



学校において予防すべき 感染症の解説

〈平成30(2018)年3月発行〉

はじめに

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、大きな影響を及ぼすこととなります。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、児童生徒等が健康な状態で教育を受けるためにも重要です。

これまでの学校における感染症対策は、「学校において予防すべき伝染病の解説」（平成11（1999）年、文部省）、「学校において予防すべき感染症の解説」（平成25（2013）年、文部科学省）において示されてきたところですが、このたび、日本学校保健会より「学校において予防すべき感染症の解説〈平成30（2018）年3月発行〉」を発行する運びとなりました。

感染症対策は、予防可能な感染症については適切に予防策を講じること、そして感染症が発生した場合には、重症化させないように早期発見し早期に治療することと、まん延を防ぐことが重要になります。身の回りを清潔に保ち、手洗いを励行するなど、日々の生活における感染症予防はもちろんのこと、学校保健安全法施行規則に健康診断の事後措置として規定されているように、必要な予防接種を受けるようにすることも感染症予防の有効な手段となります。また感染症にかかっている又はその疑いやおそれのある児童生徒、教職員等が差別・偏見の対象となることがないように十分な配慮をすることも必要です。

本書では、近年の学校保健安全法施行規則改正やその他関係法令の詳細についても記してあります。また、近年の状況の変化を鑑み、修学旅行など海外の行事で渡航する場合や海外から児童生徒の受け入れを行う場合の対応等を追記するとともに、参考情報やQ&Aの充実を図りました。

各種感染症に対する学校の管理体制の構築や、医療機関等との連携の強化など、学校における感染症の発生予防とまん延防止を図るに当たり、本書が十分に活用されることを期待しております。

末尾となりましたが、本書をご執筆頂いた先生方ほか関係各位に心から感謝申し上げます。

平成30年3月
公益財団法人 日本学校保健会
会長 横倉義武

目次

I. 関係法令の改正等について

1. 学校保健安全法施行規則の一部改正について	6
1) 改正の趣旨	6
2) 改正内容	6
①学校において予防すべき感染症の追加 (中東呼吸器症候群、特定鳥インフルエンザ)	6
②就学時健康診断票(第一号様式関係)の改正 (Hib感染症及び肺炎球菌感染症、水痘の予防接種の追加)	7
2. その他の法令の改正等について	7
1) 「結核患者に対するDOTS(直接服薬確認療法)の推進について」 (平成16年12月21日健感発第1221001号)の改正	7
2) 予防接種法施行令、予防接種法施行規則の改正	7

II. 学校における感染症への対応

1. 感染症に関する基本的理解	8
1) 感染経路と予防の方法	8
【参考】標準予防策(standard precautions:スタンダード・プリコーション)	8
①空気感染(飛沫核感染)	8
②飛沫感染	9
③接触感染	10
④経口感染(糞口感染)	12
⑤節足動物媒介感染	12
2) 清掃、消毒、滅菌等	12
①普段の清掃のポイント	12
②吐物・下痢便の清掃	12
③消毒・滅菌について	13
ア) 消毒とは	13
イ) 滅菌とは	13
④薬品の解説	13
ア) 消毒用エタノール	13
イ) 次亜塩素酸ナトリウム	14
3) 予防接種(ワクチン)	14
【参考】実習等における扱い	15
2. 学校における感染症への対応	16
1) 学校において予防すべき感染症の考え方(第一種、第二種、第三種感染症)	16
①第一種の感染症	16
②第二種の感染症	16
③第三種の感染症	16
2) 出席停止と臨時休業	17

【参考】 出席停止期間の算定の考え方	17
3) 学校における定期・臨時の児童生徒等の健康診断と感染症	17
4) 就学時の健康診断と感染症	18
5) 海外への渡航や海外からの児童生徒等の受け入れなど	18
6) 学校における感染症への対応に係る体制	19
①学校の設置者（教育委員会）の役割	19
②学校の役割	20
③学校医の役割	20
④保健所の役割	20
【参考】 学校と保健所の連携事例 （麻しん患者（大学生）から感染した兄弟が発病したが、学校と保健所 の連携で感染拡大を防ぐことができた事例）	21
【参考】 感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（感染症法） （平成十年法律第百十四号）における主な感染症（一類～五類感染症）	22

III. 感染症各論

1. 第一種の感染症	24
1) エボラ出血熱	24
2) クリミア・コンゴ出血熱	24
3) 痘そう	25
4) 南米出血熱	25
5) ペスト	26
6) マールブルグ病	26
7) ラッサ熱	26
8) 急性灰白髄炎（ポリオ）	27
9) ジフテリア	27
10) 重症急性呼吸器症候群 （病原体がベータコロナウイルス属SARSコロナウイルスであるものに限る）	28
11) 中東呼吸器症候群 （病原体がベータコロナウイルス属MERSコロナウイルスであるものに限る。）	28
12) 特定鳥インフルエンザ （感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律 （平成十年法律第百十四号）第六条第三項第六号に規定する 特定鳥インフルエンザをいう。）	29
【参考】 新型インフルエンザ	29
2. 第二種の感染症	30
1) インフルエンザ （特定鳥インフルエンザ及び新型インフルエンザ等感染症を除く。）	30
2) 百日咳 ^{せき}	31
3) 麻しん	32
【参考】 学校における麻しん対策	34

4) 流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）	35
【参考】 流行性耳下腺炎と難聴	35
5) 風しん	36
【参考】 近年の風しん発生動向	37
6) 水痘（みずぼうそう）	38
7) 咽頭結膜熱	39
【参考】 プール熱とは？	39
8) 結核	40
【参考】 児童生徒等の健康診断と結核	41
【参考】 結核発生時の対応について	43
【参考】 結核に罹患した児童生徒等への対応について	44
9) 髄膜炎菌性髄膜炎	44
3. 第三種の感染症	45
1) コレラ	45
2) 細菌性赤痢	46
3) 腸管出血性大腸菌感染症	46
4) 腸チフス、パラチフス	47
5) 流行性角結膜炎	48
6) 急性出血性結膜炎	48
4. その他の感染症（第三種の感染症として扱う場合もある）	49
1) 感染症胃腸炎 （ノロウイルス感染症、ロタウイルス感染症、アデノウイルス感染症など）	49
2) サルモネラ感染症（腸チフス、パラチフスを除く）、カンピロバクター感染症	50
3) マイコプラズマ感染症	51
4) インフルエンザ菌感染症、肺炎球菌感染症	51
5) 溶連菌感染症（主にA群溶血性レンサ球菌感染症）	52
6) 伝染性紅斑（りんご病）	53
7) RSウイルス感染症	53
8) EBウイルス感染症	54
9) 単純ヘルペスウイルス感染症	55
10) 帯状疱疹	55
11) 手足口病	56
12) ヘルパンギーナ	57
13) A型肝炎	57
14) B型肝炎	58
15) 伝染性膿痂疹（とびひ）	59
16) 伝染性軟属腫（水いぼ）	60
17) アタマジラミ症	60
18) 疥癬	61
19) 皮膚真菌症	62
①カンジダ感染症	62

②白癬、特にトングランス感染症	62
-----------------	----

IV. 学校において予防すべき感染症のQ&A

Q1 インフルエンザと普通の風邪はどう違うのですか	64
Q2 インフルエンザワクチンの接種量及び接種回数は年齢によって違いますか。	64
Q3 家族がインフルエンザにり患した場合は、児童生徒に症状がない場合、若しくは軽度の発熱等だった場合も、インフルエンザの検査をした方がいいのでしょうか。	65
Q4 インフルエンザの「発症した後5日を経過」とは、どのように数えるのですか。また、「発症」した日とは、熱が出た日のことを指すのですか。	65
Q5 インフルエンザで熱がない場合はどのように考えたらよいですか。	66
Q6 流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）では、右の耳下腺が最初に腫脹し、次に左の耳下腺が腫脹するなど、腫脹の出現がバラバラな場合があります。こうした場合、「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」とは、どのように数えるのですか。	66
Q7 流行性耳下腺炎で、「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」になった後でも、耳下腺等の腫脹が続いています。この場合は、登校（園）は可能でしょうか。	66
Q8 流行性耳下腺炎には自然にかかる方がよいというのは本当ですか。	66
Q9 家族がRSウイルス感染症やノロウイルス感染症等にり患した場合、児童生徒に症状がない場合若しくは軽度な症状のみの場合も、検査をした方がいいのでしょうか。	67
Q10 教職員についても、麻しんの予防接種を二回接種することが必要なのでしょうか。	67
Q11 教職員がインフルエンザ等の感染症にかかった場合の病気休暇についても、本解説書に従うのでしょうか。	67
Q12 学校内で結核患者が発生した場合はどのような対応が必要でしょうか。	68
Q13 結核患者が学校関係者であった場合に、保健所は学校に連絡をしてくれますか。	68
Q14 小学校入学後に受けることが出来る定期予防接種にはどのようなものがありますか。	68
Q15 感染症にかかっている疑いのある例、かかるおそれのある例についての考え方を教えてください。	69
Q16 「その他の感染症」はどのように考えたらよいでしょうか。	69

V. 関係法令

○ 学校保健安全法（抄）（昭和三十三年法律第五十六号）	71
○ 学校保健安全法施行令（抄）（昭和三十三年政令第七十四号）	72
○ 学校保健安全法施行規則（抄）（昭和三十三年文部省令第十八号）	72

【参考】 定期／任意予防接種	76
----------------	----

I 関係法令の改正等について

1. 学校保健安全法施行規則の一部改正について

1) 改正の趣旨

学校は、児童生徒等が集団生活を営む場であるため、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。そのため、学校保健安全法（昭和33年法律第56号）では、感染症の予防のため、出席停止（第19条）等の措置を講じることとされており、学校保健安全法施行令（昭和33年政令第174号）では、校長が出席停止の指示を行うこと（第6条第1項）、出席停止の期間は省令で定める基準によること（第6条第2項）等が規定されている。これらを受け、学校保健安全法施行規則（昭和33年文部省令第18号）では、学校において予防すべき感染症の種類を第一種から第三種に分けて規定した上で（第18条）、出席停止の期間の基準（第19条）等を規定している。

平成26年に成立した感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律の一部を改正する法律（平成26年法律第115号）において、新興感染症が世界において発生している状況を踏まえ、感染症の分類が見直されたことに伴い、平成27（2015）年、学校保健安全法施行規則に規定する学校において予防すべき感染症の種類について所要の改正を行った。

また、予防接種法の一部を改正する法律（平成25年法律第8号）の施行を踏まえ、平成26（2014）年に第一号様式（就学時健康診断票）の予防接種の欄に、Hib感染症と肺炎球菌感染症を加えるとともに、予防接種法施行令の一部を改正する政令（平成26年政令第247号）において新たに定期予防接種の対象が追加されたことから、平成27（2015）年、第一号様式（就学時健康診断票）の予防接種の欄に水痘を追加した。

2) 改正内容

①学校において予防すべき感染症の追加（中東呼吸器症候群、特定鳥インフルエンザ）

- 最近の海外における感染症の発生状況、国際交流の進展、保健医療を取り巻く環境の変化等を踏まえ、感染症予防対策の推進を図るとともに感染症のまん延を防止するため、学校において予防すべき感染症のうち、第一種の感染症に中東呼吸器症候群及び特定鳥インフルエンザを追加した。
- 出席停止期間の基準については、他の第一種の感染症と同様に、「治癒するまで」としている。
- なお、特定鳥インフルエンザの病原体の亜型は、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律の一部を改正する法律の施行に伴う関係政令の整備等に関する政令（平成27年政令第1号）により、現時点でH5N1及びH7N9とされている。また、これに伴って、鳥インフルエンザ（H7N9）を指定感染症として定める等の政令（平成25年政令第129号）及び中東呼吸器症候群を指定感染症として定める等の政令（平成26年政令第256号）は廃止された。

②就学時健康診断票（第一号様式関係）の改正（Hib感染症及び肺炎球菌感染症、水痘の予防接種の追加）

- 予防接種法の一部を改正する法律（平成25年法律第8号）が平成25（2013）年4月1日より施行されたことを受けて、第一号様式（就学時健康診断票）の予防接種の欄に、Hib感染症と肺炎球菌感染症を加えた。
- 予防接種法施行令の一部を改正する政令が平成26（2014）年10月1日より施行されたことを受けて、第一号様式（就学時健康診断票）の予防接種の欄に、水痘を加えた。
- 改正後の就学時健康診断票（第一号様式関係）は文部科学省ホームページからも入手可能である。

なお、巻末に学校保健安全法関係法令を掲載しているので、そちらも参照されたい。

2. その他の法令の改正等について

1) 「結核患者に対するDOTS（直接服薬確認療法）の推進について」（平成16年12月21日健感発第1221001号）の改正

- 結核患者に確実に抗結核薬を服用させることにより、結核のまん延を防止するとともに、多剤耐性結核の発生を予防することは重要である。このため、保健所は患者本人にとって最も適切かつ確実な方法で服薬状況を確認する。保健所長は服薬支援者にDOTS（ドッツ）（直接服薬確認療法、Directly Observed Treatment, Short-courseの略）の実施を依頼することができる。
- 平成27（2015）年からDOTS実施の依頼先として学校が対象となった。このため、学校に通学している患者については、保健所長の依頼に基づいて養護教諭等が保健所の作成した個別患者支援計画に基づく方法で服薬を見守り、保健所がその状況を確認する。

2) 予防接種法施行令、予防接種法施行規則の改正

- 平成28（2016）年に予防接種法施行令及び予防接種法施行規則の改正により、平成28（2016）年10月1日以降、定期予防接種にB型肝炎が追加された。平成28（2016）年4月1日以降に生まれた1歳に至るまでの間にある者が対象となる。
- このため、2021年以降の就学時の健康診断においてはB型肝炎の予防接種歴についても確認を行う必要があることに留意する。

II 学校における感染症への対応

1. 感染症に関する基本的理解

ウイルス、細菌、真菌などの微生物が、宿主の体内に侵入し、臓器や組織の中で増殖することを「感染」といい、その結果、生じる疾病が「感染症」である。

感染症が発生するには、その原因となる病原体の存在、病原体が宿主に伝播する感染経路、そして病原体の伝播を受けた宿主に感受性があることが必要となる。病原体、感染経路、感受性宿主の三つを、感染症成立のための三大要因という。感染の予防対策として、消毒や殺菌等により感染源をなくすこと、手洗いや食品の衛生管理など周囲の環境を衛生的に保つことにより感染経路を遮断すること、栄養バランスがとれた食事、規則正しい生活習慣、適度な運動、予防接種などにより体の抵抗力を高める（感受性対策）ことが、感染症対策の重要な手段となる。

個人及び集団の健康を守る上では、発熱など感染症の症状が認められた場合は、早めに医療機関を受診し、対応策を検討することが重要である。

1) 感染経路と予防の方法

主な感染経路には、①空気感染（飛沫核感染）、②飛沫感染、③接触感染、④経口感染（糞口感染）、⑤節足動物媒介感染等がある。

【参考】 標準予防策（standard precautions：スタンダード・プリコーション）

糞便・血液・体液・吐物等には感染性病原体が含まれていることが多く、これらに接するときには、素手で扱うことを避け、手袋をすること、必要に応じてマスクやゴーグルをつけること、接した後は手洗いをより丁寧に行うことなどが、感染症予防の基本である。これらを標準予防策といい、従来は病院内の感染予防策として用いられてきたが、近年は病院内に限らず、学校を含め、感染の可能性があるものを取り扱う場合に必要基本的な感染予防策とみなされるようになってきている。

1 空気感染（飛沫核感染）



空気中の塵や飛沫核（5 μm以下の微粒子；空気中を1m以上浮遊）を介する感染である。すなわち、感染している人が咳やくしゃみ、会話をした際に、口や鼻から飛散した病原体がエアロゾル化し、感染性を保ったまま空気の流れによって拡散し、同じ空間にいる人もそれを吸い込んで感染する。

一般に市販されているマスク（不織布製またはガーゼのマスク）では、飛沫核は通過してしま

うため、空気感染する感染症の予防策としては不十分であることに注意する。なお、医療機関においては、飛沫核の通過を防ぐN95マスクが使用されるが、一般的に広く市販されているものではない。

空気感染する感染症には、結核、麻疹や水痘などがある。麻疹や水痘は感染力が強く、予防接種を受けることが感染症の発症予防や感染拡大を防ぐための重要な手段となる。なお、空気感染する感染症であっても、飛沫感染や接触感染の経路でも感染が拡がることもあるため、後述する咳エチケットや手洗いは感染症対策として重要である。

また、ノロウイルス感染症患者の吐物や便には多量の病原体が含まれているが、床や衣類に付着した後、適切に処理しなかった場合には、ウイルスを含む粒子が乾燥して、ほこり（塵埃）となって空气中を漂い、それが口から入った場合に感染する経路がある。空気感染（飛沫核感染）の一つで、塵埃感染とも呼ばれている。

2 飛沫感染



唾液の水分などでコーティングされた、5 μmより大きい粒子（1m程度で落下し空中を浮遊し続けることはない）を介する感染である。すなわち感染している人が咳やくしゃみ、会話をした際に、口や鼻から病原体が多く含まれた小さな水滴が放出され、それを近くにいる人が吸い込むことで感染する。

一般に市販されているマスク（不織布製またはガーゼのマスク）を患者がつければ、飛沫飛散の防止効果は高い。なお、サージカルマスクとは、医療用の不織布製マスクのことを指し、手術時等に使用されるものであるが、近年では一般に広く市販されている。飛沫は1m前後で落下するので、1-2m以上離れていれば感染の可能性は低くなる。

飛沫感染する感染症には、インフルエンザ、風しん、百日咳、流行性耳下腺炎、髄膜炎菌感染症などがある。予防接種がある感染症については、予防接種を受けることが発症予防の手段となりうる。

咳やくしゃみをする場合は、口、鼻をティッシュなどで覆い、使用後は捨てる。ハンカチなどを使った場合は絶対に共用しない。唾液や鼻水が手についた場合は流水下で石鹸を用いて洗う。

※咳エチケット：咳やくしゃみをする場合は、ハンカチ、タオル、ティッシュ等で口を覆い、飛沫を周りの人に浴びせないようにする。ハンカチやティッシュがない場合は、手のひらではなく、肘の内側で口を覆う。



出典：厚生労働省

3 接触感染



感染している人との接触や汚染された物との接触による感染である。感染している人に触れること（握手、だっこ、キスなど）で伝播^ぼがおこる直接接触感染と、汚染された物（ドアノブ、手すり、遊具など）を介して伝播^ぼがおこる間接触感染に分けられる。なお、傷口や医療行為（針刺しなど）を介した血液媒介感染も直接接触感染の一種であり、傷の処置や医療行為を行う者は特に注意が必要である。

接触感染する感染症には、咽頭結膜熱、単純ヘルペスウイルス感染症、流行性角結膜炎、伝染性軟属腫（水いぼ）、伝染性膿痂疹（とびひ：黄色ブドウ球菌感染症あるいは溶連菌感染症の一つ）、アタマジラミ症、疥癬などがある。咽頭結膜熱はプールに限らず、集団生活の中で、接触感染、飛沫^{まつ}感染、経口感染の経路もとりうる。

接触感染の多くは、汚れた手で眼、鼻、口、傷口などを触ることで病原体が体内に侵入して感染が成立するため、感染を予防するには、手洗いが重要である。きちんとした手洗いとは、手指の間や先端はいうまでもなく、手首の上まで、できれば肘まで、石鹼^{けん}を泡立てて、流水下で洗浄することをいう。手を拭くのは布タオルではなくペーパータオルが望ましい。布タオルを使用する場合は個人持ちとして共用は避ける。

特に、尿、便、血液、唾液、めやに、傷口の浸出液等に触れる可能性が事前にわかっている場合には、使い捨てのゴム手袋（ラテックスアレルギーがある場合は塩化ビニルやニトリルの手袋が考慮される）着用などにより接触そのものを避けることが感染予防には有効である。もし、これらに触れた場合は必ずきちんと手洗いをする。石鹼^{けん}は液体石鹼^{けん}が望ましい。なお、容器の中身を詰め替える際は、残った石鹼^{けん}は捨て、容器をよく洗い、乾燥させてから、新たな石鹼液^{けん}を詰めるようにする。

○手洗いのコツ



出典：高齢者介護施設における感染対策マニュアル

○傷の処置を行うときのポイント

- ▶ 傷の処置をする者は、血液媒介感染症について知っておく。
- ▶ 傷口の血液、浸出液、その他の体液（排泄物も含む）との接触を避けることで感染予防ができるので、手袋の着用が有効な手段となる。素手で処置を行うのは望ましくない。
- ▶ 処置に使用する器具は消毒・滅菌したものを使用する（使い回ししない）。
- ▶ 消毒薬は開封日や作成日を記載し、長期間使用しない。
- ▶ 万が一に備え、処置の記録を取っておくと後から見直すことが可能となる。

○血液媒介感染症を引き起こす病原体の例

- ▶ B型肝炎ウイルス
 - ▶ C型肝炎ウイルス
 - ▶ ヒト免疫不全ウイルス（HIV）
 - ▶ ヒトT細胞白血病ウイルス（HTLV- 1）
 - ▶ 梅毒スピロヘータ
- 等

4 経口感染（糞口感染）



病原体に汚染された食物などによる感染である。病原体に汚染された物を触った手で調理を行うなどにより感染が拡大する。例えば、ノロウイルスや腸管出血性大腸菌感染症など、便中に排出される病原体が、便器やトイレのドアノブ等に触った手を通して経口感染する。糞口感染も経口感染のひとつである。

調理作業を行う場合には、衛生的に食材を取り扱う、調理器具の洗浄や消毒を徹底する、生肉を取り扱った後の調理器具で他の食材を調理しない、肉類は十分に加熱する等、適切な配慮が必要である。

5 節足動物媒介感染



病原体を保有する昆虫（蚊やダニなど）を介して感染する。草むらなどに入る場合には虫よけを使用したり、長袖・長ズボンを着用したりして肌を守る。また、蚊によっては、植木鉢の水受け皿や小さな水たまりに産卵するものがある（デング熱やジカウイルス感染症を媒介するヒトスジシマカなど）ので、屋外清掃では水たまりを作らないようにし、溝の掃除をして水の流れをよくする。

日本脳炎も蚊が媒介する感染症であるが、日本脳炎ウイルスを媒介するコダカアカイエカは上記のヒトスジシマカと異なり、大きな水たまり（水田や沼、池等）に産卵し、日没以降に活発に活動する性質がある。

2) 清掃、消毒、滅菌等

① 普段の清掃のポイント

床、壁、ドアなどは水拭きでよい。多くの人の手が触れるドアノブ、手すり、ボタン、スイッチなどは、水拭きした後、1日1回の消毒（消毒用エタノール等でよい）が望ましい。ただし、ノロウイルス感染症発生時は0.02%（200ppm）次亜塩素酸ナトリウム消毒液を使用するなど、流行している感染症によっては、その病原体に応じた清掃を行う必要がある。

② 吐物・下痢便の清掃

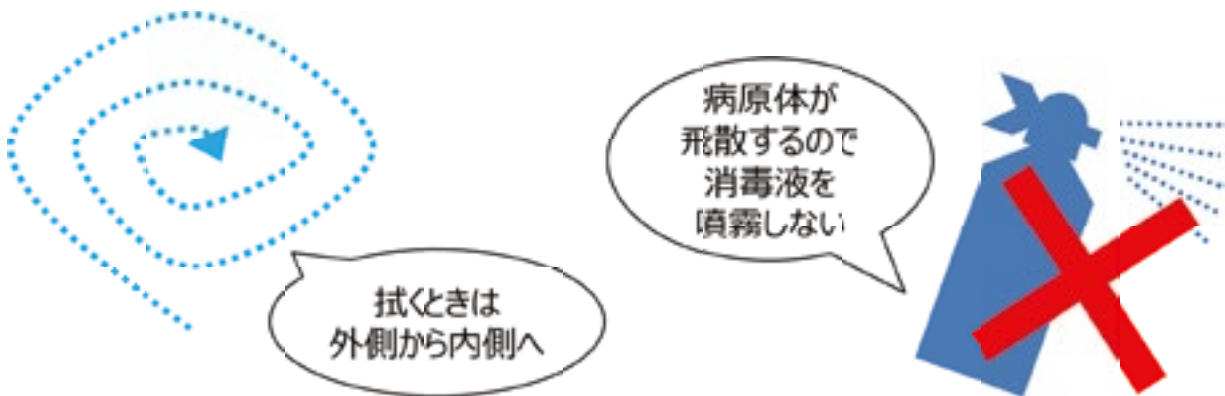
近くにいる人を別室などに移動させ、換気をした上で、吐物・下痢便は、ゴム手袋、マスク、ビニールエプロンをして、できればゴーグル、靴カバーを着用し、ペーパータオルや使い捨ての雑巾で拭きとる。

吐物は広範囲に飛散するため、中心部から半径2mの範囲を外側から内側に向かって、周囲に拡げないようにして静かに拭き取る。拭き取ったものはビニール袋に二重に入れて密封して破棄する。

便や吐物の付着した箇所は、0.1%（1,000ppm）次亜塩素酸ナトリウム消毒液で消毒する。

次亜塩素酸ナトリウムは、木や紙などの有機物に触れると消毒効果が下がるため、ペーパータオルを使ったり木の床を消毒したりする場合には、0.2% (2,000ppm) 以上の濃度の次亜塩素酸ナトリウム消毒液を使用する。消毒液をスプレーで吹きかけると、逆に病原体が舞い上がり、感染の機会を増やしてしまうために、噴霧はしないようにする。

処理後、スタッフは石鹸、流水で必ず手を洗う。



③消毒・滅菌について

(ア) 消毒とは

消毒は、病原微生物の数を減らすために用いられる処置法で、感染症を引き起こさない水準にまで病原微生物を殺し減少させる。皮膚や器具等に対して行われる。

消毒には、煮沸消毒や熱水消毒などの熱や紫外線を用いる物理的消毒法と、消毒薬を用いる化学的消毒法がある。各消毒薬の特性や、病原微生物の消毒抵抗性にも違いがあるため、消毒薬と病原微生物の組み合わせによっては効果が期待できない場合もある。例えば、消毒抵抗性が強いノロウイルスに対しては、アルコール消毒では十分な効果が得られないため、次亜塩素酸ナトリウム消毒薬等を用いる必要がある。また、器具等を消毒薬に浸け置きした後、すすぐ場合、消毒薬が残存しないよう十分にすすぐ。

(イ) 滅菌とは

滅菌は、全ての微生物を殺滅または除去する方法で、器具等に対して行われる。高圧蒸気滅菌（オートクレーブ）、乾熱滅菌、エチレンオキサイドガス滅菌などがある。いずれも滅菌するための温度や時間等の条件を守ることが重要である。芽胞（孢子）を作る病原体は、乾熱滅菌で十分に滅菌できないことがある。

④薬品の解説

(ア) 消毒用エタノール

消毒用エタノールは、約80%に調製されており、環境、器具などのほか、皮膚にも使用できるが、粘膜や傷口には使用できない。また、引火性があるので火気厳禁である。過敏症に留意する。

I (イ) 次亜塩素酸ナトリウム

次亜塩素酸ナトリウムは、強力な消毒薬で、環境、器具などに使用できるが、皮膚には使用できない。腐食性があるため金属には用いない。汚れ（有機物）に接触すると消毒効果が低下するので、汚れを除去してからの消毒が効果的である。ペーパータオルを使って消毒する場合は、有機物であるペーパータオルにより消毒効果が低下するので、濃度を上げる必要がある。光などにより分解しやすいので、希釈液は可能な限りその日のうちに使用する。

なお、0.02%（200ppm）次亜塩素酸ナトリウム消毒剤の目安は、2ℓのペットボトル水1本に、塩素系消毒剤（原液濃度が6%の場合）8ml（ペットボトルのキャップ2杯）程度、0.1%（1,000ppm）次亜塩素酸ナトリウム消毒剤の目安は、2Lのペットボトル水1本に塩素系消毒剤40mlである。塩素系消毒剤については、添付文書を熟読の上、正しく取り扱うことが重要である。

3) 予防接種（ワクチン）

感染症に感受性があるものに対してあらかじめ免疫を与えることが、感染症を未然に防ぐために重要である。特に、ワクチンで予防可能な疾患は接種対象年齢に達したら速やかに接種を受けておくことが大切であり、特に、集団生活に入る前までに必要回数の接種が完了していることが大切である。

就学時の健康診断においては予防接種歴を確認することとなっているが（後述）、就学時のみならず、学校における児童生徒等の健康診断においても保健調査等の機会を通じて幼児、児童、生徒、学生の予防接種歴を確実に把握することが望ましい。例えば、学校で麻しん患者が出た場合に、り患歴や予防接種歴が把握できていると、感染拡大のリスク予測や対応が円滑となり、修学旅行等の学校行事の実施や延期等を検討する材料にもなる。

児童生徒等の健康診断における事後措置（学校保健安全法施行規則第9条）には、必要な予防接種を受けるよう指示することが規定されていることも知っておく。定期接種対象年齢である場合は、対象期間内に受けるように勧奨するとよい。

学校保健安全法に規定されている学校において予防すべき感染症の中で、定期接種の対象である感染症としては、ジフテリア、百日咳、急性灰白髄炎（ポリオ）、麻しん、風しん、結核（BCG）、水痘があり、その他の定期接種対象疾患としては、B型肝炎、破傷風、日本脳炎、インフルエンザ菌b型感染症、肺炎球菌感染症、ヒトパピローマウイルス感染症（※）がある。任意接種対象疾患にはロタウイルス感染症（接種対象年齢は生後6週～24週（あるいは32週）未満）、流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）、インフルエンザ（60-64歳で定められた基礎疾患がある人と65歳以上は定期接種対象）、A型肝炎、髄膜炎菌感染症などがある。定期／任意予防接種スケジュールについては、巻末に示す。

児童生徒等から教職員へ感染が広がることもあるため、場合によっては教職員の予防接種歴・り患歴の把握も重要になる。具体的には、麻しん、風しん、水痘、流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）、B型肝炎、インフルエンザ、百日咳、破傷風などが問題となる。もし必要回数の予防接種を受けておらず、以前り患したこともない教職員がいる場合は、学校医その他の医師に相談することも

考慮される。学校保健安全法施行規則第16条には、教職員の健康診断の事後措置として必要な予防接種を受けるよう指示することが規定されている。

留意事項として、予防接種を受けられない者（接種不適合者）がいることも知っておく。具体的には、アレルギーがある者や、基礎疾患があり医師から接種不可といわれている者などである。麻しん、風しん、水痘、おたふくかぜワクチンについては、妊娠していることが明らかな者は接種不適合者である。これらのワクチンについては、女性はあらかじめ妊娠していない時期に接種し、接種後2か月間は妊娠を避ける必要がある。

※HPVワクチンについては、広範な慢性の疼痛又は運動障害を中心とする多様な症状が接種後に見られたことから、平成25年6月の審議会での議論を踏まえ、この症状の発生頻度等がより明らかになり、国民に適切に情報提供できるまでの間、定期接種の積極的な勧奨が差し控えられており、接種のあり方については、審議会において科学的な検討が進められています。

【参考】 実習等における扱い

医療機関・保育所・学校等で実習がある際、場合によっては予防接種歴の提出を求められることがある。必ずしも全ての者が予防接種を受けられるわけではなく、基礎疾患等によりワクチンを接種できない場合があることや、さらにワクチンを接種しても抗体が得られない場合もあることを鑑みる必要がある。このような場合には、医師に理由書を記載してもらう等の選択肢が考慮される。

I

II

III

IV

V

I

2. 学校における感染症への対応

1) 学校において予防すべき感染症の考え方(第一種、第二種、第三種感染症)

各感染症の出席停止の期間は、感染様式と疾患の特性を考慮して、人から人への感染力を有する程度に病原体が排出されている期間を基準としている。

感染症の拡大を防ぐためには、患者は、

- ・他人に容易に感染させる状態の期間は集団の場を避けるようにすること
- ・健康が回復するまで治療や休養の時間を確保すること

が必要である。

なお、診断は、診察に当たった医師が身体症状及びその他の検査結果等を総合して、医学的知見に基づいて行われるものであり、学校から特定の検査等の実施（例えば、インフルエンザ迅速診断検査やノロウイルス検査）を全てに一律に求める必要はない。治癒の判断（治癒証明書等）も同様である。

また、全員の皆勤をクラス目標に掲げている等の理由で、体調がすぐれず、本来であれば休養をとるべき児童生徒が出席するといったことがないように、適切な指導が求められる。

さらに、児童生徒等及び保護者への当該感染症に対する指導を行い、症状があるのにも関わらず無理に登校させることなどがないように協力を得る。

①第一種の感染症

「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律」（以下、感染症法という。）の
一類感染症と結核を除く二類感染症を規定している。出席停止期間の基準は、「治癒するまで」
である。

②第二種の感染症

空気感染又は飛沫^{まつ}感染するもので、児童生徒等のり患が多く、学校において流行を広げる可能性が高い感染症を規定している。出席停止期間の基準は、感染症ごとに個別に定められている。ただし、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たときは、この限りではない。

③第三種の感染症

学校教育活動を通じ、学校において流行を広げる可能性がある感染症を規定している。出席停止期間の基準は、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るまでである。

なお、学校で通常見られないような重大な流行が起こった場合には、その感染拡大を防ぐために、必要があるときに限り、校長が学校医の意見を聞き、第三種の感染症の「その他の感染症」として緊急的に措置をとることができる。「その他の感染症」として出席停止の指示を
するかどうかは、感染症の種類や各地域、学校における感染症の発生・流行の態様等を考慮の上

で判断する必要がある、あらかじめ特定の疾患を定めてあるものではない。

2) 出席停止と臨時休業

学校保健安全法には、学校における感染症の予防に関する規定があり、その主となるものは、出席停止と臨時休業である。その目的は、感染症の拡大防止にある。

校長は、学校において予防すべき感染症にかかっている、かかっている疑いがある、又はかかるおそれのある児童生徒等に対して、出席を停止することができる。また、学校の設置者は、感染症の予防上必要があるときは、学校の全部又は一部の休業を行うことができる。

校長は、出席停止を指示したときは、その旨を学校の設置者に報告しなければならない。また、学校の設置者は、出席停止が行われた場合や学校の休業を行った場合は、保健所に連絡しなければならない。

なお、学校の設置者は、学校保健安全法に基づき処理すべき事務を校長に委任できるとされており、校長が臨時休業や保健所との連絡を行う場合もある。

学校においては、臨時休業中における児童生徒等に対する生活指導、学習指導及び保健指導を適切に行い、授業を再開する場合には、児童生徒等の欠席状況、感染状況等をよく把握し、健康管理を徹底させることが必要である。

【参考】 出席停止期間の算定の考え方

「〇〇した後△日を経過するまで」とした場合は、「〇〇」という現象が見られた日の翌日を第1日として算定する。

例えば、「解熱した後2日を経過するまで」の場合は、以下のとおり。

月曜日に解熱 → 火曜日（解熱後1日目） → 水曜日（解熱後2日目）
→ （この間発熱がない場合） → 木曜日から出席可能

ただし、第二種の感染症の各出席停止期間は基準であり、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場合についてはこの限りではない。

3) 学校における定期・臨時の児童生徒等の健康診断と感染症

学校保健安全法では、学校においては、毎学年定期的に児童生徒等の健康診断を行わなければならない（学校保健安全法第13条）としており、その中には、結核の有無（学校保健安全法施行規則第6条）など、直接に感染症に関する項目も含まれる。

学校は、健康診断の結果に基づき疾病の予防処置を行い又は治療を指示する等、適切な事後措置をとるとともに、必要があるときは臨時の健康診断を行うとされている。ここでいう「必要があるとき」とは、感染症又は食中毒の発生したとき、風水害等により感染症の発生のおそれのあるとき、結核、寄生虫病その他の疾病の有無について検査を行う必要のあるとき等である（学校

I
保健安全法施行規則第10条)。実際に臨時の健康診断を行うに当たっては、その後の措置も含め、保健所や学校医等からの指導助言を受ける。

II
学校保健安全法施行規則第8条に基づき、進学・転学の際には進学・転学先へ健康診断票を送付することとなっている。送付を受けた側は、記載内容について確認する。定期予防接種の対象となっている疾患についても、り患歴・予防接種歴を確認することが望ましい。

III IV V 4) 就学時の健康診断と感染症

市(特別区を含む。)町村の教育委員会は、就学時の健康診断を行い、就学時健康診断票を作成し、健康診断を受けた者の入学する学校の校長に送付しなければならない。感染症の予防には予防接種の果たす役割が大きいことから、就学時の健康診断票には、予防接種法に規定されている定期の予防接種の接種状況を確認する欄がある。確認すべき定期の予防接種の対象は、インフルエンザ菌b型感染症、肺炎球菌感染症、ポリオ(急性灰白髄炎)、BCG、百日咳、ジフテリア、破傷風、麻しん、風しん、水痘、日本脳炎である(平成30(2018)年3月現在)。2021年以降の就学時の健康診断においてはB型肝炎の予防接種歴についても確認を行う必要がある。

学校は、感染症の発生防止及び集団発生の際の措置を行うに当たって、予防接種歴は重要な情報となることから、入学予定の子供の予防接種歴を把握し、入学後、未接種の場合は接種の勧奨などに活用する。

市町村の教育委員会は、就学時の健康診断の際に、母子健康手帳や市町村が発行する予防接種済証等を確認する等の方法で、予防接種歴を確実に把握し、未接種者に対しては、就学前の接種を勧奨することが望ましい。

5) 海外への渡航や海外からの児童生徒等の受け入れなど

①海外への渡航(修学旅行など海外の行事で渡航する場合)

海外で感染症にかからないようにするため、また日本から海外へ感染症を拡げないようにするために、感染症に対する正しい知識と予防に関する方法を身に付ける必要がある。海外で注意しなければいけない感染症の一覧は、厚生労働省ホームページ(http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/kenkou/travel-kansenshou.html)に掲載されている。

渡航先や渡航先での行動によって異なるが、最も海外で感染する可能性が高いのは食べ物や水を介した消化器系感染症とされている。さらに日本では発生していない、動物や蚊・マダニなどが媒介する感染症が海外では流行していることがあり、注意が必要となる。また世界保健機関(WHO)が排除又は根絶を目指している麻しん、風しん及びポリオは、日本での患者報告はほとんどなくなったが、海外ではまだ感染することがあるので注意する。

これまで受けた予防接種について母子健康手帳などで確認し、国内の感染症を海外に持ち出さない、又は海外の感染症を国内に持ち込まないために、国内で予防接種が推奨される疾患であって、予防対策が不十分なものがあれば、ワクチンの接種が検討される。ワクチンで予防で

きる感染症については、時間的な余裕をもって医師に接種の相談をするなど、適切な感染予防を心がけておくことが大切である。

渡航が決まったら、外務省が提供している海外安全情報配信サービス「たびレジ」に渡航期間・滞在先・連絡先等を登録すると、渡航先の最新の安全情報がメールで届き、緊急時には在外公館からの連絡を受け取ることができる。さらに、厚生労働省のホームページや検疫所のホームページ、外務省の海外安全ホームページで、渡航先の感染症の発生状況に関する最新の情報や注意事項を確認することが大切となる。事前に渡航地の医療機関の選定や受診手順についても十分に検討し、もし渡航地で児童生徒等の健康を害する事案が発生した場合、医療が必要であれば医療機関を受診させ、適切な対応を行う。症状があるにもかかわらず、適切な対応をせず無理に帰国の途につくと、本人の重症化のおそれのみならず、飛行機内や空港などでも感染症が拡大することが懸念される。なお、麻しんについては嚴重監視期間があり、学校で麻しんが発生した場合には、終息宣言が得られてからの渡航とすべきである。

感染症情報/厚生労働省、FORTH/厚生労働省検疫所、外務省海外安全ホームページ、感染症対策/文部科学省、国立感染症研究所ホームページなども参考となる（それぞれのウェブサイトは巻末に掲載している）

②海外からの児童生徒等の受け入れ

- 結核について、高まん延国で6か月以上の居住歴のある児童生徒等は、入学時または転入時の1回、精密検査の対象とする。学校の設置者（教育委員会）は、結核の専門家等に助言を受ける等、地域の実情に応じ、精密検査を受けられる体制を構築しておくことが有効である。また、転入受け入れ時に来日後の検診を確認し、未受診の場合は、受診するよう促すことが望ましい。
- 高まん延国での居住歴がある児童生徒等に対する精密検査にあたって、対象者が差別・偏見の対象になることがないように十分な配慮と、一般の児童生徒等に対して感染症への差別・偏見を持つことがないように適切な教育・指導を行うことが重要である。

6) 学校における感染症への対応に係る体制

①学校の設置者（教育委員会）の役割

- 感染症の発生状況を把握する。
- 感染症の予防上必要があるときは、学校の全部又は一部の休業を行う。
- 感染症の予防において、学校の休業や出席停止が行われた場合は、保健所に連絡する。
- 日頃から、学校医や保健所等との連携体制を構築しておく。
- 地域の流行状況を把握するとともに、学校との情報交換を密に行い、地域レベルで効果的な対応ができるようにする。
- 感染症法に規定される感染症は、同法に基づいて措置等が行われる（P22）。このように学校保健安全法以外にも感染症対策に関する法令があり、それらに基づく対応を求められた場合は適切に対処する。

②学校の役割

- 日常の丁寧な健康観察や保健室利用状況等から感染症の発生や流行の兆しなどの早期発見に努める。
- 疑わしい感染症の症状があるときは、速やかに学校医又は医師の診断を勧めるなど、指導・助言を行い、適切な措置を講ずる。
- 児童生徒がかかりやすい感染症や新興感染症等について、保健だよりなどを活用し、児童生徒及び保護者への啓発を行う。
- 校長は、感染症が発生した場合、必要に応じて出席停止の指示を行う。また、出席停止の指示をした場合は、書面をもって、その旨を学校の設置者に報告する（施行令第7条、施行規則第20条）。
- 学校医、教育委員会、保健所等と連携し、適切な対応ができるようにする。（学校医等の意見を聞き、適切に出席停止、消毒その他の措置をとる。）
- 保健所や専門機関の指導を受けながら、児童生徒等、教職員、必要に応じて保護者等に対して、発生した感染症に関する正しい情報を提供し、無用な不安や患者に対する差別・偏見が生じないように配慮する。

③学校医の役割

- 学校における感染症の予防およびまん延対策として、児童生徒等の出席停止と臨時休業があるが、特に感染症が多発し、そのさらなるまん延を防ぐ重要な措置が臨時休業である。どのような場合に臨時休業を行うべきかは、感染症の種類や発生地域、学校での発生や感染の状況が様々で、一律に決めることが困難である。学校医は、学校の管理者（校長等）により意見を求められた場合は、感染様式と疾患の特性、地域性等を十分に考慮し、地域の保健所や医師会の情報も参考にして回答する必要がある。
- また、学校入学前に済ませておくべき麻疹・風しんなどのワクチンの未接種者の存在は大きな問題である。学校医は、就学時の健康診断において未接種者のチェックも忘れてはならないし、入学後でも予防接種を受けられるような体制を自治体と協議して作っておかなければならない（なお、麻疹・風しんの場合、定期接種対象期間は就学前1年間（4/1～3/31）であるため、それ以降に受ける場合は任意接種となることに注意が必要である）。併せて児童生徒等に対する健康教育の一環として感染症予防に関する知識を教えることも必要である。

④保健所の役割

- 感染症法に基づき、医師から感染症発生の届出を受けると、保健所は集団感染が疑われる場合等に、必要に応じて積極的疫学調査を行い、感染源、感染経路の特定や感染を受けた可能性がある接触者の把握を行い、感染症のまん延防止対策を実施する。なお、麻疹・風しんに関しては、特定感染症予防指針に基づき、1人でも発生した場合は、すぐに積極的疫学調査を行い、感染源、感染経路の特定や感染を受けた可能性がある接触者の把握を行い、感染症のまん延防止対策を実施する必要がある。

- 学校で麻疹や風疹、結核の患者が発生した場合などは集団感染に発展する危険性が高いため、学校の設置者（教育委員会）や学校は保健所と連携し、感染症法に基づいて保健所が行う積極的疫学調査やまん延防止対策に協力する。
- また、保健所は、地域の医療機関の協力を得て感染症発生動向調査を実施しており、感染症流行状況をホームページ等で情報提供している。

【参考】

学校と保健所の連携事例（麻疹患者（大学生）から感染した兄弟が発病したが、学校と保健所の連携で感染拡大を防ぐことができた事例）

県外在住の大学生（長男、21歳）が、XX年6月14日に実家に帰省した。2日前から熱っぽく、倦怠感があり、その症状が続いていた。実家には、母と長女（高2）、次男（中1）、次女（小1）が暮らしており、母だけは麻疹り患歴があったが、長男を含め4人の兄弟には麻疹り患歴も予防接種歴もなかった。

長男は、6月15日午前3時に高熱のため近医を受診した。6月16日には発疹出現し、早朝に近医を再受診し、6月17日に地域中核病院の個室に入院、6月18日、病院から保健所に麻疹発生届があった。保健所は同日、行政検査（麻疹PCR検査）、患者の行動調査、接触者の把握、家族への指導を実施するとともに、地域医師会担当理事、教育委員会に連絡した。6月19日にPCR検査で陽性が確定し、保健所は大学、高等学校に情報提供し学生等の接種歴等調査を依頼した。6月20日に保健所は、地域医師会、病院、市教育委員会、市担当、小学校・中学校・高等学校の校長・養護教諭の参加を得て、麻疹対策会議を開催した。今後の対応を協議した結果、3人の兄弟を6月21日から出席停止とすること、各学校の予防接種未接種者の接種勧奨をすることを決めた。6月23日には次男（中1）が、6月24日には長女（高2）が、6月25日には次女（小1）が、それぞれ自宅で麻疹を発症したが、それ以上の感染拡大はなかった。

（麻疹については32ページ参照）

【参考】

感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（感染症法） （平成十年法律第百十四号）における主な感染症（一類～五類感染症）

（平成30年3月現在）

感染症 類 型	感染症の疾病名等	実施できる 措置等
一類	法 エボラ出血熱、クリミア・コンゴ出血熱、痘そう、南米出血熱、ペスト、マールブルグ病、ラッサ熱	<ul style="list-style-type: none"> ・対人：入院（都道府県知事が必要と認めるとき）等 ・対物：消毒等の措置 ・交通制限等の措置が可能
二類	法 急性灰白髄炎、結核、ジフテリア、重症急性呼吸器症候群（病原体がベータコロナウイルス属SARSコロナウイルスであるものに限る。）、中東呼吸器症候群（病原体がベータコロナウイルス属MERS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ウイルスであってその血清亜型が新型インフルエンザ等感染症の病原体に変異するおそれが高いものの血清亜型として政令で定めるものであるものに限る。法第五項第七号において「特定鳥インフルエンザ」という。）	<ul style="list-style-type: none"> ・対人：入院（都道府県知事が必要と認めるとき）等 ・対物：消毒等の措置
三類	法 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	<ul style="list-style-type: none"> ・対人：就業制限（都道府県知事が必要と認めるとき）等 ・対物：消毒等の措置
四類	<p>法 E型肝炎、A型肝炎、黄熱、Q熱、狂犬病、炭疽、鳥インフルエンザ（特定鳥インフルエンザを除く。）、ボツリヌス症、マラリア、野兔病</p> <p>政令 ウエストナイル熱、エキノコックス症、オウム病、オムスク出血熱、回帰熱、キャサヌル森林病、コクシジオイデス症、サル痘、ジカウイルス感染症、重症熱性血小板減少症候群（病原体がフレボウイルス属SFTSウイルスであるものに限る。）、腎症候性出血熱、西部ウマ脳炎、ダニ媒介脳炎、チングニア熱、つつが虫病、デング熱、東部ウマ脳炎、ニパウイルス感染症、日本紅斑熱、日本脳炎、ハンタウイルス肺症候群、Bウイルス病、鼻疽、ブルセラ症、ベネズエラウマ脳炎、ヘンドラウイルス感染症、発しんチフス、ライム病、リッサウイルス感染症、リフトバレー熱、類鼻疽、レジオネラ症、レプトスピラ症、ロッキー山紅斑熱</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・動物への措置を含む消毒等の措置

感染症 類 型	感染症の疾病名等	実施できる 措置等
五類	<p>法 インフルエンザ（鳥インフルエンザ及び新型インフルエンザ等感染症を除く。）、ウイルス性肝炎（E型肝炎及びA型肝炎を除く。）、クリプトスポリジウム症、後天性免疫不全症候群、性器クラミジア感染症、梅毒、麻しん、メチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症</p> <p>省令 アメーバ赤痢、RSウイルス感染症、咽頭結膜熱、A群溶血性レンサ球菌咽頭炎、カルバペネム耐性腸内細菌科細菌感染症、感染性胃腸炎、急性出血性結膜炎、急性脳炎（ウエストナイル脳炎、西部ウマ脳炎、ダニ媒介脳炎、東部ウマ脳炎、日本脳炎、ベネズエラウマ脳炎及びリフトバレー熱を除く。）、クラミジア肺炎（オウム病を除く。）、クロイツフェルト・ヤコブ病、劇症型溶血性レンサ球菌感染症、細菌性髄膜炎（侵襲性インフルエンザ菌感染症、侵襲性髄膜炎菌感染症、侵襲性肺炎球菌感染症に該当するものを除く。）、ジアルジア症、侵襲性インフルエンザ菌感染症、侵襲性髄膜炎菌感染症、侵襲性肺炎球菌感染症、水痘、性器ヘルペスウイルス感染症、尖圭コンジローマ、先天性風しん症候群、手足口病、伝染性紅斑、突発性発しん、播種性クリプトコックス症、破傷風、バンコマイシン耐性黄色ブドウ球菌感染症、バンコマイシン耐性腸球菌感染症、百日咳、風しん、ペニシリン耐性肺炎球菌感染症、ヘルパンギーナ、マイコプラズマ肺炎、無菌性髄膜炎、薬剤耐性アシネトバクター感染症、薬剤耐性緑膿菌感染症、流行性角結膜炎、流行性耳下腺炎、淋菌感染症</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・国民や医療関係者への情報提供

- I
- II
- III
- IV
- V

Ⅲ

感染症各論

(注1) ここにあるワクチン等の状況については、平成30(2018)年3月現在のものである。

(注2) 各疾患のアイコンは感染経路を示す。(詳細は感染経路のページを参照)

(注3) 潜伏期間の項目における()内の期間は、潜伏の可能性のある期間である。

1. 第一種の感染症

感染症法の一類感染症と結核を除く二類感染症を規定している。出席停止期間の基準は、「治療するまで」である。なお、痘そう(天然痘)は地球上から根絶された。

1) エボラ出血熱



感染症法により一類感染症に分類されている重症ウイルス性出血熱で、発病すると半数以上が死亡すると報告されている極めて重症の疾患である。中央アフリカ、西アフリカなどでまれに発生する。2014年8月に西アフリカ諸国で大規模な集団発生があり、WHOは本事例をPublic Health Emergency of International Concern (PHEIC: 国際的に懸念される公衆の保健上の緊急事態)としたが、その後の対策により、2016年3月にPHEICは解除された。

病原体	エボラウイルス
潜伏期間	2-21日
感染経路	接触感染。ウイルスを保有している宿主(野生動物)はオオコウモリと推定されている。患者の血液、体液などの接触により感染。
症状・予後	発熱、全身倦怠感、頭痛、筋肉痛、関節痛などで急に発病。腹痛、嘔吐、下痢、結膜炎が続く。2-3日で状態は急速に悪化し、粘膜出血と発しんが出現。6-9日で激しい出血とショック症状を呈し死に至ることがある。発病した場合の致死率は50-80%。

2) クリミア・コンゴ出血熱



感染症法により一類感染症に分類されている重症ウイルス性出血熱で、アフリカ、中近東、ヨーロッパ、中国西部、東南アジア、中央アジア地域などでの発生がある。

病原体	クリミア・コンゴ出血熱ウイルス
潜伏期間	2-10日
感染経路	接触感染。自然界での宿主は家畜類、野生哺乳類。解体等での接触、媒介動物であるマダニにかまれること、患者の血液、体液などの接触により感染。

症状・予後

症状はエボラ出血熱に類似し、発熱、関節痛、発疹、紫斑（出血）、意識障害などがみられる。重度の肝障害が特徴。発症した場合の致死率は15－40%と報告されている。

3) 痘そう



感染症法により一類感染症に分類されているウイルス感染症である。1980年にWHO（世界保健機関）が世界根絶宣言を行っており、現在、天然痘ウイルスは自然界には存在しない。

病原体	天然痘ウイルス
潜伏期間	7－17日
感染経路	主に飛沫感染によりヒトからヒトへ感染する。
症状・予後	急激な発熱、頭痛などで始まり、一時解熱傾向となった後、発しんがでる。かさぶたが出来て剥がれ落ちるが、かさぶたの中にもウイルスが生存する。致死率は50%にも及ぶ。

4) 南米出血熱



感染症法により一類感染症に分類されている重症ウイルス性出血熱で、アルゼンチン出血熱、ボリビア出血熱、ベネズエラ出血熱、ブラジル出血熱の総称である。

病原体	アルゼンチン出血熱（フニンウイルス）、ボリビア出血熱（マチュポウイルス）、ベネズエラ出血熱（ガナリトウイルス）、ブラジル出血熱（サビアウイルス）：それぞれアレナウイルスに属するウイルス
潜伏期間	7－14日
感染経路	接触感染。流行地に生息するげっ歯類の唾液又は排出物に接触することで感染する。
症状・予後	発熱、筋肉痛、頭痛、眼窩後痛、出血傾向、錯乱、舌や手の振戦、せん妄、昏睡、けいれんなどが認められる。歯肉縁の出血が特徴的。致死率は30%にも及ぶ。

I
II
III
IV
V
5) ペスト



感染症法により一類感染症に分類されている急性細菌感染症。日本では1930年以降ペスト患者の発生はない。アジア、アフリカ、南米、北米などでは、少数ながら患者の発生がある。2017年にマダガスカルで肺ペストの大規模な流行が発生した。

病原体	ペスト菌
潜伏期間	2-7日、ただし種によって異なる
感染経路	宿主はネズミ、イヌ、ネコなどでノミが媒介。肺ペストは飛沫感染。
症状・予後	腺ペスト（リンパ節への感染）の症状は、発熱とリンパ節の腫脹、疼痛。肺ペストの症状は、発熱、咳、血痰、呼吸困難。治療が遅れた場合の致死率は50%以上である。

6) マールブルグ病



感染症法により一類感染症に分類されている重症ウイルス性出血熱で、アフリカ中東部・南アフリカなどでまれに発生する。

病原体	マールブルグウイルス
潜伏期間	3-10日
感染経路	接触感染。オオコウモリが宿主と考えられている。感染したヒトや動物の血液、体液などの接触により感染。
症状・予後	症状はエボラ出血熱に類似しているが、診断上、皮疹が重要。発症後5-7日で体幹、臀部、うでの外側等に境界明瞭な留針大の暗赤色丘疹が毛根周囲に現れる。発病した場合の致死率はウイルス株によって異なり24-88%。

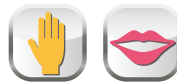
7) ラッサ熱



感染症法により一類感染症に分類されている重症ウイルス性出血熱で、中央アフリカ、西アフリカ一帯での感染者は年間20万人くらいと推定されている。

病原体	ラッサウイルス
潜伏期間	5-21日
感染経路	接触感染。宿主はネズミで、感染動物の糞、尿等の濃厚接触により人に感染。また患者の血液、体液などの接触により感染。
症状・予後	症状はエボラ出血熱に類似しているが、後遺症として難聴を残すことがある。入院患者の致死率は15-20%。

8) 急性灰白髄炎（ポリオ）



感染症法により二類感染症に分類されているウイルス感染症。1960年代に国内で大流行があり、予防接種（生ワクチン）が緊急導入された。その後患者数は激減し、昭和55（1980）年を最後に国内での患者の発生はない。しかし、アフガニスタン、パキスタンでは流行が持続しており、一旦ポリオが根絶された中国やタジキスタンなどでも海外から侵入した野生株ポリオウイルスの流行が2010年、2011年に発生した。

病原体	ポリオウイルス
潜伏期間	7－21日、ただし非まひ性脊髄炎の場合は3－6日間
感染経路	接触感染、便や唾液などを介した経口（糞口）感染。
症状・予後	軽症の場合は、かぜ様症状又は胃腸症状だが、0.1－2%に急性の弛緩性まひが現れ、死に至ることもあるほか、後遺症としての四肢のまひを残すこともある。
ワクチン	乳幼児期に定期予防接種。平成24（2012）年9月から、それまでの生ワクチンに代わって不活化ワクチンが使用されるようになった。
登校（園）基準	急性期の症状が治癒又は固定するまで出席停止。まひが残る慢性期については出席停止の必要はない。

9) ジフテリア



感染症法により二類感染症に分類されている細菌性呼吸器感染症で、日本国内では、平成11（1999）年の報告を最後に発生していない。流行的発生がみられる国もある。

病原体	ジフテリア菌
潜伏期間	主に2－7日（長期の場合もある）
感染経路	飛沫感染
症状・予後	発熱、咽頭痛、頭痛、倦怠感、嚔下痛などの症状で始まり、鼻づまり、鼻出血、扁桃・咽頭の偽膜形成、声嘎れから呼吸困難、頸部リンパ節腫脹、心筋炎、呼吸筋まひなどに至る。
ワクチン	乳幼児期および学童期に定期予防接種。生後3－90か月未満に沈降精製百日咳ジフテリア破傷風混合（DPT）ワクチン、あるいはDPT-IPV（不活化ポリオワクチン）4種混合ワクチンを4回接種。標準的には、生後3－12か月に3回接種し、1年から1年半後に1回追加接種。さらに、11歳以上13歳未満で沈降ジフテリア破傷風混合（DT）トキソイドの追加接種を1回行う。

I
II
III
IV
V

10) 重症急性呼吸器症候群



(病原体がベータコロナウイルス属 SARS コロナウイルスであるものに限る)

2002年11月に中国広東省で発生し、2003年7月まで世界で流行。報告症例数は、中国を中心に8,096人で、うち774人が死亡（致死率9.6%）。（2012年時点）

病原体	SARSコロナウイルス
潜伏期間	主に2－7日（10日程度になる場合もある）
感染経路	飛沫 ^{まつ} 感染、接触感染が主体。排出物からの経口 ^{ぐん} （糞口）感染の報告もある。重症者における空気感染の可能性については議論の余地がある。現在のところ原因ウイルスは世界中で消失しており、疾患の発生はない。
症状・予後	突然のインフルエンザ様の症状で発症。発熱 ^{せき} 、咳、息切れ、呼吸困難、下痢がみられる。肺炎や急性呼吸窮迫症候群（ARDS：Acute respiratory distress syndrome）へ進展し、死亡する場合もある。

11) 中東呼吸器症候群



(病原体がベータコロナウイルス属 MERS コロナウイルスであるものに限る。)

感染症法により二類感染症に分類されているウイルス性呼吸器感染症で、中東諸国を中心として発生がみられている。

病原体	MERSコロナウイルス
潜伏期間	主に2－14日
感染経路	ヒトコブラクダとの濃厚接触が感染リスクであると考えられている。ヒト－ヒト感染も報告されている。
症状・予後	無症状例から急性呼吸窮迫症候群を示す重症例まである。典型的には発熱、咳から始まり、急速に肺炎を発症する。

12) 特定鳥インフルエンザ



(感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（平成十年法律第百十四号）第六条第三項第六号に規定する特定鳥インフルエンザをいう。)

特定鳥インフルエンザの病原体の亜型は、平成29（2017）年時点でH5N1及びH7N9とされている。トリからヒトへの感染による急性気道感染症である。

病 原 体	鳥インフルエンザA(H5N1)ウイルス又は鳥インフルエンザA(H7N9)ウイルス
潜 伏 期 間	主に2－8日
感 染 経 路	トリからヒトへの感染。
症 状 ・ 予 後	高熱と急性呼吸器症状を特徴とする。

【参考】 新型インフルエンザ

新型インフルエンザとは、季節性インフルエンザと抗原性が大きく異なるインフルエンザウイルスによる感染症であって、多くの人々が免疫を保有していないことから、全国的かつ急速なまん延により、国民の生命及び健康に重大な影響を与えるおそれがあると認められるものをいう。

インフルエンザウイルスの元々の宿主はカモやアヒルなどの水鳥だが、インフルエンザウイルスの中でも、特にA型ウイルスには多くの種類があり、他の鳥類や哺乳類の間で感染伝播する間に変化し、その一部がヒトの間で流行するインフルエンザとなることがある。

2009年に新型インフルエンザとして発生したインフルエンザA(H1N1) 2009については、ブタの体内で、ブタ、トリ、ヒト、それぞれの種の中で流行していたインフルエンザウイルスが混ざり合い、全く新しいブタインフルエンザウイルスが北米で発生し、その後、ヒトの間で伝播拡大するようになったものである。

新型インフルエンザも、対策の根幹は通常の季節性インフルエンザの対策の延長にある。すなわち、インフルエンザ対策としての飛沫感染対策、接触感染対策を日常からきちんと行うことであり、また、新型インフルエンザ用のワクチンが接種可能となった場合には速やかに接種を行うことが基本となる。平常時から季節性インフルエンザの対策に努めることが、実際に新型インフルエンザあるいはその他の感染症が発生した場合に、子供たちや教職員、及びその家族等の健康を守ることに繋がっていく。

治癒証明書の扱いについては、平成21（2009）年10月19日に事務連絡を発出しており、児童生徒等の出席停止を行った場合などでも再出席に先立って治癒証明書を取得させる意義はないと考えられることについて周知している。

2. 第二種の感染症

空気感染又は飛沫^{まつ}感染するもので、児童生徒等のり患が多く、学校において流行を広げる可能性が高い感染症を規定している。出席停止期間の基準は、感染症ごとに個別に定められている。ただし、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たときは、この限りではない。

1) インフルエンザ



(特定鳥インフルエンザ及び新型インフルエンザ等感染症を除く。)

急激に発症し、流行は爆発的で短期間に広がる感染症である。規模はいろいろだが、毎年流行している。しばしば変異（型変わり）を繰り返してきた歴史があり、今後とも注意を要する。合併症として、肺炎、脳症、中耳炎、心筋炎、筋炎などがある。特に幼児、高齢者などが重症になりやすい。

毎年12月頃から翌年3月頃にかけて流行する。A型もB型も大規模な全国流行を起こすことがある。流行の期間は比較的短く、一つの地域内では発生から3週間以内にピークに達し、ピーク後3-4週間で終息することが多い。

病原体	インフルエンザウイルスA (H3N2) (A香港型)、B型のほか、2009年に世界的流行（バンデミック）を起こしたA (H1N1) pdm09。
潜伏期間	平均2日（1-4日）
感染経路・感染期間	飛沫 ^{まつ} 感染。接触感染もある。感染期間は発熱1日前から3日目をピークとし7日目頃まで。しかし低年齢患児では長引くという報告がある。
症状・予後	悪寒、頭痛、高熱（39-40℃）で発症。頭痛とともに咳、鼻汁で始まる場合もある。全身症状は、倦怠感、頭痛、腰痛、筋肉痛など。呼吸器症状は咽頭痛、咳、鼻汁、鼻づまりなど。消化器症状が出現することもあり、嘔吐、下痢、腹痛がみられる。脳症を併発した場合は、けいれんや意識障害を来し、死に至ることや、後遺症を残すこともある。また、異常行動や異常言動が見られることもある。
診断	鼻咽頭ぬぐい液を用いた抗原の迅速診断キットがあり、発症翌日が最も検出率に優れているが、それでも偽陰性（インフルエンザであっても検査上は陰性になること）を示すこともある。
治療	抗インフルエンザウイルス薬（オセルタミビル、ザナミビル、ラニナミビル、ペラミビル等）を発症48時間以内に投与すると解熱までの期間短縮が期待できる。アスピリンやジクロフェナクナトリウム、メフェナム酸などの解熱剤の使用は、脳症の重症化に関係する可能性があり、解熱剤を使用するのであればアセトアミノフェンを選択する。

予 防 法・ ワ ク チ ン	一般的な飛沫感染対策（マスク、手洗い等）に加えて、インフルエンザワクチンの接種が有効。小児では任意接種であり生後6か月から接種可能。小児においても統計学的に有意な予防効果が認められる。特に、インフルエンザり患時にハイリスクとなる基礎疾患を持つ人への接種が勧められている。また、流行時には臨時休業も流行の拡大予防あるいは低下に有効。
感 染 拡 大 予 防 法	流行期に発熱と呼吸器症状が生じた場合は欠席し、安静と栄養をとるとともに、症状に応じて受診を促す。り患者は飛沫を介して感染を拡大しないように、外出を控え、必要に応じてマスクをする。
登 校（園） 基 準	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日を経過するまで出席停止とする（幼児にあつては、発症した後5日を経過し、かつ解熱した後3日を経過するまで）。抗ウイルス薬によって早期に解熱した場合も感染力は残るため、発症した後5日を経過するまでは出席停止である。

2) 百日咳



コンコンと連続して咳き込んだ後、ヒューという笛を吹くような音を立てて急いで息を吸うような、特有な咳発作が特徴で、本症状は長期にわたって続く。生後3か月未満の乳児では呼吸ができなくなる発作（無呼吸発作）、脳症などの合併症も起こりやすく、命に関わることがある。1年を通じて存在する病気であるが春から夏にかけて多い。乳幼児期が多いが、思春期、成人の発症も増えている。

病 原 体	百日咳菌
潜 伏 期 間	主に7-10日（5-21日）
感 染 経 路・ 感 染 期 間	飛沫感染、接触感染。感染期間は咳が出現してから4週目頃まで。ただし適切な抗菌薬療法開始後5日程度で感染力は著しく弱くなる。
症 状・予 後	病初期から、連続して止まらない咳が特徴で、発熱することは少ない。夜間に咳がひどくなる。年齢が低いほど症状は重く、前述の特徴的な咳が始め、咳のために眠れなかったり、顔がむくんだりする。児によって、回復するのに2-3週間から数か月もかかることがある。幼児期後半以降のり患では症状は軽くなり、小学生以上になると、咳の症状がなかなかとれない風邪と思われることも少なくない。
診 断	臨床症状によりなされることが多かったが、平成28（2016）年秋以降、確定のためにされる菌遺伝子検索（LAMP法など）が健康保険適用となり、IgM/IgA抗体検査も実施可能となった。細菌培養は成人では検出が困難である。平成30（2018）年1月から百日咳が全数把握疾患となり、小児のみならず成人についても全数届出対象となった。
治 療	抗菌薬

予 防 法・ ワ ク チ ン	乳幼児期に定期予防接種。生後3－90か月未満に沈降精製百日咳ジフテリア破傷風混合 (DPT) ワクチン、あるいはDPT-IPV (不活化ポリオワクチン) 4種混合ワクチンを4回接種。標準的には、生後3－12か月に3回接種し、1年から1年半後に1回追加接種。
登 校 (園) 基 準	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出席停止とする。

3) 麻疹



発熱、咳や鼻水などの呼吸器症状と眼球結膜の充血、目やに、特有な発しんの出る感染力の強い疾患である。肺炎、中耳炎、喉頭炎（クループ）、脳炎などを合併することがある。ごくまれにり患から数年後に発症する亜急性硬化性全脳炎（SSPE：subacute sclerosing panencephalitis）といわれる致死的な脳炎の原因になることがある。免疫がなければ、年長児や成人でもり患の危険性がある。WHOは世界からの麻疹排除を目指しており、日本は平成27（2015）年3月に麻疹排除が認定された。その後は海外からの輸入例を発端に、地域的な集団発生が時折みられている。

病 原 体	麻疹ウイルス
潜 伏 期 間	主に8－12日（7－18日）
感 染 経 路・ 感 染 期 間	空気感染、飛沫感染、接触感染。 感染期間は発熱出現前日から解熱後3日を経過するまで。感染力が最も強いのは、発しん出現前の数日間（咳や鼻水、眼球結膜の充血等が見られるカタル期）。
症 状・予 後	典型例では、臨床的に、カタル期、発しん期、回復期に分けられる。カタル期には眼が充血し、涙やめやにが多くなる、咳、鼻水などの症状と発熱がみられ、口内の頬粘膜にコプリック斑という特徴的な白い斑点（粘膜疹）が見られるのが診断のポイントである。熱が一旦下がりかけ、再び高熱が出てきたときに赤い発しんが生じて発しん期になる。発しんは耳の後ろから顔面にかけて出始め、身体全体に広がる。赤い発しんが消えた後に褐色の色素沈着が残るのが特徴である。発熱は発しん出現後3－4日持続し、通常7－9日の経過で回復するが、重症な経過をとることもあり、急性脳炎は発症1,000人に1－2人の頻度で生じ、脳炎や肺炎を合併すると生命の危険や後遺症のおそれもある。また近年では、非典型的で軽症の経過を示す修飾麻疹症例が多い。

診 断	<p>麻しんと臨床診断した医師は直ちに管轄の保健所に届出を行うこととなっており、保健所を通して、地方衛生研究所などで血液、咽頭ぬぐい液、尿から麻しんウイルスあるいは麻しんウイルス遺伝子の検出（PCR法）を全例に実施する。麻しん特異的IgM抗体検査は発しん出現後4日目以降でないとい陽性にならないことが多い。急性期と回復期のペアで麻しんウイルスに対するIgG抗体価の有意な上昇により診断する場合もある。なお、修飾麻しんの場合は、急性期から麻しんウイルス特異的IgG抗体価は著明高値となり、麻しんウイルス特異的IgM抗体は陰性のことが多い。典型的な麻しんに比べて検出される麻しんウイルスの量は少なく、検出期間も短い。</p>
治 療	<p>一般的には有効な治療薬はなく、対症療法が行われる。</p>
予 防 法・ ワ ク チ ン	<p>原則、麻しん風しん混合（MR）生ワクチンを用いて、1歳時に第1期の定期接種、小学校入学前1年間（6歳になる年度：年長組）に第2期の定期接種（平成18（2006）年度から2回接種）。初回接種後7～10日頃に約20%で発熱、約10%で発疹がみられることがある。麻しん含有ワクチンの副反応としての急性脳炎の発症は自然感染より低く、100万回接種に1人以下とされる。</p> <p>空気感染するため、学校などの集団の場合では、1名が発症した場合、速やかに発症者周辺の児童生徒、教職員等の予防接種歴・り患歴を確認し、迅速に感染拡大防止策をとる。未接種あるいは1回接種、接種歴不明の場合、患者との接触後、72時間以内であればワクチンにて発症の阻止、あるいは症状の軽減が期待できる。72時間以上過ぎていた場合であっても、感染を免れている可能性が否定できない場合は、緊急ワクチン接種を考慮する。ワクチン接種不相当者の場合は、6日以内であれば免疫グロブリン製剤の投与にて症状の軽減が期待できるが、血液製剤であることに考慮する必要がある。</p>
登 校（園） 基 準	<p>解熱した後3日を経過するまでは出席停止とする。</p>

I

II

III

IV

V

【参考】 学校における麻しん対策

○学校における麻しん対策ガイドライン第二版

平成19（2007）年に、麻しんの全国流行が発生し、多数の大学や高等学校が麻しんによる休校となった。これを受けて、「麻しんに関する特定感染症予防指針」が告示され、これに基づき、平成20（2008）年3月に国立感染症研究所感染症情報センターは「学校における麻しん対策ガイドライン」（監修：文部科学省・厚生労働省）を作成した。

その後の国を挙げた麻しん対策の成果により、日本は世界保健機関（WHO）西太平洋地域事務局により麻しん排除の認定を受けた（平成27（2015）年3月27日）。

作成から10年が経過し、学校における麻しん対策のあり方も改訂が必要と考えられたことから、平成30（2018）年2月に、「学校における麻しん対策ガイドライン第二版」（作成：国立感染症研究所感染症疫学センター、監修：文部科学省・厚生労働省）が作成され、国立感染症研究所のウェブサイトに公表されているので参照されたい。

○麻しん排除認定後の麻しん発生動向

平成19（2007）年に引き続き、平成20（2008）年にも予防接種未接種、1回接種あるいは接種歴不明の10～20代を中心とした大規模な全国流行が発生したが、その後は激減し、平成27（2015）年3月に麻しん排除認定後の近年では海外からの輸入例を発端とした集団発生が時折発生している。平成28（2016）年には国際空港内の事業所、保育所、医療機関等での集団発生、平成29（2017）年には自動車教習所や企業での集団発生、入学式に出席した保護者から教職員に感染が拡大した事例が発生したが、定期予防接種率が高い児童での発症者はいなかった。

海外には、麻しんが流行している国がまだ多数存在するため、渡航前にり患歴・予防接種歴を確認し、必要回数である2回の予防接種を受けた記録がない場合は、渡航前に麻しん風しん混合（MR）ワクチンの接種を受けておくことが大切である。

○麻しんが発生したら（詳細は上記ガイドライン参照）

麻しんは空気感染する感染症であり、脳炎や肺炎等を合併すると生命の危険や後遺症を残すおそれがある。手洗いやマスクでは空気感染は予防できないので、1名でも患者が発生したらすぐに対応について検討する必要がある。

児童生徒、教職員等が麻しんであったと連絡を受けた場合は、まず学校内で情報共有し、学校は速やかに学校の設置者（教育委員会）や学校医等に、学校の設置者（教育委員会）は保健所に連絡する。感染拡大防止策を策定・決定し実施する（情報収集、情報提供、出席停止、臨時休業、学校行事の延期等）。予防接種歴・り患歴を把握した上で、未接種・未り患の者に対しては緊急のワクチン接種も考慮されるため、迅速に予防接種歴・り患歴が把握できるような体制の構築が望まれる。

4) 流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）



耳下腺などの唾液腺が急に腫れてくることを特徴とする疾患である。合併症としては無菌性髄膜炎が多く、また不可逆的な難聴の原因としても注意すべき疾患である。思春期以降のり患では精巣炎、卵巣炎などの合併がある。春から夏にかけて発生が多い。幼児から学童に好発し、保育所、幼稚園、小学校での流行が多い。

病原体	ムンプスウイルス
潜伏期間	主に16-18日（12-25日）
感染経路・感染期間	飛沫感染、接触感染。 耳下腺などの唾液腺が腫脹する1-2日前から腫脹5日後までが最もウイルス排出量が多く、他への感染の可能性が高い。
症状・予後	全身の感染症だが耳下腺の腫脹が主症状で、顎下腺や舌下腺なども腫れる。腫れは2-3日でピークに達し、3-7日間、長くても10日間で消える。痛みを伴い、酸っぱいものを飲食すると強くなる。また、約100人に1人が無菌性髄膜炎を、500-1,000人に1人が不可逆性の難聴（片側性が多いが、時に両側性）を、3,000-5,000人に1人が急性脳炎を併発する。急性膵炎を合併することもある。思春期以降では、精巣炎の合併が多い。
診断	臨床症状により診断されるが、確定のためには血液の抗体検査、ウイルス遺伝子診断、ウイルスの分離など。
治療	有効な治療薬はなく、対症療法が行われる。
予防法・ワクチン	ワクチンによる予防が可能。ワクチンによる無菌性髄膜炎は従来、2,000-3,000人に1人と言われていたが、近年その報告頻度は低く1-2万人に1人程度になっている。急性脳炎の発症率は約25万人に1人と、自然感染時に比べ低い。 飛沫感染、接触感染として一般の予防法を励行するが、不顕性感染があり、発症者の隔離だけでは流行を阻止することはできない。
登校（園）基準	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出席停止とする。

【参考】 流行性耳下腺炎と難聴

流行性耳下腺炎で注意すべき合併症の一つに難聴がある。年齢が幼い子供では難聴があることを自覚しにくく、また聞こえにくさを訴えることもないため保護者も気付かずに過ごし、就学時の健康診断で初めて気づかれる事例がある。頻度は決して稀ではない。有効な治療はほとんどなく、気付いた時には症状が固定していることが多い。多くは片側の難聴であるが、両側性のこともあり、補聴器や人工内耳等の聴覚補償が必要となることがある。予防接種の重要性が改めて指摘されている。

（参考）日本耳鼻咽喉科学会全国大規模調査 http://www.jibika.or.jp/members/jynews/info_mumps.pdf

5) 風しん



淡紅色の発しん、発熱、耳後部～頸部のリンパ節の腫脹と圧痛を訴える疾患である。脳炎、血小板減少性紫斑病、関節炎などの合併症がみられることがあり、妊娠20週頃まで(特に妊娠早期)の妊婦が風しんウイルスに感染すると胎児にも感染し、出生児の眼、耳、心臓に先天異常を認める先天性風しん症候群を発症する可能性がある。春から夏にかけての流行が多いが、秋から冬にかけてみられることもある。平成24(2012)～平成25(2013)年にかけて風しんの全国流行が発生し、ワクチン未接種の成人男性を中心として1万6千人以上が発症した。流行期間中に妊婦の感染も報告されており、その結果として先天性風しん症候群の発生が45人報告された。

病原 体	風しんウイルス
潜 伏 期 間	主に16～18日(14～23日)
感 染 経 路・ 感 染 期 間	飛沫感染、接触感染。 ウイルスの排出は、発しん出現7日前から出現後7日目頃まで認められるが、臨床症状が軽快した後ウイルス排出量は著減する。
症 状・予 後	発熱と同時に発しんに気付く疾患。発熱は麻しんほど顕著ではないが、淡紅色の発しんが全身に出現する。3～5日で消えて治ることが多い。発しんが消えた後は麻しんのような色素沈着は残さない。リンパ節の腫れは頸部、耳の後ろの部分にみられ、圧痛を伴う。発熱は一般に軽度で、気付かないこともある。3,000人に1人の頻度で血小板減少性紫斑病を、6,000人に1人の頻度で急性脳炎を合併する。妊娠20週頃まで(特に、妊娠早期)の妊婦の感染により、胎児にも感染し、出生児が脳、耳、眼、心臓の異常や精神運動発達遅滞を有する先天性風しん症候群を発症することがある。
診 断	平成30(2018)年1月から風しんと臨床診断した場合、直ちに管轄の保健所に届け出るとともに、全例の検査診断(血液、咽頭ぬぐい液、尿から風しんウイルス、風しんウイルス遺伝子の検出(PCR法))を実施することになった。血液でのIgM抗体検査は発しん出現後4日目以降に行う。
治 療	有効な治療薬はなく、対症療法が行われる。
予 防 法・ ワ ク チ ン	原則、麻しん風しん混合(MR)ワクチンを用いて、1歳時に第1期の定期接種、小学校入学前1年間(6歳になる年度：年長組)に第2期の定期接種(平成18(2006)年度から2回接種)。飛沫感染、接触感染として一般の予防方法を励行する。
登 校 (園) 基 準	発しんが消失するまで出席停止とする。

【参考】 近年の風しん発生動向

近年報告される風しん患者の大半は成人で、特に風しん含有ワクチン接種の機会がなかった30～50代の男性に多い。平成24（2012）～平成25（2013）年に発生した全国流行では、約9割が成人で、男性患者数は女性患者数の約3倍であった。また、この流行の影響で妊婦が風しんウイルスに感染し、その後出生した45人が先天性風しん症候群と診断されている。

海外には風しんが流行している地域がまだ多数残されており、渡航前のワクチンが重要である。また、麻しんと風しんは共に対策をとるべき疾患であり、接種するワクチンは麻しん風しん混合（MR）ワクチンが推奨される。

「風しんに関する特定感染症予防指針」に基づき、早期に先天性風しん症候群の発生をなくすとともに、2020年度までに風しんを排除することが目標とされている。平成25（2013）年の流行後も、30代後半～50代の男性には風しんに対する免疫を持たない人が多数残っており、これらの人々が風しんに対する免疫を獲得しなければ、平成25（2013）年と同様の全国流行が発生することが危惧される。児童生徒等はもちろんのこと、教職員においても、風しんにかかったことがなく、かつ必要回数である2回の予防接種を受けていない場合は、任意接種として麻しん風しん混合ワクチン（MRワクチン）の接種を受けておくことが推奨される。

I

II

III

IV

V

6) 水痘（みずぼうそう）



紅斑、丘しん、水疱、膿疱、かさぶたの順に進行する発しんが出現し、同時に各病期の発しんが混在する感染性の強い感染症である。特に、免疫抑制状態の患者、成人が発症すると重症で、時に命に関わることがある。また、肺炎、脳炎、肝炎、ライ症候群（急性脳症）などを合併することもある。

病 原 体	水痘・帯状疱疹ウイルス
潜 伏 期 間	主に14－16日
感 染 経 路 ・ 感 染 期 間	空気感染、飛沫感染、接触感染。水疱中には多量のウイルスが存在する。かさぶたからウイルス遺伝子は検出されるが、感染性のあるウイルスはいない。 感染期間は発しん出現1－2日前から、全ての発しんが痂皮（かさぶた）化するまで。
症 状 ・ 予 後	発しんは体と首のあたりから顔面に生じやすく、発熱を認めることが多い。発しんは紅斑、水疱、膿疱、かさぶたの順に変化する。かゆみや疼痛を訴えることもある。まれに脳炎やアスピリンとの併用によってライ症候群を併発する場合や、白血病や免疫抑制治療を受けている児では、重症化して死に至ることもある。また妊婦の感染によって、児に先天性水痘症候群という先天異常や致死的な重症水痘が生じることもある。日本では年間約100万人が水痘にかかり、約4,000人が重症化から入院し、約20人が死亡していたが、平成26（2014）年10月から小児（接種対象：生後12か月以上36か月未満、接種回数：3か月以上あけて2回接種）の定期予防接種対象疾患に導入され、患者数は激減している。
診 断	臨床症状により診断されるが、確定のためには血液での抗体検査、ウイルス遺伝子診断、ウイルスの分離等を行う。
治 療	抗ウイルス薬（アシクロビル、バラシクロビル）
予 防 法 ・ ワ ク チ ン	ワクチンによる予防が可能。 空気感染のため、学校などの集団の場合では、1名発症した場合、速やかに発症者周辺の児童等のり患歴・予防接種歴の確認が望ましい。患者との接触後、72時間以内であればワクチンにて発症の阻止、あるいは症状の軽減が期待できる。
登 校（園） 基 準	全ての発しんがかさぶたになるまで出席停止とする。

※帯状疱疹（ほうしん）については、第三種の感染症（その他の感染症）の項を参照。

7) 咽頭結膜熱



発熱、結膜炎、咽頭炎を主症状とする疾患である。プール熱ともいわれるが、プールのみで感染するものではなく、飛沫・接触で感染する。夏期に多く、幼児から学童に好発する。

病原体	アデノウイルス
潜伏期間	2-14日
感染経路・感染期間	飛沫感染、接触感染。塩素消毒が不十分なプールでの目の結膜からの感染もある。 ウイルス排出は初期数日が最も多いが、その後、便からは数か月排出が続くこともある。
症状・予後	高熱（39-40℃）、咽頭痛、頭痛、食欲不振を訴え、これらの症状が3-7日間続く。咽頭発赤、頸（けい）部・後頭部リンパ節の腫脹と圧痛を認めることもある。眼の症状としては、結膜充血、流涙、まぶしがる、めやに、耳前リンパ節腫脹などがある。
診断	臨床診断よりなされる。アデノウイルス抗原の迅速診断キットもある。確定のためには、ウイルス遺伝子診断、ウイルスの分離等を行う。
治療	有効な治療薬はなく、対症療法が行われる。
予防法・ワクチン	飛沫感染、接触感染として、手洗い、プール前後のシャワーの励行、タオルを共用しないなどの一般的な予防法が大切である。ワクチンはない。
登校（園）基準	発熱、咽頭炎、結膜炎などの主要症状が消退した後2日を経過するまで出席停止とする。

【参考】 プール熱とは？

咽頭結膜熱はアデノウイルスがプールの水を媒介として感染することがあるので、プール熱ともいわれる。プール熱という用語は俗称で医学用語ではない。一方、アデノウイルスによる流行性角結膜炎、エンテロウイルスによる急性出血性結膜炎などもプールの水を介して感染するために、咽頭結膜熱をプール熱と称するのはふさわしくないといえる。

学校環境衛生基準では、水泳プールの遊離残留塩素濃度は、0.4mg/L以上、1.0mg/L以下が望ましいとしている。塩素はウイルスを含め微生物を消毒する目的で使用するが、塩素濃度は変動しやすく微生物が死滅しているとはいえない。プールの塩素濃度が遵守されるよう十分な管理を望むとともに、プールでのゴーグル使用は感染予防上推奨される。

8) 結核



全身の感染症であるが、肺に病変を起こすことが多い感染症である。子供、特に乳幼児では家族内感染が多く、また大部分が初感染結核である。予防接種の効果や治療法の進歩で死亡率は低くなったが、結核は決して過去の病気ではなく、学校における集団感染の可能性等を含め、依然として重要な感染症である。なお、学校・幼稚園・保育所などでの集団感染の初発例が教職員などの大人であることも多く、教職員の健康管理は重要である。

病原体	結核菌
潜伏期間	2年以内、特に6か月以内に多い。感染後、数十年後に症状が出現することもある。
感染経路・感染期間	主として感染性の患者からの空気感染（飛沫核感染）。喀痰の塗抹検査で陽性の間は感染力が強い。
症状・予後	<p>結核菌が気道から肺に入って、肺に小さな初感染病巣ができれば初感染が成立したとされるが、発病に至らない場合も多い。</p> <p>【潜在性結核感染症】 結核の感染を受けたが発病しておらず、無症状であるものの、活動性結核への進展を防ぐための治療が必要な場合を潜在性結核感染症という。</p> <p>【肺結核】 初感染に引き続き、肺病変や肺門リンパ節腫脹がみられる。初感染病巣から気管・気管支を通して他の肺の部分に広がり、病巣が形成される。症状は咳、痰、微熱、倦怠感、進行すると、発熱、寝汗、血痰、呼吸困難など。</p> <p>【肺外結核】 結核菌がリンパ行性、血行性に転移することによって、胸膜、頸部リンパ節、咽頭・喉頭、腸、尿路、骨・関節、皮膚、生殖器、中耳、眼など体内のあらゆる臓器に病変を形成することがあり、病変が形成された部位に応じた症状が発現する。典型的なものとして以下の粟粒結核、結核性髄膜炎がある。</p> <p>【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。乳幼児や免疫が低下した場合に多くみられる重症型。</p> <p>【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重症型。高熱、頭痛、嘔吐、意識障害、痙攣等の症状があり、後遺症をのこすおそれや死亡例もある。</p>

診 断	感染の診断には、ツベルクリン反応やインターフェロン γ 産生能試験(IGRA; Interferon Gamma Release Assay)を実施する。IGRAには、クオンティフェロン [®] とT-スポット [®] TBの2種類がある。これらの検査では結核が発病しているか否かは判別できない。活動性結核の診断には胸部X線検査や菌検査(塗抹検査、培養検査、核酸増幅法検査)を行う。
治 療	抗結核薬
予 防 法・ ワ ク チ ン	BCGワクチン。乳児期に定期接種。結核性髄膜炎や粟粒結核等の重症結核の発症予防、重症化予防になる。
登 校 (園) 基 準	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(目安として、異なった日の喀痰 ^{かくたん} の塗抹検査の結果が連続して3回陰性となるまで)出席停止とする。それ以降は、抗結核薬による治療中であっても登校(園)は可能。なお、潜在性結核感染症の治療は、出席停止に該当しない。



【参考】 児童生徒等の健康診断と結核

○健康診断では事前に次の6つの事項について確認する。

①本人のり患歴

- ◆なし： 問題なし。
- ◆り患歴があるが治癒し、治療終了から2年以上経過： 経過観察でよい。
- ◆り患歴があるが治癒し、治療終了から2年経過していない： 医療機関や保健所に通っていれば経過観察で良い。通っていなければ保健所に相談するよう指導する。

②本人の潜在性結核治療歴(予防投薬歴)

- ◆なし： 問題なし。
- ◆潜在性結核治療歴(予防投薬歴)があるが治療終了し2年以上経過： 経過観察で良い。
- ◆潜在性結核治療歴(予防投薬歴)があるが治療終了し2年経過していない： 医療機関や保健所に通っていれば経過観察で良い。通っていなければ保健所に相談するよう指導する。

③家族等の結核り患歴

- ◆なし： 問題なし。
- ◆家族等のり患歴がある： 医療機関や保健所で接触者健診や指導が行われていれば経過観察で良い。未了であれば保健所に相談するよう指導する。

④結核高まん延国での居住歴

- ◆過去3年以内に結核高まん延国^(※)で6か月以上の滞在歴がある場合には、入学時または転入時に1回の精密検査(胸部X線検査等)の対象となる。

◆平成30（2018）年3月現在、高負荷国とされているのは、アンゴラ共和国、バングラデシュ人民共和国、ブラジル連邦共和国、カンボジア王国、中央アフリカ共和国、中華人民共和国、コンゴ共和国、北朝鮮、コンゴ民主共和国、エチオピア連邦民主共和国、インド、インドネシア共和国、ケニア共和国、レソト王国、リベリア共和国、モザンビーク共和国、ミャンマー連邦共和国、ナミビア共和国、ナイジェリア連邦共和国、パキスタン・イスラム共和国、パプアニューギニア独立国、フィリピン共和国、ロシア連邦、シエラレオネ共和国、南アフリカ共和国、タイ王国、タンザニア連合共和国、ベトナム社会主義共和国、ザンビア共和国、ジンバブエ共和国、アゼルバイジャン共和国、ベラルーシ共和国、ボツワナ共和国、カメルーン共和国、チャド共和国、ガーナ共和国、ギニアビサウ共和国、カザフスタン共和国、キルギス共和国、マラウイ共和国、モルドバ共和国、ペルー共和国、ソマリア連邦共和国、スワジランド王国、タジキスタン共和国、ウガンダ共和国、ウクライナ、ウズベキスタン共和国である。（出典：WHO、Global Tuberculosis report 2017）

◆上記の高負荷国に加えて以下の国および地域を結核高まん延国として扱う：アルジェリア民主人民共和国、アルメニア共和国、ベナン共和国、ブータン王国、ポリビア多民族国、ブルネイ・ダルサラーム国、ブルンジ共和国、カーボヴェルデ共和国、香港、マカオ、コートジボワール共和国、ジブチ共和国、ドミニカ共和国、エクアドル共和国、エルサルバドル共和国、赤道ギニア共和国、エリトリア国、フィジー共和国、ガボン共和国、ガンビア共和国、ジョージア、グリーンランド、グアム島、ギニア共和国、ガイアナ共和国、ハイチ共和国、イラク共和国、キリバス共和国、ラオス人民民主共和国、リトアニア共和国、マダガスカル共和国、マレーシア、モルディブ共和国、マリ共和国、マーシャル諸島共和国、モーリタニア・イスラム共和国、ミクロネシア連邦、モンゴル国、モロッコ王国、ナウル共和国、ネパール連邦民主共和国、ニジェール共和国、北マリアナ諸島、パラオ共和国、パナマ共和国、大韓民国、ルーマニア、ルワンダ共和国、サントメ・プリンシペ民主共和国、セネガル共和国、シンガポール共和国、ソロモン諸島、南スーダン共和国、スリランカ民主社会主義共和国、スーダン共和国、東ティモール民主共和国、トーゴ共和国、トルクメニスタン、ツバル、バヌアツ共和国、イエメン共和国、ニカラグア共和国、ブルキナファソ、パラグアイ共和国。

（※）世界保健機関（WHO）は、結核患者が多い国、多剤耐性結核が多い国、HIV合併結核が多い国、各30か国（あわせて48か国）を高負荷国（high burden country）としている。学校における結核対策の一つとして、結核患者の高負荷国30か国の中で最もり患率（人口10万対）が低い国（2016年はブラジル：り患率42）以上に推定り患率が高い国を結核高まん延国として扱っている。なお、香港、マカオ、グアム島は便宜上、国に準じてここに加えている。

◆精密検査としてIGRA^{（**）}を選択するかどうかについて一定の見解は得られていない。患者が発生した後の接触者健診の結果としてIGRA陽性であった場合には、発症リスクが高いため、可能な限り潜在性結核感染症治療を行うべきと考えられている。一方、結核高まん延国の中では小児のり患率はそれほど高くないこともあり、患者との接触がない者においてIGRA陽性となった場合、過剰な治療を強いること

を避けるため治療の実施は慎重であるべきとの考え方もある。

(※※) IGRAは結核に感染しているか否かを判別するための検査であるが、結果が陽性であっても結核の発病や感染性を示すわけではない。IGRA陽性者に対しては、活動性結核の発病を防ぐための治療（潜在性結核感染症治療）が開始されることもあるが、上述の入学時あるいは転入時の精密検査としてIGRAを実施することの是非については、まだ議論がある。

⑤ 自覚症状（2週間以上続く咳・痰）

- ◆なし： 問題なし。
- ◆症状があるが既に医療機関を受診した： 経過観察でよい。
- ◆症状があるが受診していない： 受診を勧奨する。

⑥ BCG接種歴

- ◆確認しておく。
- ◆なお、成人でBCGを接種する意義は明確ではない。

○診察では、問診事項を確認し、触診、聴打診等により、精密検査の要否を判定する。

○事後措置では、結果の通知（精密検査や受診勧奨）、学校の設置者（教育委員会）への精密検査対象者の報告、個別・集団の保健指導、管理の必要な者への保健指導・健康管理を行う。

【参考】 結核発生時の対応について

- 結核が発生した場合には、診断した医師から直ちに保健所に届出が出され、保健所が感染症法に基づいて対策を行うこととなる。病状（感染性）に応じた対応を行うことになるので、学校は保健所と情報共有することが重要である。
- 学校で結核が発生した場合には、感染症法第17条、学校保健安全法第13条第2項に基づき、臨時の健康診断が検討されることとなる。
- 感染性のある結核患者と接触した者に対しては接触者健診が行われる。学校は、保健所で実施する健康診断等が円滑に進められるよう協力することが重要である。学校の設置者（教育委員会）、学校、学校医、保健所等が互いに報告・連絡・相談できる体制を整えておく。
- 空気感染する感染症ではあるが、麻しんとは異なり、結核では病状（感染性）等に応じた対応を行うことになるので、他の児童生徒等や保護者への情報提供については、関係者間でその範囲や内容の必要性を慎重に検討する。
- 接触者健診の結果や状況に応じて、潜在性結核治療（予防投薬）やその後の1～2年間の経過観察等が行われる。保健所との情報共有を行い、学校の設置者（教育委員会）や学校ごとに対応方針の大きな差異が生じないように注意する。

【参考】 結核に罹患した児童生徒等への対応について

○感染性がある（他人に感染を拡げる病状である）場合は入院で治療が行われる。感染性がない場合や、治療により感染性がなくなった場合には、外来通院で治療（複数の種類の薬を6か月以上内服する）が行われる。外来通院で治療を受けているということは、感染性がないということの意味するため、このような場合には特別な感染対策は必要ないと考えてよい。

○結核治療においては、きちんと服薬を続けることが肝要である。服薬を途中でやめると、薬の効かない菌（耐性菌）が出来てしまうので、保健所では結核に罹患した者の服薬支援を行っている。この服薬支援のための取組をDOTS（Directly observed treatment, short-course）*といい、平成26（2014）年の感染症法改正を踏まえ、平成27（2015）年から保健所は学校等にDOTSを依頼できることとなった。保健所が個々の症例に対して服薬支援計画（例：直接目の前で服薬してもらう、残薬が減っていることを確認する、服薬したら連絡をもらう等）を立てるので、もし保健所から学校に依頼があった場合には、学校は保健所の服薬支援計画に従って、当該児童生徒等の服薬支援を行う。もし服薬がきちんとできていないと考えられる場合には、直ちに保健所に連絡をとり、保健所に対応してもらう必要がある。

* DOTSは「必要に応じて服薬を直接監視することを含め、様々な支援方法を取り入れた包括的な服薬支援システム」とされている。

9) 髄膜炎菌性髄膜炎



髄膜炎菌による細菌性髄膜炎で、発熱、頭痛、嘔吐を主症状とする疾患。抗菌薬の発達した現在においても、発症した場合は後遺症や死の危険性がある。アフリカ諸国等では流行的に、先進国でも散発的に発生し、平成23（2011）年には日本でも高校生の寮で集団発生し、1名が死亡した。乳幼児期、思春期に好発する。

病原体	髄膜炎菌
潜伏期間	主に4日以内（1－10日）
感染経路・感染期間	飛沫感染、接触感染。無脾症や補体欠損などでは重症化のリスクが高い。有効な治療を開始して24時間経過するまでは感染源となる。
症状・予後	発熱、頭痛、意識障害、嘔吐。時に劇症型感染症（ウォーターハウス・フリードリヒセン症候群: Waterhouse-Friderichsen症候群）があり、急速に進行する。致命率は10%、回復した場合でも10－20%に難聴、まひ、てんかんなどの後遺症が残る。
診断	髄液培養、血液培養
治療	抗菌薬

予 防 法・ ワ ク チ ン	平成27（2015）年から国内でも2歳以上で任意接種として4価髄膜炎菌ワクチン（血清型A、C、Y、W）が使用可能となった。 患者と、家庭内や学校・幼稚園等で接触、キス、歯ブラシや食器の共有による唾液の接触、同じ住居でしばしば寝食を共にした人は、患者が診断を受けた24時間以内に抗菌薬の予防投与を受けることが推奨される。他の疾患の治療薬としてエクリズマブを用いる場合は、健康保険で髄膜炎菌ワクチンの接種が可能である。
登 校（園） 基 準	症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出席停止とする。

I

II

III

IV

V

3. 第三種の感染症

学校教育活動を通じ、学校において流行を広げる可能性がある感染症を規定している。出席停止期間の基準は、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るまでである。

1) コレラ

南アジア、東南アジア等からの帰国者に多く、乳幼児や高齢者、持病を持つ人が感染すると重症化し、死に至る場合もある。最近では、海外旅行歴のない発病者が時々みつかっている。

病 原 体	コレラ菌（コレラ毒素産生性の ^{オー} 01型血清群及び ^{オー} 0139血清群）
潜 伏 期 間	主に1－3日（数時間－5日）
感 染 経 路	経口（糞口）感染。汚染された水、食物、感染者の便などから感染。
症 状 ・ 予 後	突然激しい水様性下痢と嘔吐ではじまり、脱水を惹起する。 診断は便の細菌培養による。菌が検出された場合は、地方衛生研究所でコレラ毒素あるいは毒素遺伝子の確認を行う。
予 防 法 ・ ワ ク チ ン	流行地に渡航した場合は、生水や氷、生の魚介類、生野菜、カットフルーツなどの生鮮食品に注意を払う。海外渡航者に対してワクチンを接種することがあるが、国内では接種可能なワクチンがない。
登 校（園） 基 準	治癒するまで出席停止が望ましい。なお、水質管理や手洗いの励行などの日頃の指導が重要。

2) 細菌性赤痢



アジア諸国等からの帰国者に感染（旅行者下痢症）が多く、乳幼児や高齢者、持病を持つ人が感染すると重症化し、死に至る場合もある。平成23（2011）年には日本でも集団発生がみられ、また最近も、海外旅行歴のない発病者が時々見ついている。平成26（2014）年には国内の幼稚園で集団発生があった。

病原体	赤痢菌
潜伏期間	主に1－3日（1－7日）
感染経路	経口（糞口）感染。感染者の便を感染源とする。
症状・予後	発熱、腹痛、しぶり腹、膿粘血便、下痢、嘔吐などが急激に現れる。
予防法・ワクチン	流行地へ渡航する場合は生水、氷、生の魚介類、生野菜、カットフルーツ等生鮮食品に注意を払う。ワクチンはない。
登校（園）基準	治癒するまで出席停止が望ましい。なお、水質管理や手洗いの励行などの日頃の指導が重要。

3) 腸管出血性大腸菌感染症



ベロ毒素を産生する腸管出血性大腸菌による感染症。全く症状のない人から、腹痛や血便を呈する人まで様々で、合併症として溶血性尿毒症症候群や脳症を併発し、時には死に至ることもある。日本では、平成9（1997）年に学童を中心とした広範な地域での集団感染や、平成23（2011）年に生肉（ユッケ）、平成24（2012）年に漬物を原因食とする、死亡例を伴う大規模な集団感染がみられており、毎年3,000～4,000例前後の発生が続いている。夏期に多発する。患者の約80%が15歳以下で発症し、かつ小児と高齢者で重症化しやすい。

病原体	腸管出血性大腸菌（O157、O26、O111など様々なベロ毒素産生性大腸菌）。熱に弱い、低温条件には強く水の中では長期間生存する。少量の菌の感染でも腸管内で増殖し、その毒素によって発病する。
潜伏期間	10時間－6日
感染経路	接触感染、経口（糞口）感染。生肉などの飲食物から感染。少ない菌量（100個程度）でも感染する。 便中に菌が排出されている間は感染力がある。
症状・予後	水様下痢便、腹痛、血便。なお、乏尿や出血傾向、意識障害は、溶血性尿毒症症候群や急性脳症の合併を示唆する症状であり、このような場合は速やかに医療機関を受診する。 治療は、下痢、腹痛、脱水に対しては水分補給、補液など。また下痢止め薬の使用は毒素排出を阻害する可能性があるため使用しない。抗菌薬は時に症状を悪化させることもあり、慎重に使うなどの方針が決められている。

予 防 法・ ワ ク チ ン	手洗いの励行、消毒（トイレ等）、及び食品加熱。洗える食品は十分に洗うこと。特に小児では、発症した場合重症化につながりやすいので、牛に限らず、豚・鳥及びその他鳥獣の肉やレバー類の生食は避けるべきである。肉などを食べさせる場合は、中まで火が通り肉汁が透き通るまで調理する。加熱前の生肉などを調理したあとは、必ず手をよく洗う。生肉などの調理に使用したまな板や包丁は、そのまま生で食べる食材（野菜など）の調理に使用しないようにする。調理に使用した箸は、そのまま食べるときに使用しない。ワクチンはない。
登 校（園） 基 準	有症状者の場合には、医師において感染のおそれがないと認められるまで出席停止とする。無症状病原体保有者の場合には、トイレでの排泄習慣が確立している5歳以上の小児は出席停止の必要はない。5歳未満の小児では2回以上連続で便培養が陰性になれば登校（園）してよい。手洗い等の一般的な予防法の励行で二次感染は防止できる。

4) 腸チフス、パラチフス



腸チフス：海外での感染が主であったが、平成25（2013）年の国内感染例の増加や平成26（2014）年の飲食店での食中毒等、国内感染が多く発生することもある。
 パラチフス：アジア渡航歴のある人に多い。

病 原 体	腸チフスチフス菌、パラチフスチフスA菌
潜 伏 期 間	腸チフス：7－14日（3－60日）、パラチフス：1－10日
感 染 経 路	経口（糞口）感染
症 状 ・ 予 後	持続する発熱、発しん（バラ疹）などで発病する。重症例では腸出血や腸穿孔がある。パラチフスは腸チフスより症状が軽いことが多い。診断は便と血液の細菌培養による。胆のうへの感染が持続しキャリアとなる場合がある。
予 防 法 ・ ワ ク チ ン	手洗いの励行、消毒（トイレ等）、及び食品加熱と食品を良く洗うこと。流行国では、生水、氷、生の魚貝類、生野菜、カットフルーツなどの飲食を避ける。海外渡航者にワクチンを投与することがあるが、国内では接種可能なワクチンがない。
登 校（園） 基 準	治癒するまで出席停止が望ましい。トイレでの排泄習慣が確立している5歳以上の小児は出席停止の必要はない。5歳未満の小児では3回以上連続で便培養が陰性になれば登園してよい。

I
II
III
IV
V
5) 流行性角結膜炎



ウイルス性の角膜炎と結膜炎が合併する眼の感染症。感染力が極めて強い。

病原体	アデノウイルス
潜伏期間	2-14日
感染経路	接触感染。プール水、手指、タオルなどを介して感染する。ウイルス排出は初期の数日が最も多いが、その後、便からは数週間、長い場合は数か月にわたってウイルスの排出が続くこともある。
症状・予後	急性結膜炎の症状で、結膜充血、まぶたの腫脹、異物感、流涙、めやに、耳前リンパ節腫脹などがある。角膜炎後の角膜混濁により視力障害を残す可能性がある。有効な治療薬はなく、対症療法が行われる。診断は臨床症状によりなされるが、アデノウイルス抗原の迅速診断キットがある。
予防法・ワクチン	接触感染の予防のため、手洗い、タオルなどの共用はしない。ワクチンはない。
登校（園）基準	眼の症状が軽減してからも感染力が残る場合があり、医師において感染のおそれがないと認められるまで出席停止とする。なお、このウイルスは便中に1か月程度排出されることもまれではないので、登校（園）を再開しても、手洗いを励行する。

6) 急性出血性結膜炎



眼の結膜（白眼の部分）に出血を起こすのが特徴の結膜炎である。

病原体	エンテロウイルス70 (EV70) とコクサッキーウイルスA24変異型 (CA24v)
潜伏期間	EV70：平均24時間、CA24v：2～3日
感染経路	接触感染。これらの二つはいずれもエンテロウイルスであるが、消化管で増殖したとの報告はない。ウイルス排出は結膜擦過物から1-2週間。
症状・予後	急性結膜炎の症状で、結膜出血が特徴。結膜充血、まぶたの腫脹、異物感、流涙、めやに、角膜びらんなどがある。有効な治療薬はなく、対症療法が行われる。
予防法・ワクチン	接触感染の予防のため、めやに、分泌物に触れないことと手洗いの励行。洗面具・タオルなどの共用はしない。ワクチンはない。
登校（園）基準	眼の症状が軽減してからも感染力の残る場合があり、医師において感染のおそれがないと認められるまで出席停止とする。登校（園）を再開しても、手洗いを励行する。

I
II
III
IV
V

4. その他の感染症（第三種の感染症として扱う場合もある）

第三種の感染症に分類されている「その他の感染症」は、学校で通常見られないような重大な流行が起こった場合に、その感染拡大を防ぐために、必要があるときに限り、学校医の意見を聞き、校長が第三種の感染症として緊急的に措置をとることができるものとして定められているものであり、あらかじめ特定の疾患を定めてあるものではない。

「その他の感染症」として出席停止の指示をするかどうかは、感染症の種類や各地域、学校における感染症の発生・流行の態様等を考慮の上で判断する必要がある。そのため、次に示した感染症は、子供のときに多くみられ、学校でしばしば流行するものの一部を例示したもので、必ず出席停止を行うべきというものではない。

本書に記載されていない感染症については、必要に応じて厚生労働省や国立感染症研究所のウェブサイト（70頁）を参照されたい。

1) 感染症胃腸炎

（ノロウイルス感染症、ロタウイルス感染症、アデノウイルス感染症など）



（ノロウイルス感染症では空気感染（じんあい 塵埃感染）あり）

おう嘔吐と下痢が突然始まることが特徴の疾患である。ウイルスによる腸管感染症が多い。ノロウイルス感染症は秋～冬に多く、ロタウイルス感染症は冬～春に多く、アデノウイルス感染症は年間を通じて発生する。ロタウイルスやアデノウイルスによるものは乳幼児が多く、ノロウイルス感染症は乳幼児～高齢者まで幅広い年齢層にみられる。

病原体	主としてノロウイルス、ロタウイルスなど
潜伏期間	ノロウイルスは12-48時間、ロタウイルスは1-3日
感染経路	<small>まつ</small> 飛沫感染、接触感染、 <small>ふん</small> 経口（糞口）感染。ノロウイルスは貝などの食品を介しての感染もある。便中に多量のウイルスが排出されており、感染源となる。吐物にもウイルスは多量に含まれており、感染源となる。感染力も強い。乾燥してエアロゾル化した吐物が感染源となる空気感染（ <small>じんあい</small> 塵埃感染）もある。感染力は急性期が最も強く、便中にウイルスが3週間以上排出されることもある。
症状・予後	<small>おう</small> 嘔吐と下痢が主症状であり、ロタウイルス感染症に罹患した乳幼児は時に下痢便が白くなることもある。多くは2-7日で治るが、脱水、けいれん、肝機能異常、脳症などを合併し、命に関わることもある。脱水に対する予防や治療が最も大切である。

<p>予 防 法・ ワ ク チ ン</p>	<p>ロタウイルスに対してはワクチンがあり、投与する場合には乳児期早期に接種する（任意接種）。経口（糞口）感染、接触感染、飛沫感染予防を励行することが重要。</p> <p>ウイルスが含まれた水や食物、ウイルスが付いた手を介して、又はそこから飛び散って感染するので、患者と接触した場合は手洗いを励行する。ノロウイルスは速乾性すり込み式手指消毒剤やアルコール消毒は有効性が十分ではなく、流水での手洗いが最も重要である。食器などは、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することが勧められる。食品は85℃、1分以上の加熱が有効。ワクチンはない。</p>
<p>登 校（園） の 目 安</p>	<p>症状のある間が主なウイルスの排出期間であるが、回復後も数週にわたって便からウイルスが排出されることがある。下痢、嘔吐症状が軽減した後、全身状態の良い者は登校（園）可能だが、回復者であっても、排便後の始末、手洗いの励行は重要である。</p>

2) サルモネラ感染症（腸チフス、パラチフスを除く）、カンピロバクター感染症



食中毒による急性細菌性腸炎。

<p>病 原 体</p>	<p>サルモネラ菌、カンピロバクター菌</p>
<p>潜 伏 期 間</p>	<p>サルモネラ：主に12－36時間（6－72時間） カンピロバクター：主に2－5日（長くなる場合もある）</p>
<p>感 染 経 路</p>	<p>家畜、は虫類、ペットなどが保菌。感染は、鶏肉、鶏卵などの食品を介した経口感染が多い。海外では、生牛乳を介した感染も報告されているが、日本では加熱殺菌乳のため、同様の事例はない。</p> <p>サルモネラ、カンピロバクターともに菌排出は数週間以上続くことがある。</p>
<p>症 状・予 後</p>	<p>下痢、血便、嘔吐、発熱。カンピロバクターでは、発症数週間後にギランバレー症候群という末梢神経まひ疾患を併発することもある。治療は安静、食事療法、補液、抗菌薬など。下痢止め薬は排菌を遅延させる可能性もあり、必ずしも使用は推奨されない。</p>
<p>予 防 法・ ワ ク チ ン</p>	<p>調理者の手洗い、調理器具の洗浄、食品の加熱（中心部が75℃、1分以上など、食中毒予防の各種ガイドラインに従う）。ワクチンはない。</p>
<p>登 校（園） の 目 安</p>	<p>下痢が軽減すれば登校（園）可能であるであるが、菌の排出は長く続くことがあるので、排便後の始末、手洗いの励行は重要である。</p>

3) マイコプラズマ感染症



咳を主症状とし、学童期以降の細菌性肺炎としては最も多い。夏から秋にかけて多く、家族内感染や再感染も多くみられる。5歳以上で10-15歳頃に好発するが、成人も患する。

病原体	肺炎マイコプラズマ
潜伏期間	主に2-3週間（1-4週間）
感染経路	飛沫感染、接触感染 症状のある間がピークであるが、保菌は数週-数か月間持続する。
症状・予後	咳、発熱、頭痛などのかぜ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週持続する場合もある。中耳炎・鼓膜炎や発しんを伴うこともあり、重症例では呼吸困難になることもある。治療は適切な抗菌薬で行う。
予防法・ワクチン	飛沫感染としての一般的な予防法を励行する。ワクチンはない。
登校（園）の目安	症状が改善し、全身状態の良い者は登校（園）可能である。

4) インフルエンザ菌感染症、肺炎球菌感染症



生後3か月-5歳までの細菌性髄膜炎、敗血症、細菌性肺炎などの原因の4分の3程度を占める。小児では生後3か月-5歳に多く、特に6か月-2歳の子供に好発する。子供から高齢者が感染して、高齢者が重症化する場合がある。

病原体	インフルエンザ菌（インフルエンザ菌b型（Hib）など）、肺炎球菌
潜伏期間	主に2-3週間（1-4週間）
感染経路	主に飛沫感染、接触感染。不顕性感染も多く、1歳児の30-50%が鼻腔に両菌を保菌しており、保育施設の入園後1-2か月でその保菌率は80%程度にまで上昇する。 両菌ともに、保菌している期間は他への感染の可能性はある。
症状・予後	上気道炎、気管支炎、急性喉頭蓋炎、肺炎、敗血症、髄膜炎、中耳炎。定期接種導入前の日本ではHib髄膜炎の発症は年間約600人で、約2-3%が死亡、約15%が脳障害や難聴などの後遺症を残すとされてきた。また肺炎球菌性髄膜炎の発症は定期接種導入前までは年間約200人で、約6-7%が死亡、約30%が脳障害や難聴などの後遺症を残すとされてきた。治療は適切な抗菌薬で行う。

<p>I II III IV V</p> <p>予 防 法・ ワ ク チ ン</p>	<p>平成20（2008）年にHibワクチン、平成22（2010）年に7価肺炎球菌結合型ワクチンの任意予防接種が開始され、平成23（2011）年から全国的に公費助成が行われ接種率は上昇した。平成25（2013）年4月から両ワクチンが定期接種の対象となり、同年10月から13価肺炎球菌結合型ワクチンが導入され、さらに患者数は減少した。Hib髄膜炎はほとんど見られなくなった。侵襲性肺炎球菌感染症も、患者数は半減したが、ワクチンに含まれない血清型による侵襲性肺炎球菌感染症が増加し、血清型置換が見られている。</p>
<p>登 校（園） の 目 安</p>	<p>発熱、咳などの症状が安定し、全身状態の良い者は登校（園）可能である。</p>

5) 溶連菌感染症（主にA群溶血性レンサ球菌感染症）



主にA群溶血性レンサ球菌が原因となる感染症である。扁桃炎など上気道感染症、皮膚感染症（伝染性膿痂疹の項を参照）、猩紅熱などが主な疾患である。特に注意すべき点は、本症がいろいろな症状を呈すること、合併症として発症数週間後にリウマチ熱、腎炎を起こす場合があることである。そのため、全身症状が強いときは安静にし、確実な抗菌薬治療を受け、経過を観察する必要がある。

<p>病 原 体</p>	<p>主にA群溶血性レンサ球菌</p>
<p>潜 伏 期 間</p>	<p>2－5日、膿痂疹（とびひ）では7－10日</p>
<p>感 染 経 路</p>	<p>飛沫感染、接触感染。 適切な抗菌薬療法にて24時間以内に感染力は消失する。</p>
<p>症 状 ・ 予 後</p>	<p>上気道感染では発熱と咽頭痛、咽頭扁桃の腫脹や化膿、頸部リンパ節炎。治療が不十分な場合は、リウマチ熱や急性糸球体腎炎を併発する場合がある。とびひは水疱から始まり、膿疱、痂皮へと進む。子供に多くみられるが、成人が感染することもある。治療は適切な抗菌薬で行う。</p>
<p>予 防 法 ・ ワ ク チ ン</p>	<p>飛沫感染、接触感染の予防として、手洗いなどの一般的な予防の励行が重要。ワクチンはない。</p>
<p>登 校（園） の 目 安</p>	<p>適切な抗菌薬療法開始後24時間以内に他への感染力は消失するため、それ以降、登校（園）は可能である。ただし、定められた期間は抗菌薬の内服を継続すること。</p>

6) 伝染性紅斑 (りんご病)



かぜ様症状の後に、顔面、頬部に蝶のような形の紅斑がみられ、手足にはレース状の紅斑がみられる。ほほの真っ赤な発しんの状態から、りんご（りんごほっぺ）病とも呼ばれている。幼児から学童に好発する。

病原体	ヒトパルボウイルスB19
潜伏期間	4-14日（-21日）
感染経路	主として飛沫感染。 感染期間はかぜ様症状が出現した時。発しんが出現した時にはウイルスの排出はなく、他への感染力はない。
症状・予後	かぜ様症状と、引き続きみられる顔面の紅斑が特徴である。発しんは両側の頬と四肢伸側にレース状、網目状の紅斑として出現。一旦消失しても日光に当たったり入浴したりすると再び発疹が出現することもある。合併症として重症の溶血性貧血や、妊婦が感染した場合には流産になったり、胎児が胎児水腫を発症する場合があるが、胎児感染があっても、それによる先天奇形は生じないと言われている。有効な治療薬はなく、対症療法が行われる。
予防法・ワクチン	飛沫感染として一般的な予防法を励行。ワクチンはない。学校等で流行している場合は、妊婦は感染に注意が必要である。
登校（園）の目安	発しん期には感染力はないので、発しんのみで全身状態の良い者は登校（園）可能である。

7) RSウイルス感染症



秋～冬期を中心に流行し、主に乳児で重症化する。再感染を繰り返すが、初感染時の症状が重い。細気管支炎、肺炎を合併して呼吸困難に陥ることもある呼吸器感染症。

病原体	RSウイルス（Respiratory syncytial ウイルス）
潜伏期間	4-6日（2-8日）
感染経路	飛沫感染と接触感染。
症状・予後	発熱、鼻汁、咳、喘鳴。年長児や成人では軽いかぜ症状で済む場合も多いが、新生児・乳児早期に感染した場合は、呼吸困難から人工呼吸管理を要することもある。乳幼児の突然死の原因の一部であることが明らかになっている。有効な治療薬はなく、対症療法が行われる。

予 防 法・ ワ ク チ ン	<p>ワクチンはないが、</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 在胎期間28週以下の早産で、12 ヶ月齢以下の新生児および乳児 ・ 在胎期間29週～ 35週の早産で、6 ヶ月齢以下の新生児および乳児 ・ 過去6 ヶ月以内に気管支肺異形成症（BPD）の治療を受けた24 ヶ月齢以下の新生児、乳児および幼児 ・ 24 ヶ月齢以下の血行動態に異常のある先天性心疾患（CHD）の新生児、乳児および幼児 ・ 24 ヶ月齢以下の免疫不全を伴う新生児、乳児および幼児 ・ 24 ヶ月齢以下のダウン症候群の新生児、乳児および幼児 <p>では、RSウイルスに対するモノクロナール抗体（パリビズマブ）を流行期に月1回筋注することによって発症予防と軽症化が期待できる。</p>
登 校（園） の 目 安	<p>発熱、咳^{せき}などの症状が安定し、全身状態の良い者は登校（園）可能だが、手洗いを励行する。</p>

8) EB ウイルス感染症



乳幼児が感染した場合、多くは無症状か、軽微なかぜ症状で経過することが多い。年長児や成人、免疫不全患者における感染で、時に重症化することがある。

病 原 体	エプスタイン・バールウイルス（Epstein-Barrウイルス（EBウイルス））
潜 伏 期 間	30–50日
感 染 経 路	キスや唾液を介した感染、濃厚接触による飛沫 ^{まつ} 感染。 感染後、ウイルス排出は呼吸器から数か月間続く。
症 状 ・ 予 後	多くは無症状か、軽微なかぜ症状で済むが、伝染性単核症（発熱が数日から数週間持続、リンパ節腫大、咽頭・扁桃炎、肝炎）や、まれに慢性活動性EBウイルス感染症（発熱、肝脾腫、リンパ節腫脹などの症状が長期間持続する重症疾患）、血球貪食症候群（発熱、貧血、易出血）、悪性リンパ腫や上咽頭がんの原因となる場合もある。ウイルス特異的な治療薬はなく、対症療法や病型に応じた治療が行われる。ワクチンはない。
登 校（園） の 目 安	解熱し、全身状態が回復した者は登校（園）可能である。

9) 単純ヘルペスウイルス感染症



単純ヘルペスウイルスには1型と2型があり、口唇ヘルペス、歯肉口内炎、性器ヘルペス、新生児ヘルペスなど、軽症から重症まで様々な病状を呈する。

病原体	単純ヘルペスウイルス1型、2型
潜伏期間	新生児以降は2日－2週間
感染経路	水疱内にあるウイルスの接触感染。潜伏感染して、再活性化することもある。
症状・予後	歯肉口内炎、口周囲の水疱、アトピー性皮膚炎を持つ児ではカポジ水痘様発しん症（全身に水疱が多発）に発展、など。治療は、内服、静注、軟膏の抗ウイルス薬等による。ワクチンはない。
登校（園）の目安	口唇ヘルペス・歯肉口内炎のみであれば、マスクなどをして登校（園）可能。発熱や全身性の水疱がある場合は欠席して治療が望ましい。

10) 帯状疱疹



免疫状態が低下したときや、加齢に伴って、三叉神経節を含む脳神経節や脊髄後根神経節等に潜伏していた水痘・帯状疱疹ウイルスが再活性化することで発症。小児でも発症することがある。

病原体	水痘・帯状疱疹ウイルス
潜伏期間	水痘・帯状疱疹ウイルスに初感染した後、三叉神経節を含む脳神経節や脊髄後根神経節等に潜伏していたウイルスが再活性化することで発症するため、期間は特定できない。
感染経路	接触感染が中心であるが、飛沫感染する場合もある。水疱中には多量のウイルスが含まれているため、すべての水疱がかさぶたになるまで感染力がある。水痘・帯状疱疹ウイルスに対する免疫を持たない人（感受性者）に感染が拡大すると、感受性者は帯状疱疹ではなく、水痘を発症する。
症状・予後	潜伏していた神経に一致した領域に、片側性に、丘しん、小水疱が帯状に群がって出現する。神経痛、刺激感を訴える。成人や高齢者では痛みが強いが（帯状疱疹後神経痛）、小児ではかゆみを訴える場合がある。治療は抗ウイルス薬。
予防法・ワクチン	我が国では平成28（2016）年から50歳以上の者を対象に水痘ワクチンの帯状疱疹予防が承認された。なお、水痘ワクチンを帯状疱疹予防に用いる場合、明らかに免疫機能に異常のある疾患を有する者および免疫抑制をきたす治療を受けている者は接種不適当者である。

I
II
III
登校（園）の目安

全ての発しんが痂皮化するまでは感染力があるものの、水痘ほど感染力は強くない。通常、水痘のような空気感染はないが、免疫不全患者での発症や、顔面等の覆うことができない部位に発症した場合は、空気感染対策が必要となる場合がある。病変部が適切に被覆してあれば接触感染を防げるため、登校（園）可能である。ただし、保育所・幼稚園では、免疫のない児が带状疱疹患者に接触すると水痘に罹患するため、全ての皮膚が痂皮化するまでは免疫のない児と接触しないこと。また、水痘が重症化する免疫不全宿主（水痘ワクチン接種を受けておらず、白血病や免疫抑制剤で治療中の者）がいる場合には、感染予防に対する細心の注意が必要である。

IV
V
11) 手足口病



口腔粘膜と四肢末端に水疱性発しんを生じる疾患である。毎年のように流行するが、時に大流行がみられる。流行のピークは夏季であり、乳幼児に好発する。原因となる病原ウイルスが複数あるため、再感染することもある。

病原体	コクサッキーウイルスA16型やエンテロウイルス71型などのエンテロウイルス属。近年、コクサッキーウイルスA 6型による手足口病の流行が見られている。
潜伏期間	3-6日
感染経路	飛沫感染、接触感染、経口（糞口）感染。 ウイルス排出は呼吸器から1-2週間、便からは数週から数か月間。
症状・予後	発熱と口腔・咽頭粘膜に痛みを伴う水疱ができ、唾液が増え、手足末端、肘、膝、お尻などに水疱がみられるのが特徴。発熱は余り高くはないことが多く、1-3日で解熱する。一般的には夏かぜの一つと考えてよいが、エンテロウイルス属は無菌性髄膜炎の原因の90%を占め、ことにエンテロウイルス71（EV71）感染による手足口病の場合は、コクサッキーウイルスによる手足口病より、中枢神経合併症の頻度が高く、脳幹脳炎を伴った重症例の報告がある。国内では重症化例はそれほど多くないがアジア各国では小児の重症疾患としてしばしば問題になっている。有効な治療薬はなく、対症療法が行われる。
予防法・ワクチン	飛沫感染、接触感染、経口（糞口）感染として一般的な予防法を励行。海外ではエンテロウイルス71ワクチンの開発が進んでいるが、国内には使用可能なワクチンはない。
登校（園）の目安	本人の全身状態が安定している場合は登校（園）可能。流行の阻止を目的とした登校（園）停止は有効性が低く、またウイルス排出期間が長いことから現実的ではない。手洗い（特に排便後、排せつ物の後始末後）の励行が重要。

12) ヘルパンギーナ



主として咽頭、口腔内粘膜に水疱、潰瘍を形成するのが特徴の熱性疾患である。原因となる病原ウイルスが複数あるため、再感染することもある。春から夏にかけて多く発生し、流行のピークは7月頃である。夏かぜの代表的な疾患であり、4歳以下の乳幼児に多い。

病原体	主としてエンテロウイルス属のコクサッキー A群ウイルス
潜伏期間	3-6日 ウイルス排出は呼吸器から1-2週間、便からは数週から数か月間。
感染経路	飛沫感染、接触感染、経口（糞口）感染
症状・予後	突然の発熱（39℃以上）、咽頭痛がみられる。咽頭に赤い発しんがみられ、次に水疱、間もなく潰瘍となる。有効な治療薬はなく、対症療法が行われる。熱性痙攣、無菌性髄膜炎を合併することがあるので注意が必要。
予防法・ワクチン	飛沫感染、接触感染として一般的な予防法を励行。ワクチンはない。
登校（園）の目安	全身状態が安定している場合は登校（園）可能であるが、長期間、便からウイルスが排出されるので、手洗い（特に排便後、排せつ物の後始末後）の励行が重要。

13) A型肝炎



経口（糞口）感染、接触感染するA型肝炎は、日本で年間数百人の発生があり、8割は牡蠣やその他の魚介類などの食物による感染、2割は海外渡航からの帰国者である。平成22（2010）年春には患者数の急増があった。60歳以下の日本人の抗体保有率はほぼ0%で、この年齢層は注意が必要である。小児の80-95%は感染しても無症状で済むが、重症化する例もある。無症状であっても便中にウイルスは排出されるため、感染予防が困難である。

病原体	A型肝炎ウイルス
潜伏期間	平均28日（15-50日）
感染経路	経口感染（牡蠣やその他の魚介類等）、糞口感染（家族や施設内）、接触感染。ウイルスは黄疸出現1-2週前に便中に多量に排出され、発症1週間程度で感染力は急速に弱まる。

<p>Ⅰ Ⅱ Ⅲ Ⅳ Ⅴ</p> <p>症状・予後</p>	<p>子供は無症状で済むことも多く、便の処理が十分に行われにくいことから、集団発生しやすい。乳児ではおむつからの感染で、集団発生した事例もある。発症すれば発熱、全身倦怠感、頭痛、食欲不振、下痢、嘔吐、上腹部痛があり、3－4日後に黄疸が出現する。解熱とともに症状は軽快するが、完全に治癒するまでは1－2か月を要することが多い。劇症肝炎に発展することもある。平成22（2010）年の小流行では2％が劇症肝炎を発症した。有効な治療薬はなく、対症療法が行われる。</p>
<p>予 防 法・ ワ ク チ ン</p>	<p>ワクチンによる予防が可能。流行地への渡航予定者へは予防接種を受けることが望ましい。日本でも全年齢層でA型肝炎ワクチンの接種が可能であるが、WHOは1歳以上での接種を推奨している。 患者との濃厚接触者には、免疫グロブリンやワクチンを予防的に投与することがある。</p>
<p>登 校（園） の 目 安</p>	<p>発病初期を過ぎれば感染力は急速に消失するので、肝機能が正常になった者については登校（園）可能である。</p>

14) B型肝炎



血液や体液を介して感染するウイルス性肝炎のひとつで、以前は輸血に伴う感染や、出産に伴う母親からの垂直感染が問題となった。輸血用血液のスクリーニング検査や、母子感染防止事業によって発生数が減少しているが、母子感染防止事業の対象となる新生児の約10%で出産時及びその後の予防処置の脱落や胎内感染がみられ、また近年、幼少時の家族内感染も報告されている。思春期以降の性的接触による感染が増加している。また、これまで海外に多いとされていた遺伝子型AのB型肝炎ウイルス感染者が日本でも増えており、従来の遺伝子型BあるいはCのB型肝炎ウイルスに比べると、成人になってから感染してもHBVキャリアになる頻度が高い。

<p>病 原 体</p>	<p>B型肝炎ウイルス（HBV）</p>
<p>潜 伏 期 間</p>	<p>平均90日（45－160日）</p>
<p>感 染 経 路</p>	<p>HBVキャリアの母からの垂直感染、HBVキャリアの人の傷口との接触、歯ブラシやカミソリなどの共用に伴う水平感染、性行為による感染。</p>
<p>症 状 ・ 予 後</p>	<p>出生時や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（HBVキャリア）に移行しやすい。急性肝炎を発症した場合は倦怠感、発熱、黄疸などがみられる。まれではあるが劇症肝炎に発展し死に至る場合もある。急性肝炎の多くは治癒するが、一部はキャリアとなり、またやがて10－15%は慢性肝炎、肝硬変、肝癌（がん）へ進行する。治療は、急性肝炎の場合は対症療法が多く、慢性肝炎の場合は抗ウイルス薬やインターフェロン療法などがある。</p>

<p>予 防 法・ ワ ク チ ン</p>	<p>平成28年（2016）年10月から、平成28（2016）年4月1日以降に生まれた0歳児が定期予防接種の対象となった（1歳以降は任意接種）。HBVキャリアの家族には積極的にワクチン接種を行う。母子感染予防はその一環であり、HB免疫グロブリン（HBIG）とB型肝炎ワクチンを用いて予防する。家族内では歯ブラシ、カミソリの共有を避ける。幼稚園など不特定多数の幼児が生活するところでは、血液に触れる場合は使い捨て手袋を着用するなど、医療機関などで行われている標準予防策をとることが必要である。</p>
<p>登 校（園） の 目 安</p>	<p>急性肝炎の急性期でない限り、登校（園）可能である。HBVキャリアの出席停止の必要はない。ただし、血液や体液に触れる場合は手袋を着用するなど、上記の標準予防策を守ることが大切である。例外的な場合、例えば非常に攻撃的によくかみ付く、全身性の皮膚炎がある、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子供がHBVキャリアである場合には、主治医、保育者、施設責任者が個別にそのリスクを評価して対応する必要がある。</p>

I

II

III

IV

V

15) 伝染性膿痂疹（とびひ）

黄色ブドウ球菌などの皮膚感染によって、紅斑、水疱、びらん及び厚い痂皮ができる疾患。夏期に多く、乳幼児に好発する。

<p>病 原 体</p>	<p>主として黄色ブドウ球菌やA群溶血性レンサ球菌</p>
<p>潜 伏 期 間</p>	<p>2－10日。長期の場合もある。</p>
<p>感 染 経 路</p>	<p>接触感染。痂皮にも感染性が残っている。</p>
<p>症 状 ・ 予 後</p>	<p>紅斑を伴う水疱や膿疱が破れてびらん、痂皮をつくる。かゆみを伴うことがあり、病巣は擦過部に広がる。黄色ブドウ球菌によるものは水疱をつくりやすく、A群溶血性レンサ球菌によるものは痂皮ができやすい。病巣が広がると外用薬、更に内服や点滴による適切な抗菌薬療法を必要とすることがある。</p>
<p>予 防 法 ・ ワ ク チ ン</p>	<p>皮膚を清潔に保つことが大切。集団生活の場では感染予防のため病巣を有効な方法で覆うなどの注意が必要。ワクチンはない。</p>
<p>登 校（園） の 目 安</p>	<p>出席停止の必要はないが、炎症症状の強い場合や、化膿した部位が広い場合は、傷に直接触らないように指導する。</p>

16) 伝染性軟属腫（水いぼ）



特に幼児期に好発する皮膚疾患である。半球状に隆起し、光沢を帯び、中心にくぼみをもつ粟粒大から米粒大（2－5mm）のいぼが、主に体幹、四肢にできる。

病原体	伝染性軟属腫ウイルス
潜伏期間	主に2－7週（6か月のこともある）
感染経路	接触感染。主として感染者への接触による直接感染であるが、タオルの共有などによる間接触による感染もある。感染すると、自家接種で増加する。水いぼの内容物が感染源となる。
症状・予後	いぼが数個散在する場合や、広い範囲にわたって多発する場合もある。発生部位は体幹、四肢。特にわきの下、胸部、上腕内側などの間擦部では自家接種により多発する傾向がある。時にかゆみがあり、かいて傷つけることによって周囲に湿疹病変を作ったり、かき壊して膿痂疹を合併したりする。自然消退する場合もあるが、回復までに6－12か月、時に数年を要する。その間に他人にうつしたり、自家接種で増加したりするため、ピンセットで摘除したり、液体窒素などで治療することもあるが、放置して自然治癒を待つ場合もある。
予防法・ワクチン	プールや水泳で直接肌が触れると感染するため、露出部の水いぼは覆ったり、処置したりしておく。タオル、ビート板、浮き輪などの共用を避ける。ワクチンはない。
登校（園）の目安	出席停止の必要はない。

17) アタマジラミ症



頭皮に寄生し、頭皮に皮膚炎を起こす疾患。児童に多い。誤解されることが多いが、衛生不良の指標ではない。

病原体	アタマジラミ。ケジラミ（主に性交渉で感染し陰部に寄生）やコロモジラミ（衣類に付着し発しんチフスを媒介する）とは異なる。
潜伏期間	産卵からふ化までは10－14日、成虫までは2週間。
感染経路	接触感染。家族内や集団の場での直接接触、あるいはタオル、くし、帽子を介しての間接触による感染。
症状・予後	一般に無症状であるが、吸血部位にかゆみを訴えることがある。治療としてはシラミ駆除剤が有効。

予 防 法・ ワ ク チ ン	頭髪を丁寧に観察し、早期に虫卵を発見することが大切。発見したら一斉に駆除する。タオル、くしや帽子の共用を避ける。着衣、シーツ、枕カバー、帽子などは洗うか、熱処理（熱湯、アイロン、ドライクリーニング）する。ワクチンはない。
登 校（園） の 目 安	出席停止の必要はない。ただし、できるだけ早期に適切な治療をする必要がある。

18) 疥癬（かいせん）



疥癬虫の寄生によって生じる。通常疥癬（普通に見られる疥癬）と角化型疥癬（ノルウェー疥癬）があり、角化型疥癬の方が症状や感染力が強い。家庭内や高齢者施設内での集団感染が多く、その結果乳幼児に感染が拡大し、保育所や幼稚園等で問題になる。

病 原 体	ヒゼンダニ（疥癬虫）。雌成虫は約400 μ m、雄は雌の60%くらいの大きさ。卵は3－5日でふ化し、脱皮しつつ幼虫、若虫、成虫になる。生活環は10－14日である。雌成虫が表皮角層にトンネルを掘り進み、4－6週間に1日2－4個産卵する。
潜 伏 期 間	感染して約1－2か月。角化型疥癬は虫数が多く、潜伏期も4－5日と非常に短い。
感 染 経 路	通常疥癬は肌と肌の接触感染であるが、寝具などを介しての感染もある。角化型疥癬では、寄生しているダニ数が多く、脱落した角質でも感染する。
症 状 ・ 予 後	通常疥癬では、体幹・四肢に丘しん・紅斑がは種状に出現。激烈なかゆみを訴え、特に夜間に強い。陰部・わきの下の米粒大の結節、手のひら・足底、手首などの疥癬トンネルが特徴的。角化型疥癬は全身に皮疹が生じ、手のひら・足底の角質肥厚が顕著である。診断は、顕微鏡検査によるダニの証明。治療は入浴により清潔を保ち、イオウ外用薬、必要時内服薬も用いる。
予 防 法・ ワ ク チ ン	リネン・寝具を清潔に保ち、教職員を介して感染が拡大しないように注意する。通常の疥癬の場合は、直接接触を避けることで予防できるが、角化型疥癬の場合は、患者が使用したリネン、毛布、布団、ベッドマット等にはダニが存在する可能性がある。寝具類は50℃以上のお湯に10分以上浸すか、大型の乾燥機で20－30分処理する。ワクチンはない。
登 校（園） の 目 安	治療を始めれば出席停止の必要はない。ただし手をつなぐなどの遊戯・行為は避ける。角化型は感染力が強いため、治癒するまで外出は控える。

19) 皮膚真菌症



①カンジダ感染症

新生児期、乳児期に好発する皮膚疾患。

病原体	カンジダ、多くの場合カンジダ・アルビカンス
感染経路	接触感染
症状・予後	乳児寄生菌性紅斑：乳児では陰部又は股間のオムツ部、顎の下、わきの下などの間擦部に半米粒大までの紅色丘しん、水疱・膿疱が散在し、経過とともに破れ、鱗屑（りんせつ：表皮の角質が肥厚し、はく離したもの）を伴った湿潤・紅斑局面を作る。周囲の秕糠様落屑（ひこうようらくせつ：皮膚の角質が増えて米ぬか様にはがれること）、丘しん・小膿疱は特徴的である。石鹸できれいに洗い、抗真菌薬を外用する。
予防法・ワクチン	蒸れを防ぎ、汗はこまめにふきとり、皮膚を乾燥させて清潔にする。まめにオムツを替える。ワクチンはない。
登校（園）の目安	出席停止の必要はない。乳児のオムツ交換時に、他の児と接触しないようにする。

②白癬、特にトングランズ感染症

中学生・高校生・大学生の柔道、相撲、レスリングなど、格闘技のスポーツ選手に好発する。互いに肌や頭部を接触させる競技の選手たちにまん延しており、管理する指導者が本疾患に対する認識を持つことが重要。感染が判明すると試合に出られなくなると、隠している選手が少なくない。一人でもトングランズ感染が発覚したら、その一集団全員の早期の検査と早期の治療が必要であることについて、まずは指導者への啓発活動を行うべきである。

病原体	トリコフィトン・トングランズ（白癬菌の一種）
潜伏期間	数日から数週間
感染経路	接触感染
症状・予後	主には頭部白癬と体部白癬。体部ではわきの下・陰部又は股間の紅斑のほかにも必ずしも皮疹を生じず、皮膚表面の擦過培養で、菌が見つかる例がある。頭部白癬では、脱毛部や毛髪がまばらな部分に菌の集塊の黒色点が見られる例や、重症でケルスス禿瘡（とくそう：頭部に発生する皮膚病。時に毛髪が抜け落ちる）状態になる例もある。治療は抗真菌薬の外用や内服。特に合宿生活者には予防投与が必要な場合がある。

<p>予 防 法・ ワ ク チ ン</p>	<p>①練習や試合の終了時、できるだけ早く入浴又はシャワーで、体や頭を石鹸で洗う。シャワー施設がない場合は、水道の蛇口下で頭を洗い、濡れタオルで体を清潔にする。②練習・試合に身に着けていた衣類はよく洗濯する。部員同士で、帽子・シャツ・タオルなどの貸し借りはしない。③練習前後に道場・体育館の床、マットなどの念入りな清掃が必要。④疑わしい皮疹のある生徒、その周囲の生徒を皮膚科受診させる。これは監督者の義務と考える。⑤感染が判明した場合は、試合はもちろん練習も休ませる。(全日本柔道連盟が提示した予防策) 早期の検査と治療によって、早く練習・試合に回復できることの理解も必要である。ワクチンはない。</p>
<p>登 校 (園) の 目 安</p>	<p>出席停止の必要はない。ただし、接触の多い格闘技の練習・試合などは、感染のおそれなくなるまでは休ませる。</p>

I

II

III

IV

V

IV 学校において予防すべき感染症のQ&A

Q1 インフルエンザと普通の風邪はどう違うのですか

風邪は様々なウイルスによって起こりますが、普通の風邪の多くは、のどの痛み、鼻汁、くしゃみや咳などの症状が中心で、全身症状は余り見られません。発熱もインフルエンザほど高くなく、重症化することは余りありません。

一方、インフルエンザは、38℃以上の発熱、頭痛、関節痛、筋肉痛など全身の症状が突然現れます。併せて普通の風邪と同じように、のどの痛み、鼻汁、咳などの症状も見られます。子どもではまれに急性脳症を、高齢の方や免疫力の低下している方では肺炎を併発する等、重症になることがあります。

なお、インフルエンザに限らず、普通の風邪であっても、正確な体温は重要な情報となります。「熱っぽい」「体が熱い」といった主観的な判断ではなく、実際に体温を測ることが大切です。症状の出始めはもちろん、経過中、また軽快したと思われる場合であっても、完全によくなるまでは、定期的に体温を測るようにしましょう。

Q2 インフルエンザワクチンの接種量及び接種回数は年齢によって違いますか。

インフルエンザワクチンの接種量及び接種回数は次のとおりです。

- (1) 6か月以上3歳未満の方 1回0.25mL 2回接種
- (2) 3歳以上13歳未満の方 1回0.5mL 2回接種
- (3) 13歳以上の方 1回0.5mL 1回接種

1回目の接種時に12歳で2回目の接種時に13歳になっていた場合、12歳として考えていただく構いません。

注1) 13歳以上で基礎疾患(慢性疾患)があり、著しく免疫が抑制されていると考えられる方などは、医師の判断で2回接種となる場合があります。

注2) 一部のワクチンは、(1)については接種対象年齢が1歳以上のため、「1歳以上3歳未満の方 1回0.25mL 2回接種」となります。

※インフルエンザについての詳細なQ & Aについては、厚生労働省のホームページを参照ください。

<http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekaku-kansenshou01/qa.html>

Q3 家族がインフルエンザにり患した場合は、児童生徒に症状がない場合、若しくは軽度の発熱等だった場合も、インフルエンザの検査をした方がいいのでしょうか。

症状がない場合や軽症の場合、家族がインフルエンザにり患したというだけで、検査を受ける必要はありません。インフルエンザ迅速検査は、検査に適したタイミングがあり、また、検査に伴う痛みもあります。検査の限界もあることから、迅速検査のみで100%インフルエンザと診断できるわけではありません。また、逆に、家族のインフルエンザのり患歴などから、臨床的にインフルエンザと診断されることもあります。検査が必ず必要というわけではないため、医師等に相談の上、適切な対応をしてください。

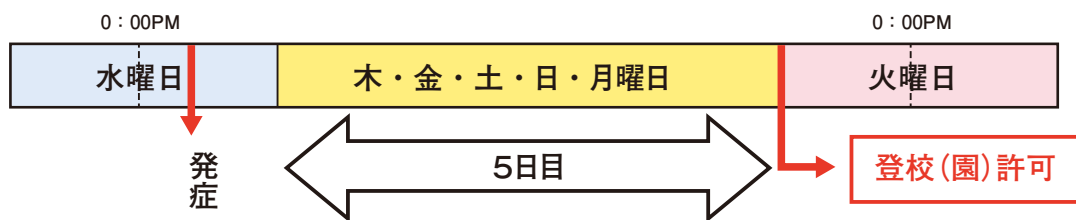
Q4 インフルエンザの「発症した後5日を経過」とは、どのように数えるのですか。また、「発症」した日とは、熱が出た日のことを指すのですか。

「発症した後5日を経過」については、症状が出た日の翌日を1日目として数えます。例えば、水曜に発症した場合は、翌日の木曜が1日目になりますので、「発症した後5日を経過」し、登校（園）が可能になるのは、翌週の火曜になります（ただし、解熱した後2日（幼児にあっては3日）を経過した場合）。

また、インフルエンザは、高熱が出た日を指して「発症」とする場合が多いと予想されます。いずれにせよ、医師等に相談の上、適切な対応をしてください。

なお、インフルエンザをはじめとする第二種の感染症については、症状により学校医又はその他の医師において感染のおそれがないと認めた場合には、登校（園）は可能です。

例) 発症した後5日を経過した場合の登校（園）許可の日。ただし、解熱した後2日（幼児にあっては3日）を経過したものとす。



Q5 インフルエンザで熱がない場合はどのように考えたらよいですか。

熱がなくともインフルエンザと診断される契機となった何らかの症状があれば、その症状を起点とすることが考慮されます。また、インフルエンザにかかっても全ての人が同じような経過になるとは限らず、中には早く治る人もいれば、脳症や肺炎を合併する人もいます。出席停止の期間は基準ですので、判断に困るときは学校医やその他の医師の指示を仰ぐようにします。

Q6 流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）では、右の耳下腺が最初に腫脹し、次に左の耳下腺が腫脹するなど、腫脹の出現がバラバラな場合があります。こうした場合、「耳下腺、顎下腺又は舌下腺の腫脹が発現した後五日を経過」とは、どのように数えるのですか。

通常経過の流行性耳下腺炎における耳下腺、顎下腺又は舌下腺の腫脹については、最初の腫脹が発現した日を起点に数えます。例えば、水曜に右の耳下腺が腫脹、木曜に左の耳下腺が腫脹、金曜に右の顎下腺が腫脹した場合は、最初に腫脹が出現した水曜を起点に数えることとなります。

Q7 流行性耳下腺炎で、「耳下腺、顎下腺又は舌下腺の腫脹が発現した後五日を経過し、かつ全身状態が良好」になった後でも、耳下腺等の腫脹が続いています。この場合は、登校（園）は可能でしょうか。

流行性耳下腺炎について、耳下腺等の腫脹が続いていること自体は、出席停止の基準にはなりません。「耳下腺、顎下腺又は舌下腺の腫脹が発現した後五日を経過し、かつ全身状態が良好」であれば、登校（園）は可能です。

Q8 流行性耳下腺炎には自然にかかる方がよいというのは本当ですか。

自然にかかる方がよいとはいえません。流行性耳下腺炎の原因であるムンプスウイルスに感染しても症状が出ない不顕性感染が30～35%あると言われています。残りの人は耳下腺、顎下腺、舌下腺が腫れる等の症状が出ますが、中には重篤な合併症が生じることがあります。例えば髄膜炎、脳炎、難聴、膝炎、精巣炎、卵巣炎等があり、後遺症を残すことがあります。

難聴については、片側の難聴ばかりでなく、両側難聴もみられ、両側難聴では補聴器や人工内耳が必要となった例が大部分であったとの報告（日本耳鼻咽喉科学会大規模全国調査）があり、予防接種の重要性が指摘されています。

Q9 家族がRSウイルス感染症やノロウイルス感染症等になり患した場合、児童生徒に症状がない場合若しくは軽度な症状のみの場合も、検査をした方がいいのでしょうか。

症状がない場合や軽症の場合、家族がこれらの感染症になり患したというだけで、検査を受ける必要はありません。各種病原体検査については、症状によっては必ずしも検査が必要でない場合もあります。医師等に相談の上、適切な対応をしてください。

Q10 教職員についても、麻しんの予防接種を二回接種することが必要なのでしょうか。

学校の教職員は、幼児、児童、体力の弱い者等の麻しんにり患すると重症化しやすい者と接する機会が多いことから、本人が麻しんを発症すると、多数の者に感染を引き起こしてしまう可能性が高くなります。

そのため、児童生徒のみならず、教職員についても、り患歴及び予防接種歴を確認し、未り患であり、かつ、麻しんの予防接種を必要回数である二回接種していない者については、予防接種が推奨されます。

Q11 教職員がインフルエンザ等の感染症にかかった場合の病気休暇についても、本解説書に従うのでしょうか。

本解説書で示した出席停止期間の基準については、学校保健安全法を根拠としており、その対象は児童生徒等になります。(学校保健安全法第19条)

つまり、教職員を対象としたものではないため、教職員については、本解説書にある出席停止期間の基準は適用されません。(ただし、各学校等の判断において、本解説書を準用していただくことは差し支えなく、インフルエンザ等の感染症と診断された教職員については、児童生徒等と同様に出勤を控えることで、本人の体調回復のみならず、感染拡大予防にも繋がります。)

なお、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（感染症法）における就業制限等については、感染症法を御参照ください。その他、感染症に関する法律としては、労働安全衛生法等があります。

Q10でも示したとおり、学校の教職員は、幼児、児童、体力の弱い者等の、感染症にり患すると重症化しやすい者と接する機会が多いことから、本人が感染症を発症すると、多数の者に感染を引き起こしてしまう可能性が高くなります。そのため、より適切な感染症対策が求められるところです。

I II III IV V

Q12

学校内で結核患者が発生した場合はどのような対応が必要でしょうか。

結核患者に対する入院勧告や就業制限、接触した人に対する健康診断（接触者健診）は感染症法によって都道府県知事がある権限を持っていますが、実際は委任されている保健所が行います。もし学校内で結核患者が発生した場合には、学校は速やかに関係者間（学校内、学校医、学校の設置者、保健所等）で情報共有をする必要があります。児童生徒等や保護者からの情報収集や情報提供については、関係者間で共通認識をもって行います。

結核を診断した医師は保健所への届け出が義務付けられており、保健所は患者や接触者等に対して、感染症法に基づいた調査（積極的疫学調査）を行います。その結果に基づいて、様々な措置や接触者健康診断の範囲を決定して実施します。学校や学校の設置者（教育委員会）は保健所と十分に連携を取りながら、対応することが重要です。

Q13

結核患者が学校関係者であった場合に、保健所は学校に連絡をしてくれますか。

当該患者が学校で接触した人に感染させる恐れがある場合（感染性の場合）には、連絡の上で健康診断等の必要な措置を実施することになりますが、感染性がなく学校における特別な対応の必要がなく患者または保護者が学校への連絡を拒否した場合には連絡しません。

Q14

小学校入学後に受けることができる定期予防接種にはどのようなものがありますか。

小学校入学後に受けることができる定期接種としては、百日咳・ジフテリア・破傷風・ポリオの第1期（7歳半未満）、日本脳炎の第1期（7歳半未満）及び第2期（9歳～13歳未満）、ジフテリア・破傷風の第2期（11歳～13歳未満）、ヒトパピローマウイルス感染症（小学校6年生～高校1年生相当年齢の女子）（※）があります。また、平成7（1995）年4月2日～平成19（2007）年4月1日生まれの者で日本脳炎の定期接種を4回完了していない場合は、20歳未満であれば定期接種として受けることが可能です。平成19（2007）年4月2日～平成21（2009）年10月1日生まれの者は、生後6か月～90か月未満に加えて、9歳～13歳未満の期間内にも日本脳炎第1期の定期接種が可能です。

※HPVワクチンについては、広範な慢性の疼痛又は運動障害を中心とする多様な症状が接種後に見られたことから、平成25年6月の審議会での議論を踏まえ、この症状の発生頻度等がより明らかになり、国民に適切に情報提供できるまでの間、定期接種の積極的な勧奨が差し控えられており、接種のあり方については、審議会において科学的な検討が進められています。

Q15 感染症にかかっている疑いのある例、かかるおそれのある例についての考え方を教えてください。

麻しんを例に挙げると、麻しんに対する免疫を持たない人あるいは免疫が不十分な人（麻しんについて、り患歴がなく、かつ、麻しん含有ワクチン未接種あるいは、1回のみ接種あるいは、接種歴が不明の人）はかかるおそれのある例になります。

麻しん患者との接触後10～12日後に発熱、咳、鼻水等のカタル症状が出現した場合は、かかっている疑いのある例になります。

Q16 「その他の感染症」はどのように考えたらよいでしょうか。

学校で通常見られないような重大な流行が起こった場合に、その感染拡大を防ぐために、必要があるときに限り、学校医の意見を聞き、校長が第三種の感染症として緊急的に措置をとることができるものとして定められているものであり、あらかじめ特定の疾患を定めてあるものではありません。

「その他の感染症」として出席停止の指示をするかどうかは、感染症の種類や各地域、学校における感染症の発生・流行の態様等を考慮の上で判断する必要があります。そのため、本書に示した感染症は、子供のときに多くみられ、学校でしばしば流行するものの一部を例示したもので、必ず出席停止を行うべきというものではありません。

I

II

III

IV

V

参考ウェブサイト

- 文部科学省 | 感染症対策
http://www.mext.go.jp/a_menu/kenko/hoken/1353635.htm
- 厚生労働省 | 感染症情報
http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/kenkou/kekkaku-kansenshou/index.html
- 厚生労働省 | 予防接種情報
http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/kenkou/kekkaku-kansenshou/yobou-sesshu/
- 国立感染症研究所 | 感染症情報
<https://www.niid.go.jp/niid/ja/>
- 国立感染症研究所 | 予防接種情報
<https://www.niid.go.jp/niid/ja/vaccine-j.html>
- 厚生労働省検疫所 | 海外で健康に過ごすために
<http://www.forth.go.jp/>
- 内閣府 食品安全委員会 | 食の安全情報
<http://www.fsc.go.jp/>
- 外務省 | 海外安全ホームページ
<http://www.anzen.mofa.go.jp/>
- 外務省 | 海外安全情報配信サービス「たびレジ」
<https://www.ezairyu.mofa.go.jp/tabireg/>
- 国立医薬品食品衛生研究所 | 食の安全情報
<http://www.nihs.go.jp/index-j.html>
- 地方衛生研究所全国協議会 | 地域の感染症情報
<http://www.chieiken.gr.jp/index.html>
- 公益財団法人結核予防会 結核研究所 | 結核の情報
<http://www.jata.or.jp/>
- 公益財団法人予防接種リサーチセンター | 予防接種情報
<http://www.yoboseshu-rc.com/>
- 世界保健機関 (WHO) | 世界の感染症・予防接種情報
<http://www.who.int/en/>
- 世界保健機関西太平洋地域事務局 (WPRO) | 西太平洋地域の感染症・予防接種情報
<http://www.wpro.who.int/en/>

V 関係法令

○ 学校保健安全法（抄）（昭和三十三年法律第五十六号）

（就学時の健康診断）

第十一条 市（特別区を含む。以下同じ。）町村の教育委員会は、学校教育法第十七条第一項の規定により翌学年の初めから同項に規定する学校に就学させるべき者で、当該市町村の区域内に住所を有するものの就学に当たつて、その健康診断を行わなければならない。

第十二条 市町村の教育委員会は、前条の健康診断の結果に基づき、治療を勧告し、保健上必要な助言を行い、及び学校教育法第十七条第一項に規定する義務の猶予若しくは免除又は特別支援学校への就学に関し指導を行う等適切な措置をとらなければならない。

（児童生徒等の健康診断）

第十三条 学校においては、毎学年定期に、児童生徒等（通信による教育を受ける学生を除く。）の健康診断を行わなければならない。

2 学校においては、必要があるときは、臨時に、児童生徒等の健康診断を行うものとする。

第十四条 学校においては、前条の健康診断の結果に基づき、疾病の予防処置を行い、又は治療を指示し、並びに運動及び作業を軽減する等適切な措置をとらなければならない。

（職員の健康診断）

第十五条 学校の設置者は、毎学年定期に、学校の職員の健康診断を行わなければならない。

2 学校の設置者は、必要があるときは、臨時に、学校の職員の健康診断を行うものとする。

第十六条 学校の設置者は、前条の健康診断の結果に基づき、治療を指示し、及び勤務を軽減する等適切な措置をとらなければならない。

（保健所との連絡）

第十八条 学校の設置者は、この法律の規定による健康診断を行おうとする場合その他政令で定める場合においては、保健所と連絡するものとする。

（出席停止）

第十九条 校長は、感染症にかかつており、かかっている疑いがあり、又はかかるおそれのある児童生徒等があるときは、政令で定めるところにより、出席を停止させることができる。

（臨時休業）

第二十条 学校の設置者は、感染症の予防上必要があるときは、臨時に、学校の全部又は一部の休業を行うことができる。

(文部科学省令への委任)

第二十一条 前二条（第十九条の規定に基づく政令を含む。）及び感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（平成十年法律第百十四号）その他感染症の予防に関して規定する法律（これらの法律に基づく命令を含む。）に定めるもののほか、学校における感染症の予防に関し必要な事項は、文部科学省令で定める。

○ 学校保健安全法施行令（抄）（昭和三十三年政令第百七十四号）

(保健所と連絡すべき場合)

第五条 法第十八条の政令で定める場合は、次に掲げる場合とする。

- 一 法第十九条の規定による出席停止が行われた場合
- 二 法第二十条の規定による学校の休業を行った場合

(出席停止の指示)

第六条 校長は、法第十九条の規定により出席を停止させようとするときは、その理由及び期間を明らかにして、幼児、児童又は生徒（高等学校（中等教育学校の後期課程及び特別支援学校の高等部を含む。以下同じ。）の生徒を除く。）にあつてはその保護者に、高等学校の生徒又は学生にあつては当該生徒又は学生にこれを指示しなければならない。

2 出席停止の期間は、感染症の種類等に応じて、文部科学省令で定める基準による。

(出席停止の報告)

第七条 校長は、前条第一項の規定による指示をしたときは、文部科学省令で定めるところにより、その旨を学校の設置者に報告しなければならない。

○ 学校保健安全法施行規則（抄）（昭和三十三年文部省令第十八号）

(就学時健康診断票)

第四条 学校保健安全法施行令（昭和三十三年政令第百七十四号。以下「令」という。）第四条第一項に規定する就学時健康診断票の様式は、第一号様式とする。

(事後措置)

第九条 学校においては、法第十三条第一項の健康診断を行ったときは、二十一日以内にその結果を幼児、児童又は生徒にあつては当該幼児、児童又は生徒及びその保護者（学校教育法（昭和二十二年法律第二十六号）第十六条に規定する保護者をいう。）に、学生にあつては当該学生に通知するとともに、次の各号に定める基準により、法第十四条の措置をとらなければ

ばならない。

- 一 疾病の予防処置を行うこと。
 - 二 必要な医療を受けるよう指示すること。
 - 三 必要な検査、予防接種等を受けるよう指示すること。
 - 四 療養のため必要な期間学校において学習しないよう指導すること。
 - 五 特別支援学級への編入について指導及び助言を行うこと。
 - 六 学習又は運動・作業の軽減、停止、変更等を行うこと。
 - 七 修学旅行、対外運動競技等への参加を制限すること。
 - 八 机又は腰掛の調整、座席の変更及び学級の編制の適正を図ること。
 - 九 その他発育、健康状態等に応じて適当な保健指導を行うこと。
- 2 前項の場合において、結核の有無の検査の結果に基づく措置については、当該健康診断に当たった学校医その他の医師が別表第一に定める生活規正の面及び医療の面の区分を組み合わせて決定する指導区分に基づいて、とるものとする。

(臨時の健康診断)

第十条 法第十三条第二項の健康診断は、次に掲げるような場合で必要があるときに、必要な検査の項目について行うものとする。

- 一 感染症又は食中毒の発生したとき。
- 二 風水害等により感染症の発生のおそれのあるとき。
- 三 夏季における休業日の直前又は直後
- 四 結核、寄生虫病その他の疾病の有無について検査を行う必要のあるとき。
- 五 卒業のとき。

(事後措置)

第十六条 法第十五条第一項の健康診断に当たった医師は、健康に異常があると認めた職員については、検査の結果を総合し、かつ、その職員の職務内容及び勤務の強度を考慮して、別表第二に定める生活規正の面及び医療の面の区分を組み合わせて指導区分を決定するものとする。

2 学校の設置者は、前項の規定により医師が行った指導区分に基づき、次の基準により、法第十六条の措置をとらなければならない。

- 「A」 休暇又は休職等の方法で療養のため必要な期間勤務させないこと。
- 「B」 勤務場所又は職務の変更、休暇による勤務時間の短縮等の方法で勤務を軽減し、かつ、深夜勤務、超過勤務、休日勤務及び宿日直勤務をさせないこと。
- 「C」 超過勤務、休日勤務及び宿日直勤務をさせないか又はこれらの勤務を制限すること。
- 「D」 勤務に制限を加えないこと。
- 「1」 必要な医療を受けるよう指示すること。
- 「2」 必要な検査、予防接種等を受けるよう指示すること。
- 「3」 医療又は検査等の措置を必要としないこと。

(感染症の種類)

第十八条 学校において予防すべき感染症の種類は、次のとおりとする。

- 一 第一種 エボラ出血熱、クリミア・コンゴ出血熱、痘そう、南米出血熱、ペスト、マールブルグ病、ラッサ熱、急性灰白髄炎、ジフテリア、重症急性呼吸器症候群（病原体がベータコロナウイルス属SARSコロナウイルスであるものに限る。）、中東呼吸器症候群（病原体がベータコロナウイルス属MERSコロナウイルスであるものに限る。）及び特定鳥インフルエンザ（感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（平成十年法律第百十四号）第六条第三項第六号に規定する特定鳥インフルエンザをいう。次号及び第十九条第二号イにおいて同じ。）
 - 二 第二種 インフルエンザ（特定鳥インフルエンザを除く。）、百日咳(せき)、麻しん、流行性耳下腺炎、風しん、水痘、咽頭結膜熱、結核及び髄膜炎菌性髄膜炎
 - 三 第三種 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
- 2 感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律第六条第七項から第九項までに規定する新型インフルエンザ等感染症、指定感染症及び新感染症は、前項の規定にかかわらず、第一種の感染症とみなす。

(出席停止の期間の基準)

第十九条 令第六条第二項の出席停止の期間の基準は、前条の感染症の種類に従い、次のとおりとする。

- 一 第一種の感染症にかかった者については、治癒するまで。
- 二 第二種の感染症（結核及び髄膜炎菌性髄膜炎を除く。）にかかった者については、次の期間。ただし、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たときは、この限りでない。
 - イ インフルエンザ（特定鳥インフルエンザ及び新型インフルエンザ等感染症を除く。）にあつては、発症した後五日を経過し、かつ、解熱した後二日（幼児にあつては、三日）を経過するまで。
 - ロ 百日咳にあつては、特有の咳が消失するまで又は五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。
 - ハ 麻しんにあつては、解熱した後三日を経過するまで。
 - ニ 流行性耳下腺炎にあつては、耳下腺、顎下腺又は舌下腺の腫脹が発現した後五日を経過し、かつ、全身状態が良好になるまで。
 - ホ 風しんにあつては、発しんが消失するまで。
 - ヘ 水痘にあつては、すべての発しんが痂皮化するまで。
 - ト 咽頭結膜熱にあつては、主要症状が消退した後二日を経過するまで。
- 三 結核、髄膜炎菌性髄膜炎及び第三種の感染症にかかった者については、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るまで。
- 四 第一種若しくは第二種の感染症患者のある家に居住する者又はこれらの感染症にかかつ

ている疑いがある者については、予防処置の施行の状況その他の事情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るまで。

五 第一種又は第二種の感染症が発生した地域から通学する者については、その発生状況により必要と認めたとき、学校医の意見を聞いて適当と認める期間。

六 第一種又は第二種の感染症の流行地を旅行した者については、その状況により必要と認めたとき、学校医の意見を聞いて適当と認める期間。

(出席停止の報告事項)

第二十条 令第七条の規定による報告は、次の事項を記載した書面をもつてするものとする。

- 一 学校の名称
- 二 出席を停止させた理由及び期間
- 三 出席停止を指示した年月日
- 四 出席を停止させた児童生徒等の学年別人員数
- 五 その他参考となる事項

(感染症の予防に関する細目)

第二十一条 校長は、学校内において、感染症にかかっている、又はかかっている疑いがある児童生徒等を発見した場合において、必要と認めるときは、学校医に診断させ、法第十九条の規定による出席停止の指示をするほか、消毒その他適当な処置をするものとする。

2 校長は、学校内に、感染症のウイルスに汚染し、又は汚染した疑いがある物件があるときは、消毒その他適当な処置をするものとする。

3 学校においては、その附近において、第一種又は第二種の感染症が発生したときは、その状況により適当な清潔方法を行うものとする。

I

II

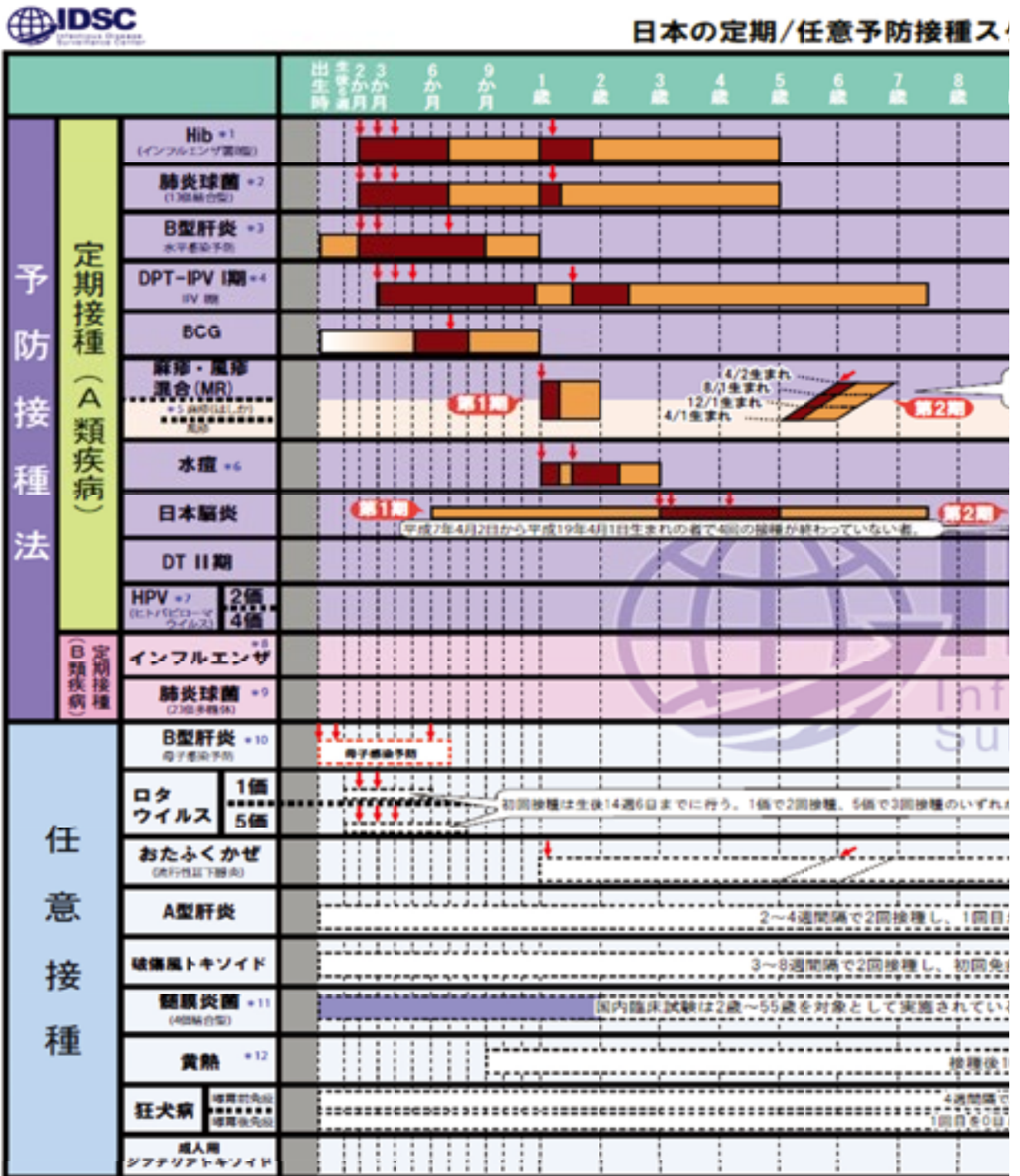
III

IV

V

【参考】 定期／任意予防接種

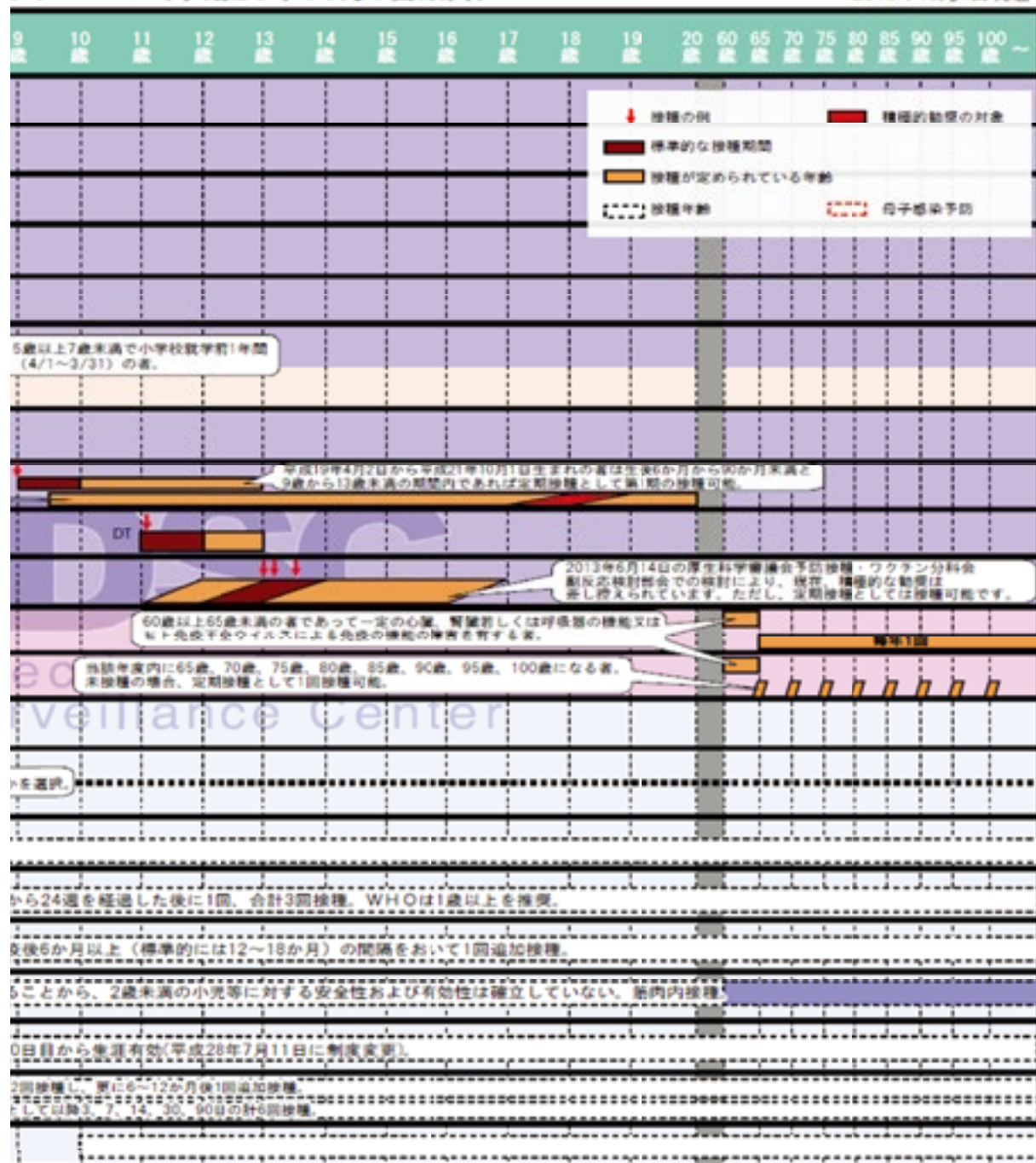
【日本語版】



予防接種法に基づく定期の予防接種は、本図に示したように、政令で接種対象年齢が定められています。この年齢以外で接種する場合は、医師の指導を受け、接種を受けることとなります。なお、↓は一例を示したものです。接種スケジュールの立て方についてはお子様の体調・生活環境、基礎疾患の有無等を考慮して、医師と相談してください。

スケジュール (平成28年10月1日以降)

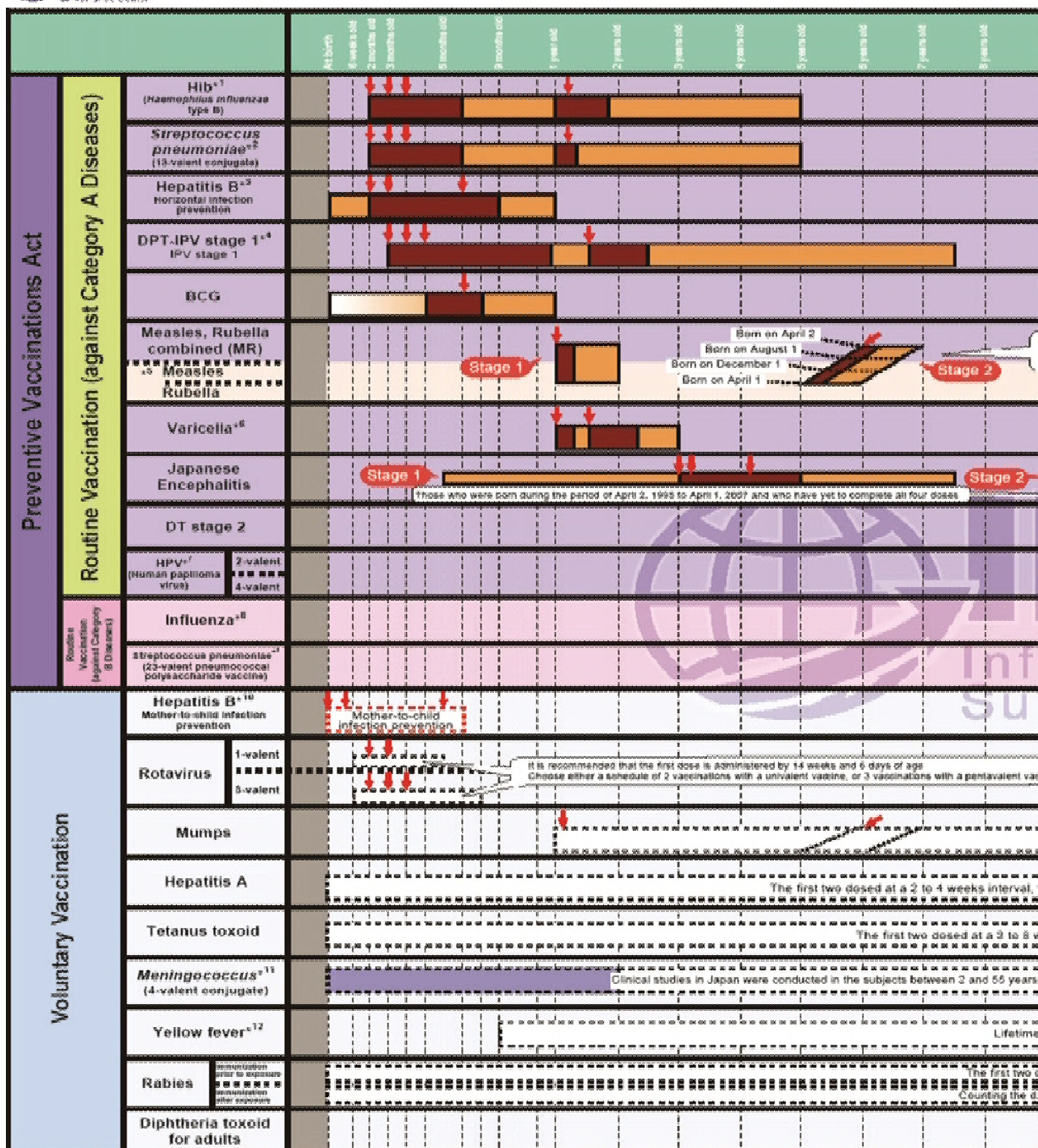
ver.2016.10.1
2016年10月1日現在



場合は、任意接種として受けることになります。ただしワクチン毎に定められた接種年齢がありますのでご注意ください。
 かかりつけ医あるいは自治体の担当者によく御相談下さい。 © Copyright 2016 IDSC All Rights Reserved. 無断転載を禁ずる。



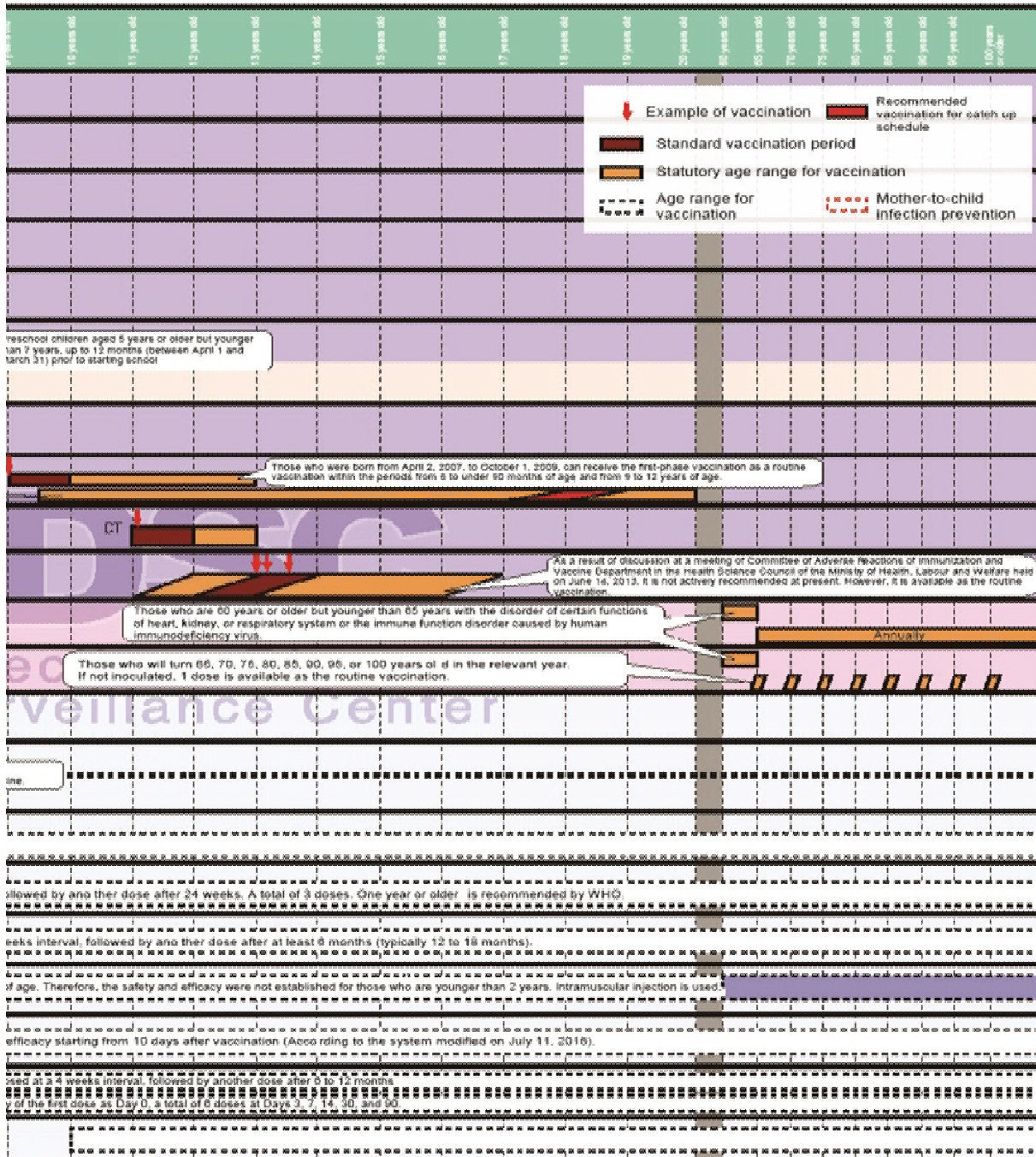
Routine/Voluntary Immunization Schedule



The target age for routine vaccination based on the Preventive Vaccinations Act is specified by ordinance as shown in the above chart. The vaccination at the age A down-pointing arrow (▼) represents an example. The vaccination schedule must be determined in consultation with your primary care doctor or a local government living environment and presence/absence of underlying disease.

Vaccination schedule in Japan (October 1, 2016)

Ver.2016.10.1
As of October 1, 2016



Other than specified above is available as voluntary vaccine. However, it should be noted that each vaccine has its own specified target age. Consult your local health center or vaccination center for more information. Please consult your local health center or vaccination center in consideration of your child's physical condition.

© Copyright 2016 IDSC All Rights Reserved. 無断転載を禁ずる。

出典：国立感染症研究所

学校において予防すべき感染症の解説作成協力者（平成25年3月）

石川 広己	社団法人日本医師会常任理事
宇高 二良	一般社団法人日本耳鼻咽喉科学会学校保健委員長
宇津見 義一	公益社団法人日本眼科医会常任理事
采女 智津江	名古屋学芸大学教授
衛藤 隆	社会福祉法人恩賜財団母子愛育会 日本子ども家庭総合研究所所長
岡部 信彦	川崎市衛生研究所所長
高橋 慶子	群馬県立赤城養護学校小児医療センター分校教頭
中野 貴司	川崎医科大学附属川崎病院小児科教授
日野 治子	関東中央病院特別顧問
雪下 國雄	公益財団法人日本学校保健会専務理事
和田 紀之	和田小児科医院院長
渡辺 博	帝京大学医学部附属溝口病院小児科教授
梅木 和宣	厚生労働省健康局結核感染症課
丸山 裕美子	厚生労働省雇用均等・児童家庭局保育課

なお、文部科学省においては、次の者が解説書の編集に当たった。

大 路 正 浩	文部科学省スポーツ・青少年局学校健康教育課長
丸 山 克 彦	文部科学省スポーツ・青少年局学校健康教育課課長補佐
岩 崎 信 子	文部科学省スポーツ・青少年局学校健康教育課健康教育調査官
知 念 希 和	文部科学省スポーツ・青少年局学校健康教育課学校保健対策専門官
工 藤 晃 義	文部科学省スポーツ・青少年局学校健康教育課保健指導係長
水 谷 友 俊	文部科学省スポーツ・青少年局学校健康教育課保健指導係員
阿 部 翔 子	文部科学省スポーツ・青少年局学校健康教育課保健指導係員

また、以下の資料等を参考とした。

「学校、幼稚園、保育所において予防すべき感染症の解説」

日本小児科学会 予防接種・感染対策委員会 2012年9月改訂版

「2012年改訂版 保育所における感染症対策ガイドライン」

厚生労働省

本書は、文部科学省補助金（健康教育振興事業費補助金）により、下記の公益財団法人日本学校保健会に設置した「学校において予防すべき感染症の解説改訂委員会」で作成したものである。

学校において予防すべき感染症の解説改訂委員会（平成30年3月）

委員長

岡田 賢司 公益社団法人日本小児科学会予防接種・感染症対策委員会委員長
福岡看護大学 基礎・基礎看護部門 基礎・専門基礎分野・教授
福岡歯科大学医科歯科総合病院・予防接種センター長

委員

浅野 明美 茨城県常陸太田市立世矢小学校養護教諭
内田 勝彦 大分県東部保健所所長
宇津見義一 神奈川県眼科医会副会長
宇津見眼科医院院長
大島 清史 一般社団法人日本耳鼻咽喉科学会学校保健委員会委員長
加藤 誠也 公益財団法人結核予防会結核研究所所長
川上 哲也 熊本市教育委員会事務局学校教育課健康教育課教育審議員
竹内志賀子 石川県白山市立光野中学校校長
多屋 馨子 国立感染症研究所感染症疫学センター第三室室長
道永 麻里 公益社団法人日本医師会常任理事
(五十音順)

協力者

弓倉 整 公益財団法人日本学校保健会専務理事
高倉 俊二 厚生労働省健康局結核感染症課課長補佐
鎮目 健太 厚生労働省子ども家庭局保育課保育指導専門官
高辻 千恵 厚生労働省子ども家庭局保育課保育指導専門官

なお、本書の作成にあたり

北原加奈子 文部科学省初等中等教育局健康教育・食育課学校保健対策専門官
松崎 美枝 文部科学省初等中等教育局健康教育・食育課健康教育調査官

のほか、下記の方々に、ご援助とご助言を頂きました。

三谷 卓也 文部科学省初等中等教育局健康教育・食育課長
大塚 和明 文部科学省初等中等教育局健康教育・食育課課長補佐

また、以下の資料等を参考とした。

「学校、幼稚園、保育所において予防すべき感染症の解説」

日本小児科学会 予防接種・感染症対策委員会 2017年5月改訂版

「2012年改訂版 保育所における感染症対策ガイドライン」

厚生労働省

「ウイルス性出血熱への行政対応の手引き第二版」

厚生労働省

学校において予防すべき感染症の解説

〈平成30（2018）年3月発行〉

平成30年3月30日発行

発行者

公益財団法人 日本学校保健会

〒105-0001 東京都港区虎ノ門2-3-17

虎ノ門2丁目タワー6階

TEL 03-3501-3785

FAX 03-3592-3898

印刷・製本 株式会社キタジマ

