

第9章 学校における健康安全対策（感染症対策）

児童生徒の健康維持・増進のため、ならびに安全管理に関する必要事項は、国内では学校保健安全法によって定められていますが、在外教育施設においては、その法は及ぶものではありません。海外にある日本人学校や補習授業校は、自主的に設立運営されており、また、児童生徒の健康維持や疾病対策は、個人個人の家庭の責任のもとで行うことが大原則になっています。

またその地域で流行する感染症の種類は、日本のそれと同じではありません。

いわゆる学校では、成人と較べて個体の抵抗力が未発達な児童生徒が、長時間、接触頻度の高い行動形態で集団生活をしており、感染症がヒトからヒトに伝播しやすくなります。この章では、学校保健安全法を中心に日本の制度を参考にして、学校における感染症対策について述べています。上述のような状況下にある在外教育施設では、感染症の予防に努めることが国内以上に重要です。

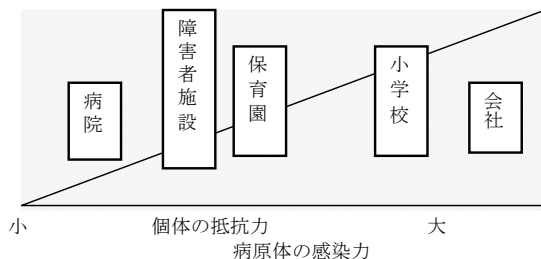
9. 1. 感染症対策

感染症は何らかの集団生活を行う実社会では、誰もがかかるとはならず、感染させる可能性があり、これは避けられないものです。感染症は完全には避けられないものであるという前提のもとで、集団生活の中での予防しうる対策、また、感染症が発生したときの二次感染を最小限に抑える対策を速やかに講じることが重要です。

9.1.1. 集団における感染力と抵抗力

一般に個体の抵抗力が強い集団ほど、感染力や毒力の強い病原体による感染症が見られ、逆に抵抗力の弱い集団では、感染力や毒力の弱い病原体による感染（日和見感染など）が起きやすくなります。幼稚園、小学校、中学校では、空気感染（はしか、結核など）、飛沫感染（インフルエンザなど）、経口感染（食中毒）が起りやすくなります。

図9-1 集団における病原体の感染力と個体の抵抗力



(東京都：感染症の調査と危機管理のためのマニュアル)

9.1.2. 在外教育施設の健康管理制度の特徴

学校保健安全法などの諸法や規則が適応されない日本人学校では、

- ① 学校健康診断は必ずしも実施されているわけではない
 - ② 養護教諭は必ずしもいるわけではない
 - ③ 学校給食がない
 - ④ 防疫を担当する保健所機能を持つ機関が必ずしも存在するわけではない
- というような特徴があげられます。

それぞれ代替システムが存在すると思われませんが、児童生徒の健康維持や疾病対策は個人個人の（家庭の）責任のもとでおこなうことが基本的な大原則になります。国内の体制に比べて、学校や地域社会としての対策がどうしても手薄になりがちであり、後述する感染予防が重要となってきます。

なお、学校給食がないということは、経口感染である集団食中毒が起こる可能性が低いという利点があります。しかし、学校行事などでの飲食物の取り扱いなどの際には、食中毒が起こりうることに注意してください。

9.1.3. 日常の予防

9.1.3.1. 予防接種

感染に対して感受性のある宿主にあらかじめ抵抗力をつけさせる対策として予防接種があります。個人にも、集団にとっても予防接種による感染予防は基本です。各児童生徒の予防接種歴を把握し、もし未接種のワクチンがあった場合は、特別の理由のない限り速やかに接種を促すことが望まれます。

9.1.3.2. 集団生活の中での衛生マナー

手を洗う、咳のある時のマスク着用（咳エチケット）、日常汚物の適切な処理、調理時の注意など、基本的な個人衛生の向上は、ひいては集団生活の中での衛生を意識することになり、社会生活としてのマナーです。

特に手洗いに關しては、2009年の日本における新型インフルエンザ流行時に予防策としてかなり普及した結果、同年の感染性胃腸炎や水ぼうそうなどの他の感染症がかなり減った一因になったと推測されています。このことから、手洗いの励行は主な感染症の予防策の基本中の基本であることが分かります。

児童生徒のみならず、教職員全員も感染源とならないように、定期的な健康診断を受けておくなど、日頃の健康管理を行っておくことも、個人の健康のみならず、集団における感染予防のマナーと言えるでしょう。

9.1.3.3. 学校環境衛生

学校保健安全法では、児童生徒の健康の保持と増進のため、学校においては環境を適切に維持し、必要に応じてその改善を図らなければならないとされています。日本人学校においても、飲料水、水泳プールの水質、換気、照明、清

潔などの適正基準を設け、定期的に点検するなどの一定の決まりを定めておく必要があります。

9. 2. 学校における感染症

感染症の発生や蔓延は、集団教育の場では児童生徒に与える健康上、また教育上の影響が大きなことから、一般集団に要求される以上に予防を講ずる必要があります。そのため学校保健安全法では、出席停止という予防措置と、その際の基準を定めています。

表 9-1 学校感染症の種類及び出席停止期間

	種類の考え方	疾患名	出席停止期間
第一種	感染症法の一類及び二類感染症(結核をのぞく)	エボラ出血熱 クリミア・コンゴ出血熱 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) 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 鳥インフルエンザ(H5N1型に限る)	治癒するまで
第二種	飛沫感染するもので、児童生徒の罹患が多く、学校において流行を広げる可能性が高い伝染病	インフルエンザ(鳥インフルエンザ、新型インフルエンザを除く) 百日咳 麻疹 流行性耳下腺炎 風疹 水痘 咽頭結膜熱	解熱後2日を経過するまで 特有の咳が消失するまで 解熱後3日を経過するまで 耳下腺の腫脹が消失するまで 発疹が消失するまで 全ての発疹が痂皮化するまで 主要症状消退後2日経過まで

		結核	感染の恐れがないと、医師が認めるまで (後述)
第三種	学校において流行を広げる可能性がある伝染病	腸管出血性大腸菌感染症 コレラ 細菌性赤痢 腸チフス パラチフス 流行性角結膜炎 急性出血性結膜炎 その他の感染症	

(学校保健安全法施行規則<平成 21 年 4 月改正>より抜粋)

9.2.1. 学校感染症の種類

それぞれの国で発生しやすい疾患は異なるので、現地での感染症の発生状況などを随時把握しておく必要があります。アフリカ中央部の熱帯気候下にある途上国では、一類感染症にかかる可能性もあります。さらに、熱帯・亜熱帯に属する途上国では、コレラ、細菌性赤痢、腸チフスなどの経口感染症が、かなり一般的であると考えて良いでしょう。

学校で実際に多いのは第二種の疾患で、これが大部分を占めます。東京都の小学校ではインフルエンザが一番多く、次いで水痘、流行性耳下腺炎（おたふく風邪）などとなります。第三種のグループでは、その他の感染症である溶連菌感染症、感染性胃腸炎がよくみられます。中学校では、第二種はインフルエンザ、麻疹、流行性耳下腺炎の順、第三種は感染性胃腸炎、溶連菌感染症の順に多く発生しています（平成 19 年度東京都の学校保健統計）。

9.2.2. 出席停止の期間の基準

前掲の表 9-1 に第一種から第三種の感染症に関する出席停止期間の基準を示しています。

この基準は、それぞれの疾病について、ヒトからヒトへ伝染する程度に病原体が排出されている期間を基準としています。このため、微量な病原体が咽頭などに存在していても、周囲の人に感染する程度でなければ、出席停止の措置を取る必要もありません。これは、一般に病原体が身体に入っても、一定量以上でないと感染が成り立たないことが多いからです。

感染症で学校を休む意味は、第一に本人の健康回復と、第二に他の児童生徒に広げないことです。出席停止の措置も、学校長は「出席を停止させることができる」のであって、その疾患であれば必ず出席停止に「しなければならない」

のではありません。この法的効力の及ばない日本人学校においては、その縛りがない分、より純粋に子ども個人の疾病の状況によって判断をすることになるでしょう。

なお、第二種伝染病の出席停止期間については、病状により医師が伝染のおそれがないと認めた時はこの限りではない、となっています。

また、出席停止になった児童生徒に対する差別や偏見が生じることがないように、不要な不安やパニックにならないように十分に配慮する必要があります。このためにも児童生徒や教職員が、感染の仕方を理解し、その病気の治療や予防についての正しい知識や態度を身に付けることが重要です。

感染症が集団的に発生した場合には、臨時休業という手段もあります。学校保健安全法では、「学校の設置者は感染症の予防上必要があるときは、臨時に学校の全部または一部の休業を行うことができる」となっています。具体的に臨時休業を検討することになる疾患は、インフルエンザ、はしか、感染性胃腸炎などがあげられます。特にインフルエンザは、学校が地域全体の感染拡大に重要な役割を果たしていることが知られており、公衆衛生的な視点からは重要な対応といえます。

しかし、学校の臨時休業に対して日本は社会的認知がある程度ありますが、国際的には抵抗感が強い国も多数あります。また臨時休業を実施した場合、特に無症状の児童生徒は習い事や週末の外出を自粛しないことが多く、潜伏期である場合には感染を拡大してしまうことになります。このような行動様式を取らないように、注意喚起をする必要があります。

9.2.3. その他の感染症の考え方

本項で述べる疾患は、子どもの病気としてごく一般的に見られるものです。必要があれば、校長が学校医と相談して出席停止などの措置をとりうる感染症です。あくまでも児童生徒の全身状態で判断するのが基本となります。

具体的な疾患としては、出席停止ではないが感染する可能性のある病気として、手足口病・ヘルパンギーナ、伝染性紅斑（りんご病）、溶連菌感染症、ウイルス性肝炎、マイコプラズマ感染症などがあります。また、うつることがあるが神経質になる必要のない病気として、伝染性膿痂疹、伝染性軟属腫、頭ジラミがあげられます。次の表9-2に、それぞれの疾患の感染期間の考え方について示します。

表9-2 その他の代表的な疾患への対応の目安

疾患	感染性のある期間	注意事項
溶連菌感染症	治療開始後 1 日まで	適切な抗生剤投与が 1 日間され、全身状態が良ければ登校可
ウイルス性肝炎	A 型肝炎は発病初期まで	A 型肝炎は肝機能が正常化すれば登校可。 B 型・C 型肝炎キャリアは、学校活動全般でまったく差し支えなし
手足口病	咽頭は発病後 1-2 週、便は発病後 3-5 週	回復後も長期にわたって便中にウイルスが排泄されるが、不顕性感染も多く、学校内での感染力はそれほど強いものではない。本人の状態によって登校を判断する。
伝染性紅斑	感染後 7-14 日	発疹が出た時期にはすでに感染力はほとんどない。本人の状態のよいものは登校可
マイコプラズマ感染症	無治療では数週間。症状がなくなれば感染力は弱い	診断されない感染者も多いので、症状が改善すれば登校可
感染性胃腸炎	ロタウイルスで発症後 10 日、(ノロウイルスで曝露後 2 週間は便に検出)	急性症状から回復し全身状態が良ければ登校可
アタマジラミ	駆除するまで	駆除は必要だが、出席停止は不要
伝染性軟属腫(水いぼ)	発疹がある間	出席停止の必要なし。いぼの内容物に直接触れない限りは伝染しない。プールでのビート板などの共用を避ける。多数の皮疹がある場合にはプール活動を避ける。
伝染性膿痂疹(とびひ)	無治療では痂皮にも感染性あり	出席停止の必要なし。適切な治療をすることと、病変部を露出しない配慮

(岡部信彦 「学校における感染症対策」平成 15 年度学校保健の動向(一部改変))

9. 3. 感染予防と健康教育

感染源対策としては、患者の隔離、消毒、滅菌などと、感染経路の遮断対策

があります。患者の出席停止は感染源及び感染経路遮断対策に該当し、臨時休校は感染経路対策に位置付けられます。

また、さして広くない在外の日本人社会の中においては、教職員や保護者も含めた、不要な風評や差別が生じないような配慮をすることも重要です。

9.3.1. 感染の標準的予防法

以下に、学校や家庭における具体的な感染の標準予防法を述べます。

9.3.1.1. 手洗い

経口感染、飛沫感染、空気感染のいずれの伝染病も、まず基本になる予防法は手洗いです。目に見えない病原体が直接的、間接的に手指に付着して二次感染源となります。

手洗いは、流水でよく洗う、洗った後はよく乾かすことが重要です。よく乾かさないと、残ったウイルスや細菌が付着したまま生き続けることとなります。

特に、排便後の手洗いは、できるだけ他のところに触れないようにして、すぐに手を洗いましょう。手洗い前に触れることの多い水洗レバーやドアノブなどは、消毒薬などを使って清潔にします。

また、タオルを患者と共有しないことを徹底します。二次感染の拡がる度合いは、感染源となった患者の重症度よりも、タオル共有の有無のほうがより関連していたという報告もあります。

図9-2 効果的な手洗いの方法



9.3.1.2. マスク（特に第二種のはしか、インフルエンザなど）

感染源となった児童生徒にとっては、自身の咳やくしゃみをしたときのしぶき、鼻水に多く存在する病原体を他者に移さないためであり（感染源対策）、周囲の人にとっては、その感染源から自身をまもるために使用します（感染経路対策）。

マスクには、特に防御性のあるものは、サージカルマスク（不織布）、N95マスク、ろ過マスク（dust-mist: DM、dust-fume-mist: DFMなどのマスク）、などがあります。

マスクをかけるときには、顔とマスクの間に隙間ができないようフィットさ

せることが大切です。また原則使い捨てで、捨てる際にはひも部分を持って、マスク表面には触れないように注意して捨てるようにします。

表 9-3 咳エチケット

- 咳やくしゃみの症状があるときは、マスクを着用する。
- 咳やくしゃみの際、ティッシュなどで口と鼻を覆い、周りの人から顔をそむける。
- 使ったティッシュは直ちにビニール袋に密封するか、蓋つきのゴミ箱に捨てる。

9.3.2 二次感染予防

教育施設内で感染が拡大することを防ぐ手段として、感染経路の遮断対策が重要です。特に感染性胃腸炎のうちのノロウイルス感染症は注意を要します。

9.3.2.1. 消毒薬とその使い方

消毒とは、病原体を薬剤、加熱、紫外線などの手段で死滅させることをいいます。タオルや衣類、寝具類を日光に干すことも重要で、紫外線による消毒になります。

家庭でも使いやすい消毒薬とその使い方を以下に示します。教育施設において、日常あるいは患者発生時に適切に行ってください。

表 9-4 家庭で使いやすい消毒薬とその使い方

塩化ベンザルコニウム（逆性石鹼）	
多くの細菌、真菌に有効。結核菌、大部分のウイルスには無効	
手指（0.05～0.1％）	石けんで手洗いし十分にすすいだ後、逆性石けんで手を洗う。 ※一般の石けんと同時に使うと効果上がらない。
便器、トイレのドアノブなど（0.05～0.2％）	逆性石けんに浸した布で拭き取る。 ※ゴム製品、合成樹脂などへの使用は避ける。
70％エタノール（消毒用アルコール）	
多くの細菌、真菌、ウイルスに有効	
手指	手洗い後、アルコールを含ませた脱脂綿やウェットティッシュで手を拭き、自然乾燥させる。 ※手が荒れやすいので注意する。

便器、トイレのドアノブなど	アルコールを含ませた脱脂綿やウェットティッシュで手を拭き、自然乾燥させる。 表面が濡れる程度にアルコールを噴霧し、同様に拭き取る。 ※ゴム製品、合成樹脂などは変質するので長時間浸さない。
塩化ベンザルコニウムアルコール、グルコン酸クロルヘキシジンアルコール 多くの細菌、真菌、一部のウイルスに有効	
手指	手洗い後、薬を 5ml 手に取りすり込む。 手洗い後、薬液を含むウェットティッシュで手を拭く。
便器、トイレのドアノブなど	薬液を含ませた布やウェットティッシュで拭き取る。
次亜塩素酸ナトリウム (0.02～0.05%) 多くの細菌、ウイルスに有効。結核菌や一部の真菌には無効。	
下着、衣類、シーツなど	衣類の汚れを落とし、薬液に 30 分ほど浸した後に洗濯する。 ※漂白作用がある。金属には使えない。

(東京都：家庭や施設における二次感染予防ガイドブック)

9.3.2.2. おう吐物・下痢便の処理

感染性胃腸炎で、施設内、特に教室などで児童生徒がおう吐をした場合、その飛散物は予想以上に飛び散っています。処理を適切に行わないと、その飛散物が舞い上がり手に付着したり、直接口に入ったりして二次感染につながります。ここではノロウイルスを想定した処理方法を示します。

方法

- ① マスク・手袋をしっかりと着用し（処理者の防御のため）、雑巾・タオル等で吐物・下痢便をしっかりと拭き取ってください。眼鏡をしていない場合は、ゴーグルなどをすることをお勧めします。
- ② 拭き取った雑巾・タオルはビニール袋に入れて密封し、破棄してください。拭き取りの際に、嘔吐物や下痢便を予め消毒剤に浸したペーパータオル等で覆い、ビニール袋を介してタオルごと拭き取るという方法はよく用いられています。拭き取りによっても飛沫が発生しますので、無防備な方は絶対に近づけないでください。

- ③ その後薄めた塩素系消毒剤（200 ppm 以上：ハイター等の家庭用漂白剤では 200 倍程度）で吐物や下痢便のあった箇所を中心に広めに消毒してください。

汚れた衣類などの処理

おう吐物や下痢便などで汚れた衣類は大きな感染源です。そのまま洗濯機で他の衣類と一緒に洗うと、洗濯槽内にノロウイルスが付着するだけでなく、他の衣類にもウイルスが付着してしまいます。

- ① 汚れた衣類は、マスクと手袋をした上でバケツなどでまず水洗いし、更に塩素系消毒剤（200 ppm 以上）で消毒してください。水洗いした箇所も塩素系消毒剤で消毒してください。
- ② 学校等では不用意に衣類を洗浄することによって、かえって施設内に大量に感染者を増加させてしまった例が認められます。原則的に、子どもたちの嘔吐物や下痢便が付着した衣類は、洗浄せずにそのままビニール袋に入れて密封し、自宅に帰ってもらうことを勧めします。

9.3.3. 感染症の健康教育

日本人学校においては、健康な生活と疾病の予防について知識の習得や理解を深め、それを実践することができるようにすることが、国内にも増して重要です。

健康教育は、感染症は病原体が主な要因となって発生すること、また、感染症の多くは、発生源をなくすこと、感染経路を遮断すること、主体の抵抗力を高めることによって予防できることなどを中心として構成されます。具体的には、感染症の原因とその予防について、児童生徒の成長・発達段階に応じて、次のようなことを理解できる内容にすることを心がけます。

- ① 感染症は、病原体が環境を通じて主体へ感染することで起こる病気であり、適切な対策を講じることにより予防できること。例として、結核、コレラ、風疹などを適宜取り上げる。
- ② 病原体には、細菌やウイルスなどの微生物があるが、温度、湿度などの自然環境、住居、人口密度、交通などの社会環境、また、主体の抵抗力や栄養状態などの条件が相互に複雑に関係する中で、病原体が身体に侵入し、感染症が発生すること。
- ③ 感染症から身体を守るには、消毒や殺菌などにより病原体を死滅させたり、皮膚や衣服、あるいは周囲の環境を衛生的に保つことにより、病原体が身体に侵入するのを阻止すること、栄養状態を良好にしたり、予防接種の実施により免疫力を付けるなど身体の抵抗力を高めることが有

効であること。

9. 4. 健康安全対策の体制整備（事故を含む）

児童生徒の集団感染や緊急を要する疾患、あるいは事故が発生した場合に備えた対策には、多くの機関が関係する必要があります。しかし、日本人学校においては、所在国の医療システムの違い、行政システムの違いなどもあり、国内のようにスムーズな連携体制が構築されていないことが多いようです。各国ごとの状況に合わせた体制を日頃から作っておくこと、また、定期的に訓練を行い、その対策や体制を定期的にシミュレーションすることは、国内以上に要求されます。

9. 4. 1. 現地の医療情報収集

海外では現地の医療情報の収集が何よりも大切で、どのような病気にかかりやすいか、どの病院を受診すればよいかなど、滞在する国にあわせた情報が必要となります。インターネットを利用して、定期的に手もとの情報を更新しておくことが望まれます。一口に所在国の情報といっても、地域による地理的特長の違いがあったり、都市部と農村部では医療事情がずいぶん異なっていたりするため、所在地域について調べることをお勧めします。滞在国の保健省などの国機関、WHOなどの国際機関も所在地域の情報発信をしていることが多いです。

また、日本人会、大使館医務官などの他、現地採用教職員など、現地の人からの情報は、付帯情報として現実的な対応策に役立つものがあります。日々のコミュニケーションを密にしておくよう心がけましょう。

9. 4. 2. 個別健康情報の把握

予防接種歴や既往症歴の把握は、伝染病が発生した場合、二次感染の予防時に役立つ情報となります。

さらに、児童生徒の既往症やアレルギー体質なども詳細に把握しておく必要があります。新入時に保護者からこれらの点を確実に聴取し、記録しておくことが大切です。（表 9－5）

9. 4. 3. 病院との連携と搬送体制

児童生徒が学校内で事故や急病を発症した場合に備え、救急でも利用できる病院をリストアップしておく必要があります。事前に現地で信頼ができ、かつ緊急搬送が可能な病院を、専門別、距離別、信頼度別にリストアップし、さらに窓口の電話番号を確認しておきます。近年では、邦人のよく利用する病院に日本人相談窓口が設けられていることがあり、緊急時には心強いかもしれません。また、日本語ができる現地の医師も各国で活躍しています。しかし、そのような医師が必ずしも優秀で信頼に足りるとは限らないので、現地の評判を判

断基準のひとつとすることをお勧めします。

児童生徒を病院に救急搬送しなければならない場合、学校として、病院搬送、付き添い（原則として保護者が到着するまで）、保護者への引き継ぎが期待されるため、日頃から搬送体制を組んでおくことが望まれます。公的な救急車の速やかな利用が困難な国（都市）も多く、児童生徒の搬送を学校独自で行わなければならないこともあります。搬送時の運転手は、最も地理に精通し、運転技術に優れた、冷静な人物を選んでこれに従事させることが望まれます。

（渡辺洋子）

表 9 - 5 健康管理に必要な個別情報の確認票の例

予防接種歴		参考情報
種類	接種	血液型
BCG	未、 済（年 月 日）	アレルギー体質 無 有（ ）
ポリオ	未、 1回、 2回、 3回以上	
DPT	未、 I期、 II期	
麻疹	未、 済（年 月 日）	
日本脳炎	未、 I期、 II期	痙攣 無 熱性けいれん その他（ ）
風疹	未、 済（年 月 日）	
水痘	未、 済（年 月 日）	
流行性耳下腺炎	未、 済（年 月 日）	
その他		
感染症既往歴		健康状態に関するその他の情報 常備内服薬など
麻疹	歳	
水痘	歳	
風疹	歳	
流行性耳下腺炎	歳	
その他		