

## 「節足動物が媒介する感染症から身を守ろう」

公益社団法人 日本WHO協会

2014年世界保健デーのテーマには「節足動物媒介感染症」がとりあげられました。国内でもマダニによる重症熱性血小板減少症候群SFTSの症例が増えつつあります。マラリアやデング熱等についても、人々の海外勤務や旅行の機会は益々増大しており、気候変動等による疾患流行地域の広がりも相まって、今後罹患リスクが高まってくる実情にあります。

昆虫等の節足動物が媒介する感染症(ベクター伝播疾病)とその予防についての正しい知識をお伝えし、世界保健デーテーマ選定の意義や背景をふくめWHOへの理解を深めて頂くため平成26年6月13日に大阪歴史博物館の第1研修室で「節足動物が媒介する感染症から身を守ろう」をテーマとしてフォーラムを開催いたしました。まず、「世界保健デーテーマの意義」を当協会の関淳一理事長より説明しました。大阪市立大学及びカリンスカ研究所の金子明教授には「地球規模マラリア根絶への挑戦」と題し、大阪市立総合医療センター感染症センターの後藤哲志部長には「海外帰国者の感染症罹患の現状」と題してご講演いただきました。なおファシリテーターを当協会の中村安秀理事が勤めました。

なお、このフォーラムは大阪府医師会・大阪府歯科医師会・大阪府薬剤師会の後援、大日本除虫菊株式会社の協賛で開催致しました。

## 「世界保健デー・テーマの意義に」

公益社団法人 日本WHO協会理事長 関 淳 一

### World Health Organization 世界保健機関

1948年WHO憲章に基づく国連専門機関  
ジュネーブ本部と世界6地域事務局  
2研究機関 リオンと神戸

日本WHO協会  
1965年WHO憲章精神普及を目的に設立

WHOは、WHO憲章の批准国が規程の数に達した1948年4月7日に正式に発足しました。WHOはスイスのジュネーブに本部を置き、世界に6つの地域事務局を置いています。これとは別に研究機関が神戸とフランスのリオンにあり、リオンは癌の研究を、神戸は都市と健康についての研究を主として行っています。

毎年この4月7日を世界保健デーとして、世界各

その年に重点的に取り上げるべきテーマに関する啓発活動が展開されます。

ここ数年のテーマは表2の通りです。

表2 世界保健デーテーマの変遷

- 2008 気候変動
- 2009 災害時の病院機能
- 2010 都市化
- 2011 薬剤耐性
- 2012 高齢化
- 2013 高血圧
- 2014 ベクター伝播疾病

WHOのマーガレット・チャン事務局長は今年の世界保健デーにあたり、そのテーマについて、12のベクター伝播疾患をあげ、その中でも特にデング熱とマラリアを取り上げて次のように語っています。

「マラリアについては死亡率が高く、2010年の統

計で66万人が死んでおり、放置できる数字ではない。また、デング熱は50年の間に30倍に患者数が増えて、年間約1億人が感染している。

国境を越えた経済活動・貿易や人の行き来のグローバル化、温暖化という環境の変化、急激な都市化（インフラが整わないまま人口の都市への集中）、移動等が人々の健康にどの様に影響を与えているかを、ベクター伝播疾病を手掛かりに考えねばならない。」

最後に、WHOファクトシートの日本語版について紹介します。WHOメディアセンターから疾病や健

康課題に関する一般市民向けの基本情報として英語等で発表しているファクトシートを、日本WHO協会がWHO事務局長より付与された日本語版翻訳、著作権により、WHO健康開発総合研究センター（WHO神戸センター）の御協力のもとに訳出し、協会ホームページにおいて公開しています。協会ウェブサイトのトップページ上部のツールバー「WHOファクトシート」から閲覧して下さい。

<http://www.japan-who.or.jp/act/>

[index.html](http://www.japan-who.or.jp/act/index.html)

## WHOファクトシート(抄録)

### ベクター伝播疾病に関連する主な項目

#### ベクター伝播疾病(生物媒介の疾病)

##### Vector-born diseases

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs387/en/>

ファクトシートNo. 387

2014年3月

##### 概要

##### 重要な事実

- ベクター伝播疾病(生物媒介の疾病)はすべての感染症の17%以上を占めており、年間で100万人以上がこの疾病により亡くなっている。
- デング熱だけでも100カ国を超える国々で25億人を超える人々が、感染の危機にさらされている。
- マラリアは、毎年世界全体で60万人を超える人々の死亡原因となり、その多くは5歳未満の子どもたちである。
- シャーガス病、リシューマニア症及び住血吸虫症など他の生物媒介疾病に、世界中で何億人もの人々が罹患している。
- これらの疾患の多くは、確かな情報に基づいた予防措置により予防可能である。

#### マラリア

##### Malaria

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs094/en/>

[ts/fs094/en/](http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs094/en/)

ファクトシートNo. 94

2014年3月

##### 重要な事実

- マラリアは、感染した蚊に咬まれることにより人々にうつされた寄生虫によって引き起こされる、命に係わる疾病である。
- 2012年には、マラリアにより推計62万7千人(推計には47万3千人から78万9千人という幅がある)が死亡し、そのほとんどがアフリカの子どもたちである。
- マラリアは予防可能であり、治療可能である。
- マラリアの予防とコントロール手段の強化により、多くの地域でマラリアの負荷は劇的に軽減している。
- マラリアが存在しない国からの免疫のない旅行者は、いったん感染するとこの疾患に対して非常に脆弱である。

#### デング熱、重症デング熱

##### Dengue and severe dengue

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs117/en/>

ファクトシートNo.117

2014年3月

##### 重要な事実

- デング熱は蚊が媒介するウイルス感染症である。
- これはインフルエンザのような疾病を引き起こし、時に重症デング熱と呼ばれる死に至る合併症に発展することがある。
- 過去数十年間で世界のデング熱の発生は劇的に増加してきている。
- 世界の人口の半分は罹患リスクに曝されている。
- デング熱は熱帯および亜熱帯気候の地域に見られ、多くは都市部及び半都市部の地域で見られる。
- 重症デング熱は、アジアやラテンアメリカのいくつかの国では、子供の重篤疾病と死亡の主要な原因となっている。
- デング熱、重症デング熱に特別の治療法はない。しかし早期発見と適切な医療へのアクセスによって死亡率は1%以下に低下する。
- デング熱の予防とコントロールは、ひとえに効果的な媒介蚊対策にかかっている。

## 日本脳炎

### Japanese encephalitis

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs386/en/>

ファクトシートNo. 386

2014年3月

#### 重要な事実

- 日本脳炎(JE)は、デング熱、黄熱病、西ナイルウイルスと近親関係にあるフラビウイルスで、蚊によって感染が広がる。
- 日本脳炎は、アジアの多くの国でのウイルス性脳炎の主要原因であり、その数は毎年ほぼ6万8000症例に達する。
- 日本脳炎の発症は稀であるが、脳炎を併発した場合その致死率は最高で30%程度になる。また、脳炎を併発した場合の恒久的な神経や精神面の後遺症が残る可能性は、30~50%にとなっている。
- WHO南東アジア地域、西太平洋地域にある24カ国は、日本脳炎の流行地域であり、30億人以上が感染リスクに晒されている。
- この疾病の根治療法はない。治療は重篤な臨床症状を緩和し、患者が感染を克服することを支援することに焦点を当てている。
- 日本脳炎の予防には、安全で効果的なワクチンがある。WHOは、この疾病が公衆衛生上の課題となっていると認められるすべての地域での日本脳炎ワクチン接種を推奨している。

#### © World Health Organization

これらの文章は、日本WHO協会がWHOのメディアセンターより発信されているファクトシートのキーファクト部分についての日本語版の翻訳権をWHO事務局長より付与され、WHO健康開発総合研究センター(WHO神戸センター)の協力のもと作成したものです。日本語版に対する責任は全て日本WHO協会が負います。

ファクトシートには、訳出部分以外にも当該案件に関する基本的情報や詳細情報へのリンク先などが示されていますし、また最新事情に合わせて頻繁に見直しが行われますので、更新日時の確認を含めWHOホームページでの原文をご確認ください。

## 地球規模マラリア根絶への挑戦

大阪市立大学 教授 金子 明



Akira KANEKO

2006～ 長崎大学熱帯医学研究所客員教授

2010～ 大阪市立大学大学院

医学研究科寄生虫講座教授

2011～ カロリンスカ研究所教授

1982年 弘前大学医学部卒。臨床研修後  
 1984～87年 弘前大学医学部寄生虫学教室助手。  
 1984年 バンコク・マヒドール大学にて熱帯医学・衛生学Diploma。  
 1985～87年 インドネシア・北スマトラJICAマラリア専門家。  
 1987～94年 南西太平洋ヴァヌアツWHOマラリア専門官。  
 1999年 スウェーデン・カロリンスカ研究所博士号。  
 1995～2004年 東京女子医大国際環境・熱帯医学教室助教授。

1946年ごろには多くの温帯の国々でもマラリアは流行していました。日本でも、感染者は大勢いたのですが、1955年ごろまでに、国内での伝播はなくなりました。しかしこの時の蚊は、今も残っているのです。

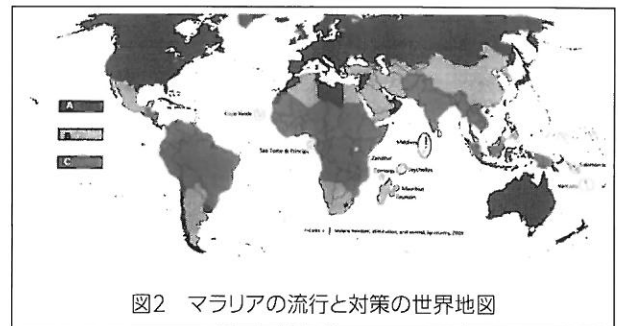


図2 マラリアの流行と対策の世界地図



本日はオセアニアのヴァヌアツ島と、アフリカのビクトリア湖で行っているマラリア根絶を目指すプロジェクトについてお話しします。

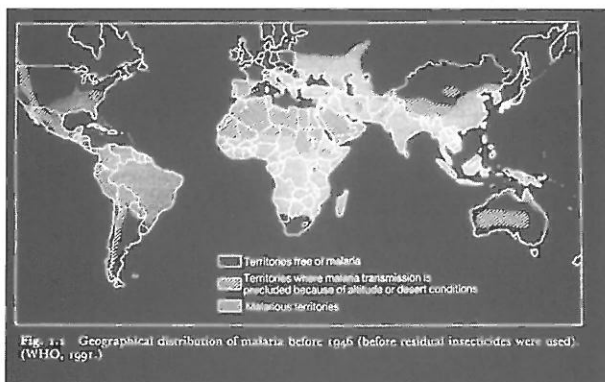


図1 1946年以前のマラリアの分布

図2は最新のマラリアマップです。Aの地域はマラリアの伝播が現在停止しており、Bの地域は、対策の強化によりマラリア根絶を目指しています。Cの地域（アフリカ・南アジア・南米）では今も強い伝播がつづいています。

今なお約22億人が感染の危険性とともに生活していて、1年間に約5億人が発症し、そのうち約66万人が命を落としています。その80%はサブサハラ（サハラ以南のアフリカ）の5歳以下の子供です。

マラリアは、マラリア原虫を保有した雌のハマダラ蚊に刺されることにより感染し、一定の期間経過してから発熱等の症状が現れます。素早く治療を開始することでほとんどが回復します。

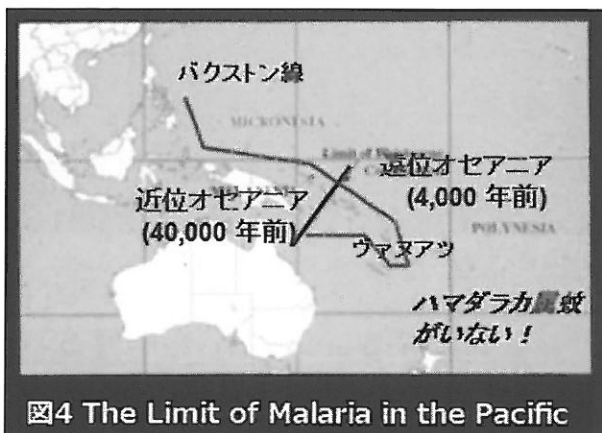
また、流行地域の大人は獲得免疫により、重症化を免れています。新生児は、数カ月間は母親から受け継いだ免疫で守られています。

しかし、5歳未満の子供たちの獲得免疫は不十分です。マラリアには有効なワクチンはありませんが、治療薬はあります。マラリアと貧困には強い相関関係がみられ、流行地の小児が発熱などの症状を呈しても早期に適切な診断・治療を受けられない環境が究極の問題であると考えられます。



マラリアと人類とのつきあいは、十数万年前に現生人類が現れたときからはじまり、熱帯熱マラリア原虫を抱えて人類は世界に広がっていきました。そしてパプアニューギニアやオーストラリア大陸には4万年ほど前に人類は到達していたのですが、今日お話しするヴァヌアツのあるオセアニアの島々には4000年前ごろにマラリアとともに人類は到達しました。

しかし、太平洋上にあるバクストン線はハマダラ蚊の分布の限界で、タヒチヤトンガのあるポリネシアにはハマダラ蚊もいなければマラリアもないのです。



### ●マラリアの撲滅を目指す

マラリアに関する研究にノーベル賞が授与されたのは1950年までに4回あり、これらの研究成果を得て1955年には最初のマラリアの根絶計画が立ち上げられました。しかし、感染撲滅はかなり困難なことだと判断し、死んでゆく大勢の子どもたちに対処するため、1993年に疾患管理強化という方向に変わったのです。そして、2000年の沖縄サミットなどで、貧困と

マラリアの関係が確認され、改めて根絶計画が持ち上がってきたのです。

### マラリア対策：ノーベル賞

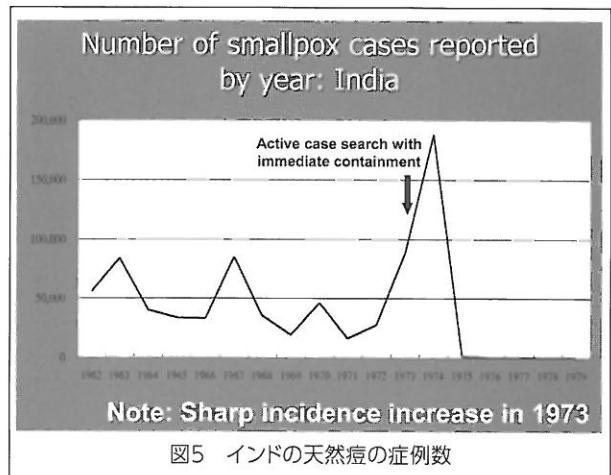
- 1880 Laveran、ヒトマラリア原虫発見
- 1897 Ross、アノフェレス属蚊伝播同定
- 1922 Wagner-Jauregg、梅毒マラリア療法
- 1948 Müller、DDT開発

### マラリア対策：世界戦略

- 1955 世界マラリア根絶計画
- 1978 PHCによる感染制圧
- 1993 マラリアサミット 疾患管理
- 2000 貧困とマラリア
- 2008 新たな世界マラリア根絶計画

### ●病気の根絶とは

人類が根絶を実現した唯一の病気は天然痘です。1960年代まではマラリアと同じような状態だったのですが1977年のソマリア人青年を最後に自然感染の天然痘患者は報告されておらず、1980年にWHOは根絶宣言を行いました。



インドでも、最初は全員に天然痘ワクチン接種を試みたのですがコンプライアンスがよくなって全員接種行えなかった。そのため、政策を変えて患者の発見に努め、患者が発見されたその周辺の人に接種する方法に切り替えたのです。これにより、一時的に患者数が増えたのですが、図5のように1976年に患者数は0になりました。このことは、ツールを手に入れるだけでなく、ツールをいかに使うかが撲滅作戦には

大事なことをしめしています。

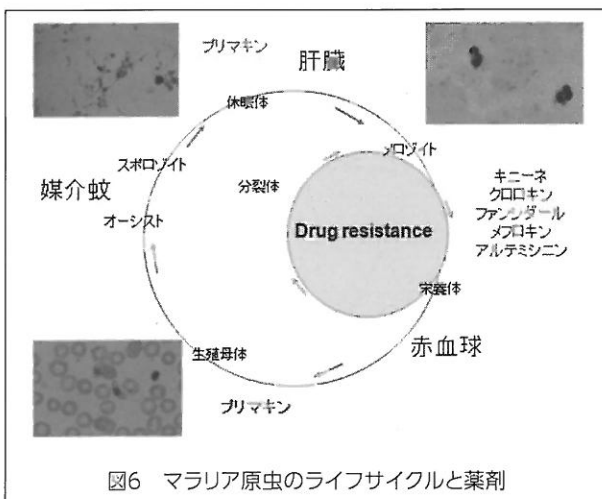
マラリアも今世紀中に最後の患者(ラストチャイルド)を確認できるかは、いまだ不明です。

### ●マラリアの種特異性

ゴリラはゴリラのマラリア、チンパンジーはチンパンジーのマラリアというように種特異性があるのです。人間は、チンパンジーに最も近いのですが、最近の研究では人間の熱帯熱マラリアはゴリラのマラリアから出てきことが示されました。三日熱マラリアは東南アジアの猿のマラリアが人に移ったようです。この三日熱マラリアはアフリカには極めて少ないのが特徴です。

### ●マラリア原虫

マラリア原虫は人の肝臓・赤血球・蚊の体内を約2カ月かけて巡回して、赤血球に入ったときに発症します。そして、多くの薬剤は赤血球にある時に効果をしめしますが、プリマキンは蚊に入る時や肝臓に入るステージに効果のある特別な薬で、マラリア撲滅では要となる薬です。



### ●ヴァヌアツのこと

図4の通り、ヴァヌアツは、オーストラリアの北東にあります。68の島からなる、人口24万人の共和国です。驚くべきことに120の言語があり、長期間の孤立を示しています。フツナ島以外のすべてでマラリアが流行していました。往来が不便なため隔絶された環境は、マラリア根絶の可能性を探るプロジェクトに適

していると考えました。

ヴァヌアツの最南端、アネイチウム島は人口700人の島で、住民はタロイモを耕作して食べる、自給自足の生活を営んでいました。ここは、戦争も飢饉もない平和なところで、住民は日本の縄文時代のような住まいで生活を送っています。このアネイチウム島で1991年からマラリア根絶の活動を開始しました。島民の協力のもと、雨季直前に蚊の寿命を考えて、9週間の投薬を全員に行いました。あわせて殺虫剤処理した蚊帳の配布、ボウフラを食べる魚の放流などの対策を実施し、7年後にほぼマラリアの撲滅が実現しました。

そして、外からのマラリアの移入を防ぐための現地住民による全入島者や発熱患者へのマラリア検査が開始され、このサーベイランスは今なお続けられています。また年1回島民全員を検査しマラリア感染がないことも確認しています。



図8 アネイチウム島を訪れる観光客

この島では1991年から20年間のマラリア撲滅維持と平行でクルーズ船の数が倍増しました。その結果、民芸品を観光客に売るなどをして利益が島にもたらされ、その一部がマラリア検査強化や小学校改築に使われるという正の循環が生まれるに至りました。

ヴァヌアツの他の島でもアネイチウム島のようにマラリア撲滅に動き出しており、この国におけるマラリア撲滅の実現が期待されています。

●ケニアでも

ケニアの国内線の機内誌にも、熱帯アフリカにおいてマラリアが撲滅できるのかと話題にとりあげられています。

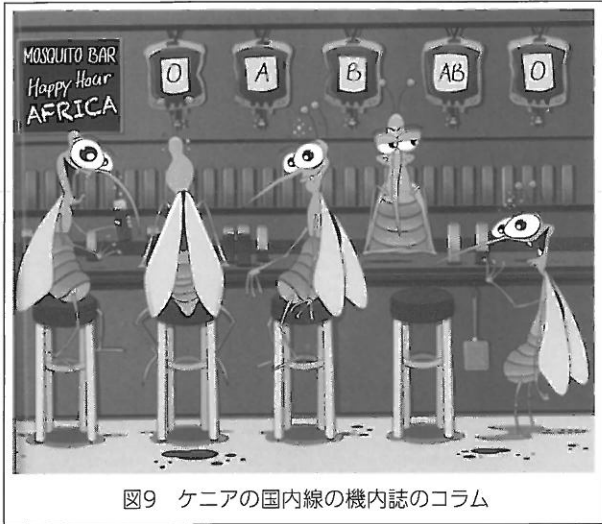


図9 ケニアの国内線の機内誌のコラム

現在、ケニア共和国でも、対策が功を奏して、地域によってはマラリアの感染率が低くなっています。しかし、図10が示すようにビクトリア湖周辺のマラリア罹患率が高いのです。ウガンダやコンゴでも同じように感染率が高いのです。

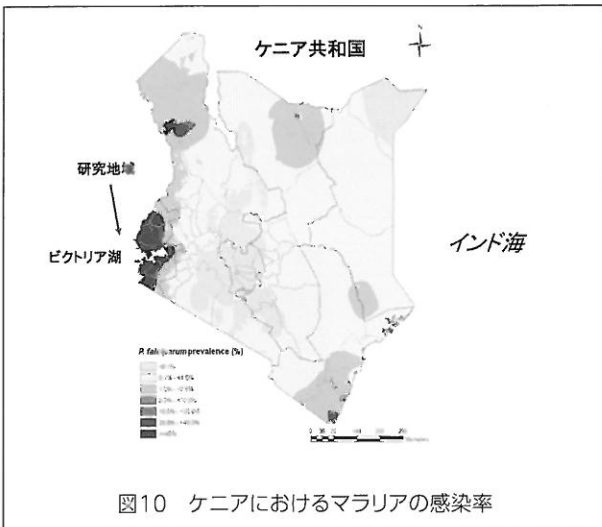


図10 ケニアにおけるマラリアの感染率

ビクトリア湖に浮かぶ島を見て、アネイチウム島で培った撲滅戦略を、アフリカのマラリア撲滅に応用できるか挑戦しようと思いました。そして、大阪市立大学の学生とともに、現地に行って調査を開始しています。

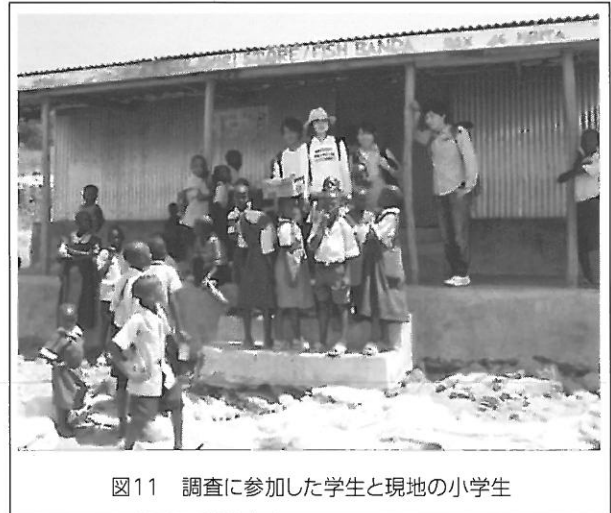


図11 調査に参加した学生と現地の小学生

治療薬をどのように使いこなすかが大切なことですが、薬剤耐性の問題もあり最近では漢方薬の中から開発されたアーテミスニンとの併用療法(ATC療法)とプリマキンにより、迅速なマラリア撲滅を目指しています。

当地では普通に学校に来ている学童も感染しており、彼らの感染率は70%と非常に高いのです。蚊帳は配布されているのですが、それを漁具や鳥かごに転用している住民もいます。マラリアの撲滅には、ここでも住民自身の意識向上と協力が大切です。



このケニアでのプロジェクトは、ケニア・中国・日本・アメリカ・イギリス・スウェーデンの科学者が協力して進めています。

# 「海外帰国者の感染症罹患の現状」

大阪市立総合医療センター 部長 後藤 哲志



Tetsushi GOTOU

平成 2 年 大阪市立大学医学部附属病院 第2内科  
平成 3 年 大阪厚生年金病院 内科  
平成 5 年 都立駒込病院 感染症科  
平成 6 年 大阪市立総合医療センター 感染症センター、現在に至る

わたくしが勤務する大阪市立総合医療センター感染症センターではトラベルクリニックとして海外渡航向けのワクチン接種や、海外からの帰国後に発症された患者さんの治療をしております。

発展途上国に1ヶ月滞在したときに健康問題の起こる頻度

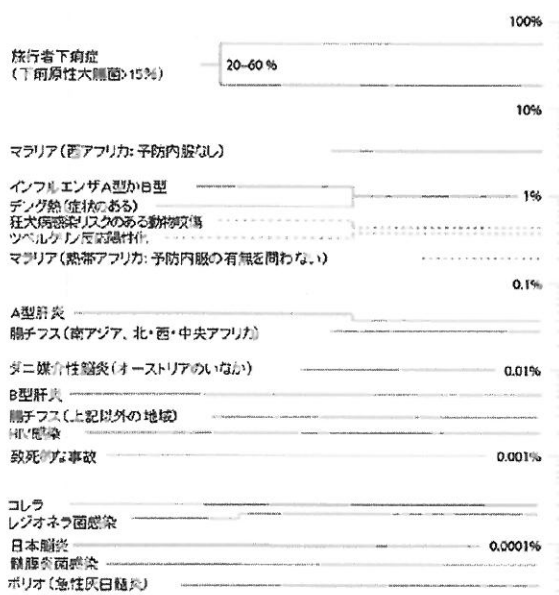
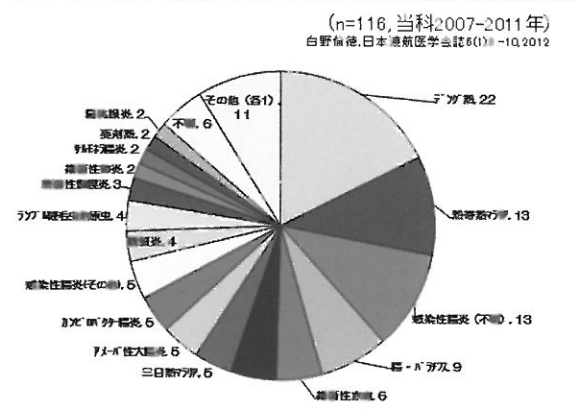


図1 Steffen R et al., J. Travel Med. 2008;15(3):145~6より改変

図1は海外のデータですが、発展途上国に1ヶ月滞在したときに健康問題の起こる頻度を示しています。旅行者下痢症が半分くらいの割合で発症します。マalariaはサブサハラ(サハラ以南のアフリカ)の流行地域で1%から10%の頻度です。

図2 「海外帰りの発熱・下痢」を主訴とした入院患者の最終診断



海外旅行帰りで、問題になるのは発熱と下痢です。図2は2007年から5年間に大阪市立医療センターに入院された患者さん100人余りのデータで、一番多いのはデング熱、その次に熱帯熱マalaria、感染性腸炎と続きます。海外渡航とは関係のない扁桃腺炎の患者もいました。

世界で最も危険な生き物は、図3に掲げた映画ポスターからタランチュラ(毒蜘蛛)、ジョーズ、ピラニアなどが思い浮かぶますが、それらによる被害は実は少数です。



図3 世界で最も危険な生物は

<http://www.gatesnotes.com/Health/Most-Lethal-Animal-Mosquito-Week> から引き出してきた図4「危険な動物」は、蜘蛛やサメよりヒトのほうが



もっと危険であり、そのヒト以上に、蚊により大勢の人間が死んでいるのです。

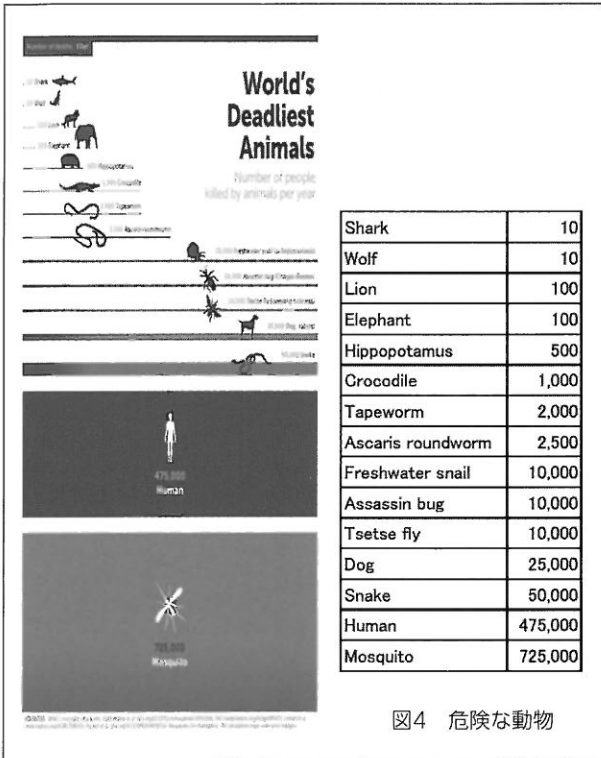
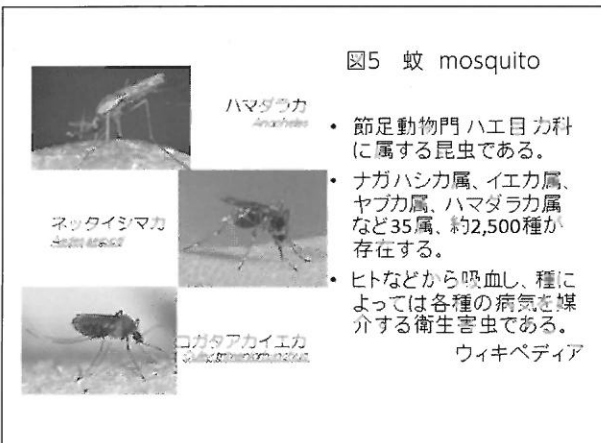


図4 危険な動物

図5は今回主役になる蚊です。このハマダラカ、ネックイシマカ、コガタアカイエカが媒介する病気をお話します。



●マラリア

マラリアは病初期のうちに治療しないと、とても危険な病気です。発病してから1週間放置しておくとも命を落とすこともある危険な病気です。危険地域から帰国して発熱したら、病院で診察を受けて下さい。渡航先を話さずに、診察を受けると、海外の病気だと気付かれないことがあります。もし、流行地からの帰国

後、発熱などの症状が出たら、必ず渡航先を教えてください。

マラリアのリスクのある地域は、赤道直下のアフリカ、中南米、アジアとなっています。(図6)



図6 マラリアのリスクのある国

図7はマラリアが増えている国と減っている国を示しています。アフリカは増えていますが、アジア・中南米は減ってきています。



図7 マラリアの発症数の変化

マラリアは原虫を持っているハマダラカに刺されることで感染します。症状は、発熱、悪寒、筋肉痛、倦怠感等です。重症の場合にはけいれんや呼吸困難になったり意識を失ったりします。これらの症状は自然に治まる場合もありますが、時間がたつとまたおこり、だんだん重症になっていきます。治療は、抗マラリア薬を投与します。

ハマダラカは夜間に活動しますので、特に夜間に蚊に刺されないようにすることが一番重要な予防法です。

●デング熱(図8)

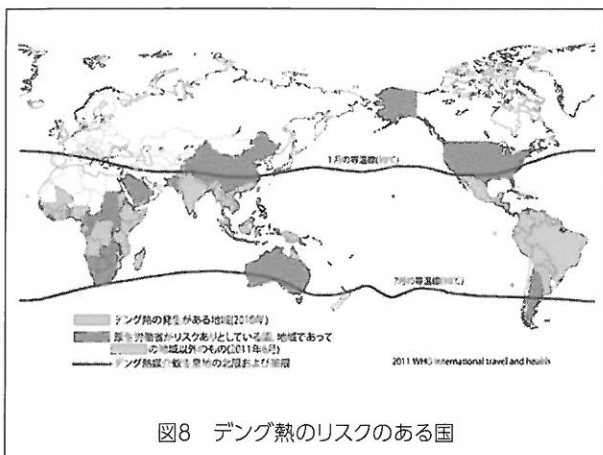


図8 デング熱のリスクのある国

デング熱はデングウイルスによる感染症で、ネッタイシマカに刺されることでうつります。この蚊は、空き缶などに溜まったちょっとした水などでも発生するため、都会でも流行することがあります。デング熱は、気温が10℃を下回る国にはなく、熱帯の地域を中心にリスクがあります。

ウイルスを持っているネッタイシマカやヒトスジシマカなどに刺されることでデング熱はうつります。症状は、感染してから2～15日(通常2～7日)症状のない期間があった後、38～40℃の発熱、激しい頭痛、関節炎、筋肉痛、発疹がみられます。

特別な治療法はなく症状に応じた治療が行われ、死亡率は1%以下とされています。

ワクチンや予防する薬はありませんので、虫除け対策が唯一の予防法です。

●チクングニア熱(図9)

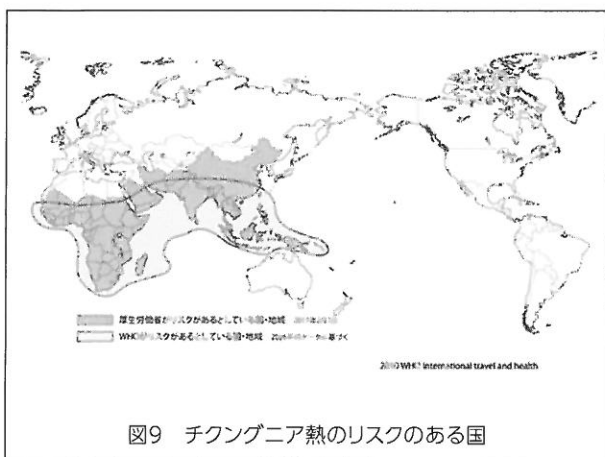


図9 チクングニア熱のリスクのある国

チクングニア熱はチクングニアウイルスによる感

染症で、蚊に刺されることでうつります。チクングニアとは、アフリカの現地語で「かがんで歩く」という言葉に由来し、この病気による痛みが強いことを表しています。

チクングニア熱のリスクのある国は、アフリカ、アジアです。

ウイルスを持っているネッタイシマカやヒトスジシマカなどに刺されることでうつります。

症状は、感染してから2～12日(通常2～4日)症状のない期間があった後、発熱、関節炎、発疹がみられます。関節の痛みは、手首、足首、指、膝、肘、肩などにみられます。結膜炎や神経系の症状がみられ、出血しやすくなることもあります。死亡することはまれですが、関節の痛みは数カ月以上にわたって続くことがあります。

特別な治療法はなく症状に応じた治療が行われます。ワクチンや予防する薬はありません。虫除け対策が唯一の予防法です。

●日本脳炎(図10)



図10 日本脳炎のリスクのある国

日本脳炎は、フラビウイルス科に属する日本脳炎ウイルスによって引き起こされるウイルス感染症です。

日本脳炎はアジアで広く流行している病気で、毎年3.5万人～5万人の患者が発生しており、1万～1.5万人が死亡していると推定されています。日本でも、かつては患者が多くみられましたが、予防接種が開始されて、患者数が著しく減少しました。

日本脳炎ウイルスはブタの体内で増殖し、蚊によってブタにウイルスが伝播します。一方ヒトは、ウイル

スを持った蚊に刺されて感染します。ヒトからヒトへの直接感染はありません。ウイルスの媒介蚊は、主にコガタアカイエカで、日本をはじめ多くのアジア諸国に生息しています。

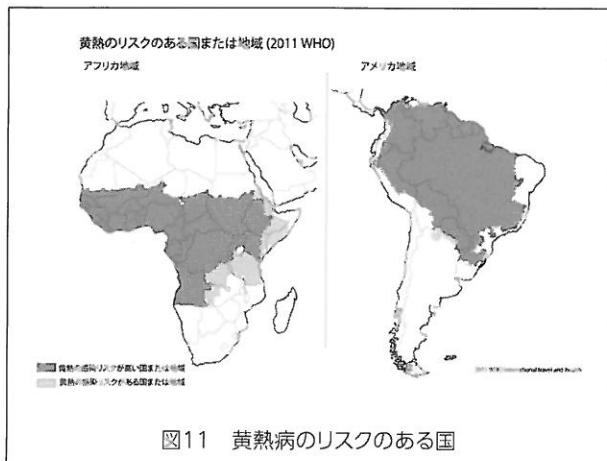
ウイルスを保有する蚊に刺されても多くの人は症状が出ません。感染した人のうち、100人から1000人に1人の割合で発病するといわれています。通常6日から16日の潜伏期間の後、高熱、頭痛、嘔気、嘔吐がみられます。次いで、意識障害、けいれん、異常行動、筋肉の硬直などが現れます。重症例のうち50%が死亡するといわれ、生き残った重症患者の30～50%に精神障害や運動障害などの後遺症が残るといわれています。

特別な治療法はなく、対症療法が行われます。蚊に刺されないように注意することが予防となります。虫よけスプレーや蚊取り線香などを利用し、肌を露出しない服装を心がけましょう。特に蚊の発生が多い水田地帯やブタなど動物を飼育している地域では、防虫対策を忘れないで下さい。

中国や韓国では、夏から秋に、インド北部やネパールなどでは6月から9月頃の雨期に、蚊の発生が多くなります。他の熱帯地域では、年間を通して防虫対策を忘れないで下さい。

日本脳炎ワクチンの定期的な予防接種を完了していても、予防接種の有効期間は3～4年といわれています。この期間を経過した後に、流行地域、特に農村部に長期間渡航される方は、追加で1回接種し、以後3～4年ごとに接種することが勧められます。

## ●黄熱病



黄熱は黄熱ウイルスによる感染症で、蚊によって人へうつります。リスクのある国はアフリカと中南米となっています。ウイルスを持っているネッタイシマカに刺されることでうつります。

感染しても症状がない場合が多いですが、通常3から6日の症状のない期間があった後、発熱、頭痛、筋肉痛、嘔吐をおこします。そのまま回復することもあります。重症になると皮膚や目の白い部分が黄色くなり、鼻や歯肉から出血したり、血を吐いたりし、さらに死亡する場合があります。

特別な治療法はなく、症状を軽くするための治療が行われます。

予防は、虫除け対策と予防接種が有効です。予防接種は一回の接種で10年間有効です。

入国する際に黄熱の予防接種の国際証明書を要求する国があります。そのような国に入国する場合は、予防接種をしていない場合に入国拒否される場合もあります。詳しいことは、最寄りの検疫所にお問い合わせください。

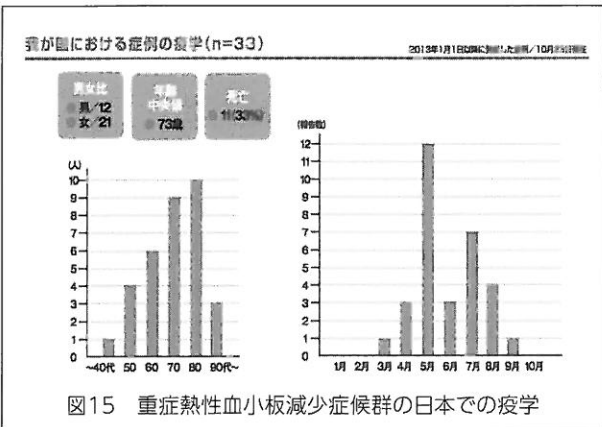
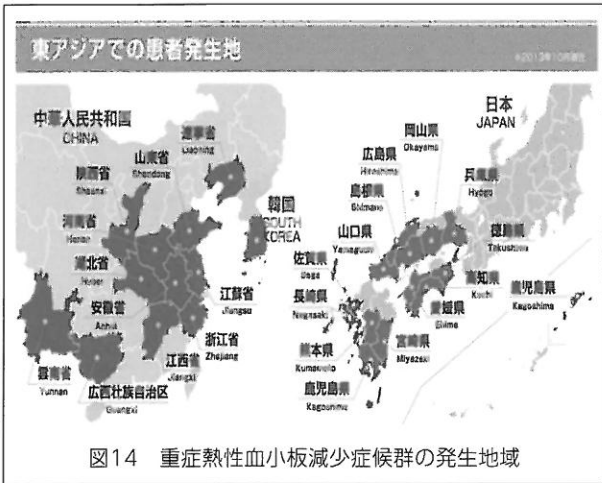


## ●重症熱性血小板減少症候群(SFTS)

重症熱性血小板減少症候群は、元来中国で報告のあった疾患で、2013年に日本で初報告されました。ダニが媒介する疾患で死亡率も高くなっています。都会では少ないが、山歩きや藪で働く人は心配です。西日本を中心に症例報告がされています。ダニからヒトやシカに感染することがわかっていますが、他の動物では未確認です。



ダニはかみつけば1日ぐらいかかってひとの血を吸います。口先を残すとあとあと大変なことになることがありますから、ダニを見つけたら、センチ(ピンセット)を使って、ダニの口をはさんで、ゆっくりと外すことが大事です。うまくしないと皮膚にダニの口が残って大変なことになることがあります。ダニは血を吸う前は1~2mmぐらいですが血を吸うと5mmになります。



症状は発熱、白血球減少、血小板減少に加えて出血や多臓器不全を来します。

患者の男女比は女性の方が多く、年齢では年配者、平均すると73歳の方となっています。死亡率は33%で、月別では5月、7月が高くなっています。

●マラリア予防ポケットガイド(図16, 17)

マラリア予防Pocket Guideという独立法人国立国際医療研究センター国際感染症センターの資料をお配りさせていただいております。以下のURLからダウンロードして下さい。

<http://www.travelclinic-ncgm.jp/20-お役立ち資料集/>



●蚊から身を守ること

蚊に刺されないようにするには、夜間の外出を避け、長そでのシャツ・長ズボンで露出部分を少なくしましょう。蚊帳や蚊取り線香、DEETを含んだ防虫スプレーを使用しましょう。

●海外渡航時に役に立つサイト

海外渡航時に役に立つサイトは、厚生労働省 検疫所のFORTH\*1と外務省の海外安全ホームページ MOFA\*2があります。

\*1 (<http://www.forth.go.jp/index.html>)

\*2 (<http://www.anzen.mofa.go.jp/index.html>)

FORTHからは、国や地域別に気をつけたい病気やその予防法の情報が得られます。



図18 厚生労働省 検疫所のFORTH

MOFAでは、病気だけではなく、国として安全かどうか、テロや誘拐や安全対策の情報が得られます。



図19 海外安全ホームページMOFA

JTBのヘルスツーリズム研究所が発行している「トラベル・メディスン」は、企業等で健康管理をされている方などにお勧めできる教科書的な情報が書かれています。

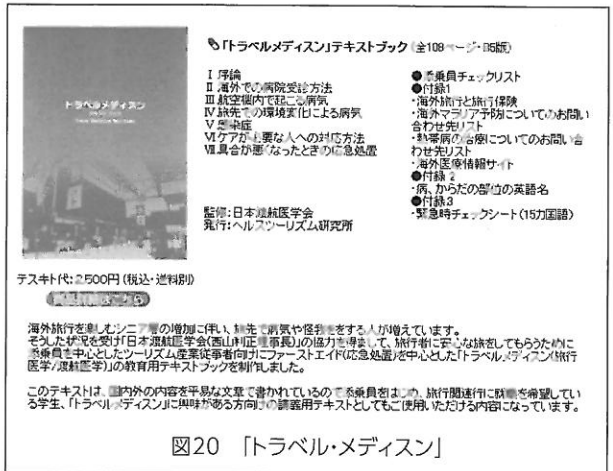


図20 「トラベル・メディスン」

第54号 春号 のあらし

- 特別寄稿  
高齢社会における歯科保健・医療のあり方  
～急速に超高齢社会を迎えた日本における  
日本歯科医師会の役割～ 大久保 満男
- 日本WHO協会 フォーラム開催報告  
「高血圧 サイレントキラーの正体」 関 淳一
- 日本WHO協会フォーラム講演録  
国際共同研究からわかった血圧を上げる生活習慣 三浦 克之
- 日本WHO協会フォーラム講演録  
高血圧の予防と治療のための食生活改善戦略 由田 克士
- WHO本部でのインターシッピング報告記  
保健医療人材の一員として  
- As a Member of Human  
Resources for Health - 牧野 孝俊

第53号 冬号 のあらし

- 世界保健デー2013年のテーマ「高血圧」  
高血圧の予防と管理：よりよい人生のために 岩嶋 義雄
- WHO本部でのインターシッピング報告記  
～エビデンスを求めて～ 土屋 良美
- jaih-s との共同企画フォーラムⅢ  
jaih-s との共同企画フォーラムⅢ 開催報告 松園 梨代  
「HIV/エイズとジェンダー」 垣本 和宏
- jaih-s との共同企画フォーラムⅢ【講義2】  
「若年妊娠から考えるジェンダーと健康」 西原 三佳
- 国際NGO団体 AMSAの紹介  
AMSAとは ～Asian Medical Students' Association～  
提島丈雄、石井佐知子、金牧有希、大須賀菜月
- 日本WHO協会 第3回禁煙セミナー  
(2013・6・13 於 大阪歴史博物館)  
「見える、確かめられる  
タバコの煙の歯と口の健康影響」 埴岡 隆



SARAYA

# 病院で手の消毒100% プロジェクト

東アフリカでの院内感染をなくすために。  
SARAYAは、アルコール手指消毒剤の普及を進めています。  
まず、ウガンダから。



衛生環境の問題が原因で失われる命を、この世界からなくしたい。衛生製品メーカーとして創業時から変わらない想いで、サラヤは、2010年から、アフリカ・ウガンダでのユニセフ手洗い促進活動への支援活動をはじめました。その活動を続ける中、サラヤは、村での手洗いの普及活動だけでなく、劣悪な状態にある医療機関の衛生環境も改善したいと考えるようになりました。病院内での病気の感染を防げば、乳幼児死亡率や妊産婦死亡率をもっと下げることができるのです。

2011年には、現地法人SARAYA EAST AFRICAを設立。

アルコール手指消毒剤を現地生産し、医療従事者に普及させていくことを目指す、ソーシャルビジネスをスタートしました。まず、ウガンダから、いずれは東アフリカ全域へ、現地の人々の雇用も生み出しながら、アフリカの社会課題を解決し、持続可能なビジネスとして広げていく、サラヤの挑戦ははじまったばかりです。



**SARAYA** サラヤ株式会社

大阪市東住吉区湊里 2-2-8

☎ 0120-40-3636 <http://www.saraya.com/>

**SARAYA East Africa**

Address: P.O. Box 23740, Kampala, Uganda Tel: +256-(0)312-72-72-92

Email: [info@saraya-eastafrika.com](mailto:info@saraya-eastafrika.com) Web Site (Eng): <http://worldwide.saraya.com/>