

## 20171124-26\_IRS\_PHRRT Workshop 報告書

国立国際医療研究センター 国際感染症センター 石金 正裕

○日程 : 2017年11月24日—26日

○会議名 : Public Health Rapid Response Team (PHRRT) Capacity Building Workshop

○目的 : 各国の EID に対する経験と準備状況を共有し、共に協力していく

○ホスト : 広州 CDC

○参加機関 : 中国 CDC、広州 CDC、広州第2病院、WHO-HQ、WHO-CO China、ドイツ (ロベルトコッホ研究所)、イギリス (PHE)、シンガポール (シンガポール大学)、マカオ (MOH)、香港 (MOH)、日本 (DCC)

※広州 CDC が、同様の機能をもつ WHO Collaborating Center を調査し参加機関を集めた

○GOARN

2000年4月より、60施設、200以上のパートナー

2011-2017 : 753 epidemic events/ 193 countries

・派遣実績: Epi/surveillance 964、Coordinators 250、Laboratory 644、Logistics 171  
Case management 146、IPC 141

・GOARN 2.0

EVD アウトブレイク後、各国の公衆衛生局と協力する新しいメカニズムが提案された  
4つのエリア

①Alert and Risk Assessment、②Operational research and develop tools

③Training、④Public Health Rapid Response Capacities)

とそれらのガバナンス

○主な各国の状況 :

【ドイツ】

MOH 直轄のロベルトコッホ研究所が1ナショナルチームを形成。

WHO-EMT として承認。

国際事例のみ対応。いずれはナショナルチームで国内事例も対応希望あり。

原則 Recommendation のみ。Intervention はリクエストによる。

・実績

2015 : EVD (西アフリカ)

2016 : YF (DRC)、ラッサ熱 (トーゴ)

2017 : デング熱・チクングニア熱 (ベナン)、E型肝炎 (ナイジェリア)、ペスト (マダガスカル)、マールブルグ (ウガンダ)、水痘 (ナイジェリア)

- Advantages

Cost-effective

Specific adaption to target region (French speaking)

Focus on priority needs according to situation (diagnosis, epidemiology, treatment)

- Challenges

Resources vs leverage

Risk vs benefit

Timeless

Cross institutional coordination

### 【イギリス】

PHE と LSHTM で、1 ナショナルチームを構成

2016年12月に、WHO-EMTとして承認

国際事例のみ対応、国内事例対応の予定はない

- 構成している職種

Field epidemiologist、Microbiologist、IPC specialist、Logistics

Research epidemiologist、Research microbiologist、Clinical researcher

Social scientist、Data manager including modeler

Post EVD 後、多くの職種が必要なことが分かった。公衆衛生対応も必要だが、リサーチも必要で、それらは別の専門家を置く必要性が分かった

- 実績

ポストハリケーン（カリビアン）

ペスト（マダガスカル）

EVD（シエラレオネ）

### 【広州 CDC】

2008年の中国地震に対する日本の援助対応を参考に、2010年にチームを形成。

それまでもチームはあったが、ルーズであった。

90人を広州 CDC 内にプールしており、40人を5-7日間派遣するキャパあり

Public health 対応のみ：contact tracing、monitoring、surveillance

原則、国内の広州内の事例のみ。要請があれば近隣の州の事例は対応する

後に述べる、広州第2病院との協力体制は事例により、MOHがマネジメントしている。

## 【広州第2病院】

### ・概要

1947年に創設された中国南部の referral hospital

1600 ベッド。感染症専門ベッド 30。

EVD、MERS、鳥インフルエンザを診療する時はこの 30 ベッドで診療する。

これらの疾患がない場合は、TB、肝炎、DF などの感染症の診療を行う。

2003年に、中国の SARS の 1case を受け入れ、トータル 215cases を受け入れた。

HCW への二次感染例はなし。

## 【広州第2病院の EMT】

2012年に設立、WHO 認定（中国には2つで、広州と上海）

GOARN と協力して対応

215人（expert 140人、officer 75人）、3team を病院の職員として雇用

アウトブレイクがない際は、病院職員として勤務。

院内に EID の診療をする際も、これらのメンバーが診療する

48時間以内に派遣

Qualification of certificate あり。

Insurance→personal/medical を供給。

Special passport/VISA を供給。

Currency exchange の準備あり。

### ・チーム構成

条件に基づいて 140人中 50人を選ぶ

1チーム 50人: Manager3、Senior expert2、Epidemiologist22、Labo10、Risk Assessment1、Health education2、Logi10 で構成。

### ・目的

直接の患者ケアを行う。

感染症外にも、Poisoning、Nuclear、Disaster にも対応する

多くは国内事例、一部は国際事例

### ・経験

国内：鳥インフルエンザ、デング熱

国際：EVD（西アフリカ）、黄熱（アンゴラ）、ジカ（ギアナ）、ペスト（マダガスカル）

- ・機能

BSL-3 level の mobile labo、 mobile tent、 mobile outpatient clinic、 mobile operation も有する。

食事は、120%（一部は患者に共有するため）、14日分を有する。

テント：55→medical 28、logi27

○各国の状況から分かったこと。

- ・EVD アウトブレイク後、1国、1施設、また一部の職種のみでは対応が不十分であると考えている。WHO、GOARN、各国、MSF、IRC など多くの機関とのコラボレーションが必要である。

- ・効率的、効果的なレスポンスを行うためには、日ごろからの訓練が必要である。

- ・リクエストがあってから、48-72時間以内の派遣が望ましいが、招集、保険等準備などで現実的には難しい。

- ・国際事例のみならず、国内事例もナショナルチームで対応する必要があるが、その国における地方のキャパシティーによる。

- ・リソースが十分な国は、PHRRT と EMT を分けて対応しているが、その場合は、コミュニケーションが重要である。

- ・日本とは異なり、各国は、感染症対策と同じフレームワークで、nuclear issue や disaster issue も対応している。

○日本の課題（感染症に限る）：

- ・国際対応のナショナルチームのフレームワークの整備→現状は JDR か

- ・国内対応のナショナルチームのフレームワークの整備→FETP か

- ・Human resource と team building

- ・実地訓練、シナリオ訓練

- ・各国、WHO、その他の機関との協力体制

- ・Funding、security、保証

○IRS の今後について

各国の状況を見ると、国際対応のみならず、国内対応を行うナショナルチームの整備が必要であると考えられた。現状では FETP がそれを担っていると考えられるが、カウンターパートが保健所であり、公衆衛生的対応に限られており、Clinical management は行っていない。今後、国立感染症研究所と協力し（特に epi、micro の分野）、国内事例において、Clinical management のみならず、epi、logi、microbiologist、researcher を含めた体制の整備が必要である。その際には、広州第2病院の EMT が大変に参考になる。