

今週の話題：

<タイにおけるハンセン病コントロール：症例検出に関する動向、1965 - 2005 年>

* 導入：

タイにおけるハンセン病患者に対する対策は、1908 年に国王がチェンマイにハンセン病療養所を設立したことが始まりである。1943 年にダブソン (dapsons) が発見されたことが、この病への取り組み方法を変えた。1955 年に国のハンセン病コントロールプログラムが症例検出および全ての患者に対してダブソンを用いた治療を提供することを目的に制定された。これらの努力の結果、1953 年には人口 1 万人あたり 50 人だった有病率を 1971 年には人口 1 万人あたり 12.4 人に減らすという高い成功を収めた。

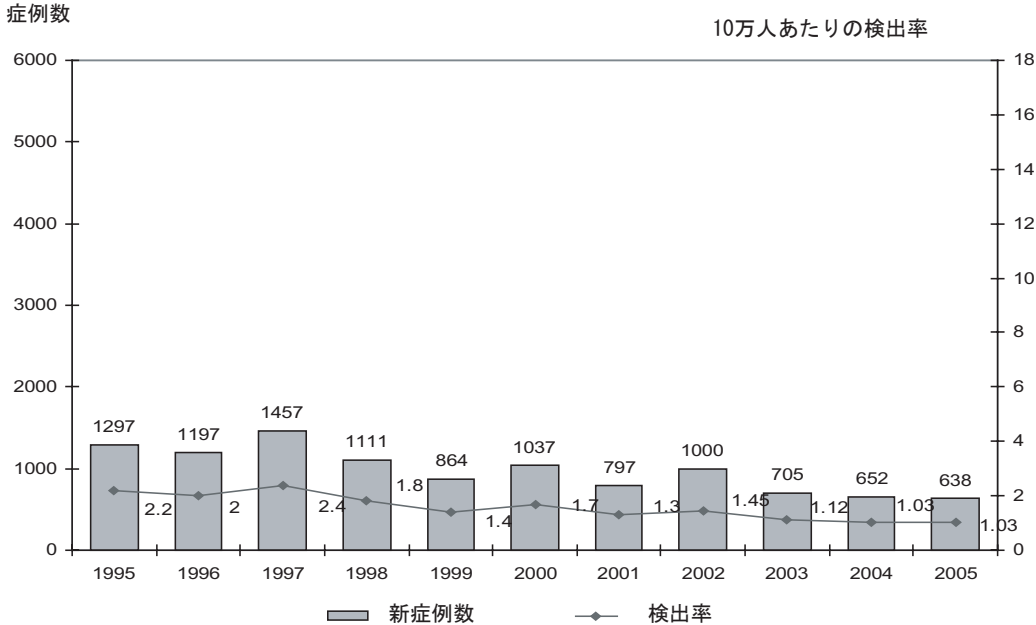
有病率が減少した結果、1971 年に国家は、ハンセン病をコントロールする活動を一般の保健サービスの中に組み入れた。1972-1976 年に、8500 人を超える地域の医療従事者が、改訂された対策のもとで教育を受けた。さらなる変化は、WHO が多剤併用療法 (MDT) を導入した 1984 年に起きた。1989 年までにすべてのハンセン病患者が、MDT による治療を受けたことで、この国におけるハンセン病は減少した。

国のハンセン病コントロールプログラムからの後方視的データを用い、1965 年より年次毎に新症例検出数の動向を分析した。型、年齢、性別、グレード 2 障害 (WHO による) による新症例の詳細な分類は 1984 年以降実施することができた。

* 年次別新症例検出における動向：

図 1-4 は、1965-2005 年の年次別新症例検出数の動向を示している。1965 年には、新症例数総計は 4951 例 (症例検出率：1 万人あたり 15.4 例) であった。1971 - 1975 年の間は、毎年約 1100-1800 例が検出された (症例検出率：1 万人あたり 3.2-4.1 例)。この大きな減少は、ハンセン病コントロールプログラムが一般の医療制度に導入されたこと、また多くの地域の医療従事者が訓練されたことによる。新症例検出数は年を追うごとに増加し、1981 年にピークを示した。その後は、継続的努力を実施した結果、毎年発見される新症例検出数は減少し、2005 年には 638 人 (症例検出率：1 万人あたり 1.03 人) と報告された。図 1：年次別の新症例検出数および検出率、1965-1974 年、図 2：年次別の新症例検出数および検出率、1975-1984 年、図 3：年次別の新症例検出数および検出率、1985-1994 年 (WER 参照)

図 4：年次別の新症例検出数および検出率、1995-2005 年



* 新症例における多菌型症例：

図 5-6 は、1984-2005 年の多菌型ハンセン病の症例数と子どもにおける絶対数、グレード 2 障害を伴う症例数を一緒に示している。図 7-8 は、新症例における多菌型ハンセン病の比率、多菌型の新症例における子どもの比率および多菌型の新症例におけるグレード 2 障害の比率を示している。

図 5：多菌型ハンセン病 (MB) の新症例の特徴、年齢およびグレード 2 障害別、1984-1994 年、図 6：多菌型ハンセン病 (MB) の新症例の特徴、年齢およびグレード 2 障害別、1995-2005 年、図 7：新症例における多菌型ハンセン病 (MB) の比率、MB の新症例におけるグレード 2 障害の比率、MB の新症例における子どもの比率、1984-1994 年、図 8：新症例における多菌型ハンセン病 (MB) の比率、MB の新症例におけるグレード 2 障害の比率、MB の新症例における子どもの比率、1995-2005 年 (WER 参照)

* ハンセン病新症例における子どもの症例数：

図 9-10 は、新しく検出された症例における子どもに発症した症例の特徴を示している。年々、新しく検出される新症例数が減少する傾向に伴い、新症例における子どもの数も減少している。1995-2005 年の間では、新しく検出された症例における子どもの比率は、全体の 4-6% の間で推移している。

図 11-12 は、グレード 2 障害を伴う子どもの絶対数を示しているが、数は少ない。これは、保健サービスへのアクセスが容易になったこととハンセン病コントロールプログラムが学校の保健活動に加えられたことによる。

* 新症例における女性の症例数：

図 13 は、1992-2005 年に検出された新症例に占める女性の比率を示している。その比率は、14 年間を通じて 36-40%の間で推移している。

* 新症例におけるグレード 2 障害：

図 14-15 は、新しく検出された症例におけるグレード 2 障害の数と比率を示している。1990 年からその比率は、概ね 11%から 15%の間で推移している。

* 結論：

タイにおけるハンセン病制圧の闘いは成功を収めた。診断・治療へのアクセスの改善、社会経済の成長による住環境の改善、ワクチン接種率上昇等の多面的要因がこの病の減少に寄与している。しかし、この結果が自己満足につながってはならない。重要なことは、新症例が適切な診断・治療にアクセスでき、障害の予防とリハビリテーションの提供が適切な手段で行える体制を継続していくことである。

図 9：子どもの症例数とグレード 2 障害を伴う子どもの症例数、1984-1994 年、図 10：子どもの症例数とグレード 2 障害を伴う子どもの症例数、1995-2005 年、図 11：新症例における子どもの比率および新症例の子どもにおけるグレード 2 障害の比率、1984-1994 年、図 12：新症例における子どもの比率および新症例の子どもにおけるグレード 2 障害の比率、1995-2005 年、図 13：女性の症例数と新症例における女性の比率、1992-2005 年、図 14：グレード 2 障害を伴う新症例数および新症例におけるグレード 2 障害の比率、1981-1994 年、図 15：グレード 2 障害を伴う新症例数および新症例におけるグレード 2 障害の比率、1995-2005 年（WER 参照）

<食品安全システム>

国連食糧農業機関（FAO）と WHO は、全ての国が食品安全システムを強化し、生産者と輸入業者に対して警戒するよう呼びかけている。

工業薬品メラミンが動物や魚の餌の中から発見されたこと、特定の獣医用医薬品が水産養殖で不認可のまま用いられていることなどの最近起こった食の安全性に関わる出来事は、国際貿易における食品の輸入拒否につながる恐れがある。

過去 12 ヶ月間、毎月平均 200 に上る数の食品安全性事故が WHO と FAO によって安全基準を満たすかどうか調査された。国際的に重要な食品安全性事故に関する情報はネットワークを通じて共有される。

食の安全性は、全ての国と全ての消費者にとって関心事であるため、輸入食品を農場から食卓まで運ぶのにより基準の厳しい測定値を採択することはすべての国にとって有益である。

FAO の栄養と消費者保護部門は、各国が食品の質と安全に関する国際的な同意基準を適用してはじめて世界の食品市場の共有と消費者の信頼を維持することができるとしている。さらに、消費者は食品の危険性に関する情報を知り、その危険から保護される必要があるとしている。

* 不適切な食品安全システム：

脆弱な食品安全システムは、食品安全問題やサルモネラ菌、大腸菌、カンピロバクター、リステリア菌などの微生物や残留農薬（殺虫剤や獣医用医薬品など）、不認可の食品添加物使用による病気を高率で引き起こす可能性がある。

発展途上国における食品生産システムは一連の難題に直面している：人口増加、都市化、食生活の変化、食品、農業製品の工業化。気候、乏しい衛生状況、脆弱なインフラなどの問題である。多くの発展途上国では食品安全に関する法律が不完全であったり、時代にそぐわなかったり、あるいは国際的な基準に達していなかったりする。また、食品安全や管理に対する責任の所在が多くの機関に分散される傾向がある。研究所では不可欠な機器が不足している。多くの先進国も同様の状況で、食品安全システムに多くの食品安全問題を生じさせている一次生産を含まないことがよくある。

消費者に対して食品の安全性を保障し、輸出食品を国際的な衛生および植物衛生の基準を満たすために国の食品安全当局は厳しく管理するべきである。生産者と貿易業者は、食物連鎖を通じて食品生産の安全性に責任を持つべきである。

世界貿易機関の規定では、先進国は発展途上国が世界貿易のために必要な高いレベルの食品安全性に到達することができるよう輸出を支援することとなっている。この支援は、全ての食物連鎖を網羅した一貫した国の食品安全システムの確立と強化に貢献するに違いない。

* 食品安全支援における FAO と WHO の活動：

FAO と WHO は、制度の確立や食品安全検査、研究室による分析、診断、認可、食品由来の病気の監視、非常時の準備と対応などを支援している。さらに、多くの食品安全問題への科学的助言も行っている。

FAO と WHO による食品規格委員会は、科学とリスクに基づいた食品安全基準を開発し、国際貿易や国々の立法のモデルにおいて参考となっている。これらの基準やガイドラインを適応することが、食品安全を保障し、消費者を守ることになるであろう。（押方由里香、喜多淳子、片岡陳正）