

流行ニュース：< マールブルグ出血熱、アンゴラ(更新¹) >

2005年6月5日現在、アンゴラ保健省はマールブルグ出血熱423症例を報告し、そのうち357症例は死亡した。大多数の症例はUigeで発生し、412症例(346例の死亡)が報告されている。Uige州政府に報告される新症例数はかなり減少し、その週には新たに1症例(追跡中の接触者)しか確認されなかった。2005年3月後半から4月の集団発生のピーク時には毎週30-40症例の報告があった。現在も依然警戒は強いままである。 参照：¹No.22,2005,pp.193-194

< ポリオ、インドネシア¹ >

2005年6月8日、新たに8例が確認され、計28症例となった。これらすべて初発症例のあった近郊地区である。5月31日から6月2日にポリオ免疫「モップ・アップ」キャンペーンが行われ、5歳以下の640万人の子供に届けられた。第2回目のキャンペーンが6月末に予定され準備中である。

参照：¹No.18,2005,pp.157-158

今週の話題：

< リンパ系フィラリア症排除のための世界的プログラム >

* 2004年進展報告：

2004年に、公衆衛生問題としてのリンパ系フィラリア症(LF)を排除するために計画された集団薬剤投与(MDA)により、LFが流行していると分類されている83のうち35の国および地域(地図1)で利益が得られた。2004年以前にMDAを行った4ヶ国は2004年には行われなかった(表1)。1996年にインドでジエチルカルバマジン・クエン酸塩(DEC)単独でのMDAをはじめ、2004年には196の地区に広がった。

東南アジアのプログラム調査グループ(PRG)に保護されている国々では、LFのリスク人口の数が非常に大きいことが確認されており、7億6300万人中4億5400万人がインドである。

計52ヶ国はすでにLFの分布地図の作成を終え、少なくとも16ヶ国がその過程にある。2004年には多くのLF伝播阻止に関する教育訓練コースが流行国で組織された。表1：2004年のリンパ系フィラリア症排除に対する世界プログラム：集団薬剤投与(MDA)、地図1：LF流行と分類された国とMDA実施国、2004年(WER参照)

* リンパ系フィラリア症流行地域での集団薬剤投与の進展：

・アフリカ：アフリカPRGに所属する8ヶ国でMDAが実施された。2960万人が対象とされた。ケニアでは物流の理由で2005年まで延期しなければならなかった。

・アメリカ：アメリカPRGの保護下にある国々で危険にさらされている260万人を対象とした。コスタリカ、スリナム共和国、トリニダード・トバゴではLFの局所的な伝播は停止しているかもしれないが、更なる確認が必要である。

・東地中海地方：東地中海PRG保護下の流行国3ヶ国中の2ヶ国(エジプト、イエメン)がMDAを継続している。スーダンでの分布地図作成は進行中である。

・メコン川流域：メコン川流域PRGの保護下にある国は、2004年末に向けて再編成し現在8ヶ国である。そのうち3ヶ国で1640万人を対象にMDAを行った。

・東南アジア：東南アジアPRGの国は2004年に9ヶ国に再編成され、東ティモールを除いて全ての国で5360万人を対象にMDAが行われた。

・南太平洋諸国：150万人を対象に17のうち10のLF流行国でMDAが行われた。また、マーシャルとパラオがLF流行国に追加された。

表2：リンパ系フィラリア症：リスク人口とPRGによりMDAの対象となった人口、2004年

地域PRG	39カ国のリスク人口	MDA実施刻の数 (百万)	2004年に対象とされた リスク人口(百万)	MDA実施国の リスク人口の割合(%)
アフリカ ^a	212.4	9	29.6	13.9
アメリカ ^b	11.6	4	2.6	22.4
東地中海 ^c	2.9	2	2.9	100.0
メコン川流域 ^d	25.1	3	14.5	57.8
東南アジア ^e	762.9	8	384.8	50.4
南太平洋諸国 ^f	1.9	13	1.5	78.9
合計	1016.8	39	435.9	42.9

a)ベニン、ブルキナファソ、コモロ、ガーナ、ナイジェリア、トーゴ、ウガンダ、タンザニア b)ブラジル、ドミニカ共和国、ガイアナ、ハイチ

c)エジプト、イエメン d)マレーシア、フィリピン、ベトナム e)バングラディッシュ、インド、インドネシア、モルディブ、ミャンマー、ネパール、スリランカ、タイ

f)サモア、クック諸島、フィジー、ポリネシア、キリバス、マーシャル、ミクロネシア、ニウエ、アメリカン・サモア、トンガ、ツバル、バヌアツ、ウォリス・フツナ

* 地域の RPG による国の分析：

・アフリカ：LF 分布図はベニン(2000年)、ブルキナファソ、ガーナ、トーゴ(2000年)、ウガンダ(2004年)、タンザニアおよびナイジェリアの11の州で完成されており、ケニアは作成中である。分布図により、ブルキナファソ、コモロでは全人口、ベニンでは343万人、ガーナでは1020万人、トーゴでは106万人、タンザニア本土では3400万人が危険にあるとされている。ナイジェリアでは、4地域でLFと住血吸虫症に関する研究が行われた。MDAに関してはベニンでは危険にあるとされた人口の34.1%、ブルキナファソでは63.7%、コモロでは100%、ガーナでは52.7%、ナイジェリアでは3.5%、トーゴでは100%、ウガンダでは17.4%、タンザニア本土では15.8%が対象となった。ケニアは事情があり、2005年に延期となった。

・アメリカ：LF 分布図はドミニカ共和国(2001年)、ガイアナ(2001年)、ハイチ(2001年)で完成しており、ブラジルは今作成中である。ブラジルで270万人、ガイアナで65万人、ハイチで810万人が危険にあると推定された。MDAに関しては、ブラジルでは危険にあるとされた人口の2.6%、ドミニカ共和国では43.5%、ハイチでは17.4%が対象となった。

・東地中海：イエメンでは2000年に分布図が作られ、2003年に更新された。エジプトでは、270万人、イエメンでは10万人が危険にあるとされる。MDAに関してはエジプトでは危険であるとされた全人口が対象となった。イエメンでは、いくつかの村では接触できなく、また人の移動など様々な背景から実施効果を求めるのが困難であった。

・メコン川流域：LF 分布図はマレーシア、フィリピンで完成しており、ベトナムでは現在作成中である。マレーシアでは1,159,296人、フィリピンでは1200万人以上が危険にあった。MDAではマレーシアでは危険にあるとされた全人口、フィリピンでは53.8%、ベトナムでは45.3%が対象となった。

・南太平洋諸国：分布図によると、アメリカン・サモアで57291人、クック諸島、フィジー、ポリネシア、キリバス、ニウエ、トンガ、ツバル、バヌアツ、ウォリス・フツナで国中(全人口)が危険にあるとされた。MDAに関しては、アメリカンサモアでは64.6%、クック諸島では93%、フィジーでは69.2%、ポリネシアでは92.7%、キリバスでは73.6%、ニウエでは85.2%、トンガでは85.6%、ツバルでは83.7%、バヌアツでは85%、ウォリス・フツナでは66.4%の普及率で実施された。南太平洋諸国については、他の地域のような地域的な観点での対象となった人口などの報告はなかった。

・東南アジア：LF 分布図は、バングラディッシュ(2004年)、インド、モルディブ(1998年)、タイ(1999年)で完成しており、インドネシア、ミャンマー、ネパール、スリランカはいま作成過程にある。バングラディッシュでは64のうち少なくとも32地区が、モルディブでは199の有人島のうち10島が、ネパールでは77のうち33地区が、LF 流行の地とされ、インドでは4億5400万人、ミャンマーでは3800万人以上、スリランカでは1000万人、タイでは146,265人が危険にあるとしている。MDAはインドでは危険にあるとされた人口の40.7%、ミャンマーでは38.1%、ネパールでは6.7%、スリランカでは6.7%、タイでは100%が対象となった。

* 地球規模での分布図作成と他の計画の拡大：

分布図作成はLF 排除の世界プログラムの実施がうまくいくようにするための重要な基盤である。初期評価のための方法論と疾患の分布図の作成が有用である。現在、多くの国で疾患の分布図作成が必要とされているアフリカへの基本運用ガイドラインが役立たせることができ、分布図を完成させたアフリカの国々で学んだ課題を反映させて少し修正もしている。地域的に対等のアプローチが計画、分布図作成、その他の活動で用いられるべきである。

* 結論：

2004年にLFの伝播を阻止するために39ヶ国中35ヶ国でMDAが実施された。合計で4億3300万人が2004年にMDAの対象となった。この数字は2003年におけるMDA対象者数のだいたい2倍である。2004年に対象となった4億3300万人は危険にあるとされる12億人にも達するうちの36%にしかならない。

ほとんどのLF 流行国では疾患の分布図作成が完成しているが、アフリカではほとんどの国がまだ分布図作成を始める必要があるという状態である。優先事項はさらに新しい国を追加する代わりに、既にMDAを開始している国のなかでMDAを実施する部署の数を増やすことである。

(榎本忠彦、米田稔彦、田村由美)