

流行ニュース：

<コレラ、南スーダン>

2006年1月28日から3月3日の間に、連邦保健省および南スーダン政府保健省を中核とした Juba の急性水様性下痢対策委員会は、WHO その他のパートナーと共に、計 5634 症例(死亡 127 例; 致死率 2.25%)を報告した。全症例は南スーダンの Juba および Yei に集中しており、*Vibrio Cholerae* Inaba が採取サンプルより検査確認された。報告は Juba 周辺地域からもなされており、全ての地域で臨床試験が続けられている。対策に関する更なる情報は、WHO のスーダン地方局のサイトをご覧ください：
<http://www.emro.who.int/sudan/>

<髄膜炎菌感染症、ケニア>

2006年1月1日から2月26日に、保健省はウガンダの流行地に接している West Pokot の4区域(Alale、Chepareria、Kachelila、Kasei)において計 75 症例(死亡 15 例; 致死率 20%)を報告している。

髄膜炎菌 W 135 型の検査確認に続き、流行性髄膜炎制御ワクチン備蓄国際協調グループ¹は、油性クロラムフェニコールや迅速試験、輸送培地のみならず、20万人分の三価ワクチンを供給している。3月7日より開始された予防接種運動は、国境なき医師団、ユニセフ、WHO の支援を受け、保健省により実施された。参照¹：<http://www.who.int/csr/disease/meningococcal/icg/en/index.html>

今週の話題：

<世界的な麻疹による死亡減少への進展：1999-2004>

特に発展途上国において、麻疹は依然として重要な子供の死因である。2001-2005年の麻疹死亡率減少のための共同戦略計画において、WHO およびユニセフは、麻疹負担の高い45の優先国を、麻疹死亡率減少の促進・持続のための包括的戦略実行の対象とした。

2003年3月、世界保健総会は、2005年末までに世界的な麻疹による死を半減させる(1999年の推定と比較)ため、国連子ども特別会議(2002)により可決された目標を達成するよう加盟国に要請する WHA56.20 決議を承認した。本稿では、この目標に向けた進展状況の最新情報を提供し、2010年までに麻疹による死を減少させるための新たな目標を紹介する。

* 予防接種活動：

毎年7月までに全ての国が、WHO/ユニセフ 共同報告様式による前年からのワクチン接種接種率に関する情報の提出を求められる。麻疹ワクチンの定期的な接種率の評価は、行政記録、調査、国家報告書および地元や地域の専門家との協議による接種率データに基づく。麻疹に対する全国的な補足的予防接種活動(SIAs)の期間中に達成された接種率は、目標母集団で割られた投与数の計数表に基づき報告される。

WHO/ユニセフの評価によると、世界的な定期的麻疹ワクチン接種率は1999年の71%から2004年の76%へと増加している(表1)。更に、子供に2回の麻疹予防接種の機会を与えている国は2001年の150ヶ国(78%)から2004年の168ヶ国(88%)へと増加している(2001年以前のは該当データなし)。2000年から2004年にかけて、SIAsは45の優先国のうち36ヶ国で実施され、麻疹ワクチン接種対象となる9ヶ月-14歳の子供2億3200万人のうち2億1500万人(93%)以上が予防接種を受けた(地図1)。

* 死亡率評価：

麻疹の世界的な年間死亡率の推定は、1999年から2003年の推定計算に使用されたものと同じ方法を使用して1999年から2004年に算出された。³世界全体の麻疹死亡率は1999年の871000例から2004年の454000例へと48%減少した(表1、図1)。この期間中、最も減少したのはアフリカであり、東アジアと太平洋、中東と北アフリカ地域が続く(減少率は各々59%、52%、50%と推定される)。

³参照：NO. 9, 2005, pp. 78-81.

* 編集ノート：

1999年から2004年の間に、地球上の麻疹による推定死亡数は48%減少した。世界的には、1999年より、5億人以上がSIAsを介して麻疹ワクチンを受け、推定140万人の麻疹による死が回避された。世界的な進展が現在の率で続けば、2005年の麻疹死亡率減少目標の達成は大いにあり得ると思われる。

麻疹死亡率減少に向け、監視強化に重点を置くことは、国別の麻疹症例報告改善に繋がった(1999年：166ヶ国、2003年：174ヶ国、2004年：190ヶ国)。さらに強化が必要である。

2001年に築かれた“はしかイニシアティブ”の援助は、麻疹の優先国への技術・資金援助の提供および、麻疹撲滅運動における政治的・社会的責任の強化において重要な役割を果たしている。はしかイニシアティブは、米国赤十字社、カナダ国際開発局、国連基金、米国疾病管理予防センター、ユニセフ、およびWHOによって陣頭指揮がとられ、2000年から2004年の間に、1億5000万US\$以上を結集、40を超えるアフリカ諸国への質の高い麻疹SIAs実施の援助した。

2010年までに、2000年と比較して麻疹死亡率を90%減少させるという新たな目標が予防接種実施に

関する展望と戦略 (Global Immunization Vision and Strategy, GIVS) にて提案された (以下は目標達成の主な課題)。1: 麻疹負担の高い大国 (インド、ナイジェリア、パキスタンなど) で麻疹死亡率減少運動を成功させる。2: 予防接種システム改善の強化 (優先国において少なくとも 90% の幼児に 1 歳の誕生日までに麻疹ワクチンを接種)。3: 優先国の定期的予防接種システムが、全出生コホートの 90% 以上に 2 回の麻疹ワクチン接種の機会を提供できるようになるまで 3-4 年毎の SIAs を続行する。4: 地域、地方および国家レベルでの疾病監視システムを強化する。5: 麻疹の症例管理を強化する (ビタミン A 投与など)。参照: NO. 44, 2005, pp. 384-388、地図 1: WHO/UNICEF による 45 の優先国での追加的な予防接種活動の実施状況、図 1: サーベイランスと自然歴モデルに基づく年別世界的な麻疹死亡推定数、1999-2004 年 (WER 参照)

表 1: 定期的な麻疹ワクチン接種摂取率と麻疹による推定死亡数、世界銀行地理的地域、1999-2004 年

地理的地域	1999			2004		
	定期麻疹ワクチン接種率	麻疹による死の推定数	不確実な範囲	定期麻疹ワクチン接種率	麻疹による死の推定数	不確実な範囲
サハラ以南のアフリカ	49	530 000	387 000-689 000	65	216 000	160 000-279 000
南アジア	54	263 000	192 000-341 000	61	202 000	145 000-264 000
西アジア & 太平洋	83	68 000	47 000-96 000	83	32 000	21 000-47 000
中東 & 北アフリカ	92	8 000	5 000-11 000	92	4 000	2 000-5 000
ヨーロッパと中央アジア	92	< 1 000		93	< 1 000	
ラテンアメリカ & カリブ海	92	< 1 000		92	< 1 000	
高所得国合計	90	< 1 000		92	< 1 000	
	71	871 000	633 000-1 139 000	76	454 000	329 000-596 000

<世界のインフルエンザ>

* 2005 年 9 月から 2006 年 1 月:

インフルエンザの活動はおおむね穏やかで、近年の同時期と比較しても低度である¹。北アメリカおよびアジアにおいて、インフルエンザ流行は 10 月に始まり 12 月に増加した (ヨーロッパではこの期間中活動性は低度のまま)。多くの国でインフルエンザ A (H1N1) 型の広まりは低度で、ほとんどの分離株は A/New Caledonia/20/99 と密接に関連していた。A (H1N2) 型の発見は報告されなかった。A (H3N2) 型は、いくつかの国における集団発生に関連していた。A (H3N2) 型の大部分が、現行のワクチンの参照ウイルスである A/California/7/2004 と密接に関連しているのに対し、最近のウイルスの大部分は A/Wisconsin/67/2005 と密接に関連していた。B 型は、多くの国における散発症例から分離され、現行のウイルス分離株の大部分は B/Malaysia/2506/2004 (ワクチン参照ウイルス) と抗原的に類似していた。

アフリカ、アメリカ、アジア、ヨーロッパ、オセアニアを含む計 50 の国/地域が、2005 年 9 月から 2006 年 1 月の間のインフルエンザの流行を報告した。そのうち 4 つの国/地域が A (H1) 型および A (H3N2) 型に関連した局地的/広範囲な集団発生を報告した。

チュニジアで A (H1) 型の集団発生が報告された。

A (H3N2) 型ウイルスに関連した集団発生はカナダ、日本、米国で報告された。

インフルエンザ B 型の集団発生は報告されていない。

世界的な季節ごとのインフルエンザの活動範囲および型は表 1 にまとめられている。

2005 年 9 月から 2006 年 1 月の間に発生した 61 症例のヒトでのインフルエンザ A (H5N1) 型は、中国、インドネシア、イラク、タイ、トルコ、ベトナムで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た。2003 年 12 月より、7 つの国において計 173 例のヒト症例が確認された²。WHO のインフルエンザ蔓延への準備レベルは、Phase 3 のままである³。

¹ 参照: http://www.who.int/wer/2005/REH_09.pdf

² 参照: http://www.who.int/csr/disease/avian_influenza/country/en/

³ 参照: http://www.who.int/csr/disease/avian_influenza/phase/en/index.html

表 1: ウイルス分離により確定された世界のインフルエンザ流行の範囲と型、2005 年 9 月—2006 年 1 月 (WER 参照)
(田中麻衣子、塩谷英之、石川雄一)