



Title	公衆衛生活動としてのエボラ出血熱対策：2000年ウ ガンダアウトブレイク医療派遣の経験から
Author(s)	上家, 和子
Citation	大阪公衆衛生. 2015, 86, p. 2-3
Version Type	VoR
URL	https://hdl.handle.net/11094/78620
rights	
Note	

The University of Osaka Institutional Knowledge Archive : OUKA

<https://ir.library.osaka-u.ac.jp/>

The University of Osaka

公衆衛生活動としてのエボラ出血熱対策 ～ 2000年ウガンダアウトブレイク医療派遣の経験から～

上家 和子
大阪府健康医療部長

西アフリカ諸国における2014年3月に始まったエボラ出血熱の爆発的な流行は2015年になっても終息していない。大阪府内の各機関も国内侵入に備え、訓練やマニュアルの整備に取り組んでいる。

15年前に遡るが、2000年10月8日、ウガンダ保健省は、8月末からスーダン（現南スーダン）国境のグル地方で胃腸炎、頭痛、結膜炎、時に出血症状を特徴とし、死亡率の高い熱病が集団発生している、と報告を受け、患者検体を南アフリカ国立ウイルス研究所へ送付、ウイルス遺伝子検索の結果、10月15日エボラウイルス・スーダン株と判明したことを受け、WHOに支援と国際協力チームとりまとめを要請した。そして、直ちに発症動向監視と疫学調査、患者診療、教育啓発および後方支援活動がWHOを中心に開始された。厚生省（当時）はWHOの要請により、3次にわたり患者診療に各2名の医師を派遣した。日本人医師がウイルス性出血熱の診療のために現地入りするのは初めてであった。私は12月中旬からの2週間現地に第3次として派遣され、英国マンチェスター総合病院と国境無き医師団の医師らとともにグル病院で診療に携わった。



エンテベ空港からのチャーター機のグル空港着陸でまず驚いた。滑走路が舗装されていない。

国際協力チームが公立のグル病院に設置した隔離病棟は、床は土間で、電気は引かれてい



グル病院の外来テント

ない。外界とのバリアーはテント地の幕1枚で、隙間から外を歩いている人が見える。さらに外来診療は布張りのテント。

現地では、WHOが設置した国際協力チーム本部を中心に、『教育・広報』ウガンダ保健省 『アクティブサーベイランス』現地ボランティア高校生・軍・警察 『隔離病棟運営』WHO・国際チーム、MSF 『臨床検査』CDC 『埋葬』軍 『疫学調査』WHO・CDC・南アフリカ政府という分担で各チームの情報は毎日報告更新されていた。

集団発生対策として、特に集中的に行われた予防活動は、地域社会の啓発活動を繰り返し行うこと、伝統的な葬儀の中止、患者と接触のあった人を最長潜伏期間とされた21日間経過観察すること、エボラ出血熱で死亡した患者はいうまでもなく、その可能性のある死亡者の埋葬も訓練された埋葬班で行うこと、そして、エボラ出血熱に罹患した可能性のある患者をすべて把握すべく、アクティブサーベイ体制が形成された。現地ボランティア高校生が地域を巡回し、突然の高熱、頭痛、嘔吐、食欲不振、下痢、虚弱あるいは極度の疲労、腹痛、体の痛みあるいは関節痛、嚥下困難、吃逆、説明のつかない出血症状のいずれかを呈した者と突然死を“alert”として、病院受診を勧奨してモバイルチームが搬送し、または、埋葬班に連絡した。病院では医師の間診で患者との接触が否定されなければ“suspect”エボラ出血熱の可能性のある患者としてsuspect病棟へ入院させた。このカテゴリー対応は厳密に実施された。私が派遣された時点ではすでに米国疾病対策予防センター（CDC）が聖マリー病院（ラチャオ地区）に設置した現地検査室でELISAを実施する体制が確立しており、suspect病棟へ入院があるとすぐに簡単に診察して採血した。検体はラチャオの



アクティブサーベイを行う
高校生ボランティア

検査室へ運ばれ、その日のうちに結果が判明した。陽性であれば、“probable”として、probable病棟へ隔離した。確定検査はCDCあるいは南ア国立ウイルス研究所で確認検査を実施したが結果が出るまでに患者は回復または死亡した。グル病院に入院し、検査で確認されたエボラ出血熱患者62名にみられた主症状は、下痢（66%）、虚弱（64%）、食欲不振（61%）、頭痛（63%）、嘔気・嘔吐（60%）、腹痛（55%）、胸痛（48%）であった。出血はたかだか20%にみられたのみで、主な出血部位は消化管であった。入院例の死亡率は58%であったが、15歳以下の小児では80%に上った。

終息宣言の出された2001年1月23日までに、ウガンダのグル地方で393例、マシンディ地方で27例、ムバララ地方で5例、合計425例の患者が報告された。うち、218例（51%）が検査により確定診断された。マシンディおよびムバララの流行はグルから移動した感染者が原因となった。患者のうち269例（63%）が女性で、多くは家庭内の看護や遺体のケアが発端で感染したと考えられた。年齢は生後3日～72歳で、平均年齢は27歳（±16）であった。224例（53%）が死亡し、症状初発から死亡までの期間は8±5日であった。

死亡例のうち、29例は病院関係者であった。当初、前述のとおり、施設設備の粗末なグル病院とともに、イタリアカトリック教会の支援を受けて近代的な病棟や検査室を備えた聖マリー病院でも隔離病棟を運営していたが、院内感染は聖マリー病院で発生した。このため、私が現地へ派遣された時点ですでに聖マリー病院はCDCが使用している検査室を残して閉鎖状態となっており、CDCの感染制御チームが検証にやってきました。感染制御のためにはハードよりもソフトが重要なのだと痛感した。装備が重装過ぎると採血などの作業がしにくく、コミュニケーションもとれず、それだけで危険となる。防護服は、必ず複数人で監視しあいながら脱ぐ、病棟へは絶対に鉋やナイフを持ち込まない、といった細かいルールの徹底が、ぎりぎりの基本装備で粗末な病棟での行動であっ



室内も床は土間のグル病院
院内感染は興さなかった



近代的な聖マリー病院
院内感染によって閉鎖された

ても院内感染を防いだのだ。WHOでは現地活動は2週間を超えないこととしている。それ以上になると疲労が蓄積してヒューマンエラーを惹起するからだ。2週間活動したら少なくとも2週間は現地を離れる。1日の活動は1日8時間を超えない。昼休憩には完全に現場を離れる。こういった活動体制の重要さは、それまでのいくつかのアウトブレイクへの支援経験から構築されていた。

私が派遣されていた期間にクリスマスを迎え、ウガンダの厚生大臣一行がグル病院へやってきた。病院の中庭でのパーティでも、握手はしない、食器の使い回しはしない、など、徹底していた。最終日1日、病院を離れ、アクティブサーベイチームとともに土壁に草屋根のマッシュルームハウス（と勝手に呼んでいた）の点在する集落を巡回した。どのハウスにも、学校で子供たちに配られたエボラ対策のポスターが貼られており、集落のなかに体調のよくない人がいる情報は到着と同時に人々が報告し、該当者は指示に忠実に従ってくれた。こういった、草の根情報の徹底と住民の理解協力が、最終的には封じ込めにつながった。公衆衛生行政への信頼があればこそと思われた。



グルの村落
マッシュルーム形の家の
中には啓発ポスターが
貼ってある



2週間のウガンダでの活動は、公衆衛生の原点、感染症対策の原点は、足を運んでの調査と人々との情報の共有であると実感した貴重な体験となった。

世界アウトブレイク監視対応ネットワーク（The Global Outbreak Alert and Response Network）国際チームには以下の機関からの参加があった。

米国疾病対策予防センター（米国アトランタ）、エビセンター（フランス、パリ）、健康カナダ、健康とイタリア共同機構、赤十字国際委員会、国際救済委員会、熱帯医学研究所（ベルギー、アントワープ）、厚生省、名古屋市立大学医学部、国立感染症研究所、東京大学医科学研究所（日本）、国境無き医師団（オランダ、ベルギー支部）、国立保健・公衆衛生機構（英国）、国立ウイルス研究所（南アフリカ、ヨハネスブルグ）、熱帯医学研究所（ドイツ、ハンブルグ）。

日本隊メンバーは、第1次隊（10月）：岩崎恵美子（仙台検疫所長）、佐多徹太郎（国立感染症研究所・感染病理部長）。第2次隊（11月）：岡本尚（名古屋市立大学医学部・教授）、岩本愛吉（東京大学医科学研究所・教授）。第3次隊（12月）：上家和子（関西空港検疫所長）、佐多徹太郎（前掲）。