

今週の話題：

< 新生児破傷風排除の評価、ナミビア >

2001年8月、WHOとUNICEFの協力のもと、厚生省はナミビアでの新生児破傷風（NT）排除の評価を行った。NTの排除は保健区域での出生1000に対し1症例未満と定義されている。南部アフリカ諸国のうち、ナミビアでジンバブエについて二番目にNT排除評価が行われた。ジンバブエでは、新生児破傷風の罹患率は排除できたとし得る値以下に低下したことが明らかとなっている。

始めに、厚生省と国の34地区の自治体によって集計されたデータ（1998、1999、2000年）が検討された。データにはNTの報告、病院出産の割合と2回以上の破傷風トキソイド（TT）の投与（TT2）を受けた妊婦の割合が含まれるが、これらはNTの排除が達成されたかどうかを決定するWHO-UNICEFアルゴリズムに使用される3つの重要な指標である。加えて、データは地域ごとに妊産婦ケアを受けた妊婦の割合とジフテリア - 百日咳 - 破傷風ワクチン3回接種（DPT3）を受けた幼児の割合を求めて編集された。これらの2つの指標は、TTの達成率を概算評価するのに有用である。

表1：ナミビアにおけるNT排除に関する指標、2000年

指標	国内平均	地区による較差
出生時1000人あたりのNT報告	0.3	0-2.1
病院・保健センターなどでの分娩（%）	44	23-92
15～49歳の女性のTT2（%）	72	20-126
妊産婦ケアの妊婦（%）	71	31-88
幼児のDPT3（%）	70	42-101

表1は2000年の5つの指標を編集したデータの要約である。

各地区は5つの指標の報告によってランキングされた。ランキングには次の二つの方法が用いられた。一つは各指標を同様に扱う方法、もう一つはTT2+を評価するのが困難であるため、妊産婦ケアとDPT3をTT2+よりも重要視する方法である。そして7地区がNT感染の危険性が高いと判定された。7地区の内、6つが国の北西部地方であり、1地区（Opuwo）は北西地方と境界を接する中心地方であった。7地区のうち3地区（Engela, Opuwo, Oshakati）がNTの発生率調査と女性のTT達成率の調査に選ばれたが、これらの3地区は2000年にナミビアで報告された10例のNTのうち7例の発生地区であり、一年間のNTの発生率が出生1000に対し1を越える4地区に含まれている。

NTの症例を確認するために使用された基準が比較的特異性に乏しいものであったため、10例のNTのうち、いくつかは誤って分類された可能性があった。誤って分類された可能性や調査報告が行われてからすでに8ヶ月が経過していることが、信頼できる調査を行うにあたって考慮された。選ばれた3地区は互いに隣接しているため、経費や調査遂行に伴う種々の問題を軽減することができた。

調査は集団サンプルにおける地区質的保証 combined lot quality assurance-cluster sampling (LQA-CS) 法で、以前のバングラディッシュ（1994年）、インドネシア（1995年、2000年）、インド（2000年）、ジンバブエ（2000年）でのNTの根絶を評価するために用いられた方法と同様である。今回の調査は前回の調査法と異なり、サンプルサイズを減らし調査対象地区の少数の指標で同様の精度が得られた。この特別なLQA-CSは、まず800の生児出生に対して検討し、次に1200の生児出生に対する検討するという2つの手順で行う。もしNTによる死亡が最初のサンプルで見られなかったら、調査は終了、NTは排除されたと判断する。一人または二人のNT死が一つのサンプルから確認された場合は、二つ目のサンプルの検討を開始する。ここで二人以下のNT死しか確認できない場合は、同様にNTは根絶されたと判断する。もし、2名以上のNT死が確認された時にはその調査を終了し、NTは排除されていないと判断した。

3地区の保健施設が把握している人口統計を利用して、20の生児出生を1つの単位とする100の地区が選択された。100地区のうち40地区は2000年7月15日～2001年7月14日の800の出生から成る第一のサンプルを構成するように選択された。第一のサンプルを確認する過程で、この調査に適合する200名の出生のサブグループについて、TT施行と病院分娩に関する情報が集められた。加えて、TTの情報はこの期間に出産しなかった、15～49歳の200名の女性から成る別のサンプルから得られた。そこで、5人のスーパーバイザーと2人から成る23のチームが調査法と調査指標の使用について訓練を受けた。レクチャーやデモンストレーション等がその訓練の方法であり、そして第一のサンプルは3日間で調査が行われた。

第一のサンプルは、全 2,587 家庭の 18,156 名の家族を含む 40 クラスタにおける 800 の出生から構成されており、そのうちの病院外での出生の割合は 44/1000 と見積られた。800 の出生のうち、71% が保健施設でのものである。3 名の新生児の死亡が報告されたが、NT に起因する新生児の死亡ではなかった。つまり、2 つ目のサンプルは調査の必要が無かった。

TT 達成率に関する調査の結果（表 2）では、3 地区において妊娠女性の TT 接種率は WHO-UNICEF の NT 排除のアルゴリズムの基準である 80% 以上に達した。生殖年齢の女性から見積られた割合は 77% であった。95% 信頼区間の上限は 84% で上記のアルゴリズムの基準を超えていた。

表 2：3 つの感染危険地区のカードの保持と TT 接種、ナミビア、2000 年 8 月

	カードの保持	TT1	TT2	TT3	TT4	TT5
母親	74%	90%	86%	72%	59%	47%
15～49 歳の女性	67%	85%	77%	70%	60%	52%

* 編集ノート：

NT の危険性の最も高い 3 つの地域での調査の結果、ナミビアでは NT 排除は達成されたと分かったが、十分な排除状況が維持されていることを確認するため、今後も検討する必要がある。そのため測定には次のことを行わなければならない。(1) 幼児診断での母親の TT 接種や予防接種の家庭訪問等の保健サービスを含む NT 排除を維持する計画の継続。(2) NT の危険性の高い地区での TT や予防接種、保健センターでの分娩の強化計画の発展。(3) 診断率を向上するための NT の定義や調査方法の修正を含む NT の強力な調査の続行。(4) より良い集計データを得るための中央統計局との関係。

訳注：2000 年 No.25 を参照のこと。

流行ニュースの続報：＜インフルエンザ＞

ブルガリア（2002 年 3 月 25 日）¹：大規模な流行はなかったが、大都市では A (H3N2) の短期間の流行が 2 月にあった。

ユーゴスラビア（2002 年 3 月 23 日）：3 月第三週までは Vojvodina ではインフルエンザの活動は弱く、流行までは達していない。3 月の三週で感染者も 202 人減り、504 人となった。すべてインフルエンザ B 型によるものである。

ドイツ（2002 年 3 月 30 日）²：流行は第二週の間ピークとなり、North Rhine-Westfalia、Hessen 間で最も流行した。第一週には東部で流行が見られ、B 型が A 型より先行している。流行は収まりつつあるものの東部では依然流行している。

ルーマニア（2002 年 3 月 30 日）²：感染は第一週から徐々に増加し、二週、三週目には国の全域でその影響が見られた。A (H3N2) 型の感染は続き、A (H1N2) 型が 15 歳の子供から分離された。しかし、3 月の末には地方での流行が報告されるのみとなった。

スイス（2002 年 3 月 30 日）³：インフルエンザ様疾患のための受診者数は減少したもののインフルエンザの流行は二週目もまだ続いている。A 型と B 型が同程度蔓延していた。3 月の第三週にはインフルエンザは散発するのみとなった。インフルエンザ B 型は新しい 2002 年と 2003 年のワクチン用である B/Hong Kong/330/01 と抗原的に関連することが同定された。

その他の報告：3 月終わりの 2 週間ではアルバニア、デンマーク⁴、アイルランド⁴ のインフルエンザ感染は低値のままである。参照：¹ No.8,2002,p66、² No.9,2002,p75、³ No.10,2002,p78、⁴ No.7,2002,p56

（岸本和徳、置村康彦、宇佐美眞）