

流行ニュース：

<エボラ出血熱、ウガンダ（最新情報）<sup>1</sup>>

11月2日ウガンダの厚生省はこれまでにエボラ出血熱患者が総数262症例に達し、81名が死亡したと発表した。そのサンプルはCDC/WHO共同研究センターによりグル地方に設立された検査所で調査された。南アフリカ国立ウイルス研究所/WHO共同研究センターによる調査では、ウガンダのエボラウイルス株はスーダンのエボラウイルス株と類似するが全く同一のものではない。このスーダンエボラ株は1976年から1979年の南スーダンで流行した疾患（致死率50%~70%）に関係していた。また、ウガンダエボラ株は旧ザイル（現コンゴ共和国）とガボンでの流行に関連するザイルエボラ株（致死率70%~90%）に比べ、多少有毒性が少ないようである。エボラ株、およびエボラ株に深い関連を持つマールブルグウイルス株は両者とも中央アフリカで発見されている。ウガンダでは初のエボラ出血熱流行であるが、このウガンダエボラ株は今回の流行以前に国内に存在していた可能性がある。参照：

<sup>1</sup>No.43, 2000, p.345

今週の話題：

<西半球における麻疹伝染阻止の進展状況、1999年1月-2000年9月>

1994年、第24回汎米衛生会議において2000年末までに麻疹伝染の阻止することを可決したが、その目標はほぼ達成された。

汎米衛生機構（以下PAHO）では麻疹の伝染を阻止するためにワクチンの3部戦略を推進してきた。すなわち、(1)1歳から14歳のすべての子供に全国規模でワクチンを一度投与する‘catch up’キャンペーン、(2)1歳児へ定期的にワクチンを投与する‘keep-up’キャンペーン、(3)ワクチン投与状況の如何に関わらず、1~4歳のすべての子供を対象に4年毎に全国規模でワクチン投与を行う‘follow-up’キャンペーンである。

PAHOでは次の5点に重点をおいたサーベイランスを推奨している。(1)発症がゼロの地域を含むすべての自治体が、週毎に麻疹の疑い症例をPAHOに報告する(2)疑い症例について報告から48時間以内に調査を行う(3)最初に疑われた症例を血清検査によって確認する(4)確定症例が報告された地方自治体における他の症例と、週間報告を提出していない他の地域における積極的な調査活動(5)麻疹ウイルスの分離と遺伝上のシークエンス、である。

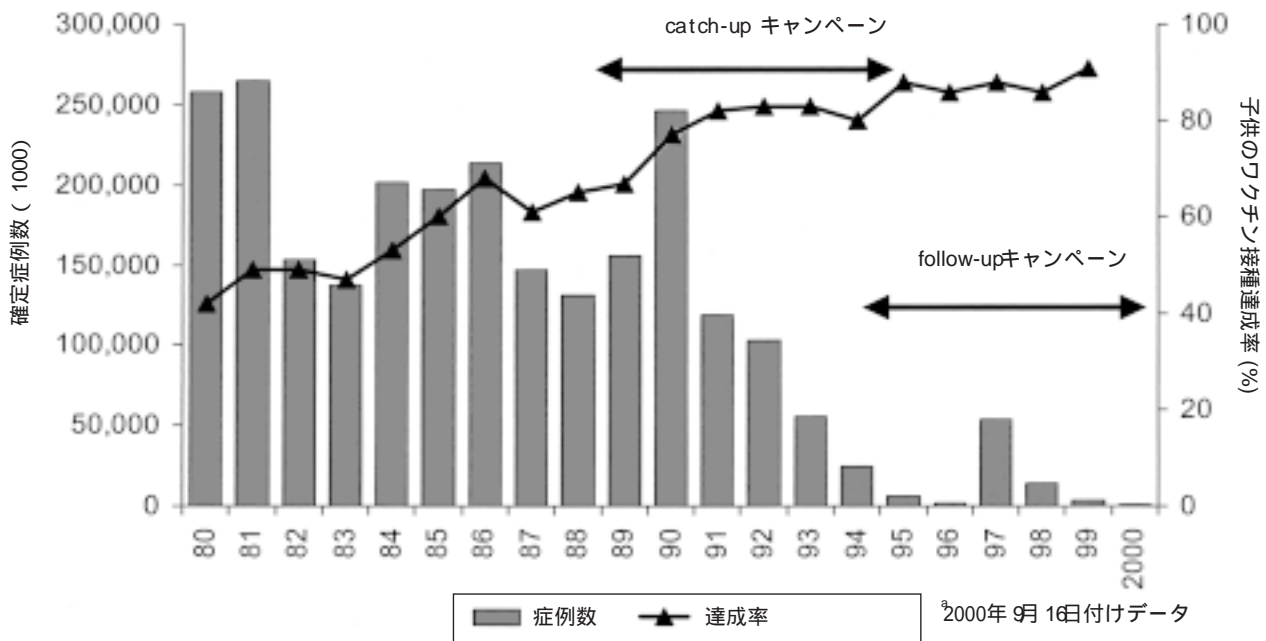
1999年1月から2000年9月16日までにキューバ、中央アメリカのすべての国々、英語圏カリブ諸国、そして南アメリカの大半の国々から麻疹ゼロ報告があった。1999年には、ボリビア、ブラジル、アルゼンチンとドミニカ共和国のわずか4ヶ国でしか散発的な流行が見られなかった。カナダ、チリ、コスタリカ、メキシコ、ペルー、ウルグアイとアメリカでは麻疹の輸入感染例が報告されている。しかし、ワクチン接種が広範囲で達成されていたため、それほど大きな広がりは見せず、最大の流行はカナダで確認された61症例であった。1997~2000年の間にブラジル、ボリビア、ドミニカ共和国とハイチでの尿サンプルから米国CDC麻疹研究所とオズワルドクルス財団（ブラジル）で確認されたウイルスの遺伝子型はD6型であった。

ボリビアでは田舎でワクチン投与を受けていなかった子供と、地方出身のワクチン投与を受けていない若者間での流行が報告されている。また、ドミニカ共和国でも地方出身者を受け入れている大工場のあるサンチアゴやサントドミンゴのような大都会で流行が生じているとの報告がある。ハイチでは2000年6月から生後6ヶ月から15才までの全ての子供に戸別ワクチン接種を開始し、目下進行中である。ドミニカ共和国とハイチでは麻疹の疑い症例の調査が遅れており、不完全な状況である。

麻疹のワクチン接種による高い免疫力を維持することが麻疹をコントロールする最も効果的な方法である。

PAHOは地域的に散発する麻疹伝染阻止を達成、維持、モニターするために4つの戦術を推奨している。(1)すべての自治体で、麻疹を含むワクチンの接種の達成範囲を95%以上にする。特に戸別ワクチン接種などを通じて定期的なワクチン接種の達成率を確かにしておくこと、フォローアップキャンペーンを少なくとも4年毎に行うこと、ハイリスク集団に対してワクチン接種を行い、モニターすること。(2)疾患のサーベイランスを定期的に確実に行うこと。（戸別ワクチン接種、スーパーバイザーの保健センター訪問を定期的に行う、疫学者の主要保健機関・学校・ハイリスク地域の訪問）(3)すべての流行を徹底調査すること（疑い症例報告後48時間以内に住居訪問を行う、潜伏・感染期間の状況確認、尿・血液の採取、など）(4)麻疹の輸入輸出感染をなくすること。

今日までの優れた経緯は、2000年の終わりまでにアメリカ大陸の各地における土着の麻疹伝染を断絶できることを示している。

表 1：麻疹ワクチン接種達成率と報告症例数、WHO アメリカ地域、1980-2000 年<sup>a</sup>

表は麻疹症例数とワクチン達成率を年別に示す。1990年、症例数は25万に上っていたが1996年には2,109と大幅に低下した。しかしフォローアップキャンペーン中の1997年に麻疹は再流行し、52,284症例がブラジルから報告された。

#### <マラリア>

既存の技術に関する更なる調査に加えて、新しい抗マラリア介入の技術が必要である。マラリアの負担を根本から減ずるには、結局はワクチンが最も経済効果の高い、かつ安全な方法である。政府や国際団体、私財団がマラリアワクチンの利益ある市場を約束し、プライベートセクターのワクチン開発に対する興味を刺激することが必要である。しかしながら、このようなワクチン開発には多くの年月を要するであろうことから、抗薬剤耐性問題、薬剤の価格問題に対処するためには新しい薬剤開発が不可欠となってくる。問題はこの薬剤開発は企業にとっては魅力がないことにあり、市場力学を考慮し、かれらの興味を刺激することが必要である。

現在、一般的な使用に耐える殺虫剤の開発が昆虫学的なマラリア介入政策において進められており、これからの抗マラリアプログラムには不可欠になる。

また、マラリアを早急に診断することが不可能であるため、死亡者数増加、病的状態の延長、薬剤耐性の拡大、疫病への対応の遅れといった問題が起きている。このような問題に対処するためには、ディップスティックを用いる免疫学的検査法や、簡単で迅速な診断方法が必要となってくる。これらの診断方法を低価格で産出し、発展途上国での利用を可能にすることが求められる。

このように新しい技術に対応する市場が生み出されれば、新しい技術はマラリアの負担を和らげるのに重要な手段を供給することが可能なのである。

#### 流行ニュースの続報：

##### <インフルエンザ>

フランス(2000年10月15日)：北部での一週間のインフルエンザ様症例数は10万人あたり51で、伝染病レベルである10万あたり93を下回っている。

ポーランド(2000年10月14日)：10月第1、2週の増加が注目される。ウイルスは分離されなかった。

他の報告：10月第1、2週、オーストラリア<sup>1</sup>、デンマーク<sup>1</sup>、香港<sup>1</sup>で散発的に発生している。参照：<sup>1</sup>No.42、2000、p.344

(益田美和、足高善彦、片岡陳正)