

別添4 主な感染症一覧

感染症名	病原体	潜伏期間	感染経路	症状	診断	治療方法	予防方法	感染期間	登園のめやす	保育所において留意すべき事項
(はしか) 麻疹	麻疹ウイルス	8～12日 (7～18日)	空気感染 飛沫感染 接触感染	①カタル期：38℃以上の高熱、咳、鼻汁、結膜充血、目やにがみられる。熱が一時下がる頃、コプリック斑と呼ばれる小斑点が頬粘膜に出現する。感染力はこの時期が最も強い。 ②発しん期：一時下降した熱が再び高くなり、耳後部から発しんが現れて下方に広がる。発しんは赤みが強く、少し盛り上がっている。融合傾向があるが、健康皮膚面を残す。 ③回復期：解熱し、発しんは出現した順に色素沈着を残して消退する。 <合併症>中耳炎、肺炎、熱性けいれん、脳炎	臨床診断後、抗体検査を行う。  更に診断確定のため、保健所をとおしてウイルス遺伝検査等を行う。	対症療法	麻疹風しん混合ワクチン（定期接種／緊急接種）、麻疹弱毒生ワクチン。 1歳になったらなるべく早く原則として麻疹風しん混合ワクチンを接種する。小学校就学前の1年間（5歳児クラス）に2回目の麻疹風しん混合ワクチン接種を行う。	発熱出現1～2日前から発しん出現後の4日間	解熱した後3日を経過するまで（病状により感染力が強いと認められたときは長期に及ぶこともある）	<ul style="list-style-type: none"> <li>入園前の健康状況調査において、麻疹ワクチン接種歴、麻疹既往歴を母子健康手帳で確認し、1歳以上の未接種、未罹患児にはワクチン接種を勧奨する。入園後にワクチン接種状況を再度確認し、未接種であれば、ワクチン接種を勧奨する。</li> <li>麻疹の感染力は非常に強く1人でも発症したら、すぐに入所児童の予防接種歴、罹患歴を確認し、ワクチン未接種で、未罹患児には、主治医と相談するよう指導する。</li> <li>接触後72時間以内にワクチンを接種することで発症の予防、症状の軽減が期待できる（緊急接種）。対象は6か月以上の子ども。</li> <li>接触後4日以上経過し、6日以内であれば、筋注用ガンマグロブリン投与で発症予防する方法もある。</li> <li>児童福祉施設等における麻疹対策については、「学校における麻疹対策ガイドライン」（国立感染症研究所感染症情報センター作成）を参考にする。 (<a href="http://idsc.nih.go.jp/disease/measles/guideline/school_200803.pdf">http://idsc.nih.go.jp/disease/measles/guideline/school_200803.pdf</a>)</li> </ul>

感染症名	病原体	潜伏期間	感染経路	症 状	診 断	治療方法	予防方法	感染期間	登園のめやす	保育所において留意すべき事項
風しん (三日はしか)	風しんウイルス	16～18日 (通常14～23日)	飛沫感染 接触感染	発熱、発しん、リンパ節腫脹 発熱の程度は一般に軽い。発しんは淡紅色の斑状丘疹で、顔面から始まり、頭部、体幹、四肢へと拡がり、約3日で消える。リンパ節腫脹は有痛性で頸部、耳介後部、後頭部に出現する。 <合併症>関節炎、まれに血小板減少性紫斑病、脳炎を合併する。	臨床的診断、ウイルス分離、血清学的診断	対症療法	麻しん風しん混合ワクチン(定期接種)、風しん弱毒生ワクチン。  1歳になったらなるべく早く原則として、麻しん風しん混合ワクチンを接種する。小学校就学前の1年間(5歳児クラス)に2回目の麻しん風しん混合ワクチンの接種を行う。	発しん出現前7日から発しん出現後7日間まで (ただし解熱すると急速に感染力は低下する。)	発しんが消失するまで	<ul style="list-style-type: none"> <li>・妊娠前半期の妊婦が風しんにかかると、白内障、先天性心疾患、難聴等の先天異常の子どもが生まれる(先天性風しん症候群)可能性があるため、1人でも発生した場合は、送迎時に注意を促す。</li> <li>・保育所職員は、感染リスクが高いのであらかじめワクチンで免疫をつけておく。</li> <li>・平常時から麻しん風しん混合ワクチンを受けているか確認し、入所児童のワクチン接種率を上げておく。</li> </ul>
水痘 (みずぼうそう)	水痘・帯状疱疹ウイルス	14～16日 (10～21日)	空気感染 飛沫感染 接触感染	発しんは体幹から全身に、頭髪部や口腔内にも出現する。紅斑から丘疹、水疱、痂皮の順に変化する。種々の段階の発しんが同時に混在する。発しんはかゆみが強い。 <合併症>皮膚の細菌感染症、肺炎	臨床的診断、水疱中の水痘・帯状疱疹ウイルス抗原の検出、血清学的診断	アシクロビル等の抗ウイルス薬の内服	水痘弱毒生ワクチン(任意接種/緊急接種)	発しんが出現する1～2日前からすべての発しんが痂皮化するまで	すべての発しんが痂皮化するまで	<ul style="list-style-type: none"> <li>・水痘の感染力は極めて強く集団感染をおこす。</li> <li>・免疫力が低下している児では重症化する。</li> <li>・接触後72時間以内にワクチンを接種することで発症の予防、症状の軽減が期待できる(緊急接種)。</li> <li>・妊婦の感染により、先天性水痘症候群という先天異常や分娩5日前～分娩2日後に母親が水痘を発症した場合、生まれた新生児は重症水痘で死亡することがある。</li> </ul>

感染症名	病原体	潜伏期間	感染経路	症 状	診 断	治療方法	予防方法	感染期間	登園のめやす	保育所において留意すべき事項
流行性耳下腺炎 (ムンプス、おたふくかぜ)	ムンプスウイルス	16～18日 (12～25日)	飛沫感染 接触感染	発熱、片側ないし両側の唾液腺の痛性腫脹（耳下腺が最も多いが顎下腺もある） 耳下腺腫脹は一般に発症3日目頃が最大となり6～10日で消える。 乳児や年少児では感染しても症状が現れないことがある。	臨床的診断、ウイルス分離、血清学的診断	対症療法	おたふくかぜ弱毒生ワクチン（任意接種）	ウイルスは耳下腺腫脹前7日から腫脹後9日まで唾液から検出 耳下腺の腫脹前3日から腫脹出現後4日間は感染力が強い。	耳下腺、顎下腺、舌下腺の腫脹が発現してから5日を経過するまで、かつ全身状態が良好になるまで	<ul style="list-style-type: none"> <li>・集団発生を起こす。好発年齢は2～7歳</li> <li>・合併症として無菌性髄膜炎、難聴（片側性が多いが時に両側性）、急性脳炎を起こすことがある</li> </ul>
インフルエンザ	インフルエンザウイルス A/H1N1亜型 AH3N2亜型 B型	1～4日 平均2日	飛沫感染 接触感染	突然の高熱が出現し、3～4日間続く。全身症状（全身倦怠感、関節痛、筋肉痛、頭痛）を伴う。 呼吸器症状（咽頭痛、鼻汁、 <small>がいそつ</small> 咳嗽） 約1週間の経過で軽快する。 <合併症>肺炎、中耳炎、熱性けいれん、脳症	ウイルス臨床的診断、ウイルス抗原の検出（迅速診断キット）、ウイルス分離、血清学的診断	発症後48時間以内に抗ウイルス薬（オセルタミビル、ザナミビル等）の服用・吸入を開始すれば症状の軽減と罹病期間の短縮が期待できる。（対象は1歳以上） ウイルス	インフルエンザワクチン（任意接種） シーズン前に毎年接種する。 6か月以上13歳未満は2回接種 ワクチンによる抗体上昇は、接種後2週間から5か月まで持続する。 ワクチンを接種したからといってインフルエンザに罹患しないということはない。 乳幼児の場合は、成人と比較してワクチンの効果は低い。	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日を経過し、かつ解熱した後2日を経過するまで（幼児にあっては、3日を経過するまで）	<ul style="list-style-type: none"> <li>・日本では毎年冬季（12月上旬～翌年3月頃）に流行する。</li> <li>・飛沫感染対策として、流行期間中は、可能なものは全員が咳エチケットに務める。特に職員は厳守すること。</li> <li>・接触感染対策としての手洗いの励行を指導する。</li> <li>・消毒は発症者が直接接触り、唾液や痰などの体液が付着しているものを中心に行う。</li> <li>・加湿器等を用いて室内の湿度・温度を園児たちが過ごしやすい環境に保つ。</li> <li>・送迎者が罹患している時は、送迎を控えてもらう。どうしても送迎せざるを得ない場合は、必ずマスクを着用してもらう。</li> <li>・咽頭拭い液や鼻汁からウイルス抗原を検出する（ただし発熱出現後約半日以上経過しないと正しく判定できないことが多い）。</li> <li>・抗ウイルス薬を服用した場合、解熱は早いですが、ウイルスの排泄は続く。</li> <li>・対症療法として用いる解熱剤は、アセトアミノフェンを使用する。</li> <li>・抗ウイルス薬の服用に際しては、服用後の見守りを丁寧に行う。</li> </ul>

感染症名	病原体	潜伏期間	感染経路	症 状	診 断	治療方法	予防方法	感染期間	登園のめやす	保育所において留意すべき事項
咽頭結膜熱 (プール熱)	アデノウイルス3、4、7、11型	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	39℃前後の発熱、咽頭痛、咽頭痛、食欲不振が3～7日続く。 眼症状として結膜炎（結膜充血）、涙が多くなる、まぶしがる、眼脂	臨床診断 迅速診断キット (アデノウイルス抗原)	対症療法	ワクチンなし	咽頭から2週間、糞便から数週間排泄される。(急性期の最初の数日が最も感染性あり)	主な症状 (発熱、咽頭痛、目の充血)が消失してから2日を経過するまで	<ul style="list-style-type: none"> <li>発生は年間を通じてあるが、夏季に流行がみられる。</li> <li>手袋や手洗い等の接触感染予防、タオルの共用は避ける。</li> <li>プールの塩素消毒とおしりの洗浄</li> <li>プールでのみ感染するものではないが、状況によってはプールを一時的に閉鎖する。</li> <li>感染者は気道、糞便、結膜等からウイルスを排泄している。おむつの取扱いに注意(治った後も便の中にウイルスが30日間程度排出される)</li> <li>職員の手を介して感染が広がらないように、特におむつ交換後の流水・石けんによる手洗いは厳重に行う。</li> </ul>
百日咳	百日咳菌	7～10日 (5～12日)	鼻咽頭や気道からの分泌物による飛沫感染、接触感染	感冒様症状からはじまる。次第に咳が強くなり、1～2週で特有な咳発作になる(コンコンと咳き込んだ後にヒューという笛を吹くような音を立て息を吸う)。咳は夜間に悪化する。合併症がない限り、発熱はない。 <合併症>肺炎、脳症	臨床診断 確定のための血液での抗体検査は特にワクチン接種者の場合評価が難しい	除菌にはマクロライド系抗菌薬(エリスロマイシン14日間)	DPTワクチン(定期接種)生後3か月になったらDPTワクチンを開始する。 2012年11月1日以降は、DPT-不活化ポリオ(IPV)4種混合ワクチンが定期接種として使用開始。  発症者の家族や濃厚接触者にはエリスロマイシンの予防投与をする場合もある	感染力は感染初期(咳が出現してから2週間以内)が最も強い。抗菌薬を投与しないと約3週間排菌が続く。抗菌薬治療開始後7日で感染力はなくなる。	特有な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を終了するまで	<ul style="list-style-type: none"> <li>咳が出ている子にはマスクの着用を促す。</li> <li>生後6か月以内、特に早産児とワクチン未接種者の百日咳は合併症の発現率や致死率が高いので特に注意する。</li> <li>成人の長引く咳の一部が百日咳である。小児のような特徴的な咳発作がないので注意する。</li> <li>乳児期早期では典型的な症状は出現せず、無呼吸発作からチアノーゼ、けいれん、呼吸停止となることがある。</li> </ul>

感染症名	病原体	潜伏期間	感染経路	症 状	診 断	治療方法	予防方法	感染期間	登園のめやす	保育所において留意すべき事項
結核	結核菌 ( <i>Mycobacterium tuberculosis</i> )	2年以内 特に6ヶ月以内に多い。  初期結核後、数十年後に症状が出現することもある。	空気感染 飛沫感染  経口、接触、経胎盤感染もある  感染源はかぶたん 喀痰の とまつ 塗抹検査で結核菌陽性の肺結核患者	初期結核 粟粒結核 二次性肺結核 結核性髄膜炎  乳幼児では、重症結核の粟粒結核、結核性髄膜炎になる可能性がある。  粟粒結核 リンパ節などの病変が進行して菌が血液を介して散布されると、感染は全身に及び、肺では粟粒様の多数の小病変が生じる。症状は発熱、咳、呼吸困難、チアノーゼなど。結核性髄膜炎 結核菌が血行性に脳・脊髄を覆う髄膜に到達して発病する最重症型。高熱、頭痛、嘔吐、意識障害、痙攣、死亡例もある。後遺症の恐れもある。	喀痰（あるいは胃液）の塗抹、培養検査、ツベルクリン反応、インターフェロンγ放出試験（クオンティフェロン検査）	抗結核薬	BCGワクチン	喀痰の塗抹検査が陽性の間	医師により感染のおそれがなくなると認められるまで（異なった日の喀痰の塗抹検査の結果が連続して3回陰性となるまで）	<ul style="list-style-type: none"> <li>成人結核患者（家人が多い）から感染する場合は大半である。</li> <li>1人でも発生したら保健所、嘱託医等と協議する。</li> <li>排菌がなければ集団生活を制限する必要はない。</li> </ul>
腸管出血性大腸菌感染症	腸管出血性大腸菌（ベロ毒素を産生する大腸菌）O157、O26等	3～4日 (1～8日)	経口感染 接触感染 生肉（特に牛肉）、水、生牛乳、野菜等を介して経口感染する。患者や保菌者の便からの二次感染もある。	激しい腹痛、頻回の水様便、さらに血便。発熱は軽度 <合併症>溶血性尿毒症症候群、脳症（3歳以下での発症が多い。）	便培養	脱水の治療。（水分補給・補液） 抗菌薬療法（慎重に利用）	食品の十分な加熱、手洗いの徹底	便中に菌が排泄されている間	症状が治まり、かつ、抗菌薬による治療が終了し、48時間あけて連続2回の検便によっていずれも菌陰性が確認されたもの	<ul style="list-style-type: none"> <li>衛生的な食材の取扱いと十分な加熱調理。</li> <li>接触感染対策としての手洗いの励行。</li> <li>プールで集団発生が起こることがある。低年齢児の簡易プールには十分注意する（塩素消毒基準を厳守する）。</li> <li>乳幼児では重症化しやすい。</li> <li>患者発生時には速やかに保健所に届け、保健所の指示に従い消毒を徹底する。</li> <li>乏尿や出血傾向、意識障害は、溶血性尿毒症症候群の合併を示唆するので速やかに医療機関を受診する。</li> <li>無症状病原体保有者の場合、排泄週間が確立している5歳以上の小児は出席停止の必要はない。</li> </ul>

感染症名	病原体	潜伏期間	感染経路	症 状	診 断	治療方法	予防方法	感染期間	登園のめやす	保育所において留意すべき事項
流行性角結膜炎 (はやり目)	アデノウイルス8、19、37型	2～14日	接触感染 飛沫感染 (流涙や眼脂で汚染された指やタオルから感染することが多い)	流涙、結膜充血、眼脂、 耳前リンパ節の腫脹と 圧痛を認める。  角膜に傷が残ると、後遺症として視力障害を残す可能性がある。	迅速抗原検査ウイルス分離	対症療法	ワクチンはない	発症後2週間	医師において感染の恐れがないと認められるまで(結膜炎の症状が消失してから)	<ul style="list-style-type: none"> <li>集団発生することがある。</li> <li>手洗い励行洗面具やタオルの共用をしない。</li> <li>ウイルスは1ヶ月ほど排泄されるので、登園してからも手洗いを励行する。</li> </ul>
急性出血性結膜炎	エンテロウイルス	1～3日	飛沫感染 接触感染 経口(糞口)感染	急性結膜炎で結膜出血が特徴	臨床診断	対症療法	眼脂、分泌物にふれない。	ウイルス排出は呼吸器から1～2週間、便からは数週間から数ヶ月	医師において感染の恐れがないと認められるまで	<ul style="list-style-type: none"> <li>洗面具やタオルの共用を避ける。</li> <li>ウイルスは1ヶ月程度、便中に排出されるので登園しても手洗いを励行する。</li> </ul>
带状疱疹	神経節に潜伏していた水痘・带状疱疹ウイルスの再活性化による。	不定	接触感染  水疱が形成されている間は感染力が強い	小水疱が神経の支配領域にそった形で片側性に現れる。正中を超えない。  神経痛、刺激感を訴える、小児では搔痒を訴える場合が多い。  小児期に带状疱疹になった子は、胎児期や1歳未満の低年齢での水痘罹患例が多い。	臨床的診断	抗ウイルス薬(アシクロビル等)	細胞性免疫を高める作用有り(水痘ワクチン) 带状疱疹の予防は効果作用に含まれていないため現在臨床治験中	すべての発しんが痂皮化するまで	すべての発しんが痂皮化するまで	<ul style="list-style-type: none"> <li>水痘に対して免疫のない児が带状疱疹の患者に接触すると、水痘を発症する。</li> <li>保育所職員は発しんがすべて痂皮化するまで保育を控える。</li> </ul>

感染症名	病原体	潜伏期間	感染経路	症 状	診 断	治療方法	予防方法	感染期間	登園のめやす	保育所において留意すべき事項
溶連菌感染症	A群溶血性レンサ球菌	2～5日 膿痂疹(とびひ)では7～10日	飛沫感染 接触感染	上気道感染では突然の発熱、咽頭痛を発症しばしば嘔吐を伴う。ときに掻痒感のある粟粒大の発しんが出現する。 感染後数週間してリウマチ熱や急性糸球体腎炎を合併することがある。	抗原の検出、細菌培養、血清学的診断	抗菌薬の内服(ペニシリン等10日間) 症状が治まっても決められた期間抗菌薬を飲み続ける。	発病していないヒトに予防的に抗菌薬を内服させることは推奨されない。	抗菌薬内服後24時間が経過するまで	抗菌薬内服後24～48時間経過していること ただし、治療の継続は必要	<ul style="list-style-type: none"> <li>乳幼児では、咽頭に特異的な変化を認めることは少ない。</li> <li>膿痂疹は水疱から始まり、膿疱、痂疱へとすすむ。子どもに多く見られるが成人に感染することもある。</li> </ul>
感染性胃腸炎 (ロタウイルス感染症・ノロウイルス感染症)	ロタウイルス、ノロウイルス、アデノウイルス等	ロタウイルスは1～3日 ノロウイルスは12～48時間後	経口(糞口)感染、接触感染 食品媒介感染 吐物の感染力は高く、乾燥しエアロゾル化した吐物から空気感染もある	嘔気/嘔吐、下痢(乳幼児は、黄色より白色) 発熱、合併症として、脱水、けいれん、脳症、肝炎、	ロタウイルスは便の迅速抗原検査、ノロウイルスは迅速抗原検査遺伝子検査	対症療法 脱水に対する治療(水分・電解質の補給)、 制吐剤、 整腸剤	ロタウイルスに対してはワクチンがある。	症状の有る時期が主なウイルス排泄期間	嘔吐・下痢等の症状が治まり、普段の食事ができること	<ul style="list-style-type: none"> <li>冬に流行する乳幼児の胃腸炎は殆どがウイルス性である。</li> <li>ロタウイルスは3歳未満の乳幼児が中心で、ノロウイルスはすべての年齢層で患者がみられる。</li> <li>ウイルス量が少量でも感染するので、集団発生に注意する。</li> <li>症状が消失した後もウイルスの排泄は2～3週間ほど続くので、便とおむつの取扱いに注意する。</li> <li>ノロウイルス感染症では嘔吐物にもウイルスが含まれる。嘔吐物の適切な処理が重要である。</li> <li>食器等は、熱湯(1分以上)や0.05-0.1%次亜塩素酸ナトリウムを用いて洗浄。</li> <li>食品は85度、1分以上の加熱が有効。</li> </ul>

感染症名	病原体	潜伏期間	感染経路	症 状	診 断	治療方法	予防方法	感染期間	登園のめやす	保育所において留意すべき事項
RSウイルス感染症	RSウイルス	4～6日 (2～8日)	飛沫感染 接触感染  環境表面でかなり長い時間生存できる。	発熱、鼻汁、 <sup>がいそう</sup> 咳嗽、喘鳴、呼吸困難 ＜合併症＞乳児期早期では細気管支炎、肺炎で入院が必要となる場合が多い。 生涯にわたって感染と発病を繰り返す感染症であるが、特に乳児期の初感染では呼吸状態の悪化によって重症化することが少なくない。	抗原迅速診断キット 鼻汁中からRSウイルス抗原の検出	対症療法  重症例には酸素投与、補液、呼吸管理	ハイリスク児にはRSウイルスに対するモノクローナル抗体(パリビズマブ)を流行期に定期的に注射し、発症予防とあるいは軽症化を図る。	通常3～8日間(乳児では3～4週)	重篤な呼吸器症状が消失し全身状態が良いこと	<ul style="list-style-type: none"> <li>・毎年冬季に流行する。9月頃から流行し、初春まで続くと言われてきたが、近年では夏季より流行が始まるようになってきている。</li> <li>・非常に感染力が強く、施設内感染に注意が必要。</li> <li>・生後6か月未満の児は重症化しやすい。</li> <li>・ハイリスク児(早産児、先天性心疾患、慢性肺疾患を有する児)では重症化する。</li> <li>・一度の感染では終生免疫を獲得できず再感染する。</li> <li>・年長児や成人の感染者は、症状は軽くても感染源となりうる。保育所職員もかぜ症状のある場合には、分泌物の処理に気を付け、手洗いをこまめに行う。</li> <li>・特に0・1歳児クラスでは、発症した園児から感染した職員が、自分が感染しているとの自覚がないままに他の園児に感染を広げてしまう可能性が高いと考えられるため、園内で患者が発生している場合は0歳児クラス、1歳児クラスの職員は勤務時間中はマスクの装着を厳守して咳エチケットに務め、また手洗い等の手指衛生を徹底する。</li> </ul>
A型肝炎	A型肝炎ウイルス	15～50日 (平均28日)	糞口感染(家族・室内) 食品媒介感染(生の貝類等)	急激な発熱、全身倦怠感、食欲不振、悪心、嘔吐ではじまる。 数日後に解熱するが、3～4日後に黄疸が出現する。  完全に治癒するまでには1～2ヶ月を要することが多い	IgM型HAV抗体の検出	対症療法	A型肝炎ワクチン(16歳以上)濃厚接触者には免疫グロブリンやワクチンを予防的に投与	発症1～2週間前が最も排泄量が多い。	肝機能が正常であること	<ul style="list-style-type: none"> <li>・集団発生しやすい。</li> <li>・低年齢の乳幼児では不顕性感染のまま糞便中にウイルスを排泄していることが多い。</li> <li>・黄疸発現後1週間を過ぎれば感染性は低下する。</li> </ul>



感染症名	病原体	潜伏期間	感染経路	症 状	診 断	治療方法	予防方法	感染期間	登園のめやす	保育所において留意すべき事項
マイコプラズマ肺炎	肺炎マイコプラズマ	2～3週間 (1～4週間)	飛沫感染 症状がある間がピークだが保菌は数週間から数ヶ月持続する	咳、発熱、頭痛などの風邪症状がゆっくりと進行し、特に咳は徐々に激しくなる。しつこい咳が3～4週間持続する場合もある。  中耳炎、鼓膜炎、発疹を伴うこともあり重症例では呼吸困難になることもある。	血清学的診断マイコプラズマ特異的IgM抗体の検出等	抗薬療法。 幼児にはマクロライド系が第1選択であるが、近年マクロライド系抗菌薬耐性のマイコプラズマが増加。	ワクチンはない	臨床症状発現時がピークで、その後4～6週間続く。	発熱や激しい咳が治まっていること (症状が改善し全身状態が良い)	・肺炎は、学童期、青年期に多いが、乳幼児では典型的な経過をとらない。
手足口病	エンテロウイルス71型、コクサッキーウイルスA16、A6、A10型等	3～6日	飛沫感染 糞口感染 (経口) 接触感染	水疱性の発しんが口腔粘膜及び四肢末端(手掌、足底、足背)に現れる。水疱は痂皮形成せずに治癒する場合が多い。発熱は軽度である。 口内炎がひどくて、食事がとれないことがある。	臨床的診断	対症療法	ワクチンはない	唾液へのウイルスの排泄は通常1週間未満 糞便への排泄は発症から数週間持続する。	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  流行の阻止を狙っての登園停止はウイルスの排出期間も長く、現実的ではない。	・夏季(7月がピーク)に流行する。 ・回復後もウイルスは、呼吸器から1～2週間、糞便から2～4週間にわたって排泄されるので、おむつ等の排泄物の取扱いに注意する。 ・遊具は個人別にする。 ・手洗いを励行する。 ・エンテロウイルスは無菌性髄膜炎の原因の90%を占め、稀に脳炎を伴った重症になることがある。 ・コクサッキーA6型の手足口病では、爪が剥離する症状が後で見られることがある。

感染症名	病原体	潜伏期間	感染経路	症 状	診 断	治療方法	予防方法	感染期間	登園のめやす	保育所において留意すべき事項
ヘルパンギーナ	コクサッキーウイルスA群	3～6日	飛沫感染 接触感染 糞口感染 (経口)	突然の高熱(1～3日続く)、咽頭痛、口蓋垂付近に水疱疹や潰瘍形成 咽頭痛がひどく食事、飲水ができないことがある。 <合併症>熱性痙攣、脱水症	臨床的診断	対症療法	ワクチンはない	唾液へのウイルスの排泄は通常1週間未満 糞便への排泄は発症から数週間持続する。	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	<ul style="list-style-type: none"> <li>1～4歳児に好発。</li> <li>6～8月にかけて多発する。</li> <li>回復後もウイルスは、呼吸器から1～2週間、糞便から2～4週間にわたって排泄されるので、おむつ等の排泄物の取扱いに注意する。</li> </ul>
伝染性紅斑 (リンゴ病)	ヒトパルボウイルスB19	4～14日 (～21日)	飛沫感染	軽いかぜ症状を示した後、頬が赤くなったり手足に網目状の紅斑が出現する。発しんが治っても、直射日光にあたりたり、入浴すると発しんが再発することがある。稀に妊婦の罹患により流産や胎児水腫が起こることがある。 <合併症>関節炎、溶血性貧血、紫斑病	臨床的診断 血清学的診断	対症療法	ワクチンはない	かぜ症状発現から顔に発しんが出現するまで	発しんが出現した頃にはすでに感染力は消失しているので、全身状態が良いこと	<ul style="list-style-type: none"> <li>幼児、学童期に好発する。</li> <li>保育所で流行中は、妊婦は送迎等をなるべく避けるか、マスクを装着する。</li> <li>発症前にもっとも感染力が強いため対策が難しい疾患である。</li> </ul>
単純ヘルペス感染症	単純ヘルペスウイルス	2日～2週間	接触感染 (水疱内にあるウイルス)	歯肉口内炎、口周囲の水疱 歯肉が腫れ、出血しやすく、口内痛も強い。治癒後は潜伏感染し、体調が悪い時にウイルスの再活性化が起こり、口角、口唇の皮膚粘膜移行部に水疱を形成する(口唇ヘルペス)。	臨床的診断	アシクロビル等の内服、静注、軟膏	ワクチンはない	水疱を形成している間	発熱がなく、よだれが止まり、普段の食事ができること  (歯肉口内炎のみであればマスク着用で登園可能)	<ul style="list-style-type: none"> <li>免疫不全の児、重症湿疹のある児との接触は避ける。</li> <li>アトピー性皮膚炎などに単純ヘルペスウイルスが感染すると、カポジ水痘様発疹症を起こすことがある。これは、水痘とは全く別の疾患である。</li> <li>遊具は個人別にする。</li> </ul>

感染症名	病原体	潜伏期間	感染経路	症 状	診 断	治療方法	予防方法	感染期間	登園のめやす	保育所において留意すべき事項
突発性発しん	ヒトヘルペスウイルス6及び7型	約10日	飛沫感染 経口感染 接触感染	38℃以上の高熱（生まれて初めての高熱であることが多い）が3～4日間続いた後、解熱とともに体幹部を中心に鮮紅色の発しんが出現する。軟便になることがある。咳や鼻汁は少なく、発熱のわりに機嫌がよく、哺乳もできることが多い。 ＜合併症＞熱性けいれん、脳炎、肝炎、血小板減少性紫斑病等	臨床的診断	対症療法	驚異的な予防方法は確立されていない  ワクチンはない	感染力は弱いですが、発熱中は感染力がある。	解熱後1日以上経過し、全身状態が良いこと	<ul style="list-style-type: none"> <li>・生後6か月～24か月の児が罹患することが多い。</li> <li>・中には2回罹患する小児もいる。1回目はヒトヘルペスウイルス6、2回目はヒトヘルペスウイルス7が原因の突発性発しんが多い。</li> <li>・施設内で通常流行することはない。</li> <li>・既感染の人の唾液からウイルスが検出される</li> </ul>
伝染性膿痂疹(とびひ)	黄色ブドウ球菌、A群溶血性レンサ球菌	2～10日  長期の場合もある	接触感染	湿疹や虫刺され痕を搔爬した部に細菌感染を起こし、びらんや水疱病変を形成する。搔痒感を伴い、病巣は擦過部に広がる。  アトピー性皮膚炎が有る場合には重症になることがある。	臨床的診断	経口抗菌薬と外用薬が処方されることがある。	皮膚の清潔保持	効果的治療開始後24時間まで	皮疹が乾燥しているか、湿潤部位が被覆できる程度のものであること	<ul style="list-style-type: none"> <li>・夏に好発する。</li> <li>・子どもの爪は短く切り、搔爬による感染の拡大を防ぐ。</li> <li>・手指を介して原因菌が周囲に拡大するため、十分に手を洗う習慣をつける。</li> <li>・湿潤部位はガーゼで被覆し、他の児が接触しないようにする。皮膚の接触が多い集団保育では、浸出液の多い時期には出席を控える方が望ましい。</li> <li>・市販の絆創膏は浸出液の吸収が不十分な上に同部の皮膚にかゆみを生じ、感染を拡大することがある。</li> <li>・治癒するまではプールは禁止する。</li> <li>・感染拡大予防法として、炎症症状の強い場合や化膿した部位が広い場合は傷に直接さわらないよう指導する。</li> </ul>

感染症名	病原体	潜伏期間	感染経路	症 状	診 断	治療方法	予防方法	感染期間	登園のめやす	保育所において留意すべき事項
アタマジラミ	アタマジラミ	10～14日 成虫まで 2週間	接触感染 (頭髪から頭髪への直接接触衣服や帽子、櫛、寝具を介する感染)	小児では多くが無症状であるが、吸血部分にかゆみを訴えることがある。	頭髪の中に虫体を確認するか毛髪に付着している卵を見つける。卵はフケと間違われることもあるが、フケと違って容易には動かない。	駆除薬 (スミスリンパウダー)の使用駆除薬は卵には効果が弱いため、孵化期間を考慮して3～4日おきに3～4回繰り返す。	シャンプーを使い毎日洗髪する。  タオル、くし、帽子などの共用を避け、衣類、シーツ、枕カバー、等を熱湯(55℃、10分間で死滅)で洗う、又は熱処理アイロン、クリーニング)	産卵から最初の若虫が孵化するまでの期間は10日から14日である。	駆除を開始していること	<ul style="list-style-type: none"> <li>・保育施設では頭を近づけ遊ぶことが多く、午睡など伝播の機会が多い。</li> <li>・家族内でも伝播する。家族同時に駆除することが重要。</li> </ul>
(ミズイボ) 伝染性軟属腫	伝染性軟属腫ウイルス (イボの白い内容物中にウイルスがいる。)	2～7週間 時に6ヶ月まで	接触感染 皮膚の接触やタオル等を介して感染。	直径1～3mmの半球状丘疹で、表面は平滑で中心臍窩を有する。四肢、体幹等に数個～数十個が集簇してみられることが多い。自然治癒もあるが、数カ月かかる場合がある。自然消失を待つ間に他へ伝播することが多い。アトピー性皮膚炎等、皮膚に病変があると感染しやすい。	臨床診断  特徴的な皮疹より診断可能	自然消失を待つかあるいは摘除を行うか議論が残る。摘除は最も確実で簡便な方法であるが、子どもには恐怖と疼痛を伴う。	直接接触を避ける。  ワクチンはない	不明	掻きこわし傷から滲出液が出ているときは被覆すること	<ul style="list-style-type: none"> <li>・幼児期に好発する。</li> <li>・プールや浴槽内の水を介して感染はしないが、ビート板や浮き輪、タオル等の共用は避ける。プールの後はシャワーで体をよく流す。</li> <li>・かき壊さないよう気をつける</li> </ul>

感染症名	病原体	潜伏期間	感染経路	症 状	診 断	治療方法	予防方法	感染期間	登園のめやす	保育所において留意すべき事項
B型肝炎	B型肝炎ウイルス (HBV)	急性感染では45～160日 (平均90日)	母子など垂直感染 父子や集団生活での水平感染 歯ブラシ等の共用による水平感染 性行為感染 最近、成人になっても慢性化率の高い遺伝子型AのB型肝炎ウイルスが海外から入ってきて国内で広がっている。	乳幼児期の感染は無症候性に経過することが多いが、持続感染に移行しやすい。 急性肝炎の場合全身倦怠感、発熱、食欲不振、黄疸など。 慢性肝炎では、自覚症状は少ない	血液中のHBs抗原・抗体とHBe抗原・抗体検査 ウイルスの定量検査	急性肝炎には対症療法 慢性肝炎にはインターフェロン療法 最近抗ウイルス剤の使用も行われる。	B型肝炎ワクチン 平成24年11月現在、厚生科学審議会感染症分科会予防接種部会では、任意接種のワクチンのうち、7つのワクチンは広く接種することが望ましいと提言を出しているが、B型肝炎ワクチンもこの7つの中に入っている。 世界保健機構 (WHO) ではすべての子どもにワクチン接種を推奨している。	HBs抗原、HBe抗原陽性の期間を含めB型肝炎ウイルスが検出される期間	急性肝炎の場合、症状が消失し、全身状態が良いこと。 キャリア、慢性肝炎の場合は、登園に制限はない。	<ul style="list-style-type: none"> <li>新生児期を含め4歳頃までに感染を受けるとキャリア化する頻度が高い。(キャリアとはHBs抗原陽性の慢性HBV感染者のこと)</li> <li>HBV母子感染予防対策事業 (HBsヒト免疫グロブリンとB型肝炎ワクチン) が開始され母子感染による感染は激減した。</li> <li>母子感染だけではなく、父子感染や集団生活での感染等、水平感染の報告もある。</li> <li>入園してくる乳幼児がキャリアであるか否かを事前に知ることが困難である。</li> <li>一般に、血液・滲出液が直接皮膚や粘膜に触れることは、感染症の感染リスクが高い。このため、血液・滲出液に触れるときには使い捨て手袋を着用し、血液・滲出液が目や口に入らないように気をつける。特に、職員が手に傷を負っている場合は、傷のある皮膚や粘膜で直接的な接触をしないよう、傷を覆うようにする。</li> <li>※体液 (尿、唾液など) に、傷のある皮膚で触れることで感染するリスクも考えられるので、同様の対応を心掛けることが望ましい。</li> <li>※職員が手に傷を負っている場合は、自分の血液・滲出液が他の人に触れないよう配慮することも必要である。</li> <li>これらと併せて、すべての人に一般的な感染症対策を講じ、集団生活の場で他人のウイルスから感染し、あるいは感染させることのないよう配慮する。</li> <li>キャリアの子どもが非常に攻撃的で、噛み付きや出血性疾患がある等、血液媒介感染を引き起こすリスクが高い場合は、主治医、施設長、保育者が個別にリスクを評価して対応する。</li> </ul>