

DC開発フォーラム6月1日BBL

緊急事態における保健・人口問題 (Population Issues in Emergency)
國井 修氏 (長崎大学熱帯医学研究所国際保健学 教授)

冒頭プレゼンテーション

DC開発フォーラムのBBLに呼んで頂くのは今回で2回目になる。外務省を退職後、現在は長崎大学に昨年11月から所属し、研究だけでなく日本国内の国際協力に携わる人材育成にも力をいれている。現状では、途上国の保健省アドバイザーやSWAPの調整などができる人材が国内にあまりいない。従って、より援助戦略作りや国家保健計画の支援などの方面で働ける人材の育成は重要だと思っている。長崎は鎖国時代の唯一の貿易港である出島があり、海外からの感染症水際防止という意味で重要であり、また西洋医学が伝来した土地でもある。そのような背景もあり、長大熱帯医学研究所は長い歴史を持っている

昨年12月に発生したスマトラ沖地震及び津波の際には、発生直後にJICA国際緊急援助隊医療チームが4カ国に派遣され、その迅速な対応は現地での評価も高かった。我々は、大学人として、研究者として何ができるかを議論したところ、熱帯医学の豊富な知見と専門性を活かした活動をしようということになった。災害時の感染症の状況を調査し、発生リスクを分析し、予防策を検討する。今後の災害にも役立つような貢献をすることが可能ではないかと。そのような認識から、今回の津波関連で、現在までに16回、総勢40名の専門家をインドネシアとスリランカに送った。同時に、ボランティアやマスコミに対して、Webや電話にて情報提供も行い、現地の感染症対策に関連する人材育成も行った。

津波発生から10日後の1月5日にWHOが、このまま対策が遅れると、15万人が感染症で死亡する可能性がある、そのため6千万ドルの追加支援が必要、との緊急アピールをした。しかし、過去の事例を見ても、災害後に必ずしも感染症が蔓延するという訳ではなかった。スリランカは、所得水準に比して社会指標が極めて良好であることで知られており、また、プライマリケアが整備されているため、感染症の流行は限られたものになるだろうと私は考えていた。確かに、今回のような津波災害がアフリカが中心で発生していたら、コレラや赤痢などの流行で大量死が起こる可能性もある。今回のWHOのアピールに対してマスコミが感染症流行を盛んに報道したが、実をいうと感染症流行の根拠は確実にあるわけではなかった。

スリランカでの経験 (パワーポイントによるスライド紹介)

スリランカには、元々マラリア、デング熱、フィラリアという感染症がある。フィラリアは蚊から感染する病気だが、足が太くなる象皮病になることもあり、今回の津波では走って逃げられなかったために亡くなったフィラリア患者も少なくなかった。一説には、災害によって弱者が死亡し、生き残った者には被災後の困難も乗り越えられることが多いという見方もある。今回の我々の調査でも、津波が起こった後1ヶ月間の死亡率

は非常に低いようであった。。

感染症の流行リスクを測る際には、病原体がどのような感染経路で人間に病気を伝播するか知らなければならない。人から人へ、それも糞口感染、飛沫感染、血液感染などの経路がある。蚊やダニなどのベクターが介在する場合もある。感染ルートは病原体によって異なる。そのため、我々の研究プロジェクトでは、人間の行動形態から感染リスクを調査するグループ、ベクター、例えばマラリア媒介蚊などの津波後の発生や分布状況を調べるグループ、そして人口が密集している避難所で広がりやすい結核や呼吸器感染症(ARI)を調査するグループ、ネズミや犬などの動物と人間が共通に感染する疾病(人獣共通感染症)を調査するグループなど5つのチームに分かれて、主にスリランカ、一部、インドネシアを訪問して調査を行った。

我々の調査の中で興味深い結果として、マラリアやデング熱を媒介する蚊やその幼虫であるボウフラも津波によって流されて、津波直後のマラリア・デング熱の流行リスクはかえって低下しているということである。ただし、マラリア患者が移り住んだ避難所近傍から、新たな蚊の発生が観察されている。また、淡水でしか繁殖できない蚊でなく、塩水でも繁殖できる蚊の生も確認され、マラリアやデング熱の流行は、津波被災の注目度が下がったところに出現することも考えられる。津波によって生態系は破壊され、新たに作られる生態系からいかなる感染症や感染経路が発生するか、噂や推測だけに留まることなく、しっかりとした科学的事実に基づいた調査が必要と考えている。

スリランカの場合は、首都コロンボが全く被害を受けなかったため、現地に報道機関や援助が真っ先に入るなど対応が早かった。これに対しインドネシアの場合は、バンダ・アチェが紛争地域であることから、支援に消極的であったことや、津波により物理的に道路が遮断され陸の孤島になってしまった地域があったことなど、スリランカとは状況がかなり異なっていた。

復興が進むにつれ、現場が必要としているのは衣食住以外に、自立のための手段である。スリランカの被災地には、サーフィンやスキューバダイビングなどで賑わっていたリゾートも多いが、観光客が戻って来ることが彼らにとっての自立につながるという事実もある。

今回の津波では、多くの援助機関が素早く飲料水や食料の配布やシェルターの整備などの支援に入ったため、感染症の爆発的な流行が抑えられたと考えられる。但し、大腸菌が混入する飲料水を配給したり、1000人を収容する避難所にトイレが1つしかなく、不衛生な状態が続いたり、問題も見られた。また、抗生物質や解熱剤が過剰に配られていたり、使用済み注射針など医療廃棄物の処理が不適切であったりと、迅速な改善が必要なことも目に付いた。マラリア媒介蚊の発生を防ごうと、ある国のNGOが殺虫剤噴霧を行っていたが、避難所が真っ白で見えなくなるほど、そして我々も目が痛くなるほど大量に散布し、人体への影響などの配慮にかけている部分もあった。すなわち、世界中から援助が入ったのはよいが、その質を担保するものはなく、調整も不可能な状態であったのは否めない。現場で多くの援助機関・団体を調整することは非常に難しいが、優秀なコーディネ

ーターの有無で、援助の質や効率が大きく左右される。保健医療分野であれば、被災国の保健省、または地方行政の保健担当者であるが、現実的には彼らの能力を超えていた。WHOやUNICEFがその役を買っているところもあったが、その調整能力も人によってまちまちであったと感じた。

被災地の重要な課題のひとつに、メンタルヘルス、PTSDがある。マスコミでしばしばとりあげられるが、実は直後の1, 2ヶ月ではPTSDの診断は困難なことが多く、通常罹災後3ヶ月以上経っても症状が続いて生活に支障を来たすようなことが多い。災害直後に海外から精神科医を派遣というのはあまり意味があるとは思えない。それよりも、人々の精神、心理的な回復を促すために、日常の中で精神的ヒーリングにつながる介入、例えば子供達にプレイグラウンドを与えたり、女性や母親たちが料理教室や祈りの集会を開いたり、といったことが必要である。

世界で広がる自然災害や感染症への対応

自然災害の発生件数そして被災者数が世界的に急増し、過去20年間で2倍以上である。2000年には1年間で400件、被災者数は2億人を超える。世界の災害件数の半数はアジア地域で発生し、災害による死者も全体の80%に上る。アジアでは洪水が一番多く、年間100件以上発生することもある。バングラデシュは特に洪水が多く、他にもサイクロンや竜巻などが多くの災害が発生している。

一時期大騒ぎになったSARSだが、最終的な患者数は世界で約8000例、死亡者は774人に留まる。インフルエンザの方が感染地域は広く、患者数も多く、死亡率もさして変わらないこともある。しかし、SARSという見えざる敵に対し、マスコミの報道に人々の不安は倍増し、SARSに罹患した者に対する社会的な偏見は大変なものがあった。

古典的なポリオという疾病をこの世界から撲滅しようという努力が続いているが、未だに撲滅できないでいる中で、エイズやC型肝炎などのいわゆる新興感染症が過去20年間で30以上、2年間で3件程度の早いペースで世界に出現している。

環境が人間の健康に与える影響も時に問題となっている。例えば、カザフスタンのアラル海周辺では、80年代から付近住民に癌や感染症が集中的に発生しているという噂や報道がある。私も以前、大学の教員をしていた時にこの調査にあたったが、それまで科学的な証拠に基づいた調査研究はほとんどなかった。途上国でおこる環境問題には、このように噂や推測だけで過大または過小評価して、実際の科学的な調査研究がなされていない、または証拠が積みあがっていないものは結構多い。先進国政府や国際的NGOによる途上国への災害緊急支援は、人々の関心を集めている間は資金も潤沢なので支援がうまく運んでいるように見える。例えば、今回の津波支援では、あるNGOでは募金が彼らのキャパシティを越える程までに集まったため、集った募金を寄付者に返却したという話もある。一方で、世界には時間が経つにつれ人々に忘れ去られてしまった災害被災者もいる。例えば、タンザニアには周辺国の内戦により避難してきた難民が未だに50万人くらいいる。一時期は世界の注目を集めたこれらの難民も、今では援助資金が集まらないために食糧も十分に配給され

ないでいる。資金が有り余る被災地もあれば、人々から顧みられない被災地もある。また、長期化する難民キャンプでは、人々の尊厳ある生活、生活の質も重要で、難民は単に保護されるだけでなく、自立や自己実現のための支援も重要だと感じている。

緊急支援は、途上国で災害が起こってから、さあどうしようといった形で対応がなされ、緊急支援と開発とは全く別のサイクルで動いているというのが実感である。しかし、今後、緊急援助は開発援助の一部、延長線上に存在するものとして、開発サイクルの中で、いかなる災害予防、緩和、対策をすべきか、との認識が必要であろう。

質疑応答

(問) マスコミ報道や単なる噂だけでなく、保健問題においては科学的で地道な調査が実施される必要性を感じた。一方でWHOはどんな役目を担っているのか。

(答) WHOは今回の津波で感染症流行の早期発見・予防のための技術的支援などを行っていた。ジュネーブやデリーからも応援を呼び、スリランカでは50人体制のオペレーションであった。ただし、フィールドレベルではなかなか手がまわっていないとの印象。その代わりに、国境なき医師団やユニセフが現場に強いのでWHOと協調して対応している。

(問) 今回の津波では、切り傷などの怪我をしている人が多かった。その対策はどうなっていたのか。

(答) 傷口から感染する破傷風が、こういう場合最も注意すべき感染症である。実際、インドネシアでは100人位破傷風に罹患した。途上国の土壌には破傷風菌が存在することが多いので、予防接種など対策が必要である。

(問) 災害の影響が貧富の差によってどう違うかに興味がある。違うとしたら何が違うのか、物資の有無なのか？

(答) 元々災害が起こりやすい地域に貧困層が追いやられて住んでいるので、罹災者に貧困層が多いことが多い。また、裕福な地域に、被災国政府の政治的な力などが影響して緊急援助・復興が早いのが、貧困層が多い地域では緊急援助・復興を自ら呼び込むことができない。マクロで見た場合、貧困国は災害によって開発の努力が水の泡になることが多い。

以 上