

【寄稿】ハイチ・コレラ渦から学ぶ感染症対策

長崎大学熱帯医学研究所 国際保健学分野教授 山本 太郎

編集部から

昨年(2010年)12月コレラ渦のハイチに果敢に渡航し、治療・予防活動に従事した山本太郎氏。その奮闘ぶりは「ハイチ緊急レポート 崩れゆく国でコレラと闘う」でお伝えした。帰国した同氏に、今回の渡航で得た知見を総括してもらった。

4つの条件が複合的に作用してコレラの爆発的流行が起きた

ハイチ北部アルティボニット県サンマルク市において、昨年10月19日、急性下痢嘔吐症患者の集団発生が報告された。報告を受け調査に当たった世界保健機関(WHO)／WHO米国地域事務局(PAHO)は同22日、ハイチでのコレラ流行を宣言した。多くの援助機関がコレラ対策のため、ハイチへ向かった。筆者らも、コレラ対策を支援するためにハイチを目指した。

筆者がハイチへ出発した12月上旬時点での現状は、患者が約9万5,000人、死者2,000人(2.1%)と報告されていた。コレラは適切な衛生環境で安全な水が確保されている状況では流行の拡大はまれであり、また、適切な患者管理がなされれば死亡率1%以下の疾患である。ハイチでのコレラ患者の死亡率は2%を超えることから、ハイチにおける患者管理に改善の余地があることが指摘されていた。



山本 太郎 氏



点滴を受けるコレラ患者と家族

ハイチは昨年1月12日に、マグニチュード7.0の直下型地震を経験し、大きな被害を受けた。地震以降、赤痢や麻疹の流行を懸念する声は、この国の公衆衛生関係者の間で高まっていた。地震で被災した人たちが暮らす密集した居住環境、安全な水やトイレへのアクセスの喪失が、そうした感染症流行の土壌になると多くの関係者が懸念していた。

ハイチは西半球の最貧国として知られている。1人当たりの国内総生産は、約500ドル、2010年の『人間開発報告書』によれば、ハイチの人間開発指標は、世界で下位20カ国に入る。

安全な水へアクセスできる者は国民の約3分の2にすぎず、適切な衛生環境を享受しているものは国民の17%と報告されている。そこに地震が発生した。多くの人が国内避難民として密集した環境で、テント生活を送ることになった。100年以上にわたってコレラ流行が報告されたことのないハイチにおいてである。現在世界は、第7次コレラ世界的流行期にあるといわれている。1961年にインドネシアのスラウェシ島で始まったこの世界的流行は、1970年代にアフリカへ広がり、1991年には南米に波及したが、ハイチへ拡大することはなかった。

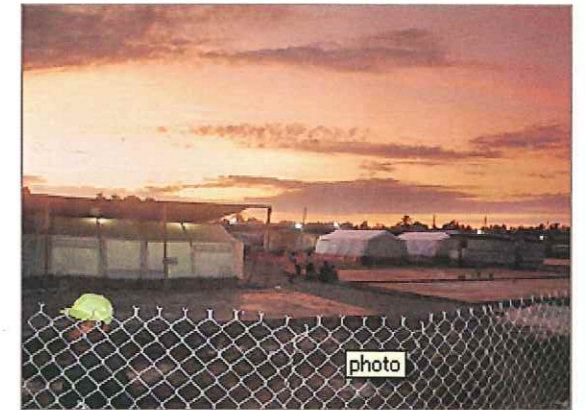
まとめてみると、ハイチでコレラの爆発的流行が起きた原因として、以下のことが挙げられる。第一に、100年以上もコレラ流行がなかったことにより、医療従事者のコレラに対する認識が低かったこと。第二に、人口の大部分がコレラに対する免疫を持たなかったこと。第三に、地震の影響で多くの人が依然として、高人口密度のテント生活を送っていたこと。第四に、テント生活により、安全な水とトイレへのアクセスが困難となっていたこと。こうした条件が複合的に作用して、ハイチでコレラの爆発的流行が起きた。

コレラ治療センターを中心にネットワーク確立、死亡率抑制に成功

こうした状況を受けて、ハイチ保健人口省は、WHOなどと協力し以下の対策を方針として発表した。最も重要な対策の焦点は、コミュニティレベルで住民の生命を守ることであった。

そのために行うべきこととして、第一に、既に存在している資源、特に活動中のプライマリー・ヘルス・ケアを強化する。第二に、コレラ治療ネットワークを確立する。具体的には、全国に50カ所のコレラ治療センター(CTC)を設置し、その下に200カ所のコレラ治療ユニットを置き、さらにその下に1,000カ所の経口補液ポスト(ORSポスト)を置く。第三に、重症患者はCTCで治療し死亡率を下げる。

事実、CTCでは24時間体制で50人以上のコレラ患者の管理を行っていた。そこでの死亡率は1%を切っていた。



国境なき医師団によって設置されたコレラ治療ユニット

質、量ともに十分ではなかった日本の貢献

問題は、海外からの援助機関や国内の大きなNGOが運営するCTCの活動より、地域に展開するコレラ治療ユニット、あるいは経口補液センターを運営することにあつた。地方におけるインフラの不足、人材の不足が末端での対策の展開に対する障害となっている。

一方、日本からの支援は、欧米からの支援と比較して、質、量とも十分とは言えなかった。歴史的、経済的つながりの少ないハイチにおける支援としては、仕方ない部分もあると思う。だが、感染症対策を現場で行う「能力」が欧米に比べて遅れてきているとすれば、それは将来国際協力を行う際の損失となる可能性がある。CTCを立ち上げるには、資金力、医療従事者の動員力、マネジメント能力などの総合力が必要となる。そうした経験を積んだ関係機関が日本国内に存在しない——存在したとしても、非常に少ない——とすれば、経験と知見の蓄積、将来における国内の安心・安全といった観点からしても損失である気がする。

わが国は、外交ツールとして軍事力の行使を放棄した。ソフトパワーでの貢献が求められている。保健、医療は中でも重要な貢献分野であると考えている。