施設長の責務の下、それぞれの職員の専門性を生かして様々な対策が講じることが求められます。日常の保育において、子どもの発達過程に即して養護と教育の両面から子どもの健康支援を行うとともに、各保育所で作成する保健計画等に沿って感染症予防をはじめとする子どもの健康管理や健康増進に関するマニュアル等を適宜作成します。さらに、こうした取組が家庭での子どもの健康管理や健康増進につながるよう、取組の評価や保護者等への説明をより丁寧に行っていくことが大切です。

子どもが生涯にわたり心身ともに健康な生活を送るための基盤は、乳幼児期に形成されるということを踏まえ、保育実践をより充実したものとしていくためには、職員全体が専門的知識・技術を習得することや組織として関係機関と連携することが重要です。子どもの健康問題への対応や保健的対応の充実・向上は、児童福祉施設としての保育所の責務であるといえます。

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

別添１　具体的な感染症と主な対策（特に注意すべき感染症）

１　医師が意見書を記入することが考えられる感染症
（１）麻しん（はしか）
（２）インフルエンザ
（３）風しん
（４）水痘（水ぼうそう）
（５）流行性耳下腺炎（おたふくかぜ、ムンプス）
（６）結核
（７）咽頭結膜熱（プール熱）
（８）流行性角結膜炎
（９）百日咳
(10) 腸管出血性大腸菌感染症（O157、O26、O111 等）
(11) 急性出血性結膜炎
(12) 侵襲性髄膜炎菌感染症（髄膜炎菌性髄膜炎）

２　医師の診断を受け、保護者が登園届を記入することが考えられる感染症
(13) 溶連菌感染症
(14) マイコプラズマ肺炎
(15) 手足口病
(16) 伝染性紅斑（りんご病）
(17) ①ウイルス性胃腸炎（ノロウイルス感染症）
　　②ウイルス性胃腸炎（ロタウイルス感染症）
(18) ヘルパンギーナ
(19) ＲＳウイルス感染症
(20) 帯状疱しん
(21) 突発性発しん

３　上記１及び２の他、保育所において特に適切な対応が求められる感染症
(22) アタマジラミ症
(23) 疥癬
(24) 伝染性軟属腫（水いぼ）
(25) 伝染性膿痂しん（とびひ）
(26) Ｂ型肝炎

※潜伏期間は目安であり、主な期間を記載しています。
※上記以外の主な感染症については、「（参考）感染症対策に資する公表情報」（p. 83）参照

1　医師が意見書を記入することが考えられる感染症

（1）麻しん（はしか）

病原体	麻しんウイルス
潜伏期間	８～12 日
症状・特徴	発症初期には、高熱、咳、鼻水、結膜充血、目やに等の症状がみられる。発熱は一時期下降傾向を示すが、再び上昇し、この頃には口の中に白いぶつぶつ（コプリック斑）がみられる。その後、顔や頸部に発しんが出現する。発しんは赤みが強く、やや盛り上がっており、徐々に融合するが、健康な皮膚面が残る。やがて解熱し、発しんは色素沈着を残して消える。肺炎、中耳炎、熱性けいれん、脳炎等を合併することがあるため、注意が必要である。特に、肺炎や脳炎を合併した場合、重症となる。
感染経路	主な感染経路は飛沫感染、接触感染及び空気感染（飛沫核感染）である。感染力は非常に強く、免疫がない場合はほぼ 100％の人が感染する。
流行状況	近年までは、土着性の麻しんウイルスの伝播により、国内で年間数万～数十万例が発生していた。麻しん含有ワクチンの２回接種が定着したため、海外からの輸入例による小規模な集団発生のみとなり、年間発生数は 100～200 例程度となっている。 2015 年３月、世界保健機関（ＷＨＯ）により、日本から国内に由来する麻しんが排除されたことが認められた。海外ではまだ流行している国が多くみられる。
予防・治療方法	発症予防には、麻しん含有ワクチンの接種が極めて有効であり、定期接種として、合計２回（１歳になったとき及び小学校就学前の１年間の間）、麻しん風しん混合（ＭＲ）ワクチンの接種が行われている。 麻しん未罹患者が麻しん患者と接触した場合、接触後 72 時間以内に緊急的にワクチン接種をすれば、発症を予防できる可能性がある。 麻しんに対する有効な治療法はない。
留意すべきこと（感染拡大防止策等）	麻しんは空気感染するが、感染力が非常に強いため、発症者の隔離等のみにより感染拡大を防止することは困難である。このため、麻しん含有ワクチンの接種が極めて有効な予防手段となる。 子どもの入園前には、ワクチンの接種歴を母子健康手帳等で確認する。子どもが１歳以上で未接種かつ未罹患である場合には、保育所に入園する前に第１期のワクチン接種を受けるよう、保護者に対して定期接種について周知する。また、０歳児については、１歳になったらすぐに第１期のワクチン接種を受けるよう周知する。小学校就学まで１年を切った幼児には、第２期のワクチン接種を受けるよう周知する。 保育所内で麻しん患者が一人でも発生した場合には、保健所・嘱託医等と連携して感染拡大を防止するための対策を講じる。子ども及び職員全員の予防接種歴及び罹患歴を確認し、未接種かつ未罹患の者がいる場合には、嘱託医に速やかに相談し、ワクチンの緊急接種を検討するなど適切に対応する。 罹患した子どもの登園のめやすは、「解熱後３日を経過していること」である。

（2）インフルエンザ

病原体	インフルエンザウイルス
潜伏期間	１～４日
症状・特徴	突然の高熱が出現し、３～４日続く。倦怠感、食欲不振、関節痛、筋肉痛等の全身症状や、咽頭痛、鼻汁、咳等の気道症状を伴う。 通常、１週間程度で回復するが、気管支炎、肺炎、中耳炎、熱性けいれん、急性脳症等の合併症が起こることもある。
感染経路	主な感染経路は飛沫感染であるが、接触感染することもある。
流行状況	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ことがある、又はワクチンを接種したことがある人でも、ウイルスに変異が蓄積すると罹患することがある。毎年冬になると、地域、学校等で流行する。
予防・治療方法	予防には不活化ワクチンが使用されている。現行のインフルエンザワクチンは、接種すればインフルエンザに絶対にかからない、というものではないが、インフルエンザの発病を予防することや発病後の重症化や死亡を予防することに対して、一定の効果があるとされている。 インフルエンザの治療にはノイラミニダーゼ阻害剤を中心とする抗インフルエンザ薬が使用される。発症早期に使用した場合には、症状の早期改善が期待される。
留意すべきこと（感染拡大防止策等）	大人の場合には、インフルエンザの流行期に入る前にワクチンを１回接種しておくことが発病の予防や発病後の重症化予防に一定の効果があるため、このことを職員に対して周知する。 13 歳未満の子どもの場合には、ワクチンを１回接種するよりも２回接種する方が抗体価の上昇が高くなる。このため、保護者に対して、流行期に入る前に２周間から４週間（可能な場合には４週間）の間隔をあけて２回接種を受けることが重要であるということを周知する。 保育所内でインフルエンザへの感染が疑われる事例が発生した場合には、疑いがある者を速やかに隔離する。同時に、保育所内の全員に飛沫感染対策及び接触感染対策を行わせる。 飛沫感染対策として、インフルエンザが保育所内で流行している期間中には、咳、くしゃみ等の症状がある職員はマスク着用などの咳エチケットを実施する。また、咳、くしゃみ等の症状があり、マスクを着用できる年齢の子どもにはマスク着用などの咳エチケットを実施するよう促す。 接触感染対策として、流行期間中は手洗い等の手指の衛生管理を励行する。患者の唾液、痰、鼻汁等が付着した場合には、手洗いの後、消毒用エタノール等で消毒する。 罹患した子どもの登園のめやすは、「発症した後５日経過し、かつ解熱した後３日経過していること（乳幼児の場合）」である。

（3）風しん

病原体	風しんウイルス
潜伏期間	16～18 日
症状・特徴	発しんが顔や頸部に出現し、全身へと拡大する。発しんは紅斑で融合傾向は少なく、約３日間で消え、色素沈着も残さない。発熱やリンパ節腫脹を伴うことが多く、悪寒、倦怠感、眼球結膜充血等を伴うこともある。合併症として、関節痛・関節炎、血小板減少性紫斑病、脳炎、溶血性貧血、肝機能障害、心筋炎等がある。感染しても無症状なこと（不顕性感染）が 30%程度ある。 風しんについて特に知っておくべき重要なこととして、妊娠初期に母体が風しんウイルスに感染すると、胎児に感染して先天性風しん症候群を発症し、低出生体重児、白内障、先天性心疾患、聴力障害、小頭症、精神発達遅滞等を引き起こす。
感染経路	主な感染経路は飛沫感染であるが、接触感染することもある。
流行状況	2012 年から 2013 年に１万人を超える全国的な大流行が発生し、45 名の先天性風しん症候群の発生が報告された。2014 年以降、全国的な流行は見られておらず、近年の年間発生数は 200 例を下回っているが、地域的な流行が散発的に起こっている。
予防・治療方法	発症予防には、風しん含有ワクチンの接種が極めて有効であり、定期接種として、合計２回（1 歳になったとき及び小学校就学前の 1 年間の間）、麻しん風しん混合（ＭＲ）ワクチンの接種が行われている。 風しん含有ワクチンを２回接種することによる抗体の獲得率は 99%とされており、風しん含有ワクチンは免疫原性及び安全性の面から優れたものと考えられている。 風しんは通常軽症であり、自然経過で治癒するが、先天性風しん症候群に注意する必要がある。また、風しんに対する有効な治療法はない。
留意すべきこと（感染拡大防止策等）	子どもの入園前には、ワクチンの接種歴を母子健康手帳等で確認する。子どもが１歳以上で未接種かつ未罹患である場合には、保育所に入園する前に第１期のワクチン接種を受けるよう、保護者に対して周知する。また、０歳児については、１歳になったらすぐに第１期のワクチン接種を受けるよう周知する。小学校就学まで１年を切った幼児には、第２期のワクチン接種を受けるよう周知する。 保育所内で風しん患者が１名でも発生した場合には、保健所・嘱託医等と連携し感染拡大を防止するための対策を講じる。子ども全員及び職員全員の予防接種歴及び罹患歴を確認し、未接種かつ未罹患の者がいる場合には、嘱託医に速やかに相談する。 なお、予防効果については不確実ではあるが、感染拡大防止のため、風しん患者と接触した後に未罹患者や未接種者へのワクチンの緊急接種が実施されることがある。 また、特に妊婦への感染を防止することが重要である。このため、保育所等で発生した場合には、すぐに保護者にこれを知らせ、子どもの送迎時等における感染防止策を講じる。妊娠中の職員のうち風しん抗体のない職員については、流行が終息するまでの間、その勤務形態に配慮することが望まれる。 罹患した子どもの登園のめやすは、「発しんが消失していること」である。

（4）水痘（水ぼうそう）

病原体	水痘・帯状疱しんウイルス
潜伏期間	14～16 日
症状・特徴	発しんが顔や頭部に出現し、やがて全身へと拡大する。発しんは、斑点状の赤い丘しんから始まり、水疱（水ぶくれ）となり、最後は痂皮（かさぶた）となる。これら各段階の発しんが混在するのが特徴で、全ての発しんが痂皮（かさぶた）となれば感染性がないものと考えられる。 合併症には、脳炎、小脳失調症、肺炎、肝炎、発しん部分からの細菌の二次感染等がある。
感染経路	主な感染経路は、気道から排出されたウイルスによる飛沫感染又は空気感染である。感染力が強く、免疫のない人はほぼ 100%が感染する。
流行状況	幼児期から学童前期までの子どもに対する流行が、夏に一旦減少するものの、ほぼ一年を通して発生していた。2014 年 10 月からは水痘ワクチンが定期の予防接種となったため、乳幼児の患者数は減少している。
予防・治療方法	発症予防には水痘ワクチンが有効であり、生後 12 か月から 15 か月に達するまでを標準的な接種期間として１回目の注射を行い、その後、標準的には ６か月から 12 か月間の間隔をおいて２回目の接種が行われる。 水痘未罹患者が水痘患者と接触した場合、接触後 72 時間以内に緊急的にワクチン接種をすれば、発症を予防できる可能性がある。 一般的には予後が良好な疾患であり、基礎疾患がない小児が感染した場合には、特に治療を行わなくても自然経過で治癒する。重症化する可能性がある場合には、治療薬として、抗ウイルス薬が投与される。発症後、早期に治療を開始することで、臨床症状が早期に改善することが期待される。
留意すべきこと（感染拡大防止策等）	水痘は空気感染するが、感染力が非常に強いため、発症者の隔離等のみにより感染拡大を防止することは困難である。このため、水痘ワクチンの接種が極めて有効な予防手段となる。 子どもの入園前には、ワクチンの接種歴を母子健康手帳等で確認する。子どもが１歳以上で未接種かつ未罹患である場合には、保育所に入園する前に定期接種を受けるよう周知する。また、０歳児については、１歳になったらすぐに定期接種を受けるよう周知する。 保育所内で発生した場合には、子どもの予防接種歴及び罹患歴を確認し、未接種又は未罹患の者がいる場合には、嘱託医に速やかに相談する。妊婦への感染の防止も重要であるため、保育所で発生した場合には、すぐに保護者にこれを知らせ、子どもの送迎時等における感染防止策を講じる。 罹患した子どもの登園のめやすは、「全ての発しんが痂皮（かさぶた）化していること」である。

（５）流行性耳下腺炎（おたふくかぜ、ムンプス）

病原体	ムンプスウイルス
潜伏期間	16～18 日
症状・特徴	主な症状は、発熱と唾液腺（耳下腺・顎下腺・舌下腺）の腫脹・疼痛である。発熱は１～６日間続く。唾液腺の腫脹は、まず片側が腫脹し、数日して反対側が腫脹することが多い。発症後１～３日にピークとなり、３～７日で消える。腫脹部位に疼痛があり、唾液の分泌により痛みが増す。 発熱や耳下腺腫脹・疼痛はないこともあり、明らかな症状のない不顕性感染例が約 30%存在する。不顕性感染の割合は乳児で多く、年齢とともに低下する。 中枢神経系、膵臓、生殖腺（精巣や卵巣）等にも感染するため、無菌性髄膜炎、難聴、脳炎・脳症、精巣炎・卵巣炎等の重い合併症をきたすことがある。
感染経路	発症前から感染者の唾液中にウイルスが排出されており、主な感染経路は唾液を介した飛沫感染又は接触感染である。 不顕性感染でも唾液中にウイルスが排出されており、感染源となる。
流行状況	数年おきに流行を繰り返している。
予防・治療方法	日本では、１歳以上の子どもに対する任意予防接種として生ワクチンの接種が可能である。 流行性耳下腺炎に特異的な治療法はなく、解熱鎮痛剤、患部の冷却等の対症療法が行われる。通常は１～２週間で治癒する。
留意すべきこと（感染拡大防止策等）	不顕性感染でも唾液中にウイルスが排出されており、感染源となるため、発症者の隔離等のみにより感染拡大を防止することは困難である。 子どもの入園前には、ワクチンの接種歴を母子健康手帳等で確認する。子どもが１歳以上で未接種かつ未罹患である場合には、接種可能なワクチンがあることを伝える。 保育所内で集団発生した場合には、保健所・嘱託医等と連携し感染拡大を防止するための対策を講じる。罹患した子どもの登園のめやすは、「耳下腺、顎下腺、舌下腺の膨張が発現してから５日経過し、かつ全身状態が良好になっていること」である。

（6）結核

病原体	結核菌
潜伏期間	３か月～数 10 年。感染後２年以内、特に６か月以内に発病することが多い。
症状・特徴	全身に影響を及ぼす感染症だが、特に肺に病変が生じることが多い。主な症状は、慢性的な発熱（微熱）、咳、疲れやすさ、食欲不振、顔色の悪さ等である。 症状が進行し、菌が血液を介して全身に散布されると、呼吸困難、チアノーゼ等がみられるようになることがある。また、結核性髄膜炎を併発すると、高熱、頭痛、嘔吐、意識障害、けいれん等がみられる。
感染経路	主な感染経路は空気感染である。
流行状況	過去の感染症と思われがちであるが、日本でも毎年新たに約 1.8 万人の患者が発生している。
予防・ 治療方法	生後 12 か月未満の子どもを対象に、ＢＣＧワクチンの定期接種が実施されている。標準的には、生後５か月から生後８か月までの期間に接種が行われている。 結核患者との接触があり、検査等を行った上で感染が疑われる場合は、発病を予防するために抗結核薬が投与されることがある。発症した場合には、少なくとも６か月間、抗結核薬により治療される。
留意すべきこと （感染拡大防止策等）	結核は空気感染するため、同じ空間にいる人は、結核菌に感染する可能性がある。 子どもの入園前には、ＢＣＧワクチンの接種歴を母子健康手帳等で確認する。子どもが未接種かつ未罹患である場合には、保育所に入園する前に定期接種を受けるよう周知する。また、生後できるだけ早く接種することの重要性とともに、定期接種の標準接種期間が生後５か月から８カ月となっていることを周知する。 保育所内で結核に感染した者が１人でも発生した場合には、直ちに保健所に相談を行い、保健所・嘱託医等と連携し感染拡大を防止するための対策を講じる。 罹患した子どもの登園のめやすは、「医師により感染のおそれがないと認められていること」である。医師により感染のおそれがないと認められた場合、それ以降は、抗結核薬による治療中であっても、登園することが可能である。

（７）咽頭結膜熱（プール熱）

病原体	アデノウイルス
潜伏期間	２～14 日
症状・特徴	主な症状は、高熱、扁桃腺炎、結膜炎である。プール熱と呼ばれることがある。
感染経路	主な感染経路は、飛沫感染及び接触感染である。プール熱と呼ばれることがあるが、塩素消毒が不十分なプールの水を介して感染することがあるものの、それよりも接触感染によって感染することが多い。
流行状況	年間を通じて発生するが、特に夏季に流行がみられる。幼児から学童によく発生する。
予防・治療方法	ワクチンや有効な治療法はなく、対症療法が行われる。 飛沫感染及び接触感染への対策として、手洗いの励行等の一般的な予防法を実施することが大切である。治癒後も長時間、便中にウイルスが排出されているため、排便後又はおむつを取り替えた後の手洗いは石けんを用いて流水で丁寧に行う。多くの場合、自然経過で治癒する。
留意すべきこと（感染拡大防止策等）	感染力が強いため、タオル等の共有は厳禁である。保育所内で咽頭結膜熱が発生した場合には、ドアノブ、スイッチ等の複数の人が触れる場所の消毒を励行する。また、アデノウイルスは乾燥にも強いことから、保育所での流行状況にあわせて、遊具の消毒が求められる。プールは塩素消毒を徹底し、プール遊びの前に流水を用いたお尻の洗浄を行う。 罹患した子どもの登園のめやすは、「発熱、充血等の主な症状が消失した後２日を経過していること」である。

（８）流行性角結膜炎

病原体	アデノウイルス
潜伏期間	２～14 日
症状・特徴	主な症状として、目が充血し、目やにが出る。幼児の場合、目に膜が張ることもある。片方の目で発症した後、もう一方の目に感染することがある。
感染経路	主な感染経路は、飛沫感染及び接触感染である。塩素消毒の不十分なプールの水、タオル等を介して感染することもある。
流行状況	年間を通じて発生するが、特に夏季に流行がみられる。
予防・ 治療方法	ワクチンや有効な治療法はなく、対症療法が行われる。 飛沫感染及び接触感染への対策として、手洗いの励行等の一般的な予防法を実施することが大切である。多くの場合、自然経過で治癒する。
留意すべきこと （感染拡大防止策等）	感染力が強いため、タオル等の共有は厳禁である。保育所内で流行性角結膜炎が発生した場合には、ドアノブ、スイッチ等の複数の人が触れる場所の消毒を励行する。また、アデノウイルスは乾燥にも強いことから、保育所での流行状況にあわせて、遊具の消毒が求められる。プールは塩素消毒を徹底する。 罹患した乳幼児の登園のめやすは、「結膜炎の症状が消失していること」である。

（9）百日咳

病原体	百日咳菌
潜伏期間	７～10 日
症状・特徴	特有な咳（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もの）が特徴で、連続性･発作性の咳が長期に続く。夜間眠れないほどの咳がみられることや、咳とともに嘔吐することもある。発熱することは少ない。 生後３か月未満の乳児の場合、呼吸ができなくなる発作（無呼吸発作)、肺炎、中耳炎、脳症等の合併症も起こりやすく、突然死の一因であるとも考えられている。 年長児以降では、咳の長引くかぜと思われることも少なくない。また、思春期や成人になってから発症することも多く、感染源となる。 多くの場合では、適切な抗菌薬による治療によって排菌は抑えられるが、咳だけは長期間続く。
感染経路	主な感染経路は、飛沫感染及び接触感染である。
流行状況	年間を通じて発生するが、特に春から夏までに流行がみられる。
予防・ 治療方法	定期接種として、生後３か月から 90 か月までの間に沈降精製百日咳ジフテリア破傷風不活化ポリオ混合（ＤＰＴ－ＩＰＶ）ワクチン（４種混合ワクチン）の４回接種が行われている。標準的には、生後３か月から 12 か月までの間に、20 日間から 56 日間の間隔をおいて３回の接種が行われ、３回目の接種から 12 か月間から 18 か月間の間隔をおいて４回目の接種が行われている。 飛沫感染及び接触感染への対策として、手洗いの励行等の一般的な予防法を実施することが大切である。呼吸器症状のある年長児や成人は、０歳児と接触しないようにする。 発症した場合には抗菌薬により治療される。
留意すべきこと （感染拡大防止策等）	咳が出ている子どもには、マスクの着用を促す。その他、飛沫感染への対策として、日常的に周囲の子ども、保育士等が手洗いや咳エチケットを実施するよう促す。 子どもの入園前には、ワクチンの接種歴を母子健康手帳等で確認する。子どもが生後３か月以上で未接種かつ未罹患である場合には、保育所に入園する前にワクチン接種を受けるよう、保護者に対して周知する。 保育所内で集団発生した場合には、保健所・嘱託医等と連携し感染拡大を防止するための対策を講じる。 罹患した子どもの登園のめやすは、「特有な咳が消失していること又は５日間の適正な抗菌薬による治療が終了していること」である。

（10）腸管出血性大腸菌感染症（O157、O26、O111 等）

病原体	ベロ毒素を産生する大腸菌（O157、O26、O111 等）
潜伏期間	ほとんどの大腸菌が主に 10 時間～６日。O157 は主に 3～4 日。
症状・特徴	無症状の場合もあるが、多くの場合には、主な症状として、水様下痢便や腹痛、血便がみられる。尿量が減ることで出血しやすくなり、意識障害を来す溶血性尿毒症症候群を合併し、重症化する場合がある。稀ではあるが、脳症を合併する場合がある。
感染経路	主な感染経路は、菌に汚染された生肉や加熱が不十分な肉、菌が付着した飲食物からの経口感染、接触感染である。
流行状況	年間発生数は 3,000～4,000 例程度となっている。夏に流行がみられる。 日本では、1997 年に学童を中心とした集団感染がみられ、死亡例も出た。また、2011 年に生レバーによる感染、2012 年には菌に汚染された漬物による感染、2014 年には菌に汚染された野菜による感染が報告されている。また、保育所においても毎年、複数の集団発生が報告されている。
予防・治療方法	ワクチンは開発されていない。経口感染や接触感染により感染するため、肉類は十分に加熱すること、肉類を調理した調理器具で生食の食品を扱わないこと、手洗いを徹底すること等が大切である。 発症した場合、下痢や腹痛、脱水に対しては水分補給、補液（点滴）等を行う。抗菌薬は時に症状を悪化させることもあるため、使用するかどうかについて慎重に判断されることとされている。
留意すべきこと（感染拡大防止策等）	日常的に手洗いの励行等の一般的な予防法を実施するとともに、食品を取り扱う際には、肉類は十分に加熱する、肉類を調理した調理器具で生食の食品を扱わないなどの注意を徹底すること、プールの水を適切な濃度で塩素消毒することが重要である。 保育所内で発生した場合には、速やかに保健所に届け、保健所の指示に従い消毒を徹底するとともに、保健所と連携して感染拡大防止のための対策を講じる。 罹患（りかん）した場合の登園のめやすは、「医師において感染のおそれがないと認められていること。」である。無症状の場合、トイレでの排泄（せつ）習慣が確立している５歳以上の子どもは登園を控える必要はない。５歳未満の子どもでは、２回以上連続で便から菌が検出されなくなり、全身状態が良好であれば、登園可能である。

（11）急性出血性結膜炎

病原体	エンテロウイルス
潜伏期間	ウイルスの種類によって、平均 24 時間又は２～３日と差がある。
症状・特徴	主な症状として、強い目の痛み、目の結膜（白眼の部分）の充血、結膜下出血がみられる。また、目やに、角膜の混濁等もみられる。
感染経路	主な感染経路は、飛沫感染及び接触感染である。
予防・治療方法	ワクチンは開発されていない。飛沫感染や接触感染により感染するため、手洗いの励行等の一般的な予防法を実施することや目やに・分泌物に触れないようにすること等が大切である。 発症した場合、有効な治療薬はなく、対症療法が行われる。
留意すべきこと（感染拡大防止策等）	日常的に手洗いの励行等の一般的な予防法を実施するとともに、目やにや分泌物に触れない、洗面具やタオル等の共用をしないことが重要である。 目の症状が軽減してからも感染力が残る場合があるため、罹患した場合の登園のめやすは、「医師により感染の恐れがないと認められること」である。登園を再開した後も、手洗いを励行することが重要である。

（12）侵襲性髄膜炎菌感染症（髄膜炎菌性髄膜炎）

病原体	髄膜炎菌
潜伏期間	４日以内
症状・特徴	主な症状は、発熱、頭痛、嘔吐であり、急速に重症化する場合がある。劇症例は紫斑を伴いショックに陥り、致命率は 10%、回復した場合でも 10～20％に難聴、まひ、てんかん等の後遺症が残る。
感染経路	主な感染経路は、飛沫感染及び接触感染である。有効な治療を開始して 24 時間経過するまでは感染源となる。
流行状況	アフリカ諸国では流行的に、先進国でも散発的に発生する。2011 年には日本でも高校生の寮で集団発生し、１人が死亡した。乳幼児期から思春期によく発生する。
予防・治療方法	2015 年から、国内でも２歳以上で任意接種として髄膜炎菌ワクチン（４価：A／C／Y／W群）が使用可能となった。 患者と接触した人、歯ブラシや食事用具を共有するなど、唾液の接触があった人や、同じ住居でしばしば寝食を共にした人は、患者が診断を受けた 24 時間以内に抗菌薬の予防投与を受けることが推奨される。 発症した場合には、抗菌薬により治療される。
留意すべきこと（感染拡大防止策等）	罹患した場合の登園のめやすは、「医師において感染の恐れがないと認められていること」である。

2　医師の診断を受け、保護者が登園届を記入することが考えられる感染症

(13) 溶連菌感染症

病原体	溶血性レンサ球菌
潜伏期間	２～５日。伝染性膿痂しん（とびひ）では７～10 日。
症状・特徴	主な症状として、扁桃炎、伝染性膿痂しん（とびひ）、中耳炎、肺炎、化膿性関節炎、骨髄炎、髄膜炎等の様々な症状を呈する。 扁桃炎の症状としては、発熱やのどの痛み・腫れ、化膿、リンパ節炎が生じる。舌が苺状に赤く腫れ、全身に鮮紅色の発しんが出る。また、発しんがおさまった後、指の皮がむけることがある。 伝染性膿痂しんの症状としては、発症初期には水疱（水ぶくれ）がみられ、化膿したり、かさぶたを作ったりする。**（参照：「(25) 伝染性膿痂しん」(p.65)）** 適切に治療すれば後遺症がなく治癒するが、治療が不十分な場合には、発症数週間後にリウマチ熱、腎炎等を合併することがある。稀ではあるが、敗血症性ショックを示す劇症型もある。
感染経路	主な感染経路は飛沫感染及び接触感染である。食品を介して経口感染する場合もある。
流行状況	毎年、「冬」及び「春から初夏にかけて」という２つの時期に流行する。不顕性感染例が 15～30%いると報告されているが、不顕性感染例から感染することは稀であると考えられている。
予防・ 治療方法	ワクチンは開発されていない。飛沫感染や接触感染により感染するため、手洗いの励行等の一般的な予防法を実施することが大切である。 発症した場合、適切な抗菌薬によって治療され、多くの場合、後遺症もなく治癒する。ただし、合併症を予防するため、症状が治まってからも、決められた期間、抗菌薬を飲み続けることが必要となる。
留意すべきこと （感染拡大防止策等）	飛沫感染や接触感染、経口感染により感染するため、手洗いの励行等の一般的な予防法を実施することが大切である。罹患した場合の登園のめやすは、「抗菌薬の内服後 24～48 時間が経過していること」である。

(14) マイコプラズマ肺炎

病原体	肺炎マイコプラズマ
潜伏期間	２～３週
症状・特徴	主な症状は咳であり、肺炎を引き起こす。咳、発熱、頭痛等のかぜ症状がゆっくり進行する。特に咳は徐々に激しくなり、数週間に及ぶこともある。中耳炎、発しん等を伴うこともあり、重症化することもある。
感染経路	主な感染経路は飛沫感染である。家族内感染や再感染も多くみられる。
流行状況	夏から秋にかけて流行することが多い。日本では、従来は４年周期でオリンピックのある年に流行していたが、近年この傾向は崩れつつあり、毎年、一定の発生がみられている。学童期以降に多いが、幼児にもみられる。
予防・治療方法	ワクチンは開発されていない。飛沫感染により感染するため、咳エチケットの励行等の一般的な予防法を実施することが大切である。 近年、耐性菌が増えており、症状が長引くこともあるが、発症した場合には、多くの場合では抗菌薬による治療によって、又は自然経過により治癒する。
留意すべきこと（感染拡大防止策等）	咳が出ている子どもには、マスクの着用を促す。その他、飛沫感染への対策として、日常的に周囲の子ども、保育士等が手洗いや咳エチケットを実施するよう促す。 罹患した場合の登園のめやすは、「発熱や激しい咳が治まっていること」である。

(15) 手足口病

病原体	コクサッキーウイルスA16、A10、A６、エンテロウイルス 71 等（原因ウイルスが複数あるため、何度でも罹患する可能性がある。）
潜伏期間	３～６日
症状・特徴	主な症状として、口腔粘膜と手足の末端に水疱性発しんが生じる。また、発熱とのどの痛みを伴う水疱（水ぶくれ）が口腔内にでき、唾液が増え、手足の末端、おしり等に水疱（水ぶくれ）が生じる。コクサッキーウイルスＡ６が原因の手足口病では、水痘と間違えられるほどの発しんが出たり、爪がはがれたりすることもある。 無菌性髄膜炎を合併することがあり、発熱や頭痛、嘔吐がみられる。稀ではあるが、脳炎を合併し、けいれんや意識障害が生じることもある。
感染経路	主な感染経路は、飛沫感染、接触感染及び経口感染である。 症状が出た最初の週の感染力が最も強い。回復後も飛沫や鼻汁からは１～２週間、便からは数週～数か月間、ウイルスが排出される。
流行状況	春から夏にかけて流行する。
予防・治療方法	ワクチンは開発されていない。飛沫感染や接触感染、経口感染により感染するため、手洗いの励行等の一般的な予防法を実施することが大切である。 発症した場合には、有効な治療法はないが、多くの場合、３～７日の自然経過で治癒する。
留意すべきこと（感染拡大防止策等）	日常的に手洗いの励行等の一般的な予防法を実施するとともに、回復後も飛沫や鼻汁からは１～２週間、便からは数週～数か月間ウイルスが排出されるので、おむつの排便処理の際には手袋をするなどの対応を行う。 罹患した場合の登園のめやすは、「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」である。感染拡大を防止するために登園を控えることは有効性が低く、またウイルス排出期間が長いことからも現実的ではない。発熱やのどの痛み、下痢がみられる場合や食べ物が食べられない場合に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もらう。ただし、登園を再開した後も、排便後やおむつ交換後の手洗いを徹底する。

（16）伝染性紅斑（りんご病）

病原体	ヒトパルボウイルスＢ19
潜伏期間	４～14 日
症状・特徴	感染後５～10 日に数日間のウイルス血症を生じ、この時期に発熱、倦怠感、頭痛、筋肉痛等の軽微な症状がみられる。その後、両側頬部に孤立性淡紅色斑丘しんが現われ、３～４日のうちに融合して蝶翼状の紅斑となるため、俗に「りんご病」と呼ばれる。四肢の発しんは、網目状、レース様又は大理石紋様と称される。発しんは１～２週間続く。 成人の場合、合併症として関節痛を伴うことが多い。その他、心筋炎、急性脳炎・脳症、先天性溶血性疾患（遺伝性球状赤血球症等）での無形成発作（重症の貧血発作に伴い、血小板、白血球等も一緒に減少する）等の重篤な合併症を伴うことがある。 母体が妊娠中（特に胎児造血が盛んな妊娠前半期に多い）にヒトパルボウイルスＢ19 に感染すると、ウイルスは胎盤を経て胎児に感染する。胎児に感染した場合には、約 10%が流産や死産となり、約 20%が重症の貧血状態となり、全身に浮腫をきたす胎児水腫になる。 顕性感染率は小児期には 80～90%だが、成人では 40%程度に低下するため、感染に気付かれない場合がある。
感染経路	主な感染経路は飛沫感染である。
流行状況	秋から春にかけて流行するが、最近は夏にも散発している。かつては７～10 年間隔の大流行がみられていたが、現在は地域ごとに約５年周期の小流行がみられる。
予防・治療方法	ワクチンは開発されていない。飛沫感染により感染するため、咳エチケットや手洗いの励行等、一般的な予防法を実施することが大切である。 伝染性紅斑に対する特異的な治療はない。
留意すべきこと（感染拡大防止策等）	発しんが出現する前は、ウイルス血症（ウイルスが血液中に存在している状態）を起こしている時期であり、最も感染力が強い。一方で、発しんが出現する時期には抗体が産生されており、感染の危険性はなくなる。このため、発症者の隔離等のみにより感染拡大を防止することは困難である。日常的に咳エチケットや手洗いの励行等の一般的な予防法を実施することが重要である。 また、特に妊婦への感染を防止することが重要である。日本での成人の抗体保有率は 20～50%であり、妊婦の半数以上は免疫を持たないため、感染する危険性がある。このため、保育所内で発生した場合には、すぐに保護者にこれを知らせ、子どもの送迎時等における感染防止策を講じる。妊娠中の職員については、流行が終息するまでの間休ませるなど、勤務形態に配慮することが望まれる。 罹患した場合の登園のめやすは、「全身状態が良いこと」である。

(17) ①ウイルス性胃腸炎（ノロウイルス感染症）

病原体	ノロウイルス
潜伏期間	12～48 時間
症状・特徴	流行性嘔吐下痢症の原因となる感染症である。主な症状は嘔吐と下痢であり、脱水を合併することがある。乳幼児のみならず、学童、成人にも多くみられ、再感染も稀ではない。多くは１～３日で治癒する。
感染経路	主な感染経路は、経口感染、飛沫感染及び接触感染である。 汚物処理が不十分な場合、容易に集団感染を引き起こす。ウイルスに感染している調理者を介して食品が汚染されたことによる食中毒が多く起きている。 感染者の便には、多くのウイルスが排出されている。また、嘔吐物の中にも多量のウイルスが含まれている。感染力が強く、乾燥してエアロゾル化した嘔吐物を介して、空気感染（飛沫核感染）することもある。
流行状況	一年を通じ発生するが、特に秋から冬にかけて流行する。感染力が強く、100 個以下という少量のウイルスでも、人に感染し発病する。患者の嘔吐物や糞便には１グラムあたり 100 万～10 億個ものウイルスが含まれていると言われている。
予防・ 治療方法	ワクチンの開発は行われているが、現在使用可能なものはない。経口感染、接触感染、空気感染（飛沫核感染）により感染するため、手洗いの励行等の一般的な予防法を実施すること、また、嘔吐物等に迅速かつ適切に対応することが大切である。 特異的な治療法はなく、下痢や腹痛、脱水に対して水分補給、補液等を行う。
留意すべきこと （感染拡大防止策等）	ノロウイルス感染症は、ウイルスが含まれた水や食物、手を介して感染するため、また、処理をしていない嘔吐物等が乾燥して空気中に舞い上がり感染することもあるため、手洗いの励行などの一般的な予防法を徹底するとともに、下痢・嘔吐がみられた時の処理手順を職員間で共有し、迅速かつ適切に予防のための対応をとることが大切である。 **（参照：下痢・嘔吐の際の処理の詳細は「別添３③（p. 73）」及び「別添３④（p. 74）」）** また、加熱が必要な食品を取り扱う際には十分に加熱する、食品を調理した調理器具で生食の食品を扱わないなどの注意を徹底することが重要である。 流行期には、前日に嘔吐していた子どもの登園は控えてもらうように保護者に伝えることが重要である。罹患した場合の登園のめやすは、「嘔吐、下痢等の症状が治まり、普段の食事がとれること」である。ただし、登園を再開した後も、ウイルスは便中に３週間以上排出されることがあるため、排便後やおむつ交換後の手洗いを徹底する。

(17) ②ウイルス性胃腸炎（ロタウイルス感染症）

病原体	ロタウイルス
潜伏期間	１～３日
症状・特徴	流行性嘔吐下痢症をおこす感染症である。５歳までの間にほぼ全ての子どもが感染する。 主な症状は嘔吐と下痢であり、しばしば白色便となる。脱水がひどくなる、けいれんがみられるなどにより、入院を要することがしばしばある。稀ではあるが、脳症を合併して、けいれんや意識障害を示すこともある。多くは２～７日で治癒する。
感染経路	主な感染経路は経口感染、接触感染及び飛沫感染である。患者の便には多量のウイルスが含まれているが、10～100 個程度の少ないウイルス量でも感染する。たとえ十分に手洗いをしても、手や爪に多数のウイルスが残っていることがある。
流行状況	冬から春にかけて流行する。日本の患者数は年間約 80 万人であり、そのうち２～８万人が入院していると推定されている。10 人前後が死亡している。何度でも罹患するが、初感染の時が最も重症化しやすい。
予防・ 治療方法	日本では、乳児に対する任意予防接種として経口生ワクチンの接種が可能である。 経口感染や接触感染、飛沫感染により感染するため、手洗いの励行等一般的な予防法の励行が大切である。 特異的な治療法はなく、下痢、腹痛、脱水に対して水分補給、補液（点滴）等を行う。
留意すべきこと （感染拡大防止策等）	ロタウイルスは非常に感染力が強いため、手洗いの励行等の一般的な予防法を徹底するとともに、下痢・嘔吐がみられた時の処理手順を職員間で共有し、迅速かつ適切に予防のための対応をとることが大切である。**（参照：下痢・嘔吐の際の処理の詳細は「別添３③（p. 73）」及び「別添３④（p. 74）」）** また、加熱が必要な食品を取り扱う際には十分に加熱する、食品を調理した調理器具で生食の食品を扱わないなどの注意を徹底することが重要である。 罹患した場合の登園のめやすは、「嘔吐、下痢等の症状が治まり、普段の食事がとれること」である。ただし、登園を再開した後も、ウイルスは便中に３週間以上排出されることがあるため、排便後やおむつ交換後の手洗いを徹底する。

(18) ヘルパンギーナ

病原体	主としてコクサッキーウイルス（原因ウイルスは複数あるため、何度でも罹患する可能性がある。）
潜伏期間	３～６日
症状・特徴	発症初期には、高熱、のどの痛み等の症状がみられる。また、咽頭に赤い粘膜しんがみられ、次に水疱（水ぶくれ）となり、間もなく潰瘍となる。高熱は数日続く。熱性けいれんを合併することがある。 無菌性髄膜炎を合併することがあり、発熱、頭痛、嘔吐を認める。まれながら脳炎を合併して、けいれんや意識障害をおこすこともある。 多くの場合、２～４日の自然経過で解熱し、治癒する。
感染経路	主な感染経路は、飛沫感染、接触感染及び経口感染である。飛沫や鼻汁からは１～２週間、便からは数週～数か月間、ウイルスが排出される。
流行状況	春から夏にかけて流行する。
予防・治療方法	ワクチンは開発されていない。飛沫感染や接触感染、経口感染により感染するため、手洗いの励行等一般的な予防法の励行が大切である。 有効な治療法はないが、多くの場合、自然経過で治癒する。
留意すべきこと（感染拡大防止策等）	日常的に手洗いの励行等の一般的な予防法を実施するとともに、回復後も飛沫や鼻汁からは１～２週間、便からは数週～数か月間ウイルスが排出されるので、おむつの排便処理の際には手袋をするなど、取扱いに注意する。罹患した場合の登園のめやすは、「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」である。感染拡大を防止するために登園を控えることは有効性が低く、またウイルス排出期間が長いことからも現実的ではない。発熱やのどの痛み、下痢がみられる場合や食べ物が食べられない場合に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もらう。ただし、登園を再開した後も、排便後やおむつ交換後の手洗いを徹底する。

(19) ＲＳウイルス感染症

病原体	ＲＳウイルス
潜伏期間	４～６日
症状・特徴	呼吸器感染症で、乳幼児期に初感染した場合の症状が重く、特に生後６か月未満の乳児では重症な呼吸器症状を生じ、入院管理が必要となる場合も少なくない。 一度かかっても十分な免疫が得られず何度も罹患する可能性があるが、再感染・再々感染した場合には、徐々に症状が軽くなる。通常、大人では鼻炎程度の軽い感冒症状がみられる。
感染経路	主な感染経路は飛沫感染及び接触感染である。 ２歳以上で再感染・再々感染した場合に、症状としては軽い咳や鼻汁程度しかみられず、保育所に平常時と変わらず通っている場合がある。また、保護者や職員が感染することもある。このような場合、これらの人が感染源となって、周囲に感染が拡大することもある。
流行状況	毎年、主に秋から冬にかけて流行する。しかし、最近では夏季にも小流行があり、注意が必要である。
予防・治療方法	ワクチンや抗ウイルス薬の開発がすすめられているが、まだ実用化されていない。飛沫感染や接触感染により感染するため、手洗いの励行等一般的な予防法の励行が大切である。 ＲＳウイルスに対する遺伝子組み換え技術を用いたモノクロナール抗体（パリビズマブ）には感染予防効果があり、ＲＳウイルス感染症の流行期には、早産児、新生児慢性肺疾患、先天性心疾患、免疫不全等の基礎疾患を有する乳幼児等に対して、毎月筋肉内投与がなされている。 特異的な治療法は確立されていない。
留意すべきこと（感染拡大防止策等）	咳が出ている子どもには、マスクの着用を促す。その他、飛沫感染への対策として、日常的に周囲の子ども、保育士等が手洗いや咳エチケットを実施するよう促す。保育環境を清潔に保つことも重要である。 また、流行状況を常に把握しておくことが重要であり、流行期には、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、互いの交流を制限する。特に、呼吸器症状がある年長児が乳児に接触することを避ける。 罹患した場合の登園のめやすは、「呼吸器症状が消失し、全身状態が良いこと」である。

(20) 帯状疱しん

病原体	水痘・帯状疱しんウイルス（ＶＺＶ）
潜伏期間	不定
症状・特徴	水痘に感染した患者は、神経節（脊髄後根神経節や脳神経節）にウイルスが潜伏感染しており、免疫能の低下、ストレス、加齢等をきっかけとして、神経の走行に沿った形で、身体の片側に発症することがある。 数日間、軽度の痛みや違和感（子どもの場合ははっきりとしない）が、そして場合によってはかゆみがあり、その後、多数の水疱（水ぶくれ）が集まり、紅斑となる。日が経つと膿疱や血疱、びらんになることもある。発熱はほとんどない。 通常 1 週間で痂皮（かさぶた）化して治癒する。子どもの場合、痛みは大人ほどではなく、多くの場合には痛み止めの内服は不要である。発しんが治癒した後に跡が残ることがある。
感染経路	母体が妊娠 20 週から分娩の 21 日前までに水痘に罹患すると、子どもが帯状疱しんを発症することがある。 また、一度水痘に罹患した子どもは、ウイルスを神経節に持っているので、帯状疱しんを発症する可能性がある。水痘ワクチン接種後に発病することもあるが、頻度は低い。ワクチン接種の前後に気が付かないうちに自然感染していて、その後、発病する場合がある。
予防・ 治療方法	内服薬と外用薬がある。 痛みがある場合には、患部を温めると痛みが和らぐ。
留意すべきこと （感染拡大防止策等）	水痘ワクチンを未接種かつ水痘に未罹患の者が帯状疱しんの患者に接触すると水痘にかかる可能性があるため、周りの子どもや保護者、保育士等に周知する。 保育士や保育所職員が水痘や帯状疱しんに罹患した場合は、全ての皮しんがかさぶたになるまで保育を控えることが重要である。なお、日本小児科学会では、こうした場合、水痘未罹患や水痘ワクチン未接種の子どもについては早期（72 時間以内）に水痘ワクチン接種をすることを勧めている。妊婦への感染の防止も重要であるため、保育所内で発生した場合には、妊婦はなるべく患児に近づかないようにする。 発しんが痂皮（かさぶた）になると、感染の可能性はなくなるため、罹患した子どもの登園のめやすは、「すべての発しんが痂皮（かさぶた）化していること」である。発しんが痂皮（かさぶた）になるまでの間もシャワーは可能であり、痂皮（かさぶた）になった後は入浴も可能である。

(21) 突発性発しん

病原体	ヒトヘルペスウイルス６Ｂ、ヒトヘルペスウイルス７
潜伏期間	９～10 日
症状・特徴	生後６か月～２歳によくみられる。３日間程度の高熱の後、解熱するとともに紅斑が出現し、数日で消えてなくなるという特徴をもつ。 比較的軽症の疾患であり、自然経過で治癒するが、熱性けいれん、脳炎・脳症、肝炎等を合併することがある。 ヒトヘルペスウイルス７の初感染でも突発性発しんの特徴がみられることがあるが、この場合は生後２～４歳頃に多いとされている。
感染経路	ウイルスは、多くの子ども・成人の唾液等に常時排出されており、母親から胎盤を通して受け取っていた抗体（移行抗体）が消失する乳児期後半以降に、保護者や兄弟姉妹等の唾液等から感染すると考えられている。
流行状況	乳児同士の間での感染は少ない。地域的・季節的な流行は見られず、年間を通してほぼ同じような発生がある。
予防・ 治療方法	ワクチンは開発されていない。 通常は自然経過で治癒する疾患で、特異的な治療薬を必要としない。
留意すべきこと （感染拡大防止策等）	多くの場合、乳幼児期に感染し、発熱により感染に気づく。発熱前後の気道分泌物中にウイルスが含まれるため、飛沫、鼻汁、唾液等には感染性があると考えられる。通常は保護者、兄弟姉妹等の唾液等から感染するが、免疫のない子どもが感染した子どもの分泌物に接触した場合には、感染する可能性がある。 日常的に手洗いの励行等の一般的な予防法を実施するほか、子どもに高熱がある場合には、特にこれを徹底する。 解熱し発しんが出現して診断がつく頃にはウイルスの排出はなくなるため、罹患した子どもの登園のめやすは、「解熱し機嫌が良く全身状態が良いこと」である。

3　上記１及び２の他、保育所において特に適切な対応が求められる感染症

(22) アタマジラミ症

病原体	アタマジラミ（２～４㎜ の少し透けた灰色の細長い３対の足をもつ。約４週間生きている。卵は 0.5㎜ 程度の乳白色であり、約７日で孵化する。）
潜伏期間	10～30 日。卵は約７日で孵化する。
症状・特徴	卵は頭髪の根元近くにあり、毛に固く付着して白くみえる。フケのようにも見えるが、卵の場合は指でつまんでも容易には動かない。成虫は頭髪の根元近くで活動している。 雌雄の成虫及び幼虫が１日２回以上頭皮から吸血する。毎日の吸血によって３～４週間後に頭皮にかゆみがでてくる。引っかくことによって二次感染が起きる場合がある。
感染経路	頭髪に直接接触することで、また、体や頭を寄せ合うことで感染する。また、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、ロッカー等の共用により感染することがある。この他にも、集団での就寝・添い寝、混雑したバス・電車、スイミングスクール等の習い事、銭湯等の公共施設等でも感染することがある。
予防・ 治療方法	保育所で感染が確認された場合、昼寝の際には、子どもの頭と頭を接しさせないよう、布団を離したり、頭を交互にしたりするなど工夫する。 一般に、薬局で市販されている薬として、フェノトリン（スミスリン®）シャンプー又はフェノトリンパウダーがある。日本ではフェノトリン以外にアタマジラミ症に効果のある薬はないが、ほとんどのシラミがフェノトリン抵抗性（耐性）になっている地域もある。 毎日シャンプーを行い、目の細かいクシで丁寧に頭髪の根元からすき、シラミや卵を取り除く。卵はクシをこまめに使うことで取り除くことが可能である。頭髪を短くしたりする必要はない。 感染した子ども同士が互いに感染させる、いわゆるピンポン感染を繰り返す恐れがあるため、周囲の感染者を一斉に治療することが感染防止対策としてとられている。
留意すべきこと （感染拡大防止策等）	保育所で感染が確認された場合、昼寝の際には、子どもの頭と頭を接しさせないよう、布団を離したり、頭を交互にしたりするなど工夫する。 プールでは水泳帽、クシ、タオル、ロッカーを共用しないようにする。 地域での流行状況を常に把握しておくことが重要である。

(23) 疥癬

病原体	ヒゼンダニ（雌成虫は0.4㎜。皮膚の一番浅い所（角層）に寄生する。低温や乾燥に弱く、ヒトの体を離れると弱る。拡大鏡等で確認することもできる）
潜伏期間	約１か月（感染してから皮しん、かゆみが出現するまでの期間）
症状・特徴	かゆみの強い発しん（丘しん、水疱（水ぶくれ）、膿疱、結節（しこり）等）ができる。手足等には線状の隆起した皮しん（疥癬トンネル）もみられる。男児では陰部に結節（しこり）ができることがある。体等には丘しんができる。かゆみは夜間に強くなる。疥癬はアトピー性皮膚炎、他の湿しん等との区別が難しいことがある。
感染経路	ヒトからヒトに感染する。リネン類や布団の共用（午睡時、寝具が隙間なく敷き詰められている場合を含む。）等で感染することもある。 一緒に寝る、授乳する、抱っこする、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感染することがある。
予防・治療方法	疥癬の子どもと接触しても感染する可能性は高くないが、強いかゆみのある発しんがでたら皮膚科を受診する。 外用薬・内服薬により治療する。
留意すべきこと（感染拡大防止策等）	手に比較的多くのヒゼンダニがおり、手を介して感染することもあるため、日常的に手洗いの励行などの一般的な予防法を実施することが重要である。また、下着等は毎日交換する。 地域での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ある。また、医療機関を受診する際に、保護者から、子どもの通っている保育所で疥癬が流行していることを伝えてもらうとよい。 治療を開始していれば、プールに入ってもかまわない。

(24) 伝染性軟属腫（水いぼ）

病原体	伝染性軟属腫ウイルス（ポックス ウイルスの一種）
潜伏期間	２～７週
症状・特徴	１～５㎜（稀に１㎝程度のこともある。）程度の常色～白～淡紅色の丘しん、小結節（しこり）であり、表面はつやがあって、一見水疱（水ぶくれ）にも見える。大き目の結節（しこり）では中心が凹になっている。多くの場合では、数個～数十個が集まっている。四肢、体幹等によくみられるが、顔、首、陰部等どこにでも生じる。 軽度のかゆみがあるが、かいてつぶれることで、また、か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をかけて自然経過で治癒することがある。
感染経路	主な感染経路は皮膚と皮膚の直接接触による接触感染である。伝染性軟属腫（水いぼ）を左右から押すと、中央から白色の粥状の物質が排出される。この中にウイルスが含まれている。 プールの水では感染しないので、プールに入っても構わない。タオル、浮輪、ビート板等を介して感染する場合もある。接触後に症状が出るまで２～７週間かかるといわれており、感染時期の特定は難しい。
予防・ 治療方法	自然経過で治癒することもあるが、治癒に数か月かかることもある。保育所においては、周囲の子どもに感染することを考慮し、嘱託医と相談して対応する。 治療には、専用のピンセットでの摘除法（痛みと少量の出血があるため、局所麻酔薬テープを事前に貼ることがある）、外用療法、内服療法、冷凍凝固療法等がある。 皮膚のバリア機能が未熟な乳幼児、アトピー性皮膚炎患者等では、伝染性軟属腫（水いぼ）を引っかいた手で別の箇所を触ることで、その個所にも感染が拡大し、広い範囲に伝染性軟属腫（水いぼ）が生じる場合がある。このため、皮膚の清潔を保ち、保湿剤等でバリア機能を改善する。
留意すべきこと （感染拡大防止策等）	集団生活、水遊び、浴場等で皮膚と皮膚が接触することにより周囲の子どもに感染する可能性がある。このため、伝染性軟属腫（水いぼ）を衣類、包帯、耐水性ばんそうこう等で覆い、他の子どもへの感染を防ぐ。また、プール後は皮膚表面のバリア機能が低下しやすいので、皮膚の保湿を保つ。 接触感染により感染するため、日常的に手洗いの励行等の一般的な予防法を実施することが重要である。

(25) 伝染性膿痂(のうか)しん（とびひ）

病原体	原因菌は黄色ブドウ球菌の場合が多いが、溶血性レンサ球菌の場合もある。前者については耐性菌（ＭＲＳＡ）が増加（10～50%）している。
潜伏期間	２～10 日（長期の場合もある。）
症状・特徴	主な症状として、水疱(ほう)（水ぶくれ）やびらん、痂(か)皮（かさぶた）が、鼻周囲、体幹、四肢等の全身にみられる。 患部を引っかくことで、数日から 10 日後に、隣接する皮膚や離れた皮膚に新たに病変が生じる。
感染経路	主な感染経路は接触感染である。水疱(ほう)（水ぶくれ）やびらん、痂(か)皮（かさぶた）等の浸出液に原因菌が含まれており、患部をひっかいたり、かきむしったりすることで、湿しんや虫刺され部位等の小さな傷を介して感染する。また、集団感染をおこすことがある。
流行状況	夏に多い病気であるが、他の季節にも発生する。
予防・ 治療方法	皮膚を清潔にすることが大事である。１日１回以上は全身をシャワーでよく洗浄して、患部も含めた皮膚の清潔を保つ。患部を洗浄する際には、石けんは泡立てて、そっと洗い、よくすすぐ。また、爪は短く切る。 虫刺されやアトピー性皮膚炎の引っかいた部位等に菌が付着しやすいので、それらの治療を早期に行い、皮膚バリア機能を改善する。 病巣が広がっている場合には外用薬、更に状態が悪化した場合には内服や点滴による抗菌薬投与が必要となることがある。
留意すべきこと （感染拡大防止策等）	手を介して感染することもあるため、日常的に手洗いの励行等の一般的な予防法を実施することが重要である。 地域での流行状況を常に把握しておくことが重要である。 病変部を外用薬で処置し、浸出液がしみ出ないようにガーゼ等で覆ってあれば、通園が可能である。子ども同士でタオルや寝具は共用せず、別々にする。 プールの水を介しては感染しないが、患部をかくことで病変が悪化したり、他の人と触れたりすることがあるので、プールでの水遊びや水泳は治癒するまでやめておく。

(26) Ｂ型肝炎

病原体	Ｂ型肝炎ウイルス（ＨＢＶ）
潜伏期間	急性感染では 45～160 日（平均 90 日）
症状・特徴	ウイルスが肝臓に感染し、炎症を起こす病気である。急性肝炎と慢性肝炎がある。 ０歳児が感染した場合、約９割がＨＢＶキャリア（※１）となる。キャリア化の割合は年長児では低下するが、５歳児でも約１割がキャリア化する。 キャリア化しても、85～90%は治療を必要としないが、残りの多くは思春期以降に慢性肝炎を発症し、その一部は肝硬変や肝がんに進展する可能性がある。 キャリアでは、自覚症状はなく、肝機能も正常だが、子どもであっても慢性肝炎の状態になったり、稀に肝硬変や肝がんになったりすることがあるので、定期的な検査を受けておくことが大切である。
感染経路	血液の中にウイルスが含まれている。血液が付着しただけでは、感染はまず成立しない。感染者の血液が他人の皮膚や粘膜にできた傷から体内に入ることで、感染が起こりうる。唾液、涙、汗、尿等にもウイルスが存在し、感染源となりうる。 感染者がアトピー性皮膚炎、水痘（水ぼうそう）、伝染性膿痂疹（とびひ）等の皮膚病にかかっている場合は、症状のある皮膚から出る血液や体液にウイルスが含まれるため、感染源となりうる。
流行状況	子どものキャリア率は 0.02～0.03%以下とされ、その多くが家族内又は集団生活内での水平感染（※２）と推定されているが、新規感染の状況については不明である。
予防・ 治療方法	Ｂ型肝炎ワクチン（ＨＢワクチン）は、安全で効果の高いワクチンである。３回の接種により、ほとんどの人がウイルス（ＨＢＶ）に対する免疫を獲得することが可能である。 ＨＢワクチンは、2016 年４月１日以降に出生した１歳未満児を対象に、2016 年 10 月より定期接種として実施されている。標準的には、生後２か月から生後９か月までの期間に、27 日以上の間隔で２回接種した後、第１回目の接種から 139 日以上の間隔を置いて１回（３回目）の接種が行われている（※３）。一部の自治体では、定期接種の対象とならない子どもに対しても補助が行われている。 Ｂ型肝炎の治療には、現在インターフェロンと核酸アナログが用いられる。これらの治療により肝炎をコントロールすることが可能であるが、ウイルスの排除は困難である。
留意すべきこと （感染拡大防止策等）	最も効果的な感染拡大防止策はＨＢワクチンの接種である。 保護者に対し、保育所に入園する前に、定期接種について周知する。また、定期接種の対象でない子どもについても、ＨＢワクチンの接種を済ませておくことが重要であることを周知する。集団感染事例の中には、子どもだけではなく職員も含まれるため、職員もＨＢｓ抗原、ＨＢｓ抗体の検査を受け、両者とも陰性の場合、任意接種としてＨＢワクチンの接種を受けることが重要であることを説明する。 ＨＢＶへの感染の有無に関わらず、血液や体液で感染する病気の予防のために、誰

	のものであっても血液や体液に他の園児や職員が直接接触しないような注意（標準予防策）が望まれる。 　ＨＢＶに感染した子どもが他の子どもと一緒にプールに入ってもウイルスの伝播（でんぱ）は起きない。傷がある場合は耐水性絆創膏できちんと覆っておく。

（※１）ＨＢＶキャリアとは、ＨＢＶの持続感染者のことで、一般的にはＨＢｓ抗原が陽性の人のことをいう。

（※２）ＨＢＶキャリアの母親から子どもへの感染を“次の世代への感染”という意味で“垂直感染”と呼ぶ。それ以外の感染を“水平感染”と呼ぶ。

（※３）母親のＨＢｓ抗原が陽性（母親がＨＢＶキャリア）の場合は、母子感染予防として生後すぐにＨＢグロブリンを接種した上で、生後すぐ、生後１か月、生後６か月にＨＢワクチンの接種を行う。この場合のＨＢワクチンは定期接種の対象とはならないが、健康保険が適用される。１歳以上の子どもは定期接種の対象にならないが、集団生活に入る前には、任意接種としてＨＢワクチンの接種を受けることが重要であることを説明する。既に集団生活に入っている子どもに対しても同様である。

別添２　保育所における消毒の種類と方法

＜消毒薬の種類と用途＞

保育所において消毒に使用される消毒薬の種類と用途については**表３**を参照すること。

表３　消毒薬の種類と用途

薬品名	塩素系消毒薬 （次亜塩素酸ナトリウム等）	第４級アンモニウム塩 （塩化ベンザルコニウム等）※逆性石けん又は陽イオン界面活性剤ともいう。	アルコール類 （消毒用エタノール等）
消毒をする場所・もの	・調理及び食事に関する用具（調理器具、歯ブラシ、哺乳瓶等） ・室内環境（トイレの便座、ドアノブ等） ・衣類、シーツ類、遊具等	・手指 ・室内環境、家具等（浴槽、沐浴槽、トイレのドアノブ等） ・用具類（足浴バケツ等）	・手指 ・遊具 ・室内環境、家具等（便座、トイレのドアノブ等）
消毒の濃度	・0.02%（200ppm）～0.1%（1,000ppm）液での拭き取りや浸け置き	・0.1%（1,000ppm）液での拭き取り ・食器の漬け置き：0.02%（200ppm）液	・原液（製品濃度70～80%の場合）
留意点	・酸性物質（トイレ用洗剤等）と混合すると有毒な塩素ガスが発生するので注意する。 ・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）で消毒効果が低下する。このため、嘔吐物等を十分拭き取った後に消毒する。また、哺乳瓶は十分な洗浄後に消毒を行う。 ・脱色（漂白）作用がある。	・経口毒性が高いので誤飲に注意する。 ・一般の石けんと同時に使うと効果がなくなる。	・刺激性があるので、傷や手荒れがある手指には用いない。 ・引火性に注意する。 ・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	全ての微生物 （ノロウイルス、ロタウイルス等）	一般細菌（ＭＲＳＡ等）、真菌	一般細菌（ＭＲＳＡ等）、結核菌、真菌、ウイルス（ＨＩＶを含む。）等
消毒薬が効きにくい病原体		結核菌、大部分のウイルス等	ノロウイルス、ロタウイルス等
その他	・直射日光の当たらない涼しいところに保管する。	・希釈液は毎日作りかえる。	

※　通常の衛生管理における消毒については、消毒をする場所等に応じ、医薬品・医薬部外品として販売されている製品を用法・用量に従って使い分ける。ただし、糞便や嘔吐物、血液を拭き取る場合等については、消毒用エタノール等を用いて消毒を行うことは適当でなく、次亜塩素酸ナトリウムを用いる。

＜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、全ての微生物に有効である。次亜塩素酸ナトリウムの希釈方法〈製品濃度が約６％の場合〉は以下のとおりである。なお、使用する製品の濃度を確認の上、用法・用量に従って使用することが重要である。

表４　次亜塩素酸ナトリウムの希釈方法

消毒対象	調整する濃度（希釈倍率）	希釈法
・糞便や嘔吐物が付着した床 ・衣類等の浸け置き	0.1% （1000ppm）	水１Lに対して約20mL （めやすとしては、500mlペットボトルにキャップ２杯弱）
・食器等の浸け置き ・トイレの便座、ドアノブ、手すり、床等	0.02% （200ppm）	水１Lに対して約４mL （めやすとしては、500mlペットボトルにキャップ0.5杯弱）

○　次亜塩素酸ナトリウム消毒薬の希釈液は、時間が経つにつれ有効濃度が減少することに留意する。

○　製品によっては、冷暗所に保管するよう指示があるものがあり、指示に従い適切に保管することが必要となる。

＜消毒方法について＞

保育所において遊具等の消毒を行う場合には**表５**を、手指の衛生管理を行う場合には**表６**を参照すること。

表５　遊具等の消毒

	普段の取扱のめやす	消毒方法
ぬいぐるみ 布類	・定期的に洗濯する。 ・陽に干す（週１回程度）。 ・汚れたら随時洗濯する。	・糞便や嘔吐物で汚れたら、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。 ・色物や柄物には消毒用エタノールを使用する。 ※汚れがひどい場合には処分する。
洗えるもの	・定期的に流水で洗い、陽に干す。 ・乳児がなめるものは毎日洗う。 乳児クラス：週１回程度 幼児クラス：３か月に１回程度	・糞便や嘔吐物で汚れたものは、洗浄後に0.02～0.1%（200～1000ppm）の次亜塩素酸ナトリウム液に浸し、陽に干す。 ・色物や柄物には消毒用エタノールを使用する。
洗えないもの	・定期的に湯拭き又は陽に干す。 ・乳児がなめるものは毎日拭く。 乳児クラス：週１回程度 幼児クラス：３か月に１回程度	・糞便や嘔吐物で汚れたら、汚れをよく拭き取り、0.05～0.1%（500～1000ppm）の次亜塩素酸ナトリウム液で拭き取り、陽に干す。
砂場	・砂場に猫等が入らないようにする。 ・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と手洗いする。	・掘り起こして砂全体を陽に干す。

※0.02%（200ppm）の次亜塩素酸ナトリウム消毒薬の希釈液の作成方法については**表４**を参照

表６　手指の衛生管理

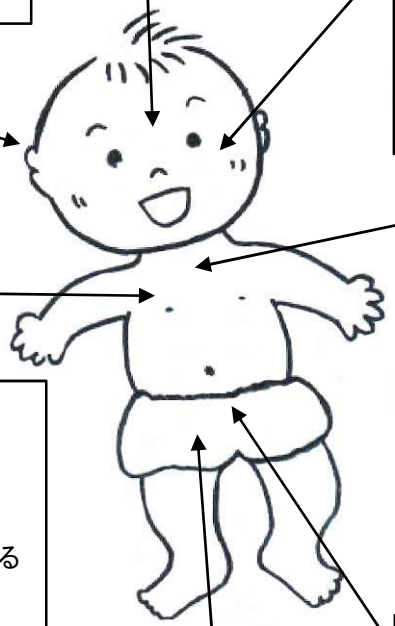
通　常	・石けんを用いて流水でしっかりと手洗いする。
下痢・感染症発生時	・石けんを用いて流水でしっかりと手洗いした後に、消毒用エタノール等を用いて消毒する。 ・手指に次亜塩素酸ナトリウムは適さない。 ・糞便や嘔吐物の処理時には、使い捨て手袋を使用する。
備　考	・毎日、清潔な個別タオル又はペーパータオルを使う。 ・食事用のタオルとトイレ用のタオルを区別する。 ・利便性の観点から、速乾性手指消毒液使用も考えられる。 ・血液は使い捨て手袋を着用して処理をする。

＜消毒薬の管理、使用上の注意点＞

○　消毒薬は、感染症予防に効果があるが、使用方法を誤ると有害になることもある。
○　消毒薬の種類に合わせて、用途、希釈法等の正しい使用方法を守ることが重要である。
・消毒薬は子どもの手の届かないところに保管する。
・消毒薬は使用時に希釈し、毎日交換する。
・希釈するものについては、濃度、消毒時間を守り使用する。
・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る。
・消毒の実施時は子どもを別室に移動させ、消毒を行う者はマスク及び手袋を付ける。
・使用時には換気を十分に行う。
・血液、嘔吐物、下痢便等を十分に取り除いてから、消毒を行う。
○　消毒薬を間違えて使用しないように、容器の色分け等の工夫が重要である。

別添３　子どもの病気　～症状に合わせた対応～

①子どもの症状を見るポイント



【顔色・表情】
・顔色がいつもと違う
・表情がぼんやりしている
・視線が合わない
・目つきがおかしい
・無表情である

【目】
・目やにがある
・目が赤い
・まぶたが腫れぼったい
・まぶしがる

【鼻】
・鼻水がでる
・鼻づまりがある
・小鼻がピクピクしている
（鼻翼呼吸）

【耳】
・痛がる
・耳だれがある
・耳をさわる

【口】
・口唇の色が悪い
（紫色（チアノーゼ））
・口の中が痛い
・舌がいちごの様に赤い

【胸】
・呼吸が苦しそう
・ゼーゼーする
・胸がへこむ

【のど】
・痛がる
・赤くなっている
・声がかれている
・咳（せき）がでる

【皮膚】
・赤く腫れている
・湿しんがある
・カサカサしている
・水疱（ほう）、化膿（のう）、出血している
・紫斑がある
・肌色が蒼白である
・虫刺されで赤く腫れている
・打撲のあざがある
・傷がある

【食欲】
・普段より食欲がない

【睡眠】
・泣いて目がさめる
・目ざめが悪く機嫌が悪い

【お腹】
・張っていてさわると痛がる
・股の付け根が腫れている

【尿】
・回数、量、色の濃さ、
においがいつもとちがう
・血尿が出る

【便】
・回数、量、色の濃さ、におい、がいつもとちがう
・下痢、便秘
・血便が出る
・白色便が出る

○　子ども一人一人の元気な時の『平熱』を知っておくことが症状の変化に気づくめやすになります。

○　いつもと違うこんな時は、子どもからのサインです！

- 親から離れず機嫌が悪い（ぐずる）
- 睡眠中に泣いて目が覚める
- 元気がなく顔色が悪い
- きっかけがないのに吐いた
- 便がゆるい
- 普段より食欲がない

○　今までなかった発しんに気がついたら・・・

- 他の子どもたちとは別室へ移しましょう。
- 発しん以外の症状はないか、発しんが時間とともに増えていないか、などの観察をしましょう。
- クラスや兄弟姉妹、一緒に遊んだ子どもの中に、感染症が疑われる症状がみられる子どもがいないか、確認しましょう。

② 発熱時の対応

子ども一人一人の元気な時の「平熱」を知っておくことが重要です。発熱時の体温は、あくまでもめやすであり、個々の平熱に応じて、個別に判断します。

＜保育中の対応について＞

保護者への連絡が望ましい場合	至急受診が必要と考えられる場合
○　38℃以上の発熱があり、 ・元気がなく機嫌が悪いとき ・咳で眠れず目覚めるとき ・排尿回数がいつもより減っているとき ・食欲なく水分が摂れないとき ※熱性けいれんの既往児が37.5℃以上の発熱があるときは医師の指示に従う。	○　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

＜登園前に保護者から相談を受けた場合の対応について＞

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

登園を控えるのが望ましい場合
○　24 時間以内に 38℃以上の熱が出た場合や、又は解熱剤を使用している場合。
○　朝から 37.5℃を超えた熱があることに加えて、元気がなく機嫌が悪い、食欲がなく朝食・水分が摂れていないなど全身状態が不良である場合。 ※　例えば、朝から 37.8℃の熱があることに加えて、機嫌が悪く、食欲がないなど全身状態が不良な場合、登園を控えるのが望ましいと考えられる。 一方、37.8℃の熱があるが、朝から食欲があり機嫌も良いなど全身状態が良好な場合、一律に登園を控える必要はないと考えられる。 （例示した発熱時の体温はめやすであり、個々の子どもの平熱に応じて、個別に判断が必要）

※０～１歳の乳幼児の発熱に関する特徴について

- 体温調節機能が未熟なために、外気温、室温、湿度、厚着、水分不足等による影響を受けやすく、体温が簡単に上昇する。
- 咳や鼻水などのかぜにみられる症状がなければ、水分補給を十分に行ない、涼しい環境に居ることで、熱が下がることがある。
- ０歳児が入園後はじめて発熱した場合には、突発性発しんの可能性もある。熱性けいれんをおこす可能性もある。
- 発熱がある、機嫌が悪いなどの様子とともに、耳をよくさわる様子がみられる時は、中耳炎の可能性もある。

＜発熱が見られる場合の対応・ケアについて＞

○　発しんや咳を伴う時、また、複数の子どもに発熱のほか類似の症状がみられる場合には、別室で保育する。
○　経口補水液、湯ざまし、お茶等により水分を補給する。
○　熱が上がって暑がる時は薄着にし、涼しくしたり、氷枕などをあてたりする。手足が冷たい時、寒気がある時は保温する。
○　高熱が出ている場合には、首のつけ根・わきの下・足の付け根を冷やす（ただし、子どもが嫌がる場合には行わないこと）。
○　微熱が出ている場合には、水分補給を行い安静にさせた後、30 分程度様子を見てから再度検温する。

※保護者が迎えに来るまでの間には、以下の対応を行う。
- １時間ごとに検温する。
- 水分補給を促す。吐き気がない場合には、本人が飲みたいだけ与えてよい。
- 汗をかいていたらよく拭き、着替えさせる。

※子どもに熱性けいれんの既往歴がある場合には、以下の対応を行う。
- 発熱とともにけいれんが起きた場合の連絡先、主治医からの対応方法等に関する指導内容を確認する。
- 入園時には、保護者から、過去にけいれんが起きた時の状況やけいれんの前ぶれの症状の有無について確認する。
- 発熱があった場合には、解熱したとしても、発熱後 24 時間は自宅で様子をみる。
- けいれんが起きたときには、あわてず、楽な姿勢にさせる。口の中にスプーンやタオルを入れない。また、吐いた物をのどに詰まらせないようにする。けいれんが止まる気配がない場合には、すぐに救急車を呼ぶ。

※適切な室内環境のめやす
- 室温：（夏）26～28℃　（冬）20～23℃
- 湿度：高め
- 換気：１時間に１回
- 外気温との差：２～５℃

③　下痢の時の対応

＜保育中の対応について＞

保護者への連絡が望ましい場合	至急受診が必要と考えられる場合
○　食事や水分を摂るとその刺激で下痢をするとき ○　腹痛を伴う下痢があるとき ○　水様便が複数回みられるとき	○　元気がなく、ぐったりしているとき ○　下痢の他に、機嫌が悪い、食欲がない、発熱がある、嘔吐する、腹痛があるなどの諸症状がみられるとき ○　脱水症状がみられるとき （以下の症状に注意すること） ・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 ・尿の量が少なく、色が濃い ・米のとぎ汁のような白色水様便が出る ・血液や粘液、黒っぽい便が出る ・けいれんを起こす

＜登園前に保護者から相談を受けた場合の対応について＞

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

登園を控えるのが望ましい場合
○　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その刺激で下痢をする、下痢と同時に体温がいつもより高いなどの症状がみられる場合。 ○　朝に、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などの症状がみられる場合。

※家庭へのアドバイスの例

○　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よう促す。

○　以下に掲げる下痢の時に控えるべき食べ物を伝える。

（参照：＜下痢の対応・ケアについて＞）

○　経口補水液等により、適切な水分を補給するよう促す。

○　入浴ができない場合は、お尻だけでもお湯で洗うこと、また、洗ったあとは、柔らかいタオルを用いて、そっと押さえながら拭くことを伝える。

＜下痢の対応・ケアについて＞

○　感染予防の為の適切な便処理を行う。激しい下痢を処理する時には、マスク及びエプロンを着用する。

○　繰り返す下痢、発熱、嘔吐等の症状を伴う時は、別室で保育する。

○　下痢で水分が失われるため、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、消化の良い食事にする。

※下痢の時に控えるべき食べ物

・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料理

例）ジュース、乳製品（アイスクリーム、牛乳、ヨーグルト等）、肉、脂肪分の多い魚、芋、ごぼう、海草、豆類、乾物、カステラ

○　お尻がただれやすいので頻回に清拭する。

○　診察を受けるときは、便を持っていく。便のついた紙おむつでもよい 。

※受診時に伝えるべきこと

・便の状態：量、回数、色、におい、血液・粘液の混入状況

（携帯で便の写真を写していくと便利である。）

・子どもが食べた物やその日のできごと

・家族やクラスで同症状の者の有無　　等

＜便の処理とお尻のケアについて＞

○　以下のことに留意し、感染予防のため適切な便処理と手洗い（液体石けんも用いて流水で30秒以上実施。）をしっかりと行う。

・おむつ交換は決められた場所で行う （激しい下痢の時は保育室を避ける。）。

・処理者は必ず手袋をする。

・使い捨ておむつ交換専用シートを敷き、一回ずつ取り替える。

・お尻がただれやすいので頻回に清拭する。

・沐浴槽等でのシャワーは控える。

・汚れ物はビニール袋に入れて処理する。

・処理後は手洗いを十分に実施する。

※便の処理グッズの例

・使い捨て手袋

・ビニール袋

・使い捨ておむつ交換専用シート

・使い捨てマスク、使い捨てエプロン（激しい下痢の時の対応用）

④ 嘔吐の時の対応

＜保育中の対応について＞

保護者への連絡が望ましい場合	至急受診が必要と考えられる場合
○　複数回の嘔吐があり、水を飲んでも吐くとき ○　元気がなく機嫌、顔色が悪いとき ○　吐き気がとまらないとき ○　腹痛を伴う嘔吐があるとき ○　下痢を伴う嘔吐があるとき	○　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 ○　血液やコーヒーのかすの様な物を吐いたとき ○　嘔吐のほかに、複数回の下痢、血液の混じった便、発熱、腹痛等の諸症状が見られるとき ○　脱水症状と思われるとき （以下の症状に注意すること） ・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 ・尿の量が少なく、色が濃い ・目が落ちくぼんで見える ・皮膚の張りがない ※　頭を打った後に嘔吐したり、意識がぼんやりしたりしている時は、横向きに寝かせて救急車を要請し、その場から動かさない。

＜登園前に保護者から相談を受けた場合の対応について＞

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

登園を控えるのが望ましい場合
○　24 時間以内に複数回の嘔吐がある、嘔吐と同時に体温がいつもより高いなどの症状がみられる場合。 ○　食欲がなく、水分も欲しがらない、機嫌が悪く元気がない、顔色が悪くぐったりしているなどの症状がみられる場合。

＜嘔吐の対応・ケアについて＞

○　嘔吐物を覆い、感染予防の為の適切な嘔吐物の処理を行う。

○　嘔吐した子どもに対しては、以下のように対応を行う。
- うがいのできる子どもの場合、うがいをさせる。
- うがいのできない子どもの場合、嘔吐を誘発させないよう口腔内に残っている嘔吐物を丁寧に取り除く。
- 繰り返し嘔吐がないか様子を見る。
- 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。
- 流行状況等から感染症が疑われるときには、応援の職員を呼び、他の子どもを別屋に移動させる。
- 別室で保育しながら、安静にさせる。この際には、脱水症状に注意する。
- 寝かせる場合には、嘔吐物が気管に入らないように体を横向きに寝かせる。
- 嘔吐して 30 分～60 分程度後に吐き気がなければ、様子を見ながら、経口補水液などの水分を少量ずつ摂らせる。

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

＜嘔吐物の処理について＞

○　以下の手順で嘔吐物を処理する。流行状況等から感染症が疑われるときには、応援の職員を呼び、他の子どもを別室に移動させる。
- 嘔吐物を外側から内側に向かって静かに拭き取る。
- 嘔吐した場所の消毒を行う。（参照：別添２「保育所における消毒の種類と方法」(p. 69)）
- 換気を行う。
- 処理に使用した物（手袋、マスク、エプロン、雑巾等）はビニール袋に密閉して、廃棄する。
- 処理後は手洗い（液体石けんも用いて流水で 30 秒以上実施。）を行い、また、状況に応じて、処理時に着用していた衣類の着替えを行う。
- 汚染された子どもの衣服は、二重のビニール袋に密閉して家庭に返却する（保育所では洗わないこと）　。
- 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の例

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

⑤ 咳の時の対応

＜保育中の対応について＞

保護者への連絡が望ましい場合	至急受診が必要と考えられる場合
○ 咳があり眠れないとき ○ ゼイゼイ音、ヒューヒュー音があるとき ○ 少し動いただけでも咳が出るとき ○ 咳とともに嘔吐が数回あるとき	○ ゼイゼイ音、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出るとき ○ 保育中に発熱し、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 ○ 水分が摂れないとき ○ 突然咳きこみ、呼吸が苦しそうになったとき ※ 突然咳きこみ、呼吸困難になったときは異物誤えんの可能性があります、異物を除去し、救急車を要請します。

＜登園前に保護者から相談を受けた場合の対応について＞

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

登園を控えるのが望ましい場合
○ 夜間しばしば咳のために起きる、ゼイゼイ音、ヒューヒュー音や呼吸困難がある、呼吸が速い、少し動いただけで咳が出るなどの症状がみられる場合。

＜咳の対応・ケアについて＞

○ 発熱を伴う時、また、複数の子どもに咳のほか類似の症状がみられる場合には、別室で保育をする。
○ 水分補給をする（少量の湯ざまし、お茶等を頻回に補給する。）。
○ 咳込んだら前かがみの姿勢をとらせ、背中をさするか、軽いタッピングを行う。
○ 乳児は立て抱きし、背中をさするか軽いタッピングを行う。
○ 部屋の換気や湿度及び温度の調整をする。この際、環境の急激な変化、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、刺激の少ないものにする。

（参照：「別添３③下痢の時の対応」（p. 73））

※呼吸が苦しい時の観察のポイント

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

※正常呼吸数（１分あたり）

呼吸の様子が気になる時は、下記回数をめやすにする。

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

⑥　発しんの時の対応

＜保育中の対応について＞

保護者に連絡し、受診が必要と考えられる場合
○　発しんが時間とともに増えたとき 発しんの状況から、以下の感染症の可能性を念頭におき、対応すること ・かぜのような症状を伴う発熱後、一旦熱がやや下がった後に再度発熱し、赤い発しんが全身に広がった（麻しん） ・微熱程度の熱が出た後に、手の平、足の裏、口の中に水疱が出た。（手足口病） ※膝やおしりに発しんが出ることもある ・38℃以上の熱が３～４日続き下がった後、全身に赤い発しんが出た（突発性発しん） ・発熱と同時に発しんが出た（風しん、溶連菌感染症） ・微熱と同時に両頬にりんごのような紅斑が出た（伝染性紅斑） ・水疱状の発しんが出た（水痘） ※発熱やかゆみには個人差がある ※　食物摂取後に発しんが出現し、その後、腹痛や嘔吐などの消化器症状や、息苦しさなどの呼吸器症状が出現してきた場合は、食物アレルギーによるアナフィラキシーの可能性があり、至急受診が必要となります。 （参照：「保育所におけるアレルギー対応ガイドライン」 http://www.mhlw.go.jp/bunya/kodomo/pdf/hoiku03.pdf 「保育所におけるアレルギー対応ガイドラインＱ＆Ａ」 http://www.mhlw.go.jp/bunya/kodomo/pdf/hoiku04.pdf）

＜登園前に保護者から相談を受けた場合の対応について＞

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

登園を控えるのが望ましい場合
○　発熱とともに発しんのある場合。
○　感染症による発しんが疑われ、医師より登園を控えるよう指示された場合。
○　口内炎がひどく食事や水分が摂れない場合。
○　発しんが顔面等にあり、患部を覆えない場合。
○　浸出液が多く他児への感染のおそれがある場合。
○　かゆみが強く手で患部を掻いてしまう場合。

＜発しんの対応・ケアについて＞

○　発熱を伴う時、また、複数の子どもに類似の発しんがみられる場合には、別室で保育する。

○　体温が高くなったり、汗をかいたりするとかゆみが増すので、部屋の環境や寝具に気をつける。室温が高い時は換気を行ったり、空調等で調整を行ったりする。

（参照：適切な室内環境のめやすについては「別添３②発熱時の対応」(p.72)）

○　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木綿等の材質の下着を着せる。

○　口の中に水疱や潰瘍ができている時は痛みで食欲が落ちるため、おかゆ等の水分の多いものやのど越しの良いもの（プリン、ヨーグルト、ゼリー等）を与える。酸っぱいもの、辛いものなど刺激の強いものは避けて、薄味のものを与える。

※発しんが出ている時の観察のポイント

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

※発しんの種類

発しん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る。

紅　斑	盛り上がりの無い赤色のもの。色は血管が拡張したため。
紫　斑	盛り上がりの無い紫～赤紫色のもの。色は皮膚内で出血したため。
白　斑	盛り上がりの無い白色のもの。色は色素が脱失したため。
丘しん	5㎜程度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	丘しんより大きく、皮膚から盛り上がったもの（しこり）。
水　疱	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	膿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もの（ただれ）。液が染み出て、表面が浸潤している。
潰　瘍	びらんよりも深く皮膚が傷ついたもの。
痂　疲	膿や皮膚が乾燥して固まったもの（かさぶた）。

別添４　医師の意見書及び保護者の登園届

保育所では、感染症に罹患した子どもの体調ができるだけ速やかに回復するよう迅速かつ適切に対応するとともに、乳幼児が長時間にわたり集団で生活する保育所内で周囲への感染拡大を防止する観点から、学校保健安全法施行規則に規定する出席停止の期間の基準に準じて、あらかじめ登園のめやすを確認しておく必要があります。

罹患した子どもが登園を再開する際の取扱いについては、子どもの負担や医療機関の状況も考慮して、各保育所において、市区町村の支援の下、地域の医療機関等と協議して、その取扱いを決めることが大切になります。協議の結果、登園を再開する際には、疾患の種類に応じて、「意見書（医師が記入）」又は「登園届（保護者が記入）」を保護者から保育所に提出するという取扱いをすることが考えられます。なお、意見書及び登園届については、一律に作成・提出が必要となるものではありませんが、協議の結果、各保育所において、意見書及び登園届の作成・提出が必要となった場合には、事前に保護者に対して十分に周知することが重要です。

別添４では、「医師が意見書を記入することが考えられる感染症」と「医師の診断を受け、保護者が登園届を記入することが考えられる感染症」について、意見書及び登園届の参考様式を示すとともに、それぞれについて、感染症名、感染しやすい期間及び登園のめやすを示します（表８、表９）。

（参照：「３（３）罹患した子どもが登園する際の対応」（p. 33））

＜意見書（医師記入）＞（参考様式）

※意見書は、一律に作成・提出する必要があるものではありません。

意　見　書（医師記入）　　参考様式

保育所施設長　殿

入所児童氏名

年　　月　　日　生

（病名）　（該当疾患に☑をお願いします）

	麻しん（はしか）※
	インフルエンザ※
	風しん
	水痘（水ぼうそう）
	流行性耳下腺炎　（おたふくかぜ）
	結核
	咽頭結膜熱（プール熱）※
	流行性角結膜炎
	百日咳
	腸管出血性大腸菌感染症（O157、O26、O111等）
	急性出血性結膜炎
	侵襲性髄膜炎菌感染症（髄膜炎菌性髄膜炎）

症状も回復し、集団生活に支障がない状態になりました。
年　　月　　日から登園可能と判断します。

年　　月　　日

医療機関名

医師名

※必ずしも治癒の確認は必要ありません。意見書は症状の改善が認められた段階で記入することが可能です。

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

※保護者の皆さまへ
上記の感染症について、子どもの病状が回復し、かかりつけ医により集団生活に支障がないと判断され、登園を再開する際には、この「意見書」を保育所に提出して下さい。

表８　医師が意見書を記入することが考えられる感染症

感染症名	感染しやすい期間（※）	登園のめやす
麻しん（はしか）	発症１日前から発しん出現後の４日後まで	解熱後３日を経過していること
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日経過し、かつ解熱した後２日経過していること（乳幼児にあっては、３日経過していること）
風しん	発しん出現の７日前から7日後くらい	発しんが消失していること
水痘（水ぼうそう）	発しん出現１～２日前から痂皮（かさぶた）形成まで	すべての発しんが痂皮（かさぶた）化していること
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日経過し、かつ全身状態が良好になっていること
結核	―	医師により感染の恐れがないと認められていること
咽頭結膜熱（プール熱）	発熱、充血等の症状が出現した数日間	発熱、充血等の主な症状が消失した後２日経過していること
流行性角結膜炎	充血、目やに等の症状が出現した数日間	結膜炎の症状が消失していること
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	特有の咳が消失していること又は適正な抗菌性物質製剤による５日間の治療が終了していること
腸管出血性大腸菌感染症（O157、O26、O111等）	―	医師により感染のおそれがないと認められていること。（無症状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歳以上の小児については出席停止の必要はなく、また、５歳未満の子どもについては、２回以上連続で便から菌が検出されなければ登園可能である。）
急性出血性結膜炎	―	医師により感染の恐れがないと認められていること
侵襲性髄膜炎菌感染症（髄膜炎菌性髄膜炎）	―	医師により感染の恐れがないと認められていること

※感染しやすい期間を明確に提示できない感染症については（―）としている。

＜登園届（保護者記入）＞（参考様式）

※登園届は、一律に作成・提出する必要があるものではありません。

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）　（該当疾患に☑をお願いします）

	溶連菌感染症
	マイコプラズマ肺炎
	手足口病
	伝染性紅斑（りんご病）
	ウイルス性胃腸炎 （ノロウイルス、ロタウイルス、アデノウイルス等）
	ヘルパンギーナ
	ＲＳウイルス感染症
	帯状疱しん
	突発性発しん

（医療機関名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（　　年　月　日受診）において病状が回復し、集団生活に支障がない状態と判断されましたので　　年　月　日より登園いたします。

年　　月　　日

保護者名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※保護者の皆さまへ
　保育所は、乳幼児が集団で長時間生活を共にする場です。感染症の集団での発症や流行をできるだけ防ぐことで、一人一人の子どもが一日快適に生活できるよう、上記の感染症については、登園のめやすを参考に、かかりつけ医の診断に従い、登園届の記入及び提出をお願いします。

表９　医師の診断を受け、保護者が登園届を記入することが考えられる感染症

感染症名	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時間が経過していること
マイコプラズマ肺炎	適切な抗菌薬治療を開始する前と開始後数日間	発熱や激しい咳が治まっていること
手足口病	手足や口腔内に水疱・潰瘍が発症した数日間	発熱や口腔内の水疱・潰瘍の影響がなく、普段の食事がとれること
伝染性紅斑 （りんご病）	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 （ノロウイルス、ロタウイルス、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出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出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
帯状疱しん	水疱を形成している間	すべての発しんが痂皮（かさぶた）化していること
突発性発しん	－	解熱し機嫌が良く全身状態が良いこと

※感染しやすい期間を明確に提示できない感染症については（－）としている。

（参考）感染症対策に資する公表情報

１．感染症全般

・厚生労働省（感染症情報）
http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/kenkou/kekkaku-kansenshou/index.html
・国立感染症研究所
（トップページ）
https://www.niid.go.jp/niid/ja/
（疾患名で探す感染症の情報）
http://www.nih.go.jp/niid/ja/diseases.html
・厚生労働省検疫所（FORTH）
http://www.forth.go.jp/index.html
・国立医薬品食品衛生研究所
http://www.nihs.go.jp/kanren/shokuhin.html

２．具体的な感染症に関するＱ＆Ａ等

・腸管出血性大腸菌感染症
http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000177609.html
・マイコプラズマ肺炎
http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekkaku-kansenshou30/index.html
・ＲＳウイルス感染症
http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekkaku-kansenshou19/rs_qa.html
・感染性胃腸炎（ノロウイルス）
http://www.mhlw.go.jp/topics/syokuchu/kanren/yobou/040204-1.html
・感染性胃腸炎（ロタウイルス）
http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekkaku-kansenshou19/Rotavirus/index.html
・手足口病
http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekkaku-kansenshou19/hfmd.html
・咽頭結膜熱（いんとう）
http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekkaku-kansenshou17/01.html

・インフルエンザ
http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekkaku-kansenshou01/qa.html
・結核と BCG ワクチン
http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/kenkou/kekkaku-kansenshou/bcg/
・ポリオとポリオワクチン
http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/polio/qa.html
・日本脳炎
http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekkaku-kansenshou21/dl/nouen_qa.pdf
・風しん
http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/kenkou/kekkaku-kansenshou/rubella/
・麻しん
http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/kenkou/kekkaku-kansenshou/measles/index.html
・水痘
http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/kenkou/kekkaku-kansenshou/varicella/index.html
・Ｂ型肝炎
http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10900000-Kenkoukyoku/0000137554.pdf
・デング熱
http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekkaku-kansenshou19/dengue_fever_qa.html
・動物由来感染症
http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/kenkou/kekkaku-kansenshou18/index.html

３．感染症発生動向

・国立感染症研究所ホームページ（感染症発生動向調査 週報（IDWR））
https://www.niid.go.jp/niid/ja/idwr.html
・学校等欠席者･感染症情報システムについて（(公財) 日本学校保健会）
http://www.gakkohoken.jp/system_info

４．感染症対策に関するお知らせ（ポスター等）

・咳（せき）エチケット

http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000187997.html

・インフルエンザ予防対策

http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekkaku-kansenshou01/keihatu.html

・麻しん

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

・風しん

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

・感染症に関する啓発ツール（ポスター（風しん、麻しん）、リーフレット（定期の予防接種）等）

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

・予防接種スケジュール（国立感染症研究所）

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

５．その他（感染症に関する解説書等）

・学校において予防すべき感染症の解説（文部科学省）

http://www.mext.go.jp/a_menu/kenko/hoken/1334054.htm

・学校、幼稚園、保育所において予防すべき感染症の解説（（公財）日本小児科学会）

http://www.jpeds.or.jp/uploads/files/yobo_kansensho_20170528.pdf

・保育所等における感染症対策に関する研究（平成 28 年度研究報告書）

http://www.fmu.ac.jp/home/pediatrics/resources/%E4%BF%9D%E8%82%B2%E6%89%80%E7%AD%89%E3%81%AB%E3%81%8A%E3%81%91%E3%82%8B%E6%84%9F%E6%9F%93%E7%97%87%E5%AF%BE%E7%AD%96.pdf

関係法令等

○　児童福祉法（昭和 22 年法律第 164 号）（抄）

第三十四条の十六　市町村は、家庭的保育事業等の設備及び運営について、条例で基準を定めなければならない。この場合において、その基準は、児童の身体的、精神的及び社会的な発達のために必要な保育の水準を確保するものでなければならない。

②　市町村が前項の条例を定めるに当たつては、次に掲げる事項については厚生労働省令で定める基準に従い定めるものとし、その他の事項については厚生労働省令で定める基準を参酌するものとする。

一　家庭的保育事業等に従事する者及びその員数

二　家庭的保育事業等の運営に関する事項であつて、児童の適切な処遇の確保及び秘密の保持並びに児童の健全な発達に密接に関連するものとして厚生労働省令で定めるもの

③　家庭的保育事業等を行う者は、第一項の基準を遵守しなければならない。

第四十五条　都道府県は、児童福祉施設の設備及び運営について、条例で基準を定めなければならない。この場合において、その基準は、児童の身体的、精神的及び社会的な発達のために必要な生活水準を確保するものでなければならない。

②　都道府県が前項の条例を定めるに当たつては、次に掲げる事項については厚生労働省令で定める基準に従い定めるものとし、その他の事項については厚生労働省令で定める基準を参酌するものとする。

一　児童福祉施設に配置する従業者及びその員数

二　児童福祉施設に係る居室及び病室の床面積その他児童福祉施設の設備に関する事項であつて児童の健全な発達に密接に関連するものとして厚生労働省令で定めるもの

三　児童福祉施設の運営に関する事項であつて、保育所における保育の内容その他児童（助産施設にあつては、妊産婦）の適切な処遇の確保及び秘密の保持、妊産婦の安全の確保並びに児童の健全な発達に密接に関連するものとして厚生労働省令で定めるもの

③　児童福祉施設の設置者は、第一項の基準を遵守しなければならない。

④　児童福祉施設の設置者は、児童福祉施設の設備及び運営についての水準の向上を図ることに努めるものとする。

○　児童福祉施設の設備及び運営に関する基準（昭和 23 年厚生省令第 63 号）（抄）

（衛生管理等）

第十条　児童福祉施設に入所している者の使用する設備、食器等又は飲用に供する水については、衛生的な管理に努め、又は衛生上必要な措置を講じなければならない。

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

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

（職員）
第三十三条　保育所には、保育士（特区法第十二条の五第五項に規定する事業実施区域内にある保育所にあつては、保育士又は当該事業実施区域に係る国家戦略特別区域限定保育士。次項において同じ。）、嘱託医及び調理員を置かなければならない。ただし、調理業務の全部を委託する施設にあつては、調理員を置かないことができる。
２　保育士の数は、乳児おおむね三人につき一人以上、満一歳以上満三歳に満たない幼児おおむね六人につき一人以上、満三歳以上満四歳に満たない幼児おおむね二十人につき一人以上、満四歳以上の幼児おおむね三十人につき一人以上とする。ただし、保育所一につき二人を下ることはできない。

（保育の内容）
第三十五条　保育所における保育は、養護及び教育を一体的に行うことをその特性とし、その内容については、厚生労働大臣が定める指針に従う。

○　家庭的保育事業等の設備及び運営に関する基準（平成 26 年厚生労働省令第 61 号）（抄）

（衛生管理等）
第十四条　家庭的保育事業者等は、利用乳幼児の使用する設備、食器等又は飲用に供する水について、衛生的な管理に努め、又は衛生上必要な措置を講じなければならない。
２　家庭的保育事業者等は、家庭的保育事業所等において感染症又は食中毒が発生し、又はまん延しないように必要な措置を講ずるよう努めなければならない。
３　家庭的保育事業所等には、必要な医薬品その他の医療品を備えるとともに、それらの管理を適正に行わなければならない。
４　居宅訪問型保育事業者は、保育に従事する職員の清潔の保持及び健康状態について、必要な管理を行わなければならない。
５　居宅訪問型保育事業者は、居宅訪問型保育事業所の設備及び備品について、衛生的な管理に努めなければならない。

（職員）
第二十三条　家庭的保育事業を行う場所には、次項に規定する家庭的保育者、嘱託医及び調理員を置かなければならない。ただし、次の各号のいずれかに該当する場合には、調理員を置かないことができる。
一・二　（略）
２・３　（略）

（職員）

第二十九条　小規模保育事業所Ａ型には、保育士（特区法第十二条の五第五項に規定する事業実施区域内にある小規模保育事業所Ａ型にあっては、保育士又は当該事業実施区域に係る国家戦略特別区域限定保育士。次項において同じ。）、嘱託医及び調理員を置かなければならない。ただし、調理業務の全部を委託する小規模保育事業所Ａ型又は第十六条第一項の規定により搬入施設から食事を搬入する小規模保育事業所Ａ型にあっては、調理員を置かないことができる。

２・３　（略）

（職員）

第三十一条　小規模保育事業Ｂ型を行う事業所（以下「小規模保育事業所Ｂ型」という。）には、保育士（特区法第十二条の五第五項に規定する事業実施区域内にある小規模保育事業所Ｂ型にあっては、保育士又は当該事業実施区域に係る国家戦略特別区域限定保育士。次項において同じ。）その他保育に従事する職員として市町村長が行う研修（市町村長が指定する都道府県知事その他の機関が行う研修を含む。）を修了した者（以下この条において「保育従事者」という。）、嘱託医及び調理員を置かなければならない。ただし、調理業務の全部を委託する小規模保育事業所Ｂ型又は第十六条第一項の規定により搬入施設から食事を搬入する小規模保育事業所Ｂ型にあっては、調理員を置かないことができる。

２・３　（略）

（職員）

第三十四条　小規模保育事業所Ｃ型には、家庭的保育者、嘱託医及び調理員を置かなければならない。ただし、調理業務の全部を委託する小規模保育事業所Ｃ型又は第十六条第一項の規定により搬入施設から食事を搬入する小規模保育事業所Ｃ型にあっては、調理員を置かないことができる。

２　（略）

（職員）

第四十四条　保育所型事業所内保育事業所には、保育士（特区法第十二条の五第五項に規定する事業実施区域内にある保育所型事業所内保育事業所にあっては、保育士又は当該事業実施区域に係る国家戦略特別区域限定保育士。次項において同じ。）、嘱託医及び調理員を置かなければならない。ただし、調理業務の全部を委託する保育所型事業所内保育事業所又は第十六条第一項の規定により搬入施設から食事を搬入する保育所型事業所内保育事業所にあっては、調理員を置かないことができる。

２・３　（略）

○　保育所保育指針（平成 29 年 3 月 31 日厚生労働省告示第 117 号）（抄）

第３章　健康及び安全

１　子どもの健康支援

（３）疾病等への対応

ア　保育中に体調不良や傷害が発生した場合には、その子どもの状態等に応じて、保護者に連絡するとともに、適宜、嘱託医や子どものかかりつけ医等と相談し、適切な処置を行うこと。看護師等が配置されている場合には、その専門性を生かした対応を図ること。

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

ウ　アレルギー疾患を有する子どもの保育については、保護者と連携し、医師の診断及び指示に基づき、適切な対応を行うこと。また、食物アレルギーに関して、関係機関と連携して、当該保育所の体制構築など、安全な環境の整備を行うこと。看護師や栄養士等が配置されている場合には、その専門性を生かした対応を図ること。

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

３ 環境及び衛生管理並びに安全管理

（１）環境及び衛生管理

ア　施設の温度、湿度、換気、採光、音などの環境を常に適切な状態に保持するとともに、施設内外の設備及び用具等の衛生管理に努めること。

イ　施設内外の適切な環境の維持に努めるとともに、子ども及び全職員が清潔を保つようにすること。また、職員は衛生知識の向上に努めること。

○　学校保健安全法（昭和 33 年法律第 56 号）（抄）

第４節　感染症の予防

（出席停止）

第十九条　校長は、感染症にかかつており、かかつている疑いがあり、又はかかるおそれのある児童生徒等があるときは、政令で定めるところにより、出席を停止させることができる。

（臨時休業）

第二十条　学校の設置者は、感染症の予防上必要があるときは、臨時に、学校の全部又は一部の休業を行うことができる。

（文部科学省令への委任）

第二十一条　前二条（第十九条の規定に基づく政令を含む。）及び感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（平成十年法律第百十四号）その他感染症の予防に関して規定する法律（これらの法律に基づく命令を含む。）に定めるもののほか、学校における感染症の予防に関し必要な事項は、文部科学省令で定める。

○　学校保健安全法施行令（昭和 33 年政令第 174 号）（抄）

（出席停止の指示）

第六条　校長は、法第十九条の規定により出席を停止させようとするときは、その理由及び期間を明らかにして、幼児、児童又は生徒（高等学校（中等教育学校の後期課程及び特別支援学校の高等部を含む。以下同じ。）の生徒を除く。）にあつてはその保護者に、高等学校の生徒又は学生にあつては当該生徒又は学生にこれを指示しなければならない。

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

（出席停止の報告）

第七条　校長は、前条第一項の規定による指示をしたときは、文部科学省令で定めるところにより、その旨を学校の設置者に報告しなければならない。

○　学校保健安全法施行規則（昭和 33 年文部省令第 18 号）（抄）

第三章　感染症の予防

（感染症の種類）

第十八条　学校において予防すべき感染症の種類は、次のとおりとする。

一　第一種　エボラ出血熱、クリミア・コンゴ出血熱、痘そう、南米出血熱、ペスト、マールブルグ病、ラッサ熱、急性灰白髄炎、ジフテリア、重症急性呼吸器症候群（病原体が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（平成十年法律第百十四号）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。次号及び第十九条第二号イにおいて同じ。）

二　第二種　インフルエンザ（特定鳥インフルエンザを除く。）、百日咳せき、麻しん、流行性耳下腺炎、風しん、水痘、咽頭結膜熱、結核及び髄膜炎菌性髄膜炎

三　第三種　コレラ、細菌性赤痢、腸管出血性大腸菌感染症、腸チフス、パラチフス、流行性角結膜炎、急性出血性結膜炎その他の感染症

2　感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律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。

（出席停止の期間の基準）

第十九条　令第六条第二項の出席停止の期間の基準は、前条の感染症の種類に従い、次のとおりとする。

一　第一種の感染症にかかつた者については、治癒するまで。

二　第二種の感染症（結核及び髄膜炎菌性髄膜炎を除く。）にかかつた者については、次の期間。ただし、病状により学校医その他の医師において感染のおそれがないと認めたときは、この限りでない。

イ　インフルエンザ（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。）にあつては、発症した後五日を経過し、かつ、解熱した後二日（幼児にあつては、三日）を経過するまで。

ロ　百日咳せきにあつては、特有の咳せきが消失するまで又は五日間の適正な抗菌性物質製剤による治療が終了するまで。

ハ　麻しんにあつては、解熱した後三日を経過するまで。

ニ　流行性耳下腺炎にあつては、耳下腺、顎下腺又は舌下腺の腫脹ちようが発現した後五日を経過し、かつ、全身状態が良好になるまで。

ホ　風しんにあつては、発しんが消失するまで。

ヘ　水痘にあつては、すべての発しんが痂か皮化するまで。

ト　咽頭結膜熱にあつては、主要症状が消退した後二日を経過するまで。

三　結核、髄膜炎菌性髄膜炎及び第三種の感染症にかかつた者については、病状により学校医その他の医師において感染のおそれがないと認めるまで。

四　第一種若しくは第二種の感染症患者のある家に居住する者又はこれらの感染症にかかつている疑いがある者については、予防処置の施行の状況その他の事情により学校医その他の医師において感染のおそれがないと認めるまで。

五　第一種又は第二種の感染症が発生した地域から通学する者については、その発生状況により必要と認めたとき、学校医の意見を聞いて適当と認める期間。

六　第一種又は第二種の感染症の流行地を旅行した者については、その状況により必要と認めたとき、学校医の意見を聞いて適当と認める期間。

（出席停止の報告事項）

第二十条　令第七条の規定による報告は、次の事項を記載した書面をもつてするものとする。

一　学校の名称

二　出席を停止させた理由及び期間

三　出席停止を指示した年月日

四　出席を停止させた児童生徒等の学年別人員数

五　その他参考となる事項

（感染症の予防に関する細目）

第二十一条　校長は、学校内において、感染症にかかつており、又はかかつている疑いがある児童生徒等を発見した場合において、必要と認めるときは、学校医に診断させ、法第十九条の規定による出席停止の指示をするほか、消毒その他適当な処置をするものとする。

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

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

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

（定義等）

第六条　（略）

２～６　（略）

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

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

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

８　この法律において「指定感染症」とは、既に知られている感染性の疾病（一類感染症、二類感染症、三類感染症及び新型インフルエンザ等感染症を除く。）であって、第三章から第七章までの規定の全部又は一部を準用しなければ、当該疾病のまん延により国民の生命及び健康に重大な影響を与えるおそれがあるものとして政令で定めるものをいう。

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

10～24　（略）

（情報の公表）

第十六条　厚生労働大臣及び都道府県知事は、第十二条から前条までの規定により収集した感染症に関する情報について分析を行い、感染症の発生の状況、動向及び原因に関する情報並びに当該感染症の予防及び治療に必要な情報を新聞、放送、インターネットその他適切な方法により積極的に公表しなければならない。

２　前項の情報を公表するに当たっては、個人情報の保護に留意しなければならない。

「保育所における感染症対策ガイドラインの見直し検討会」開催について

１．目的

保育所における感染症対策については、「保育所における感染症対策ガイドライン」（平成 21 年８月策定、平成 24 年 11 月改訂。以下「ガイドライン」という。）を踏まえ、各保育所において実施されているところである。

その後、平成 30 年４月１日から適用される保育所保育指針の改定や、感染症対策等に関する最新の知見等が得られたことを踏まえて、ガイドラインの見直しを行うことが必要である。

こうした点から、保育課長が保育所における感染症対策に関する学識経験者、実務者等に参集を求め、ガイドラインの見直しについて、検討を行うこととする。

２．構成員

（１）検討会の構成員は別紙のとおりとする。

（２）検討会に座長を置く。座長は構成員の互選により選出する。座長は座長代理を指名することができる。

（３）座長は、必要に応じ、構成員以外の関係者の出席を求めることができる。

３．検討事項

・　ガイドラインの見直しに関する事項

４．運営

（１）検討会は公開とする。

（２）検討会の庶務は、子ども家庭局保育課が行う。

（３）この要綱に定めるもののほか、検討会の運営に関し必要な事項は、座長が保育課長と協議の上、定める。

（別紙）

「保育所における感染症対策ガイドラインの見直し検討会」構成員

氏　名	所　属
伊 澤　昭 治	五反田保育園　園長
◎大 曲　貴 夫	国立国際医療研究センター病院　副院長 国際感染症センター長
○釜 萢　　敏	日本医師会　常任理事
多 屋　馨 子	国立感染症研究所感染症疫学センター 第三室長
藤 井　祐 子	中野区立白鷺保育園　　看護師
細 矢　光 亮	福島県立医科大学医学部小児科　教授
宮 本　里 香	横浜市こども青少年局保育・教育人材課　担当係長
山 中　朋 子	青森県弘前保健所　所長

五十音順、敬称略
◎座長、○座長代理

「保育所における感染症対策ガイドラインの見直し検討会」における検討経過

2017（平成 29）年 11 月８日（水）10:00～12:00　　第１回検討会

（・ 座長の選任等
・「保育所における感染症対策ガイドライン」の見直しについて
（厚労科研研究班座長（細矢構成員）による研究成果の報告、
主な検討事項（案）を中心とした意見交換）

2018（平成 30）年１月 31 日（水）10:00～12:00　　第２回検討会

（・「保育所における感染症対策ガイドライン」の見直しについて
（改訂の基本方針（案）、改訂素案について意見交換）

（この間、 パブリックコメントを実施）

2018（平成 30）年３月 14 日（水）10:00～12:00　　第３回検討会

（・「保育所における感染症対策ガイドライン」の見直しについて
（改訂案について意見交換）