(5) 風しん

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しん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おり、その結果として先天性風しん症候群の発生も報告されている。

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、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。リンパ節の腫れは頚部、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しん症候群を発症することがある。
診断	臨床診断した場合、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	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)。 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)の基準	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)

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。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。	
病原体	水痘・帯状疱疹ウイルス
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	空気感染、飛沫感染。膿疱や水疱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。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、発熱しない例もある。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、学校等の集団の場では、1 名発症した場合、速やかに発症者周辺の児童等の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。
登校 (園) の基準	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。	
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、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、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	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。ワクチンはない。
登校 (園) の基準	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

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。なお、学校・幼稚園・保育園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。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。
症状・予後	【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。 【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。 【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。 【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。後遺症のおそれもある。
診断	ツベルクリン反応やインターフェロン放出試験 (クオンテイフェロン試験) 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。
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。結核の発症予防、重症化予防になる。

登校 (園) の基準	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、抗結核薬の予防投薬は、出席停止に該当しない。

(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。アフリカ諸国などでは流行的に、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	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。
登校 (園) の基準	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。

【参考情報 5】学校における麻しん対策

麻しんについては、平成19年の高校・大学を中心とした学校等での麻しん流行を受け、平成 20 年度から 5 年間の時限措置として、中学 1 年生と高校 3 年生相当を対象にした予防接種が実施された。これにより、10 代の年齢層に 2 回目の接種機会が与えられ、多くの者が接種を受けた。その結果、当該年齢層の麻しん発生数の大幅な減少と大規模な集団発生の消失、抗体保有率の上昇を認めたことから、時限措置を行った当初の目的はほぼ達成することができたと考えられている。

今後の学校における麻しん対策においては、小学校入学時点で二回の定期予防接種の完了の徹底、学校内の感受性者対策及び麻しん発生時の迅速な感染拡大防止策を実施することが中心となり、そのためには、就学時健康診断や児童生徒の健康診断、職員の健康診断における予防接種歴の確認及び接種推奨を行うことなどがより重要となる。

特に就学時健康診断においては、定期の予防接種の対象者のり患歴及び予防接種歴を、原則として母子健康手帳や予防接種済証をもって確認し、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対する接種勧奨が非常に重要である。

また、外国への修学旅行の際の麻しんについての情報提供や、麻しん対策の会議への協力についても、引き続き実施していただきたい。

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。

(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。海外渡航者に対してワクチンを投与することがあるが、国内では通常使用しない。
登校 (園) の基準	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

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、また最近は、海外旅行歴のない発病者が時々見つかっている。

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) の基準	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

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 年に学童を中心とした広範な地域での集団感染や 2011 年に生肉 (ユッケ)、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 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）。熱に弱いが、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。また下痢止め剤の使用は毒素排出を阻害する可能性があるので使用しない。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) の基準	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

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	腸チフスーサルモネラチフス菌、パラチフスー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。海外渡航者にワクチンを投与することがあるが、通常国内では使用しない。
登校 (園) の基準	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校（園）してよい。

(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。学校ではプール施設内で感染することが多い。人から人への感染も多く見られる。	
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、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) の基準	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	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、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) の基準	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多い。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、感染源となる。吐物にもウイルスはあり、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（粉じん感染）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	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はワクチンがあり、投与する場合には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、一般的な予防法の励行が重要。 ウイルスがついた水や食物、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。
登校(園)の目安	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。

(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、魚などの食品を介した経口感染が多い。 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ことがある。
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、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。
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)。ワクチンはない。
登校 (園) の目安	下痢が軽減すれば登校（園）可能であるが、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。

(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、成人もり患する。	
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。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。