

**流行ニュース：**

**< 髄膜炎菌感染症、中央アフリカ共和国 >**

2004年3月31日、WHOは中央アフリカ共和国の Nana Bougila (39 症例、死亡 5 例) と、Zere (4 症例、死亡 2 例) の報告を受けた。保健省はこの流行を制圧するために予防接種キャンペーンを計画している。

**< 髄膜炎菌感染症、チャド >**

2004年4月4日、WHOはIriba 地区で 19 症例と死亡 4 例の報告を受けた。保健省はこの流行を制圧するために予防接種キャンペーンを計画している。また、国境なき医師団と髄膜炎菌感染症ワクチン供給国際連携グループ (ICG) は 20 万回分のワクチンを供給する予定である。

**今週の話題：**

**< メジナ虫症の根絶 >**

**\* メジナ虫の伝播阻止の認定：**

第 5 回目のメジナ虫症根絶認定の国際委員会が WHO 本部で 2004 年 3 月 9 日から 11 日まで開催された。本委員会は流行国 12 ケ国の症例数が、2003 年に 33,000 例を下回ったことに注目した。そのうち、100 症例以下であった 5 ケ国に関して、症例数の減少が緩徐となり根絶に至るまで予想以上の時間を要すること、その医療費が増加するだろうことを指摘した。本委員会はメジナ虫症の根絶認定を申請している 19 ケ国の状況を検討し、そのうち、セネガルとイエメンでは 1997 年から症例が無く、国際認定チームが 2003 年の最後の四半期に視察を行った。次の 17 の国と地方においてメジナ虫症の伝播がないと認定された。

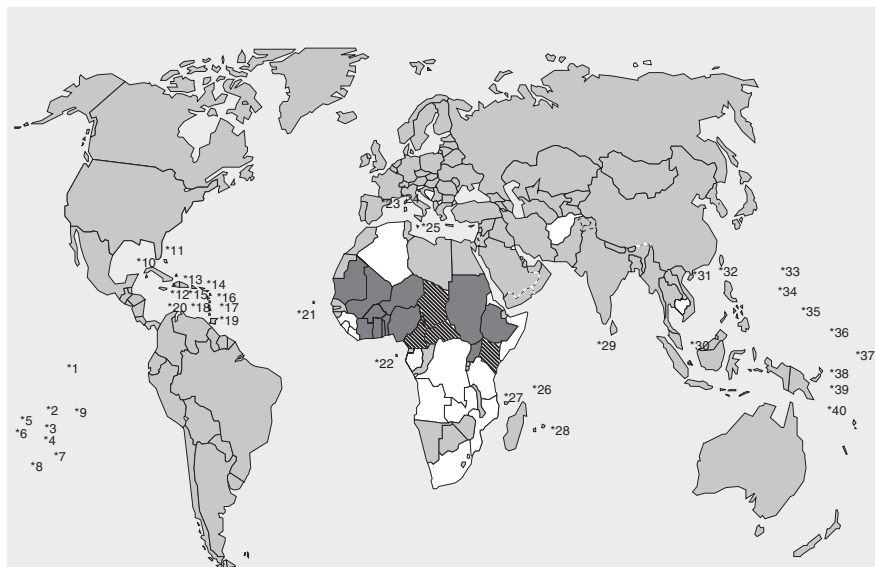
アメリカ地区：ウルグアイ

アフリカ地区：カーボヴェルデ、コンゴ、赤道ギニア、ガンビア、ギニアビサウ、マダガスカル、モーリシャス、ルワンダ、サントメ・プリンシペ、セネガル

東地中海地区：ヨルダン川西岸及びガザ地区、イエメン

ヨーロッパ地区：イスラエル、セルビア・モンテネグロ、マケドニア・旧ユーゴスラビア共和国

地図 1：メジナ虫症根絶証明、2004 年 3 月



- |                          |                |                          |
|--------------------------|----------------|--------------------------|
| 1. キリバス                  | 21. カーボヴェルデ    | 根絶証明されていない国              |
| 2. トケラウ諸島                | 22. サントメ・プリンシペ | 流行国 (2003年に国内発生例の報告のある国) |
| 3. サモア                   | 23. アンドラ       | 証明の前段階の監視下にある国           |
| 4. アメリカ領サモア              | 24. モナコ        | 伝播がないと証明された国と地方          |
| 5. ウォリス・フトゥーナ諸島          | 25. マルタ        |                          |
| 6. フィジー                  | 26. セーシェル      |                          |
| 7. ニウエ                   | 27. コモロ        |                          |
| 8. トンガ                   | 28. モーリシャス     |                          |
| 9. クック諸島                 | 29. モルディブ      |                          |
| 10. キューバ                 | 30. シンガポール     |                          |
| 11. パイタ                  | 31. マカオ        |                          |
| 12. ハイチ                  | 32. 香港         |                          |
| 13. ドミニカ共和国              | 33. 北マリアナ諸島連邦  |                          |
| 14. バーレーン諸島              | 34. グアム        |                          |
| 15. セントキッツ島とネビス島         | 35. ミクロネシア     |                          |
| 16. アンティグア・バーブーダ         | 36. ナウル        |                          |
| 17. セントルシア               | 37. ツバル        |                          |
| 18. セントビンセントおよびグレナディーン諸島 | 38. リトモン諸島     |                          |
| 19. トリニダード・トバゴ           | 39. パヌアツ       |                          |
| 20. アルバ                  | 40. ニューカレドニア   |                          |
- \* 伝播がないと証明された国と地方

<セルビア共和国における伝染病監視システムの早期警告機能の強化<sup>1</sup>、施行1年後の教訓>

\* 序論：

地区、地域、国家レベルで集団発生を適時発見することは、各国における伝染病監視システムの優先課題である。WHOの伝染病監視対策部門(CSR)は、公衆衛生の脅威を発見し対応する適切な能力の維持を関係諸国に求めるために、国際保健規則(IHR)の改正を行っている。そのため、関係諸国が効果的な早期警告システム(EWARS)を構築し、早期発見し対応する機能を強化することが求められている。この報告では、システムの概要を説明した後、セルビアで一年間EWARSを施行した結果を説明し、東ヨーロッパでEWARSを構築する際の方法論的な問題を検討する。

\* 背景：

コソボを除くセルビア共和国は人口870万人を擁し、25の管区と167の市に分けられている。1999年に戦争終結後も不安定な状況が続き政治的危機に直面している。2001年にセルビア共和国の公衆衛生研究所(RIPH)は、WHOらとともに定期的伝染病監視システムを査定し、様々な欠点や不足点を指摘した。2002年にこの査定の勧告に従って、RIPHはWHOのサポートを受け集団発生の早期発見機能強化のためにALERTを立ち上げた。ALERTの情報は、プライマリーヘルスケア施設(PHCfs)から、11種類の症候別に分類して報告される(表1)。PHCfsは4つの年齢群に分けて集計した症例数を市保健局に規定の書式で毎週報告する。市保健局の疫学専門家はデータを集計し、管区の公衆衛生研究所(IPH)へ報告する。これらの情報は、IPHでコンピューター入力され、RIPHへ送信される。フィードバックは、報告の逆の順番で行われる。IPHが行う情報入力機能と、RIPHへ記録を転送する機能を持った実務処理プログラムのソフトウェアが開発された。2003年9月に、ALERTの1年間施行過程の文書化と改正のための評価が行われた。表1：ALERTで監視されている健康問題リスト、セルビア2002-2003(WER参照)

\* 評価方法：

評価チームのメンバーはRIPHやIPHやWHOの疫学専門家などである。このチームはALERTのデータベースや文書や記録を分析し、各監視レベルの重要人物に組織的面接を行い、全管区の疫学専門家らとともに一日間の評価研究会を開いた。

\* 評価結果：

現在、ALERTは25の管区と156の市(98%)で展開されている。セルビア共和国保健省がEWARSを管理していたにもかかわらず、EWARSの報告手続きは法律によって規定されておらず、容認されているとは言えない。ALERTはRIPHが国家レベルで潜在的な集団発生を監視することが出来るため、国家レベルでより容認性が高い。一方、管区や市レベルでは容認性の程度は様々である。いくつかの管区では症候別のアプローチを順守しておらず、後退している。また、それらの管区の疫学専門家たちは集計されたデータが意思決定に役立たないと主張している。ソフトウェアに関しては、規定された形式で情報が報告されることの重要性が評価されたが、疫学専門家全員が全ソフトウェアを扱えるよう追加訓練の必要性がある。

ALERTの感度を検討するため、定期的監視システムの症例数と比較した結果、ALERTの髄膜炎や黄疸の症例数の方が少なかった。集団発生の発見を評価するために、潜在的な集団発生を前週と比べてデータベースに報告された症例数の増加と定義して分析したが、疫学専門家らに見落とされる症例があった。ALERTは、Hanta virusの集団発生やインフルエンザ流行開始時期の発見に有用であった。しかし、ブルセラ症や髄膜炎などの集団発生を発見できていない。国および管区レベルの連携や意思疎通を円滑にしたことによって、監視ネットワークの強化に繋がったと評価した。ALERTの導入はセルビアにおける監視活動の意識性と認知度を増した。EWARS導入の1年後、全ての監視員はセルビアの監視活動の徹底的な改定の必要性を認識した。

\* 考察：

セルビアでの経験により、PHCfsがある種の伝染病早期発見のための最適な情報源とは限らないことが分かった。稀少な病気の場合、その分類に占める割合が小さくなってしまいうため、集団発生を発見するには敏感度と特異度が十分ではない。監視データ分析は情報を表にすることに限定されるため、ソフトウェアの機能が十分利用されていない。定期的監視システムはEWARSによって相互補完されるべきだが、ALERTは監視システム強化のための包括的計画として行われていないため、定期的監視システムとの統一が不十分であることが明らかになった。早期発見機能の強化のために全ての監視機能を評価し、伝染病監視システムの優先度をつけるために伝染病のリスクアセスメントを行うことが推奨される。そうすることによって、適切な情報源の利用や症例の定義や情報の収集を行うことができる。また、疫学専門家らの訓練の重要性が明らかになり、様々な訓練コースが計画されている。

(井上桂子、松尾博哉、片岡陳正)