

福島県感染対策コーチング研修トレーナー養成講習

参加者アンケート結果集計

1. 研修会詳細

「感染症対策のためのコーチングトレーナー養成研修」

実施：2013年9月24日 13:30~16:00

会場：県北保健福祉事務所 2F 大会議室

参加人数：56人（施設41、保健福祉事務所職員13、学生2）（アンケート回収47人）

講師：吉田真紀子（病院疫学者）・古谷直子（感染管理認定看護師）（亀田総合病院）

中島一敏（医師）（国立感染症研究所感染症疫学センター）

「感染症対策リーダー養成のためのコーチング研修」

実施：2013年10月9日 13:30~16:30

会場：福島県文化センター2F 会議・展示室

参加人数：124人

グループリーダー 28人（施設17、保健福祉事務所職員11）←9月参加者

施設リーダー養成コーチング研修96人（施設96、保健福祉事務所職員2人）（アンケート回収94人）

講師：吉田真紀子（病院疫学者）（亀田総合病院）

中島一敏（医師）（国立感染症研究所感染症疫学センター）

吉田明子（感染管理認定看護師）（福島県立医科大学附属病院）

渡辺あけみ（感染管理認定看護師）（北福島医療センター）

茨木直子（感染管理認定看護師）（大原総合病院）

2. アンケート回収状況

「感染症対策のためのコーチングトレーナー養成研修」2013年9月24日実施

アンケート回収率 83.9%（47/56人）

「感染症対策リーダー養成のためのコーチング研修」2013年10月9日実施

アンケート回収率 97.9%（94/96人）

3. 回答者の背景（n=141人）

①年齢：45歳（中央値、範囲22-67歳）

年齢	(人)	(%)
20代	18	12.8
30代	30	21.3
40代	36	25.5
50代	46	32.6
60代	7	5.0
無回答	4	2.8
計	141	

②性別：

性別	(人)	(%)
男性	10	7.1
女性	128	90.8
無回答	3	2.1
計	141	

③職業：(介護) 21・(看護師・保健師) 48・(保育士) 44・(児童・学童) 3・(その他) 25

施設	(人)	(%)
特別養護老人ホーム	24	17.0
介護老人保健施設	7	5.0
他の高齢者施設	34	24.1
保育所	58	41.1
障害・精神関連施設	5	3.5
児童施設	3	2.1
保健所等	6	4.3
その他	2	1.4
無回答	2	1.4
計	141	

④現職でのポジション：

ポジション	(人)	(%)
スタッフ	69	48.9
中間管理職	40	28.4
管理職	15	10.6
無回答	17	12.1
計	141	

⑤これまでに感染管理や感染症危機管理に係わっていましたか

感染対策への関与	(人)	(%)
あり*	50	35.5
なし	79	56.0
無回答	12	8.5
計	141	

*ありと回答した人の経験年数： 3年(中央値、範囲1~15年、n=30)

⑥施設内に感染対策チームはありますか？

感染対策チーム	(人)	(%)
あり	58	41.1
なし	75	53.2
無回答	8	5.7
計	141	

4. 講習会参加のきっかけ

⑦参加のきっかけは：

参加のきっかけ	(人)	(%)
自ら希望	26	18.4
所属先の勧め	48	34.0
業務・通知	61	43.3
無回答	6	4.3
計	141	

⑧参加の目的は（複数回答可）：

参加の目的	(人)	(%)
感染対策知識習得	114	80.9
指導方法の知識習得	73	51.8
その他	3	2.1
無回答	6	4.3

⑨参加する前にコーチングに興味がありましたか？：

コーチングへの興味	(人)	(%)
大変あった	20	14.2
少しあった	78	55.3
あまりなかった	33	23.4
全くなかった	4	2.8
無回答	6	4.3
計	141	

5. 今後の可能性として、インターネットを活用した講習会についての意見
感染対策に関する基本的な内容について：

⑩インターネットを活用したビデオ講義があれば、参加したいですか？

ビデオ講義	(人)	(%)
活用したい	99	70.2
したくない	30	21.3
無回答	12	8.5
計	141	

⑪学習教材がインターネットを介してダウンロードできれば、利用したいですか？

学習教材の活用	(人)	(%)
活用したい	110	78.0
したくない	14	9.9
無回答	17	12.1
計	141	

⑫利用したいと答えた方は、使用目的は何でしょうか？（複数回答可）

使用目的	(人)	(%)
自己学習	67	47.5
グループ学習	66	46.8
指導・教育	63	44.7
無回答	4	2.8
計	200	

6. 研修参加前に実施した効果測定アンケート結果

項目	よく当てはまる	大体当てはまる	当てはまらない あまり	当てはまらない 全く	無回答
① この講習会の目的を理解して参加した	16	90	28	1	6
② インフルエンザ感染対策の基礎について理解している	13	96	29	1	2
③ ノロウイルス感染対策の基本について理解している	15	94	29	1	2
④ 疥癬感染対策の基本について理解している	5	50	69	12	5
⑤ 感染対策を自身が確実に実施できる	6	63	68	1	3
⑥ 感染対策の基本的な内容について指導ができる	6	54	61	16	4
⑦ 感染対策指導時に相手とコミュニケーションがとれる	5	67	57	10	2
⑧ この講習会を実践に役立てたい	87	50	1	1	2

7. 研修参加後に実施した効果測定アンケート結果

項目	よく当てはまる	大体当てはまる	当てはまらない あまり	当てはまらない 全く	無回答
① この講習会の目的は達成された	41	89	8	0	3
② インフルエンザ感染対策の基礎について理解できた	57	81	1	0	2
③ ノロウイルス感染対策の基本について理解できた	59	78	2	0	2
④ 疥癬感染対策の基本について理解できた	42	80	17	0	2
⑤ 自身が感染対策を確実に実施できる	25	99	14	0	3
⑥ 感染対策の基本的な指導ができる	25	87	21	0	8
⑦ 感染対策指導時に相手とコミュニケーションがとれる	30	95	11	0	5
⑧ この講習会を実践に役立てたい	86	47	3	0	5
*⑧でよく・大体当てはまるを選んだ方は回答してください	80	37	1	0	23
⑨ 受講前に比べて、実践に役立てたい気持ちが高まった					

表2. 研修参加前後で実施したアンケートの解析

1:よく当てはまる
 2:大体当てはまる
 3:あまり当てはまらない
 4:まったくあてはまらない

① この講習会の目的は達成された

研修前\研修後	1.よく	2.大体	3.あまり	4.全く	(無回答)	総計
1.よく	6	9			1	16
2.大体	27	56	5		2	90
3.あまり	6	19	3			28
4.全く		1				1
(無回答)	2	4				6
総計	41	89	8		3	141

② インフルエンザ感染対策の基礎について理解できた

研修前\研修後	1.よく	2.大体	3.あまり	4.全く	(無回答)	総計
1.よく	7	6				13
2.大体	37	58			1	96
3.あまり	11	16	1		1	29
4.全く		1				1
(無回答)	2					2
総計	57	81	1		2	141

③ ノロウイルス感染対策の基本について理解できた

研修前\研修後	1.よく	2.大体	3.あまり	4.全く	(無回答)	総計
1.よく	9	6				15
2.大体	37	54	2		1	94
3.あまり	11	17			1	29
4.全く		1				1
(無回答)	2					2
総計	59	78	2		2	141

④ 疥癬感染対策の基本について理解できた

研修前\研修後	1.よく	2.大体	3.あまり	4.全く	(無回答)	総計
1.よく	3	2				5
2.大体	17	28	4		1	50
3.あまり	16	42	10		1	69
4.全く	4	6	2			12
(無回答)	2	2	1			5
総計	42	80	17		2	141

⑤ 自身が感染対策を確実に実施できる

研修前\研修後	1.よく	2.大体	3.あまり	4.全く	(無回答)	総計
1.よく	3	3				6
2.大体	17	44	1		1	63
3.あまり	5	50	12		1	68
4.全く			1			1
(無回答)		2			1	3
総計	25	99	13		3	141

⑥ 感染対策の基本的な指導ができる

研修前\研修後	1.よく	2.大体	3.あまり	4.全く	(無回答)	総計
1.よく	4	2				6
2.大体	15	35	2		2	54
3.あまり	6	35	14		6	61
4.全く		11	5			16
(無回答)		4				4
総計	25	87	21		8	141

⑦ 感染対策指導の際に相手とコミュニケーションがとれる

研修前\研修後	1.よく	2.大体	3.あまり	4.全く	(無回答)	総計
1.よく	5					5
2.大体	16	44	3		4	67
3.あまり	8	44	4		1	57
4.全く	1	5	4			10
(無回答)		2				2
総計	30	95	11		5	141

⑧ この講習会を実践に役立てたい

研修前\研修後	1.よく	2.大体	3.あまり	4.全く	(無回答)	総計
1.よく	22	55	6		4	87
2.大体	8	36	5		1	50
3.あまり		1				1
4.全く		1				1
(無回答)		2				2
総計	30	95	11		5	141

平成25年度厚生労働科学研究費補助金（新型インフルエンザ等新興・再興感染症研究事業）
分担研究報告書

自然災害時を含めた感染症サーベイランスの強化・向上に関する研究（研究代表者：松井珠乃）
研究分担者 山本英二 岡山理科大学・総合情報学部

研究要旨：米国 CDC が開発し、公開しているアウトブレイク疫学調査のためのソフト **Epi Info**™ の日本語版を開発、更新している。2011 年公開の新版 **Epi Info**™ 7 の新規モジュール：ビジュアル・ダッシュボードの基本部分の日本語化の継続実施、利用手引きの作成更新、最新版 7.1.3 (2013/11/07) への対応を行っている。感染研のホームページに更新・新規作成した **Epi Info** 7 日本語版ソフト、使用手引きを掲載し一般公開を行う。

A. 研究目的

アウトブレイクの実地調査には情報機器の利用が欠かせない。米国 CDC が提供し WHO が推薦している疫学調査のためのソフト **Epi Info** の日本語版は、この目的のために 2002 年度から開発・更新・充実を行っているものである。新たに最新の IT 技術を取り入れて公開された三代目の **Epi Info**™ 7 (7.1.3 版 2013/11/07) **Visual Dashboard** 基本部分の日本語化を継続実施し、その利用マニュアルを更新・充実することが研究目的となった。

B. 研究方法

2006 年度から継続して **Epi Info** 日本語化プロジェクト、山本(岡山理大)、中瀬(岡山市保健所)、津田(岡大大学院・環境学)で組織し、他に統計解析やシステムに詳しい岡大医学部助教三橋の協力を依頼した。プロジェクト推進の統括・統計解析・システムを山本が担当し、中瀬、津田が感染症・食中毒疫学の専門家としてプロジェクトに寄与した。広く実務者の助言、提言を受けて解析コマンド利用環境の整備を進めた。

(倫理面への配慮)疫学ソフトの開発であり、直接ひとを対象としないため、倫理面で問題がない。

C. 研究結果

最新版 **Epi Info** 7.1.3 版(2013/11/07)に対し、ビジュアル・ダッシュボードの基本部分の日本語化の継続実施、利用手引

きの更新・充実を行った。これらの成果を感染研HPへ公開した。

例年実施している自治体職員向け岡山疫学研修研修プログラム(岡山大学医疫学教室主催)(2014年3月5,6,7日)において演習で使用し、実務者の評価を得て、その後の改善に生かしている。

D. 考察

多言語対応版 **Epi Info** 3.5.4(2012/07/30)に加え、新版 **Epi Info**™ 7 (7.1.3 版 2013/11/07)は、アウトブレイク調査において、国内国外における調査を行うときの共通ソフトとしての利用が進むと考えられる。今後はタッチパネル等の IT 技術の発展を取り入れた、新版 **Epi Info** 7 の日本語利用環境整備を順次勧めることが要請される。

E. 結論

米国 CDC の提供している疫学調査ソフト **Epi Info** 多言語版は、2012 年 3.5.4 が最終版となった。日本語版も充実し、日本語変換システムから、日本語ヘルプ、チュートリアル、利用の手引きと利用環境を整えている。今後は新版 **Epi Info** 7 の日本化を勧めることで、**Epi Info** 疫学ソフトのグローバルな利用が期待できる。これらの成果は感染研の HP に随時公開して利用者の便宜を図っている。

F. 健康危険情報

G. 研究発表

1. 論文発表
2. 学会発表
3. その他

マニュアル

・三橋, 山本(2013). Epi Info 7 日本語化の手引き(2013/04/05)

・三橋, 山本(2013). Epi Info 7 使用の手引き(2013/04/05)

<http://zeus.mis.ous.ac.jp/epiinfo/epiinfoj.html>

H. 知的財産権の出願・登録状況

Epi Info 3.5.4 版, Epi Info 7.1.3 版は米国 CDC が著作権を所有し、Epi Info は CDC の所有するトレードマークである。その日本語化ソフトは感染研が著作権を所有すると思われる。

Ⅲ. 研究成果の刊行に関する一覧表

研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書籍名	出版社名	出版地	出版年	ページ
中野貴司	全国の入院サーベイランスの現状について	河合直樹	よくわかるインフルエンザのすべて	医薬ジャーナル社	大阪	2013	26-58
中野貴司	園学校での注意、特に学校保健安全法等による出席停止期間について	河合直樹	よくわかるインフルエンザのすべて	医薬ジャーナル	大阪	2013	78-86
志牟田健、黒木俊朗	淋菌感染症、梅毒、性器クラミジア感染症		感染症内科	科学評論社	東京	2013	391-398
高橋英之、大西真	侵襲性髄膜炎菌感染症		新領域別症候群シリーズNo. 26	日本臨床	東京	2013	768-768
高橋英之、大西真	髄膜炎菌		病原体の今日的意味 改訂4版	医薬ジャーナル	東京	2013	312-319
高橋英之、大西真	髄膜炎菌性髄膜炎（侵襲性髄膜炎菌感染症）第1回～第3回		小学保健ニュース、（中学保健ニュース）[高校保健ニュース]	少年写真新聞	東京	2013	4-5
河合直樹 廣津伸夫 池松秀之	インフルエンザ診療マニュアル2013-2014年シーズン版	柏木 征三郎 岩城 紀男	インフルエンザ診療マニュアル（2013-2014年版）	一般社団法人日本臨床内科医会	東京	2013	
蒲地一成	百日咳検査の使い方		SRL 宝函 vol. 34, No. 3	エスアールエル	東京	2013	41-43
藤本嗣人	アデノウイルス感染症		感染症症候群（第2版）	株式会社日本臨床	大阪	2013	373-376

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
中野貴司	学校保健安全法	小児科診療	76巻9号	1463-1469	2013
中野貴司	抗インフルエンザ薬	小児内科	45巻11号	1957-1964	2013
田中敏博	薬剤耐性インフルエンザウイルスの動向	小児内科	45巻11号	1978-1982	2013
Obuchi M, Adachi Y, Takizawa T and Sata T.	Influenza A(H1N1)pdm09 virus and asthma.	Front. Microbiol	Vol.4 : 307		2013
Shimuta K, Unemo M, Nakayama S, Morita-Ishihara T, Dorin M, Kawahata T, Ohnishi M	Antibiotic-Resistant Gonorrhoea Study Group. Antimicrobial Resistance and Molecular Typing of Neisseria gonorrhoeae Isolates in Kyoto and Osaka, Japan, 2010 to 2012: Intensified Surveillance after Identification of the First Strain (U041) with High Level Ceft...	Antimicrob Agents Chemother	57	5225-5232	2013
K Yamamoto, Y Kato, TaShindo, M Ujiie, N Takeshita, S Kanagawa, J Kunimatsu, Y Tamori, T Kano, R Okuno, H Takahashi, N Ohmagari.	Meningococemia due to the 2000 Hajj-Associated Outbreak Strain (Serogroup W-135 ST-11) with Immunoreactive Complications	Jpn J. Infect Dis	66	1201-1207	2013
高橋英之、大西真	2005～2012年までの髄膜炎菌性髄膜炎の起炎菌の血清学的及び分子疫学的解析	IASR	34	363-364	2013
奥村 貴史, 金谷 泰宏	健康危機管理と自然言語処理	自然言語処理	Vol.20,No.3		2013
Miyata I, Hanaoka N, Okabe N, Fujimoto T, Sakamoto S, Kasahara M, Saitoh A.	Echovirus 3 as another enterovirus causing life-threatening neonatal fulminant hepatitis.	J Clin Virol.	59 (2)	132-134	2014

Yasui Y, Makino T, Hanaoka N, Owa K, Horikoshi A, Tanaka A, Suehiro Y, Shimizu H, Kanou K, Kobayashi M, Konagaya M, Fujimoto T.	hand-foot-and-mouth disease caused by coxsackievirus A6: differential diagnosis from varicella in a pediatric intensive care unit.	Jpn J Infect Dis.	66(6)	564-6.	2013
Kobayashi M, Maki no T, Hanaoka N, Shimizu H, Enomoto M, Okabe N, Kanou K, Konagaya M, Oishi K, Fujimoto	Clinical manifestations of coxsackievirus A6 infection associated with a major outbreak of hand, foot, and mouth disease in Japan.	Jpn J Infect Dis	66 (3)	260-261	2013
Hashimoto S, Kawado M, Murakami Y, Ohta A, Shigematsu M, Tada Y, Taniguchi K, Nagai M.	Number of sentinel medical institutions needed for estimating prefectural incidence in influenza surveillance in Japan.	J Epidemiol (in press)			2014
Ohta A, Hashimoto S, Murakami Y, Kawado M, Taniguchi K, Tada Y, Shigematsu M, Nagai M.	Characteristics of geographical spread and temporal accumulation of the 2009 influenza A (H1N1) epidemic in Japan: National surveillance data.	Jpn J Infect Dis (in press).			2014
Koizumi A, Kasahara K, Komatsu Y, Ui K, Mizuno F, Nakayama A, Mikasa K.	Evaluation of the Vitek 2 AST-N269 Card for Detection of Meropenem Resistance in Imipenem-Susceptible Meropenem-Resistant Enterobacteriaceae.	J Clin Microbiol	51	3908	2013
山岸拓也、尾本由美子、川畑拓也、白井千香、高野つる代、多田有希、中島一敏、灘岡陽子、堀成美、宮原愛理、持田嘉之、山内昭則、中瀬克己	地方自治体における感染症発生動向調査関連業務の改善を目的とした性感染症発生動向調査活用ガイドラインについて	日本性感染症学会誌	Vol.24, No.1	57-62	2013

川畑拓也、中瀬克己、山岸拓也、中島一敏、多田有希、尾本由美子、神谷信行、灘岡陽子、白井千香、山内昭則、高橋裕明、堀成美、持田嘉之、中谷友樹、大西真	HIV急性感染期の診断における第4世代HIV迅速検査試薬の性能評価	感染症学雑誌	Vol. 87, No. 4	431-434	2013
谷口清州	季節性インフルエンザワクチンを取り巻く最近の話題	INFECTION CONTROL	22(6)	624-626	2013
谷口清州	H1N1亜型インフルエンザのこれまでの動きと今後	感染と抗菌薬	16(3)	260-266	2013
Arun Kumar Adhikary, Nozomu Hanaoka, Tsuguto Fujimoto	Simple and Cost-Effective Restriction Endonuclease Analysis of Human Adenoviruses	BioMed Research International	ID363790		2014

IV. 研究成果の刊行物・別刷

よくわかる

インフルエンザのすべて

河合内科医院院長/日本臨床内科医会インフルエンザ研究班班長 河合 直樹 編著



医療ジャーナル社

V. 重症例と入院治療

1 全国の入院サーベイランスの現状について

年齢階級別の入院・重症患者数

2009年の新型インフルエンザ(H1N1pdm)発生をうけて、厚生労働省はインフルエンザによる重症者の動向を把握するために「重症サーベイランス」を実施しました。国内の医療機関で診療されたインフルエンザ患者で、①急性脳症の発症、②人工呼吸器の使用、③集中治療室(intensive care unit: ICU)への入室、があった者は、重症患

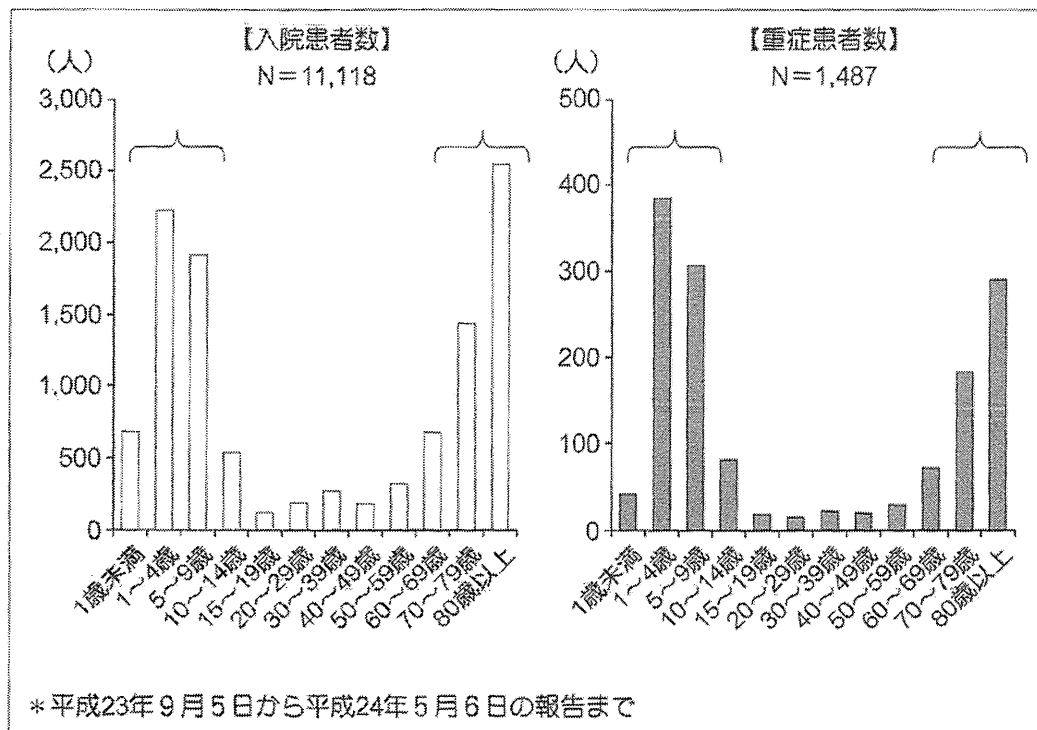


図1 入院患者数・重症患者数(年齢階級別, 2011-2012 シーズン)

入院患者・重症患者とも、10歳以下の小児と70歳以上の高齢者が多いです。
(厚生労働省「入院サーベイランス」, 厚生労働省「今冬のインフルエンザの発生動向 ver.2 in 2012」2012年5月25日版より引用)

全国の入院サーベイランスの現状について

者として保健所を通じて全例を報告する制度です。

そして2011年9月5日からは、「重症サーベイランス」に代わり「入院サーベイランス」が実施されるようになりました。入院サーベイランスは、全医療機関が対象ではなく、「基幹定点医療機関」が、1週間ごとにインフルエンザによる入院患者の発生状況や重症化の傾向を報告します。

入院サーベイランスの調査項目には、患者の性別や年齢とあわせて、① 頭部 CT (computed tomography: コンピュータ断層撮影)・脳波・MRI (magnetic resonance imaging: 磁気共鳴画像) 検査(頭部検査)、② 人工呼吸器使用、③ ICU 入室、の有無が含まれています。「頭部検査の有無」は急性脳症合併の傾向を把握するために、

表1 重症患者の年齢と傾向(2011-2012 シーズン)

	全体	集中治療室	人工呼吸器	頭部検査
報告数	1,487 例	286 例	194 例	1,236 例
性別 (男性:女性)	854 例: 633 例	163 例: 123 例	108 例: 86 例	714 例: 522 例
年齢範囲	0~102 歳 (中央値 10.0 歳・平均 36.0 歳)	0~98 歳 (中央値 65.6 歳・平均 50.7 歳)	0~98 歳 (中央値 65.0 歳・平均 52.9 歳)	0~102 歳 (中央値 7.0 歳・平均 29.7 歳)

年齢階級	全体		集中治療室		人工呼吸器		頭部検査	
	%	N	%	N	%	N	%	N
1 歳未満	3.0	44	3.8	11	3.6	7	2.7	33
1~4 歳	26.0	386	10.5	30	10.3	20	30.6	378
5~9 歳	20.8	309	13.6	39	8.8	17	23.5	291
10~14 歳	5.5	82	3.1	9	3.1	6	6.2	77
15~19 歳	1.3	20	1.7	5	3.1	6	1.1	14
20~29 歳	1.1	16	0.7	2	1.0	2	1.1	13
30~39 歳	1.6	24	2.8	8	3.1	6	1.3	16
40~49 歳	1.5	22	4.2	12	4.1	8	1.1	13
50~59 歳	2.1	31	3.5	10	4.1	8	1.8	22
60~69 歳	5.0	75	9.8	28	13.4	26	3.4	42
70~79 歳	12.5	186	19.6	56	16.5	32	10.7	132
80 歳以上	19.6	292	26.6	76	28.9	56	16.6	205

頭部検査は小児で、人工呼吸器は高齢者で頻度が高く、小児は脳症、高齢者は肺炎に特に注意が必要です。

(厚生労働省[入院サーベイランス]、厚生労働省「今冬のインフルエンザの発生動向 ver.2 in 2012」2012年5月25日版より引用)

V. 重症例と入院治療

「人工呼吸器使用の有無」は肺炎合併の傾向を把握するために、調査項目として含まれています。また、国内の基幹定点医療機関は、内科および外科の診療科を持つ300床以上の病院で、小児と成人に対する診療を提供している医療機関を、二次医療圏毎に1カ所以上指定して定められています。全国で約500カ所の定点医療機関があります。

入院サーベイランスにより、「入院」という客観的指標で、その時流行しているインフルエンザによる重症化リスクの程度を把握できます。本サーベイランスを毎年継続することにより、流行シーズンごとのインフルエンザの重症度を数値化して比較することもできます。また、全医療機関からの全数報告であった重症サーベイランスは、医療機関と自治体の負担も大きかったため、それを軽減することもめざして、より簡易な調査項目となっています。

入院サーベイランスの集計結果から、年齢階級別の入院・重症患者の傾向を知ることができます。図1の左のグラフは、2011－2012シーズンの年齢階級別の入院患者数です。図1の右のグラフは「重症患者数」と表題が附いていますが、頭部検査、人工呼吸器使用、ICU入室のいずれかがあった患者さんの集計です。入院患者、重症患者とも10歳以下の小児と70歳以上の高齢者で頻度が高いことがわかります。そしてさらに、重症の指標となる項目ごとに年齢階級別の患者数を集計すると(表1)、頭部検査は小児で、人工呼吸器使用は高齢者で頻度が高く、脳症は小児、肺炎は高齢者において特に注意すべき合併症であることがわかります。

(中野 貴司)

よくわかる

インフルエンザのすべて

河合内科医院院長/日本臨床内科医会インフルエンザ研究班班長 河合 直樹 編著



医薬ジャーナル社

VII. インフルエンザの予防と感染対策

2 園学校での注意，特に学校保健安全法等による出席停止期間について

〈1〉学校はいつまで休んだらいいのか

インフルエンザにかかった時は、「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」学校を休みます。ただし、医師が病状から感染のおそれがないと判断した場合は、これより早い時期でも登校は可能となります。このことは学校保健安全法施行規則に定められており、学校を休むことが必要と定められている期間を「出席停止期間」といいます。また、子どもではインフルエンザという病気は、通常は高熱を伴いますから、一般に「発症」とは「発熱」の症状が現れた日を指します。

「解熱した後2日を経過するまで」の日数の数え方は、お解りですか？図1で解説します。たとえば、「月曜日の正午」に平常時の体温（平熱，一般的には37.5℃未満）に回復したことが確認され、その後は発熱がなかったとします。すなわち、月曜日の正午に解熱した場合、学校保健安全法ではいつから登校が可能になるのでしょうか？図1

