

【参考情報 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 25 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、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亜型が H5N1 であるものに限る。以下「鳥インフルエンザ（H5N1）」という。）	<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】 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	<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（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</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、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、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。）</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
<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(平成25年4月1日より侵襲性髄膜炎菌感染症に変更)、性器ヘルペスウイルス感染症、^{せんけい}尖圭コンジローマ、先天性風しん症候群、手足口病、伝染性^{こう}紅斑、突発性^{せき}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^{のう}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(平成25年4月1日より「侵襲性^{りん}インフルエンザ菌感染症」「侵襲性肺炎球菌感染症」が追加)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・国民や医療関係者への情報提供

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25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 ^{がんか} 、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 ^{まつ} 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 ^{ちようとう} 、疼痛。肺ペストの症状は、発熱 ^{せき} 、咳、血痰 ^{たん} 、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	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)



<p>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。</p>	
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)の基準	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。

(8) ジフテリア



<p>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。</p>	
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 ^{まつ} 感染
症状・予後	発熱、咽頭痛、頭痛、倦怠感 ^{けんたい} 、嚥下痛 ^{えん} 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(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)



<p>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)</p>	
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 ^{ふん} (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)へ進展し、死亡する場合もある。
ワクチン	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 年頃から、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、致死率が高い (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。

【参考情報 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、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^{まっ}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^{まっ}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、子どもたちや職員、及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 (鳥インフルエンザ(H5N1)を除く)



<p>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。</p> <p>毎年12月頃から翌年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。</p>	
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 ^{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 ^{せき} 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 ^{おう} 、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、脳症の発生や重症化に係る可能性があり、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、インフルエンザ罹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)の基準	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^{せき}



<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。</p>	
病原体	百日咳菌 ^{せき}
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・菌遺伝検索 (PCR) 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評価が難しい。
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)の基準	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。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。WHOは世界からの麻しん排除を目指しており、日本もワクチン接種により急速に発生が減少してきている。</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頃。

<p>症状・予後</p>	<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。熱が一旦下がりがけ、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、非典型的な経過を示すことも多い。</p>
<p>診断</p>	<p>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、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。</p>
<p>治療</p>	<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>
<p>予防法・ワクチン</p>	<p>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。空気感染もするため、学校などの集団の場合では、1名が発症した場合、速やかに発病者周辺の児童等の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。</p>
<p>登校(園)の基準</p>	<p>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、更に長期に及ぶ場合もある。</p>

(4) 流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ)



<p>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。</p>	
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 ^{まつ} 感染、接触感染。 耳下腺などの唾液腺が腫脹 ^{ちよう} する 1～2 日前から腫脹 ^{ちよう} 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 ^{ちよう} 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、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 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 ^{まつ} 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)の基準	耳下腺、顎下腺又は舌下腺の腫脹 ^{ちよう} 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。