

特集：持続可能な開発目標（SDGs）に基づく今後のグローバルヘルス

<総説>

国際保健規則（2005）に基づく健康危機に対するコア・キャパシティ開発：  
新たなモニタリングと評価のフレームワーク

齋藤智也

国立保健医療科学院健康危機管理研究部

Development of core capacities for health security under IHR (2005):  
New monitoring and evaluation framework

Tomoya SAITO

Department of Health Crisis Management, National Institute of Public Health

抄録

ミレニアム開発目標（MDGs; Millennium Development Goals）から持続可能な開発目標（SDGs; Sustainable Development Goals）へと移行し、感染症対策へのウェイトは相対的に減少しつつも、感染症との戦いは今なお国際社会の課題である。国際保健規則（2005）に基づくコア・キャパシティ形成の取組みは、感染症を含む健康への脅威に対するセキュリティ（ヘルス・セキュリティ）を強化するにあたって、国際社会の重要な政策課題である。しかし、自己評価によるモニタリング下では、その世界的な進捗は芳しいものではなかった。世界保健機関（WHO; World Health Organization）は、コア・キャパシティ開発を促進するため、2016年に新たに「合同外部評価（JEE; Joint External Evaluation）」と呼ばれる外部評価を取り入れ、新たなモニタリングと評価の枠組みを導入した。透明かつ協働的なこのプロセスは、ヘルス・セキュリティのための中長期的な政策計画と開発に、様々な部門や関係者を結び付けていくことが期待される。

キーワード：持続可能な開発目標（SDGs）、国際保健規則（IHR）、コア・キャパシティ開発、モニタリングと評価、ヘルス・セキュリティ

Abstract

Combating communicable diseases remains a challenge for the global health community, despite the relative reduction of weight on communicable diseases in the Sustainable Development Goals (SDGs) compared to the previous Millennium Development Goals (MDGs). The efforts on core capacity development under International Health Regulations (IHR) (2005) represent an important global policy agenda to strengthening security for health threats, including communicable diseases (health security). However, its global progress was slow under monitoring through self-evaluation. The World Health Organization introduced an external assessment process, called "joint external evaluation" (JEE) in 2016 and developed a new "monitoring and evaluation framework" to foster core capacity development. This transparent and collaborative process is expected to engage multiple sectors into mid- to long-term policy

連絡先：齋藤智也

〒351-0197 埼玉県和光市南2-3-6

2-3-6 Minami, Wako, Saitama, 351-0197, Japan.

Tel&Fax: 048-458-6174

E-mail: saito.t.aa@niph.go.jp

[平成29年6月23日受理]

planning and development towards future health security.

**keywords:** Sustainable Development Goals (SDGs), International Health Regulations, Core Capacity Development, Monitoring and Evaluation, Health Security

(accepted for publication, 23rd June 2017)

## I. はじめに

2000年に始まり2015年为目标達成期限であったミレニアム開発目標 (MDGs; Millennium Development Goals) が終了し、2016年から新たに、持続可能な開発目標 (SDGs; Sustainable Development Goals) が始動した。このSDGsは従来のMDGsよりも普遍性、広汎性、複合性に富み、“Leave no one behind (誰も取り残さない)” を理念とする2030年までの開発枠組みとして、2015年に国連で採択された[1]。MDGsが8つの目標からなる貧困対策目標を土台としたのに対し、SDGsはこれまで優先度の低かった環境問題や非感染性疾患 (NCD; Non-Communicable Diseases) を含む17の目標からなり、社会・環境・経済の領域が相互に関連する包括的なアプローチをとっている。このことから開発途上国だけでなく、先進国も実施対象となり、SDGs達成に向けて、開発途上国・先進国、両方に責任があるという見方が強調されることとなった。

MDGsでは8つの目標のうち、4つが直接健康に関わる内容であり、飢餓、感染症及び母子保健に重点がおかれていた。感染症課題は、目標6 (HIV/エイズ、マラリア、その他の疾病のまん延防止) に掲げられ、その成果として、3大感染症である、エイズ、マラリア、結核の罹患、死亡率はいずれも大幅に減少し、下痢、はしか、脳炎の死亡数が顕著に減少した。その一方で、SDGsでは、保健分野に特化した目標は、目標3 (あらゆる年齢のすべての人々の健康的な生活を確保し、福祉を推進する) のみであり、この中で、母子保健、感染症に加え、UHC、3大感染症、健康危機管理、NCD、保健財政、医薬品アクセスといった広域な分野をカバーしている。その中で、アジェンダ2030の「エイズ、結核、マラリアその他の感染症の蔓延を2030年までに食い止める」という大きな誓約を掲げているが、感染症対策において課題はなお多い。いまだ、はしかや結核など、予防可能な病気で1万6000人の子どもが命を失っており、HIVが猛威を振るうサハラ以南アフリカでは、思春期の若者世代でエイズが最大の死因となっている[2]。世界的に少子高齢化が進行し、重点的な疾病対策が感染症からNCDへ移行する中ではあるが、感染症の脅威は依然として看過できない。

2005年に改正された国際保健規則 (IHR) は、感染症脅威を含む健康危機への基本的な対応能力 (コア・キャパシティ) を高めるべく取り組んできた。SDGsの目標3.dでも、国家的あるいはグローバルな健康危機に対する早期警戒、リスク軽減と管理のためのキャパシ

ティ形成が掲げられているところである[3]。しかしながら、西アフリカにおける2014~2015年のエボラウイルス病大流行は、従来の取組みでは不十分であることを国際社会に知らしめた。特に、IHRに基づく各国のコア・キャパシティ形成は、従来自己評価で達成状況がモニタリングされて来た点は問題視されており、新たに外部評価の視点も取り入れた「モニタリングと評価の枠組み」が形成されつつある。実効性のある政策開発の必要性は、SDGsでも同様である。MDGsで弱かった「資金調達」、「実施手段」、「フォローアップとレビュー」が実施項目としてSDGsに追加されたが、先進国から途上国への、従来の資金調達やフォローアップだけでは不十分であり、途上国自身による国内資金確保の仕組みの構築が課題である。さらに実施にあたり、SDGsでは政策的・技術的プロセスをどの分野からどのようにモニタリングし評価するかといった点が確立されていない[3]。そのため、IHRの新たな取組は、SDGsにおける感染症脅威を含む健康危機に対する取組みを推進する上で重要な要素であると同時に、その政策開発手法もSDGs推進に重要な示唆を与えると考えられる。よって、本稿では、IHRのコア・キャパシティ形成における、近年新たに推進されているモニタリングと評価の枠組みについて概説する。

## II. 国際保健規則とコア・キャパシティの開発

国際保健規則 (IHR; International Health Regulations) は1969年に世界保健総会によって制定された世界保健機関憲章第21条に基づく国際規則である。その前身は1951年に制定された国際衛生規則 (International Sanitary Regulations) である。当初、IHRは6つの疾患 (コレラ、ペスト、黄熱、天然痘、回帰熱、チフス) を対象としていたが、その後、規制の改正・見直しが幾度も繰り返されてきた。第一次改訂が実施されたのは1973年である。1981年には対象疾患をコレラ、黄熱、ペストの3疾患に焦点を当てた監視・コントロールを行う見直しがなされた。また、自国領域内でこれらの疾患が発生した際には、WHOへの報告が要請されることとなった。しかしながら、その後、さまざまな新興・再興感染症が流行し、旧来のIHRでは十分な対応ができない事態が認識されるようになった。そのため、1995年に世界保健総会 (WHA) で更なる改正を求める決議案が採択され、2005年の大幅改正[4]に至った。その改正の特徴は[5]、第一に、感染症のみならず「原因を問わず、国際的な公衆の保健上の脅威となりうるあらゆる事象」がWHOへの報告対象となったことである。加盟国は、化学物質や放射線物質に

表1 IHR モニタリングフレームワークで示されていた評価項目 [7]

|              |  |
|--------------|--|
| コア・キャパシティ    | 1. 国内の法令、政策及び資金<br>2. 調整と国内 IHR 連絡窓口 (NFP; National Focal Point) の連絡<br>3. サーベイランス<br>4. 対応<br>5. 準備態勢<br>6. リスクコミュニケーション<br>7. 要員<br>8. 検査室 |
| 入域地点<br>ハザード | 入域地点<br>動物由来感染症<br>食品衛生<br>化学物質に関する事象<br>放射線緊急事態   |

よる健康危機を含め、また、自然発生や人為的発生といった原因を問わず、自国領域内での事象を評価し、国際的に懸念される公衆の保健上の緊急事態 (Public Health Emergency of International Concern) を構成するおそれのある事象と判断した際には、WHOへ24時間以内に報告する体制を取ることが求められるようになった。第二に、加盟国は、公衆の保健上の緊急事態発生に対する検知、評価、通達、報告を行うため、サーベイランス・緊急事態発生時の対応、及び空海・陸上の国境における日常衛生管理及び緊急事態発生時の対応に関して最低限備えておくべき能力 (コア・キャパシティ) を備えることが求められるようになった。そして、加盟国は、改正IHRの発効後5年以内にこれを満たすことが要求された。

改正国際保健規則 (IHR (2005)) は、2007年6月15日に発効された。加盟国とWHOは第54条および世界保健総会 (WHA; World Health Assembly) 決議61.2に基づき、IHRの実施状況をWHAに毎年報告することが求められた。そのため、2010年には、「IHRモニタリングフレームワーク」が策定され、加盟国のコア・キャパシティの進捗状況が円滑に報告されるよう考案された自己評価質問票がWHOによって開発され、加盟国は毎年この自己評価質問票に基づき報告が求められるようになった[6-7]。この自己評価質問票は、8つのコア・キャパシティと入域地点における対応能力開発、IHRに関する4つのハザード (動物由来感染症、食品衛生、化学物質、核・放射性物質) に対する対応能力を評価する指標が示されている (表1)。8つのコア・キャパシティは、IHR第5条、12条、附則1Aに示された、事態の検知、評価、連絡、報告や国内・国際的な懸念となる公衆衛生リスクや緊急事態対応に必要な対応能力を反映して定義された。

### III. コア・キャパシティ開発の進捗

コア・キャパシティ開発の進捗は当初芳しいものでは

なかった。最初の達成期限となる2012年6月の時点で、期限の延長を必要としないと回答した国は193カ国中42カ国に過ぎず、118カ国が期限の延長を申請し2014年6月までの2年間の期限延長を認められていた[8]。しかしながら、その2年の期限延長をもってしてもキャパシティが達成できない加盟国が相次いだ。2014年11月に開催されたIHR実施と公衆衛生キャパシティの達成に関する2次延長検討会議 (検討会議) の時点では、64カ国が達成を表明、81カ国がさらなる2年間の延長を申請し、48カ国はWHOに対して何の意向も示していない、という状態であった。この状況に対し、検討会議は、事務局長に対して、IHRのコア・キャパシティ形成に関して、様々な短期から長期の評価・開発アプローチを取るべきと提言し、これまでの自己評価のみの評価プロセスから、ピアレビューや、国内や独立した専門家を交えた自発的な外部評価を行うことを提案した[8]。

2014年8月に国際的に懸念される公衆の保健上の緊急事態 (PHEIC) が宣言された、西アフリカにおけるエボラウイルス病の流行[9]や、中東呼吸器症候群 (MERS) の韓国でのアウトブレイク[10]といった事象も、コア・キャパシティ形成に向けたアプローチの一連の改革を促した。2015年1月に開催されたWHO執行理事会エボラ特別セッションの決議に基づき、WHAに報告されたWHOのエボラウイルス病流行に対するすべての対応を検証した中間評価でも、加盟国のキャパシティ要件の実施状況に関する自己評価の信頼性に疑念を示し、各国の現状について信頼できる情報が必要であり、ピアレビューや外部検証の必要性が指摘された[11]。

### IV. 新たなモニタリングと評価のフレームワークの形成

検討会議の議論を踏まえて、新たなコア・キャパシティ開発アプローチの概要を示したコンセプトノート [12] が2015年7月に示され、WHO地域委員会で議論が進められた。2015年10月にフランス・リヨンで開催されたWHO技術諮問会合では、OIEやIAEAなど関係する国際機関も含めて議論が行われ、合同外部評価の基本的な特徴として、各国が自発的に参加すること、国の保健当局と専門家、WHOスタッフと外部技術専門家からなるマルチセクターのチームを形成すること、WHOが調整する専門家グループが支援すること、情報やデータ共有の透明性と開放性を確保すること、報告を公開すること、が確認された。また、世界健康安全保障アジェンダ (GHSA; Global Health Security Agenda) の国家評価や、IHR (2005) のもとで作成された様々なツール、ほか、OIE (国際獣疫事務局) の獣医組織能力評価 (Evaluation of the Performance of Veterinary Services) など、関係するこれまでの取り組みを統合する実用的なアプローチを取ること合意し、合同外部評価 (JEE; Joint External Evaluation) ツールの原案が作成された[13]。

表2 IHR モニタリングと評価フレームワークの4要素 [15]

|            |
|------------|
| 年次報告       |
| 合同外部評価     |
| 対応後評価      |
| シミュレーション演習 |

このような経過を経て、JEEツールは、2016年2月に公表された[14]。そして、2016年5月のWHAで、JEEという評価手法を柱の一つにした新たな「モニタリングと評価のフレームワーク (Monitoring and Evaluation Framework)」が示されるに至った[15]。新たな「モニタリングと評価のフレームワーク」は、国家の実際の対応能力の客観的なレビュープロセスに定量的なアプローチと定性的なアプローチを組み合わせたものである。このモニタリングの評価のプロセスは、国家の保健システムの見直しサイクルや予算計画と紐付けて4年のサイクルで実施することが提案された。新たなフレームワークは、正確で時宜を得たIHRの実行状況の報告を通じて、説明責任と透明性を育むものであり、加盟国間の対話と信頼と説明責任を促進することが期待されている。改善すべき点が見つかったら、それは国家の行動計画の中の期限設定と必要な資源に盛り込まなければならない。このように、コア・キャパシティ形成に向けた国家計画と健康危機事態への事前準備が、国家の戦略的計画に沿い、予算計画に取り込まれていくことが重視されている。また、その過程に国内・国際での関係機関とのパートナーシップの形成やドナーとの連携を促進させることが強調された[15]。

モニタリングと評価のフレームワークは4つの要素から形成され(表2)、加盟国は4年のサイクルの中で、系統的にこれらを実施することが提案された。

### 1. 年次報告 (Annual Reporting)

IHRの実施状況は、WHAで年次報告することがIHR第54条で求められている。報告内容はWHA61.2 (2008)で示された内容に沿ったものが求められる。年次報告は、コア・キャパシティのその時点での状況を定量的に示すものである。ただし、自己評価ツールである限界を認識し、他の3要素で補完して評価されるべきものである。また、質問表は、より簡素で、合同外部評価ツールに沿った様式に改訂されることになった。

### 2. 合同外部評価 (Joint External Evaluation: JEE)

外部評価の目的は、IHRに基づく公衆衛生緊急事態への国家の対応能力について、独立した専門家による評価を導入し、IHRで求められる対応能力への達成状況の進捗を評価することである。なお、参加国は自らの意思に基づいて参加するものとし、4年毎に少なくとも1回の実施が推奨される。標準化された様式で実施するため、19の技術分野の評価で構成されるJEEツールが示された

(次項で詳述)。19の技術分野は、アウトブレイクや公衆衛生リスク、緊急事態の発生する可能性を予防し減少させる「予防」と、健康に有害な事象が発生しているシグナルを早期に検知する「検知」と国際的な動員を含む迅速で効果的な「対応」と、入域地点 (PoEs) や化学物質、核・放射線源に関する緊急事態に対する対応能力の4つの大項目に整理されている。19の技術分野は、さらに1~5項目の指標に分けられて(表3)、計48項目について5段階で評価される(表4)。

### 3. 対応後評価 (After Action Review)

公衆衛生緊急事態における実際の経験を事後に評価することは、教訓を見出し、改善の機会を示し、年次報告を補完するので非常に重要である。対応後評価の対象事象は、加盟国が選択するが、自己評価のみならず、国際的なパートナーや他の加盟国とのピアレビュー、あるいはWHO事務局との合同評価が可能であるとされている。

### 4. シミュレーション演習 (Simulation Exercises)

対応後評価を行うような事象がなければ、シミュレーション演習がIHRコア・キャパシティの実際の機能を試す代替手段となる。加盟国は、対応後評価またはシミュレーション演習を少なくとも4年に1回行うことが求められる。

### 5. 世界保健総会への報告

国際保健規則の、透明性と相互的な説明責任の原則に基づき、事務局が新たなモニタリングと評価のフレームワークに基づく各国の評価の概要を世界保健総会に報告することが提案された。WHOのウェブサイトには、既に各国の合同外部評価やシミュレーション演習等の結果が掲載され始めているところである[16]。

## V. JEEの詳細

### 1. 合同外部評価ツール作成の背景

新たなモニタリングと評価の枠組みの主要部分を成すのが、JEEである。JEEは、米国主導による国際的なアジアチブであるGHSAの取り組みが基盤になっている。GHSAは、世界各国での感染症対応能力の向上を目的として2014年2月に米国主導で発足したグローバルな枠組みである[17]。米国を筆頭に、50カ国以上の国家、WHO、FAO (国連食糧農業機関) 及びOIE等の国際機関、NGO等のステークホルダーが連携し、国際保健規則が求めるコア・キャパシティの整備強化を推進している。特に、自然発生や人為的発生といった原因を問わず、また、動物由来感染症も含め、感染症に対する予防、検知、対応能力の強化に取り組んでおり、様々な関係セクターを巻き込んで開発を促進するパートナーシップとなっている。予防・検知・対応の3分野における11のアクションパッケージが設定され、関心ある分野に参加国は参加し、支

表3 JEE Tool の評価指標

| 技術分野          | 指標  |
|---------------|---|
| 予防<br>PREVENT | <b>P.1</b> 国内の法令、政策および資金<br>P.1.1 立法、法律、規則、行政要求、政策またはその他の政策手段の整備はIHRの実施に十分である。<br>P.1.2 当該国は、国内法令、政策および行政取決を調節・調整し、IHR(2005)の遵守を可能にしていることを立証できる。  |
|               | <b>P.2</b> IHRの調整、連絡およびアドボカシー<br>P.2.1 IHRの実施における関係部門の調整および統合のための機能メカニズムが確立されている。   |
|               | <b>P.3</b> 薬剤耐性 <sup>1</sup><br>P.3.1 薬剤耐性(AMR; Anti-microbial Resistance)の検知<br>P.3.2 AMR病原体による感染症のサーベイランス<br>P.3.3 医療関連感染(HCAI; Health Care Associated Infection) 予防・管理プログラム<br>P.3.4 抗菌薬適正使用活動 |
|               | <b>P.4</b> 人獣共通感染症 <sup>1</sup><br>P.4.1 優先人獣共通感染症/病原体のためのサーベイランス・システムが整備されている。<br>P.4.2 獣医または動物衛生要員<br>P.4.3 人獣共通感染症および潜在的な人獣共通感染症への対応メカニズムが確立され機能している。  |
|               | <b>P.5</b> 食品安全<br>P.5.1 食品媒介疾患および食品汚染を検知しこれに対応するためのメカニズムが確立され、機能している。  |
|               | <b>P.6</b> バイオセーフティとバイオセキュリティ <sup>1</sup><br>P.6.1 人間、動物および農業の施設において、政府一体型のバイオセーフティ/バイオセキュリティ・システムが整備されている。<br>P.6.2 バイオセーフティ/バイオセキュリティの訓練と実践  |
|               | <b>P.7</b> 予防接種 <sup>1</sup><br>P.7.1 国のプログラムの一環としてのワクチン接種率(麻疹)<br>P.7.2 国内のワクチンへのアクセスと供給   |
| 検知<br>DETECT  | <b>D.1</b> 国内検査システム <sup>1</sup><br>D.1.1 優先疾患の検知のための実験室検査<br>D.1.2 検体の委託および輸送システム<br>D.1.3 効果的な最新のポイントオブケア診断および検査に基づく診断<br>D.1.4 検査品質システム  |
|               | <b>D.2</b> リアルタイム・サーベイランス <sup>1</sup><br>D.2.1 指標ベースおよびイベントベースのサーベイランス・システム<br>D.2.2 相互運用可能で相互接続された電子リアルタイム報告システム<br>D.2.3 サーベイランス・データの分析<br>D.2.4 症候群サーベイランス・システム                               |
|               | <b>D.3</b> 報告 <sup>1</sup><br>D.3.1 WHO, FAOおよびOIEへの効率的な報告のシステム   |
|               | <b>D.4</b> 要員育成 <sup>1</sup><br>D.3.2 国内の報告ネットワークと手順<br>D.4.1 IHRコア・キャパシティ要件を実施する人的資源が用意されている。<br>D.4.2 FETP; Field Epidemiology Training Programなどの応用疫学訓練プログラムが整備されている<br>D.4.3 要員戦略             |
| 対応<br>RESPOND | <b>R.1</b> 準備態勢<br>R.1.1 マルチハザードの国の公衆衛生上の緊急事態に対する準備態勢と対応計画が策定され、実施されている。<br>R.1.2 優先される公衆衛生上のリスクとリソースがマッピングされ活用されている。   |
|               | <b>R.2</b> 緊急時対応活動 <sup>1</sup><br>R.2.1 緊急時対応を起動する能力<br>R.2.2 緊急時対応センターの作業手順および計画<br>R.2.3 緊急時対応プログラム<br>R.2.4 IHR対象の危険に対する症例管理手順が実施されている。   |
|               | <b>R.3</b> 公衆衛生当局と治安当局の連携 <sup>1</sup><br>R.3.1 生物学的事象が疑われまたは確認されている間の、公衆衛生当局と治安当局(例、警察、国境検問所、税関)の連携  |
|               | <b>R.4</b> 対抗医薬品と要員展開 <sup>1</sup><br>R.4.1 公衆衛生上の緊急事態に際して、対抗医薬品・医療機器の送付と受け入れのシステムが整備されている。<br>R.4.2 公衆衛生上の緊急事態に際して、保健要員の派遣と受け入れのシステムが整備されている。  |
|               | <b>R.5</b> リスクコミュニケーション<br>R.5.1. リスク・コミュニケーション・システム(計画、メカニズム等)<br>R.5.2 内部およびパートナー間のコミュニケーションと調整<br>R.5.3 パブリック・コミュニケーション<br>R.5.4 被災コミュニティとのコミュニケーションの取決め<br>R.5.5 精力的聞き取りと風評管理                 |
| その他<br>Others | <b>PoE.1</b> 入域地点<br>PoE.1 入域地点において日常的能力が確立されている。<br>PoE.2 入域地点における効果的な公衆衛生対応   |
|               | <b>CE.1</b> 化学物質に関する事象<br>CE.1 化学物質に関する事象または緊急事態を検知し、これに対応するためのメカニズムが確立され、機能している。<br>CE.2 化学物質に関する事象の管理を可能にする環境   |
|               | <b>RE.1</b> 核・放射線源に関する緊急事態<br>RE.1 核・放射線源および原子力緊急事態を検知し、これに対応するためのメカニズムが確立され、機能している。<br>RE.2核・放射線源緊急事態の管理を可能にする環境が整備されている。  |

1 GHSA のアクションパッケージに含まれている項目

2 その他の IHR 対象ハザードと入域地点 Other IHR related Hazards and PoEs (Point of Entry)

援対象国を設定して対応能力の開発に貢献している。支援を実施するにあたり、11のアクションパッケージを実行する前の状況を明らかにし、実行による進歩を明らかにするための評価が必要であった。そのため、GHSA運営グループと各アクションパッケージのリーダーが、外部の専門家を交えて評価指標案を作成し、2014年にホワイトハウスで行われたGHSAサミットで手を上げた5カ国（ジョージア、ウガンダ、ペルー、イギリス、ポルトガル）で、外部評価のパイロット評価が実施された。その後、GHSA評価ツールは、2015年にソウルで開催されたGHSA高級会合で最終版が作成されたが、このGHSA評価ツールをもとに、WHOがJEEツールを開発し、2016年に公開された[14]ことで、GHSAで形成されたモニタリングと評価の取り組みは、WHO主導のJEEに移管された。このような流れを汲むことから、JEEツールの19の技術分野は、GHSAの11のアクションパッケージの項目と、これまでのIHRモニタリングフレームワークで示された評価項目が組み合わさった構成となっている（表3）。

2. 合同外部評価ツールの評価手法とプロセス

19の技術分野はさらに1～5問の指標に分けられ、それぞれ5段階で評価される（表4）。概ね、設問は定性的・記述的な表現で書かれており、1は「対応能力が存在しない」、5は「対応能力が機能し、持続可能であり、他国の実施を支援している」ことを示す。各技術分野について、技術的質問も添えられており、これらへの回答も評価の一助となる。なお、項目によっては、人間に対する取り組みと動物に対する取り組みと別々に点数が提示されることもある[18]。

JEEは、先述のように、国は自発的に参加するのが原則である。そして、受検国と外部評価チームの両者が参加し、関係する多数の機関が関与する。評価は、「聞き取り調査」や「査察」といった一方的なものではなく、オープンで協働的に行われるものとされている。相互に協議しながらのピアレビューのアプローチであり、また、既存の評価やデータを活用して評価していくものである。そして、透明性と公開性を重視し、情報は共有し、報告は公開するものとしている。

外部評価を行うにあたっては、JEEツールを用いて受検国が内部評価をまとめ、これに基づき、専門家による外部評価が、受検国の協力の下に実施される。内部評価では、ヒトの保健のみならず、農業、野生動物、環境等

に関係する機関が協力することが求められる。これは、ヒトへの健康脅威は、家畜や野生動物、食品、科学、放射性物質等様々な原因で脅かされるからである。検知や対応についても、ヒトや動物の保健関係セクターのみならず、災害対応やセキュリティ部門が関係する。そして、すべての関係する背景情報や文書を収集することが必要である。内部評価を終えると、加盟国やFAO, OIE, WHOほか関係国際機関の様々な分野の専門家から構成されるJEEチームによる評価に移る。チームは、既存情報や評価を基本情報として得た後、5日間に渡って、各項目の内部評価結果の説明を受け、評価に関する議論を行う。関係施設の視察もキャパシティの理解の促進に有用とされている。チームは、強み、ベストプラクティス、そして強化すべき分野、各分野3～5箇所の優先対応事項を指摘し、最終日には、閣僚級などハイレベルの代表者に結果を説明する。最終のレポート案は、ミッション終了後2週間以内にまとめられ、公開されることになっている。

3. 合同外部評価の結果の利用

合同外部評価では、60項目程度の優先対応事項が指摘されることになるので、これが国家計画の開発や優先順位設定に利用されることが期待される。段階的に開発を行うため、1年毎のマイルストーンを設定し、また、国内外からの支援を要する分野も明らかにする必要がある。モニタリングと評価の枠組みの要素である年次評価や対応後評価、シミュレーション演習も活用して、保健セクターにとどまらない関連セクターとともに対応能力開発を行っていくことが求められる。評価を行ってそれで終わりではなく、JEEの実施により、継続的な再評価と向上のプロセスのスタート地点に立ったと考えるべきことが強調されている。

VI. 今後に向けて

厚生労働省は、2015年6月、「保健医療2035」を発表し、日本が世界の保健医療を牽引する「グローバル・ヘルス・リーダー」として、感染症の封じ込めや災害時の支援など健康危機管理で国際的に貢献する機能を大幅に強化するビジョンを示したところである[19]。また、日本は2016年のG7伊勢志摩サミットでも、議長国として「国際保健のためのG7伊勢志摩ビジョン（G7 Ise-Shima Vision for Global Health）」をまとめ、WHOのIHRの目標

表4 JEE Tool のカラスコアリングシステム

| 点数 | 状態         | 状態（英語）                | 色 |
|----|------------|-----------------------|---|
| 1  | 能力なし       | No Capacity           | 赤 |
| 2  | 能力は限定的     | Limited Capacity      | 黄 |
| 3  | 能力は開発されている | Developed Capacity    | 黄 |
| 4  | 能力は実証されている | Demonstrated Capacity | 緑 |
| 5  | 能力は持続可能    | Sustainable Capacity  | 緑 |

の遵守を進展させることに引き続き取り組むことを表明しており, JEE ミッションへの専門家の派遣や, 資金援助, 政策開発等への貢献が望まれる。

JEEは既に38カ国が実施し, 現在も日本を含む31カ国(2017年4月末現在)[16]が実施を準備しているところである。日本は, IHRで求められるコア・キャパシティは既に達成済みとして, 「IHRに基づくコア・キャパシティ形成」というアジェンダの下での政策開発は積極的に行ってこなかった。しかし, JEEでの評価項目は, G7各国の中では, 既に米国がJEEでの評価を終えているが(注: 英国はGHSAでの評価を実施済み)[20], 米国でも全項目で5点満点とはいかない, 比較的要求度が高い指標であり, 日本でも改善を要する項目が多数指摘されるものと想定される。特に, IHR(2005)が求めるオールハザードの健康危機への対応体制を実現する上では, 日本でも省庁間の連携等を強化する余地があると考えられる。多機関連携の強化を重視するJEEは, IHR(2005)で求められる課題を, 関係機関がそれぞれ明示的に認識し, 共有する重要な機会である。新たなモニタリングと評価の枠組みを, 国内でも健康危機に対する政策開発の契機と捉え, 健康危機へのグローバルな対応能力の強化に繋がる対応能力向上に結びつけていくことが期待される。

## 謝辞

本稿の作成にあたっては, 厚生労働省科学研究費補助金の支援を受けた。

## 参考文献

- [1] United Nations Economic and Social Council. Progress towards the Sustainable Development Goals - Report of the Secretary General (E/2016/75). June 3, 2016.
- [2] 国連開発計画 (UNDP) 駐日代表事務所. 持続可能な開発目標 (SDGs) 目標3: すべての人に健康と福祉を. <http://www.jp.undp.org/content/tokyo/ja/home/sdg/post-2015-development-agenda/goal-3.html> (accessed 2017-05-28)
- [3] United Nations. Goal 3—The SDGs and a Healthier 2030. UN Chronicle Beyond 2015. 2014;LI(4). <https://unchronicle.un.org/article/goal-3-sdgs-and-healthier-2030> (accessed 2017-05-28)
- [4] World Health Organization. WHA58.3 Revision of the International Health Regulations. May 23, 2005. <http://www.who.int/csr/ihr/WHA58-en.pdf> (accessed 2017-05-28)
- [5] 齋藤智也. 国際保健規則と国際感染症対策. 化学療法の領域. 2013;29(8):1726-1732.
- [6] World Health Organization. International Health Regulations (2005) IHR Core Capacity Monitoring

Framework: Checklist and Indicators for Monitoring Progress in the Development of IHR Core Capacities in States Parties. WHO/HSE/GCR/2013.2. <http://www.who.int/ihr/publications/checklist/en/> (accessed 2017-05-28)

- [7] World Health Organization. International Health Regulations (2015) IHR Core Capacity Monitoring Framework: Questionnaire for Monitoring Progress in the Implementation of IHR Core Capacities in States Parties 2016 Questionnaire. WHO/HSE/GCR/2016.16. <http://www.who.int/ihr/publications/WHO-HSE-GCR-2016.16/en/> (accessed 2017-05-28)
- [8] Report to the director-general of the review committee on second extensions for establishing national public health capacities and on IHR implementation. WHA68/22 Add.1 Annex1. March 27, 2015.
- [9] World Health Organization. Statement on the first meeting of the IHR Emergency Committee on the 2014 Ebola outbreak in West Africa. <http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2014/ebola-20140808/en/> (accessed 2017-05-28)
- [10] World Health Organization. Middle East respiratory syndrome coronavirus (MERS-CoV) —Republic of Korea. Disease Outbreak News. May 24, 2015. <http://www.who.int/csr/don/24-may-2015-mers-korea/en/> (accessed 2017-05-28)
- [11] World Health Organization. Ebola Interim Assessment Panel: Report by the Secretariat. WHA68/25. May 8, 2015.
- [12] World Health Organization. Development, monitoring and evaluation of functional core capacity for implementing the International Health Regulations (2005): Concept note. July 2015. [http://www.who.int/ihr/publications/concept\\_note\\_201507/en/](http://www.who.int/ihr/publications/concept_note_201507/en/) (accessed 2017-05-28)
- [13] World Health Organization. Technical consultation on monitoring and evaluation of functional core capacity for implementing the International Health Regulations (2005): Key points and recommendations. WHO/HSE/GCR/2015.14.
- [14] World Health Organization. Joint External Evaluation Tool: International Health Regulations (2005). 2016. [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204368/1/9789241510172\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204368/1/9789241510172_eng.pdf) (accessed 2017-05-28)
- [15] World Health Organization. The International Health Regulations (2005) Monitoring and Evaluation Framework. Implementation of the International Health Regulations (2005)- Annual report on the implementation of the International Health Regulations (2005) Report by the Director-General. A69/20 Annex.

- [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA69/A69\\_20-en.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_20-en.pdf) (accessed 2017-05-28)
- [16] About Strategic Partnership Portal. <https://extranet.who.int/spp/> (accessed 2017-05-28)
- [17] Global Health Security Agenda. <https://www.ghsagenda.org> (accessed 2017-05-28)
- [18] World Health Organization. Joint External Evaluation Tool and Process Overview. WHO/HSE/GCR/2016.18. 2016. <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/252755/1/WHO-HSE-GCR-2016.18-eng.pdf> (accessed 2017-05-28)
- [19] 「保健医療2035」策定懇談会. 保健医療2035提言書. 平成27年6月. <http://www.mhlw.go.jp/healthcare2035> (accessed 2017-05-28)
- [20] World Health Organization. Joint External Evaluation of United States of America: Mission Report June 2016. <https://www.ghsagenda.org/docs/default-source/jee-reports/united-states-jee-report.pdf> (accessed 2017-05-28)