

保育所(園)・幼稚園での 感染症への対応

(登園停止の扱いについて)

福岡市医師会
保育園・幼稚園保健部会
平成 28 年 1 月

はじめに

園内における感染防御

保育園・幼稚園には日々さまざまな感染症が入り込み、園のスタッフは頭の痛いことだと思います。できるだけ園で感染が広がらないようにしたい、という思いは当然のことです。ただ、隔離や登園停止によって感染の蔓延を防げる場合とそうでない場合があります。その違いを知り、防げる感染症はきちんと隔離をする。一方で防げない感染症では無意味な隔離はせず、多くのお子さんに園生活をしていただけるよう配慮する必要があるのではないかでしょうか。今回感染隔離の意義についてご説明し、本部会が過去に配布しました文書を一部改訂し、再度お配りいたします。ご確認ください。

○ 出席停止が必要な場合 :

1) 法律で隔離が必要と定められている感染症

学校保健安全法施行規則第18条で定められている第1~3種に規定されている感染症に関しては、規定通りの隔離が必要です（添付資料1）。出席停止の日数の数え方は添付資料2をご参照ください。

2) 第3種規定の「その他の感染症」について

「その他の感染症」が具体的に何を指しているのかは明確ではありません。患者本人の全身状態を勘案し、登園停止が感染拡大に効果があるかどうかを考慮したうえで判断することになります。本冊子をご参考にされてください。また日本小児科学会のホームページ上にも予防すべき感染症の解説があります

（http://www.jpeds.or.jp/modules/general/index.php?content_id=7）（添付資料3に抜粋）

○ 隔離が感染拡大に無効な場合 :

その理由 :

通常、園の方から登園停止を保護者にお願いする場合はなんらかの症状（嘔吐や発疹など）がある場合でしょう。子どもがつらそうにしているのであれば家で安静にすることが必要です。しかし登園停止が感染の拡大を防ぐ目的であるならばそれは多くの場合意味がありません。理由をいくつか挙げます。

1) 潜伏期

ウイルスが体に入ってから病気が始まるまでには少し時間差があります。これを潜伏期といいます。症状は何もありませんのでウイルスに侵されているかどうかは誰にもわかりません。やっかいですが潜伏期間中にもウイルスが排泄され人にうつしてしまうことがあります。おたふくかぜの場合、症状が始まる数日前から人にウイルスをうつします。水痘の場合、発疹が出る前日ごろから人に感染させ

ます。この二つは第2種感染症なので、法律によって隔離が必要ですが、隔離をしているのに感染が広がるのはこういう理由です。

2) 治癒後のウイルス排泄

病気が治ったように見えても体の中にはウイルスが残り、体の外に排泄されて人に感染させることができます。ノロウイルス嘔吐下痢症の場合、嘔吐が始まつてから1~2週間程度便から排泄されますので、下痢がとまって普通の便にもどつてもしばらくは人にうつします。夏風邪の類（手足口病やヘルパンギーナ）も数週間はウイルスが排泄され続けます。完璧に隔離するならば症状が始まつてから3週間隔離が必要になります。現実的には不可能です。

3) いったん体に入ると一生体内に住み続けるウイルスの存在

人は子宮の中では無菌状態です。産道をくぐった瞬間からさまざま細菌やウイルスに襲われることになります。初めて体に入ったウイルスは一定期間後に体内から完全に消えますが、消えることなく人の生涯にわたって体内に住み続けるウイルスもあります。人の体調がよいときは体の奥に潜んで外に出ることはなくとも、ちょっとつかれたりすると体の外にでてきて人にうつるウイルスです。突発性発疹症はこのタイプのウイルスです。とくに大流行するわけでもなくコンスタントに患者さんが発生しますが、周りの誰かがちよくちよくウイルスをまいていますので、突発性発疹の患者さんを隔離しても意味はありません。

4) 無症候性キャリアと不顕性感染

何の症状もないのにウイルスや伝染性の細菌を体の中に持っていて、自分は元気なのに人には伝染させる状態です。一時的なもので一定期間後に人にうつさない状態になるものは不顕性感染、長期にわたってそういう状態が続くものを無症候性キャリアといいます（ちなみにウイルスでは無症候性キャリア、細菌では保菌者と呼びます）。嘔吐下痢症のノロウイルスでも不顕性感染があることが知られています。ノロウイルスの集団食中毒を起こした食品工場では、嘔吐も下痢もまったくない職員3人からノロウイルスが検出され感染源になりました。溶連菌感染症でも保菌者がいます。普通に元気に園に通っている子どもの20%が保菌者というデータもあります。自分でも気づかず人にうつしてしまいます。

5) 年齢によって症状が違う

RSウイルスは赤ちゃんがかかると呼吸困難をおこす可能性があり、よく知られている病気です。このウイルスには多くの人が繰り返しかかり、年齢が進むごとに症状は軽くなっています。鼻水を垂らしているだけの元気なお兄ちゃんがRSウイルスをまき散らしながら園内を走り回っています。病院でRSウイルスと診断された子どもだけ隔離しても何の意味もありません。

○ 以上のように病気の子どもを隔離しても必ずしも病気の拡大を防げるとは限りません。

したがって登園停止が必要なものは下記 2 つのみと考えられます。

1) 学校保健安全法に規定がある場合

2) 本人の体調がすぐれない場合

○ 登園許可書に対する園の考え方と医療側の考え方

登園許可書を園から求められることが多いです。園の考え方と医療者の考え方には違いがあるようで、必要・必要でないの間で患者さんが板挟みになり、困ることがあります。

1) 園の考え方

きちんと受診もせずに保護者の勝手な判断で登園してはいけないので登園させているのではないか？ちゃんと医師の指示のもとで登園が許可されている証明が欲しい。

2) 医療側の考え方

そもそも隔離が必要ではない病気なのになぜ登園許可が必要なのか理解できない。病気は治っていて病気としては病院にかかる必要がないのにただ許可証が必要という理由のみで受診することもありおかしい。

そこで本部会では診断書が必要であれば、別紙の診断書書式 1 の利用をお願いいたします。きちんと受診したことの証明としてお役にたつと思います。尚医師の署名がある文書はすべて公文書であるため、文書料の自己負担を保護者にお願いしていることをご承知ください。

○ 検査の必要性に関する医療者側の考え方

園や保護者から検査をしてくださいと求められることがよくあります。検査は保険が使える物と使えない物、使えるときと使えないとき（昨日同じ検査をしたので今日はできない等）とあります。必要のない、または保険診療のルール上できない検査を求められ困ることがあります。検査の必要性に関しては医師が診察の結果、家族と相談の上判断します。検査に関しては医師にお任せいただけすると幸いです。「登園が可能かどうか医師に相談してきてください」という言い方をしていただけますと助かります。

保険で制限されている主な検査の例（H27 年度現在）

RS ウィルス：1 才未満のみ

ノロウイルス：3 才未満のみ

ヒトメタニューモウイルス：肺炎が疑われレントゲンを撮影した場合のみ

添付資料 1

*学校感染症の種類 (学校保健安全法施行規則第18条)

第一種 感染症	エボラ出血熱、クリミア・コンゴ出血熱、痘瘡、南米出血熱、ベスト、マールブルグ熱、ラッサ熱、ボリオ、ジフテリア、重症急性呼吸器症候群(病原体がSARS(サーズ)コロナウイルスであるものに限る)、鳥インフルエンザ(病原体がインフルエンザウイルA属インフルエンザAウイルスであつてはその血清亜型がH5N1であるものに限る) *上記の他、新型インフルエンザ等感染症、指定感染症及び新感染症
第二種 感染症	インフルエンザ(鳥インフルエンザ(H5N1)を除く)、百日咳、麻疹、流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)、風疹、水痘(みずぼうそう)、咽頭結膜熱(ブル熱)、結核、髄膜炎菌性髄膜炎
第三種 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、バラチフス、流行性角結膜炎、急性出血性結膜炎その他の感染症 *この他に条件によっては出席停止の措置が必要と考えられる疾患として、溶連菌感染症、ウイルス性肝炎、手足口病、伝染性紅斑(りんご病)、ヘルパンギーナ、マイコプラズマ感染症、流行性嘔吐下痢症、アタマジラミ、水いぼ(伝染性軟疣症)、伝染性膿瘍(とびひ)

*出席停止の期間

- 第一種の感染症…完全に治癒するまで
- 第二種の感染症…病状によりにより学校医その他の医師において伝染のおそれがないと認めたときは、この限りでありません。

インフルエンザ 鳥インフルエンザ(H5N1)及複型インフルエンザウイルス	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	解熱後3日を経過するまで
流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ)	耳下腺、頸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
風疹	発疹が消失するまで
水痘(みずぼうそう)	すべての発疹が痂皮化するまで
咽頭結膜熱(ブル熱)	主要症状が消退した後2日を経過するまで
結核	病状により学校医その他の医師において伝染のおそれないと認めるまで。
髄膜炎菌性髄膜炎	病状により学校医その他の医師において伝染のおそれないと認めるまで。

- 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伝染のおそれないと認めるまで。

○その他の場合

- ・ 第一種もしくは第二種の感染症患者を家族に持つ家庭、または感染の疑いが見られる者については学校医その他の医師において伝染のおそれないと認めるまで。
- ・ 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。
- ・ 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。

添付資料 2

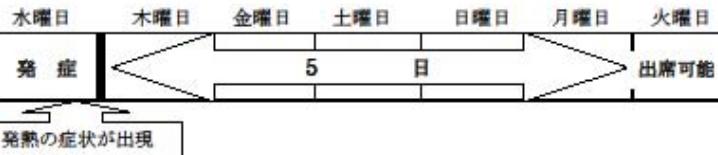
※出席停止の日数の数え方について

日数の数え方は、その現象が見られた日は算定せず、その翌日を第1日とします。
「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、その日は日数には数えず、火曜（1日）、水曜（2日）、木曜（3日）の3日間を休み、金曜日から登園許可ということになります（図）。

図 「出席停止期間：解熱した後3日を経過するまで」の考え方



また、インフルエンザにおいて「発症した後5日」の場合の「発症」とは、「発熱」の症状が現れたことを指します。日数を数える際は、発症した日（発熱が始まった日）は含まず、翌日を第1日と数えます。



発熱の症状が出現

添付資料 3

学校、幼稚園、保育所で予防すべき感染症の解説抜粋表			
感染症名	潜伏期間	主な感染経路	登校(園)基準
インフルエンザ	1~4日	飛沫感染	発症した後5日を経過し、かつ、解熱した後2日を経過した後。幼児においては、発症した後5日を経過し、かつ解熱した後3日を経過した後。
百日咳	5~21日	飛沫感染	特有な咳が消失するまで、または5日間の適正な抗菌薬による治療が終了した後。
麻疹	7~18日	空気感染、接触感染	解熱後3日経過した後
流行性耳下腺炎	12~25日	飛沫感染	耳下腺、頸下腺または舌下腺の腫張が発現した後5日を経過し、かつ全身状態が良好となった後。
風疹	14~23日	飛沫感染、母児感染	発疹の消失後
水痘	10~21日	空気感染、接触感染	すべての発疹が痂皮化した後
咽頭結膜熱	2~14日	接触感染、飛沫感染	主要症状が消失して2日経過後
腸管出血性大腸菌感染症	10時間~8日	経口感染	感染のおそれがないと認められた後
流行性角結膜炎	2~14日	接触感染、飛沫感染	感染のおそれがないと認められた後
急性出血性結膜炎	1~3日	経口感染、飛沫感染	感染のおそれがないと認められた後
溶連菌感染症	2~10日	飛沫感染	適切な抗菌薬による治療開始後24時間以降
手足口病	3~6日	経口感染、飛沫感染	全身状態が安定していれば
ヘルパンギーナ	3~6日	経口感染、飛沫感染	全身状態が安定していれば
無菌性髄膜炎	3~6日	経口感染、飛沫感染	全身状態が安定していれば
伝染性紅斑	4~21日	飛沫感染、母児感染	全身状態が安定していれば
ロタウイルス感染症	1~3日	経口感染	下痢、嘔吐が消失した後
ノロウイルス感染症	12~48時間	経口感染	下痢、嘔吐が消失した後
サルモネラ感染症	6~72時間	経口感染	下痢、嘔吐が消失した後
カンピロバクター感染症	1~7日	経口感染	下痢、嘔吐が消失した後
マイコプラズマ感染症	1~4週	飛沫感染	症状が安定した後
RSウイルス感染症	2~8日	接触感染	症状が安定した後
ヒトメタニユーモウイルス感染症	3~5日	接触感染	症状が安定した後
単純ヘルペスウイルス感染症	2日~2週	接触感染、母児感染	歯肉口内炎のみであればマスクをして可
突発性発疹	9~10日	唾液を介した感染	症状が安定した後
アタマジラミ症	孵化まで10~14日	接触感染	制限はない
伝染性軟属腫	2週~6月	接触感染	制限はない
伝染性膿痂疹	2~10日	接触感染	制限はない
蟻虫症	1~2か月かそれ以上	それ以上	経口感染

過去の配布資料添付

資料目録

資料 A：発熱している児・下痢症状を有する児の登園に関しての判断基準

（平成 17 年 10 月）

資料 B：エンテロウイルス感染症への対処

（平成 20 年 7 月）

資料 C：手足口病の登園基準

資料 A

発熱している児・下痢症状を有する児の登園に関する判断基準

乳幼児期は、突然の発熱や下痢など、急な体調不良を訴えることはよくある事です。

これらの症状を有する場合、集団生活の場であります保育所(園)や幼稚園においては、子どもの早期回復はもちろん、他の子どもたちへの感染防止といった観点からも、早い段階で子どもの疾患を把握し、登園の可否について判断を行うことが重要です。

特に、発熱や下痢の症状が軽微の場合、園児の登園判断については、保育所(園)や幼稚園の現場において問題になっていました。

このような状況を踏まえ、本部会では、発熱や下痢症状を有している児への対応策について検討を重ね、今般、園および保護者に向けた登園に関する判断基準を取りまとめました。

なかには下痢の症状にみられますように、ウイルス性疾患など強い感染力を伴うものもあり、主治医の判断が不可欠とされるものもあります。

関係医療機関におかれましては、是非、本誌をご一読頂きまして、園や保護者への対応、特に登園の可否の判断および登園に際しての注意事項についてご指導頂きますようお願い致します。

平成17年10月 作成

平成27年 6月 改訂

福岡市医師会保育園・幼稚園保健部会
(旧 福岡市医師会乳幼児保健委員会
保育所(園)・幼稚園保健検討会)

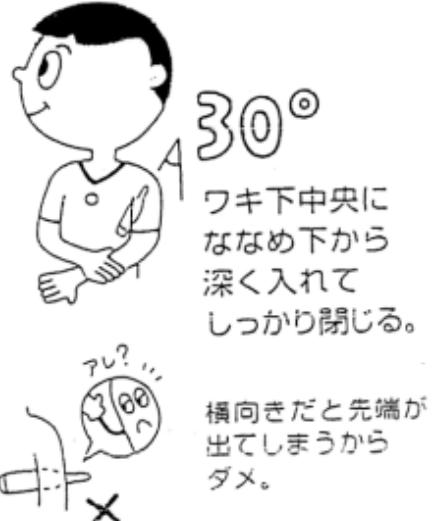
資料 A

● 発熱している児の登園に関する判断基準

I. 体温の測定方法と判断基準

1. **測定部位**：ワキで測定する。口の中ではワキよりも $0.2^{\circ}\text{C} \sim 0.4^{\circ}\text{C}$ 高い値が出る。体温計の先端部をワキの中央部に入れて、しっかりとワキを閉める。正しい位置に固定されていないと体温が誤って低く出る。

(右図を参照)



2. 体温計：

- (1) 水銀体温計：正確な体温を測定するためには、最低 10 分間を必要とする。
- (2) 電子体温計：測定開始 90 秒間の体温上昇カーブから 10 分後の体温を予測するため、誤差が出やすくなる。ただし“ピピッ”と鳴っても 10 分間以上計り続けると水銀体温計と同様に実測値が出る。
- (3) 耳式体温計：センサーの方向、耳垢の程度、機種などに影響され誤差が出やすくなる。

3. **測定条件**：泣いた後、食事した後、遊んだ後などは、体温が上昇しているがあるので、涼しい場所で少し休息させた後に再測定する。

4. **汗の影響**：ワキに汗をかいていると体温が低く出る。汗をふき取ってから再度測定する。

5. **発熱の判断基準**：上記のような方法で体温を測定し、体温が 37.5°C 以上の場合を発熱と判断する。

II. 発熱時の対応

1. **発熱児への対応の原則**：患児の安静・治療および他児への感染の危険性を考慮した場合、できるだけ自宅で看護するか、病児保育施設で療養すべきである。

2. **保護者の勤務等の事情により上記の方法が困難な場合**：発熱の程度および患児の状態を把握した上で、所(園)長は保育所(園)・幼稚園での保育を考慮する。ただし、出来るだけ短時間に留める必要がある。また、主治医の意見を参考にするとともに、園児の安静や他児への感染防止に努める必要がある。

資料 A

- (1) 患児は、主治医の診察を受け、学校伝染病の有無の診断を受けるとともに保育所(園)・幼稚園への登園に関する意見を聞き、登園が可能な場合には保育上の注意事項等について指導を受けておくこと。
- (2) 患児の安静が確保でき、しかも他児とは異なる部屋を確保できること。
- (3) 患児を十分に観察できる状況が確保できること。

3. 保育中に37.5℃以上の発熱が見られた場合の対応

- (1) 約30分後に再測定し、なお37.5℃以上の発熱が確認されれば原則として保護者へ知らせる。ただし37.5℃～38℃の発熱で、元気で機嫌もよい場合、当分の間保育所(園)・幼稚園で様子を見ることが可能である。機嫌が悪いなど全身状態がよくないようであれば保護者へ連絡やお迎えを要請する事。
- (2) 患児の療養や感染防止の観点から保育を続けるべきでないと判断した場合は、できるだけ早期に保護者へ患児を引き渡す。ただし、保護者が勤務等の事情により早期に来所(園)できない場合は、やむを得ず患児の安静および他児からの隔離を確保しつつ、十分な観察を行いながら保護者の来所(園)を待つ。
- (3) けいれんや頻回の嘔吐、全身状態の急激な悪化等の事態が生じた場合は保護者へ知らせると共に、嘱託医あるいは主治医へ連絡し判断を仰ぐ。

III. 解熱後の登園の目安

1. 前日は1昼夜、解熱（37.5℃未満）していることが望ましい。
2. 少なくとも前夜は解熱剤を使用せずに解熱していることが必要である。
前夜に発熱があった場合あるいは解熱剤を使用して解熱した場合は、翌朝に解熱していても、以下の理由から登園を控えることが望ましい。
 - (1) 朝方に解熱していても、その後発熱する可能性が十分に考えられる。
 - (2) 解熱直後は、免疫力も低下しており新たな感染症に罹患しやすい。
 - (3) 解熱直後は、体力・体調も十分に回復していない。
 - (4) 解熱直後は、他児への感染力を有している可能性が高い。
3. 最終的に、個々への対応については主治医の意見を参考にする。

IV. 学校伝染病は主治医の意見に従う。

V. 保護者へ、預かれない状況をあらかじめ説明しておく。

保護者への文書を参照する。

VI. 保護者へ、預かった場合の遵守事項を説明しておく。

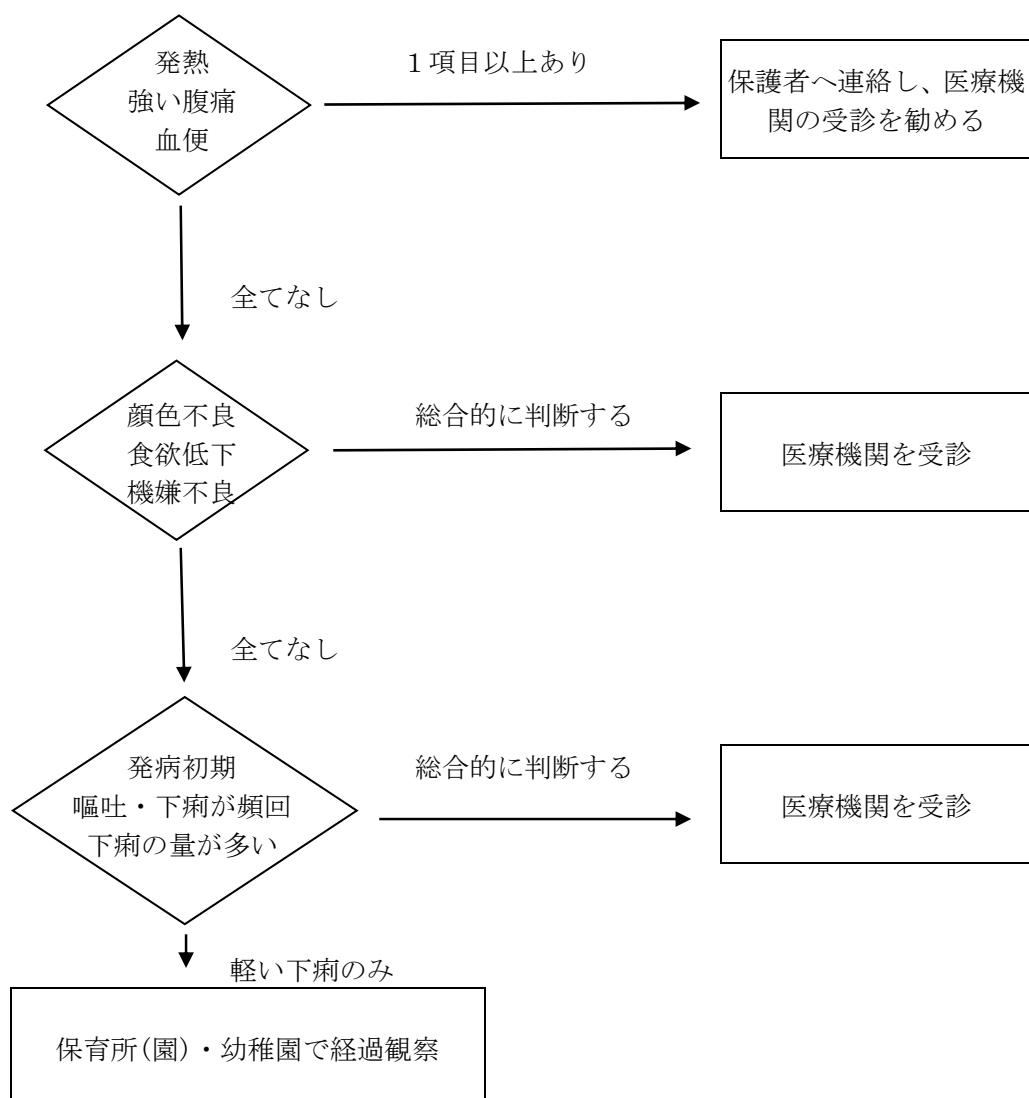
1. 保護者は必ず緊急連絡ができる状況にあること。
2. 患児の状態が悪化した場合、保護者はすぐに来所(園)できる状況にあること。

資料 A

● 下痢症状が始まった場合の対応
(集団発生を除く)

I. 発病初期（起炎菌判明）までの対応

便の性状および全身症状をもとに、図1を参考に医療機関の受診を判断する



資料 A

II. 病原菌判明後の対応・・・医師の判断に委ねる

1. 重篤な合併症を有する疾患

(1) 腸管出血性大腸菌感染症（主にO157）

1) 溶血性尿毒症症候群（HUS）発症の可能性あり。（資料1参照）

発病2週間以内（多くは5～7日）に発症。

2) 対応：

有症状の時期・・・・・・登園停止

保菌者の時期・・・・・・登園可能

・トイレでの排便習慣が確立されている5歳以上の幼児。

（手洗いなどの一般的な予防の励行で二次感染の予防は可能）

・5歳未満で便培養が2回以上で連続陰性である。

上記以外・・・・・・登園不可

2. 重篤な合併症を有しない疾患

(1) 細菌性胃腸炎

1) サルモネラ腸炎

・対応：有症状の時期・・・・・・登園停止

無症状保菌者の時期・・・・登園可能だが、保菌者として便の処理に
関しては慎重に対応する。

2) カンピロバクター腸炎

・多くの患者は症状消失後4週間前後排菌が認められる。

・対応：有効な抗菌剤の内服で2日後から排菌はなく、3～5日間の内服す
ることで再排菌もない。症状が消失し全身状態が良好ならば登園は
可能。

3) 細菌性赤痢

・治癒するまで出席停止とする。

4) 腸管出血性大腸菌以外の病原性大腸菌感染症

・溶血性尿毒症症候群（HUS）はおこさない。

・対応：有症状の時期・・・・・・登園停止

無症状保菌者の時期・・・・登園可能だが、保菌者として便の処理に
関しては慎重に対応する。

5) その他の細菌性腸炎

・個別に対応する。

(2) ウイルス性胃腸炎

1) ロタウイルス腸炎

突然の繰り返す嘔吐。下痢・発熱は遅れて出現。

2) ノロウイルス腸炎

突然の繰り返す嘔吐。下痢・発熱は遅れて出現。ロタウイルスに比し軽症
が多い。

飛沫感染や空気感染が否定できない。集団発生を起こす。

資料 A

- 3) その他のウイルス性腸炎：アデノウイルス、サポウイルス、アストロウイルス等
嘔吐は少なく、下痢症状が中心。

ウイルス性胃腸炎への対応

・特徴

- 1) 感染力が強く、1回の嘔吐や下痢で多くの児童に感染する可能性がある。
- 2) 粪口感染だけでなく、ノロウイルスのように飛沫感染や空気感染が考えられるウイルスも存在する。
- 3) 保育中に、突然に嘔吐や下痢の症状が出現することがある。
- 4) 下痢が回復した後も、数日間～数週間はウイルスが便中に排泄される。
- 5) 上記の特徴を考えれば、下痢症状を有する期間のみ患児を登園停止させても、他児への感染を完全には防げない。

・登園判断基準と給食

- 1) ウイルス性胃腸炎の特徴を考慮すれば、急性期を過ぎ児童の全身状態が回復した後は登園可能と考えられるが、嘔吐がなく、元気と食欲が通常通りで、軽度の下痢（オムツからはみ出さない事）が1日3回までであれば、その翌日より登園とする。ただし、最終判断は主治医に委ねる。
- 2) 保育所(園)・幼稚園における下痢回復期の食事に関しては、対応できる範囲で提供する。
- 3) 保育所(園)・幼稚園において下痢用の食事を提供する場合は、その内容に関して保護者と保育所(園)・幼稚園との間で話し合うことが必要である。食事に関して細かな配慮を必要とする場合は、登園を控え自宅および病児保育施設での療養が望ましい。

III. 便の取り扱いについて

保育所(園)・幼稚園での、おむつ交換時の衛生上の留意事項

資料2：オムツ交換時の衛生上の留意事項

(福岡市作成「保育所運営管理の手引き」第5章 保健衛生管理 P50より抜粋)

IV. 登園許可および情報提供書の記載（診断書書式2）について

1. 下痢が回復し他児への感染の可能性がないと判断した場合

- (1) ウイルス性胃腸炎、細菌性胃腸炎および便培養陰性の胃腸炎で、下痢が回復し他児への感染の可能性がなく患児の全身状態も改善し、主治医が「登園可能」と診断した場合は、原則として主治医の診断を保護者が口頭で保育所(園)・幼稚園へ連絡する。
- (2) 保育所(園)・幼稚園が「登園に関する文書」を必要とする場合、主治医は情報提供書（診断書書式2の(1)）に丸を付けて発行する。

2. ウィルス性胃腸炎の回復期で軽度の下痢が存在する場合

- (1) ウィルス性胃腸炎の回復期で軽度の下痢が存在するが、主治医が「登園可能」と診断した場合、原則として、主治医の診断を保護者が口頭で保育所(園)・幼稚園へ連絡する。

資料 A

- (2) 保育所(園)・幼稚園が「登園に関する文書」を必要とする場合、主治医は情報提供書（診断書式2の(2)）に丸を付けて発行する。

3. 細菌性下痢症における無症状保菌者の場合

- (1) 細菌性下痢症における無症状保菌者に関して、主治医が「登園可能」と判断した場合、主治医は情報提供書（診断書式2の(3)）に丸を付けて発行、保護者は保育所(園)・幼稚園へ提出する。
- (2) 保育所(園)・幼稚園が、「保護者からの口頭での連絡で構わない」と判断した場合、情報提供書は不要である。

4. 無症状保菌者が「細菌の排出が陰性化」したと診断された場合

- (1) 無症状保菌者が、その後「細菌の排出が陰性化」したと診断された場合も、主治医は情報提供書（診断書式2の(4)）に丸を付けて発行、保護者は保育所(園)・幼稚園へ提出する。
- (2) 保育所(園)・幼稚園が、「保護者からの口頭での連絡で構わない」と判断した場合、情報提供書は不要である。

5. 主治医は、診療上の個人情報を記載した「登園に関する情報提供書」を保育所(園)・幼稚園に提供するにあたり、保護者の承諾を得る。

※保育所(園)・幼稚園は職員および保護者に、「登園に関する情報提供書」は有料であることを周知させる。

福岡市医師会保育園・幼稚園保健部会
(旧 福岡市医師会乳幼児保健委員会
保育所(園)・幼稚園保健検討会)

資料 A

資料1

溶血性尿毒症症候群 : Hemolytic Uremic Syndrome (HUS)

溶血性尿毒症症候群 (HUS) の多くは、ベロ毒素を産生する腸管出血性大腸菌 (O157) の腸管感染により発症します。強い溶血性貧血と血小板減少、急性腎不全の3症状を示す疾患です。特に乳幼児や高齢者が発症しやすく、急速に悪化する傾向があります。

下痢、血便、腹痛などの症状に引き続き、2～14日後に、元気がない、顔が悪い、尿量が少ない、うとうとするなどの症状で出現し、急激に増悪するのが特徴です。特に、頭痛、傾眠、多弁、げんかく、更にはけいれんや意識障害などを伴う脳症を合併すると予後が悪く、急性期の死亡率は2～5%になります。

早期診断・早期治療が大切で、適切な輸液管理や輸血、高血圧への対応、的確な透析導入などが予後を大きく左右します。下痢などの消化器症状の重症度に関係なくHUSは発症しますので、発病後少なくとも2週間は慎重に観察することが重要です。

資料A

○おむつ交換の衛生管理

- 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。

○下痢の対応・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)

※診察を受ける時

- ・診察を受けるときは、便を持っていく 便のついた紙おむつでもよい。
- ・受診時に伝えるべきこと
 - 便の状態 量、回数、色、におい、血液・粘液の混入状況。(携帯で便の写真を写していくと便利である。)
 - ・子どもが食べた物やその日のできごと ・家族やクラスで同症状の者の有無 等

資料 B

● エンテロウイルス感染症への対処

夏を中心に春から秋にかけて、乳幼児においてエンテロウイルス属のウイルスによる感染（以下、エンテロウイルス感染）による発疹がよく見られますが、登園を控えるか否か主治医や保育所（園）・幼稚園によって対応が異なっています。今後、福岡市内の保育（所）園・幼稚園児におけるこのような混乱を解消するため、本検討会においては以下のようないい處が望ましいと考えます。

エンテロウイルス感染による発疹症のうち、すでに手足口病は発疹が存在しても発熱等の症状がなく全身状態がよければ登園が可能になっています（改訂注：H13年11月文書配布）。今後、主治医が「エンテロウイルス感染による発疹」と診断した乳幼児においては手足口病と同様に、「発疹が存在しても全身状態が良好であれば登園は可能」だと考えます。エンテロウイルス感染についての詳細は次ページ以後に後述しますので参考にしてください。なお、保護者向けのパンフレットを添付（保護者用資料E）していますので、保護者に理解してもらえるように園内での掲示、配布をお願いします。

保育園や幼稚園においては登園許可証・診断書を必要としている所もあるようですが、感染拡大防止のための隔離は効果がありません。したがって登園許可証の類は不要と考えます。登園許可証・診断書を医療機関にて発行する場合は有料になりますので、園のスタッフおよび保護者の方への周知をお願いいたします。

福岡市医師会保育園・幼稚園保健部会
(旧 福岡市医師会乳幼児保健委員会
保育所(園)・幼稚園

資料B

● エンテロウイルス感染による発疹症の登園基準

1. エンテロウイルス感染症の特徴

- ・エンテロウイルス属のポリオ以外のエンテロウイルスには様々な疾患を引き起こす多くのウイルスの一群でありが属しており、60種以上の異なる型に分類される。
- ・エンテロウイルス感染を指し示す病名の例

全身に広がる発疹	熱があり、多くは解熱後、全身に発疹がでる。 熱もなく発疹だけの事もある。
ヘルパンギーナ	口蓋垂（いわゆるのどちんこ）の両脇に口内炎ができる。高熱が多い。
手足口病	口内炎と手先足先の発疹。

- ・同じ型のエンテロウイルスが人によっては異なる症状を出すこともあるし、異なる型のエンテロウイルスが同じような症状を起こすこともある。
- ・夏期の急性熱性疾患の30～65%がエンテロウイルス感染に起因するし、夏期に発疹を起こしてくる疾患の多くがエンテロウイルス感染である。
- ・春から秋にかけて流行することが多い。ときには冬場に発症することもある。

※春から秋にかけて発熱・発疹をきたす疾患の多くはエンテロウイルスである

2. エンテロウイルスの感染力および感染期間

- ・感染しても症状が出ない、無症候性の患者が多数存在する。
- ・感染した小児は、症候性でも無症候性でも、ウイルスの排泄は気道から1～3週間、便中へは数週間～8週間続く。

※エンテロウイルス感染は発疹を有する者のみを、症状の有する期間だけ
登園を停止しても集団生活において感染を予防することは不可能である

3. エンテロウイルス感染症の合併症

- ・多くは軽症で終わるが、なかには髄膜炎や脳炎、心筋炎などの重症な疾患を併発することがある。

※発熱・不機嫌・頭痛・嘔吐・食欲低下などの全身症状がある場合は要注意である

4. エンテロウイルス感染症への対応

医師から「エンテロウイルス感染による発疹症」と診断された患児においては、以下のように対応する。

- (1) 発疹は存在するが全身状態が良好であれば登園は可能である。
- (2) 発熱・不機嫌・頭痛・嘔吐・食欲低下などの全身症状が存在する場合は、家庭での安静とかかりつけ医の診察が必要である。

福岡市医師会保育園・幼稚園保健部会
(旧 福岡市医師会乳幼児保健委員会
保育所(園)・幼稚園保健検討会)

資料 C

手足口病の登園基準

I.手足口病の特徴

- (1) 手足口病はウイルスによる発疹症です。病原ウイルスはエンテロウイルス 71、コクサッキーA16、A6 (A6 は症状が激しい事が多い) 等、数種類複数存在しますので、何回もかかる可能性はあります。またウイルスの種類によって多少症状の違いがあります。手足だけではなく全身でることもあります。
- (2) 感染から発病までの期間（潜伏期）は3～5日間です。
- (3) 発熱は患児の約30%に見られます。多くは2～3日以内に下熱しますが、ときに高熱が数日続く場合があります。
- (4) 手足口病にかかっても10%～50%の児は発疹が出現しません。しかし、これらの児も感染源になります。
- (5) ウイルスの排泄期間は長期にわたり、唾液から1～2週間、便から3～5週間排泄され、この間は感染源になります。園で蔓延してしまったら拡大はふせげません。従って元気で食欲があれば、登園は可能です。ただし、発疹の水疱がなくなり赤みがとれるまでは病気ですので（茶色い跡は残る）、その間は園以外で人の集まるところへの外出は避けるようにしてください。
- (6) 通常1週間ほどで治癒しますが、まれに髄膜炎を発症することがあります。また、ごくまれですが、脳幹脳炎・肺水腫などによる死亡例の報告があります。
- (7) 治癒後1ヶ月程度で手足の爪に異変が出ることがあります。爪が二段になったり、古い部分が新しい爪で押し上げられ、はがれたりします。最終的にはきれいな爪に生え替わります（コクサッキーA6による）。

II.手足口病への対応

- (1) 対症療法が主体となります。口内炎の痛みに対しては、鎮痛解熱剤を使用します。口の中が痛いので、しみない物を与えます。水分（乳幼児用イオン飲料など）を充分に与え、脱水状態にならないよう指導します。水分摂取が困難なときは、点滴を必要とすることもあります。

資料C

- (2) 手足口病は通常1週間程度で治癒しますが、まれに髄膜炎脳炎などを発症することがあります。

III.手足口病の患児の登園について

- (1) I.の(4)および(5)より、発疹の存在する児のみを発疹の存在する3~7日間だけ登園を停止しても、集団生活において感染を予防することは困難です。したがって、発疹の存在する児を他への感染のみを理由として登園を停止する積極的な意味はないと考えられます。
- (2) II.の(1)より、口腔内の痛み、発熱や不機嫌、嘔吐、頭痛、口腔内の痛みのための食欲不振などの症状が存在する時は、患児の健康に配慮して登園を控えることが大切です。
- (3) 登園の可否を判断する際は、集団保育が可能か否かを考慮してください。発熱がなくいつも通り元気で食欲があれば、登園は可能と考えます。
- (4) 流行阻止の目的ではなく、患児本人の健康のために登園の可否を考えることが大切です。

福岡市医師会保育園・幼稚園保健部会
(旧 福岡市医師会乳幼児保健委員会
保育所(園)・幼稚園保健検討会)

保護者向け配布文書

資料 A : 発熱時の対応について (H17 年 10 月)

資料 B : インフルエンザ・おたふくかぜの登校登園基準 (H21 年 3 月)

資料 C : 嘔吐・下痢をしている時の登園について

家庭でのオムツの処理の方法について (H17 年 10 月) (添付資料 C-1、C-2)

資料 D : 病気回復期の保育所 (園)・幼稚園への登園の目安 (H20 年 7 月)

資料 E : エンテロウイルス感染症による発疹症の登園基準について (H20 年 7 月)

資料 F : 手足口病と登園について (掲示板用)

資料 G : RS ウィルス感染症に関する情報提供 (H25 年 3 月)

保護者向け資料 A

発熱時の対応について

子どもたちが発熱している場合の保育所(園)・幼稚園への登園につきましては、子どもの早期回復のための療養および他の子どもたちへの感染防止の観点から考えなければなりません。以下に、自宅および保育所(園)・幼稚園における発熱時の対応につきまして記載しておりますので、子どもたちの健康を守るためにご協力をお願いいたします。

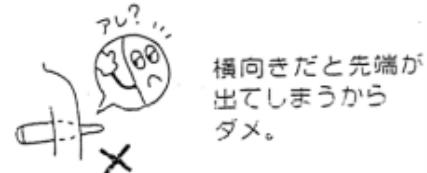
I. 体温の測定方法

1. **測定部位**：ワキで測定します。口の中ではワキよりも $0.2^{\circ}\text{C} \sim 0.4^{\circ}\text{C}$ 高い値が出来ます。体温計の先端部をワキの中央部に入れて、しっかりとワキを閉めてください。正しい位置に固定されないと体温が誤って低く出ます。
(右図参照)



2. **体温計**：

- (1) **水銀体温計**：正確な体温を測定するためには、最低 10 分間を必要とします。



- (2) **電子体温計**：測定開始 90 秒間の体温上昇カーブから 10 分後の体温を予測するため、誤差が出やすくなります。ただし“ピピッ”と鳴っても 10 分間以上計り続けると水銀体温計と同様に実測値が出ます。

- (3) **耳式体温計**：センサーの方向、耳垢の程度、機種などに影響され誤差が出やすいようです。

3. **測定条件**：泣いた後、食事した後、遊んだ後などは、体温が上昇していることがありますので、涼しい場所で少し休息させた後に再測定します。

4. **汗の影響**：ワキ下に汗をかいていると体温が低く出ます。汗をふき取ってから測定してください。

II. 発熱の判断基準

上記のような方法で体温を測定し、体温が 37.5°C 以上の場合を発熱の可能性ありと見します。種々の影響で体温が上がっている場合がありますので 30 分後に必ず再測定し、その段階でも体温が 37.5°C 以上であれば発熱と判断します。

III. 発熱時の対応

1. **家庭で発熱した場合の対応**

- (1) 登園前には、子どもの体調に気をつけましょう

保護者向け資料 A

- (2) 発熱、ぐずる、泣く、食欲がない、顔色が悪い、咳や鼻水が出るなどの症状に気づいた時は、早めに主治医を受診しましょう。
- (3) 登園を控える必要がある伝染病であるか否か、主治医に診断してもらいます。同時に「保育所(園)・幼稚園 に通っている」ことを話し、登園してよいかどうか確かめてください。登園を控えるように指導された場合は、子どもの安静のために、また他の子どもへの感染を防ぐために自宅および病児保育施設で療養してください。

2. 保育中に発熱した場合の対応

- (1) 保育中に 37.5℃以上の発熱があると判断した場合は、食欲・機嫌・元気の有無・咳や鼻汁の程度などを観察した後、保護者へ連絡します。その際は、原則として保護者に子どものお迎えをお願いします。
- (2) 保育中に 37.5℃以上の発熱があると判断した場合は、食欲・機嫌・元気の有無・咳や鼻汁の程度などを観察した後、保護者へ連絡します。元気で機嫌もよい場合はしばらく園でお預かりする事もできますが、機嫌が悪いなど、全身状態がよくないようであれば 38.0℃未満の微熱でもお迎えをお願いいたします。38.0℃以上であれば元気が良くてもお迎えをお願いする事があります。

3. 病気回復期の登園

- (1) 登園するには、前日は一昼夜解熱(37.5℃以下)していることが必要です。少なくとも前夜は解熱剤を使用せずに解熱している必要があると思われます。前夜まで 38.0 度以上に発熱しており、当日朝初めて解熱したような場合は、①その後再び発熱する可能性が高いこと、②解熱直後は免疫力も低下しており新たな感染症に罹患しやすいこと、③子どもの体調回復が不十分であること、④他児へ感染する可能性があることなどが予想されますので、登園を控えることが望ましい。
- (2) 前日から解熱している場合でも、食欲・機嫌・元気の有無・咳や鼻汁の程度などを考え合わせ、登園させてよいかどうか判断してください。
- (3) 病気が十分に回復したと考えて登園させた場合でも、保育中に再び悪化することがあります。前日の様子や悪化した場合の緊急連絡先などを登園時に必ず伝えてください。

※以下のことは遵守してください

1. 緊急な場合に、必ず連絡が取れること。
2. 子どもの状態が悪化した場合に、すぐに来所(園)できること。

福岡市医師会保育園・幼稚園保健部会
(旧 福岡市医師会乳幼児保健委員会
保育所(園)・幼稚園保健検討会)

保護者向け資料 B

インフルエンザ・おたふくかぜの登校登園基準

(1) インフルエンザ

- ・学校保健安全法における登校停止基準に準ずる：
発熱後 5 日かつ解熱後 3 日を経過すまで登校停止とします。
解熱後 3 日というのは解熱した日の翌日を 1 日目とし、4 日目より登園可能という意味です。
- ・抗ウイルス剤（タミフルなど）で解熱した後も、数日間はウイルスが排泄され人にうつします。決められた登園停止基準を守るようにお願いします。

(2) おたふくかぜ

- ・学校保健安全法における登校停止基準に準ずる：
耳下腺の腫脹が始まった日より 5 日間（初日は除く）。6 日目より登園可能。ただし発熱などがなくいつも通りの食欲があること。
最近のおたふくかぜウイルス排泄期間の研究から「耳下腺腫脹開始後 5 日以上を経過し、腫脹がピークを過ぎていればウイルスの排泄は終了している」ことが証明されました。

平成 21 年 3 月 作成

平成 27 年 5 月 改訂

福岡市医師会保育園・幼稚園保健部会
(旧 福岡市医師会乳幼児保健委員会
保育所(園)・幼稚園保健検討会)

保護者向け資料 C-1

保護者の皆様へ

嘔吐・下痢をしているときの登園について

乳幼児は種々の原因で下痢をしますが、子どもたちの状態を早期に改善するため、また他児への感染を防止するため、下痢をしている子どもたちについては以下のように取り扱うことになりました。子どもたちの健康を守るためにご協力をお願いします。

I. 自宅で下痢が始まったとき

1. 以下の症状がある時は登園を控え、主治医を受診してください。
 - (1) 血便
 - (2) 発熱：昨日から今朝にかけて、37.5℃以上の発熱が存在したとき
 - (3) 強い腹痛：當時、あるいは断続的
 - (4) 嘔吐を伴っている場合：脱水症状を伴いやすい
 - (5) 全身状態が悪い：顔色不良、食欲低下、不機嫌
2. 主治医を受診時には、保育所(園)・幼稚園に通園していることを必ず伝え、登園の可否については主治医の指示に従ってください。

II. 保育所(園)・幼稚園で下痢が始まったとき

1. 以下の症状を伴う場合は、早期に主治医を受診する必要がありますので連絡します。
 - (1) 血便が出たとき
 - (2) 37.5℃以上の発熱を伴うとき
 - (3) 強い腹痛を訴えるとき
 - (4) 顔色不良、食欲低下、不機嫌など、全身状態が悪いとき
2. 以下の症状が出た場合には、連絡することができます。
 - (1) 下痢が2回以上出現したとき
 - (2) 嘔吐を伴っているとき
 - (3) 下痢の量が多いとき
3. 主治医を受診時には、保育所(園)・幼稚園に通園していることを必ず伝え、登園の可否については主治医の指示に従ってください。

III. 下痢の回復期および下痢消失後も便中に細菌が排出されている時の対応

下痢は、大まかに細菌性下痢とウイルス性下痢の2種類に分けられますが、明確に分けられないときもあります。それぞれ対応が異なりますので以下に説明します。

1. 細菌性下痢症

- (1) 細菌性下痢症の初期および回復期の対応

細菌性下痢症には、腸管出血性大腸炎(主にO157)、サルモネラ腸炎、カンピロバクター腸炎、細菌性赤痢などの重篤な病気が含まれています。

細菌性下痢症、あるいはその疑いがあると診断されたときには、主治医の許可が出るまで登園は控えてください。回復後は登園可能ですが、最終的には主治医の指示に従ってください。保育所(園)・幼稚園が「登園に関する文書」を必要とする場合、主治医は「登園に関する情報提供書」を発行します。

保護者向け資料 C-1

(2) 細菌性下痢症における無症状保菌者の対応

細菌性下痢症の場合、細菌の種類によっては下痢が改善した後も便中に細菌が排出されていることがあります。このような状態を保菌者と言います。多くの場合は登園可能ですが、保育所(園)・幼稚園において便の処理に特に注意を払う必要がありますので、主治医から、「登園は可能だが、まだ細菌の排出がある」と診断された場合、主治医が必要と判断したか保育所(園)・幼稚園が必要としたならば「登園に関する情報提供書」(診断書書式2)を保育所(園)・幼稚園に提出してください。

(3) 無症状保菌者の「細菌の排出が消失」した場合の対応

無症状保菌者で、その後細菌の排出が消失したと診断された場合、主治医が必要と判断したか保育所(園)・幼稚園が必要としたならば、主治医がその旨を記載した「登園に関する情報提供書」を保育所(園)・幼稚園に提出してください。

2. ウィルス性下痢症

(1) 発病初期の対応

- 1) 主治医から、ウィルス性下痢、あるいはその疑いがあると診断された場合、主治医の許可が出るまで登園は控えてもらいます。
- 2) 一般的に以下の場合は、脱水症状を起こすなど状態が悪化しやすいため、登園を控え自宅あるいは病児保育施設での療養が望ましいと思われます。
①下痢症状の強い発病から数日間、②下痢の回数が多いときあるいは水様性下痢で量が多いとき、③頻回の嘔吐を伴っているとき。

(2) 病気回復期の登園と給食

- 1) ウィルス性胃腸炎の回復期で全身状態が改善していれば、軽度の下痢が残っていても登園は可能なこともありますが、最終的には主治医の指示に従ってください。通常、保育中に3回を超える下痢があるときは登園できません。
- 2) この時期はウイルスを排出していることが多く、保育所(園)・幼稚園において排便の処理に特に注意を必要としますので、主治医の指示を保護者が口頭で保育所(園)・幼稚園へ連絡してください。
- 3) 保育所(園)・幼稚園が「登園に関する文書」を必要とする場合は、主治医は「登園に関する情報提供書」を発行しますので、保育所(園)・幼稚園へ提出してください。
- 4) 保育所(園)・幼稚園における下痢回復期の食事に関しては、対応できる範囲で提供します。
- 5) 保育所(園)・幼稚園で下痢用の食事を提供する場合は、その内容に関して保護者と保育所(園)・幼稚園とで話し合うことが必要です。食事に関して細かな配慮を必要とする場合は、登園を控え自宅および病児保育施設での療養してください。

※ 登園に関する情報提供書はいずれも有料です。

保護者向け資料 C-1

IV. 便の取り扱いについて

家庭でのオムツの処理の方法について

病原性大腸菌をはじめとするさまざまな感染症が家庭内で広がらないために、日頃からオムツの処理、手洗いに気をつけましょう。（保護者向け資料 C-1）

福岡市医師会保育園・幼稚園保健部会
(旧 福岡市医師会乳幼児保健委員会
保育所(園)・幼稚園保健検討会)

保護者向け資料 C-2

保護者の皆様へ

家庭でのオムツの処理の方法について

病原性大腸菌をはじめとするさまざまな感染症が家庭内でひろがらないために、日頃からオムツの処理、手洗いに気をつけましょう。

○布オムツの場合

- ①汚物を処理し（トイレに流す）、専用のバケツを使って汚れを落とします。
- ②専用のバケツに水と塩素系漂白剤（次亜塩素酸ソーダを含むもの）を入れ30分程度浸します。なお、希釀濃度浸水時間はメーカーで異なりますので説明書を読んでください。
- ③オムツは家庭の洗濯物と別に洗います。
- ④洗濯機で普通に洗剤で洗います。
- ⑤手をきれいに洗います。
- ⑥干します。

○紙オムツの場合

- ①オムツはビニール袋に入れ、他の物が汚染しないようにします。
- ②赤ちゃんのおしりをふいたタオルなどは、布オムツと同じ処理にします。
- ③手をきれいに洗います。

○オムツ換え

場所を決めて行いましょう。畳などに直接触れないようにオムツ換え用のタオルなどを敷きましょう。定期的に布オムツと同じ洗い方で洗濯をします。

○手洗い

下記の方法で洗いましょう。石けんは薬用石けんを使います（固形・液状があります）

特にオムツ換えのあと

調理の前には

しっかり

手を洗いましょう !!

保護者向け資料 C-2

手洗いの手順

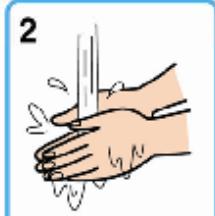
かならず手を洗いましょう。

- ◆トイレに行ったあと
- ◆料理の盛付けの前

- ◆調理施設に入る前
- ◆次の調理作業に入る前



時計や指輪をはずしたのを確認する



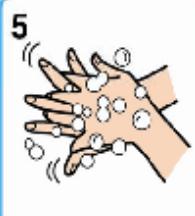
ひじから下を水でぬらす



手洗い石けんをつけて



よく泡立てる



手のひらと甲 (5回程度)



指の間、付け根 (5回程度)



親指洗い (5回程度)



指先 (5回程度)

手首 (5回程度)
腕・ひじまで洗う

水で十分にすすぎ

ペーパータオルでふく
(手指乾燥機で乾燥する)
タオル等の共用はしないこと

蛇口栓にペーパータオルをかぶせて栓を締める

アルコールを噴霧する※
(水分が残っていると効果減)

手指にすり込む (5回)

3～9までを2回くり返す

2回くり返し、菌やウイルスを洗い流しましょう。

※アルコールはノロウイルスの不活化にはあまり効果がないといわれています。

見えるところに貼ってお使い下さい。

(社)日本食品衛生協会 平成24年度食品衛生指導員巡回指導資料より

保護者向け資料 D

保護者の皆さんへ

病気回復期の保育所(園)・幼稚園への登園の目安

(ただし、インフルエンザや水痘等、登園基準が決まっている病気はこの目安には該当しません。)



登園の目安は子どもの健康回復と他の子どもへの感染の可能性を考えて決められています。健康回復が不十分な状態で登園しますと病気の回復が遅れたり新たな感染症にかかりやすくなったりします。また感染力が強い段階で登園すれば他の子どもへの感染を引き起こすことになります。

発熱、咳、鼻水・鼻づまり、下痢などで休んでいた後の登園の目安を以下に記載しますのでご理解をお願いします。

また、主治医の診察を受けた場合は、主治医の指示に従ってください。



1. 発熱

登園の目安：前日は一昼夜（24時間）解熱剤を使用せずに解熱していること。

理由：とくに前日の夕方から夜にかけて38℃以上の発熱が認められた場合、あるいは解熱剤を使用して解熱した場合は、翌朝解熱していても在園中に再度発熱する可能性が高いためです。在園中に38℃以上の発熱又は37℃台の熱でも状態によりお迎えを要請することがあります。

2. 咳、鼻水・鼻づまり

登園の目安：登園前夜は、咳や鼻水は存在しても十分に眠れていること

理由：咳や鼻水や鼻づまりで夜間に起きたりする場合は、子どもの体力は回復しないと考えられ、すぐに次の病気をもらってしまいます。いつもの元気がないなら登園は控えましょう。在園中に咳や鼻水で生活に支障を来す場合はお迎えを要請することがあります。

3. 下痢

登園の目安：前日朝から当日朝までの24時間に、元気で食欲があり、軽度の下痢が3回以内であること。

理由：下痢の多くはウイルス感染でおこります。また発病後1週間以上にわたり便中にウイルスを排泄しますし、ごく少量のウイルス

保護者向け資料 D

でも感染しますので原則として下痢をしている期間は登園を控えてもらいます。ただ在園中に軽度の下痢が1回であれば、保育士が慎重に対処します。ただし大量の下痢、血便、嘔吐が出現すればお迎えを要請することがあります。

4. 食欲

登園の目安：登園当日の朝は食欲が回復していること

理由：食欲がない場合は、健康の回復が不十分と考えられるためです。

在園中に食欲がなく体調不良と思われる場合はお迎えを要請することがあります。



H20年7月
(H27年5月改訂)

福岡市医師会保育園・幼稚園保健部会
(旧 福岡市医師会乳幼児保健委員会
保育所(園)・幼稚園保健検討会)

保護者向け資料 E

保護者の皆様へ

エンテロウイルス感染による発疹症の登園基準について

エンテロウイルス感染を指し示す病名の例

全身に広がる発疹	熱があり、多くは解熱後、全身に発疹ができる。 熱もなく発疹だけの事もある。
ヘルパンギーナ	口蓋垂（いわゆるのどちんこ）の両脇に口内炎ができる。口の痛みでよだれが増える。食事が取りづらい事も。高熱が多い。
手足口病	口内炎と手先足先の発疹（膝周り、肛門周囲も多い。時に全身）。 口の痛みはヘルパンギーナと同じ。

エンテロウイルスは手足口病など夏場に発熱や発疹を出すことで有名なウイルス属です。手足口病は、発疹が存在しても発熱などの症状がなく元気であれば登園は可能と取り決めがありますが（下記参照）、他のエンテロウイルス感染による発疹においても、医師の診断があれば手足口病と同様に対応します

- (1) エンテロウイルス感染による発疹症と診断された場合、発熱などの症状がなく子どもの状態がよければ登園は可能です**
- ・エンテロウイルスに感染しても症状が出ない無症候性の患者が多数存在します。しかし、これらの人たちも感染源になります
 - ・エンテロウイルス感染による発疹は3～7日で消えますが、口から1～3週間、便中へは数週間～8週間ウイルスが排泄され続け、この間も感染力が存在します
 - ・このため、発疹のある乳幼児を発疹の存在する期間だけ登園停止にしても集団生活において感染を予防することはできません
- (2) 以下の場合は登園を控えてください**
- ・エンテロウイルス感染ではまれに髄膜炎や脳炎、心筋炎などの重篤な病気を併発することがあります。ヘルパンギーナ、手足口病のときは、口が痛くて食事がとりづらくなります。食事がしっかりとれるまでは家庭で安静にさせてください。よだれが多いなどはまだ口が痛いサインです。
 - ・発熱・頭痛・嘔吐・ぐったり感・食欲低下などの症状があるときはできるだけ家庭で安静にし、かかりつけ医を受診してください

保護者向け資料 F



手足口病と登園について

手足口病でも登園は可能です

手足口病の発疹は3～7日後には消えますが、唾液からは1～2週間・便からは3～5週間もウイルスが排泄され続け、この間も感染力があります。

このため、発疹のある期間だけ登園を停止しても集団生活において感染を予防することはできません。

発疹のみで子どもの状態がよければ登園は可能です。

ただし、以下の時は登園を控えてください

手足口病はまれに髄膜炎や脳炎を併発することがありますので、発熱・不機嫌・頭痛・嘔吐などの症状がある時はできるだけ家庭で安静にし、かかりつけ医を受診してください。

また、口腔内の痛みのために食欲がない時などは登園を控えます。

**福岡市医師会保育園・幼稚園保健部会
(旧 福岡市医師会乳幼児保健委員会
保育所(園)・幼稚園保健検討会)**



保護者向け資料 G

RS ウイルス感染症に関する情報提供

臨床症状の推移

- (1)発病 1~3 日間：咳・鼻汁・微熱が出現する。約 70% の児はそのまま回復する。
- (2)発病 4~7 日間：乳幼児の約 30% においては、発熱や咳等の症状が進行し、気管支炎・細気管支炎、更には肺炎を発病することがある。

年齢による症状の違い

- (1)生後 4~5 週を過ぎると母親からの移行抗体が減少し発病するようになる。
- (2)生後 1~3 カ月の乳児は免疫力や体力が弱いため、呼吸症状が急速に悪化することがある。その後、年齢が上がるに従い発熱や咳、鼻汁等の症状は強くなるが急速に呼吸症状が悪化することは少なくなる。
- (3)多くの児は 2 歳までに初感染を経験する。その後再感染を繰り返し年齢が上がるに従い症状は軽くなり、年長児では軽度の咳や鼻汁のみのことがある。

周囲への感染

- (1)病初期の軽度の咳や鼻汁のみのときでも周囲への感染力はある
- (2)年長児で軽度の咳や鼻汁のみの症状で治まる場合でも周囲へは感染する。
- (3)発病後のウイルス排泄期間は個人差が大きく、通常発病後 7~10 日間であるが、長い場合は 3 週間程度ウイルスを排泄する

治療と予防

- (1)RS ウイルスを抑える薬はない。
- (2)感染防止に有力な対策は通常行われている手洗い・うがい・マスク等であり、RS ウイルスに特別なものはない。
- (3)未熟児や心臓・肺疾患を有する児は重症化予防のため予防薬の注射を毎月行う。

保育所(園)・幼稚園での対策

- (1)園内で RS ウイルス発生時は、0 歳児クラスと他年齢児クラスとの接触はできるだけ避ける。
- (2)感染防止対策は手洗い・うがい・マスク等である。特に鼻汁からの感染が多いので鼻汁処置に際しては保育士の手洗いも含めて十分に注意する。

※保育所(園)・幼稚園における登園基準 (考え方)

登園基準は患児の健康回復と他児への感染の有無を考慮して決められるが、RS ウイルス感染において、他児への感染を完全に防止することはできないことを考慮すれば、患児の健康回復を登園基準とすることが妥当と思われる。

患児の健康回復：次の 3 点を考慮する。①発熱が一晩治まっている、②咳をするが睡眠を妨げない、③食欲が回復している。

※RS ウイルス抗原検査

- (1) RS ウイルス抗原検査は、重症化する危険性のある 1 歳未満児にのみ保険適応がある。
- (2)外来診療では、1 歳以上の児において RS ウイルス検査を希望され実施した場合は、診察料を含め全ての費用が保険適応外になるので、全額が自費診療になる。

診断書書式

診断書書式1：一般用（受診確認用）（H26年 月）

診断書書式2：下痢用（H17年10月）

診断書書式を2種類用意しました。

書式1：

病院へきちんと受診せずに親の判断で登園させているのでは、という園の不安に対応するため、登園可能日を医師が指示をしたという証明となります。病状が回復しているのに登園許可書を発行することのみを目的に病院を受診する必要がないように考慮したもので。状態が変われば登園開始日が変更になる事は医師から保護者へ説明をするように、医師には通達しております。

書式2：

従来からの書式で下痢に関するものです。

そのほかに登園・登校許可書があります（福岡医師協同組合で販売しています）。ご利用ください。

診断書書式1

登園に関する情報提供書

名前_____さん H_____年_____月_____日 生まれ は、
本日当院を受診され、以下の通りと診断いたします。

診断名 _____

発病日 平成_____年_____月_____日

- 登園停止の必要はありません。体調がよいならば登園できます。
- 学校保健安全法の規定により _____月 _____日から登園できます（おたふく風邪など）。
- 学校保健安全法の規定により _____月 _____日以後で、かつ、解熱後4日目（解熱した日を0日目とする）以後に登園できることを伝えています（インフルエンザ）。
- 学校保健安全法の規定に基づいて登園が可能な状態につき指導しております。
概ね _____月 _____日から登園できると思われます。
- 登園を禁止していましたが、_____月 _____日 _____曜日から登園できます（アデノウイルス、溶連菌など）。

本情報提供書を保育所(園)・幼稚園に提供することに同意します。

保護者氏名 _____

平成 年 月 日

医療機関所在地

医療機関名

医師名

印

診断書書式2

登園に関する情報提供書（下痢症）

園長殿

園児氏名：_____ 生年月日：平成 年 月 日

下記の（1）～（4）のうち、該当する項目番号に○印をつけてください。必要な場合は複数の項目番号に○印をつけてください。

- （1）診察の結果、本児の下痢症状は改善しており登園は可能と考えます。
- （2）診察の結果、本児の下痢症状は改善しており登園は可能と考えられますが、便中にはロタウイルス等のウイルスが存在しうる可能性が考えられますので、排便の処理には注意を必要とします。
- （3）診察の結果、本児の下痢症状は改善しており登園は可能と考えられますが、便中には「
（細菌名を記入）」が存在しておりますので、排便の処理には十分な注意を必要とします。
- （4）検査の結果、本児の便中の「
（細菌名を記入）」が陰性化しました。

本情報提供書を保育所(園)・幼稚園に提供することに同意します。

保護者氏名

平成 年 月 日

医療機関所在地

医療機関名

医師名

印