

保健衛生 参考資料

(小規模保育事業等)

《保健計画の作成例》

令和 年度 保 健 計 画		〇〇保育園			
年間目標		～健やかな心と体を育てる～ ・一人一人の子どもの健康、発育状態を把握し、保護者と十分に連携をとりながら、生活リズムを整え心身の健やかな成長、発達を援助する。 ・衛生管理や安全点検、安全指導を行い、病気の予防、早期発見や事故防止に努め、健康の大切さや命の大切さを知らせていく。			
月	期間目標	関連行事	留意点	保健日より	保護者への働きかけ
4 5	○新しい環境に慣れ健康で規則正しい生活をする ・生活リズムを整える ・戸外で元気に遊ぶ ・生活の習慣を身につける	○発育測定 (身長・体重は毎月) ・頭囲、胸囲測定 ○家庭訪問 ○園外保育 ○職員検便 (全員)	○子どもの健康状態・発達の把握 (個人票、家庭連絡) ○健康要観察児については、全職員で把握、対応確認 (健康個人カード) ○除去食の確認 ○感染症の早期発見と予防 ○清潔な環境作りと事故防止 ○PM2.5、光化学オキシダント等大気汚染環境の対応確認	○保健目標にそった年間保健行事について ○生活リズムについて ○環境の変化による疲れからくる疾病予防の注意 ○子どものかかりやすい感染症について ○保健面のお願い ○薬の預かり方 ○予防接種について	○個人票の健康面の更新 ○健康観察について、保護者へお知らせ (集団生活と感染症予防等の健康管理) ○健康状態についての保護者との連携、確認 (特に要観察児童：健康個人カード) ○手洗い、消毒の励行 ○5歳児麻疹・風疹予防接種の勧奨
6	○梅雨期を健康に過ごす ・清潔の習慣を身につける ○自分の体に関心を持つ ・歯の大切さ、歯磨きの必要性を知る	○6/4虫予防デー ○歯磨き指導 ○歯科健診 (全クラス) ○保育参観・懇談会 ○給食試食会	○歯科健診の結果報告及び指導 (歯磨き指導・治療の勧奨) ○梅雨期の食中毒予防、手洗いの励行 ・腹痛、下痢、嘔吐等の症状に留意	○むし歯予防の話 ○歯科健診のお知らせと結果 ○梅雨期の衛生管理 ○食中毒について ○水遊び前の病気治療 ○シラミについて	○歯科健診の結果を報告し歯の治療を勧める ○水遊び前の病気治療 ○爪、頭髮の点検
7 8	○夏を健康に過ごす ・夏の遊びを楽しむ (水遊び・プール遊び) ○健康保持に努める	○8/7鼻の日 ○プール開き ○園外保育 ○大掃除 (園舎内外害虫駆除)	○プールの衛生管理 ○健康状態の把握 ○衛生状況 (爪、頭髮) の把握 ○室内外の温度差から体温上昇と水分補給に配慮 ○紫外線対策 ○汗の始末、身体の清潔、着替えの指導 ○熱中症対策	○夏の健康管理 ○夏の病気について ○プール遊び、水遊びの注意 (健康チェック表) ○水分補給の大切さ ○冷房使用時の注意	○水の事故防止 ○水遊び時健康チェック表の記入依頼 ○健康保持・生活リズムを崩さない ・十分な休息、バランスの良い食事
9	○生活リズムを整える ○全身を使って積極的に遊ぶ ・病気やけがに気をつける	○9/1防災の日 ○9/9救急の日 ○定期健康診断 ・頭囲、胸囲測定	○健康診断結果報告 ○体調を整える ○活動と休息のバランス ○園庭・運動用具の整備、安全点検	○生活リズムの見直し ○事故防止について (救急、けが) ○睡眠と栄養	○健康状態の把握 ○健康診断結果報告
10 11	○薄着の習慣をつけながら寒さに負けない身体を作る ・体力増進を図る	○10/10目の愛護デー ○園外保育 ○職員検便 (全員) ○育児講座	○衣服調節 (薄着の習慣づけ) ○園外保育 ・散歩により足腰を強くしたり、心身を開放させる	○衣服の調節 (薄着の習慣) ○体力作り ○風邪の予防 ○手洗いとうがいの効果 ○冬の病気について	○寒さに向けての身体作り ・薄着、手洗い、うがいの習慣作り ○火災予防について ○朝夕の衣服調節 ○感染症予防 ・手洗い、うがい、咳エチケット ○家庭内事故予防 ・やけど、けが、室内換気などの注意 ○生活リズムの大切さ
12	○冬を健康に過ごす ・病気 (風邪など) の予防をする	○大掃除	○室温 (暖房) と換気、湿度配慮 ○感染性胃腸炎 (ノロウイルス等) に注意 ○インフルエンザ対策	○冬の事故について (やけどについて) ○下痢・嘔吐について ○年末年始の過ごし方	○生活リズムの大切さ
1 2	○生活リズムを整える ・寒さに負けず元気に過ごす ・室内事故に気をつける	○保育参観・懇談会	○感染症予防指導 (手洗い、うがい) ○運動量を考慮した遊びの工夫と外気に触れる機会の確保	○病気についての知識 (予防、薬、ケア) ○皮膚の清潔、ひび、しもやけの予防	
3	○成長の喜びを知る	○3/3耳の日 ○お別れ遠足 ○お別れ会 ○卒園・修了式 ○定期健康診断 ○入所時健康診断 ・頭囲、胸囲測定	○子ども一人一人の発育・発達状態を把握する ・生活習慣の再確認、引継 ○進級に向けて ・情緒の安定と安心感を持たせる接し方	○1年を振り返って	○健康・成長を喜びあう機会を持つ ○健康診断結果報告 ○朝の排便の大切さ
備 考	○担任、保健担当保育士は日々子どもの健康観察を行い、保護者と十分に連絡を取り合う ○予防接種状況の把握及び予防接種の勧奨 ○保健日志に毎日の子どもの健康状態を記録する ○与薬の状況把握/子どもの症状、経過を把握する ○嘱託医との連絡調整、相談活動 ○関係機関との情報交換、連携 ○薬品棚の整理、清掃 ○布団乾燥 ○調理員及び乳児に関わる保育士等の検便は毎月実施する ○要観察児童等、個別に配慮が必要な子どもの状況を把握しておく			評 価 ・ 反 省	

記 録 用 紙

記入年月日 _____

記入者 _____

家族構成						
子育ての援助可能な親族も含め 図式化すると分かりやすい (ジェノグラム)						
子 ど も の プ ロ フ イ ー ル 問 題 の 状 況	(男・女)		父親		母親	
	生年月日	年 月 日 (歳)	氏名			
	体重	身長				
	出産時の状況	年齢		職業		
	障がいの有無	連絡先				
	入所年月日	年 月 日	保護者のプロフィール	子どもへの関わり		
	入所理由					
	出欠状況					
	性格ことば・理解力	家族が抱えている問題				
	保育士との関係	家族に関与している機関				
友達との関係	その他					
(いつから・どんな頻度・どんな状況) あざ・傷の場所など図示						
関係機関への連絡 (有・無) (相談・通告)						
機関名称						
① _____		担当者			tel.	
② _____		担当者			tel.	

(参考資料21 福岡市医師会資料より抜粋)

連絡票(案)

(最終的には、園の方で独自に作ります)

保護者記載欄	
子どもの氏名	
医療機関名、医師名 _____ 病・医院 _____ 先生	
(緊急時に連絡がとれるように記載してください) TEL :	
病名または症状	
<p>与薬を依頼するくすりの種類と数</p> <p style="text-align: center;">(月 日) (月 日) (月 日)</p> <p>粉 薬 : _____種 → _____種 → _____種</p> <p>シロップ : _____種 → _____種 → _____種</p> <p>(保管は室温・冷蔵)</p> <p>外用剤 : _____種 → _____種 → _____種</p>	
外用剤の使用法	
その他の注意事項	

月 日	受領者サイン	投 与 時 間	投与者サイン
月 日		時 分	
月 日		時 分	
月 日		時 分	
月 日		時 分	
月 日		時 分	
月 日		時 分	
月 日		時 分	

※処方内容の変更がなければ、連絡票の有効期限は原則として処方日から7日以内です。

※処方内容の変更があれば、新規の連絡票をご提出ください。

病名	病状の特徴及び経過	潜伏期	感染経路	登園基準	予防接種	その他注意事項
インフルエンザ	発熱(38℃以上) 悪寒、頭痛、筋肉痛、倦怠感、咽頭痛、咳	1~4日	飛沫感染 接触感染	発症した後5日を経過し、かつ、解熱した後3日を経過するまで	○	肺炎、中耳炎等の合併症
百日咳	病初期よりしつこい咳 発熱はあまりない。連続性、発作性の特有の咳が続く	7~10日	飛沫感染 接触感染	特有の咳がとれるまで又は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	◎	無呼吸発作、肺炎、中耳炎、脳症等の合併症
麻疹(はしか)	せき、眼やに、高熱、口中にコプリック斑。顔面に次ぎ身体、手足へ発疹	8~12日	飛沫感染 空気感染 接触感染	発疹に伴う発熱が解熱後3日	◎	肺炎、中耳炎等の合併症
流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)	耳下腺(耳たぶの下)が急に腫れる痛みを伴い酸っぱいものの飲食で増す	16~18日	飛沫感染 接触感染	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	○	無菌性髄膜炎、難聴等の合併症
風疹	発熱と同時にバラ色の発疹が出現し、約3日で消える 頭部、耳後部のリンパ節腫脹	16~18日	飛沫感染 接触感染	発疹が消失するまで	◎	髄膜炎や紫斑病の合併症
水痘(水ぼうそう)	身体と首から顔面に発疹 紅斑、水疱、膿疱、かさぶたの順に変化する	14~16日	空気感染 飛沫感染 接触感染	全発疹がかさぶたになるまで	◎	
咽頭結膜熱(プール熱)	発熱、咽頭痛、頭痛、食欲不振 眼症状として結膜充血、眼痛、眼脂	2~14日	飛沫感染 接触感染 プールでの目の結膜からの感染もある	主要症状が消退した後2日まで		
結核	初期はほとんど自覚症状がなく気づきにくい。発熱、咳、疲れやすい、食欲不振	3か月~数年 10年以内、特に6か月以内に発病することが多い	空気感染	医師において感染のおそれがないと認めるまで	◎	感染症予防法における二類感染症
腸管出血性大腸菌感染症(O-157等)	症状のないものから、下痢(水様便~血便) 激しい腹痛等様々	10時間~6日 (O-157は主に3~4日)	経口感染(飲食物、便) 接触感染	医師において感染のおそれがないと認めるまで		感染症予防法における三類感染症
流行性角結膜炎(はやり目)	眼やに、流涙、眼瞼が腫れる、結膜充血や白目に出血	2~14日	飛沫感染 接触感染 (プール水、手指等)	医師において感染のおそれがないと認めるまで		眼脂、分泌物に触れない タオルなど共用しない 手洗い励行
急性出血性結膜炎	眼やに、流涙、眼瞼が腫れる、結膜充血や白目に出血	約1日 または2~3日	飛沫感染 接触感染	医師において感染のおそれがないと認めるまで		
突発性発疹	突然の発熱が3~4日続く 熱が下がると同時に小斑点状発疹が出現	9~10日	飛沫感染 経口感染 接触感染	解熱後1日以上経過し 全身状態がよいこと		生後6か月~24か月の子が感染することが多い
溶連菌感染症	(上気道感染) 発熱、のどの発赤、腫れ、痛み (扁桃炎) 発熱、扁桃炎 莓状舌、発疹	2~5日	飛沫感染 接触感染	抗菌薬内服後24~48時間を経過していること ただし治療の継続は必要		リウマチ熱、腎炎の合併症
手足口病	発熱、口腔内の痛みを伴う水疱 手、足脚部の水疱性丘疹	3~6日	飛沫感染 糞口感染(経口) 接触感染	発熱がなく(解熱後1日以上経過し) 普段の食事ができること 流行阻止を狙っての当園停止はウイルスの排出期間も長く現実的でない		髄膜炎の合併症 回復後も数週から数か月間、便にウイルスが排泄される
ヘルパンギーナ	発熱、のどの痛み、まれに頭痛、筋肉痛、発疹	3~6日	飛沫感染 糞口感染 接触感染	発熱がなく(解熱後1日以上経過し) 普段の食事ができること		髄膜炎の合併症 回復後も数週から数か月間、便にウイルスが排泄される
伝染性紅斑(りんご病)	かぜ様症状と顔面の紅斑、四肢伸側にレース状の紅斑	4~14日	飛沫感染	発疹が出現した頃には、すでに感染力は消失しているので、全身症状が良いこと		溶血性貧血や紫斑病の合併症
マイコプラズマ肺炎	ゆっくり始まるかぜ様症状、しつこい乾咳、発熱、胸痛	2~3週	飛沫感染	発熱や激しい咳が治まっていること		
感染性胃腸炎(流行性嘔吐下痢症)	嘔吐、下痢が突然はじまる	ロタ 1~3日 ノロ 12時間~48時間	糞口感染 食品媒体感染 接触感染 吐物からの空気感染	嘔吐、下痢等症状が治まり 普段の食事ができること	◎	脱水症状に注意
RSウイルス感染症	発熱、鼻汁、 ^{がいそう} 咳嗽、 ^{ぜいめい} 喘鳴、呼吸困難	4~6日	接触感染 飛沫感染	重篤な呼吸器症状が消失し 全身状態がよいこと		生後6ヶ月未満の児は重篤化しやすい
新型コロナウイルス感染症	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、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見られる。	約5日間	主な感染経路は 飛沫感染、エアロゾル感染、接触感染である。	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	○	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
髄膜炎菌性髄膜炎	主な症状は、発熱、頭痛、嘔吐 急に重症化する	4日以内	飛沫感染 接触感染	医師により感染の恐れがないと認められていること	○	
帯状疱疹	軽度の痛みや違和感(子どもの場合ははっきりとしない) かゆみ、多数の水疱、紅斑	不定	母体の水痘罹患 子ども一度水疱にり患した場合	すべての発しんが痂か皮(かさぶた)化していること		

「学校保健安全法」、「感染症予防法」及び「保育所における感染症ガイドライン」より、抜粋
 登園基準は学校保健安全法における出席停止期間に準じる。医師の診断により登園しても差し支えないときはこの限りではない。
 予防接種 ◎予防接種法に基づく接種 ○任意接種

保護者への啓発文書の例

令和 年 月 日

保護者の皆様へ

〇〇〇〇 保育所(園)

乳幼児の腸管出血性大腸菌 (O157など) の食中毒に注意しましょう！！



乳幼児は成人に比べ抵抗力が弱いため、腸管出血性大腸菌O157などに感染しやすく、中には死にいたるケースもあります。他の食中毒菌に比べ、O157の菌はわずか100個程度で発症するといわれています。

また、O157は、じん臓や中枢神経に悪い影響を与える「ベロ毒素」という毒をつくります。そこで、次のことに注意し、食中毒からお子さまを守りましょう。

① 菌をつけない (清潔)

- ・生肉を触った手やお箸、調理に使ったまな板、バット、フキン、包丁などは次の作業に入る前に、十分洗浄・消毒してください。
- ・サラダなどに使う野菜は、よく洗いましょう。

② 菌を増やさない (冷蔵、冷凍、迅速な調理)

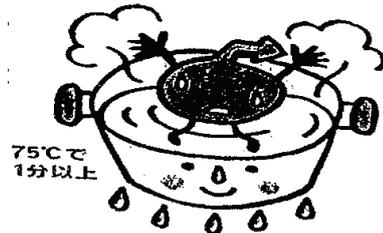
- ・買い物から帰宅後、要冷蔵食品は、すぐに冷蔵庫へ。
- ・冷蔵庫は、詰めすぎに注意し、開け閉めはすばやく行い、庫内の温度の上昇を防ぎましょう。

③ 菌を殺す (加熱)

- ・食品の加熱は、中心まで十分に行いましょう。

④ 手をよく洗う

- ・食事前、調理前、用便後には薬用石けんでよく手を洗いましょう。
- 又、小さなお子さまの手洗いには、気をつけましょう。



乳幼児のお子さまに、次のような生の食品を食べさせないようにしましょう。
(十分な加熱を行えば大丈夫です。)

生肉(牛レバー、ホルモン、生煮えの焼肉等)・・・腸管出血性大腸菌O157
食中毒予防のため

二次感染に注意！！

感染した人の手についた菌が調理などにより食品に移り、感染したり、トイレのノブ、感染者の便や、下着の始末をした人の手などから、口に入って感染します。また、感染した人の入った風呂の水が口に入って感染することもあります。

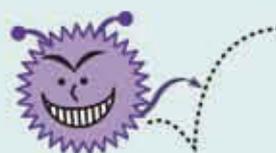
お願い ※ 毎朝、必ずお子様の健康状況や気になることなどを口頭又は記入等で保育士等に伝達してください。感染症の早期発見に役立ちます。

こうやって防ごう! ノロウイルス

ノロウイルスとは

● 特徴

感染性胃腸炎の原因となるウイルスで、特に冬季に多発します。食中毒の原因として知られていますが、感染者の吐ぶつやふん便には大量のノロウイルスが含まれており、吐ぶつなどを介して感染が広がることがあります。



● 感染経路

- 経路 1) ノロウイルスに汚染された二枚貝等を生あるいは十分に加熱調理しないで食べる。
- 経路 2) ノロウイルスに感染した人が、十分に手洗いを行わないで調理をすると、食品が汚染され、その食品を食べた人が感染する。
- 経路 3) ノロウイルスを含むふん便や吐ぶつを処理した際、手についたウイルスや、不適切な処理で残ったウイルスが、口から取り込まれて感染する。

● 感染した場合の症状

ノロウイルスに感染してから24～48時間後に、嘔吐、下痢、腹痛、発熱等の症状がでます。通常 3 日程度で快復しますが、症状がなくなっても、通常は 1 週間程度、長いときには 1 ヶ月程度、ウイルスはふん便中に排出されます。



● 消毒方法

- 方法 1) 85℃以上で1分以上の加熱
 - 方法 2) 次亜塩素酸ナトリウム（塩素系漂白剤）による消毒
- ノロウイルスには逆性石けん、アルコールはほとんど効果がない
★ 次亜塩素酸ナトリウムを使用する際は換気を十分行うこと

次亜塩素酸ナトリウム液の作り方

0.02% (200ppm)
次亜塩素酸ナトリウムの作り方

原液の濃度が6%の場合、300倍に希釈する
(水3ℓに原液10mlを入れる)

0.1% (1000ppm)
次亜塩素酸ナトリウムの作り方

原液の濃度が6%の場合、60倍に希釈する
(水3ℓに原液50mlを入れる)

手洗いの方法

手洗いは感染防止の基本です。ノロウイルスは感染力が強く、ウイルスに触れた人の手を介して感染が拡大することが多いので、正しい手洗いの実施がノロウイルス感染予防の第一歩となります。

効果的な手洗いを実施するタイミングは、

- ①外出から帰宅したとき、
- ②トイレ使用后、
- ③吐ぶつやふん便の処理後、
- ④調理や食事の前です。

洗い残しのない正しい手洗いの手順

①時計や指輪をはずします



②水で手を濡らします



③手洗い石けんをつけます



④手のひらをよくこすります



⑤手の甲、指の間をこすります



⑥親指を念入りに洗います



⑦指先をこすります



⑧爪ブラシで指先を洗います



⑨手首を洗います



⑩水で十分洗います



⑪ペーパータオルで拭きます



⑫蛇口栓にペーパータオルをかぶせて栓を締めます



吐ぶつ の 処 理 方 法

吐ぶつ、ふん便(おむつを含む)を処理する際は、その汚物が感染性のものであるという前提で処理を行いましょう。汚物を処理した人がノロウイルスに感染しないよう事前に準備をしっかりと行いましょう。

● 汚物(吐ぶつ、ふん便)の処理を行う前の注意事項

- ・ 汚物の処理を行う人は**使い捨て手袋**、**マスク**、**エプロン**を着用しましょう。
- ・ 汚物処理に必要な**ペーパータオル**、**ビニール袋**、**次亜塩素酸ナトリウム**などを事前に用意しましょう。
- ・ 汚染場所には**関係者以外近づかない**ようにしましょう。
- ・ 汚染場所を次亜塩素酸ナトリウムで消毒した場合、消毒した場所が漂白されることがあります。

● 汚物(吐ぶつ、ふん便)の正しい処理手順

① 使い捨てのペーパータオルなどで汚物の外側から内側に向かって静かに拭き取る



② 使用したペーパータオルはすぐにビニール袋にいれ、0.1%次亜塩素酸ナトリウムをペーパータオルに染みこむ程度に入れる



③ ビニール袋はしっかり口を締めて廃棄する



④ 汚物が付着していた床やその周囲は0.1%次亜塩素酸ナトリウムを染みこませたペーパータオルで覆うか、浸すように拭く



⑤ 手袋は使用したペーパータオル等と同じようにビニール袋に入れて処分する。処理後はしっかり手洗いを行い、汚染場所の換気を十分に行う



食中毒を防ぐには

● 予防法1 食材は十分に加熱する

二枚貝等の食材は中心部が85℃～90℃で90秒以上加熱しましょう。

● 予防法2 調理器具は洗浄消毒する

二枚貝の調理に使用したまな板等の調理器具は十分に洗浄し、熱湯(85℃以上)に1分間以上浸漬するか、0.02%次亜塩素酸ナトリウムで消毒しましょう。



● 予防法3 調理従事者の衛生管理を徹底する

- * 食品の盛り付け作業時には使い捨て手袋を使用しましょう。
- * 嘔吐、下痢等の症状がある調理従事者は、食品を直接取り扱う作業には従事しないようにしましょう。
- * 手洗いを十分行いましょう。(2ページの手洗い方法を参考にウイルスを洗い流す)

施設・リネン類の消毒方法

● 施設の消毒

ドアノブ、手すり、水道の蛇口などは0.02%次亜塩素酸ナトリウムに浸した布で拭く等、定期的に消毒を行いましょう。

ただし、次亜塩素酸ナトリウムは金属腐食性があるので、消毒後の薬剤の拭き取りを十分行うようにしてください。



● リネン類の消毒

感染者の吐ぶつやふん便がついたシーツ等のリネン類を取り扱うときは、使い捨て手袋、マスク、エプロンを着用し、リネン類はビニール袋に入れて周囲を汚染ないようにしましょう。

洗剤を入れた水の中で静かにもみ洗いして汚れを落とした後、0.02%次亜塩素酸ナトリウムに10分間浸すか、85℃以上で1分間以上、熱湯消毒してください。次亜塩素酸ナトリウムには漂白作用があります。色物の取り扱いにはご注意ください。

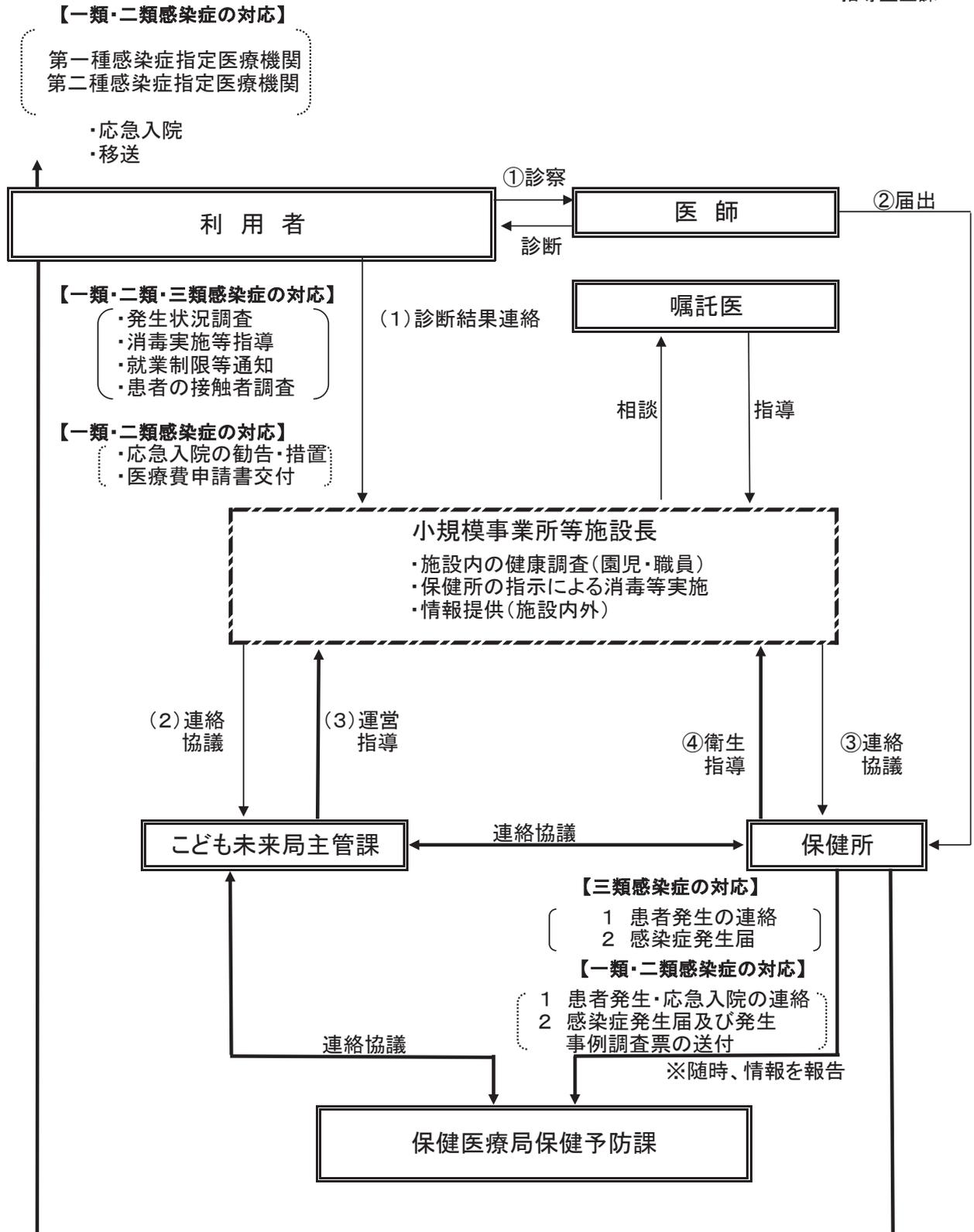
消毒後は他のものと分けて最後に洗濯しましょう。

問い合わせ先

● 東区保健福祉センター 東区箱崎2-54-27	健康課 645-1078	衛生課 645-1111
● 博多区保健福祉センター 博多区博多駅前2-19-24	健康課 419-1091	衛生課 419-1126
● 中央区保健福祉センター 中央区舞鶴2-5-1	健康課 761-7328	衛生課 761-7356
● 南区保健福祉センター 南区塩原3-25-3	健康課 559-5116	衛生課 559-5162
● 城南区保健福祉センター 城南区烏飼5-2-25	健康課 831-4261	衛生課 831-4219
● 早良区保健福祉センター 早良区百道1-18-18	健康課 851-6012	衛生課 851-6609
● 西区保健福祉センター 西区内浜1-4-7	健康課 895-7073	衛生課 895-7095
● 保健福祉局保健予防課 中央区天神1-8-1	711-4270	● 保健福祉局食品安全推進課 中央区天神1-8-1 711-4277

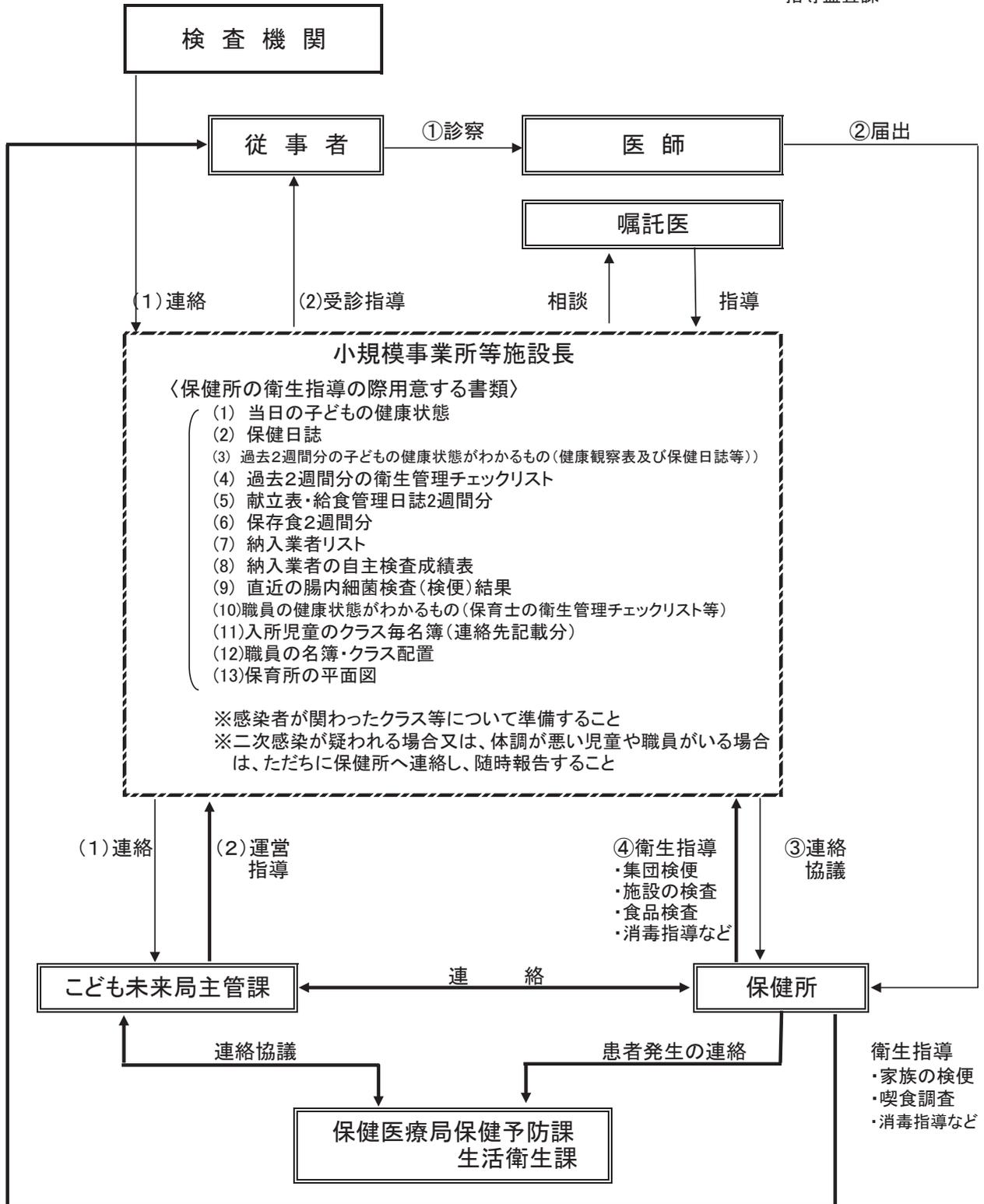
感染症発生時の対応(一類・二類・三類感染症)

令和5年11月
指導監査課



定期検便から感染が確認された場合の対応(健康保菌者) (腸管出血性大腸菌感染症・細菌性赤痢)

令和5年11月
指導監査課



※サルモネラ菌陽性の場合、届出の必要はないが、調理担当・乳児担当・食事介助については、衛生確認できるまで十分に配慮をおこなうこと

<正しい手洗いの方法>

以下の手順で、30 秒以上、石けんを用いて流水で行いましょう。

- 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。

*年齢の低い子どもには手洗いが難しいので、保護者や保育士、年上の子どもと一緒に洗う、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。



出典：高齢者介護施設における感染対策マニュアル

<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/osirase/tp0628-1/>

※ 感染症ガイドラインより抜粋

※ 手指の消毒に関しては「本手引き参考資料 19・20」を参照

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の概要 (FAO/WHO共同作成)

哺乳ビンを用いた粉ミルクの調乳方法



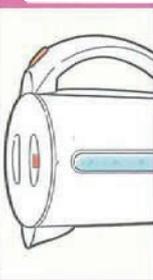
Step 1

粉ミルクを調乳する場所を清掃・消毒します。



Step 2

石鹸と水で手を洗い、清潔なふきん、又は使い捨てのふきんで水をふき取ります。



Step 3

飲用水※を沸かします。電気ポットを使う場合は、スイッチが切れるまで待ちます。なべを使う場合は、ぐらぐらと沸騰していることを確認しましょう。



Step 4

粉ミルクの容器に書かれている説明文を読み、必要な水の量と粉の量を確かめます。加える粉ミルクの量は説明文より多くても少なくてもいけません。



Step 5

やけどに注意しながら、洗浄・殺菌した哺乳ビンに正確な量の沸かした湯を注ぎます。湯は70℃以上に保ち、沸かしてから30分以上放置しないようにします。



Step 6

正確な量の粉ミルクを哺乳ビン中の湯に加ええます。

※①水道水②水道法に基づき水質基準に適合することが確認されている自家用井戸等の水③調製粉乳の調整用として推奨される、容器包装に充填し、密栓又は密封した水のいずれかを念のため沸騰させたものを使用しましょう。



Step 7

やけどしないよう、清潔なふきんなどを使って哺乳ビンを持ち、中身が完全に混ざるように、哺乳ビンをゆっくり振るまたは回転させます。



Step 8

混ざったら、直ちに流水をあてるか、冷水又は氷水の入った容器に入れて、授乳できる温度まで冷やします。このとき、中身を汚染しないよう、冷却水は哺乳ビンのキャップより下に当てるようにします。



Step 9

哺乳ビンの外側についた水を、清潔なふきん、又は使い捨てのふきんでふき取ります。



Step 10

腕の内側に少量のミルクを垂らして、授乳に適した温度になっているか確認します。生暖かく感じ、熱くなければ大丈夫です。熱く感じた場合は、授乳前にもう少し冷まします。



Step 11

ミルクを与えます。



Step 12

調乳後2時間以内に使用しなかったミルクは捨てましょう。



注意：ミルクを温める際には、加熱が不均一になったり、一部が熱くなる「ホット・スポット」ができて乳原の口にやけどを負わず可能性があるので、電子レンジは使用しないでください。

冷凍母乳の取扱いと調乳について

1 搾乳と保存

搾乳した母乳は専用の冷凍母乳パックで保存し、母親の名前・搾乳日時・量を必ず記入し、 -20°C で冷凍保存したものを1日分、1回に飲む量に分けて保冷シート(市販されている)や専用アイスボックスに入れて持って来よう。

2 解凍

解凍は流水中又は 40°C の湯煎で行い、哺乳瓶に移してから、 40°C の湯煎で人肌まで暖める。電子レンジや熱湯での解凍は、母乳成分(免疫物質など)が変化することがあるで使用しない。成分が分離している時はゆっくり振り混ぜて授乳する。

3 注意点

母乳は細菌が繁殖しやすいので、搾乳・保存・解凍の各過程で、消毒や温度管理など衛生的な配慮が大切である。特に、一度解凍したものは再冷凍しない、哺乳瓶の飲み残しは、廃棄する。

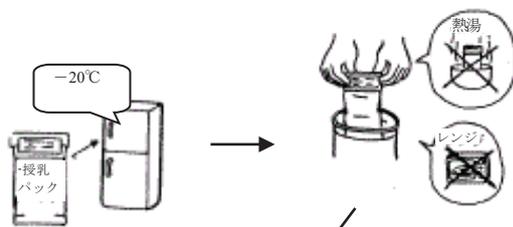
母親が発熱などで体調が悪い時、服薬している時、乳房・乳頭に痛みやしこりがある時は、冷凍母乳の使用について医師に相談するように指導する必要がある。

調乳法

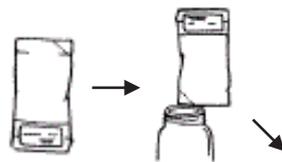
①調乳台をきれいにする ⇒ ②手洗い消毒 ⇒ ③消毒した哺乳瓶、乳首を準備する

冷凍母乳

冷凍庫から出し解凍する
流水or
保温層(40°C):特に冬季



切り口を消毒綿で拭き、パック専用の消毒したハサミで切り、哺乳瓶に移す。

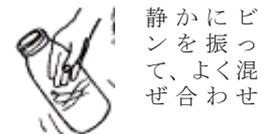


粉ミルク

出来上がりの分量の1/2~1/3の湯(70°C 以上)を入れる



分量の粉ミルクを入れる



静かにビンを振って、よく混ぜ合わせ

出来上がり量までお湯を加える (70°C 以上)



乳首、キャップカバーを鉗子を使ってつけさらにビンを振って溶かす (やけどに気をつける)

適温になるまで冷やす
名札をつける



授乳

○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行う。
- 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

〈保護者への啓発文書の例〉

保護者の皆様へ

令和〇年〇月〇日

〇〇〇保育所(園)

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(次亜塩素酸ナトリウムを含むもの)を入れ10分程度浸します。なお、希釈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使い捨てのおむつ交換シート等を敷きましょう。

○手洗い

下記の方法で洗いましょう。

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！！



消毒薬の種類と用途

薬品名	塩素系消毒薬(次亜塩素酸ナトリウム、亜塩素酸水等)		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 活剤性ともいう	アルコール類 (消毒用エタノール等)
	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、歯ブラシ、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、歯ブラシ、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(便座、トイレのドアノブ等)
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 すると有害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、金属には使えない。 ・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 すると有害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。 ・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。	・経口毒性が高いため誤飲 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。 ・手洗い後、アルコール を含ませた脱脂綿やウ エットティッシュで拭き 自然乾燥させる。
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)	○(ただし、手指への使用上の効果は 確認されていない)	○(ただし、手指への使用上の 効果は確認されていない)	○
ノロウイルスに対する有効性	○	○	×	×
消毒液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	・直接日光の当たらない涼しいところ に保管する。	・直接日光の当たらない涼しいところ に保管する。	・希釈液は毎日作りかえ る。	

(表1) 次亜塩素酸ナトリウム(製品濃度が約6%の場合)及び亜塩素酸水(製品濃度が約0.4%の場合)の希釈方法

	消毒対象	調整する濃度 (希釈倍率)	希釈法
ナ次 ト亜 リ塩 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	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)
	・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 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)
亜 塩 素 酸 水	・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 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)

○ 熱湯での希釈は行わない。

○ 塩素系消毒薬の希釈液は、時間が経つにつれ有効濃度が減少することに留意する。

○ 製品によっては、冷暗所に保管するよう指示があるものがあり、指示に従い適切に保管することが必要となる。

<消毒方法について>

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	<ul style="list-style-type: none"> ・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。 	<ul style="list-style-type: none"> ・嘔吐物 や 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。 ・色物や柄物には消毒用エタノールを使用する。 ※汚れがひどい場合には処分する。
洗えるもの	<ul style="list-style-type: none"> ・定期的に流水で洗い、陽に干す。 ・乳児がなめるものは毎日洗う。 乳児クラス:週1回程度 幼児クラス:3か月に1回程度 	<ul style="list-style-type: none"> ・嘔吐物 や 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、陽に干す。 ・色物や柄物には消毒用エタノールを使用する。
洗えないもの	<ul style="list-style-type: none"> ・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 幼児クラス:3か月に1回程度 	<ul style="list-style-type: none"> ・嘔吐物 や 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、陽に干す。
砂場	<ul style="list-style-type: none"> ・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。 	<ul style="list-style-type: none"> ・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、本手引き 参考資料19を参照。

手指の衛生管理

通常	<ul style="list-style-type: none"> ・石けんを用いて流水でしっかりと手洗いする。
下痢・感染症発生時	<ul style="list-style-type: none"> ・石けんを用いて流水でしっかりと手洗った後に、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	<ul style="list-style-type: none"> ・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。 ・利便性の観点から、速乾性手指消毒液使用も考えられる。 ・血液は使い捨て手袋を着用して処理をする。

<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。
- ・消毒薬は子どもの手の届かないところに保管する。
- ・消毒薬は使用時に希釈し、毎日交換する。
- ・希釈するものについては、濃度、消毒時間を守り使用する。
- ・ペットボトルを利用して希釈するときは、特に誤飲に気を付ける。
- ・消毒の実施時は子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付ける。
- ・使用時には換気を十分に行う。
- ・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。
- 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が重要である。

(参照:保育所における感染症対策ガイドライン)

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させていただけるよう配慮する必要があるのではないのでしょうか。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せていただきます。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。子どもがうつ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。理由をいくつか列挙します。

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。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あります。ノロウイルス嘔吐下痢症の場合、嘔吐が始まってから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っ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ってから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となります。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ても、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、周りの誰かがちょくちょ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。自分でも気づかずに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きます。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と医療側の考え

登園許可書を園から求められることが多々あります。園の考えと医療者の考えには違いがあるようで、必要・必要でないの間に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

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に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

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をお願いしていることをご承知おきください。

- 検査の必要性に関する医療者側の考え

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ると助かります。

保険で制限されている主な検査の例（H27年度現在）

RSウイルス：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、ペスト、マールブルグ熱、ラッサ熱、ポリオ、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スA属インフルエンザAウイルスであつてはその血清型が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(プール熱)、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、パラチフス、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(伝染性軟疣腫)、伝染性膿痂疹(とびひ)

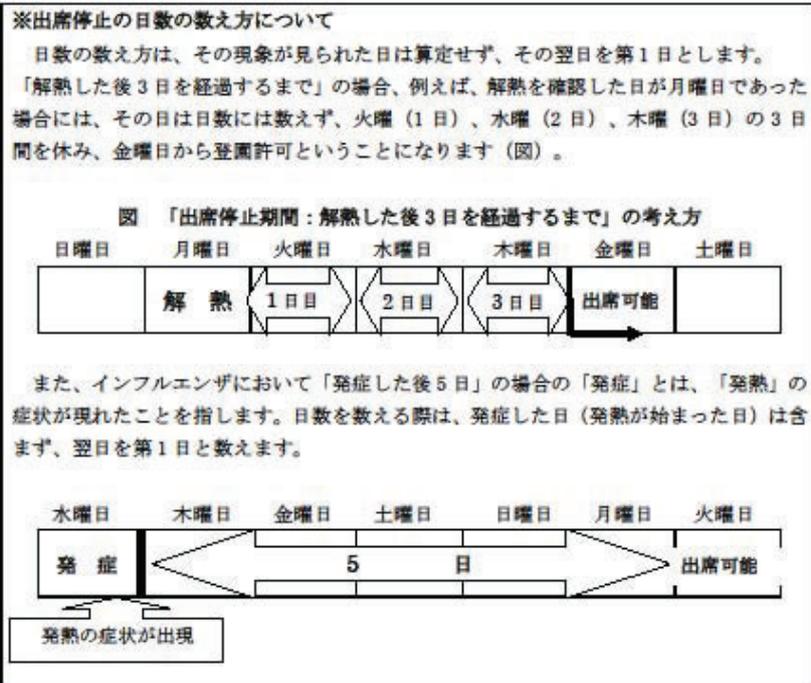
*** 出席停止の期間**

- 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るときは、この限りではありません。

インフルエンザ <small>(鳥インフルエンザ(H5N1)及び新型インフルエンザを除く)</small>	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
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、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(プール熱)	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がないと認めるまで。
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がないと認めるまで。

- 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がないと認めるまで。
○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がないと認めるまで。
 - ・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るとき、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るとき、学校医の意見を聞いて適当と認める期間。

添付資料 2



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、顎下腺また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
ヒトメタニュ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する判断基準
(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ことがあるので、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しての意見を聞き、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も可能である。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、囑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。

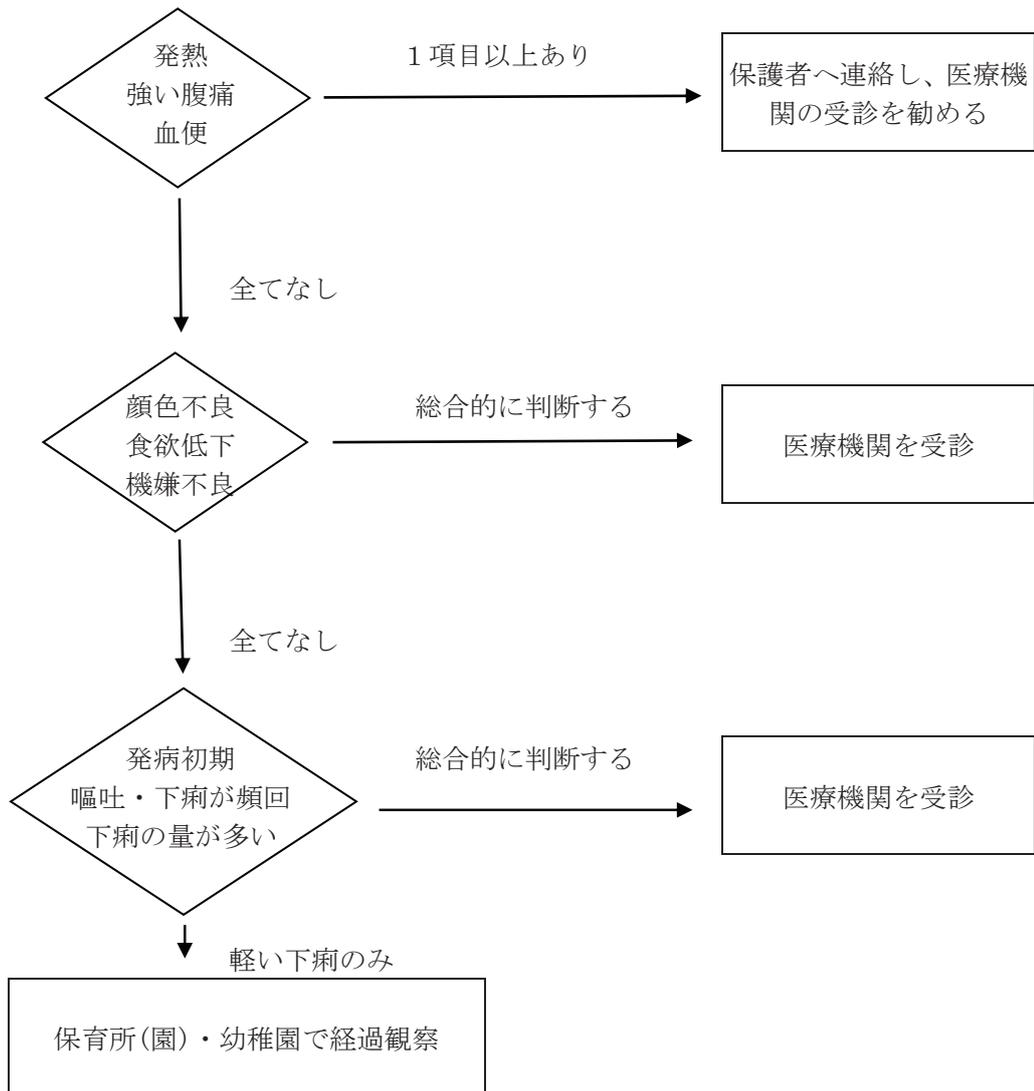
福岡市医師会保育園・幼稚園保健部会
(旧 福岡市医師会乳幼児保健委員会
保育所(園)・幼稚園保健検討会)

資料 A

● 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) 糞口感染だけでなく、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. ウイルス性胃腸炎の回復期で軽度の下痢が存在する場合

- (1) ウイ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。

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」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」と診断された場合も、主治医は情報提供書(診断書書式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、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。

○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行う。
- 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対応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に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場合があります。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 ウイ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。

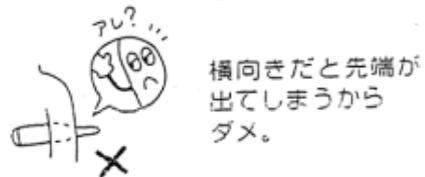
I. 体温の測定方法

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てい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：常時、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、連絡することがあります。

- (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. ウイルス性下痢症

(1) 発病初期の対応

- 1) 主治医から、ウイルス性下痢、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、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) ウイ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。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、希釈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 !!**

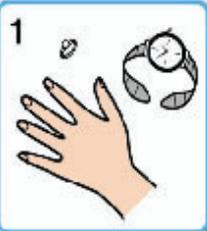
保護者向け資料 C-2

手洗いの手順

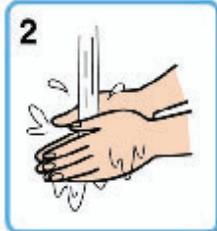
かならず手を洗いましょう。

- ◆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



1 時計や指輪をはずしたのを確認する



2 ひじから下を水でぬらす



3 手洗い石けんをつけて



4 よく泡立てる



5 手のひらと甲 (5回程度)



6 指の間、付け根 (5回程度)



7 ココも大切!
親指洗い (5回程度)



8 指先 (5回程度)



9 手首 (5回程度)
腕・ひじまで洗う



10 水で十分にすすぎ



11 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



12 乾口栓にペーパータオルをかぶせて栓を締める



13 アルコールを噴霧する*
(水分が残っていると効果減)



14 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

保護者の皆さまへ

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

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 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 ヶ月の乳児は免疫力や体力が弱いいため、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す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)感染防止に有効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す。状態が変われば登園開始日か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あります (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



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



福岡市医師会資料

福岡市医師会員各位

保育所(園)・幼稚園での与薬について、ご協力をお願い

現在、多くの保育所(園)・幼稚園では保護者からの要望に応え、育児支援の立場から、また子どもたちが苦痛から早期に解放されることを期待して、保育士・教諭が保護者に代わってくすりを与えています。保育所(園)・幼稚園では、事故が起こらないように細心の注意を払っていますが、冬季などは多くの保護者から薬を依頼され、いつも不安を抱えながら与薬しています。以上のことから、「保育所(園)・幼稚園での与薬」に関して、主治医、保育所(園)・幼稚園、保護者が、今後どのように対応していくべきかを検討する必要がでてきました。

このため、福岡市医師会の乳幼児保健委員会 保育所(園)・幼稚園保健検討会で、昨年5月から1年余に亘り「保育所(園)・幼稚園での与薬」について検討してきました。

検討の結果、以下のような結論にいたりました。

- (1) 原則として、保育所(園)・幼稚園での与薬は行わない。
- (2) 止むを得ず与薬を行う場合には、薬を処方した医師、与薬を依頼する保護者も責任と自覚を持つ。
- (3) そのために、医師、保育所(園)・幼稚園、保護者がお互いに責任を持つ制度を作る。

具体的な方法は以下に記載しております。お読みいただきましてご理解ご協力をお願いいたします。

保護者へは、保育所(園)・幼稚園から、同様の内容(別紙1)の、具体的な連絡が行われます。

※保育所(園)・幼稚園保健検討会は、保育所(園)・幼稚園における保健に関する問題点を検討しております。検討会の委員は乳幼児保健委員会委員および福岡市保健福祉局、市立保育所、私立保育園、市立幼稚園、私立幼稚園の各団体の代表で構成されています。

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

福岡市における保育所(園)・幼稚園での与薬

主治医から子どもに処方された薬は保護者が与えるべきものであり、保育所(園)・幼稚園での与薬は原則として行うべきものではありません。

A. 保育所(園)・幼稚園での与薬の現状

1. 医師は、保育所(園)・幼稚園での与薬について関心が低い。
2. 保護者は、昼間に使用するくすりの投与を園に依頼する傾向が強い。
3. 園での与薬は種々の問題(別紙2)を抱えています。しかし、多くの園では育児支援の立場より、保護者から薬を預かり園で与薬を行っています。

B. 今後の保育所(園)・幼稚園における与薬への対応

1. 園では、原則として与薬を行いません。
2. 止むをえない場合、園では下記の条件の下に保護者に代わって与薬を代行します。
 - (1) 園で与薬を行う場合は、与薬する薬について主治医が記載した「投薬情報書」(別紙4)の提出を必要とします。
 - (2) 保護者と園との信頼関係と緊密な連携の下、所定の「連絡票」(別紙3)を使用し、事故等が発生しないように十分な配慮をした上で行います。

C. 主治医としての対応

1. 主治医は、原則として園での与薬を行わないように配慮してください。
 - 例1) 子どもの登園を控えさせ、家庭で療養させます。
 - 例2) 病児保育施設等を紹介します。
 - 例3) 1日2回で済むくすりを使用します。
 - 例4) 1日3回使用でも、2回目は帰宅時、3回目は就寝前の服用を指導します。
2. 保護者が園へ与薬を依頼するため、主治医に「投薬情報書」(別紙4)を要求した場合の対応
 - ①保護者が保育園へ与薬を依頼する場合は、与薬する薬について主治医が必要事項を記載し署名した投薬情報書を園へ提出する必要があります。
 - ②このため、主治医は保護者から投薬情報書の発行を請求されることがあります。
 - ③主治医が患児を診察し、やむを得ず保育園在園中の時間帯での与薬が必要であると判断した場合は、主治医は保護者へ投薬情報書(別紙4)を発行する必要があります。
 - ④投薬情報書(別紙4)を発行した場合、与薬により問題が生じた際の責任は医師にも発生することがありますので、患者との信頼関係や園の管理体制等に留意した上で慎重に対処してください。
 - ⑤投薬情報書(別紙4)に対して、文書料の請求は可能と判断されます。
 - ⑥処方内容に変更がなければ、投薬情報書(別紙4)は原則として7日間は無効です。
 - ⑦処方内容の変更があれば、新規に投薬情報書(別紙4)が必要になります。

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

(別紙1)

保護者の方へ

保育所(園)・幼稚園でのくすりの取り扱いに際しての取り決め

- I. 原則として、保育所(園)・幼稚園ではくすりの取り扱いはいたしません。
・保育所(園)・幼稚園(以下、園と略します)で、保育士・教諭が保護者に代わってくすりをお子さんへ与えることは、事故などいろいろな問題を含んでいますので、原則としてくすりの取り扱いはいたしません。
主治医の先生へは医師会から同様の連絡が行われていますので、診察を受ける際は、「お子さんが園に通っていること」、「園では原則としてくすりを与えられないこと」を必ず伝え、昼間のくすりについてご相談ください。
- II. 止むを得ない理由の時には、保護者と園との信頼関係において、園の担当者が保護者に代わってくすりを与えることを考慮します。
くすりを与える場合は、できるだけ事故が起こらないよう、以下の要領を必ず守っていただきます。
 1. 園でくすりを与える場合は、安全性の確保のために「連絡票」(別紙3)に必要事項を記載していただき、くすりとおわせて園の担当者に手渡していただきます。記載漏れや記載不備がある場合はくすりを与えられないことがあります。
 2. 園で与えるくすりは、診察した医師が処方したものに限り、薬剤情報提供書(くすりについての注意などを記載した文書)がある場合は一緒にご提出ください。
保護者が個人的な判断で持参したくすりは与えられません。
 3. お子さんが今までに使用したことのない新しいくすりは、園での使用時に発疹や嘔吐などの思わぬ副反応が生じる恐れがありますので与えられません。園で預かる場合は、少なくとも一度は保護者が与えたくすりに限ります。
 4. 以下のような場合は、園ではくすりを与えられないことがあります。
 - (1) お子さんが服薬を嫌がったり、吐いたりして飲ませられない時。
 - (2) 水菜の色が変わったり、濁ったり、性状が変わったと判断される時。
 - (3) その他、保育士・教諭の判断により不都合と判断された時。
 5. 発熱時の解熱剤や抗けいれん剤(けいれん止め)、喘息発作時の気管支拡張剤(発作止め)など、園の担当者の判断を必要とするくすりは原則として与えられません。ただし、お子さんにとって極めて有用と考えられる場合は、前もって医師と保護者と園との間で相談し、3者の連携の上で使用することを考慮します。

- ※1：くすりの使用に際しては必ず保護者に連絡し指示を受けた後に行います。
- ※2：それぞれのくすりの有効期限等を考慮し、適宜新しい薬に交換してください。

6. くすりを与える際の取り決め

- (1) 「食前」、「食後」、あるいは「3時頃」など、くすりを与える時間を指定することはできません。園において最もくすりを与えやすい時間(正午から午後3時まで)での服薬になります。
- (2) 特殊な時間での服薬や長期間の服薬を希望する時には、医師と保護者と園との3者間で協議し、くすりを預かるか否かを決めます。
- (3) 使用するくすりは1回ずつに分けて、当日使用分のみをご用意ください。
- (4) くすりの袋や容器には、必ずお子さんの名前を記載してください。
- (5) 慢性疾患以外の疾患で、園での服薬が2週間を越えた場合は、園から主治医へ保護者を通じて、その後の園での服薬の必要性を確認することがあります。

7. 医師の文書について

- (1) 園でくすりを与える場合には、医師が必要事項を記載し署名した「投薬情報書」(別紙4)が必要です。
- (2) 「投薬情報書」(別紙4)に対して、文書料を請求されることがあります。
- (3) 医師が診察の上、お子さんが園での集団生活を控え、家庭あるいは病児保育施設等での療養が望ましいと判断した場合、あるいはその他の理由で、医師は「投薬情報書」(別紙4)を発行しないことがあります。
- (4) 処方内容に変更がなければ、「投薬情報書」(別紙4)は原則として7日間は有効です。
- (5) 処方内容の変更があれば、新規の「投薬情報書」(別紙4)が必要になります。

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

(別紙2)

保育所(園)・幼稚園での与薬についての現状と問題点

医師は薬を処方する際に、1日に3回服用するように処方することがよくあります。この場合、保育所(園)・幼稚園(以下、園と略す)に通っている乳幼児においては、在園する昼間の時間帯に与薬する必要が生じてきます。その結果、下記のようないろいろな問題が起こっています。

1. 保育所(園)・幼稚園の立場

- (1) 医療法上、園において保育士・教諭が乳幼児に与薬することは認められていない。
- (2) しかし、多くの園では、育児支援の立場から保護者の求めに応じて与薬している。

2. 保護者の立場

- (1) 医師から処方されたくすりは時間通りに飲まなければならないと思っている。
- (2) 一部の母親は昼休みに与薬のため園まで出かけているが、多くの母親は就労時間等の理由で園まで出かける余裕はない。

3. 現状

- (1) 多くの園では、多くの問題を含んでいることを承知しながら、保護者からの求めに応じて、育児支援の立場から保育士・教諭が与薬を行っている。
- (2) 保育士・教諭が与薬している園で発生している問題点や保育士の不安
 - ・与薬させた後、児に異変が生じた。
 - ・他児の薬を誤って服用させた。
 - ・薬をこぼして全量を飲ませられなかった。
 - ・誤って、過剰に与えてしまった。
 - ・子どもが与薬を嫌がり、薬を吐いたりして、結局飲ませられなかった。
 - ・忙しくて、依頼された薬を時間どおりに飲ませられなかった。
 - ・薬の管理が難しい。
 - ・薬がいつ処方されたのか解らない。
 - ・水薬の変化が気になる。
 - ・嫌がる子どもに保育士2人がかりで服用させるときは、他児への配慮ができなくなり、事故等の不安がある。
 - ・与薬が多い時には、児への配慮が十分に出来ない。
 - ・与薬を間違えないために、緊張が続く。
 - ・問題が生じた場合、重大な過失がなくても責任を問われるのではないかという不安がある。

(別紙3)

連絡票(案)

(最終的には、園の方で独自に作ります)

保護者記載欄
子どもの氏名
医療機関名、医師名 _____ 病・医院 _____ 先生 (緊急時に連絡がとれるように記載してください) TEL: _____
病名または症状
与薬を依頼するくすりの種類と数 (月 日) (月 日) (月 日) 粉 薬: _____種 → _____種 → _____種 シロップ: _____種 → _____種 → _____種 (保管は室温・冷蔵) 外用剤: _____種 → _____種 → _____種
外用剤の使用法
その他の注意事項

月 日	受領者サイン	投与時間	投与者サイン
月 日		時 分	
月 日		時 分	
月 日		時 分	
月 日		時 分	
月 日		時 分	
月 日		時 分	
月 日		時 分	

※処方内容の変更がなければ、連絡票の有効期限は原則として処方日から7日以内です。
 ※処方内容の変更があれば、新規の連絡票をご提出ください。

(別紙4)

投薬情報書 1 (常用薬用)

保護者記載欄	
子どもの氏名	予定帰宅時間： 時 分頃

医師記載欄	
くすりの内容	
抗生物質	咳止め
下痢止め	整腸剤
外用剤	その他 ()
薬剤情報提供 (あり・なし)	

上記の薬を「昼」に服用 (日分)、塗布するように処方しました	
処方日 平成 年 月 日	署名： _____

投薬情報書 2 (頓用薬用)

保護者記載欄	
子どもの氏名	予定帰宅時間： 時 分頃

医師記載欄	
くすりの内容	
()	
薬剤情報提供 (あり・なし)	

上記の薬を () の時に、	
使用するよう処方しました	
処方日 平成 年 月 日	署名： _____

※必ず保育所(園)・幼稚園と前もってご相談ください。

プール遊び・水遊びカード

組 名前

月日	○でかこみましよう	理由・連絡事項など	保護者サイン	担任確認
/	できる できない			
/	できる できない			
/	できる できない			
/	できる できない			
/	できる できない			
/	できる できない			
/	できる できない			
/	できる できない			
/	できる できない			
/	できる できない			
/	できる できない			
/	できる できない			
/	できる できない			
/	できる できない			
/	できる できない			

プール遊び・水遊びカード

組 名前

月日	○でかこみましよう	理由・連絡事項など	保護者サイン	担任確認
/	できる できない			
/	できる できない			
/	できる できない			
/	できる できない			
/	できる できない			
/	できる できない			
/	できる できない			
/	できる できない			
/	できる できない			
/	できる できない			
/	できる できない			
/	できる できない			
/	できる できない			
/	できる できない			
/	できる できない			
/	できる できない			

保育園・幼稚園における けいれん対応マニュアル

～熱性けいれんを中心に～

平成 29 年 3 月

福岡市医師会

保育園・幼稚園保健部会

はじめに

熱性けいれんは5歳までの発症頻度が高く、それ故、保育園幼稚園で遭遇することが多い疾患です。今回、保育園・幼稚園保健部会では福岡市内の保育園・幼稚園におけるけいれんの状況について調査を行い、その解析に基づいて対応マニュアルを作成いたしました。マニュアルには、けいれんの概説及び現場で必要な観察事項、救急車要請の基準等、医療従事者でない先生方にもわかりやすいように解説しています。お手元においていただき園でご活用いただければ幸いです。



福岡市医師会
マスコットキャラクター
「おっしょ医くん」

平成29年 3月
福岡市医師会保育園・幼稚園保健部会

目次

熱性けいれんについて	2
乳幼児のけいれん対応	4
乳幼児のけいれんの予防	10
けいれん時の対応 Q and A	13
福岡市の現状	14
資料	16

熱性けいれんについて

熱性けいれんはまれな病気ではなく、20-30人に1人のこどもが経験します。このため、熱性けいれんに対して全国どの地域でも標準的な対応ができるように「熱性けいれんの診療ガイドライン 2015」が日本小児神経学会により策定されました。本マニュアルはこのガイドラインに準拠し、福岡市の実情を考慮して作成いたしました。

1) 熱性けいれんの定義

ガイドラインでは、熱性けいれんは、「主に生後6-60か月までの乳幼児期におこる、通常は38度以上の発熱に伴う発作性疾患（けいれん性、非けいれん性を含む）で、髄膜炎などの中枢神経感染症、代謝異常、その他の明らかな原因がみられないもので、てんかんの既往のあるものは除外される。」と定めています。この定義での熱性けいれんの特徴を表1に示しました。



表1. 熱性けいれんの特徴

- | | |
|-------|-------------------|
| 1) 年齢 | 主に生後6か月～60か月(満5歳) |
| 2) 体温 | 通常38度以上 |
| 3) 症状 | けいれん、または非けいれん性の発作 |
| 4) 原因 | 明らかな原因がない |
| 5) 既往 | てんかんは除く |

ガイドラインでは、満5歳を過ぎたこどもの発熱時のけいれんは、「年長児の有熱時のけいれん」と呼び、「熱性けいれん」と区別していますが、年齢以外の特徴が合えば、基本的な対応は「熱性けいれん」と同じです。

一方、6か月未満の乳児が発熱時にけいれんを起こした場合は、治療が必要な何らかの原因があることが多く、緊急の検査が必要です。

非けいれん性の発作

ガイドラインには、非けいれん性の発作という用語が登場します。「熱性けいれん」を文字通りに解釈すると、この用語は混乱しますが、発熱時に、「けいれんはないが、ぼんやりして呼びかけに反応がない」場合も、慣例で「熱性けいれん」と呼ばれています。具体的には、一点をじっと見たり（一点凝視：いつてんぎょうし）、白目をむいたり（眼球上転）、力が抜けたり（脱力）します。

2) 熱性けいれんの原因

熱性けいれんには明らかな原因がありません。あえていえば、「発熱でけいれんを起こしやすい体質」が原因と言えます。この体質は親子やきょうだいでも多く、家族に熱性けいれんを起こしたことがある方がいる場合は、熱性けいれんを起こす確率が高いことが知られています。

乳幼児が発熱した際に起こすけいれんの多くは熱性けいれんですが、まれに髄膜炎や急性脳炎などの病気が隠れていることがあります。このため、乳幼児の起こす発熱時のけいれんを安易に熱性けいれんと決めることはできません。

3) 熱性けいれんとてんかんの違い

熱性けいれんとてんかんは異なる病気です。熱性けいれんは、発熱によって起こる「一時的な脳の反応」ですが、てんかんは発作を起こす「慢性的な脳の病気」です。一般的にてんかんでは発熱のないときにも発作が起こります。

4) 熱性けいれん時の対応

実際にけいれんをみると慌ててしまいがちですが、以下の手順に従って落ち着いて対応すれば大丈夫です。

直ちに周囲に知らせて応援を呼び、広いスペースで、床に直接寝かせます。

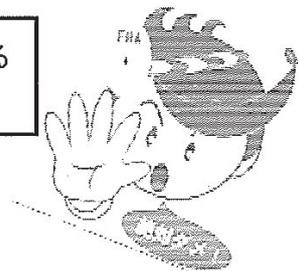
そして、衣服を緩め（首周りとはとくに）、吐物で誤嚥しないように、顔が横を向くように体全体を横に向けます。

加えて、気道が確保できるように頭を後ろに少しそらせます。

この状態で観察を行い、5分間以上つづくときは救急車を呼びます。(P 6 図1)

ただし、危険ですので、以下のことはしないでください。

- | | |
|-------------|---------------|
| × 口の中に指を入れる | × 口の中にタオルを入れる |
| × 体を強く抑える | × 体を強く揺さぶる |



5) 熱性けいれんの予防

熱性けいれんを起こしたこどものうち約7割は、その後けいれんを起こしません。このため、薬による熱性けいれんの予防は、けいれんを起こしたことのあるこども全員に行うものではありません。長時間続くけいれんなど典型的でないけいれんを起こした場合は、かかりつけ医の判断で、発熱時にけいれん止めの座薬を用いて、けいれんを予防することがあります。

乳幼児のけいれん対応

1) 乳幼児のけいれんに対する考え方

- 乳幼児がけいれんを起こすことはまれではありません。
- 乳幼児がけいれんを起こした際は、迅速かつ慎重な対応が必要です。とくに乳幼児にとって初めてのけいれんは慎重な対応が必要です。
- 軽症に見えても、治療が必要な病気が隠れている可能性があります。

けいれんを目の当たりにすると、誰でも慌ててしまいます。このため、

こどもの“けいれんを含めた病気に関する情報”を日ごろより把握し、けいれん時の基本的な対応をマニュアル化して、誰でも、いつでも、対応できるように一定期間ごとに研修を行いましょ。

2) けいれん時の基本的な対応手順

けいれん時の対応は、こどもの安全確保が最優先です。目を離さずに様子を見守り、5分以上けいれんが止まらない場合は救急隊に連絡しましょう。けいれんが止まった場合も、回復が確認できるまでは、見守りが必要です。(P5 表2、P6 図1)

けいれん時の対応が決まっているこどもに関しては、決められた手順に従って対応してください。(P9)

<ぼーっとしているが、発作かどうかわからない場合の対応>

「目が一点を見つめて反応がない」場合や「目が寄っている」などの場合は、以下を参考にしてください。

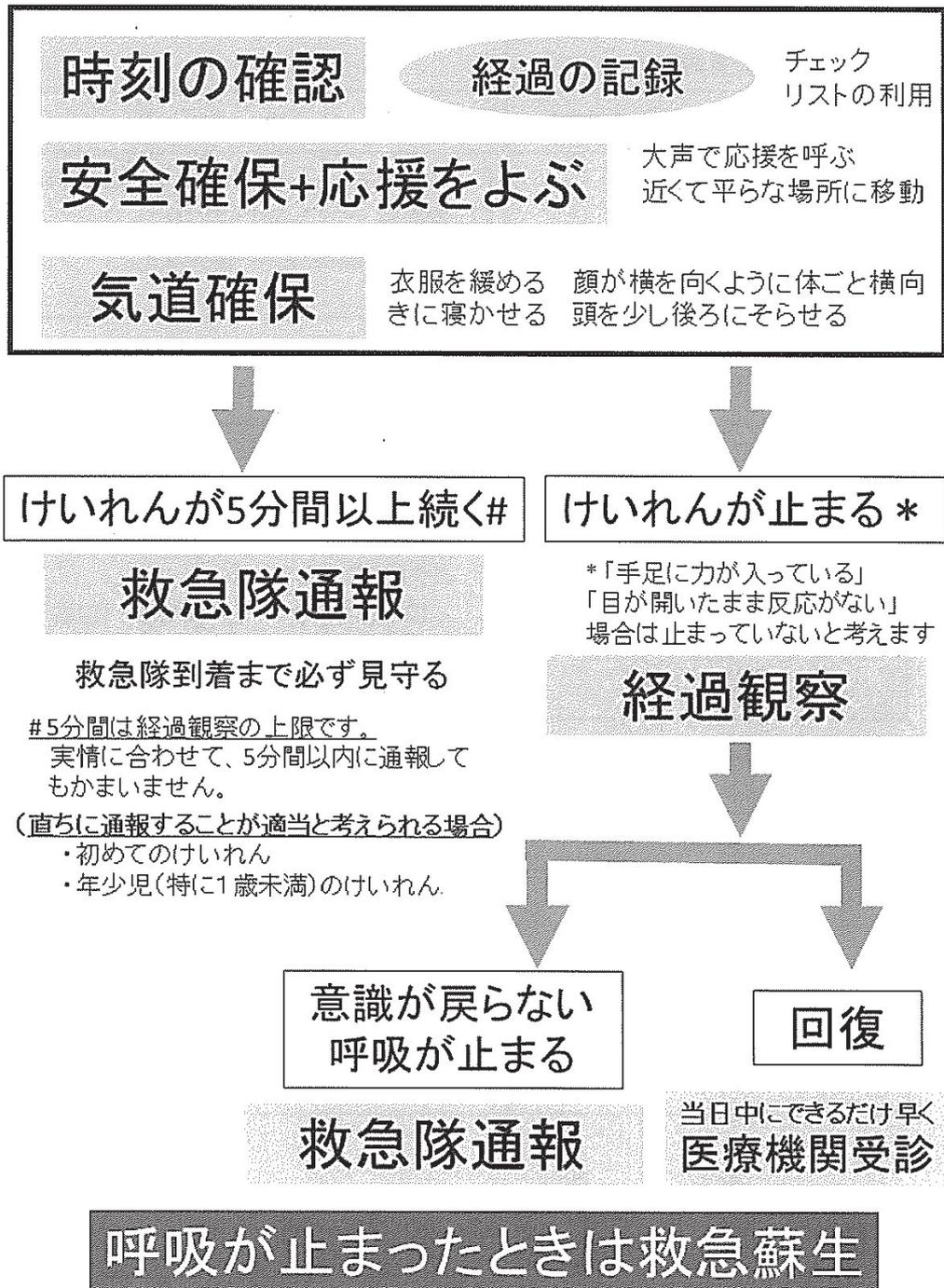
- ① こどもに声をかけたり、足の裏をたたいて、反応を見てください。通常の反応であれば、様子を観察します。
- ② 反応がおかしい、または、反応がない場合は、胸や腹の動きを見て、呼吸を確認してください。
顔色が悪く、呼吸が止まっている場合は、救急隊に連絡するとともに、直ちに心肺蘇生を行います(P16 資料1)。
- ③ 呼吸が止まっていない場合は、非けいれん性の発作(P2)の可能性があるので、「けいれん時の基本的な対応手順」(P5 表2)に準じて対応してください。

表 2 けいれん時の基本的な対応手順*

<p>1) 時刻の確認</p> <p>こどものけいれんに気づいたら、<u>時刻を確認してください。</u> また、止まった時刻も確認してください。</p> <p>2) 安全確保+応援をよぶ+記録</p> <p>はじめに「<u>こどもの安全を確保する</u>」ことと「<u>手伝ってくれる人を集める</u>」ことが重要です。可能であれば、最も近い、広いスペースに、急いで移動し、床に直接寝かせます。移動をためらう必要はありません。 また、誰かに<u>経過を記録してもらってください。</u>また、チェックリスト(P7表3)を用いるなどして、こどもの様子をできるだけ記録してください。</p> <p>3) 気道確保</p> <p>呼吸がしやすいように首周りに注意して<u>衣服を緩め、吐物で誤嚥しないように体全体を横に向けて顔が横を向くようにしてください。</u>加えて、気道が確保できるように<u>頭を後ろに少しそらしてください。</u></p> <p>× 誤った対応：口の中に割りばしなどを入れる、薬や飲み物を飲ませる、激しくゆする、強く押さえつける。</p> <p>4) 救急隊への通報</p> <p><u>けいれんに気づいてから5分間以上けいれんが続く場合は救急隊に通報してください。</u>(ただし、必ずしも5分間待つ必要はなく、5分間以内に救急隊に通報しても構いません。)救急隊への通報は応援者に頼んで、<u>こどもから目を離さないでください。</u></p> <p>5) けいれんが止まった場合の対応</p> <p>けいれんが止まり、救急隊に通報しなかった場合でも、こどもが回復するまで必ず観察を続けてください。意識が回復し、いつもと様子が変わらない場合は緊急治療の必要はありませんが、<u>初めてけいれんをおこしたこどもや対応が決められていないこどもは、当日中にできるだけ早く医療機関を受診させてください。</u></p> <p>！呼吸をしていない場合は、直ちに救急蘇生を行い、救急隊に通報してください。</p>

*あらかじめけいれん時の対応が決められたこどもでは指示に従ってください。

図1 けいれん時の対応の流れ



<注意>

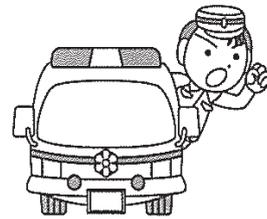
*けいれんが止まったかどうか確信が持てない場合やその後の様子がおかしい場合は、「けいれんは止まっていない」と判断してください。

- ✓ 意識がもとにもどらない
(声をかけたり、足の裏をたたいて、反応をみてください。)
- ✓ 手足に力がはいつている
- ✓ 眠ったように見えるが、穏やかに眠っていない
(呼吸が不規則である。あるいは 息苦しそうにしている。)

3) けいれん時の救急隊への通報

本マニュアルでは、「けいれんを5分間以上観察しない」ことを原則としました。これは、5分間を超えるけいれんは自然に止まる可能性が低いからです。

この原則は、けいれんの際は5分間待って連絡しなければならないということではありません。「こどもが初めてけいれんを起こした場合は、直ちに救急隊に通報する」と施設内で取り決めておくことも妥当な対応と考えます。とくに、1歳未満のこどもがけいれんを起こした場合は、年長児よりも回復の判断が難しく、年長児よりも重い病気が隠れている可能性が高いことから、保育園において「直ちに救急隊に通報する」ことは妥当な対応と考えられます。



直ちに救急隊に通報することが適当と考えられる場合

- ✓ 初めてのけいれん
- ✓ 年少児（特に1歳未満）のけいれん

4) けいれん時の家族への連絡

けいれん時は急いで対応することが必要ですが、すぐに保護者に連絡がつくとは限りません。また、連絡がついても、現場にいない保護者に判断を仰ぐことは、こどもを守るという視点からは正しい対応とは言えません。

保護者には、「けいれん時には優先的に救急隊に連絡する」ことについてあらかじめ同意を得ておく必要があります。「家族に連絡が取れなかったため」や「家族の判断を待っていたため」に救急隊への連絡、さらにこどもの治療が遅れることはあってはなりません。

5) 発作時の対応が決められているこどもの場合

てんかん等で発作時の対応が決められているこどもの場合は、主治医の指示にしたがって、対応してください。 医師により「発作時にけいれん止め座薬を使用したほうがよい」と判断されているこどもでは、文書による医師の指示（P17 資料2）に従ってすみやかに座薬を使用してください。

いつも起こしている発作のおおよその持続時間と経過がわかっているならば、5分間以上経過を観察することもあります。ただし、けいれん後は医療機関を受診または主治医に連絡・相談を行うように保護者に伝えてください。

発作時のけいれん止め座薬の使用について

けいれん止めの座薬は、その効果はすぐに現れません。発作時のけいれん止め座薬は、てんかん等で一般的にけいれんが長く続くことが予想される時、または何度も発作を繰り返す可能性があるときに用いられます。



<参考>学校におけるてんかん発作時の座薬挿入

学校における教職員による座薬の使用に関しては、プライバシーの保護に配慮し、以下の4条件が満たされれば、法律上問題はないとされています。

- ① 当該児童と保護者が事前に医師より座薬使用の必要性和使用の際の留意事項について書面で指示を受けている
- ② 当該児童と保護者が学校に対して座薬の使用を具体的に依頼している
(医師からの座薬挿入時の留意事項に関する書面を渡して説明するなど)
- ③ 担当教職員は、本人確認、指示の遵守、手袋装着を行い、座薬を挿入する
- ④ 保護者または教職員は、座薬使用后、必ず医療機関を受診させる

乳幼児のけいれんの予防

<熱性けいれん>

熱性けいれんの予防に関する基本的な考え方

- 一般的に約3割のこどもが2回以上の発作を経験します。
- 長時間の発作を起こしたことのあるこどもや発作を反復したことのあるこどもでは、医師にけいれん予防を勧められることがあります。
- 医師により「発熱時はけいれん止め座薬を使用したほうがよい」と判断されているこどもでは、文書による医師の指示（P17 資料2）に従ってすみやかに座薬を使用してください。

熱性けいれん診療ガイドライン 2015 では、「発熱時のジアゼパム座薬投与*による熱性けいれんの再発予防の有効性は高いが、副反応（ふらつき、不活発、興奮など）も存在し、ルーチンに使用する必要はない」と記載されています。さらに、熱性けいれん再発予防のためにけいれん止め座薬を用いる場合の条件を明確にしています（下記参照）。このため、熱性けいれんの再発予防を行うこどもは以前よりも限られています。

*けいれん止め坐薬の一般名

<参考> 熱性けいれん再発予防のためのジアゼパム座薬使用の適応基準

以下の適応基準①または②を満たす場合に使用する。

- ①遷延性発作（持続時間15分以上）
- ②次の i-vi のうち二つ以上を満たした熱性けいれんが二回以上反復した場合
 - i. 焦点性発作（部分発作）または24時間以内に反復する発作
 - ii. 熱性けいれん出現前より存在する神経学的異常、発達遅滞
 - iii. 熱性けいれんまたはてんかんの家族歴
 - iv. 12か月未満
 - v. 発熱後1時間未満での発作
 - vi. 38度未満での発作

熱性けいれんの予防に関する園における基本的な対応

- けいれんを予防するために、医師からけいれん止め座薬を使うことを勧められたこどもに関しては、保護者を通して医師が作成した「投薬指示書」(P17 資料2)をもらってください。
- こどもが発熱した際は、医師の指示に従って対応してください。

<てんかん>

てんかん発作の予防に関する基本的な考え方

- てんかん発作の症状は一人一人違います。
こどもがおこす発作が“どのようなものなのか”を知ることが大切です。
- 発作を予防するために、てんかんと診断されたこどもの多くは抗てんかん薬を毎日規則正しく内服しています。
- 一部のてんかんでは発作を起こすリスクを減らすために日常生活での配慮が必要です。

てんかんの中には、発作が起こりやすい状況がすでにわかっている場合があります。たとえば、暑い中で過ごして、体温が上がることで発作のきっかけになるこどもがいます。このような場合は、生活面に対する配慮が発作の予防につながります。

良性の小児てんかん

小児期のてんかんの中には、年齢とともに自然に発作が起こらなくなり、治ってしまうものがあり、良性てんかんとよばれています。この場合、てんかんと診断されていても、抗てんかん薬を内服せずに経過を観察することがあります。

てんかん発作の予防に関する園における基本的な対応

- 発作に関する情報をあらかじめ保護者から集めてください。
- 必要に応じて、個別に保護者を通して医師の指示（生活上の注意点や発作時の対応）をもらってください。（定まった書式はありません。）
- 抗てんかん薬を内服している場合は、保護者を通して医師が作成した「投薬指示書」（P17 資料2）をもらってください。

<その他>

園における薬の取り扱い

- 1) 保護者から預かった薬については、他のこどもが誤って使用することのないように錠のかかる場所に保管するなど、管理を徹底しなければなりません。
- 2) こどもに薬を使用する際は、複数の職員で、こどもの名前、こどもの薬の種類、薬の量を確認してください。
- 3) 投薬を忘れてたり、重複して投薬したりすることがないように、投薬実施の記録を残すようにしてください。



けいれん時の対応 Q and A

Q1. 「けいれんが止まった」と判断するのは難しいですか？

目を閉じて、体や手足に力が入っていないのであれば、通常けいれんは止まったと判断します。目が開いているのに反応がない場合、目が寄り続けている場合、体に力が入っている場合は、発作が止まっていないことが考えられます。



Q2. けいれんが止まっていれば大丈夫なのですか？

意識が回復していつもと様子が変わらない場合は、緊急の治療の必要はありません。ただし、原則として、けいれんが止まった場合も、医師の診察を受けてください。意識が回復しない場合は、緊急の治療が必要な病気が隠れている可能性がありますので、できるだけ早く診察を受ける必要があります。けいれん後に眠って判断が難しいこともあります。声をかけたり、足の裏をたたいて反応をみてください。

Q3. けいれんは脳に問題を起こさないのですか？

一般的に問題は起こさないと考えられていますが、けいれんが30分以上続く場合は脳に障害を残す可能性が高まります。このような場合は「けいれん重積」とよばれ、知的障害や運動障害を残すことがあります。

Q4. なぜ、5分以上続くときに救急車を呼ぶのですか？

熱性けいれんは5分間以内におさまることが多いのですが、けいれん発作が5-10分間以上続くときは30分間以上持続する可能性が高いことから、熱性けいれん診療ガイドラインでは発作が5分間以上続く場合を治療開始の目安としています。

Q5. けいれん後に座薬を使いますか？

原則として、けいれんが止まっている状態で、けいれん止めの座薬を使用する必要はありません。ただし、かかりつけ医より指示があり、保護者の依頼がある場合は、その内容に従ってください。

Q6. 医療関係者でなくても座薬を使用していいのですか？

医師の指示がある場合は、保護者の依頼に従って座薬を使用することが、法律上認められています。

Q7. 熱性けいれんを起こすと将来てんかんになりますか？

熱性けいれんを起こしても9割以上のこどもはてんかんを発症しません。

福岡市の現状

2016年2月に福岡市の保育園・幼稚園に対して、けいれんの予防・対応についてアンケート調査を行い、335園中、178園より回答をいただきました。以下は、その結果を質問形式でまとめたものです。

Q1. 乳幼児は本当にけいれんすることが多いのでしょうか？

一般的に乳幼児はけいれんする可能性が成人よりも高く、熱性けいれんは20-30人に1人が経験するといわれていますが、今回の調査では、84%の保育園と66%の幼稚園が、「けいれんをしたことのある園児がいる」と回答しました。

Q2. 施設内での乳幼児のけいれんはどのくらい生じているのでしょうか？

平成27年の調査では、1年間に31%の保育園、14%の幼稚園が施設内での園児のけいれんを経験していました。1年間に施設内でけいれんを認める確率は、園児数に依存すると考えられますが、平均すると保育園でのけいれんの発生率は1施設当たり年間0.43件、幼稚園は0.14件です。一般的に年少児ほどけいれんが起こりやすいため、保育園での発生率は幼稚園と比較して3倍高い結果でした。

<けいれん時の対応について>

Q3. けいれんが起こった際、どのように対応しているのでしょうか？

【対応者】

平成27年の時点では看護師がいる保育園は15%、幼稚園で4%でした。多くの園では医療職ではない職員がけいれんかどうかを判断し、その対応を行っています。

【対応手順】

56%の保育園、34%の幼稚園が対応手順マニュアルに従って対応している一方、34%の保育園、35%の幼稚園ではけいれんの際の決まった手順はなく、こどもの状態に応じて対応していると回答しました。

【けいれんを起こす可能性のあるこどもの事前対応】

77%の保育園と61%の幼稚園では、けいれんを起こす可能性のあるこどものけいれん時の対応方法やその予防方法は、保護者からの聞き取りによって作成されていました。医師からの文書による情報提供があるものは21%の保育園、19%の幼稚園でした。

Q4. けいれんが起こった際、救急車を要請するのでしょうか？

けいれんの際に救急車を要請した件数は保育園で14件（1園当たり年間0.14件）、幼稚園で5件（年間0.06件）でした。「けいれん時は必ず救急車を要請する」と決めていると回答した施設もありました。搬送時の問題としては、後述の「保護者と連絡が取れないことがあること」や「搬送先が決まっていない場合があること」に加えて、「園の職員が同乗していく必要があること」が挙げられていました。

Q5. けいれん時の対応の際の問題点は何でしょうか？

けいれん時対応の問題点として、71%の保育園、63%の幼稚園で「保護者と連絡が取れないことがある」と回答しました。また、けいれん時対応の医療機関のサポートとして、66%の保育園、66%の幼稚園で「すみやかな受け入れが望まれる」と回答しました。自由回答の結果を要約すると、「けいれん対応の判断の難しさ」、「保護者との協力の難しさ」、「医療者へのアクセスの難しさ」の3つが多く挙げられていました。

<けいれん予防について>

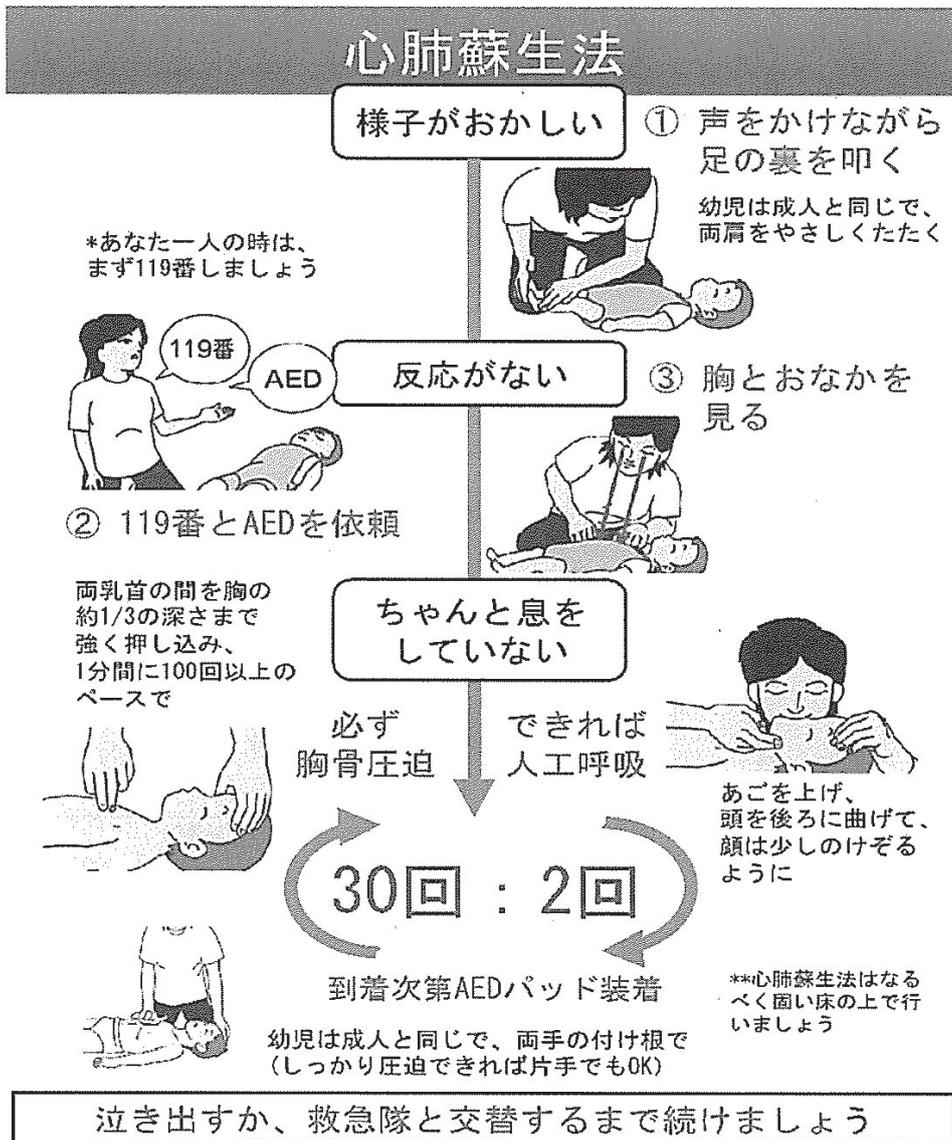
Q6. 熱性けいれん予防のためにけいれん止め座薬を預かりますか？

67%の保育園、58%の幼稚園は、けいれん止め座薬を「預かる」または「事情により預かる」と回答し、79%の保育園、43%の幼稚園では、福岡市医師会の書式を用いて預かっていました。平成27年は、42%の保育園、35%の幼稚園でけいれん止め座薬を預かり、保育園で28人、幼稚園で2人に実際に使用していました。

Q7. 熱性けいれん予防のためにけいれん止め座薬を預かれない理由は何でしょうか？

けいれん止め座薬を預けられない理由として、保育園の75%、幼稚園の79%が「医療行為であるため」を挙げ、保育園の53%、幼稚園の79%で「安全に使用できないため」と回答しました。

資料1



監修：日本小児呼吸器学会・日本小児救急医学会 平成25年7月作成

資料2 (投薬情報書：福岡市医師会)

投薬情報書1 (常用薬用)

保護者記載欄	
子どもの氏名	予定帰宅時間： 時 分頃

医師記載欄
くすりの内容 抗生物質 咳止め 下痢止め 整腸剤 外用剤 その他 () 薬剤情報提供 (あり・なし)
上記の薬を「昼」に服用 (日分)、塗布するように処方しました 処方日 年 月 日 署名：

投薬情報書2 (頓用薬用)

保護者記載	
子どもの氏名	予定帰宅時間： 時 分頃

医師記載欄
くすりの内容 () 薬剤情報提供 (あり・なし)
上記の薬を () の時に、 使用するように処方しました 処方日 年 月 日 署名：

※必ず、保育所(園)・幼稚園と前もってご相談ください

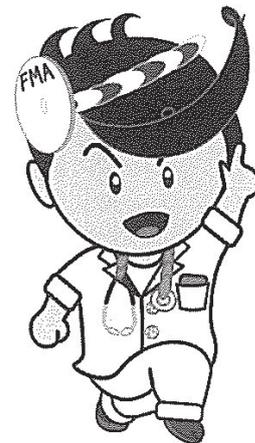
謝辞

この冊子を作成するにあたりご尽力頂きました福岡歯科大学総合医学講座小児科学准教授の鳥巢浩幸先生、また多くの助言をいただきました福岡市立こども病院小児神経科の吉良龍太郎先生、同集中治療科の李守永先生に深謝申し上げます。また、この冊子の作成にあたり陰で支えて頂きました福岡市医師会の安田崇医務課長、高木信道医務係長、古後尚子医務課員、柴田静香医務課員に感謝申し上げます。

平成29年3月

<編集者>

鳥巢 浩幸	福岡歯科大学総合医学講座小児科学
徳永 尚登	徳永内科医院
中山 英樹	桜坂なかやまこどもクリニック
松崎 彰信	まつざき小児科医院 (平成28年3月31日まで)
稲光まゆみ	医) I S Cいなみつこどもクリニック
下村 国寿	医) 下村小児科医院
高崎 好生	高崎小児科医院
和泉 瑞枝	福岡市こども未来局指導監査課 (平成28年3月31日まで)
山倉 鈴恵	福岡市こども未来局指導監査課
太田 恵子	福岡市立姪浜保育所
後藤 鈴香	福岡市立姪浜保育所 (平成28年3月31日まで)
小佐々文子	福岡市立田隈保育所
浦谷富士子	福岡市保育協会 西新保育園
安藤 ゆり	福岡市保育協会 筑紫ヶ丘保育園
牧野 千尋	福岡市保育協会 松原保育園
中村 和美	福岡市立金武幼稚園
筑紫 大介	福岡市私立幼稚園連盟 金山幼稚園 (平成28年5月19日まで)
吉住 祐一	福岡市私立幼稚園連盟 那珂幼稚園
黒川美知子	福岡市医師会常任理事
佐野 正敏	福岡市医師会常任理事
植山 奈実	福岡市医師会常任理事
元山 浩貴	福岡市医師会常任理事 (平成28年6月18日まで)



保育園・幼稚園におけるけいれん対応マニュアル
～ 熱性けいれんを中心に ～

発行 平成29年3月1日
発行者 福岡市早良区百道浜1丁目6番9号
福岡市医師会
会長 長柄 均
編集 福岡市医師会
保育園・幼稚園保健部会
印刷 株式会社 博多印刷
福岡市博多区須崎町8丁目5号