



M I G A コラム

「世界診断」

2015年1月14日

エボラ出血熱をめぐる対応から考える

佐藤智晶

明治大学国際総合研究所共同研究員
東京大学公共政策大学院特任講師；
ブルッキングス研究所経済部局医療政策部門
客員研究員



医療分野に関する法政策が専門で、関連領域として信託法制を研究。2008年にワシントン大学ロー・スクール

(LL. M.)、2010年に東京大学博士（法学）。2009年4月から8月にかけて東京大学大学院法学政治学研究科特任研究員、2009年9月から2013年2月まで東京大学政策ビジョン研究センター特任助教、2012年8月からブルッキングス研究所客員研究員、2013年2月以降は東京大学公共政策大学院特任講師。著書として『アメリカ製造物責任法』（弘文堂・2011年）、主要論文はPLOS Medicine 等に掲載。

西アフリカで猛威を振るっているエボラ出血熱は、世界を震撼させている。世界保健機関（WHO）によれば、2015年1月2日時点で、西アフリカで大流行中のエボラ出血熱の死者数は8000人を超え、感染者数が2万人に達した。エボラ出血熱に対する治療法はいまだ確立されておらず、治療薬もない。事態を打開するために国連および世界保健機関を中心とする西アフリカ支援が続けられているものの、予断を許さない厳しい状況が続いている。たとえば、国連エボラ緊急対応ミッション（UNMEER）の見解では、2015年末までに感染拡大を終結させることは可能としつつも、当面は厳しい道になるという。

危機は繰り返す

エボラ出血熱を含む感染拡大や感染症の日本への影響というのは、実のところ古くて新しい問題だ。WHOによれば、1976年にエボラ出血熱の最初の感染拡大が確認された後、今まで20回以上の感染拡大が発生している。これまでと異なるのは、感染拡大が一か国にとどまらず、しかも症例数の最大が450、死者数の最大が280であったところ、今回のケースでは、先に数字を挙げたとおり、それぞれ症例数が2万、死者数は8000を超えている。

我が国の影響という点では、2002年から2003年にかけて発生したSARSの感染拡大や、2009年の新型インフルエンザの感染拡大が記憶に新しい。このように、日本は感染症の危機にこれまでも何度も直面してきている。

日本でのエボラ出血熱対応

日本における報道は、政府の迅速な対応や感染患者が確認されていないこともあって、今のところ沈静化している。去る2014年10月27日16時頃、東京空港検疫所支所から、エボラ出血熱が疑われる患者の報告があったものの、検査の結果は陰性であった。その後、3件の同様の報告があったものの、いずれも陰性の検査結果となり、患者はすべて退院している。しかしながら、今後については予断を許さない状況が続いており、厚生労働省をはじめとしてエボラ出血熱に関する検疫および国内における対応には余念がない。

来るべき将来の危機に備える

今のところエボラ出血熱の感染患者が確認されていないとしても、今後、日本で感染患者が確認された場合や、新しい感染症への対策を十分に検討する必要がある。危機対応は、当然ながら繰り返すうちに改善されていくものであり、日本のエボラ出血熱対応も時間を経てさらによくなるに違いないが、そこでは将来のために体制や制度の不備を絶え間なく検証する姿勢が欠かせない。

エボラ出血熱に感染した患者への対応については、検疫法と感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（いわゆる感染症法）によって規定されている。検疫法によれば、エボラ出血熱は検疫感染症に指定されていて、検疫法施工令上の停留期間は504時間とされている。また、感染症法によれば、エボラ出血熱は第一種感染症に指定されており、第一種感染症指定医療機関が治療にあたることになる。第一種感染症指定医療機関は、一類感染症等に係る医療について厚生労働省令で定めるところにより、都道府県知事が行う指導に従わなければならない。

問題なのは、エボラ出血熱等の治療法が確立されておらず、治療薬も存在しないような場合、第一種感染症指定医療機関がどのような治療を行えるのかである。厚生労働省は、「一類感染症の治療に関する専門家会議」（2014年10月28日）を開催し、「致死的な疾患であり、現在も流行が継続中であることから、安全性と有効性が未確立の治療の提供は、WHOの倫理作業部会の結果も踏まえると、本邦において倫理的に許容される」とする結果概要を公表した。本邦において倫理的に許容される行為が、すべからく法的に許容されるか否かは明白ではないが、この専門家会議の助言を得て、日本ではエボラ出血熱患者への治療が行われることになるだろう。

もちろん、日本において未確立の治療法や未承認の医薬品を適法に使うことは不可能ではなく、それはエボラ出血熱等の感染症についても適用される。未承認の医薬品に限っていえば、たとえば、臨床研究という形をとる場合、保険医でない医師が個人輸入して患者の自費診療として提供す

る場合などが考えられる。また、エボラ出血熱患者に対して、可能な限りの治療を提供することは、いわば緊急避難的な措置とも考えられる。

他方、世界に目を向けると、緊急を要するエボラ出血熱患者の治療についてさえ、法的な議論は慎重に行われている。たとえば、アメリカのように医薬品の緊急承認の制度を整備している国でさえ、治療薬の承認には至っておらず、未承認薬（検査薬を含む）の提供については警告が出されている。

国際保健への再投資

エボラ出血熱の問題は、日本の健康・医療が他国との協力なしに実現されにくいことを再認識させるものである。西アフリカで流行しているエボラ出血熱は、世界を震撼させており、まさに感染症の拡大を食い止められなければ日本にも影響が及ぶ。世界での検疫体制の強化や医療提供体制の整備は、一か国で実現できるわけではなく世界の中で日本の貢献がさらに重要になるだろう。検査薬や治療薬の開発のみならず、より医療システムの面からの貢献に向けて検討が進むことを祈ってやまない。