

流行ニュース：

< エボラ出血熱、ウガンダ >

10月18日現在、厚生省より94症例（うち死亡例39）が報告された。症例はアスワ地区とグル地区に集中している。キトガム地区における未確認の報告に関しては、特殊調査班が調査中である。南アフリカ共和国の国立ウイルス研究所の検査により、集団発生の原因がエボラウイルスであることが判明。ウガンダでエボラ出血熱が報告されたのはこれが初めてである。

このウイルス性出血熱の制圧のため、厚生省のもと特殊調査班が設置された。WHOはGlobal Alert and Response Networkにおけるパートナーである国境なき医師団やエピセンターなどと協力、参画している。エボラ出血熱は患者の50-90%が死に至る、ウイルス疾患の中で最も毒性の強い疾患のひとつで、感染者の血液、分泌物、および精液などに直接接触することにより感染する。エボラウイルスは1976年にスーダンとコンゴ民主主義共和国（旧ザイール）で最初に確認された。

< コレラ、南アフリカ共和国 >

クワズール・ナタール地区の保健部より2000年8月中旬の集団発生以降3,075症例と26の死亡例が報告された。この集団発生はクワズール・ナタール地区で発生し、Umfolozzi地区南部にも広がっていった。厚生省は南アフリカ共和国のWHO事務局とWHOアフリカ地区事務局と協力し、予防・制圧策を実行している。

< リフトバレー熱、サウジアラビア（最新版） >

10月8日現在、厚生省よりリフトバレー熱と疑われる291症例（うち死亡例64）が報告されている。WHOはアメリカのCDC（Centers for Disease Control and Prevention）のWHO協力センターや南アフリカ共和国の国立ウイルス研究所と協力して、政府にフィールド調査と予防策の実行に関する助言と援助を提供している。集団発生後の経過と対策の詳細は<http://www.saudinf.com/main/yy1.htm>で入手できる。（参照：No.40、2000、p.321）

今週の話題：

< ペスト 1998-1999 >

1998年、計2,464名（うち死亡209名）のペスト患者が12ヶ国からWHOに報告された。1999年には14カ国から2,603名の患者と212名の死亡が報告された。過去10年間の年次平均（患者数2,547名、死亡181名）と同程度である。過去10年間において患者の76.2%、死者の81.8%がアフリカからの報告であった。1998年と1999年における致死率（case-fatality rates、CFR）はそれぞれ8.5%と8.1%で、過去10年間平均では7.1%である。最も大規模な集団発生は1996-1997年にマダガスカルで発生、その数は世界の患者総数の54.8%にも上った。

表1には世界におけるペスト患者数（1985-1999）とその国別分布を示している。最も多数のペスト患者が発生したのは最近の10年間であり、最も少なかったのは1985年と1989年であった。近年の報告数の増加傾向は人獣共通感染症としてのペストが増加していること、およびWHOへの届け出が増加したことの二つの理由が考えられる。ペストの分布を大陸別に分析するといくつかの国が各大陸の報告の大部分を占めていることが明らかとなった。例えば、アフリカではマダガスカルとタンザニア共和国のわずか2カ国からの報告がアフリカの症例総数の62.2%を占めている。またブラジルとペルーはアメリカ全体の85.4%を占めており、ベトナムはアジア全体の62.6%を占めている。

* アフリカ大陸：

1998年には4カ国（マダガスカル、モザンビーク、ウガンダ、およびジンバブエ）から2,341症例（うち死亡182名）が報告されている。これらの国からの報告症例数は世界総数の95.0%、死亡例数は87.1%に相当する。1999年には5カ国（マダガスカル、マラウイ、モザンビーク、ナミビア、およびタンザニア共和国）から2,344症例（うち死亡例196）が報告された。症例数、死亡例数はそれぞれ世界総数の98.4%および90.1%に相当する（原文通り）。（訳注：表から判断する限りアフリカでの症例数2,344 /

世界総数 2603 = 90.1%、アフリカでの死亡例数 196 / 世界総数 212 = 92.5%となっており、アフリカは世界総症例数の 90.1%、世界総死亡例数の 92.5%を占めていることになる)

* アメリカ大陸：

1998 年には 4 カ国 (ブラジル、エクアドル、ペルー、およびアメリカ合衆国) から 28 症例と 14 死亡例が報告されている。1999 年には 37 症例 (うち死亡例 1) がブラジル、ペルー、およびアメリカ合衆国の 3 カ国から報告されている。これらの症例数は世界総数のそれぞれ 1.1% および 1.4% であり、死亡例数ではそれぞれ 6.7% と 0.5% を占めるにすぎない。

* アジア大陸：

1998 年には 2 カ国 (モンゴルとベトナム) から 95 症例と死亡例 13 が報告された。これらの数は世界総症例数のそれぞれ 3.9% および 6.2% に相当する。1999 年には 4 カ国 (中国、カザフスタン、モンゴル、およびベトナム) から 222 症例と死亡例 15 が報告された。それぞれ世界総数の 8.5% および 7.1% に相当する。

表 1：1985 - 1999 年に世界で報告されたペスト患者数 (および死亡例数) (WER 参照)

1985-1999 年のペスト患者数と国別分布を示している。この期間に症例 33,998 (うち死亡例 2,652) が 24 カ国から報告された。ペストの罹患率は 1990 年代初めから確実に上昇しており、特にアフリカにおいて明らかである。

< マラリア制圧に対する地球全体の取り組み ¹ >

マラリア対策計画は、国家レベル、地域レベルおよび地球レベルのいずれにおいても慢性的な資金不足に悩まされている。マラリア対策の資金は実際よりも安い見積りに基づいて決定されるからである。国際共同体は本年度からマラリア介入および研究計画の予算に 1 年につき少なくとも 10 億ドルの増額を行うべきである。このレベルの援助は無期限に維持されるべきであり、最初にサハラ以南のアフリカに集中させるべきである。今日の援助のレベルは世界全体でこの金額のわずか一部にすぎない。

サハラ以南のアフリカやその他マラリアの流行している地域と親密に交流している国際共同体は、毎年 10 億ドルの追加援助を最も効果的に使えるように直ちに介入計画を立てなければならない。これらの援助は薬剤浸潤蚊帳の使用増加、症例対策の改良、媒介蚊のコントロール、薬剤やワクチンの基礎研究、包括的なサーベイランスの継続および援助に対する評価にあてられるだろう。

加えて、疫学、生態学、昆虫学、免疫学、経済学、計画の評価、その他関連のある領域の教育と研究における国際協力を高めるべきであり、その教育と研究は発展途上国の技術力を高めるように工夫せねばならない。サーベイランスの増加、計画の評価、および基礎研究と教育などのような直接介入をうまく組み合わせれば、マラリア制圧への完全なるアプローチとなりうる。

引用：¹The African Summit on Roll Back Malaria, Abuja, April 25, 2000

流行ニュースの続報：

< インフルエンザ >

10 月の第 1 週にオーストラリア¹、デンマーク、および香港²において、散発的に報告された。スイス¹ではインフルエンザ様の症状を示す患者が徐々に増加しているが、ウイルスの分離はまだ報告されていない。参照：¹No.41、2000、p.336、²No.40、2000、p.328

(三宅由子、宇賀昭二、小西英二)