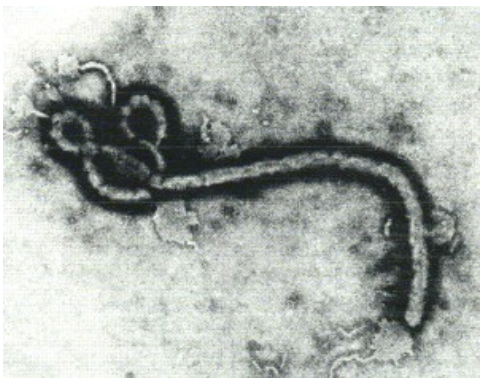
国境を超える感染症　備えは十分なのか？

西アフリカで感染が拡大するエボラ出血熱。WHO が、先月 8 日に「緊急事態宣言」を出しましたが、未だに感染拡大が続いています。
その拡大が止まらない状況を受け、日本にも感染が拡大しないか・・と、日本の報道も熱を帯びてきました。これらの報道を整理しながら、仮に日本で発症したらどうなるのか・・・考えてみました。

＜今回の感染拡大の特徴と現地の状況等＞



初めてエボラウイルス（右図）が発見されたのは 1976 年 6 月。その後 30 年以上を経過しますがが、過去の死者数は 1,590 人（2012 年 12 月現在）です。

この数は、今でも、世界で年間 10 万～数 10 万人の死者を出しているマラリアやコレラと比較しても格段に少ないものですが、これは症状の激しさや致死率が高く、「他人に感染する前に感染者が死に至るため蔓延しにくい」という特徴に起因しているようです。

しかし、今回は、過去 30 年分の死亡者に匹敵する規模の死亡者数に達しており、これまでとは違う様相を示しているように思います。その背景としては、次のような 3 点が共通して指摘されています。

① アフリカ西部で起きている

これまではアフリカ中央部での発生でしたが、今回は、輸入例しかなかった西部地域での感染拡大であり、国も医療従事者も、その知識・経験が乏しく、感染拡大を招いたと言われています。

② 都市部でも起きている

今のところ有効な治療法がない（未承認薬があるようです）ため、最終的には封じ込めによる「収束」が唯一の方法と思われますが、人口の多い地域では、これまでのような方法論は有効に機能しなかったと言われています。

③ 医療従事者の死亡が 100 例を超えた

25 日現在、医師や看護師ら医療従事者が 240 人を超え、120 人以上が死亡したとのこと。人口が集中する都市部でも流行しているため、多くの患者が訪れる病院では、症状が似たマラリアや腸チフスなどと見誤ってエボラ熱の感染者に接触するケースが相次いでいるとのことです。

＜現地での対策・状況＞

また、現地の状況等を整理すると、次の 3 点が伝えられています。

① 人の移動の禁止

感染地域からの人の移動を禁止しているほか、全域への拡大を防ぐため全土に夜間外出禁止令が出されました。人の移動を制限し感染拡大を食い止めるのが狙いであり、午後 9 時から午前 6 時までの外出を禁じられています。

大統領は、「感染拡大が制御できなくなっている」と指摘し、「神がわれわれと国家を救ってくれますように」と祈ったとも伝えられています。

② 人心の不安

感染地域で活動する医療従事者が、地元住民らから脅迫や嫌がらせを受けているとの懸念を WHO（世界保健機関）が示しています。

「医療従事者は危険を冒して重要な医療を行っているにもかかわらず、脅迫されたり疎まれたりしている」と指摘し、感染拡大防止の妨げになっていると伝えています。

また、感染地域では、エボラ熱が欧米諸国から持ち込まれた病気と信じる人もいるほか、医療従事者が遺体を盗んだり故意に感染させたりしているとの根も葉もないうわさも出ているとの由。

さらに、現地からの報道によると、リベリアの首都モンロビアでは16日夜、武装した男らが「エボラは存在しない」と叫びながら感染者の隔離施設を襲撃する事件も起きたとのことです。

③ 周辺国の国境封鎖

感染者が集中するギニア、リベリア、シエラレオネの3カ国周辺では、国境を封鎖した国や、自国民以外の 3 か国からの入国を禁止しており、感染拡大国の孤立が深まっています。

また、世界食糧計画（WFP）は、エボラ出血熱の感染拡大に伴って隔離された西アフリカの諸地域で、今後数カ月間に約 100 万人が食料難に陥る恐れがあると警告を発しています。これは、国境周辺の地域を封鎖しているため軍や警察によって人や物資の動きが大幅に制限され、その結果、穀物などの食料が極端に不足して市場が封鎖され、食料価格が高騰傾向にあることが背景との由。

保健衛生上の危機が食料事情にも打撃を与えている典型例といえます。

＜日本の現状は　～　仮に国内で発症したら・・＞

WHO は、現地で、「エボラ熱との闘いは数カ月続くと予想している」との記者会見を行い、「絶望的な状況ではない」と強調する一方で「一夜で好転するものではない」と話したと伝えられています。

こうした長期戦を念頭に、日本では、成田空港等で、入国者に注意を呼びかけるなど対策を強化しています。

西アフリカからの直行便はありませんが、滞在者が乗り継ぐ可能性もあるため、検疫所前の電光掲示板では旅行者に、エボラ出血熱で死者が出たギニア、リベリア、シエラレオネ、ナイジェリアのいずれかに滞在した場合は検疫所職員に申告するよう求めたり、サーモグラフィーで入国者の発熱状況を確認したりしています。

一定の効果はあるでしょうが、当然、感染後、一定の潜伏期間がありますので、その期間であれば発熱もなく、問題発見されずに入国することになります。問題は、その後発症した際の病院等での医療従事者の初期対応でしょう。

現地では、WHO からの要請や国境なき医師団等に参加して、日本人の医療者が、診断等の支援に当たっているとのこと。本当に頭が下がる思いです。単に、人道的支援というだけでなく、将来、日本で仮にエボラ出血熱が発症した場合の準備（確定診断ができる等）という意味でも意義あることと思います。

しかし、一方では、私の地元の福井県立病院の院長が、エボラ出血熱の対策に関連して、フェイスブックの自身のページに、「ちなみにエバラは焼き肉のタレです」と顔文字付きで書き込んでいたことが報道されるなど、同じ医療者でも危機意識の違いに驚いたところです。

福井の例ほど酷い方は多くないでしょうが、それでも、ほとんどの医療従事者は知識・経験が乏しいことから、仮に日本で最初の感染者が出たとすると、ほとんどの医師・看護師は、初期症状ではエボラ出血熱とはわからず、西アフリカと同じように、感染者に接触してウイルス感染・・・その医療者が他の患者に・・・と、感染が拡大する可能性は、当然に想定されます。

厚生労働省の HP では、「エボラ出血熱等の一類感染症に感染した疑いのある人について医療機関等から連絡があった場合、国立感染症研究所で迅速に検査を行い、感染の有無を確認する体制が整備されています。検査の結果、感染していることが明らかになれば、患者は感染症指定医療機関に移送され・・」と掲載されていますが、問題は、「医療機関等から連絡がある」前の段階です。

未だに、冬場になるとノロウイルスの感染拡大が生じる病院、施設も多い日本ですから、発熱、頭痛、倦怠感、筋肉痛、咽頭痛、嘔吐、下痢等の症状では、まず、エボラ出血熱を疑うことはないでしょう。出血（吐血、下血）等の症状が現れた段階で、「もしや」となるのでしょうが、その段階では、既にウイルス感染が拡大・・・となりそうです。

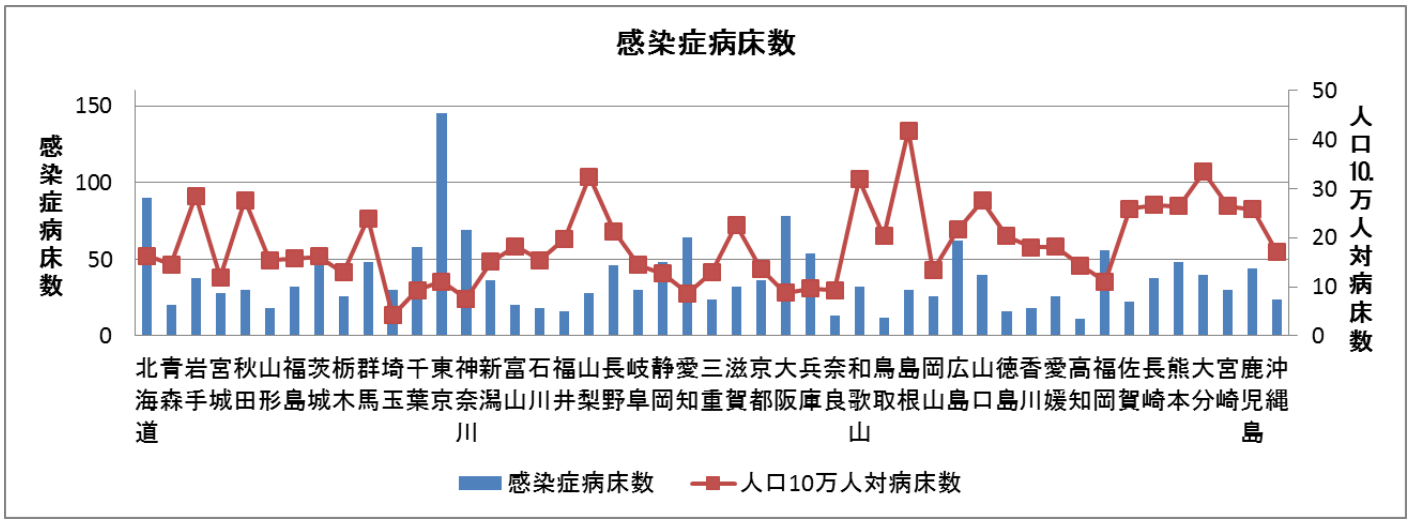
さらに厚生労働省の HP では、「主として患者に直接接触することにより感染すること、流行地域はアフリカに限定されていることから、通常の日本人旅行者が現地で感染するリスクは非常に低いと考えられます。日本国内の医療体制や生活環境から考え合わせると、日本国内でエボラ出血熱が流行する可能性は、現時点ではほとんどありません。」としていますが、確かに、国内に感染者が入る可能性は乏しいのでしょうが、一旦、感染者が国内に入ると、病院等を通じての一定の感染拡大は避けられないように思います。

また、現地での活動を終えた医師が質疑に応じるTV番組を見ていましたが、冷静に現地の状況を伝え、疾患としてのリスクを伝える姿に感心しました。特に、防護服を着ていても医療従事者に感染する理由を聞いて、なるほどと思いました。知識が少ない、また知識を身につけても人手不足による疲労でエラーを起こすといったことが主要因のようですが、これは感染症病床を持つ日本の病院でも同じリスクが考えられます。設備は整っていても、ほとんどのスタッフは、第一種感染症に現実に対応した経験があるとは思えないからです。院内感染は人間的な要素により生じる可能性が高いと思われ、設備の良し悪しは、二の次のような気がします。

次に、感染症病床数を超えて感染者が発生した場合、どのように対応するのかも不明です。

下図は、現在の感染症病床の都道府県別の状況ですが、明らかに、人口集中地域での人口比での数の少なさが目立ちます。西アフリカの現状は、都市部～人口集中地域でのリスクが高いという教訓を示しますが、日本の人口集中地域の感染症病床の今の状況は厳しいと感じます。こうした地域で、仮に、感染症病床が不足した場合にどう対応するのか・・・現在の建物の状況では一病棟を完全に隔離して運用することは難しく、また、スタッフの絶対数も不足するでしょう。

感染症病床の多くを持つ、公立・公的病院の姿勢が問われるのでしょうが、そのリスクに備えて、どのような準備をするのか・・大事なところです。今回、不祥事で話題となった福井県立病院では、その面での活躍で名誉挽回を期待したいものです。



また、国内のある地域で集中的に感染が拡大した場合に、西アフリカのように人の移動を禁止することは今の日本の法律では難しいでしょうし、必ず発生する人心の不安に、どう対応するかも方針があるとは思えません。人心の不安の一種でしょうが、自国民の感染が判明した米国では、エボラ出血熱に効くと偽ってネット販売されているサプリメント商品も増えているとの由。混乱に乗ずる人がいるのは、どこの国でも同じでしょう。

さらに、食料のほとんどを外国に依存する日本では、保健衛生上の危機が食料事情に打撃を与えないかの検証も大事であり、逆に、食料を輸入する相手国の保健衛生上の危機が、日本に与える影響も考える必要があるでしょう。

＜最後に＞

これはエボラ出血熱に限ったことではなく、人と物の移動が拡大する現代において、これから発見される未知の感染症への備えとしての意味もあり、ぜひ今回を機会に検討して欲しいものです。

もちろん、治療方法が確立することが最善でしょうが、一朝一夕に行くわけではありません。日本に感染が拡大しないのか・・との報道の論調ではなく、仮に国内で発症したら最悪何が起きるか・・を考えて、備えることが大事なのだと思います。「想定外」の言葉が飛び交った東北大震災～福島原発で得た教訓のはずです。日本のリスクに対する想像力～創造力が問われる、よい機会と考えます。

なお、西アフリカの状況については、現地大統領と同じく、早期の収束を神に祈るしかありません。

ヒューマンケア・システム研究所　　代表　北川博一