

流行ニュース：<鳥インフルエンザ、ナイジェリア>

2006年2月22日現在、2月8日にKaduna州の商業用農場で確認された家禽におけるH5N1型鳥インフルエンザの集団発生が、近接する複数の州に拡大した。現在のところ、ヒトへの感染は報告されていない。呼吸器症状と感染家禽への暴露歴のある4名（1名は重症呼吸器疾患で2月16日に死亡）の患者のH5N1型鳥インフルエンザへの感染の可能性を調査している。

Kaduna州での最初の集団発生が1月10日に始まり、より早いヒトへの暴露や感染症例が発生していた可能性が高まっている。ナイジェリアは推定約1億4000万羽の家禽を保有しており、大部分が国の南西部に集中している。東南アジアの感染地域と同様に、ナイジェリアの家禽生産の60%が裏庭での飼育であるが、流行が確認されたのは、北部の大規模飼育場である。ナイジェリア内のウイルスの急速な広がりによる近隣諸国への感染拡大が懸念されているが、国境は侵入しやすく、ヒトと家禽の移動制限の実施は困難である。WHOスタッフが政府役人と協力してこの状況の監視を続けている。

今週の話題：<2006-2007年の流行シーズンに推奨されるインフルエンザワクチンの組成>

この勧告は北半球でのインフルエンザ流行時期（2006年11月-2007年4月）におけるワクチンの組成について述べている。勧告は、南半球での流行時期（2007年5月-9月）に用いられるワクチンに関連して2006年9月に作成される。赤道近辺の国々においては、どちらの推奨が適切か（2月または9月）、疫学的な考察により検討される。

2005年10月から2006年1月の間、インフルエンザの活動はアフリカ、アメリカ、アジア、ヨーロッパ、オセアニアで報告された。ここ数年の同時期と比較するとインフルエンザの活動は低かった。北アメリカとアジアでは、インフルエンザの活動は10月に始まり12月になると複数の国で増加した。一方、ヨーロッパではこの期間インフルエンザの活動性は低いままであった。

\* インフルエンザ A (H1) 型：

2005年10月から2006年1月の間、A(H1)型インフルエンザの集団発生はアフリカ（チュニジア）で報告された。インフルエンザ A(H1N1)型と A(H1)型ウイルスは、アフリカ、アメリカ、アジア、ヨーロッパ、オセアニアで分離された。インフルエンザ A(H1N2)型ウイルスの報告はなかった。

\* インフルエンザ A (H3N2) 型：

2005年10月から2006年1月の間、A(H3N2)型インフルエンザの集団発生はアメリカ大陸、アジアで報告された。インフルエンザ A(H3N2)型ウイルスはアフリカ、アメリカ、アジア、ヨーロッパ、オセアニアで分離された。

\* インフルエンザ B 型：

2005年10月から2006年1月の間、インフルエンザ B型ウイルスによる集団発生の報告はなかった。インフルエンザ B型ウイルスはアフリカ、アメリカ、アジア、ヨーロッパ、オセアニアで分離された。

\* インフルエンザ A (H5N1) 型：

2005年10月から2006年2月13日の間、インフルエンザ A(H5N1)型ウイルスに感染したヒトの49症例が中国、インドネシア、イラク、タイ、トルコにおける高病原性鳥インフルエンザの流行に関連していた。2003年12月以降、計165例のヒトへの感染が7ヶ国で確認されている。WHOインフルエンザ世界的流行準備レベルは第3段階のままである。これまでのところ、ヒトからヒトへの連続性伝播を証明するエビデンスは得られていない。

\* 最近の分離株における抗原性の特徴

感染後のフェレット血清による赤血球凝集抑制（HI）テストでは、インフルエンザ A(H1N1)型ウイルスの大多数が A/New Caledonia/20/99 と密接に関連していた。インフルエンザ A(H3N2)型ウイルスの多数は、基準ウイルスである A/California/7/2004 と密接に関連していたが、増加する一部のウイルスは抗原的に A/Wisconsin/67/2005 により密接に関連していた（表1）。

インフルエンザ B型ウイルスは、B/Victoria/2/87 系列と B/Yamagata/16/88 系列の流行が続いており、ここ数ヶ月は B/Victoria/2/87 系列が顕著である。HI テスト上、B/Victoria/2/87 系列はワクチンウイルスである B/Malaysia/2506/2004 と密接に関連していた。B/Yamagata/16/88 系列ウイルスの多数はワクチンウイルス B/Shanghai/361/2002 と B/Jiangsu/10/2003 と区別でき、B/Florida/7/2004 や B/Egypt/144/2005 のような基準ウイルスと密接に関連していた。

\* 不活化インフルエンザワクチンに関する研究：

A/New Caledonia/20/99 (H1N1) 抗原を含むワクチンは、被接種者の小児の55%、成人の75%、老人の62%の血清中にインフルエンザ A(H1N1)型ウイルスに対する抗体価40以上のHA抗体を誘導し、最近分離されたウイルスに対してもHI抗体価の相乗平均値や抗体価40以上の割合は同じ傾向であった。

A/New York/55/2004 (H3N2) 抗原を含むワクチンは、被接種者の小児の86%、成人の79%、老人の

77%に、抗体価 40 以上の HA 抗体を誘導したが、最近分離されたウイルスに対しては、抗体価 40 以上の小児は 55%にとどまった。また最近分離された A/Wisconsin/67/2005 様ウイルスに対する HI 価の相乗平均値は、ワクチンウイルスに対する HI 価よりも小児で 55%、成人で 42%、老人で 43%低かった。

B/Shanghai/361/2002 様抗原を含むワクチンは、接種後の小児の 56%、成人の 74%、老人の 73%に、抗体価 40 以上の HA 抗体を誘導した。しかし最近分離された B/Shanghai/361/2002 様ウイルス (B/Yamagata/16/88 系列) に対して、抗体価 40 以上の小児の割合は 36%にとどまった。また最近分離された B/Malaysia/2506/2004 ウイルス (B/Victoria/2/87 系列) に対しては、抗体価 40 以上の割合は、小児の 4%、成人の 39%、老人の 44%であった。HI 価の相乗平均値は、ワクチンウイルスの場合よりも小児で 85%、成人で 64%、老人で 49%低かった。

\* 2006-2007 年の流行シーズンに推奨されるインフルエンザウイルスワクチンの組成

2006-2007 年の流行シーズン (北半球の冬季) に使用するワクチンは、以下を含むよう推奨する

A/New Caledonia/20/99 (H1N1) 様ウイルス

A/Wisconsin/67/2005 (H3N2) 様ウイルス

B/Malaysia/2506/2004 様ウイルス

成人・老人には 1 回接種、未接種の小児には 4 週間以上の間隔をあけて 2 回の接種を行うべきである。

表 1: 感染後フェレット血清に対するインフルエンザ A (H3N2) 型ウイルスの血球凝集抑制 (HI) テスト結果

抗原	A/California/7/2004	A/New York/55/2004	A/Wisconsin/67/2005
A/California/7/2004	1280	320	640
A/New York/55/2004	640	320	640
A/Wisconsin/67/2005	320	160	1280
最近の分離株			
A/Anhui/544/2005	640	320	320
A/Georgia/1/2005	640	160	640
A/Ishikawa/1/2006	640	320	320
A/Ulan Bator/1806/2005	160	80	640
A/Guam/963/2005	160	80	640
A/Taiwan/567/2005	320	160	1280
A/Mexico/2014/2005	320	160	1280
A/Oregon/14/2005	320	160	1280
A/Hiroshima/52/2005	320	160	1280

#### <Stop TB への世界計画、2006-2015 : 概要>

結核 (TB) 拡大を防止する社会的・政治的活動が推進されている世界的動向のなかで、Stop TB Partnership は国際的組織、国家、資金援助者 (公的・私的セクター)、政府と非政府組織、患者組織、個人が協同した結核防止活動に貢献するための基盤を提供する。Stop TB Partnership は 2001-2005 年の 1 次計画をもとに、2006-2015 年にわたる Stop TB 世界計画へと発展した。この戦略的なプランには TB 発症率の減少 (ミレニアム開発目標 (MDGs) に従って)、そして 2015 年までの結核罹患率、死亡率の半減 (1990 年レベルに対して) という Stop TB Partnership の目標の達成を含む。TB は長期の疾患であり、計画は世界的な公衆衛生問題として 2050 年までの結核撲滅に向けてのステップや TB のない世界というパートナーシップの展望の実現を示している。計画は活動に必要な資源を正しい疫学的分析と予算化にもとづいて設定した。Stop TB Partnership の 7 つの作業グループの活動により展開される、この計画が実行されれば、以下が達成される。

- ・ 全ての人々が公平に高品質の結核診断と治療を利用できるようになる。
  - ・ この計画の 10 年間に、約 5 千万人が結核防止戦略による治療などを受けることができ、これには多剤治療抵抗性の結核患者 80 万人や HIV を合併した結核患者 300 万人を含む。
  - ・ 2006 年から 2015 年において、1400 万人の命を救うことができる。
- 第一次新抗結核薬が 2010 年には登場し、2015 年以降は新しく、短い処方 (1-2 ヶ月) になる。
- ・ 2010 年までには活動性結核の診断テストが早く、感度が高く、安くなるだろう。2012 年までには診断ツールボックスが潜在的な TB 感染や疾患進行のハイリスク群を正確に確定する。
  - ・ 2015 年までには、その後の TB コントロールに重要な影響を与える可能性を持つ、新しい、安全な、効果的で手ごろなワクチンが利用できるようになる。

この計画の総予算は 560 億 US ドルにのぼるが、現状の基金予測では 250 億 US ドルの予算にとどまる。結核防止の戦略を実行し、パートナーシップの目標を達成し、結核撲滅のステップを登っていくためには、財政の充実が不可欠である。

「結核予防とコントロールのための持続可能な資金調達」と銘打った第 58 回世界保健総会で採択された決議では、全ての国が結核の目標を達成するために、各国は現在の融資を増額し、310 億ドルのギャップを解消することが求められる。

(藤本浩一、矢田真美子、川又敏男)