

で迅速に探知できるシステムで、その効果や妥当性は一定の評価ができることが分かってきている。但し、協力医療機関の負担が大きくなるのが症候群サーベイランスの最大の欠点であり、常設できるシステムにまではないっておらず、大きなイベント等がある時などに取り入れられている現状である。

(4) 疫学調査³⁾

1) 流行の早期発見、早期対策

平常時の感染症発生のベースライン値を把握しておき、それより感染症の数が増えたとき、早期に感染症の流行を探知し、その後の二次感染、三次感染による患者の増加を食い止めることが感染症対策では非常に重要である。患者数増加の最初の小さな山の段階で感染症の流行を探知し、対策を立てたならば、その後起こるであろう大きな患者の増加の山を食い止めることが可能であるが、そこを見逃すと次の大きな患者数増加の山が発生してしまうことになる。

2) 流行の認知

流行の早期発見のためには、流行を認知することがまず必要である。今回の患者発生が通常と異なり増えているかどうかを認知する必要がある。普段、発生のない疾患であれば、一例めが発生した段階で流行を予測し、流行の規模を確認する必要がある。通常ある程度の発生のある疾患であれば、ベースライン値を超えた場合に流行の存在を疑い、やはり流行の規模を確認する必要がある。

3) 流行規模の認知

流行を認知した場合は直ちに流行規模を調べる必要がある。流行の疑われる地域の医療機関はじめ学校等の関係機関に患者数や入院患者数、重症度等の情報を問い合わせ、入手する必要がある。場合によっては戸別訪問して患者や疑い例の発生がないか確かめるなどして流行の規模を確認する必要がある。

4) 流行状況の確認

流行の規模が確認されたら、次は流行状況の確認を行う。これは疫学の3要素である時、場所、人について患者の分布状況を調べることになる。

まず、時については、患者の時間別または日別の発生曲線を書くことにより、単一暴露なのか、二次感染が起きたのか、ヒトからヒトへの感染が起きたのか等の発生様式を推定することができる。一峰性の右すそがやや長い急峻な曲線を描く場合は、単一暴露が疑われる。また、曲線の右すそに第2の山が見られたり、右の方に裾を引くのは二次感染が起きていることを疑わせる。曲線が長期にわたりだらだらと上下を続ける波状を示せばヒトからヒトへの接触感染が疑われる。

場所については、患者の発生状況を地図上にプロットしてみることで、発生原因等が推定できることがある。また、地域の発生状況を時間毎にプロットすることで、感染症の伝播速度や原因を推定することも可能である。一般に発生が爆発的で、その水源の飲料水使用区域に一致した患者の発生が見られ、老若男女を問わず感染が見られるようであれば、水系感染を疑うことができる。

人については、罹患数や死亡数を調べることによって発生原因や流行の激しさ（致命率）を推定することができる。罹患率、致命率が低く、潜伏期が延長するようであれば、水系感染が疑われる。逆に、罹患率、致命率が高く、潜伏期が短縮するような場合、特に夏期であれば食物感染が疑われる。

5) 感染源や原因の把握

感染症の種類や発生曲線から感染源や感染症の原因をある程度推定することができる。

呼吸器感染の発生の場合であれば、発見した患者から感染源調査を行うことにより感染源となった患者を見つけ出すことも可能であるし、患者の行動範囲や接触者、感染経路等を考慮して二次感染者を追跡し、次の感染の防止に努めることができる。

水系感染の場合には原因となる感染源の混入がどこで起きたのかの特定が場所に関する情報から得ることも可能であるし、患者の範囲も推定できる。

食物感染の場合は喫食調査を行い、マスターテーブル（用語解説4参照）を作成するなどして原因食品の推定を行うことができ、それによって被害の拡大の範囲も予測することができる。

6) 積極的疫学調査

従来の届出は感染症の発生報告を受動的に受けて、情報の収集、分析、提供をする受動的疫学調査であった。これに対して、積極的疫学調査は、緊急時における感染症対策の強化のため、感染症の発生動向や原因を追求する目的で、厚生労働大臣や都道府県知事の判断によって必要な調査を行うことができるようにしたものである。保健所等公衆衛生担当部局の職員が病院や現場を自らが乗り出して訪問し、患者や接触者、関係者に対して質問や調査を行い、情報を収集し、これをもとに原因の特定や対策を立てるものである。

(5) 対策と対応

感染症の流行に対する対策は、感染症成立の3要因を考慮して行わなければならない。

流行の存在自体がその集団に感受性があったことを示しているため、開発されているワクチン等の接種により、未感染者への感染を防御する必要がある。特に救急隊、医療従事者等のファーストレスポnderについて早急にワクチン接種が必要である。

また、流行調査としては感染源と感染経路の明確化が必要である。流行原因が把握されれば、先に述べた感染源対策、感染経路対策により、感染症の封じ込めが可能となるからである。

Summary

集団感染の発生時に必要な知識と考え方の要点を述べたが、集団感染の発生時にはその早期の察知と原因の推定が欠かせない。臨床的な検査、原因追及と併せて疫学的な状況把握、原因の推定、対応策の検討が必要である。感染症では他の健康危機と異なり潜伏期が存在するため、早期発見、対応が遅れると感染の拡大を防ぐことができない。既存のサーベイランスシステムや疫学調査の最大限の活用と共に、症候群サーベイランスや積極的疫学調査等の新しいツールの汎用が早期に望まれる。

文献

- 1) ICDテキスト編集委員会（編），ICDテキスト—プラクティカルな病院感染制御．メディカ出版，2004；99—102，69—74
- 2) ICPテキスト編集委員会（編），ICPテキスト—感染管理実践者のために．メディカ出版，2006；159—163
- 3) 山崎修道，井上榮，牛尾光弘ほか（編）感染症予防必携．第2版，日本公衆衛生協会，2005；456，467—471，471—478
- 4) 生物化学テロ災害対処研究会（編），生物化学テロ対処ハンドブック，診断と治療社，2003；218—238

用語解説 1

N95マスク

Nは耐油性が無いことを表し、95は0.3 μ m以上の空気中の微粒子を95%以上カットできることを表すN95規格をクリアし、認可された微粒子用マスクのこと。

用語解説 2

サージカルマスク

主に医療現場もしくは医療用に使用されるマスクを指す。

用語解説 3

集団免疫

ある集団が一定レベルで免疫状態を維持しておくことで、万が一病気が発生したとしても蔓延を予防することができるというもの。

用語解説 4

マスターテーブル

集団発生の場合、患者と非患者の2群に分け、摂取したと思われる全食品について、各食品についての2群での喫食の有無を比較するために作成する表のこと。患者群の方が高率に摂取している食品があれば、それが感染症の原因食品の疑いが強いことになる。

2 各論（症候別の感染症対策）

Points

- ・感染症診断の第一歩は感染症を疑うことである。そのために、主要な感染症の症状を理解するとともに、病歴の聴取が決定的に重要である。ここを怠ると感染症診断を誤ることになりかねない。
- ・病歴聴取では、主訴に基づいた現病歴、既往歴、家族歴の聴取が最重要であり、これに患者の生活環境等の社会歴、職業歴等を聞き、問診から感染症の発症要因を推定できる。
- ・患者の全身症状についての理解が必要である。特に発熱の程度、持続期間、熱型には疾患により特徴があり、主なものを知っておく。
- ・消化器症状の中では特に下痢便の特色が疾患の推定に役立つ。
- ・呼吸器症状では、感冒様症状と肺症候群が重要である。その後の胸部X線検査で原因を推定するとともに、検体検査等からの微生物学的検査等と合わせて診断をする。
- ・消化器感染症と呼吸器感染症の主要疾患について基礎的な知識をつけることが感染症対策で大切である。

Keywords

感染症の臨床症状：感染症の症状は多彩であるが、比較的多く見られる症状は発熱、発疹、リンパ節腫脹である。他の疾患との鑑別には、臨床検査、画像診断等が必要である。また、疫学的情報や患者の行動調査等は診断の参考になることがあるので、病歴の聴取を大切にすべきである。

一類感染症：感染力、罹患時の重篤性等から見て危険性が極めて高い感染症であり、原則入院、消毒等対物措置、特定職種への就業制限、時に、建物への措置、通行制限等の措置も行う。

二類感染症：感染力、罹患時の重篤性等から見て危険性が高い感染症であり、状況に応じて入院、消毒等対物措置、特定職種への就業制限を行う。

三類感染症：感染力、罹患時の重篤性等から見て危険性が低くないが、特定の職業への就業によって感染症の集団発生を起こしうる感染症で、消毒等の対物措置、特定職種への就業制限を行う。

四類感染症：動物等を介して感染するため、動物の措置を含む消毒等の対物措置を行う。

五類感染症：感染症発生動向調査の結果等の情報を公開することにより拡大を防止すべき感染症。

（1） 臨床症状から見た感染症

1) 感染症の診断の第一歩

感染症の診断にあたってまず最初に注意すべきことは、感染症を疑うことである。患者は様々な主訴をもって来院するが、この時、患者の症状や問診から感染症を疑うことができなければ、次の検査の選択に誤った判断がなされてしまい、感染症を見逃してしまうおそれがある。ある感染症に特異的な症状があれば、まだ診断は容易であるが、非感染性の疾患と同様の非特異的な症状である場合は特に問診、視診等の病歴聴取に神経を使う必要がある。また、感染症週報等により感染症の流行状況を把握しておくことや、一定の期間内に複数の同一症例が続いた場合なども注意を要する。これらの場合には感染症を疑い、病歴聴取を丁寧に行い、検査方針や診断、治療方針に生かすべきである。また、海外渡航歴は輸入感染症を疑わせる重要な情報である。

病歴の聴取¹⁾は①社会歴、②主訴、③現病歴、④既往歴、⑤家族歴等を中心に行う。

社会歴では、職業・生活環境をしっかりと聴取する。農業、山林従事者はリケッチア感染症、Weil病、家畜やその製品取扱者はブルセラ症、鳥・ハト等鳥類との接触の多い職業はオウム病、クリプトコッカス症等が疑われる。また、現住所からその地域に多い疾患（北海道のエキノコックス症等）を推定する材料となる。

感染症に伴う主訴では、全身症状、呼吸器系症状、循環器系症状、消化器系症状、泌尿器系症状、血液リンパ系症状、皮膚症状など様々なものがあり、この主訴から問診が進んでいくが、様々な疾患で同様の主訴があるため、この主訴に基づいた現病歴、既往歴、家族歴を特に注意深く聴取し、慎重に鑑別をしながら診断を下すことが大切である。

現病歴では、発症をしたのがいつなのか、急性の発症なのか、徐々に発症したのか、繰り返し発症しているのか等について、そして、主訴の性質、程度、部位、持続時間等について詳しく聴取する。また、今まで

に同様の症状がなかったか、職場・家族に同様の症状を訴える者はいないか、主訴の誘因となる行為はないかを聞く。

既往歴の中では、海外渡航歴、動物との接触、性的接触、病気の流行状況も重要である。また、ワクチン接種歴、輸血歴、扁桃炎・上気道炎・肺炎等の罹患の有無も聞く。

家族歴は、感染症では、家族や同居者で同様の疾患が発症していないかを確認するために重要である。インフルエンザ、マイコプラズマ肺炎、食中毒、その他の参考になる。

2) 全身症状¹⁾

全身症状には、発熱、悪寒戦慄、頭痛、食欲不振、顔脈、低血圧、頻呼吸、関節痛、筋肉痛、発疹、脾腫、黄疸、リンパ節腫脹、神経症状等がある。

発熱では、その程度や持続時間とともに、熱型に特徴があり、稽留熱、弛張熱、間欠熱、周期熱、波状熱等が見られると診断に有効である。

3) 局所症状

ここでは、局所症状として臨床的に特に注意すべき消化器症状と呼吸器症状について言及する。

消化器症状¹⁾としては、腹痛、便通異常（下痢、便秘）、腹部膨満（鼓腸、腹水）が挙げられる。中でも、下痢は疾患により特徴があるため、重要である。細菌性赤痢では、水様下痢便～膿粘血便時に精液臭がある。コレラでは、米のとぎ汁様水様下痢便があり、脱水症をきたす。腸チフスでは、下痢、下血があり、腸穿孔を合併することもある。腸炎ビブリオでは、水様下痢便。サルモネラでは、軟便～水様下痢～粘血便。大腸菌では、毒素原性大腸菌でコレラ類似の下痢、組織侵入性大腸菌で赤痢様の粘血便、病原性大腸菌でサルモネラ様、腸管出血性大腸菌で血便～下血（HUSの合併が重要）が見られる。ブドウ球菌では、下痢に悪心、嘔吐を伴い、発熱は少ない。ボツリヌス菌では、下痢、悪心、嘔吐、呼吸筋麻痺や複視など神経症状が強い。ロタウイルスは、乳幼児の嘔吐下痢症。赤痢アメーバでは、水様下痢便～粘血便。ランブル鞭毛虫では、水様下痢便、悪臭強く、脂肪性で浮遊。クリプトスポリジウムでは、重症の水様下痢便、AIDSでの発症は多い。下痢症が見られた場合、一般的には糞便検査、血液培養、血清学的検査、胆汁検査、原因食・吐物検査、腹部超音波検査・CT検査、大腸内視鏡検査等を行い、診断をつける。

呼吸器症状²⁾では、感冒様症状を呈するものと、肺症候群を呈するものが重要である。感冒様症状では、発熱、悪寒、倦怠感、頭痛、筋肉痛、眼痛、知覚過敏等も症状として起こり、ブルセラ症、チクングニア熱、デング熱、インフルエンザ、早期の吸入炭疽、Q熱、リフトバレー熱、ベネズエラウマ脳炎等が可能性のある病原体として考えられる。肺症候群では、肺炎、呼吸不全、呼吸困難等が症状として起こり、通常発熱を伴う。可能性のある病原体としては、吸入炭疽、野兔病（いずれも肺門リンパ節腫脹を伴う）、ペスト、ボツリヌス毒素、リシン、コクシジオイド真菌症、クリミアーコンゴ熱、ウェルシュ菌毒素、ヒストプラズマ症、インフルエンザ、ハンタウイルス肺症候群（ARDS）、オウム病、Q熱、ブドウ球菌性エンテロトキシンBが考えられる。これらの症状が見られた場合、胸部X線所見により病因を推定する。また、血清学的抗体・抗原検査やPCR法、検体から得られた鏡検所見、培養検査等を行い、得られた微生物学的検査の結果と患者の臨床症状、化学療法の反応性を勘案して最終的な病因診断を行う。

(2) 消化器感染症^{3) 4)}

1) コレラ（二類感染症）

症状は激しい水様性の下痢（典型例では米のとぎ汁様便）、嘔吐、脱水症状による乏尿痙攣等で、通常、発熱、腹痛は見られない。現在流行しているエルトル型では無症状や軽度の下痢のみのことも多い。感染経路は経口感染で水・氷、食物、吐物、下痢便による。ヒトからヒトへの直接接触感染はごくまれ。標準予防策（用語解説1参照）で対応する。潜伏期は1～5日。排菌期間は健康保菌者で10日以内、回復感染者で20日以内。症状があり、蔓延防止のため必要な場合は、入院勧告・措置をする。病原体を保有しなくなるまで飲食関係業務の就業を制限する。拡大防止のため、患者の便、吐物で汚染されたトイレ等の消毒、排便後、調理前や食事前の手洗いを行う。治療は水分と電解質の補給。テトラサイクリン等の抗菌薬も使う。

2) 細菌性赤痢（二類感染症）

症状は1～2日の発熱とともに腹痛・下痢をし、典型例では血便やテネスマス（用語解説2参照）を伴う。軽症化の傾向。感染経路は経口・接触感染で、食物、水、感染者の手指、器物等による。ヒトからヒトへの

直接感染も重要な感染経路。標準予防策で対応する。潜伏期は1～5日。排菌期間は4週間以内で抗菌薬の使用で3日に短縮。症状があり、蔓延防止のため必要な場合は、入院勧告・措置をする。病原体を保有しなくなるまで飲食関係業務の就業を制限する。拡大防止のため、患者の便で汚染されたトイレの消毒、排便後や食事前の手洗いを行う。治療はニューキノロン剤。

3) 腸管出血性大腸菌感染症（三類感染症）

症状は水様性下痢から粘血便、鮮血様便までの下痢、腹痛、吐き気、嘔吐。合併症として溶血性尿毒症症候群（HUS）がある。感染経路は経口感染で、食物（特に牛肉）、水、感染者からの二次感染による。標準予防策で対応する。潜伏期は2～5日（～1週間程度）。排菌期間は1週間で減少。病原体を保有しなくなるまで飲食関係業務の就業を制限する。拡大の防止には原因食品の特定と感染経路の調査が大切。集団感染防止のため、調理関係者の手指や調理器具の清潔、食品の加熱（75度1分以上）をする。治療は対症療法が重要。

4) アメーバ赤痢（五類感染症）

症状は粘血便（膿粘血便）は必発。血便では本症も疑うこと。全身症状は冒されないことが多い。肝膿瘍等腸管外感染を合併すると発熱あり。感染経路は経口・性感染で、飲食物、肛門性交による感染による。標準予防策で対応する。潜伏期は数日～数年と不定。感染可能期間は便の中に赤痢アメーバ嚢子を排出している全期間。集団発生が疑われる時は、検便により原虫保有者を発見し、治療する。治療はメトロニダゾール。

5) クリプトスポリジウム症（五類感染症）

症状は水様性下痢（非血性）、発熱、腹痛、嘔吐、重症時は脱水。感染経路は経口感染で、水・食物、糞口感染による。標準予防策で対応する。潜伏期は5～10日。拡大防止には、便が付着したものを煮沸消毒する。（消毒薬には抵抗性があるが、熱には弱いため）接触者は手指を洗い流す。治療は対症療法。健常人では自然治癒する。

6) ジアルジア症（五類感染症）

症状は慢性下痢、鼓腸、腹満、上腹部痛、食欲不振、悪心、嘔吐。無症候性感染者も多い。感染経路は経口・性感染症で、食物・水、性行為時の糞口感染による。標準予防策で対応する。潜伏期は1～4週間。二次感染を防止するため、接触者、有症者には検便を行う。手洗いを励行し、患者の便に接する時は手袋をする。治療はメトロニダゾール。

7) 感染性胃腸炎（五類感染症）

症状はウイルスにより微妙に異なる。ロタウイルスでは発熱、嘔吐、下痢の3主徴がそろふことが多く、脱水症をきたす。ノロウイルスでは悪心、嘔吐、下痢等で発熱の頻度はやや少ない。アデノウイルスでは、発熱の頻度がさらに低く、下痢と嘔吐のみか下痢だけ。感染経路は経口感染だが、飛沫感染も推定されている。いずれのウイルスでも糞口感染が主であるが、ノロウイルスでは貝等からの食中毒もある。標準予防策で対応する。潜伏期は1～3日。有症期間中は感染する可能性がある。拡大防止には、手洗いの励行、汚染された衣類等の消毒などを行う。治療は対症療法。

(3) 呼吸器感染症^{3) 4)}

1) ペスト（一類感染症）

症状は、腺ペストではリンパ節腫脹・化膿、敗血症ペストで高熱、敗血症症状、肺ペストで高熱、咳、血痰を伴う肺炎像。感染経路は、腺ペストでは節足動物媒介で感染ノミによるか膿からの直接感染。肺ペストでは飛沫感染。腺ペストは標準予防策で、肺ペストは飛沫予防策で対応する。潜伏期は腺ペストでは2～6日、肺ペストは2～4日。腺ペストは膿に触れなければヒト→ヒト感染はない。肺ペストは飛沫感染するため、強力な伝染性を有する。一類感染症として入院勧告等を行う。病原体を保有しなくなるまで飲食関係業務の就業を制限し、また、多数の者に接触する業務の就業を制限する。拡大防止のため、肺ペスト患者との濃厚接触者は抗菌薬の予防投与を行い、1週間健康観察。その他の接触者は1週間の健康観察。治療はストレプトマイシン、テトラサイクリン、ニューキノロン剤等。

2) SARS（一類感染症）

症状は38度以上の発熱、呼吸器症状、胸部X線検査で肺炎・スリガラス状陰影が見られ、インフルエンザ様症状、下痢等。感染経路は飛沫感染、接触感染。飛沫予防策、接触予防策で対応する。潜伏期は2～10日で、平均5～6日。一類感染症として入院勧告等を行う。拡大防止のため、患者との濃厚接触者は10日間、1日2回検温の結果を把握し、他者との接触を控える。治療は対症療法が中心。

3) ジフテリア（二類感染症）

症状は咽頭痛、発熱、頭痛、倦怠感、嚥下痛。感染経路は接触感染、飛沫感染。接触予防策、飛沫予防策で対応する。潜伏期は2～5日。排菌期間は2週間以内。症状があり、蔓延防止のため必要な場合は、入院勧告・措置をする。病原体を保有しなくなるまで飲食関係業務の就業を制限し、また、多数の者に接触する業務の就業を制限する。治療は抗毒素血清、抗菌薬はエリスロマイシンが第一選択で、ペニシリンGも使用する。

4) レジオネラ（四類感染症）

症状は、肺炎を主徴とし、全身倦怠感、筋肉痛、発熱、乾性咳、喀痰、胸痛、腹痛・下痢等の消化器症状、中枢神経系症状も見られる。ポンティアック熱では、発熱を主症状とし、全身倦怠感、悪寒、頭痛、筋肉痛で肺炎は見られない。感染経路は空気感染・飛沫感染で、温泉・冷却塔等の中の菌が飛散、それを吸入することで感染し、ヒト→ヒト感染はない。標準予防策で対応する。潜伏期は肺炎では2～10日で、ポンティアック熱では1～2日。拡大防止には、人が多数集まるビルや病院等で冷却塔等の定期的な点検・清掃・細菌検査の実施。患者発生場所の水利用設備の清掃・消毒。治療はマクロライド系、ニューキノロン剤、リファンピシンが有効。

5) コクシジオイデス（四類感染症）

症状は、通常インフルエンザ様の症状（発熱、咳、胸痛、関節痛等）を起こし、多くは自然治癒する。結節性紅斑等の非特異的皮膚病変を伴うこともある。胸部X線写真で、空洞を伴う結節性病変を伴うことがある。感染経路は飛沫感染で、土壌中の真菌を吸入して感染する。海外での感染がほとんど。標準予防策で対応する。潜伏期は1～4週間。治療は抗真菌薬。

6) オウム病（四類感染症）

症状は、乾性咳、高熱、全身倦怠感、筋肉痛等インフルエンザ様症状。感染経路は飛沫・接触感染で、鳥からヒトへの飛沫感染、接触感染。標準予防策で対応する。潜伏期は約10日。治療はテトラサイクリン、マクロライド。

7) クラミジア肺炎（五類感染症）

症状は、微熱、乾性咳、咽頭熱。感染経路は飛沫・接触感染で、ヒト→ヒトの飛沫感染。標準予防策で対応する。潜伏期は3～4週間。治療はテトラサイクリン、マクロライド。

8) インフルエンザ（五類感染症）

症状は、発熱、悪寒、頭痛、筋肉痛、鼻閉、咽頭痛、咳。感染経路は飛沫・接触感染で、咳、くしゃみ、鼻咽頭分泌物による接触感染。飛沫予防策で対応する。潜伏期は18～72時間で、発症後2～5日間はウイルス排泄する。拡大防止には、うがい、手洗いの励行、湿度の保持等を行う。ワクチンも50～80%に有効。治療は対症療法。抗ウイルス剤による治療はアマンタジン、オセルタミビル（タミフル）、ザナミビル（リレンザ）。

9) 高病原性鳥インフルエンザ（四類感染症）

症状は、発熱、悪寒、頭痛、筋肉痛、全身倦怠感、鼻閉、咽頭痛、咳、息切れ。感染経路は、家禽・野生鳥等から飛沫感染、病鳥の体液・排泄物からの接触感染。接触予防策・飛沫予防策・空気予防策で対応する。潜伏期は通常のインフルエンザと同じ。拡大防止には、感染源となった家禽のアウトブレイクの速やかな制圧、院内感染対策、医療スタッフのワクチン接種、健康状態の観察、抗ウイルス薬の予防内服。濃厚接触者の健康状態の観察。治療は対症療法、抗インフルエンザウイルス薬の48時間以内投与。

10) 百日咳（五類感染症）

症状は、感冒様症状で始まり、次第に咳が強くなり、反復性咳（スタッカート）、吸気性笛声（レプリーゼ）が起こり、透明粘性痰を出す。乳児では無呼吸発作で発症することもある。感染経路は飛沫・接触感染。飛沫予防策で対応する。潜伏期は通常7日。感染期間は4週間。治療は対症療法が主体。カタル期ではエリスロマイシン、クラリスロマイシン等抗菌薬も有効。重症例には免疫グロブリン投与。

11) マイコプラズマ肺炎（五類感染症）

症状は、高熱、遷延性咳。咳は極めて頑固で長期にわたるのが特徴。高熱を呈し、若年者で発症しやすいことが鑑別に役立つことがある。感染経路は飛沫感染。飛沫予防策で対応する。潜伏期は2～3週間。治療はテトラサイクリン、ニューマクロライド系薬。

12) RSウイルス感染症（五類感染症）

症状は、大半の症例で急性上気道炎（鼻水、咳、発熱）に始まり、約三分の一の症例で下気道炎（咳、発熱、喘鳴）を発症し、乳児で重篤な細気管支炎や肺炎を起こす。感染経路は飛沫感染・接触感染で、手、医療器具（聴診器等）、玩具等を介して感染する。家庭内、保育園、病院で集団発生が見られることがある。飛沫予防策・接触予防策で対応する。潜伏期は2～8日。拡大防止には、うがい、手洗いの励行、感染経路対策、病院では、患者の早期発見、隔離を行うこともある。患者の処置の前手で手洗いをを行い、患者と接触した物品類に触れた後も手洗いをを行う。治療は対症療法。

Summary

まず、感染症診断の初期に大切な、着眼すべき主要症状、特に臨床的に重要な消化器症状と呼吸器症状について概観するとともに、病歴聴取の要点を述べた。これらの基礎知識を確実につけることにより、感染症の診断能力の向上が図られる。感染症の診断の第一歩は感染症を疑うことだからである。

そして、消化器感染症と呼吸器感染症の疾患ごとの要点を述べた。主要な疾患についての症状、感染経路、予防策、潜伏期、排菌期間、行政対応、拡大防止策、治療等について熟知することが感染症の対策に必要である。

文献

- 1) 齋藤厚, 那須勝, 江崎孝行 (編), 標準感染症学, 第2版, 医学書院, 2004 ; 21-24, 25-28, 33-35
- 2) 生物化学テロ災害対処研究会 (編), 生物化学テロ対処ハンドブック, 診断と治療社, 2003 ; 177
- 3) 東京都新たな感染症対策委員会 (監修), 感染症マニュアル, 東京都福祉保健局, 2005 ; 156-183, 206-227
- 4) 竹田美文, 木村哲 (編), 感染症, 朝倉書店, 2004

用語解説 1

標準予防策

患者の血液・体液や患者から分泌排泄される全ての湿性生体物質（体液等）は感染のおそれがあると見なし、これらの物質に触れた後は手洗いを励行し、あらかじめ触れるおそれのある時は、手袋、ガウン、マスク等を着用するというのがその基本である。

用語解説 2

テネスマス

しぶり腹。持続性、頻回の便意を催し、同時に直腸・肛門部の痙攣性疼痛を伴い、排便直後にまた便意を催すが、排便量は極めて少ない状態。

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
箱崎幸也	バイオテロと感染症集団発症での法的側面	バイオテロ防護研究会 (監訳)	バイオテロリズム： 心理学的および公衆 衛生学的視点から	シュプリンガー ・フェア ラーク東京	東京	2006	344- 365

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
光石忠敬	人間の尊厳と人権の関係－人間の尊厳は学問・研究の自由、幸福追求権、自己決定権など対立する価値との比較衡量を許すか－	臨床評価	34(1)	93-101	2006