

最後になりますが、今度は国立感染症研究所情報センター長の岡部先生に「SARAの現状と対策」として、日本全体、ないしは世界の動きについての話しをしていただきたいと思います。最初お話しした通り、岡部先生は非常

にお忙しくて、新聞とかTVでよくお顔を見られることがあります。本当にお忙しい時においでいただきました。じゃあ先生、よろしくお願いします。

4 SARSの現状と対策 — 将来の新興感染症もにらんで —

岡部 信彦

国立感染症研究所 感染症情報センター長

司会 どうもありがとうございました。お話しいただいた様々な情報がものすごく皆さんに役立ち、日本の感染症の流れを相当変えたんじゃないか、と私は思っております。本当に、非常に早い情報を的確に教えていただき、非常に嬉しいと思っております。先生は今日いろんな細かい話をなさいましたけども、やはり前の先生もおっしゃいましたけども、このSARSそのものが応用問題であると、要するにパブリック・ヘルスというのは応用問題である、ということです。それをやるには地道な疫学調査というものが大事です。そしてそれに対する対処法を準備し、冷静に淡々とおやりください、という先生の非常に我々にもためになるようなお話でございました。どなたか質問の方いらっしゃいますでしょうか。はい、じゃあ右の……。

松山 濃厚接触と飛沫感染と分けてられましたけども、濃厚接触というのは具体的にはどういうことでしょうか。

岡部 一応飛沫感染は通常は1m前後という風に言われているので、この1m前後を濃厚接触と捉えています。それで少しその分に、もうちょっと広がるかもしれないということで、1～2mの間隔で接触をした場合、あるいは近接した距離にいるということが濃厚接触という風にしてあります。ただしそこには時間的なものは入れてありませんので、すれ違ったその1～2mが濃厚接触なのかというのは極めて難しい所ですけども、やはりすれ違っただけというような意味ではなくて、ある一定時間だろうと思えます。そのところはエビデンスがないので、特に決めがなくて、調査やる場合にも1

～2mの範囲内のところにいた人、隣に座った人、あるいは一緒にお弁当食べた人といったようなことは対象になると思います。

松山 基本的には経気道感染だけとお考えでしょうか。

岡部 経気道だけ、というところちょっと厳しいんですけど、基本的には経気道感染だと思います。飛沫感染です。ただし、例えば消化管からのウィルスの存在等から考えれば、糞口感染の可能性は否定できませんけれども、現在の疫学的な状況からいえば、その可能性は極めて低い。例えばエンテロ・ウィルスのように主に糞口であるということではないと思います。

松山 ありがとうございます。

司会 はい、先生どうぞ。

五十嵐 今日はどうもありがとうございました。開業している五十嵐（イガラシ）と申しますけども、昨日の新聞なんかで潜伏期の人からも感染があったなんていう報道があったんで、ちょっと心配してきたんですけども。今日の先生のお話で潜伏期からはほとんど心配ないというお話で少し安心しました。下痢便からもウィルスが出るということなんですけれど、下痢でない普通便のようなことでもウィルスは検出されますか。

岡部 下痢便に出る、あるいは普通便に出るっていうのは実験的にやっていることのほうが中心で、ある採れた下痢便にウィルスを入れてみて、どのくらい生存するかと、というような形で見てるんですね。その場合が2日ないし4日生存すると、いうのがあります。それからある患者さんの便中から排泄をされるということを見る

のであれば、最大で例えば1ヶ月とかそれ以上、ウィルスが陽性になったり、あるいはRT-PCRで見つかるといったことが事実としてあります。しかしそれが全て感染力と結びついていることではないので、そこら辺がまだエビデンスと状況と一致しない難しいところですけども、検査上は見つかることがあります。しかし回復した人からの感染は極めて少ないと、CDCは治って退院した人でも大体10日間くらいは自宅での安静が必要である、ということをしていっているのはその辺の安全性を見込んでのことだと思います。それから主に中国ではないかと思うんですけども、潜伏期間中の無症状者の感染というものについては、現在の所のWHOがまとめた外国情報ではほとんど報告がないんですね。ただし中国の情報について、それはちょっと慎重に取り扱わなくては行けないので、依然フォローは必要だと思いますけども、現在までの見解としては極めて、あったとしても少ないということだと思います。

五十嵐 それから前駆症状期、発熱だけの時でも感染力はある程度あるということなんですけど、やっぱりそれは飛沫が主で……。

岡部 それは飛沫が中心だと思います。それが熱のある患者さんで疑いのある場合には、一応逆に拡散を防ぐためにマスクをかけておいてくださいという意味になると思います。

五十嵐 あと、まだ大々的なサーベランスは行われていないということだったんですけど、例えば中国とかハノイの流行のあった病院での無症候性感染と申しますか、その辺の抗体検査とかはまだ大規模なものではやられていない……。

岡部 まだその段階には至ってなくて、むしろ疑い可能性例の患者さんを早く見つける方に精力がいくってらんだと思います。しかし、今の先生の疑問は私たちにも同じような疑問ですので、早急に解決すべきことだろうという風に思っています。

五十嵐 ありがとうございます。

司会 はい、先生。

金沢 市民病院の金沢ですが、先ほども私ちょっとお話ししたんですけど、診察の時のカルテとかメモとか、そういうのはどういう風にしたらいいのでしょうか。あるところの病院では、それらを持ち込まないと。この前の砂川先生のお話ではコピーをとって、という風にやられましたけど。その辺のところはどのようにしたらいいのでしょうか。

岡部 かなり悩んで、あの時は取ってきた調査用紙は

全部コピーをとって、その用紙そのものは捨てたという風に言っていました。現在のところで、質問用紙その他まで全て感染性があるというみなし方はできないのではないかと。ただし、全部回答が出来てない部分は、患者さんが接触したものからの感染というものについてまだエビデンスは見つかっていないわけです。一応その可能性はかなり低いということだと思います。従って、ちょっと書いたくらいがどうかということですけども、一緒にくしゃみでもしたり、あるいは大声で喋ったりすると、それはかなりかなわないということで、慎重に取り扱うべきものだと思いますけれども、よく分からない人も含めて全部書いたものが全てこちら側に、ということはないと思います。カルテや何かについては、直接患者さんが触れないということであるならば、あまり問題ないと思いますけど、あとはやっぱり距離の問題ではないかという風に思います。

金沢 どうもありがとうございました。

司会 どなたかいらっしゃいますでしょうか。はい、先生どうぞ。

品田 三条で病院長をやっている者として、ちょっとお聞きします。疑いのある人として、三条だとか長岡は中国と関係ある人がたくさんいますので電話をかけてきたり、あるいは保健所から(済生会)三条病院で受けてくれないかというんな電話がきます。できたらうちは受けないと、それでも入ってきた人に対しての病院の備えはしています。お聞きしたいことはカナダとかドイツだとかは輸入国ですよ。SARSの入ってきた国ですよ。その国の情報はあまり入ってきていないというのがちょっと分からないんですが、治療はいかがですか。サーベランス担当者が発症して帰国したとは本当ですか。

岡部 当初ベトナムで調査してたWHOの職員が発症して、この時はアンプロテクションだったんですけど、発症して亡くなったという一例がありますね。それから私どもの職員を派遣しましたが、彼らが戻ってくる時はしょうがないので我々のポケット・マネーで10日間ホテルに泊まって、ワンルーム・マンションのようなどころであんまり人に会わないで、研究所に来るなど。調子は良好だったんですけども、第一号になっちゃまずいよね、というような話もありました。サーベランス担当者が発症して帰国したというような噂話は聞いたことがあります。治療につきましてはウィルス感染ですのでやはり、例えばアシクロピルのようにきちんとしたものがあればいいんですけど、なかなかないようです。その香港の経験的な例ではリバビリンとステロイド

の、これはほとんどパルスだと思うんですけども、それによって改善をした例があって、早く使用した群と使用しなかった群では重症度が違うといったレポートも出ておりますけど、*vitro*の実験ではこのSARSウィルスの増殖を抑制する作用ってのはリバビリンにはないというところから、米国あるいはカナダをそれをあまり推奨はしていない。それから日本も、副作用のバランスから考えれば今これを緊急承認して、ただちに患者さんが来たらリバビリンを使うべきであるといった積極的な体制をとっていないのはそういう理由からです。それからステロイドはたしかに炎症そのものを抑える作用はあるので、ある一定の効果はあるんじゃないかと思いますが、根本的ではないというのがあります。あと、例えば血清療法をやったりしているところがありますが、何でも不明の病気ならば血清療法がいいわけですけども、かなりの危険性も覚悟してやらないと、製品化された血清を使ってるわけではないので、使えないと思います。結局明らかな原因的な治療法はないというのが現状だと思います。

品田 確認ですけど、PCRのサンプルは喀痰ですか。

岡部 一番出やすいのはやはり喀痰です。しかしとりにくく、あまり無理に引こうと思うとかえって危険であるというので、一般的には咽頭ぬぐい液、あるいは鼻汁とか、が検体になります。それからウィルスが陽性になる可能性のあるものとしては、尿、便、組織も含め検体になりうるもので、なるべく一緒に出していただければ、よりエビデンスは求めやすいと思います。しかし最低限必要なのは咽頭、気道の関連の検査物ということになります。

品田 ありがとうございます。

司会 時間ですが、先生どうぞ。

なかなか痰は出にくいということなんですけど、ラセットかニューイングランドか忘れちゃったけども、ネブライザーをやると危険だという、院内感染を広げるといった話がありますが。

岡部 香港グループが発表していることだと思うんですけども、あれはネブライザーを使ったグループと使わないグループでの予後が違うということで、ネブライザーが一つのリスク・ファクターになっているんですけども、ネブライザーのどの部分に問題があるのかというところまでは、言及していないと思います。

そうするとSARSだけじゃなくて、他のウィルス性の呼吸器感染でも同じようなことが言えるかもしれないわけですね。

岡部 そうですね。ただしその感染力の違いだったり、伝播力の違いというものもあるのかもしれない。レントゲンを撮る前にCTを撮ると診断上は早く見つかるということをいっていますけど、なかなか何も無い人にCTを全部撮るといってもいけないので、現実的ではないと思います。

それから先ほど調査員が亡くなられたというのは、カルロ・アルバーニっていう方ですか。何かニューイングランド・ジャーナルにそう出てたんで。

岡部 そうですね。

ありがとうございます。

司会 どうもありがとうございました。今日は非常に忙しい時に拘らず、この医学会においでいただきまして、医学会に代わりまして先生に厚く御礼申し上げます。皆さん、拍手をお願いします。先生、どうもありがとうございました。