

# 保育施設におけるインフルエンザ等感染症集団発生時対応の手引き

R5年2月8日作成  
R5年2月20日改訂  
坂井健康福祉センター  
奥越健康福祉センター

## はじめに

新型コロナウイルス感染症第8波がピークアウトし、現時点(令和5年2月8日)から3か月後には感染症法第5類に変更されることが決定している。コロナのピークアウトを待っていたかのように季節性インフルエンザが数年ぶりに現在、管内で猛威を振っている。手洗いうがいの励行は当然のこと、マスク着用や換気は「with コロナ」時代でもインフルエンザ(※)等通常のハイリスク感染症対策として有用な標準感染予防策(スタンダードプリコーション)であり、今回のコロナ禍を通じて経験した感染症対策はインフルエンザ等ハイリスク感染症に対する貴重な教材とすべきであろう(そもそもコロナ以前から「三密」や接触感染対策、発熱外来、ゾーニングはインフルエンザ等感染対策として保健所からの通常指導事項として研修会や啓発活動が行われてきた)。この手引きは保育園など乳幼児が集団で生活する施設においてインフルエンザ等集団感染症をきたした場合の対応の手引きとして作成された。ご不明な点があれば坂井健康福祉センター/奥越健康福祉センターまでお問い合わせ頂きたい。(※)この手引きでは通常冬から春にかけて流行する「季節性インフルエンザ」を「インフルエンザ」と表記し、新型インフルエンザとは区別する。  
また単に「マスク」と記載した場合は「サージカルマスク」を推奨する。状況により、感染対策上「N95マスク」を装着する場合もある。単に「次亜塩素酸」と記載した場合は「次亜塩素酸ナトリウム」のことを指す。

## I 目的

この手引きの目的は2つ挙げることができる。

- 1) 「現在起こっている(発展しつつある)集団感染から園を守る、これ以上被害を拡大させない」こと、
  - 2) 「今回の集団感染(もしくはその未然防止)に対する対策を行うことにより、次の集団感染防止につなげる」こと、である。
- 目的の一つ目は「現在起こっている(起こりつつある)集団感染から施設を守る、それは即ち地域を守る」ということである。「園児は集団で密接に生活しており、感染は避けられない、集団免疫がつくまでは仕方がない」という話を聞くことがある。厳密な感染管理は不可能であり、園児のコミュニケーションを育む上である程度はやむを得ない。しかし地域全体という観点からみると、園児には兄弟姉妹、ご両親、祖父母等を通じて感染蔓延の媒介となり、ハイリスク者への感染を引き起こす可能性があり、地域のそれぞれが感染対策を行うことで地域全体の感染蔓延防止を担う役割を持っている。従ってできる限り園の感染は最小限に食い止めることが地域社会を感染から守るといふ点で必要となる。そしてなにより園児を感染・重症化から守るといふ姿勢はやはり必要であろう。
- 目的の二つ目は、今回起きてしまった集団感染に対してはでき得るだけの対応を行うが、さらに重要なことは「今回の感染拡大を踏まえて、次回の予防対策に活かすこと」であり、今回の感染拡大の原因・リスクを評価し、今後どこをさらに重点的に強化していくかを考察し、対策に活かすことである。

## II 対象

### 1. 「有症状者」の定義

- 1) 「有症状」とは、当面「厚生労働省による、新型コロナウイルス感染症の症状(14項目)のうち一つでもある場合」とする [https://www.pref.fukui.lg.jp/doc/kourei/koureisya-check\\_d/fil/02\\_youshiki1\\_kenkoukansat.xlsx](https://www.pref.fukui.lg.jp/doc/kourei/koureisya-check_d/fil/02_youshiki1_kenkoukansat.xlsx) (体温は37.5℃以上を発熱とする)。
- 2) 有症者かどうかを判断する場合は積極的に症状の有無を聞き取ることが重要である。これら「症状のある」児童・スタッフ、保護者等関係者(有症状者)を、新型コロナウイルス感染症も含めたすべての感染症のうち、何らかの感染症に罹患した(可能性のある)「有症者」と考え、「施設内での感染蔓延を予防する」ことを目的とするのである。従って、個々の児童の感染症の「診断」を追求するのではなく、登園させると保育所内で感染を拡げるリスクになり得ると「判断」することが肝要なのである。
- 3) 欠席させた児童は医療機関を受診させ(受診勧奨)、臨床診断に繋げることが重要である。臨床診断を得ることで、園内に広がっている感染症の推定にとっても重要な情報となる。この時必ず「予め電話してから」医療機関を受診するよう保護者には指導されたい。
- 4) 花粉症やせき喘息など持病や以前からある症状の場合は判別困難であり、慎重に区別されたいが、クラスター発生時等園を守らねばならないような非常時は「症状あり」と判定することが望ましい。

### 2. 対象患児

前述のようにインフルエンザかどうかという以前に、上記「有症状者」を今回対策の手引きの対象者とする。すなわち、インフルエンザ、新型コロナウイルス、RSウイルス、百日咳といった呼吸器感染症は通常の風邪と区別がつきにくく、また感染性胃腸炎(ノロウイルス感染症など)といったどのような病原体であれ、集団で感染すること自体を予防することが肝要であるからである。しかし季節性や症状、受診した患児の診断結果によりある程度推定は可能であるので積極的に受診勧奨を行う。インフルエンザかどうかの推定は次のページを参考されたいが、基本的には「有症者」が前述のように集団で感染した(しそうな)場合に、この手引きに沿って対応することが多くの感染症の対応の初動となり、かつ感染拡大防止の一助となる筈である。

### 3. 対象施設

保育園、幼稚園・こども園、保育所、子育て支援センター、児童館等を想定して作成した。

### 4. ハイリスク感染症かどうかの推定

インフルエンザ、新型コロナウイルス感染症、百日咳、麻しん、風しん、流行性耳下腺炎(おたふく)、水痘(みずぼうそう)、咽頭結膜熱(プール熱)、溶連菌感染症、結核、RS ウイルス、マイコプラズマ肺炎、ヘルパンギーナ、手足口病、感染性胃腸炎(ノロウイルスなど)、腸管出血性大腸菌感染症の鑑別が重要。これらの感染症は季節や流行からある程度は鑑別可能である。

感染症	流行しやすい季節
インフルエンザ	冬から春にかけて
RS ウイルス	秋から冬
ノロウイルス	冬(最近は通年性になっている)
麻しん、風しん、流行性耳下腺炎(おたふく)	春から夏
ヘルパンギーナ、手足口病、咽頭結膜熱(プール熱)	夏

その他は、日本小児科学会「[学校、幼稚園、保育所において予防すべき感染症の解説](http://jped.s.or.jp)」(jped.s.or.jp)

### 5. インフルエンザ

1) インフルエンザと他の感染症の鑑別は必ずしも容易ではない。しかし、インフルエンザは急に 38℃以上の高熱が起り、症状の進行が速く、強い咳のことが多い。そして鑑別として最も重要なことは、周囲でインフルエンザが流行しているかどうかである。

以下に主な鑑別点を挙げた。

	インフルエンザ	風邪
初期症状	全身症状が強い(だるさ、発熱、関節痛、筋肉痛、頭痛)	呼吸器系の症状が強い(くしゃみ、鼻水、のどの痛み、咳)
発症	<b>急激に発症</b> することが多い	ゆっくり経過することが多い
発熱	<b>38度以上</b> のことが多い	高熱のこともあるが少ない
強い全身症状 悪寒、頭痛、関節痛・筋肉痛、全身のだるさ(倦怠感)など	ある 下痢や嘔吐を伴うこともある 症状の進行が速い	ないか、あってもまれ
上気道炎症状 のどの痛み、鼻症状(鼻汁、鼻づまり)など	全身症状に続いて出現	最初からみられる
咳	強いことが多い	軽い
流行	<b>季節性</b> がある(12月-3月)	1年を通して見られる

2) 今回の対応の手引きは、必ずしもインフルエンザ感染症だけではなく、たとえ保育園内でインフルエンザによるクラスターをきたしていても、「有症者」としてカウントすることにより、園内で集団発生している(もしくはそのような事態になり得る)と判断して対応することが重要である。

3) 応用編としての記述となるが、「インフルエンザに特化して」クラスターを解析する場合、インフルエンザの「症例定義」を例えば「体温 38.0℃以上かつ、急に発症したいずれか一つ(強い全身症状/咳/咽頭痛/鼻症状)の症状」などとして疫学調査を行うなどクラスター解析を行う場合がある。勿論他の感染性疾患でも症例定義を設定できる。しかし実際園内でクラスターが発生している場合、「有症状」であるがこの定義に当てはまらないからといって登園させるというのはナンセンスであろう。

### 6. 感染性胃腸炎(ノロウイルス等)

1) 園児の「急な下痢嘔吐」、それも「複数園児」もしくは「家族など周囲で同様の有症者あり」となると、感染性胃腸炎を疑い、早期に適切に対応しないと園内に広がってしまう。

2) インフルエンザ同様に「出席させない」、「出席後園内発症児の隔離」、「有症者への受診勧奨」が重要である。

3) 「園内発生時の緊急対応手順」を職員間で共有し、定期的に訓練しておくことが肝要である。この手引きでは現時点ではこの「園内発生時の緊急対応手順」の記載は省略したが、重要なポイントは、

- ① すぐに窓を開け、換気を「処理が終わって床が乾燥するまで」続ける。
- ② 数人で役割分担とすること(独りで対応せず、処理する者、他の児を誘導するもの、介助者等を即座に割り当てる)。
- ③ 嘔吐物の飛散状況を広めに想定して、嘔吐物の少なくとも半径 2.5m 以上の範囲を清拭・消毒すること。(p8 写真) 範囲内に於いて、飛散した吐物を被った児を濃厚接触者として扱う(広めに選定する)。
- ④ 防護服の脱着方法(エプロンは長袖かつ使い捨て。換気ができない環境では N95 マスクが必要となる)
- ⑤ 次亜塩素酸ナトリウムの濃度、拭き方(p8 写真)
- ⑥ 汚物処理方法、である。

4) 今回の手引きは感染性胃腸炎(ノロウイルス等)の「集団としての」対応を主目的にしているため、上記 3) の具体的な対応は割愛した。しかし 3) の手順、具体的な物品、チームワーク(役割分担)は大変重要なので、追々述べて研修会を開催する予定である。

5) 半径 2.5m 以内で飛散した吐物を浴びた(と想定される)児・スタッフは濃厚接触者としてしばらく自宅で健康観察を行うことが望ましい。

6) ノロウイルスの感染経路は、多くの場合は児間の接触感染、飛沫感染/空気感染であり、この手引きの大部分が適用となります。しかし保育園等では、さらに「給食・おやつなど提供食による食中毒としてのノロウイルス集団感染症」も気を付けなければなりません。

7) 食中毒の場合は直ちに保健所に報告し、調査の結果指示を受けることになります。この場合給食など提供物はストップとなります。

## 7. 感染症集団発生(の疑い)の判断

平成 17 年厚労省の通知(「社会福祉施設等における感染症等発生時に係る報告について」)では感染した園児が 10 人以上、または全園児の半数以上を超えたら報告するようになっているが、インフルエンザにおいても新型コロナウイルスで経験されたように一人が感染した場合、あっという間に園内に感染拡大してしまう。10 例になってからの対策では後手に回ってしまい、感染拡大防止は大変困難となる。同通知では 10 名に該当しない場合でも「通常の発生動向を上回る感染症等の発生が疑われ、特に施設長が報告を必要と認めた場合」となっており、保育士等スタッフが、「いつもより有症児が多いな、」「関連の学校でインフルエンザが流行ってる影響かな、」「兄弟姉妹を通じて年齢を超えて広がっているな、」と感じた時点で保健所に報告されたい。

(参考：厚生労働省平成 17 年の通知「社会福祉施設等における感染症等発生時に係る報告について」から抜粋 [untitled \(mhlw.go.jp\)](https://www.mhlw.go.jp/))

社会福祉施設等の施設長は、次のア、イ又はウの場合は、市町村等の社会福祉施設等主管部局に迅速に、感染症又は食中毒が疑われる者等の人数、症状、対応状況等を報告するとともに、併せて保健所に報告し、指示を求めるなどの措置を講ずること。

ア 同一の感染症若しくは食中毒による又はそれらによると疑われる死亡者又は重篤患者が 1 週間内に 2 名以上発生した場合

イ 同一の感染症若しくは食中毒の患者又はそれらが疑われる者が 10 名以上又は全利用者の半数以上発生した場合

ウ ア及びイに該当しない場合であっても、通常の発生動向を上回る感染症等の発生が疑われ、特に施設長が報告を必要と認めた場合

## III 対応

### 1. 初動

1) 園児一人がインフルエンザに感染した場合、新型コロナウイルスで経験されたようにあっという間に園内に感染拡大してしまう。対策が後手に回ると感染拡大防止は大変困難となり容易に施設内感染(クラスター)を招いてしまう。そのため、まず現場の保育士、職員が上記「**感染症集団発生(の疑い)の判断**」に該当する(かもしれない)場面に遭遇した時に直ちに感染管理担当者から施設長に情報を上げることが最も重要である。

2) 報告を受けた施設長は施設内感染が疑われる場合、迷わず「施設内感染発生(もしくは疑い)」を宣言し、1 時間以内に主要スタッフで緊急時対策本部会議を開催し、以下の情報共有と現状評価を行う。

#### 初動手順 1「緊急時対策本部会議」の開催

1) 現時点での情報共有を行う。施設長の「施設内感染症発生」宣言から速やかに(1 時間以内)、第 1 回緊急時対策本部会議を開催する。当該園児(職員)の症状・発症日、園児・職員同士との最終接触日、接触状況(園児・職員)からの感染者の部屋の分布(ひろがり：これは最悪の場合を考えて広めに想定すること)、関わった園児・職員のリスト(運転手、清掃業者、守衛さん、出入り業者、面会者、厨房職員、事務職員、実習生も含めてなるべく広めに想定すること)。また勤務時間以外での職員同士の接触も十分考えられるので、まったく接触がないと思われても感染したケースは枚挙にいとまないことに留意する。

2) 同時に対策本部の指揮命令系統の確立が重要である。情報の報告体制はできているか？指示系統の確実な伝達方法の確立は緊急時の体制にシフトできているか？有事の場合、園長(主任等リーダー)の業務は非常に広範囲(しかも医療的な範囲に及ぶ)で、超多忙となり、独りでは絶対にこなすことはできない。そのためには平時の指揮命令系統とは異なった、「災害時」とも言うべき、園長や主任等のリーダーの補助を置き、現場に「直接」指示や情報共有ができる役割分担体制となっているか？保健所・市の担当課、福井県庁や病院など外部関係機関・ご家族との連絡の窓口は一本化できているか？といった分担は徐々に確立していくことになる。

#### 初動手順 2 まずは、保健所に第一報を入れる。

1) 第 1 回緊急時対策本部会議を行い情報が整理されたら(されていなくても)、わかる範囲で速やかに坂井健康福祉センター/奥越健康福祉センター(管轄保健所)に第一報を入れてください。この時に保健所に提出頂く資料として、「感染症発生連絡票」[https://www.pref.fukui.lg.jp/doc/sakai-hwc/welfare/houkokuyousiki\\_d/fil/01.xls](https://www.pref.fukui.lg.jp/doc/sakai-hwc/welfare/houkokuyousiki_d/fil/01.xls)「発症状況表」[https://www.pref.fukui.lg.jp/doc/sakai-hwc/welfare/houkokuyousiki\\_d/fil/01-2.xls](https://www.pref.fukui.lg.jp/doc/sakai-hwc/welfare/houkokuyousiki_d/fil/01-2.xls)、「施設平面図(建築図面)」の 3 点を速やかに提出してください。

2) そして可及的速やかに、「施設概要(住所・連絡先・地図・施設形態・内容などの入った施設紹介資料等)」「嘱託医名」「最近の行事予定表」「更衣室・休憩室(広さ/換気の有無/使用時間)利用状況」「勤務シフト表」「施設内でのマスクの着用有無、換気状況、消毒状況、感染対策マニュアル」などを提出できるようご準備ください。

(発症状況表) 速やかにご提出ください。

氏名	性別	年齢	クラス	発症時の状況 (発症時間、場所等)		診断、検査	症状	1/31	2/1	2/2	2/3	2/4	2/5	2/6	2/7	2/8	2/9	2/10	2/11	2/12	備考
1 A	女	5	りんご	1/31	家で	インフルエンザ	発熱	●						登園							2/5まで
2 B	男	5	りんご	2/1	園で	インフルエンザ	発熱		●						登園						2/6まで
3 C	男	5	りんご	2/2	園で	インフルエンザ	発熱			●											2/7まで
4 D	女	5	りんご	2/2	家で	インフルエンザ	発熱			●											2/7まで
5 E	男	4	ばなな	2/2	家で	インフルエンザ	発熱			●											2/7まで
6 F	女	5	りんご	2/3	園で	インフルエンザ	発熱・嘔吐				●										2/8まで
7 G	男	5	りんご	2/3	園で	インフルエンザ	発熱				●										2/8まで
8 H	男	5	りんご	2/3	園で	インフルエンザ	発熱				●										2/8まで
9 I	女	5	りんご	2/3	園で	インフルエンザ	発熱				●										2/8まで
10 J	女	5	りんご	2/3	家で	インフルエンザ	発熱				●										2/8まで
11 K	男	5	りんご	2/4	家で	インフルエンザ	発熱					●									2/9まで
12 L	男	5	りんご	2/4	家で	インフルエンザ	発熱					●									2/9まで
13 M	男	5	りんご	2/4	家で	インフルエンザ	発熱					●									2/9まで
14 N	女	5	りんご	2/4	家で	インフルエンザ	発熱					●									2/9まで
15 O	男	4	ばなな	2/4	家で	インフルエンザ	発熱・嘔吐					●									2/9まで
16 P(Dの弟)	男	2	もも	2/4	家で	インフルエンザ	発熱					●									2/9まで
17 Q	男	1	いちご	2/4	家で	インフルエンザ	発熱					●									2/9まで
18 R	男	5	りんご	2/5	家で	インフルエンザ	発熱						●								2/10まで
19 S	女	4	ばなな	2/5	家で	インフルエンザ	発熱						●								2/10まで
20 T(Lの妹)	女	4	ばなな	2/5	家で	インフルエンザ	発熱						●								2/10まで
21 U(Kの妹)	女	1	いちご	2/5	家で	インフルエンザ	発熱						●								2/10まで
22 V(Dの妹)	女	0	ひよこ	2/5	家で	インフルエンザ	発熱						●								2/10まで
23 W	男	0	ひよこ	2/5	家で	インフルエンザ	発熱						●								2/10まで
24 X	男	5	りんご	2/6	園で	インフルエンザ	発熱・嘔吐							●							2/11まで
25 Y(Cの弟)	男	4	ばなな	2/6	家で	インフルエンザ	発熱							●							2/11まで
26 Z	男	3	みかん	2/7	家で	インフルエンザ	発熱								●						2/12まで
有症者数								1	2	5	10	17	23	23	23	21					
新規発症者								1	1	3	5	7	6	2	1	1					

この表により、

- 園内で起きていることが「見える化」され、誰にでも直感的に理解でき、共通認識として情報共有可能となる。
- 主に年長(5歳児)から感染が始まり、兄弟姉妹を介して未満児に広がった可能性が推定される。
- 早い段階で5歳児(と4歳児)を隔離し、有症者の兄弟姉妹に登園を控えて頂くことが対策の一つと理解できる。
- 2月2日の段階で(施設内10例/または半数を超えていない段階で)、「何かおかしいぞ!」「有症者が多いな!」と気づき、この時点で保健所と相談できていれば、被害は少なかったかもしれません。
- 5歳児クラス(と4歳児クラス)の部屋(感染ゾーン)が年少・未満児クラスの部屋と離れている場合は、感染ゾーンの出入口・職員を分ける(動線分離)ことが感染対策上有効である。
- 表の作成は時間が無ければ手書きしてFAXでも結構です。可及的速やかにご提出頂きますようお願い致します。

### 初動手順 3「感染児が接触した園児の範囲の決定」

感染児の「発症から潜伏期間をさかのぼった日」(インフルエンザであれば2日間遡って)までの間で、感染児が活動していた園内の範囲を決定し、患児(通常複数)が接触した園児(接触園児)を決定する(できるだけ広めに設定することが望ましい)。「接触園児が活動した部屋・区域」と「そうでない部屋・区域」の動線を分離する。

### 初動手順 4

坂井健康福祉センター管内：坂井市/あわら市主管課、嘱託医に状況を連絡する。

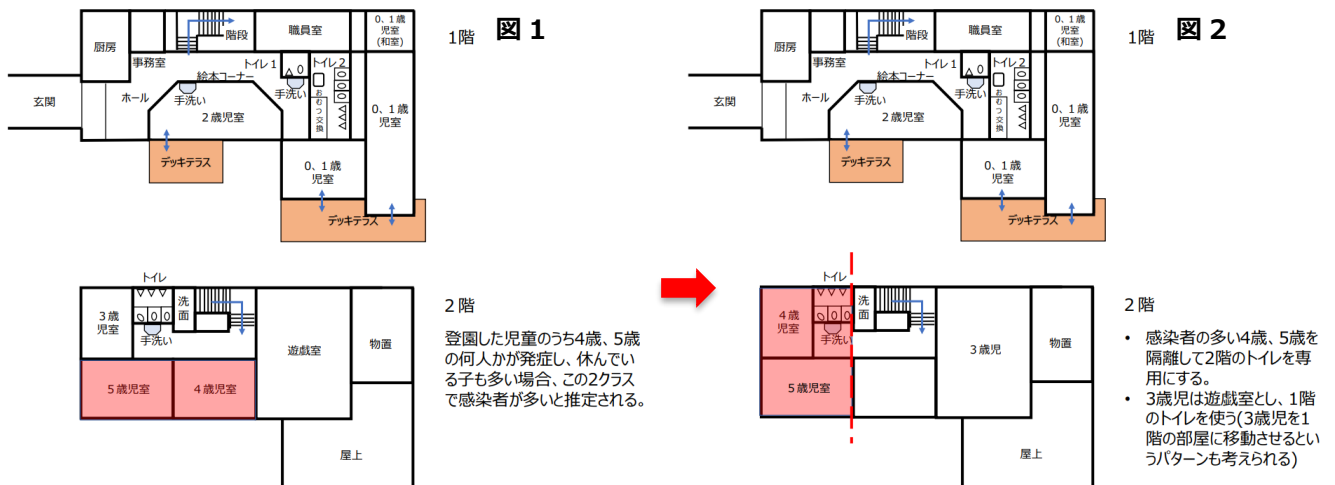
奥越健康福祉センター管内：大野市/勝山市主管課、嘱託医に状況を連絡する。

## 2. 感染児の隔離方法

1) 「接触園児が活動した部屋・区域」が1階と2階で分かれていたり、玄関に入って右側、左側で分かれていたり、棟が違うなどという場合は分けやすいが、通常動線を完全に分離することは困難な場合が多い。従ってこの「動線の分離」は保健所にご相談ください。

2) 感染していると思われる集団を完全に隔離することはとても困難であるが、可能な限り隔離しようとする事で、被害は最小限に食い止められることもある。方法に「正解」は無いので、保育園の建物の構造や職員のキャパシティ等の事情も鑑みて、可能な限りできる範囲で行うことが肝要である。保健所にご相談いただければ、経験は積んでいるので一緒に考えることは可能です。また平常時からこのような状況を想定しておくことが重要です。

●シナリオ「ある保育園で4歳児、5歳児の何人かが登園した後、発熱、咳・鼻水を発症しインフルエンザと診断された。この2クラスで休んでいる子が多く、インフルエンザのクラスターと考えている」(図1)



(図2)感染者の多い4歳、5歳を隔離するように努めた。動線を分離することが重要であるので、トイレは専用とする。出入口も専用とすることが望ましいが、2階であるため困難であった。

1階の中で動線を分離する場合は、デッキテラスなど外からの出入口を別にすることは可能と考えられる。

今回4歳児、5歳児が玄関を使わざるを得なかったので、3歳児、未満児はデッキテラスからの出入りということになった。

3歳児を2階の遊戯室にせざるを得ない場合、感染者の多い4、5歳児と入口が同じになってしまう(トイレは3歳児は1階を使うこととした)。このような時は3歳児の出入りするタイミングと、4、5歳児の出入りするタイミングを「時間をずらす」といった工夫をせざるを得ない。

これらクラスの動線分離は職員の動線も分ける必要がある。

早朝保育・延長保育を2歳児の部屋で行っていたが、4歳児、5歳児はクラスで行った。

登園後発症した児は「事務室」でお迎えが来るまで待機としたが、換気を充分行うことが肝要である。この園では事務室しかなかったが、待機用の部屋の確保が望ましい。

### 3. 患児と接触者(接触園児、接触職員)

1) 対応中は「全職員サージカルマスクを着用する」。送迎の保護者にも「マスク着用」をお願いする。

2) 患児は休園とする。必ず「登園前に」休園するかどうかのトリアージ(判断)を行う。休園機関は学校保健衛生法(p9 参考)に定められた期間に準じる。学校保健衛生法に定められていない場合(例えば「有症状」のみで診断がついていない者)は「解熱もしくは症状消失後2日(幼児では3日)を経過するまで」とする。「感染性胃腸炎」は学校保健衛生法の第3種に準じて「学校医その他の医師に於いて感染のおそれがないと認められるまで」とされています。

3) 患児に対して早期の受診勧奨とする。受診にあたっては医療機関に必ず事前連絡を行ってから受診するよう指示する。診断結果は必ず園に報告するよう伝える。園はこの診断結果で園内に流行している感染症を推定することに努める。

4) 患児の兄弟姉妹が同じ園に通っている場合、たとえ無症状と言えど同じ感染症に罹っているという前提で、休むことを基本とする。患児と家の中で部屋を分けるなど動線を分離できれば、潜伏期間が明けて症状が無いことを確認して登園(登校)する。

5) 登園後に有症者が判明した場合は、患児を別室に隔離し、お迎えを待つ。この時付き添いの保育士や看護師が感染するリスクがあるため、常時換気を徹底し(窓を2か所数センチ常時開ける)、付き添い者はサージカルマスクではなく「N95マスク」着用とし、「フェイスシールドまたはゴーグル」を着用する。鼻をかむなど体液の処置が必要な場合は必ず「手袋」を装着する。フェイスシールド(ゴーグル)が困難な場合は常に風上に立つようにする。患児湿度、室温を保つ。

6) 「N95マスク」を正しく装着した場合、1時間以上継続して装着することは呼吸困難になることがある。1時間装着した後同マスクを外して十分休憩することが必要である。休憩中はサージカルマスクとして、部屋の窓を広く開ける(できれば全開)などしてじゅうぶん換気する等工夫する。

7) 有症判明者が手にした物品、場所を0.05%次亜塩素酸で消毒する。消毒するにあたり清拭する方向は「一方向性」で清拭する(往復しない)。(p8 写真)

#### 4. 保護者

1) ある程度情報が整理されたら、全園児の保護者に可及的速やかに現時点の状況を連絡する。この時連絡票をいちから作成することは大変困難であるため、当センターが作成したひな型に記入するとよい。

インフルエンザ：[https://www.pref.fukui.lg.jp/doc/nisyuu-hwc/hokenkayousiki\\_d/fil/hinagatainfuru.doc](https://www.pref.fukui.lg.jp/doc/nisyuu-hwc/hokenkayousiki_d/fil/hinagatainfuru.doc)

感染性胃腸炎：

[https://www.pref.fukui.lg.jp/doc/nisyuu-hwc/hokenkayousiki\\_d/fil/hinagataicyoukaze.doc](https://www.pref.fukui.lg.jp/doc/nisyuu-hwc/hokenkayousiki_d/fil/hinagataicyoukaze.doc)

これら「お便り」に沿って家庭内での対策を指導する。

2) 家庭では帰宅時うがい、石鹸での手洗いをを行うよう指導する。

3) インフルエンザの場合、室内を加湿し、湿度 50-60%程度に設定する。

4) バランス良い栄養を摂取すること、十分な休養が重要であることを再度周知・徹底、指導する。

5) 感染症流行時の受診時などは、人混みをさけ、室内・車内では、換気を行う。他人との共有物を触ったら都度手洗いをを行う。マスク着用は有効であるが 2 歳未満の幼児乳児ではマスクは着けないようにする。2 歳以上でも熱中症や窒息などのリスクがあり、マスクの着用は推奨とされるが状況によってはリスクもある。

#### 5. 園児・職員の毎日の健康観察

1) すべての園児・職員は登園前、出勤前に必ず健康観察を行う(トリアージ)。健康観察表

([https://www.pref.fukui.lg.jp/doc/kourei/koureisya-check\\_d/fil/02\\_youshiki1\\_kenkoukansat.xlsx](https://www.pref.fukui.lg.jp/doc/kourei/koureisya-check_d/fil/02_youshiki1_kenkoukansat.xlsx))で

一つでも有症状が認められた場合は欠席とし、医療機関に前もって連絡したのちに受診する。園は受診勧奨するよう指導し、受診結果を保護者から報告を求める。

2) 登園時のトリアージで有症の場合は自宅待機とする。やむを得ず有症者を預かる場合は上記「登園後に有症者が判明した場合」に準じて隔離し、早退後に受診勧奨とする。必ずあらかじめ電話してから受診する。

3) 園児は無症状でも、兄弟姉妹家族が発熱、咳症状、下痢症状がある場合や、家族の職場・学校等で感染性疾患がある場合は出席を見合わせることを望ましいこと指導する。

4) 送迎バスは「運転席」と「付き添いスタッフの窓」の 2 か所を数センチ開けて、常時車内を換気する(運転席から対角線方向に 2 か所が望ましい)。新型コロナウイルス対策をした実績があれば「コロナと同じ対策」でよい。園児の降車後は 0.05%次亜塩素酸ナトリウムで手の降れた部分、椅子を消毒する。

5) 早朝保育、延長保育の場所をクラスごとに変更する。

6) 土曜保育は中止する。やむを得ず土曜保育を行う場合、園内で感染症が見られているために登園を控えるように保護者に説明の上、それでも登園した児のみ預かる。数園で一か所に集めていた土曜保育は各園ごととする。

7) 手洗い(正しい手洗い)方法・回数(外から帰ったら、おもちゃで遊んだら等何かをする前後)を徹底する。クラスター発生時はペーパータオルを使用する。手洗い場に蓋付きのゴミ箱を設置する。手洗後は消毒用エタノールで手指消毒を行う。

8) 基本、クラスごとの活動とする。トイレの動線がクラスで交差しないように「場所」や「時間」をずらすなど工夫する。

9) 保育活動は子供同士の距離を保てるような遊びを工夫する。楽器の演奏や合唱、クッキングなど感染リスクの高い活動は避ける。

10) おもちゃは口に入れるような物や布製の物は出さないようにする。全体のおもちゃを A、B 2 つ以上のグループに分けて使わない物を消毒してから交互に提供するという方法もある。

11) 食事は唾液など飛沫感染しやすい場面であり、児同士・職員の感染対策が重要である。クラスター発生中は食事の子どもの会話は控えることが望ましいが困難な点もある。できる限り、児同士を対面にせず、1メートル以上の間隔をあけることが望ましい。やむを得ず対面になってしまう場合は、対面でも互い違いに配席する、児同士の間に職員が入る、クラス内でグループ分けをして子どもたちの食事時間を設定するなど工夫するという方法もある。

12) 食事を介助する場合は、児の唾液を浴びやすい正面での介助はできるだけ控えて横から介助することを検討する。食事介助中は子どもの唾液が手などに付着しやすくなります。食事介助中は普段以上に職員はご自身の手で目や鼻、口に触れないよう気を付けましょう。職員と子どもはできるだけ別々で昼食を摂る、もしくは 1m 以上あけて食べるようにしましょう。

13) 給食当番やクッキングは中止が望ましい。

14) 歯磨きの場面での飛沫による児同士、保育士への感染が想定されるため、児同士の距離、水が飛び散らないような距

離、人数制限、介助はフェイスシールド装着など工夫する。

15) 午睡は児の顔、足が交互に並ぶようにして1メートル以上の距離を確保する。

16) 寝具(布団や折り畳みベッド)は個人用とする。共用する場合は使用後に次亜塩素酸ナトリウムによる拭き取りの消毒をおこなう。枕など児の唾液や鼻汁により接触感染する可能性があることを周知徹底する。

17) 医療的ケアを必要とする児や、基礎疾患等により重症化リスクを抱える児の場合、施設内でスタッフから感染することも多くいため、登園について主治医・嘱託医と相談する必要がある。従って平時から園内でクラスターが発生した場合の登園の可否について事前に保護者と話し合っておく。以下に全国保育園保健師看護師連絡会(2020年)の新型コロナウイルスによって重要になりやすいケースについて記載するが、他の感染症でも以下のケースは同様にハイリスクと考えてよい。

(参考)子どもの重症になりやすいケース

- ・医療的ケア(気管・口鼻腔吸引や人工呼吸器管理など)を必要としている
- ・喘息を含む慢性的な肺・呼吸器の疾患を持つ
- ・心疾患がある
- ・免疫機能に何らかの疾患を持っている
- ・1歳未満の乳児(米国では陽性となった62%が入院を必要としています)

18) 上記連絡会は、「子どもが高齢者を含む重症化するリスクがある人と同居している場合」として、保育園でクラスターが発生しているような地域で市中感染が確認されている場合は、「登園している子どもと自宅でリスクのある人の接触は出来る限り避けることが望ましい」としている。

19) 園の行事は延期・中止する。中止できない場合はクラスごとに行う。

20) 園児が帰宅した後の「職員の打ち合わせ」、おやつを選定など「試食会」といった職員同士での会議は換気を十分に行った上で、距離を保つことが重要である。インフルエンザ等クラスター発生時の会合は飲食を伴わないようにするか、「マスク会食」を徹底する。

## 6. 環境

1) 居住空間は常時、換気を行う。各部屋は、対角線上2か所ほど常時窓を3cm程開放し、外気の流れを作ることが望ましい。

換気扇は常時最大量で換気を行う。換気扇のスペック上フロア内の常従スタッフ1名あたり毎時30立方メートル(30m<sup>3</sup>/時/人)以上の外気との換気能力が確保できれば窓を開ける必要はない(\*)。

(\*) 環境省：ビル管理法 <https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/000618969.pdf>

2) 手によく触れる物の消毒

手によく触れるもの(※)は、次亜塩素酸ナトリウム(0.05%)を用いて1日2回以上消毒し、園児が下園後に一通り消毒する。この時金属(ドアノブ等)は水拭きで2度拭きする(次亜塩素酸ナトリウムによる腐食防止)

(※)手によく触れるもの:机 椅子 ドアノブ 電気スイッチ 階段等の手すり 水筒 道具 おもちゃ リモコン タブレット 本 ジャングルジム ボール クッション 鉄棒 ブランコなど遊具

3) 拭き方は「一方向性」に拭く(往復しない)。これは水拭きでも消毒でも共通。

4) 「接触感染」で拡がりやすい感染症として、

- ① 感染性胃腸炎(ノロウイルス、ロタウイルスなど)
- ② 咽頭結膜熱(プール熱)、流行性角結膜炎(アデノウイルス)
- ③ 手足口病、ヘルパンギーナ(エンテロウイルス)
- ④ 伝染性膿痂(とびひ)(黄色ブドウ球菌)
- ⑤ 咽頭炎等(溶血性レンサ球菌：溶連菌)
- ⑥ 腸管出血性大腸菌感染症、がある。

これら病原体は身近な生活環境の下でも長く生存することが可能であり、毎年多くの保育所で接触感染による集団発生がみられる。感染後の重症化率が高いものもあり、これらの集団発生時は「接触感染対策を強化」(園児の手洗い強化はもちろんのこと、消毒回数、範囲を増やす、ペーパータオルの使用を徹底する、プール・イベントの中止延期)などが必要となる。この時「タオルの共用」は絶対に行わないこと。(「保育所における感染症対策ガイドライン(2018年厚労省)」

<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-11900000-Koyoukintoujidoukateikyoku/0000201596.pdf>)

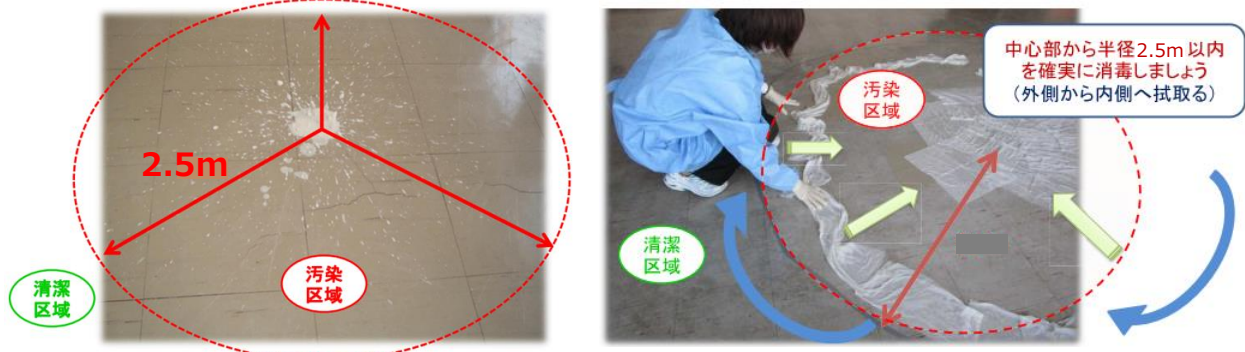
5) 基本的には、床は消毒不要であり、湿式の清拭(モップ等)でよい。(※)

6) 明らかなくしゃみの飛沫や嘔吐物・下痢便、血液などの場合は「ノロセツ」による0.5%次亜塩素酸ナトリウムで汚染され

た床を消毒する。(下図) (※)

(※) 4)、5)の記述についての補足。4)は基本床は通常「不潔」と考えるということである(この場合の「床」とは床から30cm上方までの空間のことである。従って清潔のリネン・衛生用品は床上30cmより下に常置・保存しないこと)。しかし5)のように「床」に明らかな汚物(飛沫、痰、嘔吐物、便、血液等)がある場合、放置して乾燥すると、内容物のウイルスが空間に舞い、空気感染を起こす原因となる(実際2003年のSARSウイルス感染症で、日本の話ではないが、ホテルエレベーター前の嘔吐物が乾燥して内容物のウイルスが空気感染し感染が拡大した)。これはノロウイルスでも同様である。

(図) 嘔吐物の消毒範囲 (大分県中部保健所 HP 令和1/11月から改変)



床の高さ1mから嘔吐した場合、カーペットで1.8m、フローリングで2.3mまで飛び散る(図)。従って消毒の範囲は少なくとも、2.5m必要(十分な範囲とする)。

拭き取り方は各園で拭き取り方法・手順を確立しておくこと。ここでは範囲と拭き取り方のみを強調している。

次亜塩素酸ナトリウムを含んだペーパータオル/水拭き/乾拭きによる拭き取りの向きは「一方向」で拭く。「後戻りしない」こと。

7) ノロウイルスの感染力は非常に強く、数個から数十個のウイルスというオーダーで経口感染が成立するとされている。「目に見えない」レベルの飛散したウイルスも逃さずに消毒除去することが肝要であるため、広めに消毒、拭き取りを行うこと。

8) 半径2.5m以内に居た他の児は濃厚接触者と考え、無症状でも健康観察が望ましい。

9) 消毒の際は、手、膝、エプロン、ズボンの裾を「床面に付けない」こと。

(表) 手によく触れるものの消毒、トイレ・汚物の消毒

場所	濃度	作り方
おもちゃ、調理器具など 直接手で触れる部分	0.05% (500ppm) 次亜塩素酸ナトリウム	ペットボトル(500ml)に、漂白剤を入れます。漂白剤の塩素剤の濃度が1% (ミルトンなど) の場合、25ml (ペットボトルのキャップ5杯)、塩素剤の濃度が5% (ハイター、ブリーチなど) の場合、5ml (ペットボトルのキャップ1杯) です。通常飲料が入っている程度の水を入れます。完成。その液で清拭または浸漬させます。
患者の便や嘔吐物が付着した床やトイレ、衣類など	0.5% (5,000ppm) 次亜塩素酸ナトリウム	ペットボトル(500ml)に、漂白剤を入れます。漂白剤の塩素剤の濃度が1% (ミルトンなど) の場合、250ml (ペットボトル半分)、塩素剤の濃度が5% (ハイター、ブリーチなど) の場合、50ml (ペットボトルのキャップ10杯) です。通常飲料が入っている程度の水を入れます。完成。その液で清拭または30分間浸漬させます。

(※)作成した次亜塩素酸ナトリウムの「使用期限は1日間」である。従って毎日新しいものを作成する。しかも作成後は「遮光保存」とする。次亜塩素酸ナトリウムは光で分解されやすいので、ストックの原液は遮光容器(茶色のビン)で保存するのが普通である。

(※)「次亜塩素酸水」と「次亜塩素酸ナトリウム」は別ものである。従って、この手引きで述べている次亜塩素酸は全て「次亜塩素酸ナトリウム」のことを指す。

10) ティッシュ、マスク等感染の可能性のあるもの(感染性廃棄物)と通常のゴミの区別を行う。ティッシュなど感染性廃棄物は蓋付きゴミ箱に廃棄する。

11) インフルエンザによるクラスターの場合、職員の抗ウイルス剤内服の可否を嘱託医と相談する。学級閉鎖も考慮する。

12) 保健所の介入が一旦終了する目安としては、発症状況表で「3日間連続で新規有症者が居ない」場合とする。この後保健所の介入は一旦終了とするが、園としては引き続き対応は継続すること。そして再度有症者が増加しそうであれば遠慮なく保健所に速やかに相談のこと。



#### IV 平常時の対策

ここからは平常時からの対策について列挙した。今回のクラスター発生を踏まえて、今後クラスターを起こさせないために「平常時(日ごろ)からできることは何か？」を想定しておくことが、最も重要なことである。

1) 基本的には、平時はマスクは不要。しかし、感染症サーベイランスや県などの感染症流行情報で「インフルエンザ等感染症の流行期に入った」など対応フェーズが上がった(施設で対応フェーズを予め決めておく)場合は、職員はマスクを着用とし、2歳以上の児も原則マスク着用等とする。

2) 平常時から「登園前の」「積極的な」「有症者のトリアージ」を行う姿勢(を醸成すること)がとても重要である。「有症者」の定義は、前述(II 対象1.「有症状者」の定義)の通り、当面「厚生労働省による、新型コロナウイルス感染症の症状(14項目)のうち一つでもある場合」とする(体温は37.5℃以上を発熱とする)が、

[https://www.pref.fukui.lg.jp/doc/kourei/koureisya-check\\_d/fil/02\\_youshiki1\\_kenkoukansat.xlsx](https://www.pref.fukui.lg.jp/doc/kourei/koureisya-check_d/fil/02_youshiki1_kenkoukansat.xlsx)

これに該当するすべての児を平常時から欠席させるというのは現実的には困難であろう。従って、園児の間で「有症者が増えてきた」「何かいつもと違う」と感じた時に、これ以上の「有症者」を登園させない、という確固たる方策・方針が感染症集団発生の予防に重要なのである。

(※)花粉症やせき喘息など持病や以前からある症状の場合は判別困難であり、慎重に区別されたいが、クラスター発生時に平常時から観察してきたことが「有症状かどうかの判断に」活かされる。

3) 玄関にエタノール手指消毒剤を設置し、その後手洗いをする。帰りは手洗いた後、手指消毒して下園する。

4) 環境消毒として、1日1回、園児が帰宅した後に、手に触れる場所やトイレを次亜塩素酸で消毒する。

(参考)ある施設での消毒例

	薬液	薬液の量	水の量	手順	曜日
コップ	ピューラックス	25mL	6L	浸け置き時間20分で引き継ぎ、水洗いして乾燥機で乾燥。阻の後コップ入れに静置。	毎日
エプロン	台所洗剤			水洗いして干す	毎日
	キッチンハイター	240mL	12L	浸け置き時間20分で引き継ぎ、水洗いして干す。	土曜日
台拭き	キッチンハイター	24mL	4L	夕方浸けて、翌朝水洗いして干す。	毎日
ざる	台所洗剤			水洗いして片付ける。	毎日
	キッチンハイター	15mL	12L	浸け置き時間20分で引き継ぎ、水洗いして片付ける。	土曜日

5) おむつ交換は使い捨て長袖エプロンを着用する。手袋は児ごとに履き替える。「一処置一手洗い」が基本。

6) 便、嘔吐物、尿等体液は感染性廃棄物として処理する。症状のない児でも「全ての」児に対して「感染症を持っているものとして、平時から」対応することが「標準予防策」である。保護者に渡す場合は廃棄物の袋の外側が汚染のない状態にして渡し、中を開けたり中の空気を吸わないように破棄することを指導する。

7) プールは、遊離残留塩素濃度が0.4 - 1.0 mg/Lに保たれるように毎時間水質検査を行い、濃度が低下している場合は消毒剤を追加するなど、適切に消毒する(「遊泳用プールの衛生基準」平成19年5月28日厚生労働省)。低年齢児が利用することの多い簡易ミニプール(ビニールプール等)についても上記同様に塩素消毒が必要である。排泄が自立していない乳幼児には、個別のタライ等を用いてプール遊びを行い、他者と水を共有しないよう配慮をする。プール遊びの前後には、シャワーを用いて汗等の汚れを落とす。プール遊びの前に流水を用いたお尻洗いも行う。

8) 感染症サーベイランスを常にチェックするよう心がけて、県内の感染症流行情報を参考にして、平時の消毒回数、要注意感染症を疑って感染症集団発生の判断の参考にする(アンテナを高くする)。

9) インフルエンザ予防として室内の加湿を50-60%程度に設定する。

10) 園の「感染対策委員会」を設置し、月1回など定期的に情報を共有する。「感染対策マニュアル」を策定し、年1回など定期的に改定する。

11) 年1-2回程全職員向けの「感染対策研修会」を行う。保健所も支援します。

12) すべての園児の母子手帳をチェックして、園として予防接種歴を把握するように努める。

13) 園児のワクチン接種を勧奨し、徹底する。

(参考)学校保健安全法

学校は児童生徒等が集団生活を営む場であり、感染症が発生した場合は感染が拡大しやすく、教育活動にも大きな影響を及ぼすこととなる。感染症の流行を予防することは教育の場・集団生活の場として望ましい学校環境を維持するとともに、児童生徒が健康な状態で教育を受けるためにも重要である。

そのため感染症の拡大防止のための出席停止（学校保健安全法第19条）、と臨時休業（学校保健安全法第20条）に関する規定が設けられている。（下表）

表 学校において予防すべき感染症（出席停止の基準）

	感染症の種類	考え方	出席停止の基準
第1種	<ul style="list-style-type: none"> <li>・エボラ出血熱・クリミア・コンゴ出血熱・南米出血熱・ペスト・マルブルグ病・ラッサ熱・急性灰白髄炎（ポリオ）・ジフテリア・重症急性呼吸器症候群（病原体がSARS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A型インフルエンザウイルスで、その血清型がH5N1であるものに限る）</li> </ul>	<p>感染症法の「新型インフルエンザ等感染症」「指定感染症」「新感染症」に指定されたものは第1種に準ずる扱いとする</p>	<p>治癒するまで。</p>
第2種	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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）・風しん・水痘（みずぼうそう）・咽頭結膜熱・結核・髄膜炎菌性髄膜炎</li> </ul>	<p>空気感染又は飛沫感染する感染症で、児童生徒の罹患が多く、学校での流行の可能性の高いもの</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・インフルエンザ：発症した後（発熱の翌日を1日目として）5日を経過し、かつ、解熱した後2日（幼児は3日）を経過するまで。</li> <li>・百日咳：特有の咳が消失するまで、又は5日間の適切な抗菌薬療法が終了するまで。</li> <li>・麻疹：解熱した後3日を経過するまで。</li> <li>・流行性耳下腺炎：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。</li> <li>・風しん：発疹が消失するまで。</li> <li>・水痘：全ての発疹が痂皮化するまで。</li> <li>・咽頭結膜熱：主要症状が消退した後2日を経過するまで。</li> <li>・結核・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感染のおそれがないと認められるまで。</li> </ul>
第3種	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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</li> </ul>	<p>学校教育活動を通じ、学校において流行を拡げる可能性があるもの</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・病状により、学校医その他の医師において感染のおそれがないと認められるまで。</li> </ul>

さいごに

保育施設における感染症(特にインフルエンザを想定した)クラスター対策について述べた。保育園ではインフルエンザのみでなく、ノロウイルスなど感染性胃腸炎は勿論のこと、手足口病や百日咳など多くのウイルス性疾患によるクラスターが発生する。それぞれのウイルスや細菌には特有の症状、潜伏期間があり、全ての病原体を(手引き冒頭に挙げた幾つかのコモンな疾患でさえ)を網羅できることはない。しかしクラスターを来たす殆どの感染症の「初期対応」として、すなわち蔓延防止を目的とした場合に少なくともと言えることは、本手引きで述べた「有症状」の児をトリアージ、受診勧奨することがほとんどの感染症蔓延予防策の必要条件になるが、しかしそれぞれの疾患の潜伏期や毒性の違いもそれぞれであり、十分条件ではないことを認識して被害を最小限に食い止めること、園を感染から守ることを第一義にすることが肝要である。