園・学校における感染症対策ガイドブック
第２版

制作：香川県小児科医会感染症対策委員会

第2版改訂にあたって

2015年3月31日に初版を発行して約3年が経過しました。この間に、百日咳の新しい検査法ができたこと、水痘（水ぼうそう）は定期予防接種の普及で典型的な症状が少なく診断が難しくなってきたことがあり加筆・修正しました。また、誤解されやすい部分は分かりやすくする（白色便はロタウイルス以外でもある、手足口病･ヘルパンギーナは年に2回罹ることもある、咽頭結膜熱は結膜炎がなくても出席停止であるなど）必要があり、それぞれ修正を行いました。巻末の登園届も分かりやすく変更しました。いまだに出席停止の病気と、そうでない病気の区別がされていないことが問題になっています。溶連菌感染症やウイルス性胃腸炎など出席停止の指定がない疾患では､回復後に医療機関を再度受診しなくても保護者が登園届を記載することで出席が認められます。ぜひご活用下さい。

また新たな項目として、「予防接種」、「細菌性腸炎（病原性大腸菌およびそれ以外の細菌)」、「抗菌薬（抗生物質)」、「迅速検査」についての解説を加えました。感染症予防の基本中の基本である予防接種は有料でも受けておいた方がいいこと､子どもの多くの感染症では抗菌薬は不要であるが、必要な時はきちんと使用すること、迅速検査をするべき時とその限界などについて理解を深めていただければ幸いです。

本ガイドブックは徐々に県内の園･学校･医療機関で使用されるようになっていますが、まだ充分に浸透しているとは言えないと思っております。

すべての子どもたちが元気で楽しい集団生活がおくれるように､また保護者や保育関係の皆様および医療者側も､感染症に対して有効で無駄のない対応を取っていけるようこれからも啓発活動に務めていく所存です。

2018年5月30日

香川県小児科医会感染症対策委員会

委員長　斎藤 慎一

ご挨拶（初版）

先ず、香川県版の「園・学校における感染症対策ガイドブック」を皆様方にお届けできることを大変嬉しく思っています。各種感染症に対する免疫がまだ未熟な子どもたちが集団生活している保育園・幼稚園および学校は、大人の職場などと比べるとはるかに感染の感受性が高く、早いスピードで感染拡大が起こる環境にあると言えます。このことを感覚的にも、経験的にも判っている保護者や園・学校関係の皆様が感染症の流行に対して非常に不安に感じる気持ちはよく理解できます。罹り得る感染症に対して無防備過ぎることはいけませんが、過度に不安視しても適切な対応を誤ります。すなわち適切な「園・学校における感染症対策」とは、個々の感染症の特徴や対応の仕方について正確な知識を持つことから始まります。

本誌では、保護者の方、そして幼稚園・保育所（園）・学校教職員の皆さまに関係する子どもたちの感染症について、これだけは知っていて頂きたい、気を付けて頂きたい事項について解説しています。執筆陣は、香川県内の医療機関で普段たくさんの子どもたちの感染症を診ている専門の医師たち（香川県小児科医会感染症対策委員）であり、すべて先生方の無償のボランティアによって完成しました。その思いを感じて頂ければ嬉しい限りです。

なお本誌は各感染症のエッセンスですので、少し説明不足な部分や理解しにくい所があるかもしれません。その時は遠慮なく主治医（かかりつけ医）の先生にお尋ねください。最初に香川県版ガイドブックと述べましたが、その意味は、本誌は香川県小児科医会所属の医師約 160 名に認知された感染症ガイドブックであり、本誌の内容に関する皆様方のご質問に先生方が責任を持ってお答え頂けるものと思っています。

2015 年 3 月 31 日

香川県小児科医会

会長　藤澤 卓爾

はじめに（初版）

近年、新型と呼ばれたインフルエンザの流行などを契機に、感染症に対して過敏になり過剰な対応が目立ちます。一方で、必要な予防接種を受けずに集団生活を過ごしているお子さんも、まだまだ存在します。そのことは、取りも直さず正しい知識が必要なことを示しています。

感染症に対しては、すべての保護者が心配であり、あずかる立場の学校、幼稚園、保育園にとっては、非常に気を使うことと思われます。しかしながら、例えば夏かぜは便中にウイルスが１ヶ月近く排泄されますが、その間ずっと集団生活ができないとなると、流行期には誰も登校（園）できなくなり現実的でありません。また、基本的に軽症な疾患で、小児期に感染することで生涯の免疫が獲得されるという利点もあります。感染力が強い時期は初期のみなので、全身状態が良ければ登校（園）も可能で、手洗いうがいなど当たり前の日常的対応で十分です。

他方、インフルエンザや麻疹、水痘など感染力が強く、時に重症な疾患では、周囲に拡大しないために出席停止が求められます。また、そのような疾患には、予防のためのワクチンが開発されてきました。したがって、国レベルでも感染症法（旧：伝染病予防法、結核予防法）や学校保健安全法（旧：学校保健法）などを制定し、いくども改正を重ねて、新しく正しい知識の普及に努めてきました。

香川県小児科医会では、このほど感染症対策委員会を立ち上げ、感染症に対する正しい対応のために、学校、幼稚園、保育園や家庭で役立ていただくようにガイドブックを作成しましたので、ご活用いただければ幸いです。巻末に、出席停止が求められる疾患の「医師による登園許可書」、出席停止ではないが集団生活に配慮が必要な疾患の「保護者が記入する登園届」のひな形を添付してあります。学校や幼稚園、保育所など、それぞれで必要な個所は修正してご利用ください。

2015 年 3 月 31 日

香川県小児科医会感染症対策委員会

委員長　永井 崇雄

目　次

1. 園・学校において予防すべき感染症の考え方 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・6

2. 主な感染経路 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・8

3. 学校保健安全法において、園・学校で出席停止が求められる主な感染症とその基準9
インフルエンザ ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・10
百日咳 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・12
麻しん ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・13
流行性耳下腺炎（おたふくかぜ） ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・14
風しん ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・15
水痘（みずぼうそう） ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・16
咽頭結膜熱（プール熱） ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・17
流行性角結膜炎 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・18
腸管出血性大腸菌感染症 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・19

4. 学校保健安全法では出席停止の指定はないが、集団生活に配慮が必要な疾患 ・20
溶連菌感染症 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・21
マイコプラズマ肺炎 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・22
細菌性腸炎（病原性大腸菌以外） ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・23
手足口病 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・24
伝染性紅斑（リンゴ病） ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・25
ウイルス性胃腸炎（ノロ、ロタ、アデノ） ・・・・・・・・・・・・・・・・・26
ヘルパンギーナ ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・28
RS ウイルス感染症 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・29
ヒトメタニューモウイルス感染症 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・31

5. 集団生活で注意が必要な皮膚の感染性疾患 ・・・・・・・・・・・・・・・・・ 32
伝染性膿痂疹（とびひ） ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 32
伝染性軟属腫（みずいぼ） ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・33
アタマジラミ ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・34

6. 基礎疾患がある児への配慮 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 35

7.感染症予防に予防接種を！・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・36

8.抗菌薬(こうきんやく)の適正使用　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・38

9.迅速検査(じんそくけんさ)について　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・39

付録：幼稚園・こども園・保育所（園）登園許可書　・・・・・・・・・・・・・・・42
　　幼稚園・こども園・保育所（園）登園届　・・・・・・・・・・・・・・・・・43

1．園・学校において予防すべき感染症の考え方

「学校保健安全法（旧：学校保健法）」では、下記の疾患を学校において予防すべき感染症に指定しています。

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、SARS、MERS 及び鳥インフルエンザ（H5N1、H7N9）

★出席停止期間の基準は「治癒するまで」

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、麻しん、流行性耳下腺炎、風しん、水痘、咽頭結膜熱、**結核及び髄膜炎菌性髄膜炎

★出席停止期間の基準は、感染症ごとに個別に定められており、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たとき。

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

★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とき。

また、下記の「学校保健安全法施行令」で学校への対応を求めています。

- 校長は、感染症にかかっており、又はかかっている疑いがあり、あるい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。
- 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。

幼稚園、保育所での対応もほぼこれに準じて行われます。感染症の拡大を防ぐためにも、患児は**「他人に感染させる状態の期間は集団の場をさけること」「健康が回復するまで治療や休養の時間をとること」**が必要です。

以下、この冊子では園・学校で日常的に遭遇し、出席停止が求められる代表的な疾患（ゴシック太字）とその基準について説明します。（第一種感染症は、日本国内において日常的な流行を認めないため、本冊子では割愛します）

その他、学校保健安全法では出席停止にはなっていませんが、集団生活に配慮が必要な主

な疾患と、皮膚の感染症についても解説します。

コラム①　出席停止期間の考え方

園・学校では何らかの感染症に感染した後に出席停止を求められます。
出席停止期間は、例えば「○○した後△日を経過するまで」とした場合は、
「○○」という現象が見られた日の翌日を第１日目として計算します。
例えばインフルエンザで「解熱した後２日を経過するまで（乳幼児の場合は解熱後３日を経過するまで）」の場合は以下の通りになります。

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
注；乳幼児の場合は、木曜日（解熱後３日目）→金曜日から出席可能

ただし、第二種感染症の出席停止期間は基準であり、病状により学校医やその他の医師において感染のおそれが認められる場合はこの限りではありません。

2. 主な感染経路

■ **空気感染**

空気中に飛散した病原体が、水分が蒸発して軽い微粒子となってもなお病原性を保つものです。長時間浮遊し移動します。呼吸により粒子を吸い込むことにより感染を生じます。麻疹、水痘、結核が空気感染します。

■ **飛沫感染**

咳やくしゃみによって飛散する病原体を含む粒子(飛沫)が、他人の粘膜に付着することで感染が成立します。飛沫の範囲は１～２m、大きく重いものは約1m未満しか到達しません。インフルエンザなど上気道炎症状を伴うウイルス感染症の多くや細菌性肺炎が代表的です。

■ **接触感染**

皮膚や粘膜の接触で病原体が付着し、その結果感染が成立するものです。
伝染性膿痂疹など皮膚疾患の多くが含まれます。

■ **経口感染**

感染動物由来の肉や、糞便や吐物で汚染された水などの経口摂取により感染が成立します。病原性大腸菌、サルモネラ、カンピロバクター、ノロウイルスなど。

■ **母子感染（垂直感染）**

風しん、B型肝炎など、胎内、産道、母乳で感染が成立するものです。

■ **その他**

日本脳炎、マラリア、ツツガムシ病など、蚊やダニなどの昆虫やネズミなど小動物が媒介する感染症もあります。

３．学校保健安全法において、園・学校で出席停止が求められる主な疾患とその基準

学校保健安全法における出席停止が求められる疾患とその基準

	感染しやすい期間	登校（登園）のめやす
インフルエンザ（鳥インフルエンザ（H5N1）を除く）	症状がある期間（発症前24時間から発病後3日程度が最も強い）	発症した後5日を経過し、かつ、解熱した後2日（幼児は3日）
百日咳	抗菌薬を服用しない場合、咳出現後3週間	特有の咳が消失するまで、または5日間の適正な抗生物質による治療を終了するまで
麻しん	発症１日前から発しん出現4日後まで	解熱後3日まで
流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）	発症3日前から耳下腺腫脹後4日	耳下腺、顎下腺、舌下腺の腫脹が発現後5日、かつ全身状態が良好になるまで
風しん	発しん出現の前7日から後7日くらい	発しんが消失してから
水痘（水ぼうそう）	発しん出現1-2日前から痂皮形成まで	すべての発しんが痂皮化してから
咽頭結膜熱（プール熱）	発熱、結膜充血など症状が出現した数日間	主な症状が消え2日経過してから
結核		医師により感染の恐れがないと認めるまで
髄膜炎菌性髄膜炎		医師により感染の恐れがないと認めるまで
腸管出血性大腸菌（O157、O26、O111など）		症状が治まり、抗菌薬の治療が終了、48時間あけて便培養が連続2回陰性になるまで
流行性角結膜炎	結膜充血、目やになど症状が出現した数日間	感染力が非常に強いため結膜炎症状が消失してから
急性出血性結膜炎	ウイルスが、呼吸器から1-2週間、便から数週間～数ヶ月排出	医師により感染の恐れがないと認めるまで

1．インフルエンザ（鳥インフルエンザ（H5N1）を除く）

【原因】　<u>インフルエンザウイルスの飛沫感染（咳・くしゃみで出された唾液やしぶきによって感染）</u>。毎年冬に流行し、主にＡ香港型、A/H1N1pdm2009 型、Ｂ型が流行しますが、ウイルスの型が変異（型変わり）すると規模が大きな流行になります。

【感染しやすい期間】　症状がある期間（発症前 24 時間から３日程度が最も強い）

【潜伏期】　1～4 日

【症状】悪寒、頭痛、高熱などで発症し、高熱は 3～7 日ほど続きます。小児では、熱が一旦下がって再び上がることが多くあります。年長児以上では、倦怠感、腰痛、筋肉痛などの全身症状も訴えます。回復時に咳、鼻水などの感冒症状が強く出る事があります。

【診断】　鼻咽頭ぬぐい液を用いた<u>迅速検査</u>で診断できますが、特に病初期には、検査で<u>陽性にならない場合が多く</u>あります。

【合併症】　発症後、多くの方は１週間程度で回復しますが、気管支炎、肺炎、中耳炎を起こすことがあります。きわめてまれに脳症等の重い合併症が現れ、入院治療を必要とする方や死亡される方もいます。小児、未成年者では、インフルエンザの感染により、急に走り出す、部屋から飛び出そうとする、ウロウロと歩き回る等の異常行動を起こすおそれがあるので、自宅において療養を行う場合、少なくとも２日間、小児・未成年者が一人にならないよう配慮しましょう。

【治療】　<u>抗ウイルス薬を発症 48 時間以内に服用する</u>と、発熱期間の短縮が期待できます。解熱剤は、比較的安全度の高いアセトアミノフェン（飲み薬や座薬）を選択します。

【予防】　咳・くしゃみを介して唾液（飛沫）が飛ぶ範囲（1～2 メートル）に感染しやすいため、かかった方（患児）はマスクを使用しましょう。（<u>咳エチケット：使い捨て不織布性マスクの使用が望ましいです</u>。）

現在国内で用いられている**不活化インフルエンザワクチン**は、感染を完全に阻止する効果はありませんが、インフルエンザの発症を予防することや、発症後の重症化や死亡を予防することに関しては、一定の効果があるとされています。ただインフルエンザに生まれて初めて感染する（これを初感染という）乳幼児に関してはワクチン有効性は、２回接種（現在、13 歳未満の児に 2～4 週間隔でワクチンの２回接種が推奨されている）しても、発病防止効果には限界があることが指摘されています（※下記のコラムをご参照ください）。乳幼児をインフルエンザウイルスの感染から守るためには、ご家族や周囲の大人たちが積極的にワクチン接種を受けることに加え、手洗いや咳エチケットを徹底すること、流行時期は人が多く集まる場所に行かないようにすることなどで、乳幼児がインフルエンザウイルスへ曝露されることを出来るだけ抑制する工夫も大切です。

【登校（園）の目安】　**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）**を経過すると登校（園）可能です。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日までは欠席になります。

コラム②　インフルエンザの予防や治療について

現行の我が国で使用されている不活化ワクチンにおける初感染の予防効果については、重症化予防に関する有効性を示唆する報告も一部散見されますが、一般的に成人に比べて概ね 20～50%の発病防止効果しかないことが多くの研究者から指摘されています。そこで現在、乳幼児の初感染を予防できる海外で開発された生ワクチンの採用や新たなワクチンの開発が進んでいます。なお罹患歴のある年長児においては現行のワクチンで成人と同等に効果が期待できるものと思われます。

インフルエンザ治療薬としては、近年、抗インフルエンザウイルス剤の開発が進み、現在、経口剤（タミフル®、ゾフルーザ®）、吸入剤（リレンザ®、イナビル®）、点滴静注剤（ラピアクタ®）などがあります。いずれも発症早期（一般的に 48 時間以内）に内服、吸入、点滴静注すれば、症状の改善が見られます。　なお、タミフルは 10 歳代には原則として使用できませんでしたが、異常行動はタミフルなどのインフルエンザ治療薬の有無に関係ないことがわかったため、使用禁止が解除されました。 子どもや未成年がインフルエンザにかかった時は、服用の有無に関わらず少なくとも２日間は異常行動に注意しましょう。

2．百日咳

【病原体】　百日咳菌の飛沫感染

【感染しやすい時期】　抗菌薬を服用しない場合、咳出現後３週間

【潜伏期間】　5～21 日

【症状】　風邪と同じような咳と鼻水で始まり、1～2 週間で次第に激しい咳に変わります。顔を真っ赤にして、コンコンと連続的に咳込んだ後、ヒューという笛を吹くような音を立てて息を吸い込むのが特徴です。この咳は、特に夜間に悪化します。このため、眠れなかったり、顔がむくんだりします。2～5 週間ほどの経過で、次第に咳は軽くなりますが、無治療だと３ヶ月くらい咳が続きます。通常、発熱はありません。

【合併症】　1 歳未満、特に生後３ヶ月未満の乳児では、呼吸ができなくなる発作（無呼吸発作）に引き続き、チアノーゼ、けいれんが起こり、命にかかわることもあります。肺炎、中耳炎、脳症などもあります。

【診断】　特徴的な咳や症状の経過から臨床的に診断します。最近では喉のぬぐい液による核酸増幅法（LAMP 法）や、血液検査で百日咳菌に対する IgM 抗体や IgA 抗体を調べることで、比較的早い段階で確定診断ができるようになってきました。

【治療】　除菌には、マクロライド系抗菌薬（エリスロマイシンなど 14 日間）

【予防】　定期予防接種として、四種混合（DPT＋IPV（不活化ポリオ））ワクチンがあります。生後3ヶ月から接種できますから、出来るだけ早く開始することが望ましいです。生後3～12ヶ月に3回接種し、1年～1年半後に1回追加接種を行います。

【登校（園）の目安】　特有の咳が消失するまで、または適切な抗菌薬の 5 日以上内服が終了するまで、出席停止になります。

３．麻しん（はしか）

【原因】　麻しんウイルスの空気感染、接触感染

【感染しやすい時期】　発症１日前～発しんが出てから４日後まで

【潜伏期間】　7～18 日

【症状】　発熱、咳、鼻汁、眼の充血や目やになどから始まり、一旦解熱して再び発熱し、それとともに全身に赤い発しんがたくさん出てきます。一旦解熱する頃に口腔内にコプリック斑と呼ばれる白い斑点が見られます。発しんはいくつかが合わさって大きく癒合し、褐色の色素沈着として残るのも特徴です。

【診断】　上記の症状のほか、血液検査で抗体を調べます。血液、咽頭ぬぐい液、尿などからウイルス検査を行います。

【合併症】　肺炎や中耳炎、声帯やのどの粘膜が腫れるクループ症候群、脳炎などがあります。とくに肺炎や脳炎を合併した場合には重篤な経過をとることもあります。数年から 10 年ぐらい経ってから、100 万人に１人程度ですがきわめて予後の悪い亜急性硬化性全脳炎（SSPE）を発症することもあります。

【治療】　特別な治療薬はなく、症状に応じた治療が行われます。ワクチンを受けていない方が麻しん患者と接触した場合、接触後 72 時間以内に緊急で麻しん風しん混合ワクチン（MR ワクチン）を接種することにより、かからなくしたり、かかった時の症状を軽くしたりすることが可能です。

【予防】　麻しん風しん混合（MR）ワクチンを２回接種します。１歳時に第 １ 期定期接種を、小学校入学前の１年間（年長児）に第２期定期接種をします。

【登校（園）の目安】　発しんに伴う発熱が解熱した後３日

＊病状により感染力が強いと認められた場合は、さらに長期になる場合もある。

４．流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）

【原因】　ムンプスウイルスの飛沫感染

【感染しやすい時期】　耳下腺が腫れる３日前から腫れた４日頃まで

【潜伏期間】　12～25 日

【症状】　多くは発熱とともに唾液腺である耳下腺の腫れで発症し、あごの下の顎下腺も腫れます。耳下腺、顎下腺などの唾液腺の腫れは、一般に発症３日目頃が最大となり、長くても６～10 日でおさまり、片側のみの場合もあります。

【合併症】　通常は５～7 日間で良くなり、後遺症もなく良くなることが多いですが、**80 人に 1 人が入院を要するような髄膜炎**を発症し、**1,000 人に 1 人以上は後遺症として難聴**になることがあります。まれに急性脳炎も併発します。

【診断】　周囲に流行のある時期には症状だけでも診断が可能ですが、ほかにも耳下腺炎を起こすようなウイルスや化膿性の耳下腺炎、反復性耳下腺炎などあるため、血液での抗体検査などで確認することもあります。

【治療】　特別な治療はないので、症状に応じた対応になります。

【予防】　おたふくかぜワクチンによる予防が可能です。１歳になったら受けましょう（任意接種ですが、諸外国では定期接種として行われており、**日本小児科学会でも 2 回接種を推奨しています**）。唾液腺の腫れがひくまで感染力はあるとされますが、発症前からも感染力があり、感染しても症状のない方（不顕性感染）も多いので、発症者を隔離することで流行を阻止するには限界があります。

【登校（園）の目安】　**耳下腺などの唾液腺の腫れが発現した後 5 日**を経過し、かつ全身状態が良好であれば、登校、登園が可能とされています。

5. 風しん（三日ばしか）

【原因】　**風しんウイルス**の飛沫感染

【感染しやすい時期】　発しんが出る３日前～出た後の７日間ぐらい

【潜伏期間】　14～23 日

【症状】　発熱と同時に細かい赤い発しんが出現します。発しんは顔面から始まり、身体や手足に広がり、耳や首の後ろのリンパ節も腫れます。関節痛がみられることもあります。風しんの発しんは癒合せず 3～5 日くらいで消えるため、三日はしかと呼ばれることもあります。

【診断】　まぎらわしい疾患があるので、血液検査で抗体を調べます。また、血液、咽頭ぬぐい液、尿などからウイルス検査を行います。

【合併症】　まれに血小板減少性紫斑病（血小板が減って血が固まりにくくなる）や急性脳炎がみられることがあります。最も重要なのは**先天性風疹症候群**です。妊娠初期の妊婦が風しんに感染すると胎児も感染する危険性が高く、生まれてくる子どもに難聴や白内障、先天性心疾患、精神遅滞などを生ずることがあります（母子感染）。最近は、風しんワクチンを接種していない男性を中心に成人での流行が見られ、結果的に先天性風疹症候群の児が増加して問題となっています。

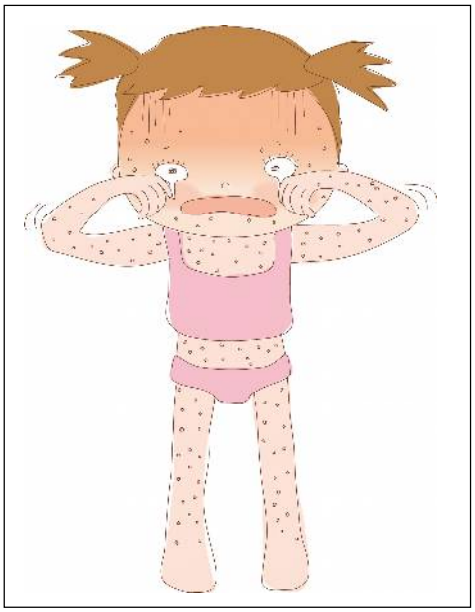
【治療】　有効な治療薬はなく、症状に応じた治療が行われます。

【予防】　**麻しん風しん混合ワクチンを２回接種**します。１歳時に第 １期接種を、小学校入学前（年長児）の１年間に第２期接種をします。
また成人男女とも、ワクチン接種歴や、り患歴が確認できなければ、ワクチンの接種を受けて下さい。

【登校（園）の目安】　発しんが消失してから

6. 水痘（みずぼうそう）

【原因】　水痘･帯状疱疹ウイルスの主に空気感染、飛沫感染



【感染しやすい時期】　発しん出現 1～2 日前から全ての発しんが痂皮（かさぶた）になるまで

【潜伏期間】　10～21 日

【症状】　発しんは虫さされ様の紅斑から始まり、水疱、痂皮（かさぶた）の順に変化し、それらが同時に見られます。多くは初期に発熱を伴い、かゆみを訴えます。

【合併症】　きわめてまれに脳炎・脳症を併発することがあると言われています。白血病やステロイド内服中などの免疫抑制剤を併用している状態では、重症化して死に至ることがあります。また妊婦の感染によって、胎児に重症な先天性水痘が生じることもあります。過去に気が付かないまま感染した後に、将来、加齢などに伴い再活性化して帯状疱疹を発症することがあります。水痘に免疫のない小児は、帯状疱疹の患者と接触すると、水痘に感染・発症することがあります。

【診断】　通常は症状から診断できますが、ワクチン接種後の感染は診断が難しい場合があります。

【治療】　発症初期に抗ウイルス薬を内服すると、より軽く早く治癒します。掻きつぶさないために、痒み止めや塗り薬が処方されます。

【予防】　ワクチン接種による予防が可能です。1 回の接種では効果が不十分なため、定期接種では 1 歳以上 3 歳になるまでに 3～12 ヶ月の間隔で 2 回接種します。

【登校（園）の目安】すべての発しんが痂皮（かさぶた）化するまで出席停止。

7. 咽頭結膜熱（プール熱）

【原因】　アデノウイルスの接触感染、飛沫感染

【感染しやすい時期】　発症後数日間

【潜伏期間】　2～14 日

【症状】　扁桃腺が腫れて高熱が 5 日くらい続きます。目が充血して目やにが出たり、下痢を伴うこともあります。

【診断】　症状や周囲の流行状況が参考になります。のどの検査でアデノウイルスの迅速診断が可能ですが、**すべての子どもに行う必要はなく欠席の目安でもありません。**夏かぜの代表ですが冬でも流行し、プール以外でも感染します。

【治療】　ウイルスに効く薬はなく抗菌薬も不要です。熱の割に元気がいいので、家庭で様子を見ることが十分可能です。元気がないとき、水分が摂れない時、目の症状がひどいときなどは、医師に相談しましょう。

【予防】　有効なワクチンはありません。手洗いをしっかり行いましょう。

【登校（園）の目安】　主な症状が消え 2 日経過してから（結膜炎がなくても出席停止です）。

8. 流行性角結膜炎

【原因】　アデノウイルスの接触感染、飛沫感染

【感染しやすい時期】　結膜充血、目やになどの症状の出現した数日間

【潜伏期間】　2～14 日間

【症状】　目が充血して涙目になり、目やにが出ます。片側から反対側に移り、ともに１週間程度で改善します。

【合併症】　角膜に炎症が及ぶと角膜混濁を引き起こすことがあります。涙に血が混じっているとき、周囲に感染者が多いときには眼科を受診して下さい。

【診断】　症状や周辺の流行などを参考に診断されます。迅速診断ができますが、必須ではありません。

【治療】　直接ウイルスに有効な薬剤はありません。炎症を抑えるためにステロイドの点眼や細菌感染の予防に抗菌薬の点眼が行われる場合があります。

【予防】　接触感染の予防が基本です。ティッシュペーパー、タオル、洗面器などで感染するため、それらを家族等と共用しないようにしましょう。点眼薬もできれば、片側だけ専用にして使うことが理想的です。

【登校（園）の目安】　感染力が非常に強いため、結膜炎症状が消失してから登校（園）します。

９．腸管出血性大腸菌感染症（O157、O26 など）

【原因】大腸菌のうち、胃腸炎を引き起こすものを下痢原性大腸菌（または腸管病原性大腸菌）といいます。志賀毒素（ベロ毒素）を産生し、それによる病態が出現するのが腸管出血性大腸菌です。抗原型で全体の 70%前後を占める O157 が有名ですが、その他に O26、O103、O111 などもあります。

【感染しやすい時期】便中に菌が排出されている期間は感染の恐れがあります。
【感染経路】生肉などの飲食物からの経口感染あるいは接触感染です。少ない菌量でも感染し、毎年夏期に多発します。

【潜伏期間】主に 10 時間～6 日ですが、O157 は 3～4 日（1～8 日）です。

【症状】潜伏期間を経て、頻回の水様性下痢と腹痛で発症します。続いて下痢は血便を伴うようになり、血液そのもののような鮮血便となります。一部の児では発熱も伴います。
【合併症】下痢を発症して 3～14 日後に溶血性尿毒症症候群（HUS）を合併します。頻度は 3～10%です。HUS は溶血性貧血、血小板減少と腎不全を 3 主徴とするもので、乳幼児ではその頻度が高いと言われています。また、脳症等の重い合併症もあります。

【診断】便の培養検査を行い、抗原型とベロ毒素産生の有無を調べます。

【治療】下痢、腹痛や脱水に対しては水分補給を行いますが、点滴が必要となる場合も少なくありません。下痢止めは決して使用してはいけません。抗菌薬の使用についても症状を悪化させる可能性が指摘されており、慎重な判断が望まれます。

【予防】食中毒として発症しますので、食品を十分に加熱すること(75℃で 1 分以上)、手洗いや器具をしっかりと洗浄することが大切です。特に小児では生肉や生レバーの摂取は避けて下さい。

【登校（園）の目安】有症状者は、医師が感染の恐れがないと認めるまで出席停止となります。菌を保有しているだけで無症状の場合、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ありません。5 歳未満の小児では、2 回以上連続で便培養が陰性であることを確認して登校（園）が許可されます。

４．学校保健安全法では出席停止の指定はないが、集団生活に配慮が必要な疾患

学校保健安全法による出席停止の指定はないが、集団生活に配慮が必要な疾患

	感染しやすい期間	登校（登園）のめやす
溶連菌感染症	適切な抗菌薬を開始する前と開始後1日	抗菌薬内服後24～48時間経過してから
マイコプラズマ肺炎	適切な抗菌薬を開始する前と開始後数日間	発熱や激しい咳が治まっていること
手足口病	手足や口腔内に水疱・潰瘍が発症した数日	発熱や口内炎の影響がなく、食事がとれること
伝染性紅斑（リンゴ病）	発しん出現前の1週間	全身状態が良いこと
ウイルス性胃腸炎（ノロ、ロタ、アデノなど）	症状がある間と、消失後1週間（数週間ウイルスを排出している）	嘔吐、下痢などの症状が治まり食事がとれること
ヘルパンギーナ	急性期の数日間（便中には1ヶ月程度ウイルスを排泄）	発熱や口内炎の影響がなく、食事がとれること
RSウイルス感染症	呼吸器症状のある間	呼吸器症状が消失し、全身状態が良いこと
帯状疱疹	水疱を形成している間	すべての発しんが痂皮化してから
突発性発しん		解熱し機嫌がよく全身状態が良いこと

1. 溶連菌感染症

【原因】　A 群溶血性レンサ球菌（溶連菌）の飛沫感染

【感染しやすい時期】　適切な抗菌薬を開始する前と開始後 1 日

【潜伏期間】　2～10 日。

【症状】　**発熱、咽頭痛（のどの痛み）**を伴う咽頭炎、扁桃炎で発症します。典型例は数日で舌が苺の表面の様に赤く腫れ（**苺舌**）、わきや首、下腹部などに鮮紅色の発しんを示します（**猩紅熱**）。首のリンパ節の腫脹も伴うことがあります。幼児に常に流行していますが、年長児や成人も感染し、家族内発症をおこすこともあります。皮膚に感染すると**伝染性膿痂疹（とびひ）**の原因にもなります。

【合併症】　治療が不十分な場合に、1 ヶ月後以降に**急性腎炎、心臓の炎症など**をおこすことがあります。

【診断】　**咽頭ぬぐい液**による菌の抗原検査で**迅速診断**ができます。

【治療】　適切な**抗菌薬を、通常 10 日間内服**します。

【予防】　飛沫感染、接触感染予防として、手洗いなどの一般的な予防を行います。

【登校（園）の目安】　**抗菌薬を内服後 24～48 時間経過して、症状が軽快していれば、登校（園）して構いません**。

2. マイコプラズマ肺炎

【原因】　**肺炎マイコプラズマ**の飛沫感染

【感染しやすい期間】　適切な抗菌薬を開始する前と開始後数日間。保菌は数週から数か月間持続し、**健康保菌者も**存在します。

【潜伏期間】　１～4 週間

【症状】　咳と発熱などのかぜ様症状で発症し、**咳は徐々に激しく**なります。しつこい咳のみが持続する場合もあります。**学童期以降の肺炎の原因として最も多く**みられ、夏から秋に多く、家族内感染もあります。再感染もありますが、１回かかると通常 4 年間くらいは抗体（免疫）が残存し、発症しにくいと言われます。**５ 歳以上の年長児に好発**しますが、成人や幼児も感染します。

【合併症】　発しんを伴うこともあり、重症例では胸水がたまり呼吸困難になることもあります。まれには髄膜炎や敗血症も発症することがあります。

【診断】　**肺炎は胸のレントゲン**で確認し、感染は血液の抗体検査で診断されます。近年はのどの検査で、**早期に診断**することもできます。

【治療】　通常は適切な**抗菌薬**で治療できますが、わが国では近年、この抗菌薬の効かない**耐性菌（抗菌薬の効かない菌）の割合が増加**しています。その場合は、**年齢に応じて他の抗菌薬**が選択されます。多くの場合、通院で抗菌薬の内服のみで治癒します。

【予防】　マスク・手洗いなどの一般的な予防を行います。

【登校（園）の目安】　**発熱や激しい咳が治まり、全身状態がよければ登校（園）可能**です。

３.細菌性腸炎（O-157 などの腸管出血性大腸菌を除く）

【原因】キャンピロバクターや非チフス性サルモネラ菌などによる消化管の感染症です。

【感染経路】汚染された家畜、爬虫類、ペットを含む動物、鶏肉、鶏卵、豚肉や牛肉などから経口感染します。

【感染しやすい期間】感染した児の便からの菌排泄は数週間以上持続することがあります。

【潜伏期間】キャンピロバクター：1～7 日、非チフス性サルモネラ菌：6-72 時間

【症状】発熱、腹痛と下痢が主な症状です。下痢は血便を伴うことがあります。

【診断】診断は便の細菌培養検査で行いますが、発症数日前の食事摂取歴や動物との接種歴が重要な情報となることがあります。ちなみに、培養結果は確定するまで数日を要します。

【合併症】キャンピロバクターによる腸炎では、発症数週間後に免疫反応による合併症としてギラン・バレー症候群という麻痺を中心とした神経障害を併発することがあります。非チフス性サルモネラ菌による腸炎では、乳児や免疫が低下した子供が罹患すると菌血症（血液の中に菌が入り込んだ状態）を合併して重症化することがあります。

【治療】安静、食事療法と脱水にならないようにまめな水分補給を行います。下痢止めは使用してはいけません。また、抗菌薬の投与は基本的には不要です（非チフス性サルモネラ菌による細菌性腸炎に対して抗菌薬を使用すると菌の排出期間が延長すると言われています）が、全身状態が悪い児、乳児や免疫力が低下しているなどの基礎疾患を有する児に対しては使用する場合があります。

【予防】食品をしっかりと加熱する（中心部が 75℃、1 分以上）ことが重要です。汚染された手指や器具から食品につく場合もありますので、手洗いや器具の洗浄もしっかりと行ってください。また、ペットの爬虫類（カメなど）が原因となることもありますので、動物を飼育する際には衛生面で注意をして下さい。

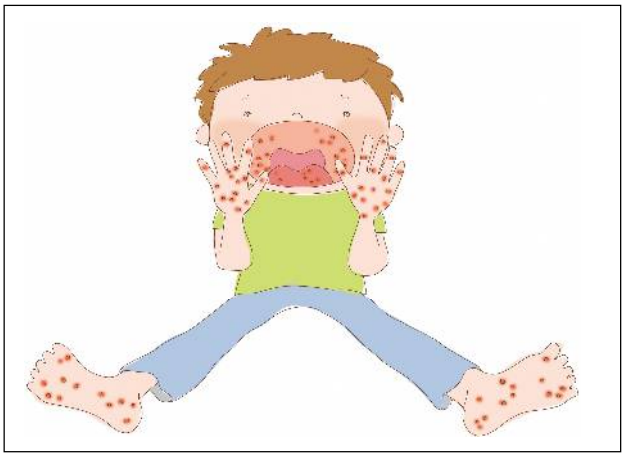
【登校（園）の目安】
症状（下痢）が治まれば登校（園）可能ですが、しっかりと手洗いをして下さい。

４．手足口病

【原因】　コクサッキーA 群のウイルスとエンテロ 71 型ウイルスによる経口感染、飛沫感染

【感染しやすい期間】　最も感染しやすいのは、手足や口腔内に水疱・潰瘍が発症した数日間。ウイルスは唾液や呼吸器から 1～2 週間、便からは 1 ヶ月近く排泄されるので、おむつ等排泄物の取り扱いに注意します。

【潜伏期間】　3～6 日



【症状】　口唇の内側、舌先などに口内炎ができ、よだれが増え、手足やお尻を中心に水疱を伴う発しんが出現します。発熱はあっても 1～2 日で解熱し、発しんは 1 週間程度で消失します。乳幼児に多い夏かぜの代表ですが、年長児や成人も発症することがあり、冬でも流行はみられます。原因ウイルスが複数あるため何度も発症します。同シーズンに繰返し罹る場合もあります。口内痛のため水分摂取も困難なことがあります。コクサッキーA6 型の手足口病では、後に指先の皮がむけたり、爪がはがれたりすることがあります。

【合併症】　夏かぜは時に髄膜炎を発症することがあり、注意が必要です。エンテロウイルス 71 感染による脳炎を伴った重症例の報告もあります。

【診断】　症状から診断されます。

【治療】　特別な治療はなく、水分と刺激の少ない食事の摂取で対応します。

【予防】　現時点で使用できるワクチンはありません。手洗いなど一般的な予防を行います。

【登校（園）の目安】　発熱や口内炎の影響がなく、食事がとれれば登校（園）可能です。ウイルス排出期間が長いため、登校（園）の停止は対策として現実的でありません。

５．伝染性紅斑（リンゴ病）

【原因】　ヒトパルボウイルスＢ１９の飛沫感染、母子感染

【感染しやすい時期】　発しんが出る前の７日間

【潜伏期間】　4～21 日

【症状】　かぜ様の症状を認めた後に**顔や頬に**少しもり上がった**リンゴのような赤い発しん**がみられます。**手足の伸側にも**レース状、網目状の淡く赤い発疹が出ます。発しんは１週間ぐらいで消失しますが、その後、日光に当たると再燃することがあります。

【診断】　症状や経過から診断できます。妊娠中などには必要に応じて抗体検査で確認することもあります。

【合併症】　関節炎や血小板減少性紫斑病を合併することがあります。**妊婦が初感染した場合**には、胎児が**流産する**ことがあります。

【治療】　特に治療は必要ありません。

【予防】　感染しやすい時期に症状がないので、完全に予防する方法はありません。感染したかどうか**不明な妊婦は、**できれば**まず血液の抗体検査**をしましょう。

【登校（園）の目安】　発しんが出た時期は感染力がないので、全身状態が良ければ登園や登校をしてもかまいません。

６．ウイルス性胃腸炎

【原因】　ロタウイルス、ノロウイルス、アデノウイルスなどの経口（糞口）感染。ノロウイルスはカキなど二枚貝からも感染します。

【感染しやすい時期】　症状がある間と、症状が消失後 2～4 週

【潜伏期間】　ロタウイルスは 1～3 日
ノロウイルスは 12 時間～48 時間

【症状】　嘔吐と下痢（白色下痢便になることがある）、発熱。脱水により、点滴・入院が必要になることがあります。

【合併症】　まれにけいれん、脳症（ロタウイルス）など。

【診断】　症状、流行状況から診断します。ロタ、アデノ、ノロには便を用いた迅速検査がありますが、迅速検査は陰性でも感染の否定はできず、他にも胃腸炎ウイルスがあるので、出欠席の目安にもなりません。ロタウイルスによるものは乳幼児が多く、ノロウイルスは学童、成人、高齢者にもみられ、いずれも再感染します。ロタウイルス、ノロウイルスは冬季から春先に多く発生します。

【治療】　経口補水液など水分補給による脱水の予防、食事療法、制吐剤（吐き気止め）、整腸剤などで治療します。抗菌薬は無効です。高度の脱水では点滴・入院が必要になる事もあります。

【予防】　2011 年からロタウイルスの経口生ワクチンが任意で接種できるようになりました。生後 14 週までに開始し、２回（ロタリックス®）または３回（ロタテック®）接種します。感染者の便や吐物に多量のウイルスが含まれ、微量でも感染します。便や吐物を処理する時は、手袋や使い捨てのシートを敷くなどして触れないようにしましょう。触れた場合は、流水と石鹸で十分に手洗いするとともに、汚染した部分を次亜塩素酸ナトリウムで消

毒します。乾燥した吐物のホコリを吸い込んで感染することもあり、集団発生にも注意が必要です。

【登校（園）の目安】　嘔吐、下痢などの**症状が治まり食事がとれれば登園・登校は可能**です。

コラム③　感染性胃腸炎と家庭でできる消毒法について

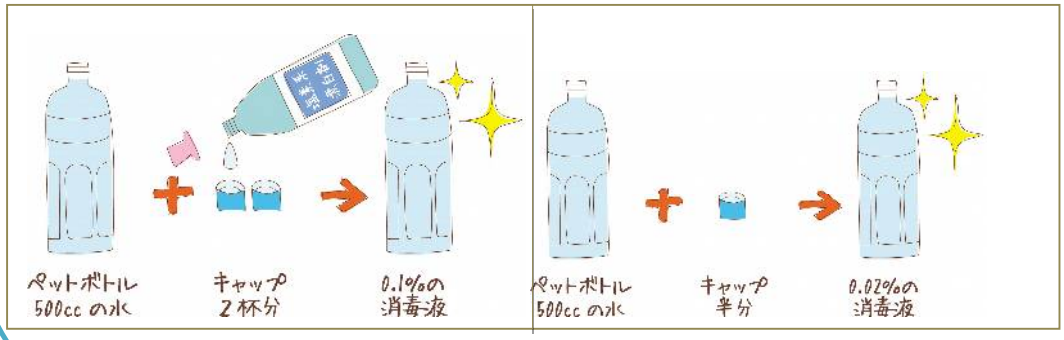
次亜塩素酸Na（じあえんそさんナトリウム）による消毒または 85～90℃・90 秒以上の加熱が有効です。汚物はペーパータオル等でぬぐい取り、汚れた場所は 0.1％次亜塩素酸 Na で浸すように拭きます。汚れた衣類はビニール袋に入れ、0.1％次亜塩素酸 Na に 10 分間浸して消毒後、ほかの物とは別に洗濯します。（トイレのドアノブや便座など人が触れる場所は 0.02％次亜塩素酸 Na で拭き取ります。

ただし次亜塩素酸 Na には漂白作用があるので、絨毯（じゅうたん）など色落ちが心配な場合は、汚物をできるだけ取り除いておき、スチームアイロンで 1 か所あたり 2 分間加熱すれば消毒できます。

■ペットボトル（500ml）を使った次亜塩素酸 Na 消毒液の作り方

市販されている 5％家庭用塩素系漂白剤（ハイター®、ブリーチ®など）を、ペットボトルのキャップ 2 杯（10ml）ボトルに入れ、水を加えて 500ml にすると 0.1％の消毒液になります。キャップ半分弱（2ml）で作ると 0.02％の消毒液になります。

（注）誤って飲むことがないよう消毒液であることをはっきり表示し、こどもが手に取れないようにしておきましょう。

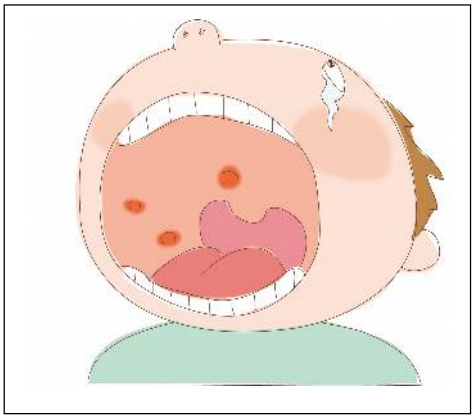


7. ヘルパンギーナ

【原因】　主に**コクサッキーA 群ウイルス**による、経口感染、飛沫感染。

【感染しやすい時期】　急性期の数日間（便中には 1 か月程度ウイルスを排泄）

【潜伏期間】　3～6 日



【症状】　**口内炎による**のどの痛み（咽頭痛）を伴う発熱で発症します。熱は通常 1～2 日で下がりますが、咽頭痛はしばらく残ります。そのため、よだれが多く、水分が取れないと脱水症になることもあります。初夏に多く、4 歳以下の乳幼児の間で流行する夏かぜの代表です。下痢を伴うこともあります。原因ウイルスがいくつかあるため、**何度も罹る（同シーズンに繰返し罹る場合も）**ことがあります。

【合併症】　夏かぜは、まれに熱性けいれん、脱水症や**無菌性髄膜炎**を発症することがあります。

【診断】　症状から診断されます。

【治療】　特に有効な治療法はありません。水分が取れれば数日で回復します。

【予防】　現時点で使用できるワクチンはありません。手洗いなど一般的な予防を行います。

【登校（園）の目安】　発熱や口内炎の影響がなく、食事がとれれば登校（園）可能です。
ウイルス排出期間が長いため、登校（園）の停止は対策として現実的でありません。

8. RS ウイルス感染症（急性細気管支炎）

【原因】　RS ウイルスの飛沫感染、接触感染

【感染しやすい時期】通常、3～8 日（呼吸器症状のある時期）、乳児では 3～4 週

【潜伏期間】　2～8 日

【症状】　発熱、咳、鼻水などで発症します。2 歳までにほとんどの子どもが感染します。2 歳以上にも再感染し、成人もかかりますが、年長児では少し咳の目立つかぜ程度です。**乳児が初めて感染すると、ぜいぜいや呼吸困難が出現する**ことがあります。

【合併症】　中耳炎、肺炎、細気管支炎など。**乳児では、呼吸困難により入院して呼吸の管理を必要とする**場合があります。特に、**3 ヶ月未満の乳児やハイリスク児**（早産児、先天性心疾患や慢性肺疾患を持つ児）は**高率に重症化**します。新生児では、熱や咳をあまり認めず、呼吸状態が悪化することもあります。

【診断】　症状や周囲の流行状況からある程度、診断することができます。鼻汁を用いた**迅速検査で診断**が確定できますが、すべての子どもに行う必要はなく、**欠席の目安でもありません**。（医療機関では、1 歳未満、入院したお子さんおよびパリビズマブ製剤の適応となるお子さんにしか迅速検査を行うことができません。）

【治療】　症状をやわらげる対症療法が主になります。粘り気が強い痰や鼻汁が絡むことで、息苦しさが増します。水分補給で痰や鼻汁の粘り気を少なくすること、頻繁に吸い取ることが大切です。重症例では、入院の上、酸素投与、点滴、呼吸管理などを行います。

【予防】　有効なワクチンはありません。乳児と接触のある保育者などは特に、流行期に咳エチケット（咳のある人はマスクをする）や手洗いの実施が求められます。上記の**ハイリスク児に**限り、**流行期前にモノクローナル抗体（パリビズマブ製剤）**という薬を繰り返し注射することにより、発症の予防や軽症化が期待できます。**集団生活においては、年長児から乳児への感染を防ぐために、流行期には乳児と年長児の接触をできるだけ避けることが大切です。**

【登校（園）の目安】　成人や年長児の軽いかぜがむしろ感染源になるので、RS ウイルス感染症は**出席停止の疾患ではありません。**発熱や咳などの症状が安定し、全身状態がよくなれば登校（園）可能です。

コラム④　乳児と RS ウイルス感染症

RS ウイルス感染症は、乳児にとっては**インフルエンザよりはるかに重症**です。年長児や成人には少し咳のめだつ“かぜ”程度でしかないことも多く、幼児も元気なら出席停止の必要はないですが感染源になります。したがって、流行期に“かぜ”にかかった時にも、特に６ヶ月未満の乳児と接触しない、どうしてもの場合は咳エチケットなどの配慮が必要です。入院を必要とするような乳児の重症の RS ウイルス感染症は、ほとんどが同胞（兄、姉、両親、祖父母）からの感染と考えられます。

その意味では、年長児にも RS ウイルス感染症の迅速検査が認められるといいのですが、現在、診断検査の保険適応は次の人たちに限られています。

① **１歳未満の乳児**
② **入院中の患者**
③ **パリビズマブ製剤の適応となる患者**

９. ヒトメタニューモウイルス感染症

【原因】ヒトメタニューモウイルス（hMPV）の飛沫感染

【感染しやすい時期】　発熱後 1～4 日

【潜伏期間】3～5 日

【症状】　大半は、通常のかぜで見られる軽度の上気道炎症状のみですが、90%以上に発熱（多くは高熱）、咳、鼻汁を伴います。２歳までに約半数、遅くとも 10 歳までにはすべての小児が初感染します。初感染の後も再感染を繰り返しますが、年齢が高いほど軽症です。RS ウイルスに比べ発病年齢が少し高く、やや軽症です。春先に流行し、ピークは３月から６月頃です。

【合併症】　気管支炎、肺炎、細気管支炎。乳幼児では、ぜいぜいや呼吸困難を来して、入院が必要になる場合もあります。

【診断】　症状や周囲の流行状況からある程度、診断することができます。鼻汁を用いた迅速検査で診断が確定できますが、すべての子どもに行う必要はありません。（迅速検査を行うのは、肺炎などの重症のお子さんだけです。）

【治療】　症状をやわらげる対症療法が主になります。呼吸困難が強いと、入院して呼吸の管理が必要になることもあります。

【予防】　有効なワクチンはありません。

【登校（園）の目安】　出席停止の疾患ではありません。発熱や咳などの症状が安定し、全身状態がよくなれば登校（園）可能です。

5．集団生活で注意が必要な皮膚の感染性疾患

1. 伝染性膿痂疹（とびひ）

【原因】**黄色ブドウ球菌**（ブ菌）、**溶血性レンサ球菌**（溶連菌）の接触感染

【感染しやすい時期】　治療開始後 24 時間

【潜伏期間】　2～10 日　長期の場合もある。

【症状】　虫刺されや湿しんなどを掻きむしったところに、細菌が感染して水疱や膿疱（うみ）ができます。それを手でさわったり、直接触れあったりした場所に、飛び移るように拡がります。プールの水ではうつりませんが、触れることで症状を悪化させたり、他の人にうつす可能性もあるため、**プールや水泳は治るまで禁止**されます。

【合併症】　溶連菌によるものでは後に急性腎炎を起こすことがあります。高熱が持続し全身に発赤が拡がる場合、菌の毒素による**ブドウ球菌性熱傷様皮膚症候群（SSSS）**の可能性があります。

【診断】　皮膚の症状から診断します。細菌培養検査をすることもあります。

【治療】　抗菌薬の外用や内服を行います。ジュクジュクした場所はガーゼなどで覆い、他児が触れないようにします。（市販の絆創膏は蒸れて悪化することがありますので、かかりつけ医に相談しましょう）。

【予防】　普段からスキンケアをして皮膚を清潔な状態にしておきましょう。爪は短く切り清潔にして、引っ掻かないようにしましょう。

【登校（園）の目安】　**出席停止の疾患ではありません。**とびひが乾燥しているか、覆うことができれば登校（園）できます。

2.伝染性軟属腫（みずいぼ）

【原因】　伝染性軟属腫ウイルス（ポックスウイルス）の接触感染

【感染しやすい時期】　不明

【潜伏期間】　２週間～６ヶ月

【症状】　半球状の光沢のある小さな発しん（いぼ）がいくつか集まり、中にはウイルスを含む白い内容物を含んでいます。基本的には自然に治りますが、半年以上かかることが多く、その間に拡がり他人にも感染することがあります。乾燥肌、アトピー性湿しんなどがあると、掻いて拡がりやすくなります。

【合併症】　細菌が二次感染すると、とびひになることがあります。

【診断】　皮疹（発しん）から診断できます。

【治療】　ほとんどが小児期に感染し、免疫ができることにより自然に治りますので、感染したこと自体を特に問題にすることはありません。発疹が増加する時には、ピンセットで内容物を摘み取るなどの処置をする場合もあります。

【予防・注意】　プールの水でうつることはないので、**プールは禁止しません。**タオルや浮き輪・ビート板の共用は避けます。

【登校（園）の目安】　登校（園）をひかえる必要はありません。プールの後はシャワーで肌をきれいに洗いましょう。

3. アタマジラミ症

【原因】　<u>アタマジラミ</u>

アタマジラミ成虫

アタマジラミ虫卵

写真提供：国立感染症研究所

【感染経路】　<u>**頭髪の直接的な接触により感染します**</u>が、シーツや枕カバーなどの寝具や帽子などの衣類を介して感染することもあります。子どもに添い寝する家族にも感染していることがあります。<u>**本症は不潔な生活により感染する疾患ではありません**</u>。

【症状】　一般的に症状はないですが、吸血部位にかゆみを訴えることがあります。

【診断】　頭髪を丁寧に観察し、頭髪に寄生する成虫（約 2～3mm）や虫卵（約 1mm）を発見します。虫卵は後頭部や側頭部の毛髪の付け根付近に多いです。

【治療】　剃毛は効果的ですが、現実的には実施しにくいです。粉剤（スミスリン®パウダー）やシャンプー（スミスリン®L）を薬局で購入し使用します。１ 回目の処置で成虫、幼虫は死亡しますが、虫卵に効果がなく、卵からう化した幼虫を順次死滅させるため、３日ごとに計 ４ 回の処置が必要です。**頭髪は短い方が処置は簡単です。**スミスリンに抵抗性のアタマジラミも増加してきているため、効果がなければ剃毛やくしですくなどします。本症は保育園や幼稚園などで集団発生することが多いので、一斉に検診し、アタマジラミが見つかれば同時に園児らの治療を開始することが重要です。

【予防】　タオル、くしや帽子の共用はやめましょう。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）します。ワクチンはありません。

【登校（園）の目安】　<u>治療を開始すれば出席停止の必要はありません。</u>

６．基礎疾患がある児への配慮

・　小児がんや白血病などの血液疾患、重篤な心疾患、腎疾患や膠原病のため免疫抑制剤やステロイドホルモンで治療中の児童は、感染症が重症化することがあるため注意が必要です。このような基礎疾患のある児童を特別扱いすることはありませんが、配慮は必要です。

・　具体的には、担任や養護教諭は、主治医または保護者にどのような感染症にり患すると重症化する可能性があるのかを事前に聞いておき、注意する疾患が学校やクラスで発生したら、すみやかに保護者に連絡をとることが重要です。
（**水痘は、免疫抑制剤やステロイドホルモンで治療中の人が感染すると重症化する**ので特に注意が必要です。）

・　基礎疾患のある児童を持つ保護者も、感染症が発生した場合は、担任や養護教諭に速やかに配慮してもらうよう、事前にお願いしておきましょう。

・　インフルエンザなどは**施設や学校の職員が感染の原因にならないために**、健康に注意するとともに**積極的にワクチンを受ける**ように心がけましょう。

7．感染症予防に予防接種を！

～接種スケジュールアプリも便利です～

予防接種で子どもを感染症から守りましょう。生まれた時、赤ちゃんは胎盤を通じてお母さんから抗体（感染症への抵抗力）をもらっていますが、生後 6 か月でほとんどなくなります。予防接種によってその病気にかかることなく抵抗力をつけてもらおうと、多種類のワクチンを生後早期から接種します。日本を含め先進国では、ほとんど同じような組み合わせで接種しています。ワクチン自体も外国で製造された共通のものも多く、安全性は世界で確認されています。

ワクチンには、病原性を無くした細菌やウイルスを含む生（なま）ワクチンと、病原体の免疫に関係する部分だけを含む不活化（ふかつか）ワクチンがあります。生ワクチンは 1 回でも効果がありますが、自然感染よりは弱いため複数回の接種が勧められます。不活化ワクチンは 1 回の接種では不十分で、決められた回数接種する必要があります。

また、決められた期間であれば無料で受けられる定期接種と、有料の任意接種があります。日本の法律で決められたものが定期接種で、まだ定期接種になっていないものが任意接種です。法律上の違いだけで予防接種としての重要性に変わりはありません。受けても受けなくてもいい「任意」接種ではないのです。

定期接種には、生後２か月からヒブ・小児用肺炎球菌・B 型肝炎、生後３か月から４種混合(DPT-IPV)、５か月頃から BCG、１才から麻しん・風しん、水ぼうそう、３歳から日本脳炎などがあります。任意接種には、ロタウイルス、インフルエンザ、おたふくかぜなどがあります。また、新たなワクチンの定期接種化や見直しなども検討されています。

生後早期から予防接種スケジュールをたてるのは容易ではありません。かかりつけ医と相談する以外に、こんなときに便利なアプリがあります。香川県小児科医会のホームページにあるバナーから「KNOW*VPD」をひらいてみてください。「おすすめ予防接種スケジュール」でスケジュールのたてかた説明と、代表的な予防接種スケジューラー「スマホアプリ」を利用することができます。月別ワクチン表示、ワクチンや病気の解説、ワクチン管理、予定日通知などの機能がありワクチンを理解して間違えずに接種するために便利です。これ以外にも電子母子手帳の機能として付属するものやワクチンメーカーが提供するものなどもあり、上手に利用してみてください。

予防接種が普及してその病気にかかる人が減ってくると、予防接種の効果を感じにくくなりますが、接種しない人が増えると再び流行するようになります。できるかぎりすべての予防接種をうけるようにしましょう。保育士さんや学校の先生など子どもと関わる人たちにも予防接種をお勧めします。すべての人たちがワクチンで防げる病気によって健康を損ねるこ

とがないようにしたいものです。

予防接種一覧表

ワクチン名	接種できる時期	定期接種の期間	接種回数
ヒブ	生後２ヵ月から５歳未満	生後２ヵ月から５歳未満	４回
肺炎球菌(小児)	生後２ヵ月から６歳未満	生後２ヵ月から５歳未満	４回
Ｂ型肝炎	新生児期から	生後２ヵ月から１歳未満	３回
ロタウイルス	生後６週から 24 週、または 32 週まで	**********	２回または３回
４種混合	生後３ヵ月から	生後３ヵ月から７歳半未満	４回
BCG	生後３ヵ月から（標準的には５～８ヵ月）	１歳未満	１回
麻しん風しん	１歳から	１期：１歳から２歳未満 ２期：小学校就学前年度	２回
水痘	１歳から	１歳から３歳未満	２回
おたふくかぜ	１歳から	**********	２回
日本脳炎	生後６ヵ月から（標準的には３歳から）	１期：生後６ヵ月から７歳半未満、２期：９歳から 13 歳未満	４回
２種混合	**********	11 歳から 13 歳未満	１回
インフルエンザ	生後６ヵ月から	**********	２回（13 歳以上は１回）
子宮頸(しきゅうけい)がん	９歳または 10 歳以上の女子	小学６年生から高校１年生	３回
髄膜炎菌(ずいまくえんきん)	２歳以上	**********	１回
Ａ型肝炎	１歳以上	**********	３回

8．抗菌薬（抗生物質）の適正使用

【はじめに】

抗菌薬が効きにくい細菌を耐性菌といいます。耐性菌は抗菌薬による治療を難しくします。耐性菌のために治療が上手くいかなくなる子供たちを増やさないためにも、普段から抗菌薬についての正しい知識を持って上手く使用していくことが大切です。

【抗菌薬とは】

抗菌薬は細菌という病原体に対して効果を発揮する薬剤です。つまり、細菌性の感染症に対してのみ効果が期待できます。

【小児における感染症の特徴】

感染症は体の様々な部位から病原微生物が侵入することで発熱、咳、鼻汁、嘔吐や下痢などを認める疾患です。子供たちが罹患する感染症は、大きくわけて①ウイルス性と②細菌性の二つがあり、そのほとんどがウイルス感染症です。

【代表的なウイルス感染症（抗菌薬が無効な感染症）】

急性上気道炎（いわゆる風邪）、急性気管支炎、手足口病、咽頭結膜熱、ヘルパンギーナや急性胃腸炎などの流行性疾患はウイルス感染症です。

【抗菌薬の効果が期待できる疾患】

抗菌薬が推奨される頻度の高い疾患として、①溶連菌による咽頭扁桃炎、②中等症以上の急性中耳炎、③百日咳や細菌性が疑われる肺炎、⑥とびひなどの皮膚感染症、⑦尿路感染症などが挙げられます。

【抗菌薬を適正に使用するために】

抗菌薬を適正に使用することとは、必要な時に、十分な量を、決められた期間使用することなのです。必要な時(①～⑥などの感染症)に使用するとは、風邪などのウイルス感染症に対しては使用しないということになります。繰り返しますが、風邪などのウイルス感染症に対して抗菌薬は無効であり、抗菌薬を内服して早く治ることも決してありません。抗菌薬が処方されないと不安や不満を抱くこともあるかと思いますが、その際はなぜ抗菌薬の処方がなかったのかをかかりつけの先生に聞いてみましょう。また、その逆で抗菌薬が処方された場合にもなぜ必要なのかを確認することも大切です。

最後に、抗菌薬が処方された場合ですが、指示通りの回数と日数を守って最後まで継続するよう心がけて下さい。元気になったからといって途中で自己中断してはいけません。

９．迅速検査について

お子さんの調子が悪いとき、皆さんはどんな事を目的に受診されていますか？　早く治して欲しい、熱の原因を知りたい、よく効くクスリが欲しい、などなど色々な事を考えながら、診察の順番待ちをしていると思います。今回は熱の原因は何だろうという疑問に〝少し〟答えることができる、「迅速検査」についてお話しします。

迅速検査は便利な検査です。ほとんどの検査が鼻水やのどを綿棒でこすって得られた検体を使って、10数分で結果が出ます。〝迅速〟に結果は出ますが、検査のタイミングによっては陰性になることもあります。よくある例としては前日に陰性だったインフルエンザの検査が翌日陽性になったり、発熱初日に陰性だったアデノウイルスの検査が5日目に陽性になったりします。そのため医師はお子さんの診察をして，発熱期間を検討して、流行状況を考えて、その上で迅速検査を行うようにしています．特にインフルエンザの迅速検査はシーズンになると少しでも早く診断を受けたくて、皆さんも受診を急いだ経験があると思います。学校や幼稚園、保育園の先生から検査を受けてきて下さい、って言われたし…、と順番待ちするわけです。ところが診察室に入ってみると、小児科の医師は、まだはやいかな～（タイミングが）と言いながら、検査をしてくれなかったりするわけです。モヤモヤとするかも知れませんが、小児科医はイジワルをしているわけではないのです。インフルエンザを例にとると、インフルエンザウイルスが鼻の中や気管支、肺の中で増えてこないと、迅速検査は陽性にならないのです。どんな迅速検査にも限界があり、病気なのに陰性になったり（偽陰性）、逆に病気でないのに陽性になる（偽陽性）ことがあります。なので、検査陰性だからといって、その病気でないことの証拠にはなりません。また先ほども書きましたように鼻水をとるために鼻に綿棒を差し込んだり、のどをこすったり、小さな子ども達には恐怖体験でしかありません。ですから、よくよく検査のタイミングを考えて行う必要があるのです。また迅速検査ができる感染症は限られており，症状をよく観察し，必要な検査を必要な時に受ける事が大事になります。

検査によっては年齢制限が決められているものがあります。小さなお子さんがよくかかるRSウイルスは外来での診療では一歳未満にしか保険適応がありません。同じ理由でノロウイルス迅速検査は3歳以上は検査ができません。ですから、保育園でRSウイルスが流行していても、小児科に受診した全員が検査を受けているわけではないのです。ただし、年齢制限を超えていても、経過が長いお子さんや入院の必要があるお子さんには検査を行う事があります。例外もあるわけですが、本当に今，検査が必

要なのか、受診前によく考え、受診したときに主治医とよく相談して決めることが大事なのです。

参考資料

・厚生労働省「保育所における感染症対策ガイドライン（2012 年改訂版）」
・文部科学省「学校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「学校、幼稚園、保育所において予防すべき感染症の解説」（2014 年改訂版）

園・学校における感染症ガイドブック

企画：
香川県小児科医会

制作：
香川県小児科医会感染症対策委員会

執筆：
香川県小児科医会感染症対策委員会委員（＊委員長）
＊斎藤 慎一
秋田 裕司
綾　 直文
今井 正
岡田 隆文
尾崎 貴視
葛原 誠人
黒見 徹郎
住谷 朋人
細田 禎三
オブザーバー
永井 崇雄

制作協力：
高松市健康福祉局高松市保健所
高松市健康福祉局こども園運営課
髙松市教育委員会教育局保健体育課

第一版発行：平成 27 年３月 31 日
第二版発行：平成 30 年５月 30 日

＊本ガイドブックの全文または一部をプリントアウトやコピーしてご使用いただくこと、PDF 版を PC で再コピーして、保護者や園・学校関係者などにお渡し頂くことは許可いたします。
＊ 本ガイドブックに掲載されているイラストはすべてオリジナル（版権：香川県小児科医会）です。
本イラストのみを許可なく別の目的で使用することはお控えください。

幼稚園・こども園・保育所（園）登園 許可書

園は乳幼児が集団で長時間生活を共にする場です。感染症の集団発生や流行をできるだけ防ぐため、感染力のある期間は、登園を停止させていただきます。下記の感染症について医師の診断による登園許可証明書の提出をお願いいたします。

園児氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

該当疾患に○	疾　患　名	登園停止期間の基準 ＊以下の基準に基づき、主治医が判断する
	麻しん（はしか）	解熱後３日を経過するまで
	インフルエンザ	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
	風しん（三日ばしか）	発しんが消失するまで
	水痘（みずぼうそう）	すべての発しんが、かさぶたになるまで
	流行性耳下腺炎 （おたふくかぜ）	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
	結核	医師により感染のおそれがないと認められるまで
	咽頭結膜熱 （ﾌﾟｰﾙ熱・ｱﾃﾞﾉｳｲﾙｽ感染症）	主な症状が消失した後２日経過するまで
	流行性角結膜炎（はやり目）	医師により感染のおそれがないと認められるまで
	百日咳	特有の咳が消失するまで、又は５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
	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られるまで
	腸管出血性大腸菌感染症 （O 157など）	医師により感染のおそれがないと認められるまで

上記の疾患で　　年　　月　　日 から療養中のところ、現在症状が軽快し他児への感染のおそれはないと判断したので、＿＿年　　月　　日より登園をしてよいことを証明します。

＊園生活での注意事項

（　　）

証明日：＿＿年　　月　　日　　医療機関名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

医　師　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　印

厚生労働省「保育所における感染症対策ガイドライン」より　※一部「学校保健安全法施行規則準用

幼稚園・こども園・保育所（園）登園届　（保護者記入）

在園児童がよくかかる下記感染症については、「登園のめやす」を参考にされ、医師の診断にしたがい登園届の提出をお願いいたします。

なお、園での集団生活に適応できるように、全身状態が良好であることが基準となりますので、登園する際にはご配慮ください。

＊登園の際には、下記の登園届の提出をお願いいたします。

登　園　届

園長あて

クラス名＿＿＿＿＿＿＿＿

園児氏名＿＿＿＿＿＿＿＿

年　月　日　医療機関名「　　」において

病　名　「　　」　と診断されました。

その後病状が回復し、集団生活に支障がない状態となりましたので登園いたします。

年　月　日　保護者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿

＊　医師の診断を受けて、保護者の方が記入する登園届が必要な感染症

該当疾患に○	疾　患　名	登　園　の　め　や　す
	溶連菌感染症	抗菌薬を内服後24～48時間経過していること
	マイコプラズマ肺炎	発熱や激しい咳が治まっていること
	手足口病	発熱や口腔内の水疱・潰瘍の影響がなく、普段の食事がとれること
	伝染性紅斑（リンゴ病）	全身状態が良いこと
	感染性胃腸炎（ﾉﾛ･ﾛﾀｳｲﾙｽ・細菌等）	嘔吐、下痢等の症状が治まり、普段の食事がとれること
	ヘルパンギーナ	発熱や口腔内の水疱・潰瘍の影響がなく、普段の食事がとれること
	RSウイルス感染症	呼吸器症状が消失し、全身状態が良いこと
	帯状疱疹	すべての発しんが痂皮化してから
	突発性発しん	解熱し機嫌が良く全身状態が良いこと

厚生労働省「保育所における感染症対策ガイドライン」より改変　※一部「学校保健安全法施行規則準用