
感染対策マニュアル

岩手保健医療大学

第4版

2017年 10月 18日 制定

2020年 2月 19日 改訂

2021年 9月 29日 改訂

2023年 10月 6日 改訂

目次

1. 目的	1
2. 感染経路と予防方法	1
1) 感染経路	
(1) 空気感染	
(2) 飛沫感染	
(3) 接触感染	
(4) 経口感染（糞口感染）	
2) 感染予防の種類と内容	
(1) 手指衛生	
(2) マスク	
(3) 清掃	
(4) 予防接種	
3) 感染対策	
(1) 咳・くしゃみ	
(2) 吐物・下痢	
4) 看護学実習中の対策	
3. 発症した場合の対策	13
1) 連絡	
2) 拡大防止対策	
4. アウトブレイク時の対応	15
1) 初期対応	
2) 拡大防止対策	
3) 個人情報保護に関して	
5. 感染症への対応	16
1) 学校において予防すべき感染症の考え方	
2) 感染症の種類と出席停止の期間の基準	

1. 目的

本マニュアルは、本学における学校保健安全法に定められた感染症の発生予防とまん延防止を図るため、迅速かつ適切に対応し、本学教職員及び学生等への被害を最小限に抑えることを目的とする。

2. 感染経路の概要と予防方法

1) 感染経路

主な感染経路には、「空気感染」「飛沫感染」「接触感染」「経口感染（糞口感染）」がある。

(1) 空気感染

①概要

感染者が咳やくしゃみ、会話した際に、口や鼻から飛散した病原体の含まれるしぶき（飛沫）の水のみが蒸発して病原体だけが空気中に浮遊（エアロゾル化）。それを、同じ空間にいる周囲の人が吸い込んで感染する。また、麻疹や水痘などについては、予防接種を受けていない場合は感染する可能性が高い。

②主な予防方法

患者の場合は拡散防止のため、周囲の人の場合は感染予防のためマスクを着用する。また、ワクチン接種が有効であるため、予防接種を受ける。

(2) 飛沫感染

①概要

感染者が咳やくしゃみをした際に、口や鼻から病原体が多く含まれた小さな水滴が放出され、それを近くにいる周囲の人が吸い込むことで感染する。なお、飛沫は1 m前後で落下するため、1～2 m以上離れていることで感染の可能性は低くなる。

②主な予防方法

患者だけでなく、周囲の人もサージカルマスクや不織布マスク等を着用する。

(3) 接触感染

①概要

感染者の体内から排出された病原体や自然界に潜んでいる病原体に触れ、それを体内に取り込んでしまうことで感染する。ほとんどの場合、病原体が付着した手で鼻や口、目などをこすることにより、そこから病原体が侵入して感染症を引き起こす。接触感染には、感染者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）と汚染された者を介して伝播がおこる間接触感染（ドアノブ、手すりなど）がある。

②主な予防方法

細目な手洗いやうがいのほか、手指消毒を行う。

(4) 経口感染（糞口感染）

①概要

経口感染は、病原体が付着した飲食物などを口にすることによって感染する。また、便器やトイレのドアノブに付着した感染者の便に含まれる病原体に触れ、それが口から体内に入る感染経路を糞口感染という。

②主な予防方法

細目な手洗いやうがいのほか、手指消毒を行う。

(参考) 感染経路とその代表的疾患 (表 1)

感染経路	代表的疾患
空気感染	麻疹、水痘（みずぼうそう）、結核、新型コロナウイルス感染症
飛沫感染	肺ペスト、ジフテリア、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）、インフルエンザ(鳥インフルエンザを除く)、インフルエンザ菌感染症、肺炎球菌感染症、百日咳、麻疹、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、流行性角結膜炎、急性出血性結膜炎、感染性胃腸炎（ノロウイルス、ロタウイルス）、マイコプラズマ感染症、溶連菌感染症、伝染性紅斑、急性細気管支炎（RSウイルス感染症等）、EBウイルス感染症、新型コロナウイルス感染症
接触感染	エボラ出血熱、クリミア・コンゴ出血熱、南米出血熱、マールブルグ病、ラッサ熱、急性灰白髄炎（ポリオ）、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）、鳥インフルエンザ（病原体がインフルエンザウイルス A 属インフルエンザ A ウイルスであってその血清亜型が H5N1 であるものに限る）、インフルエンザ(鳥インフルエンザを除く)、百日咳、流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）、風疹、咽頭結膜熱、結核、髄膜炎菌性髄膜炎、流行性角結膜炎、急性出血性結膜炎、感染性胃腸炎（ノロウイルス、ロタウイルス）、溶連菌感染症、急性細気管支炎（RSウイルス感染症等）、EB ウイルス感染症、単純ヘルペス感染症、帯状疱疹、伝染性膿痂疹（とびひ）、伝染性軟属腫（水いぼ）、アタマジラミ、疥癬、皮膚真菌症、新型コロナウイルス感染症
経口感染	感染性胃腸炎（ノロウイルス、ロタウイルス）、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）、結核、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、急性出血性結膜炎、サルモネラ感染症、カンピロバクター感染症、A 型肝炎

2) 感染予防の種類と内容

糞便・血液・体液・吐物等には感染性病原体が含まれていることが多く、これらに接するときには、手洗いをより丁寧に行うことや、手袋をすること、必要に応じてマスクやゴーグルをつけることなどが、感染症予防の基本である。これらを標準予防策といい、従来は病院内の感染予防策として用いられてきたが、近年は病院内に限らず、学校を含め、感染の可能性があるものを取り扱う場合に必要な基本的な感染予防策とみなされるようになってきている。

●標準予防策 (standard precautions: スタンダード・プリコーション)

標準予防策とは、感染が疑われているか確定しているかに関わらず、すべての人は伝播する病原体を保有していると考え、対象者および周囲の環境に接触する前後には手指衛生を行い、糞便・血液・体液・吐物等に曝露するおそれのあるときは個人防護具を用いることである。

(1) 手指衛生

感染防止に対して一番大きな役割を果たすのが手指衛生（手洗い、または手指消毒）である。きちんとした手洗いとは、手指の横や先端はいうまでもなく、手首の上まで、できれば肘まで、石鹸を泡立てて、流水下で洗浄することをいう。手を拭くのは布タオルではなくペーパータオルが望ましい。布タオルを使用する場合は個人持ちとして共用は避ける。特に、尿、便、血液、唾液、めやに、傷口の浸出液に触れた場合は必ずきちんと手洗いをする（B 型肝炎ウイルスは汗からも検出されたという報告がある）。流水での手洗いは、主に日常的手洗い、衛生的手洗いがある（表 2）。

手洗いの種類（表 2）

	日常的手洗い	衛生的手洗い
定義	食事の前やトイレの使用後など日常生活で行う手洗い	主に医療従事者が医療行為や介護の前後などに行う手洗い
目的	汚れや有機物と一部の通過菌を除去する	汚れと通過菌のすべてを除去する
方法	石鹸と流水で洗浄する	石鹸と流水、擦式アルコール製剤、抗菌石鹸と流水で 10～15 秒間以上手指をこすり洗う

目に見える汚れがある場合は、石けんと流水で手を洗う。目に見える汚れがない場合は、擦式アルコール製剤による手指消毒を行う。ただし目に見える汚れがない場合でも、速乾性アルコール製剤による殺菌効果は期待できないアルコール抵抗性の微生物は、石けんと流水による手洗いで物理的に取り除くことが推奨される（図 1、図 2 参照）。

図1. 手洗いと手指消毒

<p>【手洗い】 流水+石鹼 目に見えて 汚染されている</p>	<p>目に見えないが 汚染された 可能性がある</p>	<p>【手指消毒】 擦式アルコール製剤 目に見える汚染はない</p>
---	---	--

図2. 手洗い法のベストプラクティス

■石けんまたは手洗い用消毒薬(スクラブ剤)での手洗い方

 1 流水で洗淨する部分をぬらします。	 2 薬用石けんまたは手洗い用消毒薬(スクラブ剤)を手掌にとります。	 3 手のひらを洗います。	 4 手のひらで手の甲を包むように洗います。反対も同様に。
 5 指の間もよく洗います。	 6 指までよく洗います。	 7 親指の周囲もよく洗います。	 8 指先、爪もよく洗います。
 9 手首もよく洗います。	 10 流水で洗い流します。	 11 ペーパータオル等で拭きます。✳	

■速乾性手指消毒薬の使い方(目に見える汚れのない場合のみ)

 1 消毒薬約3mLを手のひらに取ります(ポンプを1回押すと霧状に約3mLです)。	 2 初めに両手の指先に消毒薬をすりこみます。	 3 次に手のひらによくすりこみます。	 4 手の甲にもすりこんでください。
 5 指の間にもすりこみます。	 6 親指にもすりこみます。	 7 手首も忘れずすりこみます。乾燥するまでよくすりこんでください。	

出典：吉田製薬(株)「Y's Text 消毒薬テキスト」
 図Ⅲ-1 衛生的手洗手順 (速乾性手指消毒薬を用いる場合)
 図Ⅲ-2 衛生的手洗手順 (流水を用いる場合) 一部改変

石鹼は液体石鹼が望ましい。容器の中身を詰め替える際は、細菌等が繁殖している可能性のある残った石鹼は捨て、容器をよく洗い、乾燥させてから、新たな石鹼液を詰めるようにする。

本学では、擦式アルコール製剤、除菌・抗菌剤を（資料 1.2）のように学内に設置している。

●擦式アルコール製剤の有用性

これまで感染対策においては石けんと流水による手洗いが重要視されてきたが、2002年に発行されたCDCの「医療現場における手指衛生のためのガイドライン」によりその考え方が大きく変化し、擦式アルコール製剤による手指消毒が高く評価されるようになった。アルコールは手の付着菌を短時間で確実に減少させることができ、手洗い設備が不要で、どこでも容易に手指消毒できるという理由がある。また、保湿剤などの配合により手荒れの問題も改善されてきている。

①擦式アルコール製剤の使用方法

(a) 使用期限について

- ・臨床試験は行われていないが、開封後 1 年間は使用可能。ただし、実際の四季に影響される環境では詳細は不明。
- ・使用している多くの施設では、6 か月を目安に使い切るようにしている傾向にある。

(b) 分割使用について

- ・商品を分けて使用することは、消毒薬自体の汚染を招き、消毒薬自体が感染源となる。
- ・分割使用する場合は、ほぼ滅菌状態で分配する必要がある。

以上の観点から、学内での消毒薬設置について

1. 擦式アルコール製剤は、分割使用せずにそのまま使用する。
2. 交換については、6 か月とする。

●除菌・抗菌剤の有用性

1 週間抗菌作用のある Etak[®]と 24 時間抗菌作用のあるバイオロール[®]を使用している。対象物に固定化し、微生物を不活化する効果があり、即時的な除菌作用と持続的な防菌作用を発揮する。

②除菌・抗菌薬の使用方法

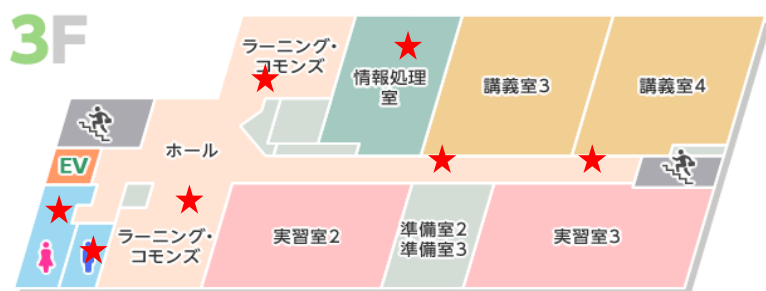
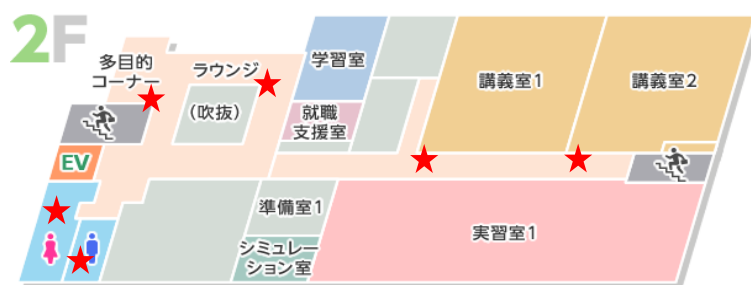
(a) 使用期限について

- ・開封後 3 年間は使用可能。ただし、アルコール製剤のため、十分にキャップを閉め外箱に入れて保管する。

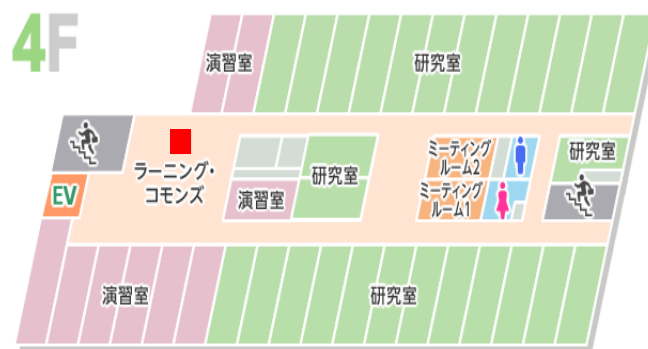
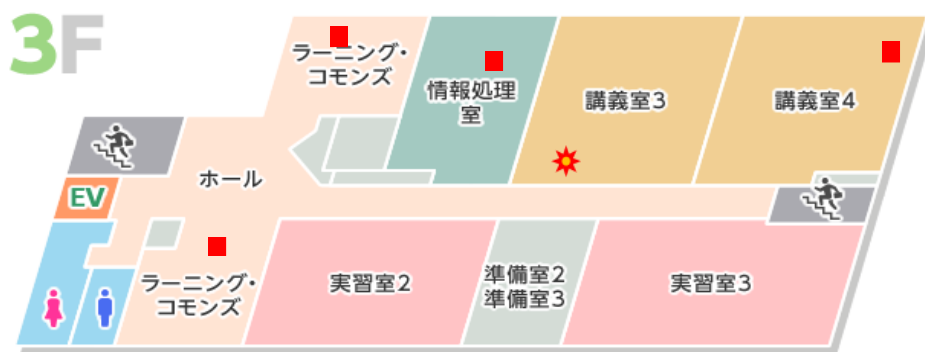
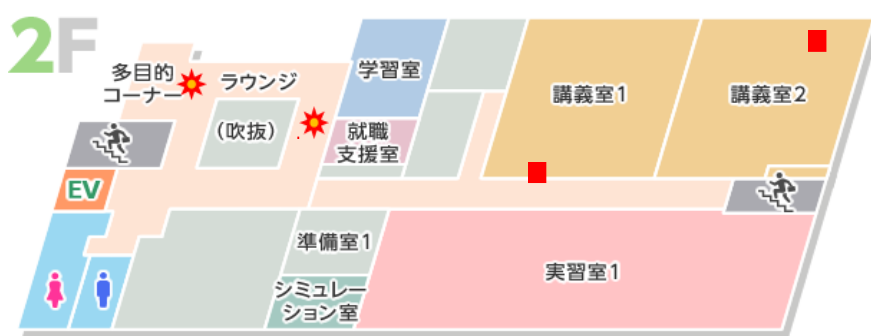
(b) 分割使用について

- ・詰め替えてから 3 か月を目安に使い切るようにする。

擦式アルコール製剤設置場所



除菌・抗菌剤設置場所



(2) マスク

マスクが最も効果を発揮するのは咳やくしゃみのある人がマスクをつけた場合である。風邪やインフルエンザ患者は1回の咳で約10万個、1回のくしゃみで約200万個のウイルスを放出されている。マスクをつけることでこれらを含んだしぶきによる周囲の汚染を減少させることができる。しかし、顔とマスクとの間に隙間があり、ウイルスを含んだ飛沫の吸入を100%防ぐことはできないため、予防的にマスクをつけてもその効果は限定的とされている。

ウイルス自体の粒子径は0.1~0.2 μm であり、咳やくしゃみではウイルスに水分やほこりが付着し粒子径は5 μm 以上とやや大きくなるためすぐに短い距離に落下し、空間をたどることはない。更に、環境や衣類に付着したウイルスが手によって呼吸器に運ばれ感染する場合もありマスクだけで風邪やインフルエンザのウイルスを確実に遮断することはできない。ただし、風邪やインフルエンザ患者の近くで看病するなど咳やくしゃみのしぶきを直接あびる可能性がある場合には予防効果があると考えられている。

マスクの効果を得るためには正しく装着する必要がある。また、顔との隙間がないように顔にフィットするサイズ・形のマスクを選択し、必要に応じてゴムを結ぶなど顔にフィットさせる工夫をする必要がある(図3)。しぶきを浴びた際には、マスクの表面には風邪やインフルエンザなどのウイルスがついている可能性があるため、マスクの表面には触らず、耳の付近のゴムをつかみ外し、直ちにゴミ箱に捨て、手を洗わなければならない。

図3. マスクの使用方法



出典: サラヤ株式会社
Medical SARAYA 感染対策お役立ちツール

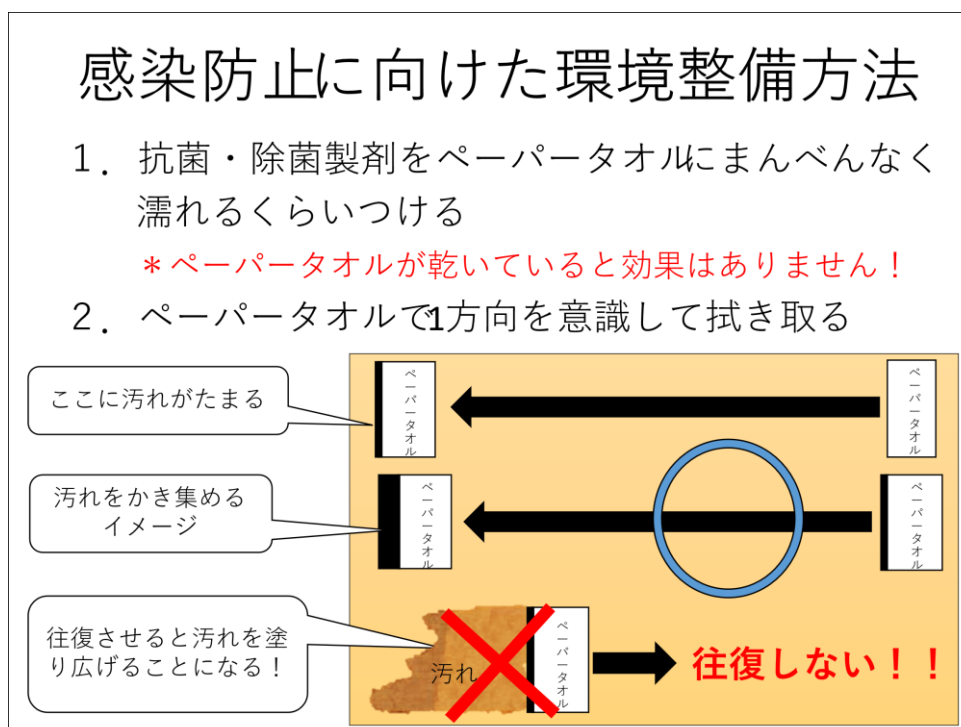
(3) 清掃

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、受話器などは、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、ノロウイルスの場合は塩素系消毒剤を使用するなど、流行している感染症によっては、その病原体に応じた清掃を行う必要がある。清掃のポイント、環境整備方法について、図4,5に示す。

図4. 清掃のポイント



図5. 環境整備方法



(4) 予防接種

感染症に感受性があるものに対してあらかじめ免疫を与えることが、感染症を未然に防ぐために重要である。特に、ワクチンで予防可能な疾患は集団生活に入る前の接種が有効である。学校保健安全法に規定されている学校において予防すべき感染症の中で、定期接種の対象である感染症としては、ジフテリア、百日咳せき、急性灰白髄炎（ポリオ）、麻しん、風しん、結核（BCG）があり、任意接種としては水痘、流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）、インフルエンザがある。

- ①感染症抗体検査：1年次の定期健康診断で感染症抗体検査（麻疹、風疹、水痘、流行性耳下腺炎、HBs 抗原・抗体）を実施し、抗体価が基準値に満たない場合には、医療機関で予防接種を受けてもらう。
- ②インフルエンザ予防接種：流行期に合わせ、予防接種を実施する。
- ③結核対策：1年次の定期健康診断においてツベルクリン反応検査と、1年次から4年次までの毎年の健康診断で胸部レントゲン検査を行う。

3)感染対策

(1) 咳・くしゃみ

口、鼻をティッシュなどで覆い、使用後は捨てる。ハンカチなどを使った場合は絶対に共用しない。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。

●咳エチケット

咳やくしゃみをする場合は、ハンカチ、タオル、ティッシュ等で口を覆い、飛沫を浴びせないようにする。ハンカチやティッシュがない場合は、手のひらではなく、肘の内側で口を覆う。

(2) 吐物・下痢

吐物や糞便(特にノロウイルスなどの感染が疑われる場合)は、ゴム手袋をして、マスク、できればゴーグルを着用し、以下の方法で処理を行う。直接の消毒剤噴霧は効果が薄く、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。処理後は石鹸、流水での手洗い、擦式アルコール製剤での消毒を行う。

塩素系消毒液については、添付文書を熟読の上、正しく取り扱う。

①吐物等処理セット(GELOPON-V[®])を使用する場合：学内常備

1. 箱を開けて、両隅のミシン目を切り、板を三角に折りたてて、チリ取りを作る。
2. 作業をする前に手袋、マスク、できればエプロン、キャップ、靴カバーを身につける。
3. 嘔吐物凝固剤のキリ口を切り取り、手早く嘔吐物など汚物の上全体に、嘔吐物凝固剤をまんべんなく振り掛ける。
4. 付属のヘラを使い、直ちに汚物をかき混ぜて凝固させ、用意した除菌剤を振りかけ、チリ取りにすくい取る。
5. 塩分や水分、アルコールが多く、周囲に流れ出すような場合は、付属のペーパータオルで止めてから、嘔吐物凝固剤をまいて処理する。
6. 取り残しのないよう、付属のペーパータオルで汚れをきれいに拭き取る。
7. 廃棄の際は、チリ取りの取手の三角部分をつぶしてから、使用したヘラ、手袋、キャップなどすべての製品を付属の手提げ袋に入れ、全体に除菌剤を振り掛け密封して廃棄する。
8. 嘔吐物処理後除菌剤を床面に振り掛け、臭気が気になる場合は、市販の消臭剤を使用して消臭する。

②次亜塩素酸ナトリウム製剤(家庭用塩素系漂白剤)を使用する場合：事務室常備

1. ペーパータオルで嘔吐物を広く覆い、その上に 0.1%次亜塩素酸ナトリウム溶液を静かに注ぎ(もしくはキッチン泡ハイター[®]のような噴霧タイプであればペーパータオルの上からたっぷり吹きかけ)10分以上放置する。
※ 0.1%溶液は、500ml のペットボトルの水にキッチンハイター[®]やキッチンブリーチ[®]をペットボトルのキャップ 2 杯分(約 10 ml)入れて作成できる
2. ビニール袋に 0.1%溶液を入れておく。
3. 嘔吐物をペーパータオルごと広がらないように外側からかき集めるように回収し、0.1%溶液入りのビニール袋に入れる。この時に外側の手袋をはずして捨て、ビニール袋は閉じて、別の大きなビニール袋に捨てる(ビニール袋は 2 重となる)。
4. 吐物を除去した床は、再度 0.1%溶液で広めにしっかり拭き取る(もしくはキッチン泡ハイター[®]のような噴霧タイプで広めに吹きかけ拭き取る)。この時に吐物を処理した人の靴等の裏も消毒する。(外側の大きなビニール袋に捨てる)
5. 最後に手袋・エプロン・マスクを、清潔に注意してはずして捨てる。ビニール袋を閉じる。
6. 手をしっかり洗い、擦式アルコール消毒薬で手指消毒を行う。出来れば着替えた方が良い。

※市販されている次亜塩素酸ナトリウム製剤(塩素系漂白剤)の有効塩素濃度は、以下の通りである。

「キッチンハイター [®] 」「ピューラックス [®] 」	6%	「キッチンブリーチ [®] 」	5%
「トイレハイター [®] 」「ミルトン [®] 」	1%	「パイプハイター [®] 」	0.8%
「キッチン泡ハイター [®] 」	0.6%	「強力カビハイター [®] 」	0.5%

4) 看護学実習中の対策

- (1) 含嗽（うがい）や衛生的手洗いを学生各自が励行し、感染症の予防に努める。
- (2) 対象者のケアを行う場合は、標準予防策の原則に基づいて行う。また、対象者の状態によっては、実習指導教員および実習指導者の指導のもとに予防策を追加する。

3. 発症した場合の対策

1) 連絡

教職員・学生等は、医療施設で第 1 種から第 3 種の感染症と診断された場合は、教職員等は総務課担当者、学生は学務課担当者へ直ちに連絡する。

なお、連絡にあたっては、次の事項を担当者に伝え、連絡を受けた担当者は、感染者に聞き取り等を行い、状況を把握する。

【聞き取り調査に必要な内容】

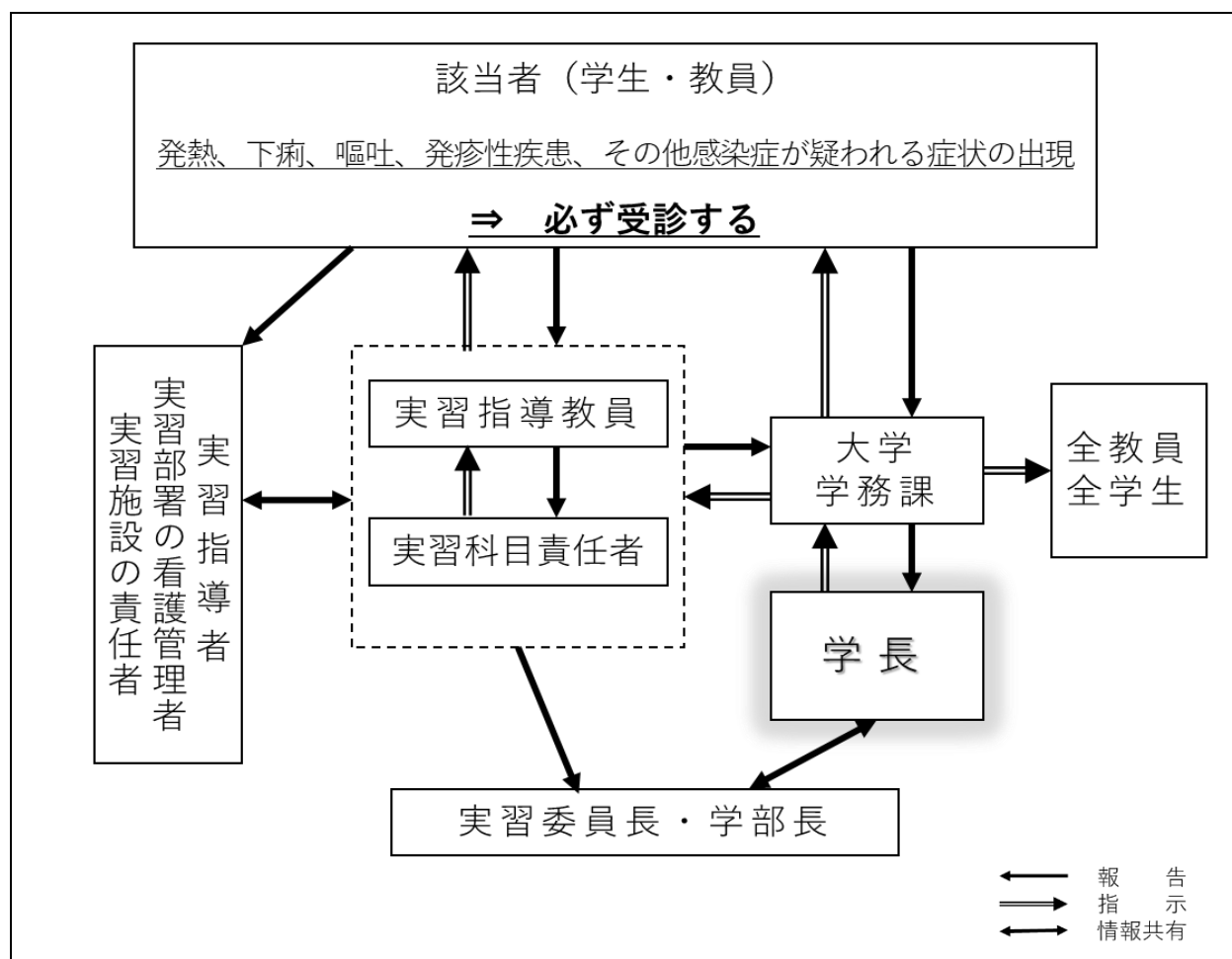
- ①発症者の氏名、学年・学籍番号（学生のみ）
- ②発症日時
- ③主な症状（発熱、嘔吐、下痢、咳、皮膚の異常など）
- ④現在の状況と処置内容（医療機関受診、自宅待機等）
- ⑤発症前の行動、濃厚接触者の有無等

- (1) 教職員等から連絡を受けた総務課担当者は、学務課担当者と連携し、直ちに学内の情報収集を行う。
- (2) 学生等から連絡を受けた学務課担当者は、直ちに総務課担当者へ情報提供を行う。
- (3) 学生は感染の危険がなくなり、医師の許可が下りたら「学校感染症治癒証明書」を医療機関で記入してもらい、学務課へ提出する。
- (4) 看護学実習中の対応

- ・学生自身が感染症罹患の疑いがある場合には実習を中止することがある。
- ・感染症症状を自覚したら、速やかに指導教員に相談し対処する。場合によっては診断書の提出を求めることがある。
- ・感染症罹患時は、感染症発生時の対応フローチャート（図 4）に沿って連絡する。

- ・インフルエンザ等の感染症に罹患した場合には、一定期間出席停止となることがある感染症の種類と出席停止の期間の基準 p16、17 参照）。

図 4 感染症が発生した場合の報告・指示ルート（実習用）



2) 拡大防止対策

- (1) 1)に示されている連絡内容を、各部署内で情報提供し、学内で情報共有する。教職員および学生へ情報伝達することにより、感染の拡大防止に努める。
- (2) 総務課担当者・学務課担当者は、感染症の種類、発症の状況（発症人数や発症場所等）、流行の程度を考慮し、本学全体あるいは部署毎に注意喚起若しくは必要な指導等を行う。

4. アウトブレイク時の対応

学生、教職員および本学施設内で業務に従事している者が、結核または集団発生の可能性が考えられる他の感染症に罹患していることが疑われる場合あるいは診断された場合、および既に集団発生が確認された場合には適切な対応が必要である。

1) 初期対応

- (1) 学生、教職員および本学施設内で業務に従事している者が、緊急に対処すべき感染症集団発生が疑われる場合は、直ちに総務課および学務課に報告するものとし、総務課および学務課は状況を確認する。
- (2) 協議の上、危機管理本部の設置の必要性がある場合には学長へ報告する。
- (3) 学長が所轄保健所へ届け出る。

2) 拡大防止対策

疾患によっては、感染者あるいは感染が疑われる対象者に、感染対策なしには直接対応できない場合がある。そのような感染症の集団発生が対象となる場合、あるいは集団発生の可能性がある、もしくは疑われる場合は、当該部署における感染対策の実施あるいは特定の対象者との直接対応禁止に関して、大学の危機管理本部がその適用期間と対象者の範囲を検討し通達する。

感染の拡大を防止する目的で、特定部署の職員の出勤停止や学生の出校停止・学生活動（実習等）の制限についても、その期間と範囲を大学の危機管理本部が検討し通達する（表 3）。また、感染者の早期発見および二次感染予防等に関する周知や注意喚起については、学務課が注意事項の学内掲示や配布をするなどの方法により実施する。環境のコントロール、消毒等の対物措置、その他措置等が必要な場合は所轄保健所の協力を仰ぐ。

3) 個人情報保護に関して

集団発生の可能性がある感染症の発生あるいは集団発生に関する医療情報の取り扱いについては、いかなる状況においても、個人医療情報（特に感染症に関するもの）の有する特殊性を認識する必要がある。感染症の疑いのある対象者あるいは罹患した対象者に不利益を生じさせる可能性のある不適切な対応あるいは個人情報の漏洩がないよう留意し、感染症の疑いのある対象者あるいは罹患した対象者の人権に十分配慮しなければならない。

- (1) 所轄保健所への届け出が必要な場合には、正式な届け出様式に従う。
- (2) 学内での情報共有に関しては、疑い患者あるいは患者本人の同意を得る。本人の同意意思を確認できない場合には、保護者などから同意を得て対応する場合も考えられる。本人の同意が得られない場合には、その意思を十分尊重し、個人を識別できない形で学内での伝達を行う。

5. 感染症への対応

1) 学校において予防すべき感染症の考え方

感染症の拡大を防ぐためには、

① 他人に容易に感染させる状態の期間は集団の場を避けるようにすること

② 健康が回復するまで治癒や休養の時間を確保すること

が必要である。

なお、診断は、診察に当たった医師が身体症状および検査結果等を総合して、医学的知見に基づいて行われるものであり、学校から特定の検査等の実施（例えば、インフルエンザ迅速診断検査やノロウイルス検査）を全てに一律に求める必要はない。

2) 感染症の種類と出席停止の期間の基準（表 3）

	感染症の種類	出席停止の期間の基準等	考え方
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（ポリオ） ジフテリア 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） 鳥インフルエンザ （病原体がインフルエンザウイルス A 属インフルエンザ A ウイルスであってその血清亜型が H5N1 であるものに限る）	治癒するまで ※ 感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律 第六条第七項から第九項 「新型インフルエンザ等感染症」 「指定感染症」 「新感染症」 （は第一種の感染症とみなす。）	感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律 一類感染症 及び 二類感染症 （結核を除く）
第二種	インフルエンザ （鳥インフルエンザを除く） 百日咳 麻疹 流行性耳下腺炎 （おたふくかぜ）	発症した後五日を経過し、かつ、解熱した後二日を経過するまで 特有の咳が消失するまで又は五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 解熱した後三日を経過するまで 耳下腺、顎下腺又は舌下腺の腫脹が発現した後五日を経過し、かつ、全身状態が良好になるまで	空気感染 又は 飛沫感染 するもので 学校において流行を広げる可能性が高いもの

	風疹	発疹が消失するまで	
	水痘（みずぼうそう）	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二日を経過するまで	
	結核	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	
	髄膜炎菌性髄膜炎	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	
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	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	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

* 出席停止期間の算定の考え方

「〇〇した後△日を経過するまで」とした場合には、「〇〇」という現象がみられた日の翌日を第 1 日として算定する。

例えば、「解熱した後 2 日を経過するまで」の場合は、以下のとおり。

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

ただし、第二種の各出席停止期間は基準であり、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られる場合については、この限りではない。

学内感染症発症時のフローチャート

学生・教職員における感染症発症の可能性・疑い・事実の察知

教職員の場合は事務局総務課、学生の場合は事務局学務課に通報

・聴取調査による状況確認

【聴取内容】

- ①発症者の氏名・学年・学籍番号（学生のみ）
- ②発症日時
- ③主な症状（発熱、嘔吐、下痢、咳、皮膚の異常等）
- ④現在の状況と処置内容（医療機関受診、自宅待機等）
- ⑤発症前の行動、濃厚接触者の有無等

・（患者本人から連絡を受けた場合）個人情報公開への同意確認

- ・確認した内容を学長に報告するとともに、必要に応じて保健所に届け出
※ 盛岡保健所：019（603）8301
- ・（事務局長指示に基づき）保護者に連絡

・危機管理本部において、対応策を協議・検討

対応方針を決定・実施

- ①二次感染予防
 - ・標準予防策について
 - ・出校停止の範囲や期間
 - ・対物措置の範囲や期間
- ②公表・報告について
 - ・学生及び教職員への周知・注意喚起
 - ・盛岡保健所及び文部科学省への報告の要否
 - ・学外への公表
 - ・法人本部への連絡
- ③個人情報管理等について
- ④その他、必要と思われること