

forcing surveillance and alertの制定以降、政策の最終的な決定、公衆衛生施策の実施、健康の計画・政策策定に携わるのに対して、InVSの役割は、疫学サーベイランス、警戒、コントロール対応への参加、リスク評価、科学的側面、トレーニング、情報伝達、などである。InVS組織の重要な特徴のひとつは、全国16のRegion（広域県のようなもの）にInVSの出張所というべきCIR Esが設置され、各地域においてアウトブレイクへの警戒や調査、サーベイランスの実施、特定の公衆衛生ハザードに対するサーベイランス、地域レベルにおける情報戦略の中心をなす、と言う点である。各CIREsは、さらに小さな単位のDistrict Health Authorities (DDASS) への疫学的な支援を行う一方、そのセンター部門が首都パリに設置されている。（ヨーロッパ域内のサーベイランスネットワークの一員）。ラボ施設は無いものの、各専門分野についてリード的な役割を担う大学などの他のラボ研究機関を実際の国の検査高次機関と指定して、総合的なコンサルテーションを行っている。2006-2009年に関する国の高次検査機関の情報はhttp://invs.sante.fr/surveillance/cnr/liste_cnr_2006.docより得られる。2006年時点では、InVSは380人の正職員を擁し、年間予算は約5000万ユーロ（77億5000万円/1ユーロ=155円と筆者により計算）であった。

感染症部門は食品媒介感染症および人獣共通感染症、ワクチン予防可能疾患、医療関連感染/耐性菌、HIV/性感染症/C型肝炎、レジオネラ症、結核および輸入感染症等の部門からなる。InVSにおいては、他に環境に起因する健康の問題、慢性疾患、職業衛生等を扱う部署がある。

国際的な健康に関する部門 (=International health department) の存在は注目される。噂情報 (GPHINなど: 後述) を含む国際的な情報の一義的な収集 (Epidemic Intelligence)、パートナー国との二国間協力、GOARN (Global Outbreak Alert and Response Network) への参加、熱帯病のサーベイランスなどが主たる活動である。

* Indicator-based surveillance

優先順位の高い疾病を全てカバーしている。これらはすなわち緊急対応を要する (目的とする) 全数疾患である。2007年には計30の対象疾患があるが、うち一部は優先順位は高くても全数報告を求めている (インフルエンザなど)。データ元は、熱帯地域における海外領地を含む全国である。下記にその疾患名を示す (斜体字は傾向の

追跡のみを目的としている)。なお、2001年11月より、医療従事者は異常な肺炎症例についてのRegionレベルへの報告を求められるようになった。これは現在、潜在的にSARSや鳥インフルエンザのヒト感染、H5N1感染症なども含んでいるものと予想される。

- Anthrax
 - Botulism
 - Brucellosis
 - Chikungunya (imported or Caribbean)
 - Cholera
 - Dengue (imported or Reunion)
 - Diphtheria
 - Epidemic typhus
 - Foodborne disease outbreak
 - Healthcare-associated infections*
 - Hepatitis A
 - *Hepatitis B (symptomatic)*
 - *HIV infection (newly diagnosed)*
 - Legionellosis
 - Listeria
 - Measles
 - Meningococcal disease (Invasive infection)
 - Malaria (autochthonous / airport ; imported in overseas)
 - Plague
 - Poliomyelitis
 - Rabies
 - Creutzfeldt-Jacob and other TSE
 - Smallpox and other orthopoxviruses
 - *Tetanus*
 - Tuberculosis
 - Tularemia
 - Typhoid & paratyphoid fever
 - Viral haemorrhagic fevers
 - Yellow Fever
- Lead intoxication

2001年5月16日に導入された新しいサーベイランスシステム後、これらの疾患は診療機関の医師およびコミュニティの検査機関という二つのグループから、24時間以内に各District Public Health Officer (DDASS: Medecin Inspecteur de Sante Publique) に対して届出義務があると定められている。目的は伝播抑制のための警戒の発令および迅速な対応であり、長期的な公衆衛生政策の規定や評価に寄与することである。よって、HIVおよびB型肝炎がさかのぼり出来ない情報である以外は、コントロール策を実施するために同定可能なデータを収集する。DDASSからは全て匿名のさかのぼり不可能なデータとしてRegion (通常、4~5のdistrictからなる) あるいはInVSへ

送られる。Regionでは週レベルの情報還元を実施する。Region～Nationalレベルで必要に応じた情報の分析、検査結果を参照した上での警報の発出、積極的な調査、情報の発信が行われる。さらにこれらの情報に基づいて、専門家により国レベルでの対応方法の決定などがなされるのである。

なお、デング熱、チクングンニヤ、あるいは麻疹などの幾つかの疾患については、検査情報をメインにおいたサーベイランスが施行されている。

*Event-based surveillance

Eventは、「住民の健康への脅威を意味するかもしれない、あらゆるヒトあるいは環境における現象」として定義され、また、警報が宣言される前に全ての徴候はその存在が確認され、確定される必要がある、と規定される。この定義そのものは、WHOにおけるPublic Health Emergency of International Concern (PHEIC) の文章とかなりの部分が合致しているように感じられる。そのクライテリアは、フランスにとって具体的に影響を与えるものとして、以下に規定される通りである。

- ① フランスに影響する可能性のあるリスク
- ② フランス国内に輸入されるリスク
- ③ 海外領地における発生
- ④ 多くの(フランス籍の)国外労働者を有する国(country with many expatriates)
- ⑤ 旅行者が多く訪れる地域
- ⑥ 具体的な依頼/注目が集まった状況

Indicator-based surveillanceを補完する他の公衆衛生サーベイランスとして以下のようなシステムがある。

- ① 全国約500ヶ所の一般医(GP)を指定して実施されているインフルエンザ様疾患(ILI)の定点サーベイランス
- ② 2003年の熱波禍以降、救急室あるいは医療機関への電話回数を対象とした症候群サーベイランス
- ③ Rumor surveillance (Epidemic Intelligence) : この活動の目的はフランスの国民、旅行者、移民、国外労働者に対する潜在的な健康上のリスクを同定することにある。その活動はメディアやインターネット上に存在する情報を“signal”として活用する。対象は、GOARN、GPHIN、ProMED、NGOs、コンサルテーション、他である。2007年においては十分に機能していなかったとの反省があるが、着実に改善している。この情報収集は、受身的と言うよりは、前向き

な情報収集である。

- ④ 学術情報の収集
- ⑤ 獣医学、食品衛生、水あるいは環境に関連する情報(情報は収集しているがInVsにおいてではない)
- ⑥ 軍組織においては独自のシステムがあるが、全数報告の枠組みに参加している。上記システムは、サーベイランスとしてのシステム評価を行う必要があるとの認識がある(感度、特異度、陽性的中率等)。

データの転送については、救急室および医師への電話、死亡診断、検査結果については年中無休24時間体制で電子的に伝えられる。全数報告についてはファックスおよび電話を用いて就労時間中に行われる。また早期警報に関する情報は電話およびEメールでなされ、オンコールの疫学者が24時間ベースで情報を受けることが出来る。

得られた情報の確認(verification)および評価(assessment)については、通常districtの疫学者が行うが、InVsも頻回に参加する。情報は通常、分類され、確認され、分析され(流行曲線、致死率、リスクグループ、マッピング)、組織立った情報として発信される。Districtはサーベイランスだけではなく、コントロールへの責任もある。

具体的な例としては以下のようなものがある。

- ① フランスに影響する可能性のあるリスク: 鳥インフルエンザ(2004-07年)、SARS(2003-04年)、チェルノブイリ(1986年)
- ② フランス国内に輸入されるリスク: セネガルにおけるコレラ(2005年)、アルジェリアにおけるペスト(2003年)
- ③ 海外領地における発生: コモロ諸島におけるチクングンニヤ(2005年)、インドネシアにおけるデング(2004年)
- ④ 国外労働者が多い国: ブルキナファソにおける黄熱(2004年)、ブルキナファソにおける髄膜炎菌W135(2002年)
- ⑤ 旅行者が多く訪れる地域: ケニアにおけるリフトバレー熱(2007年)、ギリシャにおける心膜炎(2002年)
- ⑥ 具体的な依頼/注目が集まった状況: オーストラリアにおけるKujin(2007年)、インド洋におけるチクングンニヤ(2006年)、サル痘(2003年)、エルサルバドルにおける肺炎(2003年)

*対応のcapacity

InVsは研究機関として独立したエージェンシーとして、脅威を検出し、警報を発し

、国レベルあるいは地域レベルでの対応を必要に応じて実施する能力を確保している。MOHおよびRegionはコントロールおよび脅威をマネージすることについての責任がある。このMOHとInVSの役割分担が明確化されていることが重要であるとの認識が、それぞれの担当者からの聞き取りによっても感じられた。また、トレーニングプログラムとして、InVSにはPROFETと呼ばれる実地易学専門家養成プログラムがある。トレーニング教材を整備し、大学や公衆衛生学校などとの協力のもとで進められている。

景とした感染症対策の進展に一助となることが期待される。

* IHRの対応に関する省庁間の連携

保健部局内の連携については前述の通りである。他省庁との関係については、InVS内のInternational and tropical departmentによるWorld Health Organization (WHO)、外務省、パスツール研究所との連携がある。具体的な情報は十分に得られなかったが、インド洋におけるチクングンニヤ発生時などの対応では、軍組織の全面的な協力の下に対処が行われたところなどから推定すると、フランスの国益に関して重要と見なされる事例については、省庁の枠を超えた対応がなされていることが伺える。

(2) 国際的な麻疹の情報収集サイト作成
2007年度はその作成に着手したところである。

D. 考察および結論

(1) 海外に多くの領地を有してきたフランスにとっては、海外で発生した感染症の対応は、海外に在留するフランス人を含めて国内の問題へのリスクを有するものとして、IHR2005を持ち出さずとも自然に扱われてきた印象があった。特に2001年以降、対応は柔軟なものになってきている。しかしながら、今後、移民や海外労働者などの存在が増加し、状況が複雑化、広範化していく中で、それぞれの情報収集および対応の精度を分析し、よりの確な公衆衛生施策を実施していくことが必要であるとの雰囲気を感じ取れた。世界に展開していると言う点で米国と類似した雰囲気があるが、米国のような一国として突出しているものではなく、ヨーロッパの一国としての方向性は独自のものであり、我が国への参考としても今後も得るところが多いと考えられる。

(2) 国際的な麻疹の情報収集を円滑に行うためのホームページ作成にも着手したが、その進展により、我が国においてもIHRを背

平成19年度厚生労働科学研究（健康危機管理対策総合研究事業）
分担研究報告書

改正国際保健規則への対応体制構築に関する研究（19300401）

分担研究者 松井珠乃 国立感染症研究所感染症情報センター

研究要旨：ドイツのロベルトコッホ研究所において、ルーチンの感染症サーベイランスシステムと、国レベルでの改正国際保健規則への対応状況について情報収集を行った。ドイツの感染症サーベイランスシステムの特徴は、大規模に病原体情報を収集している点であり、また、それを補う形で、臨床医や各種施設等からの届出のシステムも整っていた。改正国際保健規則の“annex 2”に、柔軟に対応できるように法律整備が行われている点も特筆すべきことであると考えた。

A. 研究目的

ドイツにおけるindicator-based surveillanceとevent-based surveillanceについて情報収集を行うこと、および、ドイツにおける改正国際保健規則（以下IHR）対応状況を調査すること。

B. 研究方法

2007年10月22日に、ドイツのロベルトコッホ研究所（以下RKI）において、感染症サーベイランスの担当者である、Dr. med. Dorothea Matysiak-Klose MPHに対して、標準調査票（別紙）に基づいてインタビューを実施した。なお、RKIは疾病のコントロールと予防に対して中央連邦政府の機関として責任を持つ立場にある。

C. 研究結果

* RKIの役割

感染症の予防に関する法律（Infektionsschutzgesetz, IfSG）の制定に伴って、RKIは連邦政府の感染症に関する疫学センターとしての責任を与えられた。

RKIは連邦政府の健康に関する報告システム（Gesundheitsberichterstattung des Bundes, GBE）のコーディネーターと運用に責任をもち、また概念的なデザインと疫学データの収集の実現化に関与しており、また登録システムと加工された疫学データの維持と更新に関わっている。この作業は、連邦統計局（Statistisches Bundesamt）と他の連邦政府の責任者と協力して行われている。

RKIは、バイオテロの探知と予防に関する業務も担当している。これを遂行するために、RKIは連邦政府、州、地方の防衛部門、およびヨーロッパおよび国際的な機関、住民保護に関する機関などと協力し

科学部門およびメディアに情報提供をしている。

* Indicator-based surveillance

新しい感染症法に基づき2001年に新しいサーベイランスシステムが導入された。47の疾患は検査確定された後に、すべての検査機関からRKIに対する届出義務があると定められている。これらの47疾患のうちの一部およびそれ以外の疾患を加えた計14疾患（および疾患群）は、第一次医療機関により、疑いの段階（死亡例も含む）で届出義務が課せられている。51の疾患は、地方の公衆衛生担当者の仕事を助けるため、またデータを標準化するために、臨床的な症例定義が定められている。この症例定義は、ドイツ語でかかれ、全国に配布されている。加えて、疫学的関連があるものは、いかなる疾患であっても届け出ることが推奨されている。

ヒトのインフルエンザH5N1感染症の探知を潜在的な目的とした、症候群サーベイランスは、インフルエンザパンデミックに対する有用性を調査する目的で、まさに導入されたばかりである。

サーベイランスデータの提供元は、全国すべての医療機関、検査機関に加えて幼稚園、学校、老人福祉施設などの施設も含まれる。検査機関からの届出義務のある情報は、地方から州レベルまた国レベルへ自動的に送信される。上記のシステムによりindicator based surveillanceとしては、1年あたり約400万件の情報提供がなされる。

* Event-based surveillance

IHRは2007年7月のIHR施行に伴って改正されたドイツの感染症法のセクション6と対応している。この条文によると、IHRのannex 2に従って報告義務のあるすべての“event”はドイツにおいても届出

義務があるとされている。つまり特別の場合においてはevent-based surveillanceを行わなければならないということである。ただし、Indicator-based surveillanceにおいて、広範囲な情報収集がなされているため、event-based surveillanceの代用として使うことができる可能性も残されている。

これらの情報収集に加えて、RKIは特に世界大会などの大きな行事などのおりには、ニュースメディアからの情報収集も行っている。

獣医師関連の感染症の情報や、食中毒の情報は、国レベルではRKIとは異なる機関が関与しているが、獣医師関連の機関とRKIとでは、時々情報交換がなされており、食中毒関連の機関からは、RKIに対して臨時に公式の情報提供がなされる。これらの情報は、地方の健康当局と地方の獣医師部門との間で公式のやり取りがなされたあとに、RKIに情報が上がってくる。そして、RKIと獣医師部門の国の機関の間でリスクアセスメントについての公式のやり取りがなされる。

IBBS (Informationsstelle des Bundes für biologische Sicherheit)は、バイオセーフティーに関する連邦情報センターという意味であるが、ここは、バイオテロリズムの問題を扱っており、RKIとの間で情報のやり取りがなされる。救急車サービス、公的サービス(上水、下水、環境部門など)、軍との間では、RKIとの間にルーチンの情報共有はなされていない。

* 対応のcapacity

Public Health Emergency of International Concern (以下PHEIC)に対する対応のcapacityは、RKIから24時間/7日間、必要な人材や装備を展開できる対応できることになっており、国レベルでは、十分であると判断している。通常のアウトブレイクにおいては、必要な際は、州レベルの指導を受けることもあるが、地方レベルが原則すべての責任を負うことになっており、地方および州の対応capacityは通常のアウトブレイクに対応するには十分であると判断されている。PHEICが発生した際は、特に国際的な協力が求められる場面においては、地方および州の担当者は、他の州もしくは政府とRKIに助力を求めることになるかもしれない。

* IHRの対応に関する省庁間の連携

3ヶ月に一度、危機管理対応の運営会議が開催されている。また、IHRの導入に関して、厚生省、内務省、RKIなどが参加する最初の会議が近々予定されている。なお、IHRのfocal pointは危機管理に対応

する省庁である内務省におかれている。

D. 考察および結論

ドイツにおいては、網羅的な感染症サーベイランスシステムが構築されており、また、IHRのannex 2に、柔軟に対応できるように法律整備が行われていることから、感染症に関連した”event”はルーチンのサーベイランスもしくは、IHR annex2に従って探知されることが期待されている。ただし、省庁間の情報共有と、州と連邦政府との連携がドイツにおいてPHEICに備えるための鍵であるかもしれない。

平成 19 年度厚生科学研究費補助金（新興・再興感染症研究事業）
「改正国際保健規則に対する日本の対応体制構築に関する研究」班

世界各国の IHR2005 に対する対応の調査と本邦における対応

分担研究者 森兼啓太（国立感染症研究所感染症情報センター）

研究要旨

アメリカ合衆国の IHR2005 に対する対応の調査を行った。今年度は主に連邦政府機関レベルの調査を行い、疾病予防対策センター（CDC）および連邦政府保健省（HHS）の担当部署から情報収集した。健康危機情報は CDC にもたらされ、CDC では事例への対応や現地へのヒト・モノの派遣を行うなどのアクションを起こす一方、IHR2005 対応としての報告は HHS から行うので、HHS に情報を上げる。HHS には CDC だけでなく国内の他の政府機関や他の様々なルートから情報が入る。それらを一元的に HHS が管理し、WHO への報告も HHS から行う。報告の判断を行う部署や人員が明確になっている。CDC と HHS を中心とした IHR2005 への対応は確固たるものがあるとの印象を受けた。一方で、健康危機情報を拾い上げるためのサーベイランスは、IHR2005 対応として新設されたものはなく、既存のもので十分であるかどうかの検証が必要と考えられた。

A. 研究目的

本研究班は、世界保健機構 (WHO) が 2005 年に改正した国際保健規則 (以下 IHR2005 と略す) に沿って、各国が自国内の健康危機に関するイベントをどのように情報収集し、どのような基準や方法で WHO に報告するかを明らかにすることを目的としている。

本分担研究班では、アメリカ合衆国の IHR2005 に対する対応を調査することである。

B. 研究方法

アメリカ合衆国の IHR2005 に対する対応に関する情報を収集した。2007 年 9 月に行われた健康危機に関する国際会議の場で、およびその後メールなどにより情報を得た。

C. 研究結果

(1) アメリカ合衆国の IHR2005 への対応の全体像

2007 年 9 月の国際会議の場で入手した情報によると、アメリカ合衆国の国内で発生する健康危機情報は現地のような様々なソースからもたらされる。より具体的には、保健衛生を所轄する行政組織に対して、医師や病院、一般市民や事業者など様々な人や団体が情報を寄せる可能性がある。保健衛生の行政組織は、上位にあたる州の行政組織や、場合によっては感染症全般の専門的試験研究機関である疾病予防対策センター (CDC) に連絡する。地域の行政組織を通さずに医師などが直接 CDC に連絡する場合もある。

CDC や州の行政組織は、連邦政府機関である保健省 (US Department of Health and Human Services, 以下 HHS と略す)

と連絡をとり、IHR2005 のもとで WHO に報告すべきかどうかを検討する。報告すべき案件であると判断された場合に、WHO へ報告する。

従って、アメリカ合衆国の IHR2005 への対応を調査するには、様々なレベルの対応を調べる必要があることがわかった。ただし、核になるのは CDC と HHS であり、本年度はこの両者から情報収集を行った。

(2) CDC

国際保健を管轄する部署は、Coordinating Office for Global Health 中の Global Disease Detection というセクションである。ここに所属する David Bull 氏、および Raymond Arthur 氏より以下の情報を得た。

- CDC としての健康危機情報の最初の窓口は特に決まっていないが、それぞれの部門に Associate Director for Science (ADS) がいる
- ADS は、寄せられた情報を WHO の Annex 2A に沿って分析し、Public Health Emergency of International Concern (PHEIC) だと判断した場合、CDC の緊急オペレーションセンター (EOC) へ連絡する
- EOC は委員会を招集し、事例について検討する
- 検討結果により HHS と連絡をとり、WHO への報告は HHS から行なう。CDC は事例への対応につき検討し、必要なら人やモノを現地に派遣する

CDC はあくまで Technical な面を担当するという基本姿勢が貫かれていると考えられた。

(3) HHS

Office of the Assistant Secretary for Preparedness and Response (ASPR) に所属する Jose Fernandez 氏より以下の情報を得た。

- HHS では ASPR と Office of Global Health の 2 つの部署が IHR2005 への対応をする
- ASPR は平時の準備、OGH は実際に健康危機情報がもたらされた場合の実働組織という位置づけ
- HHS に健康危機情報がもたらされるルートは実に様々であり、CDC や州政府、連邦政府の他の組織（例：FDA や運輸省）などがある
- OGH 内にある Emergency Operation Center (EOC) が、CDC や FDA などと連絡を取りながら HHS の対応の中心にある
- EOC では、国内の健康危機情報をスクリーニングするスタッフがおり、食中毒から自動車事故まであらゆるヒトの健康危機情報に目を通し、公衆衛生的に問題となりそうな情報の拾い上げを行っている
- 事例に対して会議を開催し、他組織と連携をとるために、EOC 内には IHR action officer が 6 人置かれている。これらの人々は 365 日 24 時間、交替でオンコールに就いている
- 基本的に HHS は IHR 対応に関する最終判断機関であり、あらゆる情報をここに集めて IHR 事例として対応するかどうかを決定する仕組みになっている

HHS および CDC で収集した組織の関連や WHO への報告までの流れを図 1 に示

した。

(4) IHR 事例として、IHR2005 発効以来アメリカが対応した案件

IHR2005 への国としての対応を、アメリカは 2007 年 7 月 18 日から開始した。ちなみに、日本を含む大多数の WHO 加盟国は、同年 6 月 15 日から開始したになっている。

2007 年 1 月末現在、アメリカ合衆国から WHO に報告された事例は以下の 3 件である：

- Castleberry Foods - *Clostridium botulinum* : 罹患率や死亡率が高い可能性があること、輸出を通じて国際的な拡散の可能性があること
- Little League World Series - measles: 国際的な拡散および旅行制限などにつながる可能性があること
- Veggie Booty Snack Food - *Salmonella Wandsworth* : 罹患率や死亡率が高い可能性があること、輸出を通じて国際的な拡散の可能性があること

D. 考察

アメリカ合衆国の IHR2005 への対応は、連邦政府の保健担当である HHS のレベルで組織的に行われているという印象を持った。また、事例の拾い上げについては、IHR を意識したサーベイランスを特に新設することなく、従来の仕組みの範囲で情報収集するというスタンスであった。これまでに WHO に報告した 3 つの事例も、特に遅滞なく報告されているようであった。

しかし、IHR2005 以前の事例ではあるが、サル痘に関する情報が CDC まで上がってくるのに 10 日間を要したという情報もあ

り、これに関して期間を短縮するための新たなサーベイランスシステムなどを立ち上げたという情報はない。

今回、連邦政府レベルの組織に対する調査のみを行っているため、来年度は州レベルでの対応を調査し、合わせて連邦政府へのより詳細な聞き取り調査を行う必要があると考える。

E 結論

アメリカ合衆国の IHR2005 への対応を調査した。今年度は主に連邦政府機関レベルの調査を行い、すべての情報を一元的に HHS が管理し、報告も HHS から行うこと、および報告の判断を行う部署や人員が明確になっていることが明らかになった。

IHR2005 のためのサーベイランスは特に新設されておらず、地方から中央への情報の流れや迅速性に不安材料があり、この点に関して州や都市レベルの公的機関に対する情報収集が必要と考えられた。

G 研究発表

1, 論文発表

特記すべきものなし

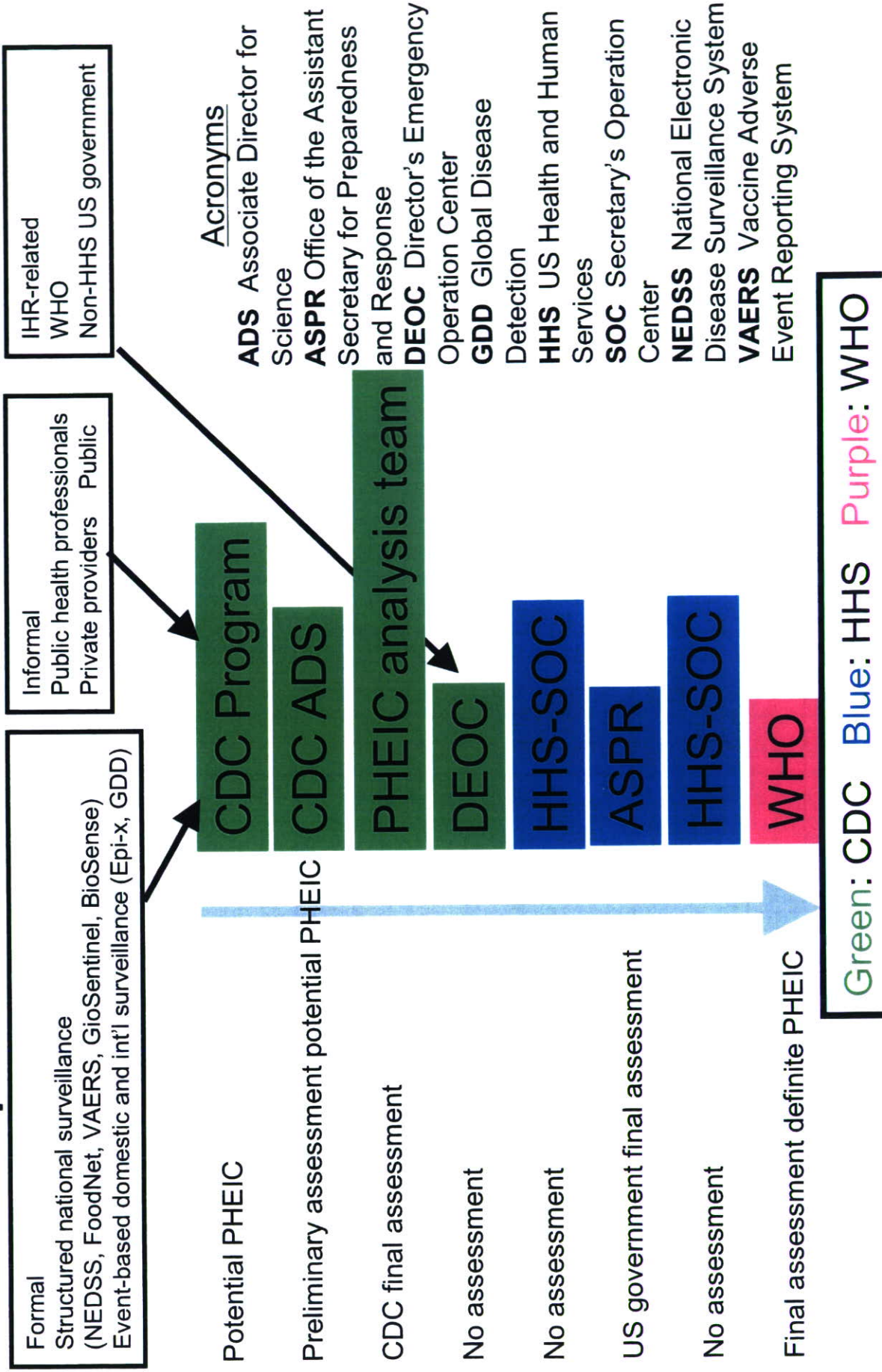
2, 学会発表

特記すべきものなし

H 知的所有権の出願・登録状況

特記すべきものなし

PHEIC assessment and reporting protocol in the United States



オーストラリアにおける IHR2005 への対応体制

分担研究者 谷口清州 国立感染症研究所 感染症情報センター

研究要旨

IHR2005 を施行するための我が国における体制の整備のために、世界各国の体制の調査の一環として、オーストラリアにおける体制を調査した。当然のことながら、IHR2005 は条約としての位置づけであり、国家全体体制を確保するために法整備から、組織、体制が準備されており、我が国においても、このようなインフラの整備が火急の課題であると考えられた。

A. 研究目的

国際保健規則(以下 IHR)は、唯一の世界での感染症の拡大を防止する法的な根拠であるが、昨今の新興・再興感染症の状況、あるいは交通と流通のグローバル化により、実情に合わなくなっていることが指摘されており、2002 年から 2003 年にかけての重症急性呼吸器症候群(SARS)の世界流行のあと、2005 年 5 月に世界保健総会でその改正が採択され、IHR2005 として 2007 年 6 月に施行となった。主な改正点は、1)報告対象の概念の拡大、2)国を代表する確実な連絡体制、3)各国が準備すべきコア・キャパシティ、4)非公式情報の積極的活用、5)WHO の科学的根拠に基づいた勧告、6)他の国際機関との連携、調整である。

IHR2005 における国際的な報告では、SARS の経験もふまえ、これまでの感染症に限定されていた対象疾患が大幅に拡大され、基本的に対象が個別疾病ではなく、その原因の如何を問わず、すべての国際的健康危機事例、すなわち原文で Public Health Emergencies of International Concern(以下

PHEIC)とよばれるものが国際的な報告対象となった。そして、これらを有効に運用されるためには、国レベルでの対応能力がもっとも重要という認識から、サーベイランスと対応、そして、入国ポイントでの対応について、“Core capacity requirements”、すなわち対応能力に関して最低基準が設定され、加盟国はこの IHR2005 が発効する 2007 年 6 月から 2 年以内で既存の対応能力の評価と改善計画を立て、2012 年 6 月までに完了することが求められている。

本研究班では、本邦においてこれらの新しい体制を構築するために、まず IHR2005 について詳細を把握し、WHOを含む世界各国の対応の進捗状況を調査し、協調体制をとりながら、本邦における体制の構築について検討する。初年度は、まず世界各国の対応状況を調査して、本邦における対応方針の樹立のための基礎資料を提供することが目的とされ、本分担研究では、オーストラリアでの体制について、詳細を調査し、基礎資料を作成することを目的とした。

B. 研究方法

他の分担研究において報告されているように、まず研究班全体で、IHR2005 の条文と Core capacity requirements を記述している、Annex 1 を検討して、IHR2005 の施行に必要な体制を議論し、各国において調査してこべき項目を、Standard questionnaire として、まとめた。これらは、もちろん各国の危機管理体制に関わることであり、それぞれ National Security に属することであるため、詳細な状況を調査することは容易ではないため、実際に訪問して、担当者と Face to face で議論を行う必要があった。しかしながら、実際には研究班では十分な海外旅費が供給されていないため、なんらかの国際会議や他の機会を捉えて当該国と議論することとした。本分担も、他の要件においてオーストラリアを訪問した際に、1 日を割いて、実地での調査を行ったものである。

(倫理面への配慮)

いわゆる、研究における倫理的な問題は発生しないが、調査内容は各国の National Security に属することであるので、供与された資料や内容については、本報告書で記載することは概要のみとし、詳細な情報は、我が国の体制を議論する参考資料としてのみ使用することとし、Confidential な資料として、厚生労働省関連部局に提出した。

C. 研究結果

オーストラリアにおける感染症サーベイランスは、まず、National notifiable diseases として 68 疾患が規定されており、以下のような疾患群が、電子的な報告システムである、National Notifiable Disease Surveillance

System (NNDSS) を使用し、州政府を通して報告されている。

- a) Blood-borne viral diseases
- b) Gastrointestinal disease
- c) Quarantinable diseases
- d) Sexually transmitted infections
- e) Vaccine preventable diseases
- f) Vector-borne diseases
- g) Zoonoses
- h) Other bacterial diseases

これらは、Epi-Rage というインターフェースを通してリアルタイムで解析できるように整備されており、Communicable Disease Network Australia(CDNA)によって Supervise されている。また、食品媒介疾病については、OzFoodNet により、すべての胃腸炎、非胃腸炎、慢性的障害が報告されており、それぞれ症例と、入院例、死亡例までの報告が行われている。

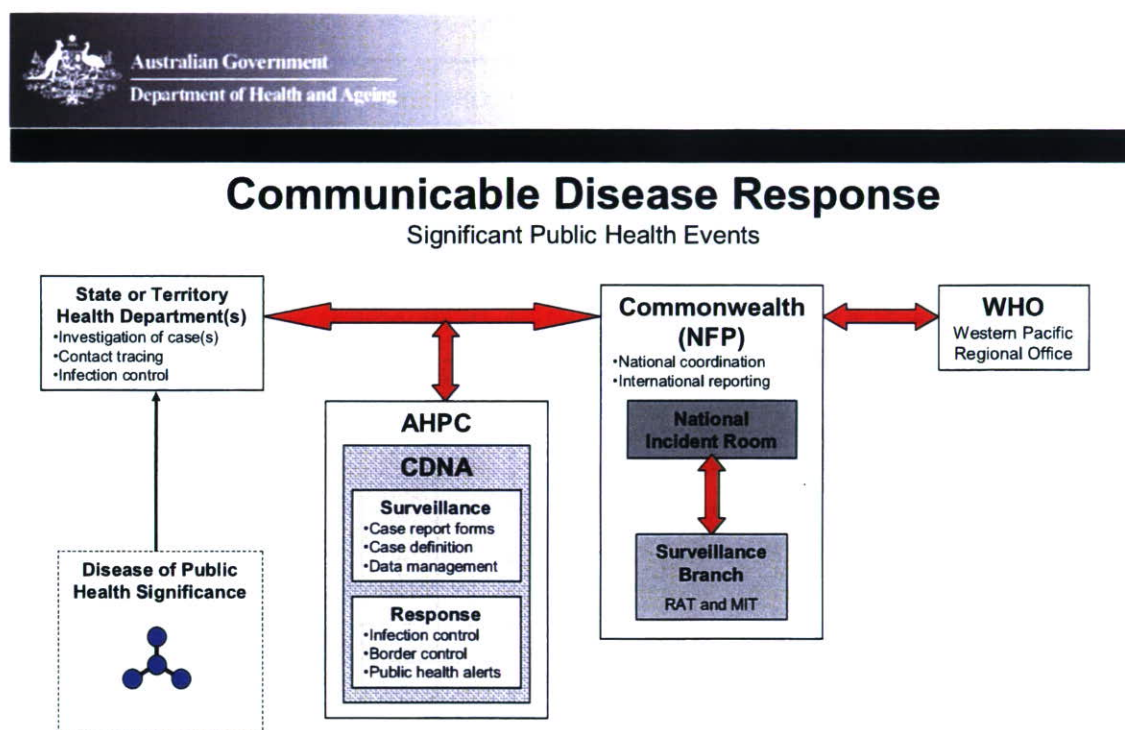
オーストラリアにおいて、IHR2005 に対する体制の構築に際して、まず現状の法体系を見直し、保健省が IHR における全権大使とも言える National Focal Point としてみとめられること、そしてすべての健康危機事例についての情報が保健省に集約できるような法体系を樹立した。また、折からのパンデミック対策に関連して、保健省のなかに、Office of Health protection を新たに新設するとともに、すべての健康危機情報を集約し、健康危機管理センターとして機能すべく、National Incident Room を整備した。また、全体の意志決定機構として、Australian Health Protection Committee(AHPC)を設置し、図のような体制において、IHR2005 の施行に備えた。

National Health Security Act と呼ぶ法律は、

基本的に Federal system (連邦制) をとり、ほとんどの権限が州政府にあるオーストラリアにおいて、IHR2005 に規定されているような国際報告の対象となる可能性のある健康危機事例を連邦政府に集約するためのものであり、これは 2008 年 3 月に発効したばかりであり、まだ詳細については未定である。

オーストラリアにおいては、今後 event surveillance (事例サーベイランス)、対応体制、そして IHR National Focal point をどのように運用していくかを検討し、2009 年までに IHR2005 をフルに施行できるようにする予定である。

図. オーストラリアにおける IHR による国際報告に関する体制



D. 考察

我が国においては、法に規定されている報告対象、例を挙げれば、ペスト、コレラ等の感染症(感染症法)、食中毒(食品衛生法)、医薬品の副作用(薬事法)、放射性同位元素の盗取、所在不明その他の事故(放射線障害防止法)、災害の発生(災害対策基本法)等は何らかの報告が期待されるが、こ

れらに漏れる事例や症例は、厚生労働省からの通知による依頼に基づく、自発的な届出に頼っている。また、これらは医療施設からの届出だけであり、例えば環境汚染や食品汚染については、実際の被害が出るまでは行政当局では探知できず、これは 2008 年の農薬混入の輸入食品事例にも顕著に表れている。

オーストラリアでは、IHR の改正議論が始まった頃より準備を始め、おりからのパンデミック対策とも相まって、上述のような体制の構築に発展させている。

当然のことながら、我が国はこの IHR2005 を承認しており、このような体制を 2012 年 6 月までに構築しなければならないのである。このためには、現状の法律に規定されている届出だけでは、新しい IHR2005 に対応できないことはあきらかである。我が国では、厚生労働省が IHR National Focal Point として、健康危機事例に関する WHO との連絡において全権を担っているが、これはオーストラリアのように、国家全体での決議に基づいているのであろうか。また、そうであったとしても、実際にすべての健康危機事例を厚生労働省に集約できるのであろうか。オーストラリアを含む諸外国では、種々の法的な枠組みを樹立して、すべての健康危機事例を把握できるような体制をすでに構築しており、我が国では、このような法的枠組みを樹立することが、最初の課題である。

また、これらは保健部局、警察部局、消防部局、環境部局、あるいは Intelligence 部局など、いろいろなところがまず一時的な報告を受け付ける窓口になることが予想され、これらの情報は共有されるか、あるいは統合されなければ総合的な評価ができない。我が国においても、オーストラリアで設置されたような体制と、また危機管理センターのような組織が必要であると考えられる。

E. 結論

現在、我が国では IHR2005 を完全実施できる体制にはない。そのためにはまず、IHR2005 において規定されている健康危機

事例を集約、報告できる、法的、組織的整備を行う必要がある。これは、IHR2005 を満たすだけではなく、新型インフルエンザ対策を含む、我が国における健康危機管理全体を改善するものである。

F. 健康危険情報

特記事項無し

G. 研究発表

特記事項無し

H. 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む。)

特記事項無し