

流行ニュース：<鳥インフルエンザ、中国（更新<sup>1</sup>）>

2006年1月19日、中国保健省はH5N1型鳥インフルエンザウイルスに感染したヒトにおける新たな症例を確認した。その症例は、四川省出身の35歳の女性で、鳥を選別する仕事に従事していた。彼女は1月3日に症状を発現し、同10日に発熱と肺炎の症状で入院し、同11日に死亡した。彼女が、仕事に感染したのか、村で感染した鳥に直接接触することによって感染したのかを決定するため、更なる調査が進行中である。彼女は8家族が近接して居住する住宅地に居住しており、8家族のメンバーは他の接触者とともに医療観察下に置かれた。現在、インフルエンザ様の疾患は報告されていない。

新しく確認された症例は、安徽省、福建省、広西省、湖南省、江西省、遼寧省、四川省にて発生し、中国では計9例となり、内6例は死亡した。

参照<sup>1</sup>：No2,2006,p.13

<鳥インフルエンザ、インドネシア（更新<sup>1</sup>）>

2006年1月23日、インドネシアの保健省はH5N1型鳥インフルエンザウイルスに感染したヒトにおける新たな2症例を確認し、2症例とも死亡した。最初の患者は13歳の女児で、1月6日に症状を発現し、同12日に入院、同14日に死亡した。2人目の患者は彼女の4歳になる弟で、1月8日に発症し、同14日に入院、同17日に死亡した。その他の家族のうち14歳の姉は1月14日に、そして43歳の父親は1月17日に呼吸器症状により入院した。彼等もまたH5N1型鳥インフルエンザウイルスに感染しているかどうかを調査中である。保健省とWHOの調査により、この家族の近所で大規模なニワトリの集団感染の証拠を発見した。家族に飼われていたニワトリは、最初の患者が症状を現す3日前に死に始めた。家族は全員、死んだニワトリに密接に接触しており、その死んだニワトリの除去を手伝っていた。

これらの新症例により、インドネシアにおける症例は計19例となり、内14例は死亡している。

参照<sup>1</sup>：No3,2006,p.21

今週の話題：

## &lt;集団発生サンプルにおける地区質的保証によるトーゴにおける新生児破傷風排除の確認&gt;

## \* 背景：

2005年9月、保健省はWHOとユニセフの協力の下、トーゴにおける新生児破傷風（以下、NT）の排除を確認するために評価を行った。NT排除の定義は、各保健地区において年間1000人の生児出産中の発症率が1症例以下とした。トーゴにおける生児出産の割合や予防接種率は地域によって異なる。2004年における出産の62%は、保健施設で行われた。妊娠女性はWHOの推薦する予防接種スケジュールに従って破傷風トキソイド（TT）の予防接種を受ける。2004年の地域調査によると、少なくともTTの予防接種を2回受けた妊婦の割合は平均61%（53-80%）であった。

## \* 方法：

## ・調査に用いられた方法：

トーゴでNTが排除されたことを検証するために、NTのリスクが高いと考えられる保健地区で調査が実施された。調査には2004年8月1日から2005年7月31日までの生児出産が対象とされた。NTによる死亡か否かの確認するために口頭の生検が死産児に対して実施された。

計150集団が調査のために選ばれた保健地区の地域の完全な表を使用して組織的に選択された。第1サンプルに50集団、第2サンプルに100集団が選定され、それぞれの集団は20の生児出産を含むため、第1サンプルには1000人、第2サンプルには2000人の生児出産となった。

NT排除の決定および調査終了の手順は以下のとおりである（第1サンプル使用）。

- ・調査において、NTによる死亡が発見されなかった場合、NTは排除されたと考え、調査は終了される。
- ・NTによる1-3例の死亡が発見された場合、第2サンプルを使用して結論に達するまで続行される。
- ・第1サンプルでNTによる4例以上の症例が発見された場合、NTは排除されていないと考え調査は終了される。

調査が継続される場合（第2サンプル使用）。

- ・両サンプルで発見されたNTの合計症例数が4例以下であればNTは排除されたと考えられる。
- ・何らかの時点で両サンプルで発見されたNTの合計症例数が4例以上の場合、NTは排除されていないと考え、調査は終了される。

また、第1サンプルは、研究期間中に生児出産した母親の集団におけるTTの接種率を測定するために使用された。さらに期間中に生児出産していない妊娠可能年齢の女性（CBAW；15-49歳）のサブサンプルもまた、この群におけるTTの接種率を評価するために選ばれた。これら2つのサブサンプルは、それぞれの群につき計250人であった。

\* 管理データの分析と調査の保健地区の選定：

調査データは、NT 症例の報告数、保健施設における出産の割合、少なくとも予防接種を 2 回受けた (TT2+) 妊娠女性の範囲、妊娠管理を受けた妊娠女性の割合、ジフテリア - 破傷風 - 百日咳の 3 種混合ワクチン (DTP3) を受けた乳児の割合という 5 つの指標について 6 地域から集められた (表 1)。

これらの指標の内、保健施設における出産の割合 (以下、HF の割合) が最も重要視された。その HF の割合の低さから、Plateaux と Savanes において調査が実施されることが決定し、さらに、Plateaux では 3 つの保健地区が、Savanes では 2 つの保健地区が選ばれた (表 2)。

表 1：新生児破傷風 (NT) 排除の指標に関連する管理データ、地域別、トーゴ、2004 年、表 2：保健地区別新生児破傷風 (NT) のリスク指標、2002-2004 年のデータ、トーゴ、2005 年 9 月 (WER 参照)

\* 調査の適用：

調査期間中に使用された 4 つの質問様式には、NT 排除に関する最近の評価で使用された様式を適用した。様式 1 は、死産又は生児出産家庭を特定するため、自宅訪問数とその居住者数の登録に使用し、様式 2 は、出産場所や母親の年齢、サブサンプルである幼児を持つ母親の TT 接種状況を知るため、両親の名前、出産日、生児の性別、子どもの生存状態の登録に使用した。様式 3 は、この調査に登録された新生児の死亡データの登録に使用し、様式 4 は、各集団における CBAW の TT 接種状況の評価に使用した。

調査者は 2 チーム結成され、訓練を受けた後、それぞれ Plateaux と Savanes を担当した。チームは 5 名の監督者と、2 名による 10 チームで構成された。チームは現地地の代表者に調査の一般的な原則を説明し、一家の長にはインフォームドコンセントを現地語で行った。

\* 結果：

全 3009 世帯 (居住者 18969) が調査の第 1 サンプルを集めるため訪問した。第 1 サンプルの生児出産は 996 人で、調査以前に 18 人の幼児が死亡していた。18 人中 8 人が新生児の期間に死亡しており、新生児死亡率は、8 / 1000 人と推定された。新生児死のうち、NT が死因のものはなかった。結果として、調査の第 2 サンプルに移行する必要はなかった。女性への質問調査により、死産や妊娠第三期の自然流産は 26 人報告された (25.9 / 1000 生児出産)、48% の女性のみが、保健施設において出産したと答えた。表 3 はこれらの変数の推定値と信頼区間 (CI) を示している。TT 接種率の調査結果 (表 4) は、母親の 71% が予防接種カードを所有していることを示している。5 つの保健地区における女性の TT2 接種率は、妊娠女性間で 64% (CI95% : 57-73%)、CBAW 間で 62% (CI95% : 55-71%) であった。

表 3：5 つの保健地区における生児出産の特徴および新生児破傷風の調査、トーゴ、2005 年 9 月、表 4：出産予定の母親、妊娠可能年齢の女性における破傷風トキソイド (TT) の評価された接種率 (予防接種カードと口頭質問による)、5 つの保健地区における新生児破傷風の調査、トーゴ、2005 年 9 月 (WER 参照)

\* 編集ノート：

NT のリスクが高い保健地区のうちの 5 ヶ所における評価結果は、トーゴでは NT は排除されていたことを示している。8 / 1000 生児出産という新生児死亡率は、WHO の 40 / 1000 (2000 年) という推定値を下回るが、その原因は不明である。考えられる理由は新生児死を報告することを人々が嫌ったが、質問が不正確であったか、あるいは、死産や自然流産として新生児死を報告したか、などである。この調査において、質問を受けた女性の 48% だけが、保健施設での出生を報告した。しかし、この数値は訓練された医療関係者による自宅出産を含んでおらず、保健施設での出産の比率が 48% よりも高いと予想できる。トーゴで NT の割合が低く維持されるためには、高い予防接種率や保健施設での出産率の増加を維持する必要がある。

< 国連共同エイズ計画関連団体の評価、モデリング、計画 - 監視あるいは疫学モニタリングのための HIV-1 発生率評価における病床分析の使用に関する声明 >

2005 年 12 月 13 日、国連共同エイズ計画関連団体の評価、モデリング、計画 (以下、関連団体) は、サーベイランス設定と妥当性研究における HIV-1 発生率推定のための病床分析の適用結果を再評価した。

病床分析による発生率の測定と、直接測定した発生率および他の方法に基づく発生率を比較することにより、最近行われた病床に基づく分析は、発生率を過剰に見積もっていると指摘している。これは、疫学的成長パターンや、HIV-1 に感染した人々の生存に関するデータにおいて矛盾があり、この病床分析による発生率は、他の方法での発生率より 2-3 倍高いことが明らかになった。

病床分析による把握は、最近の感染だけでなく、後期の HIV 感染をも含んでいることから矛盾が生じている証拠がある。加えて、分析結果ではサンプルの異なる状態の影響があるであろう。

上記の証拠に基づいて、関連団体は、現状において病床分析は通常のサーベイランス適用や絶対的発生率の推定には使用せず、モニタリングの傾向に使用することを推奨している。また、病床分析は国家調査において適用されるべきではなく、国家調査で計画されたサンプルサイズは、病床分析の適用のためだけに増やされるべきではないとしている。また関連団体は、さらに多くの病床分析の妥当性研究が必要であるとしている。

(徳久謙太郎、杉元雅春、宇賀昭二)