

の役割を果たしています。第二内科も多くの関連病院に医師を派遣し、感染症の診療を支えています。こうした人脈を通じて、関連病院で抗菌薬の適正な使い方を広めると同時に、長崎大学病院の感染制御教育センターとともに病院の環境を整える活動を活発に進めています。

河野理事は「病院内で耐性菌が出て、それが患者さんに感染するようなことが起これば、その病院は信用を失ってしまう。安全で安心な医療を行

うために、感染制御という考え方とその実践はとても大切なこと。地味な活動だが、それが地域の医療水準を引き上げ、県民の安心につながる」と強調します。感染症になってから抗菌薬で治療するのではなく、感染症にならないための地道な努力を続けています。

次号(2016年2月号)では「熱帯医学研究所病害動物学分野」を取り上げます。

新興・再興感染症

エボラウイルス病 (エボラ出血熱)

2013年末から、西アフリカのギニアやシエラレオネ、リベリアなどで、エボラウイルス病(エボラ出血熱)の流行が始まり、世界保健機関(WHO)によると、2015年12月6日までに2万8637人が感染し、1万1315人が死亡しました。これは過去最悪のアウトブレイク(爆発的流行)です。

エボラウイルス病は、エボラウイルスに感染することで発症します。感染すると、2~21日の潜伏期間の後、初めは発熱、頭痛、倦怠感、筋肉痛などインフルエンザのような症状が現れます。次いで、顔面や胸部の紅潮や浮腫などの症状が現れ、低血圧、おう吐、下痢、吐血や下血、多臓器不全へと進みます。感染経路は空気感染ではなく、患者の血液や体液、排泄物への直接的な接触によります。今のところ特効薬やワクチンはありません。

エボラウイルス病の致死率は、これまで25~90%とされていました。しかし、熱帯医学研究所新興感染症学分野の安田二郎教授は「今回の大流行では、点滴や補液など対症療法をしっかりと行うことで救命できた患者さんも多数おり、研究段階のワクチンや抗ウイルス薬の中には一定の効果が確認されたものもある。決して克服できない感染症ではない」と話します。

2014年に西アフリカで大流行 熱研が開発した迅速診断キットが活躍

エボラウイルスの伝播力は、あまり強くなく、ウイルス自体も洗剤やアルコール除菌液はもちろん、水道水でも簡単に破壊されます。また、熱や乾燥、酸、アルカリにも強くありません。したがって、現在の日本の医療体制であれば、エボラウイルスの感染者が万一入国しても、患者との直接接触を避け、環境を清潔にし、対症療法をきちんと行えば、感染拡大の恐れは少ないと考えられています。

むしろ、わが国に求められているのは国際貢献です。今回の大流行では、安田教授らが開発したエボラウイルスの迅速診断キットが西アフリカのギニア共和国で用いられ、高い評価を得ました。このような先端的な研究に継続的に取り組み、診断方法やワクチン、治療薬を開発していくこと、さらにはそうした研究を手掛ける優秀な人材を育成することが、わが国のような医療先進国、なかでも国立大学の医学部には求められています。また、そのような活動が、日本国民を感染症の脅威から救うことにもなるのです。

次号(2016年2月号)では「結核」を取り上げます。