

特

集

時々刻々

エボラ出血熱



昨年、西アフリカを中心に感染者数が過去最大となったエボラ出血熱。新規感染者が再び増加の兆しを見せ始めたなどの報道もされ、対応の強化が求められている。

そこで本特集では、エボラ出血熱について、国際協力、国内対応、現地支援の観点から、各分野の専門家にご解説をいただく。

執筆者



現地支援の立場から見た
エボラ対策

国立研究開発法人
国立国際医療研究センター
国際感染症センター
国際感染症対策室医長

加藤 康幸



国内の受け入れ体制と
エボラ出血熱

国立研究開発法人
国立国際医療研究センター
国際感染症センター長

大曲 貴夫



エボラ出血熱への対応
国際協力の観点から

国立研究開発法人
国立国際医療研究センター
国際医療協力局長

宇都宮 啓

エボラ出血熱への対応 ～国際協力の観点から～

国立研究開発法人
国立国際医療研究センター(NCGM)
国際医療協力局長

宇都宮 啓

はじめに

2015(平成27)年5月27日付WHO報告によれば、このたび西アフリカを中心としたエボラ出血熱(Ebola virus disease: EVD)以下、「EVD」という。なお流行株が異なるコンゴ民主共和国の事例を除く)の感染者総数は2万7049名、うち死亡者数1万1149名となっています。そのうち、大量に感染者が出たギニア、シエラレオネ、リベリアの3か国のみで患者総数2万7013名、死亡者数は1万1134名に上り、いずれも99・9%を占める状況でした。

しかし、これら3か国と国境を接する国々は、いずれも発生が報告されていないか、発生しても限定的な伝播にとどまり終息宣言が

出されています。

たとえば、ギニアと国境を接しているセネガルでは、2014(平成26)年8月29日に、ギニアから渡航してきた若者の感染が確認されましたが、感染者はこの1例にとどまり、10月17日にはWHOから終息宣言が出されました(セネガル政府は10月13日に宣言)。

筆者は、昨年12月にセネガルの首都ダカールで開催された仏語圏アフリカ母子保健集団研修経験共有ワークショップ(以下、「WS」という)に出席しましたが、その際に得られた知見も交えてその理由を考えてみたいと思います。

今回の西アフリカでの 流行の原因

EVDは1976(昭和51)年にスーダン共和国(現南スーダン)とザイル共和国(現コンゴ民主共和国)で初めて報告されて以来、ときどき集団発生は報告されてきましたが、今回は過去最大・最長の流行となっています。

世界でも最も対応力の脆弱な地域で感染爆発が起こったというところに今回の特徴があるという指摘がありますが、内紛や政情不安

等により公衆衛生インフラが整わず、医師・看護師等の保健衛生職種も不十分な地域であるということが、正にその大きな原因です。

しかし、必ずしも保健衛生システムが十分ではなくても、コンゴ民主共和国等の赤道付近のアフリカ諸国では40年近くにわたりEVDに対応してきた経験があり、それなりに対応体制を整えてきました。それに対し、今回流行した西アフリカ諸国ではEVDの経験がなく、結局ギニアで発生した事例についてEVDという診断がつくまでに約3か月かかったことにより、限定した地域に封じ込める機会を逃してしまい、気がついたときには都市部、さらには隣国のリベリア、シエラレオネにまで感染が拡大してしまっているという事です。西アフリカは人口の移動が激しいことも大きな特徴で、国境はあっても無きがごとし、世界のほかの地域に比べ、7倍の流動性があるという研究報告もあるそうです。

ところでこの地域は遺体を洗う習慣があるため、その際に、遺体から直接、あるいは洗った水を介して感染が広がりました。しかし

死者の尊厳を重視するこの地域社会においては、この習慣は死者を世話するという意味だけではなく、死者に着せる着物や帯を解いて魂を解放し、身を清めて天国に昇天させるというとても重要な儀式でした。ところが、そのようなことが理解されないまま伝統的な葬儀が禁止されてしまいました。さらに宇宙服のような防護服を着た外国人が、病人をバリケードで囲まれた治療区域に連れて行きましたが、治らずに亡くなった患者も多く、そのうえ人手不足ということもあつて遺体がしばらく放置されてしまったり、敬意を払わずに埋められてしまったこともありました。

このようなことが住民の不信感や反感を買い、伝統療法に頼ったり、ひそかに伝統的葬儀を行ったり、あるいは保健従事者に対して暴力的な行動に出ることさえありました。つまりスタッフと地域社会とのコミュニケーションや理解の不足が、さらなる感染の拡大を生んでしまったということです。

セネガルの状況

治安や政情不安定な国が多い西

アフリカにおいて、セネガルは1960(昭和35)年の独立以来一度もクーデターを経験することなく、政権交代は平和的に行われ、安定した民政が続いています。

NCGMでは平成13年より長期・短期の専門家を派遣するなどして、保健人材開発、母子保健等の分野で継続してセネガルと協力活動を行ってきており、現在もセネガル保健省大臣技術顧問として長期派遣されている医師をはじめ3名の専門家が活動しています。

今回のWSは、NCGMが実施している仏語圏アフリカ母子保健集団研修参加国のうち、重点6か国(セネガル、ベナン、ブルキナファソ、ブルンジ、コンゴ民主共和国、マダガスカル)等を集め、セネガルで実施している「母子保健サービス改善プロジェクト」(以下、「PRESSMN」という)をはじめめとするそれぞれの国の経験や教訓を共有するというものでした。

PRESSMNでは以下の5つをコンポーネントとするPRESSMNモデルをつくり、それを各州に広げる活動を行って、母子保健の向上を図っています。

- ① コミュニティと医療施設スタッフのコミュニケーション
- ② コミュニティや医療施設スタッフ等関係者へのコンセプトの共有
- ③ 5S活動を通じた医療施設内環境改善
- ④ 根拠に基づく妊産婦・新生児ケアの実践
- ⑤ 行政との連携による各種サポート活動

本WSで最も印象に残ったのは、③の5S活動の報告でした。ご存じのように、5Sは日本の製造業がモノづくりの過程でむだやミスのない、効率的な仕事のしくみをつくる目的で生み出された経営管理手法で、5Sは整理(Seiri)、整頓(Seiton)、清掃(Seiso)、清潔(Seiketsu)、躰(Shitsuke)を表します。彼らはこれら5つの用語を、フランス語でもなければ英語でもなく、日本語でそのまま「ゴエス」と発音し、この改善活動を5S-Kaizenと表記していました。

5S導入前の保健医療施設は不潔で、スタッフのレベルやモチベーションも低く、患者や地域住民からはあまり信頼されず、なかなか母子保健状態も改善されませんでした。

5S導入前の保健医療施設は不潔で、スタッフのレベルやモチベーションも低く、患者や地域住民からはあまり信頼されず、なかなか母子保健状態も改善されませんでした。

んでした。しかし5Sの導入により施設は清潔になり、医療機器等も定位置に置かれるようになってむだな作業時間が減り、スタッフのモチベーションが上がるとともに患者さんに寄り添えるようになり、患者さんの満足度も向上し信頼を取り戻したとのことでした。

実際に出産を扱っている、大規模および小規模の保健センターを視察しましたが、どちらも非常に清潔で、棚や引き出し等には内容物を示した紙がしつこいくらいに貼られていて、とてもまじめに整頓されている様子がよくわかりました。スタッフたちは、「日本の5S-KaizenやPRESSMNのお陰でとてもよくなった」と感謝していました。

さてEVDについてですが、8月のEVD患者確認後、セネガル政府はNCGMから出向中の専門家、国際協力機構(JICA)、世界保健機関(WHO)などと協力して素早く対応しました。すなわち、発症者およびその接触者の隔離、健康監視、大量発生したギニアと国境を接する地域等への感染予防対策物資の供給、保健衛生従事者等への研修・啓発活動等です。

さてEVDについてですが、8月のEVD患者確認後、セネガル政府はNCGMから出向中の専門家、国際協力機構(JICA)、世界保健機関(WHO)などと協力して素早く対応しました。すなわち、発症者およびその接触者の隔離、健康監視、大量発生したギニアと国境を接する地域等への感染予防対策物資の供給、保健衛生従事者等への研修・啓発活動等です。

セネガルの成人識字率は50%程度とあまり高くなく、沿岸の都市部以外はラジオの普及も限られています。地方まで啓発活動はよく届いているそうです。

もちろん、政情の安定、アフリカでは高い評価を受けている大統領や保健大臣によるリーダーシップが大きな力を発揮したということとは事実でしょう。しかし、WSで熱心に他国へ自分たちの経験を伝えているセネガルの人々の発表を聞き、実際に地域の保健センター等を見て回って感じたことは、5S-KaizenをはじめとするPRESSMN活動や保健人材開発などの事業による成果も大きいのではないかと感じます。

■ ■ ■ ■ ■ おわりに

現場の皆さんは日々感じておられると思いますが、公衆衛生施策を進めるときには、専門職の力量はもちろん大切ですが、地域住民の自覚、協力がなければうまくいきません。まして保健衛生のインフラ、人材が不足している地域であればなおさらです。

今回のセネガル訪問では、もう

25年以上前に僻地の保健所に勤務していた時代を思い出しました。そして、今回のEVD対応においては、公衆衛生の原点は変わらないうということを感じるとともに、日本の地道な協力が成果に結びついていることに感慨を覚えました。

- ※1 WHOは最近Ebola Virus Disease (EVD)という表現をしています。
- ※2 Projet de Renforcement des Soins de Santé Maternelle et Néonatale の略です。

【参考】

1. WHO: Ebola Situation Report - 27 May 2015, <http://apps.who.int/ebola/en/current-situation/ebola-situation-report-27-may-2015>
2. WHO: One year into the Ebola epidemic: a deadly, tenacious and forgiving virus, 2015 <http://www.who.int/csr/disease/ebola/one-year-report/introduction/en/>
3. Cheikh Ibrahima Niang: Ebola diaries: Lessons in listening, 2014 <http://www.who.int/features/2015/ebola-diaries-niang/en/>
4. 島尾忠男、尾身茂、他：感染症対策に求められる日本の貢献(座談会)、三田評論、1188、10 - 25、2015
5. JICA：セネガルでエボラ出血熱の封じ込めに大きく貢献、http://www.jica.go.jp/topics/news/2014/20141126_02.html
6. 国立国際医療研究センター国際医療協力局：特集 5S～整理・整頓で幸せになる！～、NEWSLETTER summer 2013

国内の受け入れ体制とエボラ出血熱

国立研究開発法人
国立国際医療研究センター(NIGM)
国際感染症センター長
大曲 貴夫

エボラ出血熱の診療に関連する行政的対応

2014(平成26)年に西アフリカ諸国で起こったエボラ出血熱(Ebola virus disease: EVD)以下、「EVD」という)の流行は、3月にギニアで集団発生が報告され、隣国のリベリア、シエラレオネへと拡大しました。日本の検疫所では、同年8月1日より出入国者に対するポスター等(写真)による注意喚起や、入国者に対する健康相談室の利用の呼びかけが開始されました。8月7日付け厚生労働省健康局結核感染症課事務連絡「エボラ出血熱に関する対応について」が発出され、医療機関向けにエボラ出血熱の対応フローが公開され、エボラ出血熱が疑われる者の隔離や、健康監視中に健康状態に異常を生じた者への対応等が

写真 渡航歴確認シート



写真 ポスター



明確化されました。8月8日には世界保健機関(WHO)が、EVDの感染が拡大するおそれがあるとして国際的に懸念される公衆衛生上の緊急事態を宣言しました。10月3日には、米国でリベリアからの到着4日後にEVDを発症した患者が9月30日に1名報告されたことを受け、厚生労働省健康局結核感染症課事務連絡「エボラ出血熱に関する対応について」が発出され、医療機関で症状および渡航歴等からEVDに感染したことが疑われる患者が発生した場合の連絡体制、感染症指定医療機関への当該患者の搬送、患者検

体の送付に関する手続等について確認依頼がなされました。

また、10月24日付け厚生労働省健康局結核感染症課長通知「エボラ出血熱の国内発生を想定した医療機関における基本的な対応について」により、発熱に加え、ギニア、リベリアまたはシエラレオネの過去1か月以内の滞在歴が確認された者は、EVDの疑似症患者として扱われることとなりました。日本では10月27日に1例のEVDの疑似症患者が発生しました。これを受けて10月28日に「エボラ出血熱対策関係閣僚会議」が設置されました。本会議でEVD

に関する関係省庁対策会議の設置が決定されました。10月28日には厚生労働省に「厚生労働省エボラ出血熱等対策推進本部」が設置されました。内閣官房には「エボラ出血熱対策室」、内閣総理大臣官邸危機管理センターには「情報連絡室」が設置されました。この後11月7日にも2例のEVDの疑似症が発生しました。このうち都内の1例は健康監視中でしたが、発熱時に検疫所に申告する前に近医を受診し、渡航歴を医師に申告していなかったことが明らかになりました。本事例は健康監視期間中の発症時の連絡等のいっそうの徹底を必要とさせる事案でありました。この対応での知見を踏まえ、疑似症の発生から行政部門への連絡および専門医療機関への搬送が円滑に行われることなどを目的として同年11月21日付け厚生労働省健康局結核感染症課長通知「エボラ出血熱の国内発生を想定した行政機関における基本的な対応について」がなされました。

エボラ疑似症の対応の実例

2014(平成26)年10月27日16

時ごろ、東京空港検疫所支所からEVDが疑われる患者の報告が厚生労働省にあり、国立国際医療研究センター病院に入院しました¹⁾。本事例は患者が自然解熱し、国立感染症研究所における2回の検査結果がともに陰性であったため退院しました²⁾。その後11月7日に2名³⁾⁴⁾、12月29日に1名⁵⁾、2015(平成27)年1月18日に1名⁶⁾、3月16日に1名⁷⁾の疑似症患者が発生しましたが、いずれも国立感染症研究所での検査では陰性でした。

具体的な診断としてはマラリア¹⁾⁸⁾、急性副鼻腔炎⁹⁾、扁桃腺炎^{1例}³⁾、インフルエンザ^{1名}⁶⁾、原因不明例^{1名}²⁾でした(2015<平成27>年5月11日現在)。

治療法についての国内での指針の検討

EVDを含む一類感染症については、そのほとんどが治療法等が確立されていません。そこで、一類感染症の患者の治療に当たる医師等に対して助言等を行うため、一類感染症の治療に関する専門家による検討会議の第1回会議が2014(平成26)年10月24日に開催されました。ここでは、国内

でEVDが発生した際の治療について、安全性および有効性が未

確立の治療の提供は、WHOの倫理作業部会の結果も踏まえると

本邦においても倫理的に許容されること、承認薬の使用にあたっては患者または家族の同意を得るとともに治療データを収集し世界

と共有すべきであること、血液透析等の侵襲的治療についてはEVDの致命率の高さ、患者の容態および医療従事者への感染リスクとの比較考量が十分なされたい

うえで判断されるべきであることが取り決められました。2015(平成27)年2月24日には第2回目の会議が行われ、第1回会議での議論の結果およびこれまでに得られた知見を踏まえ、(1)EVDの患者に対する基本的な支持療法として、①補液および電解質補正

②血圧維持 ③ほかに感染症が合併する場合の当該感染症の治療が望ましく、すべてのEVDの患者に対して行われるべきものであること、(2)EVDの患者に対する追加的な治療としては、承認薬の投与や血液透析等の侵襲的な治療等があり、状況に応じて実施を検討することが望ましいこと、

が取り決められました。

国内医療体制の充実

(ア)2014(平成26)年8月の段階では第一種感染症指定医療機関が47都道府県中9県で未整備でした。その後新たに2県で追加に整備が行われました(大分県、青森県)。また、感染症指定医療機関に十分な診療体制が整っていないことも想定されることから、

万一方の場合、国立国際医療研究センターから第一種感染症指定医療機関にチームを派遣する体制整備が進められました。

(イ)特定感染症指定医療機関、第一種感染症指定医療機関の医療従事者に対する教育が必要でした。そこで平成26年度厚生労働科学研究費補助金新型インフルエンザ等

新興・再興感染症研究事業「一類感染症の患者発生時に備えた治療・診断・感染管理等に関する研究」(代表/国立国際医療研究センター加藤康幸)、および26年度

国際医療研究開発事業「医療機関等における感染症集団発生時の緊急対応方法の確立及び対応手法の普及・啓発に関する研究」(代表

／国立国際医療研究センター大曲貴夫）による感染症対策研修会が2014（平成26）年11月13日と同日25日の2回開催されました。加えて第一種感染症指定医療機関を対象とし、前記研究班の班員が直接各医療機関を訪問してワークショップが開催されました。

■ ■ ■ ■ ■ エボラ出血熱に対する国内の対応についての総括

1. 多くの行政機関および医療機関が関与するため、健康監察下にある者の適切な経過観察、疑似症発生時の行政機関への連絡体制、疑似症発生から医療機関への搬送までの過程における各行政機関間の綿密な連絡と連携がきわめて重要です。

2. EVD対応においては医療機関としては診療体制構築および実際の診療において大きなマンパワーとリソースが必要です。

3. 各医療機関で診療体制を組む場合には、全病的な体制を組むだけでなく外部機関との緊密な連絡下の連携が必要であるため、危機管理体制に準じた組織を編成して対応する必要があります。また、このような体制構築には個別

医療機関の努力のみでは限界があり、調整や資源の供給等の点で行政機関が十分に支援を行っていく必要があります。

4. EVDの疑似症および確定例発生時には患者の個人情報と人権が守られるよう、細心の注意が払われねばなりません。報道機関、そしてその受け手である国民も、本邦における危機管理上の課題として考えるべきです。

5. 感染防止対策の指針を理論的に検討することは対策の構築上必要ですが、その指針が実際に医療現場で施行可能であるかどうかを十分に検証し、担保しつつ、効果があるかどうかを検証していくことが必要です。加えて、その時々得られる新規の知見を十分に検証しながら指針を適宜変更し、適切な感染防止対策を行っていく必要があります。

6. 今回のEVDの世界的なアウトブレイクが収束したあとも、どの医療機関でもEVDを含む輸入感染症を診療しうることを前提に診療体制を構築していく必要があります。国境を越えて人の往来が活発になる中で、今後は国内の一般医療機関でも輸入感染症を診療

する機会は増えていくと予想されます。

7. 新興感染症発生時には確立された治療法がありません。よってその時点での科学的知見を広く収集し、まずはどの患者でも施行すべき標準的治療を明らかにして確実に実行することが、患者の予後改善の点からも倫理的な観点から重要です。しかし標準的治療の

確立は、侵襲的治療や新規治療に関する議論の中で見過ごされやすい面があり、注意が必要です。加えて侵襲性が高くその効果と二次感染発生のリスクとが拮抗する治療法や、知見の少ない新規治療法については、恩恵と危険性を考慮しながら、倫理的な観点から慎重に検討していくことが必要です。

参考URL（2015年5月9日にアクセス）

- 1) 厚生労働省。報道発表資料 平成26年10月27日 エボラ出血熱が疑われる患者の発生について (<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000064582.html>). 2015
- 2) 厚生労働省。報道発表資料 平成26年10月30日 エボラ出血熱疑い患者の退院について (<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000064586.html>). 2015
- 3) 厚生労働省。報道発表資料 平成26年11月07日 エボラ出血熱への感染があり得る患者の発生について (<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000064565.html>). 2015
- 4) 厚生労働省。報道発表資料 平成26年11月07日 エボラ出血熱への感染があり得る患者の発生について (<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000064556.html>). 2015
- 5) 厚生労働省。報道発表資料 平成26年12月29日 エボラ出血熱への感染があり得る患者の発生について (<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000070198.html>). 2015
- 6) 厚生労働省。報道発表資料 平成27年01月18日 エボラ出血熱への感染があり得る患者の発生について (<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000071363.html>). 2015
- 7) 厚生労働省。報道発表資料 平成27年03月16日 エボラ出血熱への感染があり得る患者の発生について (<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000077696.html>). 2015
- 8) 厚生労働省。報道発表資料 平成27年03月16日 エボラ出血熱への感染があり得るとされた患者の検査結果（陰性）について (<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000077708.html>). 2015
- 9) 厚生労働省。報道発表資料 平成26年12月29日 エボラ出血熱への感染があり得るとされた患者の検査結果（陰性）について (<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000070199.html>). 2015
- 10) 厚生労働省。一類感染症の治療に関する専門家会議 (<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/other-kenkou.html?tid=227687>).
- 11) 国立国際医療研究センター 国際感染症センター 国際感染症対策室 「一類感染症対策の研修開催情報」 (<http://www.dcc-ncgm.info/topic-%E4%B8%80%E9%A1%9E%E6%84%9F%E6%9F%93%E7%97%87%E3%81%AB%E5%82%99%E3%81%88%E3%82%8B/>).

現地支援の立場から見た エボラ対策

国立研究開発法人
国立国際医療研究センター(NCIGM)
国際感染症センター国際感染症対策室 室長

加藤 康幸

はじめに

エボラ出血熱(Ebola virus disease: EVD/以下「EVD」といふ)は、1976(昭和51)年に現在の南スーダンとコンゴ民主共和国で見つかった致死率の高い新興ウイルス感染症です。これまでにアフリカ中央部を中心に流行が散発してきましたが、2013(平成25)年12月に始まったとされる西アフリカにおける流行は、すでに1年半を経過し、過去最大の規模となっています。世界保健機関(WHO)短期専門家として現地支援にかかわった立場から、私見を述べることにします。

GOARNによる EVD流行地への派遣

筆者は、GOARN(Global

Outbreak Alert and Response Network)という枠組みを通じて、2014(平成26)年の5月と8月の2回、リベリアに派遣されました。2000(平成12)年に発足したこのネットワークは、WHOが事務局となり、米国疾病管理予防センター(CDC)のような公衆衛生機関、国連児童基金(UNICEF)などの国際機関、国際赤十字赤新月社連盟、国境なき医師団(MSF)などの非政府組織が主要なメンバーとなっています。

わが国では、厚生労働省、国立国際医療研究センター、東北大学などがパートナーとなっており、今回の流行においても、延べ20名(2015(平成27)年6月現在)の専門家が同ネットワークを通じて現地に派遣されました。なお、専門家の派遣にあたっては、厚生労働省のほか、外務省、独立行政法人国際協力機構も支援を行っています。

EVDの流行を征圧するためには、①患者の速やかな診断と隔離 ②接触者の調査 ③感染防止に配慮した遺体埋葬 ④疾患に対する啓発—を着実に行う必要があります。筆者はWHOリベリア事

務所の①を担当するチームに参加し、小規模な流行が終息した直後の5月には再流行に備えた医療機関の整備、患者の急増する8月には医療従事者の感染防止トレーニングを主に担当しました。8月初めに再訪した際には、モンロビアの主要病院が、医療従事者の感染を契機に閉鎖され、首都の医療機能がほぼ停止していました。患者隔離施設(Ebola treatment unit: E TU)は1か所しか稼働しておらず、休止していた1つのE TU

がようやく再開し、帰国の途に着いたのが8月後半のことでした。この頃には、EVDの流行が保健の問題から国際危機管理の問題に移行したという認識が広く共有され、国連エボラ緊急対応ミッションが設置されるなど、国際支援が大幅に強化されることになりました。

E TUの運営における課題

過去約40年間に発生したEVDの流行は比較的速やかに終息したことから、現場を経験したことのある団体や専門家の数は限られてきました。患者に対する医療を例

に挙げれば、MSFが主要な役割を果たしてきました。アクセスが悪く医療資源の乏しい環境に速やかにE TUを設置して、医療従事者の感染防止や必要な物資の調達を図ることは経験のある団体にはできないことです。今回の流行においては、さまざまなNGOや軍がE TUを設置しました。MSFのそれを参考にしようと考えられますが、たいへん困難な作業であったと推測されます。

まず、医師、看護師だけではなく、病室内の清掃係、消毒薬の調整係、患者と医療従事者の食事を準備する係、など100名近いスタッフの確保は容易なことではありません。3交代勤務とするには、医療従事者が早朝や深夜に自宅とE TUを往来できるようなバスを確保する必要があります。個人防護具の調達、IDカード作成、給与の円滑な支給、体温測定などの健康管理は医療従事者が安心して働くために必須のもです。また、水や電気の安定確保も最重要課題のひとつでした。E TUは接触者調査や遺体埋葬のチームとも緊密な連携をとる必要があります。筆者のかかわったE TUは

このようなロジスティクスをWHOが直接引き受けることで、運営を開始することができました。

ETUにおいて患者の診療・ケアにかかわることは、みずからの感染リスクを受け入れることでもあります。実際、現地の医療支援に参加した医療従事者のうち、EVDを発症した者も10名以上います。個人防護具を適切に着用し、明らかな曝露を自覚しない場合もあることから、医療従事者の疲労や不安にも常に注意を払う必要があります。現地の医療水準は必ずしも高くないため、針刺しなどの高リスク曝露や体調不良が生じた場合の本国への緊急搬送体制も整備される必要がありました。

今後の現地支援の姿について

今回の流行を通じて、わが国の感染症流行時の国際貢献のあり方についても議論がなされています。GOARNの枠組みで現地支援を行っていた2つの団体を例に取り上げたいと思います。米CDCは、約5名からなる疫学調査チームをリベリアに派遣して

いました。現地では強い二国間関係にも支えられ、現地スタッフを教育しながら、独立性の高い活動をしていました。現在、MMWRに公表されている報告もこのような活動によるものです。海外経験の豊富なチームがあり、実際の業務を通じて、新人に知識と技術を伝えるしくみがあるように思われました。約1か月のサイクルで交代させながら長期にメンバーを派遣し続けており、支援の継続性の観点からも優れていると感じました。また、ウガンダ政府は、医師、看護師などからなる5名の医療チームを派遣していました。メンバーの所属施設は異なりますが、いずれもEVDの経験があり、現地医療従事者を指導しながら、患者の診療を含むETUの運営にかかわりました。一方、筆者自身も含めて、今回の流行で日本から派遣された専門家の多くは、個人としてWHOの活動に参加した面が強いと考えられます。

わが国においても、米CDCに相当する国立感染症研究所や検疫所等のスタッフを派遣の中心とするのか、ウガンダ政府のようにさまざまな職種・所属からなる支

援チームを臨時に編成して派遣すべきなのか、議論がなされる必要があるように思います。支援の実効性や継続性、国内感染症対策への還元なども考慮して、望ましい姿について検討される必要があるでしょう。議論の前提として、今回のような患者の医療に対する支援要請はきわめて異例のことであることも確認しておく必要があります。実際は、実験室診断、疫学調査、サーベイランスの専門家に対する要請が多く、国立感染症研究所の果たす役割は大きいと考えられます。

欧米からの支援者を見ていると、開発途上国の事情にも精通した疫学、ウイルス学、内科学、小児科学、感染制御学、獣医学、ロジスティクス、人類学などの専門家を大学、行政機関などにプールしておくことが重要と考えます。大学や行政機関、NGOなどで人事交流がもっとあってもよいでしょうし、このような分野に関心をもつ人材が育つような場がもっとあるべきでしょう。アフリカなどでフィールド活動を行う際の知識、技術を学ぶ場として、履修期間3〜6か月の熱帯病学基礎

課程(Diploma of Tropical Medicine)があります。筆者もかつて東京大学医科学研究所のそれに学びましたが、現在は、長崎大学熱帯医学研究所のみが同課程をもつ国内唯一の機関となっています。このような国際的にも実績のある教育プログラムを活性化させていくことも重要と考えます。

おわりに

韓国におけるMERS流行に見られるように新興感染症の流行は熱帯地方や開発途上国に限りません。国外のアウトブレイク対策の経験は国内で同様の事態が起きた際にきつと役立つことでしょう。"Experience must be bought."といいますが、感染症対策においてもこの言葉はあてはまるかもしれません。EVDに限らず、西アフリカのような公衆衛生基盤の脆弱な地域で発生した感染症が国際的に拡大する可能性もあり、現地支援が最も有効な国内対策にもなり得ます。このような観点で、日本の専門家が国際的な場で活躍できる機会が増えるよう関係者の理解と支援を得られれば幸いです。