

学校において予防すべき感染症の解説
(案)

文部科学省

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、児童生徒等が健康な状態で教育を受けるためにも重要である。

これまでの学校における感染症対策は、平成11年に発行した「学校において予防すべき伝染病の解説」において示していたところであるが、この間の医療の進歩や、疾病の流行状況の変化等を踏まえ、今般、新たに、教職員や医療関係者を対象とした、感染症対策にかかる指導参考資料を作成した。

本書中には、学校保健安全法施行規則改正（平成24年4月1日施行）の詳細についても記してある。

今回の指導参考資料においては、特に第三種の感染症「その他の感染症」の記載を拡充した。「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、校長が学校医の意見を聞き、第三種の感染症としての措置を取ることができる感染症である。よって、ここに挙げた感染症に児童生徒等が患ったとしても、直ちに出席停止の対象になるということではないため、くれぐれも誤解のないようにされたい。

また、感染症対策は、感染後の対策ももちろん重要だが、その予防が最も大事とも言える。うがい、手洗いの励行や、身の回りを清潔に保つなど、日々の生活における感染症予防はもちろんのこと、ワクチンで予防可能な疾患も多いため、必要な予防接種については、その接種推奨が望まれる。感染症によっては、児童生徒等に限らず、教職員の予防接種も重要な課題であるため、教職員も含めて、必要な予防接種を受ける環境を整えていただきたい。

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あたり、本書が十分に活用されることを深く期待したい。

平成 24 年 12 月

学校において予防すべき感染症の解説

目次

I	学校保健安全法施行規則の一部改正の概要	
1	学校保健安全法施行規則の一部改正の趣旨	6
2	改正内容	6
	【参考1】 出席停止期間	8
	【参考2】 出席停止期間の算定の考え方	8
3	施行期日	8
4	学校保健安全法関係条文	9
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	
(1)	感染経路	12
(2)	感染症予防の方法	13
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)	16
(2)	出席停止と臨時休業	17
(3)	学校における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	17
	【参考3】 感染症法における主な感染症	19
III	感染症各論	
1	第一種の感染症	
(1)	エボラ出血熱	21
(2)	クリミア・コンゴ出血熱	21

(3) 南米出血熱	22
(4) ペスト	22
(5) マールブルグ病	22
(6) ラッサ熱	23
(7) 急性灰白髄炎（ポリオ）	23
(8) ジフテリア	24
(9) 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）	24
(10) 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、その血清亜型が H5N1 であるものに限る）	25

【参考4】 新型インフルエンザ	25
-----------------	----

2 第二種の感染症

(1) インフルエンザ（鳥インフルエンザ（H5N1）を除く）	26
(2) 百日咳	27
(3) 麻疹	28
(4) 流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）	29
(5) 風疹	30
(6) 水痘（みずぼうそう）	31
(7) 咽頭結膜熱	32
(8) 結核	32
(9) 髄膜炎菌性髄膜炎	33

3 第三種の感染症

(1) コレラ	35
(2) 細菌性赤痢	35
(3) 腸管出血性大腸菌感染症	36
(4) 腸チフス、パラチフス	37
(5) 流行性角結膜炎	37
(6) 急性出血性結膜炎	38

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）	
(1)	感染性胃腸炎（ノロウイルス感染症、ロタウイルス感染症など）	39
(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	40
(3)	マイコプラズマ感染症	40
(4)	インフルエンザ菌感染症、肺炎球菌感染症	41
(5)	溶連菌感染症	42
(6)	伝染性紅斑	42
(7)	急性細気管支炎（RSウイルス感染症など）	43
(8)	EBウイルス感染症	43
(9)	単純ヘルペス感染症	44
(10)	帯状疱疹	44
(11)	手足口病	45
(12)	ヘルパンギーナ	46
(13)	A型肝炎	46
(14)	B型肝炎	47
(15)	伝染性膿痂疹（とびひ）	48
(16)	伝染性軟属腫（水いぼ）	48
(17)	アタマジラミ	49
(18)	疥癬	49
(19)	皮膚真菌症	
	① カンジダ感染症	50
	② 白癬感染症、特にトングランス感染症	51
	【参考5】 学校において予防すべき感染症のQ & A	52
	【別添1】 学校保健安全法施行規則改正に関する報告書	56
	【別添2】 関係法令	59

I 学校保健安全法施行規則の一部改正の概要

1 学校保健安全法施行規則の一部改正の趣旨

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（昭和三十二年法律第五十六号）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（昭和三十二年政令第百七十四号）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（昭和三十二年文部省令第十八号）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。

学校において予防すべき感染症の種類や出席停止の期間の基準について、現在の臨床の実態等に照らし合わせて、必ずしも適切ではないものがあるため、これらを改める必要性が指摘されたことから、学校において予防すべき感染症の種類及び出席停止の期間の基準を改正するものである。

2 改正内容

(1) 学校において予防すべき感染症の追加（髄膜炎菌性髄膜炎）

- 髄膜炎菌性髄膜炎は、日本において、終戦前後に4,000例を超える発生報告があったが、その後激減し、2006年～2010年では年間9～17例の報告数にとどまっている。一方で、世界全体では毎年30万人の患者が発生し、3万人の死亡例が出ている。特にアフリカ中央部において発生が多く、先進国においても局地的な小流行が見られる。
- 日本での発生報告がわずかであることから、これまで特段の規定は置いてこなかったものの、発症した場合、治療を行わないと致死率がほぼ100%に達するという重大性、くしゃみなどによる飛沫感染により伝播すること、近年学校において死亡例を含む感染の拡大があったこと等を踏まえ、髄膜炎菌性髄膜炎を第二種感染症に追加することとする。
- 出席停止期間については、結核と同様に、疾患が重篤であり、原因菌の排出期間のみならず症状等から総合的に判断すべきことから、「病状により学校医等において感染のおそれがないと認めるまで」とする。

(2) 出席停止期間の見直し

① インフルエンザ

- インフルエンザの出席停止期間は、従前、「解熱した後二日を経過するまで」としてきたところであるが、昨今、抗インフルエンザウイルス薬の投与により発熱などの指標となる症状が早期に軽減し、ウイルス排出がまだ十分に減少していない段階でも解熱してしまう状況が生じており、解熱のみを基準にした出席停止期間では、感染症のまん延予防という目的が達成できないおそれがある。
- そのため、「発症後五日を経過した後になるとウイルスがほとんど検出されなくなる」という実験・臨床研究における報告がなされていることを踏まえ、出席停止期間を「発症した後五日を経過し、かつ、解熱した後二日を経過するまで」と改めることとする。
なお、「発症」とは、発熱を目安とする。
- ただし、幼稚園に通う幼児については、低年齢者ほどウイルス排出が長期に及ぶという医学的知見も一部で見られることを踏まえ、同様に低年齢者が通う施設である保育所について定められた「保育所における感染症対策ガイドライン」（平成21年8月厚生労働省）に倣い、「発症した後五日を経過し、かつ、解熱した後三日を経過するまで」とすることとする。

② 百日咳

- 百日咳の出席停止期間は、従前、「特有の咳が消失するまで」としてきたところであるが、近年の研究において、年齢が高くなると必ずしも顕著な「特有の咳」が現れないこともあることが判明している。
- そのため、「五日間の適正な抗菌薬療法により他人への感染力は大いに弱まる」との医学的知見を踏まえ、出席停止期間を「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」と改めることとする。

③ 流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）

- 流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）の出席停止期間は、従前、「耳下腺の腫脹が消失するまで」としてきたところであるが、近年の研究において、耳下腺は腫れずに顎下腺や舌下腺が腫れるという症例があること、発症後は5日程度で感染力が弱まるものの、腫れは2週間程度残る場合もあることが判明している。
- そのため、出席停止期間を「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」と改めることとする。

【参考1】 出席停止期間

感染症の種類	現行	改正後
インフルエンザ (※)	解熱した後2日を 経過するまで	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
百日咳	特有の咳が消失す るまで	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
流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ)	耳下腺の腫脹が消 失するまで	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 が良好になるまで
髄膜炎菌性髄膜炎	—	病状により学校医等において感染のお それがないと認めるまで

※鳥インフルエンザ（H5N1）及び新型インフルエンザ等感染症を除く。

【参考2】 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) その他

- その他、用語の整理及び常用漢字表の訂正に伴うふりがなの見直しを行う。

3 施行期日

平成24年4月1日

4 学校保健安全法関係条文

- 学校保健安全法（昭和三十二年法律第五十六号）
- 学校保健安全法施行令（昭和三十二年政令第七十四号）
- 学校保健安全法施行規則（昭和三十二年文部省令第十八号）

○ 学校保健安全法

（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。

○ 学校保健安全法施行令

（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。

○ 学校保健安全法施行規則

（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（病原体がコロナウイルス属SARSコロナウイルスであるものに限る。）及び鳥インフルエンザ（病原体がインフルエンザウイルスA属インフルエンザAウイルスであつてその血清型がH5N1であるものに限る。次号及び第十九条第一項第二号イにおいて「鳥インフルエンザ（H5N1）」という。）
- 二 第二種 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、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（平成十年法律第百十四号）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るときは、この限りでない。
- イ インフルエンザ（鳥インフルエンザ（H5N1）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 麻疹にあつては、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っ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るとき、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るとき、学校医の意見を聞いて適当と認める期間。

○ 学校保健安全法施行令

(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

(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、感染症にかかつており、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。

○ 学校保健安全法

(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。

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、寄生虫などの微生物が、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。感染予防の対策として、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、予防接種などをして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。

(1) 感染経路

感染経路には①空気感染、②飛沫感染、③接触感染、④経口感染（糞口感染）がある。

① 空気感染（飛沫核感染）



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。患者は拡散の防止のため、周囲の人は感染予防のためにマスクを着用する。医療機関においては、N95 マスクが必須であるものの、一般的には実用的でない。

空気感染する麻疹や水痘などについては、予防接種を受けていない場合は感染する可能性が高く、感染症予防としてワクチンに勝るものはない。

② 飛沫感染



感染している人が咳やくしゃみをした際に、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。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。患者がマスクをつければ飛沫飛散の防止効果は高い。また、患者だけでなく、周囲の人もサージカルマスクあるいは不織布製マスク等をする事によってある程度の予防効果がみられる。



③ 接触感染

感染している人や物に触れることで感染する。通常、体の表面に病原体が付着しただけでは感染は成立せず、体内に侵入する必要がある。ほとんどの場合、病原体の体内への侵入窓口は鼻や口、あるいは眼である。よって、接触感染の場合、病原体の付着した手で口、鼻、眼を触ることによって、病原体が体内に侵入して感染が成立する。

感染している人に触れることで伝播がおこる直接接触感染（握手、だっこ、キスなど）と汚染された物を介して伝播がおこる間接触感染（ドアノブ、手すり、遊具など）がある。例えば咽頭結膜熱（プール熱）はプールに限らず、集団生活のなかで接触感染、飛沫感染または経口感染をしている。

なお、傷口や医療行為（針刺しなど）を介した感染も直接接触感染の一種であり、通常とは異なった注意が必要である。

【参考】マスクの種類

家庭で日常生活において使用するマスクは、主に不織布（ふしょくふ）製マスクとガーゼマスクの2種類である。サージカルマスクは、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。なお、より高い密閉性が得られる医療用マスクとして、N95マスク等がある。



④ 経口感染（糞口感染）

汚染された食物や手を介して口に入った物などから感染する。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を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。

（2）感染症予防の方法

感染症を予防するには、感染源、感染経路、宿主の感受性の三大要因について対策をとる必要がある。効果的な方法は次のとおり。

① 手洗い

きちんとした手洗いとは、手指の横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、眼脂、傷口の浸出液に触れた場合は必ずきちんと手洗いをする。(B型肝炎ウイルスは汗からも検出されたという報告がある。)石鹼は液体石鹼が望ましい。なお、容器の中身を詰め替える際は、細菌等が繁殖している可能性のある残った石鹼は捨て、容器をよく洗い、乾燥させてから、新たな石鹼液を詰めるようにする。

② 咳・くしゃみ

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鹼を用いて洗う。
※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。

③ 吐物・下痢

吐物は、ゴム手袋をして、できればマスク、ゴーグルを着用し、ペーパータオルや使い捨ての雑巾で拭き取る。外側から内側へ、周囲に拡大させないようにして拭き取る。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塩素系消毒液 200ppm 程度（市販の塩素濃度 5～6%の漂白剤を約 200 倍に希釈）で消毒する。消毒剤の噴霧は効果が薄く、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行わない。処理後、スタッフは石鹼、流水で必ず手を洗う。なお、塩素系消毒液 200ppm 程度の目安は、1 L のペットボトル水 1 本に、漂白剤 4 ml（ペットボトルのキャップ 1 杯）程度である。

漂白剤については、添付文書を熟読の上、正しく取扱うことが重要である。

※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、これらに接する時には、手洗いをより丁寧に行うことや、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扱う場合に必要な、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。

④ 清掃

床、壁ドアなどは水拭きでよい。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（アルコール類でよい）が望ましい。ただし、ノロウイルスの場合は塩素系消毒剤を使用するなど、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。

⑤ プール

プールの水質基準である0.4-1.0ppmの塩素濃度を保持する。プールの前後は、シャワー等で体をよく洗い、うがいをする。

⑥ 予防接種

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集団生活に入る前の接種が有効である。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、幼稚園、学校においても幼児、児童生徒等の予防接種歴は保健調査等で確実に把握する必要がある。また、感染症によっては、職員の予防接種歴（またはり患歴）の把握も重要になる。

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、破傷風、急性灰白髄炎（ポリオ）、麻しん、風しん、結核（BCG）があり、任意接種としては水痘、流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）、インフルエンザがある。

その他、定期接種として行われるものには日本脳炎、任意接種として行われるものにはインフルエンザ菌b型（ヒブ）、肺炎球菌、B型肝炎、子宮頸がんワクチンなどがある（平成24年12月現在）。

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、診察にあたった医師が身体症状およ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）をすべてに一律に求める必要はない。

また、全員の皆勤をクラス目標に掲げている等の理由で、体調が優れず、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、適切な指導が求められる。

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

空気感染または飛沫感染するもので、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るときは、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、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。

(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罹患した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、学校の全部また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することができる」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。

(3) 学校における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、毎学年定期に児童生徒等の健康診断を行わなければならないとしており、その中には、結核の有無、寄生虫卵の有無など、直接に感染症に関わる項目も含まれる。

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。「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。

実際に臨時の健康診断を行うにあたっては、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。

(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。学校は、入学予定の児童の予防接種歴を把握し、接種の勧奨などに活用する。確認すべき定期の予防接種の対象は、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、日本脳炎である（平成24年12月現在）。

学校における感染症の発生防止、および集団発生の際の措置を行うにあたって、予防接種歴は重要な情報となる。市町村教育委員会は、就学時健康診断の際に、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。

【参考3】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24年12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	・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、ジフテリア、重症急性呼吸器 症候群（SARSコロナウイルスに限る）、結核、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垂 型がH5N1であるものに限る。以下「鳥インフルエン ザ（H5N1）」という。）	・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】腸管出血性大腸菌感染症、コレラ、細菌性赤 痢、腸チフス、パラチフス	・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	【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（鳥インフルエンザ（H5N1） を除く。）、ボツリヌス症、マラリア、野兔病 【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、腎症候性出血熱、 西部ウマ脳炎、ダニ媒介脳炎、チクングニア熱、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	・動物への措置を含 む消毒等の措置

<p>五類</p>	<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、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、ジアルジア症、水痘、髄膜炎菌性髄膜炎、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、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>	<p>・国民や医療関係者への情報提供</p>
-----------	---	------------------------

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24年12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。(詳細は感染経路の頁を参照)

(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、「治癒するまで」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。

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)は不明。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、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、旧ソ連、東欧、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禽類、野生哺乳類。解体等での接触、媒介動物である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ているが重度の肝障害が特徴。発症した場合の致死率は20%以上と報告されている。
-------	--



(3) 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	それぞれアレナウイルスに属するウイルス
潜伏期間	6－17日
感染経路	接触感染。流行地に生息するげっ歯類の唾液また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、びまん性出血、錯乱、舌の振戦などが認められる。死に至る場合もある。



(4) 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性感染症。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。	
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、特に肺ペストは死に至ることもある。



(5) 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	2－21日

感染経路	接触感染。ウイルスを保有している宿主は不明。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、エボラ出血熱よりは軽症であることが多い。発病した場合の致死率は20%以上。



(6) ラッサ熱

感染症法により一類感染症に分類されている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20万人位と推定されている。	
病原体	ラッサウイルス
潜伏期間	6－17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、エボラ出血熱よりは軽症であることが多い。致死率は1－2%。



(7) 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性感染症。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、1980年以降国内での患者の発生はない。しかし、南西アジア、アフリカ諸国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最近野生株ポリオウイルスの流行がみられる。	
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、かぜ様症状または胃腸症状だが、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また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。

(8) 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、現在、日本国内での発病はまれ。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、嚥下痛などの症状で始まり、鼻づまり、鼻出血、声嘎れから呼吸困難、心不全、呼吸筋まひなどに至る。
ワクチン	乳幼児期に定期予防接種。生後3-90か月に沈降精製百日せきジフテリア破傷風混合（DPT）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（DT）トキソイドの追加接種を1回行う。

(9) 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）



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10月現在)	
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	飛沫感染、接触感染が主体。排出物からの経口（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、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）へ進展し、死亡する場合もある。
ワクチン	実用化されたワクチンはない

(10) 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、その血清亜型がH5N1（エイチファイブエヌワン、エイチゴエヌイチ）であるものに限る）

2003年ころから、東アジア、東南アジアを中心に、トリの間でA/H5N1亜型のインフルエンザが発生し、また、トリと濃厚接触をしたヒトへの感染例が増えている。

2012年9月18日時点のWHOの報告によると、世界で608名が発症し、その内359名が死亡しており、致死率は高い（59%）。将来、インフルエンザの世界的流行（パンデミック）を引き起こす可能性のあるウイルスの一つとして、ヒトからヒトに感染するH5ウイルス発生が警戒されている。

日本では、京都府、岡山県、島根県、山口県、大分県、宮崎県、千葉県などの養鶏場でトリのA/H5N1亜型感染が確認され、北海道、青森県、秋田県、富山県、熊本県などで野鳥のA/H5N1亜型感染が確認されたが、当時からこれまで（2012年11月現在）、ヒトの発症例の報告はない。

【参考4】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、国民の生命およ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、この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（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、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、子どもたちや職員、およびその家族等の健康を守ることに繋がっていく。

2 第二種の感染症

空気感染または飛沫感染するもので、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るときは、この限りではない。



(1) インフルエンザ（鳥インフルエンザ（H5N1）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月ころから翌年3月頃にかけて流行する。A型は大流行しやすいが、B型は局地的流行にとどまることが多い。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 香港型、B 型のほか、2009年には新タイプの A/H1N1 pdm2009 型による世界的流行（パンデミック）が生じた
潜伏期間	平均2日（1-4日）
感染経路・感染期間	飛沫感染。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説もある。
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。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）を示すことも少なくない。
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、脳症への進展や重症化に関与する可能性が否定で

	きず、解熱剤を使用するのであれば比較的安全度の高い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（うがい、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。任意接種であり生後6ヶ月から接種可能。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。患者は咳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（幼児にあっては、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5日を経過するまでは欠席が望ましい。

（2）百日咳



<p>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、命にかかわることがある。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。</p>	
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。年齢が低いほど症状は重く、前述の特徴的な咳が出始め、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、小学生になると、咳の症状がなかなかとれない風邪に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い。確定のためにされる細菌培養はどの医療機関でもできるものではなく、血液での抗体検査は、特にワクチン接種者の場合に評価が難しい。
治療	適切な抗菌薬療法
予防法・ワクチン	乳幼児期に定期予防接種。生後3－90か月に沈降精製百日せきジフテリア破傷風混合（DPT）ワクチンを4回接種。2012年11月からはDPTとポリオの4種混合ワクチン（DPT-IPV）が導入された。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）麻しん



<p>発熱、咳やくしゃみなどの呼吸器症状と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もまれではない。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といわれる致死的な脳炎の原因になることがある。以前は春から夏にかけて流行期であったが、最近では年間を通じて発生する。乳児期後半から幼児期に多い。免疫がなければ、年長児や成人でもり患の危険性がある。</p>	
病原体	麻しんウイルス
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。 感染期間は発熱出現1－2日前から発しん出現4日目頃まで。感染力が最も強いのは、発しん出現前の咳が出始めたころ。
症状・予後	<p>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、涙や眼脂（めやに）が多くなる、くしゃみ、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が見られるのが診断のポイントである。熱がいったん下がりかけ、再び高熱が出てきた時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恐れもある。</p>

	また近年では、非典型的な経過を示すことも多い。
診断	臨床診断した場合、抗体検査を行う。さらに診断確定のため、 <u>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、尿などによるウイルス遺伝子検査等を行う。</u>
治療	一般的には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	麻しん風しん（MR）混合生ワクチンとして、1歳時に第1期接種、小学校入学前1年間（年長児）に第2期定期接種（2006年度より）。麻しんワクチンの副反応としての急性脳炎の発症は100万回接種に1人以下と自然感染時に比べ低い。 空気感染であるため、学校などの集団の場合、1名が発症した場合、速やかに予防接種歴を聴取し、感染拡大防止策をとる。未接種の場合、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。4日以上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。
登校（園）基準	発しんに伴う発熱が解熱した後3日を経過するまでは出席停止とする。ただし、病状により感染力が強いと認められたときは、さらに長期に及ぶ場合もある。

（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。成人のり患では精巣炎、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い。唾液中には、腫脹7日前から腫脹後9日後までウイルスが検出される。
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人が回復不能な片側性の難聴を、

	3,000-5,000 人に 1 人が急性脳炎を併発する。
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。
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 2,000－3,000 人に 1 人、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。

(5) 風しん



	<p>ピンク色の発しん、発熱、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、特に妊娠早期の妊婦がかかると出生児に先天性風疹症候群と呼ばれる先天異常を高い頻度で認める。春の流行が多いが、秋から冬にかけてみられることもある。流行期は 5－15 歳に多かったが、現在は、ワクチン未接種の成人を中心とした流行や、妊婦の感染も報告されている。</p>
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	<p>飛沫感染、接触感染。</p> <p>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。</p>
症状・予後	<p>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、バラ色の発しんが全身に出現する。3－5 日で消えて治るため三日はしかとも呼ばれる。発しんが消えた後は麻しんのような色素沈着はない。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。妊娠早期の妊婦の感染により、胎児が、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疹症候群を発症することがある。</p>
診断	臨床診断した場合、血液での抗体検査等を行う。
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	麻しん風しん（MR）混合生ワクチンとして、1 歳時に第 1 期接種、小

ワクチン	学校入学前1年間（年長児）に第2期定期接種（2006年度より）。 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。

（6）水痘（みずぼうそう）



<p>紅斑、丘しん、水ほう、膿ほう、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。時に肺炎、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。</p>	
病原体	水痘・带状疱疹ウイルス
潜伏期間	主に14－16日（10日未満や21日程度になる場合もある）
感染経路・ 感染期間	<p>空気感染、飛沫感染。膿ほうや水ほう中にはウイルスがいるので接触感染もする。かさぶたの中にはウイルスはいない。</p> <p>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。</p>
症状・予後	<p>発しんはからだと首のあたりから顔面に生じやすく、発熱しない例もある。発しんは紅斑、水ほう、膿ほう、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人が死亡している。</p>
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。
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	<p>ワクチンによる予防が可能。</p> <p>空気感染のため、学校などの集団の場合は、1名発症した場合、予防接種歴の聴取が望ましい。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。</p>
登校（園） 基準	すべての発しんがかさぶたになるまで出席停止とする。

※带状疱疹については、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



<p>発熱、結膜炎、咽頭炎を主症状とする疾患である。プールを介して流行することが多いので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・接触感染する。夏期に多く、幼児から学童に好発する。</p>	
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。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、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、眼脂、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。
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、うがい、プール前後のシャワーの励行などの一般的な予防法が大切。プール外でも接触感染が成立している場合も多い。
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。

(8) 結核



<p>全身の感染症であるが、肺に病変をおこすことが多い感染症である。子ども、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、依然として重要な課題である。</p>	
病原体	結核菌
潜伏期間	2年以内、特に6か月以内に多い。初期結核後、数十年後に症状が出現することもある。
感染経路・感染期間	主として空気感染、飛沫感染。接触、経口、経胎盤感染もある。喀痰の塗抹検査で陽性の間は感染力がある。

<p>症状・予後</p>	<p>【初期結核】 結核菌が気道に入って、肺に原発巣を示せば初感染が成立し、初期肺結核症といわれる。病初期には無症状であるか、症状があっても不定で気付かれないことの多いのが特徴。</p> <p>【二次性肺結核】 初感染病巣から他の肺の部分に広がり、病変巣を形成した病型。思春期以降や成人に多くみられる。症状は倦怠感、微熱、寝汗、咳など。</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最重症型。高熱、頭痛、嘔吐、意識障害、痙攣、死亡例もある。後遺症の恐れもある。</p>
<p>診断</p>	<p>ツベルクリン反応やインターフェロン放出試験（クオンティフェロン試験）が陽性となるが、後者は12歳未満、特に5歳以下では感染しても陽性になりにくく、判定が難しい。</p>
<p>治療</p>	<p>抗結核薬</p>
<p>予防法・ワクチン</p>	<p>BCGワクチン。生後6か月までが定期接種と認められているが、先天性免疫不全の児への接種を回避するために、生後3か月以降の接種が望ましい。結核の発症予防、重症化予防になる。（なお、接種対象年齢については、2012年12月現在、厚生労働省で見直しの検討中であり、今後見直される可能性がある。）</p>
<p>登校（園）基準</p>	<p>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。</p>

(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。アフリカ諸国をはじめ、先進国でも散発的に発生し、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発症のリスクが高い。 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。時に劇症型感染症があり、急速に進行する。致死率は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	適切な抗菌薬療法
予防法・ワクチン	海外では髄膜炎菌ワクチンが使用されているが、日本では薬事承認されたワクチンはない。 患者と、家庭内や幼稚園等で接触、キス、歯ブラシや食事用具の共有による唾液の接触、同じ住居でしばしば寝食をともにした人は、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。
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。

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



東南アジア等からの帰国者に感染がみられ、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
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。
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。
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ごろの指導が重要。

(2) 細菌性赤痢



帰国者に感染（旅行者下痢症）がみられ、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。2011年には日本でも集団発生がみられた。

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、下痢、嘔吐などが急激に現れる。
登校（園）基準	治癒するまで出席停止が望ましい。

(3) 腸管出血性大腸菌感染症



<p>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1997年に学童、2011年に生レバー、2012年に漬物による集団感染がみられ、死亡例も出ている。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。</p>	
病原体	<p>腸管出血性大腸菌（O157 など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後に発病する。</p>
潜伏期間	<p>10時間－6日</p>
感染経路	<p>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。</p>
症状・予後	<p>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。また下痢止め剤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。</p>
予防法・ワクチン	<p>手洗いの励行、消毒（トイレ等）、及び食品加熱と十分に洗うこと。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、牛肉に限らず、獣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。</p>
登校（園）基準	<p>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。</p>

(4) 腸チフス、パラチフス



海外帰国者の感染例と日本国内発生例はほぼ同数である。	
病原体	腸チフス-サルモネラチフス菌、パラチフス-サルモネラパラチフス A 菌
潜伏期間	主に7-14日(3-60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。
予防法・ワクチン	手洗いの励行、消毒(トイレ等)、及び食品加熱と良く洗うこと。
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。

(5) 流行性角結膜炎



感染性の角膜炎と結膜炎が合併する眼の感染症。学校ではプール施設内で感染することが多い。	
病原体	アデノウイルス
潜伏期間	2-14日
感染経路	飛沫感染、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、数か月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、眼脂、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。
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。なお、このウイル

	スは便中に1か月程度排出されるので、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	主としてエンテロウイルス
潜伏期間	1－3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、便からは数週間から数か月間。
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、眼脂、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、眼脂、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。
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。なお、このウイルスは便中に1か月程度排出されるので、登校（園）を再開しても、手洗いを励行する。

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。

「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、子ども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。

（1）感染性胃腸炎（ノロウイルス感染症、ロタウイルス感染症など）



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ほとんどである。ノロウイルス、ロタウイルスは冬季に多く、アデノウイルス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、ノロウイルスは小学生以上に多くみられる。	
病原体	主としてノロウイルス、ロタウイルス
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	飛沫感染、接触感染、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。 便中に多くのウイルスが排出されており、吐物の感染力も強い。乾燥してエアロゾル化した吐物からは空気感染も発生しうる。感染力は急性期が最も強く、便中に3週間以上排出されることもある。
症状・予後	嘔吐と下痢が主症状であり、ロタウイルスにり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、脳症などを合併し、危険な状態になることもある。脱水に対する予防や治療は最も大切である。
予防法・ワクチン	ロタウイルスに対して予防のワクチンがあり、乳児早期に接種する（任意接種）。経口（糞口）感染、接触感染、飛沫感染として、一般的な予防法を励行が重要。 ウイルスがついた水や食物、手を介して、また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

	スは速乾性すり込み式手指消毒剤やアルコール消毒は無効なため、流水下に石鹼で手洗いをし、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もっとも重要である。食品は85℃、1分以上の加熱が有効。
登校（園）の目安	症状のある間が主なウイルスの排出期間なので、下痢、嘔吐症状が軽減した後、全身状態のよい者は登校（園）可能だが、手洗いを励行。

（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。	
病原体	サルモネラ菌、カンピロバクター菌
潜伏期間	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）
感染経路	家畜、は虫類、ペットなどが保菌。感染は、鶏肉、鶏卵、牛乳、魚などからの経口感染が多い。 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。
症状・予後	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神経まひ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。
予防法・ワクチン	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）。
登校（園）の目安	下痢が軽減すれば登校（園）可能であるが、手洗いを励行する。

（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。 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。
登校（園）の目安	症状が改善し、全身状態のよい者は登校（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、細菌性肺炎の原因として4分の3程度を占める。3か月-5歳に多く、特に6か月-2歳の子どもの好発する。	
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。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感染の可能性がある。
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。日本での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る。また肺炎球菌性髄膜炎の発症は年間約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る。治療は適切な抗菌薬で行う。
予防法・ワクチン	2008年にHibワクチン、2010年に肺炎球菌結合型ワクチンの任意予防接種が開始された。2011年以降、全国的に公費助成が行われ接種率は上昇している。
登校（園）の目安	発熱、咳などの症状が安定し、全身状態のよい者は登校（園）可能である。

(5) 溶連菌感染症



<p>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、腎炎を起こすことである。そのため、全身症状が強いときは安静にし、経過を観察する必要がある。</p>	
病原体	A 群溶血性レンサ球菌
潜伏期間	2－5日、膿痂疹（とびひ）では7－10日
感染経路	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失せる。
症状・予後	上気道感染では発熱と咽頭痛、咽頭扁桃の腫脹や化膿、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。とびひは水ほうから始まり、膿ほう、痂皮へと進む。子どもに多くみられるが、成人が感染することもある。治療は適切な抗菌薬で行う。
予防法・ワクチン	飛沫感染、接触感染の予防として、手洗い、うがいなどの一般的な予防の励行が大事。
登校（園）の目安	適切な抗菌薬療法開始後24時間以内に感染力は失せるため、それ以降、登校（園）は可能である。

(6) 伝染性紅斑



<p>かぜ様症状を認めた後に、顔面、頬部にちょうのような形ないし平手打ち様の紅斑がみられる。その状態からりんご病とも呼ばれている。学童に好発する。</p>	
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。 感染期間はかぜ症状出現から発しんが出現するまで。
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。一旦消失しても再発することもある。合併症として重症の貧血や、妊婦が感染した場合には胎児が胎児水腫を発症する場合があるが、先天奇形は生じない

	とされている。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。
登校（園）の目安	発しん期には感染力はほとんど消失しているので、発しんのみで全身状態のよい者は登校（園）可能である。

(7) 急性細気管支炎（RS ウイルス感染症など）



冬期に流行し、主に乳幼児が感染。呼吸困難に陥ることもある呼吸器感染症。	
病原体	主に RS ウイルス
潜伏期間	主に 4 - 6 日（2 - 8 日）
感染経路	飛沫感染と接触感染。 感染期間は 3 - 8 日だが、乳幼児では 3 - 4 週間持続することもある
症状・予後	発熱、鼻汁、咳嗽、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、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。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	早産児、先天性心疾患、慢性肺疾患を持つ乳児では、モノクロナール抗体を流行期に月 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。
登校（園）の目安	発熱、咳などの症状が安定し、全身状態のよい者は登校（園）可能だが、手洗いを励行する。

(8) EB ウイルス感染症



年長児や成人が感染した場合、多くは無症状か、軽微なかぜ症状で経過することが多い。乳幼児や小児、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	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感染。 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、伝染性単核球症（発熱が数日-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（発熱などの症状が数か月間持続）、血球

	貧食症候群（発熱、貧血、易出血）、悪性リンパ腫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。
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）単純ヘルペス感染症

ウイルスは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。	
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	水ほう内にあるウイルスの接触感染。潜伏し、再活性化することもある。
症状・予後	歯肉口内炎、口周囲の水ほう、アトピー性皮膚炎を持つ児ではカポジ水痘様発しん症（全身に水ほうが多発）など。 治療は、内服、静注、軟膏の抗ウイルス薬等による。
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。発熱や全身性の水ほうがある場合は欠席して治療が望ましい。



（１０）带状疱疹

免疫状態が低下したときに、神経節に潜伏していた水痘・带状疱疹ウイルスが再活性化することで発症。小児では比較的少ない。	
病原体	水痘・带状疱疹ウイルス
潜伏期間	水痘として感染し、神経節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	带状疱疹からは飛沫感染はしないが、接触感染する。水ほうが形成されている期間は感染力がある。
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、小水ほうが帯状に群がって出現する。神経痛、刺激感を訴える。小児ではかゆみを訴える場合が多い。治療は抗ウイルス薬の内服・外用。
予防法・ワ	海外では高齢者に带状疱疹予防ワクチンが使用されているが、我が国

クチン	では未承認。なお、水痘に対しては、ワクチンによる予防が可能。
登校（園）の目安	すべての発しんが痂皮化するまでは感染力があるものの、初感染の水痘ほど感染力は強くない。可能な範囲で被覆してあれば接触感染を防げるため、登校（園）は可能。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り患しやすいため、感染者はすべての皮疹が痂皮化するまでは保育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（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。



(11) 手足口病

<p>口腔粘膜と四肢末端に水ほう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。</p>	
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
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ほうができ、唾液が増え、手足末端やおしりに水ほうがみられるのが特徴。手足の水ほうは比較的深いところに生じるので、皮膚の破れや痂皮化はなく消える。発熱はあまり高くはならないことが多く、1 - 3 日で解熱する。一般的には夏かぜの一つであるが、エンテロウイルス属は無菌性髄膜炎の原因の 90% を占め、また、まれに脳炎を伴った重症例の報告がある。国内ではそれほどでも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。
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。流行の阻止を狙っての登校（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）の励行が重要。

(12) ヘルパンギーナ



<p>主として咽頭、口腔内粘膜に水ほう、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、再発することもある。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。</p>	
病原体	主としてコクサッキー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、次に水ほう、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。
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。
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、手洗いを励行する。

(13) A型肝炎



<p>経口（糞口）感染するA型肝炎は、日本で年間数百人の発生があり、8割はかき（牡蛎）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。40歳以下の日本人の抗体保有率はほぼ0%で、2010年春に患者数の急増があった。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。</p>	
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（かき等の生の貝類）、糞口感染（家族や施設内）。 ウイルスは黄疸出現1-2週前に便中に高濃度排出され、発症1週間程度で感染力は急速に弱まる。
症状・予後	子ども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。解熱と共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。2010年の小流行では2%が重症な肝炎を発症した。有効な治療薬はなく、対症療法が行われる。
予防法・ワクチン	ワクチンによる予防が可能。海外渡航予定者へは予防接種することが望ましいが、日本では16歳未満の小児に対するワクチンは未承認。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。
登校（園）の目安	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）が可能である。



(14) B型肝炎

<p>血液や体液を介して感染する肝炎のひとつで、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、母児感染防止事業によって発生数が減少しているが、対象児の約10%で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や思春期以降の性感染が増加している。特に、海外に多いタイプのウイルスが日本でも増えており、従来のタイプに比べると、3歳以降においてもHBVキャリアになる例が増加している</p> <p>日本では、年間6,000人以上の新規感染者があり、B型肝炎ウイルスによる肝がんの死亡者は年間約5,000人、肝硬変による死亡者数は年間1,000人と推定。</p>	
病原体	B型肝炎ウイルス（HBV）
潜伏期間	平均90日（45-160日）
感染経路	HBVキャリアの母からの垂直感染、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。
症状・予後	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。まれではあるが重症化して死に至る場合もある。急性肝炎の多くは治癒するが、10-15%は慢性肝炎、肝硬変、肝癌へ進行する。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。
予防法・ワクチン	HBVキャリアの家族には積極的にワクチン接種を行う。母児感染予防はその一環であり、HB免疫グロブリン（HBIG）とHBV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、病院などで採用されている標準予防策と同様に、血液に触れる場合は使い捨て手袋を着用

	することが望ましい。
登校（園）の目安	急性肝炎の急性期でない限り、登校（園）は可能である。HBV キャリアの登校（園）を制限する必要はない。ただし、血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HBV キャリア児が非常に攻撃的でよく噛み付く、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。



（15）伝染性膿痂疹（とびひ）

紅斑、水ほう、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。	
病原体	主として黄色ブドウ球菌や溶連菌
潜伏期間	2－10日。長期の場合もある。
感染経路	接触感染。痂皮にも感染性が残っている。
症状・予後	紅斑を伴う水ほうや膿ほうが破れてびらん、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。ブドウ球菌によるものは水ほうをつくりやすく、溶連菌は痂皮ができやすい。病巣が広がると外用薬、さら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。
予防法・ワクチン	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。
登校（園）の目安	登校（園）に制限はないが、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。



（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、中心に窪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か月までのこともある）
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感染もある。感染すると、自家接種で増加する。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も、は種状に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、6-12ヶ月、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。
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。
登校（園）の目安	登校（園）に制限はない。



(17) アタマジラミ

頭皮に寄生し、頭皮に皮膚炎を起こす疾患。児童に多い。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感染、あるいはタオル、くし、帽子を介しての間接感染。
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。
登校（園）の目安	適切な治療を行えば登校（園）は可能である。



(18) 疥癬

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、角化型疥癬のほう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 、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カ月。角化型疥癬は虫数が多く、潜伏期も短い。
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・腋窩の米粒大の結節、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。治療は入浴清潔、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、職員を介して感染が拡大しないように注意する。
登校（園）の目安	治療を始めれば学校への出席停止は不要。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：乳児では陰股部のオムツ部、顎の下、腋窩などの間擦部に半米粒大までの紅色丘しん、水ほう・膿ほうが散在し、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。周囲の靴糠様落屑（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・小膿ほうは特徴的である。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	蒸れや汗で感染しやすいため清潔にする。まめにオムツを替える。

登校（園）の目安	登校（園）は可能。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白癬感染症、特にトングランス感染症

<p>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。一人でも真菌感染が発覚したら、その一集団全員の検査と治療が必要と指導者への啓発活動をまず行うべきである。</p>	
病原体	トリコフィトン・トングランス（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	<p>主には頭部白癬と体部白癬。体部では腋窩・陰股部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、菌要素が得られる例がある。頭部白癬では、脱毛部や毛髪が疎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>①練習や試合の終了時、できるだけ早く入浴またはシャワーで、からだや頭を石鹸で洗う。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）</p>
登校（園）の目安	登校（園）の制限は必要ない。ただし、練習・試合などは、感染のおそれがなくなるまでは休ませる。

【参考5】 学校において予防すべき感染症のQ & A

Q 1 インフルエンザと普通の風邪はどう違うのですか。

【回答】

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、全身症状はあまり見られません。発熱もインフルエンザほど高くなく、重症化することはあまりありません。

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、ご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。

Q 2 平成 21 年度に流行した新型インフルエンザは、どうなったのでしょうか。

【回答】

平成 21 年度当時の新型インフルエンザ (A/H1N1) の流行時には、人々が免疫を持っていないため大規模な季節外れの流行がおき、新型インフルエンザウイルスのみの流行が広がり、他の亜型のウイルスが流行しなかった、といった新型インフルエンザに特有の特徴がありました。

平成 22 年度においては、これら新型インフルエンザ特有の事情は確認されませんでした。

このような状況を踏まえ、平成 23 年 3 月 31 日、新型インフルエンザについて、通常の季節性インフルエンザとして扱い、対応も通常のインフルエンザ対策に移行されました。

Q3 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。

【回答】

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となっております。

- (1) 6カ月以上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いてもかまいません。

注1) 13歳以上の基礎疾患（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「1歳以上3歳未満の方 1回 0.25mL 2回接種」となります。

Q4 家族がインフルエンザに罹患した場合は、児童生徒に症状が無い場合、も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ほうがいいのでしょうか。

【回答】

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罹患歴などから、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、適切な対応をして下さい。

Q 5 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。

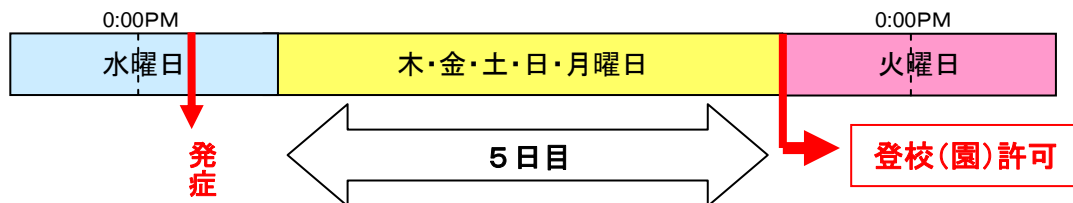
【回答】

「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第1日目として数えます。例えば、水曜に発症した場合は、翌日の木曜が第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、適切な対応をして下さい。

なお、インフルエンザをはじめとする第2種の感染症については、症状により学校医また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る。



Q 6 流行性耳下腺炎では、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。

【回答】

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。

Q 7 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。

【回答】

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。

Q 8 家族がRSウイルスやノロウイルス等にり患した場合、児童生徒に症状が無い場合もしくは軽度な症状のみの場合も、検査をしたほうがいいのでしょうか。

【回答】

各種検査については、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。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、適切な対応をして下さい。

※ 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ご参考下さい。

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

学校保健安全法施行規則改正に関する報告書

学校において予防すべき感染症の指導参考資料の作成協力者会議

1 協力者会議設置及び報告書作成の経緯

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、児童生徒等が健康な状態で教育を受けるためにも重要である。

このため、学校における感染症の発生予防とまん延防止の強化を図るため、教職員や医療関係者を対象とした各種感染症の解説、学校の管理体制、医療機関との連携等に関する指導参考資料を作成・配付することとし、学校保健関係者、感染症の専門家等から成る、学校において予防すべき感染症の指導参考資料の作成協力者会議を設置した。

会議においては資料作成のための検討に先立ち、現行の学校保健安全法施行規則に規定されている学校において予防すべき感染症の種別や、それぞれの出席停止の期間の基準のうち、現在の臨床の実態等に照らし合わせて、必ずしも適切ではないものがあり、これらを改める必要性が指摘されたことから、本報告書が作成されるに至った。

2 現行の学校保健法施行規則に規定される学校で予防すべき感染症およびその出席停止期間について

(髄膜炎菌性髄膜炎について)

髄膜炎菌性髄膜炎は、日本での発生報告がわずかであることから、これまで特段の規定は設定していなかったが、発症した場合の重大性や、平成23年5月に宮崎県の高校の寮において発生し、死亡1名、入院6名、髄膜炎菌検出者8名という事態に至ったこと等を踏まえ、学校において予防すべき感染症として明確に位置づける必要がある。髄膜炎菌は飛沫感染するもので、学校において流行を広げる可能性が高い疾病であることから、第二種感染症に追加することが適当である。出席停止期間については、疾患が重篤であり、発生時の影響が大きいことより、原因菌の排泄期間のみならず症状等から総合的に判断すべきである。このことより「病状により学校医等におい

て感染のおそれがないと認めるまで」とする。

なお髄膜炎は様々な原因でおこるものであるが、すべて網羅する規定を設けるのは困難であることから、髄膜炎菌によらない髄膜炎については、これには含まないこととし、必要に応じて指導参考資料の中で解説することとする。

(インフルエンザについて) ※ただし、鳥インフルエンザ (1N5H) 及び新型インフルエンザは除く

インフルエンザの出席停止期間は、従前、「解熱した後二日を経過するまで」とされてきたところであるが、昨今、抗インフルエンザウイルス薬が一般的になり、感染が判明するとすぐ投与され、感染力が消失していない段階でも解熱してしまうという状況がしばしば見られる。そのため、従前のような解熱のみを基準にした出席停止期間では、感染症のまん延予防という目的が達成できないこととなる。ヒトでの感染実験において、インフルエンザウイルス感染を起こさせた後、概ね二日目に発症(発熱)し、さらに五日を経過した後(感染を起こさせた後七日を経過した後)になると、ウイルスがほとんど検出されなくなるという結果がでている^{*1}。この実験では抗ウイルス薬の使用は伴わないが、別の臨床研究で、発症後に抗ウイルス薬を投与された場合および投与されなかった場合のウイルス残存率の調査があるが、薬剤種別およびウイルス亜型によりウイルス減量の速度に差はあるものの、発症(発熱)した後五日を経過したところで、ウイルスの体外への排出がほぼなくなっていた。これらの報告を踏まえ、出席停止期間は「発症した後五日を経過し、かつ、解熱した後二日を経過するまで」と改めるのが適当である。

ただし、幼稚園に通う幼児については、「保育所における感染症対策ガイドライン」(平成21年8月厚生労働省)において、幼児では年長の児童生徒に比べて長期にわたってウイルス排泄が続くという事実に基づき、登園基準を“発熱した後最低五日間かつ解熱した後三日を経過するまで”^{*)2,3}と定めていることを踏まえ、「発症した後五日を経過し、かつ、解熱した後三日を経過するまで」とすることとする。

※Local and systemic cytokine response during experimental human influenza A virus infection. Straus SE, Strober W, Alvord WG, Lobo MC, Fritz RS, Hayden FG. *J Clin Invest* 2001; 107: 649-643

※ 2厚生労働省「保育所における感染症ガイドライン」平成21年8月

※ 3鴨下重彦他「保育園における感染症の手引き」(子ども未来財団 児童関連サーベ
ス調査研究等事業) 平成21年3月

(百日咳)

百日咳の出席停止期間は、従前、「特有の咳が消失するまで」としてきたところであるが、近年散発的な流行が見られる生徒・学生といった年齢層の者では、「特有の咳」が顕著でないことが多い。米国の“Report of the Committee on Infectious Diseases (2009) : Red Book Report of the Committee on Infectious Diseases” (2009, Pediatrics American Academy of) においては、“抗菌薬療法を受けないものについては発症後21日を経過するまで感染性を有する可能性がある”

が“五日間の適正な抗菌薬療法が終了すれば感染のおそれがない”という記述があることを踏まえ、出席停止の期間の基準は「特有の咳が消失するまで、または五日間の適正な抗菌薬療法が終了するまで」と改めることとする。

(流行性耳下腺炎)

流行性耳下腺炎の出席停止期間は、従前、「耳下腺の腫脹が消失するまで」としてきたところであるが、臨床的に耳下腺以外の唾液腺が腫れるという症例が見られることから、耳下腺以外の唾液腺についても、規定する必要がある。ただし、「唾液腺」とすると小唾液腺を含んでしまうことから、流行性耳下腺炎において腫脹が臨床的に把握しうるものということで、対象を大唾液腺である「耳下腺、顎下腺又は舌下腺」と明記するのが適当である。また、流行性耳下腺炎の原因であるムンプスウイルスについては、発症後だけでなく発症前にも他者への感染力があること、及び発症後は五日程度で感染力が十分弱まるにもかかわらず、腫脹が長期間にわたり残存する場合も臨床的に経験されることから、発症後の日にちで規定することが適切であると考えられる。さらに、大唾液腺の腫脹が残存していても感染は遷延しておらず、他者への感染がない状態であるということを確認するために、出席停止期間は「耳下腺、顎下腺又は舌下腺の腫脹が始まった後五日を経過し、かつ、全身状態が良好となるまで」とすることが適当である。

3 学校において予防すべき感染症の指導参考資料の作成について

第三種の感染症として、「その他の感染症」があるが、これは、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であり、その流行を防ぐため、必要があれば、校長が学校医の意見を聞き、第三種の感染症としての措置を取ることができる感染症が分類されているものである。原因が分からないものの、学校で多数の児童生徒等が次々に欠席するなど、何らかの感染のまん延が疑われるという場合に出席停止や臨時休業等の措置を取ることが可能とするために必要な類型ではあるが、何らかの感染症に罹患した際には即ち出席停止の対象となるとの誤解を招かないように周知する必要がある。学校現場において学校医等の助言の下、適切な対策を講じるためには、「その他の感染症」という規定は必要ではあるが、「その他の感染症」の性格については更に十分に検討した上で、指導参考資料において解説していくこととする。

また、医療や学校現場の状況に見合った感染症予防のための対策を講じるためには、こうした検討や、学校のための資料等の作成・更新は継続的に行っていく必要がある。

■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)

(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)

(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)

(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(病原体がコロナウイルス属SARSコロナウイルスであるものに限る。)及び鳥インフルエンザ(病原体がインフルエンザウイルスA属インフルエンザAウイルスであつてその血清亜型がH5N1であるものに限る。次号及び第十九条第一項第二号イにおいて「鳥インフルエンザ(H5N1)」という。)

二 第二種 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、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(平成十年法律第百十四号)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(鳥インフルエンザ(H5N1)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 麻疹にあつては、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っ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るとき、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るとき、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、感染症にかかっており、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。

○ 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(抄)
(平成十年法律第百十四号)

(定義)

第六条 この法律において「感染症」とは、一類感染症、二類感染症、三類感染症、四類感染症、五類感染症、新型インフルエンザ等感染症、指定感染症及び新感染症をいう。

2 この法律において「一類感染症」とは、次に掲げる感染性の疾病をいう。

- 一 エボラ出血熱
- 二 クリミア・コンゴ出血熱
- 三 痘そう
- 四 南米出血熱
- 五 ペスト
- 六 マールブルグ病
- 七 ラッサ熱

3 この法律において「二類感染症」とは、次に掲げる感染性の疾病をいう。

- 一 急性灰白髄炎
- 二 結核
- 三 ジフテリア
- 四 重症急性呼吸器症候群(病原体がコロナウイルス属SARSコロナウイルスであるものに限る。)
- 五 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H5N1であるものに限る。第五項第七号において「鳥インフルエンザ(H5N1)」という。)

4 この法律において「三類感染症」とは、次に掲げる感染性の疾病をいう。

- 一 コレラ
- 二 細菌性赤痢
- 三 腸管出血性大腸菌感染症
- 四 腸チフス
- 五 パラチフス

5 この法律において「四類感染症」とは、次に掲げる感染性の疾病をいう。

- 一 E型肝炎
- 二 A型肝炎
- 三 黄熱
- 四 Q熱
- 五 狂犬病
- 六 炭疽

七 鳥インフルエンザ(鳥インフルエンザ(H5N1)を除く。)

八 ボツリヌス症

九 マラリア

十 野兔病

十一 前各号に掲げるもののほか、既に知られている感染性の疾病であって、動物又はその死体、飲食物、衣類、寝具その他の物件を介して人に感染し、前各号に掲げるものと同程度に国民の健康に影響を与えるおそれがあるものとして政令で定めるもの

6 この法律において「五類感染症」とは、次に掲げる感染性の疾病をいう。

一 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。)

二 ウイルス性肝炎(E型肝炎及びA型肝炎を除く。)

三 クリプトスポリジウム症

四 後天性免疫不全症候群

五 性器クラミジア感染症

六 梅毒

七 麻しん

八 メチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症

7 この法律において「新型インフルエンザ等感染症」とは、次に掲げる感染性の疾病をいう。

一 新型インフルエンザ(新たに人から人に伝染する能力を有することとなったウイルスを病原体とするインフルエンザであって、一般に国民が当該感染症に対する免疫を獲得していないことから、当該感染症の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。)

二 再興型インフルエンザ(かつて世界的規模で流行したインフルエンザであってその後流行することなく長期間が経過しているものとして厚生労働大臣が定めるものが再興したものであって、一般に現在の国民の大部分が当該感染症に対する免疫を獲得していないことから、当該感染症の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。)

8 この法律において「指定感染症」とは、既に知られている感染性の疾病(一類感染症、二類感染症、三類感染症及び新型インフルエンザ等感染症を除く。)であって、第三章から第七章までの規定の全部又は一部を準用しなければ、当該疾病の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ものとして政令で定めるものをいう。

9 この法律において「新感染症」とは、人から人に伝染すると認められる疾病であって、既に知られている感染性の疾病とその病状又は治療の結果が明らかに異なるもので、当該疾病にかかった場合の病状の程度が重篤であり、かつ、当該疾病の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。

学校において予防すべき感染症の解説作成協力者

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一分校教頭
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の口病院小児科教授
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