

200840013A

厚生労働科学研究費補助金

健康安全・危機管理対策総合研究事業

# 改正国際保健規則への対応体制構築に関する研究

平成20年度 総括・分担研究報告書

研究代表者

谷口 清州

平成21（2009）年3月

厚生労働科学研究費補助金

健康安全・危機管理対策総合研究事業

# 改正国際保健規則への対応体制構築に関する研究

平成20年度 総括・分担研究報告書

研究代表者

谷口 清州

平成21（2009）年3月

## 目次

### I. 総括研究報告

改正国際保健規則への対応体制構築に関する研究

谷口清州、松井珠乃 ----- 1

### II. 分担研究報告

- 1) 世界各国のIHR2005に対する対応の調査と本邦における対応  
森兼啓太 ----- 7
- 2) 世界各国のIHR2005に対する対応の調査と本邦における対応  
砂川富正、山本久美 ----- 11
- 3) 日本におけるIHR(2005)の運用のあり方  
押谷 仁 ----- 19
- 4) 国際保健規則で求める早期検知サーベイランス  
重松美加 ----- 23
- 5) 国際保健規則 (IHR) について  
----- 45
- 6) IHRについて知っておくべきこと  
----- 47

改正国際保健規則への対応体制構築に関する研究

研究代表者 谷口 清州 国立感染症研究所 感染症情報センター 第一室長

研究要旨

2005年5月の第58回世界保健総会にて、国際保健規則が約40年ぶりに改正され、その対象は大幅に拡大され、原因を感染症に限定しないすべての国際的に重要な公衆衛生的危機となった。日本を含む全WHO加盟国は5年以内にこの新しい枠組みに対応しなければならない。本研究班では、現状ではその準備の整っていない我が国において、IHR2005をフルに施行するための体制について検討を行っている。昨年度主要な国における体制を調査し、今年度は昨年度できなかった国において追加調査を行い、またWHOにおいて世界の状況を調査した。また、WHOにおけるIHR2005の施行に関するガイドライン作成に技術支援を行い、ガイドラインの進捗状況を調査した。そして日本におけるIHR2005の認知度を上げるためのホームページのコンテンツを作成した。

研究分担者(五十音順)

上野久美 国立感染症研究所 感染症情報センター 主任研究官  
重松美加 国立感染症研究所 感染症情報センター 主任研究官  
砂川富正 国立感染症研究所 感染症情報センター 主任研究官  
松井珠乃 国立感染症研究所 感染症情報センター 主任研究官  
森兼啓太 国立感染症研究所 感染症情報センター 主任研究官

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、IHR2005のAnnex 1として、Core capacity requirements、すなわち各国の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。また、それらの進捗状況を鑑み、我が国における状況を評価し、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を目的とした。

## B. 研究方法

初年度は研究班全体で、IHR2005の全条文、Core capacity requirementsを記述しているAnnex 1、Areas of work for IHR implementationを検討し、IHR2005の施行に必要な体制を議論し、各国において調査して行くべき項目を、Standard questionnaireとしてまとめた。これにあたっては、厚生労働省国際課、厚生科学課、結核感染症課、検疫所業務管理室と協議して、行政的に必要な項目も加え、調査すべき国として、厚生労働省とも打ち合わせを行い、WHO、アメリカ、カナダ、イギリス、ドイツ、フランス、オーストラリアについてコンタクトポイントを確認できた。担当者の確認は、2007年9月に行われた健康危機に関する国

際会議の場、あるいはメールなどにより情報を得て、調査の日程を調整した。

調査内容は、各国の危機管理体制に関わることであり、それぞれNational Securityに属することでもあるため、メールなどでは詳細な状況を調査することは容易ではないため、実際に担当者と対面して議論を行うこととしたが、海外旅費が十分ではなかったため、種々の機会を利用して、直接担当者との面談により調査を行った。

二年目の今年度は、昨年度できなかったカナダに追加調査を行うと共に、WHO担当者に面談して、世界的な状況を調査した。

また、サーベイランスとレスポンスに関するコア・キャパシティとしては、WHO・WPRO(Western Pacific Regional Office)から出されているChecklist/tool for APSED baseline data collection(Surveillance and Response)も参考にして、日本の現行のシステムでこれらのコア・キャパシティを満たせるかどうかの検討を行なった。

WHOにて進行している、IHR2005の施行に関する詳細なガイドライン作成に積極的に関与し、班全体として内容を検討し技術的な側面から議論を行った。

班会議での議論を通して、日本国内でのIHR2005の認知度が非常に低いことから、情報提供が必要と判断し、ホームページ作成のためのコンテンツを、WHOのIHR2005のWebサイトを参考にして作成した。

## (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

カナダは州の自治が確立しており、連邦政府はそれらをゆるやかにつなげる立場であるため、健康危機情報が強制的に連邦政府に吸い上げられることはない。そのため Public Health Agency of Canada (PHAC)では日頃から州の公衆衛生担当者と良好な関係を築くことに努力しており、その結果として様々な情報が様々なルートで PHAC にもたらされるような枠組みがすでにできている。National Focal Point は PHAC の中の Health Portfolio Operations Center で、PHAC の中の Emergency Operation Center とほぼ一体である。IHR への対応としては、この部署にリスクアセスメントを行なうユニットが設けられ、様々な情報を分析して WHO への報告が必要かどうか判断する。ただし、これらの部署は設けられたばかりであり、人員も割り当てられてはいるが、実際に稼働しているとはまだ言えない状況にある。WHO が要求している Capacity Assessment も、期限の 2009 年 6 月にどうにか間に合うという状況であり、カナダの IHR2005 対応は決して進んでいない。その代わりに、州と連邦政府の間に情報をやりとりする良好な関係と枠組みが確立しており、PHEIC の可能性のある情報を収集するという面ではすでに IHR2005 の core capacity requirement を満たしている。

WHO 本部において、施行より 1 年半を経過した IHR(2005)の最近の状況および各国の状況に対する予備的な評価に関する情報を調

査した。WHO は地域レベルで種々の評価様式の準備や、予備的な調査を実施している。今回、情報収集しえた 2008 年前半までの調査において、世界各国の National Focal Point (NFP)の位置づけや活動部署などの情報が明らかとなり、IHR に明記された権利や義務などの理解強化に関しても、国ごとに多様な対応がなされていた。また、43%の国々が IHR(2005)実施計画を策定した、と回答した。また、今回の情報収集の中で、現在の WHO 本部を中心とするリスクアセスメントの状況や、食品衛生を巡る IHR との関係などのトピックスが話題になっていることが分かった。

日本の現状評価の一環として、IHR2005 の Annex 1 の Core capacity requirement に照らし合わせて、現在の日本のシステムと主な問題点についてまとめた。まず、IHR(2005)では感染症だけでなく、すべての Public Health Emergency of International Concern (PHEIC)を扱うことになっているが、感染症法は感染症しか扱っておらず、現行の感染症法は IHR(2005)に対応できていない。Case-based surveillance については感染症法で IHR(2005)にも概ね対応できると考えられるが、Event-based surveillance については感染症法では十分な対応ができてない。Essential IHR requirements & procedures については、すでに述べたように感染症法が IHR(2005)に十分対応していないので、法的には IHR(2005)への対応ができていないとは言えない。また、各国での IHR(2005)の実行には National IHR Focal Point の役割が非常に重要になるが、日本では未だに National IHR Focal Point の強化が十分に図られているとは言えないなど、いろいろな面で、十分に対応できていないことが明らかになった。

WHO 本部においては、世界各国の専門家を招聘して、種々の Informal consultation を開催している。今年度は旅費の関係上参加はできなかつたため、資料を入手して、研究班で検討を行い、意見を具申した。Annex 1a に関して、各国が備えるべきサーベイランスシステムについては、以下のような案を作成した。

(1) Facility based surveillance systems (indicator based surveillance systems)

1) Routine surveillance system: collects information on priority diseases. This could be of endemic, non-acute or epidemic nature (ex. Onchocerciasis)

2) Disease specific surveillance system: Collects data on specific diseases or group of diseases, that have been identified for deserving specific surveillance due to disease burden (HIV/AIDS), health gains through specific programmed intervention (EPI diseases), social economic impact (influenza seasonal, avian, pandemic), presence of an elimination/eradication programme (ex. Polio) etc.

3) Early warning systems within health facilities: Usually collects data on acute epidemic prone diseases. Information from routine and disease specific surveillance systems feed into the early warning systems.

(2) Event based surveillance

1) Non hospital based surveillance systems and services

•Medical sources

•Non medical Sources

2) Community based surveillance

3) Cross-border surveillance

また、Annex 2 について、PHEIC を判定する

メカニズムについて、Decision tree を適用する基準として、以下のことが合意された。

IHR2005 に基づく報告が必要なものとして、以下の2つのカテゴリーを満たすものとする。

a) all events involving one or more cases of four specific diseases, irrespective of the context in which they occur, because they are by definition unusual or unexpected and may cause serious public health impact

b) all events which fulfill any two of four situational public health criteria specified below. (Within this second category, all events involving several diseases discussed in the next section must always be at least assessed, under the decision instrument.)

Four situational public health criteria (4つの公衆衛生クライテリア) は、1. Is the public health impact of the event serious?; 2. Is the event unusual or unexpected?; 3. Is there a significant risk of international (disease) spread?; 4. Is there a significant risk of international travel or trade restrictions?である。Annex 2 へ適用する基準としては、上述の a) に属する event のうち、4つのクライテリアの中の一つでも満たす可能性のあるものについて、すべてこの Decision tree を使用して評価することとなった。また、Decision tree のなかで、どのような判断を行うかについても、それぞれについて事例をあげて、詳細な解説をつけることとなった。これについては、議論の結果が、WHO のホームページに公開された。

D. 考察

これまで調査し終えた、他の先進工業国の状況を概観すれば、欧米諸国は国家全体体制で、健康危機事例を迅速に探知し、それら

を原因の如何を問わず集約、評価、対応、そして国際的な報告ができる体制を整備しており、IHR2005 の遂行に関して、必要な条件をほぼ満たしていると考えられる。また、途上国においても、WHO のアドバイスを受け体制の整備を図っている。WHO からは、詳細なガイドラインも発出されつつあり、IHR2005 の施行体制は整いつつある。一方、我が国は、IHR2005 に対応できる法体系はなく、現行の法律では対処できていないことが明らかとなった。サーベイランスに関しても、要求事項を満たしているとはいえ、対応体制についても、感染症に対しては、保健所システムで対応できるかもしれないが、感染症以外のあるいは感染症であるかどうかはつきりしないような Public Health Emergency への対応が問題になる。また、すべての健康危機情報を日本全体体制で集約、評価する体制も組織もなく、現状の我が国では、改正された IHR2005 をフルに施行できる体制にない。

WHO の調査結果では、途上国においても約半数の加盟国において、IHR に関する国家的な委員会が設置され、計画までは完成しているが、我が国においては、その委員会も実施計画も存在していない。

当然のことながら、IHR2005 は条約に準ずる世界的な枠組みであり、これが現在のグローバル化した世界における健康危機管理の規範となるものであり、各国の努力を世界的なグローバル・ヘルス・セキュリティにつなげるための規約なのである。

我が国は、国際社会の一員として、かつ、日本国民を健康危機より守るためにも、今回の国際保健規則の改正を機会に、包括的な健康危機管理体制を構築しなければならないと考える。当然のことながら、既存の体制には各

国違いがあり、各国の体制をそのまま輸入することは現実的でないかもしれない。すなわち、我が国においては、まず健康危機管理、すなわち、国民の健康と生命を守るための明確な戦略が必要であろうと考えられる。

#### E. 結論

日本は IHR2005 について、World Health Assembly において同意している。すなわち、2012年までにIHR2005の条文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が、まず、我が国は健康危機管理に関する明確な戦略が必要であろうと考える。

我が国が先進国あるいはWPRO 地域の一つとして、IHR(2005)の導入・施行に対して、どのような体制を整備できるか、そしてアジア諸国の中で先進的な役割を担って行けるかは内外的に非常に重要である。今後は、主要先進国から参考とすべきシステムに関する情報収集を図る一方、我が国としての独自の体制のあり方に関する議論が必要である。

#### 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

特記事項無し

平成 20 年度厚生科学研究費補助金（健康安全・危機管理対策総合研究事業）  
「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

カナダの IHR2005 に対する対応の調査を行った。IHR に関してカナダで統括的役割をもつ、連邦政府の公衆衛生局（PHAC）を訪問し、担当部署から情報収集した。カナダは州の自治が確立しており、連邦政府はそれらをゆるやかにつなげる立場であるため、健康危機情報が強制的に連邦政府に吸い上げられることはない。そのため PHAC では日頃から州の公衆衛生担当者と良好な関係を築くことに努力しており、その結果として様々な情報が様々なルートで PHAC にもたらされる。National Focal Point は PHAC の中の Health Portfolio Operations Center で、PHAC の中の Emergency Operation Center とほぼ一体である。IHR への対応としては、この部署にリスクアセスメントを行なうユニットが設けられ、様々な情報を分析して WHO への報告が必要かどうか判断する。ただし、これらの部署は設けられたばかりであり、人員も割り当てられてはいるが、実際に稼働しているとはまだ言えない状況にある。WHO が要求している Capacity Assessment も、期限の 2009 年 6 月にどうにか間に合うという状況であり、カナダの IHR2005 対応は決して進んでいない。その代わりに、州と連邦政府の間に情報をやりとりする担当者同士の良好な関係が確立しており、PHEIC の可能性のある情報を収集するという面ではすでに IHR2005 に対応していると言える。日本はカナダと異なり中央集権的であり、また都道府県と国の担当者が 2 年程度で異動する点などを踏まえると、参考にならない面が多いと感じた。

## 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、カナダの IHR2005 に対する対応を調査することである。

## B. 研究方法

カナダの IHR2005 に対する対応に関する情報を収集した。2009 年 1 月に公衆衛生局 (Public Health Agency of Canada, 以下 PHCA) を訪問し、情報を得た。情報の多くは、PHAC 内で IHR 対応の体制導入担当である Dennis Brodie 氏から得た。

## C. 研究結果

### (1) カナダの政府組織

行政的には州の自治権が大きく、連邦政府は州をゆるやかに統合している。保健福祉行政についても基本的には州が所轄し、州を超える事象や国際的・案件への対応は連邦政府が行なっている。州に対する連邦政府の権限は弱く、州が持つ健康危機情報を連邦政府に報告する義務はない (一部、報告が義務化された疾患を除く)

### (2) カナダの IHR2005 対応の全体像

カナダ国内で発生する健康危機情報は現地のようなソースからもたらされる。その多くは、保健衛生を所轄する行政組織に対して、医師や病院などが情報を寄せる。市中感染のサーベイランスも行なわれている。保健衛生の行政組織は、上位にあたる州の

行政組織へ報告する。連邦政府への連絡の義務はないが、州と連邦政府の公衆衛生担当者間には日常的にコミュニケーションが発達しており、様々な形で連絡を取り合う。州の公衆衛生担当者が PHCA 内の誰に連絡を取るかは、疾患に拠るところが大きい (例: 呼吸器系疾患ならその専門家がいる PHCA 内の部署)。地域の行政組織を通さずに医師などが直接連邦政府に連絡することはない。

その他に、連邦政府レベルでは GPHIN (Global Public Health Intelligence Network、ジーフィンと発音する) がある。これはメディア情報を中心に世界中で流れる公衆衛生関連情報をスクリーニングするシステムであり、カナダが設立した。こちらから得られる情報は国外情報がほとんどであるが、IHR との関連において検討すべき場合は下記に知らされる。

連邦政府機関である PHCA は、IHR2005 のもとで WHO に報告すべきかどうかを検討する。この役割は、Center for Emergency Preparedness and Response 内の Health Portfolio Operation Center (HPOC) が担当する。ここが IHR の National Focal Point でもある。

### (3) カナダの IHR 対応体制導入過程の現状

IHR では、州レベルで覚知される情報を確実に連邦政府に吸い上げることが求められる。しかしカナダでは連邦政府に報告を義務化する法的根拠がない。この点が最大の障壁になっている。近年、幸いなことに、SARS による連邦政府と州の連携の重要性の再認識、テロやパンデミックインフルエンザの脅威など、連邦政府と州の連携の推

進にプラスに働く要素が多く、ヒトのレベルではすでに関係が出来あがっている。従って、法制化を伴わずに州レベルの情報を連邦政府に吸い上げるという前提は変わらず、これまでの良好な信頼関係に立脚した情報収集を今後も行なう。

まず、PHAC の中に IHR 導入担当部署を作り (IHR Secretariat、Dennis Brodie 氏が Leader)、各州や連邦政府の関係機関に「IHR Champion」を作った。次いで IHR Secretariat が各州や関係機関の IRH Champion を訪問して廻り、Surveillance and Response Capacity Assessment に関する説明を行ない、Assessment を行なってもらおうよう要請した。2009 年 1 月現在ではこの段階にある。各州の Assessment は 2009 年 2 月末までに提出され、それを IHR Secretariat で収集し Core Capacity Assessment を行なう。現状で足りない Activity を明らかにして WHO に報告 (6 月 15 日締め切り)、それを 3 年かけて 2012 年までに修正する予定。

Focal point は HPOC であるが、ここに Risk Assessment Unit ができており、寄せられた情報に 24 時間対応で Annex 2 に基づく評価などを行ない、WHO に報告するかどうかを決定する体制が出来ている。

Event は Local level で察知され、地域の公衆衛生当局に報告され、そこでリスクアセスメントが行なわれる。そのうち州レベルに報告され、そこでもリスクアセスメントが行なわれるが、これらのリスクアセスメントの Protocol がまだ存在しない。

なお、Focal Point が PHAC の HPOC であると定めているものは、PHCA の Director が書いた Document のみであり、

法律はない。また、未だかつて PHEIC を WHO に報告したことはない。西海岸に修学旅行に訪れた日本の麻疹事例も PHEIC にはあたらないと判断して WHO に報告しなかった。

(4) IHR 事例として、IHR2005 発効以来カナダが対応した案件

今のところ一件もない。

#### D. 考察

カナダの IHR2005 への対応は、連邦政府の保健担当である PHAC のレベルで組織的に行われている。州と連邦政府の政治的優位性の問題はあるものの、公衆衛生担当者同士の日常の良好な関係に基づき、法制化を伴わない情報の吸い上げは IHR 以前から行なわれていた。日本も、国が都道府県から強い権限を持って情報収集する制度はないが、都道府県と国の担当者の双方が短期間で異動する日本では、このような体制は参考にならないという印象を持った。このような担当者同士のつながりを大切にするような行政人事体制を築くべきであることが望ましいと感じた。

National Focal Point は PHAC 以外が担当することは考えにくく、ごく自然にここに収まっている。日本で言えば厚労省と感染研の機能を合わせ持つ PHAC に情報が一元化され、WHO への報告から他省庁との連携、さらには事例への対応 (集団発生ならその制圧と疫学調査) までがすべて一元的に管理されている体制は、IHR への対応にとどまらず、今後日本に公衆衛生上の Emergency Operation Center を創設する際に参考にすべきものと思われる。

今回は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、今後は州レベル

での対応を調査し、州の立場で IHR への対応を意識しているかどうかを聞き取り調査することが有用と考える。

#### E 結論

カナダの IHR2005 への対応を調査した。今年度は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 PHAC が管理していること、連邦政府は州に対する行政的優位性がないので、イベントの州から連邦政府への報告は普段の人的交流に基づいて自発的に行なわれていることが明らかになった。中央集権的で法や通知に基づく上位・下位行政の関係を重視する日本では、法制化を伴わない情報収集システムはあまりなじまないとされた。一方で、情報収集と意志決定、および事例への対応を一元的に

PHAC で行なっている点については、機動性・実効性などの点で参考になり、日本における IHR 導入の参考にすべき体制である。また、今後は、州や大都市レベルの公的機関において IHR 対応に関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

平成 20 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 砂川富正、山本久美（国立感染症研究所感染症情報センター）

研究要旨

WHO 本部において、施行より 1 年半を経過した IHR（2005）の最近の状況および各国の状況に対する予備的な評価に関する情報を調査した。IHR（2005）は、その導入や施行方法について、各国の健康危機対応体制の歴史や方法論に基づき、比較的自由度が高いものである、と考えられた。同時に、進捗状況についての調査の実施が規定され、Global Partners としての実効性を持った体制の構築が強く期待されている。WHO は地域レベルで種々の評価様式の準備や、予備的な調査を実施している。今回、情報収集しえた 2008 年前半までの調査において、世界各国の National Focal Point（NFP）の位置づけや活動部署などの情報が明らかとなり、IHR に明記された権利や義務などの理解強化に関しても、国ごとに多様な対応がなされていた。また、43%の国々が IHR(2005)実施計画を策定した、と回答した。一連のこれらの情報の中で、日本がどのような回答を実施したのかは明らかにされなかったことから、我が国の位置づけは不能であった。また、今回の情報収集の中で、現在の WHO 本部を中心とするリスクアセスメントの状況や、食品衛生を巡る IHR との関係などのトピックスが話題になっていることが分かった。我が国が先進国あるいは WPRO 地域の一つとして、IHR（2005）の導入・施行に対して、どのような体制を先進的な役割を担って行くかは内外的に非常に重要である。今後は、主要先進国から参考とすべきシステムに関する情報収集を図る一方、我が国としての独自の体制のあり方に関する情報収集および提言が必要である。

#### 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、IHR の施行より 1 年半を経過した、2008 年末現在において、WHO 本部における IHR2005 への取り組みおよび、WHO 本部から見た、加盟国の状況に対する評価に関する状況を調査することを目的とした。

#### B. 研究方法

2009 年 1 月にスイス・ジュネーブ市の世界保健機関 (World Health Organization: WHO) 本部を訪問し、関係者との意見交換および情報収集を行った。情報の多くは、International Health Regulations (IHR) 担当部門より、Dr. Maxwell Hardiman、Dr. Helge Hollmeyer、Ms. Riikka Koskenmaki、Dr. Mika Kawano の各氏から得た。

#### C. 研究結果

(1) WHO 本部における加盟国に対する IHR (2005) 施行の進捗状況監視

2007 年 6 月に刊行された、「International Health Regulations (2005). Areas of work for implementation」によると、IHR(2005) の施行分野は、大きく 7 つに分かれる。そ

れらは以下の通りである。

#### Global Partnership;

1) Foster global partnership

#### Strengthen National Capacity;

2) Strengthen national disease prevention, surveillance, control and response systems

3) Strengthen public health security in travel and transport

#### Prevent and Respond to International Public Health Emergencies;

4) Strengthen WHO global alert and response systems

5) Strengthen the management of specific risks

#### Legal Issues and Monitoring;

6) Sustain rights, obligations and procedures

7) Conduct studies and monitor progress

上記の全てが加盟国に関係しており、特に 7) に示されているように、加盟国における IHR (2005) 施行の進捗状況を、WHO は定期的に監視することが明記されている。WHO および加盟国は、IHR (2005) そのものに明記されているように、2009 年の夏までに、2010 年の WHO 総会 (WHA) に向けたアセスメントを実施しなければならない。WHO 本部においては、その前段階として、質問票に基づく加盟国の IHR (2005) 施行の進捗状況の報告 (2008 年 5 月時点) (下記 2-1 に一部紹介) や、加盟国の National Focal Point (NF`P) に関する研究 (下記の 2-2 に一部紹介) を実施し、中間評価の体制を整えようとしている。このような評価体制は、

各地域においても整えられつつあるが、各地域事務所 (Regional Office: RO) において異なる。南北アメリカ大陸が含まれる AMRO は、米国・カナダにおいて独自の評価様式を整えたが、カリブ海地域や南米地域においては、AMRO が中心となっており、別様式を準備している。また、アフリカ地域 (AFRO)、東地中海地域 (EMRO) においては、WHO 本部と協同で、評価様式の準備を行った。日本が含まれる西太平洋地域 (WPRO) でも、RO 独自の評価様式を準備した。東南アジア地域 (SEARO) およびヨーロッパ地域 (EURO) においては、まだ評価様式の準備は進んでいない。当然、これらの評価様式は、加盟国において local, regional, national の三段階となっている。上記の各地域の中から、既に 40 ヶ国ほどにおいて、特に法律面を中心に IHR (2005) の導入に関するパイロット的な評価が実施されてきたが、それらはいずれも途上国に分類される国々を対象としており、日本などを含む先進国をどのように評価していくか、と言う点が課題のようである。

## (2) WHO 本部にて実施した加盟国の IHR (2005) 施行進捗の予備的評価の情報

(2-1) WHO 本部が予備的に 194 の全加盟国を対象に実施した自記式の調査では、2008 年 5 月までに 144 の加盟国 (74%) から回答があった。これには日本も含まれているが、各国ごとの回答状況などの情報は共有不可であり、日本がどのように回答したかは不明である。得られた回答の一部について RO 毎の情報が共有されたことか

ら (RO の回答率の範囲 52%:EMRO-91%:SEARO。WPRO は 59%)、一部の回答、特に "Strengthen national disease prevention, surveillance, control and response systems" に関連していると考えられる部分を中心に述べる。まず、National IHR Focal Point (NFP) について、回答した加盟国全て (99%) が特定の NFP があると答え、97% が詳細な連絡先を WHO に提供している。また、NFP の IHR との連絡体制について、全体では 89%、WPRO 地域では 93% が 24 時間 (日) / 7 日 (週) の対応が可能であるとした。これら加盟国の通信手段として、最多は携帯電話 (69%) であり、E メール (63%)、固定電話 (60%) と続いた。NFP の活動目的で、他の関係部門とのコミュニケーションについてのチャンネルが確保されてきたか、と言う問いに対して、挙げられた他部門 (省) としては、農林水産 (74%)、交通・輸送 (59%)、保健 (49%)、防衛 (34%)、食品衛生 (27%)、環境 (26%)、貿易 (24%)、警察 (20%)、外交 (20%) (以下、省略) などがある。加盟国中で、IHR (2005) 実施に従事する職員の IHR に明記された権利や義務などの理解強化に対する活動実施の有無について、WPRO 地域は全体の平均 (73% : 104 カ国) とほぼ同様な 75% が実施有と答えた。その活動の内容としては、国レベルの会議が最多の 40 ヶ国 (38.5%)、政策決定者に対する情報ツールが 33 カ国 (31.7%) であり、以下、訓練の計画 26 カ国 (25%)、同実施 23 カ国 (22.1%)、ワークショップの計画 22 カ国 (21.2%)、同実施 21 カ国 (20.2%)、IHR 委員会の開催 12 カ国 (11.5%)、法律改変・適応・概観 12

カ国 (11.5%)、翻訳 9 カ国 (8.7%)、技術指針の改訂・作成 7 カ国 (6.7%)、キャパシティ評価 6 カ国 (5.8%) などと続いた (以下、省略)。サーベイランスおよび対応のキャパシティについて、まず、51%の加盟国が公衆衛生上のイベントの、IHR に基づく検出、連絡、報告を行う能力についてのアセスメントを完全に実施し、うち 86%がその評価を文書化したと報告した (WPRO 地域は 89%)。遅くとも 2012 年までに各国がサーベイランスおよび対応についてのコア・キャパシティを形成し、機能させるために、得られた報告によると、43%の加盟国 (141 中 60 カ国) が IHR(2005)実施計画を作成したと報告している。WPRO 地域は 16 中 9 カ国 (56%) において計画の策定を報告した。国家公衆衛生危機対応計画は、報告した加盟国の半分以上にあたる 53% (140 中 74 カ国) が作成したと報告した。WPRO 地域は 16 中 11 カ国 (69%) であった。

#### (2-2) WHO 本部において研究的に実施された NFP に関する予備的研究の一例

本研究は WHO 本部 IHR 部門において予備的に実施されたもので、公式な報告ではないが、興味深い内容を含むことから一部を紹介する。まず、193 加盟国のうち、NFP が完全に機能していると考えられた加盟国は 44%であった。次に、NFP の所属が保健省職員であった NFP は 78%と 4分の 3強を占め、続いて国立研究所等機関 (National Institute, Center, Agency : NICA) が 17.5%で続いた。NFP である保健省職員の所属部署は、公衆衛生が 40%で最多、疫学・

サーベイランス・予防・コントロールが 39%とほぼ同率であった。感染症が 7%、環境が 5%であった。保健省職員の職名として、情報の得られた 78%の中には Chief inspector/ Chief officer/ Director が 32%、Chief/ Department Head/ Coordinator が 14%、Director General/ Inspector General が 13%、Vice Minister/ Deputy Minister あるいは Assistant/ Secretary、がそれぞれ 5%を占めた。NICA 職員については、Chief inspector/ Chief officer/ Director が 47%と最多であった。なお、WHO 本部における聞き取りの中では、WHO として、各国 NFP の配置に関する明確な指針は示していない、とのことである。その他、この研究の中では、国毎の収入を区分して、NFP の兼業率を比較した。その結果、低所得国においては NFP がより兼業している状況 (69%) が、高所得国の兼業率 34%と比べて認められた。

#### (3) IHR 事例としてのリスクアセスメントに関する状況

先の、(2-1) に紹介した、WHO 本部が予備的に 194 の全加盟国を対象に実施した自記式の調査では、IHR(2005)施行後の約 1 年間に、IHR に関連して 301 件のイベントについて情報が寄せられ、うち 88 件について Verification が実施されたことが示されている (29.2%)。WPRO 地域については、57 件中 43 件と最も高かった (75.4%)。

聞き取りの中では、2009 年 1 月末現在、Public Health Emergency of International Concern (PHEIC) に該当した事例は、一例も報告されていない。しか

し、Public Health Risk (PHR)に該当した事例は 40 事例以上あり、一部は Public domain に公開された。その中には、南アフリカからの多剤耐性結核、アンゴラにおけるプロマイド汚染（食塩として販売）、セネガルにおける鉛中毒、フィリピンにおけるエボラ・レストン、ウガンダからオランダに輸出されたマールブルグ熱、その他、食品衛生に関連する事例、などが代表的な例である。事例が探知されると、当該国保健省、WHO 国事務所 (CO)、WHO 地域事務所、そして WHO 本部による Joint risk assessment が行われ、PHEIC あるいは PHR などの評価結果となる。WHO 本部における IHR 部門の立場としては、事例の探知に基づく WHO への連絡 (notification) は、PHEIC の宣言や、他国への連絡を直ちに意味するものではなく、あくまで、PHEIC に該当する“かもしれない” (=may) として取り扱われるものであり、この点について誤解が少ない、とのことである。しかしながら、Joint risk assessment の結果は、PHEIC や PHR の決定にとって、必ずしも全員（特に保健省の）合意を必須としていないことに注意すべきである。今後、PHEIC になる可能性が予想される事例としては、例えば、Pandemic Influenza 発生に伴う、Pandemic Phase の引き上げなどである。日本より海外に輸出され問題になっている麻疹については、必ずしも自動的に麻疹の発生が IHR(2005)に関連するものではないが、もし輸出先の国でアウトブレイクが発生した場合などは、IHR に関連有りとしてフォローが必要となり、事態の進展によっては、exit screening が必要になるかもしれない。ただ現時点では、

travel advisory などには結びつかない、と考えられる、との意見であった。

### (3) 食品衛生と IHR (2005) に関する最近の話題

聞き取りの中で繰り返されたこととして、IHR (2005) 施行後、食品衛生に関する事象の検出が予想より多い、と言う情報が得られた。この現象は、各国の食料品の貿易増加におけるリスク共有頻度の多さを示しているが、事例によっては IHR 上の、Annex2 のクライテリアに合致していれば、IHR NFP への連絡が必要となってくる。すなわち、PHR にはなる場合が少なくない。しかし、そこまで至らずとも、輸入品などに端を発する食品衛生上の問題は、既に各国に Focal Point (FP)を持ち、世界的なネットワークとして機能しつつある、INFOSAN の機能を活かすことが重要である、との最近の流れについて説明された。IHR NFP から、INFOSAN FP への連絡やあるいはその逆などが活発に行われることが期待されている。この背景には、中国における Melamine 混入事例のインパクトが小さくなかったことが予想される。WHO はこの事例について情報を探知し、対応に移って行く中で、IHR Event information site には掲載されずとも、INFOSAN からの情報として連絡やアプローチが行われたようであった。

### D. 考察

WHO 本部における聞き取りや情報交換の中で、各加盟国レベル、各地域事務所レ

ベル、本部レベルにおける、IHR (2005) 施行の進捗に関する評価が急ピッチで進んでいる印象を持った。ただし、重要な所見としては、各国、各地域における IHR (2005) 導入の方法には、自由度が比較的高いものとして認められている、ということである。それぞれの NFP の配置の方法などから始まり、WHO 自体はそれほど厳密なことを各国に求めてはいない。ただし、方法はともかくも、各国が Global Partners として、国際的に連携出来、各国内部の体制向上が行われると言う結果が重要である。また、その評価方法も、日本の状況に即した独自のものであっても問題は少なそうである。本稿においては述べていないが、今回、スウェーデン・ストックホルム市に位置する、欧州疾病管理予防センター (European Centre for Disease Control and Prevention) にて IHR (2005) の情報収集を行おうとしたが、ECDC の母体である欧州連邦自体が IHR (2005) 自体への批准をしていない、とのことであった。しかしながら、現在の ECDC は、1998 年より国際的な公衆衛生上の緊急事態などの概念を導入し、WHO などと密に連携を採ってきた経緯がある。これらの体制が構築され、実施されていることが重要であり、形だけのシステムでは意味がない。IHR(2005)実施の状況を評価するにあたり、その点が重要であると考えられた。今回、WHO 本部が実施した 2 つの予備的な調査において、日本がどのような回答を寄せたか、その情報は明らかではない。その情報を取り寄せ、研究者である我々の目から見た、我が国における IHR (2005) の導入・施行に関する情報の評価を、政府自身の評価と突合せる

ことで有効に行いえると考えられる。また、今回は WHO が各国に求めた自己評価の情報であったが、今回得られた各国の情報が標準的に正しいわけではない。例えば、NFP を保健省に置いていると答えた国が多かったが、そうでなかった国々の中にこそ、我が国が目指す手本があるかもしれない。国内の、あるいは国際的な健康危機事象に対応するためには、他省庁をも加え、政治的な優位性と迅速性を持って上位に立つ組織に IHR (2005) NFP および支持組織が位置することが必要であることは明らかであろう。そこから一元化された情報が、厚労省を含む他省庁へ示され、新型インフルエンザを含み、効率的、迅速に感染症などの健康危機への対応として実施されるのである。今回の非公式な情報収集の中では、日本の外務省において、IHR(2005)は国際法として国内法への強制力があることが確認されたことの情報収集された。外務省より関連の省庁に対してどのような情報伝達がなされ、IHR(2005)導入・施行のために、どのような法改正の措置が検討されているのか、それらの情報にも目を凝らす必要がある。

これまで、本研究班においては、主に国際的な情報収集のみを行ってきたが、今後は国内の状況も合わせ、日本としてどのように IHR (2005) への対応を行っていくかどうかの調査を実施し、提言を早急にまとめることが必要と考えられる。

## E 結論

WHO 本部において、施行より 1 年半を経過した IHR (2005) の最近の状況および各国の状況に対する予備的な評価に関する

情報を調査した。IHR（2005）は、その導入や施行方法について、比較的、各国の独創性に対する自由度が高いものである、と考えられた。同時に、進捗状況についての調査の実施が規定され、Global Partners としての実効性を持った体制の構築が期待される中で、我が国が先進国あるいは WPRO 地域の一つとして、どのような IHR（2005）の導入・施行に対して、先進的な役割を担って行くかは内外的に非常に重要である。今後は、主要先進国において参考とすべきシステムに関する情報収集を図る一方、我が国としての体制のあり方に関す

る情報収集および提言が必要であり、その点で、国際的に提出された自己評価の情報などの再評価、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

## 日本における IHR (2005) の運用のあり方

研究分担者 押谷 仁 東北大学大学院医学系研究科 教授

### 研究要旨：

改正された国際保健規則（IHR (2005)）は、2009 年 6 月までに各国の対応能力についての評価をすることを求めている。これを受け各国では IHR (2005) への対応能力を評価するとともに、対応能力強化のための具体策を作成しつつある。日本の現行の体制は、IHR (2005) の求めているコアキャパシティーのすべてを満たしているとは言えない。今回は IHR (2005) が求めているそれぞれのコアキャパシティーについて、どの部分が日本の体制では欠けているのかという検討を行なった。この結果、日本では感染症法を含め IHR (2005) には十分に対応できていないことが明らかになった。

### A. 研究目的

改正国際保健規則（International Health Regulations (2005): IHR (2005)）において各国が持つべき最低限の対応能力を Core Capacity Requirement (以下コアキャパシティーとする) として各国にその整備を求めている。これらのコアキャパシティーのどの部分が日本の現行の体制では欠けているのかを明らかにする。

### B. 研究方法

IHR (2005) および WHO から発表されている IHR に関連する文書からコアキャパシティーの概略、と日本の現行のシステムでこれらのコアキャパシティーを満たせるかどうかの検討を行なった。

### C. 研究結果

まず、コアキャパシティーの概略は IHR (2005) の Annex 1 に A. Core Capacity

Requirements for Surveillance and Response および B. Core Capacity Requirements for Designated Airports, Ports and Ground Crossing として示されている（別紙 1）。このうち A のサーベイランスとレスポンスに関するコアキャパシティーとしては、WHO・WPRO (Western Pacific Regional Office) から出されている Checklist/tool for APSED baseline data collection (Surveillance and Response) も参考にした。このチェックリストには（別紙 2）のように多岐にわたる項目が列挙されており、それらは以下の 6 つのカテゴリーに分類されている。

- ・ Legislation and policy
- ・ Event-based surveillance
- ・ Indicator-based surveillance
- ・ Response system
- ・ Capacity building (training)
- ・ Essential IHR requirements & procedures