

流行ニュース：

<黄色ブドウ球菌、日本> 7月10日、厚生省は西日本の8地区で、計1万3809例の食中毒発生を報告した。入院を必要とする180例中、17例は未だ入院中である。発生の原因は、主要乳製品製造会社の大阪工場において生産された3種の牛乳が、生産ラインバルブ内で黄色ブドウ球菌によって汚染されていたためである。低脂肪牛乳を飲んだ後に黄色ブドウ球菌エンテロトキシンによって、下痢や嘔吐が発症するという影響がでた。地方官庁は会社に汚染された可能性のあるすべての製品を回収するよう命じた。

<コレラ、ミクロネシア連邦> コレラの集団発生は最初4月17日に、ポンペイ島の公衆衛生局により報じられた。6月26日、ポンペイ病院と地域の診療所の入院患者と外来患者のデータに基づき、954名の患者と9名の死亡がWHOに報告された。エリトール小川型のコレラ菌が分離された。予防・規制措置がとられた。

今週の話題：**<世界のハンセン病の現状>**

1991年、WHOと参加国は、2000年までに公衆衛生問題としてハンセン病を根絶することを表明した。根絶の定義は人口1万人あたりの有病率が1人以下、である。表1に示した如く2000年初めには64万1091人のハンセン病患者が治療のために登録され、世界中で新たに67万8758人が検出された。(91カ国の報告による)

*** ハンセン病の流行国：**

ハンセン病が24カ国(主に赤道地域に集中)で公衆衛生上の問題でありつづける一方(人口>100万;有病率>0.01%;患者数>100例である場合公衆衛生問題であるとする)67万2596人の登録者と67万7086人の新患者が上位11流行国に住んでいる(表4)。その率は全世界の登録数の89%、検出数の92%にあたる。インドは世界の患者数の67%、検出数の73%を占めている。これら上位11流行国の有病率は人口1万人あたり4.1であり、これらの国のいくつかは全国的な強化プログラムにより努力されているが、2000年の根絶目標に達することは困難であろう。

*** 患者数と検出数、1998年 - 1999年：**

最新情報としては、1998年から1999年間で登録患者数が8%減少したこと、また新患者数が約8%減少したことがあげられる。(表5 WER参照)

*** ハンセン病動向：**

1985年から1999年の過去15年の各年間、一貫した情報を提供した32ヶ国のハンセン病登録症例数と新たに検出された症例数が表6に示されている。これは全世界のハンセン病動向をも反映するものである(WER参照)。有病率は減少しており、その減少率も低下し過去5年間は安定してきている。一方、検出動向は安定しており、1987年、1992年、1998年に小さいピークが見られるのみである。ちなみに世界レベルでは、有病率は86%減少した。これらは、主に症例管理の改良、大変低い再発率、高治療率、低薬物耐性およびより短い持続治療時間によって説明される。表6の1996年から1998年までの検出ピークについては、主に症例発見活動の効力(ハンセン病撲滅キャンペーンを含む)とハンセン病サービスの到達範囲の地理的拡大に関連する様々な要因によって説明できる。

*** WHO地区のハンセン病登録有病数：**

WHOによって登録された症例数は、西太平洋地区で94%の減少からアメリカ大陸での71%の減少まで、有病数はコンスタントに減少した。

*** WHO地区のハンセン病の検出数：**

検出率がそれぞれ27%と11.5%に下がった西太平洋と地中海東部を除いたすべての地区で、全世界レベルでの検出動向は過去6年間(1994 - 1999)増加傾向にある。増加の動向はMDT(多剤併用療法)サービスと強化活動の適用範囲の地理的な拡大などいくつかの要素により説明できる。上述したように検出は増加傾向にあったが、1999年に初めておよそ8%減少した。この減少が検出減少傾向の始まりであるか否かはまだ確認できていない。

*** 1985年からのインドにおけるハンセン病動向：**

今日、インドは67%の有病率と73%の検出率を示している。したがって、1985年からのインドのハンセン病動向については、人口1万人あたりの有病率は全国レベルにおいて5であるが、過去15年間で83%ほど減少してきており1995年以来、安定している。州レベルにおける有病率はビハール州における15/1万人から、10州における1/1万人以下に及ぶ。インド全体の登録症例数の70%と新たな報告症例数の70%が、主に5州(ビハール、マディヤプラデシュ、オリッサ、ウッターパラデシュ、西ベンガル)に集中しており、全世界の登録症例の46%と新たに検出された症例の51%をこの5州が占めている。この地域におけるハンセン病の影響の大きさと強化撲滅戦略を効果的に履行することの重要性を強調する結果といえる。

* 結論:

2000年1月1日、つまりハンセン病撲滅目標である2000年末の1年前には、症例報告を行った91ヶ国中641,091例が治療下にあり、人口1万人あたりの平均有病率は約1.25であった。しかしながら、現在のところハンセン病が未だ公衆衛生問題である国は24ヶ国あり、流行国の上位11ヶ国の有病率は人口1万人あたり4.1である。検出動向は過去6年間増加しており、1998年から1999年間の新しい症例検出は8%減少したものの、これが減少の始まりであるか否かはなお確証されるべきである。これら24の流行国の幾つかは2000年末の撲滅目標に達しない恐れがある。有病率66%と検出率73%(全世界)であるインドが主要な関心事となっている。

表2: WHO 地区別のハンセン病患者数と検出数の最新情報

WHO 地区	治療者数 (1万対)	新報告患者数 (10万対)	MDTによる治療者
アフリカ	64490(1.0)	55635(8.6)	645576
南北アメリカ	90447(1.1)	45599(5.7)	256670
地中海東部	8785(0.2)	5757(1.2)	72463
ヨーロッパ	846(-)	172(-)	3683
東南アジア	574924(3.8)	621620(41.3)	9507660
西太平洋	13771(0.1)	9501(0.6)	273161
計	753263(1.25)	738284(12.3)	10759213

* 根絶目標年より1年前では世界レベルで人口1万対1.25の有病率。1985年に流行区域122カ国のうち98カ国が根絶を達成し、ハンセン病有病率は86%に減少。10万人以上の患者が1999年の終わりまでにMDTにより治療された。

表4: 2000/1/1時点での上位11の流行国における登録済みハンセン病有病率と検出率

国名	登録事例 (2000/1/1)	人口一万人に 対する有病率	1999年の 検出数	人口十万に 対する検出率
インド	495073	5.0	537956	54.3
ブラジル	78068	4.3	42055	25.9
ミャンマー	28404	5.9	30479	62.9
インドネシア	23156	1.1	17477	8.3
ネパール	13572	5.7	18693	78.7
マダガスカル	7865	4.7	8704	51.6
エチオピア	7764	1.3	4457	7.4
モザンビーク	7403	3.9	5488	28.7
コンゴ	5031	1.0	4221	8.6
タンザニア	4701	1.4	5081	15.4
ギニア	1559	2.0	2475	32.0
総数	672596	4.1	677086	41.7

* 有病数、検出数はインドが最も多いが、有病率と検出率においてはその限りではない。上位11カ国の有病率は人口一万人に対しいまだに4.1を表している。

表1: ハンセン病有病数と検出数(WHO地区別) 表3: 登録有病数と検出率/最新情報(WHO地区別) 表5: ハンセン病有病(1999-2000年) 検出(1998-1999年)と率変化(WHO地区別) 表6: ハンセン病動向(32ヶ国、1985-1999年) 表7: 登録有病数(WHO地区別) 表8: 人口十万人に対するハンセン病検出率(WHO地区別、1994-1999年) 表9: ハンセン病動向(インド、1985-1999年) WER参照

流行ニュースの続報: <インフルエンザ>

アルゼンチン(2000年6月26日)¹: 局地的発生が2週間にわたり続いている。分離されたウイルスはインフルエンザA型。

オーストラリア(2000年7月7日)²: A型とB型の散発発生例が7月の第1週に報告された。

カナダ(2000年6月24日)³: 6月中に散在的に発生。分離されたウイルスは主にB型。

南アフリカ(2000年6月10日)⁴: 6月の最初の2週間弱いながらも発生が続いた。A(H3N2)型の全症例はウエスタンケープからであった。A(H1N1)型はシーズン初め以来流行している優占種である。

ウルグアイ(2000年7月1日)⁵: 6月中、A型とB型の散在的に発生。参照: ¹No.27,2000,p.224 ²No.26,2000,p.216 ³No.22,2000,p.188, ⁴No.23,2000,p.192, ⁵No.21,2000,p.180

(安森文香、中浦由紀子、田中恵子、宇賀昭二)