

(案)

保育所における感染症対策ガイドライン
(2026 年改訂版)

こ ども 家 庭 庁

2026(令和8)年●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）年の学校保健安全法施行規則（昭和 33 年文部省令第 18 号）の一部改正、2017（平成 29）年の保育所保育指針（平成 29 年厚生労働省告示第 117 号）の改定を踏まえ、本ガイドラインも随時改訂をしてきており、現在、保育所等において幅広く活用していただいていると承知しています。

前回の改訂から 8 年が経過し、その間に新型コロナウイルス感染症によるパンデミックが発生したことで、感染症対策に関する多くの知見等が得られました。このことを踏まえ、今般、有識者による「保育所等における感染症対策の推進のための研究」の検討等を経て、本ガイドラインの改訂を行いました。

また、こどもの安全の確保を最優先としながらも、こども、保護者、保育所、行政機関などの負担軽減を図る観点からの見直しも行いました。

具体的には、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、罹患^{りかん}したこどもの登園再開に関する医師の意見書、保護者の登園届の対象となる感染症の見直しや、「換気と空調管理」項目の追加、個別の感染症ごとの症状や予防、感染拡大防止策等に関する記載や写真の充実などを図りました。

本ガイドラインで示されている内容が、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、そして子育て中の保護者にも広く浸透し、こ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。

2026（令和 8）年●月

こども家庭庁成育局成育基盤企画課長

横田 愛

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) 学校保健安全法と保育所における感染症対策	3
2. 感染症の予防	7
(1) 感染予防	7
ア) 感染源対策	7
イ) 感染経路別対策	10
コラム「新型コロナウイルス感染症の流行を経て得られた知見： エアロゾル感染と換気について」	24
ウ) 感受性対策（予防接種等）	25
エ) 感染予防のための生活習慣の定着に向けて	32
(2) 衛生管理	35
ア) 施設内外の衛生管理	35
イ) 職員の衛生管理	39
3. 感染症の疑い時・発生時の対応	40
(1) 感染症の疑いのあるこどもへの対応	40
(2) 感染症発生時の対応	41
(3) 罹患したこどもが登園する際の対応	42
コラム：P C R検査と診断について.....	43
4. 感染症対策の実施体制	44
(1) 記録の重要性	44
(2) 医療関係者の役割等	45
ア) 嘱託医の役割と連携	45
イ) 看護師等の役割と責務	46
(3) 関係機関との連携	46
(4) 関連情報の共有と活用	48
(5) 感染症集団発生時の保育所の事業継続などに関する対策	49
(6) こどもの健康支援の充実	50
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）	51
別添 2 保育所における消毒の種類と方法	85
別添 3 こどもの病気 ～症状に合わせた対応～	89
別添 4 医師の意見書及び保護者の登園届	95
関係法令等	104

1. 感染症に関する基本的事項

(1) 感染症とその三大要因

要 旨

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必要があります。

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

こ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、乳幼児期のこどもの特性や一人一人のこ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

要 旨

- ・ 乳幼児が長時間にわたり集団で生活する保育所では、一人一人のこ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。
- ・ 乳幼児は抵抗力が弱く身体機能が未熟であるため、その特性を踏まえた感染症対策が求められる。
- ・ 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。
- ・ 保育所では、感染予防を徹底しても、感染症の侵入や流行を完全に防ぐことは不可能である。そのため保育所では、普段から保護者に予防接種など予防に関する手段について情報を提供することが必要である。
- ・ 保育所では、感染症が発生した際には 流行規模を最小限に抑えることを目標に対策を行う必要がある。

（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、こ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（平成 29 年厚生労働省告示第 117 号）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、一人一人のこ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必要があります。

（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、遊び等ではこども同士が濃厚に接触することが多いため、飛沫感染^{まつ}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^{びどう}や後鼻孔^{こうびこう}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^お、嘔吐^{おう}、下痢等によって体内の水分を失ったり、咳^{せき}、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。保育所では、普段から保護者に予防接種など予防に関する手段について情報を提供することが必要です。しかし、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^{でんぱ}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

それぞれの感染症の特性を考慮した上で、症状が回復してなおかつ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. 51))

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こどもだけでなく、その他のこ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、現実には保育所内での感染を完全に防ぐことは困難です。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こ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、こ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べきかを考え、実行する必要があります。

(3) 学校保健安全法と保育所における感染症対策

要 旨

- ・ 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、こ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。)の第一類感染症と、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、新型コロナウイルス感染症については、令和5年4月に学校保健安全法施行規則(昭和33年文部省令第18号)の一部が改正され、第二種の感染症に追加されました。

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

(2026(令和8)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 ^{かいはいくずい} 、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 ^{せき} 、麻疹、流行性耳下腺炎 ^じ 、風しん、水痘 ^{いんとう} 、咽頭結膜熱、新型コロナウイルス感染症(病原体がベータコロナウイルス属のコロナウイルス(令和2年1月に、中華人民共和国から世界保健機関に対して、人に伝染する能力を有することが新たに報告されたものに限る。))であるものに限る。))、結核及び髄膜炎 ^{ずい} 菌性髄膜炎 ^{ずい}
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 ^{かく} 、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
 - ・ 麻疹……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
 - ・ 新型コロナウイルス感染症……発症した後 5 日を経過し、かつ、症状が軽快した後 1 日を経過
するまで

※出席停止の期間を短縮することは、新型コロナウイルス感染症においては、
基本的に想定されないことに留意する必要がある。

（参考）学校保健安全法施行規則の一部を改正する省令の施行について（通知）

（令和 5 年 4 月 28 日付け通知）20230427-mxt_ope01-000004520_2.pdf

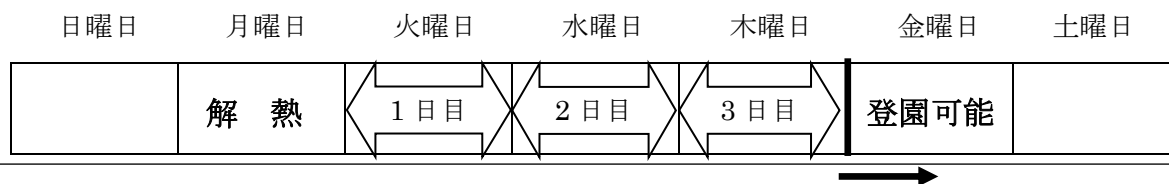
- 結核及び髄膜炎菌性髄膜炎及び第三種の感染症：
病状により学校医その他の医師において感染のおそれがないと認めるまで

＜保育所における登園停止期間の算定について＞

登園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（出席可能）ということになります（図1）。

図1 「登園停止期間：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（幼児にあつては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登園停止期間の考え方



＜発熱とは＞

別添3 発熱への対応に定義を詳細に記載（p. 89）

＜症状軽快とは＞

解熱剤を使用せずに解熱し、かつ、呼吸器症状（咳や息苦しさ等）が改善傾向にある状態

＜全身状態が良好とは＞

普段通りの生活（機嫌・食欲・活動性）が可能で、全身の体調が安定している状態

2. 感染症の予防

(1) 感染予防

要 旨

保育所の感染症予防の基本は、感染源、感染経路、感受性への対策である。職員は感染症の成立要因と予防策を理解して保育活動に反映させ、保護者に対してわかりやすく情報提供を行う。感染症の発生時には関係者と情報を共有し連携しながら速やかに対応し、拡大防止を図る。

ア) 感染源対策

要 旨

- ・ 手指衛生、咳エチケット、施設内外の衛生管理などの基本的な感染対策が重要である。
- ・ 発症して間もないこどもや職員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。
- ・ 感染しているが、明らかな症状がない不顕性感染者が存在することを前提に感染症対策を実施することが重要である。

取り組む項目

○基本的な感染対策

保育所職員は手指衛生、咳エチケット、施設内外の衛生管理を行う。

○予防接種歴の把握

ワクチン未接種者は感染症の感染源になりやすい。職員は在籍するこどもの予防接種歴を把握し、保護者に対して、予防接種の重要性に関する情報を伝えていく。

○保護者との情報共有

保育所職員は、登園時に自宅でのこどもの症状の有無及び自宅での様子について保護者から確認する。同様に保育所内での様子や健康状態について保護者へ共有する。

○症状に合わせた対策（参照 別添3 こどもの病気～症状に合わせた対応～p. 89）

○登園基準の取り決め

こどもに、咳・鼻水等の気道症状や嘔吐・下痢などの症状に加えて、38.0℃以上の発熱などの全身症状がみられる場合や、日常生活に影響が出ている（遊びたがらない、飲食が十分でないなど）場合には登園を控えてもらうなど、一定の条件をあらかじめ自施設で取り決め、条件を満たすまでは登園を控えてもらう。

解 説

①感染源対策とは

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。

（詳細は イ) 感染経路別対策 p.9 参照）

一般的に周囲も認識するほど強い症状を認める感染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、医務室等で他のこどもと距離をあけて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検討されます。

発症している感染者には最も注意が払われますが、感染症によっては、発症する前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。

つまり、感染源となり得る者に必ずしも症状があるとは限りません。感染しているにもかかわらず明らかな症状がない不顕性感染者が存在するという事実を、常に意識しながら、日常の保育に取り組む必要があります。

基本的な感染対策の実施に当たっては、感染対策上の必要性に加え、経済的・社会的合理性や、持続可能性の観点も考慮に入れて検討することが重要です。例えば、日常的な衛生管理は本ガイドライン（2）衛生管理「ア）施設内外の衛生管理 p.34-37」を参考に実施し、感染症流行時は、基本的感染対策を徹底するとともに、施設内の消毒を行う箇所や回数を増やすなど、状況に応じた対応を行うことが考えられます。このように、平常時と流行時で対策の強度を調整しながら、無理のない形で感染対策を継続していくことが重要です。

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、感染源対策としても基本的な感染対策（手指衛生、咳エチケット、施設内外の衛生管理）を行うとともに、当該感染症の感染経路別の追加の対策を理解し、実行するよう努めましょう。

なお、一般的な感染症の原因となる病原体は多岐にわたりますので、どのような病原体が原因の感染症なのかはわからないことがほとんどです。そのため、感染源対策としては「どのような病原体が原因なのか」に重点を置くのではなく、「どのような症状があるのか」を基本として対策を考えることが重要です。

②こどもが症状を有する場合の感染源対策

前述したように、症状を有するこどもの登園を一律に停止することはできません。発熱などの全身症状を伴う場合や、日常生活に影響をきたすほどの状況であるこどもは、感染源としても大量の病原体を排泄している可能性が高いため登園を控えてもらうことが推奨されます。そのため、職員は登園時には保護者から症状の有無や家庭での様子を確認しましょう。症状を有するこどもを保育する場合には保育中の症状の有無や保育所での様子を保護者に共有しましょう。

なお、感染源となりうるリスクを事前に考慮するために、職員はこどものワクチン接種歴を把握し、保護者に対してワクチンで予防可能な疾患について情報提供し、予防接種の啓発を行うことも感染源対策として重要です。

（詳細は ウ）感受性対策（予防接種等）p. 25 参照）

③保育所職員が症状を有する場合の感染源対策

保育所の職員は成人であるため、こどもたちと比べて高い体力・免疫力を持っています。このため、こ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。

体調不良時は、後述する感染経路別予防策を意識した感染対策を実施し、事業者と相談の上で出勤を控えることも考慮しましょう。

④食材保管について

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。

⑤動物との接触について

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（動物由来感染症と呼びます）、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、こどもたちだけでなく職員も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

①感染経路別対策の基本

要 旨

- ・ 感染対策の基本は手指衛生、咳エチケット、施設の衛生管理である。
- ・ 病原体によって感染経路が異なるので、感染経路別に追加の対策を行う。
- ・ 病原体によっては複数の感染経路をとるものがあるので、対策を組み合わせで行う。

取り組む項目

○手指衛生（手洗い）を行う。

- ・ こどもの手洗いが必要な場面：登園時、食事・補食の前、トイレの後、外出からの帰宅後などには必ず流水と石けんでの手指衛生を行う。
- ・ 職員の手洗いが必要な場面：登園時、調乳前、食事・補食の配膳前、トイレの後、おむつの交換後、排泄物・吐物処理後、外出からの帰宅後には必ず流水と石けんでの手指衛生を行う。
- ・ 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。

○咳エチケットを行う。

- ・ 職員は咳エチケットを行う。
- ・ 発達段階に応じて年長児にも咳エチケットの実施を促してもよいが、こどもに一律に実施を求めることは推奨しない。

○施設内外の衛生管理を行う（参照（2）衛生管理p. 35）

解 説

手指衛生（手洗い 図3）について

症状の有無にかかわらず誰から病原性のある微生物が排出されているか、あるいはどこに病原性のある微生物がいるかは、厳密には確認が困難です。（詳細は ア）感染源対策を参照 p.7）。そのため、全ての感染症対策の基本として、手洗いを行うことが最も重要となります。手洗いには大きく分けて2つ方法があります。一つは石けんと流水での手洗い、もう一つはアルコール製剤での手指衛生です。アルコール製剤での手指消毒は新型コロナウイルスの流行で一般家庭にも浸透した手指衛生方法ですが、保育所での手洗いは石けんと流水での手洗いを基本とすることが推奨されます。その理由としては以下の2点が挙げられます。1点目

として、保育所のこどもが罹患しやすい感染症の中にアルコール製剤が効きにくいウイルスが認められる点です。アルコール製剤が効きにくいウイルスが引き起こす感染症の代表が、ノロウイルス、ロタウイルス、アデノウイルスなどが原因となる胃腸炎、エンテロウイルスが原因となる手足口病・ヘルパンギーナ、アデノウイルスが原因となる流行性角結膜炎（はやり目）や咽頭結膜熱、ライノウイルスによる上気道炎です。これらの感染症は非常に一般的であり、自分の判断で手洗いなどの必要な衛生行動（自己衛生行動）をとることがまだ困難な若年のこどもがいる保育所では、環境表面にも広くこれらの微生物が多数付着している可能性があります。2点目として、アルコール製剤の安全管理上の問題です。幼少時においてアルコール製剤の誤飲や目に入る事故が認められることから、安全管理上保育所にアルコール製剤を設置することが困難なこともあります。以上2点から、保育所での手洗いの基本は石けんと流水による手洗いを基本とすることが推奨されます。アルコール製剤を使用する場合は、職員の十分な管理の下で行う必要があります。

手洗いが必要な場面は、こどもと職員とで異なりますが、石けんと流水での手洗いは、以下の「正しい手洗いの方法（図3）」を参照し、手全体を十分にこすり洗いしたのちに、泡をすすぎ、最後に十分に乾燥させることが重要となります。乾燥が不十分だと、手荒れの原因になり、新たな微生物が付着しやすくなってしまいます。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ましょう。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などの工夫が必要となります。使用する石けんは衛生管理上、1回ずつ個別に使用できる液体石けんが望ましいです。固形石けんを使用する場合は、保管時に石けん自体が濡れたままになり不潔になりやすいことに注意して使用しましょう。また、液体石けんの中身を詰め替える際は、残った石けん内に緑膿菌などの環境中の細菌が繁殖している可能性があるため、全て使い切り、容器をよく洗い乾燥させてから、新しい石けん液を詰めるように留意しましょう。

<正しい手洗いの方法>

以下の手順で、15秒以上、石けんを用いてこすった後に、流水ですすぎましょう。

- 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。

※年齢の低いこどもには手洗いが難しいので、保護者や保育士、年上のこどもと一緒に洗う、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3 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 <https://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/osirase/tp0628-1/>

エチケット（図4）について

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、特に職員は常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。年長児にも可能であれば咳エチケットの実施を促してもよいですが、マスクの着用は安全面などの観点から必須ではありません。

①マスクを着用する（口や鼻を覆う）

やくしゃみを人に向けて発しないようにし、咳が出る状況で勤務する場合は、マスクを着用します。保育所に通う年齢のこどもへのマスクの着用は、安全性や有効性の面から少なくとも2歳未満には推奨されません。2歳以上であっても一律の着用は推奨されず、着用が必要と判断された場合は職員がこどもの体調に十分注意したうえで着用させるようにしましょう。

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、タオル等で口を覆います。

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4 ^{せき}咳エチケットエチケット

3つの正しい咳エチケット

1. マスクを着用する。



2. ティッシュ・ハンカチなどで口や鼻を覆う。



3. 上着の内側や袖（そで）で覆う。



(参照：厚生労働省「^{せき}咳エチケット」、URL: <https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000187997.html>)

※マスクの着用について

本ガイドラインのマスクはサージカルマスクを指します。こどものマスク着用については、年齢や発達段階、安全面への配慮が特に重要です。2歳未満の乳幼児では、息苦しさや体調不良を訴えることが難しく、自分で外すことも困難であることから、窒息や熱中症のリスクが高まるため、マスクの着用は推奨しません。また、2歳以上の幼児についても、マスクの着用を求めるものではありません。

一方で、基礎疾患がある等の様々な事情により、感染に対する不安から引き続きマスクの着用を希望する幼児や保護者もいることから、その意思是尊重し、マスクを外すよう周囲が強いることのないよう適切に配慮する必要があります。ただし、マスクを着用している場合であっても、午睡時や屋外での身体を動かす活動、熱中症リスクが高いと考えられる場面では、マスクを外すようにしてください。また、息苦しさや体調の変化がないか十分に注意し、継続的な着用が難しい場合は無理をさせないことが重要です。

保育所等における保育士等の職員のマスクの着用については、個人の主体的な選択を尊重し、着用は個人の判断に委ねることが基本となります。職員がマスクを着用することにより、^{せき}咳や会話等の際に排出される飛沫^{まつ}の拡散を抑え、周囲への感染リスクを低減させる効果が期待されるほか、飛沫^{まつ}を直接口や鼻の粘膜に受けることを防ぐ点において、感染予防の一助となる側面があります。

一方で、職員がマスクを着用することにより、こどもが口元や表情が見えにくくなり、感情の読み取りや非言語的なコミュニケーションが取りづらくなる場合があります。こうした点がこどもの発達に及ぼす長期的な影響については、現時点では明確には分かっていません。

このため、職員のマスク着用については一律に求めるのではなく、感染状況や保育の場面、こどもの年齢や発達段階等を踏まえ、感染対策上の必要性和、こどもとの円滑なコミュニケーションの確保とのバランスを考慮しながら、施設として柔軟に判断することが重要です。

②飛沫^{まつ}感染

要 旨

- ・ 気道感染症の主な感染経路は咳やくしゃみで発生する飛沫^{まつ}を介した飛沫^{まつ}感染である。
- ・ 職員は感染源とならぬように日頃の体調管理に留意し、咳エチケット^{せき}を順守する。
- ・ こどもに強い咳^{せき}などの明らかな気道症状がみられるときは保護者に連絡し、他のこどもと距離をあけて医務室等で保育することを検討する。

取り組む項目

○咳エチケット^{せき}の実施

飛沫^{まつ}を周囲に飛ばさないことが重要であり、職員、可能であれば年長児にも実施を促す。

○登園・保育環境の検討

こどもは咳エチケット^{せき}の実践が困難なため、強い症状があるこどもは登園を控えてもらうか、保護者に連絡を行うとともに、医務室等で他のこどもと距離をあけて保育する

※ただし、明らかな症状が見られない不顕性感染者や軽症者もいるため、「発症者」を隔離するのみでは感染拡大を完全に防止することはできないということに注意が必要である。

○職員の体調管理

集団生活施設の特性上、職員も知らない間に感染するなど感染源になりうるため、日頃の体調管理に留意すること及び咳エチケット^{せき}を遵守する必要がある。

解 説

空気の通り道（呼吸器）に感染症を起こす病原体は、咳^{せき}や鼻水、のどの痛みなどを引き起こします。いわゆる風邪（上気道炎^{いんとう}や咽頭炎）がこれにあたります。このような病原体は、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滴（飛沫^{まつ}）が口から飛び、これを近くににいる人が吸い込むこと感染します。飛沫^{まつ}が飛び散る範囲は1～2 mです。

保育所では特にこ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、こどもの中には、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^{まつ}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^{まつ}感染は、多くの場合、飛沫^{まつ}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2 m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^{せき}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。しかし、不顕性感染の等を含めて、全ての「感染者」を隔離することや皆が2 m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^{まつ}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、可能な限り日常的に咳エチケット^{せき}を実施することが大切です。一方で、こども（特に年少のこども）に咳エチケット^{せき}を求めることは現実的に困難な場合も多いと思います。そのため、明らかな気道症状があるこどもは、登園を控えるか、保護者に連絡を行うとともに、医務室等の他のこどもと距離をあけて保育することを検討します。

＜飛沫^{まつ}感染する主な病原体＞＜飛沫^{まつ}感染する主な病原体＞

細菌：A群溶血性レンサ球菌、百日咳^{ぜき}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（※1）、RSウイルス（※2）、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^{ほう}疱疹^{へん}ウイルス、新型コロナウイルス（SARSコロナウイルス2） 等

（※1）インフルエンザ

インフルエンザの主な感染経路は飛沫^{まつ}感染です。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、他のこどもから隔離します。インフルエンザ流行期間中は咳エチケットとして、職員全員がマスク着用を行うことも考慮されます。また、マスクを着用できる年齢のこどもに対して、同様にマスク着用を実施するよう促すことも考慮はされますが、現実的には厳密な咳エチケットをこどもに求めることは難しいと考えられます。

（参照：「別添1（11）インフルエンザ」（p. 65）

（※2）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^{まつ}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、乳児自身に対するワクチンはまだ実用化されていませんが、2026（令和8）年度から妊婦に対する母子免疫ワクチンが定期接種化され、乳児の重症化リスクの低下が期待されています。

かつては冬季に流行していましたが、近年は一年中感染者がみられます。流行期には、重症化しやすい0歳児（乳児）に感染しないように、1歳以上の児との交流を制限するなどの対応を検討してください。特に、呼吸器症状がある児が乳児に接触することを避けてください。

（参照：「別添1（20）RSウイルス感染症」（p. 75）

③空気感染（飛沫核感染）

要 旨

- ・ 空気感染する感染症で注意すべきものは、「麻疹」、「水痘」及び「結核」である。
- ・ 麻疹と水痘と乳幼児の重症結核の予防にはワクチン接種が重要である。
- ・ 空気感染対策の基本は「発症者の隔離」と「部屋の換気」である。

取り組む項目

○ワクチン接種歴の確認

麻疹、水痘、結核はワクチン接種が極めて有効な予防手段であるため、こどものワクチン接種歴を把握し、保護者に接種可能なワクチン接種を周知する。

○感染曝露の情報共有

空気感染する感染症は一定時間同じ空間にいただけでも感染する可能性があるため保育所の職員やこどもが麻疹や水痘、結核を発症した場合は嘱託医へ報告の上、保護者と情報共有することを検討する。

○感染が疑われた場合の対応

保育所で空気感染する感染症が疑われた場合は、発症者を速やかに医務室等他のこどもと距離をあけた場所に移動させ、十分な部屋の換気を行いながら、速やかに帰宅させ医療機関の受診を促す。

解 説

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2 m以内に限定されていますが、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。そのため、空気感染対策の基本は「発症者の隔離」と「部屋の換気」になります。保育所内で空気感染する感染症が疑われた場合は、発症者を速やかに医務室等他のこどもと距離をあけた場所に移動させ、十分な部屋の換気を行いながら、速やかに帰宅させ医療機関の受診を促すことが重要です。

空気感染する感染症のうち保育所で注意すべきものは、「麻疹」、「水痘」及び「結核」です。「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ないため、ワクチン接種が極めて有効な予防手段です。「結核」は排菌している患者と相当長時間空間を共有しないと感染しませんが、「麻疹」や「水痘」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。そのため、保育所内でこれらの感染症が発生した場合は、嘱託医へ報告の上、保護者と情報を共有することを検討する必要があります。特に、職員やこどもの中には、免疫の低下などの理由でこれらの

感染症により重篤になる場合があるため、速やかに保護者へ情報共有することが大切なことがあります。また、麻しんと結核は、地域の保健所の指示に従い、接触した可能性のある他のこどもの対応が必要になる場合があります。

<空気感染する主な病原体>

細菌：結核菌 等

ウイルス：麻しんウイルス（※）、水痘・帯状疱疹^{ほう}しんウイルス 等

※麻しん（はしか）

麻しんは飛沫^{まつ}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、2回の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.52））

④ 接触感染

要 旨

- ・ 接触感染とは感染源に直接触れることで伝播^{でんぱ}がおこる感染である。
- ・ 接触感染の予防には手指衛生が最も重要である。特にオムツ交換後や、嘔吐物^{おう}や下痢などに触れる際は必ず手袋を使用し、手袋を外した後には必ず行う。

取り組む項目

○手指衛生の徹底

適切な手洗いの手順に従って手指を清潔に保つことは最も重要な対策である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。こどもの年齢に応じて、手洗いの介助を行い適切な手洗いの方法を指導することが重要である。

○タオル共用の禁止

タオルの共用はしない。手洗いの時にはペーパータオルの使用が望ましい。ペーパータオルの常用が困難な場合でも、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る。

○液体石けんの使用

固形石けんは、保管時に不潔になりやすいため液体石けんの使用が推奨される。

○適切な消毒

嘔吐物^{おう}、下痢便、患者の血液等の体液を丁寧に取り除き、適切に処理した後に消毒を行う。嘔吐物^{おう}等が残っていると、その後の消毒効果が低下する。また、消毒は患者が直接接触した物を中心に適切に行う。

(参照：「別添2 保育所における消毒の種類と方法」(p. 85))

○皮膚に傷等がある場合は、その部位を覆う

解 説

接触感染には2種類あり、感染源に直接触れることで伝播^{でんぱ}がおこる感染（握手、だっこ、キス等）と汚染された物を介し伝播^{でんぱ}がおこる間接触による感染（ドアノブ、手すり、遊具、共有タオル等）があります。前者の代表的な感染症は、伝染性軟属腫（水いぼ）やアタマジラミなどで、後者の代表はノロウイルスなどの胃腸炎になります。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、鼻または眼をさわること、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があります。

接触感染により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の代表は、

- ・ 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^{いんとう}や流行性角結膜炎^{かく}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

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。

接触感染対策として最も重要なのは、手指衛生と体液や排泄物^{せつ}の管理になります。普段から手指衛生を励行しましょう。特に、嘔吐^{おう}や下痢症状、病変のある皮膚を触る場合などは、手袋を着用し、手袋を外した後は必ず手洗いをしましょう。タオルの共有は接触感染を助長する最大の原因なので、タオルの共有は避けましょう。手洗いに使用する石けんは可能なら液体せっけんを使用しましょう。固形石けんを使用する場合は、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。消毒剤は適切な「医薬品」及び「医薬部外品」を使用しましょう（参照：「別添2 保育所における消毒の種類と方法」（p.85））。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、感染する場合があります。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。

<接触感染する主な病原体>

細菌：腸管出血性大腸菌（＊） 等

ウイルス：ノロウイルス（※）、ロタウイルス、RSウイルス、エンテロウイルス、アデノウイルス、風しんウイルス、ムンプスウイルス、麻しんウイルス、水痘・帯状疱疹^{ほう}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^{はくせん} 等

***腸管出血性大腸菌感染症**

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（⑤経口感染の項参照）。

※ノロウイルス感染症

ノロウイルス感染症は、嘔吐^{おう}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^{まつ}感染、接触感染によって感染が拡大します。嘔吐物等の処理不十分な場合、乾燥した嘔吐物^{おう}からウイルスが舞い上がり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^{おう}・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（18）感染性胃腸炎（ノロウイルス）」（p.73））

（参照：「別添3③下痢」（p.90）・「別添3④嘔吐^{おう}」（p.92）」）

⑤ 経口感染

要 旨

- ・ 経口感染を防ぐため、食品を扱う前や食事をする前には必ず手指衛生を行う。
- ・ 食材や調理器具の衛生管理を適切に行う。

取り組む項目

○手指衛生の徹底

食品を扱う前や食事（補食も含む）をする前は、必ず流水と石けんで手を洗う。

○食材の適切な取り扱い

魚貝類、鶏肉、牛肉、生卵などには、ノロウイルス、カンピロバクター属菌、サルモネラ属菌、腸管出血性大腸菌などの微生物が付着している場合があり、生または不十分な加熱では食中毒の原因となるため注意が必要である。

○調理器具の衛生管理

調理器具は適切に洗浄・消毒し、生の魚介類や生肉、生卵を扱った調理器具で他の食材を調理しないことが重要である。

○調理者の衛生管理

ノロウイルスや腸管出血性大腸菌では、罹患に気づかないまま病原体を排出している不顕性感染があるため、調理者は手指衛生と体調管理を徹底する必要がある。

解 説

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。生肉や生の魚介類、生卵には食中毒を引き起こす微生物（ノロウイルスやカンピロバクター属菌、サルモネラ属菌、腸管出血性大腸菌など）が付着していることがあります。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、これらの微生物が調理過程において包丁やまな板などの調理器具を介して、サラダやパンなどの加熱することが少ない食材に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るため、食材のみならず調理器具の衛生管理も非常に重要となります。このことは、家庭でも同様に大切なことであるため、家庭でも実践することを保護者にも周知しましょう。

<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。主に夏季に集団発生がみられます。感染者の便中に病原体が排泄されるため、プールなどを介して感染が広がる可能性があります。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（8）腸管出血性大腸菌感染症（O157、O26、O111等）」（p.62））

⑥ 血液媒介感染

要 旨

- ・ 血液には病原体が潜んでいることがあるため、血液に触れる際には手袋を着用する。
- ・ 傷口に他の人の血液や体液が触れることで感染が起これぬよう、傷口は絆創膏やガーゼで覆う。

取り組む項目

○傷口の処置と保護

皮膚の傷を通して、病原体が侵入する可能性がある。こどもや職員にひっかき傷等ができた場合は流水できれいに洗った後、絆創膏やガーゼで覆い、他の人の血液や体液が傷口に触れることがないようにする。

○コップ・タオル等を共有しない

こ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ある。

○血液の処理と対策

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う。こども達の年齢に応じた行動にまつわるケガの特徴を理解し（走って転ぶ、ひっかく、咬む等）備える。

○手袋装着を行う

本人に全く自覚症状がない場合も全ての血液や体液には病原体が含まれていると考え、触れる場合は手袋を使用する。

○ワクチン接種の把握

B型肝炎予防として予防接種が有効であり、こどもおよび職員のB型肝炎ワクチン接種歴を把握し、接種を促す。

解 説

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、手袋を使用し素手で扱わないよう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に工夫することが必要です。また、血液媒介感染症のうちB型肝炎には予防接種があるため、こどもや職員はワクチン接種を行うことが勧められます。

体液などを触る際の注意点

ヒトの血液や鼻水、痰、尿、糞便等は、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。皮膚の傷口や病変部も他者に触れないように絆創膏やガーゼで覆いましょう。

<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、C型肝炎ウイルス、ヒト免疫不全ウイルス 等

⑦ 蚊媒介感染

要 旨

- ・ 蚊に刺されないように、肌を露出しないこと、虫よけ剤を使用することを心がける。
- ・ 国内では日本脳炎が代表的な感染症であるが、適切なワクチンの接種で予防できる。

取り組む項目

○環境整備

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し、蚊の発生を防ぐ。

○適切な服装

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、年齢にあった虫よけ剤の使用や、長袖・長ズボン等を着用し、肌を露出しないようにする。

○ワクチン接種の把握

こどもの日本脳炎ワクチン接種歴を確認し、年齢や地域に応じた適切な接種がされているか確認する。

解 説

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認められます。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。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。

そのため、特に夏季には保育所の周囲に蚊が産卵できる環境がないように整備することが重要です。蚊が発生しやすい場所に立ち入る際は、こどもの様子や気候が許せば長袖や長ズボンを着用し肌を露出しないように工夫しましょう。防蚊対策として有効性がわかっている虫よけ剤の成分には、「イカリジン（ピカリジン）」と「ディート(DEET)」との二種類があります。ディートは、虫よけ剤としてもっとも広く使われています。使用する虫よけ剤の年齢に応じた用法・用量や使用上の注意を守って適正に使用してください。特に、小児（12歳未満）に使用する場合には、保護者や職員の指導監督の下で使用してください。なお、虫よけ剤の有効時間は、有効成分の含有率によっても異なります。有効成分と年齢に応じて適切な頻度での塗布が必要です。また、汗をかいた後やプールの後などでは、有効成分が肌に残らない可能性が高いため、製品に記載されている有効時間にとらわれずこまめに塗布することを心がけましょう。

また、日本脳炎予防にはワクチンがあります。日本脳炎の原因となる日本脳炎ウイルスはブタやイノシシ等の体内で増え、そのブタ等を蚊が吸血し、ヒトを刺した時に感染する可能

性があります。そのため、ブタ等が日本脳炎ウイルスを保有している割合が高い地域では生後6か月から、それ以外の地域では3歳から定期予防接種として日本脳炎ワクチンを接種しましょう。

<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、ジカウイルス 等
原 虫：マラリア 等

参考：厚生労働省ホームページ「蚊媒介感染症」

<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000164483.html>

蚊媒介感染症の診療ガイドライン 蚊媒介感染症の診療ガイドライン（第5.2版）

<https://id-info.jihs.go.jp/manuals/arthropod-borne/mosquito-borne-infections-guidelines/20260626/20260626-mosquito-mediated-5.2.pdf>

コラム「新型コロナウイルス感染症の流行を経て得られた知見： エアロゾル感染と換気について」

新型コロナウイルスは、飛沫^{まつ}感染及び接触感染のほか、感染者から、咳^{せき}、くしゃみ、会話等によって排出されたウイルスを含む微小な粒子（エアロゾル）を吸入することにより感染します。エアロゾルは一般的に飛沫^{まつ}よりも小さい直径5 μ m未満の粒子で、空気中に長時間浮遊するため、遠距離まで拡散します。また、鼻や喉を通り越して、肺の奥まで直接届きやすいため、新型コロナウイルス感染のリスクが高まります。そのため、換気が不十分で人が密集し、長時間滞在する室内環境では、感染が拡大するリスクがあることが知られています。そのため、換気の重要性が言われるようになりました。換気は、飛沫^{まつ}やエアロゾルによる感染リスクを低減する上で有効な対策の一つですが、施設の構造や天候等の事情により、常時十分な換気を行うことが難しい場合もあります。換気の方法や頻度については、一律に定めるのではなく、感染状況や保育の実態を踏まえ、施設ごとに判断することが望まれます。季節を問わず、常時換気設備や換気扇がある場合には、常に稼働させることを基本とします。機械換気による常時換気が十分に行えない場合には、保育活動やこどもの安全に配慮しつつ、必要に応じて窓開けによる換気を行う方法が考えられます。窓が十分に開けられない場合は、窓からの換気と併せて、HEPAフィルタ付きの空気清浄機を併用することは有効です。なお、通常のエアコンには換気機能がないことに留意してください。換気に関する考え方や具体的な方法については、厚生労働省の公表資料（新型コロナウイルスに関するQ&A）も参考としてください。

（参照：衛生管理 換気と空調管理（p. 39））

ウ) 感受性対策（予防接種等）

要 旨

- ・ ワクチンの接種で免疫を与えることが重要である。
- ・ こどもの予防接種の重要性に関する情報を保護者に伝えていくことが必要である。
- ・ 母子健康手帳等の記録を確認して、こどもの予防接種歴を把握する。
- ・ 職員の予防接種歴や罹患歴を把握し、予防接種を受けることや免疫を確認することが感染症対策に資することを説明する。

取り組む項目

- チェックリストを作成するなどして、母子健康手帳等を利用してこどもの予防接種歴及び罹患歴を把握する。
- 健康診断の機会等を活用して、予防接種状況を確認し、未接種のこどもの保護者に対して予防接種の重要性等を周知する。
- 可能な頻度で予防接種歴、罹患歴を確認、更新する。
- 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る。
- 定期予防接種や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把握しておく。
- 入職時に職員の予防接種歴、罹患歴を確認する。具体的には、感染力が強く、1歳未満ではワクチン接種が困難な麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜや1歳未満で重症化することの多い百日咳などである。短期間の保育実習生の場合にも同様に確認する。
- 職員が麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜにかかったことがなく、1歳以降にそれらのワクチンを2回以上接種した記録がない場合は、こ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する。
- 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る。
- 保護者を含めた周囲の家族の予防接種はこどもを守ることに繋がるため、接種の記録を確認してもらうことを勧める。

解 説

① 小児期に接種可能なワクチン

日本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.33））。2026（令和8）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：薬機法）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.34）に示します。

②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（昭和 23 年法律第 68 号）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、保護者が自分のこ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。こ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、インフルエンザワクチン等があります（表 2（p. 34））。定期接種と任意接種では、万が一、接種後に健康被害が発生した場合の救済制度等に違いがあります。保護者（又は本人）が負担する接種費用の額について、定期接種のワクチンは多くの自治体で自己負担がありません。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。

② 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、不活化ワクチン・トキソイド及びメッセンジャー RNA ワクチンがあります（表 2（p. 34））。

日本では、注射生ワクチンの接種後に別の注射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。

多くのワクチンには、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ます。

こ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。

標準的なスケジュールを逃している場合については、日本小児科学会で接種の方法等が示されています。

https://www.jpeds.or.jp/uploads/files/catch_up_schedule20250623.pdf

「日本小児科学会が推奨する予防接種キャッチアップスケジュール」等で最新版を検索し、情報更新をお勧めします。

④保育所のこどもたちの予防接種

保育所のこどもたちにとって、定期接種のロタウイルスワクチン、インフルエンザ菌b型（H i b：ヒブ）、ジフテリア、百日咳^{ぜき}、破傷風、ポリオの混合ワクチン（五種混合ワクチン）、小児用肺炎球菌ワクチン、B型肝炎ワクチン、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^{じ か せん}（おたふくかぜ）ワクチンの予防接種についても、発症を予防し、保育所での感染伝播^{でん ぱ}を予防するという意味で大切になります。また、インフルエンザワクチンの予防接種も発症予防に効果があると報告されています。乳幼児で重症化することの多いRSウイルス感染症について、ワクチンは成人（高齢者、妊婦）しか接種ができませんが、妊婦が接種することで出生した児が免疫の効果を得ることができる薬剤^りがあり、罹患^りや重症化の抑制に効果があります。2026（令和8）年4月から、乳児のRSウイルス感染症の重症化を予防する目的で、妊娠28週0日～妊娠36週6日の妊婦を対象に、RSウイルスワクチンが定期接種A類疾病のワクチンとして導入されます。新型コロナワクチンについては、2024（令和6）年4月から任意接種となりましたが、こどもの重症化を予防するという報告もあり、接種を考慮してもよいワクチンです。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るものもありますが、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)

- ・五種混合ワクチン、小児用肺炎球菌ワクチン、B型肝炎ワクチン：生後2か月になったら、定期接種として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。
- ・ロタウイルスワクチン：2020（令和2）年10月から定期接種に導入されています。初回の接種を生後2か月から生後14週6日までに受けることが望ましいこと、2回目以降の接種は27日以上の間隔が必要なことを周知しましょう（使用するワクチンにより接種回数と標準接種期間が異なります）。
- ・BCG：乳幼児期の結核を防ぐ効果が確認されています。BCGは、標準接種期間の生後5か月から8か月までの出来るだけ早い時期に接種することが勧められています。
- ・麻しん風しん混合（MR）ワクチン：麻しんについては、2015（平成27）年3月に世界保健機関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。風しんについては2013年、2018年に大きな流行がありましたが、2025（令和7）年9月に世界保健機関から日本の排除状態が認定されました。一方で、麻しんは非常に感染力が高く、肺炎、中耳炎、脳炎等の合併があるなど、重症の疾患であり、また、国外にはまだ麻しんや風しんが流行している国や地域があります。これらのことを踏まえ、1歳になったら、なるべく早めに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。排除状態を継続し先天性風しん症候群の発症予防を継続することが重要です。加えて、MRワクチンは、感染症法に基づく特定感染症予防指針により、定期接種の接種率目標を95パーセント以上と定めていますが、近年接種率目標を達成できず低下傾向にあります。
5歳児クラス（年長組）になったら、卒園までにMRワクチンの2回目の予防接種を受けることが重要であることを周知しましょう。
- ・水痘：予防接種については、2014（平成26）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。定期接種は3歳になるまでで、それ以降は任意接種になりますので、それまでの接種検討を周知しましょう。
- ・日本脳炎ワクチン：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。
- ・おたふくかぜ（流行性^ヒ耳炎）ワクチン：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。
- ・インフルエンザワクチン、新型コロナワクチン：接種が発症等の予防に資することを周知しましょう。

⑤家族の予防接種

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もつながります。逆に言えば、周りにいる家族等が予防接種を受けることも子どもたちを守ることもつながりますので、保護者を含めた家族の予防接種の状況や各疾患に対する免疫を確認することも大切です。麻しんや風しんは若年者や成人が感染の中心となっています。現在と比べて、定期予防接種が少なく、十分な回数の接種がされて

いなかったワクチンも多かったことを知っておいてください。日本プライマリ・ケア連合学会が公開しているWebサイト (<https://www.vaccine4all.jp/>) などを案内することも一つの方法です。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、あるいは与えられ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. 51))

⑥保育所職員（保育実習の学生を含む）の予防接種

こどもの病気と考えられがちであった麻疹、風しん、水痘及び流行性耳炎（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、こ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、こ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・百日咳・ジフテリアを含む3種混合ワクチンの予防接種については、1968（昭和43）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可能性があるため、破傷風の予防接種を受けること等を考慮することも検討してください。

成人の百日咳患者の増加を受けて、日本小児科学会では、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ワクチンに変えたり、就学前に百日咳予防としてDPTワクチンを接種することを推奨していますが、任意接種となります。大人の百日咳は典型的な症状が見られない場合も多く、知らない間にこどもへの感染源になっていることがありますので、5・10年以内に百日咳を含む混合ワクチンの接種をしたことがない場合には、本人の希望に応じて任意接種を考慮してください。この他、インフルエンザの流行期には、任意接種としてインフルエンザワクチンの予防接種を受けることで、インフルエンザの発症予防等につながることを期待されます。

このため、施設長の責任の下で職員の予防接種歴の確認を行うことも重要です。職員が入職する時には、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。保育所の職員等の麻疹、風しんの予防接種については、「麻疹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）、「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）をそれぞれ参照して下さい。麻疹、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、医療機関に相談し、血液検査で抗体の有無を調べることも可能です。

なお、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疹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疹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。

日本保健協会では、「医療・福祉・保育・教育に関わる実習学生のための予防接種の考え方（<https://www.jschild.or.jp/archives/456/>）」を公表しています。2026（令和8）年3月には、第2版を発行しましたので、参考にしてください。

「麻疹に関する特定感染症予防指針」、「風しんに関する特定感染症予防指針」における保育所職員の予防接種に関する記載の要旨

- 保育所の職員等（保育実習の学生を含む）は、乳幼児等の麻疹・風しんに罹患すると重症化しやすい相手（特に定期の予防接種の対象となる前であり、抗体を有しない0歳児、妊婦）と接する機会が多いため、本人が麻疹・風しんを発症すると、集団発生又は患者の重症化、妊婦の風しんへの感染等の問題を引き起こす可能性があります。
- このため、保育所の職員等のうち、麻疹については以下の（1）の者について、風しんについては、以下の（2）の者について、抗体検査や予防接種を推奨する必要があります。
 - （1）麻疹について、職員等が
 - ◇ 麻疹に未罹患又は麻疹の罹患歴が不明であるとともに、
 - ・ 麻疹の予防接種を必要回数である二回受けていない
 - 又は
 - ・ 麻疹の予防接種歴が不明である場合、麻疹の予防接種を受けることを強く推奨する必要があります。
 - （2）風しんについて、職員等が
 - ・ 風しんの罹患歴が不明
 - 又は
 - ・ 風しんの予防接種歴が不明である場合、風しんの抗体検査や予防接種の推奨を行う必要があります。
- 施設長は、職場における健康診断の機会等を利用して、職員の罹患歴及び予防接種歴を確認して下さい。

⑦予防接種歴及び罹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こどもたちの予防接種記録および罹患歴を把握し、記録を保管することが重要です。入所時には母子健康手帳等を確認して予防接種歴及び罹患歴を記録し、入所後も定期的に（健康診断や身体測定等の機会を利用し、毎月、四半期毎、半期毎、毎年など保育所が可能な頻度で）新たに受けたワクチンがないか保護者に確認し、記録を更新する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「罹患した」という記憶は誤っている場合もあるので、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こどもについては、嘱託医と相談のうえ、保護者に対し個別に予防接種の重要性について説明することが望まれます。その際、接種しないことを非難することのないよう十分に配慮し、疾患流行時における本人の感染リスクや、それに伴う登園対応等のリスク管理上の対応について丁寧に説明するようにしましょう。

なお、このような状況を打開することは専門家であっても困難な場合が多いため、園として過度に抱え込まず、保護者が不安を感じた場合の相談先として、

- ・厚生労働省「感染症・予防接種相談窓口」
- ・所属自治体の予防接種担当窓口
- ・嘱託医との直接対話

などを紹介することも、有効な対応方法の一つと考えられます。

エ) 感染予防のための生活習慣の定着に向けて

要 旨

- ・ 保育所はこどもが集団生活を通して成長する場であるが、感染症のリスクも存在する。
- ・ こどもが発達段階に応じて健康や感染予防を学び基本的な生活習慣を習得できるよう、健康教育を実施する。
- ・ 保護者と「感染症は一定程度起こり得る」という共通理解を持ち、家庭と連携してこどもの健康を支えていくことが重要である。

取り組む項目

- 日常の保育の中で発達に応じた健康教育を行う。
- こ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。
- 感染予防につながる生活習慣を身につける支援を行う。
- こどもが体験しながら学べる環境を整える。
- 保護者と考え方を共有し、家庭と連携する。
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提供をするとともに、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。
- 職員間で方針を共有し、施設全体で取り組む。

解 説

感染症の予防には、特別な対策だけでなく、毎日の生活の中で行う基本的な行動が大きく関わります。健康教育はこれらの行動の土台を育てるものであり、感染対策の重要な柱です。保育所では、次のような生活習慣が自然に身につくよう支援することが重要です。

- ① 食事前や排泄^{せつ}後に手を洗う
- ② 咳やくしゃみ^{せき}をするときは口や鼻を覆う
- ③ 清潔を保つ習慣を身につける
- ④ 気温や活動に合わせて衣服を調節する
- ⑤ 十分な睡眠や休息をとる。

これらは日々の保育の中で職員が手本を示し、こどもと一緒に繰り返し行うことで、無理なく習慣化していくことが大切です。さらに、健康教育を効果的に進めるためには家庭との連携が欠かせません。手洗いや生活リズムなどは家庭でも継続することで定着しやすくなるため、共にこどもの健康を支える姿勢を共有することが重要です。幼少期に身についた生活習慣は、その後の健康行動に大きく影響します。保育所における健康教育は感染症対策にとどまらず、こどもの将来の健康づくりにつながる重要な取組となります。

[illegible]

図5 日本の定期・任意予防接種スケジュール(2026(令和8)年4月1日現在)

<https://id-info.jihs.go.jp/immunization/schedule/currently/index.html>



表2 日本において小児への接種可能な主なワクチンの種類 (2026(令和8)年4月現在)

【定期接種】※	生ワクチン 結核(BCG) 麻しん・風しん混合(MR) 麻しん(はしか) 風しん 水痘 ロタウイルス:1価、5価 不活化ワクチン・トキソイド インフルエンザ菌b型(Hib) 肺炎球菌(15価あるいは20価結合型) B型肝炎 ジフテリア、百日咳^{ぜき}、破傷風、急性灰炎^{かい}、Hib (DPT-IPV-Hib:ジフテリア・百日咳^{ぜき}・破傷風・不活化ポリオ・ヘモフィルスb型混合) (DPT:ジフテリア・百日咳^{ぜき}・破傷風混合) (IPV:不活化ポリオ) (ジフテリア・破傷風混合トキソイド:DT) 日本脳炎 ヒトパピローマウイルス(HPV):9価 ※12歳となる日の属する年度の初日から16歳となる日の属する年度の末日までの間にある女子が対象 RSウイルス:対象は妊娠28週0日～36週6日の妊婦
【任意接種】	生ワクチン 流行性耳炎^じ(おたふくかぜ) インフルエンザ(経鼻) 黄熱 Mpox(曝露後接種のみ臨床研究下で可能) 不活化ワクチン インフルエンザ 膜炎菌:4価 肺炎球菌(23価莢膜ポリサッカライド)(脾臓がないなどの感染リスクが高い方) 新型コロナウイルス感染症 破傷風トキソイド A型肝炎 腸チフス 狂犬病 ダニ媒介脳炎

(国立健康危機管理研究機構HP「日本で接種可能なワクチンの種類 2026(令和8)年4月現在」(<https://id-info.jihs.go.jp/immunization/basics/vaccine-list-in-japan/index.html>))を一部改編)

※定期予防接種も接種可能期間を超えている場合には任意接種となる。

(2) 衛生管理

要 旨

- ・ 保育所における衛生管理は、施設設備、遊具、生活空間、調理環境等を常に清潔かつ安全に維持することを目的とする。
- ・ 衛生管理の手順を明確化し、全職員が共通理解のもとで実施する。
- ・ 平時から衛生管理の点検・記録を行い、改善を継続することで、感染症の発生および拡大を未然に防ぐ体制を確保する。

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、多くのこ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、こ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. 85））

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、アルコール製剤等による消毒を行うと良い。（嘔吐物や排泄物の処理等は塩素系消毒薬（次亜塩素酸ナトリウム・亜塩素酸水）を用いる）
- ・ 季節に合わせた適切な室温や湿度を保ち、十分な換気を行う。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。換気については、季節や施設状況に応じて窓あけのほか、換気扇や扇風機等を活用し効果的な対策となるようにする。

【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.11-12））

- ・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、遊具を使用した毎に、水や湯等で洗い流し、干す。
- ・午前・午後とで遊具の交換を行う。
- ・適宜、水（湯）洗いや清潔な台布巾などで、水（湯）拭きを行う。
詳細は表5 遊具等の消毒（p.87）を参照

○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】「児童福祉施設等における食事の提供ガイド」（令和7年9月 こども家庭庁）

https://www.cfa.go.jp/assets/contents/node/basic_page/field_ref_resources/5f30b36e-6d64-49c2-812f-71fdef462c98/9e082688/20250924-policies-boshihoken-jidoufukukshieiyou-01.pdf

「大量調理施設衛生管理マニュアル」の改正について（平成29年6月16日 生食発 0616 第1号）

<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-11130500-Shokuhinanzanbu/0000168026.pdf>

中小規模で調理を行う児童福祉施設等における衛生管理について（令和4年8月31日 子総発 0831 第1号子保発 0831 第1号子家発 0831 第1号子子発 0831 第2号子母発 0831 第2号障障発 0831 第1号）

https://www.cao.go.jp/bunken-suishin/teianbosyu/doc/r03/tb_r3fu_12mhlw_17c.pdf

「HACCPについて」（厚生労働省HP）

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/shokuhin/haccp/index.html

○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】「児童福祉施設等における食事の提供ガイド」（令和7年9月 こども家庭庁）

https://www.cfa.go.jp/assets/contents/node/basic_page/field_ref_resources/5f30b36e-6d64-49c2-812f-71fdef462c98/9e082688/20250924-policies-boshihoken-jidoufukukshieiyou-01.pdf

「乳児用調製粉乳の安全な調乳、保存及び取扱いに関するガイドライン」（平成19年6月厚生労働省）

<https://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/iyaku/syoku-anzen/qa/070604-1.html>

- ・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、他のこ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、他のこどものものを誤って使用させたり、保管時に他のこ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

- ・寝具は、他児との共有・使い回しを避ける。
- ・シーツ、カバー、タオルケット類は、定期的に洗濯し、清潔を保つ。
- ・布団は天気の良い日に干すか、定期的に布団乾燥機等で乾燥させる。
- ・尿・食べこぼし等で汚れた場合は、その都度、部分洗いをするか洗濯する。
- ・嘔吐物・下痢便はノロウイルスなどが原因であることを考慮して対応する。
- ・嘔吐物・下痢便は付着した固形物をペーパー等で取り除いた後、洗濯の前に必ず消毒を行う。
- ・薬剤の希釈方法は、別添2 保育所における消毒の種類と方法（p.84）を参照。

○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をを行う。

○換気と空調管理

- ・施設備え付けの24時間換気システムや換気扇は常に稼働させる。
- ・通常のエアコンディショナーには換気機能が無いことに留意する。
- ・園児の動きや発声が活発になる活動時に合わせ、窓を開けるなど換気強化を実施する。
- ・換気扇が無い部屋で換気をするときは、扉を開放する、もしくはHEPA空気清浄機などを用いる。

イ) 職員の衛生管理

要 旨

- ・保育所において衛生管理を行うためには、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

取り組む項目

- 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を行う。
- 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.12-13））
- 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し、感受性があることがわかった職員については、嘱託医、看護師等と相談して対応する。

3. 感染症の疑い時・発生時の対応

(1) 感染症の疑いのあるこどもへの対応

要 旨

- ・ こ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。
- ・ こどもとの関わりや観察を通してこどもの体調を把握する。
- ・ 体調に変化が見られる場合には、体調の変化等について記録し、職員、保護者、必要に応じて嘱託医、看護師等と相談して対応する。

取り組む項目

- 保育中に感染症の疑いのあるこどもに気付いたときには、医務室等の別室（もしくは空間的に隔離された別場所）に移動させ、体温測定等によりこ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う。
- 保護者に連絡をとり、記録をもとに症状や経過を正確に伝え、適宜、嘱託医、看護師等に相談して指示を受ける。
- こどもは感染症による発熱、下痢、嘔吐、咳、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、こどもに安心感を与えるように適切に対応する。
(参照：「別添3 こどもの病気 ～症状に合わせた対応～」(p. 89))
- 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する。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う。

解 説

こ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、一人一人のこ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。こ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。登園時のこどもの体調や家庭での様子を把握するとともに、保育中のこどもの体温、機嫌、食欲、顔色、活動性等について、こ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。こどもの体調が悪く、いつもと違う症状等がある場合には、こどもの心身の状態に配慮した対応を心掛けま

す。また、こ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。

(2) 感染症発生時の対応

要 旨

- ・ 感染症が発生した場合には、施設長の責任の下、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。
- ・ こ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する。

取り組む項目

- 同様の症状のこどもや職員の発生がないかを確認する。
- 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する。
- 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、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する。
- 予防接種で予防可能な感染症が発生した場合には、こどもや職員の予防接種歴及び罹患歴を速やかに確認する。
- 未罹患で予防接種を必要回数受けていないこどもあるいは職員については、嘱託医、看護師等の指示を受けて、保護者あるいは職員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する。
- 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。

解 説

こ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、予防方法を説明します。さらに、施設長の責任の下、こ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。

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必要があることがあります。さらに麻疹や水痘のように、発生（接触）後速やかに（72 時間以内に）予防接種を受けることで発症の予防が期待できる感染症も存在するため、これらの感染症に罹患したことがなく、かつ予防接種を必要回数受けていない、感受性が高いと予想されるこども、職員については、かかりつけ医と相談するよう保護者、職員に促します。なお、麻疹や水痘の発生（接触）後 72 時間以上が経過していても、状況によっては感染していない可能性を考慮して、3 次感染予防を目的とした予防接種が実施されることがあります。

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。

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欠席しているこ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、登園したこ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、入所しているこ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) 罹患したこどもが登園する際の対応

要 旨

- ・ 保育所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。
- ・ こ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。

取り組む項目

- 感染症に罹患したこどもが登園する際には、
 - ① こどもの健康（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。
- 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るため、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。

解 説

保育所では、感染症に罹患したこ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。登園のめやすについては、嘱託医や医療者も知っ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. 5））

特定の検査等の実施（例えば、インフルエンザ迅速診断検査や R S ウイルス迅速抗原検査）を一律に求める必要はありません。治癒を確認するための迅速抗原検査の陰性確認も必要ありません。なお、家庭において市販の検査キットを用いて新型コロナウイルス感染症の検査を実施するには、「研究用」ではなく、国が承認した「体外診断用医薬品」または「第 1 類医薬品」を使用いただくことを推奨しています。また罹患したこ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、こ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. 95））

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、事前に保護者や嘱託医に十分周知することが重要です。登園届が提出されたが、集団保育に適さないとみられるときは、嘱託医や医療機関への受診を促す、保護者へのお迎えを促すなどの対応が必要になることがあります。

（参照：表 8 医師が意見書を記入することが考えられる感染症（p. 97）及び表 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（p. 99））

コラム：「PCR検査と診断について」

新型コロナウイルス感染症の流行以降、PCR検査という微生物の遺伝子を調べる検査がたくさん施設できるようになりました。PCR検査は微生物の数が少なくても検出できるため、微生物を拾い上げる力（感度）は非常に高いことが知られています。1回の検査でたくさんの微生物を調べることができるPCR検査もあり、今まで検出できなかった微生物（主に風邪の原因になるウイルスなど）も検出できるようになりました。ただし、その微生物の中には、病気が治った後も、長期間検出される微生物もあります。例えば、体調がよくなった後もライノウイルスやボカウイルス、RSウイルスなどは長期間（4週以上）検出され続けることが多いことも分かってきました。PCR検査はウイルスが検出されても全てが感染力をもつことを意味する訳ではありません。これらの微生物は風邪などの呼吸器感染症の原因になりますが、風邪にかかった家族などから何週間も遅れて感染することは多くないことも実感できると思います。これまで知られていた感染可能期間を超えて、感染力が長く続くことは稀です。

大切なことは以下の2つです。

- ① 体調が回復しても人に感染させる可能性はあるけれども、PCR検査で検出された微生物が全て周りの人に感染するわけではない
- ② 体調が悪い時に、検査で検出されるウイルスなどの微生物すべてが体調を悪くすることに関わっているわけではない。

体調が治ってすぐの時期は感染力のあるウイルスや細菌が排泄^{せつ}され続けていることもあるので、飛沫^{まつ}や便などにはしばらく注意が必要です。一方で、腸管出血性大腸菌など、陰性確認を求められることがある*病原体を除いて、病原体が検出されなくなるまで検査を続ける必要性はないことは知っておきましょう。

※例えば腸管出血性大腸菌感染症の患者には、感染症法に基づき、飲食物の製造、販売、調製又は取扱いの際に飲食物に直接接触する業務への就業制限がかかる場合があります。就業制限がかかった場合、再びその業務を行うためには陰性確認が必要です。

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こどもの年齢と予防接種の状況、②こ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こどもと職員の人数（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

要 旨

- ・ 保育所では感染症の早期発見や状況の把握のために、こどもの体調や症状の変化等を的確に記録する。
- ・ 家庭や地域の関係者と連携し、記録に基づく情報を活用、共有することが重要である。

取り組む項目

- 保育所は、こどもの体調や症状の変化等を的確に記録する。
- 園内での感染症の発生状況を速やかに把握し、記録内容を整理する。
- 感染症発生時の対応に関する体制や役割を明確にしておく。
- 近隣の保育所、学校、放課後児童クラブ、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。

解 説

記録の際には、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、近隣の保育所や放課後児童クラブ、学校における感染症の発生状況を情報収集し、嘱託医、設置者、行政の担当者等と連携をとるなどして、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、こ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：「4（4）関連情報の共有と活用」（p. 48））

(2) 医療関係者の役割等

ア) 嘱託医の役割と連携

要 旨

- ・ 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。
- ・ 嘱託医は必要に応じてかかりつけ医と連携する。
- ・ 地域の医療・保健機関と連携し、こどもの健康と安全を守るための体制を整備する。

取り組む項目

- 健康診断：入所時の健康診断及び定期的健康診断（年2回）で、疾病の有無、発育等の状況及び健康状態を把握し、保育所等において健康に生活を送るための助言・指導を行う。
- 感染症対策をはじめとした保育施設における健康の管理について、指導を行う。
- 保育中の感染症発生時の緊急対策について地域の医療機関と連携しながら指導する。
- 地域の医療・保健機関と連携し、地域全体のこどもの健康と安全を視野に入れた対策を講じる。
- 必要に応じてこどものかかりつけ医と連携する。
- 保育所と連携して、保護者に対して、日常の健康管理などについて健康相談等の実施を通じて助言・指導する。

解 説

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回以上のこ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するとともに、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。

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、保育所のこどもだけではなく地域全体のこ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、地域全体でこ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

要 旨

- ・ 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ついて、こどもの回復に向けた支援、保護者への連絡及び助言等、専門性を活かした対応が図られることが重要である。

取り組む項目

- こどもや職員の健康管理及び保健計画を策定する。
- 保育における保健面での評価を行う。
- 保護者からの情報を得ながらこどもの健康状態を観察評価する。
- 疾病等の発生時には救急的な処置等の対応を行う。
- こども・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。
- 保護者への連絡や助言等を行うことが求められる。

解 説

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。

保育所においてこ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、発症したこ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

要 旨

- ・ 保育所は、平時から市区町村、保健所、嘱託医、医療機関と連携し、感染症対応の体制を整えておくとともに、感染症が発生した場合は情報共有しながら対応に当たる。

取り組む項目

- 感染症に関する保育所の対応方法等について、平時から関係機関の協力を得ておく。
- 感染症が発生した場合には、感染拡大防止のための措置（登園停止、環境整備、保護者への周知等）を講じる。
- 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、嘱託医等、地域の関係機関と連携を図る。

解 説

（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（登園停止、環境整備、保護者への周知等）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。その際、最終的な判断は市区町村が保育所の状況を確認したうえで行うものであり、保育所のみでの判断で行うものではない点に留意が必要です。

（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、嘱託医や当該こ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

要 旨

- ・感染症対策の取組は、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、関係者間で共有・活用することが重要である。

取り組む項目

- 感染症発生動向の調査結果を定期的に確認するよう努める。
- 各都道府県の関連サイトで地域における感染症の流行状況を把握するよう努める。

解 説

厚生労働省は、1981（昭和 56）年から、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、1999 年（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、国立健康危機管理研究機構国立感染症研究所に設置された感染症サーベイランス研究部において、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、国立健康危機管理研究機構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. 100））

<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>

<国立健康危機管理研究機構ホームページ「感染症情報提供サイト」感染症発生動向調査（IDWR：週報）>

<https://id-info.jihs.go.jp/surveillance/idwr/index.html>

(5) 感染症集団発生時の保育所の事業継続などに関する対策

要 旨

・感染症集団発生時は感染対策を強化し、不要不急の業務から順次縮小・中止しながら可能な限り保育を継続することを目指す。

取り組む項目

- 業務を整理し優先順位を決め、園の感染拡大リスクを下げる。
- 有症状となったこども、保育者の待機場所を設置する。
- 職員の感染リスク（慢性肺疾患、免疫抑制剤内服等）を把握し、業務変更や勤務制限を想定する。
- 特定の職員に負担が集中しないよう配慮し、相談窓口を設置する。

解 説

感染症集団発生時は全ての業務を通常通りに継続することは困難であり、不要不急の業務から順次休止・縮小することで、園は安全な保育を可能な限り継続することを目指します。感染症発生時の業務継続を目的とした体制や手順等を示したものを業務継続計画（BCP: Business Continuity Plan）といい、本章ではBCP策定への足掛かりとして、早期に必要なとなる業務の優先順位、環境整備を整理します。

以下に保育継続を目的とした対策強化のプロセスを示します。

業務について、緊急時に優先順位を明確にするため、内容を四つの区分に整理しました。

- ①保育や食事の提供など、最低限継続しなければならない業務を位置づける。
- ②感染拡大防止のために必要な業務として、消毒を実施し、換気や清掃などの環境整備、感染状況の情報収集、嘱託医や保健所など外部機関との連携をすすめる。
- ③散歩や合同保育など、状況に応じて縮小可能な業務を整理する。
- ④行事や課外活動など、延期または中止が可能な業務を明確にする。職員の欠員が生じることを想定し、クラス編成や保育内容の変更をあらかじめ検討しておくことも重要である。

これら①②の業務を最優先することで園内の感染拡大予防に努めます。感染対策の強化にあたっては、まずは環境整備（換気・消毒）を入念におこないましょう。また、クラスや学年を超えた活動は制限するなど人との接触機会や園内の動線の交差を減らす工夫が必要となります。感染拡大の傾向が続く場合には、さらに人との接触機会を減らすための措置の検討が求められます。具体的な対応として、登園時間を分散させたり、保育時間を短縮することなどがあります。

なお、有症状者の待機場所は、動線を短くするため園の出入り口に近く、専用のトイレ・手洗い場を割り当てられる場所が推奨されます。室内には消毒できない布製品や不要なものは置かないようにして、別室を用意できない場合は、パーテーション等でエリア分けし、無症状者と動線が重ならないようにしましょう。保育室内にエリアを設置する際は、同室内の感染対策が不十分にならないよう、他児の活動・安全性にも留意して行うことが大切です。

詳細は「児童福祉施設における業務継続ガイドライン」を参照。

https://www.cfa.go.jp/assets/contents/node/basic_page/field_ref_resources/6666f757-7772-4156-9835-2c8bca59be64/f1af1668/20231013_policieskosodatehienchousasuishinchosar03-02_s2.pdf

(6) こどもの健康支援の充実

要 旨

・ 保育所はこどもの発達過程に即した感染症予防教育を行うため、感染症予防をはじめとするこどもの健康管理や健康増進に関するマニュアルを作成するなど、こどもの健康問題への対応、保健的対応の充実向上に努める事が求められる。

取り組む項目

- 保育所はこどもの発達過程に即した感染症予防教育を行う。
- 保育所はこどもの健康支援をすすめるため、感染症予防をはじめとするこどもの健康管理や健康増進に関するマニュアルなどを適宜作成する。
- 保育所の職員はこどもの健康問題への対応、保健的対応の充実向上に努める。

解 説

保育所には、こ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、こどもの発達過程に即して養護と教育の両面からこ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こ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こ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。また、これらの取組においては、こどもの声を十分にすくい上げられているかという観点も大切です。

こ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。こ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) 麻疹（はしか）
- (2) 風疹
- (3) 水痘（水ぼうそう）
- (4) 流行性耳下腺炎（おたふくかぜ、ムンプス）
- (5) 結核
- (6) 流行性角結膜炎
- (7) 百日咳
- (8) 腸管出血性大腸菌感染症（O157、O26、O111 等）
- (9) 急性出血性結膜炎
- (10) 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

（※太字下線の感染症は、意見書（医師記入）から登園届（保護者記入）に移行したもの）

(11) インフルエンザ

(12) 新型コロナウイルス感染症

(13) 咽頭結膜熱

- (14) 溶連菌感染症
- (15) マイコプラズマ肺炎
- (16) 手足口病
- (17) 伝染性紅斑（りんご病）
- (18) ウイルス性胃腸炎（ノロウイルス、ロタウイルス、アデノウイルス含む）
- (19) ヘルパンギーナ
- (20) R S ウイルス感染症
- (21) 帯状疱疹
- (22) 突発性発疹

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

- (23) アタマジラミ症
- (24) 疥癬
- (25) 伝染性軟属腫（水いぼ）
- (26) 伝染性膿痂疹（とびひ）
- (27) B 型肝炎

4 その他保育所で知っておくことが有用な感染症

- (28) その他のアデノウイルス感染症
- (29) ヒトメタニューモウイルス感染症

※潜伏期間はめやすであり、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. 99）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) 麻疹（はしか）

病原体	麻疹ウイルス
潜伏期間	8～12 日
症状・特徴	発症初期には発熱、咳、鼻汁、結膜充血、目やに等のカタル症状がみられる。その後一時的に解熱傾向となり、この頃に口の中に白い斑点（コプリック斑）がみられる。その後再度発熱し、顔から始まり体幹・手足に広がる発しんが出現する。発しんは赤みが強く、やや盛り上がり、徐々に融合する。やがて解熱し、発しんは退色するが色素沈着を残す。肺炎、中耳炎、熱性けいれん、脳炎等を合併することがあり、特に肺炎や脳炎を合併した場合は重症となる。
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% の人が発症する。
流行状況	日本国内においては、麻疹含有ワクチン 2 回の定期接種化などの取り組みにより徐々に報告数は減少し、2015（平成 27）年 3 月に世界保健機関により麻疹排除国に認定された。ただし海外ではまだ流行している国があり、海外からの輸入例による小規模な集団発生（主に成人患者）はみられている。
予防・治療方法	麻疹含有ワクチン接種が極めて有効であり、定期接種として合計 2 回（1 歳から 2 歳未満、及び小学校就学前の 1 年間）、麻疹風しん混合（MR）ワクチンの接種が行われている。麻疹への免疫がない者が麻疹患者と接触した場合、接触後 72 時間以内に緊急ワクチン接種を行う、または 6 日以内に人免疫グロブリン製剤を投与することで発症を予防できる可能性がある。麻疹発症後の有効な治療法はない。
留意すべきこと （感染拡大防止策等）	麻疹は空気感染し感染力が非常に強いいため、診断後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。このため麻疹含有ワクチンの接種が極めて有効な予防手段となる。上記定期接種の期間にワクチン接種が実施されているか母子健康手帳等で確認し、ワクチン接種について保護者に周知する。 保育所内で麻疹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。こども及び職員全員の予防接種歴及び罹患歴を毎年度初めに確認しておくことが大切である。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。 罹患したこ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。 解熱後 3 日を経過していること 日曜日 月曜日 火曜日 水曜日 木曜日 金曜日 土曜日 解 熱 3 日間 登園可能

写真



宏知会ばば小児科馬場宏一先生撮影

(2) 風しん

病原体	風しんウイルス
潜伏期間	14～21 日（通常 16～18 日）
症状・特徴	発熱、発しん、リンパ節腫^{ちよう}脹が主症状だが一般的には軽症で、主症状の一部しか出現しないこともある（25～50%が感染しても無症状とされる）。発しんは顔面から出現し全身へ拡大する紅斑で、融合傾向は少なく約 3 日間で消退する。合併症は関節痛・関節炎、血小板減少性紫斑病、脳炎、溶血性貧血、肝機能障害、心筋炎等である。 妊婦が妊娠 20 週頃までに風しんに罹患すると、胎児に感染して先天性風しん症候群（低出生体重、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 ^{まつ} 感染であるが、接触感染することもある。
流行状況	日本国内では 2006（平成 18）年に麻しん風しん混合（MR）ワクチンの 2 回接種が定期接種化されたが、その後も数年ごとの風しんの流行と、それに遅れての先天性風しん症候群の発生が報告されてきた。過去に女子中学生のみが定期接種の対象だった時代に接種機会を逃した成人男性が流行の中心であり、その年代を対象とした抗体検査とワクチン接種の取り組みなどもなされ、2025（令和 7）年 9 月に世界保健機関は日本を風しん排除国と認定した。しかし今後も海外からの輸入症例には注意が必要である。
予防・治療方法	風しん含有ワクチン接種が極めて有効であり、定期接種として合計 2 回（1 歳から 2 歳未満、及び小学校就学前の 1 年間）、麻しん風しん混合（MR）ワクチンの接種が行われている。麻しんと異なり、風しん患者と接触後の未罹患^り患者や未接種者へのワクチン緊急接種や人免疫グロブリン投与の有効性は証明されていない。風しん発症後の有効な治療法はない。
留意すべきこと	上記定期接種の対象期間にワクチン接種が実施されているか母子健康手帳等で確認し、ワクチン接種について保護者に周知する。
（感染拡大防止策等）	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。こども全員及び職員全員の予防接種歴及び罹患^り歴を毎年度の初めに確認し、未接種かつ未罹患^りの者がいる場合には、嘱託医に速やかに相談する。 また、特に妊婦への感染を防止することが重要であるため、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、こどもの送迎時等における感染防止策を講じる。風しん抗体のない妊娠中の職員については、流行が終息するまでの間は勤務形態に配慮することが望ましい。 罹患^りしたこ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。

写真



NHS (National Health Service)

<https://www.nhs.uk/conditions/rubella/>

(3) 水痘（水ぼうそう）

病原体	水痘・帯状疱疹ウイルス
潜伏期間	10～21 日（通常 14～16 日）
症状・特徴	発しんが頭部や顔、体幹に出現し、手足へと拡大する。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、免疫のない人が曝露を受けた場合は生涯を通じて高率に感染する。
流行状況	ワクチン定期接種前は小児を中心に毎年約 100 万人の患者が発生し、20 人が死亡していたと推定されるが、2014（平成 26）年 10 月から水痘ワクチンが定期接種対象となったため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期間として 1 回目の接種を行い、その後標準的には 6 から 12 か月の間隔をおいて 2 回目の接種が行われる。 水痘未罹患患者が水痘患者と接触した場合、接触後 72 時間以内に緊急ワクチン接種を実施すれば、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）	水痘は空気感染し感染力が非常に強いいため、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。上記定期接種の期間にワクチン接種が実施されているか母子健康手帳等で確認し、ワクチン接種について保護者に周知する。 保育所内で発生した場合には、こ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周知し、こどもの送迎時等における感染防止策を講じる。 罹患したこどもの登園のめやすは、「全ての発しんが痂皮化すること」である。

写真



左図：紅斑・水疱・^か痂皮の混在



右図：^か痂皮化後

宏知会ばば小児科馬場宏一先生撮影

(4) 流行性^{じ か せん}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	14～21 日（通常 16～18 日）
症状・特徴	主な症状は、発熱と唾液腺（耳下腺、顎下腺または舌下腺）の腫^{せん}脹^{ちよう}・疼痛である。唾液腺の腫^{せん}脹^{ちよう}は通常片側から出現し、70%は反対側にも出現する。発熱を含む全身症状は3～5日以内に改善し、唾液腺の腫^{せん}脹^{ちよう}も7～10日以内に消失する。 感染者の1/3は唾液腺腫^{せん}脹^{ちよう}を伴わず、無症状または気道症状を認めるのみである。幼児に比べ10歳代または成人が罹患した場合の臨床症状は重篤である。 中枢神経系、脾臓、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、脾炎、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	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。発症前から感染者（不顕性感染でも）の唾液中にウイルスが排出されている。
流行状況	周期的な流行が認められる。
予防・治療方法	1歳以上のこどもに対する生ワクチン接種が任意接種として実施されている。 流行性^じ耳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。
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。 上記対象期間にワクチン接種が実施されているか母子健康手帳等で確認し、ワクチン接種について保護者に周知する。 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。罹患したこどもの登園のめやすは、耳、顎、舌の腫^{せん}脹^{ちよう}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。 、顎、舌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 水曜日 木曜日 金曜日 土曜日 日曜日 月曜日 火曜日 発症 5 日 間 登園可能 (※) 耳下腺の腫^{せん}脹^{ちよう}等が出現 ※全身状態が良好になっている必要があります。
写真	NHS (National Health Service) https://www.nhs.uk/conditions/mumps/

(5) 結核

病原体	結核菌
潜伏期間	3 か月～数十年。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、散布された部位に応じた症状がみられる。特に結核性髄膜炎では高熱、頭痛、嘔吐、意識障害、けいれん等がみられる。
感染経路	空気感染である。
流行状況	小児の新規患者数は年間 50 例前後である。全年齢の罹患率は 2021（令和 3）年以降人口 10 万人対 10 人未満を維持しており、世界保健機関の定義する「低蔓延国」の基準を満たしている。しかし毎年新たに 1 万人前後の患者が発生している。
予防・治療方法	B C G ワクチンの定期接種が実施されている。対象は生後 1 歳に至るまでの間、標準的には、生後 5 か月以降、8 か月に至るまでの期間の児である。 結核を発症した場合、通常 6 か月間（重症例では 12 か月間）、複数の抗結核薬による治療を行う。結核患者との接触があり、検査等を行い結核菌に感染しているが発症はしていない場合（潜在性結核感染症）は、発病予防のために抗結核薬が投与される。
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。 母子健康手帳等で B C G ワクチンの接種歴を確認する。こ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接種を受けるよう周知する。 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。 罹患したこ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。

(6) 流行性^{かく}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	主な症状は目の異物感、目やに、流涙である。結膜は高度に充血し、まぶたの浮腫と濾 ^ろ （小さな隆起）を形成する。角膜上皮の下に病変が及ぶと光への過敏や痛みが生じ、視力障害を伴うこともある。片方の目で発症した後、もう一方の目にも波及することが多い。
感染経路	主な感染経路は接触感染である。
流行状況	感染力は強く、しばしば学校や医療機関でのアウトブレイクが生じる。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。 感染対策として、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、タオル等の共有は避ける。保育所内で流行性 ^{かく} 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。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 ^り したこどもの登園のめやすは、「結膜炎の症状が消失していること」であり、医師において伝染のおそれがないと認めるまで登園を控えるべきである。
写真	 J I H S（国立健康危機管理研究機構） https://id-info.jihs.go.jp/infectious-diseases/epidemic-keratoconjunctivitis/detail/index.html

(7) 百日咳^{ぜき}

病原体	百日咳菌 ^{ぜき}
潜伏期間	5～21 日（主に 7～10 日）
症状・特徴	特徴的な咳（コンコンと咳き込んだ後、ヒューという笛の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^{ぜき}が長期に続く。夜間眠れないほど咳^{ぜき}がみられることや、咳^{ぜき}とともに嘔吐^{おう}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^{ぜき}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^{ぜき}だけは長期間続く。近年、マクロライド系抗菌薬が効きにくい百日咳菌^{ぜき}が増加している。
感染経路	主な感染経路は飛沫感染 ^{まつ} 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 2 か月以降で百日咳含有ワクチンの接種が行われている。 飛沫感染^{まつ}及び接触感染への対策として、マスクなどの咳エチケット^{ぜき}や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。 発症した場合には抗菌薬による治療が行われる。
留意すべきこと （感染拡大防止策等）	が出ているこどもには、可能な場合にはマスクの着用を促す。その他、飛沫感染^{まつ}への対策として日常的に手洗い^{ぜき}や咳エチケット^{ぜき}を実施するよう促す。 上記定期接種の期間にワクチン接種が実施されているか母子健康手帳等で確認し、ワクチン接種について保護者に周知する。 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。 患したこどもの登園のめやすは、「特有な咳^{ぜき}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。マクロライド系抗菌薬耐性の百日咳菌^{ぜき}のことが多いので、咳エチケット^{ぜき}が可能な年齢の者には発症から 3 週間程度は実施を検討する。 特有な咳^{ぜき}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 水曜日 木曜日 金曜日 土曜日 日曜日 月曜日 火曜日 ※又は特有の咳^{ぜき}が消失している必要があります。

(8) 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	2～9 日（多くは 3～4 日）
症状・特徴	無症状の場合もあるが、主に水様下痢や腹痛、血便がみられる。貧血や腎機能障害（尿量低下、むくみ）、意識障害などをきたす溶血性尿毒症症候群に至り重症化する場合がある。
感染経路	主な感染経路は、菌に汚染されたまたは加熱が不十分な肉、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 例前後となっている。うち数%が溶血性尿毒症症候群を合併する。夏に流行がみられる。 日本では 1997（平成 9）年に学童を中心とした集団感染がみられ、死亡例も出た。その後も菌に汚染された生レバーや漬物、野菜などによる感染が報告されている。
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重要である。またプールは十分な塩素消毒を行う。 発症した場合は水分摂取を行い、脱水兆候があれば点滴等を行う。溶血性尿毒症症候群に対しては透析などの集中治療が必要になることもある。抗菌薬投与が有効かどうかは結論が出ていない。
留意すべきこと 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。 患したこどもの登園のめやすは、「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、トイレの排泄習慣が確立している 5 歳以上のこどもは登園を控える必要はない。5 歳未満のこどもでは、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。

(9) 急性出血性結膜炎

病原体	主にエンテロウイルス
潜伏期間	24～72 時間
症状・特徴	主な症状として、強い目の痛み、結膜の充血、結膜下出血がみられる。また、目やに、角膜混濁等もみられる。
感染経路	主な感染経路は接触感染及び飛沫感染である。
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・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、罹患したこどもの登園のめやすは、「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。

(10) 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%とされ、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。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	日本でも 2015（平成 27）年から 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）	罹患したこどもの登園のめやすは、「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。

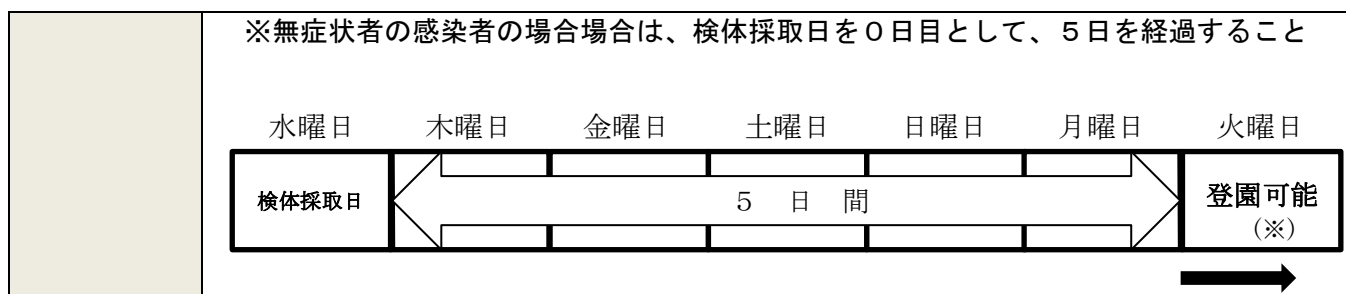
2 医師の診断を受け、保護者が登園届を記入することが考えられる感染症

(11) 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（平均2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、咽痛、鼻汁、咳等の気道症状を伴う。 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	予防のためのワクチン接種が任意接種として実施されている。ワクチンは不活化ワクチンと経鼻弱毒生ワクチンがあり、それぞれ対象年齢と接種回数が異なるため注意が必要である。 インフルエンザは自然治癒する疾患であり、必ずしも全員に抗インフルエンザ薬の投与は必要ないが、投与する場合は発症後48時間以内の投与が推奨される。
留意すべきこと （感染拡大防止策等）	インフルエンザの流行期に入る前のワクチン接種が推奨される。こどもたちだけでなく、こどもたちに関わる保育所職員の接種も重要である。 保育所内でインフルエンザ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こ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。また流行期間中は手洗い等の手指衛生を励行する。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。 罹患したこども（乳幼児の場合）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。 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） ※乳幼児の場合は解熱した後3日経過している必要があります。

(12) 新型コロナウイルス感染症

病原体	新型コロナウイルス（SARSコロナウイルス2）
潜伏期間	主に2～3日（2～7日）
症状・特徴	無症状のまま経過することもあるが、有症状者では、発熱、呼吸器症状（咳・痰など）、頭痛、倦怠感、消化器症状、鼻汁、味覚異常、嗅覚異常などの症状がみられる。 発症2日前から発症後7～10日間はウイルスを排出しているとされるが、発症後3日間はウイルス排出量が多く、5日間経過後は大きく減少する。そのため特に発症後5日間は他人に感染させるリスクが高いとされる。 こどもが感染しても一般的に軽症なことが多いが、基礎疾患のあるこどもは重症化に注意が必要である。
感染経路	主な感染経路は飛沫感染、エアロゾル感染（小さな水分を含んだ状態の粒子）、接触感染である。
予防・治療方法	予防のためのワクチンが開発されている。2024（令和6）年3月31日で新型コロナワクチンの全額公費による接種は終了した。小児へ接種できる新型コロナワクチンは、mRNAワクチンと不活化（組換えタンパク）ワクチンがあり、それぞれ接種対象年齢や接種回数異なる。最新情報は厚生労働省新型コロナワクチンについてを参照する。 一般的な感染予防策として、咳エチケットや手洗いなどの衛生行動や、換気を行うことが重要である。 治療については、軽症の場合は経過観察のみで自然に軽快することが多く、必要に応じて解熱薬等の対症療法を行う。入院を要するような重症例では抗ウイルス薬を投与する。一部で長引く症状（罹患後症状）が残る場合がある。
留意すべきこと （感染拡大防止策等）	保育所における新型コロナウイルス感染症の基本的な感染対策として、手洗い等により手指を清潔に保つことや換気を行うことが有効である。 なお、マスクの着用について、2歳未満では息苦しさや体調不良を訴えることや自分で外すことが困難であることから窒息や熱中症のリスクが高まるため、着用は奨められていない。 罹患したこどもの登園のめやすは、「発症した後5日を経過し、かつ、症状が軽快した後1日を経過するまで」である。 ※無症状の感染者の場合は、検体採取日を0日目として、5日を経過すること。 発症した後5日を経過し、かつ、症状が軽快した後1日を経過すること 水曜日 木曜日 金曜日 土曜日 日曜日 月曜日 火曜日 発 症 5 日 間 登園可能 (※) 発熱等が出現 ※症状が軽快した後1日を経過している必要があります。



※新型コロナウイルス感染症については、p.24 も参照

(13) 咽頭結膜熱^{いんとう}

病原体	アデノウイルス
潜伏期間	2～14 日
症状・特徴	主な症状は発熱、咽炎、結膜炎（充血など）であり、3～7 日間持続する。
感染経路	主な感染経路は、飛沫感染及び接触感染である。
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^{いん}ため、タオル等の共有は避ける。保育所内で咽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する。 患したこどもの登園のめやすは、「発熱、充血等の主な症状（発熱、咽頭炎、結膜炎）が消失した後 2 日を経過していること」である。 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 日曜日 月曜日 火曜日 水曜日 木曜日 金曜日 土曜日 発熱、充血等の主な症状消失 ← 2 日間 → 登園可能 →

(14) 溶連菌感染症

病原体	溶血性レンサ球菌
潜伏期間	炎では2～5日。伝染性膿しん（とびひ）では7～10日。
症状・特徴	主な症状として、扁桃炎、膿しん（とびひ）、中耳炎、肺炎、化膿性関節炎、骨髓炎等の様々な症状を呈する。 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。舌が莓状に赤く腫れ、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。伝染性膿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：「(26) 伝染性膿痂しん」(p. 80)） 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。
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。感染しても症状の出ない不顕性感染例が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。 罹患したこどもの登園のめやすは、「適切な抗菌薬の内服開始後24～48時間以上が経過し全身状態が良好であること」である。 抗菌薬の内服後24～48時間が経過していること 日曜日 月曜日 火曜日 水曜日 木曜日 金曜日 土曜日 ← → 抗菌薬内服後24～48時間 登園可能 ↑ 抗菌薬内服 →

(15) 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	1～4週（主に2～3週）
症状・特徴	主な症状は咳であり、肺炎を引きこす。咳、発熱、頭痛等のかぜ症状がゆっくり進行し、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。 発症した場合、自然経過によっても治癒するが、症状が強い場合は抗菌薬による治療を行う。
留意すべきこと （感染拡大防止策等）	が出ているこ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、日常的に周囲のこども、保育士等が手洗いや咳エチケットを実施するよう促す。 患したこどもの登園のめやすは、「発熱や激しい咳が治まっていること」である。

(16) 手足口病

病原体	コクサッキーウイルス、エンテロウイルス等
潜伏期間	3～6日
症状・特徴	発熱とどのの痛みを伴う水疱（水ぶくれ）が口腔内にでき、唾液が増え、手足の末端、おしり等に水疱が生じる。特にコクサッキーウイルスA6が原因の場合、水痘（水ぼうそう）と間違え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。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。
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。 患した子ども場合の登園のめやすは、「発熱や口腔内の水疱・潰の影響がなく、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現実的ではない。発熱やどのの痛み、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おう。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。
写真	

(17) 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	発熱、だるさ、頭痛、筋肉痛等の軽微な症状がみられることがあり、その後両頬に平手打ち様の発しん（紅斑）が現われるため、俗に「りんご病」と呼ばれる。頬と同時かやや遅れて手足に網目状またはレース状の紅斑が生じる。発しんは 7～10 日続く。 成人は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（特に妊娠前半）に感染するとウイルスが胎児に感染し、約 10%が流産や死産となり、約 20%が重症の貧血状態から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、最近で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が最も感染力が強い。一方で、発しんが出現する時期（伝染性紅斑と診断された時）には抗体が産生されており感染性はなくなる。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周知しこれを知らせ、こ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。 罹患したこどもの登園のめやすは、「全身状態が良いこと」である。罹患したこどもの登園のめやすは、「全身状態が良いこと」である。罹患したこどもの登園のめやすは、「全身状態が良いこと」である。
写真	 J I H S（国立健康危機管理研究機構） https://id-info.jihs.go.jp/niid/ja/kansennohana-shi/443-5th-disease.html

(18) ウイルス性胃腸炎（ロタウイルス、ノロウイルス、アデノウイルスを含む）

病原体	ロタウイルス、ノロウイルス、アデノウイルスなど
潜伏期間	ロタウイルス：1～3日、ノロウイルス：12～48時間、アデノウイルス：3～10日
症状・特徴	主症状は嘔吐と下痢であり、発熱を伴うこともある。症状が強いと脱水となり重症化する。 ロタウイルスやアデノウイルスは乳幼児に多いが、ノロウイルスは学童や成人にも多くみられる。 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。ノロウイルスは貝等の食品を介しての感染もある。感染者の吐物や便には多くのウイルスが排出されており、ごく少量のウイルス量でも感染するとされている。 また、ノロウイルスの場合は糞便や嘔吐物が乾燥し、付着した埃とともに空気中を漂います。これを吸いこんだりして、口の中へノロウイルスが侵入することでも感染することがある。
流行状況	ロタウイルス感染症は冬から春、ノロウイルス感染症は秋から冬に多く、アデノウイルス感染症は年間を通して発生する。
予防・治療方法	ロタウイルスに対しては、乳児に対する定期予防接種として経口生ワクチンの接種が実施されている。その他のウイルスに対するワクチンはない。 経口感染、接触感染により感染するため、流水石けんによる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。アルコール製剤の消毒効果が十分ではなく、次亜塩素酸ナトリウム等を用いた消毒が必要である。特異的な治療法はなく、水分補給を励行し、脱水があれば補液等を行う。
留意すべきこと （感染拡大防止策等）	ロタウイルスワクチン接種が実施されているか母子健康手帳等で確認し、ワクチン接種について保護者に周知する。 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、迅速かつ適切に対応することが大切である。 <u>（参照：下痢・嘔吐の際の処理の詳細は「別添3③（p.90）」及び「別添3④（p.91）」</u> 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。 患したこどもの登園のめやすは、「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、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) ヘルパンギーナ

病原体	主としてコクサッキーウイルス
潜伏期間	3～6日
症状・特徴	高熱、のどの痛み等の症状がみられる。また、咽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。 熱性けいれんや無菌性髄膜炎を合併することがある。 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。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。
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。 患したこどもの登園のめやすは、「発熱や口腔内の水疱・潰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おう。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。

(20) R S ウイルス感染症

病原体	R S ウイルス
潜伏期間	2～8 日（主に 4～6 日）
症状・特徴	発熱、鼻汁、咳、喘といった症状が生じる。特に新生児や早期乳児が罹患すると無呼吸や呼吸困難など重症な呼吸器症状を生じ、入院管理が必要となることがある。 複数回罹患する可能性があるが、再感染時の症状は軽いことが多い。
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 歳以上の幼児や成人が罹患した場合、症状としては軽い咳や鼻汁程度しかみられないため保育所に平常時と変わらず通っている場合があり、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	毎年流行する。かつては秋から冬を中心に流行がみられたが、近年では流行時期は一定していない。
予防・治療方法	R S ウイルスに対するモノクローナル抗体製剤には、R S ウイルス感染による下気道疾患の発症を抑制する効果があり、新生児、乳幼児に対して投与が行われている。対象となる児や投与方法は、製剤により異なる。 また新生児や早期乳児の感染・重症化予防を目的として、妊娠 28 週 0 日～妊娠 36 週 6 日の妊婦に対するワクチン接種が 2026(令和 8)年 4 月から、定期接種として実施されている。また高齢者向けのワクチン接種も任意接種として実施されている。 特異的な治療法はない。
留意すべきこと （感染拡大防止策等）	咳が出ているこ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、日常的に周囲のこども、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る。流行期には、重症化しやすい 0 歳児（乳児）に感染しないように、1 歳以上の児との交流を制限するなどの対応を検討する。特に、呼吸器症状がある児が乳児に接触することを避ける。 罹患したこどもの登園のめやすは、「呼吸器症状が消失し、全身状態が良いこと」である。

(21) 帯状疱疹^{ほう}しん

病原体	水痘・帯状疱疹 ^{ほう} しんウイルス
潜伏期間	不定
症状・特徴	水痘に感染した患者は、神経節（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（こ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、その後に多数の水疱（水ぶくれ）が生じる。膿疱^{のうほう}や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。こどもの場合、痛みは大人ほど強くないことが多い。発しんが治癒した後に跡が残ることがある。
感染経路	一度水痘に罹患 ^り したこどもはウイルスを神経節に持っているので、帯状疱疹 ^{ほう} しんを発症する可能性がある。水痘ワクチン接種後に発症することもあるが、頻度は低い。
予防・治療方法	成人を対象に帯状疱疹^{ほう}しん予防に水痘生ワクチンと帯状疱疹^{ほう}しん不活化ワクチンが 2025(令和7)年4月から65歳以上の人等を対象に定期接種として実施されている。 発症した場合は抗ウイルス薬を投与する。
留意すべきこと （感染拡大防止策等）	水痘ワクチン未接種かつ水痘未罹患^りの者が帯状疱疹^{ほう}しんの患者に接触すると水痘を発症する可能性があるため、周りのこどもや保護者、保育士等に周知する。そのような児に対して接触早期（72時間以内）に水痘ワクチン接種を接種すれば水痘発症を予防できる可能性がある。 職員が帯状疱疹^{ほう}しんに罹患^りし、病変部位を適切に覆えない場合は、全ての発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。 罹患^りしたこ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。

(22) 突発性発しん

病原体	ヒトヘルペスウイルス 6 B、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、解熱するとともに体幹を中心に 2～3 mm の淡い紅斑が出現し、数日で消失する。発熱時に口蓋垂根部に小さな赤い隆起（永山斑）を認めることがある。 比較的軽症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	ウイルスは多くのこども・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	地域的・季節的な流行は見られず、年間を通してほぼ同様な発生がある。
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）	発熱のみでは気づかれず、解熱し発しんが出現してはじめて突発性発しんと診断されることがほとんどであり、また保護者や兄弟姉妹等の唾液等から感染するため、実質的に感染予防策は困難である。日常的に手洗いの励行等の一般的な予防法を実施することが重要である。 罹患したこ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。
写真	 NHS (National Health Service) https://www.nhs.uk/conditions/roseola/

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

(23) アタマジラミ症

病原体	アタマジラミ（2～3mm の少し透けた灰色の細長い 3 対の足をもつ。ふ化後約 4 週間生存する。卵は 0.5mm 程度の楕円形で乳白色である。）
潜伏期間	産卵からふ化までは 1 週間程度。成虫までは 1～2 週間程度。
症状・特徴	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。 卵は頭髮の根元近くにあり、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。成虫は頭髮の根元近くで活動している。
感染経路	家族内や集団の場で頭髮に直接接触することで、また寝具、タオル、帽子、くし等の共用による間接接触により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、こどもの頭と頭を接しさせないように、布団を離したり、頭を交互にしたりするなど工夫する。 治療薬としてはフェノトリン（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（薬が効かない）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髮の根元からすき、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。卵は、髪の毛が短い方が発見しやすい。 感染したこ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、こどもの頭と頭を接しさせないように、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、ロッカー等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。 罹患しても登園を控える必要はないが、早期に治療を開始する。
写真	 NHS https://www.nhs.uk/conditions/head-lice-and-nits/

(24) 疥癬 かいせん

病原体	ヒゼンダニ（雌成虫は0.4mm。皮膚の一番浅い所（角層）に寄生する。低温や乾燥に弱く、ヒトの体を離れると弱る。拡大鏡等で確認することもできる）
潜伏期間	1～2か月。角化型疥は4～5日。
症状・特徴	かゆみの強い発しん（丘しん、水疱（水ぶくれ）、膿、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。角化型疥は全身に皮疹が生じ、手のひらや足底の角質肥厚が顕著である。 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	肌と肌の直接接触で感染するが、寝具等を介しての感染もある。一緒に寝る、授乳する、抱っこする、手をつなぐなどの直接接触が比較的長時間あった場合に感染する。 角化型疥ではダニの数が多く、脱落した角質からでも感染する。
予防・治療方法	のこどもと短期間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みられた場合は皮膚科を受診する。 発症した場合は内服・外用薬により治療する。
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、リネンや寝具は清潔に保つ。 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、こどもの通っている保育所で疥が流行していることを伝えてもらおうとよい。 患したこどもは、治療を開始していれば登園を控える必要はないが、手をつなぐ等の遊戯や行為は避ける。角化型疥は感染力が強いため治癒するまでは登園を控える。

(25) 伝染性軟属腫（水いぼ）

病原体	伝染性軟属腫ウイルス
潜伏期間	2～7週（6か月といった長期に及ぶこともある）
症状・特徴	1～5mm（稀に1cm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。大きめの結節（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。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、病変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、広い範囲に病変が生じる場合がある。
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	予防のためのワクチンはない。 プールなどで直接肌が触れることで感染するので、露出部の病変は覆うなどの対応をとる。タオル、浮輪、ビート板等の共有は避ける。 自然経過で治癒することもあるが、治癒に数か月～数年かかることもある。治療には、専用のピンセットでの摘除法、外用療法、内服療法、冷凍凝固療法等がある。
留意すべきこと （感染拡大 防止策等）	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。また病変を衣類、包帯、耐水性ばんそうこう等で覆い、他のこ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。 罹患した場合でも登園を控える必要はない。

(26) 伝染性膿痂疹^{のうか}（とびひ）

病原体	黄色ブドウ球菌、溶血性レンサ球菌
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（水ぶくれ）やびらん、痂皮（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（水ぶくれ）やびらん、痂皮（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。 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。 治療としては病巣が広がれば抗菌薬の外用、更に状態が悪化した場合には抗菌薬の内服や点滴治療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。 罹患した場合でも登園を控える必要はないが、症状が強く範囲が広い場合は、病変部に直接触れないように注意する。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。こ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。

(27) 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、宿主の免疫応答が起こることで炎症を起こす。免疫が未熟な乳幼児に感染した場合、約9割がHBVキャリア（持続感染者）となる。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、その一部は慢性肝炎や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、こ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	血液中にウイルスが含まれており、ウイルスが皮膚や粘膜にできた傷から体内に入ることによって感染が成立する。唾液、涙、汗、尿等にもウイルスが検出されることがあるが、主な感染経路は血液や体液を介した感染である。 HBVキャリアの母から出生した児への感染予防策が不十分だった場合は児がキャリアとなる。また幼少時の家族内感染や、思春期以降の性的接触による感染もある。
流行状況	こ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感染と推定されている。なお、こどもの新規感染の状況については不明である。
予防・治療方法	2016(平成28)年4月1日以降の出生児を対象にB型肝炎ワクチンが定期接種として実施されている。 HBVキャリアの妊婦から出生した児には母子感染予防策としてHB免疫グロブリン投与とB型肝炎ワクチン接種が行われる。 B型肝炎の治療には、インターフェロン、核酸アナログ製剤、核酸医薬品が用いられる。慢性肝炎等の病態に応じて、適切な治療法が選択される。
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B型肝炎ワクチンの接種である。定期接種が実施されているか母子健康手帳等で確認し、ワクチン接種について保護者に周知する。定期接種対象者でなくても、特にこどもと接する職員はB型肝炎ワクチンの接種を積極的に検討することが望まれる。 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、誰の血液や体液であっても血液や体液に他の園児や職員が直接触れないよう配慮するなど、標準予防策を徹底することが重要である。B型肝炎キャリアであることのみを理由として、入所を拒否することは適切ではない。 HBVに感染している児についても、急性肝炎の急性期でない限り登園は可能である。しかし、HBVキャリアの児が非常に攻撃的でよく噛み付く、全身の皮膚炎がある、出血性疾患がある等、血液や体液を介した感染を引き起こすリスクが高い場合は、嘱託医や施設責任者等が個別にリスクを評価して対応することが望ましい。

（参考）保育の場において血液を介して感染する病気を防止するためのガイドライン

—ウイルス性肝炎の感染予防を中心に— 2014（平成26）年3月発行 厚生労働省

<https://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekkaku-kansenshou09/pdf/guideline03.pdf>

4 その他保育所で知っておくことが有用な感染症

(28) その他のアデノウイルス感染症

病原体	アデノウイルス
潜伏期間	2～14 日
症状・特徴	アデノウイルスはA～Gの7種に分類され、種によって多彩な症状を呈する。かつてアデノウイルスは、流行性角結膜炎、咽結膜熱、ウイルス性胃腸炎などの患者から主に検出されていたが、近年はPCR検査の普及により、これらに該当しない気道感染症の患者からも検出され、診断されるようになった。 主な症状は鼻汁、咳、咽痛で、乳幼児では発熱が数日間続くことがある。特に乳幼児では、脱水症に注意が必要である。
感染経路	主な感染経路は、接触感染及び飛沫感染である。 ウイルスは咽分泌物や糞便中に排出される。アデノウイルスは乾燥に強く、手指や環境表面で比較的長時間生存するため、咳や排便後の手指を介して、ドアノブ、スイッチ、おもちゃ、遊具などから感染が広がる可能性がある。
流行状況	年間を通じて発生する。咽頭結膜熱では6月初旬と12月末の二峰性の流行がみられることがある。乳幼児から学童に多く、集団保育の場では感染が拡大しやすい。
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。多くは自然軽快する。 予防の基本は飛沫感染および接触感染対策であり、咳エチケットの指導、手洗いの励行などの一般的な予防法を実施することが大切である。治癒後も便中にウイルス排出が持続することがあるため、おむつを取り替えた後の手洗いも重要である。アルコール製剤による消毒が効きにくいいため、石けんを用いて流水で丁寧に手洗いを行う。
留意すべきこと (感染拡大防止策等)	感染力が強いため、タオル等の共有は避ける。保育所内でアデノウイルス感染症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。 罹患したこどもは、症状が改善し、全身状態が良ければ登園可能である。

(29) ヒトメタニューモウイルス感染症

病原体	ヒトメタニューモウイルス
潜伏期間	3～6日
症状・特徴	発熱、鼻汁、咳、喘といった症状が生じる。下痢などの胃腸炎症状も併発することがある。特に新生児や乳児が罹患すると呼吸困難など重症な呼吸器症状を生じ、入院管理が必要となることがある。また、熱性けいれんの原因になり、稀ではあるが、脳炎や心筋炎を合併することがある。
感染経路	主な感染経路は飛沫感染及び接触感染である。 過去に罹患したことがあっても、生涯にわたって複数回罹患する。学童や成人が罹患した場合は不顕性感染も多く、軽い咳や鼻汁程度しかみられないこともある。そのため保育所に平常時と変わらず通っている場合があり、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、主に春から初夏にかけて流行する。
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。多くは1週間程度で自然に改善する。 予防の基本は飛沫感染および接触感染対策であり、咳エチケットの指導、手洗いの励行などの一般的な予防法を実施することが大切である。ウイルス排泄は1～2週間持続するため、咽分泌物に触れた後やおむつ替えの後の手洗いが重要である。アルコール製剤による消毒は有効である。
留意すべきこと (感染拡大防止策等)	咳が出ている年長のこ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、日常的に周囲のこども、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る。流行期には、重症化しやすい0歳児（乳児）に感染しないように、1歳以上の児との交流を制限するなどの対応を検討する。特に、呼吸器症状がある児が乳児に接触することを避ける。 罹患したこどもは、呼吸器症状が消失し、全身状態が良ければ登園可能である。

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

種類	塩素系消毒薬（次亜塩素酸ナトリウム、亜塩素酸水等）※1		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。※1	アルコール製剤類 （消毒用エタノール等）※1
	次亜塩素酸ナトリウム	亜塩素酸水		
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、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 - 嘔吐物や排泄物が付着した箇所	- 調理及び食事に関する用具（調理器具、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 - 嘔吐物や排泄物が付着した箇所	- 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
消毒の 濃度	0.02%（200ppm）液での拭き取りや浸け置き - 嘔吐物や排泄物が付着した箇所：0.1%（1,000ppm）液での拭き取りや浸け置き	- 遊離塩素濃度 25ppm（含量 亜塩素酸として 0.05%≒500ppm 以上）液での拭き取りや浸け置き - 嘔吐物や排泄物が付着した箇所：遊離塩素濃度 100ppm（含量 亜塩素酸として 0.2%≒2000ppm 以上）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。 - 吸引、目や皮膚に付着すると有害であり噴霧は行わない。 - 金属腐食性が強く、錆びが発生しやすいので、金属を拭いた後は水拭き、浸漬後は水洗いする。 - 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。	- 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。 - 吸引、目や皮膚に付着すると有害であり噴霧は行わない。 - ステンレス以外の金属に対して腐食性があるので注意する。金属を拭いた後は水拭き、浸漬後は水洗いする。 - 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。 - 衣類の脱色、変色に注意。	- 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。 - 噴霧は行わない - 洗い後、アルコール製剤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。
新型コロナ ウイルスに 対する有効 性	○（ただし手指には使用不可） ※2	○（ただし手指への使用上の効果は 確認されていない）※2	○（ただし手指への使用 上の効果は確認され ていない）※2	○※2
ノロウイルス に対する有効 性	○※3	○※3	×	×
消毒薬が 効きにくい 病原体			結核菌、 大部分のウイルス	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。 - 希釈液は毎日作りかえる。	- 直射日光の当たらない涼しいところに保管。 - 希釈液は毎日作りかえる。	希釈液は毎日作りかえる。	

※1 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、嘔吐物や排泄物、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、塩素系消毒薬を用いる。

※2 新型コロナウイルスの消毒、除菌に関する、上記の消毒薬の使用法の詳細については、「新型コロナウイルスの消毒・除菌方法について（厚生労働省・経済産業省・消費者庁特設ページ）」

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/syoudoku_00001.htmlを参照してください

(→p.102 に参考資料として掲載)

※3 ノロウイルスの消毒、除菌方法に関する、上記の塩素系消毒薬の使用法の詳細については、「ノロウイルスに関するQ&A（厚生労働省）」

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryoku/shokuhin/syokuchu/kanren/yobou/040204-1.htmlを参照してください。

＜塩素系消毒薬の希釈方法＞

- 次亜塩素酸ナトリウム（製品濃度が約6％の場合）、亜塩素酸水（製品濃度が約0.4％の場合）の希釈方法は、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及び亜塩素酸水の希釈方法

	消毒対象	調整する濃度 (希釈倍率)	希釈法
次亜塩素酸 ナトリウム	嘔吐物や排泄物が付着した床・物 ※衣類等に嘔吐物や排泄物が付着した場合は こちらの濃度で使用	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)
	・衣類等の浸け置き ・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)
亜塩素酸 水	嘔吐物や排泄物が付着した床・物 ※衣類等に嘔吐物や排泄物が付着した場合は こちらの濃度で使用	遊離塩素濃度 100ppm 含量 亜塩素酸と して0.2％ (2000ppm)	水1Lに対して約1L (2倍希釈)
	・衣類等の浸け置き ・食器等の浸け置き ・トイレの便座、ドアノブ、手すり、床等	遊離塩素濃度 25ppm 含量 亜塩素酸と して0.05％ (500ppm)	水1Lに対して約143mL (8倍希釈)

- 温度上昇により有効濃度が減少するため、湯での希釈は行わない。
- 塩素系消毒薬の希釈液は、時間経過、温度上昇、有機物、光により有効濃度が減少することに留意する。
- 直射日光の当たらない涼しいところに保管する。

＜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。	^{おう} 嘔吐物や ^{せつ} 排泄物で汚れたら、汚れを落とし、塩素系消毒薬の希釈液に十分浸し、水洗いする。 ・※汚れがひどい場合には処分する。
洗えるもの	・定期的に流水と洗剤で洗い、水ですすぐ。 ・乳児がなめるものは毎日洗浄。 乳児クラス：週 1 回程度洗浄 幼児クラス：3 か月に 1 回程度洗浄	^{おう} 嘔吐物や ^{せつ} 排泄物で汚れたものは、洗浄後に塩素系消毒薬の希釈液に浸し、水ですすぐ。
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 回程度拭く 幼児クラス：3 か月に 1 回程度拭く	^{おう} 嘔吐物や ^{せつ} 排泄物で汚れたら、汚れをよく拭き取り、塩素系消毒薬の希釈液で拭き取り後に、水拭きする。
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。

※塩素系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

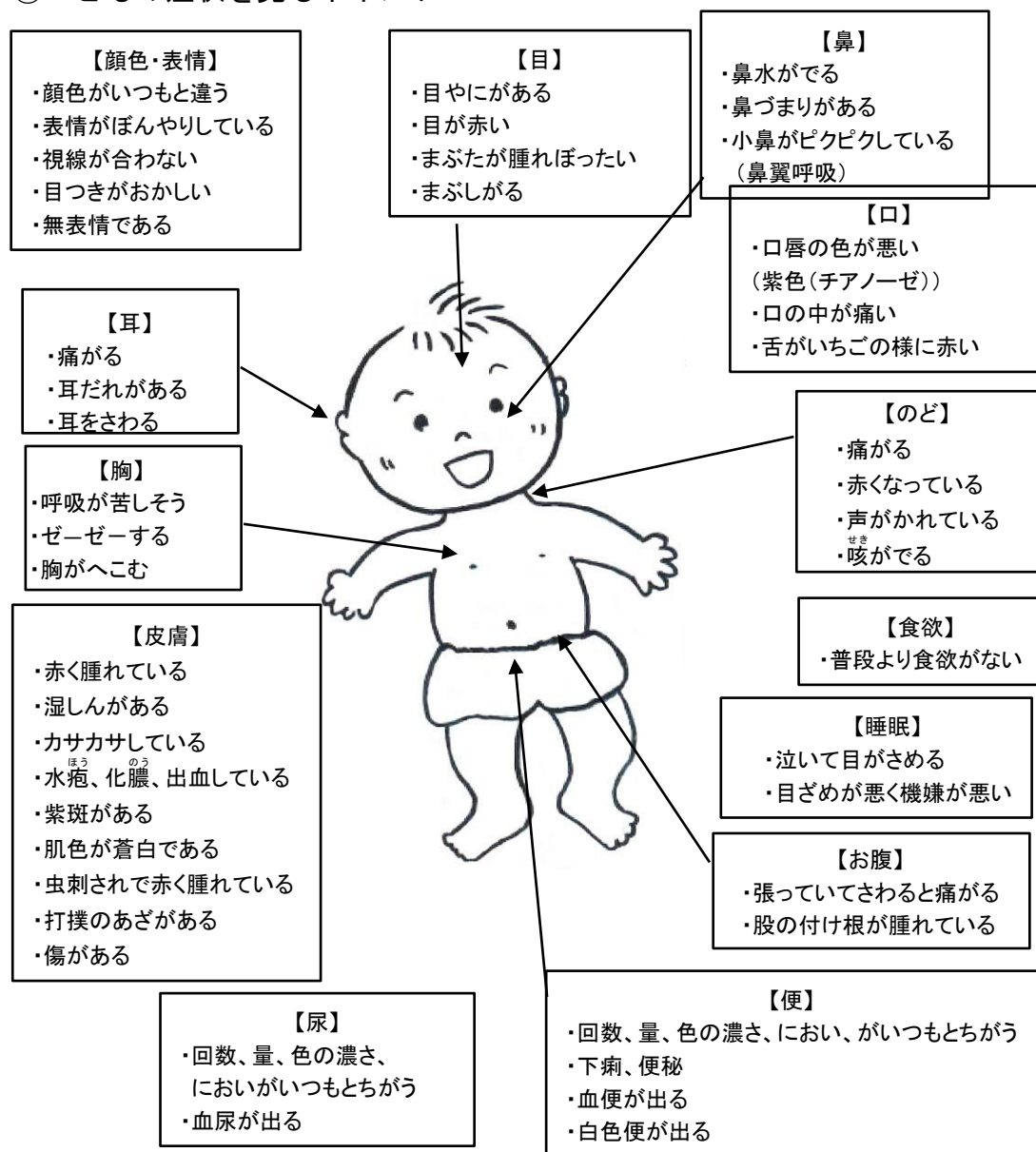
通 常	・原則は、石けんを用いて流水でしっかりと手洗いする。 ・水場がない場合や利便性の観点から、消毒用エタノール使用も考えられる。 ・血液は使い捨て手袋を着用して処理をする。
下痢・感染症発生時	・石けんを用いて流水でしっかりと手洗いした後に、消毒用エタノール等を用いて消毒する。 ・手指に塩素系消毒薬は適さない。 ・嘔吐物や排泄物の処理時には、使い捨て手袋を使用する。
備 考	・毎日、清潔な個別タオル又はペーパータオルを使う。 ・食事用のタオルとトイレ用のタオルを区別する。

＜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。
 - ・消毒薬はこどもの手の届かないところに保管する。
 - ・ペットボトルを利用して希釈液を保管するときは、特に誤飲に気を付け、消毒薬であることを明記する。
 - ・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をする。
 - ・消毒の実施時はこ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着用する。
 - ・使用時には換気を十分に行う。
- 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。
 - ・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、嘔吐物、下痢便等を十分に取り除いてから、消毒を行う。

別添3 こどもの病気 ～症状に合わせた対応～

①こどもの症状を見るポイント



○ こ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、こ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いたら・・・**

- ・他のこ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、一緒に遊んだこどもの中に、感染症が疑われる症状がみられるこどもがいらないか、確認しましょう。

②発熱時の対応

こ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。

登園を控えるのが強く推奨される場合
○ 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、登園を控えるのが推奨されると考えられる。 - 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、個々のこ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、複数のこ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、こ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。

※こ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。けいれんが止まる心配がない場合には、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。

登園を控えるのが強く推奨される場合
○ 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。
- 診察を時は便の写真を持っていく。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
○ 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 ○ 吐き気が止まらないとき ○ 腹痛を伴う嘔吐があるとき ○ 下痢を伴う嘔吐があるとき
至急受診が必要と考えられる場合
○ 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、腹痛等の症状がみられるとき ○ 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 ・皮膚の張りが無い ※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。

登園を控えるのが強く推奨される場合
○ 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
- 嘔吐したこどもに対しては、以下のように対応を行う。
 - ・うがいのできるこどもの場合、うがいをさせる。
 - ・うがいのできないこどもの場合、嘔吐を誘発させないように口腔内に残っている嘔吐物を丁寧に取り除く。
 - ・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、他のこ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 30～60 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、他のこ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. 85））

- ・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。
- ・汚染されたこどもの衣服は、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 | ・使い捨ての雑巾やペーパータオル |
| ・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^{せき}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^{せき}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^{せき}が出るとき ○ 咳^{せき}とともに嘔吐^{おう}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^{せき}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、呼吸が苦しようになったとき ※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。

登園を控えるのが強く推奨される場合
○ 夜間しばしば咳^{せき}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^{せき}が出るなどの症状がみられる場合。

＜咳^{せき}の対応・ケアについて＞

- 発熱を伴う時、また、複数のこどもに咳^{せき}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^{せき}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 3 ③下痢の時の対応」（p. 91））

※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^{ぜん}）
- ・走ったり、動いたりするだけでも咳^{せき}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（麻疹） ・微熱程度の熱が出た後に、手の平、足の裏、口の中に水疱が出た。（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(2019年改訂)」 https://www.cfa.go.jp/assets/contents/node/basic_page/field_ref_resources/e4b817c9-5282-4ccc-b0d5-ce15d7b5018c/cc94d067/20240205_policies_hoiku_86.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。
登園を控えるのが強く推奨される場合
○ 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、複数のこ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付ける。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.90)）
- 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た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るのか（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	5mm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 痂	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、感染症に罹患したこ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。

罹患したこどもが登園を再開する際の取扱いについては、こ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）罹患したこどもが登園する際の対応」（p. 42））

<意見書（医師記入）>

※意見書は、一律に作成・提出するものではありません。

意見書（医師記入）		
保育所施設長殿 入所児童名 _____ 年 月 日 生		
（該当疾患に□をお願いします）		
感染症名	登園のめやす	
麻疹（はしか）（◆）	解熱後3日を経過していること	
風しん	発しんが消失していること	
水痘（水ぼうそう）	すべての発しんが痂 ^か 痂（かさぶた）化していること	
流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）	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	
流行性角結膜炎	結膜炎の症状が消失していること	
百日咳	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歳未満のこどもについては、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	
侵袭性髄膜炎菌感染症（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	
症状が回復し、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。		
※かかりつけ医の皆様へ 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、一人一人のこ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。 ※保護者の皆様へ 上記の感染症について、こどもの症状が回復し、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ください。		

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
麻疹（はしか）	発症 1 日前から発しん出現後の 4 日後まで	解熱後 3 日を経過していること
風しん	発しん出現の 7 日前から発しん出現の 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
流行性耳炎 （おたふくかぜ）	発症 3 日前から耳腫 脹 後 4 日	、顎、舌の腫 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
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 歳未満のこどもについては、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)>

※登園届は、一律に作成・提出するものではありません。

登 園 届 (保護者記入)	
保育所施設長殿	
入所児童名	
年 月 日 生	
(該当疾患に□をお願いします)	
疾患名	登園のめやす
インフルエンザ	発症した後5日を経過し、かつ解熱した後2日を経過していること (乳幼児にあっては、3日経過していること)
新型コロナウイルス感染症	発症した後5日を経過し、かつ症状が軽快した後1日を経過すること(無症 状の感染者の場合は、検体採取日を0日目として、5日を経過すること)
いんとう 咽頭結膜熱	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
溶連菌感染症	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	発熱や激しい咳 せき が治まっていること
手足口病	発熱や口腔内の水疱・潰瘍 ほう かいよう 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)	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)	おう 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	発熱や口腔内の水疱・潰瘍 ほう かいよう 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	呼吸器症状が消失し、全身状態が良いこと
帯状疱疹	すべての発しん か が痂痂(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
保護者確認欄(確認したら□を入れてください) ☐ 医師により、上記の診断を受け、登園のめやすについて説明を受けました。 (医療機関名) _____ (年 月 日受診) ☐ 登園のめやすの基準を満たしています。 ☐ 登園が可能な体調です。 上記をすべて満たしたため、_____ 年 月 日より、登園可能と判断しました。 保護者氏名 _____	
※保護者の皆様へ 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、一人一人のこどもが一日を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
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）
新型コロナウイルス感染症	発症後 5 日間	発症した後 5 日を経過し、かつ症状が軽快した後 1 日を経過すること ※無症状の感染者の場合は、検体採取日を 0 日目として、5 日を経過すること
結膜熱	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
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 ^{せき} が治まっていること
手足口病	手足や口腔内に水疱・潰 ^{ほう} ・潰 ^{かい} が発症した数日間	発熱や口腔内の水疱・潰 ^{ほう} ・潰 ^{かい} 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）	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 ^{ほう} ・潰 ^{かい} の影響がなく、普段の食事がとれること
R S 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 ^{ほう}	水疱を形成している間	すべての発しんが痂皮 ^か （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）

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

- ・ 国立健康危機管理機構国立感染症研究所
(トップページ)

<https://www.niid.jihs.go.jp>

(疾患名で探す感染症の情報)

<https://id-info.jihs.go.jp/infectious-diseases/diseases.html>

- ・ 厚生労働省検疫所（FORTH）

<https://www.forth.go.jp/index.html>

- ・ 国立医薬品食品衛生研究所

<https://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

<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000177609.html>

- ・ マイコプラズマ肺炎

<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou/kekkaku-kansenshou19/mycoplasma.html>

- ・ R S ウイルス感染症

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryoku/kenkou/kekkaku-kansenshou/rsv_qa.htm

- ・ 感染性胃腸炎（ノロウイルス）

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryoku/shokuhin/syokuchu/kanren/yobou/040204-1.html

- ・ 感染性胃腸炎（ロタウイルス）

<https://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekkaku-kansenshou19/Rotavirus/index.html>

- ・ 手足口病

<https://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekkaku-kansenshou19/hfmd.html>

- ・ 咽頭結膜熱^{いんとう}・咽頭結膜熱^{いんとう}

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryoku/kenkou/kekkaku-kansenshou/pcf.html

- ・ インフルエンザ

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryoku/kenkou/kekkaku-kansenshou/infuenza/index.html

- ・ 結核とBCGワクチン

https://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryoku/kenkou/kekkaku-kansenshou/bcg/

- ・ 5種混合ワクチン（ポリオとHib感染症について）

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryoku/kenkou/kekkaku-kansenshou/yobou-sesshu/vaccine/dpt-ipv-hib/index.html

- ・ 日本脳炎

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryoku/kenkou/kekkaku-kansenshou/yobou-sesshu/vaccine/japanese-encephalitis/index.html

- ・ 風しん

https://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryoku/kenkou/kekkaku-kansenshou/rubella/

- ・ 麻疹

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

- ・ 水痘

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryoku/kenkou/kekkaku-kansenshou/yobou-sesshu/vaccine/chickenpox/index.html

- ・ B型肝炎

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryoku/kenkou/kekkaku-kansenshou/yobou-sesshu/vaccine/hepatitis-b/index.html

- ・ デング熱

https://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekkaku-kansenshou19/dengue_fever_qa.html

- ・ 動物由来感染症

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

3. 感染症発生動向

- ・ 国立健康危機管理機構感染症情報提供サイト（感染症発生動向調査 週報（IDWR））

<https://id-info.jihs.go.jp/surveillance/idwr/index.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）

https://www.gakkohoken.jp/system_information/

4. 感染症対策に関するお知らせ（ポスター等）

- ・ 咳エチケット・咳エチケット
<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000187997.html>
- ・ インフルエンザ予防対策
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryoku/kenkou/kekkaku-kansenshou/infuenza/keihatsu.html
- ・ 麻疹
https://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryoku/kenkou/kekkaku-kansenshou/measles/index.html
- ・ 風しん
https://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryoku/kenkou/kekkaku-kansenshou/rubella/index.html
- ・ 感染症に関する啓発ツール（ポスター（風しん、麻疹）、リーフレット（定期の予防接種）等）
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryoku/kenkou/kekkaku-kansenshou/keihatsu_tool/index.html
- ・ 予防接種スケジュール（国立健康危機管理研究機構）
<https://id-info.jihs.go.jp/relevant/vaccine/index.html>
- ・ 予防接種・ワクチン情報（厚生労働省）
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryoku/kenkou/kekkaku-kansenshou/yobou-sesshu/index.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）
https://www.mext.go.jp/a_menu/kenko/hoken/1353635.htm
- ・ 学校、幼稚園、認定こども園、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）
https://www.jpeds.or.jp/modules/activity/index.php?content_id=46
- ・ 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）
<https://www.fmu.ac.jp/education/medicine/departement/pediatrics/file/reports.pdf>
- ・ 公益社団法人日本小児保健協会「保育所における予防接種と感染症に関する あるある Q & A 35」
<https://www.jschild.or.jp/guideline/>
- ・ 公益社団法人日本小児保健協会「医療・福祉・保育・教育に関わる 実習学生のための予防接種の考え方（第 2 版）」
<https://www.jschild.or.jp/archives/8579/>

- ・ 厚生労働省・経済産業省・消費者庁「新型コロナウイルスの消毒・除菌方法について」
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/syoudoku_00001.html

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っては、次に掲げる事項については内閣府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内閣府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、児童の適切な処遇及び安全の確保並びに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内閣府令で定めるもの

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っては、次に掲げる事項については内閣府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内閣府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内閣府令で定めるもの

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）の適切な処遇及び安全の確保並びに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内閣府令で定めるもの

③ 内閣総理大臣は、前項の内閣府令で定める基準（同項第三号の保育所における保育の内容に関する事項に限る。）を定めるに当たっては、学校教育法第二十五条第一項の規定により文部科学大臣が定める幼稚園の教育課程その他の保育内容に関する事項並びに認定こども園法第十条第一項の規定により主務大臣が定める幼保連携型認定こども園の教育課程その他の教育及び保育の内容に関する事項との整合性の確保並びに小学校及び義務教育学校における教育との円滑な接続に配慮しなければならない。

④ 内閣総理大臣は、前項の内閣府令で定める基準を定めるときは、あらかじめ、文部科学大臣に協議しなければならない。

- ⑤ 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。
- ⑥ 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）

（業務継続計画の策定等）

第九条の三 児童福祉施設は、感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する支援の提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（以下この条において「業務継続計画」という。）を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講ずるよう努めなければならない。

- 2 児童福祉施設は、職員に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的の実施するよう努めなければならない。
- 3 児童福祉施設は、定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行うよう努めるものとする。

（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）
- 5 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。

○ 特定教育・保育施設及び特定地域型保育事業並びに特定子ども・子育て支援施設等の運営に関する基準（平成 26 年内閣府第 39 号）（抄）

(正当な理由のない提供拒否の禁止等)

第六条 特定教育・保育施設は、教育・保育給付認定保護者から利用の申込みを受けたときは、正当な理由がなければ、これを拒んではならない。

○ 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、職員に対し、感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止のための研修並びに感染症の予防及びまん延の防止のための訓練を定期的実施す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 型にあつては、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。)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 型にあつては、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 型にあつては、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つては、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 こどもの健康支援

（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、そのこどもの状態等に応じて、保護者に連絡するとともに、適宜、嘱託医やこ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こ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 こ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、こ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、感染症にかかっており、かかっている疑いがあり、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^{かい}灰炎、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MERSCORONA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^{ぜき}、麻疹^{いん}、流行性^じ耳炎、風しん、水痘、咽結膜熱、新型コロナウイルス感染症（病原体がベータコロナウイルス属のコロナウイルス（令和二年一月に、中華人民共和国から世界保健機関に対して、人に伝染する能力を有することが新たに報告されたものに限る。）であるものに限る。次条第二号チにおいて同じ。）、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^{かく}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った者については、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。）にかかった者については、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^{ぜき}にあつては、特有の咳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 麻疹^{いん}にあつては、解熱した後三日を経過するまで。
- ニ 流行性^じ耳炎にあつては、耳、顎又は舌の腫^{がっ}脹^{ぜっ}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皮化するまで。
- ト 咽結膜熱^{いん}にあつては、主要症状が消退した後二日を経過するまで。
- チ 新型コロナウイルス感染症にあつては、発症した後五日を経過し、かつ、症状が軽快^{すい}した後一日を経過するまで。
- 三 結核、髄膜炎菌性髄膜炎及び第三種の感染症にかかった者については、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っ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、感染症にかかっており、又はかかっ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、感染症のウイルスに汚染し、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)

2～5 (略)

6 この法律において「五類感染症」とは、次に掲げる感染性の疾病をいう。

- 一 インフルエンザ(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。)
- 二 ウイルス性肝炎(E 型肝炎及び A 型肝炎を除く。)
- 三 クリプトスポリジウム症
- 四 後天性免疫不全症候群
- 五 性器クラミジア感染症

- 六 梅毒
 - 七 麻しん
 - 八 メチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症
 - 九 前各号に掲げるもののほか、既に知られている感染性の疾病(四類感染症を除く。)であって、前各号に掲げるものと同程度に国民の健康に影響を与えるおそれがあるものとして厚生労働省令で定めるもの
- 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。)
 - 三 新型コロナウイルス感染症(新たに人から人に伝染する能力を有することとなったコロナウイルスを病原体とする感染症であって、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。)
 - 四 再興型新型コロナウイルス感染症(かつて世界的規模で流行したコロナウイルスを病原体とする感染症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）

（情報の公表等）

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 都道府県知事は、第四十四条の二第一項、第四十四条の七第一項又は第四十四条の十第一項の規定による公表（以下「新型インフルエンザ等感染症等に係る発生等の公表」という。）が行われたときから、第四十四条の二第三項若しくは第四十四条の七第三項の規定による公表又は第五十三条第一項の政令の廃止（第六十三条の四において「新型インフルエンザ等感染症等と認められなくなった旨の公表等」という。）が行われるまでの間、新型インフルエンザ等感染症等に係る発生等の公表が行われた感染症の発生の状況、動向及び原因に関する情報に対する住民の理解の増進に資するため必要があると認めるときは、市町村長に対し、必要な協力を求めることができる。

3 都道府県知事は、前項の規定による協力の求めに関し必要があると認めるときは、当該市町村長に対し、新型インフルエンザ等感染症若しくは指定感染症の患者又は新感染症の所見がある者（当該都道府県の区域内に居住地を有する者に限る。）の数、当該者の居住する市町村の名称、当該者がこれらの感染症の患者又は所見がある者であることが判明した日時その他厚生労働省令で定める情報を提供することができる。

4 第一項の規定による情報の公表又は前項の規定による情報の提供を行うに当たっては、個人情報の保護に留意しなければならない。

○ 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施行規則（平成 10 年 厚生省令第 99 号）（抄）

（五類感染症）

第一条 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。以下「法」という。）第六条第六項第九号に規定する厚生労働省令で定める感染性の疾病は、次に掲げるものとする。

一～十五 （略）

十六 新型コロナウイルス感染症（病原体がベータコロナウイルス属のコロナウイルス（令和二年一月に、中華人民共和国から世界保健機関に対して、人に伝染する能力を有することが新たに報告されたものに限る。）であるものに限る。以下同じ。）
十七～四十一 （略）

○「予防接種法施行令の一部を改正する政令(令和 2 年政令第 3 号)」及び「予防接種法施行規則及び予防接種実施規則の一部を改正する省令(令和 2 年厚生労働省令第 5 号)」(抄)

第一 改正の概要

1 対象疾病の追加

定期の予防接種の対象疾病について、ロタウイルス感染症を A 類疾病に追加すること。(令第 1 条関係)

7 経過措置

(1)対象者

令和 2 年 8 月 1 日以後に生まれた者に限ること。(改正政令附則第 2 項関係)

(2)様式の取り扱い

改正省令の施行前の様式により使用されている書類については、改正後の様式によるものとみなすこと。また、改正省令の施行の際に現にある改正省令の施行前の様式は当分の間、これを取り繕って使用することができること。(改正省令附則第 2 条関係)

(3)令和 2 年 10 月 1 日より前の接種の取り扱い

改正省令の施行前の経口投与であって、定期の予防接種のロタウイルス感染症の経口投与に相当するものについては、当該経口投与を定期の予防接種のロタウイルス感染症の経口投与を受けたものとみなして、以後の経口投与を行うこと。(改正省令附則第 3 条関係)

8 その他所要の改正を行うこと

第二 施行期日

これらの改正は、令和 2 年 10 月 1 日から施行すること。

○麻疹に関する特定感染症予防指針(平成 31 年 4 月 19 日一部改正) (抄)

第三 発生の予防及びまん延の防止

三 予防接種法に基づかない予防接種の推奨

- 1 医療機関、児童福祉施設等及び学校等(幼稚園、小学校、中学校、義務教育学校、高等学校、中等教育学校、特別支援学校、大学、高等専門学校、専修学校及び各種学校をいう。以下同じ。)の職員等は、乳幼児、児童、体力の弱い者等の麻疹にり患すると重症化しやすい者と接する機会が多いことから、本人が麻疹を発症すると、集団発生又は患者の重症化等の問題を引き起こす可能性が高い。このため、医療機関、児童福祉施設等及び学校等の職員等のうち、麻疹に未り患又は麻疹のり患歴が不明であり、かつ、麻疹の予防接種を必要回数である二回受けていない又は麻疹の予防接種歴が不明である者に対しては、当該予防接種を受けることを強く推奨する必要がある。

とりわけ、医療機関及び児童福祉施設等の職員等のうち、特に定期の予防接種の対象となる前であり抗体を保有しない零歳児、免疫不全者及び妊婦等と接する機会が多い者に対しては、当該予防接種を受けることを強く推奨する必要がある。

- 5 厚生労働省は、児童福祉施設等の管理者に対し、児童福祉施設等において行われる労働安全衛生法(昭和四十七年法律第五十七号)第六十六条に規定する健康診断の機会等を利用して、当該施設等の職員の麻疹のり患歴及び予防接種歴を確認し、麻疹に未り患又は麻疹のり患歴が不明であり、かつ、麻疹の予防接種を必要回数である二回受けていない又は麻疹の予防接種歴が不明である場合には、当該予防接種を受けることを強く推奨するよう依頼するものとする。特に定期の予防接種の対象となる前であり抗体を保有しない零歳児と接する機会が多い者に対しては、当該予防接種を受けることを強く推奨するよう依頼するものとする。

○「保健所における麻疹対策・対応 ガイドライン 第三版」(令和 8 年 4 月)

国立健康危機管理研究機構 国立感染症研究所 応用疫学研究センター

2 用語定義

感染可能期間

発症(37.5 度以上の発熱、カタル症状のいずれか) 1 日前から解熱後 3 日間(解熱当日を 0 日目、翌日を 1 日目として数え、3 日目まで) とする。

なお、発熱が不明瞭な患者の場合には、発疹出現 4 日前から出現後 4 日間(発疹出現当日を 0 日目として、前日を 1 日前、翌日を 1 日目として数え、4 日前から 4 日後まで) とする。

(注) 令和 8 年 4 月時点で、学校保健安全法施行規則に、発熱が不明瞭な患者の

場合の出席停止期間については記載がありませんが、昨今の麻しんの感染状況を踏まえ、本ガイドラインでは参考情報として掲載しています。

○風しんに関する特定感染症予防指針(平成 29 年 12 月 21 日一部改正) (抄)

第三 発生の予防及びまん延の防止

四 予防接種法に基づかない予防接種の推奨

- 3 医療関係者、児童福祉施設等の職員、学校等（幼稚園、小学校、中学校、義務教育学校、高等学校、中等教育学校、特別支援学校、大学、高等専門学校、専修学校及び各種学校をいう。以下同じ。）の職員等は、幼児、児童、体力の弱い者等の風しんに罹患すると重症化しやすい者や妊婦と接する機会が多いことから、本人が風しんを発症すると、集団感染や感染者の重症化、妊婦の感染等の問題を引き起こす可能性がある。このため、本指針の目標を達成するためには、医療関係者、児童福祉施設等の職員、学校等の職員等のうち、罹患歴又は予防接種歴が明らかでない者に対し、風しんの抗体検査や予防接種の推奨を行う必要がある。
- 8 厚生労働省は、児童福祉施設等において行われる労働安全衛生法（昭和四十七年法律第五十七号）第六十六条に規定する健康診断の機会等を利用して、当該施設等の職員の罹患歴及び予防接種歴を確認し、いずれも確認できない者に対して、風しんの抗体検査や予防接種を推奨するものとする。

「保育所における感染症対策ガイドライン（2026 年改訂版(案)」

保育所等における感染症対策の推進のための研究班

班会議開催要綱

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（2018 年改訂版）」（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。

本ガイドラインは、これまでも数次にわたり一部改訂を行われてきた。政府全体の感染対策の動きを踏まえた上で、現行の制度や実際の保育現場の状況に則した内容への見直しを行うことが求められる。

このため、保育所等における感染症対策の推進のための研究班において、ガイドラインの改訂案の作成について検討を行うこととする。

2. 構成員

- ・班会議の構成員は別紙のとおりとする。

3. 検討事項

- ・ガイドラインの改訂に関する事項

4. 運 営

- (1) 班会議は国立国際医療センターおよびWebのハイブリッドで開催する。
- (2) 班会議の庶務は、国立健康危機管理研究機構が行う。

(別紙)

「保育所等における感染症対策の推進のための研究班」

構成員

氏 名	所 属	
◎ 大曲 貴夫	国立健康危機管理研究機構 国立国際医療センター	病院副院長 国際感染症センター長
是松 聖悟	埼玉医科大学総合医療センター小児科	教授
齊藤 勝	公益社団法人 全国私立保育連盟	常務理事
財前 亘	特定非営利活動法人全国認定こども園協会	副代表理事
須藤 佐知子	文京学院大学 人間学部 児童発達学科	准教授
高島田 史子	横浜市神戸保育園	園長
多屋 馨子	神奈川県衛生研究所	所長
松本 千秋	丸木記念福祉メディカルセンター	感染管理認定看護師 特定看護師
峯 真人	峯小児科	院長
宮入 烈	浜松医科大学 小児科学講座	教授
渡辺 弘司	(公社) 日本医師会	常任理事

五十音順、敬称略

◎研究責任者

執筆協力者

氏 名	所 属	
伊藤 健太	あいち小児保健医療総合センター総合診療科	
岩元 典子	国立健康危機管理研究機構 国立国際医療センター	国際感染症センター
宇田 和宏	岡山大学学術研究院医歯薬学域 小児地域医療学講座	
小川 英輝	あいち小児保健医療総合センター 総合診療科	
木村 英恵	国立健康危機管理研究機構 国立国際医療センター	AMR 臨床リファレンスセンター
佐藤 華乃	国立健康危機管理研究機構 国立国際医療センター	AMR 臨床リファレンスセンター
鈴木 寿々佳	国立健康危機管理研究機構 国立国際医療センター	AMR 臨床リファレンスセンター
鈴木 倫代	国立健康危機管理研究機構 国立国際医療センター	国際感染症センター
田島 太一	国立健康危機管理研究機構 国立国際医療センター	AMR 臨床リファレンスセンター
中河 秀憲	キャップスクリニック長吉長原	
古市 美穂子	埼玉県立小児医療センター 感染免疫・アレルギー科	
古市 宗弘	慶應義塾大学医学部 小児科学教室	
松井 俊大	国立成育医療研究センター 感染症科	
松永 展明	国立健康危機管理研究機構 国立国際医療センター	AMR 臨床リファレンスセンター
山元 佳	国立健康危機管理研究機構 国立国際医療センター	国際感染症センター

五十音順、敬称略

「保育所等における感染症対策の推進のための研究班」 班会議開催日程

2025 年（令和 7 年） 7 月 3 日（木） 17：00-19：00 第 1 回班会議

- ・ 班員の自己紹介
- ・ 研究班の計画概要
- ・ ガイドライン改訂案策定の方針
- ・ ガイドライン改訂案のあり方に関する議論
- ・ 今後の研究計画に関する議論

2026 年（令和 8 年） 2 月 5 日（木） 16:00-18:00 第 2 回班会議

- ・ 班員の自己紹介
- ・ 研究班の概要
- ・ 班研究での調査結果概要
- ・ 改訂の概要に関する検討
- ・ 改訂の内容の方向に関する検討

2026 年（令和 8 年） 2 月 10 日（火） 17：00-19：00 第 3 回班会議

- ・ 改訂の内容の方向性に関する検討

2026 年（令和 8 年） 3 月 10 日（火） 17：00-19：00 第 4 回班会議

- ・ 改訂の内容の方向性に関する検討

2026 年（令和 8 年） 3 月 23 日（月） 18：00-19：20 第 5 回班会議

- ・ 改訂版（案）の最終内容確認

「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）

2021（令和3）年8月25日（水）

- ・「保育所における感染症対策ガイドライン（2018年改訂版）」
一部見直しについて（書面開催）

2021（令和3）年10月8日（金） 一部訂正

2021（令和3）年11月26日（金） 一部修正

2022（令和4）年10月24日（月）

- ・「保育所における感染症対策ガイドライン（2018年改訂版）」
一部見直しについて（書面開催）

2023（令和5）年2月3日（金） 一部修正

2023（令和5）年3月13日（月） 一部修正

2023（令和5）年4月26日（水）

- ・「保育所における感染症対策ガイドライン（2018年改訂版）」
一部見直しについて（書面開催）

2023（令和5）年7月20日（木） 一部修正