

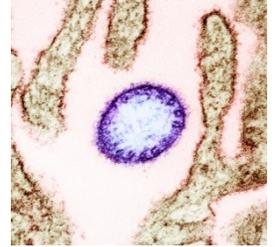
*** 今日の健康(2月) ***

< ニパウイルス 高い致死率 >

インドで致死率が高いとされる「ニパウイルス」のヒトへの感染が確認され、アジア各国で流行への懸念が高まっています。厚生労働省は2月5日、インド東部で感染例が確認された「ニパウイルス」について「日本国内での感染リスクは低い」とする専門機関の評価結果を発表しました。ニパウイルスは感染症法における四類感染症に定められています。

ニパウイルスを発症した場合の致死率は40～75%です。(医療体制などで変動します)現時点で日本国内では感染者の報告はありません。東南アジアや南アジアでは何度か流行したウイルスで発症後に感染力を持ちます。1998年から1999年マレーシアで初めて発生確認され、2001年以降バングラデシュやインドでほぼ毎年患者が報告されています。

2025年12月以降 インド東部で2人感染(1人回復・1人重傷化)しておりインド保健省は、接触者196人を検査し「全員が陰性」と発表しています。



特徴: 潜伏期間は4～14日で、発症すると発熱、頭痛、嘔吐、筋肉痛などの症状があり、その後意識障害などを起こし重症化すると急性脳症に至る場合があります。

致死率が40～75%というのは脳炎を合併した患者の致死率ではないかと考えられています。致死率が高いようですが、症状はないがウイルスを持っているという「不顕性感染」から脳炎に発展する割合などは分かっていないので注意が必要です

「脳炎」の症状としては、基本的に頭痛が強くなり、さまざまな脳炎の症状として痙攣、自分の意思に関係なく変な動きをしてしまう不随意運動、おかしな言動、徘徊といった症状があるときには脳炎が疑われます。

感染経路: 主として「コウモリ」が感染経路で、ニパウイルスを元々持っているコウモリが媒介して感染した動物や、コウモリが食べて汚染した食べ物などを通じてヒトが感染します。

基本的には、熱帯に生息して特にフルーツなどを主食にする「コウモリ」を媒介するウイルスなので、日本ではニパウイルスは確認されていません。

しかしながらインバウンドで日本国内に持ち込まれてから、ニパウイルスを発症するケースはあり得ますが、主な感染経路が「ヒトからヒト」ではなく、主には食物や家畜類を介した感染なので、日本ではそれほど広がらないと考えられています。

ヒトからヒトへの感染力: 濃厚接触というような、相当に身体、体液や血液に触れあう接触行為でない限り、うつらないのではないかと考えられています。おそらく初期段階の症状では、インフルエンザやコロナウイルス、マラリア、デング熱などとの区別は困難です。

コロナのように変異する可能性: RNAのウイルスなので変異は起こり得ますがコロナウイルスのように、ヒトからヒトに感染してウイルスが増殖してウイルスが変異する可能性は低いです。

感染対策: ワクチンや特効薬はなく対症療法しかありません。

コウモリが食べた可能性のある生の果物(ヤシの実など)を食べない。コウモリや家畜などを触らない。手洗い、マスクの徹底が必要です。