「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・感染症対策委員会

2018 年 7 月改訂版

目次

感染経路 1
感染予防法 1
感染治療法 3
第一種感染症 4
エボラ出血熱 4
クリミア･コンゴ出血熱 4
南米出血熱 4
ペスト 5
マールブルグ病 5
ラッサ熱 5
急性灰白髄炎（ポリオ） 6
ジフテリア 6
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） 7
中東呼吸器症候群（病原体がベータコロナウイルス属 MERS コロナウイルスであるものに限る） 7
特定鳥インフルエンザ 8
第二種感染症 9
インフルエンザ（特定鳥インフルエンザを除く） 9
百日咳 10
麻疹（はしか） 11
流行性耳下腺炎（おたふくかぜ） 13
風疹 14
水痘（みずぼうそう） 15
咽頭結膜熱 16
結核 17
髄膜炎菌性髄膜炎 18
第三種感染症 19
コレラ 19
細菌性赤痢 19
腸管出血性大腸菌感染症 20
腸チフス、パラチフス 21
流行性角結膜炎 21

急性出血性結膜炎 21
第三種感染症　そのほかの感染症 22
溶連菌感染症 22
A 型肝炎 22
B 型肝炎 23
C 型肝炎 24
手足口病 24
ヘルパンギーナ 25
無菌性髄膜炎 25
伝染性紅斑 26
ロタウイルス感染症 26
ノロウイルス感染症 27
サルモネラ感染症（腸チフス、パラチフスを除く） 27
カンピロバクター感染症 28
マイコプラズマ感染症 28
肺炎クラミドフィラ感染症 28
インフルエンザ菌 b 型感染症 29
肺炎球菌感染症 29
RS ウイルス感染症 30
ヒトメタニューモウイルス感染症 30
ライノウイルス感染症 31
パラインフルエンザウイルス感染症 31
エンテロウイルス D68 感染症 31
EB ウイルス感染症 32
サイトメガロウイルス感染症 32
単純ヘルペスウイルス感染症 33
帯状疱疹 33
日本脳炎 34
突発性発疹 34
ボツリヌス症 35
ネコひっかき病 35
破傷風 36
デング熱 36
ジカウイルス感染症 37
重症熱性血小板減少症候群 37
アタマジラミ症 38
伝染性軟疣（属）腫（水いぼ） 38
伝染性膿痂疹（とびひ） 39
疥癬（かいせん） 39
蟯虫症 40
ヒトパピローマウイルス感染症 40

ヒトT細胞白血病ウイルス1型感染症 41
ヒト免疫不全ウイルス感染症 42
参考文献 43
学校、幼稚園、保育所で予防すべき感染症の解説：抜粋表 44

はじめに

子どもが集団生活をおくる学校、幼稚園、保育所においては、感染症に罹患する機会が多くあるため、感染対策が望まれます。そこで日本小児科学会では、学校保健安全法にて定められている感染症に加え、保育、教育を受ける時期に感染しやすい感染症の概要を、最新の知見をもとに紹介し、予防・対策法について示すこととしました。学校、幼稚園、保育所での感染対策の参考として広く普及され、子どもの健康が守られることを望みます。

感染経路

飛沫感染	感染している人が咳やくしゃみ、会話をした際に、口から飛ぶ病原体が含まれた小さな水滴を近くにいる人が吸い込むことで感染する。飛沫は 1-2m 飛び散るので、2m 以上離れていれば感染の可能性は低くなる。
空気感染	感染している人が咳やくしゃみ、会話をした際に、口から飛び出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。空気感染をする麻疹や水痘が学校の教室で発症すれば、ワクチンを受けていない人が感染し、発症する可能性は高い。
接触感染	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接触感染（ドアノブ、手すり、遊具など）がある。病原体の付着した手で口、鼻、目を触ること、病原体の付着した遊具等を舐めること等によって、病原体が体内に侵入する。例えば咽頭結膜熱はプールでのみ感染するのではなく、ほとんどは集団生活のなかで接触感染している。
経口感染	病原体を含んだ食物や水分を摂取することで感染する。食事の提供や食品の取り扱いに適切な衛生管理が必要である。また、ノロウイルス感染症や腸管出血性大腸菌感染症など、便中に排泄される病原体が、便器やトイレのドアノブに付着していて、その場所を触った手からも経口感染する。
血液・体液感染	通常の生活では感染は起こらず、濃厚な曝露（性行為、針刺し事故など）があった場合にみられる。ただし、幼少児においては接触が濃厚であること、怪我をしたり皮膚に傷などが出来ていたりすることも多いことから、血液や体液を介した感染が起こりうる。
節足動物感染	病原体を保有する昆虫（蚊など）やダニがヒトを吸血する時に感染する。蚊の種類によって産卵する場所や、活動する時間帯が異なる。植木鉢の水受け皿や古タイヤなど小さな水たまりに産卵するものと、池や湖、水田など大きな水たまりに産卵するものがある。

感染予防法

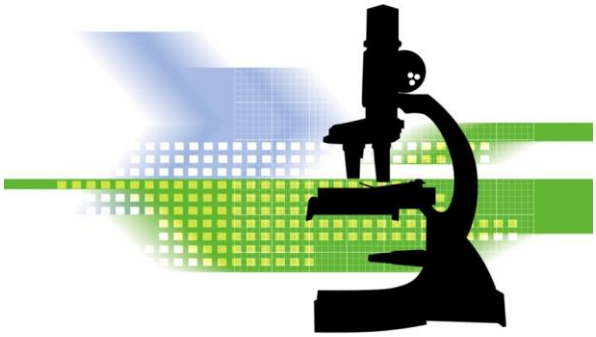
手洗い	適切な手洗いとは、手首の上まで、できれば肘まで、石鹸を泡立てて、流水下で洗浄する。正しい手洗いの方法は、「高齢者介護施設における感染対策マニュアル」を参照のこと。 www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/osirase/tp0628-1/dl/130313-01_06.pdf 手を拭くのは個人持ちのハンカチや布タオルあるいはペーパータオルが望ましい。ハンカチや布タオルを使用する場合は共用を避ける。個人持参のタオルをタオル掛けに掛ける場合は、タオル同士が密着しないように間隔を空ける。 尿、便、血液、唾液、眼脂、傷口の浸出液などの体液に触れた場合は必ずきちんと手洗いをする（汗はこの限りではない）。 石鹸は液体石鹸が望ましく、容器の中身を詰め替える際は、残った石鹸は捨て、容器をよく洗

	い、乾燥させてから、新たな石鹸液を詰めることが望ましい。
咳・くしゃみの対応	口、鼻をティッシュなどで覆い、使用後は捨てる。ハンカチなどを使う場合は共用しない。唾液や鼻水が手についた場合は流水下で石鹸を用いて洗う。ティッシュのない場合は、手ではなく、袖や上着の内側で口や鼻を覆う。 飛沫感染する病原微生物は、患者側がマスクをつければ予防効果は高い。また、患者側だけでなく、周囲の人もサージカルマスクあるいは不織布マスクなどをすることによってある程度の予防が可能である。 空気感染する病原微生物は、患者側は拡散防止として、健常者側は予防としての N95 マスクは効果があるが、一般社会では実用的でない。
嘔吐物・便の取り扱い	嘔吐物は、ゴム手袋、マスクをして、できればゴーグルを着用し、ペーパータオルや使い古した布で拭きとる。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。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などで消毒する。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、石鹸、流水で手を洗う。 不顕性感染者（感染しているが無症状の者）は自身が病原体を排出していることに気付かず感染源となることがある。このため、下痢でなくとも排便後の手指の衛生管理には注意を払う。おむつ交換は、手洗い場があり食事をする場所等と交差しない一定の場所で実施する。おむつの排便処理の際には、使い捨て手袋を着用する。交換後、特に便処理後は石鹸を用いて流水でしっかりと手洗いを行う。交換後のおむつはビニール袋に密閉した後に蓋つき容器等に俯瞰する。保管場所は適宜消毒する。
血液・体液の取り扱い	本人には症状がないにも関わらず、血液、体液にヒト免疫不全ウイルス（HIV）、B、C 型肝炎ウイルスなどの病原体が含まれていることがある。このため、全ての血液や体液には病原体が含まれていると考え、防護なく触れることがないよう、以下の予防を行う。 皮膚に傷や病変がある場合は絆創膏などで覆う。 鼻出血や外傷に触れる場合は、使い捨て手袋を着用し、終了後は手洗いを行う。血液で汚染された道具は、手袋をつけてペーパータオルなどで血液が見えなくなるまでふき取り、0.5%次亜塩素酸ナトリウムなどに 30 秒-2 分浸し、空気乾燥させる。唾液などの付着した玩具などは、そのつど洗浄、乾燥する。0.1%次亜塩素酸ナトリウムなどに 10 分程度浸してから洗浄すれば、肝炎ウイルスの感染も予防できる。
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、ノロウイルスの流行期は 0.02%次亜塩素酸ナトリウムなどを使用する。 子どもが舐めた、また、よだれがついているおもちゃは洗浄して乾燥させる。 屋外清掃では、蚊の産卵を減らすために、植木鉢の受け皿や古タイヤなどの水たまりをつくらないようにする、溝の掃除をして水の流れをよくする。
部屋の換気	空気感染対策のため、こまめに部屋の換気を行う。
調理	食材は衛生的に取り扱い、適切な温度管理がなされた食材の保管また病原微生物が混入している可能性がある食材はしっかりと加熱する。 調理従事者の手指衛生や体調管理も必要である。調理具の洗浄、消毒は徹底し、生肉を取り扱った後の調理器具でそのほかの食材を調理しないこととする。 乳児用調製粉乳は、70℃以上のお湯で調乳する。また、調乳後 2 時間以内に使用しなかったミルクは破棄する。母乳を介しての感染症もあるため、保管容器には名前を明記して、ほかの子どもに誤って飲ませることがないように十分注意する。

プール	プールの水質基準である 0.4-1.0 ppm の塩素濃度を守る。低年齢児が利用することの多い簡易ミニプール（ビニールプール等）についても塩素消毒が必要である。 プール前後にはシャワー等を用いて体を良く洗う。排泄が自立していない乳幼児ではプール前にお尻も洗い、個別のタライ等を用いて他者と水を共用しないよう配慮する。 プール後は、うがいをして、シャワーで体を洗う。
課外活動	緑の多い木陰、やぶ等、蚊の発生しやすい場所に立ち入る際には、長袖、長ズボン等を着用し、肌を露出しないようにする。
職員の衛生管理	集団生活施設では、職員が感染源となることがあるため、職員の体調管理に気を配る。清潔な服装と頭髪を保つ。爪は短く切る。 また、風疹、水痘、伝染性紅斑など、胎児に影響をおよぼす感染症の流行期には、風しんワクチンや水痘ワクチン未接種の妊娠している職員を休ませる配慮が望まれる。
予防接種	日本では、子どもの定期接種としてジフテリア、百日咳、破傷風、ポリオ、B 型肝炎、麻疹、風疹、水痘、日本脳炎、結核（BCG）、インフルエンザ菌 b 型、13 価肺炎球菌、ヒトパピローマウイルスに対するワクチンが、任意接種としておたふくかぜ、インフルエンザ（60-64 歳の一部と 65 歳以上は定期接種）、ロタウイルス、A 型肝炎、髄膜炎菌、帯状疱疹、狂犬病、黄熱に対するワクチンが実施されており、日常の予防としてワクチンに勝るものはない。 子どものみならず、かかったことがなく、ワクチン未接種の職員には予防接種を推奨する。「予防接種を受けた」または「かかった」という記憶はあてにならないことが多いので、母子健康手帳等の記録を確認する。麻疹、風疹、水痘、おたふくかぜ、B 型肝炎等については、血液検査で抗体の有無を調べることも可能である。 また、感染症発生時に迅速な対応ができるよう、職員および子ども達の予防接種歴および罹患歴を把握し、記録を保管することが重要である。

感染治療法

抗菌薬	細菌感染に有効であるが、近年、耐性菌が増加している。かぜ症候群をはじめとするウイルス感染には無効であるだけでなく、耐性菌を増加させるため推奨しない。
抗ウイルス薬	インフルエンザウイルス、単純ヘルペスウイルス、水痘・帯状疱疹ウイルス、サイトメガロウイルス、肝炎ウイルスなど、一部のウイルスに有効な抗ウイルス薬がある。
抗毒素抗体	破傷風、ジフテリア、ボツリヌスに対して免疫グロブリン製剤が用いられる。
γグロブリン	重症感染症などに用いるが、ヒト血液由来の血漿分画製剤であることを考慮する必要がある。



第一種感染症

第一種感染症は、出席停止の期間の基準が「完全に治癒するまで」と規定されている。なお、痘瘡（天然痘）は地球上から根絶された。

エボラ出血熱

感染症法で一類感染症に分類されている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。これまで、中央アフリカ、西アフリカなどでまれに発生していたが、2014-2016 年に西アフリカで流行し、1 万人以上の死亡者がでた。

病原体	エボラウイルス
潜伏期間	主に 8-10 日（2-21 日）
感染経路	ウイルスを保有している宿主（野生動物）は不明である。患者の血液、体液などの接触により感染する。
症状･予後	発熱、全身倦怠感、強度の頭痛、筋肉痛、関節痛などで急に発病する。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、重度の下痢、出血と発疹が出現する。 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。発病した場合の致命率は 50-80%である。

クリミア･コンゴ出血熱

感染症法で一類感染症に分類されている重症ウイルス性出血熱で、サハラ砂漠以南のアフリカ、中近東、ヨーロッパ東部、西および中央アジア諸国、バルカン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	自然界での宿主は家畜類、野生哺乳類で、解体などでの接触、媒介動物であるはマダニに咬まれることである。患者の血液、体液などの接触でも感染する。
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。発症した場合の致命率は 15-40%と報告されている。

南米出血熱

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ウイルス
潜伏期間	6-17 日
感染経路	流行地に生息するげっ歯類の唾液または排泄物との接触により感染する。
症状・予後	発熱、筋肉痛、頭痛、眼窩後痛、血小板減少症、錯乱、舌の振戦（ふるえ）、小脳症状（ふらつきなど）の中枢神経障害などが認められる。致命率は 30%にも及ぶ。

ペスト

感染症法で一類感染症に分類されている急性細菌性感染症である。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。2017 年にマダガスカルで肺ペストの大規模な流行が発生した。

病原体	ペスト菌
潜伏期間	腺ペストは 2-8 日、肺ペストは 1-6 日。
感染経路	宿主はネズミ、イヌ、ネコなどでノミが媒介する。肺ペストは飛沫感染する。
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、疼痛である。肺ペストの症状は、発熱、咳、血痰、呼吸困難である。治療が遅れた場合の致命率は 50%以上で特に肺ペストは致死的である。
治療法	抗菌薬

マールブルグ病

感染症法で一類感染症に分類されている致死的な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	主に 8-10 日（2-21 日）
感染経路	オオコウモリが宿主と考えられている。患者の血液、体液などの接触により感染する。
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。発病した場合の致命率は 20%以上である。

ラッサ熱

感染症法で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	宿主はネズミで、感染動物の糞、尿などの濃厚接触により人に感染する。患者の血液、体液などの接触により感染する。
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場合が多い。入院患者の致命率は 15-20%である。

急性灰白髄炎（ポリオ）

感染症法で二類感染症に分類されているウイルス性感染症である。1960 年代初頭まで日本でもしばしばあり、「小児まひ」と呼ばれて恐れられたが、予防接種によって、1980 年の 1 例を最後に、ポリオウイルスによるまひ患者の発生はない。しかし、パキスタンやアフガニスタン、ナイジェリアで今でもポリオウイルスの流行が続いており、一旦ポリオが根絶された中国やタジキスタンなどでも近年、ポリオウイルスの流行がおきたことがある。

病原体	ポリオウイルス
潜伏期間	まひを来すまでは 7-21 日（3-35 日）、不完全型感染や無菌性髄膜炎の場合は 3-6 日
感染経路	便、唾液などを介した経口感染、接触感染。
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、後遺症としての手足のまひを残すこともある。
診断法	便からのウイルス検査や血液での抗体検査。
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。なお、日本小児科学会は、ポリオに対する抗体価が減衰する前に就学前の不活化ポリオワクチン（IPV）の任意接種を推奨している。
登校（園）基準	急性期の症状が治癒するまで出席停止とする。まひが残る慢性期については出席停止の必要はない。

ジフテリア

感染症法で二類感染症に分類されている細菌性呼吸器感染症で、日本国内での発病は現在まれであるが、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（1-10 日）
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、声嗄れから呼吸困難、心不全、呼吸筋まひなどに至る。
治療法	抗毒素抗体（なお、本抗体は動物（馬）由来の血清であることから、アナフィラキシー、ショック症状に対して十分な配慮をする必要がある）。 ペニシリン系抗菌薬、エリスロマイシンなどに感受性があるが、予防が最も大切である。
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・不活化ポリオ混合（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。

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）

2002-2003 年に中国から世界に流行が広がり、8,000 人以上が発症し、致命率は約 10%であった。

病原体	SARS コロナウイルス
潜伏期間	主に 2-10 日
感染経路	飛沫感染、接触感染、排泄物からの経口感染が主体であり、空気感染の可能性については議論がある。
症状	突然のインフルエンザ様の症状で発症する。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へ進展し、死亡する場合もある。
予防法	実用化されたワクチンはなく、一般的な予防策として手洗い、マスク着用、人混みへの外出を控えるなどがあげられるが、早期に検知して、早期に対応することが重要である。

中東呼吸器症候群（病原体がベータコロナウイルス属 MERS コロナウイルスであるものに限る）

2012 年にサウジアラビアで初めて確認され、中東を中心に流行し、韓国でも患者が発生した。2015 年までに約 1,600 人が発症し、致命率は 36%であった。

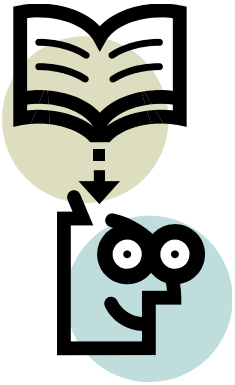
最新情報は厚労省の URL を参照する。http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekkaku-kansenshou19/mers.html

病原体	MERS コロナウイルス
潜伏期間	主に 2-14 日
感染経路	飛沫感染、接触感染。
症状	発熱、咳、息切れなど。下痢などを伴う場合もある。MERS コロナウイルスに感染しても、症状が現われない人や、軽症の人もいるが、特に高齢の方や糖尿病、慢性肺疾患、免疫不全などの基礎疾患のある人で重症化する傾向がある。
予防法	実用化されたワクチンや治療法はなく、MERS の発生が報告されている地域においては、咳やくしゃみなどの症状がある人との接触を避け、また動物（ヒトコブラクダを含む）との接触は可能な限り避けることが重要である。
感染拡大予防法	流行地への旅行は制限されていないが、糖尿病や慢性疾患、免疫不全などの基礎疾患がある場合は渡航前に医師に相談する。旅行中は、加熱が不十分な食品（未殺菌の乳や生肉など）や不衛生な状況で調理された料理を避け、果物、野菜は食べる前によく洗う。咳やくしゃみの症状がある人や、動物（ヒトコブラクダを含む）との接触は可能な限り避ける。

特定鳥インフルエンザ

2003 年ころから、東アジア、東南アジアを中心に、鳥の間で鳥インフルエンザ A（H5N1）が発生し、また、鳥と濃厚接触をした人への感染例と高い致命率（約 50%）が報告された。また、2013 年には、鳥インフルエンザ A（H7N9）感染が中国を中心に報告され、2017 年 2 月までに 1,000 人以上が発症し致命率は約 30%である。日本でも散発性に養鶏場での鳥の A（H5N1）の感染が確認されているが、A（H7N9）も含め、2017 年 3 月までにヒトの発症例は報告されていない。

病原体	インフルエンザウイルス A（H5N1）、A（H7N9）
潜伏期間	A（H5N1）は 2-8 日、A（H7N9）は主に 2-5 日（1-10 日）
感染経路	ヒトの感染例では家畜との接触歴がある。
症状	高熱、咳。病原性は季節性インフルエンザより高く、咳などの呼吸器症状が強い傾向があり、肺炎や急性呼吸促迫症候群を呈し、死に至ることも少なくない。死亡のリスク因子として高齢、慢性肺疾患、免疫不全状態、長期の投薬歴、オセルタミビル投与の遅延が報告されている。
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るが、季節性インフルエンザよりも陽性率が低い傾向があり、採取した痰などの下気道検体のほうが検出しやすい。
治療法	抗ウイルス薬（オセルタミビルなど）を用いるが、季節性インフルエンザよりも有効性が低い場合がある。
予防法	飛沫感染として、手洗いなどの一般的な予防法を励行する。



第二種感染症

第二種感染症は、飛沫感染をする感染症で児童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内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。また、異常行動があらわれることもあり、抗ウイルス薬のオセルタミビルとの関連が疑われたこともあったが、その後の調査にて、この症状は抗ウイルス薬の有無、種類にかかわらず生じていることが判明した。このためインフルエンザ罹患時は異常行動の出現に注意しながらの見守りが必要である。
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を1-1.5 日短縮することが期待できるが、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。基礎疾患
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。 しかし、2013 年の調査によると、就学前児の百日咳抗体価が低下していたため、日本小児科学会は、就学前に任意接種として、また、11 歳以上 13 歳未満での DT トキソイドの代わりに沈降精製百日せきジフテリア破傷風（DPT）ワクチンを任意接種として推奨している。また、米国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、鼻水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、海外からの輸入例を発端とした地域的な集団発生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 日前から解熱後 3 日を経過するまで。
症状	臨床的に、カタル期、発疹期、回復期に分けられる。発熱とともに目の充血、涙やめやに（眼脂）が多くなり、咳、鼻汁などの症状が見られる。口内の頬粘膜にコプリック斑という特徴的な白い斑点（粘膜疹）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。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。発熱は発疹出現後さらに 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	ワクチン未接種、1 回接種、接種歴不明の 20-30 歳代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 点セットによる核酸増幅法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 年より弱毒性麻しん風しん（MR）混合ワクチンにより、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、成人には未接種者や 1 回接種者が少なくはない。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、ワクチン未接種の未就学児、未接種、1 回接種、接種歴不明でかかったことのない児童・生徒と職員には合計 2 回の予防接種を勧める。
感染拡大防止法	空気感染であるため、集団の場では、1 人の発症があった場合、速やかに同じ空間にいたほかの子どもに対して、かかったことがあるか、予防接種を受けているかを聴取する。かかったことがなく、ワクチン未接種あるいは 1 回接種、接種歴不明の場合、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。たとえ接触から 72 時間を過ぎていても、発症者との接触で発症した患者からのさらなる感染（3 次感染）を予防するために、ワクチン接種が行われる場合もある。乳児は定期接種の対象年齢に至っていないが、生後 6 か月以上であれば、緊急避難的にワクチン接種を検討することも一案である。接触から 72 時間を超え、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、さらに長期に及ぶ場合もある。

	米国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。日本耳鼻咽喉科学会の調査では 2015-2016 年に少なくとも 348 人がおたふくかぜによる難聴となり、300 人近くに後遺症が残ったと報告されている。

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	感染のおこりやすい期間は耳下腺腫脹の 1-2 日前から腫脹 5 日ころまでである。しかしながら、唾液中には、腫脹 6 日前から 9 日後までウイルスが検出されるので、この期間は感染源となりえる。
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、10-100 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。主に低年齢で初回接種が行われる最近の調査では、ワクチンによる無菌性髄膜炎の発症が約 4 万人に 1 人と減少している。ワクチン未接種（あるいは不明の場合）でかかったことのない者には職員も含め合計 2 回の予防接種を勧める。
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、不顕性感染でも唾液中にウイルスが排出されており、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張が発現した後 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。早期に先天性風疹症候群の発生をなくすとともに、2020 年度までに風疹を排除することを目的に掲げている。

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。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。リンパ節の腫れは頚部、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 歳代の男性の約 20%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、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、尿による核酸増幅法検査やウイルス分離を行う。当時並行して医療機関などで発疹出現後 4-28 日に血液検査（IgM 抗体）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 年より弱毒性麻しん風しん（MR）混合ワクチンにより、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、成人には未接種者や 1 回接種者が少なくはない。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、ワクチン未接種の未就学児、未接種、1 回接種、接種歴不明でかかったことのない児童・生徒と職員には合計 2 回の予防接種を勧める。
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、かかったことがなく、ワクチン未接種もしくは 1 回接種の妊娠している職員は、直ちに風疹に対する IgG 抗体検査を行い、陰性あるいは抗体価が低い場合は、流行が終息するまで休ませる等の配慮が望まれる。
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症することがある。
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、皮膚瘢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、定期の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（あるいは不明の場合）でかかったことのない者には職員を含め合計 2 回の予防接種を勧める。
感染拡大防止法	空気感染であるため、集団の場では、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、かかったことがなく、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呼ばれることがあるが、塩素消毒が不十分なプールの水を介した感染よりも、飛抹、接触感染によって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 （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、頚部・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、排便後またはおむつ交換後の手洗いは石鹸を用いて流水で丁寧に行う。プール前後のシャワーの励行、タオルを共用しないなどの一般的な予防法が大切である。
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。日本は依然として毎年新たに約 1.8 万人の患者が発生している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 初感染結核= 粟粒結核= 結核性髄膜炎= 二次結核= 潜在性結核感染症=	 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。 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。 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。 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。 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。
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。活動性結核の診断には胸部 X 線検査や菌検査（塗抹検査、培養検査、核酸増幅法検査）を行う。
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

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。日本でも学生寮などで患者発生があり、2011 年と 2017 年には死亡例も報告された。

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。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	発熱、頭痛、意識障害が生じ、劇症型である Waterhouse-Friederichsen 症候群では播種性血管内凝固症候群（全身の出血傾向）、副腎出血を来し急速に進行する。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るべきである。日本小児科学会は、①髄膜炎菌感染症流行地域へ渡航する 2 歳以上の者、②9 か月齢以上のハイリスク患者（補体欠損症・無脾症もしくは脾臓機能不全、HIV 感染症）、 ③9 か月齢以上のソリリス治療患者（発作性夜間ヘモグロビン尿症、非典型溶血性 尿毒症症候群）、④学校の寮などで集団生活を送る者にはワクチンによる予防を推奨している。日本では 2015 年から任意予防接種ができるようになった。なお、発作性夜間血色素尿症の治療薬としてエクリズマブを用いる場合は、健康保険で髄膜炎菌ワクチンの接種が可能である。
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。

第三種感染症

第三種感染症は、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ものが分類されている。出席停止の期間の基準は、共通して「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るまで」となっている。

コレラ

東南アジアなどからの帰国者に感染がみられ、乳幼児や高齢者、基礎疾患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。現在流行しているのはエルトール型コレラである。
潜伏期間	主に 1-3 日（数時間-5 日）
感染経路	汚染された水、食物、感染者の便などを介した経口感染。
症状･予後	突然激しい水様性下痢と嘔吐ではじまり、脱水をきたしやすい。
診断法	便からの菌分離
予防法	流行地では、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。現在、日本ではワクチンは発売されていないが、流行地域への旅行者に対して、希望に応じて予防接種がされることもあるが、国内では接種可能なワクチンがない。
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である。

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、基礎疾患を持つ人が感染すると重症化し、死に至る場合もある。日本でも、2011 年に集団発生がみられ、2014 年には幼稚園でも集団発生があった。海外旅行歴のない発病者も時々みつかっている。

病原体	赤痢菌
潜伏期間	主に 1-3 日（1-7 日）
感染経路	感染者の便を感染源とする経口感染。
症状･予後	発熱、腹痛、下痢、嘔吐などが急激に現れる。
診断法	便の細菌培養
登校（園）基準	治癒するまで出席停止が望ましい。

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である。全く症状のない人から、腹痛や血便を呈す人まで様々で、うち 6-7%は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、1996 年に学童を中心とした大規模な集団感染が発生し、その後も 2011 年の生肉食や 2012 年の漬物など、さまざまな食材による食中毒が毎年 3,000-4,000 人前後発生し、死亡例もでている。

病原体	腸管出血性大腸菌（O157、O26、O111）など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後に発病する。
潜伏期間	ほとんどの大腸菌が主に 10 時間-6 日、O157:H7 は 3-4 日（1-8 日）
感染経路 （好発時期）	生肉などの飲食物からの経口感染、接触感染。 少ない菌量（100 個程度）でも感染する。夏季に多発する。
感染期間	便中に菌が排泄されている間
症状	無症状の場合もあるが、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。
好発年齢	患者の約 80%が 15 歳以下で発症し、かつ子どもと高齢者で重症化しやすい。
診断法	便の細菌培養、ベロ毒素（または遺伝子）の検出。
治療法	下痢、腹痛、脱水に対しては水分補給、補液など。また下痢止め薬の使用は毒素排泄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	手洗いの励行、消毒（トイレなど)、及び食品加熱と良く洗うことが大切である。特に子どもでは生肉・生レバー摂取は避ける（ブタとウシのレバーは禁止されている)。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、必ず手を良く洗う。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。
登校（園）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 歳以上の子どもは出席停止の必要はない。5 歳未満の子どもでは 2 回以上連続で便培養が陰性になれば登校（園）してよい。手洗いなどの一般的な予防法の励行で二次感染は防止できる。

腸チフス、パラチフス

海外帰国者の感染例（旅行者下痢症）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	経口感染
症状･予後	持続する発熱、発疹（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。
診断法	便と血液の細菌培養
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 歳以上の子どもは出席停止の必要はない。5 歳未満の子どもでは 3 回以上連続で便培養が陰性になれば登校（園）してよい。

流行性角結膜炎

伝染性の角膜炎と結膜炎が合併する眼の伝染病。学校ではプール施設内で感染することが多い。

病原体	主としてアデノウイルス 8 型
潜伏期間	2-14 日
感染経路	プール水、手指、タオルなどを介して接触感染、飛沫感染。
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	急性結膜炎の症状で、眼瞼が腫れる、異物感、眼脂など。角膜に傷が残ると、後遺症として視力障害を残す可能性がある。
診断法	症状より診断されるが、アデノウイルス抗原の迅速診断キットがある。
治療法	有効な治療薬はないが、多くは自然軽快する。
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、タオルの共有はしない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	結膜炎の症状が消失していれば、登校（園）してよい。ただし、ウイルスは便中に 1 か月程度排泄されるので、手洗いを励行する。

急性出血性結膜炎

眼の結膜や白眼の部分にも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 70 型
潜伏期間	1-3 日
感染経路	経口感染、飛沫感染、接触感染
感染期間	ウイルスは咳や鼻汁から 1-2 週間、便からは数週間-数か月間、排出される。
症状	急性結膜炎で、結膜出血が特徴である。
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	接触感染として、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 か月程度排泄されるので、登校（園）を再開しても、手洗いを励行する。

第三種感染症　そのほかの感染症

第三種感染症に分類されている「そのほかの感染症」は、学校で流行が起こった場合に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とることができる疾患である。そのような疾患は子どもの感染症の中に多数あるが、ここでは子どものときに多くみられ、学校でしばしば流行する感染症を、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と、通常出席停止の措置は必要ないと考えられる感染症に分けて例示した。

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

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苺状に赤く腫れ、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。60 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。

B 型肝炎

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、B 型肝炎ウイルス（HBV）キャリアの母親から出生した児に対する予防処置の普及によって発生数が減少している。しかし、母子感染予防処置が不十分なまま中断されている場合、胎内感染により出生時にすでに母子感染している場合、幼少時に家族内や集団保育の場で水平感染している場合、思春期以降に性感染する場合があり、日本では、年間 6,000 人以上の新規感染者がある。

病原体	B 型肝炎ウイルス（HBV）
潜伏期間	45-160 日（平均 90 日）
感染経路	HBV キャリアからの垂直感染（母子感染）、歯ブラシやカミソリなどの共用に伴う水平感染、性感染。血液、精液以外の体液も感染源となる可能性がある。
症状	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（劇症肝炎）。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。また、近年、免疫抑制療法の治療中に、HBV の再活性化が生じる場合があることも指摘されている（*de novo* 肝炎）。
診断法	血液による抗原抗体検査、ウイルス量検査
治療法	急性肝炎の場合は対症療法を選択する場合が多い。慢性肝炎では抗ウイルス薬やインターフェロン療法などの治療がある。
予防法	HBV キャリアの母から出生した新生児は、出生直後（12 時間以内が望ましい）より HB 免疫グロブリンとワクチンを用いた予防を行う。 家族内などでは歯ブラシ・カミソリの共用を避ける。また、2016 年 10 月より日本でも乳児を対象として定期接種となった。世界保健機関（WHO）は、全ての子どもにワクチン接種を勧奨しており、定期接種対象年齢外の子どもや職員にも予防接種を勧める。
感染拡大防止法	集団生活の場では、感染している子どもを特定するのではなく、標準予防策として、HBV キャリアの有無にかかわらず、血液や体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。 HBV キャリアの子どもがプールに入ってもほかの子どもに感染させることはないが、傷などがある場合は絆創膏やガーゼで覆っておく。HBV キャリアの子どもがほかの子どもを噛み付いた場合は、傷口を洗い、医療機関を受診する。 「保育の場において血液を介して感染する病気を防止するためのガイドライン～ウイルス性肝炎の感染予防を中心に」は、下記 URL からダウンロード可能である。 http://www.kanen.ncgm.go.jp/forpatient_new_20140609.html
登校（園）基準	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。

C 型肝炎

血液や体液を介して感染する肝炎のひとつ。日本では 1992 年から開始されたスクリーニングにより、輸血後感染は減少した。分娩時に妊婦のウイルス RNA が陽性の場合に、子どもの 5-6%が感染する。慢性化しやすく、一部が肝硬変にいたるとされている。

病原体	C 型肝炎ウイルス（HCV）
潜伏期間	主に 6-7 週（2 週-6 か月）
感染経路	HCV 感染者からの血液を介した感染、性感染、母子感染。
症状	急性の病変は穏やかに始まり、子どもにおいて多くは無症状である。黄疸がみられるのは 20%未満であり、肝機能障害も B 型肝炎に比し顕著ではない。ただし感染した子どもの 80%が慢性化し、米国では肝移植の対象の筆頭を占める。
診断法	血液による抗体検査、ウイルス量検査。HCV 感染が判明している女性から出生した子どもは抗体スクリーニングが可能である。母からの移行抗体のなくなる生後 18 か月を越えてから抗体検査を行う。
治療法	抗ウイルス薬やインターフェロン療法などの治療がある。
感染拡大防止法	注射薬物使用や、複数のパートナーとの性交渉、母親のヒト免疫不全ウイルス（HIV）重複感染は HCV の感染リスクとなる。家庭内などでは歯ブラシ・カミソリの共用を避ける。集団生活の場では、感染している子どもを特定するのではなく、標準予防策として、血液や体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。 ウイルスが陽性の子どもは、傷などがある場合は絆創膏やガーゼで覆っておく。 ウイルスが陽性の母の場合、母乳哺育と人工乳栄養での子どもへの感染のリスクは同程度であるため、母乳哺育の禁忌とはならない。ただし、乳首のひび割れや出血のある場合は控えることを考慮する。
登校（園）基準	急性肝炎の急性期でない限り、登校（園）は可能である。感染者の登校（園）を制限する必要はない。

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	コクサッキーウイルス A16、A10、A6 型、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も現実的ではない。本人の全身状態が安定しており、発熱がなく、口腔内の水疱・潰瘍の影響がなく普段の食事がとれる場合は登校（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ぜ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も現実的ではない。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、脳炎の症状を来たすこともある。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。約 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）。成人では半数以上が不顕性感染であるため、感染していることに気付いていない場合も多い。
感染期間	かぜ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レース状、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	妊婦の半数以上は免疫を持っていないため、発症者がでた場合は、保護者に知らせる必要がある。また、かかったことがなく、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ので、発疹のみで全身状態のよい者は登校（園）可能である。

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。日本の患者数は年間約 80 万人であり、そのうち 2-8 万人が入院していると想定され、10 人前後が死亡している。

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する、もしくは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ため、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。

サルモネラ感染症（腸チフス、パラチフスを除く）

食中毒による急性細菌性腸炎の原因となる。

病原体	サルモネラ菌
潜伏期間	主に 12-36 時間（6-72 時間）
感染経路	ミドリガメなどの爬虫類やペット、鳥類、両生類、汚染された生卵やその加工品、食肉（牛レバー刺し、鶏肉）などからの経口感染。
感染期間	便中の菌排泄が数週間以上続く。
症状	下痢、血便、嘔吐、発熱。
診断法	便の細菌培養。
治療法	安静、食事療法、補液。基礎疾患がある人や全身状態が悪い場合は抗菌薬。下痢止め薬は排菌を遅延させる可能性があるため、使用しない。
予防法	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）などを励行する。
感染拡大予防法	排便後や、職員においてはおむつ交換後の手洗いを励行する。
登校（園）基準	下痢が治まれば登校（園）可能であるが、手洗いを励行する。

カンピロバクター感染症

食中毒による急性細菌性腸炎の原因となる。

病原体	カンピロバクター菌
潜伏期間	通常 2-5 日であるが長くなる場合もある。
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、牛肉、未殺菌乳、魚などからの経口感染。
感染期間	便中の菌排泄が数週間以上続く。
症状	下痢、血便、嘔吐、発熱。発症数週間後にギラン・バレー症候群というまひを中心にした神経障害を併発することもある。
診断法	便の細菌培養。
治療法	安静、食事療法、補液。基礎疾患がある人や全身状態が悪い場合は抗菌薬。下痢止め薬は排菌を遅延させる可能性があるため、使用しない。
予防法	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）を励行する。
感染拡大防止法	排便後や、職員においてはおむつ交換後の手洗いを励行する。
登校（園）基準	下痢が治まれば登校（園）可能であるが、手洗いを励行する。

マイコプラズマ感染症

咳を主症状とし、学童期以降の市中肺炎としては最も多い。2016 年には大規模な流行があった。

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 （好発時期）	飛沫感染。家族内感染や再感染も多くみられる。 夏季から秋季に多い。
感染期間	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	咳、発熱、頭痛などのかぜ症状がゆっくり進行する。とくに咳は徐々に激しくなる。中耳炎・鼓膜炎や発疹などを伴うこともあり、重症例では胸水がたまり呼吸障害が強くなる。
好発年齢	通常 5 歳以後で、 10-15 歳くらいに多いが、成人もしばしば罹患する。
診断法	血液による抗体検査や、咽頭ぬぐい液による DNA、抗原検査などがある。 迅速抗体検査では、感染から 1 年近く陽性が持続する場合があるため、結果の判断には注意を要す。
治療法	抗菌薬であるが、近年、耐性菌が増えている。
予防法	飛沫感染としての一般的な予防法を励行する。
登校（園）基準	発熱や激しい咳が治まり、全身状態のよい者は登校（園）可能である。

肺炎クラミドフィラ感染症

慢性の咳や、肺炎、気管支炎の原因となり、市中肺炎の約 1 割を占める。

病原体	肺炎クラミドフィラ
潜伏期間	平均 21 日
感染経路	飛沫感染。再感染も多くみられる。
感染期間	症状のある間がピークである。
症状	咳が長引くことが多い。
好発年齢	初感染は 5-15 歳にピークがある。
診断法	血液による抗体検査。
治療法	抗菌薬。
予防法	飛沫感染としての一般的な予防法を励行する。
登校（園）基準	症状が改善し、全身状態のよい者は登校（園）可能である。

インフルエンザ菌 b 型感染症

生後 3 か月-5 歳までの細菌性髄膜炎、敗血症（細菌による血液の感染症で全身の状態が悪くなる）、喉頭蓋炎の代表的な起炎菌である。

病原体	インフルエンザ菌 b 型（Hib）
潜伏期間	不明
感染経路	主に飛沫感染。ワクチン導入前の健康な子どもの保菌率は 1-5%程度。
感染期間	保菌している間は、感染させる可能性がある。
症状	髄膜炎、敗血症、喉頭蓋炎。ワクチン導入前の日本での Hib 髄膜炎の発症は年間約 600 人で、約 2-3%が死亡、約 15%が脳障害や聴力障害などの後遺症を残すとされる。
好発年齢	3 か月-5 歳。特に 2 歳以下に多い。
診断法	血液や髄液の細菌培養。
治療法	抗菌薬。ワクチン導入前は、薬剤耐性菌が増加していた。
予防法	多くの国で 1980 年代後半から Hib ワクチンが導入され、髄膜炎をはじめとする Hib 感染症は激減した。日本でも 2013 年 4 月より定期予防接種が開始され、侵襲性感染症（髄膜炎、敗血症など、通常細菌がいない部位での重症感染症）が激減している。ワクチン未接種の乳幼児には接種を勧める。
登校（園）基準	全身状態の改善した者は登校（園）可能である。

肺炎球菌感染症

細菌性髄膜炎、敗血症、肺炎、中耳炎などの代表的な起炎菌である。

病原体	肺炎球菌
感染経路	主に飛沫感染。1 歳児の 30-50%が鼻腔に保菌しており、保育施設の入園後 1-2 か月でその保菌率は 80%以上に上昇する。
感染期間	感染の種類によって異なるが 1-3 日。保菌している間は感染させる可能性がある。
症状	気管支炎、肺炎、中耳炎、髄膜炎、敗血症。ワクチン導入前の日本での肺炎球菌髄膜炎の発症は年間約 200 人で、約 6-7%が死亡、約 30%が脳障害や聴力障害などの後遺症を残すとされる。
好発年齢	3 か月-5 歳。特に 2 歳以下に多い。
診断法	血液や髄液の細菌培養。
治療法	抗菌薬。ワクチン導入前は薬剤耐性菌が増加していた。
予防法	多くの国で 2000 年以降、肺炎球菌結合型ワクチンが導入され、ワクチンに含まれる血清型の肺炎球菌による侵襲性感染症（髄膜炎、肺炎など、通常細菌がいない部位での重症感染症）は激減した。海外では中耳炎や肺炎に対する予防効果も報告されている。日本では 13 価肺炎球菌ワクチンが定期予防接種とされ、同じく侵襲性感染症は減少している。一方で、ワクチンでカバーされていない血清型による侵襲性感染症が増加している。ワクチン未接種の乳幼児には接種を勧める。 23 価肺炎球菌ワクチンは、2 歳以上で感染する危険の高い人（例えば脾臓摘出後）に接種を勧める。2014 年 10 月から 65 歳以上の成人に対して定期接種化された。
登校（園）基準	発熱、咳などが軽快し、全身状態が改善した者は登校（園）可能である。

RS ウイルス感染症

秋-冬期を中心に流行し、主に乳幼児が感染し、呼吸困難に陥ることもある呼吸器感染症である。近年、流行が早まり、夏季に流行が始まることが多くなっている。

病原体	RS ウイルス
潜伏期間	主に 4-6 日（2-8 日）
感染経路	接触感染が主であるが、飛沫感染でも感染しうる。
感染期間	3-8 日であるが、乳幼児では 3-4 週間、持続することもある。
症状	発熱、鼻汁、咳嗽、喘鳴。年長児や成人では、軽いかぜ症状ですむ場合も多いが、乳児早期に感染した場合は急性細気管支炎や肺炎となり、呼吸困難から人工呼吸管理を要することもある。
好発年齢	乳幼児
診断法	乳児や入院患児などには抗原迅速診断キットを用いた検査が可能である。
治療法	有効な治療薬はなく、対症療法が行われる。
予防法	早産児、先天性心疾患、慢性肺疾患を持つ乳児、24 か月齢以下の免疫不全を伴う新生児、乳児および幼児、24 か月齢以下のダウン症候群の新生児、乳児および幼児では、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。
感染拡大防止法	流行期、保育所では 0 歳児と 1 歳以上のクラスの互いの交流を制限することで、重症化しやすい 0 歳児への感染を予防することができる。
登校（園）基準	咳などが安定した後、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。

ヒトメタニューモウイルス感染症

晩冬-早春に流行する呼吸器感染症で、RS ウイルスと同様に乳児の急性細気管支炎や肺炎の原因となる。

病原体	ヒトメタニューモウイルス
潜伏期間	3-5 日
感染経路	分泌液との直接あるいは密接な接触によって感染する。
感染期間	ウイルス排泄期間は 1-2 週間であるが、免疫低下状態では数週-数か月排泄される。
症状	咳嗽、喘鳴。喘息発作の悪化などに関与する。乳児では急性細気管支炎や肺炎となり、免疫低下状態では重症化することがある。
好発年齢	全ての年齢で生じうるが、5 歳までに少なくても 1 回は感染する。
診断法	5 歳未満でレントゲンや聴診で肺炎が疑われる場合、抗原迅速診断キットを用いた検査が可能である。
治療法	有効な治療薬はなく、対症療法が行われる。
予防法	接触感染として一般の予防方法を励行する。
登校（園）基準	咳などが安定した後、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。

ライノウイルス感染症

かぜ症候群と鼻副鼻腔炎の原因として最も頻度が高い。1 年中生じるが春と秋が多い。

病原体	ライノウイルスであるが、100 種類以上の型があるため何度も感染する。
潜伏期間	2-3 日（時に 7 日にいたることもある）
感染経路	接触感染、飛沫感染。
感染期間	鼻咽頭からの排泄が最も多いのは初期の 2-3 日で、通常 7-10 日で排泄は止まるが、3 週間も続くことがある。
症状	咽頭痛、咳、鼻汁、発熱、中耳炎。喘息の悪化原因ともなりうる。
好発年齢	全ての年齢で生じうるが、成人になるまでに複数回、感染する。
診断法	症状とほかの感染症の除外で診断する。
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方法を励行する。
登校（園）基準	咳などが安定した後、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。

パラインフルエンザウイルス感染症

クループの主な原因であり、再感染の場合は軽い上気道炎のことが多い。主に秋に多い。

病原体	パラインフルエンザウイルスで 1、2、3、4A、4B 型がある。
潜伏期間	2-6 日
感染経路	接触感染、飛沫感染。
感染期間	症状が出現する 1 週間前から症状消失後 1-3 週くらいまでウイルスを排泄する。
症状	クループ、上気道炎、肺炎、細気管支炎。喘息の悪化原因ともなりうる。
好発年齢	全ての年齢で生じうるが、通常 5 歳までに複数回感染する。
診断法	症状とほかの感染症の除外で診断する。
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方法を励行する。
登校（園）基準	咳などが安定した後、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。

エンテロウイルス D68 感染症

2014 年に米国を中心とした流行が、2015 年に日本で流行がみられ、同時期に重症の呼吸不全や喘息発作、急性の手足のまひ（急性弛緩性まひ）が増えた。このウイルスによることが疑われている。

病原体	エンテロウイルス D68
潜伏期間	3-6 日
感染経路	飛沫感染、接触感染
感染期間	呼吸器からのウイルスの排出は通常 1-3 週未満である。
症状	重症の呼吸器疾患や喘息発作、急性の手足のまひが生じる可能性が示唆されている。
好発年齢	幼児
診断法	健康保険で行なわれる検査はない。一部の研究機関で、痰などからのウイルス分離や PCR 検査が可能である。
治療法	有効な治療薬はなく、対症療法が行われるが、急性のまひは改善しにくい。
予防法	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	咳などが安定した後、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。

EB ウイルス感染症

伝染性単核球症の主な原因であり、不顕性感染（感染しても症状がでない状態）例から致死的な例もある。乳幼児では気付かれないことも多い。

病原体	EB ウイルス
潜伏期間	30-50 日
感染経路	キスや唾液などにより唾液や体液を介しての感染、濃厚接触による飛沫感染。
感染期間	唾液や咳による飛沫や鼻汁からは数か月もの間ウイルスが排泄される。
症状	多くは無症状か、軽微なかぜ症状ですむが、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）、血球貪食症候群（発熱、貧血、出血）、悪性リンパ腫の原因となる場合もある。
診断法	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。
登校（園）基準	解熱し、全身状態が回復した者は登校（園）可能である。

サイトメガロウイルス感染症

子どもにおいては不顕性感染（感染しても症状がでない状態）で気付かれないことも多いが、思春期以降では伝染性単核球症様の症状を呈することがある。妊婦の初感染で、胎児の中枢神経系や感覚器（眼、内耳）などに異常が生じる。また免疫が低下している人への感染で重症化する。

病原体	ヒトサイトメガロウイルス
潜伏期間	ヒトからヒトへの直接感染の場合は不明、輸血感染では 3-12 週間。
感染経路	唾液、尿などの体液を介した感染、経胎盤、経産道、経母乳による母子感染、性感染。
感染期間	1-3 歳の幼児の 30-40%がウイルスを排泄している。
症状	後天性感染としては、かぜ症状や伝染性単核球症（発熱が数日-数週間持続、リンパ節腫大、咽頭・扁桃炎、肝炎）、先天性（胎内）感染としては、難聴、発達遅滞・障害、視力障害などが生じることがある。
診断法	血液での抗体検査や、血液、尿を用いた PCR 検査。先天性感染の診断では、臍帯や濾紙血を用いた PCR 検査が一部の研究機関でなされている。
治療法	重症化しない場合、通常は自然軽快する。免疫が低下した患者や、先天性感染症では、抗ウイルス薬（ガンシクロビル、バルガンシクロビル）が考慮される。
感染拡大防止法	妊娠中の職員は子どもの唾液、尿などに触れた後にはよく手洗いをする。
登校（園）基準	解熱し、全身状態が回復した者は登校（園）可能である。未感染の妊婦に感染させないように、特に注意を払う。

単純ヘルペスウイルス感染症

1 型ウイルスによる歯肉口内炎、主に 2 型ウイルスによる性器ヘルペス、1、2 型による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
感染経路	水疱内にあるウイルスの接触感染、新生児では産道感染（母子感染）。
症状	乳児期以降の初感染の場合、多くは無症状であるが、典型例は歯肉口内炎で、4-5 日間の発熱と口腔内の多発性アフタ、歯肉の腫脹や出血、口周囲の水疱）がみられる。アトピー性皮膚炎を持つ児ではカポジ水痘様発疹症（全身に水疱が多発）となることがある。 新生児ヘルペスではウイルスを排泄する妊婦からの産道感染にて発症し、高熱、けいれん、意識障害などを呈し、後遺症を残す可能性がある。性器ヘルペスでは小水疱や潰瘍を生じる。ウイルスは生涯にわたり潜伏感染し、再燃の場合は口唇ヘルペスや性器ヘルペスとなることがある。単純ヘルペス脳炎はどの年齢でも生じ、けいれん、意識障害を呈し、時に致死的である。
診断法	血液での抗体検査、水疱内容液、血液、髄液を用いたウイルス検査。
治療法	内服、静注、軟膏の抗ウイルス薬（アシクロビル、バラシクロビル）
登校（園）基準	口唇ヘルペスのみで、全身状態が保たれているのであれば、マスクなどをして登校（園）可能であるが、歯肉口内炎で発熱や口腔内アフタのため痛みが強く、経口飲食が困難な場合、また全身性の水疱がある場合は欠席して、治療する。

帯状疱疹

過去に水痘にかかったことのある人の免疫状態が低下したときに、神経節に潜伏していた水痘・帯状疱疹ウイルスが再活性化することで発症する。

病原体	水痘・帯状疱疹ウイルス
潜伏期間	水痘にかかった後、水痘・帯状疱疹ウイルスは神経節に長期に潜伏するため不定。
感染経路	水疱内にあるウイルスの接触感染。
症状	小さな水疱が神経の支配領域に沿って片側性に帯状に現れる。痒みや痛みをともなう。
診断法	主に臨床診断によりなされるが、水疱の一部をピンセットで採取して検査することも有用である。
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	水痘ワクチンは帯状疱疹の予防になるため、水痘にかかる前に予防接種を勧める。また、現行の水痘ワクチンは、2016 年から 50 歳以上の水痘にかかったことのある人の帯状疱疹予防として使用可能となった。
感染拡大防止法	集団の場では、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、水痘に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、水痘にかかったことがなく、水痘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感染力はあるものの、水痘ほど感染力は強くなく、空気感染、飛沫感染はない。病変部が適切に被覆してあれば、登校は可能である。ただし、水痘にかかったことのないワクチン未接種者が帯状疱疹患者と接触すると水痘にかかる可能性があるため、接触しないようにする。そのような子どもの多い幼稚園、保育所では、すべての発疹がかさぶたになるまで登園は控える。白血病や免疫を抑制する治療を受けている人が感染すると重症化する場合もあることも留意すべきである。

日本脳炎

日本脳ウイルスはブタなどで増殖し、蚊が媒介するウイルスで、旧ワクチンによる急性散在性脳脊髄炎の副反応が疑われる例が発生したため、2005 年から予防接種の積極的勧奨が一時差し控えられていた。2009 年から新ワクチンが導入され、2010 年から積極的勧奨が再開されたが、差し控え期間中に九州、四国地域で乳幼児の日本脳炎症例が発生した。また、2015 年には千葉で乳児の発症もみられた。

病原体	日本脳炎ウイルス
潜伏期間	6-16 日
感染経路 （好発時期）	ブタで増殖し、ウイルスに感染しているブタを刺したコガタアカイエカにヒトが刺されることで感染する。夏季から秋季に患者が増加する。北海道、東北地方などの一部の地域を除き、日本中で感染の可能性があり、関東以西の府県では約 80%のブタが日本脳炎ウイルスに感染していることが少なくないので注意が必要である。なお、ヒトからヒトへの感染はない。
症状	感染した数百人に 1 人が発症し、発熱、頭痛、けいれん、意識障害を来たす。発症例の 20-30%は死亡し、30-50%は脳障害の後遺症を残すとされている。
診断法	髄液検査や血液での抗体検査。
治療法	有効な治療薬はなく、対症療法が行われる。
予防法	2009 年から新ワクチンが使用され始めた。定期接種としては、1 期初回 2 回+追加 1 回、2 期 1 回の合計 4 回接種する。1 期初回の標準的接種時期は 3 歳からとなっているが、生後 6 か月から接種は可能であり、流行地では早期の予防接種が推奨される。また積極的勧奨差し控え期間中に接種できなかった者にも定期接種できる。 蚊に刺されないように長袖、長ズボンを着用し、裸足でサンダルを履かないようにする。コガタアカイエカは水田や沼、大きな水たまりに産卵し、日没頃から活動するので、野外で活動する場合は虫除け剤（ディート、イカリジン＜ピカリジン＞など）を使用するなど、蚊にさされない手段を取る。
登校（園）基準	症状が回復したら登校（園）可能である。

突発性発疹

ヒトヘルペスウイルス 6 型、7 型の初感染にて生じ、高熱の持続の後、解熱とともに発疹がでる。

病原体	ヒトヘルペスウイルス 6 型、7 型
潜伏期間	ヒトヘルペスウイルス 6 型は 9-10 日、7 型は不明。
感染経路	無症状の家族、保育者、濃厚接触者などの唾液中に排泄されるウイルスによる。
症状	39.5℃以上の発熱が 3-7 日続いた後、解熱とともに発疹が出現し、その発疹は数時間から数日間持続する。けいれんや、稀ながら脳症を呈すこともある。
好発年齢	6-24 か月が最も多く、4 歳までにほとんどの子どもが感染する。
診断法	血液での抗体検査があるが健康保険の適応外であり、通常は症状より診断される。
治療法	対症療法が行われる。 米国小児科学会では、免疫抑制状態にある子どもに生じた重症感染の場合、ガンシクロビルの投与を勧める場合もあるとしている。
登校（園）基準	解熱し、機嫌がよく、全身状態が良ければ登校（園）可能である。

ボツリヌス症

ボツリヌス菌の毒素により、神経のまひが数週間-数か月生じる。

病原体	ボツリヌス菌の神経毒素 A、B、E 型
潜伏期間	12-48 時間（6 時間-8 日）、乳児ボツリヌス中毒では 3-30 日
感染経路	保存・発酵食品、缶詰、蜂蜜。ボツリヌス菌が混入し、芽胞が発芽、増殖し、毒素産生した食物が原因となる。
症状	物が二重に見える、飲み込みづらい、言葉を出しにくいなどの症状が先行して、手足のまひにいたることもある。乳児ボツリヌス中毒では便秘が先行し、動作の減少、無表情、目のまひなどが生じ、突然死の原因にもなりうる。
好発年齢	どの年齢でも生じうるが、乳児ボツリヌス中毒は中央値 15 週齢。
診断法	便、血液などからの菌や毒素の検出。
治療法	抗毒素。
予防法	缶詰などの滅菌のためには高圧釜（116℃）での調理が必要。毒素は食品内の温度を 85℃、10 分保てば不活化できる。缶詰や密封された食品の容器が膨らんでいる場合は、ボツリヌス菌によるガス産生の可能性があるため破棄する。傷んでいる食品は食べない。しかし、芽胞は煮沸に耐えられるため、乳児に蜂蜜は与えてはいけない。
登校（園）基準	ヒトからヒトへは感染しないので、症状が回復したら登校（園）可能である。

ネコひっかき病

ネコにひっかかれた手足の上部のリンパ節が腫れ、発熱を伴うこともある感染症。秋-冬に多い。

病原体	バルトネラ菌
潜伏期間	最初の皮膚症状が出現するまでは 7-12 日、皮膚症状出現からリンパ節腫張までは 5-50 日（平均 12 日）
感染経路	ネコによるひっかきや咬まれことによる。仔ネコや野良ネコの保菌率が高い。 ネコに限らずイヌからの感染も指摘されている。
症状	ひっかかれた部位に皮膚炎が生じ、次いで腋や首、鼠径部のリンパ節が腫れ、痛みを伴う。多くは 4-6 週で自然に軽快するが、発熱や目の炎症、髄膜炎などに至る場合もある。
診断法	通常の培養検査では検出しにくく、専門の検査施設での検査が必要。
治療法	自然軽快することが多いが、抗菌薬を投与する場合もある。
予防法	ネコ、特に仔ネコとの過度な接触は避ける。ひっかかれた、もしくは咬まれた場合は、ただちに傷口をよく洗浄する。ネコからネコへの感染はノミを介すので、ノミ駆除も重要である。
登校（園）基準	ヒトからヒトへは感染しないので、症状が回復したら登校（園）可能である。

破傷風

泥や土などで汚染された傷口で菌が増殖し、毒素を出して脳神経を障害する感染症。

病原体	破傷風菌
潜伏期間	主に 8 日以内（3-21 日）
感染経路	泥や土などで汚染された傷口で菌が増殖し、毒素を出して発症する。
症状	傷口の違和感、舌のもつれ、口が開きにくくなるなどの症状から、飲みこみがしにくくなる、言葉がでにくくなる、歩けなくなる、顔がこわばる、けいれんするなどの症状が進行し、致命率は 30-40%である。
診断法	症状より診断される。
治療法	ワクチン未接種の場合や、5 年以上経過した人で、泥や土などで汚染された傷ができた場合や動物に咬まれた場合は、適切に洗浄し、抗菌薬とともにヒト破傷風免疫グロブリンや破傷風トキソイドの接種を行う。
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。
登校（園）基準	ヒトからヒトへは感染しないので、症状が回復したら登校（園）可能である。

デング熱

蚊によって媒介される感染症である。中南米や東南アジアでみられていたが、世界で増加し、2014 年に日本でも 70 年ぶりの感染が確認された。

病原体	デングウイルス 1-4 型
潜伏期間	蚊におけるウイルス増殖には 8-12 日を要し、蚊は生涯（約 1 か月間）感染力を失わない。蚊に刺されてから発症までは 3-14 日。
感染経路	ウイルスを保有するネッタイシマカ、ヒトスジシマカに刺されることで感染する。患者の血液に曝露すると感染する可能性があるが、通常、ヒトからヒトへの感染はない。ヒトの感染者は発症 1-2 日前から約 7 日、蚊へ感染させる可能性がある。
症状	発熱、頭痛、発疹、全身の筋肉痛、骨関節痛、嘔気・嘔吐、白血球減少、血小板減少などを認める。発病 4-5 日後に、重症デング熱（デング出血熱、デングショック症候群）として、嘔吐、腹痛、粘膜出血、腹水・胸水、無気力・不穏、ショックを呈する場合がある。初回感染よりも、2 回目以降の感染で重症化する可能性がある。
診断法	2015 年 6 月に検査キットが健康保険の適応となった。
治療法	有効な治療薬はなく、対症療法が行われる。アスピリンは出血傾向を助長するので使用しない。
予防法	蚊に刺されないように長袖、長ズボンを着用し、裸足でサンダルを履かないようにする。 虫除け剤（ディート、イカリジン＜ピカリジン＞など）を使用する。 ヒトスジシマカは小さな水たまりに産卵するので、植木鉢の水受け皿や古タイヤなど、水たまりを作らないようにする。
登校（園）基準	症状が回復したら登校（園）可能である。

ジカウイルス感染症

蚊によって媒介される感染症である。2015 年にブラジルおよびコロンビアを含む南アメリカ大陸で流行が発生した。

病原体	ジカウイルス
潜伏期間	3-12 日
感染経路	ウイルスを保有するネッタイシマカ、ヒトスジシマカに刺されることで感染する。性感染や経胎盤感染もある。
症状	微熱、発疹、関節痛、結膜充血、筋肉痛、頭痛、目の後ろの痛み、めまい、下痢、腹痛、嘔吐、便秘、食欲不振などがみられる。不顕性感染（感染しても症状がでない状態）が約 8 割を占める。ギラン・バレー症候群、急性脊髄炎、髄膜脳炎を合併することもある。妊婦が感染すると、胎児が小頭症などを発症することがある。
診断法	血液を用いた抗体検査やウイルス分離、ウイルス遺伝子の検出などでなされる。
治療法	有効な治療薬はなく、対症療法が行なわれる。
予防法	蚊に刺されないように長袖、長ズボンを着用し、裸足でサンダルを履かないようにする。 虫除け剤（ディート、イカリジン＜ピカリジン＞など）を使用する。 ヒトスジシマカは小さな水たまりに産卵するので、植木鉢の水受け皿や古タイヤなど、水たまりを作らないようにする。 国立感染症研究所の「蚊媒介感染症の診療ガイドライン（第 4 版）によると、流行地に滞在-帰国 6 か月は、コンドームを使用するか性行為を控えることが推奨されている。
登校（園）基準	症状が回復したら登校（園）可能である。

重症熱性血小板減少症候群

2011 年に中国にて発表されたダニ媒介性感染症である。2013 年 1 月に日本でも海外渡航歴のないヒトの罹患が報告され、2017 年 3 月現在、西日本を中心とした 21 府県から 229 人の患者が報告され、53 人が死亡している。

病原体	ブニヤウイルス科フレボウイルス属に分類される重症熱性血小板減少症候群（SFTS）ウイルス
潜伏期間	6-13 日
感染経路	ヒトは主に SFTSV 保有マダニに咬まれることにより感染するが、血液・体液を介し患者から家族や医療従事者に感染することもある。
症状	発熱、消化器症状（嘔吐、腹痛、下痢、食欲不振など）が中心で、時に頭痛、筋肉痛、リンパ節の腫れ、呼吸不全、出血、白血球減少、血小板減少、肝機能異常、血尿、蛋白尿が認められる。意識障害などの神経症状が認められ、中国では致命率が 6-30%と報告されている。
診断法	保健所を通じて、ウイルス分離、DNA 検査などがなされる。
治療法	有効な治療薬はなく、対症療法が行われる。
予防法	マダニは野生動物のいる環境に多く生息しており、特に春から秋に活発に活動する。野外では肌の露出を少なくし、上着や作業着は家の中に持ち込まない、活動後はシャワーや入浴を行う。ダニに咬まれないようにする。咬まれた場合、無理に取り除こうとせず、医療機関で除去してもらう。
登校（園）基準	症状が回復したら登校（園）可能である。

通常出席停止の措置は必要ないと考えられる感染症

アタマジラミ症

頭皮に寄生し、頭皮に皮膚炎を起こす疾患である。児童に多い。衛生不良の指標ではない。

病原体	アタマジラミによる。
潜伏期間	産卵から孵化までは 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、クシ、帽子を介しての間接感染。
症状	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。
診断法	症状より診断される。
治療法	薬局でシラミ駆除剤を購入して治療する。目の細かいクシで毎日丁寧に頭髪の根本から好いて、シラミや卵を取り除く。毎日シャンプーをする。頭髪を短くする必要はない。
感染拡大防止法	感染した子どもは、ほかの子どもを昼寝などで頭と頭が接しないように、布団を話すなどする。 感染した子どもがいた場合、周囲の感染者を一斉に治療することが勧められる。頭髪をていねいに観察し、早期に虫卵を発見することが大切である。タオル、クシ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）基準	適切な治療を行えば登校（園）やプールに制限はない。

伝染性軟疣（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～米粒大（1-5mm）のいぼが、主にからだ、手足にできる。

病原体	伝染性軟疣腫ウイルス
潜伏期間	2-7 週、時に 6 か月まで
感染経路	主として感染者への接触により直接感染するが、タオルの共用などによる間接感染もあり得る。
症状	いぼ以外の症状はほとんどない。いぼの内容物が感染源となる。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（引っ掻くことで感染を広げる）により多発する傾向がある。自然治癒まで 6-12 か月、時に 4 年程度かかることがある。
好発年齢	幼児
診断法	症状より診断される。
治療法	自然治癒傾向があり放置してよい。しかし、自家接種や感染の伝播を防止するため、ピンセットでの摘出や液体窒素での除去など、積極的に治療する考え方もある。
感染拡大防止法	病変部を衣類や包帯、絆創膏などで覆い、ほかの子どもへの感染を防ぐ。 プールの水では感染しないので、プールを禁止する必要はない。 多数の発疹のある者については、プールでタオル、浮輪などを共用しないよう、プール後はシャワーで肌をきれいに洗うよう指導する。
登校（園）基準	制限はないが、浸出液がでている場合は被覆する。

伝染性膿痂疹（とびひ）

紅斑、水疱、びらん及び厚いかさぶた（痂皮）ができる疾患である。

病原体	主として黄色ブドウ球菌や溶連菌
潜伏期間	通常 2-10 日であるが、長期の場合もある。
感染経路 （好発時期）	接触感染。かさぶたにも感染性が残っている。 夏季に多い。
症状	紅斑を伴う水疱や膿疱が破れてびらん、かさぶたをつくる。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疱をつくりやすく、溶連菌は痂皮（かさぶた）ができやすい。
好発年齢	乳幼児
診断法	症状より診断される。
治療法	皮膚を清潔にする。病巣が広がると外用薬、さらに内服や点滴による抗菌薬投与を必要とすることがある。
予防法	皮膚を清潔に保つことが大切である。
感染拡大防止法	病変部をガーゼなどで覆う、タオルなどの共用をしないなどを行う。 プールの水で感染することはないが、発症した子どもはプールに入るとかき壊して悪化することがある、またはほかの子どもと触れることがあるので、治るまではシャワーだけにとどめるなど、プールや水泳は控える。
登校（園）基準	制限はない。

疥癬（かいせん）

ヒゼンダニが皮膚の浅いところ（角層）に寄生し、かゆみをともなう疾患で、保育所などでの集団感染が報告されている。

病原体	ヒゼンダニ
潜伏期間	4-6 週
感染経路	接触感染。手つなぎ、布団やリネン類の共用などで感染する。
症状	手足を中心に痒みの強い赤みのある発疹、小さな水疱、膿疱、線上に隆起した皮疹（疥癬トンネル）ができる。
診断法	拡大鏡などで疥癬トンネルの先端のヒゼンダニを確認する。
治療法	外用薬。体重 15kg 以上には内服薬もある。
感染拡大防止法	布団やリネン類の共用は避ける。手洗いを励行する。
登校（園）基準	治療開始後であれば登校（園）は可。プールに入ってもかまわない。ただし、手をつなぐなどの遊戯・行為は避ける。

蟯虫症

肛門や外陰部にかゆみを来たす疾患である。

病原体	線虫類に属す *Enterobius vermicularis*
潜伏期間	虫卵を摂取してから、妊娠したメスが肛門周囲にでてくるまで 1-2 か月、もしくはそれ以上。
感染経路	汚染した手や、共用するおもちゃ、ベッド、衣類、トイレのシート、浴室などを介した経口感染。
感染期間	虫卵に感染性があるのは、屋内環境で通常 2-3 週間。
症状	肛門や外陰部のかゆみだが、無症状のことも。落ち着きがなくなるため、注意欠如・多動性障害と誤解されることもある。時に尿道炎、膣炎、卵管炎、骨盤腹膜炎の原因になることもある。
好発年齢	就学前や学童期、子どもの世話をする人、集団保育または生活している人がかかりやすい。
診断法	入眠後、2-3 時間経過した時に成虫が肛門周囲に観察された場合に診断するが、学校で集団検査をすることもある。起床後に透明な粘着テープを肛門部に付着させ、虫卵を採取する。
治療法	パモ酸ピランテルなど。1 回投与し、2 週間後に再投与する。
感染拡大防止法	感染した場合は、朝入浴する。下着やパジャマ、ベッドシーツをこまめに取替え、再感染も予防する。食事前の手洗い、爪を短くする、肛門周囲をかくのをやめる。爪をかむのをやめるなど。
登校（園）基準	制限はない。

ヒトパピローマウイルス感染症

子宮頚がん、尖圭コンジローマ、尋常性ゆうぜい（いぼ）、若年性反復性呼吸器乳頭腫症などの原因となる。

病原体	ヒトパピローマウイルス
潜伏期間	不明であるが、3 か月から数年と推定されている。新生児の感染では数年。 肛門・性器、呼吸器のがんの場合は 10 年以上。
感染経路	非性器性のイボは濃厚な接触により感染。 肛門・性器の感染は、性経験があれば誰でも感染する可能性があり、思春期女性では 40%以上が感染しているとされている。また、母子感染もある。
症状 子宮頚がん=	20-30 歳代から増加する。女性特有のがんの中では第 2 位の発症率で、日本では年間約 9,000 人が発症し約 2,700 人が死亡している。 ごく初期のがんを除いては子宮摘出を要す可能性がある。 原因のほとんどがヒトパピローマウイルスとされている。
尖圭コンジローマ=	男性では陰茎、陰嚢、肛門やその周囲に、女性では外陰や肛門周囲に多い。表面がカリフラワー様の皮膚色をして、大きさは 2-3 mm から数 cm におよぶ。 かゆみ、熱感、局所痛や出血を来たす。
尋常性ゆうぜい=	手や足、爪周囲、爪床に多発するいぼ。
若年反復性呼吸器乳頭腫=	喉頭などの上気道に生じる。多くは 2-5 歳で診断され、声の変化や喘鳴などがみられ、気道閉塞の原因となることもある。
治療法	ウイルスに対する治療法はなく、子宮頚がんであれば病変部の切除、子宮摘出などが必要となる。
予防法	子宮頚がんとその前駆病変に対する、または子宮頚がんとその前駆病変、外陰上皮内腫瘍、腟上皮内腫瘍、尖圭コンジローマに対する予防ワクチンが定期接種化されており、性交渉の経験前の接種で有効性が示されている。
登校（園）基準	制限はない。

ヒトＴ細胞白血病ウイルス１型感染症

キャリアの約 95%は無症状であるが、一部に成人 T 細胞白血病・リンパ腫（4-5%）、脊髄症（0.3%）、眼のぶどう膜炎が生じることがある。日本では九州・沖縄地方を含む南西日本に多くみられる。

平成 22 年度厚生労働科学研究費補助金研究事業の「よくわかる詳しくわかる HTLV-1」は次の URL からダウンロード可能。http://www0.nih.go.jp/niid/HTLV-1/guide1.pdf

病原体	ヒト成人 T 細胞白血病ウイルス 1 型（HTLV-1）
潜伏期間	成人 T 細胞白血病は 40 年以上、脊髄症、ぶどう膜炎は数年以上
感染経路	母子感染（主に母乳感染で 6 か月以上の授乳にて 15-20%、そのほか、胎内感染、産道感染もある）、性感染（男性から女性へ）。以前は輸血感染もあったが、1986 年以降は献血時に検査して、感染血液は除外されるようになった。
症状 ヒト成人 T 細胞白血病・リンパ腫= HTLV-1 関連脊髄症= HTLV-1 関連ぶどう膜炎=	 キャリアの 4-5%に発症する白血病・リンパ腫で、日本では年間約 1,000 人の発症がみられている。男性にやや多く、発症年齢の中央値は 67 歳。リンパ節腫脹、肝脾腫、皮膚病変、易感染性がみられ、抗がん剤などの治療がなされるが、治療成績は必ずしもよくはない。 キャリアの 0.3%に発症する慢性進行性の脊髄まひ。女性に多く、歩行障害やしびれのほか、排尿や排便が困難となることもある。 女性に多く、多くは成人発症であるが、子どもで発症することもある。飛蚊症（目の前に虫やごみが飛んでいるように見える）、目の霞みが生じ、充血、視力低下から、稀ながら失明することもある。
診断法	疑われた場合は、血液を用いて抗体検査が行われる。また、2011 年より妊婦検診でのスクリーニングも開始された。
治療法	ウイルスに対する治療法はなく、発症した疾患に応じた治療を行う。
予防法	キャリア妊婦には、医療機関で、完全人工栄養、凍結母乳栄養、短期栄養の中から、それぞれの利・欠点を説明したうえで、個別に選択してもらう。 性感染は避妊具によってリスクを下げることができる。
登校（園）基準	制限はない。

ヒト免疫不全ウイルス感染症

後天性免疫不全症候群（AIDS）の原因となるウイルスで、世界で感染者はおよそ 3,500 万人、年間 210 万人の新規感染者と 150 人の AIDS による死亡者が発生している。日本での AIDS 患者数は 2014 年に累積で 2.4 万人を超えている。

公益財団法人エイズ予防財団の「これだけは知っておきたい HIV エイズの基礎知識」は、次の URL よりダウンロード可能。http://api-net.jfap.or.jp/knowledge/pdf/h_kisochishiki.pdf

病原体	ヒト免疫不全ウイルス（HIV）
潜伏期間	母子感染では 12-18 か月、AIDS の発症までは無症状期が通常 5 年以上（近年、短縮傾向にある）
感染経路	性感染、母子感染（胎盤、産道、母乳感染）、血液感染
症状	HIV の感染 2-3 週間後にウイルス血症は急速にピークに達し、発熱、咽頭痛、筋肉痛、皮疹、リンパ節腫脹、頭痛などのインフルエンザあるいは伝染性単核球症様の症状が出現することがある。初期症状は数日から 10 週間程度続き、多くの場合自然に軽快する。その後、数年-10 年の無症候期の後、発熱、倦怠感、リンパ節腫脹などが出現し、肝炎や、帯状疱疹、単純ヘルペスウイルス感染症、結核、口腔カンジダ症などを反復する。さらに進行すると悪性リンパ腫や脳症もみられる。
診断法	血液を用いて抗体や抗原検査が行われるが、感染 3 か月以内は抗体検査で陰性となることに注意する。妊婦検診でのスクリーニング検査も行われている。
治療法	複数の抗ウイルス薬の併用が行われている。感染後、早期に治療を開始し、長期に継続することが推奨されている。
予防法	集団生活の場では、感染している子どもを特定するのではなく、標準予防策として、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。HIV 感染をしている子どもがいても日常のおむつ交換やプールで感染することはない。 母が感染している場合の授乳に関しては、母が抗ウイルス療法を受けることや、帝王切開で分娩することや、完全人工栄養で育てること、子どもへの短期抗ウイルス療法を行うことによって、感染リスクは減る。
登校（園）基準	制限はない。

参考文献

1. Red Book 2015, 30th edition. American Academy of Pediatrics.
2. Feign and Cherry's Textbook of Pediatric Infectious Disease, 7th edition.
3. Nelson Textbook of Pediatrics, 20th edition.
4. Epidemiology and Prevention of Vaccine-Preventable Diseases, 13th edition.
5. 厚生労働省ホームページ
   http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/kenkou/kekkaku-kansenshou/
6. 国立感染症研究所ホームページ　http://www.nih.go.jp/niid/ja/
7. 学校において予防すべき感染症の解説．文部科学省．平成 30 年 3 月．
8. 保育所における感染症対策ガイドライン（2018 年改訂版），厚生労働省．
9. 平成 28 年度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」H28-健やか-一般-002「保育所等における感染症対策に関する研究」報告書，研究代表者　細矢光亮.
10. 予防接種ガイドライン，2018 年度版．予防接種ガイドライン等検討委員会．
11. 2016 予防接種に関する Q&A 集．第 16 版．岡部信彦，多屋馨子．一般社団法人日本ワクチン産業協会
12. 日本小児科学会の「知っておきたいわくちん情報」（日本版 Vaccine Information Statement）．日本小児科学会予防接種・感染症対策委員会
13. 蚊媒介感染症診療ガイドライン．第 4 版．国立感染症研究所
14. 海外渡航者のためのワクチンガイドライン 2010．第 1 版．日本渡航医学会 海外渡航者のためのワクチンガイドライン 2010 作成委員会．
15. 皮膚の学校感染症について．日本臨床皮膚科医会・日本子ども皮膚科学会．平成 25 年 5 月．
16. 保育の場において血液を介して感染する病気を防止するためのガイドライン．厚生労働省、集団生活の場における肝炎ウイルス感染予防ガイドラインの作成のための研究班．平成 26 年 3 月．

学校、幼稚園、保育所で予防すべき感染症の解説：抜粋表

感染症名	主な 潜伏期間	主な感染経路	登校（園）基準
急性灰白髄炎（ポリオ）	7-21 日	経口感染	急性期の症状が治癒後
ジフテリア	2-7 日	飛沫感染	治癒後
重症急性呼吸器症候群	2-10 日	飛沫感染	治癒後
中東呼吸器症候群	2-15 日	飛沫感染、接触感染	治癒後
特定鳥インフルエンザ	2-60 日	飛沫感染	治癒後
インフルエンザ	1-4 日	飛沫感染	発症した後 5 日を経過し、かつ、解熱した後 2 日を経過した後。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 日を経過した後。
百日咳	7-10 日	飛沫感染	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した後。
麻疹	8-12 日	空気感染、接触感染	解熱後 3 日経過した後
流行性耳下腺炎	16-18 日	飛沫感染	耳下腺、顎下腺または舌下腺の腫張が発現した後 5 日を経過し、かつ全身状態が良好となった後。
風疹	16-18 日	飛沫感染	発疹の消失後
水痘	14-16 日	空気感染、接触感染	すべての発疹が痂皮化した後
咽頭結膜熱	2-14 日	接触感染、飛沫感染	主要症状が消失して 2 日経過後
結核	2 年以内	空気感染	感染のおそれがないと認められた後
髄膜炎菌性髄膜炎	4 日以内	飛沫感染	感染のおそれがないと認められた後
コレラ	1-3 日	経口感染	治癒後
細菌性赤痢	1-3 日	経口感染	治癒後
腸管出血性大腸菌感染症	10 時間-8 日	経口感染	感染のおそれがないと認められた後
腸チフス、パラチフス	7-14 日	経口感染	治癒後
流行性角結膜炎	2-14 日	接触感染、飛沫感染	感染のおそれがないと認められた後
急性出血性結膜炎	1-3 日	経口感染、飛沫感染	感染のおそれがないと認められた後
溶連菌感染症	2-5 日	飛沫感染	適切な抗菌薬による治療開始後 24 時間以降
A 型肝炎	15-50 日	経口感染	肝機能が正常化した後
B 型肝炎	45-160 日	接触感染（血液、体液など）	急性肝炎の極期を過ぎてから
C 型肝炎	6-7 週	接触感染（血液、体液など）	急性肝炎の極期を過ぎてから
手足口病	3-6 日	経口感染、飛沫感染	症状が回復した後
ヘルパンギーナ	3-6 日	経口感染、飛沫感染	症状が回復した後
無菌性髄膜炎（エンテロウイルスによる）	3-6 日	経口感染、飛沫感染	症状が回復した後
伝染性紅斑	4-14 日	飛沫感染	症状が回復した後
ロタウイルス感染症	1-3 日	経口感染	下痢、嘔吐が消失した後
ノロウイルス感染症	12-48 時間	経口感染	下痢、嘔吐が消失した後
サルモネラ感染症	12-36 時間	経口感染	下痢、嘔吐が消失した後
カンピロバクター感染症	1-7 日	経口感染	下痢、嘔吐が消失した後
マイコプラズマ感染症	2-3 週	飛沫感染	症状が回復した後
肺炎クラミドフィラ感染症	平均 21 日	飛沫感染	症状が回復した後

感染症名	主な 潜伏期間	主な感染経路	登校（園）基準
インフルエンザ菌 b 型感染症	不明	飛沫感染	症状が回復した後
肺炎球菌感染症	1-3 日	飛沫感染	症状が回復した後
RS ウイルス感染症	4-6 日	接触感染	症状が回復した後
ヒトメタニューモウイルス感染症	3-5 日	接触感染	症状が回復した後
ライノウイルス感染症	2-3 日	接触感染、飛沫感染	症状が回復した後
パラインフルエンザウイルス感染症	2-6 日	接触感染、飛沫感染	症状が回復した後
エンテロウイルス D68 感染症	3-6 日	接触感染、飛沫感染	症状が回復した後
EB ウイルス感染症	30-50 日	接触感染（体液）	症状が回復した後
サイトメガロウイルス感染症	不明	接触感染（体液）	症状が回復した後
単純ヘルペスウイルス感染症	2 日-2 週	接触感染	歯肉口内炎のみであればマスクをして可
帯状疱疹	不定	接触感染	病変部が被覆されていれば登校して可。ただし水痘を発症する可能性が高い子どもの多い幼稚園、保育所ではかさぶたになるまで登園は控える。
日本脳炎	6-16 日	蚊を介した感染	症状が回復した後
突発性発疹	9-10 日	接触感染（唾液）	症状が回復した後
ボツリヌス症	12-48 時間	経口感染、皮膚感染	症状が回復した後
ネコひっかき病	皮膚症状まで 7-12 日	ネコによるひっかき、咬みつき	症状が回復した後
デング熱	カに刺されて 3-14 日	蚊を介した感染	症状が回復した後
ジカウイルス感染症	3-12 日	蚊を介した感染	症状が回復した後
重症熱性血小板減少症候群	6-13 日	マダニによる咬みつき	症状が回復した後
アタマジラミ症	孵化まで 10-14 日	接触感染	制限はない
伝染性軟属腫	2-7 週	接触感染	制限はない
伝染性膿痂疹	2-10 日	接触感染	制限はない
疥癬	4-6 週	接触感染	治療開始後
蟯虫症	1-2 か月かそれ以上	経口感染	制限はない
ヒトパピローマウイルス感染症	3 か月-数年	接触感染、性感染	制限はない
ヒト成人 T 細胞白血病ウイルス 1 型感染症	数年-40 年以上	性感染	制限はない
ヒト免疫不全ウイルス感染症	母子感染では 12-18 か月、AIDS 発症までは 5 年以上	血液感染	制限はない