

今週の話題：

< 国内伝染病サーベイランスと対応システムの評価、エチオピア >

サーベイランスと対応システムの充実伝染病を効果的にコントロールするために不可欠である。しかし、よりよいサーベイランス機能のコーディネートと統合がシステム全体の有効性と効率に寄与する。この概念が国内伝染病サーベイランスと対応システムの系統的評価を通して、伝染病に対する国家プランの開発につながる。

サーベイランスおよび対応システムの活動は全て国内共通の公的サービスである。中心機能は、患者の発見、登録、確認(疫学および検査)、データの収集とフィードバックでありデータ解析、解釈とその後の活動である。

* 評価にいたるまでの背景：国内の保健レベル向上のため、現在エチオピア政府は包括的保健セクターの充実を図っている。1996年に厚生省は疫学サーベイランスシステムを導入し、優先して対応すべき疾患として選ばれた17の伝染病と症候群にその焦点を絞り実施した。さらに1999年、厚生省はこの疫学サーベイランスシステムとその他の伝染病サーベイランスシステム、対応システムの調査のサポートをWHO、米国国際開発庁(Agency for International Development、以下USAID)、地域協力者に依頼した。

* 今回のサーベイランス評価の目的：

- ・ 中心及びサポート機能の実行の評価、
- ・ 現行資源(人員、財源、物資)の評価、
- ・ プラン改良のための基準データの獲得

* 調査方法：評価のためのプロトコール：WHO立案のサーベイランスと対応システム調査の原案を改正したものを用いた。アセスメントツール：いろいろな場所で用いるための質問紙。アセスメントチームとフィールド試験の評価：3.5日のワークショップを設けた。場所の選択：エチオピア全域から漏れないように、また良、平均、悪いサーベイランス地区を含むようにした。フィールドアセスメント：調査チームには厚生省、エチオピア国立保健調査研究所(ENHRI)、WHO等から構成人員を選び、7チームを編成した。データ解析：量的なデータだけでなく、質的なデータも収集された。

* 調査結果：中央厚生省と56施設の訪問を行った。

・ 地方システム：国内伝染病のサーベイランスシステム：主に3つのカテゴリーに分かれ、6つの伝染病サーベイランスから構成されていた。(1)疫学サーベイランスシステムが対象とするのは17疾患である。コレラ、ペスト、黄熱、髄膜炎菌性髄膜炎、麻疹、急性弛緩性麻痺/ポリオ、新生児の破傷風については、直ちにもしくは週1回報告、細菌性赤痢、マラリア、狂犬病、チフス熱、回帰熱は月1回、AIDS、糸状虫病、らい病、結核、STDは年4回の報告が行われている。このシステムは全地方と地区の施設で機能し、70%の保健機関で実施されていた。(2)全国健康情報システム：健康に関連する一般的なデータを収集している。全ての保健機関でこのシステムが実施されている。(3)疾病特有システム：結核/らい病のシステムは全ての地域および地区の施設にあった。AIDSのシステムは全ての地域施設では実施されているが、地区レベルでは実施されていない。一般的な保健情報システムとは別に、特別AIDSシステムが保健機関の6%で実施していた。小児疾患統合管理(Integrated Management of Childhood Illnesses, IMCI)システムは全地域・地区で実施されていた。マラリアのシステムは全地域・地区で存在したが、保健機関としては18%しか存在しなかった。

* サーベイランスと対応システムの中心機能とサポート機能の現状：

・ 症例の発見と登録：疫学サーベイランスの一部である急性弛緩性麻痺の標準的症例の定義は、保健施設の半分以下(48%)で利用可能であったが、麻疹では30%のみであった。結核は22%、また急性下痢症は69%で利用可能であった。・ 報告：報告の完全性は地方健康局(regional health bureaus)では91%(10/11)、地区健康課(zonal health departments)では54%(6/11)であった。報告の適時度はそれぞれ75%、45%。・ データ解析：疫学サーベイランスシステムと他のサーベイランスシステムでは、地域と地区レベルで解析システムが異なっているため、データの解析にばらつきがあった。・ 流行に向けての準備と対応：表1は地域と地区における検出状況を表している。調査したすべての地域は昨年来、急性水性下痢症、マラリア、麻疹などが流行した地域であった。地域健康部の72%および地区健康部の50%で48時間以内に集団発生に対処していたが、流行調査のための標準化された手順はない。・ フィードバックと監督：保健システムのすべてのレベルにおいて、ほとんどフィードバックと監督が行われていない。例えば、疫学サーベイランスシステムを持つ施設の15%と結核/らい病サーベイランスを持つ施設の6%がフィードバックと管理を受けていたに過ぎない。・ 訓練：地域レベルの55%に訓練を受けたサーベイランスの責任者がいた。地区レベルでは75%であった。一方、保健施設の52%には急性弛緩性麻痺サーベイランスに関与した人が最低1人はいた。表2：サーベイランスに利用可能な物流資源例 表3：検体の収集、取り扱いおよび輸送、エチオピア、1999年10月(WER参照)

表 1：流行に対する迅速な対応と薬剤および物品、エチオピア、1999 年 10 月

変数	地域健康局 n = 11 (%)	地区健康課 n = 12 (%)
流行防御および対応プランがある	4 (36)	4 (33)
救急チームの有無	4 (36)	4 (33)
非常時の薬品と物品		
経口輸液	5 (45)	3 (25)
静脈注射液	4 (36)	2 (17)
クロラムフェニコール	4 (36)	3 (25)
集団感染報告後48時間以内に反応・対応した	8 (72)	6 (50)

EPR プランを用いる、救急チーム、非常時の薬と物品、経口輸液、静脈注射液、クロラムフェニコール、48 時間以内の集団感染の対応について地方健康局および地区健康課で調査した。

・サーベイランスに利用できる物的資源：サーベイランスのための物的資源は不十分で、末端施設の多くで迅速な報告が必要とされる流行性疾患の連絡がうまくいかなかった（表 2）。2、3 の施設にあったラジオコールシステムは、施設間での疾患の情報交換に役立った。・研究所：研究所の検査能力評価には選択された疾患が使用された（表 3）。国立調査研究所（エチオピア健康栄養研究所）が疾患や流行の確認を行っていた。多くの病院は基本検査を行うことができたが、ペスト、コレラ、黄熱を確認できなかった。すべての病院と半数以上の保健所は機能的な顕微鏡を備えていたが、試薬とその供給に恒常的な問題があった。

* 結論および課題：エチオピア厚生省は、過去数年にわたり伝染病サーベイランスおよび対応を強化し成果を上げてきた。今回明らかにされた問題点は、国家計画に答申され、伝染病サーベイランスの準備、対処を強化するための第一歩となった。

・優先的疾患の見直し：エチオピアでは、5 歳までの下痢と肺炎、回旋系条虫、伝染性発疹チフスが調査リストに載っていない。優先的疾患の見直しが必要である。・すべての保健システムにおけるサーベイランスの中心機能と支援機能の強化：ヘルスワーカーはしばしば第一報を迅速に報告することが難しく、流行の確認と対応に遅れが生じている。現行システムはより効果的な強化策を必要としている。・サーベイランスのコミュニティー参加の強化：エチオピアの一部では、コミュニティーと保健機関をつなぐヘルスワーカーがおり村レベルのヘルスケアシステムを担っているが、監督者的な支援と症例がなされていない。コミュニティーレベルの役割が集団発生への報告と対応の遅れを避けるために組織的に強化することができる。・ヘルスケア-システムの間レベルと末端レベルの強化：中間レベルは、下位レベルのデータを受け、その特定のプログラム情報を優先的伝染病に関する概要へと変換していくが、これらの機能をさらに強化する必要がある。十分な物資を組織に供給し、適切なトレーニングと手段、恒常的な監視支援と適時のフィードバックを行い、専任の人材を維持することが試みられている。・単純かつ適切な統合の必要性：本来エチオピアの疫学サーベイランスシステムは、データを収集し、特定プログラムに情報を提供する独自のものであった。しかし、各システムの年齢分類に相違が見られたり、結核やらい病を集計に入れなかったり、そのデータ収集手段は必ずしもニーズに合致していなかった。・統合のさらなる強化：統一した方法で既存のサーベイランス及び対応システムを強化すれば、システム実行の有効性が増す。AFP サーベイランスの経験を基に、それを最大限に活用することが重要である。

* 課題：WHO は、CDC のような技術的パートナーと USAID 等のドナーパートナーと共同で、国家的サーベイランスと対応システムの強化に協力する、という支援体制を生み出した。エチオピアでも全国計画の推進を支援し、その短期、中期および長期目標を設定し、それを健康部門の発展計画に組み込むなどのプラン改善の支援を行っている。WHO アフリカ地域で最近設立された統一伝染病サーベイランス対策委員会は、そのようなシステム支援の一例である。

流行ニュースの続報：＜インフルエンザ＞

フランス(2001 年 1 月 4 日)¹：南部地方で A 型が単離され、その一つは A/ニューカレドニア/20/99(H1N1)であった。参照：¹No.51/52、2000、p.423

(岡崎一幸、安東智子、伊良原なつ美、白川卓、石川雄一)