

今週の話題：

＜2011 年から 2012 年のアフリカ地域における麻疹の掃滅前目標への進展＞

2008 年、46 の WHO アフリカ地域 AFR 加盟国は 2012 年までに麻疹の掃滅前目標を達成するために以下を掲げた。

- (1) 2000 年と比較し、推定される麻疹による死亡率を 98%以上縮小する。
- (2) 1 国における年間の麻疹罹患率を 100 万人につき 5 例未満に抑える。
- (3) 国家による 90%以上の麻疹含有ワクチン (MCV1) の接種率、地区全体での 80%以上の MCV1 の接種率。
- (4) 補足的ワクチン接種活動 (SIAs) による 95%以上の MCV の接種率。

サーベイランス達成目標は人口 10 万人につき 2 例以上の非麻疹の発熱発疹疾患、80%以上の地区から 1 例以上報告される血液標本の検査から麻疹と疑われる例、そしてすべての地区からのサーベイランス報告の 100%の完全性を目的としている。この報告は以前の報告を更新し 2011 年から 2012 年の間の麻疹掃滅前目標への進展を記した。

2012 年、13 (30%) の加盟国では 2011 年の 14 (33%) の加盟国と比較し、90%以上の MCV1 の接種率となった。2011 年から 2012 年の間、27 のうち 4 つの加盟国における SIAs はすべての地区において 95%以上の接種率の目標に対処した。2012 年に 16 (37%) の加盟国ではすべての地区で人口 100 万人につき 5 例未満の発生率の目標に対処し、3 つの加盟国 (7%) は 90%以上の国家的な MCV1 接種率とすべての地区における 80%以上の接種率を報告した。また、19 の加盟国は両方のサーベイランス目標に対処した。2011 年にはアフリカの WHO 地域委員会は 2020 年までに麻疹掃滅を達成する目標を定めた。この目標を達成するために、データは、集団免疫レベルを確認してその差異を少なくすること、サーベイランスの質を改善するための大きな努力が必要であることを示し、ならびに委託された麻疹掃滅活動のリーダーシップとオーナーシップ、全世界のパートナーから資金提供を補うための十分な資源の動員も必要とも示す。

* 予防接種活動：

WHO とユニセフは、1 歳の子供たちの MCV1 接種率を推定するためにアンケート調査 Joint Reporting Form (JRF) により加盟国が毎年報告したデータを用いた。2003 年以降、加盟国は 80%以上の MCV1 接種率である地区の割合を報告した。AFR の MCV1 接種率の推定は、2011 年では 74%、2012 年で 73%だった (表 1)。MCV1 接種率が 90%以上の加盟国の数は、2011 年の 14 ケ国と 2012 年の 13 カ国だった (表 1)。2011 年には、MCV1 接種率が国家的に 90%以上かつすべての地区において 80%以上の国が 44 ケ国のうち 4 カ国 (9%) で、2012 年には 3 カ国 (7%) であったと報告している。2012 年内に、12 (26%) の加盟国は、2 回目の麻疹含有ワクチン (MCV2) の投与を予防接種スケジュールに導入した。

2011 年から 2012 年の間、およそ 1 億 3,300 万人の子供たちは、35 カ国で麻疹 SIAs により、予防接種を受けた (表 2)。この SIAs のうち、23 ケ国 (66%) は 95%以上の国家管理上の接種率であり、また 27 ケ国のうち 4 ケ国 (15%) はすべての地区で 95%以上の MCV 接種率であった。ポスト SIA による調査があった 20 ケ国での SIAs の間で、19 ケ国で接種率は管理レポートにより推定されるものより低かった (表 2)。少なくとも 1 つの他の小児保健介入は、23 (66%) の SIAs で届けられた (表 2)。

(表 1) 麻疹含有ワクチンの初回接種率、麻疹症例数、麻疹発生率及び 5 歳未満の症例の割合、WHO アフリカ地域の加盟国、2011 年から 2012 年 51 (WER 参照)

(表 2) 2011 年の WHO アフリカ地域の加盟国の SIAs の特徴 (WER 参照)

* サーベイランス活動：

2012 年、WHO の世界的な麻疹と風疹の研究所ネットワークは、42 の加盟国の 44 の研究所における標準化された方法と品質保証処置をサポートした。麻疹の症例に基づいた調査は、検査室試験のための個々のケース調査と血液標本収集を含む。麻疹が疑わしい場合は、実験結果、疫学的関連または臨床基準に基づいて確認される。麻疹発生の間、鼻咽頭綿見本は、麻疹ウイルスの遺伝子型を確認するために集められる。

2011 年から 2012 年の間、43 (93%) の加盟国は麻疹の症例に基づいた調査データを報告した。また、すべての加盟国は JRF を通して毎年麻疹件数を報告した。2012 年に、19 (44%) の加盟国では、ターゲットである人口 10 万につき 2 例以上の非麻疹性の発熱発疹疾患と 80%以上の地区において血液標本の検査から麻疹と疑われる例の両方が発生した。14 ケ国 (33%) では 1 つのターゲットである例が発生し、そして、10 ケ国 (23%) ではターゲットの例は発生しなかった (図 1)。

(図 1) 2012 年の WHO アフリカ地域の加盟国における麻疹サーベイランスパフォーマンス (WER 参照)

* 麻疹の発生率とウイルス遺伝子型：

麻疹の症例のサーベイランスデータによると、麻疹と確定された件数は 2011 年の 43,800 件から 2012 年には 25,905 件に減少した。さらに、人口 100 万につき発生率は 50.4 から 29.0 に減少した (表 1)。2012 年には 16 ケ国 (37%) で人口 100 万につきターゲットである事例の発生率は 5 例未満に収まった。

JRF を通じて報告された麻疹の症例数は 2011 年で 194,364 例、2012 年では 106,052 例だった。麻疹の発生率は 2011 年で 100 万人あたり 223.6、2012 年で 118.8 となった（表 1）。2011 年から 2012 年の間、麻疹ウイルスの遺伝子型の調査は、20（43%）の加盟国から報告された。確認された主な遺伝子型は、20 すべての加盟国において B3、アンゴラ、コンゴ民主共和国（DRC）とナミビアでは B2、ウガンダでは D4 であった。

* 編集ノート：

2000 年から 2012 年の間の、相当な進歩と、354,900 から 41,400 と推定された AFR における麻疹死亡件数の 88%もの劇的な減少にも関わらず、2012 年の麻疹掃滅前目標には届かなかった。多数の麻疹集団発生が 2009 年から 2010 年の起こり、それ以来、麻疹の発生数は 2008 年の史上最低である 37,012 件より多くなったと報告されている。2011 年から 2012 年の間に、大規模な麻疹集団発生が少数の加盟国で起きた。2011 年の件数の 89%は 4 つの加盟国、チャド、コンゴ民主共和国、ナイジェリア、ザンビアで発生し、2012 年の 88%は 5 つの加盟国、アンゴラ、ブルキナ・ファソ、コンゴ民主共和国、エチオピア、ナイジェリアで発生した。これらの麻疹集団発生について行われた多様な調査活動は、素因的原因が、感受性の高い年長児と若者の増加、年齢層が高くなるにつれ変動する感染性、そして、定期的な SIAs を通してのフォローアップによる麻疹ワクチン 2 回投与の普及と準全国レベルの国家間での差異によることを示した。

JRF の報告による AFR で発生する年間の麻疹件数は、症例調査を通して報告されるものよりも一貫して多かった。WHO のガイドラインによると、麻疹症例調査のシステムに報告される確立された症例の件数は JRF を通して報告される総数と一致しなければならない。2012 年に、13 の加盟国は、JRF を通して、症例調査の監視よりかなり多くの件数を報告した。これらの違いは、Integrated Disease Surveillance and Response システム（WHO の疾患の制御と予防センターで疾患の調査と呼応が組み込まれたテクニカルガイドライン）による、分類エラー、報告エラーまたは届出疾患の総計の即時の報告によるものかもしれない。幾つかの医療施設において実行される限られた症例調査における麻疹発生期間の不完全なリストの報告と不完全な準備、全ての調査活動のデータに介入するのに不十分な人員が麻疹症例調査を通し、過少に報告する事に繋がるかもしれない。

両方の症例に基づくサーベイランスパフォーマンス指標に合っている加盟国の割合は、2009 年から 2012 年にかけて 35%から 44%に増加した。サーベイランス指標の目的を遂げていない加盟国の麻疹サーベイランスシステムは、麻疹発生の速い発見と反応に欠けるかもしれない。地区レベルのサーベイランスパフォーマンスのモニタリングは加盟国がパフォーマンスを向上させる必要がある地域に対する支援の優先を確認する事を助ける。十分な発生調査を実行することは、発生を速く確認することと、特徴づけることができ、対処活動を導くことができた。

このレポートの調査結果は、少なくとも 3 つの限界の影響を受ける。第 1 に、MCV の予想接種率はおそらく、対象とする人口の不正確な推定、届けられる投与の不正確な報告と対象の年齢層以外の子供たちに与えられる SIA 投与の包含からのエラーを含んでいる。第 2 には、すべての麻疹患者がケアされるというわけではなく、ケアを望む患者をすべて報告しているわけではないので、調査データは正確な数を過小に推定する。最後に、若干の加盟国は麻疹のために複数の通知制を維持しており、そして、症例に基づく調査から発生する確認されたケースよりも未確認のケースが JRF 集計で報告されるのかもしれない。

グローバルワクチンアクションプランと麻疹風疹ストラテジックプランは 2020 年までの 5 つの WHO 地域の麻疹掃滅のカギとなる戦略と目標を提案した。2011 年 9 月、アフリカの WHO 地域委員会は 2020 年までに麻疹掃滅を目標として掲げた。2012 年から 2020 年までの麻疹掃滅のアフリカの地域戦略的な計画は、重要なプログラムに基づいた焦点と麻疹掃滅を成し遂げるための戦略を概説している。AFR 加盟国では、MCV2 回接種の普及率向上のため、予防接種を受けるべき子供たちがほとんどいない時点でさえ多くのバイアルを開封することにより機会を減らすという更新された方針を実行することや定期予防接種サービス向上のため SIAs を駆使しながら、あらゆる地域へのワクチンの到達実行の維持をして、定期予防接種サービスを通して 5 才未満のワクチンを接種していない子供たちに予防接種を施す。高い集団免疫を維持するために、加盟国は質の高い、よくモニターされた、接種率サーベイランスを通して評価される SIAs も行わなければならない。SIA のターゲット年齢層は、サーベイランスと免疫データで評価される国家の麻疹疫学に基づかなければならない。

加盟国は麻疹淘汰のゴールを達成するために全世界のパートナーから資金提供を補うために、十分な追加された資源を起動させるように促される。MRI と他の組織からの資金提供に加えて、ワクチンと予防接種のための世界同盟 GAVI Alliance は、定期予防接種（チャド、コンゴ民主共和国、エチオピア、ナイジェリア）における麻疹ワクチンの 2 回接種の導入をサポートするため、また、広い年齢層を対象とした風疹麻疹予防接種運動を通しての風疹ワクチンの導入をサポートするために資金を提供している。

<2014 年の 1 月から 2 月にかけてのメジナ虫症の報告>

メジナ虫症根絶に向けての進捗状況をモニターするために、地区的なサーベイランス指標、事例の境界線と村の境界線リストは、国家メジナ虫症根絶プログラムによって、WHO に送られる。

下記情報は、これらのレポートからまとめられている。

（全世界のメジナ虫症の症例数、2010 年～2014 年 WER 参照）

（高田恵理、亀岡正典、森正弘）