

今週の話題：

<世界ポリオ根絶計画の独立監視委員会の第4回会議>

独立監視委員会（IMB）は、世界ポリオ根絶計画（GPEI）の、2010～2012年における戦略的計画を推進するために、世界保健総会の依頼により2010年11月に設置された。この計画の目標は2012年末までに世界的規模でポリオの伝播を終息することである。

2011年9月28～30日に、ロンドンでIMB第4回会議が開催された。完全版報告書は www.polioeradication.org/imb.aspx で利用できる。本稿は、IMB決議のまとめである：

1. アンゴラとインドを除き、持続的にポリオの伝播が見られる国では2011年の症例数が前年を超えていた。特にアフガニスタン、チャド、コンゴ共和国（DRC）では、本年の症例数が2010年の合計症例数をすでに上回っている。
2. ポリオの発症率が急増していることは、多くの国が、国境を越えてポリオが容易に持ち込まれる脅威に曝されていることを示している。
3. 2010～2012年の戦略的計画は4つの項目からなり、このうち2項目は順調に推移しているが、1項目では計画期間内の達成が困難である。また1項目はすでに期限を越えており、依然として達成困難である。
4. 2012年末までにポリオの伝播を終息させる計画は軌道に乗っていない。IMBの完全版報告書に記載された基本的問題が対処されない限り、伝播を終息させるためには、これから2012年末までの期間よりも長い期間が必要である。
5. 地域および世界的レベルで、計画の弱点が修正され、GPEIに対する政策や財政支援が強化されていけば、2012年末までにポリオの根絶は達成できるであろう。
6. 6. ポリオの伝播が持続している国々における計画進展の評価は完全版報告書に詳述されている。インド以外の感染国では、必要な速度で前進していない。
 - ・ アフガニスタンでは計画が強力に管理されてはいるが、リスクの高い13地区では3分の1の子供たちと接触できていない。
 - ・ インドでは、今年中に伝播を終息させることが可能である。
 - ・ ナイジェリアでは2010年の状態に後戻りした。政治的、伝統的リーダーの公約を取り戻す必要がある。
 - ・ パキスタンでは、過去18ヵ月間ほとんど具体的な進展がなかった。基本的な戦略再考が必要である。
7. 2010年末までの目標に届かず、新たな感染が生じた3カ国では若干の進展が見られる。
 - ・ アンゴラでは進展が見られるが、ルアンダでは脆弱なままである。
 - ・ チャドでは必要な技術力を獲得したので、今後それを有効に配備する必要がある。
 - ・ DRCの指標は的外れのままであるが、改善も認める。しかし選挙により分裂状態になる可能性が懸念される。
8. 予想外の集団発生は、計画に対する自信を徐々に弱らせる。中国では、今回の発生まで10年間はポリオがなかった。ケニヤでの症例発見は、2009年以降のケニヤとウガンダにおける感染対策の失敗を象徴している。アフリカの角地域には更なる発生の危険性が残る。
9. 完全版報告書は、IMBの国別調査結果に加えて、世界的に共通する、計画成功の可能性を低下させる5つの問題を記載している。これらは文化とアプローチに関係しており、両者に対する対応が必要である。
10. IMBでは、ポリオを根絶することが世界的に保健上の急務とみなされる必要があるという見解である。ポリオが発生していない国々からより多くの資金が提供され、世界規模での政治的介入が必要である。

IMBは今後とも、ポリオ伝播に対する世界的対策の進捗状況を、公正に、かつ独立して評価していく。次のIMB会議は、2012年1月30日～2月1日にロンドン（英国）で開催される。

<2011年のヨーロッパ地域における麻疹の伝播と集団発生の増加>

2003年以降、WHOヨーロッパ地域では2010年までに麻疹を掃滅するという目標に向けて、相当な進展が見られた。しかし2009年後半には、麻疹ウイルスの伝播が広域で増加した。この報告は、麻疹症例の疫学と2011年にWHOヨーロッパ地域で始められた蔓延防止の対策と、2010年9月に第60回WHOヨーロッパ地域会議で採択された、2015年の新しい掃滅目標達成に必要な課題について記載する。

2011年、麻疹の集団発生がWHOヨーロッパ地域加盟国53カ国中36カ国で報告され、2011年10月26日現在、26,000例超の麻疹症例が報告されている。フランスでは最多の14,000例超の症例が報告され、特に予防接種未接種あるいは予防接種履歴が不明である年長児から若年層で起こった。この地域での麻疹の伝播と集団発生の主な原因は予防接種の失敗である。2015年までに麻疹を掃滅するためには、(i)

麻疹を含むワクチン（MCV）の2回接種率を95%以上にする、(ii) 効果的な麻疹集団発生抑制案を実行する、(iii) 症例と集団発生の早期発見のため監視を強化することが必要である。

麻疹は全53加盟国において届出疾患であり、MCVの2回接種を推奨している。臨床診断された症例は、WHO—UNICEF 合同報告書を用いて毎年報告される。また、症例ごとの情報（例えば検査値、実態の人口統計学、臨床状況、予防接種に関するデータ）を国ごとに毎月報告するよう要請されている。

歴史的に麻疹発生率が低かった3年間（2007～2009年）の後、2009年後半に麻疹症例の報告が急増し、2010年には2006年以降で最も多い30,639例が報告された。2011年10月26日現在、報告された26,074例の内訳は、西ヨーロッパ地域で21,724例（83.3%）、中央および東ヨーロッパ地域で3,570例（13.7%）、旧ソビエト連邦の新興独立国で780例（3.0%）であった。2008年以降、2009～2011年のブルガリアでの大規模な集団発生（24,401例）の結果、2010年に中央および東ヨーロッパ地域の報告数が増えたが、これを除くと、西ヨーロッパ地域が麻疹症例の報告数で最も大きい割合を占めた（図1）。

2011年の報告例は、15歳以上が12,882例（49.4%）、5歳未満が6,527例（25.0%）、5～14歳が6,423例（24.7%）で（表1）、患者年齢の中央値は15歳であった。予防接種未接種者の発症は11,763例（45.1%）、予防接種歴不明者の発症は11,825例（45.4%）であった（表1）。入院した麻疹症例は7,288例（28.0%）で、その内訳は西ヨーロッパ地域4,293例（58.9%）、中央および東ヨーロッパ地域2,609例（35.8%）、旧ロシア新興独立国386例（5.3%）であった。麻疹関連の死亡は9例報告されており、フランス6例、ドイツ1例、キルギスタン1例、ルーマニア1例で、そのうちの7例（77.8%）が10歳超であった。死亡4例（44.4%）は予防接種未接種、残りの5例（55.6%）は予防接種歴不明であり、全員が15歳以上であった。

2011年、36カ国から115件の麻疹集団発生、21,177例（81.2%）の症例が報告された。全3地域の5カ国で選択された麻疹集団発生に関するデータを表1に示す。2011年10月26日現在、14,025例を報告したフランスでの集団発生が最も多い。伝播する環境として、予防接種に対する宗教的あるいは哲学的に信条をもつ集団や地域、医療施設や学校などで健康管理を受ける権利が制限されていることが挙げられる（表1）。

2011年に見つかった麻疹ウイルスの遺伝子型はD4、B3、G3、D8、D9、H1であったが、主な遺伝子型はD4で、2011年に24カ国の症例で見つかった。

広範囲での麻疹の蔓延を防ぐ方策として、(i) 早期診断と集団発生を監視するために国と地域のガイドラインに従い、監視を強化する、(ii) 一般市民や医療供給者に対して予防接種のための支援活動を行う、(iii) 予防接種計画を修正する、(iv) 所定の予防接種計画でカバーされない人々に無料の予防接種を提供することを含む、補足的予防接種活動（SIA）の実行（表2）。さらに、麻疹に特化した国家的予防接種計画会議が、ヨーロッパ地域事務所の呼びかけで2011年10月にイスタンブールで開催された。

2004～2010年において、MCV1接種率は92～94%になったが西ヨーロッパ地域（90～92%）では、中央および東ヨーロッパ地域（88～97%）や新興独立国（91～96%）よりも低かった（図1）。

* 編集メモ :

ヨーロッパ地域における麻疹ウイルスの伝播の増加から、2015年までの新しい排除目標達成のための深刻な課題が示された。この報告書は、西ヨーロッパ地域ではMCV1の接種率が95%未満のままであり、感染しやすい人々が伝播を助長する存在であり、これが大規模集団発生に繋がることを明らかにした。感染しやすい人々のMCV2回接種率95%以上を達成するためには更なる方策が必要である。

麻疹ワクチンに対する需要の減少や躊躇の主要因は、病気の重大さに対する知識不足、予防接種の効果に対する懐疑論、予防接種による副作用の恐れなどである。特に西ヨーロッパ地域において、予防接種に対する宗教的あるいは哲学的な拒否感情は予防接種を実施する上で深刻な障害になっている。

年長児や若年層が感染しやすいという特徴は、過去の低い予防接種普及率の結果であり、麻疹ウイルス自然発生の減少と、ヨーロッパ地域における麻疹症例の高年齢化は予防接種計画が成功した結果である。麻疹の疫学的変化として、若すぎて予防接種ができない幼児間での伝播を予防するだけでなく、高年齢群に対しても戦略が必要である。ウイルスの更なる蔓延を食い止めるため、大規模な集会の前には効果的な監視、集団発生防止、管理方策を続ける必要がある。2012年から始まる、ヨーロッパ地域における麻疹と風疹の改訂版監視ガイドラインの実行は、加盟国における監視能力強化の手助けになる。

ヨーロッパ地域の麻疹は回避できる疾患であり、死亡と経済的損失、世界的影響を引き起こす。死亡9例と2011年における何千人もの麻疹関連の入院から、高質な健康管理国でさえ麻疹が死亡原因となりうる重病であるということが喚起される。さらにヨーロッパ地域は、例えばアメリカ地域のように麻疹のない地域へのウイルス持ち込みの原因となった。

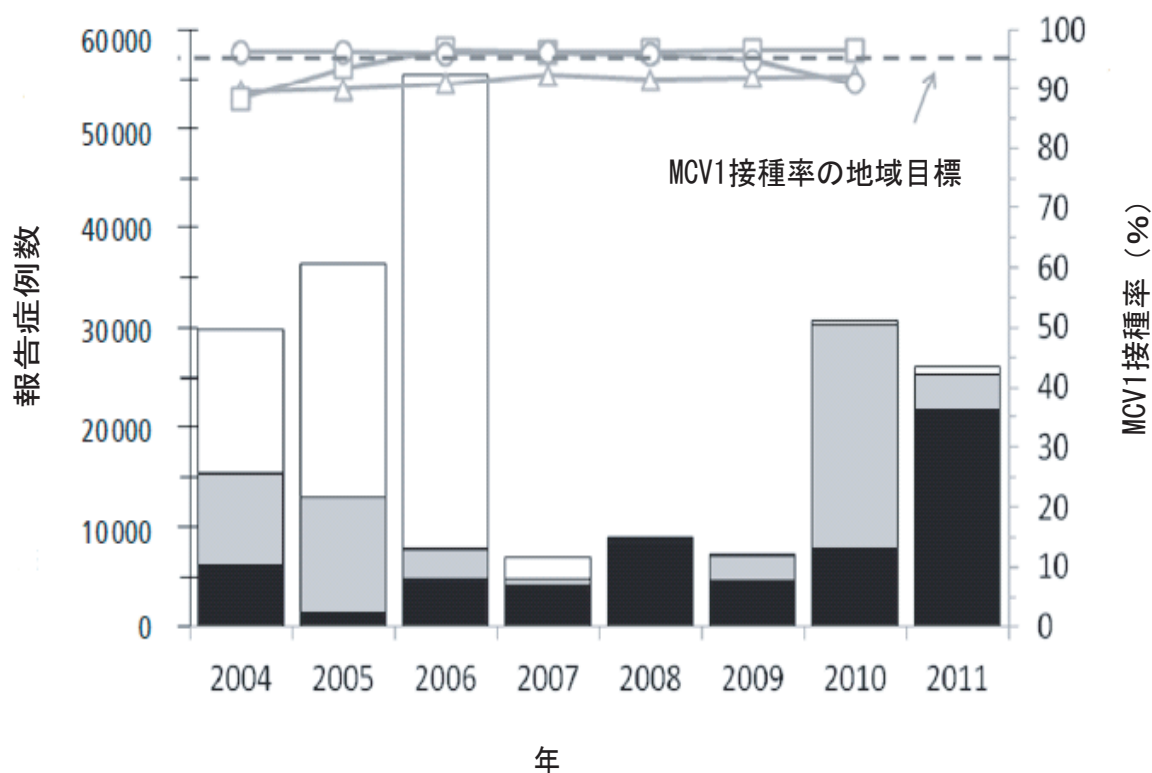
この調査結果には以下のような限界がある。第1に、麻疹症例と発生に関して過少報告あるいは報告遅延があったかもしれないため、正確な数はより高くなる可能性がある。第2に、監視データの質は国によって差がある。

麻疹の予防接種率を高めるためには、一般市民はもちろん、医療専門者にも予防接種の効果や麻疹の重篤性を伝えるための新たな戦略と方法が必要である。2015年までに麻疹撲滅の目標が達成できるかもしれないが、この目標達成には地域全体で小児期予防接種を実施するための政策を必要とする。そして必要な場合は、年長集団間の易感染性を低下させ、保健サービスが受けられない人たちにも受けられるよう、SIAsのような更なる戦略を実施する必要がある。

表1：WHOヨーロッパ地域および選択された国で報告された麻疹症例および集団発生の特徴、2011年、表2：麻疹集団発生があった選択された国で実施された対応策、2011年（WER参照）

図1：WHOヨーロッパ地域において2004～2011年に報告された麻疹症例数、月齢13～24カ月での麻疹含有ワクチン初回接種（MCV1）率、亜地域別

■ 西ヨーロッパ（WE） ■ 中央、東ヨーロッパ（CEE） □ 旧ソ連の新独立国家共同体（NIS）
 ▲ WE、MCV1 □ CEE、MCV1 ○ NIS、MCV1



（橋本晋吾、三木明德、駒井浩一郎）