

子どもたちを感染症から守るために

— 子どもが集団生活をする施設の管理者・職員の方へ —



子どもたちを感染症から守るために — 子どもが集団生活をする施設の管理者・職員の方へ —

京都市



京都市印刷物第313175号
発行元:保健福祉局健康安全課
健康長寿のまち・京都



参考文献

- ◇ 東京都感染症マニュアル
- ◇ 社会福祉施設等におけるノロウイルス対応標準マニュアル(東京都福祉保健局)
- ◇ 保育所における感染症対策ガイドライン(2018)

お問合せ一覧

	TEL	FAX
北医療衛生コーナー	366-6085	432-3050
上京医療衛生コーナー	366-3748	441-3020
左京医療衛生コーナー	354-5132	702-1355
中京医療衛生コーナー	366-8609	812-0188
東山医療衛生コーナー	354-5086	541-3288
山科医療衛生コーナー	634-8631	502-1677
下京医療衛生コーナー	354-5209	371-6766
南医療衛生コーナー	606-1325	681-5557
右京医療衛生コーナー	366-0115	861-7899
西京医療衛生コーナー	748-9058	381-6266
洛西医療衛生コーナー	874-2275	332-8255
伏見医療衛生コーナー	574-7170	611-0707
深草医療衛生コーナー	644-9105	642-3345
醍醐医療衛生コーナー	644-6324	571-2115
医療衛生センター感染症対策担当	746-7200	251-7233
健康安全課	222-4244	222-4062
幼保総合支援室	251-2390	251-2950
教育委員会体育健康教育室	708-5321	551-9550

子どもたちを感染症から守るために

— 子どもが集団生活をする施設の管理者・職員の方へ —

第1版 平成19年10月
第2版 平成21年3月
第3版 平成22年11月
第4版 平成23年3月
第5版 平成25年3月
第6版 平成28年3月
第7版 令和元年12月

発行 京都市保健福祉局医療衛生推進室健康安全課

TEL 222-4244 FAX 222-4062

子どもたちを感染症から守るために

－ 子どもが集団生活をする施設の管理者・職員の方へ －

京 都 市



目次

1	<u>はじめに</u>	1
2	<u>施設と感染対策</u>	2
	(1) 注意すべき主な感染症	
	(2) 感染対策の基礎知識	
	ア 感染源	
	イ 感染経路の遮断	
	ウ 子どもの健康管理	
3	<u>施設における感染管理体制</u>	4
	(1) 感染対策のためのマニュアルの整備	
	(2) 職員の健康管理	
	(3) 早期発見の方策	
	(4) 職員研修の実施	
4	<u>平常時の衛生管理</u>	5
	(1) 施設内の衛生管理	
	ア 環境の整備	
	イ 排せつ物の処理	
	ウ 血液, 体液の処理	
	(2) 集団生活と感染対策	
	ア 標準的な予防策	
	イ おう吐物などの処理の対応	
	ウ 手洗い	
	エ 食事介助	
	オ 排せつ介助 (おむつ交換を含む)	
	カ 日常の観察	





5	<u>感染症発生時の対応</u>	9
	(1) 感染症の発生状況の把握	
	(2) 感染拡大の防止	
	(3) 行政への報告	
	(4) 関係機関との連携	
6	<u>個別の感染対策（感染経路別予防策）</u>	11
	(1) 空気感染予防策（結核，麻しん（はしか），水痘（みずぼうそう））	
	(2) 飛沫感染予防策（インフルエンザなど）	
	コラム1：知ってるつもり「インフルエンザと湿度」	15
	(3) 接触感染予防策（ノロウイルス，腸管出血性大腸菌など）	
	ア ノロウイルス（感染性胃腸炎）	
	イ 腸管出血性大腸菌（腸管出血性大腸菌感染症）	
	ウ ヘルパンギーナ	
	エ 手足口病	
	コラム2：近年の感染症について	21
7	<u>定期予防接種と任意予防接種について</u>	22
	付録1：感染症の基礎	24
	(1) 子どもが受ける主な予防接種	
	(2) 潜伏期と感染性	
	(3) 主な子どもの感染症	
	(4) 感染症法の対象疾病	
	(5) 子どもの施設などにおける感染症対策	
	付録2：感染症発生時の対応シミュレーション	29
	付録3：保護者等への啓発	30
	付録4：アタマジラミ	30



1 はじめに

子どもたちが集団で生活する保育所や学校では、今なお、腸管出血性大腸菌（O157等）や感染性胃腸炎等の感染症による集団感染がみられます。

子どもたちを感染症から守るために、我々大人達は、感染症予防対策により一層取り組んでいく必要があることは言うまでもありません。

小学校入学前の乳幼児などは手洗い行動をしっかりと行えないため、子どもたちの集団生活において、感染の機会を完全になくすことは非常に困難なことといえます。

また、成人に比べ免疫や体力がないため、感染しやすいことも集団発生が起こりやすい理由と考えられます。

このように多くの子どもたちが集団生活する施設では、いつでも集団発生が起こり得る状況にあるため、日頃から、施設管理者や職員の方は「感染を拡げないこと」を念頭におき、取り組んでいく必要があるのです。

この冊子は、保育所から日常の消毒方法について相談を受けたことを契機に作成したものであり、施設における感染のリスクと対策に関する基本的な知識やポイントを具体的に示しています。

子どもたちの集団生活を見守る立場にある職員の皆様には、本冊子を参考に、厚生労働省等のホームページや本市の健康危機管理情報電子メール配信サービス「みやこ健康・安全ねっと」等の利用により、感染症に関する新たな情報等を収集し、施設の実情に合わせた感染症対策を考えていただきたいと思います。

【感染対策のために必要なこと】

職員は…

- ☆ 乳幼児・児童の特性、施設の特性、施設における感染症の特徴の理解
- ☆ 感染に対する知識（予防、発生時の対応）の習得と日常業務における実践
- ☆ 感染源、媒介者にならないために自身の健康管理を行う〔自身の感染症の既往歴（麻しん（はしか）、風しん（三日はしか）、B型肝炎、C型肝炎など）、ワクチン接種歴を知っておく。〕。

さらに管理者は…

- ☆ 施設内活動の推進（マニュアルの策定、研修の実施、施設整備など）
- ☆ 施設外活動の実施（情報収集、発生時の行政への届出など）
- ☆ 職員の労務管理（職員の健康管理、職員が罹患したときに療養できる人的環境の整備など）
- ☆ 保護者に対し説明し、理解を求める。
- ☆ 特に、重大な感染症発生時には、関係機関と相談のうえ、速やかに保護者に説明を行う。

2 施設と感染対策

(1) 注意すべき主な感染症

施設において、あらかじめ対応策を検討しておくべき主な感染症とは、子ども及び職員に感染が起こり、媒介者となり集団感染を起こす可能性がある感染症です。

インフルエンザ、ノロウイルス感染症、腸管出血性大腸菌感染症などがあります。

これらの感染症の特徴、平常時の対策、発生時の対策は、「6 個別の感染対策」(P11)を参照してください。

(2) 感染対策の基礎知識

感染症の対策の柱として、以下の3つが挙げられます。

- ① 感染源の排除
- ② 感染経路の遮断
- ③ 感染の防止（予防）

ア 感染源

感染症の原因となる病原体（細菌、ウイルスなど）を含んでいるものを感染源といい、次のものは感染源となる可能性があります。

- ① 排せつ物（便、尿など）、おう吐物
- ② 血液、体液、分泌物（たん、うみなど）
- ③ 上記に触れた手指及びその手指で取り扱った食品やすべての物品

①、②は、素手で触らず、必ず使い捨て手袋を着用して取り扱しましょう。また、手袋を脱いだ後は、手洗いが必要です。

③については、食品の加熱を十分に行うだけでなく、直接、食品に手が触れないことを徹底し、物品の消毒を適切に行いましょう。

イ 感染経路の遮断

感染経路には、①空気感染、②飛沫感染、③接触感染などがあります。感染経路に応じた適切な対策をとりましょう。

感染経路の遮断とは、

- ① 感染源（病原体）を持ち込まないこと
- ② 感染源（病原体）を拡げないこと
- ③ 感染源（病原体）を持ち出さないこと

です。

①については、健康の確認、手洗いの励行が重要となります。

②については、施設環境の清掃、せきエチケットの徹底、感染している者（疑いのある者）と健康者との接触を避けるなど、適切な措置をとることが必要です。

また、血液・体液・分泌物・排せつ物などを扱うときは、使い捨て手袋を着用するとともに、これらが飛び散る可能性のある場合に備えて、マスクや使い捨てエプロンの着用についても検討しておくことが必要です。

主な感染経路と病原体

感染経路	特 徴	主な病原体
飛沫感染	感染している人がせきやくしゃみ、会話をした際に、病原体が含まれた小さな水滴（飛沫）が口から飛び、これを近くににいる人が吸い込むことで感染します。飛沫が飛び散る範囲は1～2mです。	細菌：A群溶血性レンサ球菌、百日せき菌、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、風しんウイルス、ムンプスウイルス等
（飛沫核感染） 空気感染	感染している人がせきやくしゃみ、会話をした際に口から飛び出した小さな飛沫が乾燥し、その芯となっている病原体（飛沫核）が感染性を保ったまま空気の流れによって拡散し、それを吸い込むことで感染します。飛沫感染の感染範囲は飛沫が飛び散る2m以内に限定されていますが、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。	細菌：結核菌等 ウイルス：麻しんウイルス、水痘・帯状疱疹ウイルス等
接触感染	感染源に直接接触することで伝播がおこる感染（握手、だっこ、キス等）と汚染された物を介して伝播がおこる間接接触による感染（ドアノブ、手すり、遊具等）があります。通常、体の表面に病原体が付着しただけでは感染は成立しませんが、病原体が体内に侵入することで感染が成立します。病原体の付着した手で口、鼻又は眼を触ること、病原体の付着した遊具等をな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。	細菌：黄色ブドウ球菌、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、エンテロウイルス、アデノウイルス等
経口感染	病原体を含んだ食物や水分を口にすることによって、病原体が消化管に達して感染が成立します。	

ウ 子どもの健康管理

重要なのは、衛生管理の徹底だけでなく、日常から子どもの感染予防を進める視点です。健康状態を把握するためには、毎日の健康状態を記録し、早期に体調の悪い子どもがいないかを把握することが必要です。


- ① 吐きけ・おう吐の有無、回数、内容（性状）及び量
- ② 下痢の有無、内容（性状）及び回数
- ③ 発熱時の体温

感染症を発見しやすくするために、欠席状況など、発生の状況を定期的に分析することにより、「日常的な発生状況」を把握し、「現時点での発生状況」との比較を行いましょう。

例えば、欠席理由に

「下痢」が増えてきた→ノロウイルス、ロタウイルス、O157などを疑っておく。

「発熱」→インフルエンザなどを疑っておく。

 少しの変化で早めに探知することにより、集団感染を防ぐことができるのです。

3 施設における感染管理体制

(1) 感染対策のためのマニュアルの整備

感染防止対策のマニュアルを作成する際には、「平常時」と「発生時」の2つの対応体制を定めます。

平常時：常に行う備え

発生時：万が一発生した時の備え

作成したマニュアルは、実際に日常業務の中で、遵守、徹底されなければ意味がありません。そのためには、次の点に留意しましょう。

- ① 記載内容が現実に実践できること。また、実施状況を踏まえ、適宜内容を見直すこと。
- ② 職員全員に提示され、日常業務の際や必要なときに参照できるよう、いつも手にとりやすい場所に置くこと。
- ③ 内容については、研修などにより周知徹底され、職員全員が確実に理解すること。
- ④ 遵守状況を定期的に確認（自己確認、相互確認）すること。

(2) 職員の健康管理

職員が感染症の症状を呈した場合には、施設の実情を踏まえたうえで、症状が改善するまで就業を停止することを検討する必要があります。職員が病原体を施設内に持ち込むリスクは極めて高いため、まん延させる可能性がなくなるまで休業させることは、感染管理を行ううえで「感染経路の遮断」のため有効な方法といえます。

また、定期的な健康診断を必ず受診し、自身の普段の健康管理に注意する必要があります。

麻しんなどワクチンで予防可能な疾患については、できるだけ予防接種を受け、感染症へのり患を予防し、施設内での感染症の媒介者にならないように努めることが重要です。

(3) 早期発見の方策

感染症の早期発見には、日常から子どもの健康状態を観察し、記録しておくことが重要です。日常的に発生し得る割合を超えて、次のような症状がでた場合には、速やかに対応しなければなりません。

【留意すべき症状】 吐きけ・おう吐、下痢、発熱、せき、のどの痛み、鼻水、発しん（皮膚の異常）

また、子ども特有の感染症の特徴を理解し、流行期には特に気を付けることが重要です。日頃から京都市内の流行状況を把握するようにしましょう。

本市では「京都市こどもの感染症」、「みやこ健康・安全ねっと」により、健康危機に関する啓発を行っています。詳しくは P.30 を御覧ください。

(4) 職員研修の実施

感染症のまん延を防止する観点から、職員に対する十分な教育・研修が必要です。適切な知識を普及啓発するとともに、衛生管理の徹底と衛生的な行動の励行に努めましょう。

職員教育を浸透させていくためには、定期的な教育を実施し、新規採用時には必ず感染対策教育を実施することが重要です。

講師派遣、京都市の出前トークを利用していただくことも可能です。

4 平常時の衛生管理

(1) 施設内の衛生管理

ア 環境の整備

施設内の環境を清潔に保つことが重要です。整理整頓を心がけ、清掃を行いましょう。床の消毒は必要ありませんが、1日1回湿式清掃し、乾燥させることが重要です。使用した雑巾やモップは、こまめに洗浄、乾燥させましょう。

おもちゃは、子どもが口に入れたりするため清潔にしておく必要があります。遊び終わったら水洗いの後、次亜塩素酸ナトリウムに漬けて消毒し、すすいだ後に乾燥させるか、あるいは日光消毒をしてください。

イ 排せつ物の処理

子どもの排せつ物・おう吐物を処理するには、使い捨て手袋や使い捨てエプロン、マスクを着用し、汚染場所を0.1%の次亜塩素酸ナトリウムで清拭、消毒します。処理後は十分な手洗いを行いましょう。

特に、吐物はおう吐した場所から2m程度の範囲で飛び散るといわれており、処理後に汚染を拡げてしまうこともあるので、近づくときにも防御が必要です。



ウ 血液、体液の処理

血液や体液の取扱いには十分注意します。

血液などの汚染物が付着している場合は、まず、使い捨て手袋を着用して清拭除去したうえで、0.1%の次亜塩素酸ナトリウムで清拭後、湿式清掃し、乾燥させます。清拭消毒前に、まず汚染病原体の量を極力減少させておくことが清拭消毒の効果を高めることとなります。

患部に使ったガーゼなどは、他のごみと別のビニール袋に密封して、直接触れないように感染性廃棄物とし、分別処理が必要です。

(2) 集団生活と感染対策

ア 標準的な予防策

感染を予防するためには、「1ケア1手洗い」の徹底が必要です。

感染予防の基本戦略は、「手洗いに始まって手洗いに終わる」といわれるほど、手洗いが重視されています。また、日常の集団生活において子どもの異常を早期発見するなど、日常の場面での感染対策が有効です。

処置の種類	予防策
血液、体液、分泌物、排せつ物（便）などに触れるとき 傷や創傷皮膚に触れるとき	使い捨て手袋を着用します。手袋を外したときには、石けんと流水により手洗いをします。
血液、体液、分泌物、排せつ物（便）などに触れてしまったとき	手洗いをし、手指消毒をします。
血液、体液、分泌物、排せつ物（便）などで衣服が汚れるおそれがあるとき	使い捨てエプロンを着用します。

イ おう吐物などの処理の対応

【介助職員などの服装】

※おう吐物などの処理にあたる場合は、素手で触らず、必ず手袋・マスクなどを着用します。また、必要に応じてゴーグル等を使用します。手袋・マスクを外した後は、必ず手洗いを行い、手指消毒を行います。

【おう吐物などの処理に使用する物品例】

※おう吐物などの処理を行うために、以下のような物品セットをあらかじめ準備しておくことが大切です。

- マスク □バケツ □ペーパータオル等 □使い捨てガウン、エプロン等 □ゴミ袋 2 枚
- 使い捨て手袋 2 枚 □消毒薬 □使い捨てシューズカバー □消毒液作成用計量カップ



ウ 手洗い

手洗いは「1 ケア 1 手洗い」, 「ケア前後の手洗い」が基本です。

手洗いには、「石けんと流水による手洗い」と「消毒薬による手指消毒」があります。

排せつ物などの汚染が考えられる場合には、流水による手洗いを行います。職員の手指を介した感染は、感染経路として最も気をつけるべき点です。万が一汚染された場合にも、直ちに流水下で洗浄することにより、感染を防止することができます。

下図に示した手洗いミスが起こりやすい箇所については、特に気をつけましょう。また、手洗いの際には、次の点に注意しましょう。



手洗いミスの発生箇所

- ・ 指先や爪の間
- ・ 指 の 間
- ・ 親 指 の 周 り
- ・ 手 首
- ・ 手 の し わ

【手洗い時の注意事項】

☆ まず手を流水で軽く洗う。

☆ 石けんを使用するときは、固形石けんではなく、液体石けんを使用する。

- ① 爪は短く切っておく。
- ② 手を洗うときは、時計や指輪をはずす。
- ③ 手洗いミスの発生箇所は、注意して洗う。
- ④ ペーパータオルを使用する。
- ⑤ 水道栓は、手首、肘などで簡単に開栓できるものが望ましい。
- ⑥ 水道栓は洗った手で閉めるのではなく、手を拭いたペーパータオルで止める。
- ⑦ 手を完全に乾燥させる。

※石けんを使った後は石けん成分を確実に洗い流しましょう！

【してはいけない手洗い法】

- ☆ 洗面器に水を溜めて手を洗う。
- ☆ 水だけで手を洗う。(石けんを使わない手洗い)
- ☆ 共有タオルで手を拭く。

正しい手洗い手順



エ 食事介助

食事介助の際は、職員は必ず手洗いを行い、清潔な食器で提供することが大切です。特に、排せつ介助後の食事介助に際しては、食事介助前に十分な手洗いが必要です。

職員が感染症病原体の媒介者とならないように、注意を払いましょう。

オ 排せつ介助（おむつ交換を含む。）

便には多くの細菌やウイルスが混入しているため、職員が病原体の媒介者となることを避けるよう、取扱いには特に注意が必要です。

おむつの一斉交換は感染拡大の危険が高くなります。

おむつ交換の際は、子ども一人ごとに手洗いや手指消毒が必要です。

おむつを交換したり排せつの処理をする場所を一定にしましょう。

☆ 子ども一人ごとに手洗いや手指消毒を徹底し、手袋を使用する場合には1ケアごとに必ず取り替えるなど、特に注意しましょう。場所を限定することで、感染のリスクを低下させることができます。

カ 日常の観察

異常の兆候をできるだけ早く発見するために、子どもの健康状態を常に注意深く観察しましょう。体の動きや声の調子・大きさ、食欲などが、いつものその子らしくないと感じたら要注意です。また、熱があるかどうかは、検温するまでもなく、トイレ誘導やおむつ交換などのケアの際、子どもの体に触れたときにわかることもあります。

さらに、次のような症状には、特に注意が必要です。

主な症状	要注意のサイン
発熱	ぐったりしている。発熱以外に、おう吐や下痢などの症状が激しい。
おう吐	頻回または突然のおう吐。
下痢	便に血が混じっている。
せき、咽頭痛・鼻水	熱があり、たんのからんだせきがひどい。
発しん（皮膚の異常）	強いかゆみがある場合も、まったくかゆみがない場合もある。

5 感染症発生時の対応

感染症発生時の対応として、次のことを行いましょう。

(1) 感染症の発生状況の把握

感染症が発生した場合や、発生が疑われる状況が生じた場合には、有症者の状況や講じた措置などを記録しておきます。

- ☆ 子どもと職員の健康状態（症状の有無）を、発生した日時、階及びクラスごとにまとめます。
- ☆ 受診状況と診断名、治療内容を記録しておきます。

職員が子どもの健康管理上、感染症を疑ったときは、速やかに管理者に報告する体制を整えておく必要があります。また、管理者は、報告を受けた場合、職員に必要な指示を行わなければなりません。

(2) 感染拡大の防止

職員は、感染症が発生した場合や、発生が疑われる状況が生じた場合には、拡大を防止するため速やかに対応しましょう。管理者は、協力医療機関や医療衛生センターに相談し、技術的な応援を頼んだり指示をもらいましょう。



- ☆ 発生時は、手洗いや排せつ物・おう吐物の適切な処理を徹底しましょう。
- 職員を媒介して、感染を拡大させることのないよう、特に注意を払いましょう。
- ☆ 必要に応じて施設内の消毒を行いましょう。消毒薬は、対象病原体を考慮した適切なものを選択する必要があります。

「消毒薬の選択」

水準	消毒薬	主な商品名	対象病原体		
			ノロ,ポリオ (ウイルス)	インフルエンザ (ウイルス)	腸管出血性 大腸菌(細菌)
高 ↑ ↑ 低	次亜塩素酸ナトリウム	ミルトン, ハイター, ピューラックス	○	○	○
	消毒用エタノール	消毒用エタノール	×	○	○
	塩化ベンザルコニウム	オスバン, ウエルパス ホエスミン	×	×	○
	クロルヘキシジン	ヒビテン	×	×	○

○：効果あり ×：効果なし

- ☆ 衣服などのノロウイルス、腸管出血性大腸菌の消毒は、水洗いの後、85℃～90℃で90秒以上の熱処理でも可。
- ☆ 次亜塩素酸ナトリウムには金属腐食作用があるため、ドアノブ等の金属器具を消毒の際には、約10分後に水拭きが必要です。また、脱脂作用が強く肌荒れが起こるため、手指への消毒は避けましょう。さらに、喘息を誘発することもあるので、原則噴霧消毒は、行わないでください。

(3) 行政への報告

次のような場合、迅速に、京都市の社会福祉施設等主管部局に報告することとされています。あわせて、医療衛生センターにも対応を相談します。

厚生労働省通知 平成17年2月22日付け

「社会福祉施設等における感染症発生時に係る報告について」(一部抜粋)

- 1 社会福祉施設等においては、職員が利用者の健康管理上、感染症や食中毒を疑ったときは、速やかに施設長に報告する体制を整えるとともに、施設長は必要な指示を行うこと。
- 2 社会福祉施設等の医師及び看護職員は、感染症若しくは食中毒の発生又はそれが疑われる状況が生じたときは、施設内において速やかな対応を行わなければならないこと。
また、社会福祉施設等の医師及び看護職員その他の職員は、有症者の状態に応じ、協力病院をはじめとする地域の医療機関等との連携を図るなど適切な措置を講ずること。
- 3 社会福祉施設等においては、感染症若しくは食中毒の発生又はそれが疑われる状況が生じたときの有症者の状況やそれぞれに講じた措置等を記録すること。
- 4 社会福祉施設等の長は、次のア、イ又はウの場合は、市町村等の社会福祉施設等主管部局に迅速に、感染症又は食中毒が疑われる者等の人数、症状、対応状況等を報告するとともに、併せて保健所に報告し、指示を求めるなどの措置を講ずること。

ア 同一の感染症若しくは食中毒による又はそれらが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

イ 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※

ウ ア及びイ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

※ 同時に複数の者が症状を呈するなど、食中毒を疑う場合は、人数にかかわらず、直ちに医療衛生センターへ報告してください。

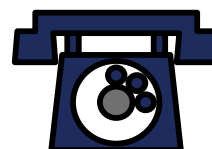
【報告する内容】

- ☆ 感染症または食中毒が疑われる入所者の人数
- ☆ 感染症または食中毒が疑われる症状
- ☆ 施設における対応状況など
- ☆ 経時的な発生状況

(4) 関係機関との連携

次のような関係機関に報告のうえ、対応を相談し、指示を受けるなど、緊密に連携を取りましょう。

- ◇ 協力医療機関の医師(園医、校医など)
- ◇ 行政(医療衛生センター、幼保総合支援室、教育委員会など)



そのほか、職員への周知、保護者への情報提供も重要です。

6 個別の感染対策（感染経路別予防策）

感染経路には、①空気感染、②飛沫^{ひまつ}感染、③接触感染などがあります。それぞれに予防策を行いましょう。

感染症が疑われる症状がある場合には、診断される前であっても、すみやかに予防対応措置をとることが必要です。

（1）空気感染予防策（結核、麻しん（はしか）、水痘（みずぼうそう））

せきやくしゃみなどで飛散した飛沫核^{ひまつ}（5 μm以下、落下速度0.06～1.5cm/sec）で伝播^{てんぱん}し、感染します。飛沫核は空中に浮遊し続け、空気の流れにより飛散します。

【予防対策措置】

- ◇ 感染が疑われる症状があるときは、すぐに別室に移すなどほかの子どもから隔離するのが望ましいが、それができないときでも、できるだけ遠ざけるようにしましょう。
- ◇ 免疫のない職員は、患児との接触を避けましょう。 ◇ 換気を心掛けましょう。

麻しん（はしか）

H27年3月に、日本は麻しん排除状態と認定されていますが、海外から国内に麻しんが持ち込まれるケースが発生しています。

【特徴】潜伏期：10～12日

- 症 状：①カタル期：2～4日間、発熱（38℃前後）、せき、鼻水など「かぜ」に似た症状が持続します。
②発しん期：一旦熱が下がるが、再び高熱（39℃～40℃）が出て、顔・首・全身に発しんが現れ3～4日間続きます。
③回復期：発熱はおさまり、発しんは色素沈着を残して消退します。

治 療：特効薬はなく対症療法

【予防法】 ワクチン接種が最も有効な予防方法です。

通常MR（麻しん・風しん混合）ワクチンを1歳及び小学校入学前の1年間（いわゆる幼稚園等の年長児）に2回接種します。この予防接種は定期予防接種であり、費用は公費負担により無料となります。

【準備】 集団感染が起こらないようにするためには、接種率が95%以上必要であるといわれています。

保育所、幼稚園、小学校では全園児、生徒及び職員の接種者（率）を把握し、接種率が低い場合は接種勧奨を行うなど、接種率の向上に努めましょう。

職員については、適宜、抗体の有無を検査し、麻しんに罹患する可能性があれば、ワクチンを接種するようにしましょう。

【患者が発生したら】

万一、麻しん患者が出てしまったら、患者を休ませることはもちろん、接触者の健康確認（毎朝、発熱のチェックなど）の徹底が必要になりますので医療衛生センターに相談しましょう。

潜伏期間が10～12日間あるため、その倍以上の期間の健康確認が必要です。

終息には、「最後の麻しん患者と児童生徒及び職員との最終接触日から、21日間新たな麻しん患者の発生が見られていないこと」が必要になります。

詳細は学校における麻しん対策ガイドラインを参照にしてください。

https://www.niid.go.jp/niid/images/idsc/disease/measles/guideline/school_201802.pdf

水痘（みずぼうそう）

年間を通じて患者の発生がみられ、特に冬から春に多い感染症です。

【特 徴】 潜 伏 期：10～21日

症 状：発しんの発現する前から発熱が認められ、典型的な症例では赤い発しんから始まり、粘度のある液体が含まれる水ぶくれを経てかさぶたになり、その後治癒します。

【予防法】 ワクチン接種が最も有効な予防方法であり、2回の接種により軽症の水痘も含めてその発症を予防できると考えられているため、園児や職員の接種者を把握し、未接種者については、適宜ワクチンを接種します。

【対 応】 水痘は空気感染により拡がる感染力の強い感染症のため、あらかじめ児童等の予防接種歴は確認しておく必要があります。

万一、患者発生時に、未接種者が患者と接触したことが確認された場合には、接触後72時間以内であればワクチンにより症状の軽減等が期待できるため、必要に応じ、施設管理者等は保護者に伝え、接種を促します。

また、水痘は飛沫^{ひまつ}感染や接触感染によっても感染するため、手洗いなどの基本的な予防策も改めて徹底する必要があります。

(2) 飛沫感染予防策（インフルエンザなど）

せき、くしゃみ、会話などで飛散した飛沫粒子（5 μ m以上、落下速度30～80cm/sec）で伝播し、感染します。飛沫粒子は空中に浮遊し続けることはありません。

【施設で行う予防対策措置】

- ◇ 感染が疑われる症状があるときは、すぐに別室に移すなど他の子どもから隔離するのが望ましいが、それができないときでもできるだけ遠ざけるようにしましょう（2～3メートルくらい離れていても、病原体を吸い込む可能性があります。）。
- ◇ 職員は手洗いを励行しましょう。
- ◇ 加湿器等で湿度を保ちましょう。
- ◇ 換気を心掛けましょう。

インフルエンザ

【平常時の対応】

インフルエンザウイルスは感染力が強いことから、ウイルスを施設内に持ち込まないようにすることが、施設内感染防止の基本とされています。

【予防】

- 手洗い
- 十分な栄養と睡眠
- 加湿
- 換気
- 流行期前の予防接種

インフルエンザの感染経路は主に飛沫感染なので、手に付いたウイルスからの感染（接触感染）を防ぐために手洗いを励行しましょう。また、気温が下がると部屋が乾燥するため、加湿器などで湿度を保つとともに、換気を十分に行い、新鮮な空気を入れましょう。

【うつさないために】

- せきエチケット

せきが出るときにはマスク（不織布）の着用を徹底し、他者に感染させないようにしましょう。

【発生時の対応】

施設利用者や職員に感染が発生した場合には、感染の拡大を可能な限り阻止し、被害を最小限に抑えることが、施設内感染防止対策の目的になります。

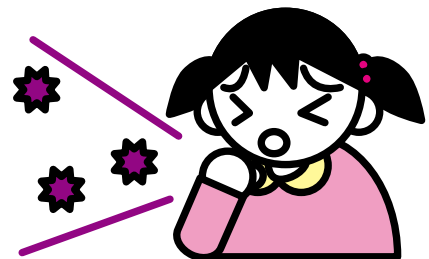
そのためには、事前に施設内での集団感染を想定した十分な検討を行い、以下のとおり対処を考慮しておくことが重要です。

（1）日常的に行うべき対策（事前対策）

利用者・職員に対する日常の健康チェック

- 37℃以上の発熱があるか？
- せき、咽頭痛などのかぜ様症状を訴えていないか？
- 家族にインフルエンザと診断された者がいるか？

上記のうち2つ以上の項目に該当する場合は、インフルエンザを疑い、対処を考えます。



その他、インフルエンザワクチンの接種が有効であるため、接種の有無を確認しておくことも大切です。

インフルエンザが流行するシーズン（通常11月～4月）を前に、予防接種の必要性、有効性、副反応について十分な説明が必要です。

(2) インフルエンザ発生時の対策（行動計画）

事前に対応マニュアルを作成し、特に関係機関との連携が重要であることから、日頃から医療衛生センター、医療機関、福祉事務所などと連携体制を構築しておくことが重要です。

具体的な対策項目

- ・ インフルエンザと診断された者に対する対策（確実に休ませるよう配慮するなど）
- ・ インフルエンザで欠席している者の再登校（再登園）について（発症した後5日を経過し、かつ、解熱した後2日（幼児は3日）を経過しているかの確認）
- ・ 感染を疑う者がいる場合の対処（部屋を変えるなど、あらかじめ考慮しておく。）
- ・ 登校（登園）自粛措置（インフルエンザ患者が増加した場合に、インフルエンザのまん延を防ぐための対応）

コラム1: 知ってるつもり「インフルエンザと湿度」

冬は、一年で最も乾燥する季節です。また、暖房の影響もあり、ますます室内の湿度は低下しがちです。あなたの部屋は、乾燥しすぎていませんか？そこで問題です。

インフルエンザ対策として、冬の適切な湿度は次のうちどれでしょうか？

- ①20% ②50% ③80%

乾燥した環境を、インフルエンザウイルスは好むといわれています。長時間、生存する（正確には「感染性を保つ」）ことができるからです。だから、冬場は特に湿度を適切にコントロールすることが重要になってきます。

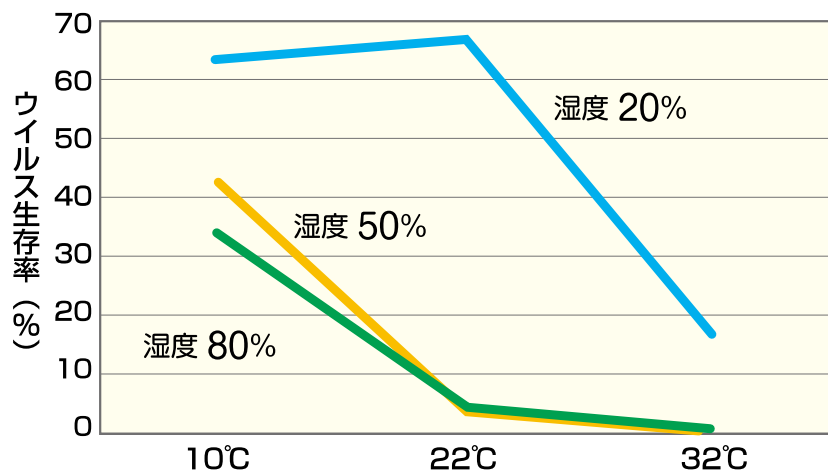


図1. インフルエンザウイルスの生存率

しかし、適切な湿度を知らない人が多いのではないのでしょうか。正解は②、といたいところですが、実は湿度だけでなく室温にも注意をする必要があるのです。図1は、室温・湿度とインフルエンザウイルスの生存率の関係を表したグラフで、「22°C・50%」の組合せが最も適していることを示しています。湿度によるカビが気になるという方は、この組合せを図2に当てはめてみてください。カビを防ぐという点でも、適切であることがわかります。

インフルエンザにかからない環境づくりを目指しましょう。

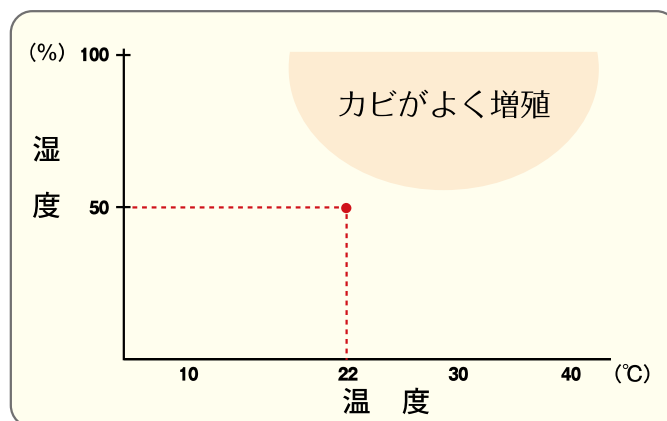


図2. カビの発生環境

(3) 接触感染予防策（ノロウイルス、腸管出血性大腸菌など）

経口感染と接触感染に分けられています。

手指、食品、器具などを介して起こるのが最も頻度の高い伝播経路です。汚染物（排せつ物、分泌物など）との接触で環境を汚染し、手指を介して広がるのが特徴です。

【予防対策措置】

- ◇ 汚染物との接触が予想される時は、使い捨てエプロンを着用します。エプロンを脱いだあとは、衣服が汚物や汚染された場所に触れないよう注意しましょう。
- ◇ 手袋を着用し、便に触れたら手袋を交換します。
- ◇ 手洗いを励行し、適宜手指の消毒をします。
- ◇ 居室には、特殊な空調設備の必要はありません。

ア. ノロウイルス（感染性胃腸炎）

【特徴】

ノロウイルスは、冬季に流行する感染性胃腸炎の主要な原因となるウイルスで、集団感染を起こすことがしばしばあります。ノロウイルスの感染は、ほとんどが経口感染と接触感染で、主にノロウイルスに汚染された食品、貝類（カキなどの二枚貝や加工品）を、生あるいは十分加熱調理しないで食べた場合に感染します（なお、ノロウイルスは、調理の過程で85℃～90℃・90秒以上の加熱を行えば、感染性はなくなるとされています。）。

施設においては、便やおう吐物に触れた手指で取扱う食品やドアノブ、水道のカランなどを介して、二次感染を起こす場合が多くなっています。また、不十分な処理により残存したおう吐物などが乾燥し空気中に舞い上がり感染することもありますので、注意が必要です。

主症状は、吐きけ、おう吐、腹痛、下痢で、通常は1～2日続いた後、治癒します。

【平常時の対応】

*食中毒対策

ノロウイルスによる食中毒は、カキ（貝）によるものより、調理する方からの二次汚染を原因とすることの方が多いです。食品を十分加熱（85℃～90℃・90秒以上）したものを提供するだけでなく、使い捨て手袋等により提供する食品に直接手が触れないよう配慮することが大切です。

ノロウイルスの消毒

- ① 汚染場所に関係者以外の方が近づかないようにします。
- ② 処理をする人は使い捨て手袋とマスク、エプロンを着用します。



- ③ おう吐物は使い捨ての布やペーパータオル等で外側から内側に向けて、拭き取り面を折り込みながら静かに拭き取ります（牛乳パック等を使うと集めやすいです。）。



同一面でこすると汚染を広げるので注意

- ④ 使用した使い捨ての布やペーパータオル等はすぐにビニール袋に入れ処分します。



ビニール袋に0.1%次亜塩素酸ナトリウムを染み込ませる程度に入れ消毒するとよい。

- ⑥ 使用した着衣は廃棄が望ましいが、消毒する場合、下記の手順で行います。

- ① 付着したおう吐物を取り除く（手袋着用）。
- ② 熱湯につけるか、0.02%の次亜塩素酸ナトリウムに30～60分つける。
- ③ 他のものと別に洗濯機等で洗濯する。



- ⑤ おう吐物が付着していた床とその周囲を0.1%次亜塩素酸ナトリウムを染み込ませた布やペーパータオル等で覆うか、浸すように拭きます。



カーペット等は色が変色する場合があります。

次亜塩素酸ナトリウムは鉄などの金属を腐食するので、拭き取って10分程度たったら水拭きします。

- ⑦ 手袋は、付着したおう吐物が飛び散らないよう、表面を包み込むように裏返してはずします（*具体的な外し方参照）。手袋は、使った布やペーパータオル等と同じように処分します。



処理後は手袋を外して手洗いをします。

* 具体的な外し方



- ① 片方の手袋の袖口をつかみ、袖口から捲く様に外していく（手袋の内側は触らない。）。



- ② 手袋を表裏逆になるように外す。



- ③ 手袋を外した手を反対の手袋の袖口に差し込んで手袋を外していく。

* 感染対策

下痢便やおう吐物などには多量のウイルスが含まれている可能性があり、処理するときには、使い捨て手袋を着用することが必要です。さらに、おう吐物の場合には、汚染が広がりやすいので、マスク、使い捨てエプロンを着用します。

おう吐物は、布やペーパータオルで覆い、確実に集めてビニール袋に入れます。また、乾燥する前に、おう吐物があった面積より広い範囲に0.1%次亜塩素酸ナトリウムをかけた後、ペーパータオルなどで拭き取り、それらもビニール袋に入れます。汚物の入ったビニール袋は口をしっかり縛り、二重にして戸外に出しておきます。

感染防止には、まず正しい手洗いを実行することが大切です。とりわけ、職員はウイルスを残さないようにしっかりと手洗いをしてください。介助後・配膳前・食事介助時には必ず手を洗いましょう。

また、施設で患者が発生した場所を中心に、特に患者が手で触った場所（ドアノブ、手すり、机、壁など）を0.02%次亜塩素酸ナトリウムで念入りに消毒しましょう（保育所では床なども消毒する必要があります。）。

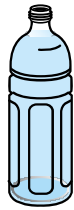
【発生時の対応】

「5 感染症発生時の対応」の「(3) 行政への報告」(P.10)の項を参照してください。

《消毒液（次亜塩素酸ナトリウムの希釈液）の作り方》

【0.02%次亜塩素酸ナトリウムの作り方】

水道水500mL（500mLペットボトル1本分）に塩素系漂白剤（次亜塩素酸ナトリウム濃度5%）を2mL（500mLペットボトルのキャップ約半杯分）入れて、混和する。

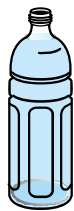


←キャップ半杯分

- 塩素系漂白剤（次亜塩素酸ナトリウム濃度5%）：
キャップ半杯分(2mL)
- 水道水：
500mLペットボトル1本分（500mL）

【0.1%次亜塩素酸ナトリウムの作り方】

水道水500mL（500mLペットボトル1本分）に塩素系漂白剤（次亜塩素酸ナトリウム濃度5%）を10mL（500mLペットボトルのキャップ2杯分）入れて、混和する。



- 塩素系漂白剤（次亜塩素酸ナトリウム濃度5%）：
キャップ2杯分(10mL)
- 水道水：
500mLペットボトル1本分（500mL）

ペットボトルを利用して作る時は、ペットボトルのキャップ1杯が約5mLであることを覚えておきましょう。また、**誤って飲まないように**、ラベルを貼るなど、注意をしてください。

次亜塩素酸ナトリウムは、時間の経過とともに効果が減少していきます。消毒液は冷暗所に保管し、早めに使うようにしてください。

消毒液は子どもが手を触れない場所に保管するよう注意しましょう。

イ. 腸管出血性大腸菌（腸管出血性大腸菌感染症）

【特徴】

O157は、腸管出血性大腸菌の一種です。大腸菌自体は、人間の腸内に普通に存在し、ほとんどは無害ですが、中には下痢を起こす原因となる大腸菌がいます。これを病原性大腸菌といいます。このうち、特に出血を伴う腸炎などを引き起こすのが、腸管出血性大腸菌です。

腸管出血性大腸菌は、人の腸内に常在している大腸菌と性状は同じですが、ベロ毒素を産生し、腸管からの出血やHUS（溶血性尿毒症症候群）などを引き起こし、死亡することもあります。O157による感染症が最も多く発生しますが、O26、O111などの発生もあります。

少量の菌に感染するだけで、平均3～5日の潜伏期を経て発症し、水様性下痢が続いた後、激しい腹痛と血便を呈することがあります。

【平常時の対応】

○園児や職員に下痢が見られるときは要注意！

以下の症状などがあれば、登校（登園）自粛や受診など適切な処置をしましょう。

- 下痢、血便、発熱、おう吐
- 家族に上記の同様の症状があり、本人にも疑う症状がある。

○定期検便の実施

症状がなくても、腸管出血性大腸菌を保菌している（お腹の中に持っている。）こともありますので、職員は定期的に検便を実施するようにしましょう。

●検査項目

一般職員 …腸管出血性大腸菌，サルモネラ，赤痢菌など

給食調理人 …上記項目に加え，可能な限りノロウイルスについても実施しましょう。

※万一，検便で腸管出血性大腸菌が陽性になったら…

- 1 まず，医療衛生センターに連絡し，その指示に従ってください。
- 2 当該職員は，受診し，投薬治療を受け，休むなどの措置をとりましょう。
- 3 菌を持たなくなるまで調理従事はせず，園児や他の職員への接触に注意しましょう。

特に乳幼児には，火が完全に通っていない肉を食べさせないようにしましょう。また，感染を予防するため，焼肉やバーベキューをする場合，生肉をとる箸と食べる箸を別々に使用することなどを保護者に啓発しましょう。

少量の菌量で感染するため，集団生活する場では二次感染を防ぐ必要があります。感染予防のために，以下の衛生的な取扱いが大切です。

- ◇ 手洗いの励行（トイレの後，食事の前など）
- ◇ 消毒（ドアノブ，便座などのアルコール清拭）
- ◇ 食品の洗浄や十分な加熱

【発生時の対応】

- ◇ 激しい腹痛を伴う頻回の水様便または血便がある場合には，病原体の検出の有無にかかわらず，できるだけ早く医療機関を受診させることが重要です。
- ◇ 食事の前やトイレの後の手洗いを徹底することが大切です。

ウ. ヘルパンギーナ

【特徴】

ヘルパンギーナは，主にコクサッキーウイルスA群が感染することにより発病します。

夏かぜの一種で，流行は例年初夏～初秋に見られ，幼児を中心に多発することに特徴があります。

症状としては，38℃以上の発熱が2～4日続き，おう吐，咽頭痛，全身倦怠感，食欲不振などを呈します。発赤を伴う水ほうしんが口の中（咽頭，へん桃など）に認められますが，口以外の部位には認められないのが特徴です。通常，およそ1週間程度で治ります。

(写真)口の中の水ほうしん

【出典:感染症の話(2001年第33週掲載)
国立感染症研究所感染症情報センター】



【予防対応】

発症後、医師に診断されるまでに患者が登校（登園）している可能性も十分にあります。主に接触により感染が広がりますので、患者とのタオルなどの共有を避け、手洗い・うがいを十分に行うことが大切です。また、治癒後も2～4週間にわたって糞便からウイルスが排せつされるので、おむつなどの取扱いにも十分注意しましょう。

【登校（登園）について】

学校保健安全法等が適用・準用される場合があります。事案ごとの判断が必要であるため、施設所管課に御相談ください。

（参考）

学校保健安全法第十九条

校長は、感染症に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。

工. 手足口病

【特徴】

手足口病の病原体は、コクサッキーウイルスA群16型（まれに10型）及びエンテロウイルス71型などのエンテロウイルスです。特に、エンテロウイルス71型の感染により、重症化や死亡する報告例もあり、流行状況に注意が必要です。

流行はヘルパンギーナと同様に、例年初夏～初秋に見られますが、初冬まで続くこともあります。

症状としては、38℃台までの発熱（発熱がない場合もある）が1～3日続き、食欲不振、咽頭痛などを呈します。ヘルパンギーナと異なり、水ぼうしは舌、頬粘膜、口唇部などの口部分のほか、手掌足底に出現することから手足口病と言われています。また、臀部にも認めることがあります。通常、およそ1週間～10日程度で治ります。



（写真）水ぼうし性発しん 【出典：感染症の話（2001年第27週掲載）国立感染症研究所感染症情報センター】

【予防対応】

発症後、医師に診断されるまでに患者が登校（登園）している可能性も十分にあります。主に接触により感染が広がりますので、患者とのタオルなどの共有を避け、手洗い・うがいを十分に行うことが大切です。また、治癒後も2～4週間にわたって糞便からウイルスが排泄されるので、おむつなどの取扱いにも十分注意しましょう。

【登校（登園）について】

学校保健安全法等が適用・準用される場合があります。事案ごとの判断が必要であるため、施設所管課に御相談ください。

（参考）

学校保健安全法第十九条

校長は、感染症に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。

コラム2: 近年の感染症について

近年は国際化が進み、これまで日本で見られなかった感染症についても、海外旅行者等を介して外国から持ち込まれる可能性が高まっています。

このような感染症のうち、最近、話題になっている感染症を以下に紹介します。

【エボラ出血熱】

平成30年8月からコンゴ民主共和国において、エボラ出血熱のアウトブレイクが続いており、令和元年6月には隣国のウガンダ共和国でも患者が確認されました。

世界保健機関（WHO）は、コンゴ民主共和国におけるエボラ出血熱の発生が北キブ州の州都ゴマにも及んだことを受けて、令和元年7月18日（日本時間）、この事態が「国際的に懸念される公衆衛生上の緊急事態（PHEIC）」に該当すると宣言しました。

出国される方においては、現地では患者の発生地域に近づかない、動物の死体に近づくことや生肉を食べることを避けるなど、感染を防ぐための十分な注意が必要です。

【MERS（中東呼吸器症候群）】

平成29年7月において、流行国はアラブ首長国連邦、イエメン、オマーン、カタール、クウェート、サウジアラビア、ヨルダンの7ヶ国とされています。空港等の検疫所ではMERS発生国からの入国者、帰国者でMERSに感染した疑いがある者がいた場合、検査や健康監視を行っていますが、流行地ではヒトコブラクダ等動物とできる限り接触を避ける、未加熱のラクダの乳など加熱不十分な食品を避けるなど、自ら対策をすることが大切です。

【デング熱】

熱帯や亜熱帯の全域で流行している感染症であり、東南アジア、南アジア、中南米で多くの患者が発生しています。

日本での発生は、これらの国からの帰国者によるものがほとんどですが、平成26年8月には東京都内（代々木公園）において国内発生が確認されました。

発症すると、突然の高熱、頭痛、眼痛等の症状が出ますが、ほとんどの人は1週間程度で回復します。

デング熱を媒介する蚊（ヒトスジシマカ）は日本にも生息しており、デング熱に感染した帰国者から日本国内で感染が広がる可能性は否定できないため、患者は蚊に刺されないよう注意が必要です。また、蚊の発生を防ぐために、普段から住居周辺の雨水ますにふたをする、バケツ等にたまっている水をこまめに捨てるなどの対策も有効です。

【ジカウイルス感染症】

デング熱と同じヒトスジシマカ等の蚊により媒介される感染症です。ジカウイルスに感染した媒介蚊の吸血によりヒトへ感染し、基本的に感染したヒトから他のヒトに直接感染することはありませんが、輸血や性行為により感染することが報告されています。

症状は発熱、関節痛・関節炎、結膜充血等であり、デング熱に類似していますが、2～7日で治癒し、一般的にデング熱よりも軽症です。

ただし、胎児の小頭症との関連や四肢からの筋力低下が見られるギラン・バレー症候群との関連が疑われているため注意が必要です。

7

定期予防接種と任意予防接種について

(平成31年4月1日現在)

予防接種スケジュール		年齢(月)	年齢(歳)																						
予防接種	目的	3	6	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
定期 接種	B C G	結核の予防	■																						
	標準的な接種期間は生後5月～8月																								
	ヒブ(インフルエンザ菌b型)	インフルエンザ菌b型による感染症(髄膜炎等)の予防	▼▼▼(初回3回)		▼(追加1回)																				
	標準的な接種開始は生後2月～7月																								
	小児用肺炎球菌	肺炎球菌による感染症(髄膜炎等)の予防	▼▼▼(初回3回)		▼(追加1回)																				
	標準的な接種開始は生後2月～7月																								
	B型肝炎※1	B型肝炎ウイルスの感染予防	▼▼		▼																				
	標準的な接種は生後2月～9月																								
	DPT-IPV(4種混合:ジフテリア・百日せき・破傷風・ポリオ)※2	ジフテリア・百日せき・破傷風・ポリオの予防	▼▼▼(初回3回)		▼(追加1回)																				
	標準的な接種開始は生後3月～12月																								
DT(2種混合:ジフテリア・破傷風)	ジフテリア・破傷風の予防											▼													
標準的な接種は11歳																									
MR※3(麻しん・風しん混合)	麻しん(はしか)・風しん(三日はしか)の予防					▼				▼															
第1期	第2期																								
水痘(みずぼうそう)	水疱(みずぼうそう)の予防	▼▼																							
標準的な接種開始は生後12月～15月																									
日本脳炎※4	日本脳炎の予防	▼▼(第1期初回2回)		▼▼(第1期追加1回)												▼									
第2期	標準的な接種は9歳																								
子宮頸がん※4	子宮頸がんの原因となるヒトパピローマウイルス(HPV)の感染予防											▼▼▼													
標準的な接種は中学校1年生相当																									
任意 接種	インフルエンザ	インフルエンザの重症化の予防	(毎年2回)										(毎年1回又は2回)												
	流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)	おたふくかぜの予防	▼																						

▼接種例 □接種が定められている年齢 ■標準的な接種年齢(定期接種)
 (※1)母子感染予防のため、健康保険の給付によるB型肝炎ワクチンの投与を受けた方は、定期予防接種の対象とはなりません。
 (※2) DPT-IPV→4種混合ワクチン、DT→2種混合トキソイド、IPV→不活化ポリオワクチンのこと。
 通常はDPT-IPVを用いて接種を行います。生ポリオワクチン・不活化ポリオワクチンの接種を受けたことがある、百日せきに罹患したことがある等の場合は、DT、IPVの接種を受けることもできます。ただし、接種回数等が異なることがありますので注意してください。
 (※3)通常はMR(麻しん風しん混合)ワクチンを用いて接種を行います。特に希望する場合は、麻しん又は風しん単抗原ワクチンの接種を受けることもできます。

料 金	接種対象者	接種回数
無 料	生後 1 歳に至るまでの間にある者	1 回
無 料	生後 2 月から生後 60 月（5 歳）に至るまでの間にある者	【接種開始が生後 2 月～7 月未満】 初回 3 回、追加 1 回 【接種開始が生後 7 月～12 月未満】 初回 2 回、追加 1 回 【接種開始が生後 12 月～60 月未満】 1 回
無 料	生後 2 月から生後 60 月（5 歳）に至るまでの間にある者	【接種開始が生後 2 月～7 月未満】 初回 3 回、追加 1 回 【接種開始が生後 7 月～12 月未満】 初回 2 回、追加 1 回 【接種開始が生後 12 月～24 月未満】 2 回 【接種開始が生後 24 月～60 月未満】 1 回
無 料	生後 1 歳に至るまでの間にある者	3 回
無 料	生後 3 月から 90 月（7 歳 6 月）に至るまでの間にある者	【第 1 期 初回接種】 20 日以上の間隔を置いて 3 回 【第 1 期 追加接種】 初回接種終了後 6 月以上の間隔を置いて 1 回
無 料	11 歳以上 13 歳未満の者	【第 2 期】 1 回
無 料	生後 12 月から 24 月に至るまでの間にある者	【第 1 期】 1 回
	小学校就学前の 1 年間にある者 (いわゆる幼稚園等の年長児に相当する者)	【第 2 期】 1 回
無 料	生後 12 月から 36 月に至るまでの間にある者	2 回
無 料	生後 6 月から 90 月（7 歳 6 月）に至るまでの間にある者	【第 1 期 初回接種】 6 日以上の間隔を置いて 2 回 【第 1 期 追加接種】 初回接種終了後 6 月以上の間隔を置いて 1 回
	9 歳以上 13 歳未満の者	【第 2 期】 1 回
無 料	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（いわゆる小学校 6 年生～高校 1 年生相当の女子）	3 回
任意接種については医療機関により異なる	生後 6 月以上で、定期接種対象者（65 歳以上の者及び 60 歳以上 65 歳未満の者で厚生労働省令で定めるもの）を除く全年齢	(毎年) 13 歳未満 2 回 13 歳以上 1 回または 2 回
医療機関により異なる	1 歳以上の者	2 回

(※4)日本脳炎予防接種の第 1 期初回接種の標準的な接種期間は 3 歳からです。3 歳未満は接種量が異なりますので注意してください。
また、日本脳炎の予防接種については特例措置があり、対象者は下記のとおりです。
①平成 11 年 4 月 2 日～平成 19 年 4 月 1 日生まれで 20 歳未満の人は第 1 期・第 2 期の接種不足回数分の接種を受けることができます。
②平成 19 年 4 月 2 日～平成 21 年 10 月 1 日生まれの人は第 1 期の接種不足回数分の接種を受けることができます(ただし 9 歳以上 13 歳未満の者に限る。)

付録 1：感染症の基礎

- (1) 子どもが受ける主な予防接種
- (2) 潜伏期と感染性
- (3) 主な子どもの感染症
- (4) 感染症法の対象疾患
- (5) 子どもの施設などにおける感染症対策

付録 2：感染症発生時の対応シミュレーション

付録 3：保護者等への啓発

「京都市こどもの感染症」について

付録 4：アタマジラミ

付録 1 : 感染症の基礎

(1) 子どもが受ける主な予防接種

- ア 定期の予防接種：BCG（結核），ヒブ（インフルエンザ菌b型），小児用肺炎球菌，
B型肝炎，DPT-IPV（ジフテリア・百日せき・破傷風・ポリオ4種混合），DT，
MR（麻しん（はしか），風しん），水痘（みずぼうそう），日本脳炎，子宮頸がん
- イ 任意の予防接種：インフルエンザ，流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）など

(2) 潜伏期と感染性

すべての感染症には病原体に感染してから発症するまでの潜伏期が存在します。潜伏期とは体内に侵入した病原体が一定量に達して発症するまでの期間です。感染性が現れるのは，各々の感染症の発症後とは限らず，疾患によっては潜伏期から治癒した後まで病原体の排出がみられることがあり，この期間は感染しやすくなります。感染症を疑うときは，各々の感染症の潜伏期を考慮します。

(3) 主な子どもの感染症

※ 公益社団法人日本小児科学会ホームページ参照

疾患名	主な潜伏期	主な感染経路	主な症状
インフルエンザ㊟	1～4日	ひまつ 飛沫	発熱・せき・悪寒・のどの痛み・筋肉痛
百日せき㊟	7～10日	ひまつ 飛沫	反復性のせき
麻しん（はしか）㊟	8～12日	空気・接触	発熱・せき・発しん
流行性耳下腺炎 （おたふくかぜ）㊟	16～18日	ひまつ 飛沫	耳下腺の腫れ・発熱
風しん㊟ （三日はしか）	16～18日	ひまつ 飛沫	発しん・リンパ節の腫れ
水痘㊟ （みずぼうそう）	14～16日	空気・接触	発しん・水ほう・発熱
咽頭結膜熱㊟ （プール熱）	2～14日	ひまつ 飛沫・接触	結膜炎・発熱・のどの痛み
結核㊟	2年以内	空気	せき・たん・発熱
髄膜炎菌性 髄膜炎㊟	4日以内	ひまつ 飛沫	発熱・腹痛・おう吐・項部硬直

疾患名	主な潜伏期	主な感染経路	主な症状
腸管出血性大腸菌 感染症(O157) (菌)	10時間～8日	経口	下痢(粘血便・鮮血便)・腹痛
流行性角結膜炎 (ウイルス)	2～14日	接触・飛沫 ^{ひまつ}	結膜充血
急性出血性結膜炎 (ウイルス)	1～3日	経口・飛沫 ^{ひまつ}	充血・結膜下出血
コレラ (菌)	1～3日	経口	水様性下痢
細菌性赤痢 (菌)	1～3日	経口	発熱・腹痛・下痢(粘血便)
腸チフス (菌) パラチフス (菌)	7～14日	経口	39～40℃の発熱以外特記すべき 症状のないことが多い
ヘルパンギーナ (ウイルス)	3～6日	経口・飛沫 ^{ひまつ}	高熱・口腔内粘膜しん ^{くう} ・のどの痛み
手足口病 (ウイルス)	3～6日	経口・飛沫 ^{ひまつ}	発熱・舌や頬粘膜に水ほうや発赤しん
伝染性紅斑 (りんご病) (ウイルス)	4～14日	飛沫 ^{ひまつ}	発しん・関節痛
溶血性レンサ 球菌感染症 (菌)	2～5日	飛沫 ^{ひまつ}	高熱・のどの痛み・おう吐・腹痛
感染性胃腸炎 (ウイルス) (ノロ,ロタウイルス)	ロタ:1～2日 ノロ:12～48時間	経口	おう吐・下痢
マイコプラズマ 肺炎	2～3週間	飛沫 ^{ひまつ}	乾いたせき・発熱
突発性発しん (ウイルス)	9～10日	接触(唾液)	発しん・関節痛
アタマジラミ症	ふ化まで 10～14日	接触	かゆみ
伝染性軟属腫 (ウイルス) (水イボ)	2～7週	接触	伝染性のいぼ
伝染性膿痂しん (菌) (とびひ) ^{のうか}	2～10日	接触	かゆみの強い水ほう

疾患名の後の(ウイルス), (菌) は病原体がそれぞれウイルス, 細菌であることを示す。

一般的に、消毒薬は細菌よりウイルスの方が効きにくく、接触・経口感染を防ぐためには、「消毒薬の選択」(P.9)の表を参考にして、消毒を行うことが必要です。

(4) 感染症法の対象疾病

感染症類型	感染症名等
新感染症	(該当なし)
一類感染症	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
二類感染症	急性灰白髄炎, 結核, ジフテリア, 重症急性呼吸器症候群 (SARS), 中東呼吸器症候群 (MERS), 鳥インフルエンザ (H5N1 及び H7N9)
三類感染症	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
四類感染症	E型肝炎, ウエストナイル熱, A型肝炎, エキノコックス症, 黄熱, オウム病, オムスク出血熱, 回帰熱, キャサナル森林病, Q熱, 狂犬病, コクシジオイデス症, サル痘, ジカウイルス感染症, 重症熱性血小板減少症候群 (SFTS), 腎症候性出血熱, 西部ウマ脳炎, ダニ媒介脳炎, 炭疽, チクングニア熱, つつが虫病, デング熱, 東部ウマ脳炎, 鳥インフルエンザ (H5N1 及び H7N9 を除く。), ニパウイルス感染症, 日本紅斑熱, 日本脳炎, ハンタウイルス肺症候群, Bウイルス病, 鼻疽, ブルセラ症, ベネズエラウマ脳炎, ヘンドラウイルス感染症, 発しんチフス, ボツリヌス症, マラリア, 野兔病, ライム病, リッサウイルス感染症, リフトバレー熱, 類鼻疽, レジオネラ症, レプトスピラ症, ロッキー山紅斑熱
五類感染症	アメーバ赤痢, ウイルス性肝炎 (E型肝炎及びA型肝炎を除く。), カルバペネム耐性腸内細菌科細菌感染症, 急性弛緩性麻痺 (急性灰白髄炎を除く。), 急性脳炎 (ウエストナイル脳炎, 西部ウマ脳炎, ダニ媒介脳炎, 東部ウマ脳炎, 日本脳炎, ベネズエラウマ脳炎及びリフトバレー熱を除く。), クリプトスポリジウム症, クロイツフェルト・ヤコブ病, 劇症型溶血性レンサ球菌感染症, 後天性免疫不全症候群, ジアルジア症, 侵襲性インフルエンザ菌感染症, 侵襲性髄膜炎菌感染症, 侵襲性肺炎球菌感染症, 水痘 (入院例に限る。), 先天性風しん症候群, 梅毒, 播種性クリプトコックス症, 破傷風, バンコマイシン耐性黄色ブドウ球菌感染症, バンコマイシン耐性腸球菌感染症, 百日咳, 風しん, 麻しん, 薬剤耐性アシネトバクター感染症, RSウイルス感染症, 咽頭結膜熱, A群溶血性レンサ球菌咽頭炎, 感染性胃腸炎, 水痘, 手足口病, 伝染性紅斑, 突発性発しん, ヘルパンギーナ, 流行性耳下腺炎, 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。), 急性出血性結膜炎, 流行性角結膜炎, 性器クラミジア感染症, 性器ヘルペスウイルス感染症, 尖圭コンジローマ, 淋菌感染症, 感染性胃腸炎 (ロタウイルスに限る。), クラミジア肺炎 (オウム病を除く。), 細菌性髄膜炎 (インフルエンザ菌, 髄膜炎菌, 肺炎球菌を原因として同定された場合を除く。), ペニシリン耐性肺炎球菌感染症, マイコプラズマ肺炎, 無菌性髄膜炎, メチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症, 薬剤耐性緑膿菌感染症
新型インフルエンザ等感染症	新型インフルエンザ, 再興型インフルエンザ
指定感染症	感染症法において, すで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, 政令で定めるもの。

※感染症法の正式名称は「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」

(5) 子どもの施設などにおける感染症対策

ア 健康管理に必要な個別情報の把握

	予防接種歴	接種年月日	既往歴（歳）	参 考 情 報
定期 接 種	BCG	年 月 日		
	ヒブ（Hib）感染症		突発性発しん 歳	アレルギー体質 ・アトピー性皮膚炎 ・気管支ぜん息 ・その他（医師からの指示、内服薬） けいれん 痙攣 <small>けいれん</small> ・熱性痙攣 ・その他（医師からの指示、内服薬） 健康状態に関するその他の情報
	初回1回目	年 月 日	麻しん (はしか) 歳	
	2回目	年 月 日		
	3回目	年 月 日		
	追加	年 月 日	風しん (三日はしか) 歳	
	小児肺炎球菌感染症		水 痘 (みずぼうそう) 歳	
	初回1回目	年 月 日		
	2回目	年 月 日		
	3回目	年 月 日	流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ) 歳	
追加	年 月 日			
B型肝炎 ^{*1}		その他		
1回目	年 月 日			
2回目	年 月 日			
3回目	年 月 日			
DPT-IPV ^{*2} (ジフテリア 百日せき 破傷風・ポリオ)		() 歳		
1期初回1回目	年 月 日			
2回目	年 月 日			
3回目	年 月 日			
1期追加	年 月 日			
DT 2期	年 月 日			
MR(麻しん(はしか)・風しん(三日はしか)) ^{*3}				
1期	年 月 日			
2期	年 月 日			
水 痘(みずぼうそう)				
1回目	年 月 日			
2回目	年 月 日			
日本脳炎 ^{*4}				
1期初回1回目	年 月 日			
2回目	年 月 日			
1期追加	年 月 日			
2期	年 月 日			
子宮頸がん				
1回目	年 月 日			
2回目	年 月 日			
3回目	年 月 日			
任意 接 種	インフルエンザ			
	1回目	年 月 日		
	2回目	年 月 日		
流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)				
1回目	年 月 日			
2回目	年 月 日			
その他 ()	年 月 日			
()	年 月 日			

※1～4 P. 22, 23を参照

イ 集団生活と感染症予防：基礎知識と対策

(ア) 保護者用パンフレットの配布

予防接種の必要性について理解を求める。

下痢，発熱，発しん，せきなど健康状態に異常があれば早期に対応する。

(イ) 職員用感染症予防マニュアルの作成など

すべての便，尿，分泌物，体液，血液は感染性があると認識する。

流水と石けんによる手洗いの励行

清潔動作と不潔動作：哺乳，食事介助，おむつ交換，排尿，排便介助

給食施設における食中毒予防対策

小児感染症流行への警戒

※衛生環境研究所では感染症の発生動向を把握しており，ホームページ「京都市こどもの感染症」等で情報を発信している。

ウ 感染症発生の早期発見と対応

欠席者数の把握と欠席理由の分析

(ア) 感染拡大予防策

施設管理者，職員，医師，医療衛生センター等による協議と保護者への情報提供

(イ) 感染症り患児への対応

集団生活を停止すべき感染症の種類と停止の期間

付録2：感染症発生時の対応シミュレーション

事例（1）非常時の対応（管理者）

- ◇ 医療衛生センターから「そちらに通園中の京都太郎さん（1歳0ヶ月）からO157が検出されました。他の子どもの健康状態や施設の状況を知りたいのでお伺いしたい。」と電話が入りました。
- ◇ 管理者は今後どんな対応をすべきでしょうか。
- ◇ 関係機関への連絡、施設職員への指示、状況を把握するのに必要な情報について考えてみましょう。

（回答例） 感染症や食中毒の発生状況を確認するため、園児の登園状況を約2週間前に遡って各クラス毎の一覧表を作成するよう各担任に指示するとともに、職員の出勤状況についても作成します。

また、給食を実施している場合、2週間前に遡ってメニュー表、検食の確保、直近の職員の検便結果を医療衛生センターの求めに応じて提出できるようにしておきます。

事例（2）非常時の対応（一般職員用）

- ◇ 管理者から急に職員室に集まってくださいといわれました。
- ◇ 職員室に行くと管理者から「〇〇組の京都太郎ちゃんがO157に感染していたと医療衛生センターから連絡が入りました。医療衛生センターの人がもうじきこちらに来られますが、他の子どもの様子を知りたいそうです。」と言われました。あなたのクラスでは、どのように子どもの状況を把握していますか。

（回答例） 普段から欠席している園児の欠席理由を把握するとともに、下痢等胃腸症状がある園児がいるか確認しておきましょう。

胃腸症状などの症状で休んでいる園児や同様の症状を呈している園児が複数いる場合には、直ちに管理者に報告しましょう。

事例（3）非常時の対応（感染予防対策）

- ◇ 医療衛生センターの職員から「他にもO157に感染した園児がいる可能性がありますので、通常以上に感染予防対策を行ってください。」と言われたので、施設全体で対応を考えることになりました。どのようなことに気を付ければよいでしょうか。
- ◇ 「普段より衛生管理を強化する場所やその対応」や「作業手順で気をつける場所」があったら、具体的にあげてみましょう。

（回答例） O157は経口感染します。特にふん口感染といわれるもので、便とともに菌が排出され、これが何らかの方法で人の口に入って感染するものです。従って、おむつや排便等、便を処置した後に**手の消毒を確実に**行なわなければ、菌が施設の色々なところに散らばることになり、**園全体に感染が広がっていく**ことになります。

以上のことを防ぐために、特に次のことに気をつけましょう。

- ① 手洗いの徹底（特に消毒薬を使って手指消毒を確実に実施する。）
- ② タオルの共用を避ける（個人用タオル又はペーパータオルを使用する。）。
- ③ トイレ、ドアノブ、その他多数が接触する場所の消毒（1日1回以上実施すること。）
- ④ プールにおける適正塩素濃度管理の徹底、おむつ等汚物の衛生的な処理の徹底
- ⑤ 食品の十分な加熱、給食施設での衛生管理の徹底
- ⑥ おむつ交換や排せつの処理を行なう場所を一定にし、その箇所をこまめに消毒する。
- ⑦ その他必要に応じて感染予防対策を実施する。

付録3：保護者等への啓発

子ども達を感染症から守るためには、家庭内での感染症予防対策も重要です。

京都市衛生環境研究所のホームページでは、流行しそうな感染症やその予防方法、万一感染した場合の対処方法、予防接種の情報などを掲載した「京都市こどもの感染症」を毎月1日に配信しています。ポスター形式で作成していますので、印刷していただき、見やすい場所に掲示し、皆様への啓発に御活用ください。

京都市こどもの感染症 で検索

又は

<https://www.city.kyoto.lg.jp/hokenfukushi/page/0000146238.html> にアクセス

また、京都市内での健康危機の発生状況や注意喚起、予防策などをメールにより配信するサービス「みやこ健康・安全ねっと」も行っています。登録・情報利用料は無料（※）ですので、以下のホームページにて御登録ください。

※ メール受信に係る通信料は自己負担となります。

みやこ健康・安全ねっと で検索

又は

<https://www.city.kyoto.lg.jp/hokenfukushi/page/0000023349.html> にアクセス

付録4：アタマジラミ

集団生活を送るなかで、特に保育所や小学校低学年のお子さんの中で流行することがあります。

【アタマジラミ】

ヒトに寄生するシラミには、頭髮に寄生するアタマジラミ、衣類などに寄生するコロモジラミ、陰毛などに寄生するケジラミがいます。

このなかで、お子さんの中で流行することが多いのは、アタマジラミです。

アタマジラミの成虫は1～3ミリほどの灰黒色で、0.5ミリほどの白い卵を髪に産みつけます。

卵はフケと間違えやすいのですが、だ円形で、しっかり髪に付着しているため、フケのように簡単にはとれません。

【なぜ、子どもの中で流行しやすいのでしょうか？】

十分な洗髪で、アタマジラミを予防したり、成虫・幼虫を除去することができるのですが、泡やお湯が苦手な洗髪を嫌がる子もいます。また、子ども達は体や頭を寄せ合って遊ぶことが多いことも、子どもの中でアタマジラミが流行する一因と考えられます。

【アタマジラミをみつけたら】

専用のクシを使って成虫や卵を取り除くほか、駆除用のシャンプー（スミスリンシャンプー）などを使います。

