

ビケンワクチンニュース

【インタビュー特別号】



感染症は忘れたころに・・・ 昭和52年有田コレラ禍から学ぶこと

【(財)阪大微生物病研究会検査部長 小寺健一先生 インタビュー最終回(全5回)】

前回までのあらすじと今回のテーマ

昭和52年(1977年)6月、和歌山県有田市で国内では昭和21年以来となるコレラの流行が発生しました。大阪から現地入りされた小寺健一先生は、膨大な数の検便、環境の検体などの検査を不眠不休で実施されました。最終回では、パニック状態の中で細菌学的検査が果たした役割と、ご経験から得られた教訓についてお伺いします。

Q10 現地ではさまざまなパニックや風評被害からの経済被害といった側面的な被害も見られたそうですね。

小寺先生:

例えば農産物や魚介類が、市場での荷受を拒否されてしまう事態となりました。また当初は患者さんや保菌者の方の実名が報道されてしまったり、間違った報道で村八分的な処遇を受けた例もありました。当時、コレラに対する県民の知識は「死にいたる恐ろしい感染症」というだけでした。患者さんや保菌者、そして家族の方々にとってこうした報道は一層不安感をもつきっかけとなり、大きなショックとなってしまいます。また不安感を煽れば、疑わしい症状を隠してしまう事態ともなります。流行地において大切なことは患者さんやその家族を避けることで不安を解消することではなく、一日も早い回復のために励まし、正しい知識を持つことで排除のその日まで感染症に向き合うことだと思います。



和歌山県庁に設けられた記者発表室
入り口には消毒用の洗面器が見える

Q11 そういった不安を取り除くために細菌学的検査において取組まれたことはありますか？

小寺先生:

はじめは魚介類も感染源のひとつとして疑われました。なぜならコレラ菌は海水中でも生きており、しばしば魚介類の汚染を引き起こすからです。漁師の人たちが、漁で使う手鉤を持って私たちの所へやってきて、なんとかして欲しいと騒いでいました。その迫りに圧倒されそうでしたが、彼らにとっては死活問題なのです。私もなんとかしてあげたいと思い、即座に私の責任で水揚げされた魚介類すべての検査を承諾しました。次の日から鯛やあさり、うなぎにいたるまでコレラ菌の検出を毎日試みしました。その結果コレラ菌は全く検出されませんでした。この結果を受けて6月25日に魚介類の安全宣言が県から発表されたと同時に感染源としての否定にもつながりました。コレラ菌は熱にも弱く、食物も飲料水も加熱すれば安全です。検査担当者も、検査後の魚を焼いて食べることもありました。しっかりとした検査を行うこと、そして正確な知識はパニックを収めるための有効な手段の一つです。



コレラ菌検査のため金槌で貝を割って内容物を取り出す



←検査後の魚を昼食に

Q12 最後に、細菌学的検査の陣頭指揮を執られたご経験から、今後私たちが感染症の流行を受けた場合に活かせることはどんなことであるとお考えでしょうか？

小寺先生: 感染症が広がりを見せつつある地区においては、流行地の関係者だけでなく、第3者的な視点をもった人物を対策にあたらせることです。流行地においては自分たちの家族やふるさとの感染の流行を受けた不安感や焦りからどうしてもパニック状態となってしまう、的確な判断を欠いてしまうこともあります。そこで外部から冷静な、広い視野を持った人物が必要なのです。これはコレラだけでなく、どのような感染症が流行した場合においても重要だと思っています。



日比WHO研究室(マニラ)にて調査研究時の小寺健一先生



貴重なお話をありがとうございました。*写真:小寺健一先生提供(編集:畑、橋本)

企画編集 : 財団法人阪大微生物病研究会 (<http://www.biken.or.jp>)
特別号担当 : 藤田、福田、橋本、畑
発行 : 財団法人阪大微生物病研究会 / 田辺三菱製薬株式会社
発行年月 : 2008年8月



▲上記本文中のホームページの内容に関するお問い合わせは、お受けしておりません。

BI-S07720808B03

コレラとは？（４）

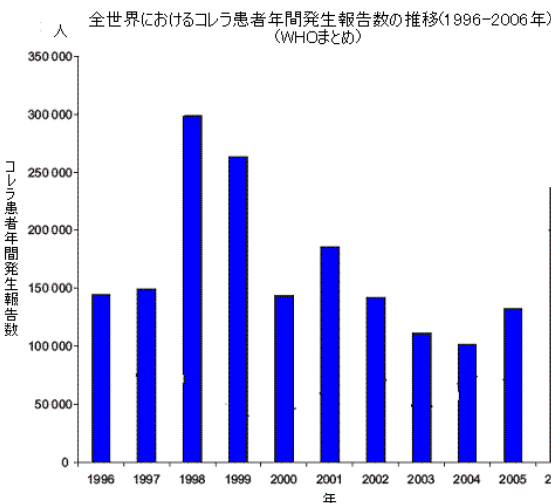
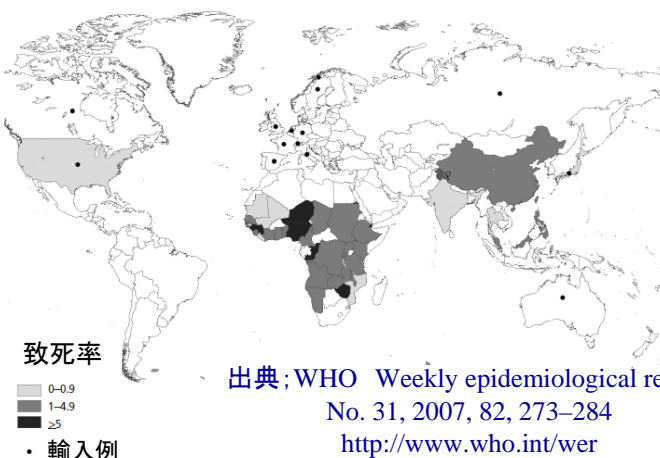
世界での流行状況 2006

2006年の世界保健機関(WHO)の統計によれば、年間、**52ヶ国から236,896人**のコレラ患者発生報告がありました。2005年と比較すると、79%の増加でした。下のグラフのように、1996-2006年の11年間では、1998年、1999年に次ぐ3番目の発生の多さです。**アフリカ(234,349人：全体の98.92%)**、アジア(2,472人：全体の1.04%)からのコレラ患者発生報告が多くなっています。2005年に比較すると、アジアからのコレラ患者発生報告は減少しましたが、アフリカからのコレラ患者発生報告は流行の多発により87%増加し、世界全体の99%を占めています。アフリカでは、アンゴラ(67,257人)、エチオピア(54,070人)、スーダン(30,662人)、コンゴ民主共和国(20,642人)、タンザニア(14,297人)からの報告が多く、この5か国でアフリカ全体の85.9%を占めます。アジアでは、インド(1,939人)、マレーシア(237人)、中国(161人)、フィリピン(66人)、タイ(35人)からの報告が多くなっています。総計236,896人のコレラ患者の内、6,311人が死亡しています。2005年に比較すると、コレラ患者の死亡者数は約3倍に増加し、**致死率も1.72%から2.66%に上昇しています。**

文、グラフ・・・出典：横浜市衛生研究所

<http://www.city.yokohama.jp/me/kenkou/eiken/index.html>
「コレラについて」より一部引用、一部改変

コレラ患者発生国(2006年報告より)



国内での流行状況 2007(2008年5月17日現在)

過去の年間報告数は1999年(4月～)39例、2000年58例、2001年50例、2002年51例、2003年24例、2004年86例、2005年56例、2006年45例であり、毎年平均すると50例前後の報告でしたが、2007年は13例と著減しました。2007年の13例の報告では、疑似症が1例(1～3月の診断分)あり、無症状病原体保有者はいませんでした。疑似症を除く12例では、推定感染地域別では国内が4例、国外が8例でした。死亡の報告はありませんでした。国内を推定感染地域とする4例の感染した都道府県(推定又は確定として報告されたもの)は、青森県、福島県、栃木県、東京都が各1例で、報告の限りでは、疫学的関連性があると考えられる記載はなく、すべて散発例と考えられました。季節性については、従来国内での感染は7～9月に集中する傾向が認められていましたが、最近では明らかな季節性はなくなっていると考えられており、2007年の4例の発症月別も、1月、7月、8月、12月が各1例でした。コレラ菌の型はすべてO1小川型で、生物型は、エルトル型2例、不明2例でした。国外を推定感染地域とする8例の推定感染国(および発症月)別は、インド4例(4月2例、5月1例、6月1例)、フィリピン1例(5月)、タイ1例(10月)、パキスタン1例(5月)、米国1例(9月)でした。8例のコレラ菌の型は、O1小川型3例(感染国は、インド、タイ、フィリピン各1例)、稲葉型5例(インド3例、パキスタン1例、米国1例)でした。生物型は、エルトル型6例、不明2例でした。

出典：感染症情報センター<http://idsc.nih.gov.jp/index-j.html> 感染症週報 IDWR 2008年28週号より一部引用

編集後記



日本では戦後、ワクチンの普及や医療の進歩、そして衛生状態の改善によって腸管感染症をはじめとする感染症による患者や死者が激減しました。しかしながら、現在でも世界にはコレラのような感染症が脅威となる国が多数存在します。世界中の人々や物資が短期間に移動することが可能となった今、感染症の国境の壁はさらに低くなっており、日本においても結核などの再興感染症や、新型インフルエンザの流行が危惧されています。

今回、流行地における細菌学的検査の詳細を小寺先生からお伺いし、

将来これらの感染症の流行が国内で発生した時、具体的にどんな事が課題となり、またどう解決すべきなのか、そのヒントがこの有田コレラ禍を体験された方々の経験にこそあると感じました。当時被害に遭われた方々の苦悩が繰り返されることのないよう、こうした経験が後世に受け継がれ見直されればと思います。この度は、多くの貴重な資料や写真とともに当時の貴重な体験談を提供いただきました小寺健一先生に心より御礼申し上げます。

(編集:畑、橋本)