

今週の話題：

< ポリオ根絶への進展、インド、2003年 >

世界保健総会が1988年5月にポリオ根絶を決議して以来、ポリオ罹患率は99%以上減少した。アメリカ、ヨーロッパ及び西太平洋地域では既にポリオフリーが証明されている。また、東南アジア地域（SEAR）の国々は1994年にポリオ根絶活動を加速し、相当な前進を遂げている。2001年までに、ポリオウイルスの流行はインド北部のUttar Pradesh (UP) と Bihar に限られてきた。しかし、2002年に再興し、1600症例のうち、1363例（85%）がUPとBiharで発生した。この報告は2003年のインドにおけるポリオ根絶活動の状況と野生型ポリオウイルス伝播を減少するために行われた活動の要約である。

* 急性弛緩性麻痺（AFP）の監視：

2003年のインドにおけるAFP監視は、WHOの248人の訓練されたサーベイランス医療職員のネットワークを通じて行政レベルで行われた。2000年以降、インドはWHO制定のAFP監視の条件を満たした。

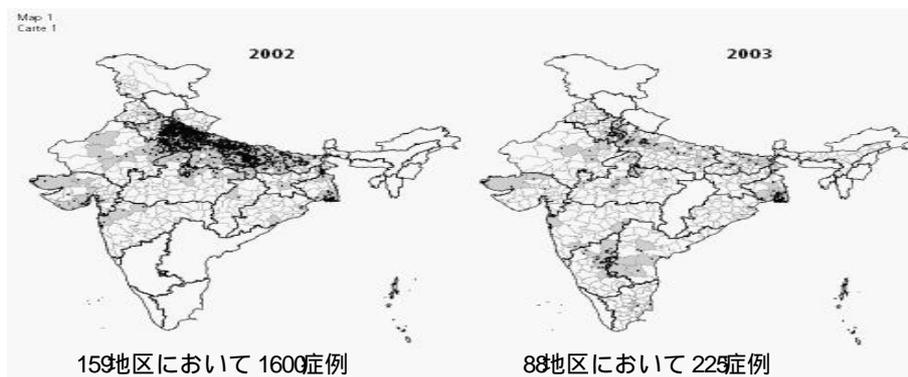
* 野生型ポリオウイルス罹患率：

2002年にインドの587地域のうち159地域でポリオウイルスの1600症例が報告されたが、2003年には88地域で225例と減少した（表1、地図1）。2002年に最多の症例が報告された3州（UP、Bihar、西ベンガル）は、2003年には明らかに罹患率の減少が見られた。対照的に、過去2年間報告がなかった南部の3州（Karnataka、Andhra Pradesh、Tamil Nadu）で発生した。表1：AFP症例、非ポリオAFP症例、適切な便検体、確定ポリオ症例の報告数（地区別）インド、2002-2003年（WER参照）

* ワクチン接種状況：

最近の政府の評価によると、2002年に国の1歳未満児の68%が定期的な予防接種により少なくとも3回の経口ポリオワクチン（OPV3）を受けている。定期的なOPV3接種率は州により相当の差異があった。年2回の全国ワクチン接種日（national immunization days、NIDs）は、定められたワクチン接種地で5歳未満の小児にOPVを配布するもので、1995年以降ポリオ根絶のために定期的な予防接種を補足している。補足的な予防接種活動（Supplementary Immunization Activities、SIAs）は1999年に追加の個別訪問のワクチン配布により強化された。NIDsと地域別ワクチン接種日（subnational immunization days、SNIDs）は1999-2002年に年毎に減少した。2002-2003年には、2回のNIDsと4回の大規模なSNIDsが実施された。実行回数の増加に加え、新たなワクチン接種者のデータ収集フォームや標準化された単独の観測者用チェックリストの導入により、SIAの質が向上した。監視データは、プログラム上の弱点を持つ地域の識別や、SIAの質の不足地区に着目するために使用された。非ポリオAFP症例のワクチン接種状況は、標的集団におけるポリオに対する免疫レベルの指標として考えられ、2002年に大流行が起こった州（UP、Bihar）でのOPV接種率は翌年には明らかに向上したことを示唆している。UP西部及びBiharでは2003年にOPV3を受けた6ヶ月-5歳児のAFPの割合が2002年より減少し、対照的に、Karnataka東部、Andhra Pradeshでは増加している。

地図1：野生型ポリオウイルスの分布、インド、2002 - 2003年



* 編集ノート：

インドは東南アジア地域で唯一土着の野生型ポリオウイルス伝播がある国であり、2003年に野生型ポリオウイルスの排除に向け大きく前進した。ポリオ流行のない国、地域においてインドから野生型ポリオウイルスを輸入する脅威が存在し続けることから、インドのポリオ根絶は、世界ポリオ根絶計画成功のための最重要課題である。2003年に報告された225例はインドでは最も少なく、さらに重要なことに、インドにおいて最も症例数の多かった州（UP、Bihar）の症例数が今までで最も少なかった。デリー、Gujarat、Haryanaなどの北部の州は2003年初期に若干の報告があったが後半にはなく、この地域での野生型ポリオウイルス伝播の遮断が示唆される。SIAの回数と質が向上した地域では、2003年のOPV接種率が増加したが、対照的に、追加のSIAsが計画、実行されなかった南部の州では、感染者が増加した。大規模なワクチンによるウイルス一掃（モップアップ）キャンペーンが2003年後半期に行われ、

他の州の SIA で得られた教訓が活かされた。2004 年の 1 月から 5 月に 3 回の NIDs と 1 回の SNIDs が計画されており、4 月以降に症例が確認されれば、集中的なモップアップ活動が行われる。秋には 2 回の追加の NIDs が計画されている。2003 年は流行期の症例報告数が減少し、インドのポリオ根絶の兆しが見えている。現在の状況と根絶目標を認識して、インド政府と協力機関は 2004 年の SIAs 戦略（6 回の SIAs と集中的モップアップ活動）を推進している。成功にはインド政府、州政府、主要な国際協力機関の間の効果的な協力が必要である。

< 結核の現況報告書（改訂、2004 年 3 月） >

* 感染と伝播：

結核は空気感染する。健康な人は感染してもすぐに発症しないが、免疫力が低下すると発症率は高くなる。世界中で毎秒新たに結核菌感染者が発生しており、世界人口の約 1/3 が結核菌感染者である。HIV 陰性でも結核菌感染者の 5-10% は直ちにあるいはいずれ発症する可能性がある。

* 世界的、局地的な発生率：

結核は東南アジア地域において最も多く発生し、世界の症例発生数の 33% に上る。しかし、サハラ以南のアフリカにおける人口あたりの発生数は東南アジアの約 2 倍で、350 例（人口 10 万比）である。2002 年の結核による死亡者数は 200 万人であった。また HIV により結核致死率が上昇している。表：推定結核発生率と死亡率、2002 年（WER 参照）

* HIV と結核：

HIV により免疫力が低下するため、HIV 陽性の結核感染者は、HIV 陰性の結核感染者に比べ、発症率が何倍も高くなる。世界中の HIV 感染者の死因の 13% は結核である。アフリカでは、HIV は過去 10 年間において結核発生の重要な因子となっている。

* 薬剤耐性結核：

最も一般的な抗結核薬はイソニアジド、リファンピシン、ピラジナミド、ストレプトマイシン、エタンブトールである。薬剤耐性結核は、不完全な治療を施されたときに現れる。薬剤耐性結核の中でも特に危険なものは、多剤耐性結核（MDR-TB）であり、少なくともイソニアジド、リファンピシンという最も強力な抗結核薬に耐性の結核菌によって引き起こされる病気として定義されている。薬剤耐性結核の化学療法は薬剤感受性結核の治療に比べ 100 倍ほど高価であり、患者に対し毒性が高い。

* 亡命者と移住性労働者における結核：

UNHCR によると、2003 年には推定 2 千万人の難民や貧困者がいて、その多くは結核高発生国の出身であった。結核治療には、観察下で少なくとも 6 ヶ月を要するため、移住性労働者を治療するのは困難である。多くの西欧諸国やアメリカ合衆国では、2001 年の結核患者数の 50% 以上が外国人であった。

* 効果的な結核コントロール - 直接観察下治療システム（DOTS）：

結核コントロールに対し、国際的に推奨されているアプローチは DOTS であり、これは、年間に数百万の結核の発症や死亡を防ぐことができる安価な戦略である。DOTS を構成する 5 要素は、結核コントロールを維持する政府の委員会設立、塗抹検査による結核症例の検出、質の高い抗結核薬の定期的かつ連続的な投与、6-8 ヶ月の定期的な観察下治療（少なくとも初めの 2 ヶ月間に投薬の直接観察を含む）治療の進行と計画の実行を監視するための報告システムである。

塗抹検査は、2 ヶ月毎及び治療の終了時に行われる。治療を通じて患者の経過を記録、報告するシステムにより、完治した患者の割合を評価でき、治療の質がわかる。DOTS のメリットは、治療率の上昇、新たな感染の防止、薬剤耐性菌増加の防止、治療費の軽減（患者一人当たり US10 ドル程度）、世界銀行がすべての健康介入の中で DOTS を最もコスト的に有用な戦略の一つとしたことである。

* DOTS の世界的な実践：

1991 年の導入以来、1300 万人以上の患者が DOTS のもとで治療を受けてきた。2002 年末までに、結核患者発生数の最も多い 22 ヶ国（世界の推定発生数の 80% を占める）を含む 180 ヶ国で実施されている。

2001 年、世界 DOTS 拡大計画が公表された。この計画の二つの柱は、少なくとも 5 年間の結核コントロールの中期計画策定と、各国の内部局調整委員会（NICCs）の設立である。結核患者発生数の最も多い 22 ヶ国は 2003 年末までに計画を決定し、そのうち 20 ヶ国は内部局調整委員会を設立した。

* 世界的な目標：

1991 年の世界保健総会における WHO の目標は、2005 年までに新たな結核感染の 70% を見つけ出し、その 85% を治療することである。18 ヶ国は既に 2002 年までにこの目標を達成した。世界的に、2002 年までに DOTS 戦略のもとで結核患者の推定 37% が治療を受けており、これは 1995 年の患者報告数の 2.5 倍である。治療の平均成功率は 82% であり、ペルー及び中国においても死亡数及び発生数の減少につながった。2003 年の WHO の世界的結核コントロール報告によると、政府と国際的結核コントロール計画は、目標達成のためにより戦略的なアプローチを計画し、計画に適した予算の確保及び予算に見合った活動をしなければならない。（小杉紗織、正田瑞恵、田中恵子、小西英二）