

今週の話題：

＜最新版世界ハンセン病 2015：説明責任と患者の受け入れに対し、行動を起こすとき＞

多剤併用療法（MDT）は 1980 年代中頃のハンセン病プログラムにおいて罹患率を有意に減少させるために導入され、5,400,000 あった症例数を現在は数十万まで減少させた。実質的な減少に鑑みて、1991 年の世界保健総会において公衆衛生問題であるハンセン病を 2000 年までに根絶させることが呼び掛けられた。2000 年までにハンセン病を根絶するための世界的戦略が構築され、後日 2005 年までにはほとんどの国々において国家対策がなされた。それ以後 5 年間の世界のハンセン病に対する戦略は、明らかな変形を伴う新しい症例およびグレード 2 の障害（G2D）から測られる疾病負担の減少に特化している。

世界のハンセン病に対する戦略 2016-2020:「ハンセン病のない世界に向けて加速する」は、2016 年 4 月に発表された。この戦略は行動の開始、説明責任の確保そして患者の受け入れ促進の原理に基づいている。これは以下の三つの柱より成り立つ：すなわち 1) 政府のオーナーシップ、協調とパートナーシップの強化；2) ハンセン病と合併症をなくすこと；そして 3) 患者への差別をなくし、受け入れを促進すること、である。世界戦略としての承認において、三つのカギとなる目標が全ての国家計画に受け入れられている。すなわち (i) ハンセン病と診断された小児で G2D をゼロにすること (ii) G2D を伴う新規の症例数を人口 1,000,000 人当たり 1 人より少なくすること、そして (iii) ハンセン病を基にした差別を許す立法のある国をなくすこと、である。

早期発見と MDT による完全な治療はハンセン病コントロールの基本原則であり続けている。革新的且つ有効なハンセン病症例の検出方法によって高流行の地区をカバーする世界戦略を実施するために明らかになった要件が以下の通り存在する。第 1 に他の疾患コントロールプログラムと戦略を統合することである。特に地方レベルでのハンセン病プログラム監視の改善が必要である。また第 2 にハンセン病患者を受け入れることである。これはハンセン病患者とその家族に対する差別を取り除くための段階を踏むことである。WHO から国家ハンセン病プログラムに対して送られるデータ収集のための調査テンプレートもまたそれに従って改訂された。

WHO は国家のハンセン病プログラムより年間のハンセン病有病率（新たに検出された患者数および治療完了患者数）の情報を集めている（通常 12 月 31 日などの特定の時点において治療中の場合が患者として定義される）。2015 年の報告では、二つの地域で追加情報が探索された。ハンセン病患者や、外国で生まれた新しい症例に対する差別を認める法律または政策が存在していた。WHO の調査テンプレートもしくは異なる様式を用いて 136 の国々（アフリカ地域（AFR）28 か国；アメリカ地域（AMR）23 か国；東地中海地域（EMR）20 か国；ヨーロッパ地域（EUR）26 か国；東南アジア地域（SEAR）11 か国そして西太平洋地域（WPR）28 か国）から年間のハンセン病に関する統計が提出されたが、92 の国及び地域からは提出されなかった。2015 年の年間国家プログラムでは新しい症例データを含むハンセン病の報告（例えば、すべてを含む症例、多細菌性（MB）の症例、女性の症例、子供の症例、G2D の症例）が各国から集められた。有病率は人口 10,000 人当たりの報告年度最終日における MDT について登録された患者数を用いて計算された（時点有病数）。国の人口は国連の経済・社会情勢部の人口部門から提供される年央の推定値を用いて有病率の決定、新しい症例の検出と G2D の比率を決定した。時点有病数と有病率（PR）は同様に地域または国においても前年と比較された。ほとんどの国の報告年度はカレンダー通りの 2015 年に対応しており、その他の国は、2016 年 3 月 31 日に終了するまでの 12 か月間である。

表 1 は、それぞれの WHO 地域におけるハンセン病有病率を示している。報告年の最終には世界で計 170,859 症例は MDT を受けていて、これは PR にして人口 10,000 人あたり 0.29 に相当する。また 2014 年の人口 10,000 人あたり 0.32 より減少している。新しい症例の検出率は、対象年間の人口 100,000 人当たりの検出数としている。報告期間内の年では、210,758 例の新しい症例のハンセン病が世界で検出された。この新しい症例の検出率は、人口 100,000 人あたり 3.2 であり、わずかに前年より 3,141 件減少している。

表 1：2015 年 WHO の地域において登録された 136 の国または地域でのハンセン病罹患率と新しい症例の検出数（WER 参照）

最近 10 年間（2006-2015）の新しい症例の検出数は WHO の地域別に表 2 に示した。2006 年の 265,661 から 2015 年の 210,758 に向けて全体的に漸進的な減少傾向を示している。新しい症例は 2015 年 AFR（18,597 例（2014 年）、から 20,004 例（2015 年））および SEAR において（2014 年では 154,834 例、2015 年では 156,118 例）わずかな増加が観察された。世界での新しい症例のうち 74%は SEAR で占めているものである；これに AMR14%、AFR9%と続いている。世界の新しい症例のうち、WPR と EMR はそれぞれ 2%、1%である。新しい症例の検出は全体的な傾向として緩徐な減少がすべての WHO 地域において示された。

表 2：2006 年-2015 年の WHO の地域における新しいハンセン病症例検出の傾向（WER 参照）

AFR と SEAR での新しい症例の検出のわずかな増加が見られたことは、一部の国家プログラムによる革新的なハンセン病の認識とバンコク宣言特別基金機構下の日本基金からの助成金を受けた症例検出キャンペーンに起因する。この基金は疾患の多い国々での検出数の上昇と革新的な介入治療の促進を目的

に 2013 年 7 月タイで行われたバンコクでの国際ハンセン病サミットに従って設けられた。AMR、EMR と WPR では新しい症例の検出は減少傾向が見られた。新しい症例のハンセン病検出傾向（WHO 地域による）は図 1 に示す。

図 1：2006 年-2014 年の WHO の地域におけるハンセン病症例の新しい症例検出の傾向（WER 参照）

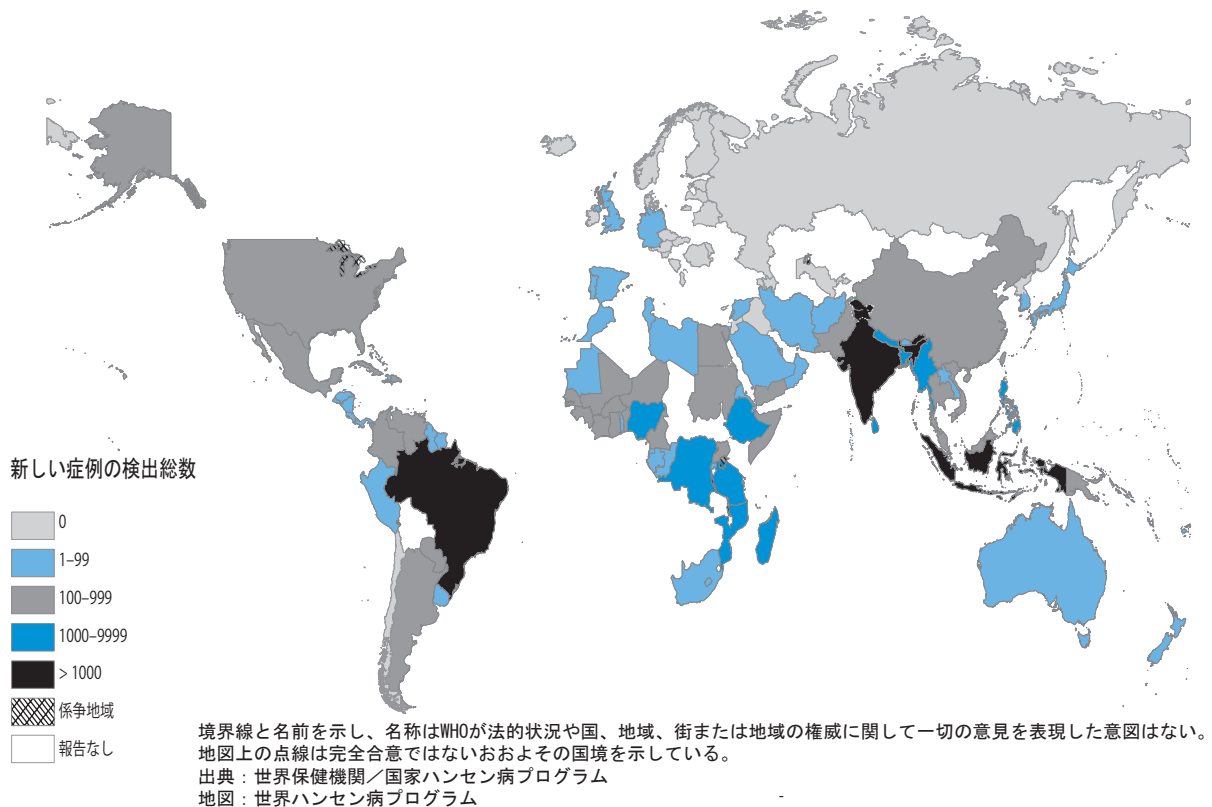
2015 年、14 の国では 1,000 を超える新しい症例報告があった。これらの国での過去 10 年を超える新しい症例の検出数は表 3 に示す。これらの 14 か国が世界のハンセン病の負担の高い国であり、新規発症数の 95%を占め、残り 5%は 92 の他の国の報告を示している。これらの国のいくつかは非常に高い検出率を示している。

表 3：過去 5 年間の新しい症例の報告数が 1000 を超える国での新しい症例検出の傾向（WER 参照）

国、または国の集団ごとの新しいハンセン病症例の分布は図 2 に示す。インドでは 127,326 件の新しい症例が報告され、世界で報告された新しいハンセン病のうち 60%を占めている。ブラジルでの新しい症例数は 26,395 件であり、世界で報告された新しいハンセン病のうちの 13%である。そして、インドネシアでは 17,202 件で世界の 8%である。10,000 件を超える新しい症例の報告のある他の国はなかった。11 の国からは 1,000~10,000 件の報告があった。ARF ではコンゴ民主共和国、エチオピア、マダガスカル、モザンビーク、ナイジェリアとタンザニア連合共和国から；SEAR ではバングラデシュ、ミャンマー、ネパールとスリランカ；そして WPR ではフィリピンからである。まとめると、これらの国々は新しい症例を 19,069 件報告しており、これは世界での新しい症例の報告数の 14%に値する。残りの 10,286 件（5%）の新しい症例は 92 の国から報告されている。30 の国では新しい症例の報告は 0 件だった。

図 2：2015 年の国別新しい症例数の地理的分布（WER 参照）

地図1 2015年の新しいハンセン病症例数の地理的分布



世界のハンセン病の地理的分布は国ごとに 2015 年での新しい症例検出を示すように分析された；それを地図 1 に示す。これらの国は、新しい症例の検出数の概数より分類されている。136 の国は 2015 年 WHO に対する報告で、0 症例数が 30；1~99 症例数が 60；100~999 症例数が 32；1,000~9,999 症例数が 11、そして、3 か国が 10,000 を超える新しい症例を検出したと報告した。92 か国からは報告がなかったがこのうちいくつかの国ではハンセン病の症例があることが知られている。新しい症例の検出率の高い大多数の国は、AFR と SEAR に位置している。

表 4 は 2015 年に 100 を超える症例があると報告した国で新しく検出された症例の特性を示している。データは WHO の地域区分によって MB 症例、子供の症例、女性の症例、G2D の症例と関連して分析された。それぞれの WHO の地域において 4 つのカテゴリで最高または最低の割合を示す国々は表 5 にふくまれている。

表 4： 2015 年 WHO の地域で 100 以上の新しい症例の報告がされた国における症例の特性（最高および最低の割合を示す国を示す）（WER 参照）

表 5： 2006 年-2015 年 WHO の地域で検出された新しい症例のうちグレード 2 の障害を伴うハンセン病症例数（人口 10,000,00 人比）（WER 参照）

MB の症例の比は進行型のハンセン病を意味し、間接的に地域社会での感染の規模を示している。この比は世界で 60.2%である。新しい発症例での MB 比変動の範囲はセネガルでの 94.8%から AFR のコモロでの 47.5%である；AMR ではアルゼンチンでの 91.0%からアメリカ合衆国での 55.1%；EMR ではエジプトでの 91.1%からパキスタンでの 74.4%；SEAR ではインドネシアでの 84.6%からバングラデシュでの 43.0%、WPR ではフィリピンでの 92.2%からキリバスでの 27.8%であった。

女性の割合は、女性のためのハンセン病サービスへのアクセスとハンセン病を持つ女性に対する差別の影響の可能性を理解するために分析された。世界の 2015 年の新しい症例のうち、38.8%は女性である。女性の比の範囲は、ARF のブルキナファソでの 49.2%からセネガルでの 25.0%の範囲；AMR はキューバ 48.8%からベネズエラボリバル共和国 32.6%；EMR はパキスタン 48.2%からスーダン 33.4%；SEAR はスリランカ 49.9%から東ティモール 22.5%、そして WPR はキリバス 54.4%からミクロネシア連邦 27.4%である。

小児でのハンセン病の検出は地域社会での感染伝播が続いていることを示している。世界での新しい小児例は 8.9%で、範囲は AFR ではニジェールの 0.8%からコモロの 38.1%；AMR ではアルゼンチンの 1.8%からドミニカ共和国の 12.3%；EMR ではスーダンの 3.3%からソマリアの 8.4%；SEAR ではミャンマーの 3.9%からスリランカの 11.2%；WPR ではベトナムの 2.8%からパプアニューギニアの 30.4%である。

新しい G2D 症例の比は、世界で 6.7%であり、ハンセン病症例の検出遅延を意味している。この比の範囲は、AFR ではマリ 3.2%からブルキナファソの 31.2%；AMR ではベネズエラボリバル共和国 2.9%からコロンビアの 16.9%；EMR ではエジプトの 7.7%からソマリアの 42.1%；SEAR ではネパールの 4.3%からミャンマーの 13.6%；WPR ではミクロネシア連邦の 1.8%から中国の 18.6%である。

新しい症例は国際ハンセン病プログラムにおけるルーチンとして診断時における障害程度として評価される。G2D の症例は絶対数、すべての症例間の割合、比（例えば人口 1,000,000 人当たりの新しい G2D 症例数）として報告された。G2D はハンセン病の初期兆候および症状に気づくレベルを示し、また地域社会内での健康づくりの対応の一方でハンセン病を早期（例えば障害の確立される前）に認識し、治療する健康システムの容量を示す。新しい G2D に関する情報はハンセン病による疾患負担のモニターに利用されている。

2015 年、14,059 の新しい G2D の症例が世界で報告された。これは、人口 1,000,000 人当たり 2.1 の比に対応する（WHO への報告があった 122 の国の人口のみで検討）。これは 2014 年と同じレベルが保持されている。新しい G2D の症例数は（2006 年の）12,392 件から（2015 年）の 14,059 まで上昇傾向を示しており、その間すべての疾患検出数は減少している。この一部は恐らく G2D の報告状況が良くなっていることに起因する；しかしながらこれは早期での疾患発見を改善することが必要ということでもある。限られた地域では、新しい G2D の数では SEAR を除くすべての WHO の地域で徐々に減少している傾向が見られ、SEAR では新しい G2D の症例数の（2005 年の 5,791 から 2015 年の 8,572 まで）上昇が見られた。2016-2020 年の世界ハンセン病戦略は新しい G2D の症例比を 2020 年までに 1,000,000 人口あたり 1 より少なくすることを目標とする。地方や国家の新しい G2D の症例比のモニタリングは、地域社会でのハンセン病に対する意識を向上させることや、保健スタッフによる疾患早期の検出能力を高めるための意思決定に役立つ。

2016-2020 年の世界ハンセン病戦略は「小児間 G2D ゼロ」も求めている。新しい G2D の症例が小児で発見されたのは 45 か国、39 の国では小児の G2D は 0 だったと報告している。9 つの国からは 271 の小児の G2D が示されている。小児発症例を報告している国々において 42 か国では G2D は 0 件と報告されている。

ハンセン病の再発は治療の失敗を指すだろう。ハンセン病プログラムの大部分では、再発は臨床的に診断されている。様々な状況において、病理組織的検討が確認のために用いられる。ハンセン病の再発例を報告し、登録するために確立された診断システムが複数の国家プログラムに存在する。2015 年、103 の国からハンセン病再発の症例の報告があり、57 例は再発がなく 46 の国で 3,039 件の再発症例があった。ハンセン病プログラムではそれぞれのハンセン病症例を処方治療の面からの妥当性や、治療の妥当性と治療失敗につながった他の健康に関する全般的な因子を研究することが推奨される。何年ものハンセン病症例の傾向もまた関連性のある情報を提供するだろう。

移民および外国居住者のハンセン病の診断と治療は国家プログラムマネージャーの最近の考察課題として挙げられる。WHO は新しい疾患の治療を異なる国で受けている患者のうち外国で出生した数のデータを集めた（彼らの国籍、居住地域や法的地位などの偏見は含まない）。計 62 の国から外国生まれの

患者に関する情報の報告があった：44 の国が症例報告はないとした一方で 18 の国で外国生まれの患者数が 743 登録されておりそれぞれの国家プログラムにおいて治療を受けている。報告のあった外国生まれの患者数が最多だったのがネパール（2,571 の新しい症例のうち 637）とマレーシア（210 の新しい症例のうち 81）であった。外国生まれのハンセン病患者の高い割合（＜100%）はいくつかの国で観察され、特に発生率の低い国々は EMR と WPR であった。18 の国からは、外国生まれの患者の詳細が報告されており表 6 に示した。さらなる情報は移民の患者のクリアな状況と国家ハンセン病プログラムへの影響を提供するだろう。

表 6：2015 年 18 の国における新しい症例と外国生まれの患者（WER 参照）

2016-2020 世界ハンセン病戦略は加えて「ハンセン病患者に対する差別を許すルールや政策の立法ゼロ」を 2020 年までに世界レベルで達成することを呼びかけている。WHO はそれぞれの国で差別を許す一般的な法と政策について国家プログラムから情報を集めた。受け取った報告では、33 の国が差別を許す法律や立法は一切存在しないと報告した；4 つの国はハンセン病に罹患している人の社会参加資格をハンセン病に罹患していない人と比べて制限するかもしれない立法が存在すると報告した；1 つの国はそのような法が存在するがもはやそれは効力を発揮しないと報告した。いくつかの国の政府と議員は影響を受けた人の差別を終わらせるための措置をとった。

2015 年の間に、EUR からの 28 か国を含む 136 の国と地域は WHO へのハンセン病に対するレポートの提出を終えている。表 7 は登録されているハンセン病症例数（有病率）の詳細、新しい症例の報告、女性の症例、小児の症例、G2D の症例と再発および完治の割合を示している。治療完了か、治療中か、MB 症例の比はその時点での治療を完了している患者の割合、そして供給された医療サービスの質および治療の制御性を示している。それらはまた結果としてハンセン病治療成績としても使われる。少菌型（PB）患者の治療完了割合は、2014 年に治療を開始した全ての PB 患者を対象に計算した。；MB 患者の治療完了割合は 2013 年に治療を開始した全ての患者を対象に計算した。治療完了割合は治療を始めたすべての患者と完治した患者の割合で決定された。したがって、コホート研究に基づいている。PB 患者の割合は 72 の国から報告されて 20 の国は治療完了の割合は 85%より少ないと報告している。MB の治療完了の割合報告は 79 の国から受けており、そのうち 35 の国では 85%より少ないと報告した。

表 7：2015 年 WHO 地域の国と地域における世界ハンセン病の状況（WER 参照）

* 編集後記：

ハンセン病の有病率は全体的に多くの国で徐々に減少している；しかしながら、新しい症例の検出率は世界的にも異なる地域でもほとんど同じレベルである。総数 210,758 件の新しい症例が 106 の国から報告された。いくつかの国での風土性ハンセン病のデータは受け取っていない。

総数 18,796 件の新しい小児での症例が（全体の新しい症例のうち 8.9%）2015 年の間に検出された。小児の新しい症例の存在は地域社会内でのハンセン病の伝染が続いていることを示している。これらの小児の症例のうち、271 例は G2D を伴っていた。国家実行計画は、すべての小児の症例に対して障害が確立される以前の率然的検出に焦点の当てられたキャンペーンを含める必要がある。他の小児健康戦略との統合は、小児症例検出キャンペーンの改善とコスト削減において有益だろう。G2D を伴う新しい小児症例の発生は状況理解と早期発見のための障壁を取り除くための監査を保証する。

2015 年、14,059 例の新しい G2D 症例が検出され、人口 1,000,000 人あたり 2.1 症例に達している。新しい以前より高い G2D 症例の比はより良い診断と報告の結果であろうがこれは検出が遅れていることも示している。これは早期症例発見に対する障壁を理解するのに必要不可欠である。いくつかの国と地域では、新しい G2D 症例の検出比は過去 3-4 年とほとんど同じレベルを保ったままである。家族間接触や地域社会に基づいたリスクに曝されている人々における活動期症例の検出は新しい G2D 症例を地域社会内で減らすことに役立つだろう。発症している人々と地域社会構成員の関与が考慮されるだろう。

MDT 適応性は懸念される問題である。治療率が最低だった記録は PB の 14.9%と MB の 6%だった。多くの国は最適以下の治療率で（85%より少ない）ハンセン病再発と細菌耐性のために MDT 適応性を向上させる必要性が浮き彫りにされた。

外国生まれの患者に関するデータは移民に関する重要課題を浮き彫りにした；18 の国が 768 の患者が外国生まれとして存在すると報告した。新しい疾患との共存はイエメンでの 0.4%からバーレーン、シリア、香港での 100%の間で変動した。すべての国からのデータはこれと関連する以上の問題点を明らかにするだろう。外国生まれの患者の影響は MDT 治療の共有とすべての治療の質の要素の拡張に対することに限定されない。

2016-2020 年世界ハンセン病戦略の目的達成への進行の面から、よい基礎が実施されたと言えるだろう；39 の国から G2D の小児例登録がないことの報告があった；50 の国で G2D の比が新しい症例のうち人口 1,000,000 人当たり 1 より少なくなっている；67 の国がハンセン病患者およびその家族に対する差別を許す立法をなくしている。

国ごとに対応優先度をつけることは焦点の当てられている目的を達成するためのアプローチにおい

て必要不可欠である。WHO は現在有病率、新しい症例の検出、症例検出率、G2D の症例比（百分率および人口 1,000,000 人当たりの比）および小児症例の百分率などに基づいた複合的インデックスを用い優先度をつけている。その結果、22 の以下の国が「ハンセン病負担が高い」とみなされている（高伝染を含む）：アンゴラ、バングラデシュ、ブラジル、コモロ、コートジボワール、コンゴ民主共和国、エジプト、エチオピア、ミクロネシア連邦、インド、インドネシア、キリバス、マダガスカル、モザンビーク、ミャンマー、ネパール、ナイジェリア、フィリピン、南スーダン、スリランカ、スーダン、タンザニア共和国。

（岸田あおい、駒井浩一郎、上杉裕子）