

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) インフルエンザ
- (3) 新型コロナウイルス感染症
- (4) 風しん
- (5) 水痘（水ぼうそう）
- (6) 流行性耳下腺炎（おたふくかぜ、ムンプス）
- (7) 結核
- (8) 咽頭結膜熱（プール熱）
- (9) 流行性角結膜炎
- (10) 百日咳
- (11) 腸管出血性大腸菌感染症（O157、O26、O111 等）
- (12) 急性出血性結膜炎
- (13) 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

- (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) ①ウイルス性胃腸炎（ノロウイルス感染症）
②ウイルス性胃腸炎（ロタウイルス感染症）
- (19) ヘルパンギーナ
- (20) RS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

※潜伏期間は目安であり、主な期間を記載しています。

※上記以外の主な感染症については、「(参考) 感染症対策に資する公表情報」(p. 87) 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

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
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
風しん	発しん出現の7日前から7日後くらい	発しんが消失していること
水痘（水ぼうそう）	発しん出現1～2日前から痂皮（かさぶた）形成まで	すべての発しんが痂皮（かさぶた）化していること
流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）	発症3日前から耳下腺腫脹後4日	耳下腺、顎下腺、舌下腺の腫脹が発現してから5日経過し、かつ全身状態が良好になっていること
結核	—	医師により感染の恐れがないと認められていること
咽頭結膜熱（プール熱）	発熱、充血等の症状が出現した数日間	発熱、充血等の主な症状が消失した後2日経過していること
流行性角結膜炎	充血、目やに等の症状が出現した数日間	結膜炎の症状が消失していること
百日咳	抗菌薬を服用しない場合、咳出現後3週間を経過するまで	特有の咳が消失していること 又は適正な抗菌性物質製剤による5日間の治療が終了していること
腸管出血性大腸菌感染症（O157、O26、O111等）	—	医師により感染のおそれがないと認められていること。 （無症状病原体保有者の場合、トイレでの排泄習慣が確立している5歳以上の小児については出席停止の必要はなく、また、5歳未満の子どもについては、2回以上連続で便から菌が検出されなければ登園可能である。）
急性出血性結膜炎	—	医師により感染の恐れがないと認められていること
侵襲性髄膜炎菌感染症（髄膜炎菌性髄膜炎）	—	医師により感染の恐れがないと認められていること

※感染しやすい期間を明確に提示できない感染症については（一）としている。

表9 医師の診断を受け、保護者が登園届を記入することが考えられる感染症

感染症名	感染しやすい期間	登園のめやす
溶連菌感染症	適切な抗菌薬治療を開始する前と開始後1日間	抗菌薬内服後24～48時間が経過していること
マイコプラズマ肺炎	適切な抗菌薬治療を開始する前と開始後数日間	発熱や激しい咳 ^{せき} が治まっていること
手足口病	手足や口腔内に水疱 ^{ほう} ・潰瘍 ^{かいよう} が発症した数日間	発熱や口腔内の水疱 ^{ほう} ・潰瘍 ^{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)	発しん出現前の1週間	全身状態が良いこと
ウイルス性胃腸炎 (ノロウイルス、ロタウイルス、アデノウイルス等)	症状のある間と、症状消失後1週間(量は減少していくが数週間ウイルスを排出しているので注意が必要)	嘔吐 ^{おう} 、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 ^{ほう} ・潰瘍 ^{かいよう} 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} しん	水疱 ^{ほう} 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(一)としている。

3 上記1及び2の他、保育所において特に適切な対応が求められる感染症

(23) アタマジラミ症

病原体	アタマジラミ（2～4mmの少し透けた灰色の細長い3対の足をもつ。約4週間生きている。卵は0.5mm程度の乳白色であり、約7日で孵化する。）
潜伏期間	10～30日。卵は約7日で孵化する。
症状・特徴	卵は頭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。 雌雄の成虫及び幼虫が1日2回以上頭皮から吸血する。毎日の吸血によって3～4週間後に頭皮にかゆみがでてくる。引っかくことによって二次感染が起きる場合がある。
感染経路	頭髮に直接接触することで、また、体や頭を寄せ合うことで感染する。また、寝具、タオル、マフラー、帽子、水泳帽、クシ、ブラシ、ヘアゴム、体育マット、ロッカー等の共用により感染することがある。この他にも、集団での就寝・添い寝、混雑したバス・電車、スイミングスクール等の習い事、銭湯等の公共施設等でも感染することがある。
予防・治療方法	保育所で感染が確認された場合、昼寝の際には、子どもの頭と頭を接しさせないように、布団を離したり、頭を交互にしたりするなど工夫する。 一般に、薬局で市販されている薬として、フェノトリン（スミスリン®）シャンプー又はフェノトリンパウダーがある。日本ではフェノトリン以外にアタマジラミ症に効果のある薬はないが、ほとんどのシラミがフェノトリン抵抗性（耐性）になっている地域もある。 毎日シャンプーを行い、目の細かいクシで丁寧に頭髮の根元からすき、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。頭髮を短くしたりする必要はない。 感染した子ども同士が互いに感染させる、いわゆるピンポン感染を繰り返す恐れがあるため、周囲の感染者を一斉に治療することが感染防止対策としてとられている。
留意すべきこと （感染拡大防止策等）	保育所で感染が確認された場合、昼寝の際には、子どもの頭と頭を接しさせないように、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。

(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	約1か月（感染してから皮しん、かゆみ ^{ほう} が出現するまでの期間）
症状・特徴	かゆみの強い発しん（丘しん、水疱（水ぶくれ）、膿疱 ^{のうほう} 、結節（しこり）等）ができる。手足等には線状の隆起した皮しん（疥癬トンネル） ^{かいせん} もみられる。男児では陰部に結節（しこり）ができることがある。体等には丘しんができる。かゆみは夜間に強くなる。疥癬 ^{かいせん} はアトピー性皮膚炎、他の湿しん等との区別が難しいことがある。
感染経路	ヒトからヒトに感染する。リネン類や布団の共用（午睡時、寝具が隙間なく敷き詰められている場合を含む。）等で感染することもある。 一緒に寝る、授乳する、抱っこする、手をつなぐなど直接的な接触が比較的長時間あった場合に感染することがある。
予防・治療方法	^{かいせん} 疥癬の子どもと接触しても感染する可能性は高くないが、強いかゆみのある発しんがでたら皮膚科を受診する。 外用薬・内服薬により治療する。
留意すべきこと （感染拡大防止策等）	手に比較的多くのヒゼンダニがおり、手を介して感染することもあるため、日常的に手洗いの励行などの一般的な予防法を実施することが重要である。また、下着等は毎日交換する。 地域での流行状況を常に把握し、情報を保育所と保護者が共有しておくことが重要である。また、医療機関を受診する際に、保護者から、子どもの通っている保育所 ^{かいせん} で疥癬が流行していることを伝えてもらうとよい。 治療を開始していれば、プールに入ってもかまわない。

(25) 伝染性軟属腫（水いぼ）

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

(26) 伝染性膿痂^{のうか}しん（とびひ）

病原体	原因菌は黄色ブドウ球菌の場合が多いが、溶血性レンサ球菌の場合もある。前者については耐性菌（MRSA）が増加（10～50%）している。
潜伏期間	2～10日（長期の場合もある。）
症状・特徴	主な症状として、水疱（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。1日1回以上は全身をシャワーでよく洗浄して、患部も含めた皮膚の清潔を保つ。患部を洗浄する際には、石けんは泡立てて、そっと洗い、よくすすぐ。また、爪は短く切る。 虫刺されやアトピー性皮膚炎の引っかいた部位等に菌が付着しやすいので、それらの治療を早期に行い、皮膚バリア機能を改善する。 病巣が広がっている場合には外用薬、更に状態が悪化した場合には内服や点滴による抗菌薬投与が必要となることがある。
留意すべきこと （感染拡大防止策等）	手を介して感染することもあるため、日常的に手洗いの励行等の一般的な予防法を実施することが重要である。 地域での流行状況を常に把握しておくことが重要である。 病変部を外用薬で処置し、浸出液がしみ出ないようにガーゼ等で覆ってあれば、通園が可能である。子ども同士でタオルや寝具は共用せず、別々にする。 プールの水を介しては感染しないが、患部をかくことで病変が悪化したり、他の人と触れたりすることがあるので、プールでの水遊びや水泳は治癒するまでやめておく。

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

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

- (※1) HBVキャリアとは、HBVの持続感染者のことで、一般的にはHBs抗原が陽性の人のことをいう。
- (※2) HBVキャリアの母親から子どもへの感染を“次の世代への感染”という意味で“垂直感染”と呼ぶ。それ以外の感染を“水平感染”と呼ぶ。
- (※3) 母親のHBs抗原が陽性（母親がHBVキャリア）の場合は、母子感染予防として生後すぐにHBグロブリンを接種した上で、生後すぐ、生後1か月、生後6か月にHBワクチンの接種を行う。この場合のHBワクチンは定期接種の対象とはならないが、健康保険が適用される。1歳以上の子どもは定期接種の対象にならないが、集団生活に入る前には、任意接種としてHBワクチンの接種を受けることが重要であることを説明する。既に集団生活に入っている子どもに対しても同様である。