今週の話題：

＜世界のハンセン病の状況、2012＞

ハンセン病コントロールの顕著な改善は、ほとんどの流行国での国や地域のキャンペーンによるものである。ハンセン病サービスの統合、効果的な連携、パートナーシップは、疾病負担を減少させた。それにも関わらず、新症例がほとんどの流行国で生じ続け、疾病負担が少ない背景にあるのに、負担の大きい集団が存在している。多剤併用療法により強化され、焦点をあてた活動は疾病負担を軽減させたが、公正な介入が出来ていない資源の乏しい場所では焦点化や関わりを他の地域と同様のレベルで維持することは困難である。

「2011 年から 2015 年のハンセン病の疾病負担を減らすために強化された世界的戦略」は、流行国における国家計画によって実践されている。戦略の目的は 2010 年度末のベースラインと比較して、2015 年度末に 10 万人につき 35%以上グレード 2 障害を有する新症例の割合を減らすことである。そのアプローチは、早期発見、及び統合サービスセッティングによる援助の質の重要性を強調している。その戦略は新症例の発生の減少、またこのような集団の中で疾病がより低い伝染に減少することが期待されている。

＊ハンセン病の疾病負担：

2012 年初旬までに、105 カ国が WHO に報告している。そのうち、28 カ国がアフリカ地域、28 カ国がアメリカ地域、11 カ国が東南アジア地域、22 カ国が東地中海地域、16 カ国が西大西洋地域であった。国連経済社会局が発行している 2011 年中旬の人口データは、疾病負担の割合を計算するのに使われた。

数カ国では 2、3 の発見があったにも関わらず、ヨーロッパ地域のほとんどの加盟国が近年の新症例を報告しなかった。世界ハンセン病計画はこれらの加盟国と連絡を取り、2011 年の予備のデータを得た。確認後、これらのデータは WER の次号で公表予定である。

いくつかの他の加盟国は近年のハンセン病症例を報告しなかった。これらの国が過去数年で報告した症例数はわずかであった。また、世界ハンセン病計画は、これらの国から得た新症例の割合を評価するために国家計画のデータの詳細分析を試みた。

表 1 は 2012 年初旬のハンセン病の罹患率を示している。2011 年に発見された新症例は 105 カ国で報告され、219.075 例が検出された。2012 年の初旬に世界中で登録されたハンセン病の有病率は 181.941 例であった。

表 1 ： 105 の国また領土において発見されたハンセン病の登録罹患率と新症例、WHO 地域別、2011 年と 2012 年の第 1 四半期

WHO地域	登録症例数と罹患率、2012年第一四半期	新症例検出数と症例検出率 2011年
アフリカ	15 006 (0.37)	12 673 (3.14)
アメリカ	34 801 (0.40)	36 832 (4.18)
東南アジア	117 147 (0.64)	160 132 (8.75)
東地中海	7 368 (0.12)	4 346 (0.71)
西太平洋	7 619 (0.05)	5 092 (0.30)
合計	181 941 (0.34)	219 075 (4.06)

表 2 は新症例検出の傾向を示す。毎年報告されている新症例数はアメリカ、アフリカ地域以外の全ての地域で増加し続けている。アフリカ地域における顕著な減少は、過去に多くの新症例数を報告してきた加盟国の報告数が少ないことを示している。

南スーダン、ソマリアにおける良質なサービス提供に伴う検出率の増加が、東地中海地域の多くの新症例発見の重要な要因であった。

表 2 ： ハンセン病の新症例発見の傾向、WHO 地域別、2004～2011 年（WER 参照）

表 3 は 1000 例以上の新症例が報告された 18 カ国で 2011 年に発見された新症例数と、2010 年に 1000 例以上の新症例が報告された国において 2004 年からの年毎の新症例数を示す。

これらの 18 の国は 2011 年の間に世界中で発見された新症例の 94%を占めた。これらの国のうち、7 つの国はアフリカ地域で、エチオピア、ナイジュリア、タンザニア連合共和国の 3 つの国では 2011 年に報告がなく、アフリカ地域のデータの顕著な減少に寄与した。

図 1 は 2004 年から 2011 年のインド、ブラジル、インドネシアにおける新症例検出の傾向を示す。インド、ブラジルは 2006 年と 2007 年からそれぞれ非常に緩やかな減少となった。インドネシアは 2006

年からの水平状態後、2011 年には有意な増加となった。
これらの 3 カ国は 2011 年に発見された新症例の 83%にあたり、インドは 58%、ブラジルは 16%、インドネシアは 9%であった。

- 多菌型ハンセン病新症例の割合を表 4 に示した。アフリカ地域ではケニアの 89.52%からコモロの 34.86%に及び、アメリカ地域ではアルゼンチンの 84.12%からエクアドルの 33.93%、東南アジアではインドネシアの 80.40%からスリランカの 44.98%、東地中海地域ではエジプトの 89.52%からイエメンの 52.17%、西太平洋地域ではフィリピンの 91.20%からキリバスの 35.14%であった。
- 新たに発見された症例中の女性の割合は、アフリカ地域ではリベリアの 57.55%からマダガスカルの 20.86%、アメリカ地域ではドミニカ共和国の 46.75%からパラグアイの 31.20%、東南アジア地域ではインドネシアの 39.79%からネパールの 28.55%、東地中海地域ではソマリアの 49.02%からパキスタンの 40.56%、西太平洋地域ではマーシャル諸島の 43.88%からマレーシアの 28.24%であった。
- 新たに発見された症例中の子どもの割合は、アフリカ地域ではコモロの 38.25%からブルンジの 1.12%に及び、アメリカ地域ではドミニカ共和国の 12.34%からアルゼンチンの 0.59%、東南アジア地域ではインドネシアの 12.25%からタイの 6.43%、東地中海地域では南スーダンの 10.78%からスーダンの 2.27%、西太平洋地域ではマーシャル諸島の 39.66%から中国の 2.53%に及んだ。
- グレード 2 障害を有する新症例の割合は、アフリカ地域ではカメルーンの 4.89%からマダガスカルの 21.64%、アメリカ地域ではコロンビアの 9.45%からメキシコの 5.58%、東南アジア地域ではミャンマーの 15.02%からインドの 3.01%、東地中海地域ではソマリアの 24.31%からエジプトの 6.47%、西太平洋地域ではマーシャル諸島とキリバスで 0%が報告され中国では 27.01%が報告された。

表 3 ： 2011 年の間に 1000 例以上の新症例を報告している 18 カ国の発見傾向と 2004 年以降に発見された年間新症例数
図 1 ： 2004 年から 2011 年にブラジル、インド、インドネシアで発見された新症例の傾向
表 4： 新症例検出報告の概要、100 例以上の新症例が見つかった国別、検出率が最高または最低の国別、WHO 地域別、2010 年

グレード 2 障害を有する新症例の傾向と 2005 年から 2011 年までの 10 万人に対する割合を表 5 に示す。10 万人のうちグレード 2 障害を有する新症例の全体的な割合は 0.23%であった。世界的には、2011 年にグレード 2 障害を有する 12,225 例の新症例が発見され 2010 年と比較しわずかな減少が見られた。グレード 2 障害を有する新症例の割合は西大西洋地域の 10 万人中 0.03 から東南アジア地域の 0.39 に及んだ。

表 5 ： 新症例のうちグレード 2 障害をもつハンセン病症例数、WHO 地域別、2005 - 2011

表 6 は 2004 年から 2011 年の間に世界で報告された再発症例の傾向を示す。2011 年に報告された再発症例数は 2010 年を超過した。

表 6 ： 世界のハンセン病の再発症例数、2004 - 2011

表 7 は 105 の国や領土から 2012 年の第一四半期末に登録されたハンセン病の有病率のデータ、2011 年の間の新検出症例数、多菌型ハンセン病の新症例数、女性や子どもの新症例数、新症例中のグレード 2 障害数、再発と治癒率の最終的な数が示されている。南スーダンは 2011 年末に 3273 例の登録罹患率を報告し、1799 の新症例が 2011 年に発見された。アフリカ地域を除き、多くの国が治癒率を報告している。国や各地域の治癒率や、多菌型ハンセン病と小菌型ハンセン病の間の治癒率に大きな差が認められる。

表 7 ： 世界のハンセン病の概要、WHO 地域および国または領土別、2012 年第一四半期

＊編集ノート ：

国家的、国際的なパートナーからの持続的なサポートの国家戦略による支持や関わりの努力はハンセン病の世界的な負担を減少させている。現在の減少傾向を維持するため、全ての流行国は適時な症例の発見と治療の完了を阻むものに対処する刷新的な解決策を提供し続けることが重要である。

2011 年から 2015 年の強化された世界的戦略の実行と共に、新症例中のグレード 2 障害の減少が強調されるに伴い、国家的ハンセン病プログラムが介入やその範囲を改良していくために都市部を含め、未介入地やサービスが行き届かない集団に焦点を当てることが不可欠である。コントロール戦略には限界が来ているので、プログラムは症例の把握、接触追跡、モニタリング、委託、そして記録の管理を具体的に改良すべきである。

疾病負担の減少には、社会経済的な課題の減少が必要である。政府や支援者のサポートと共に、国家的プログラムではハンセン病患者やその家族に対する汚名と差別の除去を国連決議の方針に基づいて行う義務がある。疾病によって影響を受けた人々の支援の増加とそれに伴うサービスや社会共同体のさらなる充足は、ハンセン病のない世界へ近づけるだろう。

（植村真帆、片山恵、宇佐美眞）