

今週の話題：

< ペスト、コンゴ共和国（更新¹） >

2005年2月25日、肺ペスト疑診例が蔓延している Oriental 省 Bas-Uele 地区の Zobia に研究チームが到着した。チーム構成は疫学者、臨床医、データ管理者、物流担当者、コンゴ保健省および WHO の社会動員の専門家、WHO 共同センターおよびパスツール研究所の研究者、国境なき医師団（MSF-ベルギー）の物流担当者および臨床管理チームである。2月25日から4例（1例は死亡例）の可能性例と4例の疑い例が報告された。その後も Kinshasa の研究所に34例の検体が検査のために収集された。調査チームは周辺地域の113人の接触者を追跡し、MSF は治療センターを設立した。疫病管理の委員会は、地元当局を含めて組織された。WHO は、500キロの薬剤や物資を提供した。参照1：No.8,2005,p.65

< 世界的な麻疹による死亡数減少への進展 >

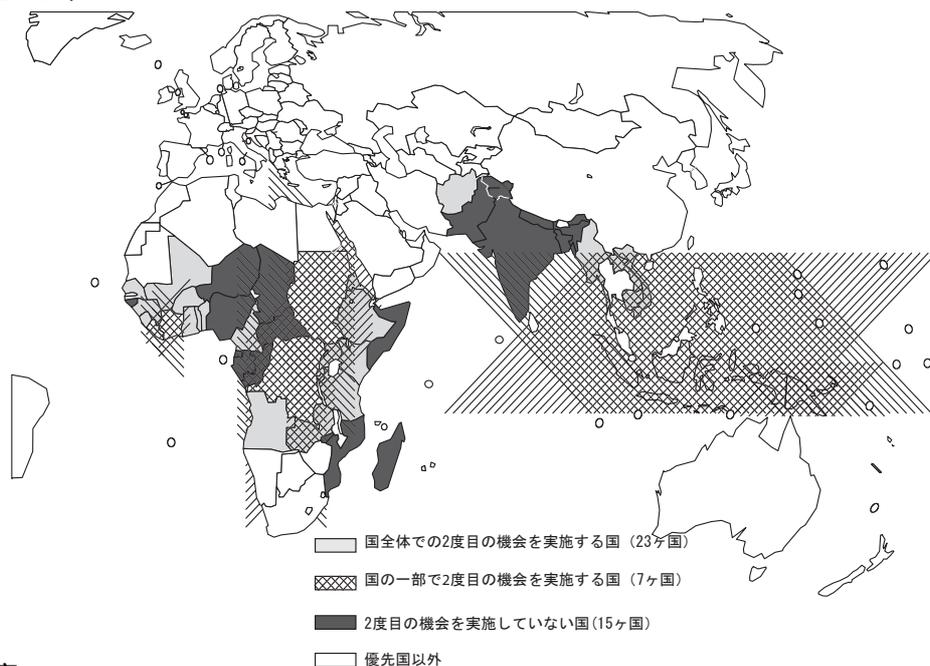
麻疹は、特に発展途上国において未だに子どもの死亡率の大きな原因となっている。2001 - 2005年に、WHO とユニセフは麻疹の影響が高く優先される国45ヶ国を対象として麻疹による死亡率を下げるプロジェクトを開始した。この政策では全地域で定期予防接種の高い接種率（90%）を達成し、全ての子どもが2度目の麻疹予防接種を受けられるように配慮した。2003年5月の世界保健総会は、2005年末までに麻疹による死亡を1999年の半分にするという国連子ども特別総会（2002）で採決された目標を達成するために加盟国を促す決議 WHA56.20 を承認した。この記事では、目標への進展の最新情報を載せ、世界的な麻疹死亡率への方策に関する専門家による最近の勧告を要約している。

* 予防接種活動：

毎年6月までに、全ての国は WHO ・ユニセフの共同報告フォームを使用し前年の予防接種接種情報を提出することが求められた。1回の麻疹ワクチンの定期的な接種率の評価は、行政記録、調査、国の報告書および地域の専門家での診断からの接種率データの見直しに基づいて行われる。国の補足的な予防接種活動（SIAs）の達成率は、投与数を目標母集団で割った計数記録表に基づいて報告される。

WHO ・ユニセフの評価に基づく麻疹の予防接種率は1999年の71%から2003年の77%に増加している。接種率は地理的に大きな差がある（表1）。また、子どもに2度目の麻疹ワクチン接種の機会を提供する国の割合は増え、2003年に164ヶ国（85%）となり、2001年の150ヶ国（78%）に比較して増加した。2000-2003年の間に、9ヶ月-14才の子ども1億9700万人が、WHO ・ユニセフが優先する国45ヶ国（地図1）中の30ヶ国において、SIA を通じてワクチン接種を受けた。SIA を実施しているこの30ヶ国のうち、23ヶ国（77%）はアフリカにある。アフリカのSIAのうち18ヶ所（78%）は国中で行っている。優先国におけるSIAsの報告接種率は65%から99%までに及ぶ（中央値：98%）。

地図1：45のWHO・UNICEFの麻疹死亡率減少への優先国における麻疹に対する2度目の予防接種の機会の実施状況、2000-2003年



* 死亡率の推定：

脆弱なインフラしかない麻疹の影響が高い多くの国における限定された疾病監視および死亡届において、定期的な報告システムが地球規模で麻疹死亡率を監視するには現在のところ不十分である。公表された数値はレベルと精度の両面でまちまちであるが、すべてが重複する不確実な範囲を持っている。

2005年1月12日と13日に2005年の麻疹死亡率減少という目標に向かってどのように進展を監視していくのがよいのかをWHOに勧告するために6人の専門家達が召集された。その委員会で、麻疹死亡率を見積もることへの様々なアプローチの長所と短所を指摘したが、監視データ(それらが信頼できるところ)と自然な経過モデル(監視データがあてにならないところ)の使用を是認した。

調査結果と自然経過モデルによると、地球規模で麻疹による死亡率は1999年の873000人の死亡(不確定範囲:654000、死亡数1196000)から2003年の53万人の死亡(不確定範囲:383000、死亡数731000)へと39%減少した(表1、図1)。最大の減少はアフリカで、この期間で約46%の減少した。

*編集ノート:

麻疹の予防接種の接種率および麻疹SIA活動の改善によって、世界的な麻疹による死亡推定数は大幅に減少した。しかし、それが予防接種の効果であるとして定量化することは難しい。なぜならば、ポリオ予防でのビタミンAの普及や、SIAの地道なサービスが麻疹による死亡率を下げているからである。この前年から続く効果がひき次がれれば2005年に掲げた死亡率減少の目標に達するであろう。自然な経過モデルによる死亡率の評価は、奨励された予防接種を十分に実施し、麻疹監視を強化している国のデータにより確証される。強化された予防接種の効果調査は、アフリカの19ヶ国で行われ、92%の麻疹報告症例数の減少を発見した。しかし、1ヶ国(ブルキナ・ファソ)ではSIA後に大流行があった。その理由は、隣国のコートジボアール暴動による大規模な人口流入であった。疾患監視と数学的モデルは2005年の麻疹死亡率削減のゴールに向けての進展を監視するために用いられている。モデルの限界は死亡原因を特定できる死亡率など、モデルを作るために必要な情報が不足した中で作られていることにある。ポリオの根絶時に経験したように、研究と実施とが密に連動したプログラムこそが成功を導き出すであろう。疾病調査を強化することと死亡原因をはっきりさせた死亡率を登録、明確化することは多くの発展途上国にとって急がれるべきことである。当座は、健康情報に関するシステムが発展して、モデルは、監視とプログラムを管理するのに役に立つであろうと思われる。更に、麻疹による死亡率と他の死亡率がどのように関連していると考えられるのか、最新のモデルを作ることが必要とされている。アフリカにおいて、麻疹の死亡率を減らす鍵となるのは、麻疹の予防にある。2001年から始まった米国の赤十字と米国疾病予防センター、とユニセフ、WHO、国連基金の連携がアフリカにおける死亡率削減に大きな役割を果たした。2001年からこのパートナーシップに14400億USドル以上のお金が使われ、これらはアフリカの子ども達のための1億5000万の予防接種に変えられる。2005年までの麻疹死亡率削減への挑戦はつづく。そのために必要なことは、まず、麻疹の死亡率削減に大国が関わらなければならない。インドや、ナイジェリア、パキスタンである。第2に、45のWHO、ユニセフ加盟国で1歳未満の90%の乳幼児達が予防接種を受けられるようなシステムに改善することである。最後に、SIAと更なる協力を続け、3、4年の間にすべての子どもが2度のワクチン接種を受ける機会を提供することである。これらのことが麻疹死亡率低下のために重要と考えられる。

<世界のインフルエンザ>

2004年9月から2005年1月の間、インフルエンザ流行は概ね軽度から中程度であり、昨年と同時期に比べて低レベルであった。インフルエンザ流行は10月頃、北アメリカで始まり程度を増す。2005年1月、北アメリカとヨーロッパにインフルエンザの蔓延が報告された。

この期間、A(H3N2)型がほとんどの国で蔓延し優勢であった。A(H3N2)型の大部分はA/Fujian/411/2002とA/Wyoming/3/2003に関連し、最近のウイルスの広がり方は、A/Wyoming/3/2003とWellington/1/2004とは違い、A/California/7/2004に近いと考えられている。A(H1N1)型は世界のほとんどの地域で低レベルで蔓延した。ほとんどのA(H1)型はA/New Caledonia/20/99と密接に関連している。この期間、A(H1N2)型は少量しか分離されなかった。B型は低レベルの罹患率であったが、1月中旬以来アジア(日本)でかなり多く観測されている。B/YamagataとB/Victoria系統の両方からBウイルスは特徴付けられた。それらはB/Shanghai/361/2002に密接に関係している(B/Yamagata系統)。

アフリカの6ヶ国、アメリカ大陸の9ヶ国、アジアの10ヶ国、ヨーロッパの31ヶ国およびオセアニアの5ヶ国を含む合計61の国および地域で2004年9月、2005年1月の間にインフルエンザが報告された。61の国および地域のうち、16の報告された集団発生はA(H1N1)型、A(H3N2)型またはB型に関連していると報告された。A(H1)型の集団発生はギリシアとチュニジアで報告された。A(H3N2)型に関連する集団発生はアメリカ大陸、アジア、中国、ヨーロッパおよびオセアニアで報告された。B型の集団発生アジアで報告された。2003年12月から2005年2月15日の間にA(H5N1)型の55例のヒトにおける症例は、カンボジア、タイ、ベトナムの家禽における高病原性の鳥インフルエンザA(H5N1)型の集団発生と関連している。2004年1月6日、WHOはベトナムのインフルエンザ世界的流行準備段階レベル2を発令したが、ヒトからヒトに感染するかどうかについては証拠がない状況である。

表1: ウイルス分離により確定される世界のインフルエンザ流行の範囲と型、2004年9月-2005年1月(WER参照)
(長谷川昌士、中園直樹、片岡陳正)