

今週の話題：

<インタビューセット>

この週間感染症記録特別号は、世界保健、新興感染症および流行へ対応、予防、制御に関する WHO 専門家、8人へのインタビューを特集した。

上記の件のエボラ出血熱対応へのかかわりを含めた経験に基づき、それぞれの専門家はこれらの件に異なった視点をもっている。

1. 世界保健における国連の役割

Dr David Nabarro は、エボラ緊急対応国連作戦 (UNMEER) の中でエボラ出血熱に関する特使であり、2005年から、またそれ以前から WHO において、国際保健に関係した国連で、いくつかの上級の地位に就いている。

2. 感染性伝染病の脅威に対応する WHO の活動上の役割

Dr Bruce Aylward は、エボラ出血熱における局長の特別代表であり、局次長に相当し、緊急時における局長補佐である。彼は、いくつかの WHO における免疫計画、特にポリオ根絶に尽力した。

3. 21世紀における世界保健と世界流行の脅威

Dr Keiji Fukuda は、WHO における健康の局長補佐であり、2010年の9月からこの地位についている。彼は、2009年の10月から2010年の8月まで世界流行するインフルエンザに関する局長の特別顧問であった。

4. 新興感染症の脅威に対する歴史的な展望とグローバルコミュニティ

Dr David Heymann は、ロンドンの Chatham House にある世界保健センター長であり、イギリス公衆衛生局の議長である。過去に、彼は WHO における環境と保健の局長補佐であった。

5. 地球規模の脅威と国内、地域内、国際レベルでの相互作用

Dr Guenaël Rodier は、WHO ヨーロッパ領域における伝染病、保健および環境の部門の所長である。彼は感染症調査対応局の前所長であり、WHO 本部における国際保健規約 (IHR) 調整局の所長である。

6. 最近のエボラ出血熱対応の間のメディアとの通信からの教訓

Ms Christy Feig は、過去5年間、WHO 本部における通信部会の所長を務めている。彼女は、以前 CNN テレビのジャーナリストをしていた。また、ジュネーブにおける赤十字の国際委員会における通信部の専門家をしていた。

7. 最近20年の感染症事例についての情報と発信内容を管理する

Ms Mary K Kindhauser は、WHO で長年に渡り、上役の政策アナリスト、スピーチライター、そして通信補佐を務めてきた。特に HIV/AIDS、重症急性呼吸器症候群 (SARS)、世界流行するインフルエンザのような感染性疾患を幅広く取材している。

8. 新興感染症や流行に対する社会的、文化的な見方

Cheikh Ibrahima Niang 教授は、エボラ出血熱ウイルス疾患対応における WHO 補佐グループの一員である。彼はセネガルの Dakar にある Cheikh Anta Diop 大学で、社会科学研究法、そして医学的、社会的人類学を教えている。

インタビューは、Margaux Mathis の補助により、Thomson Prentice によって行われた。

*1. 世界保健における国連の役割 (Dr David Nabarro)

Q1: あなたはエボラ出血熱、鳥インフルエンザや世界流行するインフルエンザ、その他の緊急事態への対応において国連内でいくつかの重要な役割を担っていました。このことは、ここ数年の世界保健において大きな影響を与えていますか？

DN: 私達国連のメンバーは、2000年以降健康に対する取り組みをより強化することを決め、国連事務総長やその他の国際的なリーダーたちに公衆衛生に関する問題を国連の決議組織に、より多く提出するよう推奨していました。このことは、HIV/AIDS や世界流行するインフルエンザのような国際的な問題やインド洋の津波のような緊急事態に対する世界規模の対応によって始まったものです。

ですから、この15年間、保健政治はより広い政治的意思決定にますます統合されるようになってきたのです。保健は、とくに国境を越えて移動する疾病の結果として、世界中の人々がさらされている脅威を注視しています。保健政治は多国間の行動を必要としていますし、国連は世界保健について議論するためのきわめて重要な場になっています。

Q2: 世界保健の中で、あなたは何が国連における中心的役割だと考えますか？

DN: 人々が感染症流行の脅威に直面した際に跳ね返す能力が世界中の保健政治において鍵となる部分です。この問題は、各国政府が集まり、取り組める場において扱われなければなりませんし、国連はそのような問題についての世界的な管理の唯一の場なのです。国連は技術的な指針、方向づけ、危機事象の進行度の評価を WHO に提供します。WHO は世界の保健大臣を招集め、国連が世界中の政府を招集めす。

こうすることによって、集団的責任を果たすのです。

Q3：私たちは「保健外交」という用語をよく聞きます。それはあなたにとって何を意味しているのですか？

DN：多くの国の人々が保健を達成しようとする中で、保健外交は、国家間の個別的、集団的な関心を結びつける方法で合致するよう大使が行う主要な専門活動です。

外交の広い分野において、保健外交が、軍備縮小外交や平和交渉外交と同じくらい重要であると私は思います。国際保健政策に関する交渉において、外交官は健康問題に関して必要な専門的知識がなければなりませんし、特殊な問題に対処するためには、常に技術的なアドバイザーに尋ねるのです。

保健外交が機能するため、権力の行使である政治は、すべての人がより健康であるようにする活動に不可欠であることを保健従事者は認識しています。私達は、保健従事者がどのようにして、保健外交官にもなりうるのか理解するでしょう。

健康問題は保健従事者の関心と同様に国内の関心に基づいた様々な見解から捉えられることを彼らは理解しています。

Q4：あなたがWHOから国連に移動する前、あなたは準備、対応、そして復旧に重点を置いて、危機におけるWHOの行動改善に努めました。今日において、あなたはこれら3つの要素のうちどれが最も重要だと捉えていますか？

DN：危機的状況においてより効果的に動くために他の組織に権限を与えることがWHOの重要な能力です。例えば、地域コミュニティ、国家政府、地域本体そして国際的な対応者に権限を与えることです。コミュニティに権限を与えることが健康を促進する最適であるというのが、私の根本的な信念です。

始めに重要なのが準備です。そのため、危機的状況のとき、地域社会は即座に対応することができず、同時に手一杯になった時、助けを要求する準備も必要です。

対応は、必要とするときに専門家を呼び、政府および社会全体で取り組みます。対応は、他に何をすべきか指示され、権威を譲渡するという準備もまた含みます。危機的状況に対応するとき、いつでも復旧という点について考えておく必要があるため、行動をとる手段は復旧に大変重要なのです。これらはすべてが共に関連していますが、共通な点は、より効果的になるように、他に権限を与えることです。

Q5：最近の国連機関の協力をあなたはどのように評価していますか？国連の制度は官僚的によく捉えられています。多くの政府機関を集めることはより効率的になるのでしょうか？

DN：私にとって、国連のシステムは世界にとって重要なもののひとつです。世界中でなされている他のものと比べると規模や予算が相対的に小さいですが、常に挑戦しています。私達は無理と言えないのです。国連は、世界の政府が所有する組織集団であり、どんなものにも、どんなときにも、どんなところでも活用できます。もちろん、そこには官僚制度、規則や制度、どのように人々を扱うのか、どのようにお金を取り扱うのか、そしてどのような行動がとられるのかなどの説明責任の要素が含まれています。それは安全装置です。なぜなら、世界中の納税者によって財源を確保しているからです。私達は倫理的標準をもち、すべてに対して責任をもち、そして適切なルールや手続きを持つ必要があります。そのため、人、お金そして状況は平等に、そして丁寧な方法で扱われているのです。

私達は自分たちの手続きを常に見ていなければいけません。また、「目的にあっているのか」と常に問わなければいけません。そして、私達が行うことすべてにその手続きや目的にあてはめなければいけません。私達は、官僚制度の中で働かなければいけませんし、明らかに活動を阻害するときはそれを修正することもしなければいけません。

私の行動原理の一つに、包括性があります。国連だけでなく、全ての関係者が国連を超えて、同時に効率性と包括性をもつことが可能であることを証明しようとしています。

人々の健康に真の前進をもたらすこと、それは権限なしではできません。政治を实践することなしでは、権限にアクセスすることができません。保健外交の手段を使うことなくして、政治を实践することはできません。これらは、論理的に連鎖し合っているのです。人々の健康を進展させることはこれら全ての要素と、政治家と保健従事者の手段を融合させることが求められています。

*2. 感染性伝染病の脅威に対応するWHOの活動上の役割 (Dr Bruce Aylward)

Q1：伝染病の対応でのWHOの活動上の役割はどのように変わっているのでしょうか？

BA：変化への願望は強いですが、私はまだ変化が起こっているとは確信していません。WHOはとても医学的な組織であり、技術的な専門家組織であり、そのこと自体に誇りを持つ、良い組織です。

しかし、私達は本当の活動上の役割が何なのかについて、より明確な視点を必要としています。伝染病の対応の科学に危機管理の科学と精密さを取り入れなければいけません。さもなければ、緊急事態の処理方法を知る人々ではなく、科学者や医者によって危機が管理されます。もし、より早く動き出し、感染した人々を救うには、意思決定に対する絶対的な明確さがなければいけません。

最初に、活動に関して決定すべきことは、それが何なのか本当に明確な視点を持って、私達が行うの

か、本当に私達が行わないといけないのかということです。まだ少しそれが不明確であると私は考えています。危機に際して調整することができるように、活動ができ、十分な組織構造、意思決定権、それを支える十分な制度そして、人材や資金などの力を得る必要があります。孤立しては調整することができません。ですので、WHO は自身が緊急保健機関でもあると気づかなければいけません。しかし、加盟国内において、WHO の指令があまりにも広げられているのではないかとその相反する思いがいくらかあります

Q2：世界保健のために、何が起こってほしいと期待していますか？

BA：私達は伝染病に科学を導入していますが、危機管理も取り入れてきました。それが伝染病、自然緊急事態、もしくは災害であろうとも、これらはすべて人々の健康を脅かす危険なのです。

WHO の人々は「もし私達ももっとお金を持っていれば、もっと疫学者を雇うだろう。」とよく言います。私は管理者、論理学者、そしてまず第一に計画者をもっと雇いたいと思っています。なぜなら、もし供給経路がうまくいかず、現場に人材を派遣しても機能しなければ、私達は完全に失敗します。

Q3：この意味で、WHO の加盟各国や他の共同者が期待されるように機能していると感じていますか？どのようにして、この共同関係を向上させることができるのでしょうか？

BA：私達はより協力して働いているとは思いますが、もっとできるでしょう。まず、国家を代表しない活動者や民間団体と働き、彼らと本当に頑強な関係性を持たなければいけません。現在はそれがありません。私達はワクチンを手に入れるため、民間団体とともに働かなければいけませんし、また、自由に、私達が求める企業や求めている企業を選択できなければいけません。また、緊急活動の際に疾病の調査、告知、報告、そして決定から政治を排除しなければいけません。

加盟各国は無意識に、障壁を作りますが、各国は緊急対応性ではなく、規範的に、かつ技術的標準として WHO を捉えています。ある意味で各国は絶対的に正しいのですが、必要なときに各国の役割を結びつける方法を見つけなければいけません。

皆、共に働くことを本気で望んでいます。人々は無秩序から脱する秩序を切望しています。緊急事態の際、世界はある無秩序な状況から次の無秩序に数年毎に移行しています。人は命令されることは好みませんが、秩序は必要なのです。緊急時において、様々な人たちとともに働く無数の方法に一貫性を取り入れる必要があります。

Q4：最近の伝染病に対する国際的な人道主義に対する対応をあなたはどのように評価していますか？“援助疲れ”に対する疑問はあるのでしょうか？

BA：援助者にとって、エネルギーを使い果たすというよりは、お金を使い果たすという場合がより多く存在していると私は考えています。ですので、私は援助疲れとは呼んでいません。常にお金ではなく、少なくとも共感という形でも、私は世界の寛大さに驚いています。支援者、国、そして非政府組織 (NGO) は、本当に関心を持ち、関わり、誠実です。そこには本当に感動的な、そして責任感という人間的な何かが存在しています。もしお金がなくなり、時に拒否するとなると、彼らは心を痛めるのです。なぜなら、彼らはいずれ、他の伝染病や人道主義的災害があり、それにも対応しなければならないということを知っているからです。

Q5：あなたは長い間、WHO の世界ポリオ撲滅計画の中心にいます。最近、伝染病がより注目されていることをどう感じていますか？

BA：ポリオ撲滅の経験はエボラ出血熱を制御するという点だけでなく、エボラ出血熱を完全に除去するという点で、絶対、重要です。たった今、ギニアやシエラレオネやリベリアにおいて、インドやその他の国から来たポリオ撲滅運動を行うベテランが数多く存在しています。彼らはエボラ出血熱に対する運動において素晴らしい働きをしています。私達は、エボラ出血熱を完全に撲滅することを目的としており、ポリオへの対処方法は私たちを助けてくれています。私達は同じアプローチを多く使っています。ポリオに対して構築した緊急対応の仕組みは、エボラ出血熱への対応を実施するために再利用されています。ですから、ポリオ撲滅は、依然、他の伝染性疾患の緊急時に大いに役立つものなのです。

*3. 21 世紀における世界保健と世界流行の脅威 (Dr Keiji Fukuda)

Q1：あなたは 2010 年 9 月から保健局長補佐を務めています。そのときから世界保健における大きな問題をあなたはどのように見ているのでしょうか？

KF：実際、私は 1990 年代中頃から伝染病の流行に対処してきて、より複雑になっていく伝染病を見ってきました。そして、それらはより頻繁に起きるようになってきました。今日、いつ伝染病が止まるかという期間を予知することは難しくなっています。

より複雑になったことは、生物学的および疫学的現象や都市化が進んだこと、そして動物種とヒトの接触が変化したためです。国際化が伝染病に潜んでいる大きな原因です。例えば、旅行や食物と製品の輸出入が増えたり、国境を越えて移動する能力をもつ疾病が増加したりしています。

国際化はインターネット、マスメディア、ソーシャルメディア、そして認識と誤解、関心、不安の即

時の伝達もまた含んでいます。最も大きな声が認識を支配します。加えて、国際化によって、伝染病に影響を受ける国々は、経済的な面がとて深刻となるのです。

Q2：WHO は国連各国の新しい伝染病への準備を奨励することに莫大な労力を注いできました。あなたはこの進み具合をどう評価し、何が主な障壁ですか？

KF：上述した要素は、すべて WHO にとって更なる挑戦です。

IHR は、ある意味で増え続ける複雑さへの世界の対応です。伝染病流行の脅威が起きるとき、各国がより速く対処するのを手助けするという、そして各国に、WHO とともに世界規模での調整が必要であることを示すということの意味しています。

すべての国は原則として IHR を承認しましたが、多くの国はそれらを実行するための能力がなく、結果として脆弱なままです。同時に、どのようにして私達が規則を強化することができるかは、最近のエボラ出血熱に関する経験が示唆しています。

伝染病に対する対応において、政治のリーダーやその補佐の持続的な注意が必要です。流行が制御され、事態が再び収まると、注意は普通、減ります。一般的に注意持続時間はとても短くなり得ることが知られていますが、公衆衛生において問題が終わったと仮定することはとても危険なことなのです。

Q3：多様な形態の抗菌剤耐性は最近の 25 年において大きな問題となっております。それらを制御する最近の挑戦をあなたはどのように見ているのでしょうか？

KF：抗菌剤耐性は、私が考えるには、21 世紀の前半において感染性疾患の主要問題であるようです。無数の危険な伝染病があり、耐性によって現代医学の実践を変えなければならぬほどとても重大です。

平凡な感染が治療不能となりつつあり、特に病院において、糖尿病やがん、その他の多くの状態の患者を感染の危険にさらしているのです。とにかく、このことで、莫大に治療費用が増えるのです。

問題は人々に限定されたものではありません。抗菌薬は農学においてとても広く用いられています。そして、いつも規制が不十分です。ですので、すべての形の耐性は他分野にまたがる問題であり、私達は抗菌薬耐性に対する WHO 世界活動計画に多くの異なった部門を参加させたいと思います。世界保健総会は昨年、これを求めました。そして、多くの国が協議した後、2015 年において世界保健総会で賛成の決議がなされました。私は大きな前進の一步であると確信しています。

本計画の達成目標は、質が保障され、明確な方法で用いられ、必要とする人全員が利用できるという効果的で安全な医薬によって、伝染病に対する正しい処置および予防が持続することを確実にすることです。各国は世界計画に沿った抗菌剤耐性に対する独自の国内活動計画を発展させることが期待されています。

抗菌剤耐性は、少なくとも将来の数十年への大きな感染性疾患の挑戦です。しかし、私達は今、私が公衆衛生の経験で見えてきた中では、問題に答えるために最善の機会を持っています。世間的な認識、政治的な関心、そして世界活動計画の発展の支援が効率よく組み合わさっています。

Q4：あなたは世界流行するインフルエンザの局長特別顧問で、以前は世界インフルエンザ予定計画の局長でした。あなたは最近の状況についてどう評価していますか？

KF：調査が改善し、インフルエンザを研究するネットワークが良くなり、薬剤が良くなったおかげで、数十年前より今はより良い準備ができています。

しかし、グラスはまだ半分空なのです。インフルエンザウイルスはとても速く広まります。深刻な世界流行が起きた際、多くの国の保健制度は対処することができないでしょうし、集中治療病棟は飽和するでしょう。インフルエンザウイルスは研究者や臨床家には、あまり目立たない存在なのです。インフルエンザウイルスについての情報はありますが、インフルエンザウイルスは私達よりも繰り返しながら発展していると私は思います。次の世界流行は最近のウイルスと完全に異なったウイルスによって引き起こされるでしょう。

20 年ほどの間、焦点は SARS、MERS、もしくは鳥インフルエンザのどれかにあてられていて、持続した挑戦は国内および国際的にどのようにより良い準備をするかであり、その挑戦は、各国が伝染病の流行に対処する一助になります。これはすべての緊急時における教訓であり、私達は学び続けなければいけません。私達は徐々に学んでおり、国際協力という点でより密接に働いているということを私は注意しながらも楽観的に考えています。

* 4. 新興感染症の脅威に対する歴史的な展望とグローバルコミュニティ (Dr David Heymann)

Q1：あなたは国際社会に大きな圧力を及ぼした 2003 年の SARS への世界規模対応を率いました。その何が最も厳しかったのでしょうか？

DH：実際に、対応に関する仕事において最も難しかった部分は、WHO の多様な組織や地域の中で仕事をするのでした。外部の共同者の対応は先回りして行っていました。WHO は疫学者、臨床家そしてウイルス学者の三つの異なったネットワークを率いていました。彼らは流行の封じ込めや患者の臨床的管理などのさまざまな観点における指針を発展させるために用いられる即時証拠の提供をとて速く始めること

ができました。国際社会は協力することをまったくいとわなかったのです。そして、WHO は率先して彼らと組みました。実際、三つのネットワークのリーダーは、専任職員からではなく、加盟国の公衆衛生局から派遣されました。WHO は伝染病流行の対応に関して働く最小要員しか準備していませんでしたが、WHO や影響を受けた国々に専門家を送っているイギリス、アメリカやその他の国から速やかに支援を受けました。

Q2 : SARS はどの程度、国際的な観点で制御不能に近かったのでしょうか？

DH : まず力を入れたのが、人から人へ伝染するのを防ぐことでした。そうすることで、もしそうなる運命であったとしても、地方流行になることはなかったのです。そして、国際的な共同者が共に働く中でその努力は成功しました。世界的にとって、もし SARS がアフリカに渡っていたら、保健調査では認識されず、SARS はより深刻になっていたかもしれません。アフリカに渡らなかったことは、世界にとってとても幸運なことでした。

Q3 : 20 世紀の最後の年、あなたは新興感染症に対する WHO の計画の局長でもありました。新興感染症や再興感染症に対して WHO はどのようにして、先を認識していたのでしょうか？

DH : インドにおけるペストとコンゴ民主共和国におけるエボラ出血熱の 2 つの流行の後、WHO は新興感染症に対する新しい計画を立てました。そして、同時期に、IHR を改訂するための総会決議がありました。IHR の新たな視点は、通信技術を直ちに用いて 24 時間以内に新興感染症を知らせ、対応することができ、世界に警告する形で作成されました。その視点の一部は、たとえ経済もしくはその他が下落しても、報告は尊重され、期待されるべきであるということです。その際においても、各国は伝染病を報告したくありませんでした。なぜなら、もし報告したら、観光や旅行事業に影響がありますし、国際社会による非難あるかもしれないからです。

データを収集する新たな方法も必要とされ、それは、WHO と働き、各国により提供された情報に加え情報を提供し、そして研究室と協力する NGO 団体のネットワークや世界の web 検索機構やインターネット検討グループの世界ネットワークにつながりました。この情報は守秘義務の中で、集められ、処理されました。そして、1997 年から 2000 年の間、WHO や共同研究者のネットワークが対応した疾患は 1 年に平均して 40~50 が流行していました。

Q4 : 最近の 15 年において、広まった伝染病や似たような緊急事態に関して、国際社会の中で何が最も変化したのでしょうか？

DH : WHO は伝染病の流行に対応する方法を変えました。他の組織に出向き、働くよう求めたりすることから、より実務的となり、もし必要なら共同者のために補給輸送基盤を構築するため、国際的対応者の調整を強化する政府とともに働くため、必要とされるように国の職員を訓練するため、そして政府や対応者に対する技術的指針の拠り所として奉仕することを各国が行う方法へと変更しました。世界流行の警告と対応ネットワーク (GOARN) は対応に対する新たな方法を提供するために国々に行くことです。また、GOARN がこの形の対応のために設立され、流行の対応に必要な GOARN 共同国の研究者を WHO が速やかに動員することを許可しました。SARS の流行の期間、事務総長は流行に対する情報や対応を収集する際に生じるいくつかの障壁を克服することに対して、とても積極的に関わり、支援しました。

今日、各国は SARS が流行する以前より伝染病を積極的に報告するようになっていますが、中東呼吸器症候群コロナウイルス (MERS-CoV) に関しては、2 年半後、ウイルスの緊急発生時における方法について疑問がまだ残されています。そして、SARS の流行期間、効率よく働きかけた共同関係は発展していません。

Q5 : とても新しく、潜在的に致命的な伝染病が発生するのは、どのくらいの可能性なのでしょうか？

DH : 緊急事態はいつ起こるかわからない出来事であり、最新技術を使って予想できるものではありません。しかし、抗菌剤耐性や H5N1 のようなインフルエンザウイルスの定常的進化といったような多くの知られた危険が存在しています。国際社会として私達は、緊急事態の予防に対してより良い仕事をしなければいけません。同時期に、世界は迅速な検出と対応のための制度を向上させなければいけません。また、IHR をより使い易くします。特に規模に対する要求を強化しました。

もし WHO が流行期間中に疫学的そして臨床的管理の証拠を集めるためにネットワークを設立し、率いることを先取りしていれば、その証拠は即時に用いられ、効果的に流行を封じ込められることになり、それは SARS においても見てきました。SARS の期間中に即時にこれが世界でなされましたし、必ず再びなされるでしょう。

* 5. 地球規模の脅威と国内、地域内、国際レベルでの相互作用 (Dr Guenael Rodier)

Q1 : ギニアにおける WHO の活動から得た最大の教訓は何でしたか。

GR : まず、私達の活動を支援するために来た人たちがその国の役人や政府、NGO などの機関とより良い関係を築く手助けをしなければなりません。きっかけや経験は千差万別な訳ですから。ギニアでは WHO は調査や接触者追跡調査などは行いますが、指導機関ではないので、国家権力に対しての直接的な干渉

は制限されています。ギニアに派遣されているWHOの上級委員にもっと執行能力があったならもっと早く機能することができたでしょう。これはWHOの国代表を困難に陥れることなく実現可能だったはずで

す。
大きな問題としては、警戒と対策に充てられている予算が非常に少なく、非常事態に対する予算も全くないことです。安全に対する投資という考え方はあまり理解されていません。私達はただ起こるのを待ってそれに対応するだけではいけないのです。発生させない努力が大切なのです。もし街で大火事が発生したら、すぐに消防団が来て鎮火してくれると思いますよね。消防団の団員は訓練されていて、装備もちゃんと機能すると思いますよね。火事が起こるのを待って消防団を探しに行くなんてことしませんよね。そして火事が収まってもすぐに何もかも忘れて家に帰ったりしませんよね。私達は保健からではなく、むしろ安全保障部門から学ばなければならないのです。

Q2: エボラ出血熱の流行時には WHO 本部や地域事務局、各国事務局でお仕事されていましたが、大きな脅威に対応する際に 3 段階の機関構造の強みと弱みは何ですか。

GR: 国ごとの事務局の存在は、迅速な対応をするためには非常に有益です。しかしながら国ごとの事務局は大規模なヒトの流れに対応できる様には設計されていません。HIV や結核などの感染症に対する国の計画が、その結果に直接影響を受けます。私達には WHO 本部と地域事務局、各国事務局といった責任の三角形が存在していて、常に上手く機能するとは限りません。私達には一貫した指揮系統が必要なのです。国ごとの事務局から人を送りジュネーブに駐在させ、本部やコンサルタント達に適切なアドバイスを与え、現場の危機的状況を周知させるに越したことはないのです。しかし結局のところ私達は国の統治権を尊重しなければなりません。事態が良くなるだろうが、悪くなるだろうが、結局は国の政治的責任なのです。

変えることができるものとそうでないものがあります。私達には力があると信じていますし、積極的にあり続けなければなりません。WHO の援助はギニアやほかの国々で評価されています。私達は、私達の活動に自信を持っています。症例数は減少していますし、そのことで私達は、意気込みと、困難に対する広い視野を維持しています。

Q3: 国際保健規約 (IHR) の改正に尽力されておられましたが、なぜ今日これらの規約が必要不可欠だと考えられるのですか。

GR: 驚いたことに、IHR は多くの国でそれほど普及していません。危機的状況にある人々は流行時に助けとなる世界的枠組みが欲しいとよく言いますが、まさにそれは IHR のことでしょう。IHR は強力な条約を含んだ法的拘束力のある国際的な協定ですが、柔軟性にも富んでいます。国連内外の協力者たちは IHR は貧しい国を援助する豊かな国に対するものでもあるということをお忘れではありません。私達の IHR に関する活動は幾分弱くなりました。今回の流行で多くの国はより対策に講じるようになるでしょう。SARS や鳥インフルエンザの脅威によって 2005 年の IHR 修正が推進しました。多くの国は未だに国内の対策修正能力の構築に必要な状態です。

Q4: 現在 WHO のヨーロッパ地域の感染症・保健・環境部門の管理をされておられますが、この地域における一番恐ろしい脅威は何だとお考えですか。

GR: WHO のヨーロッパ地域に保健問題が少ないわけではありません。現状としては、紛争や領土、難民や移民に関連する問題が多いです。紛争下や領有権の係争地において、健康問題に関連した信頼のできる情報を得ることは困難です。

さらに、主要なヨーロッパの都市は海外旅行や国際貿易の拠点で、そのような場所では例えば輸入感染症や新興感染症に関連した大きな保健を脅かす挑戦があります。ですがこのことで、ヨーロッパ自体が国際保健を脅かす挑戦の発生源であったことを私たちは忘れてはいけません。ウクライナのチェルノブイリ原発の事故やイギリスでの狂牛病問題を思い出さずればよいのです。

移民は重大な問題ですが、そこには多くの誤解があります。公衆衛生の観点から考えられる最善策は、移民は入国先で健康保険を取得することです。結核に罹患している移民をはじめから治療を受けさせることがベストです。例えば薬剤耐性型の結核の流行を予防するほうが、感染流行後に制圧にかかる経費に直面するよりも経済的です。国内における調査と対応の能力は非常に重要です。

さらに多くのヨーロッパの国々では、国内の感染症は既に過去のものだという風潮があります。これは公衆や医学ですら国内の感染症に対する注意が欠如したものです。医師は様々な重篤な感染症を目にする機会が少なくなったと思いますが、それらはワクチンや抗体のためなのです。目にする機会が減った疾患はたくさんありますが、それらはまた息を吹き返す機会を待っているだけなのです。私達は脆弱なままなので、常に警戒し、保健に対して注力し続ける必要があるのです。この注力は社会的にも、倫理的にも経済的にも意味をもつのです。

* 6. 最近のエボラ出血熱対応の間のメディアとの通信からの教訓 (Ms Christy Feig)

Q1: 情報を求めるメディアは、エボラ出血熱危機のピーク時には大変なものだったでしょう。対応の難

しはいかがだったでしょうか。

CF: 流行が始まって以降、メディアの興味は増減の波がありました。私達の最初の課題は流行の重大性を認識させることでした。昨年8月頃からだんだんと深刻になり重症例や死亡者も増え、情報を求める人たちが集結する事態となりました。メディアの正確性というのは特に専門でない人にとって大きな問題であり、専門家と視聴者の間には非常に大きな距離があります。今ではメディアの関心もかなり減り、落ち着いた状況です。より多くの話題をカバーするようなレポーターはほとんどおらず、また関心のある期間も短くなっていることがその理由の一部です。

WHOではおよそ30~40の異なった課題分野で仕事しているので、このことは非常に大きな問題です。私達同士で競い合わずに方針を実行しようとしています。だから競合する話題は同じ日には出さないようにしているのですが、いつもそう上手くいくものではありません。

Q2: 特定のメディアが優先権を得られるように選ぶということはあるのですか。それとも先着順である必要があるのですか。

CF: 優先順位をつけることは非常に大切なことです。例として、どこか1つのメディアを優先するならば、国際的なメディアよりもむしろその国のメディアを優先します。なぜならその地域の信頼を確実にすることで、地域住民にエボラ出血熱患者を治療センターへと連れてきてもらうようにするためです。その土地で起こっていたことを彼らは全く信じておらず、彼らが知っていたことは愛しい人が治療センターへと入っていても、多くが生きて帰っては来ないということだけです。私達が接触したいのは地元のコミュニティーだったので、国際的なTV局の治療センターの内部を撮影したいという要求を断っていました。私達は自らセンターの内部を撮影・編集し、地域や国営のTV局に分配していました。そうすることで何が起こっていたのかを見せることができ、そのことが違いを生み出してくれるのです。また私達は他者からの干渉なしにメッセージを届けられることができることや、様々な聞き手に合わせたメッセージを配信できるという利点から、現在ソーシャルメディアにも注力しています。ソーシャルメディアはメッセージが翻訳されていればすぐに見ることができますし、そうでなくてもすぐに対応できるので最もフィードバックのしやすいツールです。

Q3: 特に初動時においてメディアの正確性を達成することはどれほど難しいものなのでしょうか。

CF: 私達が上手く機能しなければ、報道には正確性を欠くというリスクが存在します。報道側が正しく理解してくれなかったらそれは私達の失敗ですし、時にははっきりと私達に間違いがあったのだとわかる時もあるので、コミュニケーション方法を改善することが私達に科された義務だと思います。しかしメディア側がミスをするときもあります。私達は危機管理対応を5月に開始しました。エボラ出血熱を、これは全く良くない正式名称ですが「国際的な公衆衛生上の脅威となる事象 (PHEIC)」と指定したのが昨年8月だったことが非難されました。報道側はこの2つを混同してしまったのです。PHEICは国際的規模の流行やIHRによる渡航制限に関連していますが、既になされていた戦略的対応とは関係ありません。メディアが犯した最も重大な間違いは、私達が8月までエボラ出血熱を公衆衛生上の脅威だと宣言していないと報道したことです。

全体としてメディアは高いレベルで責務を果たしていました。たまに一線を越えてきたメディアもいて、誤解を解くのに非常に多くの時間を費やすことができました。事細かな情報を求めてくるメディアやどんなときでも事実確認をしたがるメディアもいて、それに対応しなければならないわけですから争点が生じるのです。

WHOは自らに非常事態対応機関なのかどうかを問うように求められてきました。WHOに対する世界的な要求があるため、このことがWHOは世界が求めるものに適応する必要があることを示しています。

私達が非常事態対応に関わっていかなくてはならないのは明らかです。私達はそのことを2年前には全く思いもしませんでした。WHOの他の部門は私達の強み、つまり基準や標準、ガイドラインにこだわるべきだと言います。それらは同じくらい重要で、WHOしかできないことなのです。だから多方面に至る機構である必要があると思うのです。

Q4: エボラ出血熱や近頃の問題から生じたメディアとの関わりの中で最も大切な教訓は何ですか。

CF: 本当に知りたいことは何なのかということに、どのようにもっと耳を傾け、求めている答えを与えるのかということ学びました。そして私達はその答えを提供できる世界最高の専門家だということも学びました。

また運用して3年目になる非常時のネットワークを通じて、メディアトレーニングの価値も見えてきました。コミュニケーション部門の人間にとって練習になったでしょうし、将来現場にでたときに物事を知っている側の人間としてメディアと上手くやることができるようでしょう。私達は6日間の訓練コースを設けていて、当初は地震発生時の模擬訓練のように自然災害に関連するもののみでした。地震が体験できるようなスイス軍基地で72時間継続して行うという項目が含まれていました。

現在では流行型インフルエンザにも適用を拡大していて、英語とフランス語による訓練になっています。今年の54人を含む総勢100人ほどがコミュニケーション部門に登録されていて、急な通知で最長6週

間 WHO を代表してメディアと接します。その中には WHO のスタッフや国境なき医師団や国際赤十字連合のような共同機関も含まれています。そのため今では即座に反応でき、敏捷性のある対応ができるようになってきました。システムの準備は整ったので、後はこれを活発にするだけです。次の大きな危機に準備できていると考えたいです。

*7. 最近 20 年の感染症事例についての情報と発信内容を管理する (Ms Mary K. Kindhauser)

Q1: 感染流行のキーメッセージを伝え、管理することが、ご自身の長年の経験を踏まえて、だんだんと複雑で手間のかかるものになっていますか。

MKK: 以前よりもずいぶん複雑になっています。2000 年のウガンダでの大規模なエボラ出血熱の流行ではメディアの関心が大きかったのですが、情報伝達速度が遅かった時代なのでメディアの期待は今ほど大きなものではありませんでした。また何年にもわたってメディアの質が低下していることを目にしてきました。以前よりも医学や科学専門の特派員が少なくなっていて、このことがしばしばメディアの精度の低下を招いていると思います。

SARS のような新しい疾患や、西アフリカにおけるエボラ出血熱のような既に知られていて新たな局面を迎えた疾患は、当然、発生時にあまり理解されないのです。情報を求める声が非常に大きいのですが、かなり科学的に不確実に思われる情報ばかりでできます。

Q2: この 20 年でいくつか大きく変わったと思われることは何ですか。

MKK: インターネットの誕生とソーシャルメディアの発展によって、ニュースの拡散しやすさと信頼性が変化しました。科学は民主主義的ではなく、フォロワーの多いブロガーや閲覧者の多いウェブサイト、発言力の強い政治家が健康政策を決めるのです。反ワクチン運動は公衆衛生にとって深刻な問題の最も解りやすい例です。

発言には非常に慎重にならなければなりません。ソーシャルメディアでは、個々人の誤解や誤訳が広がって問題となり得るのです。そしてその対策と状況の把握が本当に難しいのです。状況を把握することがいつも最優先なのです。情報が公開されればされるほど、メディアが間違っただストーリーを進めてしまうことが少なくなるのです。

Q3: それぞれの感染症の緊急事態の経験は次に生かされているのですか。

MKK: 実際のところ、ある程度の準備は整っています。非常に危険な病原体を取り扱う実験をする研究所と提携している関連機関とのネットワークを構築しています。また現場で働く医療従事者のためにもっと良い防護服や設備の生産を手助けしています。おそらくエボラ出血熱の緊急事態における医療スタッフや患者の命をもっと救うことができるようになるでしょう。新薬や新規治療法がもっと早く開発、承認、導入されるように促しています。経験をもとに確かな発展が認められます。共同活動している科学機関が感染を制御しようという意思はすばらしいものです。

Q4: 世界規模の保健において、今の世界は 20 世紀末と比較して安全なのでしょうか、それとも危険になったのでしょうか。

MKK: 実際に発展したこともありますが、より危険になった事もいくつかあると思います。21 世紀の始まりから続く流行は、多くの予想を覆して来ました。発展途上国にいるような外来の病原体が、生活水準が高く保健制度がしっかりとした豊かな国を脅かすことはあり得ないと多くの専門家は信じていました。

その後、2003 年に発生した SARS は豊かな都市部に非常に重い損害を与えました。SARS は洗練された環境の病院でもっとも効率的に拡大しました。この新しい病気はアフリカの森林や混沌としたアジアの都市で発育したのではないかと科学者達は推定しています。しかし、中東呼吸器症候群もしくは中東呼吸器症候群コロナウイルスも 2012 年にサウジアラビアで発生しました。誰も乾燥した砂漠環境で、ニワトリのかわりにラクダが宿主になって新しい病気が発生することを予期していませんでした。だから長く動揺が続いたのです。

2009 年に起こったインフルエンザの世界流行の対応を精査するために WHO が設立した IHR 評議会から発される警告を胸に刻み続けています。「世界は深刻で長引くような脅威となりうる公衆衛生的な非常事態に対して準備不足である。」とその警告では述べられています。昨年エボラ出血熱の流行が、この査定がほとんど間違っていなかったことを証明したと事務総長は述べました。

*8. 新興感染症や流行に対する社会的、文化的な見方 (Professor Cheikh Ibrahima Niang)

Q1: エボラ出血熱の流行への対応で、社会学者は何ができるのでしょうか。

CN: 社会学者は社会や文化、政治的な要素を理解する上で大きく貢献してくれますし、人員の動員や介入戦略を知らせてくれます。十分な情報の提供や地域住民の恐れていること、信頼関係を育むことで、エボラ出血熱患者の接触者追跡に対する反対勢力に打ち勝つ手助けをしてくれました。

Q2: ギニアにおけるあなたの任務は、エボラ出血熱の予防と制圧にどのような関連があったのですか。

CN: 感染の流行は混乱や恐怖、感染症が流行した国に対する汚名を生み出しました。わたしは地域住民の医療や科学的な介入に対する抵抗につながるような社会的な動向を理解したいと思ったのです。人々は自分たちの声に耳を傾けて、また自分たちも参加して、そして自分たちの知っていることを確かめて欲しかったのです。社会学者は地域住民と対策チームの間に架け橋をつなぐことができるのです。ある村では、治療センターは市場のすぐ近くにありました。その結果、地元の女性は感染が怖いので市場に買い物に行かなくなり、店は収入が減少してしまいました。このことが分かってからは治療センターが別の場所へと移転して、心配事は解決されました。

Q3: 国際対策チームの社会や文化に関する事象の理解の欠如によって感染症対策に影響はありましたか。

CN: 一般的な感染症の状況では、医療的な試みにおいて偏りがよく見られます。感染症が流行している状況はそのほとんどが医療の問題として見なされます。専門チームの間では、社会学者の潜在的な役割をほとんど認識していませんし、専門チームとはほとんど関わりがありません。より良い対話ともっとお互いに敬意を払うことが必要です。非常事態時には、社会学者は医療チームや科学チームと同じくらい早い時期に配置されるべきです。彼らは地域住民に心的外傷を与える社会的・心理的な要因に見識があります。

Q4: そのような状況において、政治家や地区・地域のリーダーたちと上手くやるのはどれほど難しいのでしょうか。

CN: 最も大事なことは、すべての社会区分の人達と意思疎通することと、彼らの言っていることに耳を傾け、参加できていると感じさせることなのです。政治家は感染症が自分の社会基盤を荒らすことを望んでいませんし、反対活動に参加するよりも感染の予防と制御に政治的な利点を見出しています。私達は、地域での宗教指導者の視点と役割の理解にも努めなければなりません。

愛するものを亡くした人は、たとえ感染症の伝播の危険が増えようとも、遺体のそばにいて、祈り、伝統儀式を守りたいと思うのです。遺体を埋葬したいのですが、できないことが多いのです。

感染時の介入は一般的に縦のプロセスで、滝のようなものなのです。しかし川のようにすべてのコミュニティに行き渡るような横方向へのアプローチが求められています。このことがすべての人を惹きつけるために必要な多くの人の支持を築くために役立つのです。

Q: 5 家族やコミュニティを守る女性の役割は要約するとどのようなものなのでしょうか。

CN: 女性は非常に重要な役割を担っています。治療センターの所在地についての課題を最初に見つけるのは女性なのです。例えば産婦人科病棟の近くにあるなら怒るでしょうし、自分だけでなく子どもに対しても危機感を抱くでしょう。私達は彼女達の心配事に耳を傾け、真剣に受け止める必要があります。対応チームは一般的に家主の所へと向かうため、彼女達の声が無視されることがよくあるのです。しかし女性の方が家族全体の日常生活における健康や幸福に関してよく見ていて、男性はその事実になかなか気づかないのです。

買い物し、治療センターへ親族の見舞いに行き、家族に病状や治療の情報を伝えるのは女性なのです。彼女達が家族に状況を受け入れさせ、家族だけでなくコミュニティ全体に感染制御の試みへの参加を促すのです。エボラ出血熱の時と同じようにして、他の感染症の流行にも応用することが可能です。私達は弱者や蚊帳の外の人たちの声にも耳を傾けなければなりません。

Q6: ギニアでの研究で学んだことのうち、もっとも大きかったことは何でしたか。

CN: 対応調整システムに横断して統合される、社会人類学的研究や対応のサブシステムを築く必要があります。とくに不信感や非難、不透明さの問題を打破し、より女性や若者が自由に活動できるようにするためにも、あらゆる手段でコミュニティと親しくしていかなければなりません。

また私達は、地域の礼拝指導者や領主と働いたり、信者の遺体や墓の管理に関する疑問を解決するためにしっかりと話し合いを行う必要があります。最後に、人類学の研究から得られた教訓にもっと予算を充てて、すべてのレベルの公共機関に研修することを提唱します。

<21 世紀における新興・再興感染症の脅威>

何世紀もの間、致死的な病気の流行に圧倒される脅威は、侵略軍による残忍な侵略や征服の世の中にあった人々の絶え間ない恐怖に匹敵している。伝染性疾患は地理的境界や物理的障壁を無視し、海を介して離れている国の間でさえ急速に蔓延し得るという事実は今なおある。この事実は、伝染病の蔓延を予防し制御するためには、国家のおよび国際的な協力が必要であるという理解に徐々につながっていった。

このことは、比較的現代においては、19 世紀中頃、最初に顕在化した。初の国際衛生会議が、これらの集団発生を制御することを目的に 1851 年パリで開催された。多数の犠牲者と、多くのヨーロッパ諸国全域で広く猛威をふるった二度の大きなコレラの流行がこれを促した。

その後の数十年間に渡り、これらの会議は 1902 年の全米保健機構や 1902 年の国際公衆衛生事務所の創立につながった。そして、それらは 1948 年に設立された WHO の基盤となった。

1951年に、WHO加盟国は、革新的に改正された国際衛生規則（ISR）を採用し、1969年には国際保健規約（IHR）に発展した。1970年代と1980年代の伝染病の再発は、IHRの改正を要し、1973年と1981年に改められた。その後、改訂版が2005年に採用された。

IHR（2005）の目的および範囲は、国際交通および取引の不要な影響を回避し、公衆衛生の危機に見合い、限定される方法で、疾病の国際的拡大を防止し、防護し、制御し、そのための公衆衛生対策を提供することである。

1970年代において、新しいワクチンや抗生物質を含む公衆衛生の主要な進歩は、微生物に対する人類の勝利であると考えられた。多くの専門家は「感染症に関する問題についての本を閉じる時が来た」と思った。世界的な保健課題の上位に挙げられた慢性非感染性疾患が注目された。

しかし、それは偽の夜明けだった。これらの認識は、新興・再興感染症の出現によって急速に変化した。1976年にエボラウイルスが発見され、続いて1983年にヒト免疫不全ウイルス（HIV）が発見された。1970年から2007年の間に、1,420の新しい病原体が特定され、その内70%は動物が起源である。

本稿では、21世紀が始まって以来直面した困難に光を当てて、当時の伝染流行や世界流行について述べる：重症急性呼吸器症候群（SARS）（2003）、インフルエンザ（2009年のH1N1ウイルス、2003年のH5N1ウイルスと2013年のH7N9）ウイルス、ハイチのコレラ（2010）と西アフリカのエボラ（2014）について。

* SARS（2003）：ウイルスの出現と世界的脅威：

SARSの最初の症例は、おそらく中国の広東省南部の州で2002年11月に出現した。この未知のウイルスは、世界中で30カ国、国際的に蔓延した。WHOは、2003年3月12日に最初の集団発生を発表し、2003年7月5日にSARS流行の終局を発表した。その短く恐ろしい期間に、その伝染流行は合計で8,098症例と774人の死亡を引き起こした。

SARSの流行は、新感染症は21世紀の世界保健を未だにひどく脅かすものであるという確信を残した。この病気は未知であり、媒介生物なしに人から人へと広がり、他疾患と共通した症状を有していた。SARSは、何世紀も前から存在したペストやコレラと同程度に世界に警告を示すモデル疾患となった。

その伝染流行は全ての大陸に影響を与え、経済水準にかかわらず新興感染症は全ての国々を脅かすことができることを証明した。海外旅行により、ウイルスは中国からカナダ、ブラジル、南アフリカ、ベトナムやシンガポールといった東南アジア周辺へ広がった。不安は同様に急速に広がり、数ヶ月以内に国際貿易と観光業にひどい混乱をもたらした。SARSによる世界的損失は、保健体制の直接的な損失を含み40兆米ドルと推定されている。

SARSの原因となるウイルスはコロナウイルスであり、これは一般的な風邪からSARSに及ぶ疾患を引き起こしうる大きなウイルス群である。SARSは2003年にうまく封じ込められたが、類似疾患が再発する危険性は排除できない。この集団発生により、「国際交通および取引の不要な阻害を回避」しながら、病気の国際的な蔓延を防止する必要性が認識され、改訂版IHRの採択が早まった。

* インフルエンザ：国際対応の困難：

・破壊的なインフルエンザ世界流行の概要

インフルエンザウイルスは、世界中で深刻な社会的、政治的、経済的混乱を引き起こす世界流行を招いた。例えば、1918年に始まった「スペイン風邪」A（H1N1）ウイルス世界流行は、全世界で推定5,000万人～1億人の死亡を引き起こした。1957年の「アジアインフルエンザ」A（H2N2）ウイルスでは100万人～400万人が死亡し、1968年の「香港インフルエンザ」A（H3N2）ウイルス世界中で100万人以上が死亡した。最近では、2009年にA（H1N1）ウイルスによって世界流行が生じ、20万～40万人が死亡した。

・H1N1ウイルス（2009）：21世紀最初のインフルエンザ世界流行

2009年におけるH1N1ウイルスの世界流行は、改訂版IHR（2005）の下、WHOによって世界緊急事態宣言が初めて出された感染症であった。

病因ウイルスは新型のH1N1ウイルスで、それは豚や鳥、ヒトのインフルエンザが組み換えられたものであった。

それは驚くべきスピードで広がった。最初のヒトの症例は、2009年4月にメキシコで確認された、9週間以内にウイルスはすべての大陸に達した。2009年4月末までに11カ国（オーストリア、カナダ、ドイツ、イスラエル、メキシコ、オランダ、ニュージーランド、スペイン、スウェーデン、イギリス、アメリカ）で257例の報告がなされた。WHOが最も高い警告（段階6）を宣言した2009年6月11日には、世界74カ国に達し、2,8774例の報告がなされていた。

世界流行によってもたらされる多くの困難は、インターネットや携帯電話や、社会メディアでひろまる噂、真実や偽りを含むそれについての情報をどのように管理するかということだった。今や危険についての情報伝達は流行している病気への対応の重要な要素の1つとなっている。危機の中、一般市民にとって複雑な医療の話題を伝えることは容易に誤解を生じ、陰謀説をあおる可能性がある。これは、予

防接種などの公衆衛生対策の提案に対する抵抗を引き起こしうる。しかしながら、同様にソーシャルネットワークを介したWHOによる革新的で巧みな伝達によって幅広い視聴者に正確な情報やアドバイスを迅速に届けることが可能になる。

2009年の世界流行もまた、世界流行の脅威に対応するために世界的機構を常設する必要性を強調した。世界的なインフルエンザの監視と対応体制（GISRS）は、世界中で迅速なウイルスの発見と識別を可能にした。同様に、世界的機構を通し、寄付や医薬品対策によってワクチンや抗ウイルス剤を非常に迅速に入手するのを可能にした。

2011年に、WHOの194の加盟国は、そのようなメカニズムを強化するために、世界流行インフルエンザ対策（PIP）の枠組みを是認した。また、枠組みでは、世界流行の可能性を伴うインフルエンザウイルスの研究（ワクチンや抗ウイルス剤、診断を含む）を継続して共有することや利益の公正な共有を認めた。

最後に、この主要な出来事は、多数の国における近年の準備努力の結果、国の対応の改善や国と国際的パートナー間の協力が強化されたことを証明した。効果的準備には、最も被害が大きくなりやすい国でのシミュレーション演習や備蓄の補充、継続的な能力育成を通じた不断の努力を要する。

・H5N1（2003）ウイルスとH7N9ウイルス（2013）：世界流行の可能性が高い鳥インフルエンザの監視

新型インフルエンザウイルスがヒトからヒトへと容易に伝染し、ウイルスに対する集団免疫が低い時に世界流行は起こる。A（H5N1）ウイルスやA（H7N9）ウイルスは主として動物に影響を及ぼすが特発的にヒト感染を起こすこともある人畜共通感染症である。今のところこれらのウイルスにヒトからヒトへと持続して伝染するウイルスはない。しかしながら、家禽間を広範囲に広がるこれらのウイルスはより容易にヒトの中へと伝染するようになると、世界流行を引き起こす可能性はあるという懸念がある。結果、WHOとパートナー諸国はGISRSを通してこれらのウイルスを注意深く監視し、国に対する警告や対応を強化している。

・インフルエンザA（H5N1）ウイルス、2003

A（H5N1）ウイルスはアジアやヨーロッパ、そしてアフリカにおいて何百万もの家禽を殺した。1996年、中国で初めて家禽が隔離され、ヒト症例は1997年香港で初めて報告された。被害を受けたアジアの国々、特に地方においては多大な経済損失を生んだが、当時行われた家禽の殺処分は一時的に伝染を遮断した。

2003年の終わりにウイルスは、ヒト集団の中に再び出現した。それ以来、ヒト感染は（年代順に）香港、中国本土、ベトナムなどで報告された。2003年以来、2015年3月3日までに鳥インフルエンザA（H5N1）ウイルスによって合計で784のヒト症例と429人の死亡がWHOに報告された。全体の死亡率（54%）は「スペインインフルエンザ」よりもはるかに高かった。もしもっと伝播しやすかったとしたら、世界中で重要な問題となっていただろう。

・インフルエンザA（H7N9）ウイルス、2013

インフルエンザA（H7N9）ウイルスのヒト症例は2013年3月31日に中国で初めて報告された。それから2015年2月23日までに、212人の死亡を含み、571人の研究所による確定例がWHOに報告されている。多くは中国本土（552例）で起こったが、いくつかは台湾や香港、マレーシア、カナダで報告された。感染の多くは感染した鳥への接触によるものであり、A（H5N1）ウイルスと同様にウイルスは容易にヒトからヒトへと伝染するようなことはなかった。H7N9ウイルスは高度な病原体ではなく、家禽の群れの間で静かに広まったため、家禽におけるH7N9ウイルスの広まりの制御は達成された。現在の危機管理はヒト症例を早期に発見し、生きた家禽市場における予防措置に頼っている。

鳥インフルエンザによって引き起こされた危機は「1つの世界、1つの健康」という概念に対する理解を促進し、この概念は「ヒトや動物、環境に最適な健康を実現するために、地域、国、世界で取り組み、多くの専門分野が協同して努力すること」と定義されている。

* コレラ：発展途上国での症状

コレラは、古くから、よく理解された病気であり、細菌であるコレラ菌で汚染された食物または水の摂取によって引き起こされる。住民が安全な水や衛生を十分入手できる先進諸国では、もはや集団発生を引き起こすことはない。

コレラの推定年間発生率は世界的に140万～430万症例で、結果として28,000人～142,000人が死亡する。流行している国々では依然として合計で14億人が危険にさらされている。そのほとんどは、都市のスラムや僻地の住民のような安全な飲料水の入手や下水処理が制限されている人々であるが、難民や国内避難民、社会から無視されている人々も含んでいる。近年、コレラの大流行を制御することは困難であるということがわかり、WHOに報告された症例数は10年以上にわたって上昇傾向をたどっている。

・コレラ：2010年のハイチでの出来事

ハイチでのコレラの集団発生は、数十万人の人々が死亡し、多くのホームレスを生み出した大地震の9ヶ月後にあたる2010年10月に始まった。地震は下水処理や安全な飲料水の入手を含む基盤設備を破

壊し、そのため疾患が急速に蔓延した。

2014 年末には 72 万 5,608 症例が報告され、8,813 人が死亡した。ハイチ政府は、2022 年までコレラを除去し、強固な水や衛生のインフラを開発するのに 22 億米ドルが必要であると推定している。

* エボラ (2014) :

・西アフリカでのエボラウイルス：脆弱な国々で生じる病気による挑戦

最新のエボラの集団発生は、その規模や広がりにおいて前例がない。2015 年 4 月 8 日の時点では、ギニア、リベリアやシエラレオネの最も被害を受けた 3 カ国で、確定例、高可能性例、疑い例を合計して 25,515 例と 10,000 人の死亡が報告された。マリ、ナイジェリア、セネガルで報告された症例もあり、スペイン、英国、米国では持ち込まれたことによるものが何例もある。現在の犠牲者数は以前起こった 24 の集団発生を合わせた 2,387 症例と 1,590 人死亡よりもはるかに多い。

1976 年のエボラウイルスの発見以来、集団発生は主に中央アフリカの遠隔地に限定されていた。被害が最悪であった 3 カ国では、経験が不足しており、保健体制が脆弱で準備がなく、基盤設備が乏しく、近年、社会情勢が不安定であることが起因であった。首都へのウイルスの広がりによって事態は悪化した。

さらなる国際的な支援が緊急に必要とされた。被災者の治療やケアを手助けするために、何千人もの国際対応者や外国の医療チームが訓練を受け動員された。適切に危険な病原体に対処する訓練を受けており、急速に対応する世界保健労働力が非常に重要であることをこの経験が示した。

国の対応能力を強化することは不可欠である。これは、医療従事者への訓練を含む予防や発見、新たな脅威に対する制御を改善するためにも不可欠である。また、このような措置は被災国への影響を軽減し、持続的な発展を確保する。

・エボラの集団発生を制御する鍵はコミュニティへの関与

生存者の人的損失や彼らが経験した心的外傷は計り知れない。これらの集団発生中、家族は、伝統に従って、死者のために悲しみ、死者を埋めることができないという苦痛と直面した。これは、公衆衛生対策という言葉の下で課せられたものではあったが、遺族にとってはあまり重要ではなかったことも理解できる。恐らく、これまでに立証されている以上に、公衆衛生意思決定の微妙なバランスを取る際、被災した全地域の文化的で宗教的な伝統の重要性を理解し、彼らと一緒に従事することがいかに重要であるかをこの経験は強調した。

病気の蔓延を制御し、影響を緩和するための局所的な解決に向かって共に取り組むためには、意味のある親身な対話を通して国民の信頼が獲得されなければいけない。この点においては、社会学者が特に重要な役割を担う。情動のおよび心理的に傷を受けた地域住民をサポートする際には、厳密な生物医学的なアプローチだけでは十分ではないかもしれない。

制御対策に地元の人々が関与することは、将来の集団発生に対する回復力を確かなものにも役立つ。彼らは、度々、多大な個人的損失を受け、自分自身や家族を次の攻撃から守るための理解や経験を積んでいる。

* 結論 :

この短い概要では全体を網羅していない。MERS-CoV (2013) や衰弱を伴う重病を引き起こす、三つの蚊によって伝播されるウイルス疾患 (西ナイルウイルス、チクングニヤ熱、デングウイルス) を含む、他に多くの新興感染症の脅威がある。ここで留意すべきことは、チクングニヤ熱は自己制限的な疾患であり、デング出血熱はデングウイルス感染兆候の 1 つであるということだ。

本稿で論じたような伝染流行や世界流行の脅威は、環境や生物多様性、人間行動の変化によってさらに高頻度に引き起こされる可能性がある。都市化や人口密度の増加、大規模集団もそれらに貢献する要因である。また、軍事紛争や避難民、不十分な感染予防・制御の実施といった保健体制の弱さといったことも、困難なリストに追加しなければならない。

一方で、感染症の脅威は抗菌薬耐性 (AMR) の増加によってさらに強まる。AMR とは、「それに起因する感染症の治療に、当初は有効であった抗菌薬に対する微生物の耐性」である。AMR は、一般的な感染症を治療する能力を低下させ、既存の抗菌薬耐性の増加と並行して新たな抗菌薬を開発することはできないため、世界保健に対する深刻な脅威であり続ける。治療の選択肢がほとんどない多剤耐性病原体 (既に極端な型の結核で見られているように) は、全く新しい感染症として予防や制御に対して同様の困難を起こす。

したがって、新しく、繰り返す伝染流行や世界流行を発見し、予防し、制御するために、これほど密接な国際協力が必要とされたことはいまだかつてない。致死的な病気の流行に圧倒されてきた何世紀も昔の脅威は、21 世紀初期に片づけられたかもしれない。しかし、多くの危険が実在したままである。警戒や防御の強化が、今日必要とされており、しばらくの間は不可欠であろう。

<中東呼吸器症候群コロナウイルス (MERS-CoV) : 最初のウイルスが確認されてから 3 年後の現在の状況

>

中東呼吸器症候群コロナウイルス (MERS-CoV) によるヒトへの最初の感染が 2012 年にサウジアラビア王国 (KSA) で発生してから、中東のコミュニティーや病院における集団流行を引き起こすことのできる地域流行感染となっている可能性がある。

2015 年 5 月 11 日現在、MERS-CoV によるヒトへの感染の 1,112 件の検査確定症例のうち、少なくとも 422 件の死亡例が含まれていたことが WHO に報告されている。(図 1)。全症例のうち対象の性別は 65% (n=1,101) が男性であったと報告された。年齢の中央値は 49 歳である (9 ヶ月~99 歳; n=1,107)。

図 1: 2015 年 5 月 11 日における MERS-CoV のヒト症例の流行曲線 (n=1,112) (WER 参照)

現在までに以下の国が影響を受けた。(地図 1)

地図 1 2015 年 5 月 11 日に MERS-CoV の感染が報告されている国々 (WER 参照)

中東: エジプト、イラン、ヨルダン、KSA、クウェート、レバノン、オマール、カタール、アラブ首長国連邦、イエメン

アフリカ: アルジェリア、チュニジア

ヨーロッパ: オーストリア、フランス、ドイツ、ギリシャ、イタリア、オランダ、トルコ、イギリス

アジア: マレーシア、フィリピン

北アメリカ: アメリカ合衆国

症例の大多数 (>85%) は、KSA から報告されている。

MERS-CoV は人畜共通感染症ウイルスであり、ラクダまたはラクダに関連する製品への直接あるいは間接的な接触による複数の機会を通してアラビア半島のヒト集団に侵入した。いくつかの研究では MERS-CoV 抗体が中東とアフリカのヒトコブラクダの集団に広がっていることが示された。動物における血清の疫学的調査による証拠から、MERS-CoV は何十年もの間ラクダに蔓延していたことが示されたが、ヒト症例が 2012 年に初めて出現した理由は未知であり、原因となる特定の暴露、あるいは動物からヒトへの感染形態については、十分に評価されていない。

ヒトからヒトへの感染は、家庭における限定された範囲の中で観察されていた。しかしながら、現在までに報告されているヒト症例の大多数は医療現場におけるヒトからヒトへの感染により生じていると報告された。

医療現場における感染防止対策の失敗は、時に多くの二次症例を生じる結果となった。現在までに、ヒトからヒトへの持続的感染の証拠はない。

2015 年に同じ疫学的なパターンが観察された。: 動物からヒトへの MERS-CoV の複数の導入と主に医療現場における二次感染である。しかしながら、異なるのは、病院での集団発生がより頻繁ではあるが、規模としては小さいということである。10 月と 2 月に再来した感染のピークは、KSA の多くの地域での複数の病院における集団発生の結果である。1 月 1 日から、157 件の症例が KSA から報告され、そのうちの多くは、その年が始まってから 20 の病院における集団発生と関連があった。

動物からヒトへの人畜共通感染症ウイルスの伝染が停止されるまでは、院内集団発生の危険性はさらに高まる。

* WHO の危険度評価:

・ MERS-CoV の感染パターンは変わったのだろうか

現在利用できる情報に基づくと、そのコミュニティにおけるヒトからヒトへの持続的な感染の証拠と空気感染の証拠はない。したがって、以前から観察される全体の感染パターンには変化がない。WHO は次の証拠に基づいて評価している。

- I. 臨床像は以前に観察されたものと同様に見える; 二次症例は一次症例よりも軽症の病状を呈する傾向があり、最近の報告の多くは、二次症例は軽症であるか、あるいは MERS-CoV の検査は陽性だったが無症状であった。
- II. 最近、他国へ移動した症例により、航空機上または中東外の各国でこれらの症例と密に接触した人がそれ以降持続感染することには至らなかった。
- III. MERS-CoV の接触における集中的なスクリーニングでは、家庭感染の例が極めて少ないことが明らかになった。
- IV. 観察された世帯数や規模の増加はなかった。

・ MERS-CoV 感染の追加症例は中東で発生する可能性はあるか? また、追加症例は他の国へ移動する可能性が高いか?

WHO は MERS-CoV 感染の追加症例が中東から報告され続けることを想定している。それは動物 (例えば農場や市場を訪れている間) あるいはヒト (医療現場での可能性) に暴露後、感染した可能性のある観光客、旅行者、出稼ぎ労働者、あるいは巡礼者によって他の国へ運び出され続けるという可能性である。最近、他国に移動した症例のうち、KSA でウムラ (小巡礼) を行ったと報告された患者における調査で、彼らが KSA で医療機関を訪れたか、ラクダやラクダ製品に接触したということが明らかになった。

* 予防管理対策：

MERS-CoV 全症例について徹底的に調査する必要がある。確認された症例のすべての接触の評価に加えて、市中感染症の調査には、ヒトおよび動物の相互作用環境と同様に動物の調査も含めて調査する必要がある。

緊急の疫学的調査は、MERS-CoV の伝染経路をより理解するために必要である。優先的に必要とされるのは、一次症例の多分野の調査、多国籍の症例対象研究、コミュニティの研究を強化して、どのようにしてヒトが動物や環境から感染するのか理解することである。影響を受けている国のヒトと動物の保健部門での連携が、動物とヒト間の MERS-CoV 伝染のリスクを理解するためには不可欠である。

院内感染は、基本的な感染防止あるいは管理方法を厳守することで防ぐことができる。医療従事者が医療現場においてどのように感染するのかについて、より理解することが緊急に必要である。感染防止と管理認識を高め、実行することは、医療施設における MERS-CoV の拡大を防止するために必要である。初期の段階で MERS-CoV を感染している患者を同定するのはかならずしも可能なことではない。したがって、MERS-CoV に暴露された可能性のある医療従事者は、診断に関係なくすべての患者と共に、いつでも、一貫して標準的予防策を適用することが重要である。

MERS-CoV に感染したと疑われる、あるいは確定された患者に治療を行う医療施設では、感染した患者から他者へ伝染する危険性を減らすよう適切な対策を講じるべきである。MERS-CoV の患者をケアする際は、接触の予防策と目の保護を追加するべきであり、エアロゾルが発生する行為を行うときは、空気感染の予防策が適用されるべきである。

MERS-CoV についてより理解されるまで、深刻な病気に発展する危険性が高い人々（糖尿病、腎不全、慢性肺疾患および免疫不全状態の人）は、ラクダのいる農場や市場を訪れる際、予防策を講じるべきである。これらの予防策は以下の通りである：ラクダとの接触をさけること；ラクダの生のミルクや尿を飲まないこと；十分に調理されていない肉を食べないこと。

ラクダを扱う人々は、ラクダと接触しない人と比べて MERS-CoV に感染する危険性が高くなる。人畜共通感染症が伝染する特定の形態がより理解されるまで、畜殺場や市場における農場の労働者、獣医、レース場でラクダを扱う人にとって、動物に触った後、頻繁に手を洗うことを含めて適切な個人衛生を実践することが賢明である。彼らは、可能であれば顔を保護する物と防護服を着用すべきであり、仕事の後にはそれらを脱いで、毎日洗うべきである。

MERS-CoV に感染したラクダは、通常感染兆候はみられないが、鼻や目の分泌物、糞便、潜在的にはミルクと尿を通して MERS-CoV を放っている可能性がある。そのウイルスは、感染した動物の臓器や肉の中にも見つかるかもしれない。したがって、動物における感染についてより知られるまでの最善の防止策は、良好な衛生実践と、それらすべての直接的な接触を避けることである。病気の動物は決して消費を目的として殺されるべきではない；死んだ動物は安全に埋葬するか処分されるべきである。

保護されていない限り、その後の試験でその動物にウイルスがないことが確認されるまで、人々は MERS-CoV 陽性と確認されたいかなる動物との接触を避けるべきである。

ウイルス感染地域の以外の国々、特に中東から数多くの旅行者あるいは出稼ぎ労働者が戻ってくる国では、監視を強化するとともに警戒レベルを高く維持しておく必要がある。最も効果的な国際的準備と対応策を通知するために、WHO は、加盟国が調査結果とともにすべての確定症例あるいは可能性のある症例を報告するよう要求している。

MERS-CoV 感染の集団発生で、WHO は、ウイルス感染国への入国に特別な検査を勧めないし、任意の旅行あるいは貿易の制限の適応を推奨していない。

* 謝辞：

MERS-CoV 特別委員会、食品安全と人畜共通感染症部門、保健と環境クラスター、WHO

<マダガスカルペスト：2014 年から 2015 年流行の概要>

ペストはヒトおよび動物の古来の疾患で、*Yersinia pestis* によって引き起こされ、ノミによって伝染する。それは世界の多くの地域（極東、中央アジア、北アメリカ、サハラ以南のアフリカ、そして南北アメリカ）で発生し続けている。しかしながら、ヒトペストの 90% 以上の症例はアフリカで報告されている。重症感染症はヒトからヒトへ伝染することができないが、ほとんどの症例はノミの咬傷から生じて腺ペストの臨床型をとっている。もし早期に診断されれば、決められた特定の抗生物質による通常の治療に良好に反応する。腺ペスト症例はかなりの割合で自然に肺症例へと発展する。それは致死率が高く、特に伝染性があり、制御が難しく流行を引き起こす可能性がある。ペストは国際的保健課題のままである。

2014 年における 482 例の報告された症例では、マダガスカルは、長年の間ペストによって最悪の影響を受けた国であり、9 月と 4 月の間に季節性の再発を経験している。保健制度を弱体化している貧困と社会経済の危機の状況で、過去数年の間、国は罹患率の高いペストと戦わなければならなかった。

2013年から2014年の流行シーズンは特に活発で、都市部近くにいくつかの危険地域を含め、肺ペストの流行が複数あった。したがって、WHOは初期の評価と支援任務として、2014年の2月にマダガスカルを訪れ、都市部のエリアに特別に焦点を当てた緊急事態対策を立ち上げた。

2014年から2015年のシーズンの間、憂慮すべき事態が多く発生した。例えば、肺の症例の数は比較的少ないにもかかわらず異常に高い致死率で、いくつかの症例はアンタナナリボ市で報告された。この再発は、国のペスト管理プログラムで通常使用される殺虫剤に対する媒介虫耐性により発生した。その最初の症例は2014年8月31日に報告された、Tsiroanomandidy地区のSoamahatamana村出身の13歳の少年だった。その子供は、3日後に死亡した。それ以後、ヒトのペスト症例が308件報告され、そのうち81件は死亡例であった（致死率は27%）。それらの症例のうち23件（7%）は肺ペストであった。マダガスカル・パスツール研究所によって開発された迅速な診断検査の使用が普及したため、研究所が確認した割合は40%であった（2015年5月1日の状況）。

12月、WHOと米国疾患管理予防センター（CDC）からの視察任務では、その危険性を評価し、現時点における警告と管理対策の適正を検討しマダガスカル当局を援助した。三つの地理的領域は特定の状況と危険性により識別される必要がある：その場所は中央高原、アンタナナリボの首都、そしてマハジャンガ州の港である。

中央高原

中央高原は年間を通してペスト症例が散発的に発生する可能性があり、またペスト流行地域となりうる、農村部であり、特に貧困地域である。季節性の再燃は気候の変化と農業に関連している。ヒトの居住域は分散していて通信は乏しく、感染が発生したときに、流行の封じ込めに役立っている。しかしながら、2013年から2014年の流行の季節では、恐怖に陥った住民たちが自分たちの村から逃れ、潜在的に都市部に肺ペストが拡散したかもしれない。合計で7つの地方の16の地域がその期間に影響を受けた。

アンタナナリボ

首都における貯水池と媒介生物の通常監視は2002年に中断された。；マダガスカル・パスツール研究所は、散発的な調査活動を行っている。2014年に感染したげっ歯類が同定された。（PCRによる迅速試験で確認）

ヒトペストの最後の住民症例が2007年に診断された。2014年から2015年の期間中、アンタナナリボの都市部で、確定された（死亡）1症例と可能性のある1症例を含む、9症例が報告された。確定症例は、スラム街に住んでいて、肺炎型の疾患に発展しており、地域レベルでの即時対策を必要とした。それは安全な埋葬、接触の同定、そして抗生物質の投与などである。危険にさらされた人達は貧困地域に住んでおり、飛行機で旅行する可能性はほとんどない。加えて、肺ペストは非常に急速な臨床経過をたどり、ヒトからヒトへの感染リスク形態を示すのみで、首都から国際的に運び出される可能性を低減している。

マハジャンガ州港

その港は国際保健規約下の公式入国拠点である。港湾活動には、伝統的なダウ船、従来の商船を介したコモロ諸島への食べ物と乗客の輸送、マダガスカル以外の港への沿岸交通を含んでいる。ペストがなかった60年間の後、1991年に起こったペストの再発に続いて、マハジャンガ州は多くの流行を経験した。ヒトで確認された最後の症例は1999年であるが、2013年には可能性の高い症例の診断がされた。この期間を通して、感染したトガリネズミが発見され、このように *Y. pestis* の伝染の持続性が実証された。しかしながら、2014年10月に、マダガスカル・パスツール研究所が行った環境調査により、その都市ではネズミの個体数が多かったことが明らかになった。これらのネズミは寄生虫に寄生され、その港の付近で捕獲されたドブネズミのいくつかの標本ではペスト菌による感染の兆候が示された。

この状況によって腺ペストや肺ペストのヒト症例が都市部で発生する可能性があるということと、そして感染したネズミは、マダガスカルあるいはコモロ諸島外の港へ海を介して運び出されたかもしれないということが懸念された。

* 結論：

マダガスカルは現在ペストが最も流行している国である。数年に及ぶ社会政治的な危機は国のペストの監視と国際的に長期的なモデルプログラムであると考えられていた管理プログラムを弱体化している。その病気の発生率は数年間増加しており、多くの指標によって国のペスト管理プログラムがその役割を果たすことに問題を抱えていることが示されているが、これには環境要因が確実に一部起因している。

ペストは、その住民達の最貧層の人だけを脅かすという点で、マダガスカルにおける貧困の病気といえる。しかしながら、人口密度が高い領域内での肺ペストが集団発生した場合、この危険にさらされた人達を超えて広がり、もし十分に訓練され、整備された医療がなければ封じ込めることは非常に困難になる可能性がある。

したがって、アフリカ開発銀行は米ドルで 100 万ドルの債務免除をし、マダガスカル保健省がその警告と介入能力を向上させるために援助した。国家当局は、WHO と技術的なパートナーからの継続的な支援に頼ることもできる。

* 謝辞 :

世界流行感染症部、保健クラスター、WHO

(伊佐常紀、西山悟史、森英里奈、長崎洋樹、千場直美、中澤港、森正弘)