



# 史上最大の**エボラ**流行の1年

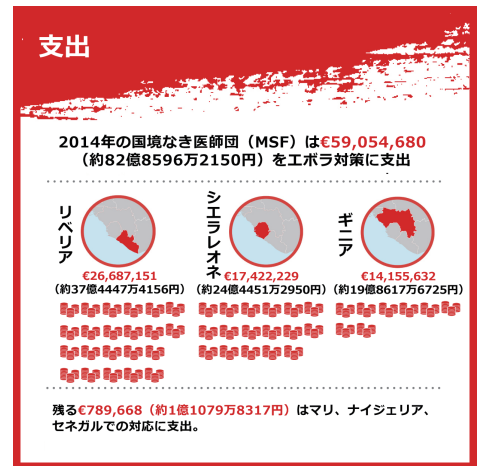
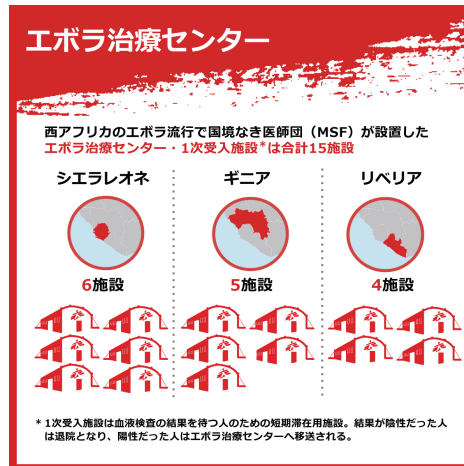
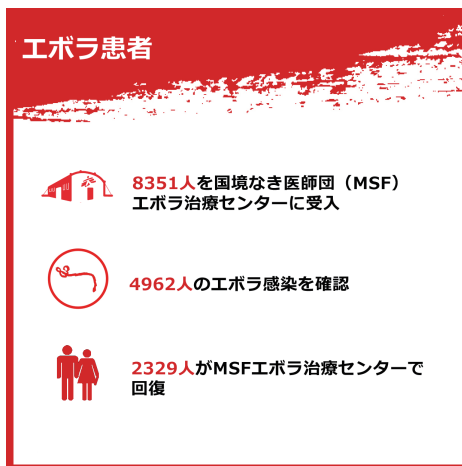
極限まで、そしてその先へ

# 目次

- 5 警鐘を鳴らす
- 8 無策だった世界的連合体
- 13 流行制御へ最後の望み
- 16 決め手なき医師団……  
手当はすれども
- 20 未来に目を向けて
- 22 活動地図

この1年、数千人に上る保健担当者が、地域における偏見や恐怖に直面しながらも、エボラ出血熱流行の制御に努め、患者を支援するために命がけで活動してきた。医療スタッフの感染リスクも高く、このウイルスの根絶に取り組む人びとの命が、逆にこのウイルスによって命を奪われてしまうという二重の悲劇を生んでいる。ギニア、リベリア、シエラレオネでは、これまで500人近くの医療従事者がエボラ感染の犠牲になった。

この報告書を、流行が発生してからギニア、リベリア、シエラレオネで命を落とした医療従事者、そして国境なき医師団(MSF)のスタッフ14人に捧げる。彼らの死は大きな痛手であり、私たちはご家族とご友人の皆さまに深い哀悼の意を表する。



表紙写真: © John Moore/Getty Images

MSFエボラ治療センターで感染の疑われる少女を運ぶ防護服姿の保健担当者 (10月5日、リベリア共和国モノロビア市)

# 序文

この1年、数千人に上る保健担当者が、地域における偏見や恐怖に直面しながらも、エボラ出血熱流行の制御に努め、患者を支援するために命がけで活動してきた。医療スタッフの感染リスクも高く、このウイルスの根絶に取り組む人びとの命が、逆にこのウイルスによって命を奪われてしまうという二重の悲劇を生んでいる。ギニア、リベリア、シエラレオネでは、これまで500人近くの医療従事者がエボラ感染の犠牲になった。

エボラウイルスはこの3カ国の国境にまたがって拡大し、かつてない地理的規模で拡大した。恐怖とパニックにとらわれて、患者とその家族は絶望に打ちひしがれた。流行国の保健担当者もMSFもウイルスの猛威に圧倒され、疲弊していった。医療従事者は、有効な治療薬のない病気で患者の半数以上が死亡するという状況に対処する訓練を受けてはいなかった。

しかし世界は当初、支援を求める呼びかけに応えなかった。数ヶ月が無為に過ぎていき、遅まきながらようやく行動に向けて動き始めた時にはすでに、多くの命が失われていた。エボラが最終的に何人の命を奪うのか、正確な数字は誰にもわからない。流行の結果、保健医療業務が崩壊することによって、治療を受けられないマラリア患者、分娩合併症、自動車事故が、エボラに直接起因する犠牲者の何倍にも増えることになっていくだろう。

MSFエボラ治療センターの高リスク区画に入る直前の医療チーム  
(シエラレオネ・カイルファン県)

流行の発生から1年が過ぎたが、人びとを包む恐怖と今なお広がる流言は、エボラ阻止の妨げとなっている。シエラレオネには罹患(りかん)率が高いホットスポットが残っており、ギニアでは人びとの不信感と恐怖心が原因で、保健担当者が暴力にさらされている。

幸いリベリアでは症例数が大幅に減少しているが、隣接するギニアとシエラレオネで流行が続いている限り、危険な状況は続くと思われる。

今後も深刻な問題が待ち構えている。エボラ流行の終息を宣言するには、最終症例を特定しなければならない。これには、人道的医療援助の現場で事実上、これまでに類を見ない細心の精度が必要だ。過ちや油断を受け入れる余地はない。週ごとの新たな症例の発生数は、過去のどの流行よりも依然として多い。ある地域で症例数が減少しても、予測不能な別の地域で突如として再燃する流行により、つかの間の成功は、たちまち徒労に終わってしまう。





## 疑問は尽きないが、単純な解答はない

流行から1年が過ぎ、疑問は尽きない。エボラ流行の悪循環はなぜここまで深刻な制御不能に陥ったのか。世界各国が厳しい状況に目を向けて対応するまでに、なぜこれほど時間がかかったのか。その原因は恐怖、政治的意思の欠如、専門知識の不足、あるいはこれらの不運が全て重なった結果なのか。MSFは正しい選択をしたのか。どうすればもっとたくさんの成果を生み、さらに多くの人命を救えたのか。私たちはこの流行から何を学び、今後はどんなやり方に変えていくべきなのか。疑問は尽きないが、単純な解答はない。

MSFは今もなお流行中のエボラへの対応に尽力している。まだ十分な自己評価ができるほどの期間を経ていないことから、最終的な結論をまとめることは困難である。ここに記すのは、過去1年間の重要な出来事と課題を、MSFスタッフの視点から回想した最初の活動報告だ。さらに掘り下げた考察は今後発表する予定だ。答えはない。

この報告書では、何十人ものスタッフへのインタビューをもとに、MSFが過去1年間に現地と事務局で直面した現実の場面を切り取り紹介している。私たちは試練を受け、限界を超えるまで追い詰められ、そしていくつかの失敗も経験した。

一方で明らかになったことは、エボラの悪夢のような流行拡大と規模の大きさに対して、誰も備えていなかったことだ。並外れた規模が明らかになった今回のエボラ流行は、医療体制と援助体制のいずれも、緊急事態への対応が遅く実効性がないという現実を白日のもとにさらした。「通常業務」しかこなせない医療援助体制の現状が、国際舞台で暴かれたのだ。失われた多くの命とともに……。私たちはこうした失敗から何を学べるのだろうか。

## かつてない悲慘な年

MSFは過去20年にわたって世界9カ国でエボラ流行の制御を支援してきた。しかし、今回、西アフリカで猛威を振るった流行は、かつて経験したことのない規模の大惨事となった。この1年間に、MSFは限界を超えるまで追い詰められてきた。その結果、私たちはいくつもの初めての決断を必要とする対応に乗り出した。その決断の多くは、言葉に尽くしがたいほど悲壯なものだった。

以下は、MSFが初めて経験した出来事である。

- エボラ出血熱によって**2547人**もの患者を失い、MSFは大きな衝撃を受けた。かつて、最も激しい交戦地帯でさえ、これほど多数の患者の命が短期間で失われたことはなかった。
- 同僚のMSFスタッフがエボラを発症した。**28人**のスタッフが感染し、残念なことに**14人**が亡くなった。
- モンロビアでは**医療施設が限界**に達し、エボラ患者の受け入れを拒否しなければならなかった。
- 複数の国で前例のない規模で同時発生**したウイルス性出血熱に対応した。今回のエボラ流行地域はギニア、シエラレオネ、リベリア、ナイジェリア、マリ、セネガル。これらの流行とは別にコンゴ民主共和国でもエボラが、そして、ウガンダではマールブルグ出血熱が発生した。
- 地理的に広大な範囲、および**人口の密集した都市部**でエボラ流行の拡大に対応した。
- MSFの**他の緊急援助プログラムに従事していたスタッフを大規模に動員**した。世界各地の事務局や他のプログラムから集められたスタッフの数は、1300人を超える外国人派遣スタッフのうち213人に達した。
- ベッド数**250床のエボラ治療センター**を開設した。今回の感染以前に、大規模感染対策として設けた最大規模のセンターでも、ベッド数は40床であった。
- モンロビアで**埋葬担当チームが犠牲者の数に対応できなくなり**、火葬するための焼却炉を現地に輸送・建設した。
- モンロビアで約60万人の住民を対象に、**家庭内感染予防・住宅消毒用キット**約7万個を配布した。
- モンロビアで65万人以上の住民に、またシエラレオネの首都フリータウンでは180万人に**抗マラリア薬**を配布した。
- エボラに感染した妊婦を治療するための**産科専門施設**を建設した。
- MSFは、**過去最大規模の専門知識の研修**を行った。各MSF事務局では800人以上のスタッフに実施。また、世界保健機関(WHO)、米国疾病対策センター(CDC)、国際医療隊、GOAL(シエラレオネ首都で活動するNGO)、セーブ・ザ・チルドレン、フランス赤十字社など他の団体では250人にエボラの安全な感染制御に関する専門知識を伝えた。その他の流行国でも現地スタッフ数百人に同様の研修を行った。
- 流行が続く中で、**実験的治療薬とワクチンの臨床試験を開始**した。
- 2014年9月には、国連総会で加盟国に対し、「**世界はこの感染症を封じ込める戦いに敗れつつある**」と警告した。



# 警鐘を鳴らす

前例がなく、制御もできない：舌戦

## 「奇妙な病気」

2014年3月14日、MSFスイスのエスター・スターク医師は、ギニア保健省から「奇妙な病気」についての報告を受けた。患者の治療に当たっていた医療従事者数人が亡くなり、致死率は非常に高いということだった。ラッサ熱（ウイルス性の出血熱）ではないかと考えたスターク医師は、症状が記載されたこの報告書を、ベルギーのブリュッセル在住で、ウイルス性出血熱を専門に研究するMSF上級疫学専門家のミシェル・ヴァン・ヘルプ医師に転送した。

ヴァン・ヘルプ医師は当時をこう回想する。「報告書を読んですぐに注目したのは、エボラ出血熱特有の症状であるしゃっくりでした。さらに精読した後、私は同僚に言いました。『ウイルス性出血熱に対応することになるだろう。たとえこの地域で今まで流行がなかったとしても、エボラに備えておかな

ければならない』。ただちに3つの緊急対応チームが派遣された。MSFスイスとMSFベルギーの2チームは、増援の人員と物資と共に現地へ向かった。シエラレオネに本拠を置き、ウイルス性出血熱の対応経験を持つ3つ目のチームは、感染防護用品とともに国境を越え、3月18日、ギニアのゲケドゥ県に最初に到着した。

チームは、エボラの疑いがあることを念頭に、ゲケドゥ病院での患者の治療、現地の医療従事者が感染から身を守る方法の研修、地域におけるエボラウイルスに関する啓発活動、安全な埋葬の実行、救急車の運行など、エボラ流行に関して優先度の高い活動をすぐに手配した。ヴァン・ヘルプ医師もその後まもなく現地入りして、アウトリーチ活動を開始するとともに、地域内の感染疑い症例を精査しながら、ウイルスの封じ込めを目指して拡

散状況の追跡調査を行った。3月21日の深夜、ヨーロッパに送られたサンプルの検査結果が届いた。翌3月22日、ギニア保健省はエボラ出血熱の流行を正式に宣言した。

## 前例のない拡大

疫学専門家の追跡捜査によって、ギニアの熱帯雨林地域の異なる場所で、互いに接点のない感染の連鎖が複数あることが明らかになった。感染者の多くは隣国のリベリアとシエラレオネに家族がいた。

MSF緊急対応コーディネーターのマリー＝クリスティーヌ・フェリールは「今回の流行の拡大はこれまで見たこともない規模だと気づきました。私たちがギニア入りしたわずか数日後に、国境を越えたりベリアのフォヤ地区から、

MSFエボラ治療センターの高リスク区画に入る直前の医療チーム（シエラレオネ・カイラン県）



感染の疑いがある症例を知らせる警告が届きました。状況はその後さらに悪化していきました。ゲケドゥ県から650km離れたギニアの首都コナクリで、1件の感染確定例が見つかったのです」と語る。

3月31日、MSFは、エボラ症例の地理的な拡がりの大きさから、この流行が「前例のない規模」であると公式に宣言した。しかし、現在では疑う余地のないその内容は、当時、多くの人たちに、誇張された人騒がせな話だと受けとめられた。4月1日、WHO本部の広報責任者が最初にMSFの声明に異を唱え、ウイルス動態は過去の流行とさほど違っておらず、前例のない流行とは言えないと反論した。

ヴァン・ヘルプ医師は当時の状況をこう語っている。「流行に対する備えのない地域で、拡散していたのはエボラウイルスの中でも最も致死率の高いザイル株でした。しかも、患者とその看護に当たる人たちは、私たちがこれまで見たこともない規模で移動していました。犠牲者の遺体でさえも村から村へと運ばれていたのです。

私たちは、パニックに拍車をかけるかもしれないというリスクと、今回の流行がどんな前例よりもはるかに制御しづらくなるだろうという認識の間で、危ういバランスを保っていました。私自身は、この流行は前例のないものだと確信していました。私たちは流行当初から警報を鳴らしていたのです」

## 国境なきウイルス

エボラは3か月以上も人知れずひそかに拡大を続けていた。この感染症はかなりの期間にわたって診断が下されない場合も珍しくはない。過去8回の流行は、発見されて調査に至るまでに平均2か月を要している。症状はコレラやマラリアなど他の病気と混同されやすく、ウイルスを見分ける訓練を積んだ専門家は、MSFでも世界的にも、まれな存在だ。

しかし、過去のエボラ流行は主にアフリカ中部および東部の、へき地の村で発生していたため、今回より容易に封じ込めることができた。今回は地理的な運命のいたずらか、ギニア、リベリア、シエラレオネの国境が交わる地域で発生した。ここでは、人びとが穴だらけの国境を越えて盛んに行き来していた。



ギニア(2014年3月31日撮影)

未知のウイルスへの恐れと疑念、危険な埋葬の習慣、政治家への不信任、症例の隠匿、エボラを発見して効率的に対応できるだけの資源がない弱い公衆衛生体制、こうした全ての要因がこの地域でのウイルスの急激な拡散につながった。

## 拡散するMSFチーム

発生から2週間で60人を超えるMSFの外国人スタッフがギニアに派遣され、ゲケドゥ県、マセンタ県、コナクリにエボラ治療センターを開設するとともに、警戒症例の追跡調査を行い、エボラ流行で「通常」優先されるべき他の全ての活動についても実施に努めた。

MSFの公衆衛生専門家、アーマンド・スプレッチャー医師はこう語る。「当初の問題は症例の数というより、ホットスポットがあまりに多くの地域に広がっていることでした。過去の流行で、エボラはありがたいことに1カ所から動かずにいてくれたため、私たちは同じ場所で封じ込めのための活動を素早く手配できました。しかし今回は、盛んに行き来する人たちと一緒に、エボラも移動したのです。私たちも複数の場所で並行して活動を展開しなければなりません。どこに行けば迅速に活動できるか判断を下しながら、限られた人数の経験豊富なスタッフを、チェスの駒のように動かしていたのです」

3月31日、リベリアでも確定症例が現れた。ギニアで活動中のチームの1つがリベリアに入って、首都モンロビアとフォヤ地区に隔離病棟を開設し、医療従事者に対してエボラ対処法の研修を行った。10日間で報告された症例はわずか12件で、5月中旬にはリベリアの流行は制御できたように思われた。新たな症例は21日間確認されず、医療従事者の研修も終了したため、チームは、ギニアの活動を強化するためリベリアを離れた。

ヴァン・ヘルプ医師は語る。「5月にはギニアの熱帯雨林地域で症例が減少しはじめましたが、私たちは見えない感染の連鎖に備えて警戒を続けました。エボラ流行には波があります。ある地域で小康状態になったとしても、その後感染者数が急増したりします。最後の症例の経過観察が無事終わるまで勝利宣言はできません」

しかしその間、国境を挟んだシエラレオネでは症例が確認されていないという不可解さが懸念を生んでいた。

## シエラレオネで見過ごされていた流行

3月中旬から下旬にかけて、ギニアで、シエラレオネから来たと思われる複数のエボラ症例が報告された。MSFはすぐにシエラレオネの首都フリータウンにある保健省とWHOの事務局に注意を喚起し、国内での対応を依頼した。

シエラレオネでは流行の当初から、現地のケネマ病院の協力組織である米国のバイオテクノロジー企業メタバイオータとテュレーン大学が先陣を切って、感染の疑いのある症例の調査においてシエラレオネ保健省の支援に当たっていた。この調査の結果は陰性だったが、監視活動を継続しながらも、シエラレオネ国内で流行しはじめたエボラ症例を見過ごしていたものと思われる。

フェリールは「私たちはギニアとリベリアで症例が確認された地域に、設備と人員を優先的に派遣していました。シエラレオネでは確定症例がないという政府からの公式情報に疑問を挟む余地はありませんでした」と語っている。

しかし5月26日、シエラレオネで最初の確定症例が報告され、保健省はMSFに対応を求めた。MSFはまず、この時点で同国においてエボラ出血熱流行の震源地であった東部州のカイラフンにエボラ治療センターを設置することを優先した。しかし、各地域に展開したMSFスタッフの人数は限られており、症例数の多さも足かせとなって、啓発や疫学的監視など必要不可欠なアウトリーチ活動を同時に行うだけの人材を確保できなくなっていた。

MSF緊急対応コーディネーターのアニャ・ウォルツは「カイラフンで活動を立ち上げた時には、遅きに失していました。至るところに感染者がいたので、ギニアの20床より多い60床のベッドを備えた治療センターを建設しました。現地の保健省と、ケネマ病院の協力組織が、ウイルス接触者のデータやリストの共有を拒否したため、私たちは手探りで活動を始めましたが、その間にも次々と患者がやって来ました」と振り返る。



5月にはギニアとリベリアで症例数が減少しはじめ、期待を抱いたのもつかの間、シエラレオネに潜んでいた流行が急激に拡大し、隣接する国々でも流行が再燃した。

現在では、この感染が「前例のない規模」であったことは明らかだが、この認識に基づいて活動していたのは、何ヵ月もの間、MSFだけだった。この流行は、どこまで「前例のない」状況に発展していくのか。その規模の大きさと、率先して引き受けざるを得なくなる役割の大きさの両方について、MSFにはまだ覚悟ができていなかった。

### 制御不能

6月下旬、MSFはギニア、リベリア、シエラレオネの60ヵ所以上の地域でエボラウイルスが次々と感染を広げていることを確認した。異例の勢いで拡大する感染に直面し、全ての活動を行うことは不可能であると判断して、MSFは緊急対応を重視し、予算と人員の大半を優先的にエボラ治療センターの運営に割り振った。明らかに、全ての地域で大規模なウイルス封じ込め活動を行うことは不可能だった。

この3カ国では、痛ましいことに、現地の医療従事者が何十人も命を落としていた。エボラ流行の現場では、適切な感染制御を実施していない医療施設が往々にしてウイルスの増殖室と化し、医療従事者と患者の双方にとって危険な場所になってしまう。今回の流行でも同様の状況となったが、その規模は途方もなかった。

MSFオペレーション・ディレクターのパート・ジャンセン医師は語る。「私たちは6月21日に再び公に警告を発し、流行は制御不能であり、MSFだけでは新たに現れる膨大な数の症例と流行地域に対応できないことを表明しました。経験豊かな医療スタッフの派遣、研修の実施、感染者と接触した人物の追跡調査、および啓発活動の強化を要請しました。しかし実際には、そのいずれについても支援の申し出はありませんでした。まるで砂漠に向かって叫んでいるかのようにでした」。大惨事の兆しは明らかだったが、MSFはエボラが制御不能だと宣言して世界を騒がせているという非難を再び受けた。同時に、ギニアとシエラレオネの政府当局と同国で活動するWHOのメンバーは、エボラは制御されていると主張し、MSFが不必要なパニックを引き起こしていると非難して、流行の拡大を軽視する態度を示した。

## エボラ流行を制御する6つの活動

1. **隔離と患者の治療**: 熟練スタッフの配置されたエボラ治療センターに患者を隔離し、対症療法による治療、および患者と家族を支援する心理ケアを提供する
2. **安全な埋葬**: 地域で安全な埋葬法の指導を行ない、実践を勧める
3. **啓発活動**: 地域住民に対し集中的な啓発活動を実施し、エボラの特徴、感染から身を守る方法、さらに感染拡大の抑止策に関する理解を深める。こうした啓発活動は、現地の文化と伝統を理解する取り組みを通して、最大限の効果を発揮する
4. **感染症の疫学的監視**: 新たな症例を発見し、可能性のある感染経路を追跡し、入念な消毒の必要な場所を特定するために、エボラの徹底した疫学的監視を積極的に実施する
5. **接触者の追跡調査**: エボラ感染者と接触した人物の徹底的な追跡調査を積極的に実施する。接触者が特定できず、経過観察もできない場合、他のあらゆる活動が無意味となり、感染の拡大が続くことになる
6. **エボラ以外の医療活動**: エボラ以外(マラリア、慢性疾患、産科医療など)の病気を抱えた人やエボラと無関係の状況に置かれた人への医療提供を確保する。特にエボラ患者と接触する可能性のある地域では、医療施設と医療従事者を保護するための厳しい施策も含まれる



エボラ対策と予防策について説明するMSFの疫学専門家ミシェル・ヴァン・ヘルブ医師(ギニア・グランド)

ジャンセン医師は「世界の目を覚まして、エボラ流行がどれほど制御不能に陥っているのか分かってもらうために、いったいどんな言葉を使えばいいのか。私たちはついに、途方に暮れてしまいました」と回想している。



# 無策だった世界的連合体

政治的意思と専門知識の欠如なのか、あるいは単なる恐怖なのか

## 難色と障害

ギニアとシエラレオネの両政府は、当初エボラ流行の深刻さを認めることに強い難色を示し、これが迅速な対応の障害となった。こうした反応は、エボラはもちろん、その他の危険な感染症の流行が発生した際には、決して珍しいことではない。国民がパニックを起こし、国家機能が混乱し、観光客や投資家を遠ざけてしまう恐れから、多くの場合、感染国の政府が流行発生直後に警鐘を鳴らしたがないからだ。

2014年5月10日、ギニア国内のメディアは、MSFが資金調達のためにパニックを広めているという大統領の非難を報道した。シエラレオネ政府は、感染の確率が高い症例、もしくは疑いのある症例を省くことで国内の犠牲者数を少なく見せることを意図して、WHOに対し、6月に研究所で確認した犠牲者の数に限り公表するよう通達した。不必要な障害によって対応はさらに難しく

シエラレオネの首都フリータウンのMSFエボラ治療センター

なり、感染者と接触した人物のリスト閲覧も拒否された。このため、どの村で感染者が出ているか、どこでどのように対応するか、MSFはゼロから検討することを強いられた。

夏になり、エボラ症例の爆発的増加に直面したリベリア政府当局は、症例の拡大を公表した。しかし、リベリアの緊急援助要請に国外から手を差し伸べる機関は、ほとんどなかった。それどころか、国民は政府がデマを使って過剰な反応を引き起こしていると非難し、国際的な支援金を集めるための策路ではないかという疑念を持った。

## リーダーの不在

WHOは世界の公衆衛生を守る上で指導的役割を担っており、国際的な基準づくりや世界各国への技術的助言を専門としていることは周知の通りである。一方、

緊急事態や感染症流行への対応力はやや弱く、患者の治療にすぐさま全力で取り組むための人材も緊急事態への備えも欠けている。

MSF事務局長のクリストファー・ストークスは「初期の段階で、懸念を生んでいるのは症例数ではなく感染の拡大そのものだ」とわかった時、明確な指揮と、リーダーシップを発揮する存在が必要でした。MSFではなく、WHOがエボラウイルスと戦うべきだったのです」と指摘する。

国家間の情報交換はほとんど見られず、政府高官がWHOに仲介役を期待するという状況だった。7月に入り、ようやく各国のWHO事務局がリーダーシップを発揮しはじめ、ギニアの首都コナクリには、感染国に対する技術面、活動面の支援を監督する小地域エボラオペレーションセンターが開設された。





ギニアのゲケドゥ県の  
MSFエボラ治療センター

WHOは、何か月にもわたって自らの役割を各国政府当局に対するアドバイザーとしての支援に限定するのではなく、エボラ流行にはより実践的な活動展開が必要であることを早期に認識すべきだった。2014年6月の流行再燃を招いた要因は、同年3月の時点で全て目の前に存在していたにも関わらず、確固たる対応を実施するために現状分析を行ない、事実を認識し、責任を負う意志が欠如していたことだ。

### 専門知識の欠如、スタッフ不足

過去のエボラ流行は今回よりはるかに小規模であったため、エボラの知識に通じた専門家の数は限られていた。世界的に見ても、この感染の拡大を阻止できるほど十分な人数の専門家が存在しなかったのだ。

MSFにとって最も深刻な障害となったのも、この規模の流行に対応できる経験を備えたスタッフが不足していたことだった。今回の流行が始まった頃、MSFのエボラ「ベテラン」スタッフは、わずか40人前後だった。これらのスタッフは、流行の最前線で活動の準備と指揮にあたりながら、同時に経験不足のスタッフの育成も行わなければならなかった。この1年間で現地に派遣されてきた外国人スタッフは1300人を超え、現地スタッフの数も4000人を上回っているのだ。

国際社会に対するWHOの義務は、検査と疫学上の専門知識を備えた米国CDCのように国際保健医療の緊急事態において指揮を執り、さらにエボラ

の流行を制御するノウハウを蓄積しておくことだ。しかし、WHOのアフリカ地域事務局(WHO AFRO)もジュネーブ本部も、当初は現地で活動できるスタッフの増員の必要性を理解せず、追加の人材を動員することも、より多くのスタッフが研修を受けられるよう早い段階で予算を投入することもしなかった。

MSFオペレーション・ディレクターのブリス・デル・ヴィンヌはこう語る。「私たちは出血熱の専門家、経験を積んだ医療スタッフ、ロジスティシャン(物資調達、施設・機材・車両管理など幅広い業務を担当)を総動員しました。その多くは何度も現地入りしています。しかし、私たちは同時に複数の場所にいることはできず、独自での対応が義務づけられていたわけでもありません。MSFは待機人員を大量に抱えたエボラ対策チームを保有しているわけではなく、時間を割いて有志で参加してくれる人たちと、彼らの強い意志が頼りの団体なのです」

その間、疲弊した現地の保健担当者は、地元社会の偏見と恐怖に直面しながらも、流行への取り組みを果敢にも向上させ、根気強く日々の活動を継続していた。MSFの現地採用スタッフの中には、パートナーに見捨てられ、家を追われ、子どもが仲間はずれにされる人もいた。彼らの長期にわたる献身と並はずれた仕事ぶりは、何ものにも代えがたい。

### リベリア:6月のSOS

6月末、ジュネーブで、WHOのグローバル感染症警報・対応ネットワーク

(GOARN)が会議を開いた。GOARNは感染症の流行に備えて技術的資源と人的資源をプールしておく主要なプラットフォームである。会議の席上、MSFは感染地で効果的な対応を行うことが緊急に必要とされていることを主張し、リベリアへの追加支援を強く訴えた。

マリー＝クリスティーヌ・フェリールは当時を振り返る。「GOARN会議でのプレゼンテーションの締めくくり、『リベリア保健省から援助を求める電話が連日かかってくるが、MSFには派遣できる熟練スタッフがもういない』と説明しました。『もし今すぐに支援が得られれば、リベリアでの流行は阻止できる可能性がある』と強調したことも覚えていません。流行は初期段階にあり、まだ時間は残されていたのです。しかし、支援の要請は受け入れてもらえたものの、具体的な行動は何も始まりませんでした」

GOARN会議、さらに7月上旬にガーナの首都アクラで開催された地域会議を受け、支援のための調整が公式に始まった。だが、WHOのリーダーシップは明らかに欠如していた。優先事項の決定、役割と責任の割り当て、活動の質に対する説明責任の保証、必要な人材と機材の動員。そのいずれも、必要とされる規模では実現しなかった。

フェリールは言う。「会議は開かれましたが、行動が続きませんでした」

### リベリアでの大惨事

6月下旬、MSF緊急対応コーディネーターのリンディス・フルムはリベリアのモンロビアに到着した。派遣できる熟練スタッフがほとんどいなかったため、わずか3人からなるフルムのチームが、感染者と接触した人物の追跡調査と給排水・衛生活動における技術的助言を保健省に行うため、現地入りしたのだ。チームは米国の援助団体サマリタンズ・パースが運営予定のベッド数40床の治療センターの建設を支援し、保健省に対しては現地の対応の調整を手助けた。エボラウイルスは燎原(りょうげん)の火のごとく首都に拡大し、治療センターはあっという間に患者であふれかえった。

やがて7月末、サマリタンズ・パースは米国人スタッフ2人のエボラ感染をきっかけに、リベリア国内でモンロビアと北西部のフォヤ地区の2カ所しかないエボラ治療センターの活動を停止してしまった。その後、この団体に代わって保健省を支援し、患者の治療にあたらうとする申し出はどこからもなかった。





2014年8月モンロビア  
で活動したMSF緊急対  
応コーディネーター、  
リンディス・フルム

「私たちは『国境なき医師団』ですが、『限界なき医師団』ではないのです。そして限界に達してしまったのです。膨大なニーズがあるのに、人員が足りないのは実にもどかしい状況です。支援者のおかげで資金はあります。やる気もあります。意欲は確かにあるのですが、この状況に対応できる人員が不足しているのです」



建築チームが世界最大のエボラ治療センターとなるELWA-3(250床)の建設を進める  
(リベリア・首都モンロビア)

MSF内部では苦しい話し合いが続いた。私たちはすでに活動レベルが100%に達していると感じていた。ギニアとシエラレオネの各MSFチームも極限状態であり、リベリアで治療センターの活動を引き継ぐと限界を超えてしまうという懸念があった。現場で何らかのミスが発生し、スタッフが感染したり、プログラムが崩壊したりしたらどうするのか。まさにそれが、シエラレオネのケネマにある保健省の病院と、リベリアのサマリタンズ・パースに7月に起きたことだった。MSFが限界を超えて対応できなくなった場合、活動を引き継げる団体が存在しない状態でどうすればよいのだろうか。

ブリス・デ・ル・ヴィンヌは当時を振り返る。「ある意味では、この決断は私たちのためのものでした。モンロビアがさらなる地獄へ落ちるのを見ているわけにはいかなかったのです。リスクの門をくぐり、エボラの対応経験のないコーディネーターを、わずか2日間の集中研修の後に現地入りさせ、危険を承知でモンロビアとフォヤ地区の援助活動を続ける方法を見つける。そうせざるを得なくなるだろうと思いました」

MSFベルギー事務局と活動地で、本格的な研修が始まった。知識を伝達する研修としてはMSF史上最大規模であり、参加者は1000人を超えた。同時に、フォヤ地区にMSFの医療チーム1班を派遣した。モンロビアではエボラ治療センター「ELWA-3」の建設が始まり、ベッド数250床の施設となった。

MSFのエボラ・タスクフォース・コーディネーター、

ロサ・クレスターニは当時をこう語る。「ELWA-3は過去最大の治療センターでしたが、それでも不十分であることはわかっていました。まさに絶望的な状況でした。これ以上何もできないと承知してはいましたが、その限界が何を意味するのか、はっきりわかったのです。家の中や通りに犠牲者の遺体が並び、患者はベッドも与えられないまま、愛する人たちにウィルスをまき散らすということなのです」

### ELWA-3、1日23時間半 受け付けを閉鎖

8月末までには、ELWA-3は毎朝30分しか新規患者の受け付けができない状態になっていた。前夜に亡くなった人の分だけ空いたベッドに、ごく少数の患者を受け入れた。人びとは門の外の砂利道の上で息絶えていった。ある父親は娘を車のトランクに入れて運び、自宅にいる他の子どもたちが感染しないよう、入院させてくれとMSFに懇願した。その願いは、退けられた。

ロサ・クレスターニは語る。「私たちは誰をセンターに受け入れるかという恐ろしい決断を迫られました。選択肢は2つ、感染の初期段階にある患者を受け入れるか、あるいは最も感染力の強い重症の患者を受け入れるかでした。私たちはバランスを考慮して、最も安全度の高い患者と最も重症の患者を受け入れました。しかし限度も守り、1つのベッドにつき受け入れは1人としていました。ごく基礎的な苦痛緩和ケアだけを提供していましたが、患者はあまりに多く、スタッフはあまりにも不足していたため、



患者ひとりにスタッフが使える時間は平均してわずか1分でした。言葉にできないほど悲惨な状況でした」

### 転機 —— 海を渡るエボラ

8月8日、WHOはようやくエボラ流行が「公衆衛生上の国際的緊急事態」であると宣言した。この宣言によって資金提供のスイッチが入り、専門家の能力が迅速に活用できるようになった。だがこの時点で、すでに1000人を超える犠牲者が出ていた。いったい何が緊急対応モードへの切り替えを促したのだろうか。

7月末、サマリタンズ・パースで働く米国人医師がエボラウイルス陽性と診断され、治療を受けるために本国に送還された。その後、西アフリカ以外の国で初めてエボラと診断された症例が現れた。西アフリカから帰国して間もないこの患者は、米国テキサス州ダラスの病院で治療を受けた。続いて、エボラウイルス陽性と診断されたスペイン国籍の感染者の看護にあっていたスペイン人看護師が、アフリカ以外の国で人から人へ感染した初の症例となった。

MSFインターナショナル会長のジョアンヌ・リユー医師は語る。「エボラが海を渡る可能性が明らかになり、政治的意思を発動しないわけにはいかなくなりました。エボラが西アフリカのごく少数の貧困国をむしばむ人道危機ではなく、国際社会の安全に対する脅威となり、ようやく世界が目覚ましはじめたのです」

### 恐れの変遷と国際支援の行き詰まり

エボラ流行の深刻さは8月に入ってようやく国際社会に浸透していったが、対応を増強する動きは鈍く、なかなか軌道に乗らなかった。切実に求められていた迅速な対応が遅れたのは、エボラウイルスへの恐怖が原因だったのだろうか。

エボラが、人類共通ともいえる恐怖を呼び起こすのは事実だ。しかも、その恐怖の激しさは、他の感染症とは比べものにならない。効果的な治療法がなく、発症すると苦痛を伴い、致死率も高いというエボラの特徴が、感染地域の住民だけでなく、往々にして最初に罹患しやすい医療従事者にも、非常に強い不安を抱かせている。さらにこうした状況が、援助活動に新たに参加しようとする志願者の意志をくじいている。

洪水や地震などの天災が発生すると、すぐに巨額の援助金が寄せられ、援助団体や関係国が直接援助を行う。しかしエボラの場合、未知のウイルスに対する恐怖心と専門知識の不足によって、大半の援助団体と資金拠出者が二の足を踏んでいた。エボラ治療センターを滞りなく運営する上で許される過失の余地は、ごくわずかだ。このため、現場の医療活動に備えるには、きめ細かい研修が必要になる。



2014年8月モンロビアで活動したMSFプログラム責任者  
ブレット・アダムソン

「私は建設中の治療センターの規模に驚き、その中で人びとが耐え忍ぶ悲惨な状況に恐怖を感じました。スタッフが危険と暑さの中でなすべきことは悲惨でした。私たちは多数の患者に対応しようと力を尽くしています。ニーズの増大に合わせて施設を造ろうとしていますが、追いついていません。人びとのニーズに適切に対応できない自分たちが本当に恥ずかしく、深い罪の意識を感じています」



建築チームが世界最大のエボラ治療センターとなる  
ELWA-3(250床)の建設を進める(リベリア・首都モンロビア)

「私たちは、全ての活動に『宇宙服』が必要なわけではないことを強調しました。急を要するのは、感染者と接触した人物の追跡調査、健康教育、石けん・塩素・パケツの配布などだったからです」。MSFオペレーション・ディレクターのジャン＝クレマン・カブロール医師は言う。「全ての活動を高リスク区画の中で行う必要はありませんが、全ての活動を誰かが、しかも大規模に行なう必要があったのです」。しかし、大半の援助団体はスタッフの身の安全を守れないのではないかという危惧から、エボラの近くで活動するという明らかなリスクを負うことに消極的だった。

一方、MSFにもエボラの恐怖に対する免疫は備わっていなかった。長年にわたり、MSFの出血熱に関する現場経験は、主に、この分野のエキスパートが中心となって積み重ねられてきた。出血熱は、あくまでも特殊な分野という扱いだった。こうした理由から当初は、エボラ治療の経験がな

い部門や、十分に経験を積んでいない部門の中に、援助活動をすぐに行なうことに対する多少のためらいが見られた。MSFは、もっと早い時期に、組織の持つ能力を総動員して、流行の対応に当たるべきだったのだ。

8月下旬には、エボラウイルスは3カ国で爆発的に拡大した。他の援助団体と協議した結果、スタッフへの研修を行って現地への派遣準備を整えるまで、少なくとも2か月から3か月かかるという結論に達した。その間にも時計の針は進み、エボラは勝利しつつあった。資金援助はもはや主要な問題ではなくなり、研修を受けていない志願者による援助だけでは明らかに間に合わない。十分な装備を備え、経験を積んだ医療チームが、すぐにも現地で求められていたのだ。

リュウ会長は語る。「私たちは未知の領域に踏み込んでおり、他の援助団体が

研修と対応準備を整えるまで2か月も待てませんでした。エボラの猛威が激しさを増す1歩手前の段階で、誰が私たちの活動を引き継ぐことができたでしょうか」

## ナイジェリア、セネガル、マリへの拡大

### 迅速な対応で災害を回避

エボラがさらに流行地域を広げるのではないかという懸念には十分な根拠があった。ナイジェリア、セネガル、マリでエボラが確認されると、MSFは各国政府を支援して封じ込めを図った。すでに近隣の国でエボラが猛威を振るっていたため、この3カ国の政府は感染拡大の可能性を警戒しており、効果的な対応が実現できた。

MSF緊急対応コーディネーターのテレサ・サンクリストバルは「MSFのチームは感染の最も多い3カ国での活動に集中していたため、(ナイジェリア、セネガル、マリでは)MSFがどの程度まで運営に関わるか、現地で活用できる人材や機材の内容によって調整しながら、感染対応の技術を重点に支援しました」と語る。モンロビアでも、感染が制御不能に陥るまでは同様の活動方針を予定していた。

### ナイジェリア

確定症例19人、疑わしい症例1人、死亡者8人

7月下旬、リベリアからの旅客機の乗客を介して、エボラウイルスが初めてナイジェリアに上陸した。ウイルスは人口2000万人の大都市ラゴス、そして人口100万人の都市ポートハーコートにも到達したが、感染者の総数はわずか20人ととどまった。大量の人的資源と財源を投入し、厳格な感染制御対策を実行す

るという政府の迅速な対応が、流行拡大の回避を決定付けた。

### セネガル

確定症例1人、死亡者なし

2014年4月、セネガル政府の依頼を受けて、MSFはエボラに関する研修を行った。この研修を受けたチームが、8月にダカールで発生したエボラ症例に対応した。MSFの医療アドバイザー2人からなるチームは、エボラ治療センターの開設、症例管理、感染者と接触した人物の追跡調査、および地域社会の動員に関する現地スタッフの研修について保健省を支援した。活動開始から1週間で接触者全員の追跡が完了した。最も感染の危険があると見られていた9つの地域においても、流行への対応に関する研修を行った。

### マリ

症例8人、死亡者6人

最初の症例は2歳の女児で、10月23日に確認された。MSFはチームを派遣して、首都バマコと、この女児が亡くなった町カイにおけるエボラ治療センターの開設、症例管理、疫学的監視、および地域社会の動員に関する現地スタッフの研修を支援した。さらに他の2カ国よりも実践的な取り組みとして、バマコとカイの治療センターの運営、安全な埋葬の実行、および疫学的監視を含む活動を行った。こうした援助活動は、マリの保健医療体制がさほど強固ではなく、また流行に対応する設備や人材も、他の協力組織からの支援も不十分な実情を踏まえてのことだった。

ナイジェリア、セネガル、マリのいずれも、国際レベルの検査施設を備えており、迅速な検査結果が得られた。これら3カ国の経験は、流行の初期段階で厳密な疫学的監視と迅速な対応を行う重要性を明らかにしている。



# 流行制御へ最後の望み

MSF、国連加盟国に民間および軍の生物災害対応チーム動員を呼びかけ

9月2日、ニューヨーク。MSF国際連合長ジョアンヌ・リユー医師は、国連加盟各国に対し、鬼気迫るアピールを行なった。演説の中で、リユー医師は次のように訴えた。

「本日ここにおられる加盟国の多くは生物学的脅威への対応に多額の資金を投じてきました。この病気の流行を食い止めるため、各国政府が直ちに、生物学的災害の抑制に専門知識を備えた民間および軍の人材や装備を展開していくことが絶対に必要です。私はみなさまに対し、各国政府の全面的な後方支援を受けた災害対策チームを派遣して下さるよう、呼びかけます。私たちは流行国を切り離して、この流行が単に燃え尽きることを願うわけにはいきません。(中略)この火を消すためには、私たちは燃えさかる建物へ突入していかなければならないのです」

リベリアの首都モンロビアの  
MSFエボラ治療センター

異例の呼びかけだった。MSFはこれまで、軍および安全保障の議論とは一線を引くことで、紛争地帯における組織の独立性を守ってきたからだ。しかし、現地の惨状が、国際援助団体の力だけで収められるものではないことは明らかだった。最後の望みをかけ、必死の呼びかけを行なうべき時が来ていた。

クリストファー・ストークスは次のように語る。

「この現状に迅速に対処できる手段を持つ世界で唯一の組織は、生物兵器戦に関する一定の専門知識を備えた軍の部隊しかないだろうと考えました。病院を訪れる患者を門前で追い返しながらか、有志のスタッフがトレーニングを終えて着任するのを待ち続けるか、軍事機関に協力を要請するか。答えは明白でした」

さらにMSFは、リベリア、シエラレオネ、ギニア各国政府首脳との合意を得て、隔離病棟を備えた野外病院の増設、専門のトレーニングを受けたスタッフの派遣、移動検査施設の設置による検査態勢の拡充、西アフリカ地域内外を結ぶ専用航空輸送路の整備による人員および物資移動の円滑化を呼びかけた。





## 国連安保理への報告

MSFインターナショナル会長のジョアンヌ・リユー医師がニューヨークの国連総会で行なった支援要請の演説に続き、9月18日、国連の安全保障理事会で、リベリアで活動するMSFのチームリーダー、ジャクソン・K.P.・ナイマが、ビデオを通して呼びかけを行なった。

「こうしてお話している間も、人びとはMSFのエボラ治療センターの門前に座り、文字通り『命乞い』をしています。誰もが孤独で、誰にも顧みられず、社会から拒絶されたと感じています。恐ろしく絶望的な死を待つばかりなのだ……。エボラ対策の具体的な援助がないばかりに、MSFは感染した人びとの期待にも背いているのです」

これを受け、国連安全保障理事会はエボラ流行を「国際平和と安全に対する脅威」とであると表明し、加盟国にエボラ流行を阻止するためにさらなる資源を投入するように呼びかける決議案を、全会一致で採択した。

その後、国連の潘基文事務総長は、4月から9月にかけて、エボラ流行の根絶に必要な指導力と調整能力をWHOが発揮していなかったことを認め、国連初の保健に関する緊急ミッション「国連エボラ緊急対応ミッション（UNMEER）」を設置した。



MSFチームリーダーのジャクソン・K.P.・ナイマ(左)は2014年9月、国連安全保障理事会で呼びかけを行った。右はMSFインターナショナル会長のジョアンヌ・リユー医師(リベリア・モンロビア)

### リスクを伴う呼びかけ

一方でMSFは、現地に派遣される軍の装備や人材を、住民の隔離、封鎖、雑踏警備の手段として使ってはならないと強く主張した。強制隔離は、ウイルスのまん延を封じ込めるところか、住民の間に恐怖と動揺のみを引き起こしてきたからだ。

ストークスは「国家機能の破綻を懸念する動揺や恐怖が現地社会に広がる中、MSFの呼びかけが武力による事

態の安定化を求めるものと誤解される、あるいは意図的に曲解されることを心配しました。もし、軍の派遣が助けになるどころか、事態を悪化させてしまったら、率先して軍を招き入れた私たちが責任を問われるのです」と語る。

さらにMSFは、あらゆる援助団体につきもののリスクも冒していた。治安目的や政治的な策略への加担を疑われる危険性だ。武力紛争の際には、こうした疑惑がきっかけとなり、援助活動従事者と患者の双方が、対立勢力から非難の矛先を向けられる可能性がある。

呼びかけを行なった9月中には、設備の整備、物資の供給に関する支援表明が各地から届いた。しかし、現地で患者

の治療を担う技能と訓練を受けた医療スタッフは、限られた人数しか派遣されなかった。しかもMSFの期待に反して、10月、11月に着任した軍の活動は、大半が国際援助団体と現地当局が行なう取り組みの支援、調整、物資調達や輸送に限られていた。

軍によって地元の医療従事者や有志の外国人医療関係者を治療するための施設が建設された。このこと自体は非常に待ち望まれていたことであつたが、軍には自らの手で地域の患者を治療する意思はなく、「他の誰か」が治療を行なうための手段を提供したにすぎないことがすぐに明らかになった。

リユー医師は「単に施設を建設するだけでは意味がなく、経験の浅い援助従事者や疲弊した現地の医療従事者たちにリスクを押し付けるようなことは受け入れ難いと、私たちは主張しました。彼らに感染の現場に飛び込み治療を行なうことへのためらいがあるのは明らかでした。『支援はしたいが、リスクは一切冒したくない』と。たとえば米国のヘリコプターは、採取した検体の輸送や、患者の治療を終えた健康なスタッフを乗せることさえ拒否したのです」と当時の状況を説明する。

生物学的脅威に対応できる医療チームの派遣はかなわなかったが、到着した援助は歓迎すべきものだった。約束が果たされ、国際社会の大規模な支援が始まりを告げたのだ。現地の住民の間にも、ついに助けがやって来たという安堵感が広がった。

医療従事者のための集中治療施設が完成して、国際援助機関も現地への渡航を控えたスタッフの不安を解消できる裏づけができ、胸をなでおろした。同時に、現地の保健担当者や行政機関の懸念も和らいだ。こうした中、リベリア北西部のロファ州で明るい兆しが見え始めた。フォヤ地区にあるMSFの治療センターでは、10月下旬の時点で、新たな発症数がゼロになっていたのだ。これを受け、現地入りした他の援助団体に残る活動と監視を引き継いだMSFは同州を引き上げ、未だ援助の手の届かない地域に活動の軸足を移した。

緊急対応副責任者ドリアン・ジョブ医師は「包括的な取り組みと地域社会との強固な協力態勢が、ロファ州の症例減少に重要な役割を果たしました。エボラを抑えられるかもしれない。私たちがそう感じはじめたきっかけの1つでした」と語る。



© Julien Rey/MSF

ギニアの首都コナクリのMSFエボラ治療センター  
高リスク区画からの廃棄物で塩素消毒できないも  
のはその日のうちに焼却処分しなければならない

### 患者の減少

2014年も終わりに近づき、軍が新たなエボラ治療センターの建設を進める頃には、他の地域でも患者が減少しはじめた。症例減少の理由を単独の要因で説明することは難しい。住民の行動の変化、病床数の増加、感染制御の強化と安全な埋葬法の浸透など、全ての取り組みが組み合わさって、この結果をもたらしたのだ。

MSF緊急対応コーディネーターを務めるカーリン・クライヤーは次のように振りかえる。「発生当初から、この感染症の特徴として、予測不可能なこと、地理的な広が

り、そして感染拡大の速さが挙げられていました。もしエボラの勢いが衰えを見せはじめていなかったら、ロファ州にもエボラ治療センターの建設が絶対必要だったでしょう」

12月に入ると、世界各国から、3か月前に約束した支援が続々と届きはじめた。しかし、支援を各地に展開する頃には、劇的に変化する流行の疫学的状況に合わせて調整を実施することが難しい状況になっていた。結局、届いた物資は、すでに重要度が低くなった活動に振り分けられることになった。



# 決め手なき医師団…… 手当はすれども

## エボラが突きつける医療の課題

自分が診る患者の半数以上の命を奪ってしまうウイルス。闘うために利用できる治療法も存在しない。それは、医師にとって最も恐ろしい悪夢だ。

しかし、リベリア、ギニア、シエラレオネのMSF治療センターでは、エボラから生還した2300人を超える患者の存在が明らかになってきた。どの生還者も、エボラとの闘いを勝ち抜いた勝者だ。

アーマンド・スプレッチャー医師は「私たちができる最良の対症療法を提供するとともに、患者の症状やつらさを和らげることにも取り組んでいます。過去のエボラ流行では、良質の臨床治療が症例全体の致死率を10%～15%減少させるという結果が出

ています。エボラに関しては、医学的にも疫学的にも、臨床的な闘いに関しても、解明されていないことがまだまだたくさん残されているのです」と説明する。

死亡率に影響を与えると思われる要因は1つではない。入院時の感染の重症度(ウイルス量)、患者の年齢、全身の病歴、併発感染症、栄養状態、集中的な対症療法、またはこれら全てが複合的に作用することもある。

MSFは、こうした要因を検証するためデータの記録と分析を進めており、その結果を研究機関とも共有していく予定だ。現在までの主な研究結果によると、最も高い死亡率につながるのは、

患者の年齢(5歳未満および40歳以上)、およびウイルス量(入院時の血中ウイルス濃度が高い場合)だと思われる。

### 検査態勢の限界

MSFの医療チームにとって、最も大きな制約であり、挫折感を抱かせられたことの1つは、治療の質を高めるために必要な患者の生化学パラメータのモニタリング能力の限界だった。

「患者が快方に向かっているように見え、歩いて、話して、食事をしていても、悲しいことに、そして不可解なことに、その1時間後に亡くなってしまうことがあります。生死を分ける要因は、まだ解明されていません。エボラウイルスがどの程度

ギニアのゲケドゥ県の  
MSFエボラ治療センター



© Sylvain Cherkouh/Cosmos





ギニアのゲケドゥ県の  
MSFエボラ治療センター  
高リスク区画での業務を終えて脱衣室に  
戻った看護師

患者の体をむしばんでいるのか、その状況を知るために、体内の電解質のモニターや血液検査を実施して、最適な治療法を決める手がかりにしています」と、スプレッチャー医師は説明する。

そのためには、高度な技術を持つ検査支援機能が必要だ。しかし、MSF内部でも、外部のパートナーを経由しても、こうした機能には限りがあり、いつでも使用できるわけではなかった。流行初期の数カ月は、特に深刻だった。エボラ感染の当初から現地入りしていた主要パートナーたちから提供された検査施設は、膨大な症例の診断作業で占領されていた。準備不足で、生化学検査に使えない機材もあった。

2014年4月初旬、ギニアのMSFチームでは、電解質のモニタリングにアイ・スタット(ポータブル血液分析機)を活用していた。しかし、より現実的な問題を抱え、緊急性の高い現場に先を譲るため、治療センターにアイ・スタットが戻ってきたのは、10月になってからだった。

### 流行の中心地での活動

8つのパーツからなる「宇宙服」に身を固め、気温摂氏46度に達する現場で活動するMSF医療チーム。スタッフにとって最も危険なのは、汚染された防護服を脱ぐ時だ。厳密に決められた12段階の手順はいらいらするほど複雑で、全てを終えるのに長くて20分かか

る。この手順を、1日最低3回は繰り返す。

「厳しい暑さのせいで、ゆっくり動いて呼吸しなければなりません。室内で活動できるのも一度に長くて1時間までです。高リスク区画では、時間内に重要な作業をいかにこなすか計画しておく必要があります。いつものように十分な時間をかけて、患者さんたちと心を通わせることもできません。笑顔や、人間らしい触れ合いもありません。もどかしくて、怒りを感じます」と、ヒルデ・デ・クレルク医師は語る。

### 極限状態の闘い

エボラ流行の現場で、MSFは患者の治療とスタッフの安全の双方に気を配りながら、極限状態で活動する。

MSFによる支援の呼びかけは、エボラの猛威が制御不能なほど勢を増していく中で行なわれた。流行拡大が最も厳しい局面をむかえ、さらなる患者を受け入れることも、最良の治療を実施することもできなくなってしまったからだ。有志の医師が集まる援助団体にとって、あまりにもつらい現実だった。スタッフの間で激しい議論の応酬が起こり、緊張感が漂った。

MSF緊急対応コーディネーターのヘンリー・グレイは言う。

「現場のスタッフへの気配りは、私たちの重要な仕事です。これは、世界各地で進行中の、どのMSFプログラムでも同じです。多額の予算をかけてスタッフのために防護用品を用意し、トレーニングや安全のためのプロトコルを実施しても、リスクがゼロになることはないのだと痛切に感じました」



2014年9月～10月にシエラレオネで活動したMSF医師  
ジャヴィード・アブデルモネイ

「誰だってエボラが怖い。当たり前です。人間の血液や汗、涙を伝わって広がっていく、その感染経路に恐怖を感じるのです。エボラ患者の気持ちを想像してみてください。症状はつらく、恐ろしい。診察に来る医師もなんだか怖い。その医師は宇宙服を着ていて、近くに来て誰だか分からない。一方、私が患者を救うために使える手段といえば？ベッドと3回の食事、点滴と錠剤、抗マラリア薬に鎮痛剤。免疫機能が精一杯エボラと闘えるようにベストを尽くします。でも所詮、私と患者は物理的に隔離されていて、治療に行っても、こんな言葉を掛けるしかありません。あなたは約50%の確率で亡くなります。でも私にしてあげられることはほとんど何もないんです」

また、ブリス・デ・ル・ヴィンヌは、「エボラを安全に治療できるという前例を作り、もっと多くの人たちの参加を募らねばならないというプレッシャーも感じていました。リスクが高くなり過ぎたり、体調を崩すスタッフの数が多くなり過ぎたりすれば、チームの信用を失い、新たな有志の募集もできなくなって、やがては引き継ぐ者もない状態で、治療センターは崩壊してしまうでしょう」と述べる。

症例数が増えるに従い、MSFのスタッフが1人の患者にかけられる時間は、さらに短くなっていった。一時は、センターに入院する患者が多すぎて、水分補給の点滴を安全に行なえるスタッフが十分に確保できなくなった。9月にリベリアのモンロビアで起きた事態の繰り返しだ。治療とは、注射針を安全に挿し込めば済むというものではない。十分な人数のチームで必要なモニタリングを行ない、点滴の状況を患者ごとに経過を観察しながら、感染制御にも気を配らねばならないのだ。

スタッフの1人が感染すると衝撃が恐怖に変わった。感染発生の直後に、治療内容をさらに制限しなければならないこともあった。それでも、MSFのスタッフはこうした難局から素早く立ち直り、患者一人一人に最適な治療を行なうため現場に戻った。遅れは最小限にとどめられた。

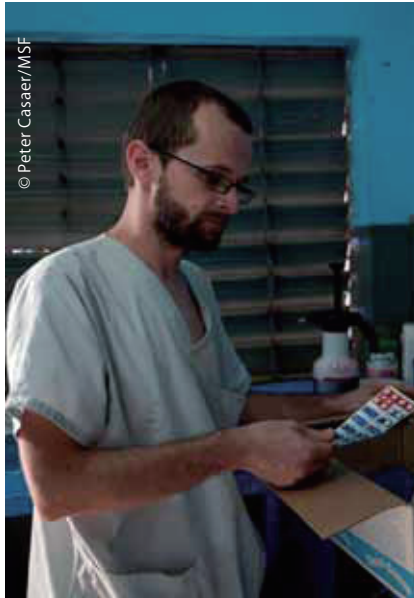
### 不完全な対策

9月。モンロビアの治療センターで病床が不足すると、MSFは、家庭内での感染予防と住宅消毒用のキット6万組の配布を開始した。このキットは、家族の1人が発症した際に、残された家族を守り、住宅内の消毒により感染拡大のリスクを減らすために作られた。地域保健担当者も主な対象集団であった。治療センターが満床になると、地域の住民から、頻りに治療の手伝いを頼まれることがあったからだ。

「このキットが、モンロビアのエボラ危機を解決する答えにならないことは分かっていました。それでも、前例のない不完全な対策を取らざるを得なかったのです。配布したキットは、いわば一時しのぎ。発症した家族が入院するまで、家庭内の感染拡大を自力で防いでもらうための応急措置でした」。キット配布の調整を担当したMSFのアンナ・ハルフォードは、そう回想する。

### 決め手なき医師団

今回の流行が始まった時期には、ヒトの体内に入り込んだエボラウイルスに対して有効性と安全性が証明されたワクチンや、薬



エボラの治療薬候補のファビピラビル(商品名アビガン)を手にする看護師  
2014年12月17日から臨床試験が始まった(ギニア・ゲケドゥ)

剤、簡易診断検査は市場に流通していなかった。

エボラが大手製薬企業の重点領域として取り上げられることもなかった。遠くアフリカで一時的に流行しても、経済的に恵まれない一部の人たちに影響を及ぼすだけの疾病にすぎないと考えられていたからだ。

大半の研究は公的機関や小規模な組織によって行なわれ、国防を目的とした助成金による支援を受け、感染力の高いウイルス性疾患を悪用した生物兵器テロのリスクに備えるという名目を与えられていた。研究開発の多くは、ワクチンと、ウイルスにさらされた際の発症予防薬に特化したもので、欧米市場での備蓄を視野に入れていた。

しかし、流行が制御不能なまでに拡大し、度重なる要請にも関わらず支援が一向に形にならない現状を前に、迅速な治療薬の開発が、これまで以上に火急の課題となりつつあると、MSFは日ごとに実感していた。

MSF必須医薬品キャンペーン計画顧問のジュリアン・ポテー医師は次のように語る。「2014年4月初旬には、エボラ治療薬の研究開発がついに勢いづきました。エボラ流行の異例の状況を考えて、ヒトに対する臨床試験を済ませていない実験薬の使用に倫理的な問題はなく、むしろ奨励する、というWHOの宣

言がきっかけでした。通常であれば何年もかかる臨床試験開始の手続きを、官民そろって一足飛びに数カ月で終わらせたのです」

8月。MSFは、設立以来、初の決断を下した。他の研究機関、WHO、流行国の保健省、製薬企業などと協力して、実験段階にある治療薬とワクチンの臨床試験に乗り出したのだ。流行の深刻さを考慮して出した結論だった。2014年12月17日、西アフリカで初となる実験的エボラ治療薬の臨床試験が始まった。対象となる薬剤は「ファビピラビル(商品名アビガン)」。ギニアのゲケドゥ県にあるMSFエボラ治療センターが、その舞台となった。

「たった数カ月の準備で、重大な人道危機のさなかに、しかも生物学的脅威のリスクと向き合いながら臨床試験を実施するという、まさに異例の試みでした」と、MSF医療ディレクターのミカエラ・セラフィニは述べる。

臨床試験プロトコルの中で確認されたのは、現行のエボラ対策への影響を最小限にとどめること、国際的に認められた医療、研究上の倫理基準を遵守すること、正当な方法により科学データを作成し、公共利益のために公開することだった。

現在も続く臨床試験は、流行の形勢を逆転させる最後の決め手となるのだろうか。

MSF医療ディレクターのベルトラン・ドラゲ医師は、次のように話す。「おそらく、そうはならないでしょう。臨床試験の最終結果が出るより早く、感染者の数が大幅に減少していく可能性があるのです。今回は、有効なワクチンや治療薬の追手からエボラウイルスがうまく逃げおおせるかもしれません。しかし継続中の研究が無駄になることは決してありません。今なら、この臨床試験で収集したデータがあります。エボラ治療の薬剤、ワクチン、そして診断法を確立して、次の流行が発生したときにすぐ使えるようにしておこうという機運が衰えることはないはずです」

そのためにも、完成したワクチンや治療薬がエボラ流行国で公平に入手できるよう、規制当局、製薬企業、各国政府の確実なコミットメントが求められる。さらに、エボラに関する専門知識、研究活動とその結果を広く共有していくことも欠かせない。

もし、有効な治療薬やワクチンが存在していたら、何千人もの死を回避することができたのだから。



## MSF内部の課題

今回のエボラ流行を通して、MSFは、膨大な組織内の課題に直面した。その多くは、今後もさらなる検討を重ねていかねばならないものだ。私たちの対応を評価する声がある一方で、MSFは、自らの足りなかった部分も、よく自覚している。課題の数は尽きないが、以下にその代表的なものを挙げる。

### ・多くの危機が競合した1年

2014年は、人道援助の最前線で活動する他の団体と同様、MSFにとって非常に過酷な年であった。中央アフリカ共和国、南スーダン、ウクライナ、そしてシリアで人道危機が同時進行しており、その全てがMSFで最も経験豊富なスタッフの指導を必要とするものだった。その結果、エボラに対する取り組みや派遣すべき人材を確保することが難しい状況になった。流行初期の5ヵ月間は、人材不足が特に深刻だった。

### ・スタッフを守る責務

MSFは他の援助団体に比べ、リスクに対する受容力の高い団体だ。それでも私たちは、エボラを著しく危険な疾病だと考えていた。感染したスタッフを十分に治療できない状況や死亡率の高さから、スタッフの間にはこれまでにない恐怖が広がった。外国人スタッフは、出身国の政府に万が一の際の医療搬送を保証してもらえとは限らなかった。西アフリカへの派遣を志願したスタッフは、エボラに感染して帰国できなくなる可能性を覚悟しておかねばならなかった。また、スタッフの感染を防ぐために、MSFは、最も厳格な安全確保のプロトコルを実施した。高リスク区画での活動時間の上限を定めたのもその一例だ。このため現場の自由裁量も制約を受け、患者のための良質なケアを医療スタッフが望む通りに選択し、提供することが難しくなった。この状況は、医療スタッフに大きな苦痛をもたらした。

### ・世界のMSFネットワークから全力動員を

長年にわたり、MSFの出血熱に関する現場経験は、主に、この分野のエキスパートが中心となって積み重ねられてきた。出血熱は、あくまでも特殊な分野という扱いだった。こうした理由から、エボラ対応の経験が少ない部門では、即座に援助活動を開始することに対するためらいが見られた。MSFでは、もっと早い時期に、ネットワークから可能な人材を全て動員して、流行の対応に当たるべきだったと考えている。

### ・患者か、公衆衛生か

感染拡大を食い止める活動と、一人一人の患者に最良の臨床ケアを提供する活動の間に、解決できないほどのせめぎ合いが生じた。この問題が特に深刻だったのは、8月から9月にかけて、リベリアで患者の数が急増して、MSFの医療施設が受け入れの限界を超えた時だった。時に、私たちは患者に苦痛を和らげることが基礎的な緩和ケアしか提供できず、また感染力の強い重症の患者を優先的に入院させた。地域の感染拡大を食い止めるためだった。治療の質を落とすことを覚悟の上で病床数を増やしたこともあった。多くのスタッフにとって、これは耐え難い妥協策であった。

### ・スタッフの頻繁な交代

エボラの流行は、MSFの多大な人的・物的資源を飲み干していった。その代表が、人材だ。流行が続く間は、現場の最前線で活動する外国人スタッフの任務期間を、通常は数ヵ月間であるところを、最長でも数週間に短縮した。緊張感を保ち、過労や、意欲の低下を防ぐためだ。しかし、人材の入れ替わりは、予期せぬ結果を生んだ。現場の細かい情報に関して、引き継ぎ不足が生じるようになったのだ。経験から学ぶ教訓は、繰り返し学ばなければならない。

### ・臨機応変な対応

MSFの資源・物資が限界を超えてしまった条件下で、私たちはやろうと思えば戦略を調整し、各地の状況に合わせて活動内容の優先順位を決めることもできたのだろうか。結局は、ダメージコントロールに当たるという態度で、状況に後手に反応していただけなのだろうか。たとえば、ギニアの住民たちが抱く深刻な不信感に対して、もっとできることはなかったのだろうか。また、シエラレオネの流行の初期に、もっと強引に対応を進めることはできなかったのだろうか。

### ・なおざりにされた優先事項

時に私たちは、世界中のあらゆる場所で、あらゆる問題と取り組んでいるように感じた。効率的な医療搬送の段取りを手配する上での困難、科学的根拠のない渡航禁止措置との闘い、ブリュッセル航空のように航空会社が西アフリカ地域への運行便を続行できると確信できるための協力、他の援助団体向けの研修、そして、スタッフの母国内での人びとの不安やしばしば感情的になった世論に対応する努力。こうした全てが、現地で待つ緊急のニーズから焦点をそらしてしまったのだ。

# 未来に目を向けて

世界最悪の人道危機といわれた数々の現場で、MSFは、40年を超える歳月にわたり活動を続けてきた。その経験もむなしく、今回のエボラ流行は、私たちのスタッフに並はずれて甚大な被害をもたらした。とりわけ、西アフリカの同僚たちが払った犠牲は大きかった。MSFのスタッフにとって、HIV／エイズ治療の草創期以来の経験だった。自分たちの医療施設の中で、命を救う手だてもないままに、最期を迎えた数え切れない患者の臨終を看取るのだ。それもかつて経験したことのないほどの短期間に。HIVの場合は感染から発症して亡くなるまでに最大で10年間の猶予があるが、エボラの場合は発症後わずか10日で死に至る。

エボラウイルスについては、依然として未知の要素が多く残されているものの、この1年間で、私たちは多くのことを学んできた。エボラ治療センターの設計改良、妊娠中の女性や子どものためのプロトコル作成などもその成果だ。今回の流行以前には、妊婦のエボラ感染は死の宣告とみなされていた。1年後の現在では、専門的な治療が確立され、感染した妊婦が何人も、この病気を克服して治療センターから退院している。

過去1年間、活動の優先順位を決めねばならない局面を迎えるたびに、有効な治療法もなく、人材も機材も不足する中で、

MSFは難しい選択を迫られてきた。私たちが実施する全ての医療プログラムと同じく、今回の現場にも運営面、医療面の課題があり、成功と失敗があった。現在、こうした全ての経験に対する徹底的な評価を全面的に行っているところである。今回の活動から得た最初の教訓として、MSFでは、もっと早い段階から、援助活動のあらゆる分野に、より多くの人材を動員すべきだったと考えている。

## 闘いは、まだ終わらない

2015年の初頭、感染者の数は引き続き減少傾向にあり、感染の終了を予測する声も聞かれるようになった。リベリアで

は、3月初めから新たな感染の発生はなく、現在は感染者ゼロに向けて秒読みの段階だ。しかし、流行地域の全患者数は依然として流動しており、1月下旬から大幅な減少は見られない。

現地で活動する援助団体も増え、患者のための病床も十分な数が用意された。MSFは現在も治療センターの運営を続けており、アウトリーチ活動での支援不足解消を目指し、疫学的監視、感染者と接触した人物の追跡調査、地域社会の動員などに注力できるようになった。

シエラレオネのMSFエボラ治療センターで、2015年1月、タブレット型電子機器を用いる患者情報の管理システムが試験導入された。専用に開発されたタブレットは、手袋を外す暇のない医療スタッフにも扱いやすい。病歴の閲覧や心拍・呼吸数など総合的なデータ収集が可能で、経過観察や個々の患者に適した治療法の提供に役立つ





流行地域で新しい感染例が42日間確認されなくなるまで、エボラの流行が終了したとは見なされない。医療チームには、忍耐と粘り強さが求められる。地域社会の信頼を得て、積極的な協力態勢を築くことも不可欠だ。一方で、エボラに有効なワクチン、治療法、診断用機器の研究開発に向け、実効性のある計画を作成することも必要だ。こうした取り組みが、今回はもちろん、同じような流行の再発から、この地域を守る切り札となるのだ。

### ギニア、シエラレオネ、リベリアの保健医療サービスの再開

エボラの悪夢は、地域の保健施設に対する住民の不信感を生み出した。医療従事者は自信を失い、活動再開に不安を感じている。地域の住民らは、家族を奪われ、悲しみに沈み、貧しさにあえぎ、疑い深くなっている。

この流行で、500人近い医療従事者が命を落とした。エボラ危機の発生前から、すでに医療者の不足が深刻化していた西アフリカ3カ国には、致命的な一撃だった。

こうした状況の中、基本的な保健医療サービスの再開が、火急の課題となっている。子どもたちは予防接種を受けられず、HIV患者は治療を中断され、妊娠中の女性たちは、出産のための安全な場所を求めている。

しかし、これまでの保健医療体制に潜む欠陥や弱点を解決せずに、エボラが流行する以前の状態に戻すだけでは意味がない。エボラをはじめとする感染症の新たな流行を素早く特定し、より効果的な対応を行なうためには、保健医療へのアクセスと住民に提供する医療の質を改善しなければならない。これまでと同様の戦略とアプローチから、違う結果を期待するのは理不尽な話だ。

### 現場の教訓を活かせないリスク

大規模な人道上の緊急事態のあとでは、悲惨な経験から得られる教訓が何かあるはずだと期待するものだ。しかし往々にして、その教訓は、聞こえの良い格言を口にすることで終わってしまう。

リユー医師は、「数ヶ月にわたり、患者の治療を最前線で支えたのは、十分な設備もない現地の衛生局と、いくつかの民間援助団体から派遣された有志のスタッフでした。何かが大きく間違っているのです」と述べる。

いまや、ギニア、リベリア、シエラレオネの衛生局は、エボラの発見、調査、対応に関するノウハウを身につけ、各国の首都には検査施設も整備された。しかし、手段を獲得したあとで、知識を実行に移せるか否か。それを決めるのは、政治的な意思なのだ。

MSF、WHO、そして米国CDCによるエボラ症例管理のトレーニングを修了した援助団体が増えてきた。流行から学んだ知識の共有は進んでいる。しかし、せっかくの知識も、新たな感染の現場で、初期段階から、いち早く現地に展開しなければ、活かされないまま終わってしまう恐れがある。

「世界の保健医療と人道援助を担う体制には、迅速で実践的な緊急対応に必要な、臨機応変で俊敏な行動力が十分に備わっていません。4年前、ハイチで発生したコレラの大規模感染から、学ぶべき教訓を学んでいなかったのです」とリユー医師は語る。

WHO執行理事会は、感染症対応の強化と組織内の足並みの乱れを解消すべく、改革案の制定に向けた決議を可決した。しかし、根本的な改革が一夜にして実行されるとは考えにくい。また、国内で発生した感染への対応を外部の国際機関に任せることについて、何らかの興味を示す加盟国は、ごくわずかに留まっているのが現状だ。それでもなお明らかことがある。WHO加盟国は、感染症の流行に対応する十分な機能を持たない国々での支援活動に、より迅速に、より積極的に参画しなければならないということである。

とはいえ、都合の良い結論に安易に飛び付くのはやめにしよう。機能不全に終わった緊急対応の責任の所在を、たったひとつの公的機関に求めるのは間違いだろう。それよりも大切なのは、中央アフリカや南スーダンの人道危機においては、メディアの注目度が低いために目の見ずにいる過去から続く人道援助体制の欠陥が、全世界の人びとの目にさらされたことだ。

この感染を通して、国際的な体制に潜む多くの欠陥が容赦なく白日のもとにさらされた。何千人もの命がその欠陥の犠牲となった。国際社会の交流はかつてないほど緊密になっている。保健医療の危機を、はるか遠くの貧しい国々に閉じ込

めておけたのは過去の話だ。各国のリーダーたちはもはや、この危機に背を向けるわけにはいかないのだ。途上国の保健医療体制が抱える弱点に始まり、国際援助活動の行き詰まりや停滞に至るまで、この流行から得た教訓は、あらゆる人たちの役に立つはずだ。

クリストファー・ストークスは、次のように指摘している。「今回のエボラ流行に関して、悪条件が重なったという言葉をよく耳にします。すなわち、これまでエボラ流行の経験がまったくなく、保健医療システムが脆弱な国々で発生した感染であったと。でもこれは、都合の良いすぎる解釈でしょう。エボラがこれほどの勢いで猛威を振るった陰には、多くの公的機関の失敗があったはずですよ。事実、彼らは失敗したのです。避けられたはずの、数多くの悲劇を残して」

# 活動地図

