

文化・社会委員会 講演会

アフリカの感染症を知るシリーズ オンライン特別講座
エボラ出血熱関連 ― 第2回池上 清子 *Kiyoko Ikegami*

アフリカ協会副会長。国連難民高等弁務官事務所、国連本部、国連人口基金、長崎大学大学院教授などを経て、現在(公財)アジア人口・開発協会副理事長。また、(公財)ジョイセフ、国際家族計画連盟ロンドン本部、(公財)プランインターナショナルジャパン(理事長)、日本赤十字社(常任理事)など多くの市民社会組織(CSOs)で経験を積む。一貫して、開発途上国の女性の健康推進、自立支援に携わっている。



エボラと向き合うコンゴ民主共和国

― 現地対応から考える、新しい国際保健協力と日本の役割 ―



■ 講師 国立健康危機管理研究機構 国際医療協力局 医師
感染症疫学サーベイランスシステム強化プロジェクト
フェーズII (RSSE2) 統括

法月 正太郎 *Masataro Norizuki*

医師、医学博士。国立健康危機管理研究機構(JIHS)国際医療協力局所属。日本内科学会総合内科専門医、日本感染症学会感染症専門医・指導医。

2005年3月、和歌山県立医科大学医学部を卒業。同年4月より自治医科大学附属病院で初期臨床研修を行い、その後、亀田総合病院総合診療・感染症科、自治医科大学附属病院感染症科に勤務した。感染症診療、院内感染対策、抗菌薬適正使用、輸入感染症への対応などを担当した。2016年、国立国際医療研究センター国際医療協力局に入職し、感染症分野の国際協力および健康危機管理に携わる。黄熱、ジカ熱、エボラなどの感染症対策や、アジア・アフリカ諸国における人材育成、感染症対応能力および保健システムの強化を支援した。

2018年9月から2019年8月までは厚生労働省大臣官房国際課に出向し、WHO担当として世界保健総会をはじめとする国際保健政策、WHOとの調整、感染症危機管理、日本人専門家の国際派遣体制の強化に取り組んだ。

2020年には、新型コロナウイルス感染症が発生したクルーズ船「ダイヤモンド・プリンセス号」の対応に参加した。その後、WHOの国際アウトブレイク警戒・対応ネットワーク(GOARN)の専門家としてフィリピンに派遣され、同国保健省およびWHOとともに、医療機関における感染予防・管理体制の強化を支援した。

2021年から2024年まではザンビアの首都ルサカに在住し、JICA「ルサカ郡総合病院運営管理能力強化プロジェクト」のチーフアドバイザーを務めた。病院運営、感染対策、医療の質改善、公衆衛生危機への備えを支援するとともに、2023年から2024年に発生したザンビア史上最大規模のコレラ流行への緊急対応を担った。最大約1,000床のコレラ治療センターの設計・立ち上げ、感染対策、患者管理、医療従事者への研修などを支援し、その功績によりGLOBAL HEALTH AWARD 2023を受賞した。また、同流行における集中型・分散型コレラ治療センターの運用に関する研究成果を発表している。

2025年からはコンゴ民主共和国の首都キンシャサに在住し、JICA「国家疾病監視システム強化プロジェクト・フェーズ2」のチーフアドバイザーとして、同国保健省中央疾病監視局および地方保健当局とともに、感染症サーベイランス、早期警戒、コミュニティからのアラート、アウトブレイク対応能力の強化を進めている。

これまで、エボラ、コレラ、新型コロナウイルス感染症、ジカ熱、黄熱など、国内外のさまざまな感染症危機への対応を経験してきた。臨床、感染管理、行政、国際機関、国際協力、研究という複数の立場から、感染症アウトブレイクの予防、早期探知および対応に取り組んでいる。

■ 第一報は、平時の信頼関係から届く

2026年5月15日午前6時56分、コンゴ民主共和国(DRC)保健省の疾病サーベイランス局(DSE)で日頃から一緒に仕事をしている同僚から、一本のWhatsAppメッセージが届いた。「イツリ州でエボラが発生した可能性がある」。約15分後にはAfrica CDC(アフリカ疾病予防管理センター)の公式情報を確認し、日本大使館、JICA、国立健康危機管理研究機構(JIHS)など日本側関係者への情報共有が始まった。

危機対応は、必ずしも公式文書や国際会議から始まるわけではない。平時から現地のカウンターパートと働き、異変があれば連絡が来る関係を築いていたからこそ、第一報を迅速につなぐことができた。感染症危機への備えは、アウトブレイクが始まってからではなく、平時から始まっている。

■ なぜ流行を止められなかったのか

今回の流行はDRCにおける17回目のエボラアウトブレイクで、原因はブンディブギョ型エボラウイルスである。発生の中心となったイツリ州はウガンダや南スーダンに近く、人の移動が活発である一方、武装勢力の活動が続き、道路、通信、医療へのアクセスにも大きな制約がある。5月の発生宣言時には、限定された地域で90日以内に封じ込める計画が立てられた。しかし流行はその後複数州へ拡大し、イツリ州内でも多くの保健ゾーンが影響を受けた。

重要なのは、「誰も異変に気づけなかった」わけではないことである。少なくとも4月末には現場の異変は首都キンシャサまで届き、中央から調査・検査の指示も出ていた。問題は、異変を拾った後の検査と判断、そして対応へ移る過程

にあった。象徴的なのがGeneXpert®の問題である。イツリ州には迅速にPCR検査を実施できるGeneXpert®が配備されていたが、当時使用可能だったカートリッジは主としてザイル型エボラを対象としており、今回のブンディブギョ型を適切に検出できなかった。陰性という検査結果が、かえって「エボラではない」という安心につながり、初動を遅らせた。

ここから得られる教訓は明確である。必要なのは機器だけではない。病原体の特性を踏まえた検査戦略、品質管理、結果の解釈、確定検査への接続、そして検査の限界を理解する人材まで含めて、初めて検査体制は機能する。

■ 「アラートの千本ノック」を動かす

エボラ対策の本質は、一件一件のアラートを確実に最後まで処理することにある。地域住民や医療機関が異変を通報する。行政がそれを受理・検証し、現地調査を行い、検体を採取する。検査結果に基づき患者を隔離し、接触者を追跡する。この一連の流れを「Alert Cascade(アラートの伝達・対応連鎖)」と呼ぶ。千件のアラートのうち九百九十九件がエボラでなくても、その九百九十九件を正しく調査し、除外することが重要である。いわば「アラートの千本ノック」である。ノックの回数が多いほど、どこで情報が止まるのか、車が出ないのか、検体が届かないのか、結果が返らないのかが見えてくる。

しかし、この連鎖は最も弱い一か所で止まる。車両や燃料がなければ調査員は村へ行けない。通信がなければ情報を送れない。検体採取資材や輸送手段がなければ診断できない。接触者が鉱山や他州へ移動すれば追跡は難しくなる。給与や危険手当が支払われなければ、

流行が続いていても対応者の活動は止まる。JICAがイツリ州で支援したStarlink 50台の展開も、単なるインターネット供与が目的ではない。通信が脆弱な地域でアラート、症例情報、検査結果、接触者情報を動かし、Alert Cascadeをつなぐことが目的である。こうした一見地味な人材、通信、車両、燃料への投資こそ、平時からの保健システム強化なのである。

■技術だけでは感染症は止まらない

さらに難しいのが、コミュニティとの信頼である。イツリ州では、エボラ疑いで死亡した住民の遺体をめぐる対立から、治療施設が放火される事態も起きた。エボラ死亡者の遺体は感染性が高く、安全で尊厳ある埋葬が必要である。しかし家族から見れば、突然現れた防護服姿の人々に家族を連れて行かれ、最後に会うことも、伝統的な方法で弔うこともできない。「科学的に正しいから従ってほしい」だけでは、人は動かない。

通報、検体採取、搬送、隔離、接触者追跡、埋葬のすべてに社会的な合意が必要である。地域との対話は広報活動の付属物ではなく、サーベイランスと感染症対応そのものなのである。

■WHO中心から、アフリカ主導・機能分担の時代へ

今回の流行を現場から見ていると、国際保健の構図が変化していることも実感する。2014～16年の西アフリカ・エボラ流行時には存在しなかったAfrica CDCは、2017年の設立以降、急速に存在感を高めてきた。今回も早期から情報を発信し、域内の専門家や各国政府をつなぐ役割を担っている。「アフリカの危機に、アフリカの人材

が対応する」という方向性は明確になっている。

これはWHOが不要になったという意味ではない。WHOには、症例定義や診療指針、診断薬の緊急使用リスト、国際共同研究など、一国では代替しにくい標準化と国際調整の役割がある。一方、Africa CDCや各国政府が地域の対応を主導し、米国CDCなど各国の公衆衛生機関が人材や技術を直接投入する。大学や企業も研究開発に参加する。

つまり国際保健は、「WHOを中心に世界が動く」という単線型から、それぞれの組織が得意な機能を担う複線型の協力へ移りつつある。米国の対応はその象徴である。自国へのエボラ持ち込みを防ぐ厳格な措置を講じる一方、DRCの現場ではCDCが疫学、データマネジメント、人材育成などを支援している。「America First」は、国際保健から単純に撤退することではなく、自国の健康安全保障と直結する領域には、二国間で人材と技術を投入するという側面を持つ。

また、DRCとウガンダはイツリ州北東部のアルを起点に90日間の共同行動計画を開始した。国境を閉じるだけでは感染症は止まらない。日常的に国境を越える人の動きを前提に、アラート、検査、臨床、接触者追跡を両国でつなぐ必要がある。これもまた、アフリカ自身が地域の健康安全保障を担おうとする動きである。

■日本の技術を「現場で使える仕組み」に変える

では、この新しい国際保健の中で、日本は何を担うのか。日本は国際機関への資金拠出、無償資金協力、JICAによる技術協力、研究開発などを通じて大きな貢献をしてきた。また、遺伝子検査であるLAMP法や迅速診断キットなど、世界の感染症対応に貢献し得る日本発の技術もある。

しかし、優れた技術を持っていることと、それが世界のアウトブレイクで使われることは同じではない。誰が、どこで、どの患者に使うのか。陽性・陰性結果を次の行動にどう結びつけるのか。研修、品質管理、廃棄物処理、結果登録、確定検査への接続まで設計して初めて、製品は「現場で使える技術」になる。ブンディブギョ型エボラには、現在も確立した治療・予防手段が限られており、今回の流行下でも治療薬やワクチンの臨床研究が進められている。アウトブレイクが起きてからゼロから準備するのでは遅い。候補薬、ワクチン、診断技術、治験ネットワーク、倫理審査、製造能力を平時から準備し、危機発生から100日以内に実用化への道筋をつける「100日ミッション」の考え方は、日本にとっても重要である。研究費を投じ、研究施設や製造設備を整えることは不可欠だ。しかし、それはいわばスタジアムと練習施設を造ることである。実際のアウトブレイクで技術を評価し、国際的な承認につなげ、世界で使われて初めて「試合に出た」と言える。

■日本はスポンサーからプレーヤーになれるか

同じ問いは、人材にも当てはまる。米国CDCは平時から各国に拠点を持ち、緊急時には疫学やデータの専門家を投入する。日本にも、JIHS（国立健康危機管理研究機構）をはじめ感染症、疫学、検査、臨床、感染管理の優れた専門家がいます。しかし「専門家がいます」と、「数日以内にチームとして海外へ送り、現地の危機対応に参加できる」とは別である。

必要なのは人材育成だけではない。緊急予算、安全管理、保険、医療退避、所属機関との調整、派遣後のキャリアまで含め、迅速派遣を

可能にする制度が必要になる。今回、日本側では大使館、JICA事務所、JICA本部、JICA技術協力プロジェクト、JIHSが日常的に情報を共有してきた。緊急時に突然「オールジャパン」を作ったのではない。平時から顔の見える関係があったからこそ、第一報を受けて動くことができた。日本はこれまで、国際保健の重要な「スポンサー」であった。これから問われるのは、資金や製品を提供するだけでなく、人材と技術を持って現場に立つ「プレーヤー」になれるかである。

■発生地で感染を止めることが、日本を守る

エボラは検査だけでは止まらない。ワクチンだけでも、治療薬だけでも止まらない。地域で異変が拾われ、その情報が行政へ届き、調査され、検体が採取され、診断され、患者が隔離され、接触者が追跡される。そのAlert Cascadeを、人、資金、物流、通信、そして住民との信頼によって毎日動かし続けることが感染症対策の本質である。

そして、DRCのイツリ州で感染連鎖を断つことは、遠いアフリカへの善意だけではない。感染症に国境がない以上、発生地で感染を止めることは、日本への持ち込みを防ぎ、日本の社会と経済を守る健康安全保障でもある。

「コンゴを支援すること」と「日本を守ること」は対立しない。日本を守る最前線は、空港の検疫所だけにあるのではない。遠く離れたアフリカの村で、一件のアラートを拾い、それを確実に最後まで対応につなげる人々の仕事の中にもある。日本が国際保健のスポンサーからプレーヤーへ踏み出せるか。その答えは、次の危機が始まってからではなく、平時から何を準備するかにかかっている。