

今週の話題：

<世界 DOTS拡大計画 (Global DOTS Expansion Plan, GDEP) 高蔓延国での結核対策における進展>

DOTS (Direct observed therapy, 直接観察下治療) WHOによる結核対策における進展戦略 はここ10年間で世界的に実施されるようになった。しかし多くの発展途上国では、2000年までに結核患者の70%を発見し85%を治療するという世界目標を達成することができなかった。結核対策はなかなか進展しておらず、1999年にはわずか23%の患者の治療しかできていなかった。

2000年3月、アムステルダム結核撲滅宣言は、2005年までに世界中で結核を撲滅するという目標達成のため、政府による介入と財源を強化するように立案された。2000年5月には世界保健会議決議でもこの案が採用された。

このアムステルダム宣言と世界保健会議決議の動きに応じて、高蔓延国22カ国の国家結核対策の担当者、技術支援者、財政支援者、WHOの世界的結核ネットワークは、DOTS戦略に基づいた患者の発見、治療を行うことを決定した。今日、結核対策進展における主な障害は、技術面よりも政策、体制、財源の面にある。

2000年11月、エジプト・カイロで開かれた会議でこの計画 (GDEP) が引き続き討議された。GDEPの柱となるのは、国ごとのDOTS進展計画および結核対策のパートナーシップの樹立、の2点である。

パートナーシップは結核対策の成功のために不可欠であるが、国民の健康のために各国の主権を尊重し強化しながら、国、機関、財団、非政府組織 (NGOs) 間で組織されるべきであろう。

GDEPは、国民の健康管理の一部として結核対策を拡大していくために必要な人的財的資源の動員モデルを提供する。この計画では、各国での必要事項の違いおよび資源の違いを明確にし、蔓延国の政府と国家、国際機関とNGOs間で協力することの重要性を強調している。

計画進展のための適確な予算案は、実際の国毎の背景に基づいた目標を達成するよう決定されなければならない。例えば、国レベルで財源の割り当ておよび援助額を決定しなければならない。高蔓延22カ国のコストは一概には概算できないのである。予算のほとんどすべては結核対策進展のための出費で、一般的な保健活動に関連したコストは普通考慮されていない。

現在のコストに相違が見られたり、まだコスト概算がまだ行われていない国も幾つかあるが、全コストの標準的な概算は蔓延国および全世界レベルの両者において行うことができる。

高蔓延22カ国での予算案においては以下の点が挙げられる。

- ・ 結核対策の年間出費は、推定7億～9億USドルに達する。ただし、患者発見率と治療率を上げるための特別な投資は除く。
- ・ 高蔓延22カ国の結核対策のための財源の違いは年間推定1億～3億USドルになる。

世界レベル (工業国、中級収入国を除く) では、

- ・ 必要な見積もりは、9億～11億USドル/年である。
- ・ 出費の違いは1.5億～4億USドル/年である。
- ・ この違いは高蔓延22カ国において年間5千万USドル増加し、世界的には2億USドルとなり、寄付金と銀行の借入金では十分ではない。そのため、他の財源の支援が重要になる。

この推定費用の差額のいくらか、または全てを補うことが結核対策のための重要な進展につながるだろう。しかし、これだけでは世界的目標を達成することは保証できない。少なくとも何カ国かでは、患者の発見率と治療率の目標レベルを上げるための特別な計画を行うため、寄付金の追加が必要だろう。

この報告書により、結核対策基金の査定と高蔓延22カ国においてDOTS達成範囲の拡大のために必要な予算案が初めて提示された。また、国際機関の技術的、財政的参加と介入に関する理解を明示している。技術および財政支援者はこの報告をこれからの活動のベースとして使用されたい。次の段階としては、この報告書の主旨に基づき、財政援助の際、計画施行の際、そしてDOTS達成範囲を拡大していく際に、蔓延国政府と国際 (そして国家) 機関の責任を明確にすること、である。これには、各高蔓延国のために、実施の最終期限を設け、目標を明確に定義し、指標のモニタリングを行うとともに、財源の割り当てを行うことが必要である。

表：急性弛緩性麻痺（AFP）サーベイランスとポリオの発生率、 2000年～2001年（部分）  
（2001年5月30日のWHO本部からのデータ）（全体はWER参照）

国または地域	AFPサーベイランス、2000年			ポリオ症例数	
	AFP報告症例 <sup>1</sup>	年間非AFP率 <sup>2</sup>	適切な標本を得たAFP症例数 <sup>3</sup>	2000年度確認された野生型ポリオウイルス	2000年度確認された野生型ポリオウイルス <sup>4</sup>
地域別統計					
アフリカ地域	1 994	1.70	72%	396 (3)	1 772 (164)
アメリカ地域	548	0.86	82%	6 <sup>5</sup> (0)	12 <sup>5</sup> (0)
東地中海地域	1 166	1.46	79%	33 (25)	498 (285)
ヨーロッパ地域	574	1.06	83%	2 (2 <sup>6</sup> )	0 (0)
東南アジア地域	2 935	0.92	83%	13 (13)	594 (272)
西太平洋地域	1 886	1.04	90%	0 (0)	0 (0)
計	9 103	1.03	81%	450 (43)	2 876 (721)

<sup>1</sup> 東地中海、ヨーロッパ、東南アジア、西太平洋地域は、届出数。アフリカ、アメリカは推定値。

<sup>2</sup> 15歳以下の10万人に対する年間非ポリオ炎弛緩性麻痺の割合

<sup>3</sup> ( )値は研究室での確認例

AFPの発見事例は、アフリカ地域に多く見られる。しかし、その中で各国差が見られ一般的には言えない。ポリオ患者は2000年の半年値と比較して、2001年5月30日までの確認数ではかなり少なくなっている。

#### 流行ニュースの続報：

##### <インフルエンザ>

ブラジル（2001年6月2日）<sup>1</sup>：間接免疫蛍光法によりサンパウロ在住の4人の子供からB型インフルエンザウイルスが発見された。そのうち3人は移植手術のレシピエントであった。

チリ（2001年6月2日）<sup>2</sup>：3月最終週に地域的にA型インフルエンザ（H1N1）が検出され、A型（H3N2）とB型ウイルスが散発的に分離された。H3N2の1つは、A/モスクワ/10/99類似種であると同定された。

ノルウェー（2001年6月2日）<sup>2</sup>：B型インフルエンザウイルスが北部に広がっていった。

パラグアイ（2001年6月2日）：インフルエンザウイルスのA型、B型が散発的に分離された。

参照：<sup>1</sup>No.19、p.148、<sup>2</sup>2001年No.22、p.172

（鈴木佐緒里、西山馨、片岡陳正）