

第80回総会教育講演

新興呼吸器感染症とその対策

岡部 信彦

要旨：新興感染症，再興感染症の出現など，感染症の存在は再び見直されることになった。新興感染症の多くはウイルス感染症である。その発生はいわゆる発展途上国に限ったことではなく工業的先進国にも見られ，アジアに多いことも目立つ。病原体は動物由来と考えられるものが多い。そのような背景のもと，SARSが2003年に現れ，そして消え去ったかのように見えている。感染症対策，公衆衛生対策，感染症と経済，感染症と人権，国際間の人の行き来，国際協力など，多くの問題を提起した。2004～2005年，わが国も含むアジアにおける鳥の間での鳥インフルエンザウイルス H5N1 の流行は，その影響としてベトナム，タイ，インドネシアで限定例ではあるがヒト感染例が見られた。そして新型インフルエンザウイルスが登場するプロローグとしての可能性が危惧されている。感染症対策に必要なこととして，感染症の存在の認識，サーベイランスの強化，医療機関・保健行政機関・医育機関・研究機関など多くのセクターの協力が必要である。そして感染症対策は，地球的規模で取り組むことが必要である。

キーワード：新興感染症，呼吸器感染症，SARS，鳥インフルエンザ，感染症対策

感染症の変貌

かつて「病氣」といえば流行病あるいは疫病，すなわち感染症（伝染病）がもっとも恐れられ，またそれが中心であった。しかし病原体の発見，検査法や診断法の進歩，そして抗生物質やワクチンの開発と普及，衛生環境の向上，栄養状態の改善そして医療そのものの向上などによりかなりの感染症は激減した。死に至る感染症も少なくなり，疾病構造は感染症から悪性新生物，心疾患，脳血管疾患などに置き換わってきた。確かに感染症を直接の死因とすることは激減し，日常における感染症の罹患状況も格段に良くなってきた。しかし，感染症が二次的に発生し，死の原因となることは少ないことではない。またわが国における死因の第4位は肺炎であることに気づく人はそう多くはない。医療の進歩は一方では免疫機能低下者の数を増やし，その結果として易感染状態に対する注意，管理は医療現場においてさらに重要になり，正しい感染症対策が一層求められるようになってきている。これまでに，人類が自らの手によって完全に根絶する

ことができた感染症は，天然痘ただ1つである。天然痘につぐ根絶の第2の標的であるポリオは次第に多くの国々から消え去りつつあるが，最終段階で足踏み状態となっている。一方で，これまでに存在しなかった感染症や病原体が証明されることにより感染症であることが明らかになった疾患（新興感染症）や，すでにわれわれの目の前から姿を消してしまったかのように考えられていたが再び姿を現してきた感染症（再興感染症）など，その種類はむしろ増加している。

再興感染症の例としてマラリア・ペスト・ジフテリア・ Dengue熱・髄膜炎菌性髄膜炎（流行性髄膜炎）・黄熱病・コレラなどが挙げられる。結核は多剤耐性菌の問題も含めて再興感染症の代表的疾患の1つであり，わが国では，1997年には結核患者の発生が38年ぶりに増加傾向に転じた。

表1は，ここ10年ほどの間に話題となった感染症を列記したものである。その多くはウイルス感染症であり，ことに変異のスピードが速いといわれるRNAウイルスが中心となっている。地域的にはその発生源はアジ

表1 最近問題になった感染症

1996	O157 食中毒	日本	
1997	手足口病・急性脳炎	マレーシア	
1997	鳥インフルエンザ	香港	トリ→ヒト (肺炎)
1998	ニパウイルス	マレーシア	コウモリ→ブタ→ヒト (脳炎)
1998頃	インフルエンザ脳症	日本	
1999	ウエストナイルウイルス	米国	トリ→カ→ヒト (脳炎)
2000	エボラ出血熱	ウガンダ	サル(?)→ヒト→ヒト
2001	炭疽 人為的散布	米国	
2001	天然痘 (痘瘡)	?	
2003	SARS	世界中 (発祥: 中国)	?→ヒト→ヒト
2004	鳥インフルエンザ	ベトナム, タイ, カンボジア, インドネシア	トリ→ヒト
2005	マールブルグ病	アンゴラ	サル→ヒト
2005	ブタ溶連菌	中国	ブタ→ヒト

アにも多く、また必ずしも発展途上国に限っているわけではない。そして明らかになった新たな病原体は、何らかのかたちで動物からヒトに伝播してきた動物由来感染症であることが多い。またこれらを臨床的に見ると、中枢神経感染である場合(手足口病に合併する急性脳炎、ニパウイルス感染症、インフルエンザ脳症、ウエストナイルウイルス脳炎)あるいは呼吸器感染症として発症するもの(鳥インフルエンザウイルス感染、インフルエンザ脳症、炭疽一肺炎炭疽一、SARS)が多い。

感染症の変貌—その要因—

感染症が再びわれわれにとって身近な問題として戻ってきた大きな要因として、人口の増加そして都市化、集団的な生活機会の増加、食習慣、性習慣をはじめとする生活習慣の急速な変化、自然環境の破壊、人の居住地の拡大による人と野生動物の距離の接近(動物のみのものであった微生物の、人社会への侵入)など、多くのものが挙げられる。そして交通機関の発達による人と物の大量でしかも短時間での移動は、病原体の移動をも容易にした。以前であれば遠い土地での局地的な発生であっても、今ではあつという間に世界中に拡大する可能性があり、離れた土地での感染症の発生は対岸の火事ではなくなっている。

抗菌薬の進歩が、感染症による死亡数を著明に減少させた一因であることは間違いがないが、その用量は世界中至る所で急速に増加した。その結果、一方では弱毒菌の中で薬剤耐性菌が増加することとなり、これらの菌は世界中にはびこり、いずれの国の臨床の場でも新たな難治性感染症の原因菌として問題を投げかけている。

また近年の社会情勢は、忘れられかけている感染症の病原体が、生物兵器として使用される可能性について危惧されるようになってきた。炭疽、天然痘、野兎病、ボ

ツリヌスなどが再び注目を浴びるようになったのは、生物兵器としての可能性である。せっかく人類の手で根絶した疾患がこのような形で再び世の中に現れてくることは何とも言えぬ悲しい思いであるが、各地での戦争状態、わが国におけるオウム真理教によるサリン事件、ニューヨークにおけるビル爆破とそれに続いた炭疽事件など、現実残念ながらそれへの備えも求められており、忘れられていた教科書をひもといてみる必要ができてしまった。

つまり現在の地球上の状態は、感染症に対して警戒を緩めて良い状態では決してない。

第80回日本結核病学会総会の教育講演では、これらの背景を述べた上で、最近の新興呼吸器感染症の各論として、SARSと鳥インフルエンザについて解説をした。

突然に現れ、そして消えていった SARS

病原不明の重症肺炎として2003年3月頃より注目され、WHOにより Global Alert として世界中に注意が喚起された SARS (Severe Acute Respiratory Syndrome: 重症急性呼吸器症候群) は、世界的規模で原因の探究と対応が行われた。その結果病原体も異例の早さで明らかにされ、新たな知見が積み重ねられたが、不明の点もまた未だ多い。そして、各種の介入が成功したか、あるいは自然に消滅したという見方もあるが SARS は次第に終息し、2003年7月5日「最近の地域内伝播」として指定された国はなくなった。2003年9月26日時点での患者数は8098名、死亡者774名である(図1、表2)。

その後2003年9月シンガポールにて1名の感染者が、2003年12月台湾にて1名の感染者が、それぞれ実験室内での感染例として確認されている。両事例とも、早期発見と早期隔離、早期からの疫学調査などにより二次感染はなく、そのことが確認されており、人々も比較的冷

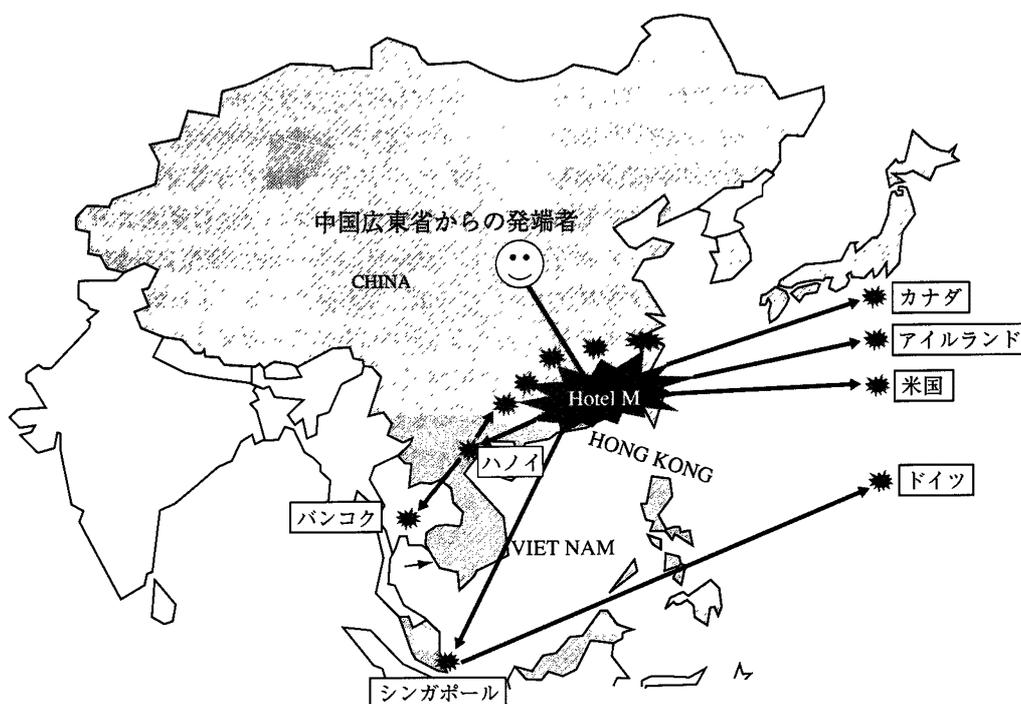


図1 原因不明の非定型肺炎→重症急性呼吸器症候群：SARS 2003

静に対応できたといえる。また幸い両例とも予後は良く、いわゆる super spreader としての要素もなかったともいえる。

2004年1月、中国広東省では4名の感染例が確認されたが、散発的な感染例であり、流行の拡大の危険性はないとみなされた。しかし患者発生は自然発生的でありその原因として、食材であったハクビシン起源説が、また浮かび上がったりもした。原因の詳細は不明である。

さらに2004年4月、中国衛生部は9名のSARS症例を報告している。初発患者は26歳の大学院生で、中国CDCでアデノウイルスを研究していたが、感染が生じた後に複数回、実験をしていた北京と故郷の安徽省を往来している。この大学院生の患者家族および看護者、そしてその周囲に感染が拡大したもので、感染が3世代、8名まで広がった可能性が示唆されている。初発患者の母親は初発患者を看病していたことにより感染し、死亡している。中国衛生部は「今回の集団発生は腸管感染症ウイルス実験室内の感染である」と結論づけ、SARSの実験室内感染の原因は、実験室内バイオセーフティ管理が不適切であったこと、規則が遵守されていないこと、実験者の不適切な実験操作があったこと、実験室内安全対策が十分でなかったことにある、とした。

本事例が2003年前半のような大規模な集団発生には至らなかったことは不幸中の幸いである。「その病気についてすでに知られている」という点で、対策が早期になされたためであったといえる。多くの人が「知ってい

表2 SARSの基本となる知見

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • 主な感染経路は濃厚な接触と飛沫感染（医療機関内での感染拡大防止が重要） • 空気（飛沫核）感染の可能性は否定できない
—特に重症肺炎患者の管理に注意 • 症状のない人からの感染の可能性はゼロまたはきわめて少ない • 市中での感染の可能性はゼロではないがきわめて低い（例外・家庭内感染） |
|---|

る」ということは大きい違いである。しかし今回の事例がバイオセーフティ管理が十分になされていたら、二次感染、三次感染の拡大はさらに縮小できたであろう。そしてもし本事例が意図的に隠され続けたとしたら、あるいは誰もが知識も経験もなく一般の肺炎として放置されていたとしたら、おそらくは昨年と同様、多くの人が気づいたときはSARSの流行のまっただ中にあるということになったことは容易に想像される。

今回の事例は、①SARSの潜伏期間はほとんどの患者についてほぼ10日以内である、②潜伏期間（症状のない頃）の感染性はない、③SARSの感染性について、発症後5日目以降が、感染のリスクは大きい、等に基づいて徹底した接触者調査を行うことと、高危険接触者に対する自宅あるいは施設内隔離と医学的観察といった、迅速な封じ込め対策の重要性に関しては変わりがなく効果的である、という点が再認識されたものでもある。

SARS感染拡大の予防

感染の拡大が見られた地域の医療関係者が一様に言うことは、SARS発生初期には誰もこの病気の感染性が分からず、通常の肺炎として取り扱った結果院内感染の拡大が見られた、ということである。つまり、肺炎の患者を診るにあたって「感染予防」ということがほとんどなされていなかったことを機に、本症は院内で拡大を始めたのである。院内感染予防対策の基本に「標準予防策 standard precautions の考え方の導入」と「メリハリの利いた予防対策」ということがあるが、すべての医療機関でこの考え方の理解と、要に応じて直ちに実施できる体制をとっておくことが必要である。SARSのみならず、感染症予防対策の考え方の底上げが、今ほど求められているときはない。またこのためには、患者である一般の人々の受診時における協力を求める（診察時に発熱、咳、渡航歴などを訴えるのではなく、事前に連絡をしてもらうこと、要に応じてマスクなどの防具をつけてもらうことなど）ことも必要である。

幸いわが国には国内での感染拡大例はなく、国内における発生はゼロとなっている。しかし、SARSも脅威が世界的に去ったわけではなく、わが国での感染拡大の危険性がなくなったわけでもない。しかし感染患者全般のトリアージ、一般医療機関における標準予防策の導入、必要などところにおけるバリアナーシングの導入と、重症患者の徹底した感染予防管理、を行うことが常に必要である。また多くの呼吸器感染症を見ることの多い一般外来診療においては、SARSのような新たな、そして既知ではあるが稀である疾患も含んだ全体の呼吸器感染症対策として、肺炎と考えられる患者の受診早期段階でのトリアージ（電話相談の採り入れ、受け付け段階での問診、柔軟な受診順番、診察場所の工夫など）、肺炎の可能性のある患者を診る際の医療者側の外科用マスクの着装、患者側へのマスク着装依頼など、社会的受け入れも考えた外来診療形態の変化が今後さらに必要であろうと考える（表3）。

表3 一般診療の中で稀なSARSも含めた数多い呼吸器感染症の対策

<ul style="list-style-type: none"> 呼吸器感染の鑑別診断（病原診断） 	重症化予防、拡大予防
外来において	
<ul style="list-style-type: none"> 肺炎の疑い患者のトリアージ —電話相談、来院時の早い段階での問診 医療側の外科用マスクの使用 発熱・咳のある患者へのマスク着用のお願い 	

鳥インフルエンザの流行

〔インフルエンザウイルス〕

インフルエンザウイルスはA, B, C型に分けられ、A, B型はヒトで毎年流行するインフルエンザの中心である。A型ウイルスの表面にあるスパイクHAおよびNAは、H1-H15, N1-N9の亜型に分類され、ほ乳類や鳥類にも広く分布している。水鳥類、特にカモは現在知られているすべてのA型ウイルス（H1からH15までとN1からN9までのさまざまなウイルス）を保有しており、あらゆる動物のA型インフルエンザウイルスの起源・供給源ではないかといわれているが、カモはほとんど症状を現さない。

ニワトリや七面鳥、水鳥などに対して、神経症状（首曲がり、元気消失等）、呼吸器症状、消化器症状（下痢、食欲減退等）など強い全身症状を示すものを「高病原性鳥インフルエンザ（Highly Pathogenic Avian Influenza; HPAI）」と呼ぶ。高病原性とは、鳥にとって高病原性の意味で、その致死率の高さからかつてはこれを家禽ペストと呼んだ。一方、弱毒性（Low Pathogenic Avian Influenza; LPAI）もある。これまでHPAIはHAの型が5と7に限られているが、H5やH7の中にも低病原性のウイルスが存在する。

家禽ペストが最初に報告されたのは、1878年イタリアであり、わが国では1925年に発生した記録がある。家禽ペストは、各地でその存在が明らかとなり、1960年代から1970年代にかけては、数年おきにいろいろな国で発生があったことが記録されている。1983年にペンシルバニアで発生した鳥インフルエンザA/H5N2は、当初は病原性の弱い流行であった。しかしその後ウイルスが高病原性を獲得し、感染鳥の死亡率が急増した。これは低病原性鳥インフルエンザウイルスであっても、ニワトリの間で感染を繰り返すうちに、突然変異により高病原性に変化する可能性のあることが示されている。

その後も各地で鳥の間での鳥インフルエンザの発生は生じている。

〔ヒトは鳥インフルエンザウイルスの感染を受ける？〕

20世紀、ヒトは3回新たなインフルエンザウイルスの出現に見舞われ、世界規模の流行となり（パンデミック）多くの人が感染、死亡者が急増した。1918年スペインインフルエンザ（A/H1N1）、1957年アジアインフルエンザ（A/H2N2）、1968年香港インフルエンザ（A/H3N2）の出現であり、1968年以降現在ではA/H3N2とA/H1N1（ソ連）そしてB型がヒトの間で流行しているインフルエンザウイルスとなっている。これらのインフルエンザウイルス（A型）が新型として人間社会に登場するのは、鳥インフルエンザウイルスが家禽類からブタを介してヒ

ト型のインフルエンザウイルスに変異し、ヒトの間で感染が拡大するのではと言われていた。トリからヒトへの直接的感染はないとされていた。

しかし1997年香港では、養鶏場での A/H5N1 の流行に続き 18名の H5N1 感染発症者（うち 6名死亡）が確認された。トリからヒトへの直接的感染があり得ることが初めて判明したものである。当時の香港政府は 150万羽におよぶ鶏類を殺処分とした。

1999年には香港で 2名の小児 H9N2 感染例（いずれも軽症気道感染症）が報告されている。

2000年代にはいると、香港、マカオ、韓国、中国、米国、イタリアなどで鳥の間での鳥インフルエンザの発生が見られているが、2003年1月には福建省に帰省し、香港に戻った親子 2名（うち父親が死亡）で H5N1 感染が確定し、1997年以來の H5 ヒト感染例となった。当時拡大しつつある原因不明の非定型肺炎（後で SARS と命名）は、H5N1 が新型インフルエンザとなってヒトに拡がりつつあるのではないかと考えられた時もあった。また 2003年 2～4 月には、オランダ、ベルギー、ドイツ、デンマーク、韓国、ベトナムで鳥インフルエンザが発生し、ヨーロッパにおける H7N7 ウイルスによる流行では、1000万羽以上のニワトリが処分された。オランダの流行では養鶏業者ら約 100 名が感染し結膜炎を発症、数名に呼吸器症状が見られた。そして獣医師 1 名が重症呼吸

器感染症となり死亡している。

〔2004～2005年の鳥インフルエンザの流行（図2）〕

2004年1月5日、ベトナムのハノイで小児を中心とした不明の重症肺炎の流行が報告された。当初 SARS などの発生も考えられたが、南北ベトナムにおいて養鶏場の鶏の大量死亡、そしてその原因が鳥インフルエンザであることが確定され、やがてこれらの不明重症肺炎例も H5N1 感染であることが明らかとなった。そして 1月 12 日、山口県での発生、同 13 日再び韓国での H5N1 感染拡大の報告が相次いだ。同 15 日には、台湾でも鳥インフルエンザの発生が確認されたが、病原性の低い A/H5N2 であった。

1月 23 日、タイ国内で初めての H5N1 ウイルス感染が発生したことが報告され、次いで、ヒトでの H5N1 感染確定例が 2 例あることが明らかとなった。その後カンボジア、中国本土 10 カ所、ラオス、インドネシアにおいて、家禽の間での H5N1 ウイルス感染が確認され、わが国では、山口県に引き続き、大分県（ペットとして飼育されていたチャボ）、京都府、兵庫県などで養鶏場での A/H5N1 の集団発生が見られたが、鳥の殺処分、衛生管理などで収束した。ヒトでの感染発症者はこれまでのところない。

2004年に H5N1 以外の鳥インフルエンザの発生が見られたのは、パキスタン（H7）、米国（H7、H5N2）、カナ

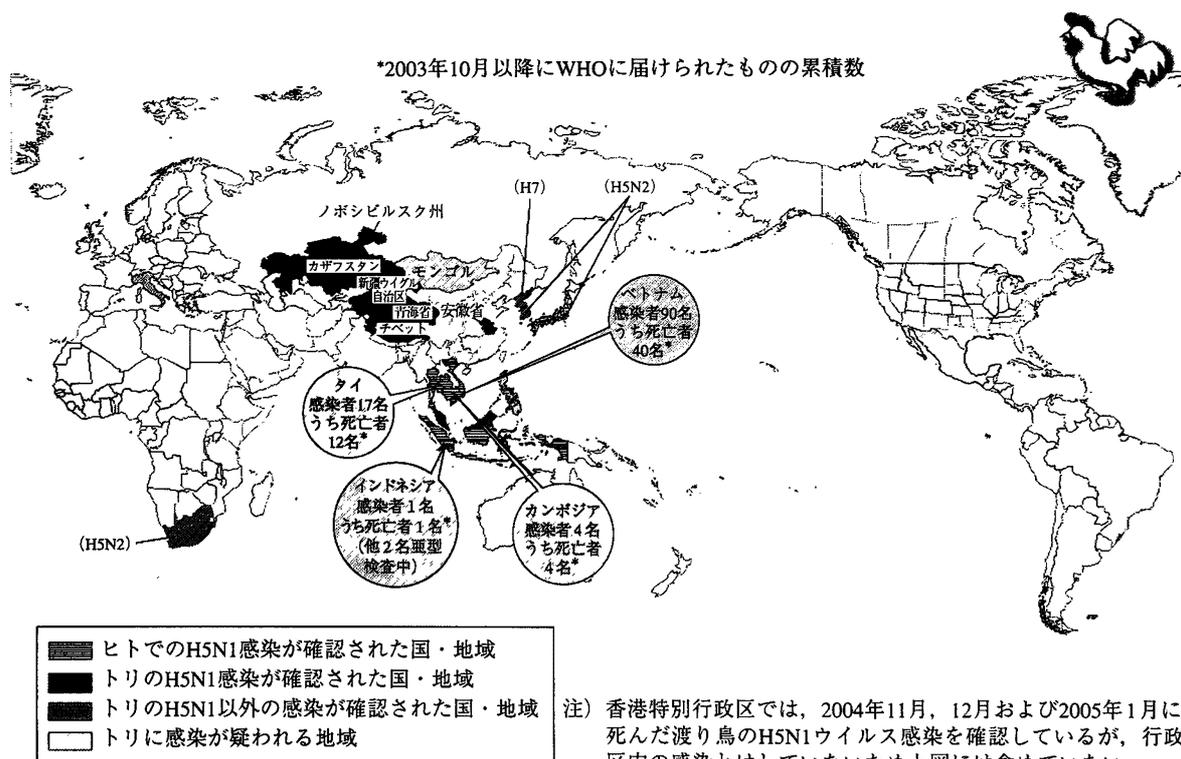


図2 鳥インフルエンザの公式発表にもとづく分布（2004年6月～2005年8月16日現在）
（WHOとOIEおよび他の政府機関公表情報をもとに感染症情報センターが作製）

ダ (H7N3), 南アフリカ (H6), エジプト (H10N7) などであり, ヒトでの感染例は6月末で, タイで12例 (うち死亡8), ベトナム22例 (死亡15), エジプト2例, カナダ2例となっている。

8月ベトナム, タイでは再び家禽類でのH5N1の流行が発生, マレーシアでも流行が見られた。2004年12月末におけるH5N1のヒトでの感染者数の累計は, タイ17例 (うち死亡12), ベトナム27例 (死亡20) となっている。

2005年ベトナムでの鳥の間でのインフルエンザは収束せず, 2005年8月16日までに感染者数90名, うち死亡者40名となった。さらにカンボジア, インドネシアでも鳥の間での鳥インフルエンザが発生し, ヒト感染例がカンボジア4例 (4例死亡), インドネシア1例 (1例死亡) となっている。これまでのところヒトからヒトへの感染は証明されていない。

わが国では鳥のH5N1は収束したが, 2005年7月茨城県の養鶏場においてH5N2が発生し, 8月22日現在埼玉の一農場に飛び火している。ただしH5N2は鳥にとって弱毒タイプであり, ヒトにおける感染発症例はこれまでに世界でない。

ヒトが鳥インフルエンザウイルスの感染を受けると, H7型は結膜炎が主症状であったが, 香港 (H5) では発熱, 咳などから多臓器不全まで様々であった。ベトナムでは, 発熱・咳嗽から急速に進行する肺炎で, 致死率が高い (表4)。但し2005年に入ると致死率は2004年の74%から32%に低下している。ヒトのA型インフルエンザウイルス迅速診断キットで, 鳥インフルエンザウイルスを検出することは可能であるが, 感受性がヒトの場合同等であるかどうかは不明である。またヒト型かトリ型かは, ウイルスの分離を行い詳細な解析が必要である。抗インフルエンザウイルス薬は, 鳥インフルエンザにも効果があるといわれているが, 臨床知見は乏しい。鳥インフルエンザに対するヒトのワクチンは, 研究開発中である。

表4 ベトナムにおけるヒトH5N1例の臨床的特徴

- 臨床症状
 - 高熱 (> 38℃)
 - 咳
 - 呼吸困難
 - 下痢
 - 急速に進行する肺炎
- 高い致死率
 - 発症から死亡まで: 6~17日 (中間値9日)
- 抗ウイルス剤
 - 使用しているが効果不明 (遅い使用開始)

トリでの感染が拡大すれば, 畜産としてのトリの被害も大きく, また人間に飛び火する確率は高くなり, 新型インフルエンザウイルス登場の確率は高まる。現段階では通常の生活の中で鳥インフルエンザに関する特別な予防を行う必要はないが, トリの間でのインフルエンザの流行を早く検知し, トリの間での感染拡大を速やかに防ぎ (殺処分が最も有効とされている), トリの被害を最小にし, そしてヒトへの伝播を食い止めることが重要である。

トリにおけるインフルエンザウイルスの発生動向, そしてヒトでの感染例の発生動向は今後も予断を許さず, サーベイランスの強化が重要である。

感染症対策に必要なこと

感染症対策の第一歩は, 感染症の存在を知ること, つまり, 不明 (未知) の疾患に対して感染症ではないかと疑うことにある。患者に接する者は, よくその話を聞き, ヒントをつかみ, よく診る必要がある。そしてそれに対する適切な検査法を選択することが重要である。感染症を疑う場合には, 保険診療の制約がある中であっても, 可能なかぎり微生物学的検査, 病原診断を行うようにすべきである。グラム染色を学生実習で習っても, それを臨床現場で使いこなせる医師は数えるほどにすぎないという現状は, いくらPCRのような検査が普及しても, 感染症の本質を知ることが難しい。基本的な検査法に習熟, あるいは理解をしておくこと, そして次世代に伝えていくことが必要である。

治療にあたっては, きわめて常識的なことではあるが, その疾患に対して適切な治療を選択することにある。適切な治療とはその疾患を知っていなければ不可能であり, 余計な (過剰な) 治療を加えてはいけないということが含まれている。

さらに患者の感染力, 感染経路を知り, いかに感染の拡大を防止するかを併せて考える必要がある。

感染症というものに対して医学教育や研究部門を見直し, 医療関係者の感染症の診断と治療, 研究に関する医学・医療センスを再び向上させる必要がある。

感染症の存在を知るために基本的なことは, 感染症サーベイランスを強化・充実させ, 日常の感染症の動向をまず知ることにある。日常的な疾患の状況がつかめて初めてそこから外れた異常なものの存在を速やかにつかみ取ることができる。一医療者, 一医療機関が, これらの感染症の動向を自らのものだけにしてしまったのでは, きわめて限られた経験に基づいたきわめて限られた対策にとどまり, 点としかならない。より確実な対策を立てるためには, 点における経験が情報として提供され, その結果が集積・分析されることによって初めて地

域全体としての対策を考えることができる。しかし集積された情報は、情報が集積された場所のみでの対策を立てるための資料や記録としてとどまってはならない。可能なかぎり、速やかに情報の提供者に還元される必要がある。集積された情報が還元されてこそ、臨床の現場に多くの経験が生かされることになり、受益者である患者に還元されることになる。サーベイランスを強化・充実させるということは、正しい質の高い情報が報告され、また、速やかに収集・解析され、そして収集・解析された情報が速やかに還元されることにある。そして、質の高い情報の提供は、医療現場における質の高い医療の提供を可能にするものである。

ま と め

現代の感染症はかつての死の疫病ではなくなり、多くの方が安心して過ごせるようになった。しかし一方では新興・再興感染症のように新たな、また再び問題となってきたものも少なくない。また一部の国では良い状況となってきた感染症であっても、地球規模で考えた場合には決して改善されていない、むしろ死の原因として依然大きな問題となっているものもある。さらにせっかく人類が総力を挙げて根絶に成功した天然痘が、バイオテロという卑劣な武器として再び注目を浴びてきているなど、きわめて悲しい現実もある。

これらの感染症もその多くは初期症状はかぜ症状であったり、急性胃腸炎症状であったり、いわゆる日常疾

表5 今後さらに必要なこと

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • 感染症専門家(基礎研究, 疫学, 臨床)の養成, 配備 • 医学教育・医療機関における感染症教育の強化 • 医療機関, 医育機関, 研究機関, 行政機関の連携・協力 • 国際連携(協力)の強化 • 広く一般に, 感染症に関する理解をしてもらえるよう努める |
|---|

患との鑑別は困難である。しかし、これらの生物テロとして使用される疾患も意図的な発生でなければ「個々の感染症」であり、SARSで代表されるように新たな感染症も気がつかなければ初期は日常的な疾患である。基本的に重要なことは日頃から感染症への対応をきちんとしておくこと、であろう。近年、感染症危機管理という言葉を目にすることが多いが、それぞれの場における感染症に対するセンスの向上が感染症対策の第一歩であると考え(表5)。

謝 辞

本稿は第80回日本結核病学会総会(平成17年5月12～13日, 大宮市)において行った教育講演の内容に基づいてまとめたものである。

講演発表の機会を与えて頂いた川城丈夫会長に厚く御礼申し上げます。

The 80th Annual Meeting Educational Lecture

PRESENT SITUATION AND CONTROL ON EMERGING RESPIRATORY
INFECTIOUS DISEASES SUCH AS SARS AND AVIAN INFLUENZA

Nobuhiko OKABE

Abstract Infectious diseases have been recognized again due to appearing of emerging and re-emerging infectious diseases in the world. Most of them occur not only in developing countries but also in developed countries, and in Asian region. The pathogen is mainly virus and most of them are suspected zoonotic origin.

SARS emerged in the world abruptly and disappeared in 2003. We have had many lessons and learn on control measures, public health, economic impacts, human rights, international cooperation and infectious diseases.

The outbreaks of avian influenza among fowls have been occurred since 2004, and some fatal human cases infected with avian influenza virus are detected in Viet Nam, Thailand, Cambodia and Indonesia. Although the total number of human cases are still limited and human to human transmission mode is not yet detected, it has been concerned the possibility to shift new types of influenza for human as pandemic.

It is necessary to recognize correctly on existing of infec-

tious diseases, to enhance surveillance, to call partnerships among several sectors such as medical institutes, medical education institutes, research institutes and public health departments. Further, infectious disease control should tackle in global level.

Key words: Emerging infectious diseases, Respiratory infectious diseases, SARS, Avian Influenza, Infectious disease control

Infectious Disease Surveillance Center, National Institute of Infectious Diseases

Correspondence to: Nobuhiko Okabe, Director of Infectious Disease Surveillance Center, National Institute of Infectious Diseases, 1-23-1, Toyama, Shinjuku-ku, Tokyo 162-8640 Japan. (E-mail: okabenob@nih.go.jp)