

特集

外来診療においては、SARSのような新たな、そして既知ではあるが稀である疾患も含んだ全体の呼吸器感染症対策として、肺炎と考えられる患者の受診早期段階でのトリアージ(電話相談の採り入れ、受け付け段階での問診、柔軟な受診順番、診察場所の工夫など)、肺炎の可能性のある患者を診るときの医療者側の外科用マスクの着装、患者側へのマスク着装依頼など、社会的受け入れも考えた外来診察形態の変化が、今後さらに必要であろうと考える。

これらによって、仮にわが国で少数例のSARSの発生があったとしても、その拡大はかなり防ぐことができると考えられる。

そしてシンガポール、台湾、中国の事例から、

実験室におけるバイオセーフティ管理を見直し、病原体を取り扱う者自身の自覚と注意の必要性を、加えて学ぶべきであると考ええる。

文献

- 1) 砂川富正, 岡部信彦: SARS—最近の動向を踏まえて. 最新医学 59(8): 1833-1838, 2004
- 2) 中華人民共和国衛生部: 北京および安徽省におけるSARS 集団発生の原因調査報告(邦訳の要旨) (<http://idsc.nih.gov.jp/others/sars/update115-CH01.html>)
- 3) 時事通信(北京) (<http://headlines.yahoo.co.jp/hl?a=20040701-00000423-jiji-int>)
- 4) WHO: 重症急性呼吸器症候群(SARS)の疫学に関する統一見解文書(邦訳版). WHO/CDS/CSR/GAR/2003. 11 (<http://idsc.nih.gov.jp/others/sars/update101who.pdf>)

FETP 室から愛をこめて・5

番外編/WPRO から愛をこめて・その2・闘鶏

山口 亮 WHO 西太平洋地域事務局(WPRO)短期派遣中, 国立感染症研究所派遣(FETP 6 期生), 北海道保健福祉部医療参事

「闘鶏(Fighting cock)」とは、賭け事が制限されているアジアの国々における、数少ない公営賭博の1つである。鶏を鍛えるトレーナーや養鶏業者が、強く育てた鶏同士を土俵のような場所で戦わせる。対戦相手のマッチングなど、細かなルールは場所によって異なるが、例えば命を落とさなくても、敗れた鶏はその場で毛をむしられて処分されるので、鶏にとっては命がけの戦いである。どちらが勝つかに賭けている人間も試合の結果に真剣なのは同じで、評判のよいトレーナーや体が大きい鶏に人気が集まるし、逆にオッズが高くなりそうなほうは一発狙いで武器をつけた足の攻撃をさせるように、日頃から鶏を鍛える。強い鶏の血統はいくつかあり、こうした鶏づくりを生業にしている人にとっては、鶏の掛け合わせや成育法をそれぞれ工夫して、強い鶏を生産しようとする。

今年に入って1~3月までに35人の患者(うち24名が死亡)をベトナムとタイで出した鳥インフルエンザ(H5N1)が、7月になって新たにベトナムで3名の死者を出した。周辺各国では、家禽でのインフルエンザの監視を含め警戒態勢を取っていた矢先、今度は9月8日にタイのPrachin Buri州で闘鶏のトレーナー(18歳男性)がH5N1で死亡した。このトレーナーは、試合の際に、鶏の喉に詰まった粘液を口を使って吸い出したりするような鶏との密接な接触

があったとされる。さらに、トレーナーの家の周囲では、8月に入ってから飼育していた約30羽の鶏が次々と死んでいったことがわかった。通常、鶏の間でH5N1のようなインフルエンザの流行が確認された場合、半径数kmにわたる鶏を一斉殺処分(culling)する。ただ、高価な闘鶏用の鶏をcullingされるのを恐れ、密かに逃がしたり隠したりするケースもあるようで、政府は交通遮断を含めた防疫対策や、闘鶏の禁止案、家禽に対してのワクチン政策の案を検討したりする。

私のWPROでのこの6週間は、こうした情報を現地へ赴任しているWHOの情報官から得たり、マスコミ情報や各国の保健省の公式発表をチェックすることで、あっという間に過ぎ去った。毎朝、これら情報を統合したアラートニュースを作成し、テクニカルミーティングで発表する。ミーティングでは疫学専門官、試験検査専門官、報道官、動物由来感染症専門官などが情報交換し、必要な情報を当該国に要求したり、発信したりする。専門官は常に冷静であり、情報提供に親切であり、各国のキーとなる人物と人対人のつながりがある。こうした国際社会においても、確実に迅速な情報は、Person-to-Personの関係からということを私はWPROで学び、明日、日本への帰途につく。

(2004年9月25日記)

新興感染症の脅威, そしてその対策

国立感染症研究所感染症情報センター・センター長

岡部 信彦 Nobuhiko OKABE

感染症の変貌

かつて、「病氣」といえば感染症（伝染病、流行病）がその代表であった。病原体の発見、検査法や診断法の進歩、そして抗生物質をはじめとする薬物やその他の治療法・ワクチンの開発と普及、そして衛生環境の向上、栄養状態の改善そして医療そのものの向上等により、かなりの感染症は激減した。死に至る感染症も少なくなり、あたかも感染症はすでに人のコントロール下にある疾患であるかのように錯覚され、感染症に対する医学教育や研究部門が次第に縮小された時期があった。そしてそれに従って医療関係者の感染症の診断と治療に対するセンスは次第に低下し、一般の人々も「感染症（伝染病）」に対する警戒感が薄らいでしまってきたのが、1970～80年代であったと言える。

1990年代に入ると、再び感染症を見直す機運が高まってきた。確かに感染症を直接の死因とすることは激減し、日常における感染症の罹患状況も格段に良くなってきたが、医療の進歩は一方では免疫機能低下者の数を増やし、耐性菌の増加を招き、その結果として易感染状態に対する注意、管理は医療現場においてさらに重要になり、正しい感染症対策が一層求められるようになってきた。そしてこれまでに存在しなかった感染症や病原菌が証明されることにより感染症であることが明らかになった疾患（新興感染症：表1）、すでに我々の目の前から姿を消してしまったかのように考えられていたが再び姿を現わしてきた感染症（再興感染症：表2）等が次々と明らかになり、問題となっているからである。

新興感染症の中には、瞬く間に世界的中に拡大したAIDS（HIV感染症）、アフリカにおけるエボラ出血熱等の致死性の疾患の勃発、いわゆる狂牛病（ウシ海綿状脳症）で知られるようになったプリオンとヒトへの伝播による変異型Creutzfeldt-Jacob病（vCJD）との結びつき等もある。その多くはウイルス感染症（ことにRNAウイルス）であり、地域的にはいわゆる発展途上国に限ったことではなく工業的先進国にもみられる。また、自然発生的な疾患としてはアジアに多いことも目立つ点である。病原

体としては動物由来、もしくは動物由来が疑われるものが多い。一方、再興感染といわれる疾患は、古典的な細菌感染症や原虫・寄生虫疾患が目立つ。

このような感染症をいかに早く検知し、対策・対応をとるか等が課題になっている中、2003年にsevere acute respiratory syndrome（SARS：重症急性呼吸器症候群）が出現し、さらに2004年鳥インフルエンザA/H5N1（高度病原性鳥型インフルエンザ：HPAI）の鶏での流行、そして少数ではあるが人への感染発症が続いた。

我が国は地理的環境的に感染症に対しては比較的穏やかな条件下にあり、致死性の感染症の大流行は熱帯亜熱帯の国々、あるいは温帯地域の国々の中でも少ないほうであり、人々の警戒感もしばしば緩みがちである。身近な死に至る病が遠ざかり、多くの人が安心して暮らせるようになったのは大いに喜ばしいことであるが、安心することは油断することではない。感染症の動きに関するアンテナは感度のよいものを持ち、その対策、予防、診断、治療に関する能力は、常に維持しておく必要がある。

感染症対策に必要なこと

—感染症に関するセンスの向上—

感染症対策の第1歩は、感染症の存在を知ること、つまり、不明（未知）の疾患に対して感染症ではないかと疑うことにある。患者に接するものは、よくその話を聞き、ヒントを掴み、よく診る必要がある。そしてそれに対する適切な検査法を選択することが重要である。感染症を疑う場合には、保険診療の制約があるとはいえ、可能な限り微生物学的検査、病原診断を行うようにすべきである。グラム染色を学生実習で習っても、それを臨床現場で使いこなせる医師は数えるほどにすぎないという現状は、いくらPCRのような検査が普及しても、感染症の本質を知ることが難しい。基本的な検査法に習熟、あるいは理解をしておくこと、若い世代にそれを伝えていくことが必要である。医師だけではない。今、検査室や救急室に、新鮮なグラム染色液が常に備えられているところはどの位であろうか？

さらに治療に当たっては、極めて常識的なことではあ

表1 1973年以来明らかとなった感染症とその微生物

年	病原微生物	種類	疾患
1973	Rotavirus	ウイルス	小児下痢症の大半の原因
1975	Parvovirus B19	ウイルス	慢性溶血性貧血における汎血球性貧血発作(後に伝染性紅斑の原因ウイルスであることが確定)
1976	<i>Cryptosporidium parvum</i>	寄生虫	下痢症(水系感染)
1977	Ebola virus	ウイルス	エボラ出血熱
1977	<i>Legionella pneumophila</i>	細菌	レジオネラ症(肺炎)
1977	Hantaan virus	ウイルス	腎症候性出血熱
1977	<i>Campylobacter jejuni</i>	細菌	下痢症
1980	Human T-lymphotropic virus type 1 (HTLV-1)	ウイルス	成人T細胞白血病
1981	<i>Staphylococcus aureus</i> (毒素産生株)	細菌	毒素性ショック症候群(toxic shock syndrome: TSS)
1982	E-coli O-157: H7	細菌	腸管出血性大腸炎, 溶血性尿毒症症候群
1982	HTLV-II	ウイルス	Hairy cell白血病
1982	<i>Borrelia burgobferi</i>	細菌	ライム病
1983	HIV	ウイルス	AIDS
1983	<i>Helicobacter pylori</i>	細菌	胃潰瘍
1985	<i>Enterocytozoon bienewisi</i>	寄生虫	持続性下痢症
1986	<i>Cyclospora cayetanensis</i>	寄生虫	持続性下痢症
1986	Prion	プリオン	牛海綿状脳症
1988	Human herpesvirus-6 (HHV-6)	ウイルス	突発性発疹症
1988	Hepatitis E	ウイルス	E型肝炎(腸管感染)
1989	<i>Ehrlichia chaffeensis</i>	細菌	エールリッヒア症
1989	Hepatitis C	ウイルス	C型肝炎
1991	Guanarito virus	ウイルス	ベネズエラ出血熱
1991	<i>Encephalitozoon hellem</i>	寄生虫	結膜炎, 全身性疾患
1991	New specis of Babesia	寄生虫	非定型性バベシア症
1992	<i>Vibrio cholerae</i> O-139	細菌	新型コレラ
1992	<i>Bartonella henselae</i>	細菌	猫ひっかき病
1993	Sin Nombre virus	ウイルス	成人呼吸窮迫症候群(肺ハンタ症候群)
1993	<i>Encephalitozoon cuniculi</i>	寄生虫	全身性疾患
1994	Sabia virus	ウイルス	ブラジル出血熱
1995	HHV-8	ウイルス	AIDS患者のカボジ肉腫
1997	Influenza A/H5N1	ウイルス	トリ型インフルエンザのヒト感染
1999	Nipah virus	ウイルス	急性脳炎
2003	SARS corona virus	ウイルス	SARS

表2 この20年で再興感染症とみなされた疾患

ウイルス感染症	狂犬病 テング熱 黄熱病
細菌感染症	A群溶連菌感染症(含む, 劇症溶連菌症) 壻壕熱 ペスト 結核 百日咳 サルモネラ 肺炎球菌感染症 コレラ ジフテリア 髄膜炎菌性髄膜炎(流行性髄膜炎)
寄生虫・原虫感染症	マラリア 住血吸虫症 ニューロシスチセルコーシス アカントアメーバ症 リュウシュマニア症 ランブル鞭毛虫症(ジアルジア) エキノコッカス症

るが、その疾患に対して適切な治療を選択することにある。適切な治療とはその疾患を知っていなければ不可能であり、余計な(過剰な)治療を加えてはいけないということが含まれている。医療現場においての治療は「念のために行う」ことがあることも否定はできないが、原因的治療法の選択に当たっては、その原因を検出する努力をしあるいは少なくとも原因となる病原体を想定しての治療法の選択をすること原則とすべきである。抗生剤の出現はどれほどの人々を救命し、予後をよくし、日常生活を可能にしたかは計り知れない。しかし、その一方では「念のための」過剰投与、広域抗生剤剤の選択が「考える」ことをなくして広く行われてしまったという反省すべき点を忘れてはならない。今後その使用の拡大が容易に予想される抗ウイルス剤について、同じ轍を踏んではならない。

そして感染症患者に接するに当たっては、その感染力、

感染経路を知り、いかに感染の拡大を防止するかを常に考えておく必要がある。

新興感染症対策として特別なことを想定すべきこともあろうが、一般的な感染症というものに対して医学教育や研究部門を見直し、医療関係者の感染症の診断と治療、研究に関する医学・医療センスを再び向上させることが基本的にまず重要なことであると考えられる。

感染症対策に必要なこと

—サーベイランスシステムの充実と国際協力—

感染症の存在を知るために基本的なことは、感染症サーベイランスを強化・充実させ、日常の感染症の動向をまず知ることにある。日常的な疾患の状況がつかめて初めて、そこから外れた異常なものの存在を速やかにつかみ取ることができる。一医療者、一医療機関が、これらの感染症の動向を自らのものとしてしまったのでは、極めて限られた経験に基づいた極めて限られた対策にとどまり、点としかならない。より確実な対策を立てるためには、点における経験が情報として提供され、その結果が集積・分析されることによって初めて地域全体としての対策を考えることができる。しかし集積された情報は、情報が集積された場所のみでの対策を立てるための資料や記録としてとどまってはならない。可能な限り、速やかに情報の提供者に還元される必要がある。集積された情報が還元されてこそ、臨床の現場に多くの経験が生かされることになり、受益者である患者に還元されることになる。サーベイランスを強化・充実させるということは、正しい質の高い情報が報告され、速やかに収集・解析され、そしてその情報は速やかに還元されることにある。そして、質の高い情報の提供は、医療現場における質の高い医療の提供を可能にする。

我が国においては平成11年に策定された感染症法（感染症の予防および感染症の患者に対する医療に関する法律）において、サーベイランス体制の強化が図られた。感染症法の施行とともに、以前より、より多くの疾患の届け出と情報の提供が臨床医に求められ、ときに仕事としての負担を感じることもあろうかとは思われるが、我が国全体の、そして地球規模での感染症対策のために、サーベイランスの強化には、第一線にいる臨床医および医療関係者の協力が不可欠である。これまでは感染症に限らず、患者の治療、疾患への対策は限られた空間、範囲で行われることが多かったように思う。今後の感染症対策、予防、治療には、多くの人々による正しい情報の適切な共有が必要であろう。その共有のいわば仲介役が

国立感染症研究所および各地域の感染症情報センターである、と筆者は捉えている。

これらの感染症状の収集、集積、情報の提供は、国内に限らず、日常から広く海外との協力、提携、そして情報交換が必要である。それが国内における早めの感染症対策に結びつき、地球規模での21世紀の感染症対策に結びついていく。

感染の拡大予防と対策

—個人と集団—

感染拡大予防のために、患者には入院を求め、隔離をし、その周辺への接触調査等が必要になる。このようなことは一医師、一医療機関ではできず、行政の関与がどうしても必要になる。我が国の感染症法は、個人情報に立ち入らないよう、入院に当たっても個人の意思を尊重する等、過去の反省から人権重視の立場が強く打ち出されている。しかしそれが今回のように公衆衛生上の問題になった時には、個人を最大限尊重し、個人を保護しつつも、私権の制限をお願いせざるを得ないときがある。そのための法整備、そしてそれに対する社会の理解が必要である。

患者が発生した場合、感染経路等を知り、感染の拡大を最小にするためにはその患者の接触調査、行動調査等が必須となる。知る権利という名の下にしばしば行われる興味本位の探求と、周辺の人々の安全と健康、そして何より本人の改善のために行われる調査とは明確な線を引けるようにしていく必要がある。これにはサーベイランス・疫学調査というものの必要性を理解して貰い、1つ1つ信頼を得ていくことが必要である。

感染の拡大予防と対策

—院内感染対策—

SARSは、潜伏期あるいは無症状期に他へ感染したとの報告はない。前駆期に相当する発熱・咳嗽期の患者については、その感染力は弱い、警戒が必要となる。肺炎期になると感染力は次第に増加し、肺炎の極期、そして重症者ほど感染力は強くなる。従って、これらの患者を取り扱う医療機関での院内感染対策は重要である。肺炎患者が市中を徘徊しない限り、通常市中での感染拡大の可能性は極めて低い。感染の拡大がみられた地域の医療関係者が一様に言うことは、SARS発生初期には誰もこの病気の感染性がわからず、通常の肺炎として取り扱った結果、院内感染の拡大がみられたということであ

る。つまり、肺炎の患者を診るに当たって「感染予防」ということがほとんどなされていなかったことを機に、本症は院内で拡大を始めた。

鳥インフルエンザについていえば、目下のところ鶏を中心とした家禽類での拡大はみられたが、幸い人への感染例は少数例にとどまっている。その感染力は非常に限られており、人がトリインフルエンザウイルスの感染を受けるのは、病鳥と近距離で接触した場合、またはそれらの内蔵や排泄物に接触した場合等に限られている。食品としての鶏肉や鶏卵からの感染例もみられていない。また人から人への二次感染例は目下のところみられていない。

院内感染予防対策の基本に「標準予防策 standard precautions の考え方の導入」と「メリハリの利いた予防対策」ということがある。すべての医療機関でこの考え方の理解と、必要に応じてただちに実施できる体制をとっておくことが必要である。実際にはその数は少なかったSARSのみを対象にするのではなく、日常的にみられる可能性のあるインフルエンザ、結核、その他の呼吸器感染症の拡大を早い段階でできるだけ少なくし、その他の患者・医療関係者も含めた感染暴露を防ぐことを考えるべきである。そのためには、呼吸器感染症患者のトリアージ、すなわち診察前の段階で問診票等を利用して、旅行歴等を早く知る、待ち時間を最小とし早く診察をする、場所を変えて診察をする等の工夫をし、そして肺炎の疑いのある患者に接する時は早めに外科用マスクを着け、発熱と咳のある患者には受診の早い時期からマスクを着けておいて貰う（他への感染拡大を防ぐため、エチケットマスク等と言うこともある）等の、一般外来における診察形態の変化が必要であろう。これには、医療関係者の努力だけではなく、受診を求めてこられる方々の理解と協力を得ることが必要である。そして重症患者に対しては、外来レベルとは異なり徹底した感染予防管理が目下必要であると考えられる。

感染の拡大予防と対策

一新ウイルスの発見と実験室内感染対策

WHOはSARSという病原体不明の疾患に対して、病原体の特定と検査方法の確立を目的として、9ヵ国11研究施設で構成される多施設共同研究ネットワークを開設した。この共同研究には、カナダ、フランス、ドイツ、オランダ、シンガポール、英国、米国、香港、中国そして日本（国立感染症研究所）の研究施設が参加した。普段は競争意識の激しい研究者達がWHOのリーダーシップ

による感染症への緊急対策という共通の目的の下に、全体があたかも1つの研究機関として全面的に協力しながら問題の解決にあたったことは、史上初めての試みであったといえよう。お互いに速やかに情報を交換し、無駄な、重複するような実験は避けた結果として、効率の良い研究が進められ、このようなシステムの構築から1ヵ月という短期間で、新種のコロナウイルスを発見し、これをSARS corona virus と命名した。AIDSではその病原体であるHIVの特定に2年以上を要している。今回もAIDSの時のように、個々の研究者が独自にひっそりと進めていたのでは、これほど早く発見には至らなかったであろう。この国際間の研究者の協力とそれをまとめたWHOのあり方は、緊急時における感染症研究の今後の在り方を示すものであると言えよう。

一方、実験室の問題もでてきた。2003年7月のSARSは終息したが、その後、同年9月にシンガポール、12月に台湾から実験室での感染例の報告である。新たに見出された病原体を扱う実験室内においては感染のリスクが高く、またそれを見過ごした場合には実験室をきっかけにSARSが拡大し得ることが示唆されたものである。さらに2004年4月、中国では9名のSARS症例が報告された。発端のなった患者は国立ウイルス研究所でウイルス実験（SARS CoV以外のウイルスといわれている）を行っていた者であり、中国政府は同研究所を閉鎖した。死亡例（発端者の母親）より得られたSARS-CoVについての遺伝子解析結果は、実験室株とほぼ一致するものであった。感染経路はまだ完全に明らかにされていないが、今回のSARSの実験室内感染の原因は、実験室内バイオセーフティ管理が不適切であったこと、規則が遵守されていなかったこと、実験者の不適切な実験操作があったこと、実験室内安全対策が十分でなかったことにあり、中国政府は結論づけた。

今回の事例について、もしバイオセーフティ管理が十分になされていたら、小規模であったとはいえず生じてしまった二次感染、三次感染の拡大は防止ないし縮小できたであろう。しかし一方、本事例が意図的に隠され続けたとしたら、あるいは誰もが一般の肺炎として取り扱っていたとしたら、おそらくは2003年と同様、気付いた時はSARSの流行のまっただ中にあるということになったであろう。

シンガポール、台湾、中国の事例から、実験室におけるバイオセーフティ管理の見直し、そして病原体を取り扱う者自身の自覚と注意の必要性を、我々は学ぶべきである。

まとめ

現代の感染症はかつての死の疫病ではなくなり、多くの人が安心して過ごせるようになった。かつてに比べれば脅威ではないと筆者は考えている。しかし一方では、新興・再興感染症のように新たな、また再び問題となってきたものも少なくない。また一部の国では良い状況となってきた感染症であっても、地球規模で考えた場合には決して改善されていない、むしろ死の原因として依然大きな問題となっているものもある。さらにせっかく人類が総力を挙げて根絶に成功した天然痘が、再びバイオテロという卑劣な武器として再び注目を浴びてきている等、極めて悲しい現実もある。

SARS、鳥インフルエンザで代表されるように新たな

感染症も、バイオテロも、気が付かなければ初期は日常的な疾患である。基本的に重要なことは日頃から感染症への対応をきちんとしておくことにつぎ。近年、感染症危機管理という言葉を目にすることが多いが、それぞれの場における感染症に対するセンスの向上が感染症対策の第一歩であるとする。

感染症の1つ1つを根絶するという事は到底現実的な話ではない。しかし、現在の死因としての感染症、感染症による健康の被害、障害を減少させ、より安心して暮らせるようになることを今世紀の目標とすることは可能であろう。

なお日常の感染症の発生動向、新たな感染症の発生の状況等については、国立感染症研究所感染症情報センターホームページ (<http://idsc.nih.go.jp/index-j.html>) を、ご覧頂きたい。



住友製薬

天然型 インターフェロン- α 製剤

生物由来製品・劇薬・指定医薬品・要指示医薬品(注意—医師等の処方せん・指示により使用すること)

スミフェロン[®]300/DS300

生物由来製品・劇薬・指定医薬品・要指示医薬品(注意—医師等の処方せん・指示により使用すること)

スミフェロン[®]600/DS600

生物由来製品・劇薬・指定医薬品・要指示医薬品(注意—医師等の処方せん・指示により使用すること)

スミフェロン[®]900注

インターフェロン アルファ(NAMALWA)注射液

薬価基準収載

薬効能・効果、用法・用量、警告・禁忌を含む使用上の注意等につきましては製品添付文書をご覧ください。

製造発売元 (資料請求先)
住友製薬株式会社

〒541-8510 大阪市中央区道修町2丁目2番8号

〈製品に関するお問い合わせ先〉
くすり情報センター

☎ 0120-03-4389

受付時間：月～金 9:00～17:30(祝・祭日を除く)
<http://e-medicine.sumitomopharm.co.jp>

GOARN(Global Outbreak Alert and Response Network)

谷口 清州*

日々世界では感染症のアウトブレイクが起っており、世界保健機関(WHO)は、1997年よりOutbreak verificationメカニズムにより、世界各地で起っているアウトブレイクに関する情報を積極的に集め、それらを関係機関の協力により確認している。国際的に重要な感染症アウトブレイクについては、そのレベルに応じて国際的な情報共有が行われており、国際的な対応が必要な場合には、Global Outbreak Alert and Response Network(GOARN)を中心にして対応している。2002~2003年の重症急性呼吸器症候群(SARS)の世界同時多発アウトブレイクは、奇しくもこれらのメカニズムが試される結果となり、人類に対して強烈な教訓を残したと考えられる。こういった状況下、地球規模での感染症アウトブレイク対応はより一層充実させる必要があり、また、本邦においても、こういった事態に即座に対応できる体制を整備しておくこと、すなわち国際的に問題となる感染症から、日本国民を守る、すなわち、National Health Securityをもっと真剣に考える必要があると思われる。

はじめに

2002年から2003年にかけて世界のいろいろな地域に伝播したSARSや、それに引き続いて発生し、2005年に入ってもまだ続いている、アジア各地におけるトリインフルエンザウイルスによる家禽でのアウトブレイクと、それに引き続くヒトへの感染、あるいはこのような世界的な脅威とまでは行かないものの、各地で、エボラ出血熱やニパウイルス脳炎など新興感染症をはじめ、コレラ、 Dengue熱、マラリア、メリオイドーシスなどのアウトブレイクが起っている。多地域にわたるアウトブレイクや国際的な伝播が起っている感染症アウトブレイクでは、国際的な連携・協力が必要となるが、限局した地域に起っているものであっても、途上国など当該国だけで鎮圧することが難しい例や、放置すればその国での被害が拡大し、あるいは他の地域へも波及してしまう恐れのある

ものなどについても、やはり国際的な対応が必要となる。

本項では、時に政治的な問題も存在する国際的な感染症アウトブレイクへの対応について、現在唯一の世界的な枠組みとして機能している、GOARN(Global Outbreak Alert and Response Network)について、その設立の経緯やメカニズム、そして現在の運営状況などについて記述する。

I. グローバルアウトブレイクサーベイランス

日々世界では感染症のアウトブレイクが起っている。これらの中には、他の国に波及するおそれのあるものや、国際的な貿易や交通に影響を与える可能性のあるもの、あるいは共通の原因により多数の国で同時に起っており、速やかに対策を行うためには国際的な協力が必要なものなどがある。WHOでは国際的に重要な問題となる可能

*Kiyosu TANIGUCHI 国立感染症研究所感染症情報センター 室長

性のあるアウトブレイクに速やかに対応するために、Global Epidemic Surveillanceの一環として1997年より、世界各地で起こっているアウトブレイクに関する情報を集め、それらを関係機関の協力により確認して、国際的な重要性を評価し、必要であれば即座に対策を講じられるようなメカニズムを樹立している¹⁾。

これはOutbreak verificationと呼ばれているが、種々の情報源からアウトブレイクの報告あるいは噂(Rumor)情報を集め、国際的な重要性を評価する。Officialの情報源としては、WHO本部、あるいは地域事務所、加盟国のWHO代表部、加盟国の保健省などからの報告があり、Unofficialなものとしては、世界各国の感染症対策機関や研究所、WHO協力センター、種々のネットワーク、メーリングリスト、NGO、報道機関から私的通信に至るまで、あらゆるところから情報を入手している。

国際的に重要であるとの判断基準として、①不明疾患である、②罹患率、死亡率が異常に高いこと、③国際的な拡大の可能性があること、あるいは国際的な交通、流通に影響を与える可能性があること、④アウトブレイク対応に国際的な協力が必要な場合、そして⑤意図的なあるいは偶発的な病原体の散布が疑われることであるが、基本的にはそれぞれのケースに応じて、世界の公衆衛生に及ぼす影響を評価して対応方針を決定する。疾患によっては、エボラ出血熱、天然痘などのように、疾患の名前だけで即座に対応するものもある。

国際的に重要と判断されたアウトブレイクは、Official sourceからの報告の場合には必要ないが、Unofficial sourceからの情報の場合には、まず当該国の保健省あるいはWHO代表部、あるいは地域事務所を通して、実際にアウトブレイクが存在するかどうかの確認作業をする。このVerificationを通じて、当該国と連絡を取り、正確な情報を収集し、必要に応じて、当該国が適切な対策をとれるように、技術援助を行ったり、国際チームを組織して派遣したり、必要な予算を募ったりするわけである。こうして集められた情報やアウトブレイクの経過などは、Outbreak Verification List

(OVL)として、世界の公衆衛生従事者、政府保健省、感染症対策機関などに配布されるとともに、アウトブレイクニュース(<http://www.who.int/disease-outbreak-news/>)として広報されている。

II. 感染症アウトブレイクへのグローバルな対応

国際的な感染症対策は、1948年4月7日に設立された、国連のなかで健康に特化した技術的組織(UN specialized technical agency for health)との位置づけにある世界保健機関(World Health Organization; WHO)により行われており、これは現在192の加盟国をもち、毎年のWHO総会(World Health Assembly)を最高決議機関とする組織である。基本的には、国内でいうと厚生(労働)省にあたる行政機関であるが、ちなみに労働に当たる部分は、国際労働機関(International Labor Organization; ILO)により担当されている。実際の感染症対策については、図1に示すようにWHOの感染症局(Communicable Disease Cluster; CDS)のなかで行われており、特にアウトブレイク対応はこのなかのサーベイランスと対策部(surveillance and response department; CSR)で行われているが、中心になっているのは、緊急対応課(Alert and response operation; ARO)である。また、WHOはこのジュネーブの本部だけではなく、世界に6つの地域事務局があり、また各国に141の国事務所と連絡事務所がある(日本などの先進工業国には存在しない)。

もちろん、上述の現在の組織は、最近の組織改編の結果であり、感染症対策について特に強化された結果である。それ以前は世界各国の例に漏れず、感染症対策については優先順位は若干低くもっと小さな組織であった。そして国際的なアウトブレイク対応も、基本的には、WHO本部および、地域事務所、そして国事務所のWHOのネットワークのなかで対応し、必要な場合に、個別に米国CDCやフランスInVS、あるいは日本の感染研など各国の感染症対策機関に支援を依頼していた。

このような状況下、おりから新興・再興感染症が問題となりつつあった2000年5月、WHOはサー

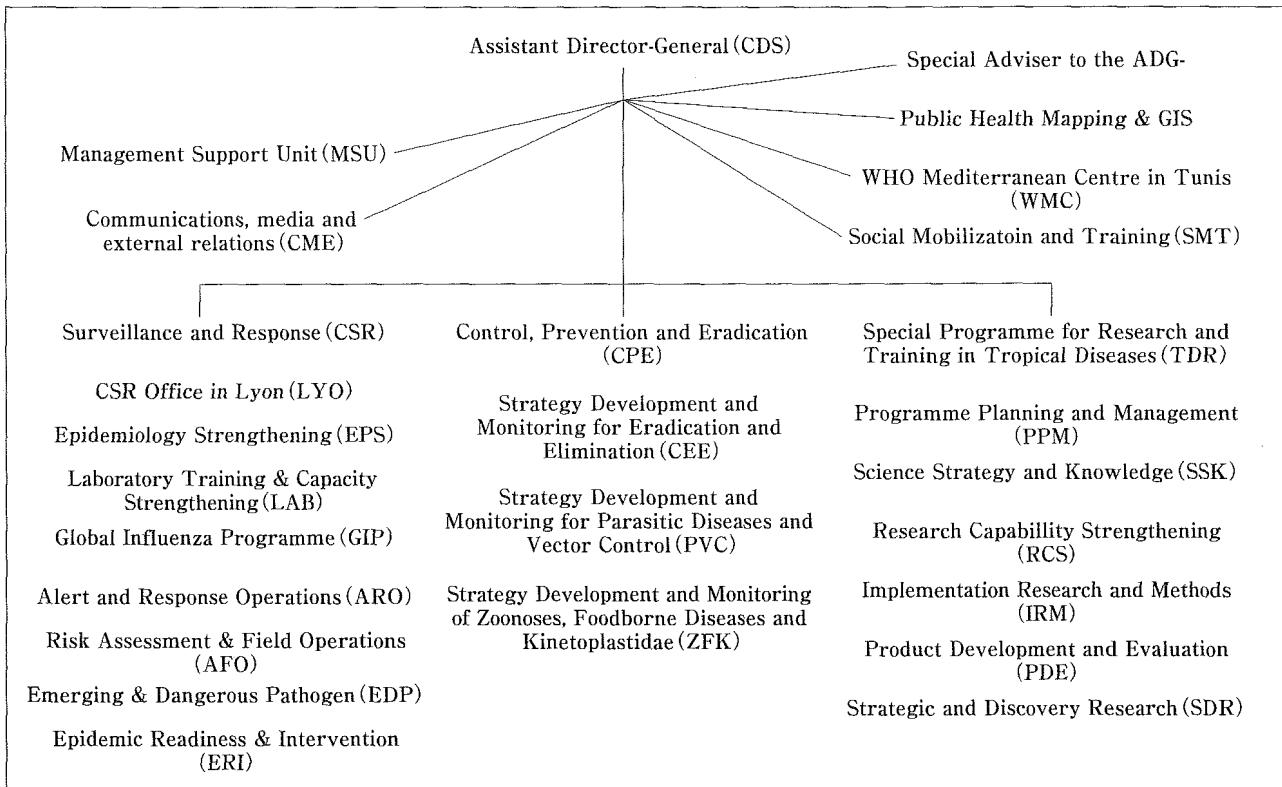


図1 WHO感染症局の組織図
Communicable Diseases Cluster as of 1 October 2004

SOURCE:WHO/HQ/CSR/ARO/AFO

ペイランスと迅速な対応を促進するために、世界中の感染症対策ネットワークを統合したネットワーク(Network of Networks)のコンセプト(カラー頁図1)の基に、Global Outbreak Alert and Response Network(GOARN)を樹立した。これは世界の主立った感染症対策機関やネットワークを集めて協力体制を築き、国際的に重要な感染症アウトブレイクを、速やかに探知、確認、情報共有して、世界中に存在する知識と技術を、有効に適切に、それらを必要としている地域に集約して、鎮圧しようというものである。当初、ユニセフや国際赤十字など国際機関、米国CDC、フランスInVS、日本の感染研などの感染症対策機関、南アフリカウイルス研究所やパスツール研究所などの研究機関、EPICENTRE、国境無き医師団(MSF)などNGO、あるいはPACNET、TEPHINETやProMEDなどのネットワークが参加しているが、今後も世界中

からの参加が期待されている。

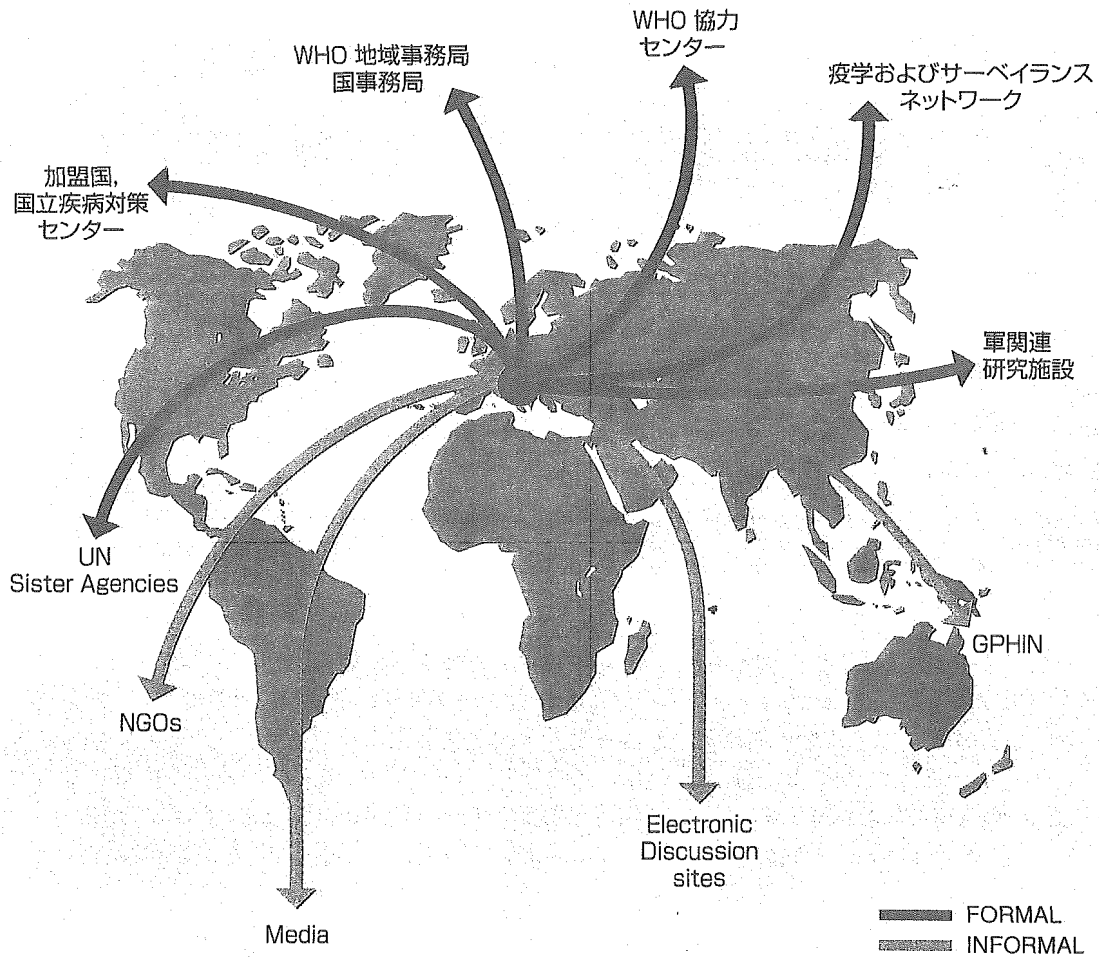
このネットワークでは、国際的に重要なアウトブレイクに関して情報交換し、ネットワーク内で探知したアウトブレイクについては公式発表前から情報共有して、そのVerificationに協力し、必要な場合には専門的な見地から技術的アドバイスをWHOあるいは当該国に対して行う(カラー頁図2)。国際的な対応が必要な場合には、ネットワークパートナーに対して実地対策への参加を募り、一定の基準により国際チームを組織し、WHOのシステムを使用して現地に派遣して、対策活動を行う。ネットワークでは、このような国際的対策に際して、標準となる枠組みを作成して対応の効率化を図っている。また稀な疾患では、アウトブレイクの際の研究活動も重要な任務であり、その疾患の病因

(23ページにつづく)

May 2005

GOARN (Global Outbreak Alert and Response Network)

谷口 清州*

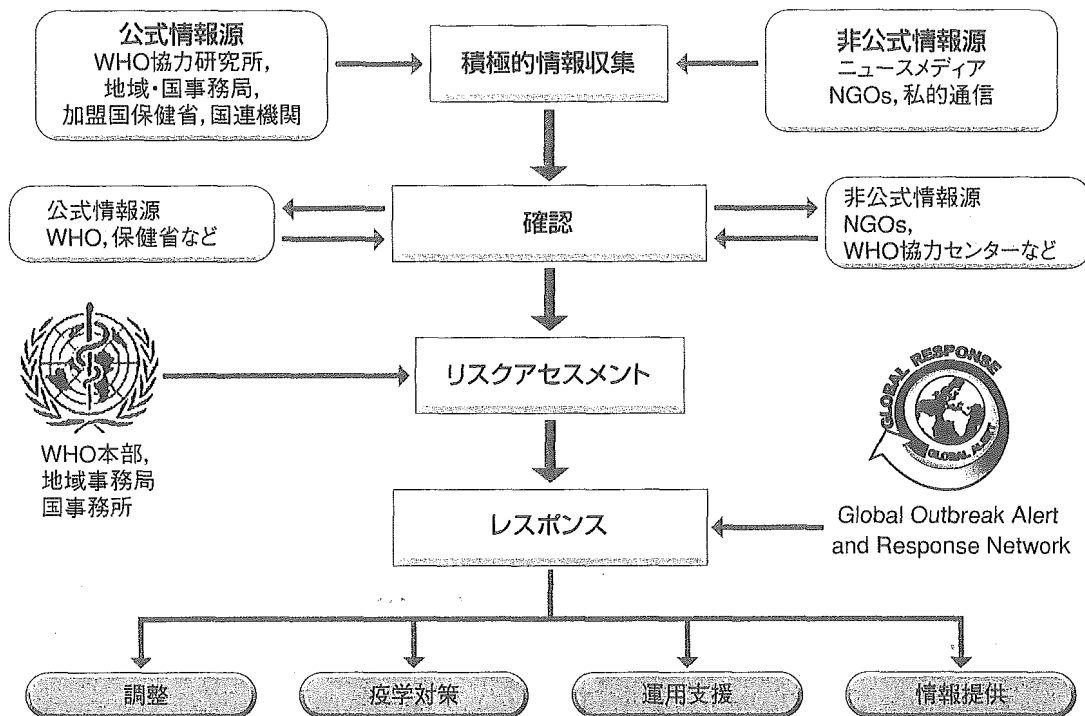


(Source: WHO/HQ/CSR/ARO/AFO)

図1 Network of Networks

*Kiyosu TANIGUCHI 国立感染症研究所感染症情報センター 室長

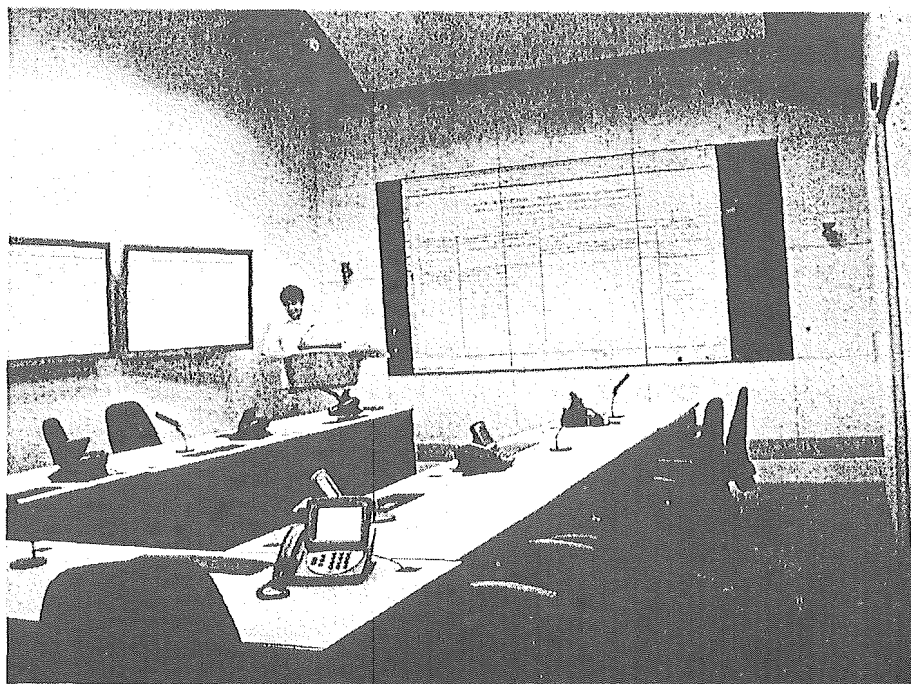
GOARN(Global Outbreak Alert and Response Network)



(Source: WHO/HQ/CSR/ARO/AFO)

図2 WHOにおけるアウトブレイクサーベイランスレスポンスメカニズム

図3
WHO Strategic Health
Operation Center



Source: WHO/HQ/CSR/ARO/AFO

May 2005

(14ページからつづく)

を解明したり、効率的な対策のための研究も行っている。こういった対応を通して、種々の疾患に対する対策ガイドラインも生まれてくるのである。疫学調査を通して収集、確認された情報は、その内容に応じて、ネットワーク内で共有するとともに、上記のOVL、WHOアウトブレイクニュースWebサイト、そしてWeekly Epidemiological Record(WER)により世界中に発信されている。

これまでWHOは、多くのアウトブレイクに対して上述のGOARNとともに対策にあたってきた。このアウトブレイクには、バングラデシュのニパウイルス脳炎、コンゴ、ウガンダのエボラ出血熱などが含まれるが、なかでも忘れることができない21世紀初の新興感染症SARSでは、中国本土、香港、台湾、シンガポール、ベトナム、カナダなどに国際チームを派遣した。その後のベトナム、タイのトリインフルエンザのヒトへの感染、インド洋沖地震・津波、東チモールでのデング出血熱、コンゴのペストなどが含まれ、数え上げていくとつきりがないが、2000～2005年の3月までに、世界40ヵ国で、50以上のGOARNのパートナー機関から、400人以上の専門家の協力を得て、48のアウトブレイクに調査・対応を行っている。

2004年には、ジュネーブ本部内に、より効率的なアウトブレイク対応と世界各国の連携のために、国際的な感染症アウトブレイク発生時の対応の中心となるべく、Strategic Health Operation Center(SHOC)(カラー頁図3)を設置し、なんらかの国際的な感染症アウトブレイク発生時には、WHO本部、WHO地域事務所、各国政府機関や世界の感染症対策の専門機関、各国に展開する実際のフィールドチームをリアルタイムビデオカン

ファレンスや電話会議システムで結んで、種々の議論と対応方針の判断を行い、迅速で効率的な国際的対応を行うべく準備している。実際インド洋沖地震と津波では、ここが緊急対応の中心となって機能したのである。

おわりに

WHOはこれまで上述のGOARNにおいて数々の国際的な感染症アウトブレイクに対応してきた。そして現在、グローバルレベルでのアウトブレイク事例管理システム(Global Event Management System)の開発を行うとともに、このネットワークの裾野を広げるべくこのネットワークのサブネットワークともいふべき、地域的なあるいは国単位でのネットワークの樹立を推進している。欧米の国々は、地理的に近いところのみならず、遠い海外での感染症アウトブレイクにも積極的に出かけていき、その対策に従事している。それらの経験は、世界と良好な情報共有体制を築くとともに、その感染症に対する知見を深めるということにおいて、結果的に自国を守ることになる。

わが国においても、国際的なネットワークに加盟して、海外での感染症情報の収集にも力を注ぐとともに、国際社会の一員として積極的に海外におけるアウトブレイク対応に協力していくべきと考えられる。これらの積み重ねが、Global Health Securityに貢献するとともに、本邦におけるNational Health Securityの樹立につながるのである。

文 献

- 1) Grein TW, Kandebure OK, Guenael R, et al.: Rumors of disease in village: Outbreak verification. *Emerg Infect Dis* 2000; 6: 97～102.

韓国 ソウルにおける基礎調査(北朝鮮に発生する Health Emergency 時の韓国の対策および関連する保健・看護専門家教育の実態)報告

日本赤十字九州国際看護大学
喜多悦子、大塚邦子

わが国が公式の交流を持っていない国や地域に由来する健康の危機に対する早期警戒体制への提言を行う研究の一環として、北朝鮮に発生する感染症アウトブレイク、その他の Health Emergency に対して、同国と Demilitarized Zone をはさんで接する韓国ではどのような対策を持っているか、また、地域の保健医療に関係する(病院勤務以外の保健)専門家や、世界的にみて、最も多数をしめる保健専門家としての看護師の教育体制を知る目的で、2005年2月23日から26日の間、韓国ソウルを訪問し、基礎調査を行った。

1. 平時における北朝鮮との交流

1-1. 一般的交流

韓国政府の対北朝鮮政策は、1997年に大統領となった金大中により始められ、現盧武鉉政権も踏襲する「太陽政策」¹⁾である。

「太陽政策」とは、北朝鮮の頑な対外姿勢を変化させるには、政治的経済的圧力ではなく、人道的また経済的支援や観光などを含む文化的交流が好ましいとするもので、北朝鮮もこれを評価しており、また、韓国内でも、若年層にはこれを支持する層もあり、一般的には、南北関係は良好とされている。しかし、これが、金正日政権の存続につながるとの考えは、特にアメリカや日本にあるが、北歐などにはこの姿勢を支持する動きもあり、金大中大統領は、2000年の自らの平壤訪問と南北首脳会議実現によりノーベル平和賞を受賞している。

民間の北朝鮮交流では、1992年頃に始まる経済特区がある。中国とロシアに接する平壤から北に1000キロの羅先市では、当該地区に投資を希望する外国企業に所得税の減免や、輸出品の無関税措置によつての誘致を促進した。しかし、電力など基礎インフラの不備から発展は限定的で、現在では、ほとんど機能していないとされる。その後、韓国からの交流では、1998年に始まった、北朝鮮出身の財閥「現代(Hyundai)」会長鄭周永氏による民間交流がある。鄭氏は、巨大な現代グループの総帥であるが、郷里に対する支援として、1989年の訪朝時、金剛山(Kumgang-san)開発、

船舶修理工場、自動車組立工場の設立など、3項目の投資を合意した。しかし、その後の南北関係後退で実現しなかったが、2002年、韓国人やその他の外国人による外資投入や往来も可能にする「金剛山観光地区法」の制定から、鄭氏の三度目の訪朝が決定された。氏は、北朝鮮に1万トンの食糧と1000頭の耕牛支援を決定し、南北赤十字会の協力を通じて、まず、食糧1万トンを北朝鮮元山港に送り、次いで、自ら、板門店の「不帰橋」経由、50台のトラックに乗せた1000頭の耕牛をもって、北朝鮮に入った。

北朝鮮の経済特区は、その他にも、先鋒経済特区、西海工業団地などが、また、中国南京市の電気メーカー(国有)熊貓の北朝鮮でのパソコン合併生産計画や南北間の京義線の連結提携などがあるが、いずれも首都圏から離れた隔離地であったり、工業化に必要なインフラ整備の不備や通信、交通、運搬のロスがあつたりすることから考え、大きな開放政策にはなりえないとみなされている。

また、2002年9月の日朝首脳会談以降、2003年には北朝鮮による日本人観光客入国禁止措置もあり、その後はツアーの本数が激減しているが、わが国でも、北朝鮮観光を扱う旅行業者は数社²⁾あり、個人での入国も可能な他、相当数の国からの観光客および観光を装った入国もある。しかし、インターネットなどに発表されている限り体験談からも、元国連職員の個人情報によっても、同国内での一般観光客の行動は相当制限されていると思われる³⁾。

1-2.韓国赤十字

2005年2月10日、核兵器保有を宣言した北朝鮮を隣国に持ち、同一民族が60年の長きにわたり分断されている、世界唯一の国という、きわめて政治的かつ困難な中で、韓国赤十字社の対北朝鮮支援は、1995年、北朝鮮において発生した自然災害を契機に強化され、諸外国からの支援による150,000MTの物資、鄭周永氏の支援による牛500頭などが、1997年7月から1998年3月までの間、韓国赤十字から北朝鮮赤十字に移送された。その後、食糧補給は停止されたが、現在、韓国赤十字は、北朝鮮赤十字社との間に2本のホットラインを確保し、以下のプロジェクトを行っている。

① Non-food items(調理用具など)の供給。

② 肥料供給。

1991~2001年までは、トウモロコシ、メリケン粉を供給していたが、近年の脱北者問題*などから、現在は、食糧補給ではなく、肥料に変わっている。

③ 隔離家族の再会プロジェクト。

14年にわたる協議の末、1985年、ようやく始まった分離家族の郷里訪問は、まもなく、中断された。しかし、さらなる努力と1995年の北朝鮮の自然災害救援を機会に、1997年5月に討議が再開され、2000年7月には、金剛山ホテルでの南北赤十字会談が開催され、さらに南北サミツ

トの結果、2000年8月15日から18日にかけて、双方からの各100家族の相互訪問が決まった。これは、その後の連続した計画の最初であった。なお、この時、同時に、第二次世界大戦中に、日本によりサハリンに移動させられた朝鮮族の人々が、希望すれば祖国を訪問できる計画も合意され、日本政府および同赤十字社の協力を得て、2002年末までに、167回、14,122名がサハリンから朝鮮半島を訪れ、内1544名は、韓国内に永住できるようになっている。

この南北分離家族交流は、毎回、南北各100名(家族ではない)が、それぞれ5名の隔離されていた家族、血族と再会する。ただし、昨年9月以来中断。

南北朝鮮の離散家族は1,000万人近くと推定されている。なかには二世、三世が含まれるが、純粋に北朝鮮生まれの在韓人口は41.7万人で、韓国総人口の約1%にあたる。問題は、国の分断以来、既に60年を経た現在、北の家族や親戚との再会を強く望んでいる北朝鮮生まれの在韓国滞在者は、すべて高齢者であり、これらの人々への早急の対策が待たれている。

南北赤十字会は離散家族の問題で100回以上の協議を重ね、数回にわたって協定を結んだ。しかし、1985年に双方合計151人が板門店を通して相互訪問を実現して以来、政府或いは赤十字会の協定に基づいた相互訪問は停止されている。、赤十字青年活動としての植林は今年4月、開始予定。

- ④ 現在の南北赤十字間の問題は、
- (隔離家族の)生死の確認
 - (隔離家族の)所在場所の確認
 - 再開促進
 - 家族統合の促進
 - その他の人道支援 である。

1995年来の北朝鮮支援経費は、総額4919億ウォン(約490億円)に上がるか、赤十字の活動は、結論的には、将来の真の南北統一にむけた民族融和のためのさまざまな対応といえる。

興味深いコメントとして、family unification project で、《きわめて困難生活環境にあると考えられる》北の住民が、《著しく発展した》南の社会を経験しても、北崇拜の思考は変化がないようにみえる、brain washing の影響、効果は計り知れないという言葉があった。

真の南北統一の困難さが思いやられるとともに、拉致家族の子どもたちの、わが国への適応が参考になるのではないかとも思った。

なお、1995年に開始された赤十字・赤新月社連盟の食糧支援も、1997年以来中断されている。

2. Emergency 対策

南北の軍隊による厳密な DMZ による隔離体制とその中心をなす漢江の存在から、万一、北で不測の事態が起こったとしても、徒歩または乗用車など地上経路での大量避難民流入は想定されていないように思われた。

北朝鮮に不足の事態が発生した場合、DMZ 機構の一方は崩壊するかもしれないが、避難民の流れが南に向かうとしても、他の一方である南側(韓国/米軍)の DMZ 体制が強化されるとの予測か、あるいは、政府の「太陽政策」下では、上記のような事態を予測してはいけないのではないかと考えられる。

したがって、北朝鮮内で何らかの感染症大流行があった場合の拡散経路は、北朝鮮からの脱北者によって中国東北部にもたらされた疾患が、その後、韓国あるいは東南アジア経由でわが国に到るか、あるいは中国東北部から、直接、わが国に拡散する場合が考えられるが、いずれにしても、大きなアウトブレイクがそのまま拡大することは想定し得ない。ただし、人の動き、物質の移送を含め、非合法的な経路が存在するため、通常の検疫などでは把握できないことを想定しておく必要はある。

また、韓国側には、信頼すべき北朝鮮の情報はないか、あっても公表しない模様であるが、「太陽政策」を保持すること、および恒常的な人道支援を継続する姿勢もあって、同一民族への核兵器や生物化学兵器による攻撃やテロのリスクは少ないと、公式には考えられているようにも見えるが、なお、偶発事故による脅威があることは想定されているようであった。

これらに関する対策は、今回、短時間のため、面会しえなかったが、韓国 CDC (Center for Communicable Diseases) や保健省の緊急部門と交流し、韓国内体制や情報を得る必要があると思われる。

3. 保健・看護専門家教育

3-1. 韓国赤十字看護大学 Red Cross College of Nursing, Seoul, Korea

韓国赤十字によれば、同機関は関与するに足る財政的余力を持っていないことを大きな理由に、赤十字を標榜しているものの韓国赤十字看護大学に対しては、ほとんど関与していない。また、今のところ、赤十字社内で、近い将来の関与についての議論もないという。

韓国赤十字は、1905 年、当時の高宗(李太王)によって設置され、1906 年には、貧者救済の赤十字病院が開設されたが、1909 年に日本政府により閉鎖されたとされている。その後、1919 年、在上海暫定政権により韓国赤十字社として再開設し、1920 年に

傷病兵士の看護他のための人材育成が始まったとされる。その後、第二次世界大戦終結直後の1945年10月、赤十字病院付属の高等学校として再発足した。1958年には、入学資格を高等学校卒とし、1959年には、病院から独立、赤十字の管理下に移行、62年に大学化、当初から、赤十字の人道 /humanity と慈愛/charity の精神に則り、苦痛を癒し /relieve suffering、人々 の健康を促進する/promote overall public health.ことを目指してきたという。 <同大学歴史から>

同大学は、優れた教員による高い教育の質および卒業生の就職率の高さによって、韓国内で保健/health と看護/nursing の両分野における名声を博している。さらに過去3年継続して、教育省の優秀大学に選ばれているが、現在、さらに大学の刷新のために新たな財源を求めている。

今回は、学長 Dr. Mo-Im Kim (医学博士、保健省、韓国赤十字副総裁) および同大学国際保健と災害看護研究センター長兼災害看護学助教授 Dr. Gocheol Lee (RN, MPH, PhD) に面会した同助教授は、先日まで、インドネシアでの救援に従事していたという。

Kim 学長は、昨年、交流を目的に日本赤十字社本社および日本赤十字看護大学を訪問されており、早い時期の姉妹校締結を期待され、即決を求められた。手順、詳細に関しては、今後、教授会などでの検討が必要との当方の説明には、「国際的でない・・・」と苦笑されたが、教員および学生の可能な交流については早急に検討したい。なお、同大学では、全教員が英語に堪能ではないものの、年間、適当な回数の講義を英語で行っている由。

3-2. 檀国大学

檀国大学は、Mr. Hyung Chang および Mrs. Hee-Jae Cho により、「National salvation」、「Independence」、「Self-reliance」をモットーに、1947年、韓国最初の私立大学として設立された。現在、Seoul キャンパス、Seoul から南に高速道路で1時間の Cheonan キャンパスに21学部、8部門大学院をもつが、2006年には、面積34万坪、最新教育施設を持つ Suji キャンパスが、Seoul から30分の地に開設される。

同大学のマスコットである黒熊は、韓国神話によれば、忍耐/patience と蛮行の克服 /overcoming ferocity を象徴する。各所にみられる黒熊は、同時に、人道主義/humanitarianism および真理/truth と奉仕/service に重点をおいた同大学の精神をも象徴しているとされる。

医学部は、1988年に Ceonan に創設され、卒業生をまっけて、1994年には、同地に600床の付属病院を、翌95年には大学院を開設し、現在は、Seoul と Pusan の中間にある Ceonan 地域の中核病院の役割を果たしている。

看護学部は、1987年に医学部内の1部門として開始されたが、1992年には独立し、40名4

年課程の学部となり、1997年には2年修士課程を併設している。
2005年から、ガン、麻酔、老人などの臨床専門看護師課程を開設する。

現在までに、10回の卒業式を挙行、280名を送出、国家試験合格率は100%という。就職先は、総合病院の臨床がほとんどだが、企業や学校の保健室勤務や公務員として地域保健を専攻するものも出てきている。大学院は1997年開設、現在までに18名の修士を送り出している。学科目にかんしては、日本と大差はない。

付属機関として、健康増進研究所をもつ。

特徴として、障害者施設や農村での奉仕活動による単位修得がある。

壇国大学の Chonan キャンパス訪問は、ソウルから、高速で、往路約1時間半、帰路2時間であった。先年、本学を訪問された張忠植理事長に同行され、源氏物語の研究者でもあり、日本語が堪能な宗貴英文学部教授および同じく同行された国際文化交流センター宗寅錫課長両名の終日同行を得た。

壇国大学校病院李永爽院長の概説後、李淑看護学科長ほか教授助教授6名および病院看護部次長と意見交換したが、ここでも、姉妹校交流の要請を受け、韓国赤十字看護大学同様の返答をした。なお、教員は、全員、PhDである。

なお、わが国では、専修大学や中央大学との交流がある。

3-3.延世大学公衆衛生大学院

延世大学は、設立後119年、キリスト教系の私立大学である。多数の卒業生が韓国政財学界で活躍し、学歴社会の韓国においても、有数の大学といえる。近年、中国初め、近隣諸国と交流に励み、わが国では、慶応、早稲田、東大など、各分野における交流がある。SeoulおよびWunju両キャンパスに、計19学部、7大学院、3研究所を持つ。

今回は、旧知の Seung-Hun Yu 公衆衛生大学院院長(元ジョンズ・ホプキンス大公衆衛生大学院助教授)をたずね、北朝鮮関係の状況解説をうけた。(1-1、2参照)

4. 板門店、Panja 視察

韓国赤十字社張錫準事務総長のご好意により、同社の車両で、板門店と付近の Panja および烏頭山統一展望台を見学した。

統一祈願碑のある Panja 公園では、零度程度の気温ながら、日本人団体をふくむ観光客がい

る中、米軍戦車や装甲車が行進し、ライフルを構えた米兵が展開するなど、平和な韓国の中で、一瞬の緊張を感じさせられた。また、烏頭山統一展望台では、凍結した漢江をはさむ対岸の北朝鮮モデル村を前に、みやげ物が売られ、やや緊張を欠く事態もあった。いずれにせよ、38度線のなす漢江の河岸や隣接する農地には、なお、鉄条網が配置され、数百メートル毎の監視所には、兵士が配置されている光景は、中央の「太陽政策」とはなじまない感じがつよかった。

謝辞

今回の調査訪問が、短時間ながら、効果的で、成果を挙げえたのは、日本赤十字学園近衛忠輝理事長、日本赤十字社浦田喜久子看護部長のご仲介とご支援による。心からお礼申し上げます。また、韓国の各受け入れで、懇切丁寧に解説して頂いた各位にも謝意を申し上げます。また、ご多忙のところ、招宴をお持ち頂いた壇国大学張忠植理事長、同病院李永爽院長、延世大学 Yu 大学院長にお礼申し上げます。

なお、調査経費は、厚生労働省国際協力研究「国際健康危機管理に対する研究班」の海外調査経費を用いた。