

流行ニュース:

< コレラ、カメルーン >

2004年6月15日、WHOは2004年1月1日から6月9日に沿岸と西部州において計2924例と46例の死亡の報告を受けた。エルトル型コレラ菌と確定された。この集団発生は、2004年の3月に沿海地域のDoualaで抑制されたが、6月初旬の雨季に再び発生した¹。保健省は、他省と共にコレラ流行に対する包括的な管理対策措置を実施している。コレラ治療センターで症例管理を支援するため、Yaoundeより70人の内科医がDoualaに派遣されている。保健省は、6月7日にこの危機に取り組むための共同戦略に合意するため、WHO 国家局からの代表者を含む、援助団体、非政府組織及び国際機関のメンバーと接触した。WHOのアフリカ地域事務所は、疫学者と社会動員の専門家により構成されたチームと共に特殊技術支援を行っている。フランス政府から派遣された水道や下水設備の技術者が、このチームに加わることになっている。参照¹No.9,2004,p.85

< エボラ出血熱、南スーダン (更新) >

6月20日、Yambio郡の保健当局と集団発生に対する支援を行うチームが、この疾患の臨床症状、疫学、そして研究室での結果という観点から、エボラ出血熱の症例数を再評価した。再分類の結果、現在18例と6例の死亡例が報告されている。アメリカ合衆国疾患管理予防センター (CDC) からの最新の研究室の結果では、30例の最新報告症例のうち12例が麻疹症例として分類されている。麻疹症例は、以前からずっとこの地域に存在しており、2004年3月の第2週に初めてWHO南スーダンのEarly Warning and Response Network (EWARN)に報告されたが、症例数の増加はエボラ出血熱のために確立された積極的なサーベイランス・システムのおかげで確認された。さらなる研究室の試験は進行中である。積極的なサーベイランスや接触者の追跡調査が継続している。参照²: No.4,2002,pp26-27

< レプトスピラ症、ケニア >

2004年6月17日、ケニア保健省は、Bungoma地区の高校で6例の死亡を含む141例のレプトスピラ症の疑い例を報告した。レプトスピラ症は研究室確定がなされている。近くの小学校もまた感染疑い例と2例の死亡を報告した。保健省からの環境・疫学・研究室チームは、地区チームと共にWHOからの支援のもと現在調査に取り組んでいる。

詳細は「ヒトレプトスピラ症：診断・サーベイランス・管理の手引き」をご覧ください。

今週の話題:

< 79巻、2004年1号 - 26号までの索引 > (WER参照)

< 持続可能な麻疹の死亡率減少への進展、東南アジア地域、1999 - 2002年 >

麻疹は依然としてワクチンで予防可能な子供の死の主要原因であるが、WHOは、世界の麻疹死亡数は東南アジア地域 (SEAR) 諸国の19%の減少を含め、1999年 - 2002年に29%減少したと見積もっている。2003年6月、SEARの予防接種の地域技術顧問グループは、麻疹の死亡率減少のための地域戦略を是認した。この報告書は、1999年 - 2002年のSEARにおける麻疹制圧の進展と、将来の活動のためのプランの概略について要約している。

SEARの全ての国は、麻疹を定期的な伝染病監視システム中の報告義務のある疾患に含めている。2001年以前に、症例の特徴と死亡数に関する国家規模の情報を収集していたのは、スリランカとタイのみであった。他国は、臨床確認された症例の消極的な監視のみに頼り、国家レベルの総計数のみ維持していた。2001年初めより、WHOはバングラディッシュ、インドネシア、ミャンマー、ネパールのサーベイランス医療職員の支援を行っている。これらの国々では現在、急性弛緩麻痺を中心としてきたサーベイランスに、麻疹と新生児破傷風を加えている。また、集団発生の調査を実施し、年齢、効果、ワクチン摂取状況などの情報を含めて、症例に基づくデータが収集されている。2002年、WHOは全国的な麻疹研究所の地域ネットワークを確立し、全てのSEAR諸国の試験手順を標準化した。

麻疹の症例数は、1989年は440,000例、1997年は114,000例と着実に減少している。1999年に報告症例はさらに45,000例に減少したが、2002年に、主にインド、インドネシア、タイでの増加の結果として88,000例へと徐々に増加した (表1)。この期間、大規模な全国的な集団発生が、この地域の数ヶ国で発生した。1999年9月 - 2000年5月の間、スリランカで15,337例の麻疹症例と23例の死亡が報告された。2002年のモルディブでの報告症例数は926例であった。定期及び集団発生報告を併せたものは、年齢別集団の情報が利用可能であり、幅広い年齢に渡っており、10歳以上が多数を占めるモルディブ、スリランカ、タイを除いた全ての国で10歳以下の症例が多数を占めている。

定期的な監視と集団発生の調査からの報告死亡数は低い値を保っているが、WHOは予防接種普及率と有効な致命率データに基づき、1999年は243,000例、2002年は196,000例の死亡を見積もっている。

全ての SEAR 諸国は、定期予防接種計画として生後 9 ヶ月での 1 回の麻疹含有ワクチン (MCV1) の投与を含んでいる。スリランカとタイは、定期プログラムに 2 度目の MCV を設けている。行政報告によると、SEAR の MCV1 の平均予防接種率は、1990 年代では 85%以上を保っていた。WHO/UNICEF が全国報告と調査から最大に評価した近年の地域の MCV1 普及率は(表 1) 先の行政報告よりかなり下回っている。WHO/UNICEF の査定によると、1999 年の 58%から 2002 年には 70%に増加している。これは第一に、インドにおける増加のためである。

補足的な予防接種活動(SIAs)は、1999 年から 2000 年に、朝鮮民主主義人民共和国では 9-23 ヶ月、ブータンでは 9 ヶ月-15 歳を対象に全国的に行われた。2002 年には、ミャンマーが 9-59 ヶ月の子供に 3 段階の SIA を開始した。地域別の補足的な大規模麻疹キャンペーンが、バングラディッシュ、インド、インドネシアのハイリスク区域グループを対象に行われている。SIA の普及率は、69%(インド)から 100%以上(バングラディッシュ)に及んでいる。

表 1: 報告麻疹死亡率と 1 歳未満児への定期麻疹予防接種率の評価、国別、東南アジア地域、1999 - 2002 年

国	死亡率 é					予防接種率 (%)			
	報告症例数		報告発生率		変化	公式な評価		WHO/UNICEF の評価	
	1999	2002	1999	2002		1999	2002	1999	2002
バングラディッシュ	5 666	3 484	4.2	2.4	-1.8	61	65	76	77
ブータン	84(a)	27	4.2	1.2	-3.0	77	78	76	78
朝鮮民主主義人民共和国	0	NA	0	0	0	98	98	NA	NA
インド	21 013	51 780	2.1	4.9	+2.8	87	67	50	67
インドネシア	4 767	14 492	2.3	6.7	+4.4	88	72(c)	71	76
モルディブ	NA	926	NA	299.7	NA	97	99	97	99
ミャンマー	794	736	1.7	1.5	-0.2	85	75	85	75
ネパール	6 878(b)	6 749	29.9	27.4	-2.5	81	71	72	71
スリランカ	2 417	139	13.1	0.7	-12.4	95 ^f	99 ^f	95 ^f	99 ^f
タイ T	3 167	10 241(b)	5.3	16.5	+11.2	96 ^f	94 ^f	96 ^f	94 ^f
SEAR	44 786	88 574	3.0	5.6	+2.6	85	70	58	70

* 編集ノート:

SEAR 地域での定期的な麻疹予防接種率の良好な傾向にもかかわらず、WHO/UNICEF の査定で見られるように、麻疹報告症例数は 1999 年から 2002 年まで現実的に増加し、麻疹は、SEAR の子供の罹患率および死亡率の重要な原因となっている。この増加の殆どは、インドとインドネシアで起こり、おそらく報告の改善と、多くの散在した集団発生との両方の結果によるものである。接種率の改善にも関わらず、これらの人口の多い地域では、子供が高い罹患率をもたらしている。タイの症例数の増加や、スリランカやモルディブの高学年の子供や青年間の集団発生は、比較的普及率の高い国々でさえも、麻疹は実在する健康リスクであることを示唆している。麻疹ワクチンの普及率が 80%以上の SEAR 諸国では、集団発生のほとんどは 10 歳以上であり、逆に普及率が 80%以下の国々では、多くの症例は 10 歳以下である。ポリオ根絶は、SEAR にとって優先事項であるので、この地域の国々では、麻疹コントロールに強い注意が向けられている。

地域の戦略計画の目標は、全世界の麻疹死亡数の減少に貢献するために、SEAR に対し枠組みを提供することである。計画の特定目標は、a) ポリオのない国で、1999 年に比べて 2005 年までに麻疹死亡数を半分に縮小すること、b) 2004 年までに、麻疹の症例数および死亡数を毎月報告すること、c) 2005 年までに集団発生の 80%の調査を行うこと、d) 2005 年までに、全ての国の少なくとも 80%以上の地区で、80%の定期麻疹予防接種率を達成し、維持すること、e) 2005 年までに、地域の全ての適齢の子供に対し、MCV 予防接種の「第 2 の機会」を提供することである。

バングラディッシュ、インドネシア、ミャンマー、ネパール、ティモールなどの国々の優先項目は、定期的な MCV1 の普及率を改善し、監視の能力を向上させ、第 2 の機会を提供することである。インドネシアは、2004 年に学齢期の投与を段階的な実施をすでに計画している。また、他国は、一旦定期予防接種率が改善すれば、予防接種拡大プログラム計画 (EPI) に麻疹予防接種の別の機会を加えるよう考慮する必要がある。インドネシア、ミャンマー、ティモールはすでに SIAs を開始している。ネパールは、全国麻疹キャンペーンの開始を 2004 年に計画している。バングラディッシュ、インド、インドネシアのような人口の多い国々では、管理エリアごとに特有な地域戦略を実施するべきである。ブータン、朝鮮民主主義人民共和国、モルジブ、スリランカなどの他の国々では、麻疹死亡率は比較的低い、周期的に麻疹の集団発生が起きている。タイではすでに、第 2 の MCV 投与の機会を提供しており、ブータンとモルジブは 2005 年までにそうする意図を示している。これらの国々は、最近の麻疹コントロールに関する世界会議の勧告により、予防接種戦略と監視基準を強化した。SEAR 諸国の究極の目標は、麻疹死亡率の減少を維持することである。これらの国々は、全ての国家的 EPI 計画につながるような麻疹管理の包括的・全国的活動計画を立案すべきである。(吉田悠子、喜多淳子、片岡陳正)