

# 感染症対応マニュアル

学校法人小牧学園

## 目次

- 1 衛生管理 P. 1～2
  - (1) 施設内外の衛生管理
  - (2) 教職員の衛生管理
  - (3) 学園における消毒  
(表) 学園における消毒薬の種類と使い方 P. 3
- 2 感染症発生時の対応と罹患後における登園時の対応 P. 5  
感染症の疑いのある子供への対応
  - (1) 感染症発生時の対応 (フローチャート参照)
  - (2) 罹患後における登園時の対応
- 3 認定こども園で問題となる主な感染症とその対策 P. 6～10
  - (1) 麻疹
  - (2) インフルエンザ
  - (3) 腸管出血性大腸菌感染症
  - (4) ノロウイルス感染症
  - (5) RS ウイルス感染症
- 4 感染症対策の実施体制と子供の健康支援 P. 11
  - (1) 記録の重要性
  - (2) 嘱託医の役割と連携
  - (3) 子供の健康支援の充実に向けて
- 5 園における感染症 P. 12
- 6 医師の意見書及び保護者の登園届 P. 13
- 7 感染症対策 P. 15～20
  - (1) 感染源対策
  - (2) 感染経路別対策
  - (3) 感受性対策
  - (4) 健康教育

別添 1 子供の病気～症状に合わせた対応～

別添 2 主な感染症一覧

【参考文献】 2012年改訂版 保育所における感染症対策ガイドライン (厚生労働省)

## 1 衛生管理

学園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。また、食事の提供や衛生管理に関する様々な通知等も出されています。

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が重要です。点検表等を作成・活用し、担当者が責任をもって行い、職員間で情報を共有します。

### (1) 施設内外の衛生管理

#### ○保育室

- ・ 季節に合わせ適切な室温（夏期 26～28℃・冬期 20～23℃）、湿度（約 60%）の保持と換気
- ・ 冷暖房器、加湿器、除湿器等の清掃の実施
- ・ 床、棚、窓、テラスの清掃
- ・ 蛇口、水切り籠や排水口の清掃
- ・ 歯ブラシの適切な消毒（熱湯、日光、薬液）と保管（歯ブラシが接触しないよう、個別に保管する）
- ・ 歯ブラシやタオル、コップなどの日用品は個人用とし、貸し借りのないようにする
- ・ 遊具等の衛生管理  
（直接口に触れる乳児の遊具は、その都度湯等で洗い流し、干す。また、午前・午後と遊具の交換を行う。その他の遊具は適宜、水（湯）洗いや水（湯）拭きを行う）
- ・ ドアノブや手すり、照明のスイッチ（押しボタン）等は水拭きの後、アルコール消毒を行うと良い

#### ○食事、おやつ

- ・ 給食室の衛生管理の徹底
- ・ 衛生的な配膳、下膳
- ・ 手洗いの励行（個別タオル又はペーパータオルで手を拭く）
- ・ テーブル等の衛生管理（清潔な台布巾で水（湯）拭きをする。必要に応じて消毒液で拭く）
- ・ 食後のテーブル、床等の清掃の徹底
- ・ スプーン、コップなどの食器を共用しないようにする

#### ○調乳室

- ・ 調乳マニュアルの作成と実行
- ・ 室内の清掃
- ・ 入室時の白衣（エプロン）の着用及び手洗い
- ・ 調乳器具の消毒と保管
- ・ ミルクの衛生的な保管と使用開始日の記入（参考）「児童福祉施設における食事の提供ガイド」

<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2010/03/s0331-10a.html>

#### ○おむつ交換

- ・ 糞便処理の手順の徹底
- ・ 交換場所の特定（手洗い場がある場所を設定し、食事の場等との交差を避ける）
- ・ 交換後の手洗いの徹底
- ・ 使用後のおむつの衛生管理（蓋つきの容器に保管）及び保管場所の消毒

#### ○トイレ

- ・ 毎日の清掃と消毒

(便器、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)

- ・ ドアノブや手すり、照明のスイッチ（押しボタン）等は水拭きの後、アルコール消毒を行うと良い
- ・ トイレ使用後の手拭きは、個別タオル又はペーパータオルを使用
- ・ 汚物槽の清掃及び消毒

#### ○寝具

- ・ 衛生的な寝具の使用
- ・ 個別の寝具にふとんカバーをかけて使用
- ・ ふとんカバーの定期的な洗濯
- ・ 定期的なふとん乾燥
- ・ 尿、糞便、嘔吐物等で汚れた場合の消毒（熱消毒等を行う）

#### ○園庭

- ・ 安全点検表の活用等による安全・衛生管理の徹底
- ・ 動物の糞、尿等の速やかな除去
- ・ 砂場の衛生管理（日光消毒、消毒、ゴミや異物の除去等）
- ・ 樹木、雑草、害虫、水溜り等の駆除や消毒
- ・ 小動物の飼育施設の清潔管理及び飼育後の手洗いの徹底

#### ○プール

- ・ 年少児が利用することの多い簡易用ミニプールも含めて、水質管理の徹底  
(遊離残留塩素濃度が 0.4 mg/L から 1.0 mg/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、適切に消毒する)
- ・ プール遊びの前のシャワーとお尻洗いの徹底
- ・ 排泄が自立していない乳幼児には、個別のたらいを用意する（共用しない）などのプール遊びへの配慮
- ・ プール遊び後のうがい、シャワーの徹底

### (2) 教職員の衛生管理

- ・ 清潔な服装と頭髮
- ・ 爪は短く切る
- ・ 日々の体調管理
- ・ 発熱、咳、下痢、嘔吐がある場合の医療機関への速やかな受診と周りへの感染対策
- ・ 保育中及び保育前後の手洗いの徹底
- ・ 感染源となりうる物（尿、糞便、吐物、血液等）の安全な処理方法の徹底
- ・ 下痢、嘔吐の症状があり、化膿創がある職員が食物を直接取り扱うことを禁止
- ・ 咳等の呼吸器症状を認める場合のマスク着用
- ・ 予防接種歴、罹患歴の把握（感受性者かどうかの確認）

### (3) 学園における消毒薬の種類と使い方\*

- ・ 消毒液の種類や用途に応じた正しい使用方法の把握
- ・ 消毒液の保管、安全管理の徹底

表 学園における消毒の種類と使い方

①消毒薬の種類と用途

薬品名	次亜塩素酸ナトリウム	逆性石けん	消毒用アルコール
適応対策	衣類、歯ブラシ、遊具、哺乳瓶	手指、 トイレのドアノブ	手指、遊具、 便器、トイレ のドアノブ
消毒の濃度	<ul style="list-style-type: none"> <li>塩素濃度6%の薬液が一般に市販されており、通常、それを200~300倍に希釈（薄めて）して使用</li> <li>汚れをよく落とした後、薬液に10分浸し、水洗いする</li> </ul>	通常 100~300 倍希釈液	<ul style="list-style-type: none"> <li>原液（70~80%）</li> </ul>
留意点	<ul style="list-style-type: none"> <li>漂白作用がある</li> <li>金属には使えない</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>一般の石けんと同時に使うと効果がなくなる</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>手あれに注意</li> <li>ゴム製品・合成樹脂等は変質するので長時間浸さない</li> <li>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</li> </ul>
有効な病原体	多くの細菌、真菌、ウイルス（HIV・B型肝炎ウイルス含む）、MRSA	多くの細菌、真菌	多くの細菌、真菌、ウイルス（HIVを含む）、結核菌、MRSA
無効な病原体	結核菌、一部の真菌	結核菌、 大部分のウイルス	ノロウイルス B型肝炎ウイルス
その他	糞便・汚物で汚れたら、良く拭き取り、300倍希釈液で拭く	逆性石けん液は、毎日作りかえる	

②遊具の消毒

	普段の取扱い	消毒方法
ぬいぐるみ 布類	定期的に洗濯 日光消毒（週 1 回程度） 汚れたら随時洗濯	糞便、嘔吐物で汚れたら、汚れを落とし塩素濃度 6%の次亜塩素酸ナトリウム系消毒薬を 300 倍希釈した液に 10 分浸し、水洗いする ※汚れがひどい場合には処分する
洗えるもの	定期的に流水で洗い日光消毒 <ul style="list-style-type: none"> <li>乳児がなめたりするものは、毎日洗う</li> <li>乳児クラス週 1 回程度</li> <li>幼児クラス3か月に1回程度</li> </ul>	嘔吐物で汚れたものは、塩素濃度6%の次亜塩素酸ナトリウム系消毒薬を300倍希釈した液に浸し日光消毒する
洗えないもの	定期的に湯拭き又は日光消毒 <ul style="list-style-type: none"> <li>乳児がなめたりするものは、毎日拭く</li> <li>乳児クラス週 1 回程度</li> <li>幼児クラス3か月に1回程度</li> </ul>	嘔吐物で汚れたら、良く拭き取り塩素濃度6%の次亜塩素酸ナトリウム系消毒薬を300 倍に希釈した液で拭き、日光消毒する ○ 塩素分やアルコール分は揮発する

\* 300倍希釈液＝原液濃度6%の市販の次亜塩素酸ナトリウムを300 倍希釈した消毒液＝0.02%の次亜塩素酸ナトリウム消毒液

### ③手指の消毒

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

### ④次亜塩素酸ナトリウムの希釈方法

○ 次亜塩素酸ナトリウムは、多くの細菌・ウイルスに有効（結核菌や一部の真菌では無効）		
次亜塩素酸ナトリウム（市販の漂白剤 塩素濃度約6%の場合）の希釈方法		
消毒対象	濃度 （希釈倍率）	希釈方法
糞便や嘔吐物が付着した床 衣類等の浸け置き	0.1% (1000ppm)	1Lのペットボトル1本の水に20ml (ペットボトルのキャップ4杯)
食器等の浸け置き トイレの便座やドアノブ、手すり、床等	0.02% (200ppm)	1Lのペットボトル1本の水に4ml (ペットボトルのキャップ1杯)

### ⑤消毒液の管理、使用上の注意点

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

- ・ 消毒剤は子供の手の届かないところに保管する（直射日光を避ける）。
- ・ 消毒液は使用時に希釈し、毎日交換する。
- ・ 消毒を行うときは子供を別室に移動させ、消毒を行う者はマスク、手袋を使用する。
- ・ 希釈するものについては、濃度、消毒時間を守り使用する。
- ・ 血液や嘔吐物、下痢便等の有機物は汚れを十分に取り除いてから、消毒を行う。
- ・ 使用時には換気を十分に行う。

## 2 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供への対応

子供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、学園においては、一人一人の子供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。子供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、登園時の子供の体調や家庭での様子を把握するとともに、保育中の子供の体温、機嫌、食欲、顔色、活動の様子等について、子供との関わりや観察をとおして把握することが必要です。

子供の体調が悪く、いつもと違う症状等がある場合には、子供の心身の状態に配慮した対応を心がけます。また、子供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供を発見したときには、嘱託医等に相談して指示を受け、なるべく早く医務室等別室での保育や症状の観察、体温測定などを行います。また、保護者と連絡を密にとり、前述の記録をもとに、症状や経過を正確に伝えます。さらに、保護者に対し、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。

感染症対策マニュアルを参考に、子供の発熱や下痢、嘔吐、咳、発しんに対して適切かつ丁寧に対応します。

### (2) 感染症発生時の対応（フローチャート参照）

子供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（越谷市及び保健所等）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、子供や職員の健康状態の把握をし、二次感染予防について関係機関に協力を依頼します。

特に、予防接種で予防可能な感染症が発生した場合は、子供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）後速やかに予防接種を受けることで、発症を予防したり、重症化を予防すること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供については、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、学園における手洗い、排泄物・嘔吐物の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、理事長の責任の下、しっかりと記録に留めることが重要です。その際、①欠席している子どもの人数と欠席理由の把握、②受診状況、診断名、検査結果及び治療内容、③回復し、登園した子どもの健康状態の把握と回復までの期間、④感染症終息までの推移等について、日時別、クラス（年齢）別に記録することが必要です。また、園児だけでなく、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供の速やかな体調の回復とともに、学園では、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に準じて登園の目安を決めておく必要があります。医師の意見書及び保護者が記入する登園届の要否については、越谷市の支援の下に地域の医療機関や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供の登園に際しては、①園内での感染症の集団発生や流行につながらないこと、②子供の健康（全身）状態が園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、理事長と十分に相談して、適切な対応をとる必要があります。

### 3 認定こども園で問題となる主な感染症とその対策

感染症対策を講ずるには、感染症の感染力、感染経路、症状、合併症、予防法、治療法等について、十分に理解する必要があります。

特に、認定こども園において集団発生が起りやすい麻疹、風しん、水痘、流行性耳下腺炎、インフルエンザ、RSウイルス感染症、百日咳、A群溶血性レンサ球菌感染症、マイコプラズマ感染症、咽頭結膜熱、流行性角結膜炎、ヘルパンギーナ、手足口病、伝染性紅斑（りんご病）、腸管出血性大腸菌感染症、ノロウイルス感染症、ロタウイルス感染症、伝染性膿痂疹（とびひ）、アタマジラミ、ウイルス性肝炎については、十分な配慮と感染症対策が必要です。

認定こども園は学校とは異なり、生後すぐの乳児から小学校入学直前の6歳児まで幅広い年齢層の子供が、長期間濃厚に接触しながら生活をしています。年長児ではそれほど重症にならない感染症であっても、低年齢児では時に脳炎など生命に関わる重症感染症に発展する場合があります。また、様々な感染症に対して学校の児童生徒よりも高い割合の感受性者が生活している場であることを忘れてはなりません。

この章では、麻疹、インフルエンザ、腸管出血性大腸菌感染症、ノロウイルス感染症、RSウイルス感染症について説明します。また、認定こども園に多い感染症一覧を下記に掲載していますが、その他の感染症については以下を参考にしてください。

(参考) その他の感染症について

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

[http://www.jpeds.or.jp/saisin/saisin\\_1101181.pdf](http://www.jpeds.or.jp/saisin/saisin_1101181.pdf)

- 学校において予防すべき感染症の解説（文部科学省）

#### (1) 麻疹

##### ①感染経路

麻疹は空気感染（飛沫核感染）する代表的な感染症であり、他に飛沫感染、接触感染も感染経路となります。麻疹の感染力は非常に強く、1名の患者から多数の人が感染し、その感染者が麻疹に対して免疫がない場合はほぼ100%発病するといわれています。

②感染後、発病した時の症状（麻疹に免疫がない者が感染した場合の潜伏期間は、8～12日）

A. カタル期：38℃以上の高熱、咳、鼻汁、結膜充血、目やにがみられます。熱が一時下がる頃、コプリック斑と呼ばれる小斑点が頬粘膜に出現します。感染力が最も強いのはこの時期です。

B. 発しん期：一時下降した熱が再び高くなり、耳後部から発しんが現れて下方に広がります。発しんは赤みが強く、少し盛り上がっています。融合傾向がありますが、健康皮膚面を残します。

C. 回復期：解熱し、発しんは出現した順に色素沈着を残して消退します。なお、肺炎、中耳炎、熱性けいれん、脳炎を併発する可能性があるため、注意が必要です。特に、肺炎と脳炎は麻疹の2大死因といわれています。また、麻疹を発症した約100万人に一人とまれな頻度ではありますが、麻疹が治癒してから数年～10年程度経過後に発症し、極めて重篤な予後不良の脳炎である亜急性硬化性全脳炎（SSPE）を発症する場合があります。

##### ③予防方法

麻疹含有ワクチン（麻疹ワクチンあるいは麻疹風しん混合（MR）ワクチン）の接種が有効です。2006年度以降、原則として麻疹風しん混合ワクチンによる2回接種が勧奨されています。なお、1歳になったらなるべく早く麻疹風しん混合ワクチンを接種します。小学校就学前の1年間（5歳児クラス）に2回目の接種を行います。（どちらも定期接種）

##### ④認定こども園における具体的な感染拡大防止策

入園前の健康状況調査において、麻疹含有ワクチン接種歴、麻疹既往歴を母子健康手帳で確認し、1歳以上で未接種かつ未罹患の子供には麻疹の重症度（肺炎や脳炎の併発等）を正確に伝え、ワクチン接種を積極的に勧奨します。入園後にワクチン接種状況を再度確認し、未接種であれば、ワクチン接種を再度勧奨します。



1人でも発症した場合には、麻しんの感染力は非常に強いいため、すぐに他の園児及び職員の予防接種歴、罹患歴を確認し、ワクチン未接種かつ未罹患の子供、1回のみワクチン接種の場合には、主治医と速やかに相談し、適切な緊急対応をとるよう指導します。

感染していない可能性も考慮し、1歳児は1回目の麻しん風しん混合ワクチンの定期接種（第1期）の対象であることを速やかに伝え、主治医と相談して接種を受けるよう指導します。

0歳児は定期接種対象年齢に至っていないため、母親からの移行抗体が残存している乳児期前半の児を除いて、全員が感受性者となります。特に生後6ヶ月以上の場合には、緊急避難的に麻しんワクチンの接種が考慮される場合がありますので、速やかに主治医に相談するよう指導します。2歳以上で4歳児クラスまでの子供は多くが1回の予防接種を受けていると考えられます。1回接種で95%以上の人が発症予防可能な免疫を獲得していますが、まれながら免疫が獲得できていない場合があるので、発症者の状況によっては嘱託医あるいは主治医に相談し、2回目のワクチンが薦められる場合があります。小学校入学前1年間の5歳児クラスの子供で2回目の麻しん風しん混合ワクチンの接種（第2期）を受けていない場合は、2回目の定期接種の対象であることを速やかに伝え、受けるよう勧めます。

接触後72時間以内にワクチンを接種することで発症の予防、症状の軽減が期待できます（対象は6か月以上の子供に限る）。また、接触後5日以内にガンマグロブリン製剤を投与することで発症の予防、症状の軽減ができる場合がありますが、ガンマグロブリン製剤は血液製剤であること、投与に際しては強い痛みを伴うことなどの情報提供も必要であり、いずれにしても主治医に相談するよう指導します。

解熱した後、3日を経過するまでの登園を避けるよう保護者に依頼します。

## (2) インフルエンザ

### ①感染経路

認定こども園で感染伝播する場合の主な感染経路は飛沫感染であり、他に接触感染でも感染します。

### ②感染したときの症状

典型的な発症例では、感染後1～4日間（平均2日間）の潜伏期間を経て突然の高熱が出現し、3～4日間続きます。全身症状（全身倦怠感、関節痛、筋肉痛、頭痛）を伴い、呼吸器症状（咽頭痛、鼻汁、咳嗽（咳））がありますが、約1週間の経過で軽快します。合併症として肺炎、中耳炎、熱性けいれん、脳症を併発する可能性があるため、注意が必要です。

なお、認定こども園でインフルエンザが流行している場合、実際には感染しているのに全く症状のない不顕性感染例や、本人も周囲も単なる風邪としか認識していない軽症例も存在しており、特に成人である職員ではその割合は園児たちよりも高いと考えられます。

### ③予防方法

インフルエンザの予防の基本はワクチンの接種です。インフルエンザワクチンを接種しても、インフルエンザウイルスの感染を防ぐことはできませんが、感染後の発症率と発症後の重症化率を下げるのが期待できます。乳幼児ではインフルエンザワクチンの有効性は、成人よりも低いといわれているので、流行の前にはしっかりと2～4週間の間隔をあけて2回の接種を行うことが望まれます。免疫の獲得を考えると、できれば4週間あけた方が良くとされています。

また大量のウイルスを排出していると考えられる典型的な症状を呈している者を速やかに隔離することはもちろんですが、園内で患者が発生しているときは、感染していても症状が典型的ではない場合もあるので、全員が飛沫感染対策、接触感染対策を行うべきです。

### ④認定こども園における具体的な感染拡大防止策

インフルエンザの飛沫感染対策として、可能な者は全員が咳エチケットを実行します。職員は、自分が感染しているとの自覚がないまま、園児たちと密着することが考えられるので、園内でインフルエンザ患者が発生している期間中は全員が勤務中はマスクを装着するよう心がけます。特に0歳児クラス、1歳児クラスを担当する職員は必ずマスクを装着します。園児にもマスクを装着できる年齢の場合には、園内でインフルエンザが流行している期間中はマスクを装着するように働きかけます。この場合、友達のマスクが可愛いと園児同士で交換することがないように注意します。また、普段から咳やくしゃみの際には、飛沫を人に浴びせてはいけないということを指導します。

インフルエンザウイルスは、アデノウイルスやノロウイルス、ロタウイルスのように環境中で何日間も感染性を保っていることはなく、体外に出たら数時間で死滅してしまいます。アルコールによる消毒効果も

高いです。インフルエンザの接触感染対策として実行することは、ア) 流行期間中は、手洗い等の手指衛生を励行する、イ) 消毒をする場合は、患者の体液（唾液、痰、鼻汁等呼吸器からの排泄物）が付着したものを中心に行う、以上の2点です。

インフルエンザの感染に備えて、体調を整えておくために、バランスのとれた食事、適切な睡眠をとることを心がけるよう保護者の方に伝えましょう。園内では、園児たちにとって適切な湿度、室温を保ち、過ごしやすい環境を整えます。

インフルエンザを発症した園児は、発熱した日を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園を休んでもらうようにします。

保護者等の送迎者がインフルエンザを発症している疑いがある場合等は、送迎を控えてもらいます。やむを得ない場合は、必ずマスクを着用し、また園内には入らないようにしてもらいます。

### (3) 腸管出血性大腸菌感染症（O157、O26、O111 等）

#### ①感染経路

腸管出血性大腸菌の感染経路は、飲食物を介した経口感染と感染者からのヒト-ヒト感染である接触感染、他に腸管出血性大腸菌を保菌している動物に触れることによる感染があります。

#### ②感染した時の症状

激しい腹痛とともに、頻回の水様便や血便の症状があります。発熱は軽度です。

血便は初期では少量の血液の混入で始まりますが、次第に血液の量が増加し、典型例では血液そのものといった状態になります。

発症者の6～7%において、下痢などの初発症状発現の数日から2週間以内に、溶血性尿毒症症候群（HUS）がみられます。また、脳症などの重篤な合併症が発症することもあります。HUSを発症した患者の致死率は1～5%とされています。腸管出血性大腸菌に感染しても、症状のない不顕性感染例も少なくありませんが、乳幼児と高齢者は感染後の発症率、発症後の重症化率が健康成人と比べて非常に高いので保育所では特に注意すべき感染症です。

#### ③予防方法

経口感染対策として食材を十分に加熱処理することは普段から実施されている対策ですが、最近では園に搬入する前に加工済みの食品がすでに汚染されて集団発生を招いたケースもみられています。また、園内での集団発生例は、毎年複数例が報告されており、その多くが経口感染ではなく、ヒト-ヒト間の接触感染による集団発生です。従って園では接触感染対策が極めて重要です。

#### ④認定こども園における具体的な感染拡大防止策

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、十分な加熱調理はい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園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。

接触感染対策として最も重要な対策は手洗いの励行です。普段からしっかりと手洗いが実行されるように心がけましょう。

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、低年齢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園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。複数の園児が使用する場合は、簡易プールも含めて、塩素消毒基準の厳守が求められます。患者発生時には速やかに保健所に届け、保健所の指示に従い消毒を徹底します。

症状がある場合には、医師において感染のおそれがないと認められるまで登園を避けるよう保護者に依頼します。無症状病原体保有者の場合にはトイレでの排泄習慣が確立している5歳児以上は登園可能ですが、5歳未満の子供では2回以上連続で便培養が陰性になれば登園が可能となります。

### (4) ノロウイルス感染症

ノロウイルスは、乳幼児から高齢者にいたる幅広い年齢層の急性胃腸炎の病原ウイルスで、特に秋から春先にかけて流行します。ノロウイルスは非常に感染力が強く、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100万から10億個ものウイルスが含まれていると言われ、不十分な汚物処理で容易に集団感染を引き起こします。

#### ①感染経路

ノロウイルスで汚染された飲料水や食物（生カキ、ウイルスに汚染された生野菜等）からの感染があり、ウイルス性食中毒の集団発生の原因となります。また、感染者との直接・間接の接触による接触感染、嘔吐物や下痢便が付着したものを介した感染もあります。また、患者の嘔吐物等に対して適切な処理が行われず、大量のノロウイルスが嘔吐場所に残存したまま乾燥すると、ウイルスが空気の流れとともに舞い上がり、そのウイルスを吸い込んだ人が感染する場合があります（これをもう 1 つの空気感染として塵埃（じんあい）感染と呼んでいます）。

(国立感染症研究所感染症情報センターホームページ)

<http://idsc.nih.gov/jp/disease/norovirus/0702keiro.html> 参照)

感染後、嘔吐、下痢等の症状が治まった後も、ウイルスは10日間程度、糞便中に排泄されていることがあるので、流行時には糞便やおむつの取扱いには特に注意が必要です。

## ②感染した時の症状

潜伏期間は12～48時間で、嘔吐、下痢、腹痛、発熱等の症状が出ます。通常3日以内に回復します。嘔吐、下痢が頻繁の場合、脱水症状を起こすことがあるので尿が出ているかどうかの確認が必要です。

## ③消毒方法

ノロウイルスは、熱や薬品への抵抗性が非常に強いことが予防を困難にしています。逆性石けんやアルコールの消毒効果は十分ではなく、85℃で1分以上の加熱又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%、嘔吐物や糞便では0.1%以上が必要です。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、加熱消毒にします。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、窓を開けて換気します。ふとんや絨毯などが嘔吐物等で汚染された場合で、消毒剤による消毒効果があまり期待できない場合などは、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することが重要です。

## ④認定こども園における具体的な感染拡大防止策

ノロウイルスの流行期（晩秋から初春にかけて）に嘔吐、下痢を呈した場合は、ノロウイルス感染症を疑う必要があります。

上記のような症状の子供がいた場合は、速やかに周りにいる子供達を別室に移動させ、部屋の窓をあけて換気します。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、汚染物の処理を行います。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、いつでもすぐ使えるようにしておきます。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ます。

嘔吐物や下痢便で汚染された衣類を園内で洗うと、洗った場所はノロウイルスに汚染されます。また、水洗いではなく洗剤を使用しても、衣服にはノロウイルスが付着したままです。だからといって、次亜塩素酸ナトリウムを用いて衣類を消毒することは、その衣類が漂白される可能性があることなどから、嘔吐物や下痢便で汚染した洋服は、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ます。家庭では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ます。

部屋の中で、嘔吐物や下痢便で汚染した衣類や雑巾を洗ったり、部屋の中に干しておくことは絶対にしないようにします。

ノロウイルス感染症を発症している子供は、複数回の嘔吐や下痢をすることが多いので、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います。

嘔吐物や下痢便の処理の際には、子供達を別室に移動させるなどしてから行います。

嘔吐・下痢等の症状が治まり、普段の食事ができるまで登園を避けるよう保護者に依頼します。症状回復後も感染力を有していることや、回復に時間を要する感染症であることにも十分留意することが必要です。これに加えて、前日に嘔吐していた子供の登園は、ノロウイルスの流行期間中は控えてもらうように保護者に伝えます。

## (5)RS ウイルス感染症

RSウイルス感染症は秋から冬にかけて毎年流行する呼吸器感染症です。しかし最近では他の季節（夏季）でも小流行があり注意が必要です。この感染症には1度かかっても十分な免疫が得られず、何度もかかることがあります、保護者も職員もよくかかります。ただし、0歳児や1歳児が初感染した場合は症状が重くなることが多く、乳幼児の重症呼吸器感染症の代表的なものです。特に生後2～5ヶ月の乳児では、入院管理が必要となる場合も少なくありません。一方、再感染や再々感染時には初感染時ほど重い症状とならない場合が多いです。

### ①感染経路

飛沫および接触感染によって感染が広がります。RSウイルス感染症は2歳以上の園児がかかると、咳、鼻水が続く程度で元気に園へ通っている場合があります。その場合RSウイルス感染症と気付かず急速に感染が拡大してしまうことがあります。年長児には咳エチケットを徹底させます。

### ②感染した時の症状と治療

初感染時：4～6日の潜伏期の後に発熱、咳、鼻水などで発症し、多くは1週間程度で回復します。園へ通う園児たちは1歳までにほとんどが初感染を経験します。

その初感染乳児の30%程度で発症から2～3日のうちに咳がひどくなり食欲がなくなり、喘鳴、呼吸困難症状が出現し、細気管支炎や肺炎に陥る例があります。特に3か月未満児では高率に重症化をきたし、特別な治療法がないことから、呼吸管理が必要となり入院する場合があります。

再感染時：2歳以上では、再感染のことが多く多くは発熱、咳、鼻水などで発症し1週間程度で回復する人が多いとされています。家族内で1人でも発症すれば、他の人も全員かかっていると考え、咳エチケットを守り乳児への接触を避け、感染機会を極力減らすようにします。

### ③予防方法

現在、ワクチンはありません。

### ④認定こども園における具体的な感染拡大防止策

RSウイルス感染症について正しい知識を普及させます。

感染症情報には絶えず注意を怠らず、流行状況を把握しておくようにします。

2歳未満児と2歳以上児のクラスは構造的に分離（隔離）出来るようにしておき、お互いの交流は制限できるようにしておき、RSウイルス感染症の流行期には交流を遮断します。

飛沫感染対策として咳エチケットを徹底します。（職員、特に0・1歳児担当職員や保護者にも徹底します）

接触感染対策の基本である手洗い等の手指衛生を図ります。

保育環境を清潔に保ちます。（環境や物品の消毒には塩素系消毒剤やアルコールを用いる）

3か月未満で園へ通うことは、RSウイルス感染症のハイリスク群であり、今後医学的な知見から対応について検討することが必要です。

## 4 感染症対策の実施体制と子どもの健康支援

認定こども園における子供の感染症対策に関する具体的な実践においては、理事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、栄養士や調理員等の職種の専門性をいかしながら、園全体で保健計画等に基づき見通しを持って取り組んでいく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ことと共に保護者への事前説明などが重要になります。

### (1) 記録の重要性

子供の体調の変化や症状等について、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、その日の状態のみを見るのではなく、数日間の症状の変化に着目し、それを感染症の早期発見や病状の把握等に活用していくことが大切です。また、園全体のデータとして活用できるよう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、近隣学校の状況について情報収集をし、嘱託医、設置者、行政の担当者等と連携をとって、感染症の発生状況の速やかな把握に活用します。更に対応や対策について、職員は自己評価することが求められます。それらを保護者に伝え、子供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活用し、情報共有することが重要です。

### (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第 33 条第 1 項では、認定こども園には、嘱託医を置かなければならないとされています。

嘱託医には、年 2 回（1 号認定は 1 回）の健康診断を行うだけでなく、園全体の保健的対応や健康管理について総合的に指導・助言することが求められています。園は、嘱託医に対し、日頃から園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、園での記録を活用し、的確かつ簡潔に伝えることや、嘱託医の勤務状況等に配慮して行うことが必要です。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。

認定こども園の感染症対策には、嘱託医の積極的な参画・協力が不可欠であり、さらには、園の子供及び地域全体の子供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。とく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を視野に入れ、スーパーバイザーとしての助言をしてもらうなど地域ぐるみで子どもの健康と安全を守るための体制の整備が必要です。

### (3) 子供の健康支援の充実に向けて

子供の健康と安全を守り、その健やかな成長を支えるために、認定こども園においては、保育所保育指針等に基づき、様々な対策が講じられています。保育課程を踏まえ、子供の発達過程に沿って、養護と教育の両面から子供の健康支援に関する保育が実践され、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ことが必要であり、家庭での子供の健康管理や健康増進につなげていくことが大切です。

子供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、子供の健康問題への対応や保健的対応の充実とその向上は、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、十分に活用していくことが求められます。

## 5 園における感染症

園において、子供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（平成 20年厚生労働省令第 141 号）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認定こども園では、一人一人の子供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。特に感染症対策については、学童・生徒等と比較し、以下の乳幼児の特徴をよく理解することが必要です。

1. 園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。
2. 乳児は床を這う、手に触れるものを何でも舂める。
3. 正しいマスクの装着・適切な手洗いの実施・物品の衛生的な取扱いなどの基本的な衛生対策が、まだ十分にできない年齢である。

また、特に乳児（1歳未満）の生理学的特性として、以下があげられます。

1. 感染症にかかり易い：母親から胎盤をとおしてもらっていた免疫（移行抗体）が生後数ヶ月以降に減り始めるので、乳児は感染症にかかりやすい。
2. 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、風邪などで粘膜が腫れると息苦しくなりやすい。
3. 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。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低下すると脱水症になりやすい。

園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、園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もウイルスを排出していることがあるため、罹患患者が症状回復後すぐに登園した場合、周囲に伝播してしまう可能性があります。園内での感染を防止するためには、各感染症の特性を考慮し、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、園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感染症と診断された場合のみならず、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可能性が高いことを理解した上で感染対策に取り組んでいく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認識し、保護者へも理解を求め、更にもその上で感染症が発症した場合には、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、感染症が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。社会機能を維持するため、認定こども園は一定の役割を担うことが求められる一方、乳幼児の集団生活施設としては子供達の健康と安全の維持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、当該感染症に関する正確な情報の把握と共有に努め、認定こども園として子供達の健康被害を最小限に食い止めるためにはどうすべきかを考え、実行していく必要があります。



<保護者用>

登園の際には、下記の登園届の提出をお願いいたします。

(なお、登園のめやすは、子どもの全身状態が良好であることが基準となります。)

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

認定こども園は、乳幼児が集団で長時間生活を共にする場です。感染症の集団での発症や流行をできるだけ防ぐことはもちろん、一人一人の子供が一日快適に生活できることが大切です。

園児がよくかかる下記の感染症については、登園のめやすを参考に、かかりつけの医師の診断に従い、登園届の提出をお願いします。なお、園での集団生活に適応できる状態に回復してから登園するよう、ご配慮ください。

○ 医師の診断を受け、保護者が記入する登園届が望ましい感染症

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



## 7 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。職員は、これらについて十分に理解するとともに、園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。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園内に多数存在していることも少なくないと思われます。特に園の職員は、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出していますから、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、職員も含めて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、園内で飼育している動物が保有している細菌等（カメ等のは虫類が持つサルモネラ菌など）が人に感染することもあるので、動物とのふれあい後の手洗いを徹底するなど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、経口感染対策について記述します。

#### ① 飛沫感染対策

飛沫感染は、飛沫を浴びないようにすれば防ぐことができます。感染している者から2m以上離れて、しかも感染者がしっかりとマスクを装着していれば、園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、園では特に子供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呼吸器系感染症は園等の乳幼児の集団生活施設を中心に多く流行します。

園での飛沫感染対策の考え方は以下のとおりです。

ア) 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。

イ) 感染していても症状のない「不顕性感染例」や軽い症状でのみで発症していると気付かない「軽症例」を含めて、全ての「感染者」を隔離することは困難です。また、「不顕性

感染例」や「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。

ウ) 園で皆が2mの距離をとって生活することは不可能です。

エ) 認定こども園等の子供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。

オ) はっきりとした感染症の症状を認める乳幼児は医務室等別室で保育をします。

カ) 飛沫感染する感染症が園内で流行することを防ぐことは容易ではありませんが、流行を最小限に食い止めるためには、日常的に全員が以下の「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。
- ・素手で咳やくしゃみを受け止めた場合はすぐに手を洗う。

(参考) 厚生労働省ホームページ

[http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekkaku-kansenshou01/dl/leaflet20110208\\_01.pdf](http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekkaku-kansenshou01/dl/leaflet20110208_01.pdf) )

### ② 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以内に限られていますが、空気感染の感染範囲は部屋全体、空調が共通の部屋に及びます。空気感染対策の考え方は以下のとおりです。

ア) 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。

イ) 空気感染対策の基本は「発病者の隔離」と「部屋の換気」です。

ウ) 「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、たと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。

エ) 「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受けておくことです。

### ③ 経口感染対策

経口感染対策としては、食材を衛生的に取り扱い、適切な温度管理の下で保管し、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。園では、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、日本では、魚貝類に留まらず、鶏肉、牛肉、卵等を生で食べる習慣があり、ノロウイルス、カンピロバクタ、サルモネラ菌、腸管出血性大腸菌等が付着したままに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。サラダやパンなどの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もあり、こ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。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ことがあるため、調理従事者の手指衛生や体調管理も必要です。家庭でも、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を調理することのないよう、指導することが大切です。

#### ④接触感染対策

接触によって体の表面に病原体が付着しただけでは感染は起こりません。遊具を直接舐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。接触感染対策の考え方は 以下のとおりです。

ア) 認定こども園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、伝染性膿痂疹（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。また、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。

イ) 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る必要があります（「※正しい手洗いの方法」参照）。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、子供の年齢に応じて手洗いの介助を行ったり適切な手洗いの方法を指導したりすることが大切です。

ウ) タオルの共用は絶対にしない。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園内で流行し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。

エ) 石けんは保管時に不潔になりやすい固形石けんよりも 1 回ずつ個別に使用できる液体石けんが推奨されます。

オ) 消毒は適切な「消毒薬」を使います。嘔吐物や下痢便、あるいは患者の血液や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。また患者が直接接触し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）

- ①液体石けんを泡立て、手のひらをよくこすります。
- ②手の甲を伸ばすようにこすります。
- ③指先、つめの間を念入りにこすります。
- ④両指を合体し、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。



出典：高齢者介護施設における感染対策マニュアル

### (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います。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。

ワクチンを接種すること（予防接種）により、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、重症化しにくくするものです。感染症を防ぐ強力な予防方法のひとつです。入園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、園では入園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、保護者に病気にかかったときの症状や重症化の頻度等を説明し、まずはかかりつけ医によく相談し、予防接種を受けるよう丁寧に説明します。

また、園においては、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・予防接種歴ともにない感染症がある場合は嘱託医等に相談し、予防接種を受けるよう説明します。

なお、予防接種については、保護者や本人の記憶に頼り切りにせず、母子健康手帳の記録の有無について確認をします。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、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。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 2 7 日以上（4 週間）空ける必要があり、不活化ワクチンの接種後は中 6 日以上（1 週間）空ける必要があるので注意が必要です。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をたてる必要があります。

#### ②園の子供達の予防接種

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、認定こども園の子供達にとっては難しい場合も多いため、できる限り入園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休んだ日の帰り道にかけ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。

園の子供達にとって、定期接種の DPT ワクチン、不活化ポリオワクチン(IPV)、DPT-IPV ワクチン、BCG ワクチン、麻しん風しん混合(MR)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水痘ワクチン、おたふくかぜワクチン、B 型肝炎ワクチン、Hib(ヒブ)ワクチン、小児用肺炎球菌ワクチンなども発症や重症化を予防し、園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。

特に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 ワクチン(あるいは DPT-IPV ワクチン)を受けること、麻しん(はしか)は肺炎や中耳炎、脳炎等の合併もあり極めて重症の疾患であることから、1 歳になったらなるべく早めに MR ワクチンを受けること、5 歳児クラスになったら卒園までに MR ワクチンの 2 回目を受けることなど、未接種者の保護者には行政や医療機関のみならず、保育所からも接種を個別に勧めていくことが大切です。また、水痘や流行性耳下腺炎も、園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。

保護者には、接種後の副反応の情報のみならず、その病気にかかった時の重症度や合併症のリスク、周りにいる友達、家族、園の職員等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。

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。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。

### ③認定こども園職員の予防接種

小児の病気と考えられがちであった麻疹、風しん、水痘、流行性耳下腺炎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、職員も、ワクチン未接種で未罹患の場合は、必要回数2回のワクチンを受けて自分自身を感染から守り、子供達への感染伝播を予防することが重要です。

また、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、破傷風の予防接種を受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。

### ④予防接種歴・罹患歴記録の重要性

園での感染症対策を考える上で最も重要な点として、職員と子供達の予防接種歴・罹患歴の把握と記録の保管があります。入園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、入園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、記録を更新する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、これにより、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。

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、嘱託医と相談し、受けるよう個別に保護者に説明することが重要です。

## (4)健康教育

感染症を防ぐためには、子供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、子供自らが気付いて行えるよう援助します。そのためには、子供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、子供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。