

今週の話題：

<世界のハンセン病の状況、2007年>

* 導入：

2007年に発見された新症例数を指標とするハンセン病の世界的な疾病負担は安定しており、ハンセン病は確実に終息傾向にある。新症例の早期発見と迅速な多剤併用療法（MDT）の継続が、今後もハンセン病の疾病負担を減らす基本的戦略となる。すべての流行国では、登録患者全員に対しMDTを無料で提供している。国家政策では、国民に等しく行き渡り低価格で簡単に利用できる、質の高い診断および治療を提供している。

さらなるハンセン病の疾病負担の軽減とハンセン病コントロール活動の世界的戦略（計画期間2006-2010年）：公衆衛生問題としてハンセン病の撲滅に取り組んできた成果を持続するという目的で、この戦略のガイドラインがWHO地域すべてで広く実施されている。ハンセン病の制圧活動をしている主要な国際機関や国家機構は、この世界戦略とガイドラインを積極的に支持することで、流行国すべてで継続的な制圧活動に成功している。そして、この事業はサービスの質を維持し患者のケアの向上をより強化することで、障害を予防し、リハビリテーションを提供している。

ハンセン病が高頻度な流行国において、ハンセン病の制圧活動は保健医療制度に統合されている。しかし、具体的な取り組みは保健インフラと資源の可用性によって異なる。長年にわたり統合はさらに強化され、その結果、特に地域レベルでケアの質やサービス適用の拡大、活動を支えることにつながった。

表1：WHO地域別ハンセン病の状況（ヨーロッパ地域を除く）、2007年初め（WER参照）

* ハンセン病の疾病負担：

表1に示したように、2007年の始めに世界で登録されたハンセン病症例数は224717例であった。2006年に新たに発見された症例数は259017例であった。2006年に発症した新症例数は、2005年と比較して40019例（13.4%）以上世界的に減少した。

表2で見られるように、世界の症例発見数は毎年減少し続けている。2007年6月現在、エチオピア、ギニア、シエラレオネのようなアフリカ地域の重要な国々から、新症例の発見報告がまだ集計されていない。東地中海地域の状況は安定している。アメリカ地域での、新症例の発見報告の増加は、主にブラジルでの発見増加の結果である。

2007年の始め、タンザニア連合共和国が公衆衛生問題としてハンセン病の撲滅目標を達成した（人口10000人に対して1症例未満の有病率）。表3に示されるように、4ヶ国のみ（1985年の122ヶ国から）が、まだハンセン病の撲滅の目標を達成していない。これらの4ヶ国はブラジル、コンゴ民主主義共和国、モザンビーク、ネパールである。ブラジルは2007年の始めに、有病率の有意な増加を報告した。これは、ブラジルの流行検出率（1以上であることが観察された）によって説明できるかもしれない。

これら4ヶ国を合わせると、2006年に発見された新症例の約23%を占め、2007年の始めに登録された全症例の約34%を占める。パートナーからの継続した支援と国家当局による公約により、これらの国が近い将来、公衆衛生問題としてハンセン病撲滅の目標を達成することが期待されている。

2006年に1000例以上の新症例が報告された国が、15ヶ国ある（表4）。2005年に1000例以上の新症例検出した国の1つであるエチオピアからの集計された情報がまだである。これらの15ヶ国は、2006年の新症例検出率の世界における総計の94%を占める。

表5は異なるWHO地域で新しく検出された症例の概観である。すべての地域は新たに発見された多菌型ハンセン病の症例数に国によって大きな幅があることを報告した。アフリカ地域では、多菌型ハンセン病の割合が、コンゴ民主主義共和国の56.7%からケニアの90.5%の幅があった。アメリカ地域では、ボリビアの44.24%からキューバの84.5%の幅があった。東南アジア地域では、インドネシアの80.49%に比べてバングラディッシュの38.11%が報告された。東地中海地域では、ソマリアの34.10%からエジプトの89.74%であった。西太平洋地域では、パプアニューギニアの27.27%からフィリピンの90.5%までに及ぶ分布率が報告された。

新しく発見された症例で女性の占める割合は、アフリカ地域では、コンゴ民主主義共和国の8.5%からウガンダの60%の幅があった。アメリカ地域では、アルゼンチンの26.0%からブラジルの46.0%に及んだ。東南アジア地域では、インドの34.0%からネパールの46.0%に及んだ。東地中海地域では、ソマリアの16.0%からパキスタンの41.0%の幅があった。西太平洋地域では、カンボジアの28.0%からラオス人民民主共和国の40.0%の幅があった。

ハンセン病にかかっている子どもの割合も、特にアフリカ、アメリカ、西太平洋地域において、多様であることがわかった。新たに発見された症例の中での子どもの割合は、アフリカ地域では、ニジェールの2.4%から中央アフリカ共和国の19.2%であった。アメリカ地域では、キューバの0.55%からブラジルの7.91%であった。東南アジア地域では、タイの4.51%からスリランカの10.3%であった。東地中海地域では、スーダンの2.71%からイエメンの12.3%であった。西太平洋地域では、中国の2.86%からカンボジアの9.84%であった。

同様に新しく発見された患者の中で、グレード2障害（目に見える損傷もしくは目や手足にみられる障害として定義される）を伴う症例患者の割合も、各地域で幅広く多様であった。アフリカ地域では、コモロの3.0%からブルンジの22.2%までの幅があった。アメリカ地域では、ボリビアの2.42%からパラグアイの10.9%までの幅があった。東南アジア地域では、インドの2.25%からタイの14.3%までの幅があった。東地中海地域では、エジプトの3.92%からソマリアの34.1%までの幅があった。西太平洋地域では、ミクロネシア連邦の0.66%から中国の23.0%までの幅があった。

表6に示されるように、世界の統計のために109の国と地域から報告を受けた。この報告にはアフリカ地域の28の国と地域、アメリカ地域の26の国と地域、東南アジアの10の国と地域、東地中海地域の16ヶ国、西太平洋地域の29の国と地域が含まれている。国別のデータは、表6の各地域に示されている。これらのデータには、登録された有病率、新症例発見数、（新たな多菌型ハンセン病症例数、女性の新症例数、子どもの新症例数、グレード2を伴う症例）、再発の実数、少菌性ハンセン病および多菌型ハンセン病の治療率についての情報が載せられている。各比率は国連の人口部門から2006年の人口データを用いて計算している。表2：WHO地域別新症例の発見傾向（ヨーロッパ地域を除く）、2001-2006年、表3：ハンセン病を根絶していない4ヶ国（10000人につき1例未満の登録有病率である）における有病率と症例発見率、表5：WHO地域別100例以上の症例を報告している国で新たに発見された症例の状況（すべてWER参照）

表4：2006年に1000例以上の新症例を報告した15ヶ国における新症例の検出数、1993、2002、2003、2004、2005年との比較

国	新症例検出数					
	1993	2002	2003	2004	2005	2006
アンゴラ	339	4 272	2 933	2 109	1 877	1 078
バングラデッシュ	6 943	9 844	8 712	8 242	7 882	6 280
ブラジル	34 235	38 365	49 206	49 384	38 410	44 436
中国	3 755	1 646	1 404	1 499	1 658	1 506
コンゴ民主主義共和国	3 927	5 037	7 165	11 781	10 369	8 257
インド	456 000	473 658	367 143	260 063	169 709	139 252
インドネシア	12 638	12 377	14 641	16 549	19 695	17 682
マダガスカル	740	5 482	5 104	3 710	2 709	1 536
モザンビーク	1 930	5 830	5 907	4 266	5 371	3 637
ミャンマー	12 018	7 386	3 808	3 748	3 571	3 721
ネパール	6 152	13 830	8 046	6 958	6 150	4 235
ナイジェリア	4 381	5 078	4 799	5 276	5 024	3 544
フィリピン	3 442	2 479	2 397	2 254	3 130	2 517
スリランカ	944	2 214	1 925	1 995	1 924	1 993
タンザニア共和国						
合計	2 731	6 497	5 279	5 190	4 237	3 450
世界合計	550 175(93)	593 995(96)	488 469(95)	383 024 (94)	281 716 (94)	243 124(94)
	590 933	620 638	514 718	407 791	299 036	259 017

* 結論：新症例の発見は、WHOの東南アジア・東地中海・西太平洋地域では減少傾向にある。ハンセン

病コントロール活動とサービスの質を維持・改善することで、すべての流行国が確実に疾病負担を軽減するということが重要である。統計的な数値だけでなく、障害の減少、子どもの症例、ハンセン病に関する汚名の問題にも取り組んでいくことが重要である。

流行国のプログラムの大半は、一般的な保健医療制度の中にハンセン病制圧活動をうまく統合している。このことは、新症例が流行地域で発生し続ける限り、持続可能性を確実にするのに役立つ。しかし、特に能力開発の必要な地域においては課題が残る。特に比較的軽度な流行地域での保健従事者の専門技術を維持することが重要である。統合的なハンセン病制圧サービスを支援していくために、専門医に患者を紹介するネットワークサービスを強化することも重要である。患者の紹介を受ける施設は、たとえ地域の保健施設では、通常は利用できなかったとしても、専門のサービスが必要な患者がこれらのサービスを容易に利用できるようにするために、一般の保健医療制度に統合されなければならない。

WHOは、技術援助と多剤併用療法のための薬剤の無料提供、統合したプログラムにおける保健従事者の能力の向上、患者のセルフケアとリハビリテーションを通して地域社会の理解と問題の改善、選択した国での独立した評価の実施、世界および国家レベルの両方でハンセン病の発生状況をモニタリングすることによって国家プログラムの支援を続けている。多剤併用療法後に再発した患者においてハンセン菌のリファンピシン抵抗性株が存在したという散発的な報告書に関連して、WHOとパートナーはハンセン病の状況を監視する世界的監視システムを構築している。リファンピシン抵抗性ハンセン菌の発生と拡大は、今後のハンセン病制圧に対する最も深刻な潜在的脅威である。

計4ヶ国（ブラジル、コンゴ民主共和国、モザンビーク、ネパール）は、まだ公衆衛生問題としてハンセン病撲滅の目標を達成できていない。4ヶ国の活動を強化するための更なる努力がなされ、今後数年でハンセン病を撲滅する活動を支援するであろう。多くの国におけるハンセン病制圧政策は、ハンセン病が健康問題としてある限り、すべてのパートナーの継続した支持があることを保証する必要がある、その成果が自己満足に陥ってはいけない。表6：世界のハンセン病の状況、WHO地域別（ヨーロッパ地域を除く）、国または地域、2007年初め（WER参照）

（中川泰介、川口優子、高田哲）