

流行ニュース：<ブタとヒトにおけるエボラ・レストンウイルス、フィリピン>

2009年1月23日、フィリピン政府は、病気のブタに接触したと思われるヒトが抗エボラ・レストンウイルス (ERV) 抗体に陽性であると発表した。2009年1月30日には政府は抗ERV抗体陽性者がさらに4人発見されたと発表した。Bulacanの農場労働者2人とPangasinanの農場労働者1人で、2つの農場はLuzon北部に位置し、ERS感染症ブタが発見されたので検疫下にある。もう1人はPangasinanにある屠殺場の食肉処理者である。1月23日にテストの結果ERV抗体陽性と発表されたヒトは、マニラ首都圏に位置するValenzuela市のブタ農家と報告された。

フィリピン保健省は検査結果が陽性の人たちは健康であり、過去12ヶ月明らかな症状はなかったと報告した。研究チームは5人とも病気のブタへの直接接触が原因でウイルスに感染したと考えられると報告した。このような動物取り扱い者の防御装備使用は一般的でない。

これらの知見とこれまでのERVの研究によって、ウイルスがヒトに伝播しても病気を発症しないことがあるという事が実証された。しかしそれは健康成人に限って言える事であり、全ての集団でウイルスに感染しても健康であるとは限らない。健康への脅威は健康成人にとってはおそらく低い、免疫不全者、基礎疾患がある人、妊婦や子供などの集団にとっては未知である。

フィリピン政府は抗体陽性となった5人について追跡調査を行っている。さらに2008年に豚が豚繁殖呼吸器障害症候群とERVに同時感染したBulacan州、Pangasinan州の2つの検疫下の農場で病気ブタと接触した他の人々にも検査を行っている。しかしフィリピン政府は生肉や冷凍肉と同様、生きたブタの輸出は業者の自由意志に任せている。

フィリピン政府は保健省と農業省との共同戦略により動物やヒトの健康リスクを最低限に抑えるべく、地方当局や養豚業界や共同体がこの戦略に決定的な役割をする事を強調した。

国際的パートナーと共に、WHOはフィリピン政府がERVの理解を深め、ERVのヒトへの健康リスクを減少させるように支援していくであろう。

今週の話題：<コレラの流行、ジンバブエ>

今回のジンバブエのコレラ流行は記録に残る中で最大規模の世界的大流行の1つで、制御にはほど遠い。2008年8月以来すでに6万人以上が感染し3100人以上が死亡する流行となっており、この広がりを食い止めるさらに強化された対応が緊急に必要である。

WHOと国際的/地域的なパートナーは保健・児童福祉省 (MoHCW) が流行を制御するように支援している。しかし、この危機には全体の徹底的な行動がなければ、さらに多くのジンバブエの人々がコレラの集団発生に屈してしまうであろう。またアフリカ南部の他の国々をも流行の脅威に持続して直面させる事になるであろう。

## \* ジンバブエにおける緊急対策：

- ・警告の強化、特に草の根レベルでの予防と処置。報告死亡例の大半は自宅で死亡している。従ってより効果的な方策が全コミュニティ、特に僻地にあるコミュニティに向けられることが、ジンバブエ国民が流行に対して最善に備える上で重要である。
- ・コミュニティレベルにさらに多くの医薬品を供給する。特に経口補水液 (ORS) と塩素錠剤を置く事により、医療従事者と一般の人々はコレラが発生した時に治療手段を有する。人々に医療サービスにアクセスできるように保証する事は大きな課題の一つである。多くの人々にとっては医療施設までのアクセス手段や交通費用に制限があり、医療サービスへのアクセスは不可能であるから、簡単な且つ救命となるORSと塩素錠剤がどのコミュニティにも供給される必要がある。
- ・多くのジンバブエの医師、看護師、他の医療スタッフに対する給与支払いのための資金の準備。彼らは給与を支払われておらず、通勤のバス代等、最低限の必要を満たすお金も持たない。医療関係の公務員が有効に働いていないのはコレラによる瀕死患者数が増加する主な原因である。
- ・国内のより広地域でコレラの流行に対応できる多くのNGOとの連絡を広げる。例えば、国境なき医師団などは政府のサポートのない地域にも多くのコレラ治療のセンターや拠点を持つ。
- ・国連、NGO、政府、寄付者などすべての関係者の部門間での対応強化が重要である。症例管理の改善、水と衛生設備、社会的な参加、ジンバブエの医療従事者のための資金注入、現場の医療スタッフ数の増加などあらゆる場面でさらなる努力が必要である。

2009年1月29日には症例数60,401、死亡数3161に達し、縮小徴候は見られない。10ある全州と隣接国が影響を受けた。致命率はわずかに減少したが、依然5%超であり、コミュニティレベルでの死亡は医療施設で3倍以上である。容認レベルは1%未満とすべきである。隣接する南アフリカは3000症例を報告しているが、ヘルスクエアの強化や水や衛生設備の強化で死亡率1%未満を維持している。

これまでにWHOとそのパートナーは流行に対応するべくMoHCWと共に以下の様に効率的に活動した。

- ・首都ハラレにコレラ指令・制御センターを設置し、警告・対応・症例管理、社会動員・物流活動などを強化した。
- ・国内及び国外の 40 人を超える WHO の専門家で構成される流行対策チームを動員。
- ・国際的感染症対策ネットワーク（GOARN）に公衆衛生施設の 10 人の専門家と技術的パートナーを配置し、コレラ指令・制御センターと MoHCW を支援。
- ・コレラ患者を診療する健康センターへの医薬品と医療用品の配送。
- ・寄付団体と共にコレラ流行の対応とジンバブエ健康センターの強化に必要な資源を捻出。  
首都ハラレだけでなく、コレラ流行に対する対応が困難なアクセスが難しい僻地にこそ課題がある。さらにスタッフの不足問題、医療品供給問題、保健サービスへのアクセス、NGO の不在地域への安全な水の供給等の問題がある。

<国際保健規則（2005 年）により WHO に告知が必要な 4 疾患の症例定義>

国際保健規則（IHR、2005 年）による WHO に告知が必要な、常に見直されなければならない重大な疾病は、天然痘、野生型ポリオウイルスによるポリオ、新型のヒトインフルエンザ、重症急性呼吸器症候群（SARS）の 4 つで、これらは異状な、また想定外に公衆衛生に重大衝撃を与えるので、どのような場合においても WHO に通知する必要がある。IHR の規定によりこれらの疾患の症例を定義する。

\* 新型ヒトインフルエンザ：

*IHR（2005 年）による新亜型によるヒトインフルエンザの届出の定義：*

IHR（2005 年）により、汎流行の可能性のある A 型インフルエンザウイルスのヒト感染の確定診断があった場合は、WHO に速やかに通知する必要がある。この報告は疾病発症の証拠を必要としない。

A 型インフルエンザウイルスは、ウイルスがヒトに感染する可能性があり、赤血球凝集素遺伝子がこれまでヒト集団に流行した A/H1 あるいは A/H3 関連またはその変異体でなければ、世界的流行を引き起こす恐れがある。

感染が最近であることは、PCR、ウイルス分離、急性期と回復期のペア血清試験で確認される。単血清の抗体価だけでは最近の感染であることの確定にはしばしば不十分であり、A 型インフルエンザの特異的サブタイプのヒト感染症の WHO 症例定義に照らして評価すべきである。

\* 野生型ポリオウイルスによるポリオ：

*IHR（2005 年）による野生型ポリオウイルスによるポリオの届出の定義：*

IHR（2005 年）により、野生型ポリオウイルスによるポリオの届出症例は、疑診例あるいは疑診例に近距離で接触した人の便検体から野生型ポリオウイルスが分離された症例と定義される。

疑診例は、急性弛緩性麻痺（AFP）を呈した 15 歳未満の子供、またはポリオの疑いがあればどの年齢であろうと麻痺性疾病を呈する例と定義される。

*急性弛緩性麻痺（AFP）症例以外に由来する野生型またはポリオワクチン由来ウイルスの届出に関する記述：*

野生型ポリオウイルスが検査で確認されたポリオ症例の届出に加えて、麻痺を呈さないヒト、あるいはヒト以外（環境サンプル）に由来する野生型またはポリオワクチン由来ウイルスも、『国際的視野に立った公衆衛生の緊急課題』の 4 つの判断基準のうち 2 つ以上を満たすことにより、一般に WHO に届出が必要である。

\* 重症急性呼吸器症候群（SARS）

*IHR（2005 年）による SARS の届出の定義：*

*SARS の臨床例の定義：*

1：発熱あるいは発熱の証拠。

且つ、

2：下気道疾患の症状（咳、呼吸困難、息切れ）が 1 つ以上見られる。

且つ、

3：肺炎または急性呼吸促迫症候群（ARDS）に合致した肺浸潤の画像、または、原因不明の肺炎または ARDS の病理と一致した剖検の所見。

且つ、

4：疾病を十分に説明する別の鑑別診断がない。

*SARS の診断に必要な検査項目：*

a：定性的 RT-PCR とリアルタイム（定量的）RT-PCR による以下のサンプルからのウイルス RNA の検出。

1：少なくとも 2 つの異なる臨床検体（例えば、鼻咽頭と便）。

または、

2：同じ部位から発病中に複数回採取した検体（例、複数の鼻咽頭吸引液）。

または、

3: 単一の臨床検体で、2 とおりの検査方法または複数回の RT-PCR で陽性となった検体。

または、

4: いずれかの臨床検体からのウイルス培養の検体。

b: 酵素標識免疫吸着測定法 (ELISA) と免疫蛍光検査法 (IFA)。

1: 同時測定による血清抗体検査が急性期で陰性、回復期で陽性。

または、

2: 同時測定による急性期と回復期のペア血清で SARS-CoV 抗体価が 4 倍以上上昇。

論説:

SARS コロナウイルスの陽性適中率は極度に低い。したがって診断は WHO の SARS 関連検査施設で確認されるべきである。

\* 天然痘:

(2005 年) IHR (国際保健規則) による天然痘届出の症例定義:

IHR (2005 年) により、天然痘のどのような症例も直ちに WHO に届けなければならない。天然痘の届出の定義は次のような症例を含む。

天然痘の確定症例:

年齢に関わらず急に発熱 (38.3°C・101°F 以上)、不快感、頭痛と背部痛を伴う重篤な衰弱が発疹出現前 2-4 日に起こる。

且つ、

顔や前腕に発して体幹や足に広がる発疹に始まり、48 時間以内に特異的な皮疹が完成する。

且つ、

病変は、すべてが小水疱あるいはすべてが膿疱というように、同じ病期の皮疹を呈する。

且つ、

疾患を説明する他の鑑別診断がない。

且つ、

検査で確認。

論説:

求心的でより表層の病変を呈する水痘感染とは対照的に、天然痘の症例の大部分は日数 (それぞれの病期が 1、2 日続く) をかけて徐々に同じ割合で顔、四肢 (手掌と足先を通常含む) に分布していく。水痘と天然痘を鑑別する詳細情報や図解がウェブサイトに掲載されている (<http://www.who.int/csr/disease/smallpox/preparedness/en/index.html>)。天然痘の非典型例を診断しない危険性は、天然痘が再度出現するリスクが極端に低く検査で疑陽性になるリスクは高いことに鑑みて強調される。従って天然痘の確定のための検査は上記の定義に合致する例に制限すべきである。天然痘は自然界から消滅した病気で、検査で 1 例でも確認されたら流行を考えるべきであろう。

(岩崎えり子、中園直樹、伊藤光宏)