

関東学院 学院保健センター 感染症予防のマニュアル

1. 学校内感染症対策の基本
2. 感染源・経路と予防対策
3. 標準的な予防策
4. マスクなどの防護具の着脱方法
5. 感染性汚物（おうと物・排泄物など）の処理
6. 出席停止期間の基準
7. 連絡体制
8. 感染症発症時の対応
9. 主たる感染症に対する解説（インフルエンザ・百日咳・麻疹・流行性耳下腺炎・風疹・水痘・結核・腸管出血性大腸菌感染症・ロタウイルス・ノロウイルス感染症など）

1. 学校内感染症対策の基本

学校で発生する可能性がある感染症には、感冒、インフルエンザ、マイコプラズマ、咽頭結膜熱、流行性角結膜炎、手足口病、百日咳、水痘、麻疹、風疹、流行性耳下腺炎、ノロウイルス感染症、大腸菌O-157 感染症、結核、などがある。ひとたび感染症が発生した場合は、密集した場所で伝播しやすく、学生・生徒（児童）や教職員等間の接触が濃厚な学校は感染症が起りやすい。

重要なことは、「感染症の予防」と「感染症が発生した場合にその拡大を防ぐこと」である。感染症を予防するためには、衛生的な環境を維持し、手洗いなどを励行する。感染症の拡大を防ぐためには、感染者を早期に発見することが必要である。初期には症状が乏しく（発熱のみなど）その原因が分からないことも多いので、感染症も疑い、速やかに医療機関を受診させる。診察の後、学生・生徒（児童）を学校保健安全法に従って出席停止するなど対応する。

2. 感染源・経路と予防対策

(1) **感染源**：感染症の原因となる細菌・ウイルスなどを含んでいる物を感染源といい、以下の物が感染源となる可能性がある。

- ① 排泄物（嘔吐物・便・尿など）
- ② 血液・体液・分泌物（喀痰・膿など）
- ③ 使用した器具・器材（①～②の処理・処置に使ったものなど）

対応→必ず手袋を着用して取り扱う。手袋を脱いだ後は、手洗い・手指消毒が必要である。

定期的な清掃による清潔保持・適切な消毒など、感染源を早期に発見し増やさない対策を行う。

(2) **感染経路**：細菌・ウイルスなどを体内に運ぶ経路のことであり、以下の表に示す3つの経路がある。感染経路に応じた対応策をとる必要がある。

表1. 主な感染経路と原因微生物

感染経路	特徴	主な原因微生物
空気感染	咳、くしゃみなどで、飛沫核(5 μ m 以下)として伝播する。空中に浮遊し、空気の流れにより飛散する。	結核菌 麻疹ウイルス 水痘ウイルス など
飛沫感染	咳、くしゃみ、会話などで感染する。飛沫粒子(5 μ m 以上)は1m 以内に床に落下し、空中を浮遊し続けることはない。	インフルエンザウイルス ムンプスウイルス 風しんウイルス レジオネラ など
接触感染 (経口感染含む)	手指・食品・器具を介して伝播する。最も頻度の高い伝播経路である。	ノロウイルス 腸管出血性大腸菌 MRSA、緑膿菌 など

対応→感染経路の遮断は、感染源を①持ち込まない、②拡げない、③持ち出さないことが基本です。

そのためには、手洗いの励行・うがいの励行・環境の清掃が重要です。また、分泌物・排泄物（便や嘔吐物）などを扱う時は、手袋を着用するとともに、これらが飛び散る可能性のある場合には、マスクやガウン等を着用する必要があります。

(3) **感受性のある人**：学生・生徒（児童）、教職員全てが該当します。

対応→抵抗力をつけるために、普段から健康の保持増進に務めることが大切です。予防接種や手洗い等の個人の対応も重要であり、体調が悪い時は、医療機関を受診することが必要です。

3. 標準的な予防策

集団生活の場である学校においては、平常より感染症の予防を心得ておくことが必要である。

水痘、麻疹、風疹、流行性耳下腺炎などの小児感染症に関しては、罹患歴やワクチン接種などの記録を確認することが必要である。学校生活の場で感染症の伝播、拡大を回避するのに最も有効であるのは手洗いや咳エチケットと呼ばれる衛生的な習慣を身につけることである。

「感染症の可能性のあるもの」への接触を最小限にすることで、感染の危険を少なくできる。また、最も重要視されるのは「手洗い」である。

表 2. 標準的予防策

具体的な対応時	対応策
・「感染の可能性のある物」に触れるとき ・便やおうと物などの処理時	手袋を着用
・「感染の可能性のある物」に触れたあと ・手袋を外した後	手洗い
・便やおうと物などが飛び散り、目・鼻・口を汚染する恐れのあるとき ・咳やくしゃみの症状があるとき	マスクを着用 (必要に応じてゴーグルやフェイスマスク)
・便やおうと物などで衣類が汚染する恐れのあるとき	ガウンを着用 (必要に応じてシューズカバー)

手洗いマニュアル

1. 水で手を濡らし液体石けんをつける
2. 指先・指の間・手のひら・手の甲・手首まで、30 秒以上かけて洗う
3. 石けんをよく洗い流し、十分にすすぐ
4. ペーパータオルで手をよく拭く
5. 水道栓にペーパータオルをかぶせて止める（水道栓を手で触って、再汚染を防ぐため）
6. 手を十分に乾かし、必要に応じ手指消毒（70%アルコール性手指消毒薬）を行う

4. マスクなどの防護具の着脱方法

(1) 着方：手洗い（指輪・腕時計は外しておく。カーデイガンや長袖の上着は着用しない）
→①ガウン→②シューズカバー→③マスク→④ゴーグル・ヘッドキャップ→⑤手袋

(2) 脱ぎ方：脱いだものは、その都度ビニール袋に入れる（全て感染性医療廃棄物として廃棄）。

①手袋→手洗い・手指消毒

→②ゴーグル・ヘッドキャップ→③シューズカバー→④ガウン→⑤マスク

→手洗い・手指消毒

① **手袋**

・汚染している手袋の外側に触れないように外す。

② **ゴーグル・ヘッドキャップ**

・表面にはふれないように、固定のバンドなどを持って外す。

・ヘッドキャップは、内側から、中表になるように外す。

③ **シューズカバー**

・外側に触れないように外す。

・足首の内側から、中表になるように外す。

④ **ガウン**

・首のひもをほどいてから、次に腰のひもを外す（マジックテープの場合も同様）。

・表面の汚れには触れないよう、中表になるように外す。

・袖を抜くときは、外側に触れないようにまず手を袖の内側に滑り込ませて片袖をぬく。次に袖の内側からもう片方の袖を引っ張って外す。

・周囲を汚染しないよう小さくたたんで破棄する。

⑤ **マスク**

・マスクの外側も内側も汚染しているため、ゴムの部分のみをつかんで外す。

5. 感染性汚物（おうと物・排泄物）の処理

(1) 使用物品：

① 防護具；手袋・ガウン・マスク・シューズカバー

② ペーパータオル（タオルまたは新聞紙でも可。全て破棄できる物）

③ 塩素系漂白剤（次亜塩素酸ナトリウム。ハイター・ブリーチ等）

④ 消毒用エタノール

⑤ バケツ（3個～水道水運搬用1個・塩素系漂白剤用2個～）

⑥ ビニール袋（なるべく45L以上のサイズがよい）（全ての廃棄物を破棄できる枚数を用意）

（水は水道水を使用。ペットボトルがあると、塩素系漂白剤を希釈する際便利。）

(2) 処理方法：

① 防護具の着用

② ペーパータオルで汚物を包み込むようにとり、すぐビニール袋に入れ密封する。

- ③ 塩素系漂白剤 50 倍希釈液を作る（必要に応じて 250 倍希釈液も作る）。
- ④ ③で浸したペーパータオルで拭く。ペーパータオルはすぐビニール袋に入れ密封する。
- ⑤ 5 分後、ペーパータオルで水拭きをする。ペーパータオルはすぐビニール袋に入れ密封する。
- ⑥ 便器・ドアノブ・蛇口などの汚染された可能性のある箇所は、塩素系漂白剤 250 倍希釈液で、④⑤の手順で拭き掃除をする。（消毒用エタノールでも可能だが、エタノールはノロウイルスに無効）
- ⑦ 防護具を脱ぐ
- ⑧ 清掃箇所の換気を十分に行う。
- ⑨ 廃棄物の入ったビニール袋は、医療用廃棄物容器にビニール袋のまま入れて処理する。

***塩素系漂白剤（次亜塩素酸ナトリウム。ハイター・ブリーチ等。塩素濃度は約 5%。）の希釈方法**

表 3. 塩素系漂白剤希釈早見表

消毒対象	濃度 (希釈倍数／希釈倍率)	希釈方法
便やおうと物が付着した床等	0.1% (50 倍／1000ppm)	塩素系漂白剤 10m l (ペットボトルキャップ 2 杯) +水 500m l (500m l ペットボトル 1 本)
トイレの便座やドアノブ・手すり・床など	0.02% (250 倍／200ppm)	塩素系漂白剤 10m l (ペットボトルキャップ 2 杯) +水 2500m l (500m l ペットボトル 5 本)

*ペットボトルキャップは約 5ml に該当

6. 出席停止の期間の基準

学校保健安全法施行規則（昭和 33 年文部省令第 18 号） 第 18 条における感染症の種類について（最終改正：平成 28 年文部科学省令第 4 号）

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者に対する医療に関する法律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。）
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、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
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
	感染症の予防及び感染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

第一種 治癒するまで

第二種（結核、髄膜炎菌性髄膜炎を除く）……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。

（学校保健安全法施行規則第 19 条における出席停止の期間の基準）主たる第二種感染症

感染症	出席停止の期間の基準
インフルエンザ	発症後 5 日、かつ解熱した後 2 日（幼児 3 日）を経過するまで
百日咳	特有の咳が消失するまで、または、5 日間の適正な抗菌剤による治療が終了するまで
麻疹	解熱した後 3 日を経過するまで
流行性耳下腺炎	耳下腺、顎下腺または舌下腺の腫脹が発現した後 5 日間を経過し、かつ、全身状態が良好となるまで
風疹	発疹が消失するまで
水痘	すべての発疹が痂皮化するまで
咽頭結膜熱	主要症状が消退した後 2 日を経過するまで

○結核、髄膜炎菌性髄膜炎及び第三種の感染症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

【全ての学校感染症 出席停止基準】 学校保健安全法第19条第1～3号

分類	病名	出席停止の基準
第 1 種	(※)	治癒するまで
第 2 種	インフルエンザ 百日咳 麻疹（はしか） 流行性耳下腺炎（おたふくかぜ） 風疹 水痘（みずぼうそう） 咽頭結膜熱 結核 髄膜炎菌性髄膜炎	発症後 5 日、かつ、解熱後 2 日（幼児 3 日）が経過するまで 特有の咳が消失するまで、または、5 日間の適正な抗菌剤による治療が終了するまで 解熱した後 3 日を経過するまで 耳下腺、顎下腺または舌下腺の腫脹が発現した後 5 日間を経過し、かつ、全身状態が良好となるまで 発疹が消失するまで すべての発疹が痂皮化するまで 主要症状が消失した後 2 日を経過するまで 症状により学校医その他の医師が感染の恐れがないと認めるまで 症状により学校医その他の医師が感染の恐れがないと認めるまで
第 3 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	症状により学校医その他の医師が感染の恐れがないと認めるまで 症状により学校医その他の医師が感染の恐れがないと認めるまで 症状により学校医その他の医師が感染の恐れがないと認めるまで 症状により学校医その他の医師が感染の恐れがないと認めるまで 症状により学校医その他の医師が感染の恐れがないと認めるまで 症状により学校医その他の医師が感染の恐れがないと認めるまで 症状により学校医その他の医師が感染の恐れがないと認めるまで

その他の感染症	溶連菌感染症 ウイルス性肝炎 手足口病 伝染性紅斑 ヘルパンギーナ マイコプラズマ感染症 感染性胃腸炎 (流行性嘔吐下痢症)	適正な抗菌剤治療開始後 24 時間を経て全身状態が良ければ登校可能 A 型・E 型：肝機能正常化後登校可能 B 型・C 型：出席停止不要 発熱や喉頭・口腔の水疱・潰瘍を伴う急性期は出席停止、治癒期は全身状態が改善すれば登校可 発疹（リンゴ病）のみで全身状態が良ければ登校可能 発熱や喉頭・口腔の水疱・潰瘍を伴う急性期は出席停止、治癒期は全身状態が改善すれば登校可 急性期は出席停止、全身状態が良ければ登校可能 下痢・嘔吐症状が軽快し、全身状態が改善されれば登校可能
	アタマジラミ 伝染性軟属腫（水いぼ） 伝染性膿痂疹（とびひ）	出席可能（タオル、櫛、ブラシの共用は避ける） 出席可能（多発発疹者はプールでのビート板の共用は避ける） 出席可能（プール、入浴は避ける）

※第 1 種学校感染症：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、マールブルグ熱、ラッサ熱、ジフテリア、重症急性呼吸器症候群（SARS）、急性灰白髄炎（ポリオ）、鳥インフルエンザ（H5N1）

日数の数え方は、その現象が見られた日は算定せず、その翌日を第 1 日とします。

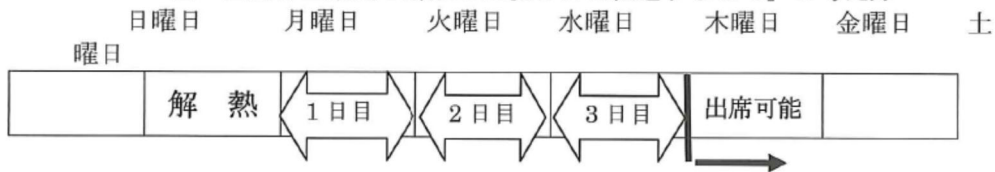
「解熱した後 3 日を経過するまで」の場合、例えば、解熱を確認した日が月曜日であった場合には、その日は日数には数えず、火曜（1 日）、水曜（2 日）、木曜（3 日）の 3 日間を休み、金曜日から登校許可となります。インフルエンザにおいて「発症した後 5 日」という時の、「発症」とは、「発熱」のことを指します。日数の数え方は上記と同様に、発症した日（発熱が始まった日）は含まず、翌日から 1 日目と数えます。

※出席停止の日数の数え方について

日数の数え方は、その現象が見られた日は算定せず、その翌日を第 1 日とします。

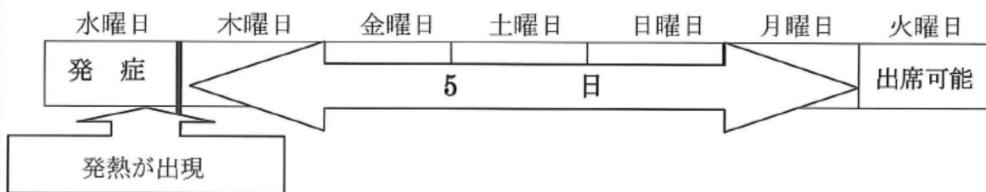
「解熱した後 3 日を経過するまで」の場合、例えば、解熱を確認した日が月曜日であった場合には、その日は日数には数えず、火曜（1 日）、水曜（2 日）、木曜（3 日）の 3 日間を休み、金曜日から登園許可ということになります（図）。

図「出席停止期間：解熱した後 3 日を経過するまで」の考え方



また、インフルエンザにおいて「発症した後 5 日」という時の、「発症」とは、「発熱」のことを指します。

日数の数え方は上記と同様に、発症した日（発熱が始まった日）は含まず、翌日から 1 日目と数えます。



7. 連絡体制

情報が伝達されないと対応も遅れるので、学生・生徒等の体調に関して保護者と教員が密接に連絡を取り合うことが基本である。医療機関を受診した場合は、正確を期すため診断書やメモに記載してもらうようにする。インフルエンザの診断がついた場合には、学生・生徒等は欠席となるので、電話、ファックス、メール、近所の友人に伝えてもらうなど状況によって連絡方法を選択する。

教員は、必要なら得られた情報を学院保健センターや校長などに連絡し学級閉鎖などの指示を仰ぐ。連絡網については、実際にうまく機能するか普段から確認しておく。また、感染症患者が偏見を受けないようにプライバシーなど配慮することも心掛ける重要である。

8. 感染症発症時の対応

感染症の拡大を防ぐためには、早期発見と初期段階での適切な対応が重要となる。感染症発症時に対応する担当者（事務、教員など）をあらかじめ決めておく。

学校内で感染症が発生した場合各教職員は、感染症発生状況や欠席状況を調査し、上記の担当者へ報告する。担当者は、それらを取りまとめて学校長へ報告するとともに、学校内に周知する。各教員は、クラス内で手洗い徹底や咳エチケット指導等感染拡大の防止策を講じる。また、届出が必要な感染症については、保健所指定の様式により所管する保健所等の関係機関へ連絡・報告する。各教員は、感染症が疑われる学生・生徒等については、他の者との接触を出来るだけ避けるよう配慮し、早期に医療機関の受診を勧める。学校長は、感染が拡大し欠席者が増えた場合、校医などと連携の上、学級・学年閉鎖等を考慮する。

9. 主たる感染症に対する解説

感染予防に注意が必要で、学校においても近年罹患者や流行が認められる疾患について、日本小児科学会予防接種・感染対策委員会（2017年4月改訂版）が作成した「学校・幼稚園・保健所において予防すべき感染症の解説」より、①インフルエンザ、②百日咳、③麻疹、④流行性耳下腺炎、⑤風疹、⑥水痘、⑦結核、⑧腸管出血性大腸菌感染症、⑨条件によって学校にて出席停止措置が必要な感染症についての解説を抜粋した。

（1）第二種感染症は、飛沫感染をする感染症で学生・生徒などの罹患が多く、学校において流行を広げる可能性が高いものが分類されている。出席停止に関しては、結核を除き、「感染症ごとに定めた出席停止の期間の基準のとおり。ただし、病状により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」とされている。

インフルエンザ（特定鳥インフルエンザを除く）

急激に発病し、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。特に乳幼児、高齢者などが重症になりやすい。

病原体	流行を起こすインフルエンザウイルスには A (H1N1) 亜型、A (H3N2) 亜型（香港型）、B 型があり、2009 年には A (H1N1) pdm09 による世界的流行（パンデミック）が起こった。
潜伏期間	1-4 日（平均 2 日）
感染経路	患者の咳、鼻汁からの飛沫感染によるが、接触感染もある。 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、3-4 週間で終わる。

感染期間	発熱1日前から3日目をピークとし、7日目ころまで。しかし低年齢患児では長引く。
症状	悪寒、頭痛、高熱（39-40℃）で発病する。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、筋肉痛などである。呼吸器症状は咽頭痛、鼻汁、鼻づまりがみられる。消化器症状は、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、死に至る場合や、救命しえても精神運動遅滞の後遺症を残すことがある。
診断法	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、それでも偽陰性を示すことは少なくないため、臨床診断を優先する場合がある。
治療法	抗ウイルス薬（オセルタミビルなど）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が、10歳代の精神症状との関連がまだ完全に否定されておらず、また、耐性ウイルスが生じる可能性もある。解熱薬のアスピリンはライ症候群（急性脳症）の発症を高める可能性があり、また、ジクロフェナクナトリウムやメフェナム酸は、インフルエンザ脳症の場合の死亡率を高める可能性が示唆されているため、投与するのであればアセトアミノフェンを選択する。
予防法	飛沫感染として、手洗いなどの一般的な予防法の励行のほか、インフルエンザワクチンの接種が有効である。任意接種だが、生後6か月から接種可能で、感染予防効果は高くないが、重症化の予防効果がある。
感染拡大予防法	流行期に発熱と咳が生じた場合は欠席し、安静と栄養をとるとともに、全身状態が悪い場合は病院を受診する。罹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。また、流行時には臨時休校も拡大予防として有効である。
登校（園）基準	学校保健安全法では、「発症した後5日を経過し、かつ、解熱した後2日を経過するまで。幼児においては、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」が、出席停止の目安とされている。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く、咳嗽や鼻汁が続き、感染力が強いと考えられる場合は、さらに長期に及ぶ場合もある。ただし、病状により学校医そのほかの医師において感染の恐れがないと認められた場合は、その限りではない。

百日咳

コンコンと咳き込んだ後、ヒューという笛を吹くような音を立てて息を吸う、特有な咳が特徴で、連続性・発作性の咳が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）、肺炎、中耳炎、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。

病原体	百日咳菌
潜伏期間	主に7-10日（5-21日）
感染経路 （好発時期）	飛沫感染、接触感染。 1年を通じて存在する病気であるが春季から夏季に多い。
感染期間	咳が出現してから、4週目ころまで。抗菌薬開始後7日程度で感染力は弱くなる。
症状	病初期からしつこい咳が特徴で、発熱することはあまりない。年齢が低いほど症状は重く、前述の特徴的な咳が出始め、咳のために眠れない、また顔が腫れることもある。回復するのに2-3週間から数か月もかかることがある。幼児期後半以降の罹患では症状は軽くなり、小学生になると咳のしつこいかぜに思われることも少なくない。
好発年齢	乳幼児期が多いが、思春期、成人の発症も増えている。
診断法	症状より診断されることが多かったが、2016年11月に鼻腔ぬぐい液からDNAを検出する検査が健康保険の適応となった。
治療法	抗菌薬
予防法	定期予防接種によって、生後3-90か月に沈降精製百日せきジフテリア破傷風・不活化ポリオワクチン（DPT-IPV）ワクチンを4回接種する。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回追加接種する。さらに、11歳以上13歳未満で沈降ジフテリア破傷風（DT）トキソイドの接種が1回、定期接種として行われている。米国内小児科学会では接触者への予防投与が推奨されているが、日本では健康保険は適応されていない。
登校（園）基準	特有な咳が消失するまで、または5日間の適正な抗菌薬による治療が終了するまでは出席停止とする。

麻疹（はしか）

発熱、咳、くしゃみなどの上気道の症状や特有な発疹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。ごくまれに罹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。日本は、2015年3月に世界保健機関西太平洋地域事務局より「排除」が認定された。ただし、海外からの輸入による地域的な流行は今でも生じており、高い予防接種率を維持する必要がある。

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	空気感染、飛沫感染、接触感染。感染力が最も強いのは、発疹出現前の咳や鼻水、目の充血などが出ているころ（カタル期）であるが、発疹出現後、色素沈着に至る頃までは周りへの感染力がある。
感染期間	発熱出現 1-2 日前から発疹出現4 日目ころまで。
症状	臨床的に、カタル期、発疹期、回復期に分けられる。目の充血、涙やめやに（眼脂）が多くなる、くしゃみ、鼻汁などの症状と共に発熱し、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早期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紅斑（赤い発疹）が生じて発疹期になる。発疹は耳の後ろから顔面にかけて出始め、身体全体に広がる。赤い発疹が消えた後に褐色の色素沈着が残るのが特徴である。発熱は発疹出現後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。
好発年齢	患者との接触によってワクチン未接種の成人を中心とした発症がみられている。
診断法	臨床診断した場合、すぐに保健所に届け出て、保健所を通して、地方衛生研究所などで発疹出現後7日以内の血液、咽頭ぬぐい液、尿の3点セットによるPCR検査やウイルス分離を行う。抗体検査は医療機関あるいは民間の検査センターにて同時並行で行う。従来よりも偽陽性の少ない抗体検査キットが使われている。IgM抗体の検査は、早すぎるとまだ陽性になっていない場合があることから、発疹出現後4-28日に実施することが望ましい。
治療法	有効な治療薬はなく、対症療法が行われる。
予防法	日本では、2006年より麻しん風しん（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期定期接種が導入され、ほかの先進国と同様に2回接種が行われるようになったが、成人も含め未接種者も少なくはない。定期接種対象年齢外でも任意で予防接種が受けられる。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し低い。定期接種対象年齢外でも任意で予防接種が受けられるため、ワクチン未接種でかかったことのない職員を含め接種を勧める。
感染拡大防止法	空気感染であるため、集団の場合は、1人の発症があった場合、速やかにほかの子どもに対して、かかったことがあるか、予防接種はしているかを聴取する。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。乳児は予防接種の適応外であるが、生後6か月以上であれば、緊急避難的に麻疹ワクチンの接種を検討することも一案である。また、72時間を過ぎた場合、6日以内であればγグロブリンにて、症状の軽減をはかることもできるが、血液製剤であることを考慮する必要がある。
登校（園）基準	発疹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、さらに長期に及び場合もある。米國小児科学会では発疹出現4日後までを隔離の目安としている。

流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）

耳下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。成人の罹患では精巣炎、卵巣炎などの合併がある。

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 （好発時期）	飛沫感染、接触感染。 春季から夏季に多い。
感染期間	耳下腺腫脹の1-2日前から腫脹5日ごろまでである。しかしながら、唾液中には、腫脹7日前から8日後までウイルスが検出される。
症状	全身の感染症だが耳下腺の腫脹が主症状で、顎下腺も腫れる。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、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の難聴を、3,000-5,000人に1人が急性脳炎を併発する。
好発年齢	幼児から学童
診断法	症状より診断されるが、確定のためには血液での抗体検査。
治療法	有効な治療薬はなく、対症療法が行われる。
予防法	多くの先進国で2回の予防接種が行われている。日本では任意接種であるが、日本小児科学会は2回の予防接種を推奨している。ワクチンによる無菌性髄膜炎の発症は2,000-3,000人に1人、急性脳炎の発症は約25万人に1人と、自然感染時に比べ低い。ワクチン未接種でかかったことのない者は職員も含め接種を勧める。
感染拡大防止法	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（感染しても症状がない状態）もあり、発症者の隔離では流行を阻止することはできない。
登校（園）基準	耳下腺、顎下腺また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となるまで出席停止とする。

風疹

日本において、2012-2013年に、ワクチン未接種の成人男性を中心に、約17,000人の流行があった。淡紅色の発疹、発熱、リンパ節の腫脹を主な症状、徴候とする疾患である。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20週ころまでにかかるとう出生児に先天性風疹症候群と呼ばれる先天異常が生じることがあり（例えば妊娠1か月以内の感染では50%以上の頻度とされている）、2012-2014に45人の発症がみられた。

病原体	風疹ウイルス
潜伏期間	主に16-18日（14-21日）
感染経路	飛沫感染、接触感染、母子感染（胎内感染）。
感染期間	発疹出現7日前から発疹出現7日目ころまで。
症状	発熱と同時に発疹に気付く疾患である。発熱は麻疹ほどには顕著ではないが、淡紅色の発疹が全身に出現する。3-5日で消えて治るため三日はしかとも呼ばれる。発疹が消えた後には麻疹のような褐色の色素沈着は残らない。リンパ節の腫れは頸部、耳の後ろの部分にみられる。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。妊婦の感染により、胎児が、耳、眼、心臓の異常や精神運動発達遅滞を伴う先天性風疹症候群を発症することがある。
好発年齢	近年、日本では予防接種率の上昇にともない患者は減少しているが、30-50歳代の男性の20-30%は、風疹に対する十分な免疫がないとされている。
診断法	臨床診断した場合、抗体検査などでウイルス学的診断検査を行う。
治療法	有効な治療薬はなく、対症療法が行われる。
予防法	日本では、2006年より麻しん風しん（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期定期接種が導入され、ほかの先進国と同様に2回接種が行われるようになったが、成人も含め未接種者も少なくはない。定期接種対象年齢外でも任意で予防接種が受けられるため、ワクチン未接種でかかったことのない者は職員を含め接種を勧める。
感染拡大防止法	飛沫感染、接触感染として一般の予防方法を励行する。妊婦への感染防止も重要であり、発症者がでた場合は、保護者に知らせる必要がある。また、ワクチン未接種の妊娠している職員は流行が終息するまで休ませる配慮が望まれる。
登校（園）基準	発疹が消失するまで出席停止とする（米国小児科学会では発疹出現6日後までを隔離の目安としている）。

水痘（みずぼうそう）

紅斑（赤い発疹）、丘疹（小さな発疹）、水疱、膿疱（膿みをもった水疱）、痂皮（かさぶた）の順に進行する発疹が出現し、同時に各病期の発疹が混在する伝染性の強い感染症である。時に皮膚や皮膚の下の軟部組織の細菌感染、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。初感染では水痘の症状を示すが、治ったあとウイルスが知覚神経節に潜伏し、免疫状態が低下した時に神経の走行に沿って小水疱が生じる帯状疱疹として再発することがある。
潜伏期間	主に14-16日（10-21日）
感染経路	空気感染、飛沫感染、接触感染、母子感染（胎内感染）。膿疱や水疱中にはウイルスが存在する。かさぶたの中にはウイルスはいないため、感染源とはならない。
感染期間	発疹出現1-2日前から全ての発疹がかさぶたになるまで。
症状	発疹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。発疹は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。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。成人、特に妊婦の感染は重症化しやすい。妊娠初期の感染によって、胎児に先天性水痘症候群という低出生体重、四肢低形成、皮膚癒痕などを伴う先天異常をおこし、分娩前5日-分娩後2日の感染によって新生児に致死的な重症水痘が生じることもある。ワクチンが定期接種となる以前、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。
好発年齢	ワクチンの定期接種化によって幼児の発症は減少しているが、定期的対象年齢外であった世代に未接種者が多く、患者との接触により発症する可能性がある。
診断法	症状より診断されるが、確定のためには血液での抗体検査。
治療法	抗ウイルス薬（アシクロビル、バラシクロビル）
予防法	日本では2014年10月より、1歳以上3歳未満児に対して定期接種となり、2回の接種がなされている。3歳以上においても日本小児科学会は2回の予防接種を推奨している。定期接種対象年齢外でも任意で予防接種が受けられるため、ワクチン未接種でかかったことのない者は職員を含め接種を勧める。
感染拡大防止法	空気感染であるため、集団の場合は、1人の発症があった場合、速やかにほかの子どもに対して、かかったことがあるか、予防接種はしているかを聴取する。患者との接触後、72時間以内であればワクチンによって発症の阻止、あるいは症状の軽減が期待できる。妊婦への感染防止も重要であるため、保護者に知らせる必要がある。また、ワクチン未接種の妊娠している職員は流行が終息するまで休ませる配慮が望まれる。
登校（園）基準	すべての発疹がかさぶたになるまで出席停止とする（米国小児科学会では水疱出現6日後までを隔離の目安としており、免疫が低下している人との接触はさらに長期間避けることが推奨されている）。

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、プールでのみ感染するのではなく、飛沫、接触感染する。

病原体	アデノウイルス
潜伏期間	2-14日
感染経路 (好発時期)	接触感染、飛沫感染。また、プールでの感染もある。 夏季に多い。
感染期間	ウイルス排出は初期数日が最も多いが、その後、数か月、排泄が続くこともある。
症状	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、涙が多くなる、まぶしがる、眼脂などである。
好発年齢	幼児から学童
診断法	症状よりなされるが、アデノウイルス抗原の迅速診断キットがある。
治療法	有効な治療薬はなく、対症療法が行われる。
予防法	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などの一般的な予防法が大切である。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失した後2日を経過するまで出席停止とする。

結核

全身の感染症であるが、呼吸器に病変をおこすことが多い。乳幼児では家族内感染が多く、大部分が初期感染結核である。BCGの効果や予防法・治療法の進歩で致命率は低くなったが、日本は依然として結核中蔓延国である。

病原体	結核菌
潜伏期間	2年以内、特に6か月以内が多い。数十年経って、発症することもある。
感染経路	主として空気感染
感染期間	喀痰の塗抹検査で陽性の間。
症状	<p>初感染結核= 結核菌が気道から肺胞に定着すれば初感染病巣が成立し、初感染結核といわれる。初期には無症状である。発熱、咳、疲れやすい、食欲不振、顔色が悪いなどの症状があっても非特異的で気付かれにくいのが特徴である。</p> <p>粟粒結核= 肺門リンパ節などの病変が進行して菌が全身に散布された病型で、発熱、咳、呼吸困難、チアノーゼなどが認められる。乳幼児に多くみられる重症型である。</p> <p>結核性髄膜炎= 結核菌が血流に脳・脊髄を覆う髄膜に到達して発症する。高熱、頭痛、嘔吐、意識障害、けいれんなどがみられる最重症型である。一命をとりとめても後遺症を残す恐れがある。</p> <p>二次結核= 初感染病巣からほかの肺の部分に広がり、病変巣を形成した病型である。思春期以降や成人に多く見られる。疲れやすい、微熱、寝汗、咳などの症状がでる。</p> <p>潜在性結核感染症= 結核菌に感染しており、後述の検査で陽性を示すが、症状がないことがある。免疫が低下した場合に発症することがあるため、治療の対象となる場合がある。</p>
診断法	ツベルクリン反応やγインターフェロン産生試験。
治療法	抗結核薬を使用するが、近年、薬剤耐性菌が増加している。
予防法	BCG ワクチンは、乳児の重症化予防には有用とされている。定期接種では対象は生後12か月までとなっているが、標準的には生後5か月-8か月未満の接種が勧められている。
登校(園)基準	病状により学校医そのほか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3日連続で喀痰の塗抹検査が陰性となるまで)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。

髄膜炎菌性髄膜炎

髄膜炎菌による髄膜炎で、発熱、頭痛、嘔吐を主症状とする。抗菌薬の発達した現在においても、発症した場合は、後遺症を残す、もしくは死にいたることもある。アフリカ諸国・中近東をはじめ、先進国でも散発的に発生し、2011年には日本でも学生寮で集団発生し、1人が死亡した。

病原体	髄膜炎菌
潜伏期間	主に4日以内（1-10日）。
感染経路	飛沫感染。家庭内や幼稚園、保育所での接触も高リスクとなる。また、無脾症や補体欠損などの基礎疾患がある人は発症の危険が高い。
症状	発熱、頭痛、意識障害、出血斑が生じ、死に至ることもある。致命率は約10%、回復した場合でも10-20%に聴覚障害、まひ、てんかんなどの後遺症が残る。
好発年齢	3-5か月と16歳以上の2つのピークがある。
診断法	髄液や血液からの菌の分離。
治療法	抗菌薬
予防法	患者と、家庭内や保育所、幼稚園で接触、キス、歯ブラシや食事用具の共用による唾液の接触、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べきである。流行地への渡航前やハイリスク患者にはワクチンによる予防が望ましい。日本では2015年から任意予防接種ができるようになった。
登校（園）基準	有効な治療開始後24時間を経過するまでは隔離が必要。病状により学校医そのほか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。

（2）条件によっては出席停止の措置が必要と考えられる感染症

ロタウイルス感染症

流行性嘔吐下痢症の症状を呈するウイルスによる腸管感染症である。

病原体	ロタウイルス
潜伏期間	1-3日。
感染経路 （好発時期）	経口感染、接触感染、飛沫感染。 冬季から春先に多く発生する。
感染期間	急性期が最も感染力が強いが、便中に3週間以上排泄されることもある。
症状	嘔吐と下痢が主症状であり、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、まれにけいれんが群発したり、脳症を合併することがある。
好発年齢	乳幼児
診断法	便を用いた抗原迅速診断キットがあるが、流行などから臨床診断する場合もある。
治療法	有効な治療薬はなく、対症療法が行われる。
予防法	経口感染、接触感染、飛沫感染として、一般的な予防法の励行が大切である。アルコール消毒は効きにくいので、流水下の石鹸での手洗いが必要である。2011年、日本でも経口生ワクチンが任意予防接種として開始され、発症が減っている。
感染拡大防止法	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や排便後、また保育者であればおむつ交換後に、手洗いを励行する。嘔吐物や下痢便のついた衣類などは破棄するか、0.1%次亜塩素酸ナトリウムで消毒する。
登校（園）基準	症状のある間が主なウイルスの排泄期間なので、下痢、嘔吐症状が消失した後、全身状態のよい者は登校（園）可能であるが、手洗いを励行する。

ノロウイルス感染症

流行性嘔吐下痢症の症状を呈するウイルスによる腸管感染症である。

病原体	ノロウイルス
潜伏期間	12-48 時間
感染経路 (好発時期)	経口感染、接触感染、飛沫感染。氷、二枚貝、サラダ、パンなどの食品を介しての感染例もある。便中に多くのウイルスが排出されており、吐物の感染力も強く、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。 秋季から春季に多く発生する。保育施設などの閉鎖空間で流行する。
感染期間	急性期が最も感染力が強いが、便中に3週間以上排泄されることもある。
症状	嘔吐と下痢が主症状であり、多くは1-3日で治るが、脱水を合併する。
好発年齢	乳幼児のみならず、学童、成人にも多くみられ、再感染もまれでない。
診断法	便を用いた抗原迅速診断キットがあるが、流行などから臨床診断する場合もある。
治療法	有効な治療薬はなく、対症療法が行われる。
予防法	経口感染、接触感染、飛沫感染として、一般的な予防法の励行が大切である。アルコール消毒は無効なため、流水下の石鹸での手洗いが必要である。
感染拡大防止法	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。ノロウイルスにはアルコール消毒は無効なため、流水下に石鹸で手洗いをし、食器などは、85℃で1分以上の加熱または、0.02%次亜塩素酸ナトリウムを用いて洗浄する。食品は85-90℃、90秒以上の加熱が有効である。嘔吐物や下痢便のついた衣類などは破棄するか、0.1%次亜塩素酸ナトリウムで消毒する。
登校（園）基準	症状のある間が主なウイルスの排泄期間なので、下痢、嘔吐症状が消失した後、全身状態のよい者は登校（園）可能であるが、手洗いを励行する。

溶連菌感染症

A群溶血性連鎖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、腎炎をおこすことがある。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。

病原体	A群溶血性連鎖球菌
潜伏期間	2-5日
感染経路	飛沫感染、接触感染。
感染期間	抗菌薬投与にて24時間以内に感染力は失せる。
症状	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。猩紅熱は5-10歳ころに多く、発熱、咽頭炎、扁桃炎とともに舌が莓状に赤く腫れ、全身に鮮紅色の発疹が出て、それがおさまった後、落剥する。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しやすい。
診断法	抗原の迅速診断キットや細菌培養、抗体検査が用いられている。
治療法	抗菌薬
予防法	飛沫感染、接触感染として、手洗いなどの一般的な予防法の励行が大切である。
登校（園）基準	適切な抗菌薬による治療開始後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。

A 型肝炎

日本で年間数百人の発生があり、8割は牡蠣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%で年間150人前後が発症している。2010年には約350人の患者数の急増があった。子どもの80-95%は不顕性感染（感染しても症状がでない状態）であるが、重症化する例もある。また、不顕性感染であっても便中にウイルスが排泄されるため、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	15-50日（平均28日）
感染経路	牡蠣などの生の貝類を介したからの経口感染。
感染期間	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失われる。
症状	子どもは、無症状のことも多く、便の処理が十分に行われがたいことから、集団発生しやすい。乳児ではおむつから集団感染した事例の報告がある。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ことがある。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。
診断法	血液による抗体検査。
治療法	有効な抗ウイルス薬はなく、対症療法が行われる。
予防法	海外渡航予定者へは予防接種を行うことが望ましい。患者との濃厚接触者には、 γ グロブリンやワクチンを予防的に投与する。
登校（園）基準	発病初期を過ぎ、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。米国小児科学会では黄疸出現1週間後までを隔離の目安としている。

手足口病

口腔粘膜と四肢末端に水疱性発疹を生じる疾患である。毎年のように流行するが、最近の日本では1985年、

1990年、1995年、2000年、2003年、2011年、2013年と、比較的大きな流行がおきている。

病原体	以前は、コクサッキーウイルスA16型が主流であったが、近年はコクサッキーA6型が増えている。そのほか、コクサッキーウイルスA10型やエンテロウイルス71型など。
潜伏期間	3-6日
感染経路 （好発時期）	経口感染、飛沫感染、接触感染。 流行のピークは夏季である。
感染期間	ウイルスは咳や鼻汁から1-2週間、便からは数週-数か月間、排出される。
症状	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・足末端や臀部に水疱がみられるのが特徴。発熱はあまり高くはならないことが多く、通常1-3日で解熱する。近年、流行しているコクサッキーウイルスA6型によるものは、水痘と紛らわしいことや、爪が剥げることもある。
好発年齢	乳幼児
診断法	症状より診断される。
治療法	有効な治療薬はなく、対症療法が行われる。
予防法	経口感染、飛沫感染、接触感染として、一般的な予防法を励行する。
登校（園）基準	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。本人の全身状態が安定している場合は登校（園）可能である。ただし、手洗い（特に排便後）を励行する。

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。乳幼児に多く見られる夏 かせの代表的な疾患である。

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
感染経路 (好発時期)	経口感染、飛沫感染、接触感染。 春季から夏季に多く発生し、流行のピークは7月ころである。
感染期間	ウイルスは咳や鼻汁から1-2 週間、便からは数週-数か月間、排出される。
症状	突然の発熱 (39℃以上)、咽頭痛。咽頭に赤い発疹がみられ、次に水疱となり、間もなく潰瘍となる。
好発年齢	4 歳以下の乳幼児に多い。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。
診断法	症状より診断される。
治療法	有効な治療薬はなく、対症療法が行われる。
予防法	飛沫感染、接触感染として一般の予防法を励行する。
登校(園) 基準	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。本人の全身状態が安定している場合は登校(園) 可能である。ただし、手洗い(特に排便後)を励行する。

無菌性髄膜炎

主にウイルスによる髄膜炎の炎症であり、原因ウイルスの流行により、夏季から秋季に増加する。

病原体	どのウイルスでも発症しうるが、エンテロウイルスが無菌性髄膜炎の 80%以上の原因とされている。ほかにはムンプスウイルス、コクサッキーウイルス、エコーウイルス、アデノウイルスが多い。
潜伏期間	エンテロウイルスは 3-6 日、ムンプスウイルスは16-18 日など、それぞれのウイルスによる。
感染経路	エンテロウイルスは経口感染、飛沫感染、接触感染。ムンプスウイルスは飛沫感染、接触感染。
感染期間	エンテロウイルスは、咳や鼻汁から1-2 週間、便からは数週-数か月排出され、ムンプスウイルスは耳下腺腫脹 1-2 日前から腫脹5 日ころまで。
症状	乳児では発熱、不機嫌など。年長児では発熱、頭痛、嘔吐、羞明(光をまぶしく感じる)など。時に、けいれんや意識障害など、脳炎の症状を来すこともある。一般的に1 週間程度で回復することが多いが、後遺症を残す重症例もある。
好発年齢	どの年齢でも発症する可能性がある。
診断法	髄液検査。
治療法	有効な治療薬はなく、対症療法が行われる。
予防法	飛沫感染、接触感染、経口感染として一般の予防方法を励行する。ムンプスウイルスはワクチンでの予防が可能であり、流行性耳下腺炎(おたふく風邪)の自然感染では100 人に1 人の頻度で無菌性髄膜炎が発症するが、ムンプスワクチンによる無菌性髄膜炎の発症は2,000-3,000 人に1 人とされている。
登校(園) 基準	全身状態が安定している場合は登校(園) 可能である。

伝染性紅斑

かぜ様症状を認めただ後に顔面、頬部に少しもり上がった紅斑がみられる疾患である。その状態からりんご病とも呼ばれている。4-5年周期で流行しているが、2015年には全国的な流行がみられた。

病原体	ヒトパルボウイルスB19
潜伏期間	通常4-14日であるが、21日程度になる場合もある。
感染経路	主として飛沫感染、母子感染（胎内感染）。
感染期間	かぜ様症状出現から発疹が出現するまで
症状	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。発疹は両側の頬と四肢伸側にしース状、網目状の紅斑が出現する。一旦消失しても再発することもある。合併症として（特に溶血性貧血患者では）、重症の貧血を生じることがある。妊婦（特に28週未満）が感染した場合、流産、死産にいたる場合や、胎児が胎児水腫という全身に浮腫をきたす場合がある。
好発年齢	幼児から学童
診断法	症状より診断されることが多いが、確定には血液での抗体検査を行う（妊婦のみ健康保険が適応される）。
治療法	有効な治療薬はなく、対症療法が行われる。
感染拡大防止法	妊婦への感染防止も重要であり、発症者がでた場合は、保護者に知らせる必要がある。また、妊娠している職員は流行が終息するまで休ませる配慮が望まれる。
登校（園）基準	発疹期には感染力はほとんど消失しているため、発疹のみで全身状態のよい者は登校（園）可能である。

この感染症防のマニュアルは以下の資料を参考に、また引用して作成した。

引用・参考資料：

- 1) 学校・幼稚園・保健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；
2017年4月改訂版
- 2) 「保育所等における感染症対策に関する研究」平成28年度研究報告書
厚生労働科学研究費補助金 成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業
- 3) 「学校感染症による出席停止」日本学校保健会
- 4) 「感染症予防の手引き」鳥取大学保健管理センター
- 5) 「学校における感染予防のための手引き」福島県立医科大学

作成：関東学院 学院保健センター 作成 2018年6月15日

センター長 西崎光弘