

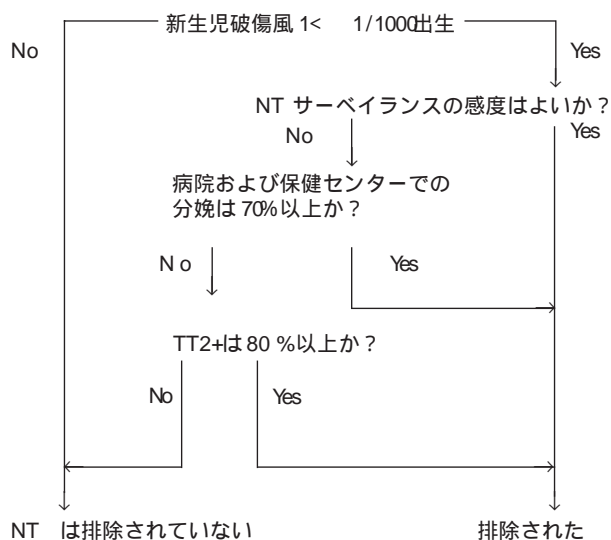
今週の話題：

<ジンバブエ共和国の新生児破傷風排除の評価>

WHO と UNICEF の協力により、ジンバブエ共和国は地区レベルでの新生児破傷風 (NT) 排除を評価した (出生 1000 対 1 症例未満)。新生児破傷風の国家的報告、CD (Clean Delivery, 病院あるいは保健センターでの分娩) と TT2+ (最低破傷風トキソイド 2 回以上の投薬) を妊娠可能年齢の女性間で調べて、ジンバブエでは新生児破傷風排除に達したと考えられる。

図 1：WHO-UNICEF の新生児破傷風排除のためのアルゴリズム。

新生児破傷風アセスメントの基準をフローチャートで示したものである。最終的に右下に達せば、新生児破傷風は排除したと評価される。



LB=Live Birth, 出生
TT2+=最低破傷風トキソイド 2 回以上投与

地区レベルの調査では国内 58 地区のうち最高リスク地区が選ばれ、地域基礎調査で LQA CS (集団サンプルにおける地区質的保証) の手順を使用し、最高リスクの 3 地区が導き出された。この標本抽出デザインは 1994 年バングラディッシュ、1995 年インドネシア、2000 年インドの NT 排除評価に使用されたが、アフリカでのこの目的での使用は初めてである。

地区ごとに政府機関に収集された NT、CD、TT2 のデータは、はじめに WHO-UNICEF の NT 排除評価アルゴリズム (図 1) で評価された。このアルゴリズムは、NT 排除評価の基準範囲のレベル、CD (70%)、TT (80%)、サーベイランスの感受性、地区ごとの NT 症例の最小実施尺度が詳細に記載されている。サーベイランス実施調査によると NT は CD サービスと TT が不十分な地域で起こりやすい。

表 1：NT 排除評価のための選択指標の国家的概略、1998 年-1999 年、ジンバブエ、地区別 (WER 参照)

表 2：新生児破傷風の高リスク地区 (WER 参照)

国家レベルでの CD はアルゴリズムでの最低 70% を超えるが、この 2 年間 15 地区の CD は 70% より低く、この 2 年間 2 地区では 50% より低かった。TT2+ の投与率の国家的評価はアルゴリズムの 80% より低かったが、行政の TT 投与率の見積もりは、長年 TT 投与をしている所では実際の投与率より低い。政府では妊婦検診で TT 状態の測定、TT 接種を政策としたため妊婦検診、また DTP の 3 種混合ワクチンも接種し指標のリストに加えられた。地区ごとの新生児死亡のデータは得られたが利用できる内容ではなかった。

1998 年、1999 年の地区ごとの指標評価リストを調査し、7 地区が LQA-CS 調査で考慮の必要ありとみなされ (表 2)、3 地区 (ウズンバ、ムトコ、ゴロモンジ) が財政上と物流上の制限により選ばれた。中央統計局は 3 地区人口と 150 の人口調査一覧表の単位 (CEU) を印刷し、それらの地域は 20 ごとの出生群のスタート地点として選ばれた。そのうち 50 の CEU は LQA-CS デザインの 2 倍である最初のサンプル

ル(出生 1000)として、その 150 から選ばれた。このサンプルデザインで最初の 1000 出生で NT がゼロの場合 NT 排除として調査は中止される。NT が 4 以上で NT は排除されていないと決定し、調査は中止される。NT1, 2, 3 の場合は 2 番目のサンプル調査をはじめ、1、2 番目あわせて、NT3 以下(出生 3000 対)で NT 排除、NT4 以上で NT 排除でないとした。1 番目調査の追加目的は 1~13 ヶ月の子の母親と 15~49 歳の女性の TT 達成範囲を測定することであった。その測定は母親から 200、妊娠可能年齢の女性から 400 人に施行された。新生児死亡は分けて記録され、生まれた時の状態、母親の TTレベル、臍帯の処置、死の徴候、その他の情報から NT による死亡が診断された。

国内各地から 36 人の保健婦士がインタビュアーとして雇用され、デモンストレーションや実地講習会を受けた。5 地域のスーパーバイザーに任命され、4 人がはじめの調査と計画段階に参加した。新生児死亡は、1 番目のサンプルのうち出生 1000 人対 9 人で NT は 1 人だった。2 番目のサンプルで出生 2000 人対 0 だった。3 地区の点推計は出生 1000 対 0.3 で排除閾を下回っていた。TT 達成範囲の結果は、予想通り妊婦ケア、ルーチン化した TT の組み合わせが NT 排除アセスメントに合う 3 地区で達成されていた(表 3)。

*編集ノート：ジンバブエでの NT 排除は達成されたが、妊産婦への CD、TT の連続的供給は今後も維持する必要がある。財政的問題により、調査中、現場管理が難しくなり、加えてコスト増加のためにタイムリーなデータ監視は不可能になった。例えば、世帯サイズの記録が一貫性のないものである問題が起こった。出生として記録された中には新生児死亡(早期新生児死亡)が含まれている。この調査では、過去 2 年以内で妊娠していた女性から出生が認識されるため、将来的な調査では妊娠と出生が識別され、記録される質問表を拡大することが有用である。

表 3：高リスク 3 地区における地域基礎調査からのカード保有女性の割合(現調査時点で immunization card を持っている割合)と TT 適用範囲、ジンバブエ、2000 年 11 月(WER 参照)

< 食用動物への抗菌剤使用監視 >

WHO は 2001 年 9 月 10 日~13 日にオスロー(ノルウェー)で開かれることを受けて、食用動物への抗菌剤使用監視についてのデータを募集。下記の項目について(詳細は WER 参照)2001 年 4 月 30 日までに WHO へ提出されたい。‘call for data on antimicrobial usage in food animal’ と明記すること。(okeroj@who.int またはファックス + 41 22 791 4893) (詳細は HP : <http://www.who.int/diseases/zoo/antimicrobial.html> を参照のこと)

発展途上国での食用動物に対する疾病管理のための抗菌剤使用範囲

食用動物への抗菌剤使用に関する類似研究、監視計画の調査結果の国家的、地域的データ
データそのものの調査を含む食用動物への抗菌剤使用監視システムと方法論の分析と記述
食用動物への抗菌剤使用監視システムの実施体験

流行ニュースの続報：< インフルエンザ >

ルーマニア(2001 年 3 月 31 日)¹：インフルエンザ流行は減少し、7 地区のみ点在。過去 2 週間で分離されたインフルエンザ B 型は A 型の 2 倍以上に上った。

スウェーデン(2001 年 3 月 31 日)²：インフルエンザ流行は先週から固定しているが、B 型が優勢となっている。参照：¹No.13,2001、p.99 ²No.7,2001、p.56

WEB アドレス一覧表 (WER 参照)

(加藤由紀、松尾博哉、石川雄一)