日本の感染症対策と国際協力

1868（明治元年）

急性感染症対応期
（1868〜1919年）
明治政府による
中央集権的防疫体制の整備
統計の整備

1890
1900
1910
1912（大正元年）
1920

慢性感染症対応期
（1920〜1944年）
結核を主な対象として
予防・早期発見を促進

1926（昭和元年）
1930
1940

保健医療行政再構築期
（1945〜1960年）
マラリアなど戦後の一時的な急性感染症への対処、感染症から非感染性疾患*への課題移行

1950
1960

感染症下降期
（1961〜1979年）
衛生環境改善、
栄養状態向上による感染症減少

1970
1980

新興・再興感染症対応期
（1980年〜）
新興・再興感染症対応期
新興のHIV／エイズ、エボラウイルス病、
再興の結核への対応

1989（平成元年）
1990
1995
2000
2005
2010
2015
2018

- 1994年
  人口・エイズに関する地球規模問題イニシアティブ（GII）発表
- 1998年
  バーミンガム・サミット
  日本政府が国際寄生虫対策提唱
- 2000年
  九州・沖縄サミット
  沖縄感染症対策イニシアティブ発表
- 2005年
  「保健と開発」に関するイニシアティブ発表
- 2011年
  国際保健政策2011-2015発表
- 2013年
  国際保健外交戦略発表
- 2015年
  平和と健康のための基本方針発表
- 2016年
  G7伊勢志摩サミット
  国際保健のためのG7伊勢志摩ビジョン発表

＊脳血管疾患、がんといった感染症ではない疾患
参考文献：『日本の保健医療の経験』（JICA研究所）

感染症をめぐる世界の指針 国際保健規則

世界保健機関（WHO）憲章第21条に基づく国際規則

目的
国際交通に与える影響を最小限に抑えつつ、疾病の国際的伝播を最大限防止すること

歴史
1951年に前身の国際衛生規則（ISR）が制定され、国際保健規則（International Health Regulations:IHR）へと改名を経て、2005年に、新興・再興感染症への対応の強化のためにIHRの大幅な改正が行われた。

新たに盛り込まれた主な事項
- 「原因を問わず、国際的な公衆衛生上の緊急事態を構成する恐れのあるあらゆる事象」を WHOに報告することを義務付け
- 各国ごとにIHR担当窓口を常時確保することを義務付け
- 加盟国が最低限備えておくべき能力を規定

＊IHR加盟国はWHO全加盟国を含む196か国（2018年現在）

海外旅行で気をつけたい感染症

1年間で、海外から持ち込まれる感染症の件数

感染経路 蚊から
- デング熱 245件
- マラリア 61件

感染経路 人から
- 麻疹 34件
- 風疹 15件

感染経路 人や食品から
- アメーバ赤痢 160件
- 細菌性赤痢 85件
- A型肝炎 64件
- 腸チフス 34件
- ジアルジア症 23件
- E型肝炎 17件

出典：国立感染症研究所　日本の輸入感染症例*の動向（2017年）について
＊海外で感染して国内に持ち込まれる感染症のこと

さらに、エボラウイルス病、高病原性鳥インフルエンザ、SARSなどの新たな感染症が発生し、沈静化の兆しを見せていた結核やマラリアなどには薬剤耐性が出現した。国を越えた人や物の移動が活発になったことで、感染症は世界で取り組むべき課題となった。それを受け、疾病の国際伝播の防止を目的としている国際保健規則（IHR）が2005年、大幅に改正され、対象が「原因を問わず、国際的に公衆衛生上の脅威となりうる、あらゆる健康被害事象」に拡大された。

「日本でも09年新型インフルエンザ、14年デング熱の国内感染例発生など新たな感染症が出ました。これを機に国内対策でも体制、活動方法、情報収集と提供など、整っている点と見直しが必要な点とが明らかになりました」。また、14年西アフリカでのエボラウイルス病の大流行をきっかけに、国際緊急援助隊・感染症対策チームの立ち上げにも至った。

「こうした準備をすることで感染症に迅速に対応することができます。世界的には国際保健規則という決まりがあるので、それに基づきながら総合的に感染症への対策を向上させていくことが必要です。日本は課題もありますが、感染症の拡大を防ぐための法律が整い、それに則った制度や仕組み、体制整備が行われている強みもあります。そうしたノウハウを途上国に伝え、感染症の発生を未然に防ぎ、発生したときには拡大を阻止する。そのために日本の力を活かしていきます」

（注）科学的に有効かつ社会的に受容できる方法や技術に基づく必要不可欠なヘルスケア。コミュニティの人すべてが享受できるよう、十分な住民参加のもとで実施されるもの。

感染症対策は、世界が力を合わせる時代へ

明治以降、日本に西洋医学が伝わり、環境衛生の水準向上や栄養状態の改善、抗生物質やワクチンの開発と普及などの対策がとられ、1960年頃までに感染症の大流行は影をひそめた。

「戦後しばらく日本人の死亡原因の1位は結核でしたが、生活環境の改善や薬による治療が進み、死亡率は激減しました。その実績を途上国で活かす取り組みが、60年代から始まりました」と語るのは、JICA人間開発部の平岡久和さん。JICAの前身である海外技術協力事業団（OTCA）は、感染症分野で結核・コレラ・ポリオといった疾病対策、マラリアなどの寄生虫対策、途上国での研究の推進に取り組んだ。

78年のアルマ・アタ宣言を契機に、プライマリ・ヘルスケア（注）の考え方が広がる。JICAもアフリカ・アジアでの感染症検査や研究拠点の能力強化の協力を進めるとともに、感染症対策や母子保健を切り口に、地域での健康改善の仕組みづくりを目指す技術協力に力を入れてきた。

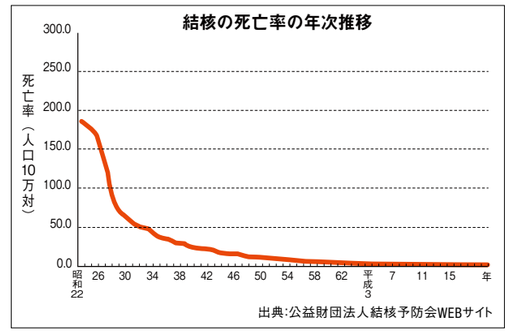
国を越え広がる感染症

80年「天然痘撲滅宣言」が出され、人類は感染症を克服するのではという機運が高まったところに、未知の感染症「HIV／エイズ」が流行。

日本が経験してきた感染症

結核

かつては国内に蔓延し、患者も死者も非常に多いことから国民病とまで呼ばれた。戦後は社会環境の向上や治療の進歩などで患者数は激減したが、その減少は近年に入って鈍化し、1999年には「結核緊急事態」宣言が出された。2017年、日本で新たに登録された結核患者は1万6,789人。発見の遅れや高齢者の発症などにいまだに対策が必要だ。



出典：公益財団法人結核予防会WEBサイト

マラリア

古い記録にもマラリアの症状を示す記述があり、明治から昭和初期にかけては日本各地で流行した。第2次世界大戦直後、戦地からの帰還者により持ち込まれたマラリアで3万人に近い患者が存在したが、1960年代初期に数十例ほどとなる。背景には、感染者への薬剤治療や環境改善によるマラリア原虫を媒介する蚊の減少などが挙げられる。

ポリオ

かつては毎年1,000人以上の患者が報告され、とくに1960年には全国で約5,600人の大流行があった。61年も流行の兆しがあったため、新たに経口生ワクチンを緊急輸入して接種を展開したことを契機に患者数は激減。経口生ワクチンの定期接種化を図って以降、80年を最後としてポリオの自然発生は見られず、2000年には日本を含む西太平洋地域における地域的な根絶が宣言された。