

グローバル化と顧みられない熱帯病

新山智基

もくじ

はじめに

熱帯風土病のグローバル化

- 1．グローバル化と感染症
- 2．環境問題と感染症 - 台湾におけるデング熱の流行 -

WHO による「顧みられない熱帯病」概念の提起

- 1．顧みられない熱帯病とは
- 2．共通の特徴
- 3．ミレニアム開発目標との関わり

ブルーリ潰瘍問題の現状

- 1．顧みられない熱帯病のなかのブルーリ潰瘍問題
- 2．ブルーリ潰瘍の歴史と医学的現状

結論

参考文献

はじめに

人類の歴史は感染症との闘いの歴史ともいわれている。かつてハンセン病、コレラ、梅毒などは、戦争や商業活動のために広範囲に移動するようになった人間とともに感染地域を拡大してきた。とくに、地球規模の産業発展や開発に拍車がかかった 20 世紀後半になると、エイズや SARS のように、それまで地域的に封じ込められていた一定地域内の疾病(風土病)が感染症として地域外にも脅威をもたらすまでになった。世界保健機関 (World Health Organization : WHO) の報告書 (“Strategic and technical meeting on intensified control of neglected tropical diseases: A renewed effort to combat entrenched communicable diseases of the poor” A report of an international workshop 2006) で指摘されているように、とくに熱帯での感染症(いわゆる熱帯病)が驚異的な猛威をふるっていることは明らかであり、その危険性については、近年、報道等でも注目され、世界的な対策の重要性が認識されはじめてきた。たとえば、2007 年にはアメリカ合衆国のブッシュ政権も HIV/AIDS 対策費の増額を連邦議会に呼びかけるまでになっている¹。しかし、実際に対策がとられているのは世界で流行している感染症のごく一部に過ぎず、その多くは手付かずのままである。本研究で取り上げる「ブルーリ潰瘍 (Buruli ulcer)」も注目されることがなかった熱帯病感染症、すなわち「顧みられない熱帯病 (Neglected Tropical Diseases)」のひとつとして、十数年前から一部の専門家によって問題提起がなされてきたものである。

顧みられない熱帯病対策の特徴は、“Neglected Tropical Diseases, Hidden successes, Emerging opportunities” (World Health Organization, 2006) で示されているように医学的問題に留まらないところにある。緊急の対応を迫られている地域がサブサハラ(サハラ以南)のような熱帯貧困地帯に多く、インフラが十分に整っていないことも問題を複雑化している。都市部ではある程度の対応ができる感染症でも、地方部では公衆衛生のネットワークの鍵となる保健所の配置さえも不十分で、交通網の整っていないことも相まって、健康・栄養面での指導も困難を極めている。すなわち、開発途上国特有の社会経済的問題が感染症への効果的対応を遅延させる重要な要因となっているのである。

国際連合は、こうした世界的な諸問題の解決に向けての取り組みとして、2015 年までに一定の数値目標を達成することを目標とした「ミレニアム開発目標 (Millennium Development Goals)」を採択した。これには、貧困や教育、また感染症の分野などが取り組みの対象として挙げられ「顧みられない熱帯病」もこの一部に含まれている。

本論で考察する「ブルーリ潰瘍」など「顧みられない熱帯病」の問題は、潜在的な人類全体への脅威となる可能性が高い。今後さらなるグローバル化の加速や温暖化問題による熱帯地域の拡大は、熱帯病の流行を招く恐れがある。こうした問題の現状として、ブルーリ潰瘍問題を事例として考察する。

¹ 2003 年より 5 年間、世界のエイズ対策に 150 億ドルの支援計画を打ち出しているブッシュ政権は、今後 5 年間の拠出を 2 倍の 300 億ドルに増額することを議会に呼びかけた。

熱帯風土病のグローバル化

1. グローバル化と感染症

限定的地域で発生する風土病がどのようにして熱帯地域で拡大し、地域を越えて地球全体に拡大することになったのか、その一般的な病理学的要因に注目する必要がある。ここでは、そのなかでも最も重要な感染経路について論じておきたい。

感染症には、(1)「生物から人」へ感染するものと、(2)「人から人」へと感染するものの2種類がある。「生物から人」へと感染症が拡大する場合、病原菌を媒介する生物によって、被害の規模が決まる。蚊やネズミなどを媒介としているケースでは、媒介する生物の個体数が多いため、多くの人々へと感染が拡大する。「人から人」へと感染する場合には、ある程度の人口規模が感染症蔓延の条件として必要である。小集団(例えばアフリカにおける未開発の集落)においては、それぞれの集団は分散・孤立して存在するため、集団内に感染症が発生してもその中では死者は出るが、他の集団へ拡大するリスクは少ない。ウイルスが生存するためには、常に集団内において人から人へと循環しなければならず、小集団内の出生サイクルではこの循環に追いつかず、ウイルスの生存は通常不可能である。このウイルスの循環を満たす条件には、相互に密接な交流を維持する数十万規模の人口が必要である²。

従来、感染症は、「生物から人」「人から人」の両ケースにおいて、小集団内もしくは小地域内に留まり、消えていく場合が多く、そのような感染症は「風土病」といわれてきた。このように限定した地域で発生した感染症が他地域へと拡大した最大の要因は、熱帯地域の植民地化、そしてその後の国民国家の形成を通して、生物と人々の接触、人々同士の交流が盛んになったことが挙げられる。

第二次世界大戦後の独立国家形成の動きのなかで、社会的・経済的安定は国の重要課題であり、国民の健康維持は国家を「統治」する上で、必要不可欠なものとなった。食料問題も医療問題もその意味で欠かせない国家的事項なのである。しかしながら、アフリカのみならずアジアにおける熱帯地域は、この世界的動きのなかで取り残され、政治闘争と内部分裂(ナイジェリアやコートジボアールなどの西アフリカやコンゴなどの中央アフリカでは顕著である)を繰り返し、社会的・経済的安定など望めない状態が長く続いた。そのような混沌とした状態の下では、国民の健康維持や医療制度の確立どころか国内発展を促す経済的發展も停滞するか、後退することになるのである。すなわち、風土病対策は国家予算の項目に挙げられることもなく、埋没させられてきたのである。

熱帯病が限定された地域での風土病として、一過性の流行病と考えられてきた時代には注目されることもなかったのである。しかし、エボラ出血熱やエイズのように、感染経路が人類が共有する生活習慣にまで及び、国境を越えた広がりを見せるようになると、限定

² C. レヴィ=ストロース(川田順造・渡辺公三訳)『レヴィ=ストロース講義 - 現代世界と人類学 - 』(平凡社、2005年) p29

された地域問題から貧富の差や文化的差異に関係なく、人類共通の問題として捉えざるを得なくなってくるのである。

ブルーリ潰瘍も一過性の風土病のひとつと考えられてきた。しかしながら、その感染地域の拡大は、想像を遥かに超えるものであり、感染者数は増大の一途を辿っているのである。

1970年代以降、経済の国際化にともなう移民の増大や内戦による難民問題を背景に、南北問題と呼ばれる経済格差が注目されるようになる。³ 同時に、それまでの国際支援のあり方（トリクルダウン理論⁴などに基づく国家支援）に疑問を呈されていく。これに対して直接支援を含む人道的支援論の登場は、新しい支援の方法として、より現実的な国際支援のあり方として今日では重要な理論的背景を提供しているのである。食料支援のみを取り上げても、これまでのように被支援国家のロジスティックに依存するのではなく、支援対象地域に確実に運搬し、配布する方法も支援現場での経験を反映したもののなのである。

近年、人々の交流がさらに活発化した要因として、急速なグローバル化が挙げられる。交通網が発達したことにより、遠隔地への人やモノの輸送を容易にし、感染症を世界各地へ拡大させた。なかでも、航空網の発達には野生動物の輸出（密輸含む）を活発にし、感染症の流行を助長させる。また、流行地から航空機に潜伏したマラリアが非感染地へ輸送され、空港職員や近隣住民に感染・拡大する「空港マラリア」や給油に立ち寄った地で感染してしまう「滑走路マラリア」など航空機が発端となり拡大した感染症も多い。⁵

グローバリゼーションの時代にあっては、人々の交流は激化し、今までは地域の問題であったものが、急速に拡大し、世界規模の問題として表面化していく。こうした地球規模の現象の背景には市場経済の拡大がある。国民国家という壁を越えて、競争原理をベースにした市場経済化が進展し、規制緩和による商品・サービスなどが提供できるようになったことや、また株式市場・外国為替市場が24時間オープンになったことが大きい。しかし、このことが国家間の貧富の差を拡大することになった。また、冷戦の終結によるソ連及び東欧諸国の社会主義体制の崩壊により、これらの国々が市場経済体制へと移行し、資本や労働力の移動が活発化したことも大きい。⁶そして、感染症のグローバル化が近年大きくク

³ Mahbub ul Haq, *The Poverty Curtain: Choices for the Third World* (New York: Columbia University Press, 1976)や Albert Fishlow at. el. *Rich and Poor Nations in the World Economy* (New York: McGraw-Hill Book, 1978)など多くの著書がこの南北問題あるいは貧困問題をテーマとして社会経済的見地から表されたのである。

⁴ Trickle Down Theory は、本来はアダムスミスなどの古典経済学派の影響を受けたとされる経済理論である。貧困層への直接支援を重視せず、国家的プロジェクトであるインフラ整備や起業を支援することで、その利益は漸次貧困層に分配され、還元されると考える。しかし、現実には、国際支援は支配者階級に独占され、独裁者を生む結果になったり、民族支配闘争や支配力の強化のための武器・弾薬の購入に使われたりするために、国民全般に広く分配されることはなかった。

⁵ 藤田紘一郎 『謎の感染症が人類を襲う』(PHP 研究所、2001年) pp.71-73 及び 150-151

山内一也 『キラーウイルス感染症』(双葉社、2001年) pp.21-22

⁶ 秋山孝允「近年の国際援助動向と日本へのインパクト」秋山孝允・笹岡雄一編『日本の開発援助の新しい展望を求めて』(国際開発高等教育機構、2006年) pp.1-2

黒田かをり「国際開発 NGO の役割」今田克司・原田勝広編『[連続講義] 国際協力 NGO - 市民社会に支えられる NGO への構想』(日本評論社、2004年) p45

ローズアップされてきたことに伴い、改めて熱帯地域における経済的貧困や公衆衛生、健康・栄養面での対策の不十分さが、世界的な問題として捉えられるようになった。

2. 環境問題と感染症 - 台湾におけるデング熱の流行 -

感染症の拡大は、地球温暖化現象とも深く結びついているともいわれている。例を挙げると、台湾におけるデング熱⁷の例がある。デング熱は東南アジアや南アジア、カリブ海諸国などの熱帯・亜熱帯地域に多く見られるが、近年では、台湾においても感染報告が増加している。台湾ではもともと、デング熱ウイルスは存在していなかったが、約20年前から発生するようになった。多くの感染が確認されている台湾南部の高雄や台南では、昔から貿易港として栄えてきたため、多くの伝染病が入ってくる可能性が高かった。また、気温の上昇による温暖化の影響も危惧されている。冬になると気温が低くなるため、蚊の繁殖は無くなるが、温暖化による暖冬でデング熱ウイルスを媒介とする蚊の繁殖が抑えられなくなっている。⁸デング熱ウイルスを媒介とするヒトスジシマカは日本においても生息している。約50年前には、ヒトスジシマカの生息は栃木県が北限であったが、現在では岩手県や秋田県まで生息域が広がってきている⁹。これも温暖化が影響していることは明らかである。このような傾向を見ると、温暖化の影響でヒトスジシマカ生息域が北上し、デング熱が日本全土に上陸することや世界全体へ拡散する可能性が大きいと考えるのは必然であろう。

以上のように、感染症の拡大はグローバル化や環境問題と密接に関係している。今後更に加速するグローバル化や、温暖化による熱帯地域の拡大とともに「顧みられない熱帯病」が広がる恐れは現実的なものであり、全人類の問題として受け止めるべきものとなっている。そのため、本論においては、地球規模の重要な問題である「顧みられない熱帯病」への取り組みを考察する。まず、本論のように医療に関する国際支援を理解するためには、「顧みられない熱帯病」とは何かを把握しておく必要がある。次に「顧みられない熱帯病」問題をWHOの資料に基づき考察する。

高千穂安長「グローバリゼーション下の国際協力」好皓一・高千穂安長編『国際協力の最前線 - グローバル・ホットイシュー - 』（玉川大学出版部、2001年）pp.15-17

⁷ デング熱ウイルスを保有するネッタイシマカやヒトスジシマカなどに吸血されることで感染する。年間で約1億人がデング熱を発症している。

⁸ 厚生労働省福岡検疫所「台湾でデング熱患者が増加」2006年

「熱帯ウイルス、日本に侵入」『読売新聞』2006年1月27日付朝刊 13面

「温暖化で北上する熱帯伝染病の恐怖」<http://webnews.asahi.co.jp/you/special/2007/t20070919.html>
2007年12月16日 閲覧・取得

⁹ 「熱帯ウイルス、日本に侵入」『読売新聞』2006年1月27日付朝刊 13面

「害虫モゾモゾご用心 - 外国から侵入。春、あちこちに」『朝日新聞』2006年4月21日付朝刊 25面

WHO による「顧みられない熱帯病」概念の提起

1. 顧みられない熱帯病とは

前述したように、限られた地域の風土病が、グローバル化と温暖化により、世界各地へと急速に拡大していった経緯には、熱帯地域での感染症拡大段階において、十分な対策がとられなかったためであると考えられる。限定された地域の風土病であったものが、世界へと拡大した代表例としては、HIV/エイズウィルスが挙げられる。

HIV/エイズは、1960年代から1970年代までは「スリム病」としてアフリカの限られた地域の風土病であったが、徐々に世界へと拡散していく。1983年には、アメリカの疾病予防管理センター（Centers for Disease Control and Prevention）がこの疾病はエイズであると定義し、同年のWHOの会議でその定義が採用された。その後、HIV/エイズは、血液製剤の問題（薬害エイズ）を起因として、世界へと急速に拡大していく。そして現在は、最も危険視されている疾病の1つになっている。WHOもHIV/エイズをはじめ、マラリア、結核等、世界的に拡大した疾病の対策を国際的な取り組みとして最優先させてきた。そのため、熱帯地域では多くの疾病が、貧しい人々を苦しめている事実は、放置されてきたのである。

このように半ば意図的に無視されてきた問題に、大きな変化があったのが、2003年にベルリンで行われた「顧みられない熱帯病（Neglected Tropical Diseases）」についての報告であった。この報告では、感染症や疾病に対してそれ以前までに取られていた医療を中心とした取り組みから、医療をはじめ、貧困や教育などの分野も取り入れた包括的（総合的な）アプローチへの指針が示されたのである¹⁰。この報告ではいくつかの疾病が「顧みられない熱帯病（Neglected Tropical Diseases）」として取り上げられており、その特徴等が示されている。のちに「Neglected Tropical Diseases, Hidden successes, Emerging opportunities」¹¹の中で、以下の14の疾病名が挙げられた。

- ・ Buruli ulcer ブルーリ潰瘍
- ・ Leishmaniasis リーシュマニア症
- ・ Chagas disease シャガス病
- ・ Leprosy ハンセン病
- ・ Cholera/Epidemic diarrhoeal diseases コレラ
- ・ Lymphatic filariasis フィラリア病
- ・ Dengue/dengue haemorrhagic fever デング熱

¹⁰ World Health Organization “Strategic and technical meeting on intensified control of neglected tropical diseases: A renewed effort to combat entrenched communicable diseases of the poor” A report of an international workshop 2006 pp. -

¹¹ World Health Organization “Neglected Tropical Diseases, Hidden successes, Emerging opportunities” 2006 p

- ・ Onchocerciasis オンコセルカ症
- ・ Dracunculiasis (guinea-worm disease) ギニア虫病 (メジナ虫症)
- ・ Schistosomiasis 住血吸虫病
- ・ Endemic Treponematoses (yaws, pinta, endemic syphilis...) トレポネーマ症
- ・ Soil-transmitted helminthiasis 蠕虫病
- ・ Trachoma トラコーマ
- ・ Human African trypanosomiasis トリパノソーマ病

それでは、次にこの 14 の疾病が抱えている共通の特徴 (問題) について考察しておきたい。その特徴が病理的な問題というよりも、政治・社会・経済的な問題であるだけに容易に解決できない場合が多いからである。¹²

2 . 共通の特徴

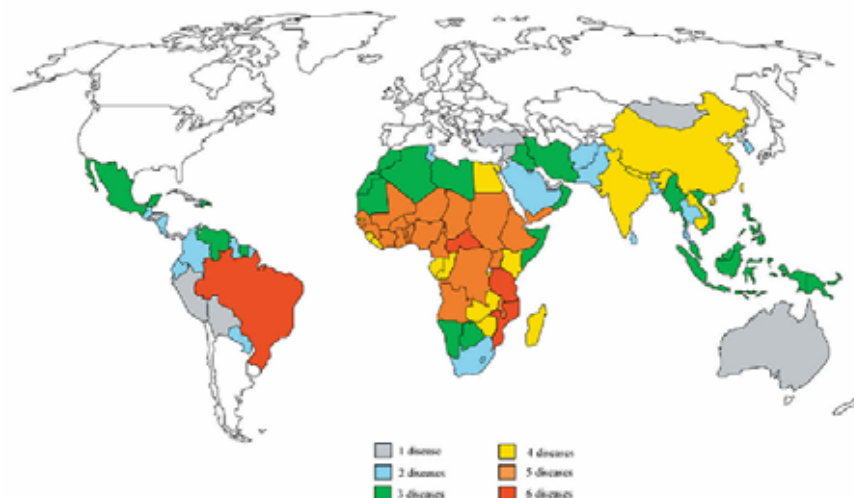
WHO の「Neglected Tropical Diseases, Hidden successes, Emerging opportunities」¹³によると、「顧みられない熱帯病」は、約 10 億人の人々が感染し、年間 50 万人が死亡していると言われ、主に熱帯地域や亜熱帯地域の貧しい人々に影響を与えている疾病である。発展途上国や熱帯地域の中には少なくとも 5 つ以上の顧みられない熱帯病の影響を受けている地域もある。図 1 が示す通り、このような厳しい現実に直面している国や地域の多くは、アフリカに集中している。また「顧みられない熱帯病」の存在が確認されている 70% 以上の国と地域は、低所得・低中所得の経済規模である。こういった国々では、先進国と比べると、水質汚濁や下水設備の不備などによる公衆衛生の問題、公共医療施設の不足、栄養不良などの社会を維持するのに必要とされる基本的諸問題があり、「顧みられない熱帯病」を蔓延させる深刻な原因となっている。世界中で 5 人に 1 人 (約 12 億以上) が 1 日 1 ドル未満で生活しているといわれている¹⁴。「顧みられない熱帯病」が流行してしるサハラ以南アフリカにおいては、人口の約 47% が 1 日 1 ドル未満で生活を送っている。(表 1 参照) このような地域においては、医療以前の問題を抱えているため、効果的な対策を施すことさえ困難である。

¹² Kingsley Asiedu and Samuel Etuaful, "Socioeconomic Implications of Buruli Ulcer in Ghana: A Three-Year Review," *The American Society of Tropical Medicine and Hygiene* Vol. 59(6) (1998): 1015-1022 には、ブルーリ潰瘍の社会経済的問題を指摘した早期の報告がなされている。

¹³ World Health Organization "Neglected Tropical Diseases, Hidden successes, Emerging opportunities" 2006 p . p3

¹⁴ 外務省経済協力局編 「Millennium Development Goals : MDGs」(外務省経済協力局、2005 年) p9

図 1：顧みられない熱帯病の分布図 及び 複数の疾病の影響



図下記にある凡例の数字は、各国が抱えている「顧みられない熱帯病」の数
を表わし、「2 diseases」とは 2 つの病の存在を表していることを示してい
る。

< 典拠 >

David H. Molyneux, Peter J. Hotez, Alan Fenwick “Rapid-Impact
Interventions:How a Policy of Integrated Control for Africa’s Neglected
Tropical Diseases Could Benefit the Poor” Volume2 Isse11 2005
p1065(e336)

表 1：1 日 1 ドル未満で生活する人の各地域の割合

地域	割合 (%)		人数 (100 万人)	
	1990	1999	1990	1999
サハラ以南アフリカ	47.7	46.7	242	300
東アジア・太平洋諸国	27.6	14.2	452	260
中国を除く	18.5	7.9	92	46
南アジア	44.0	36.9	495	490
ラテンアメリカ・カリ ブ諸国	16.8	15.1	74	77
東欧・中央アジア	1.6	3.6	7	17
中東・北アフリカ	2.4	2.3	6	7
合計	29.0	22.7	1276	1151
中国を除く	28.1	24.5	916	936

< 典拠 > United Nations Development Programme “Human Development Report
2002” Oxford University Press, 2002 p18

「顧みられない熱帯病」による影響は、患者の通常生活手段から社会的活動の障がいにな
り及んでいる。それは治療の遅れから生涯にわたる身体的な苦痛や、病気の症状として現
れる身体の奇形などから社会的差別や偏見を生み、病気に対する無知から生まれると言
え、人々の恐怖心を煽ることにもなっている。その結果、これらの病気が精霊信仰などと

結びつき、その存在は隠され、十分な記録や記載が公にならず、黙殺された状態であることが多い。2000年の神戸国際大学主催で開催された日本初のブルーリ潰瘍に関するシンポジウムでは、西・中央アフリカの各国駐日大使でさえも自国での病を認識していなかった。こうしたことを思えば、感染地域での対応不足も深刻であったと判断せざるを得ない。

例えばハンセン病は、聖書に登場する¹⁵ほど古来より存在している。約1万年前には存在していたといわれる。約3000年前には中国で、約2000年前には古代エジプトの首都アレクサンドリアで流行している¹⁶。ハンセン病患者は、古来より差別の対象であった。宮坂道夫氏の研究によると、

（患者と目される人々は）ハンセン病と判断されると、教会の前庭においてその旨が告げられる。そして、黒いヴェールに覆われ、床石に寝かされ、何度か土がかけられる。また別の習慣では、十字架を先頭に司祭に導かれるハンセン病患者の葬列が行われ、司祭はハンセン病患者を墓穴に入れて擬似的な埋葬が行われる。こうして市外へと追放され、地域によっては、市内に入って、物乞いが認められた。しかし、市民に触えることは禁じられ、人目を引く特別な格好や、木片などの音の出る道具により、ハンセン病患者であることを知らせていた。¹⁷

このような差別はハンセン病患者だけでなく、家族などもその対象となり、患者は本人の意思に関わらず強制的な隔離が行われた。このように長い間、人として認められないような人権侵害や迫害を受け、歴史的・社会的に人々の間で黙殺されてきたのである。

また、「顧みられない熱帯病」は各国の保健制度や政治家によっても、認識・認知されない傾向にある。なぜならば、熱帯病に苦しめられている人々は、多くの場合、政治的発言権をもたず、社会の周辺に追いやられた人々だからである。先にも述べたように、これらの熱帯病は頻繁に激痛や生涯にわたる身体的障がいをもたらす原因となるが、治療法が確立されているもの場合は、通常は死をもたらすものではない。そのために、資源が限られた状態の下では、HIV/エイズまたは結核といった死亡率のより高い病気が優先されることが多いのである。

「顧みられない熱帯病」に関わる薬品・医療器具の経済市場自体が成立していないために、

¹⁵ 旧約聖書においては、ヘブライ語で「ツァーアアト (Tzaraath)」という語句が見受けられるが、宗教的・祭儀的に汚れたものとみなされる皮膚疾患の総称であり、ハンセン病を指すものではないと考えられている。一方で、新約聖書に登場するギリシャ語の「レプラ (Repra)」は、ハンセン病含む可能性があるとしてされている。ハンセン病は、マイコバクテリウム・レプラエ (Mycobacterium leprae) という細菌により引き起こされ、レプラという言葉で表わされているため、関連があるのであろう。そのため、本論においては聖書においてハンセン病が登場してきたものと見なす。

滝澤武人「イエスとハンセン病」 沖浦和光・徳永進編『ハンセン病 - 排除・差別・隔離の歴史』(岩波書店、2001年) p117

¹⁶ 宮坂道夫『ハンセン病 重監房の記録』(集英社、2006年) p44

¹⁷ 同上 pp.63-64

ジャック・リュフィエ、ジャン=シャルル・スールニア(仲澤紀雄訳)『ペストからエイズまで - 人間史における疫病 -』(国文社、1988年) pp.166-167

新しい医療薬や診察機器の開発には多くの場合、不十分な財源しか与えられてこなかった。2000年のIMS Health社の統計によれば、世界の医療品市場の販売総額は3370億ドルで、その内訳は、北アメリカ39%、ヨーロッパ27%、日本16%、ラテンアメリカ7%、その他11%となっている。その他11%の多くはオーストラリア、東南アジア、中東などであり、「顧みられない熱帯病」が多く存在しているアフリカはじつに1.3%に過ぎない。¹⁸また、1995年に発表された研究論文95,417編をみていくと、熱帯病に関する論文は182編に過ぎない¹⁹。1975年から1999年までにかけて開発された新薬は1,393種類であるが、そのうち、熱帯病に関する治療薬は1%以下にとどまる²⁰。このことから、熱帯病に関する経済市場の成立が遅れ、研究が行われてこなかったことが分かる。しかしながら他方で、すでに治療法が確立されている「顧みられない熱帯病」は、安価で効果的な治療を受けることで、予防や排除、根絶することができるのである。表2から分かるように、オンコセルカ症、フィラリア病、蠕虫病、トラコーマ、住血吸虫病など、治療薬がある疾病は、1人あたり約0.40ドルの最小の費用で、1年単位で伝染病の大規模な減少を達成することができる。

表2：顧みられない熱帯病の治療の費用効果

Neglected tropical disease	Unit cost per treatment (US\$)
Onchocerciasis	0.10–0.20
Lymphatic filariasis	0.03–1.50
Soil-transmitted helminthiasis	0.02
Trachoma	0.30
Schistosomiasis	0.20–0.30
Vitamin A deficiency	0.02
Total estimated range of chemotherapy package of annual treatments for all above diseases	Circa \$0.40

< 典拠 > World Health Organization “Neglected Tropical Disease, Hidden successes, Emerging opportunities” 2006 p10

このように治療法が確立されていても、実際に現場レベルにおいて多くの人々が利用できるだけの設備や医療システム、またインフラの整備などが整っていないため、治療が進んでいない場合があるのが現状である。

このような状況に拍車を掛けるのが、地域の政治的不安定さがもたらす問題である。過

¹⁸ 長坂寿久「NGOとWTO（TRIPS）ルールの改正 - 必須医薬品入手キャンペーンとTRIPS協定の行方 -」『国際貿易と投資』国際貿易投資研 No.51 2003年 p102; Tileman-Dothias von Schoen-Angerer 「必須医薬品へのアクセス：グローバルな視点からみた感染症問題」『The Informed Prescriber（正しい治療と薬の情報）』医療品・治療研究会 第15巻11号 2000年 pp.117-118

¹⁹ 長坂寿久 前掲書 p102

²⁰ World Health Organization “Neglected Tropical Diseases, Hidden successes, Emerging opportunities” 2006 p3

去 10 年の間に、内乱によってそれまで積み重ねてきたインフラ整備や医療システム構築の努力が徒労と化すケースは、少なくはなかったのである。コートジボアール、ブルキナファソ、トーゴ、ベナンなどの西アフリカ諸国や中央アフリカのコンゴがその例であろう。クーデターや政権交代による内乱は、国政の機能停止のみならず、各国政府や NGO の支援活動を遅延させることにもなる。国庫は武器・弾薬などの購入に費やされ、国民生活の根幹となるインフラや医療への投資が軽視されるのである。また、国政の不安定さは、熟練の医療スタッフの国外流出を促す結果ともなり、国民医療の発展を遅延させる原因ともなっている。

以上が「顧みられない熱帯病」が共有する問題点である。社会的・歴史的な要素に加え、経済的・研究開発的な要因が複雑に絡むために、医療的アプローチのみからでは根本的解決が難しい。そこに医療中心アプローチから包括的なアプローチ、すなわち医療だけでなく、経済や教育といった多様な分野への支援へと移行した理由がある。

3. ミレニアム開発目標との関わり

WHO の報告書では、医療中心のものから包括的なアプローチへと移行した取り組みのひとつとして「ミレニアム開発目標(Millennium Development Goals)」²¹がある。この国連ミレニアム・サミットがこの時期に開催された背景には、世界的な死亡原因となっていた HIV/AIDS、マラリアそれに結核の蔓延がある。特に、HIV/AIDS の蔓延はもはや局地的な問題ではなく、グローバルな規模で人命を脅かす「健康安全保障 (Global health security)」の問題として捉えられるまでになっていたことは周知のことである。しかし、この会議で明らかにされた感染症は、上記の代表的なものばかりではなく、多くの風土病も蔓延地域で生活する人々に多大な負の影響を及ぼしている感染症で、これまで注目されてこなかったもの(Neglected Tropical Diseases)も含まれていたのである。これらの多くの疾病には、安価で効果的治療法が既に確立されているにも関わらず、病に冒された人々のほとんどが、医療制度の不備や貧困のために、治療を受けることができない。加えて、生活の質的低下、生産性の喪失、貧困の悪化、長期療養に掛かるコストの重荷が、個人、家族、あるいはコミュニティ全体に莫大な損失をもたらしていることも明白である。この経緯から感染症を局地的な現象として捉えても、問題の解決にはならず、HIV/AIDS や結核、あるいはハンセン病のような感染疾病を抑制(理想的には、根絶)し、コントロールするには、医療対策にとどまらず、包括的なアプローチは不可避なものとならなければならないようになったのである。

第 1 回ベルリン会議では、これらの「顧みられない熱帯病」に対する対策の強化が謳われ、顧みられないコミュニティや問題解決への包括的アプローチに焦点が移っていくこと

²¹ ミレニアム開発目標は、1990 年代に開催された様々な国際会議やサミットで採択された国際開発目標に加え、2000 年 9 月ニューヨークで開催された国連ミレニアム・サミットによって採択された国連ミレニアム宣言を統合したものであり、貧困、教育、ジェンダー、乳幼児の健康、妊産婦の健康、疾病蔓延予防、環境、グローバル・パートナーシップの推進の 8 つからなる目標を 2015 年までに達成しようとするものである。WHO は、疾病蔓延の予防は、貧困削減に貢献など、ミレニアム開発目標の 8 つのうち、7 つに対して効果があると述べている。

になったのである。WHO が発行した報告書は、たとえこれらの熱帯病が、グローバルな脅威ではなくなったとしても、その影響を受ける地域にとっては、重要な健康問題であるとの認識を確認している。²²

次章では、そのなかでも、ブルーリ潰瘍問題に焦点を当てて考察する。

ブルーリ潰瘍問題の現状

1. 顧みられない熱帯病のなかのブルーリ潰瘍問題

「顧みられない熱帯病」の中にはハンセン病などのように人々に周知され、国際的な対策によって解決しつつある疾病もある。その一方で、ここで取り上げるブルーリ潰瘍のように、認知度も低く、感染源・経路、治療薬など様々な面で解明されていないものが多い。前述した 14 の「顧みられない熱帯病」のうちブルーリ潰瘍、ギニア虫病以外の疾病については、ワクチン、特効薬、その他の治療薬で改善できる。(表 3 参照)

表 3：顧みられない熱帯病の感染源・経路 及び 治療薬の現状

	病原菌	感染経路	ワクチン	特効薬	その他の治療薬
ブルーリ潰瘍		×	×	×	×
リーシュマニア症			×		-
シャガス病			×		-
ハンセン病			×		-
コレラ				-	-
フィラリア病			×		-
デング熱			×	×	
オンコセルカ症			×		-
ギニア虫病			×	×	×
住血吸虫病			×		-
トレポネーマ症				-	-
蠕虫病			×		
トラコーマ			×		-
トリパノソーマ病			×		-

症状によって、特効薬か他の治療法なのかは異なる。

WHO が提供している情報より作成 (<http://www.who.int/en/>)

ギニア虫病に関しては、簡単な外科治療で治癒することができることと、若干の水質改善で予防可能なことが分ってからは、ここ数年の新発患者数はごくわずかであることが報告されている²³。その反面、ブルーリ潰瘍の置かれている状況は、病原菌は特定されている

²² World Health Organization “Strategic and technical meeting on intensified control of neglected tropical diseases: A renewed effort to combat entrenched communicable diseases of the poor” A report of an international workshop 2006 p

²³ CDC(Centers for Disease Control and Prevention) “Progress Toward Global Eradication of Dracunculiasis, January 2004-July 2005” MMWR(Morbidity and Mortality Weekly Report) Volume54 Issue42 2004 pp.1075-1077

ものの治療薬が現段階では開発されていないため厳しく、顧みられない熱帯病のなかでも、取り組み・対策が難しい例といえるだろう。

また、WHO もブルーリ潰瘍を「結核やハンセン病に続く深刻な感染症となる恐れがある」と指摘している。今後更なる拡大を招く可能性のある感染症であるブルーリ潰瘍を取り上げることで、拡大しつつある感染症への対策の現状とそれを取り巻く経済的や社会的な現状も見えてくるものと考えらる。

次項ではブルーリ潰瘍がどのように顧みられなかったのか、また現状について明らかにしていく。

2 . ブルーリ潰瘍の歴史と医学的現状

WHO の「FACT SHEET : BURULI ULCER DISEASE (*Mycobacterium ulcerans* infecation)」や「Buruli ulcer, *Mycobacterium ulcerans* infection」、 「Buruli ulcer- Diagnosis of *Mycobacterium ulcerans* disease」、 「Buruli ulcer- Management of *Mycobacterium ulcerans* disease」²⁴によると、ブルーリ潰瘍は 1897 年、Kampala (ウガンダ) の Mengo 病院で働いている英国の医者によって、ブルーリ潰瘍と一致した皮膚潰瘍が報告された。また、1948 年には、オーストラリアでも同様の潰瘍が MacCallum 氏らによって報告された。1960 年代に、多くの症例がウガンダの Buruli 郡 (現在、Nakasongola 地区と呼ばれる) で確認されたことから、Buruli Ulcer (ブルーリ潰瘍) と呼ばれるようになった。1980 年以降、特に西アフリカ地域で流行し、南米や南太平洋諸島などでも確認され、現在では図 2 のように西アフリカや東南アジアなどの熱帯・亜熱帯地域を含む 32 の国と地域から報告されている。コートジボアールでは、1978 年から 2006 年にかけて約 24,000 の症例が記録され、ベニンでは 1989 年から 2006 年の間に約 7,000 件、ガーナでは 1993 年以降約 11,000 件の症例が確認された。また、近年増加している地域としてカメルーン、コンゴ、ガボン、スーダン、トーゴ、ウガンダなど挙げられる。しかし、一般大衆ばかりでなく、公衆衛生従事者の間でも病気についての十分な知識が無いために、他の皮膚病と誤診されることが多い。加えて経済や文化、宗教的な背景から適切な治療を受けることができないなどの理由から、各国の患者総数やブルーリ潰瘍の分布に関して正確なデータ・情報を得ることは難しい現状である。また、日本やオーストラリアなどの先進国においても症例が報告されていることから、全世界に拡大するのではないかと危惧されているのである。

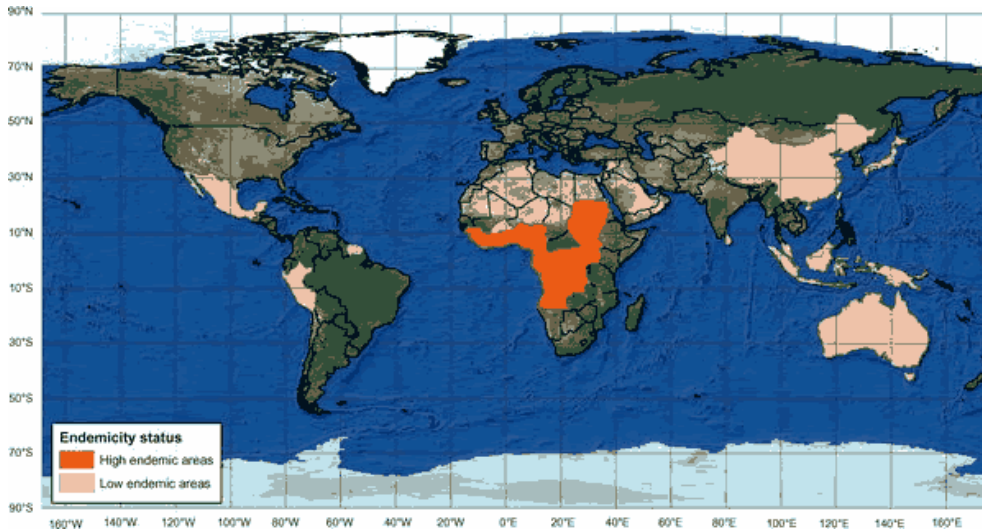
²⁴ World Health Organization “FACT SHEET : BURULI ULCER DISEASE(*Mycobacterium ulcerans* infecation)” 2007

World Health Organization/Global Buruli Ulcer Initiative “Buruli ulcer, *Mycobacterium ulcerans* infection” 2000

World Health Organization “Buruli ulcer - Diagnosis of *Mycobacterium ulcerans* disease” 2001

World Health Organization “Buruli ulcer - Management of *Mycobacterium ulcerans* disease” 2001

図 2：ブルーリ潰瘍の分布図



< 典拠 > 「World Health Organization」 <http://www.who.int/buruli/en/> 2007年4月22日 閲覧・取得

発病の原因となる病原菌がマイコバクテリウム・アルセランス (*Mycobacterium Ulcerans*) であることはすでに解明されている。しかし、感染源や感染経路に関しては、水生昆虫や蚊などによるものではないと言われていたものの、その現状は未だ研究段階にあり、完全には解明されてない。

確立された治療方法としては、患部の切除や切断などの外科的治療が現段階においては有効である。その治療に関する判断は、症状に応じて決まる。ブルーリ潰瘍の症状は大きく3段階に区分することが出来る。第1に図3の「Papule (丘疹)」の段階では、無痛で肥大した皮膚障害 (直径 1cm 未満) と定義される。周囲の皮膚は、赤くなる状態で、この段階の治療は外科手術で侵された部位を切除する方法が採られている。この形状は、オーストラリアで一般に見られる。第2に図4の「Nodule または Plaque (初期または中期潰瘍)」の段階では、直径約 1~2cm の皮膚から皮下組織に広がる傷害で、無痛 (かゆみを伴う場合もある) である。周囲の皮膚は隣接した部分と比較して変色している。治療法は、Papule のケースと同じく患部の切除であり、近年では、実験的に行われているリファンブシン等の抗生物質の研究が進み、患部を小さくしてから切除も行われている。この形状は、アフリカで一般に見られる。第3の図5の「Oedematous form (後期潰瘍・浮腫)」の段階では、広範囲に広がった症状は、堅く・無痛で、手足の一部または体全体に現れる。変色部分は拡大し、発熱を伴っているケースもある。治療法は、この段階まで進むと切断を余儀なくされることが多く、最悪の場合、命を落とす場合もある。これにより多くの患者は後遺症に悩まされ、就学・社会復帰を困難なものにしている。以上がブルーリ潰瘍の歴史や流行、治療方法などの現状である。次に顧みられなかった理由を具体的な数値などをもとに考察しておきたい。

図 3 : Papule (丘疹)



< 典拠 >
 「World Health Organization」
<http://www.who.int/buruli/photos/nulcerative/en/index.html> 2008 年
 1月16日 閲覧・取得
 撮影者：Dr J. Hayman, Australia

図 4 : Nodule または Plaque
(初期または中期潰瘍)



< 典拠 >
 「World Health Organization」
<http://www.who.int/buruli/photos/nulcerative/en/index.html> 2008 年
 1月16日 閲覧・取得
 撮影者：Dr A. Paintsil, Ghana

図 5 : Oedematous form
(後期潰瘍・浮腫)



2006 年 3 月 11 日 ガーナ共和国に
 て筆者撮影

他の熱帯病に見られるように、ブルーリ潰瘍の場合も習慣や社会・経済的などの影響により健康を害しているケースが多い。現在(2008年1月)ブルーリ潰瘍に対する治療法で最も効果的なものは、外科的治療法による患部の切除や切断しかない。しかし、これは患者に高い費用を強いることになる。手術の場合では、2001年から2003年のガーナにおいて、初期症状(切除)の治療に76.20ドル(年収の16%)に対して、切断を受けた患者では428ドル(年収の89%)までその負担は増加する。また、実験的な段階にとどまっている抗生物質の投与に関しては、飲み薬としての投薬ではなく、患部へ直接注射する形で投与されるため、皮膚のただれなどが起こる。また、8週間の入院費や投与しても完治するのではなく、潰瘍を小さくさせるものであるため、小さくなってからの切除・除去の治療費が必要なことなどから、経済的には高負担を患者及びその家族にもたらすことには変わらない。

外科的治療法の高い費用に加えて、手術の結果として残る傷跡や切断による身体障がい、周囲の人々へ恐怖をうつつけることとなる。その影響は差別などを招き、患者家族は病状を隠し、処置避ける傾向がある。そのため、早期発見が遅れ、重症となるケースが多く存在している。また、宗教や地域の伝統を重視し、医療の機会を奪われていることもある。感染地域に存在する保健医療施設が数少ないということの影響は甚大であり、長期入院(3ヵ月以上)は、患者の治療に加え、家族の介護者への負担を強いることになる。例えば、アフリカの多くの地域では、病院施設から食事が支給されることがないため、家族(多くは母親)が食事を作らなければならない。そのため、遠隔地に居住する介護者は、患者の付き添いとして一時的な移住を余儀なくされ、家族への負担を倍増しているのである。さらに、ブルーリ潰瘍を発病する約7割が15歳以下の子どもたち²⁵であり、子どもたちの教

²⁵ 「日本財団」http://www.nippon-foundation.or.jp/inter/topics_dtl/2001471/20014711.html 2007年10月23日 閲覧・取得

育機会を奪うこととなる。そして、地域の重要な担い手である子どもたちへの発病は、労働力の不足や経済活動の低下を招く。

治療薬の開発は研究段階であり、治療薬研究が推し進められるようになったのは、1998年以降である。また、現場レベルでは、治療・入院費や食事等の世話は家族に負担をかけ、医療保険制度や支援システムの不十分さから、何の支援も行われてこなかった。病気の症状として現れる身体の奇形や患部の切断などは、差別を生み、人々はそれを恐れるため、実際にブルーリ潰瘍が蔓延している地域でも隠されてきたのである。

結論

「顧みられない熱帯病 (Neglected Tropical Diseases)」は、熱帯・亜熱帯地域の開発途上の国々において、多大な影響を与え、その存在が確認されているにも関わらず、社会的、歴史的、経済的、研究開発的、政治的な理由から、顧みられてこなかった。このような問題に対して、焦点が当てられるようになった要因には、グローバル化による世界規模の交流や、熱帯地域の感染症が拡大していったことで、地球規模の問題として捉えられるようになったからである。

こうした「顧みられない熱帯病」の問題は、従来の医療的アプローチだけでは根本的な解決が難しい。そこで、近年重要なアプローチ方法として認識されつつあるのが、包括的アプローチ、すなわち医療だけでなく、経済や教育といった関連分野へ、連携して支援を実施していくことである。保健分野において、医療中心のものから包括的なアプローチへと移行は、2000年にミレニアム宣言が採択され、「ミレニアム開発目標 (Millennium Development Goals)」が世界共通の枠組みとして確立される過程において構築された。そして、「顧みられない熱帯病」の問題提起は、包括的な分野への取り組みが重要であるということ認識させたのである。

WHOが指定している14の「顧みられない熱帯病」のなかでも、本論で「ブルーリ潰瘍 (Buruli ulcer)」取り上げた理由は、病原菌や感染経路の解明、ワクチン、特効薬、その他の治療薬の有無の現状から検討し、治療薬や感染経路、対策が確立されていない、最も困難な状況であるためである。

「ブルーリ潰瘍」は、西アフリカや東南アジアなどの熱帯・亜熱帯地域を含む32の国と地域から報告されている。しかし、確認された国や地域での罹患者総数は不明であり、数万人とも数十万人とも言われている。発見を困難にさせている原因として、経済的・宗教的な理由で医療にかかれないことや、医師の知識不足からブルーリ患者と特定できないこと、インフラの不整備から医療施設を利用できないなど多くの問題が点在している。また、医療にかかれても、治療後には肉体的な痛みや、差別・偏見などの精神的な痛み、また治療費の支払いが行えないなど、多くの困難が待ち構えている。こういった問題に取り組んでいかなければ、本当の対策、支援とは言えないだろう。

このような「顧みられない熱帯病」や「ブルーリ潰瘍」問題は、潜在的な人類全体への脅威であり、今後更なるグローバル化の加速などにより、感染症が拡大する可能性が高い。とくに、ブルーリ潰瘍のような治療薬・対策の確立していない疾病に関しては、医療分野だけでなく、社会・経済といった分野での支援が必要不可欠である。このブルーリ潰瘍対策のモデルは、類似した他の疾病への対策へも大いに貢献できる。実際に、支援モデルに関しては、本論では述べてこなかったが、この問題を検証していくことは他の疾病にとっても、我々人類にとっても重要なことである。

<参考文献>

[書籍]

- ・秋山孝允「近年の国際援助動向と日本へのインパクト」秋山孝允・笹岡雄一編『日本の開発援助の新しい展望を求めて』国際開発高等教育機構 2006年
- ・黒田かをり「国際開発 NGO の役割」今田克司・原田勝広編『[連続講義] 国際協力 NGO - 市民社会に支えられる NGO への構想』日本評論社 2004年
- ・高千穂安長「グローバル化下の国際協力」好皓一・高千穂安長編『国際協力の最前線 - グローバル・ホットイシュー』玉川大学出版部 2001年
- ・滝澤武人「イエスとハンセン病」沖浦和光・徳永進編『ハンセン病 - 排除・差別・隔離の歴史』岩波書店 2001年
- ・藤田紘一郎『謎の感染症が人類を襲う』PHP 研究所 2001年
- ・宮坂道夫『ハンセン病 重監房の記録』集英社 2006年
- ・山内一也『キラーウイルス感染症』双葉社 2001年
- ・C. レヴィ=ストロース(川田順造・渡辺公三訳)『レヴィ=ストロース講義 - 現代世界と人類学 - 』平凡社 2005年
- ・ジャック・リュフィエ、ジャン=シャルル・スールニア(仲澤紀雄訳)『ペストからエイズまで - 人間史における疫病 - 』国文社 1988年

[論文・雑誌論文]

- ・長坂寿久「NGO と WTO(TRIPS)ルールの改正 - 必須医薬品入手キャンペーンと TRIPS 協定の行方 - 」『国際貿易と投資』国際貿易投資研究所 No.51 2003
- ・Tileman-Dothias von Schoen-Angerer 「必須医療品へのアクセス：グローバルな視点からみた感染症問題」『The Informed Prescriber (正しい治療と薬の情報)』医療品・治療研究会 第 15 卷 11 号 2000年

[報告書]

- ・外務省経済協力局編「Millennium Development Goals : MDGs」外務省経済協力局 2005年

[新聞]

- ・「熱帯ウイルス、日本に侵入」『読売新聞』2006年1月27日付朝刊 13面
- ・渡辺翔太郎「害虫モゾモゾご用心 - 外国から侵入。春、あちこちに」『朝日新聞』2006年4月21日付朝刊 25面

[WHO 関連]

- ・World Health Organization/Global Buruli Ulcer Initiative “Buruli ulcer, Mycobacteri-

- um ulcerans infection” 2000
- World Health Organization “Buruli ulcer - Diagnosis of Mycobacterium ulcerans disease” 2001
- World Health Organization “Buruli ulcer - Management of Mycobacterium ulcerans disease” 2001
- World Health Organization “Strategic and technical meeting on intensified control of neglected tropical diseases: A renewed effort to combat entrenched communicable diseases of the poor” A report of an international workshop 2006
- World Health Organization “Neglected Tropical Diseases, Hidden successes, Emerging opportunities” 2006
- World Health Organization “FACT SHEET : BURULI ULCER DISEASE(Mycobacterium ulcerans infection)” 2007

[英文文献]

- CDC(Centers for Disease Control and Prevention) “Progress Toward Global Eradication of Dracunculiasis, January 2004-July 2005” MMWR(Morbidity and Mortality Weekly Report) Volume54 Issue42 2004
- David H.Molyneux, Peter J.Hotez, Alan Fenwick ““Rapid-Impact Interventions”:How a Policy of Integrated Control for Africa’s Neglected Tropical Diseases Could Benefit the Poor” Volume2 Issue11 2005
- Kingsley Asiedu and Samuel Etuafl, “Socioeconomic Implications of Buruli Ulcer in Ghana: A Three-Year Review,” *American Journal of Medicine and Hygiene*, 56 (6) 1998
- United Nations Development Programme “Human Development Report 2002” Oxford University Press, 2002

<参考 Web サイト>

- 「温暖化で北上する熱帯伝染病の恐怖」
<http://webnews.asahi.co.jp/you/special/2007/t20070919.html>
- 「日本財団」
http://www.nippon-foundation.or.jp/inter/topics_dtl/2001471/20014711.html
- 「World Health Organization」
<http://www.who.int/en/>
<http://www.who.int/buruli/en/>
http://www.who.int/buruli/yamoussoukro_declaration/en/index.html
<http://www.who.int/buruli/photos/nonulcerative/en/index.html>