

(4) インフルエンザ菌感染症、肺炎球菌感染症



<p>生後3か月～5歳までの細菌性髄膜炎、敗血症、細菌性肺炎などの原因の4分の3程度を占める。3か月～5歳に多く、特に6か月～2歳の子どもに好発する。</p>	
病原体	インフルエンザ菌(インフルエンザ菌b型(Hib)など)、肺炎球菌
潜伏期間	主に2～3週間(1～4週間)
感染経路	<p>主に飛沫^{まつ}感染。不顕性感染も多く、1歳児の30～50%が鼻腔^{くう}に両菌を保菌しており、保育施設の入園後1～2か月でその保菌率は80%程度にまで上昇する。</p> <p>両菌ともに保菌している期間は他への感染の可能性がある。</p>
症状・予後	<p>上気道炎、気管支炎、急性喉頭蓋炎、肺炎、敗血症、髄膜炎、中耳炎。日本でのこれまでのHib髄膜炎の発症は年間約600人で、約2～3%が死亡、約15%が脳障害や難聴などの後遺症を残すとされる。また肺炎球菌性髄膜炎の発症はこれまでは年間約200人で、約6～7%が死亡、約30%が脳障害や難聴などの後遺症を残すとされる。治療は適切な抗菌薬で行う。</p>
予防法・ワクチン	<p>2008年にHibワクチン、2010年に肺炎球菌結合型ワクチンの任意予防接種が開始され、ワクチン接種率の良い地域での発症は減少しつつある。2011年から全国的に公費助成が行われ接種率は上昇しており、2013年4月からは定期接種の対象となる。</p>
登校(園)の目安	<p>発熱、咳^{せき}などの症状が安定し、全身状態の良い者は登校(園)可能である。</p>

(5) 溶連菌感染症



A群溶血性レンサ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、腎炎を起こすことである。そのため、全身症状が強いときは安静にし、確実な抗菌薬治療を受け、経過を観察する必要がある。

病原体	A群溶血性レンサ球菌
潜伏期間	2～5日、膿痂疹（とびひ）では7～10日
感染経路	飛沫感染、接触感染。 適切な抗菌薬療法にて24時間以内に感染力は失せる。
症状・予後	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。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する可能性がある。とびひは水疱から始まり、膿疱、痂皮へと進む。子どもに多くみられるが、成人が感染することもある。治療は適切な抗菌薬で行う。
予防法・ワクチン	飛沫感染、接触感染の予防として、手洗い、うがいなどの一般的な予防の励行が大事。ワクチンはない。
登校（園）の目安	適切な抗菌薬療法開始後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。



(6) 伝染性紅斑^{こう}

<p>かぜ様症状の後に、顔面、頬部に蝶のような形あるいは平手打ち様といわれる紅斑^{こう}がみられる。ほほの真っ赤な発しんの状態から、りんご（りんごのほっぺ）病とも呼ばれている。学童に好発する。</p>	
病原体	ヒトパルボウイルス B19
潜伏期間	4～14日（～21日）
感染経路	主として飛沫 ^{まつ} 感染。 感染期間にかぜ様症状が出現した時。発しんが出現した時にはウイルスの排出はなく、他への感染力はない。
症状・予後	かぜ様症状と、引き続きみられる顔面の紅斑 ^{こう} が特徴である。発しんは両側の頬 ^{ほほ} と四肢伸側にレース状、網目状の紅斑 ^{こう} として出現。一旦消失しても再発することもある。合併症として重症の溶血性貧血や、妊婦が感染した場合には胎児が胎児水腫を発症する場合があるが、胎児感染があっても、それによる先天奇形は生じないと言われている。有効な治療薬はなく、対症療法が行われる。
予防法・ワクチン	飛沫 ^{まつ} 感染として一般的な予防法を励行。ワクチンはない。
登校（園）の目安	発しん期には感染力はないので、発しんのみで全身状態の良い者は登校（園）可能である。

(7) 急性細気管支炎 (RSウイルス感染症など)



冬期を中心に流行し、主に乳幼児が感染。呼吸困難に陥ることもある呼吸器感染症。	
病原体	主に RSウイルス
潜伏期間	主に 4～6日 (2～8日)
感染経路	飛沫 ^{まつ} 感染と接触感染。 感染期間は3～8日だが、乳幼児では3～4週間持続することもある。
症状・予後	発熱、鼻汁、 ^{がいそう} 咳嗽、 ^{ぜん} 喘鳴。年長児や成人では軽いかぜ症状で済む場合も多いが、新生児・乳児早期に感染した場合は、呼吸困難から人工呼吸管理を要することもある。乳幼児の突然死症候群の原因の一部であることが明らかになっている。有効な治療薬はなく、対症療法が行われる。ワクチンはない。
予防法・ワクチン	早産児、先天性心疾患、慢性肺疾患を持つ乳児では、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。
登校(園)の目安	発熱、 ^{せき} 咳などの症状が安定し、全身状態の良い者は登校(園)可能だが、手洗いを励行する。

(8) EBウイルス感染症



<p>年長児や成人が感染した場合、多くは無症状か、軽微なかぜ症状で経過することが多い。乳幼児や小児、免疫不全患者における感染で、時に重症化することがある。</p>	
病原体	EBウイルス
潜伏期間	30～50日
感染経路	キスや唾液を介した感染、濃厚接触による飛沫 ^{まつ} 感染。感染後、ウイルス排出は呼吸器から数か月間続く。
症状・予後	多くは無症状か、軽微なかぜ症状で済むが、伝染性単核症（発熱が数日から数週間持続、リンパ節腫大、咽頭・扁桃 ^{へん} 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、易出血）、悪性リンパ腫や上咽頭がんの原因となる場合もある。ウイルス特異的な治療薬はなく、対症療法や病型に応じた治療が行われる。ワクチンはない。
登校（園）の目安	解熱し、全身状態が回復した者は登校（園）可能である。

(9) 単純ヘルペス感染症



<p>ウイルスは1型と2型があり、口唇ヘルペス、歯肉口内炎、性器ヘルペス、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。</p>	
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週間
感染経路	水疱 ^{ほう} 内にあるウイルスの接触感染。潜伏し、再活性化することもある。
症状・予後	歯肉口内炎、口周囲の水疱 ^{ほう} 、アトピー性皮膚炎を持つ児ではカポジ水痘様発しん症（全身に水疱 ^{ほう} が多発）に発展など。治療は、内服、静注、軟膏の抗ウイルス薬等による。ワクチンはない。
登校（園）の目安	口唇ヘルペス・歯肉口内炎のみであれば、マスクなどをして登校（園）可能。発熱や全身性の水疱 ^{ほう} がある場合は欠席して治療が望ましい。

(10) 带状疱疹^{ほうしん}



<p>免疫状態が低下したときに、神経節に潜伏していた水痘・带状疱疹^{ほうしん}ウイルスが再活性化することで発症。小児でも発症することがある。</p>	
病原体	水痘・带状疱疹 ^{ほうしん} ウイルス
潜伏期間	水痘として感染し、神経節に潜伏していたウイルスが再活性化することで発症するため、期間は特定できない
感染経路	带状疱疹 ^{ほうしん} からは飛沫 ^{まつ} 感染はしないが、接触感染する。水疱 ^{ほう} が形成されている期間は感染力がある。
症状・予後	潜伏していた神経に一致した領域に、片側性に、丘しん、小水疱 ^{ほう} が帯状に群がって出現する。神経痛、刺激感を訴える。成人では痛みが強いが、小児ではかゆみを訴える場合が多い。治療は抗ウイルス薬。
予防法・ワクチン	海外では高齢者に带状疱疹 ^{ほうしん} 予防ワクチン（水痘ワクチン）が使用されているが、我が国では带状疱疹 ^{ほうしん} 用としては未承認。
登校（園）の目安	全ての発しん ^か が痂皮化するまでは感染力があるものの、水痘ほど感染力は強くなく、水痘のような空気感染・飛沫 ^{まつ} 感染はない。病変部が適切に被覆してあれば接触感染を防げるため、登校（園）可能である。ただし、保育所・幼稚園では、免疫のない児が带状疱疹 ^{ほうしん} 患者に接触すると水痘にり患しやすいため、感染者は全ての皮疹 ^{しん} が痂皮化するまでは保育児と接触しないこと。また、水痘が重症化する免疫不全宿主（水痘ワクチン接種を受けておらず、白血病や免疫抑制剤で治療中の者）がいる場合には、感染予防に対する細心の注意が必要である。

(11) 手足口病



<p>口腔粘膜と四肢末端に水疱性発しんを生じる疾患である。毎年のように流行するが、時に大流行がみられる。流行のピークは夏季であり、乳幼児に好発する。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。</p>	
病原体	コクサッキーウイルス A16 型やエンテロウイルス 71 型などのエンテロウイルス属
潜伏期間	3～6日
感染経路	飛沫感染、接触感染、経口(糞口)感染。 ウイルス排出は呼吸器から1～2週間、便からは数週から数か月間。
症状・予後	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、肘、膝、お尻などに水疱がみられるのが特徴。発熱は余り高くはないことが多く、1～3日で解熱する。一般的には夏かぜの一つと考えてよいが、エンテロウイルス属は無菌性髄膜炎の原因の90%を占め、ことにエンテロウイルス71(EV71)感染による脳炎を伴った重症例の報告がある。国内ではそれほどでもないがアジア各国では小児の重症疾患としてしばしば問題になっている。有効な治療薬はなく、対症療法が行われる。
予防法・ワクチン	飛沫感染、接触感染、経口(糞口)感染として一般的な予防法を励行。ワクチンはない。
登校(園)の目安	本人の全身状態が安定している場合は登校(園)可能。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現実的ではない。手洗い(特に排便後、排泄物の後始末後)の励行が重要。

(12) 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。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。春から夏にかけて多く発生し、流行のピークは7月頃である。夏かぜの代表的な疾患であり、4歳以下の乳幼児に多い。

病原体	主としてエンテロウイルス属のコクサッキー A 群ウイルス
潜伏期間	3～6日 ウイルス排出は呼吸器から1～2週間、便からは数週から数か月間。
感染経路	飛沫感染、接触感染、経口(糞口)感染
症状・予後	突然の発熱(39℃以上)、咽頭痛がみられる。咽頭に赤い発しんがみられ、次に水疱、間もなく潰瘍となる。有効な治療薬はなく、対症療法が行われる。エンテロウイルス属は無菌性髄膜炎を発症することがあるので注意が必要。
予防法・ワクチン	飛沫感染、接触感染として一般的な予防法を励行。
登校(園)の目安	全身状態が安定している場合は登校(園)可能であるが、長期間、便からウイルスが排出されるので、手洗い(特に排便後、排泄物の後始末後)の励行が重要。



(13)A型肝炎

<p>経口（糞口）感染する A 型肝炎は、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。2010年春には患者数の急増があった。40歳以下の日本人の抗体保有率はほぼ0%で、この年齢層は注意が必要である。小児の80～95%は感染しても無症状で済むが、重症化する例もある。無症状であっても便中にウイルスは排出されるため、感染予防が困難である。</p>	
病原体	A型肝炎ウイルス
潜伏期間	平均28日(15～50日)
感染経路	経口感染(牡蠣等の生の貝類)、糞口感染(家族や施設内)。ウイルスは黄疸出現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急速に弱まる。
症状・予後	子どもは無症状で済むことも多く、便の処理が十分に行われにくいことから、集団発生しやすい。乳児ではおむつから集団発生した事例もある。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。解熱とともに症状は軽快するが、完全に治癒するまでは1～2か月を要することが多い。劇症肝炎に発展することもある。2010年の小流行では2%が重症な肝炎を発症した。有効な治療薬はなく、対症療法が行われる。
予防法・ワクチン	ワクチンによる予防が可能。流行地への渡航予定者へは予防接種することが望ましいが、日本では16歳未満の小児に対するワクチンは未承認。 患者との濃厚接触者には、免疫グロブリンやワクチンを予防的に投与することがある。
登校(園)の目安	発病初期を過ぎれば感染力は急速に消失するので、肝機能が正常になった者については登校(園)可能である。



(14)B型肝炎

血液や体液を介して感染するウイルス性肝炎の一つで、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、母児感染防止事業によって発生数が減少しているが、事業の対象となる新生児の約10%で出産時及びその後の予防処置の脱落や胎内感染がみられ、また近年、幼少時の家族内感染や思春期以降の性的接触による感染が増加している。また、これまで海外に多いとされていたタイプの感染者が日本でも増えており、従来タイプに比べると、3歳以降においてもHBVキャリアになる例が増加している。

日本では、年間6,000人以上の新規感染者があり、B型肝炎ウイルスによる肝がんの死亡者は年間約5,000人、肝硬変による死亡者数は年間1,000人と推定。

病原体	B型肝炎ウイルス (HBV)
潜伏期間	平均 90 日 (45 ~ 160 日)
感染経路	HBV キャリアの母からの垂直感染、HBV キャリア者の傷口との接触、歯ブラシやカミソリなどの共用に伴う水平感染、性行為による感染。
症状・予後	出生時や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 ^{だん} などがみられる。まれではあるが劇症肝炎に発展し死に至る場合もある。急性肝炎の多くは治癒するが、一部はキャリアとなり、またやがて10～15%は慢性肝炎、肝硬変、肝がんへ進行する。治療は、急性肝炎の場合は対症療法が多く、慢性肝炎の場合は抗ウイルス薬やインターフェロン療法などがある。
予防法・ワクチン	HBV キャリアの家族には積極的にワクチン接種を行う。母児感染予防はその一環であり、HB 免疫グロブリン (HBIG) と HBV ワクチンを用いて予防する。家族内では歯ブラシ、カミソリの共有を避ける。幼稚園など不特定多数の幼児が生活するところでは、血液に触れる場合は使い捨て手袋を着用するなど、医療機関などで行われている標準予防策と同様にすることが必要である。
登校(園)の目安	急性肝炎の急性期でない限り、登校(園)可能である。HBV キャリアの出席停止の必要はない。ただし、キャリアの血液に触れる場合は手袋を着用するなど、上記の標準予防策を守ることが大切である。例外的な場合、例えば HBV キャリア児が非常に攻撃的でよくかみ付く、全身性の皮膚炎がある、出血性疾患がある等、血液媒介感染を引き起こすリスクが高い場合には、主治医、保育者、施設責任者が個別にそのリスクを評価して対応する必要がある。



(15) 伝染性膿痂疹(とびひ)^{のうかしん}

<p>ブドウ球菌などの皮膚感染によって、紅斑、水疱、びらん及び厚い痂皮ができる疾患。夏期に多く、乳幼児に好発する。</p>	
病原体	主として黄色ブドウ球菌やA群溶血性レンサ球菌
潜伏期間	2～10日。長期の場合もある。
感染経路	接触感染。痂皮にも感染性が残っている。
症状・予後	紅斑を伴う水疱や膿疱が破れてびらん、痂皮をつくる。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、A群溶血性レンサ球菌は痂皮ができやすい。病巣が広がると外用薬、更に内服や点滴による適切な抗菌薬療法を必要とすることがある。
予防法・ワクチン	皮膚を清潔に保つことが大切。集団生活の場では感染予防のため病巣を有効な方法で覆うなどの注意が必要。ワクチンはない。
登校(園)の目安	出席停止の必要はないが、炎症症状の強い場合や、化膿した部位が広い場合は、傷に直接触らないように指導する。



(16) 伝染性軟属腫 (水いぼ)

<p>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、中心にくぼみをもつ粟粒大から米粒大(2～5mm)のいぼが、主に体幹、四肢にできる。</p>	
病原体	伝染性軟属腫ウイルス
潜伏期間	主に2～7週(6か月までのこともある)
感染経路	接触感染。主として感染者への接触による直接感染であるが、タオルの共有などによる間接感染もある。感染すると、自家接種で増加する。水いぼの内容物が感染源となる。
症状・予後	いぼが数個散在する場合や、広い範囲にわたって多発する場合もある。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により多発する傾向がある。時にかゆみがあり、かいて傷つけることによって周囲に湿疹病変を作ったり、かき壊して膿痂疹を合併したりする。自然消退する場合もあるが、回復までに6～12か月、時に数年を要する。その間に他人にうつしたり、自家接種で増加したりするため、ピンセットで摘除したり、液体窒素などで治療することもあるが、放置して自然治癒を待つ場合もある。
予防法・ワクチン	プールや水泳で直接肌が触れると感染するため、露出部の水いぼは覆ったり、処置したりしておく。タオル、ビート板、浮き輪などの共用を避ける。ワクチンはない。
登校(園)の目安	出席停止の必要はない。



(17) アタマジラミ

<p>頭皮に寄生し、頭皮に皮膚炎を起こす疾患。児童に多い。誤解されることが多いが、衛生不良の指標ではない。</p>	
病原体	アタマジラミ。ケジラミ(主に性交渉で感染し陰部に寄生)やコロモジラミ(衣類に付着し発しんチフスを媒介する)とは異なる。
潜伏期間	産卵からふ化までは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、くし、帽子を介しての間接感染。
症状・予後	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。治療としてはシラミ駆除剤が有効。
予防法・ワクチン	頭髪を丁寧に観察し、早期に虫卵を発見することが大切。発見したら一斉に駆除する。タオル、くし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。ワクチンはない。
登校(園)の目安	出席停止の必要はない。ただし、できるだけ早期に適切な治療をする必要がある。

(18) 疥癬



<p>疥癬虫の寄生によって生じる。通常疥癬(普通に見られる疥癬)と角化型疥癬(ノルウェー疥癬)があり、角化型疥癬の方が症状や感染力が強い。家庭内や高齢者施設内での集団感染が多く、その結果乳幼児に感染が拡大し、保育所や幼稚園等で問題になる。</p>	
病原体	<p>ヒゼンダニ(疥癬虫)。雌成虫は約400μ、雄は雌の60%くらい大きさ。卵は3~5日でふ化し、脱皮しつつ幼虫、若虫、成虫になる。生活環は10~14日である。雌成虫が表皮角層にトンネルを掘り進み、4~6週間に1日2~4個産卵する。</p>
潜伏期間	<p>感染して約1~2か月。角化型疥癬は虫数が多く、潜伏期も短い。</p>
感染経路	<p>通常疥癬は肌と肌の接触感染であるが、寝具などを介しての感染もある。角化型疥癬では、寄生しているダニ数が多く、脱落した角質でも感染する。</p>
症状・予後	<p>通常疥癬では、体幹・四肢に丘疹・紅斑が種状に出現。激烈なかゆみを訴え、特に夜間に強い。陰部・わきの下の米粒大の結節、手のひら・足底、手首などの疥癬トンネルが特徴的。角化型疥癬は全身に皮疹が生じ、手のひら・足底の角質肥厚が顕著である。診断は、顕微鏡検査によるダニの証明。治療は入浴清潔、イオウ外用薬、必要時内服薬も用いる。</p>
予防法・ワクチン	<p>リネン・寝具を清潔に保ち、職員を介して感染が拡大しないように注意する。ワクチンはない。</p>
登校(園)の目安	<p>治療を始めれば出席停止の必要はない。ただし手をつなぐなどの遊戯・行為は避ける。角化型は感染力が強いいため、治癒するまで外出は控える。</p>

(19) 皮膚真菌症

①カンジダ感染症



新生児期、乳児期に好発する皮膚疾患。	
病原体	カンジダ、多くの場合カンジダアルビカンス
感染経路	接触感染
症状・予後	乳児寄生菌性紅斑 ^{こう} ：乳児では陰部又は股間のオムツ部、顎の下、わきの下などの間擦部に半米粒大までの紅色丘しん、水疱・膿疱 ^{ほう} が散在し、経過とともに破れ、鱗屑 ^{りんせつ} （表皮の角質が肥厚し、はく離したもの）を伴った湿潤・紅斑局面を作る。周囲の秕糠様落屑 ^{ひこうようらくせつ} （皮膚の角質が増して米ぬか様にはがれること）、丘しん・小膿疱 ^{のうほう} は特徴的である。石鹼 ^{けん} できれいに洗い、抗真菌薬を外用する。
予防法・ワクチン	蒸れや汗で感染しやすいため清潔にする。まめにオムツを替える。ワクチンはない。
登校（園）の目安	出席停止の必要はない。乳児のオムツ交換時に、他の児と接触しないようにする。

②白癬^{せん}感染症、特にトングズランス感染症

中学生・高校生・大学生の柔道、相撲、レスリングなど、格闘技のスポーツ選手に好発する。互いに肌や頭部を接触させる競技の選手たちにまん延しており、管理する指導者が本疾患に対する認識を持つことが重要。感染が判明すると試合に出られなくなると、隠している選手が少なくない。一人でも真菌感染が発覚したら、その一集団全員の早期の検査と早期の治療が必要であることについて、まずは指導者への啓発活動を行うべきである。

病原体	トリコフィトン・トングズランス(白癬菌 ^{せん} の一種)
潜伏期間	数日から数週間
感染経路	接触感染
症状・予後	主には頭部 ^{せん} 白癬と体部 ^{せん} 白癬。体部ではわきの下・陰部又は股間 ^{こう} の紅斑のほかにも必ずしも皮疹を生じず、皮膚表面の擦過培養で、菌要素が得られる例がある。頭部 ^{せん} 白癬では、脱毛部や毛髪がまばらな部分に菌の集塊の黒色点が見られる例や、重症でケルスス禿瘡(とくそう:頭部に発生する皮膚病。時に毛髪が抜け落ちる)状態になる例もある。治療は抗真菌薬の外用や内服。特に合宿生活者には予防投与が必要な場合がある。
予防法・ワクチン	①練習や試合の終了時、できるだけ早く入浴又はシャワーで、体や頭を石鹸で洗う。シャワー施設がない場合は、水道の蛇口下で頭を洗い、濡れタオルで体を清潔にする。②練習・試合に身に着けていた衣類はよく洗濯する。部員同士で、帽子・シャツ・タオルなどの貸し借りはしない。③練習前後に道場・体育館の床、マットなどの念入りの清掃が必要。④疑わしい皮疹 ^{しん} のある生徒、その周囲の生徒を皮膚科受診させる。これは監督者の義務と考える。⑤感染が判明した場合は、試合はもちろん練習も休ませる。(全日本柔道連盟が提示した予防策) 早期の検査と治療によって、早く練習・試合に回復できることの理解も必要である。
登校(園)の目安	出席停止の必要はない。ただし、接触の多い格闘技の練習・試合などは、感染のおそれなくなるまでは休ませる。

【参考情報 6】 学校において予防すべき感染症の Q&A

Q1. インフルエンザと普通の風邪はどう違うのですか。

【回答】

風邪は様々なウイルスによって起こりますが、普通の風邪の多くは、のどの痛み、鼻汁、くしゃみや咳などの症状が中心で、全身症状は余り見られません。発熱もインフルエンザほど高くなく、重症化することは余りありません。

一方、インフルエンザは、38℃以上の発熱、頭痛、関節痛、筋肉痛など全身の症状が突然現れます。併せて普通の風邪と同じように、のどの痛み、鼻汁、咳などの症状も見られます。子どもではまれに急性脳症を、御高齢の方や免疫力の低下している方では肺炎を併発する等、重症になることがあります。

なお、インフルエンザに限らず、普通の風邪であっても、正確な体温は重要な情報となります。「熱っぽい」「体が熱い」といった主観的な判断ではなく、実際に体温を測ることが大切です。症状の出始めはもちろん、経過中、また軽快したと思われる場合であっても、完全によくなくなるまでは、定期的に体温を測るようにしましょう。

Q2. 平成 21 年度に流行した新型インフルエンザは、どうなったのでしょうか。

【回答】

平成 21 年度当時の新型インフルエンザ (H1N1)2009 の流行時には、人々が免疫を持っていないため大規模な季節外れの流行がおき、新型インフルエンザウイルスのみの流行が広がり、他の亜型のウイルスが流行しなかった、といった新型インフルエンザに特有の特徴がありました。

平成 22 年度においては、これら新型インフルエンザ特有の事情は確認されませんでした。

このような状況を踏まえ、平成 23 年 3 月 31 日、新型インフルエンザについて、通常の季節性インフルエンザとして扱い、対応も通常のインフルエンザ対策に移行されました。

Q3. インフルエンザワクチンの接種量及び接種回数は年齢によって違いますか。

【回答】

インフルエンザワクチンの接種量及び接種回数は次のとおりとなっております。

(1)6 か月以上 3 歳未満の方	1 回 0.25mL	2 回接種
(2)3 歳以上 13 歳未満の方	1 回 0.5mL	2 回接種
(3)13 歳以上の方	1 回 0.5mL	1 回接種

1 回目の接種時に 12 歳で 2 回目の接種時に 13 歳になっていた場合、12 歳として考えていただいて構いません。

注 1)13 歳以上の基礎疾患（慢性疾患）があり、著しく免疫が抑制されていると考えられる方などは、医師の判断で 2 回接種となる場合があります。

注 2) 一部のワクチンは、(1)については「1 歳以上 3 歳未満の方 1 回 0.25mL 2 回接種」となります。

Q4. 家族がインフルエンザにり患した場合は、児童生徒に症状がない場合、若しくは軽度の発熱等だった場合も、インフルエンザの検査をした方がいいのでしょうか。

【回答】

インフルエンザ迅速検査は、検査に適したタイミングがあり、また、検査に伴う痛みもあります。検査の限界もあることから、迅速検査のみで 100% インフルエンザと診断できるわけではありません。また、逆に、家族のインフルエンザのり患歴などから、臨床的にインフルエンザと診断されることもあります。検査が必ず必要というわけではないため、医師等に相談の上、適切な対応をしてください。

※インフルエンザについての詳細な Q & A については、厚生労働省のホームページを御参考ください。

厚生労働省ホームページ

<http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekaku-kansenshou01/qa.html>