

(3) 標榜科 計 科

(内訳)
------

(4) スタッフ数 医師 常勤 名 非常勤 名

3 貴院の感染症病棟について

(1) 感染症病棟に対応するスタッフ数

医師	専任	名、	併任	名
〔 (併任の場合のそれぞれの所属診療科) 〕				
看護師	専任	名、	併任	名

(2) 最近4年間（平成11年4月から平成14年末まで）の収容実績  
（感染症予防法（\*1）に基づく入院を挙げてください）

年	総患者数	疾患及び患者数（ ）
11 *2		コレラ（ ）、細菌性赤痢（ ）、腸チフス（ ） パラチフス（ ）、その他(病名・患者数)（ ）
12		コレラ（ ）、細菌性赤痢（ ）、腸チフス（ ） パラチフス（ ）、その他(病名・患者数)（ ）
13		コレラ（ ）、細菌性赤痢（ ）、腸チフス（ ） パラチフス（ ）、その他(病名・患者数)（ ）
14		コレラ（ ）、細菌性赤痢（ ）、腸チフス（ ） パラチフス（ ）、その他(病名・患者数)（ ）

\*1：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（平成10年法律第114号）

（以下本アンケートでは感染症予防法と略します。）

\*2：感染症予防法施行後（平成11年4月以降）の収容実績の記入をお願いします。

(3) 病棟勤務に当たっての定期的な感染症予防教育の実施（以下選択形式のものは「複数可」以外は該当するもの1つに○を付けてください。）

有 ・ 無

(4) (3) で実施している場合の頻度

1回/月 ・ 1回/半年 ・ 1回/年 ・ 1回/数年  
異動時 ・ その他（ ）

(5) 感染症病棟に患者を収容した場合の対応指針（診療時の対処、病室・医療廃棄物・汚物の消毒等）

有 ・ 無



作成予定有（作成目処 ） ・ 予定無

4 貴院において二類感染症以外で更に重篤な感染症（感染症予防法に定める一類感染症又は新感染症）が想定される患者を診察した場合の対応について

(1) 基本的な対応

他院へ移送 ・ 自院で対応

(2) (1) で他院へ移送する場合の移送先

有 ・ 無

移送先が決定している場合（有の場合）は医療機関名、決定していない場合（無の場合）においても、現時点で想定している医療機関があればその名称を下欄に記載してください。

--

(3) 移送方法（複数選択可）

自施設の救急車 ・ 消防署の救急車 ・ 自治体の公用車  
自治体の患者移送車 ・ 民間のタクシー ・ 患者家族の自家用車  
その他（                      ） ・ 未定

5 現行の貴院の感染症病棟における感染症対応に当たっての問題点  
（自由意見）

6 その他感染症対応に関する問題点等（自由意見）

## 別添 4

### 地理情報システム (Geographic Information System, GIS) の感染症対策への活用について

健康と疾病の因果関係を考察する際には、生物学的要因と社会的要因とを考慮することが肝要である。特に、感染症とその病因を追求する際に地理的要因との関係を把握することは、疫学調査の基本である。歴史的には19世紀に医師ジョン・スノーがロンドンでのコレラ流行の際、特定の井戸の周囲に患者が発生している状況を地図に図示して感染源を特定し、その使用禁止により流行を収束させる原動力となった。

近年、患者情報と、地理的・空間的な情報の統合という手法をコンピューターで処理する地理情報システム (Geographic Information System, GIS) が開発され、疾病因子に関する多面的分析が容易に行える状況となった。

具体的には、感染症の疫学調査において、データベース化した患者情報を、GIS ソフトウェアを用いてデジタル地図上に図示し、人口、交通等の社会条件を加えて、因果関係や感染症の伝播状況を明らかにし、ひいては感染症の発症予測シミュレーションも可能となる。実際上は的確な薬剤配置、回避的措置を講じることで、予防につながる。また、GIS による空間的表示・解析資料は、新種の重篤な感染症発生時に際しての感染症予防・制御策定の危機管理の一端としての有用活用が期待できる。GIS の運用上の問題点として、患者の病名や住所情報は不可欠な情報であるが、一方で患者のプライバシー保護と機密保持は重要となる。

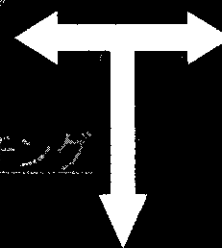
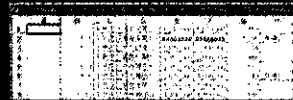
GIS による疾病情報等の空間的可視化は数字的提示より理解しやすく、しかも関係者相互の議論内容を飛躍的に向上させ、仮説を構築しながらの解析作業や、その後の計画策定が容易となる。WHO (世界保健機関) も本システム活用の重要性を広く訴えており、本邦では感染症に対する本格的な応用例はないため、今後の展開が期待されている。

# GIS (Geographic Information System)

地理情報システム (Geographic Information System: GIS) は、患者情報に地理的・空間的な情報を統合し、疾病因子に関する多面的分析を行うコンピュータ・マッピング・システムである。

デジタル地図

データベース (患者情報:  
例.住所, 年齢, 性, 病原体)



アドレス・マッチング

解析

## GIS ソフト

The screenshot shows a GIS software interface. On the left is a control panel with various map tools. The main window displays a map with numerous black dots representing data points. A text box overlaid on the map reads: "エクセルなどのデータベース・ソフトで患者情報入力 → アドレスマッチングで地図上の位置データに変換". Above the map, a data table is visible with columns for patient information.

患者ID	Dr. Sato	4	19	Dr. Sato	4	19
1	Dr. Sato	4	19	Dr. Sato	4	19
2	Dr. Sato	5	18	Dr. Sato	5	18
3	Dr. Sato	6	17	Dr. Sato	6	17
4	Dr. Sato	7	16	Dr. Sato	7	16
5	Dr. Sato	8	15	Dr. Sato	8	15
6	Dr. Sato	9	14	Dr. Sato	9	14
7	Dr. Sato	10	13	Dr. Sato	10	13
8	Dr. Sato	11	12	Dr. Sato	11	12
9	Dr. Sato	12	11	Dr. Sato	12	11
10	Dr. Sato	13	10	Dr. Sato	13	10
11	Dr. Sato	14	9	Dr. Sato	14	9
12	Dr. Sato	15	8	Dr. Sato	15	8
13	Dr. Sato	16	7	Dr. Sato	16	7
14	Dr. Sato	17	6	Dr. Sato	17	6
15	Dr. Sato	18	5	Dr. Sato	18	5
16	Dr. Sato	19	4	Dr. Sato	19	4
17	Dr. Sato	20	3	Dr. Sato	20	3
18	Dr. Sato	21	2	Dr. Sato	21	2
19	Dr. Sato	22	1	Dr. Sato	22	1
20	Dr. Sato	23	0	Dr. Sato	23	0

1999-2000年シーズンにS医院を受診したインフルエンザ患者の分布

インフルエンザ A

インフルエンザ B



1 km

● インフルエンザ A

● インフルエンザ B

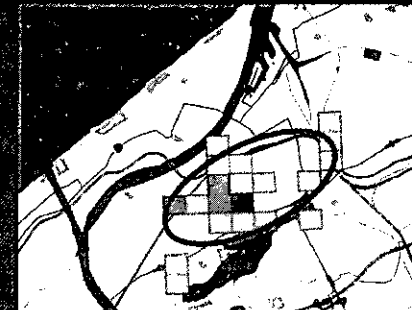
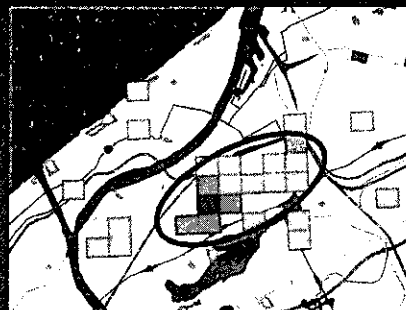
● S 医院

○ S 医院の診察圏

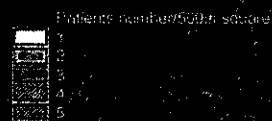
患者分布の500m四方メッシュ表示  
濃い青ほど患者が多く分布

インフルエンザ A

インフルエンザ B

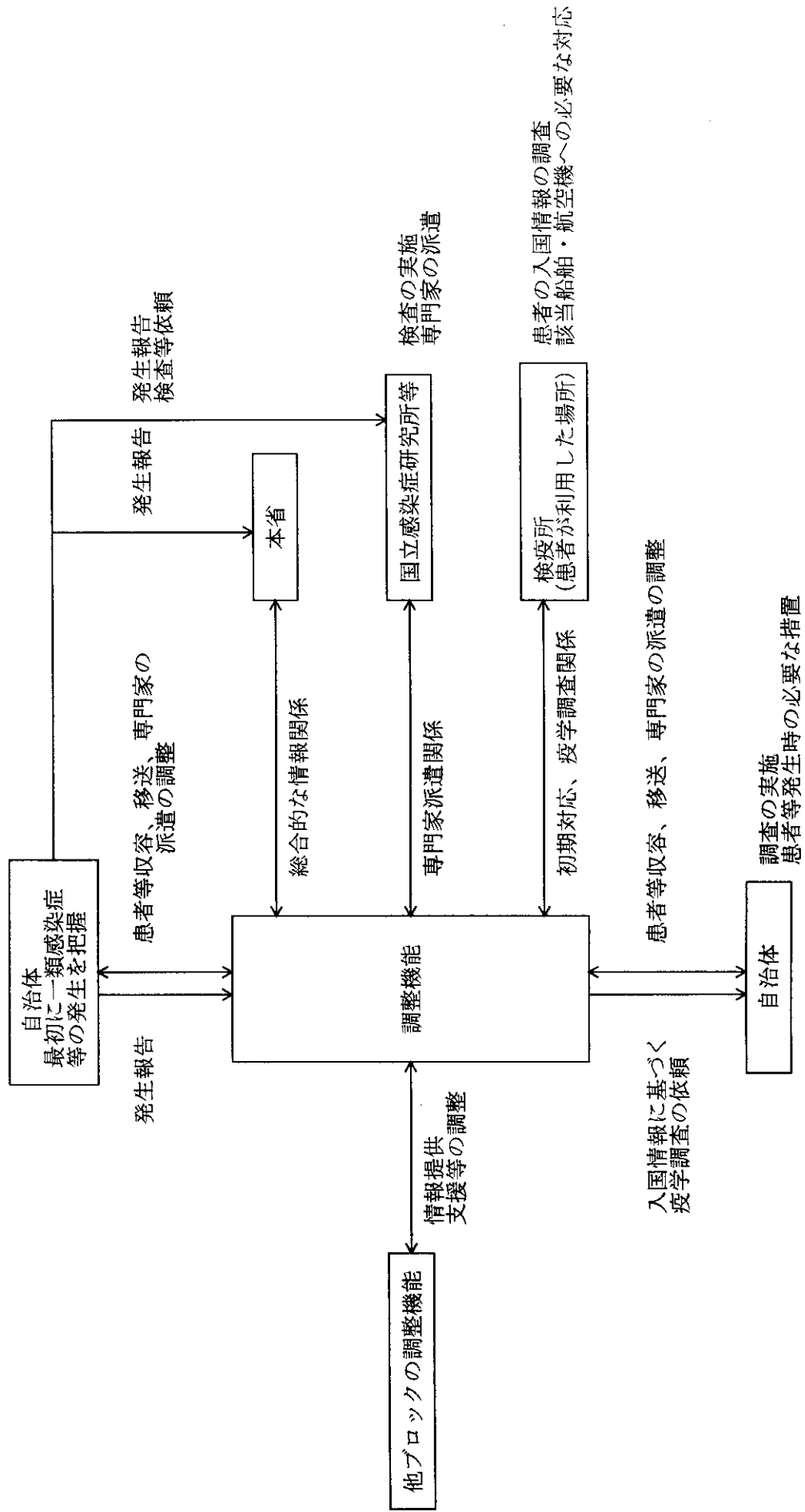


A型インフルエンザ患者は、B型インフルエンザより  
広い範囲に見られる。



自治体で一類感染症等危機発生時の広域的対応のイメージ

調整機能は国が担うが、設置場所等については今後の検討課題である。(例えば、所管区域により求められる活動規模、内容が異なる可能性がある。)



別添 6 - 1

最初に患者等の発生をみた自治体からの発症者の情報提供様式案

調整機能名 あて

自治体名					
担当者名 所属部署 連絡先					
疫学調査を要する患者等の情報					
年 齢	歳代	性 別	男 ・ 女	国 籍	
居住地	都 ・ 道 ・ 府 ・ 県		市 ・ 郡		
職 業					
入港地	(所管検疫所 )				
搭乗した船舶 又は航空機	便名 到着日時 平成 機体 (航空機) 座席位置 (航空機)	出発地 年 月 日	經由地 日 時		
発症日時	平成 年 月 日 時頃				
病名 (疑いを含む)					
感染を受けた滞在 地・滞在期間					
滞在目的					
現在の病状・治療					
その他 ※					

※取り扱い旅行者等の特記すべき情報を記載する。



別添 6 - 2

自治体あて疫学調査用依頼様式案

〇〇衛生部局 あて

現在〇〇（自治体名）において、〇〇国から帰国した方で「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」（平成10年法律第114号）に規定する一類感染症である〇〇の患者（又は疑い患者）が発生しております。つきましては貴自治体に連絡先を有する次の方について、接触した可能性があることから、渡航先、渡航目的、現在の病状等の疫学調査を行うとともに、有症時における医療機関への受診勧奨及び収容等の対応をお願いいたします。また、疫学調査の結果については、対象者への指示事項も併せ当職あてご連絡お願いいたします。

調整機能名

氏名		性別	男・女
生年月日	(明・大・昭・平) 年 月 日 ( 歳)	国籍	
連絡先	( - ) 住所  TEL FAX		
入港地	(所管検疫所 )		
搭乗した船舶 又は航空機	便名 到着日時 平成 機体（航空機） 座席位置（航空機）	出発地 年 月 日	経由地 時
その他 ※			

※取り扱い旅行者等の特記すべき情報を記載する。

# 大規模感染症発生時における空港検疫所と地方公共団体等との 広域連携に関する研究

分担研究者 丸山 浩 関西空港検疫所長

研究協力者 片山友子 首藤健治 大西基喜 日高勝美 (関西空港検疫所)

## 研究要旨

空港検疫所と関係機関とのより有機的なネットワークの構築を目的として、一類感染症の発生を前提とした対応訓練を実施し、感染症発生に係る健康危機管理の効果的な実施方法に関する検討を行った。また、地方自治体の感染症対策担当者へのアンケートを通じて、感染症発生に関する地方公共団体の実情等に関する質的研究を行った。更に、州政府の権限が強いオーストラリア及び中央集権的なシンガポールの検疫システムについて文献的に検索し、我が国との比較検討を行った。その結果、健康危機管理訓練については、マニュアルの改定及び職員への周知のあり方について示唆を得るとともに、今後の訓練ではより具体的な想定のもと自治体との共同実施の必要性が認識された。また、感染症対策に関する地方自治体の実情として、一類感染症への対策強化、広域的な患者搬送手段の確保及び相談できる専門家リスト等が求められていることが明らかになった。更に、諸外国においても検疫システムのあり方をめぐって検討が積み重ねられており、その論点も我が国のものと酷似しており、今後の進捗が大いに参考となりうるということが明らかになった。

## A. 研究目的

感染症の中でも特に重篤で緊急に対応する必要のある一類感染症を始めとして、多くの感染症は海外から輸入される例も多い。その国内における最初の関門が検疫所である。しかしながら、「検疫 (Quarantine)」の原義である40日の停留の時代とは異なり、今日では、潜伏期間中に国内に侵入してしまう例も十分考えられ、検疫所と地方公共団体、医療機関等との密接な連携による適切な対応が必要となってきた。

そこで、検疫所とこれら関係機関との有機的なネットワーク構築を最終目標とし、1年目の今年度は、①感染症発生に係る健康危機管理対応訓練の効果的な実施方法に関する研究、②感染症発生に関する地方公共団体の実情等に関する質的研究、③諸外国の検疫実施体制に関する文献的研究を行うこととした。

## B. 研究方法、結果、考察

### B-1. 感染症発生に係る健康危機管理対応の効果的な実施方法に関する研究

当検疫所の位置する近畿地区は、平成7年1月に阪神・淡路大震災という未曾有の惨禍を経験

した。その際、行政の対応のまずさ等が指摘されたことは記憶に新しいが、一方で地震対応のための防災計画やマニュアルは整備され、防災訓練は毎年行われていたことも事実である。このことは、わが国においては計画やマニュアルがまさに「絵に描いた餅」になっているとともに、防災訓練自体が目的化してしまい、実際に事が起きたときに適切に対応するという訓練本来の趣旨が果たされていないことを意味している。このため、関係者が日常的に有事を想定し、その際に適切な対応を行うことができるような訓練方策を検討することとし、健康危機管理対応訓練に先立ち、まず、危機管理マニュアルを関係職員全員が日常的に自分の問題として捉えられるよう、リフィル形式のマニュアルを作成し、関係職員全員に保有させ、学習させることとした。

#### (1) 訓練の概要

日時：平成15年2月27日(木)

13:30～16:00

場所：関西国際空港

想定：アフリカのある国でエボラ出血熱が大規模に流行している状況下において、現地で原因不明の発熱患者を介護した帰国者がフライト搭乗中高熱と下痢を呈し、到着30分前に症状が憎悪し、空港到着時点では衰弱のため独歩不能となった。  
空港到着後、地上職員の介助を受け車椅子で検疫所の健康相談室に誘導される途中で、トイレにて嘔吐した。

主な訓練項目：

##### ①患者の診察及び対策本部の立ち上げ

- ・患者の問診及びエボラ出血熱の疑い診断
- ・所内の情報伝達
- ・対策本部の立ち上げ
- ・患者の観察室への誘導
- ・防護服の着衣

##### ②患者の搬送

- ・搬送車への収容までの二次感染の防御
- ・搬送中の患者への対応
- ・市立泉佐野病院感染症センターへの引き渡し
- ・防護服の脱衣
- ・搬送担当者及び搬送車の消毒

##### ③空港内汚染区域の消毒

- ・汚染箇所の把握
  - ・汚染箇所の封鎖
  - ・汚染箇所の消毒
  - ・汚染箇所の閉鎖及び閉鎖解除に関する連絡・通報
- ④同乗者等に対する健康教育及び都道府県等に対する通報
- ・患者を誘導した地上職員からの聞き取り及び健康教育
  - ・空港内に残存する同乗者の捕捉及び健康教育会場への誘導
  - ・質問票及び聞き取りによる危険度分類及び危険度に応じた健康教育
  - ・同乗者の情報の都道府県等への通報

## (2) 訓練の評価

マニュアルに規定されている事項を適切に行えたか、またマニュアル自体に不備はなかったかを検証するために、所内の評価者、訓練者及び見学者による評価を行った。評価は予め設定された事項に対し、2段階あるいは3段階の評価及び自由意見によることとした。

### 1) 評価者による評価

5人の管理職が分担して訓練のすべての場面を「よい」、「不十分」、「不可」の3段階で評価した。その結果、「不可」が1項目、「不十分」が5項目あった。「不可」「不十分」の評価がついた項目の一つは乗員・健康管理者への対応、健康教育で、評価者からは「機内状況の聞き取り不十分、健康管理者へ航空会社の当面の対応について助言がなかった」との指摘をうけた。また、対策本部の評価者からは「対策本部内での流れの確認の必要性」や通信手段の再考が指摘された。今回訓練中の通信手段としてトランシーバーを使用した。トランシーバーは検疫所に常備されていないため、緊急時でも使用できる内線電話、携帯電話の使用が重要だと考えられる。搬送関連では警察、病院との連携が不十分と評価され、今後関係諸機関との更なる協議の必要性が指摘された。

### 2) 訓練者による評価

今回の訓練には合計20名参加したが、訓練終了後マニュアルの検証を目的として「マニュアルにはすべての行動が記載されていたか」、「マニュアルは合理的であったか」の2項目について2段階評価を実施し、参加者すべてから回答を得た。マニュアルは訓練参加者自身が協議の上作成したが、6名がマニュアルの不備を指摘した。乗客、乗員の健康教育を行った訓練者からは「乗員用問診票に記入されていた機内での様子に関する情報を生かせなかった」との反省点があり、評価者が指摘した不備の点と一致した。また、「休日や北ブースで患者が発見された場合どうするのかがマニュアルには記載されていない」という意見もあった。マニュアルが合理的かどうかという質

問に対しては20名中3名がいいえと答えていた。その内容は健康教育に関しては「各危険度別に色分けした判定カードは渡す必要はなかった。判定時に危険度別の書類を交付すればよい」というもので、マニュアルに記載されているカードを用いた危険度判定を健康教育対象者数によって変更する必要性が指摘された。また、搬送担当からは「観察室で病院の受け入れ連絡を待つ時間が長すぎるのではないか。連絡を待たずに搬送してもよいのではないか。病院の受け入れがダメでも病院の前で待機する方がよいのでは。」という意見もあり今後病院側とよりよい患者の受け渡し方法について協議する必要がある。

訓練者には、さらにこのような訓練についても「有意義」「あまり意味がない」の2段階で評価をおこなった。この結果「マニュアルだけ作っても実際に動いてみないと不備が見えてこない」など18名が訓練は有意義と答えていた。「あまり意味がない」と答えた2人も訓練の設定（見学者の存在、訓練人数が非現実的に多い）に対して批評しており、訓練自体が必要という意識はすべての者がもっていた。

### 3) 見学者による評価

#### ① 対策本部見学者の意見

対策本部見学者11名すべてから回答を得た。対策本部では「患者の発生報告、搬送」、「諸機関への第1報」、「患者、汚染状況の把握」、「搬送状況の把握伝達」、「都道府県への連絡」の5項目に関して「うまく行動していた」と「行動に問題があった」の2段階の評価とした。「患者、汚染状況の把握」以外の項目については80%以上の者が「うまく行動していた」と評価していたが、「患者、汚染状況の把握」に関しては11名中4名が「行動に問題があった」と評価していた。その問題点としては、「汚染箇所が特定されているのにブース班から報告がされなかった」、「本部への具体的な場所や程度の報告がなかった」等の問題点が指摘されていた。(表1)

#### ② 乗客役の見学者の意見

11名の見学者については、最初は健康相談室で「患者の診察」、「所内の情報伝達」(検査ブースの初期対応)を見学後、アナウンスによる呼集を受け集合し、健康教育をうけるといふ乗客役として訓練の評価をお願いした。評価項目は「検査ブースでの初期対応」、「乗客の呼集、会議室への誘導」、「乗客への健康教育に関する意見」の3項目で、2段階評価とした。

「検査ブースでの初期対応」に関しては半数が「行動に問題があった」と評価しており、問題点としては「患者を待たせている間車イスに乗せたままであった」「症状のある患者を長時間車椅子に座らせたまま問診できるのか疑問」など問診時の患者に対する対応に問題点が指摘された。今回の訓練は健康相談室で患者が発見されたという設定であったため、患

者が問診、診断の間健康相談室に滞在することとなった。また、エボラ出血熱の疑い診断がついた後は、防護服着用の上患者に接するといったために患者が健康相談室に滞在する時間が長くなってしまった。さらに、健康相談室自体は閉鎖していたため外部のものはいつてくることはないが、健康相談室自体が人員集合時に通路となるため「患者位置がそのまま健康相談室内を多数の人が行き来しており、患者が嘔吐などしている場合は病原体との接触や拡散があり得る。患者を早急に部屋のすみへ移動するなど管理が必要でないか」という指摘があった。今後は「連絡体制をとっている間、患者が少しでもリラックスできるような緊迫した雰囲気の伝わりにくい空間へ誘導できればよい」という意見もあり、問診場所、診断後の待機場所の検討が必要であると考えられた。

「乗客の呼集、会議室への誘導」に関しては2/3が「問題があった」と評価していた。問題点としては「呼集のときの放送が聞こえなかった」という意見が大半であった。実際の場合には繰り返して放送する予定であるが、訓練においても放送の聞こえ具合等確認が必要であると思われる。

「乗客への健康教育」に関しては「うまく行動していた」と「問題があった」は同数であった。問題点としては、「一般人に理解できない言葉が多い(第1種感染症など)」など説明文、説明時の用語に関するもの、言い間違い、説明不足が指摘された。今後説明文の改定、健康教育の熟練、熟知が必要であると思われる。(表2)

#### ③空港内の汚染箇所の特定、閉鎖、消毒に関する見学者の意見

6名の見学者に汚染箇所の把握、閉鎖、消毒を見学してもらい、「汚染区域の把握」、「汚染箇所の閉鎖」「消毒」の3項目について2段階で評価してもらった。3項目とも6名中5名以上が「うまく行動していた」と評価しており、この一連の行動はうまく動作したと考えられる。(表3)

#### ④その他の意見として

今回空港内の連絡方法としてトランシーバーを用いたが、このトランシーバーの音が健康教育会場に響き健康教育の邪魔をしたとの意見が数人から寄せられており、今後通信方法の改善が必要であると考えられた。また、「報道機関への広報対応も入れていただきたい」等の意見が寄せられた

### (3) 考察

#### ①マニュアルの改定

今回の訓練に関するマニュアルは、昨年度の訓練を体験した上で作成し、部分ごとに訓練を行い改定を加えた。しかし、実際に一連の訓練を行ってみると、マニュアルに記載されていない

ことが必要であったり、マニュアルより合理的であると思える行動に気が付くことがあった。このため、実際の訓練を行うことにより、机上のシミュレーションであるマニュアルの不備等がより鮮明に浮き彫りにされる結果となった。また、昨年度作成したマニュアルをリフィル形式として訓練者に持たせた。今回のマニュアルに関しては完成したのが訓練直前であったため、リファイル形式として持たせることができなかったが、昨年度のマニュアルにも共通点があり、常時携帯することにより訓練者の関心がより高くなった。この方式はマニュアルに親しむという点では有効であり、今後種々のマニュアルに応用可能と考えられた。

## ②今後の訓練のあり方

訓練項目の中には訓練のため実践を想定したマニュアルとは異なる箇所が存在した。たとえば、空港内に残存する乗客の呼集のためのアナウンスは、実際の場合には繰り返し放送することを想定しているが、今回はアナウンス内容で1回のみ放送であったため、聞き取れなかったという評価が多くの見学者から寄せられた。また、今回訓練の設定を平日の昼間としたため、人員召集が容易であり、訓練者を20名設定することができた。実際には夜間、休日に一類感染症が発生する可能性も高く、人員召集に時間がかかることが考えられ、初期は少人数で対応する必要がある。訓練者の中には大人数での訓練は意味がないという意見もあった。訓練をより一層実践に近づけていくことが今後の課題のひとつである。

また、今回の訓練には近畿地区の地方自治体、病院の関係者と検疫所関係者の合計28名の見学者があった。見学者の一部は乗客役として訓練に参加した。訓練に見学者がいることは、緊張感を生むという利点がある反面、見学者のための準備が必要になり訓練内容が制約されるという欠点がある。訓練者の中には見学者のいる訓練は無意味だとの意見も少数派ながら存在した。しかし、見学者からは検疫所の仕事がよくわかったとの意見が多く、また、同乗者対策を地方自治体と協力して行っていく上で、地方自治体が見学者としてあるいは共同して訓練していくことも必要であると考えられた。

## B-2. 感染症発生に関する地方公共団体の実情等に関する質的研究

2002 ワールドカップサッカー大会を円滑に実施するため必要な情報交換を行うこと等の目的で、平成13年度に近畿地区の地方公共団体、感染症一類指定医療機関、学識経験者等からなる協議組織が設けられた。そこで、この協議組織の場を活用し、感染症発生に際し必要となる広域連携に関し、地方公共団体、医療機関関係者がどのような意識を有しているか、質的研究の手法を用いて調査を行った。

## 1. アンケート調査の概要

輸入感染症患者の医療に関する協議会の構成員である近畿地区の7府県と3政令指定都市の合計10自治体に、1月下旬アンケート用紙をFAXで送付し1月中旬までに回収した。回答はすべての対象者から得た（回収率100%）。

## 2. アンケート結果

### 1) 医療機関について

一類感染症に対応できる医療機関に関しては、7府県の中で6府県は指定しており2名から4名の患者の受け入れが可能である。さらに、これら医療機関の夜間・休日の患者の受け入れ体制についても把握していた。二類感染症に対応できる医療機関に関しては、全ての府県で5箇所から9箇所、政令指定都市には1箇所の医療機関があり、それぞれ16名～71名と8名～16名の患者が収容可能である。さらに休日・夜間の体制も平日同様かあるいはある程度の体制が整えられていた。しかし、マラリア・デング熱・ウエストナイル熱に対応できる医療機関は、二類感染症に対応できる医療機関より数が少なく、休日・夜間の体制もつかめていないことがあった。

### 2) 患者発生時の輸送手段について

一類感染症患者の輸送に関しては、防護服はほとんどの自治体が一定数確保しているが、搬送車に関しては近畿地区では関西空港検疫所にしかなく借用契約をしている自治体は半数であった。さらに搬送訓練に関しては今回アンケート対象の自治体で行っているところはなかった。また二類感染症に関してはほとんどの自治体で輸送手段を確保していた。

### 3) 感染症発生時に相談可能な専門家について

確保できていない自治体が半数あり、確保できている自治体でも1人のみという自治体があった。

### 4) 管区内で受け入れ不可能な多数の患者が発生した時の他自治体との協力体制をとっているのは今回アンケートを行った10自治体中4自治体のみであった。

### 5) 休日・夜間の一類感染症発生時の対応についてはほとんどの自治体で決めており、自職員あるいは保健所職員が対応にあたることになっていた。

## 3. 考察

今回のアンケートで一類感染症等の重大な輸入感染症発生時に対応できる各自治体の設備、体制について質問した。過去の法定伝染病である二類感染症に対しては多くの自治体が搬送手段をもっており、複数の医療機関が対応でき、集団発生にも対応できる体制が整っている。しかし、一類感染症に対しては、医療機関の数も少なく、自治体の中には指定していないところもあった。さらに、患者の搬送手段も確保してい



るところは少なかった。さらに、重大な感染症発生時に相談可能な専門家に関しては確保できていない自治体も多く、自由記載欄にも相談可能な専門家リストが必要だとの意見があった。自治体における輸入感染症発生時の対応を円滑にするためには、自治体間のネットワークを構築し広域的な患者輸送手段の確保、相談できる専門家リストの作成が必要と考えられた。

### B-3 諸外国における検疫実施体制に関する文献的研究

我が国における検疫所と諸機関との有機的なネットワークのあり方を検討するに際し、諸外国における感染症対策、特に本年度については検疫システムについて文献的な研究を行った。調査対象国としては、空港及び海港を通じての入国者が多いこと及び感染症対策として比較的良好な水準を保っていることからオーストラリア及びシンガポールを選定した。

#### 1 豪州における検疫対策の実情

##### (1) 行政組織等

###### 1) 政治制度の特徴

オーストラリア (the Commonwealth of Australia) は英連邦の一員であり、英国王を元首とする立憲君主国である。連邦憲法上、オーストラリア連邦の行政権は、英国王の代理人である連邦総督(Governor-General)に与えられている。しかし、慣行としてイギリス流の議院内閣制が採用されているため、実質上の行政府の長は首相である。一方でオーストラリアの連邦制は、アメリカ合衆国を手本とした州権重視の原則を特色としている。

###### 2) 対人検疫所管部門

憲法によって、検疫の責務は連邦政府にあることが規定されている。

対人検疫については、連邦政府保健高齢者省(Department of Health and Ageing)が担当している。また大臣の下に対人検疫局長(Director of Human Quarantine)をおくことになっている(検疫法 8A 条) 州政府が行う検疫活動等に対しては、緊急時に必要と認められる場合、連邦総督は州法の検疫規定の効力を停止することができるようになっている(検疫法 2A 条) など、連邦政府の優位性が確立されている。

##### (2) 法的枠組み

人の検疫については、検疫法(Quarantine Act 1908)に規定されている。

###### 1) 検疫法の概要 (1999 年改正)

#### part 1 : 総則 (第 1 条～第 7 条)

連邦総督による州の検疫規定を無効にできること(2A)、検疫感染症の流行や危機が迫った際に、連邦総督が当該事項を告示するとともに、大臣に必要な措置を行う権限を与えられていること(2B)、検疫の目的(4)、用語の定義(5)等が規定されている。

第 4 条で「検疫の目的は、人、動物、植物に影響を与える感染症や害虫の侵入や流行を防止することであり、その手段として、査察、排斥、探索、観察、分離、隔離、保護、処置、衛生上の規定及び船舶、人、物、動物、植物等に対する消毒などを行う。」こととされており、人、物、動物、植物が全て対象となっているとともに、その対策として広大な権限が付与されている。

第 5 条で検疫感染症(quarantinable disease)とは「ペスト、コレラ、黄熱、腸チフス、ハンセン病及び連邦総督によって告示された疾患をいう」こととされている。

#### part 2 : 行政及び管理に関する規定 ( 8 A 条～ 1 1 条)

検疫担当官として、大臣の下に対人検疫局長(Director of Human Quarantine)を、また検疫担当部署毎に首席検疫官(Chief Quarantine Officer)をおく。検疫官(Quarantine Officer)は首席検疫官の指示に従い、検疫実務を担当する。(8A)対人検疫局長と首席検疫官は大臣によって任命される。(9)本法 2 A 条の規定により連邦総督が流行あるいは危機を公示した際に、検疫局長に文書で権限を付与された者は、文書または“口頭で”どのような者をも特定の期間当該地域において臨時検疫官として活動する権限を付与することができる。(9A)また州政府の検疫所その他防疫活動に役立つ手段の利用を連邦総督は州知事と調整を行うことができる。(11)これらの規定により、危機発生時の緊急対応の弾力性を有することになる。

#### part 3 : 総括的事項 ( 1 2 条～ 1 6 A G 条)

連邦総督はオーストラリア国の内外に関わらず検疫感染症に汚染されたあるいは当該地域から検疫感染症が持ち込まれるおそれのある地域を公示することができる。(12)本法に規定されていない対応が必要とされると大臣が認めるような危機が発生した場合、大臣は、診断、予防及び処置として必要な検疫活動を行うことができる。(12A)大臣は、入国のための一次港を公示することができる。(13(a))大臣は、病原体及び病原体を含むおそれのある物質の持ち込みを禁止することができる。(13(d))また必要に応じ臨時検疫所をおくことができる。(13A)消毒の命令(15)輸入品に対する検疫官による追加質問。(16AD)等が規定されている。

#### part 4 : 船舶等、人、物品に対する検疫

#### Division1 検疫の対象（17条～34条）

検疫の対象となる人と物の定義(17,18)、許可前の入港の禁止(20)、検疫信号(21)、感染症発生の通報義務(22)、検疫官の立ち入りへの協力義務(25)、健康報告(22)、検疫終了前の下船等の禁止(29)、検疫入港許可証(Pratique)(33)、検疫サーベイランス(34)等が規定されており、日本のシステムとほぼ同様である。

#### Division2 検疫手続き（35条～49条）

検疫実行の命令(35)、肺結核の可能性に対する医学的検査(35AA)、船舶等に感染症患者がいた場合(35A)、検疫を命じられた場合の船長等の対応(36)、検疫時の提出書類(38)、検疫の実行(39)、検疫中の船舶等の移動の禁止(40)、検疫実行のための下船(41)、検疫未完了の船舶等に対する航海等の継続の許可(42)、船舶等の清掃及び消毒(43)、検疫中の積荷の移動の禁止(44)、輸入手続中の物品の検査(44C)、輸入後の物品の検査(44D)、人が検疫を命じられた場合(45)、検疫からの解放(46)等について規定されている。日本の検疫法と基本的には同様のシステムであるが、船舶等に感染症患者がいた場合の対応が規定されていること及び肺結核について医学的検査を行うことが規定されている点などが特徴的である。

part 5：動物及び植物に対する検疫（50条～58条）（省略）

part 6：費用（58A条～66A条）（省略）

part 7：雑則（66B条～87条）（省略）

#### 2) 日本の検疫システムとの主な違い

日本の検疫法との主な違いは以下の点である。

- ・オーストラリアの検疫法は、人・物・植物・動物その他あらゆる入国物を検疫の対象としている。
- ・必要な場合に、防疫上あらゆる措置をとることが可能とされており、品目を定めて輸入を禁止することさえ可能である。
- ・地方政府との関係も規定されており、必要時には連邦政府が州政府の権限を制限できるようになっている。

#### (3) 検疫法の改正について

旧態依然とした法律上の規定と実務の乖離の是正及び国内感染症対策との連携といった観点から2000年より検疫法の見直しが行われているところである。

##### 1) 検疫法改正の経緯

保健高齢者省は2000年4月15日に“Public Consultation Discussion Paper”を公

表し、主な論点を整理した上で、一般に対しても広く意見の提出を求めた。その後、保健高齢者省の首席医官(Chief Medical Officer)及び対人検疫局長を座長とする”Human Quarantine Legislation Review Steering Committee”において議論が取りまとめられ”Human Quarantine Legislation Review Final Report, November 2000”が2000年12月に保健大臣に受理され、現在法改正作業を行っているところである。改正案は2003年秋開催の連邦議会に提出される予定である。

## 2) 法改正にあたっての主な論点

法改正に際しては、主に以下の観点からの見直しが行われた。

- ・法に規定されている条項と近年の政策アプローチには乖離が見られ、そのために生じている問題をいかに解決し、より大きな便益を生むことができるか。
- ・従来の水際検疫の手法が昨今の高速大量輸送時代に対応できていない面もあり、政策的に見直すことができるか。
- ・従来のような検疫感染症に対する方針のみに限らず、より広域で総合的な感染症対策の一環として、検疫法を活用できないか。

## 3) 改正の方向性

上記視点より見直しを行い、“Final Paper”では、以下のような事項に関する提言が取りまとめられた。

- ・対人検疫については、より実務的な観点からの見直しが行われるべきである。
- ・国際航空機に対する検疫入港許可証のあり方について見直しを行うべきである。
- ・感染症の報告システムについて見直しを行うべきである。
- ・検疫感染症のリストについて見直しを行うべきである。

## (4) 考察

オーストラリアの検疫法も我が国と同様、船に対する海港検疫をベースとして構成されており、航空機に対する検疫については、そのシステムに上乘せされている形になっている。航空機に関する検疫信号の規定などはその端的な例である。2000年より行われている検疫法の見直しは、旧来の法体系を航空機による高速大量輸送時代に見合ったものとし、またより広域かつ総合的な感染症対策の一環としての検疫のあり方を模索するものである。この点については、我が国における議論とほぼ同じものであり、今後の我が国の感染症対策及び検疫システムのあり方を検討する上での参考となるであろう。2003年秋の法改正及び当該改正を踏まえた実務的な対応の変化に注目し