

平成 12 年エイズ発生動向年報－総括－

厚生労働省エイズ動向委員会

1.エイズ動向委員会は、2ヶ月ごとに委員会を開催し、都道府県等からの報告に基づき患者発生動向を把握し公表している。今般、平成 12 年 1 年間の発生動向を取りまとめたので報告する。

2.平成 12 年の発生動向については、分析結果に詳細に述べられているが、委員会として特に注目した点は以下の通りである。

(1) 1996 年以降増加を続けてきた HIV 感染者の報告数は、2000 年にはやや減少したが、報告数は過去 2 番目の高い値を記録した(図 1)。HIV 感染者の増加は、日本国籍男性の増加が中心であり(図 2)、2000 年の HIV 感染者報告例では、日本国籍男性が 73%を占めた(図 3)。感染経路では、異性間感染が 2000 年にやや減少したが、同性間感染は増加した(図 4)。2000 年の HIV 感染者報告例中、異性間の性的接触による感染は 37%、同性間の性的接触は 47%を占め、同性間が異性間を上回った(図 5)。推定される感染地域は、日本国籍者の 80%が国内感染であった(図 6)。

日本国籍男性に国内での性的接触による流行が続いており、異性間及び同性間の性的接触による感染防止に向けた積極的な対策を進めなければならない。

(2) AIDS 患者の報告数は、1998 年を除けば発生動向調査開始以来ほぼ一貫して増加を続けている(図 1)。増加の中心は、日本国籍男性であり(図 2)、2000 年の AIDS 患者報告例では、日本国籍男性が 73%を占めた(図 3)。感染経路では、同性間の性的接触が増加し(図 4)、2000 年の AIDS 報告例中、異性間性的接触による感染が 49%、同性間の性的接触による感染が 22%を占めた(図 5)。日本国籍者における推定感染地域は 73%が国内での感染例であった(図 6)。

わが国で、異性間及び同性間の性的接触による AIDS 患者は増加の傾向が続いている。早期

図 1. HIV 感染者及び AIDS 患者報告数の年次推移

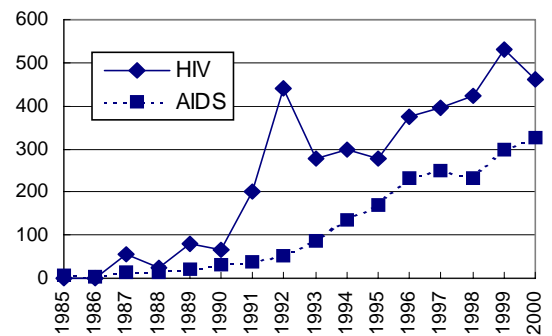


図 2. HIV 感染者及び AIDS 患者報告数の国籍別、性別年次推移

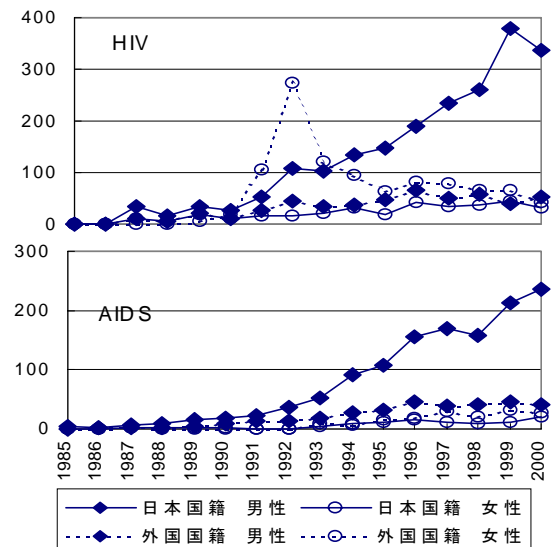
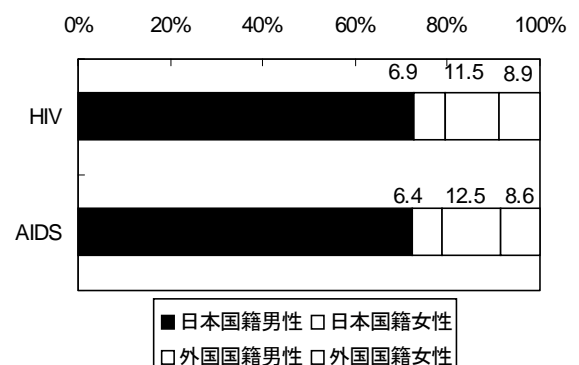


図 3. HIV 感染者及び AIDS 患者の国籍別、性別内訳 (2000 年報告例)



平成 12 年エイズ発生動向年報

(平成 12(2000)年 1 月 1 日～12 月 31 日)

平成 13 年 4 月 24 日

厚生労働省エイズ動向委員

目次

概要

1. エイズ発生動向調査(サーベイランス)報告の概要
2. 発生動向調査のためのHIV感染症/AIDS診断基準
3. 集計対象と集計方法
4. 集計結果を見る上での注意事項

発生動向の分析結果

1. 平成 12(2000)年報告例の主な内訳
2. 平成 12(2000)年 12 月 31 日までの累積報告例の内訳
3. HIV 及び AIDS の動向
4. 都道府県別の報告件数
5. AIDS 報告における指標疾患の分布
6. 病変死亡の動向
7. 報告年と診断年の比較
8. まとめ

添付資料

2000 年 12 月時点における HIV/AIDS の世界的流行状況 (国連合同エイズ計画)

図表

- | | |
|-------|---|
| 表 1 | 1999 年、2000 年に報告された HIV 感染者及び AIDS 患者の内訳 |
| 表 2 | 2000 年末における HIV 感染者及び AIDS 患者の国籍別、性別、感染経路別累計 |
| 表 3-1 | HIV 感染者及び AIDS 患者の国籍別、性別年次推移 |
| 表 3-2 | HIV 感染者及び AIDS 患者の国籍区分別年次推移 |
| 表 4 | HIV 感染者及び AIDS 患者の国籍別、感染経路別年次推移 |
| 表 5 | HIV 感染者及び AIDS 患者の国籍別、性別、感染経路別年次推移 |
| 表 6-1 | HIV 感染者の国籍別、性別、年齢階級別年次推移 |
| 表 6-2 | AIDS 患者の国籍別、性別、年齢階級別年次推移 |
| 表 7 | HIV 感染者及び AIDS 患者の国籍別、性別、感染地別年次推移 |
| 表 8 | HIV 感染者及び AIDS 患者の国籍別、性別、報告地別年次推移 |
| 表 9-1 | 異性間性的接触で感染した日本国籍男性 HIV 感染者及び AIDS 患者の年齢階級別、感染地別、報告地別の年次推移 |
| 表 9-2 | 同性間性的接触で感染した日本国籍男性 HIV 感染者及び AIDS 患者の年齢階級別、感染地別、報告地別の年次推移 |
| 表 9-3 | 異性間性的接触で感染した日本国籍女性 HIV 感染者及び AIDS 患者の年齢階級別、感染地別、報告地別の年次推移 |
| 表 9-4 | 異性間性的接触で感染した外国国籍男性 HIV 感染者及び AIDS 患者の年齢階級別、感染地別、報告地別の年次推移 |

- 表 9-5 同性間性的接触で感染した外国国籍男性 HIV 感染者及び AIDS 患者の年齢階級別、感染地別、報告地別の年次推移
- 表 9-6 異性間性的接触で感染した外国国籍女性 HIV 感染者及び AIDS 患者の年齢階級別、感染地別、報告地別の年次推移
- 表 10-1 HIV 感染者の報告地別年次推移及び人口 10 万対報告数
- 表 10-2 日本国籍 HIV 感染者の報告地別年次推移及び人口 10 万対報告数
- 表 10-3 外国国籍 HIV 感染者の報告地別年次推移及び人口 10 万対報告数
- 表 10-4 AIDS 患者の報告地別年次推移及び人口 10 万対報告件数
- 表 10-5 日本国籍 AIDS 患者の報告地別年次推移及び人口 10 万対報告数
- 表 10-6 外国国籍 AIDS 患者の報告地別年次推移及び人口 10 万対報告数
- 表 11 AIDS 報告症例における指標疾患の分布
- 表 12 病変死亡者の国籍別、性別、感染経路別年次推移(平成 11 年 3 月 31 日までの報告分)
- 表 13 HIV 感染者及び AIDS 患者の報告年・診断年対応表

- 図 1 2000 年に報告された HIV 感染者及び AIDS 患者の感染経路別内訳
- 図 2 2000 年報告例の国籍・性別内訳
- 図 3 2000 年に報告された日本国籍例の感染地別内訳
- 図 4 HIV 感染者及び AIDS 患者の感染経路別構成(2000 年末累計)
- 図 5 HIV 感染者及び AIDS 患者の年次推移
- 図 6 HIV 感染者及び AIDS 患者の国籍別、性別年次推移
- 図 7 HIV 感染者及び AIDS 患者の国籍別、感染経路別年次推移
- 図 8 HIV 感染者の国籍別、感染地別年次推移
- 図 9 HIV 感染者の国籍別、性別、感染経路別年次推移
- 図 10 HIV 感染者及び AIDS 患者の感染経路別、国籍別、性別の報告地の分布
- 図 11 HIV 感染者及び AIDS 患者報告数のブロック別年次推移

概要

1. エイズ発生動向調査(サーベイランス)報告の概要

エイズ発生動向調査(サーベイランス)は、昭和 59(1984)年から開始され、平成元(1989)年からは「後天性免疫不全症候群の予防に関する法律」(エイズ予防法)に基づいて平成 11(1999)年3月31日まで実施されてきた。平成 11(1999)年4月1日からは「感染症の予防および感染症の患者に対する医療に関する法律(平成 10年法律第 114号)」(感染症法)の施行に伴いエイズ予防法は伝染病予防法、性病予防法とともに統合廃止され、後天性免疫不全症候群は感染症法の第四類感染症として位置づけられた。その結果、エイズ発生動向調査は感染症法に基づく感染症発生動向調査の一部として整備され現在に至っている。

1) エイズ予防法に基づく報告の流れ

①エイズ予防法に基づく報告の流れは、HIV 感染者あるいは AIDS 患者を診断した医師が感染者・患者の居住する都道府県知事に「エイズ病原体感染者報告票」(以下、初回報告票と呼ぶ)を7日以内に提出し、その報告票が都道府県・政令市から厚生労働省健康局疾病対策課(当時、厚生省保健医療局エイズ疾病対策課)に集められた。初回報告票の内容は、性、国籍、年齢、HIV 感染者・AIDS 患者の別、感染者と診断した年月日、感染者と診断した方法、AIDS と診断した場合は診断年月日および特徴的の症状、感染したと推定される原因および地域(日本国内・海外)、居住地(都道府県・政令市)、医療機関名と住所、診断医師名、報告年月日である。

②また、厚生省保健医療局疾病対策課結核・感染症対策室長通知(平成7年4月1日)により、初回報告票がすでに提出された HIV 感染者あるいは AIDS 患者に病状の変化(HIV 感染者が AIDS 発病または死亡、AIDS 患者が死亡)があった場合、「エイズ病原体感染者報告票(病状に変化を生じた事項に関する報告)」(以下、病変報告票と呼ぶ)が同様の流れで集められた。病変報告票の内容は、病状の変化の状況(HIV 無症候性キャリア等→エイズ、生存→死亡の別)とその年月日、前回報告時の臨床診断、感染者と診断した年月日、性、年齢、国籍、居住地(都道府県・政令市)、医療機関名と住所、診断医師名、報告年月日である。

なお、いずれの報告票でも、氏名、生年月日などの個人を特定できる情報は含まれていない。また、いずれの報告票もエイズ動向委員会による審査を通して確定されてきたが、凝固因子製剤による感染はこの報告の対象外としてきた。

2) 感染症法に基づく報告の流れ

感染症法に基づく報告において生じた主な変更点は以下のとおりである。

- ①HIV 感染者あるいは AIDS 患者を診断した医師は「後天性免疫不全症候群発生届(HIV 感染症を含む)」(以下、「初回報告票」という。)を7日以内に最寄りの保健所長に提出する。
- ②保健所はオンラインを通して、都道府県等(都道府県、保健所を設置する市および特別区)および中央感染症情報センター(国立感染症研究所感染症情報センター内)に報告する。
- ③報告内容は、性、年齢、HIV 感染者・AIDS 患者の別、診断方法、診断時の症状、発病年月日、初診年月日、診断年月日、感染したと推定される年月日、死亡年月日(死亡を検索した場合)、AIDS 診断指標疾患、最近数年間の主な居住地(日本国内・海外)、推定感染地域(日本国内・海外)、国籍、感染経路である。
- ④感染症法では、医師が診断したにもかかわらず届出をしなかった場合に対して罰則規定(罰金 30 万円以下)が設けられている。

- ⑤法に基づく報告は初回報告票のみであるが、厚生省保健医療局エイズ疾病対策課長通知(平成11年3月19日)による「エイズ病原体感染者報告票(症状に変化を生じた事項に関する報告)」(以下、「病変報告票」という。)は、医師が任意に保健所に報告し、都道府県等にてとりまとめられ厚生労働省健康医療局エイズ疾病対策課に集められる。報告内容は、病状の変化、前回報告時の臨床診断、国籍、性、年齢、感染者と診断した年月日、報告年月日などである。
- ⑥報告は診断した医師が最寄りの保健所に報告する。そのため、必ずしも感染者・患者の居住地の保健所からの報告とは言えないことに留意する必要がある。

3) 現行の報告システムの問題点について

エイズ動向調査は、HIV感染者やAIDS患者の発生の的確な把握を行うためのシステムであるが、その観点から見て、感染症法施行以降のシステム(以下、新システム)には、エイズ予防法下のシステム(以下、旧システム)と共通した、あるいは新たに見られる問題点がある。エイズ動向調査による実態把握をより正確なものとするためにも、できるだけ早く改善する必要がある。

(1) 重複報告の問題

新システムの報告票は、旧システムの場合と同様、同一者が異なる医療機関から報告されても、それを原則的に区別することができないため、重複報告が含まれる可能性がある。流行の推移に伴って、今後重複報告の割合がどのように変動するかは予測し得ないため、今後の実態把握における不確定要因となり得る。また、HIV感染者、AIDS患者に見られる高率の感染経路不明例は、両システムに共通する問題点であり、感染経路の正確な把握を妨げるため、流行状況の的確な把握に支障をきたす可能性もある。

(2) 病変報告の問題

第一に、病変報告票には、感染経路、感染場所等や、初回報告に関する項目が含まれていないため、病変報告によるAIDS患者(以下、病変AIDS)を、感染経路、感染場所等によって分類することができない。このため、病変AIDSは、たとえ捕捉されても、感染経路や感染場所等が不明な例として扱われることとなる。

第二に、病変報告票は、初回報告を行った後に、その臨床経過に応じて、改めて報告するものであるという性格上、報告漏れの危険を伴うが、病変AIDSや死亡数の動向は、最近の治療の進歩を反映し得るものであるため、病変報告票による報告件数が低下すればエイズ動向調査から患者発生の動向に関する情報の一部が脱落する恐れがある。

第三に、病変AIDSは、AIDS患者の中で、以前HIV感染者として捕捉されていた者であり、病変AIDS数が正確に把握できれば、病変AIDS以外のAIDS数との対比によって、全HIV感染者数(注:潜在感染者を含む)の推計が可能となるため、推計および将来予測上のもっとも基本的な情報として利用されてきた。従って、病変AIDS数の捕捉が低下したり、感染経路別の分類が不可能であると、全HIV感染者数の推計や予測の支障となる。

(3) 今後検討を要する問題

人権への配慮等、感染症法の趣旨を尊重しつつ、エイズ動向調査をさらに充実させるためには、以下の点を検討する必要があると考えられる。

①**報告の意義とシステムに関する医師への普及啓発**: 報告の源は医師であるため、正確な情報記載の意義や病変報告の意義を医師に徹底し、記載漏れや報告漏れの防止を図る必要がある。

②**保健所の役割強化**: 新システム下では、保健所を経由して情報収集が行われる。従って、報告を受けた保健所が、記載漏れをチェックするとともに、報告医師に対して病変報告の存在等についての周

知を行うようにすれば、動向調査の質の向上を図ることができる。

③個人を同定し得ない照合情報の導入：重複報告の問題を解決するために、生年月日、あるいは欧米諸国で実施されているような個人の特定につながらないコードを報告項目に導入すれば、報告間の照らし合わせが可能となり、また、病変 AIDS から再び有用な情報が得られることとなる。

④外国人患者、感染者のために通訳サービスの導入・普及：患者、感染者が外国人の場合、意思疎通が困難なために不明となる場合がある。外国人報告例で特に不明が多いのは、これが原因であると考えられる。通訳サービスが普及すれば、医療の向上に資するのみならず、動向調査の質の向上に資するところも大きい。

⑤その他：居住地情報を得るために、初回報告票に都道府県等の居住地の項目を追加する必要がある。病変報告票と初回報告票との照らし合わせを可能とするために、オンラインファイルに、報告医師名や医療機関名の追加、あるいは、病変報告票に初回報告票と同等の情報の追加等について早急に検討しなければならない。

2. 発生動向調査(サーベイランス)のための HIV 感染症/AIDS 診断基準

(厚生労働省エイズ動向委員会、(当時、厚生省エイズ動向委員会), 1999)

わが国のエイズ動向委員会においては、下記の基準によって HIV 感染症/AIDS と診断され、報告された結果に基づき分析を行うこととする。この診断基準は、サーベイランスのための基準であり、治療の開始等の指標となるものではない。近年の治療の進歩により、一度指標疾患 (Indicator Diseases) が認められた後、治療によって軽快する場合もあるが、発生動向調査上は、報告し直す必要はない。しかしながら、病状に変化が生じた場合(無症候性キャリア→AIDS、AIDS→死亡等)には、必ず届け出ることが、サーベイランス上重要である。

なお、報告票上の記載は、

- 1)無症候性キャリアとは、Iの基準を満たし、症状のないもの
- 2)AIDS とは、IIの基準を満たすもの
- 3)その他とは、Iの基準を満たすが、IIの基準を満たさない何らかの症状があるものを指すことになる。

I. HIV 感染症の診断

1. HIV の抗体スクリーニング検査法(酵素抗体法(ELISA)、粒子凝集法(PA)、免疫クロマトグラフィー法(IC)等)の結果が陽性であって、以下のいずれかが陽性的場合に HIV 感染症と診断する。

- 1)抗体確認検査(Western Blot 法、蛍光抗体法(IFA)等)
- 2)HIV 抗原検査、ウイルス分離及び核酸診断法(PCR 等)等の病原体に関する検査(以下、「HIV 病原検査」という。)

2. ただし、周産期に母親が HIV に感染していたと考えられる生後 18 か月未満の児の場合は少なくとも HIV の抗体スクリーニング検査成績が陽性であり、以下のいずれかを満たす場合に HIV 感染症と診断する。

- 1)HIV 病原検査が陽性
- 2)血清免疫グロブリンの高値に加え、リンパ球数の減少、CD4陽性Tリンパ球数の減少、CD4陽性Tリンパ球数/CD8陽性Tリンパ球数比の減少という免疫学的検査所見のいずれかを有する。

II. AIDS の診断

I の基準を満たし、IIIの指標疾患(Indicator Diseases)の1つ以上が明らかに認められる場合に AIDS と診断する。

III. 指標疾患(Indicator Diseases)

A. 真菌症

- 1.カンジダ症(食道、気管、気管支、肺)
- 2.クリプトコッカス症(肺以外)
- 3.コクシジオイデス症
 - ①全身に播種したもの、②肺、頸部、肺門リンパ節以外の部位に起こったもの
4. ヒストプラズマ症
 - ①全身に播種したもの、②肺、頸部、肺門リンパ節以外の部位に起こったもの
5. カリニ肺炎 (注)原虫という説もある

B. 原虫症

6. トキソプラズマ脳症(生後1か月以後)
7. クリプトスポリジウム症(1か月以上続く下痢を伴ったもの)
8. イソスポラ症(1か月以上続く下痢を伴ったもの)

C. 細菌感染症

9. 化膿性細菌感染症 (13 歳未満で、ヘモフィルス、連鎖球菌等の化膿性細菌により以下のいずれかが2年以内に、二つ以上多発あるいは繰り返して起こったもの)
 - ①敗血症、②肺炎、③髄膜炎、④骨関節炎、⑤中耳・皮膚粘膜以外の部位や深在臓器の膿瘍
10. サルモネラ菌血症(再発を繰り返すもので、チフス菌によるものを除く)

※11. 活動性結核(肺結核または肺外結核)

12. 非定型抗酸菌症
 - ①全身に播種したもの、②肺、皮膚、頸部、肺門リンパ節以外の部位に起こったもの

D. ウイルス感染症

13. サイトメガロウイルス感染症(生後1か月以後で、肝、脾、リンパ節以外)
14. 単純ヘルペスウイルス感染症
 - ①1か月以上持続する粘膜、皮膚の潰瘍を呈するもの、②生後1か月以後で気管支炎、肺炎、食道炎を併発するもの
15. 進行性多巣性白質脳症

E. 腫瘍

16. カポジ肉腫
17. 原発性脳リンパ腫
18. 非ホジキンリンパ腫
 - LSG分類により ①大細胞型、免疫芽球型、②Burkitt 型

※19. 浸潤性子宮頸癌

F. その他

20. 反復性肺炎
21. リンパ性間質性肺炎／肺リンパ過形成:LIP／PLH complex(13歳未満)
22. HIV 脳症(痴呆又は亜急性脳炎)

23. HIV 消耗性症候群(全身衰弱又はスリム病)

※:C11 の活動性結核のうち肺結核、及びE19 の浸潤性子宮頸癌については、HIV による免疫不全を示唆する症状または所見が見られる場合に限る。

3. 集計対象と集計方法

エイズ予防法に基づいて平成 11(1999)年 3 月 31 日までにエイズ動向委員会によって確定された HIV 感染者、AIDS 患者、および感染症法に基づいて平成 11(1999)年 4 月 1 日から平成 12(2000)年第 52 週(12 月 31 日)までに報告された HIV 感染者、AIDS 患者を集計対象とした。エイズ予防法に基づく報告例に関しては、HIV 感染者に関する情報は初回報告票から、AIDS 患者と病変報告による死亡者(以下、病変死亡者)に関する情報は初回報告票と病変報告票から得たが、平成 11(1999)年 4 月 1 日以降については病変報告によるエイズ患者は集計に含まれていない。これは現在の病変報告票に感染経路、感染地等の情報が含まれておらず、新規報告のエイズ患者と同様の詳細な集計分析ができないためである。なお、前述の通り、この集計には、凝固因子製剤による感染例は含まれていない。

HIV 感染者、AIDS 患者を、日本国籍と外国国籍ごとに、年次、感染経路、性、年齢、感染地、報告地の別およびそれらの組み合わせの別に集計した。また、AIDS 患者については指標疾患の分布を集計した。年次は診断時点、報告時点ではなく、エイズ動向委員会での確定時点としたが、詳細は項目4に記す。感染経路は異性間の性的接触、同性間の性的接触、静注薬物濫用、母子感染、その他、不明の6区分とした。同性間の性的接触には両性間の性的接触を含めた。また、女性には同性間の性的接触による感染は報告されていないので、男性のみを集計した。その他の感染経路には輸血などに伴う感染や可能性のある感染経路が複数ある症例(同性間の性的接触と静注薬物濫用のいずれかなど)を含めた。国籍は日本・外国の別と世界地域区分(UNAIDS; Report on the global HIV/AIDS epidemic-JUNE 1998 の分類に準拠)を用いた。

4. 集計結果を見る上での注意事項

1) 報告漏れと重複について

HIV 感染者の多くは、感染後のかなり長い期間、特定の症状がなく、検査を受けてはじめて感染が判明する。診断された HIV 感染者の報告漏れは比較的少ないと思われるが、検査を受けていない HIV 感染者がいるために、国内に存在するすべての HIV 感染者の中で報告されている者の割合は必ずしも高くはないと考えられる。一方、AIDS 患者は特定の症状を有することが多く、医療機関を受診する。診断された AIDS 患者の医療機関からの報告率がきわめて高いことを考慮すると、AIDS 患者の中で報告されている者の割合はかなり高いと考えられる。

エイズ発生動向調査では、同一人について複数の初回報告票あるいは病変報告票を提出しないこととしているが、前述の通り、報告票には個人を特定できる情報が含まれていないために、報告に若干の重複がある可能性を否定できない。そのため、本集計では HIV 感染者と AIDS 患者を別々にして数えており、それらを合計してもそれが全 HIV 感染者をあらわしているわけではない。

2) 報告の遅れについて

エイズ予防法に基づく報告分の集計では、年次は診断時点ではなくエイズ動向委員会の確定時点としてきた。多くの症例で報告は診断後速やかに行われ、直ちにエイズ動向委員会が審査・確定してきた。ただ、様々な事情から報告が遅れる症例もあった。平成 2(1990)～平成 11(1999)年にエイズ動向委員会により確定された HIV 感染者の中で、確定されたのが診断の翌年であった症例は 3.2%、2 年以

上遅れた症例は 0.2%であった。同様に、平成 2(1990)～平成 11(1999)年に確定された AIDS 患者では、確定されたのが診断の翌年であった症例は 4.8%、2 年以上遅れた症例は 1.9%であった(表 13)。

3)本集計データの確定日について

感染症法に基づく報告分については、当該年の最終週の 12 月 31 日までの報告とした。なお、保健所からのオンラインによる報告に、その後追加・削除・修正される場合もあり、報告数は集計データを取り出す時期に左右される可能性がある。本集計は、平成 13(2001)年 3 月 14 日に集計データを確定したものである。このため、エイズ動向委員会が先に公表した平成 12(2000)年エイズ発生報告数(平成 12 年 12 月 31 日集計)速報値とは若干異なっている。

4)病変報告票について

エイズ予防法下での初回報告票と病変報告票は感染症法後にも継続されることとなった。しかし前述したように、新法下では初回報告票と病変報告票の照らし合わせ(リンケージ)がなされないために病変報告例の感染経路等の情報を得ることができない。このため、平成11年 4 月 1 日以降の患者・感染者病変報告(無症候性キャリア→AIDS 23 件、生存→死亡 83 件)は除外して集計した。

5)その他

病変報告票の年齢欄には診断時点あるいは報告時点などについて明示されていないが、確定が診断や報告よりも極端に遅れるケースはきわめて稀であるので、年齢を診断時点あるいは報告時点のいずれのものともみても、全体像を把握する上で大きな問題はない。

エイズ予防法では、患者あるいは感染者の居住地の県知事に報告されることになっていたが、感染症法では、報告した医療機関を管轄する保健所に報告されることとなった。従って、「報告地」の意味が感染症法の前後で異なっている。

本集計では、日本国籍と外国国籍を別にしているが、これは、両者の感染経路の状況や年次推移の傾向などが大きく異なるためである。

発生動向の分析結果

1.平成 12(2000)年報告例の主な内訳

2000 年には、HIV 感染者(以下 HIV と省略)462 件、AIDS 患者(以下 AIDS と省略)327 件が報告された。感染経路別では、性的接触による感染(HIV の 83.8%、AIDS の 71.3%)が(図 1)、国籍・性別では、日本国籍男性(HIV の 72.7%、AIDS の 72.5%)が多数を占めた(図 2)。また、感染地別では、日本国籍例の大半が国内感染(HIV 80.4%、AIDS 72.5%)で(図 3)、報告地別では、東京都とその他の関東・甲信越ブロックからの報告が大半を占め(HIV 71.9%、AIDS 72.8%)、近畿ブロックがそれに次いだ(HIV 11.5%、AIDS 9.8%)。

HIV の年間報告数は前年を 68 件下まわり、AIDS は逆に 27 件の増加となった。HIV の減少は、主に日本国籍例の減少によるもので、感染経路別では異性間の性的接触と不明が減少したが、同性間の性的接触は逆に増加した。性別では男女共に減少したが、外国籍男性は増加した。感染地別では国内感染と不明、報告地別では、関東・甲信越と東京ブロックで減少したが、関東・甲信越における減少が特に大きかった(-56 人)。東海ブロックでは増加した。外国国籍の HIV は昨年に続き減少したが、それは女性例の減少によるもので、男性例は逆に増加した。

AIDS は、日本国籍で増加し、外国国籍で減少した。日本国籍の増加は異性間と同性間の性的接触によるもので、外国国籍の減少は異性間の性的接触によるものであった。性別では、日本国籍は男女とも増加し、外国国籍は男女とも減少、感染地別では、国内、不明が増え、海外が減少、報告地別では関東・甲信越に最も大きい報告数の増加が見られたが、中・四国、九州の増加(合計 +7)も注目される。(以上表 1)。

図 1. 2000 年に報告された HIV 感染者及び AIDS 患者の感染経路別内訳

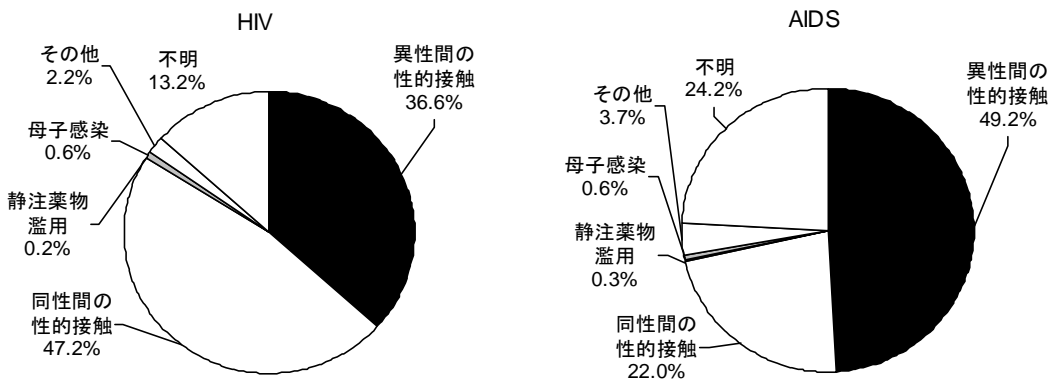


図 2. 2000 年報告例の国籍・性別内訳

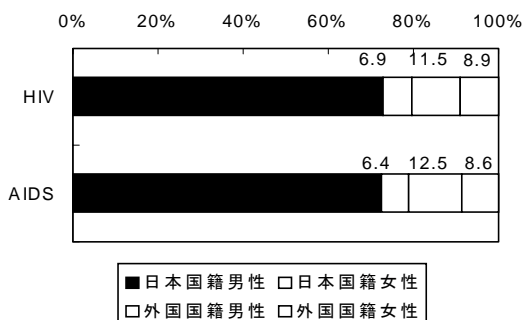
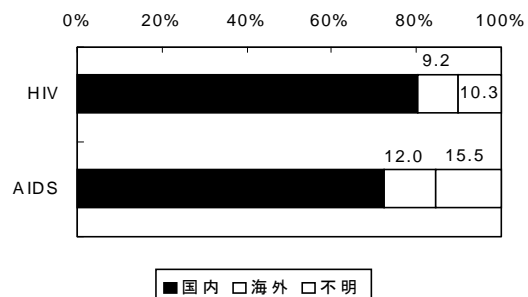


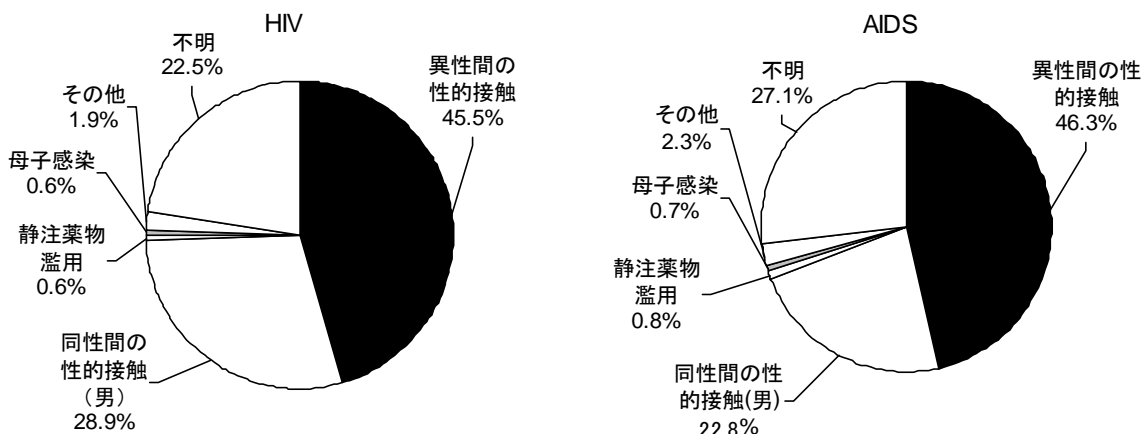
図 3. 2000 年報告日本国籍例の推定感染地別内訳



2.平成 12(2000)年 12 月 31 日までの累積報告例の内訳

凝固因子製剤による感染例を除いた、2000 年 12 月 31 日までの累積報告件数（報告データの確定日は 2001 年 3 月 14 日）は、HIV 3905 件、AIDS 1913 件である。感染経路別構成は、HIV では、異性間の性的接触 45.5%、同性間の性的接触 28.9%、静注薬物濫用 0.6%、母子感染 0.6%、その他 1.9%、不明 22.5%であり、AIDS でもほぼ同様であった（以上表 2、図 4）。国籍・性別構成は、HIV では日本国籍男性 52.6%、日本国籍女性 8.6%、外国国籍男性 12.8%、外国国籍女性 26.0%であり、AIDS では、それぞれ 68.0%、5.5%、17.9%、8.6%であった（以上表 2）。

図 4. HIV 感染者及び AIDS 患者の感染経路別構成(2000 年末までの累計)



3.HIV 及び AIDS の動向（凝固因子製剤による感染例を除く）

HIV の年間報告件数は 1992 年のピーク後減少したが、1996 年以降一貫して増加傾向が続いた。2000 年にはやや減少したが、1 年間の報告数としては過去 2 番目であった。AIDS の年間報告件数は 1997 年までは増加を続け、1998 年を除けばほぼ一貫して増加を続けている（以上表 3-1、図 5）。近年の HIV の増加は、主に日本国籍男性例の増加によるもので、日本国籍女性は過去 5 年間ほぼ横這いの状況にある。外国国籍者の報告数は過去 6 年間、横這いしないし減少傾向

図 5 .HIV 感染者及び AIDS 患者の年次推移

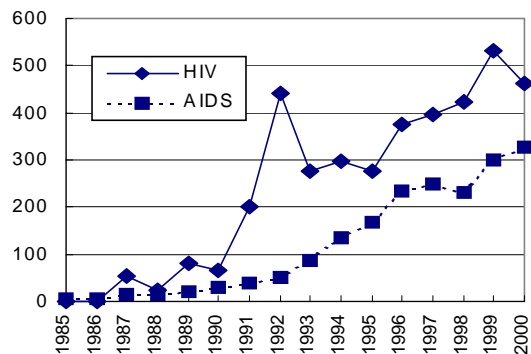
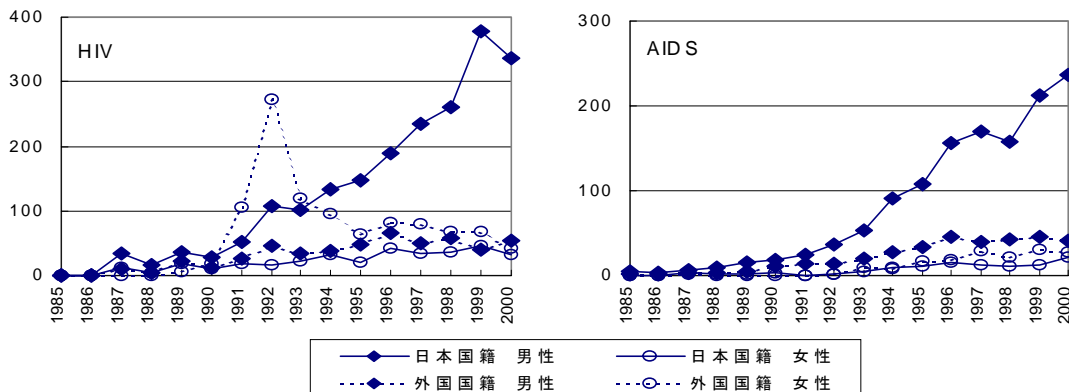


図 6 .HIV 感染者及び AIDS 患者の国籍別、性別年次推移



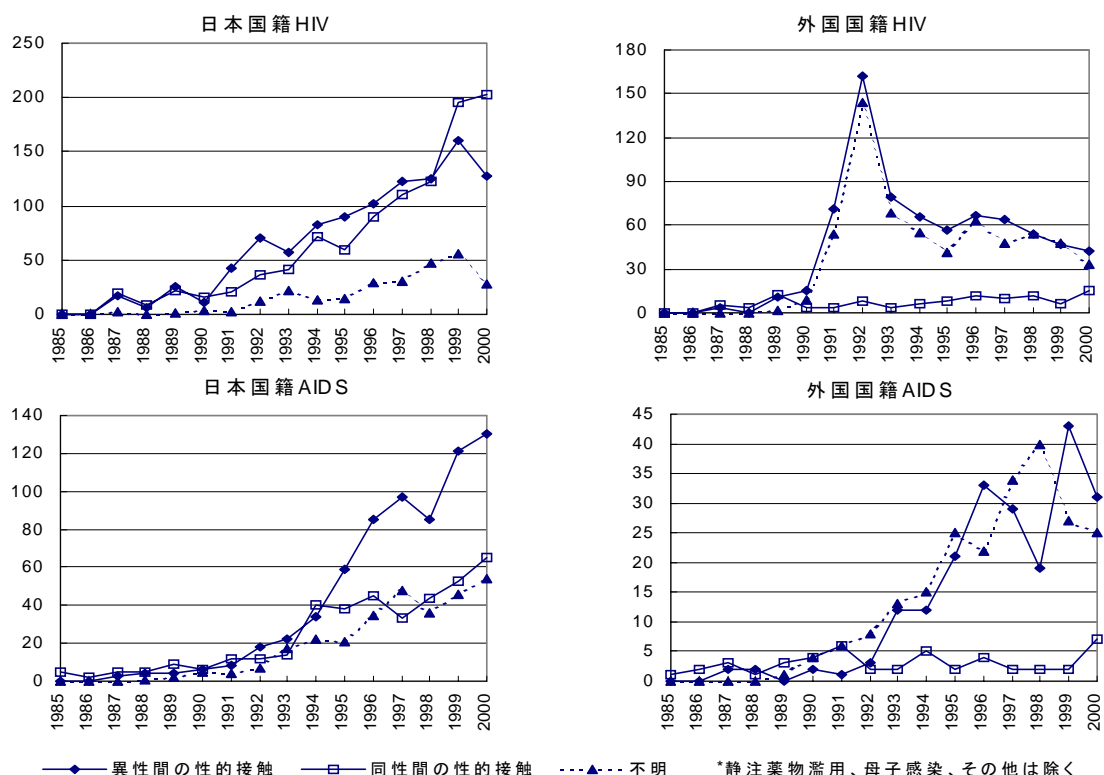
向にある。AIDS は、日本国籍男性において増加が著しいが、他の国籍・性別区分ではいずれも微増もしくは横這いである（以上表 3-1、図 6）。

国籍を世界地域区別に分類して動向を検討したが、HIV、AIDS ともに、日本国籍例以外では、東南アジアがもっとも多く、ラテンアメリカ、サハラ以南アフリカがそれに次ぎ、サハラ以南アフリカと東南アジアは過去5年間減少を続けている。この結果ラテンアメリカの相対的比重が高まった。日本国籍以外の報告例の割合は、過去5年間、HIV では急速に減少傾向、AIDS では漸減傾向にあり、平成12(2000)年には HIV で 16.5%、AIDS で 19.0%であった。（以上表 3-2）。

感染経路別にみると、日本国籍例の HIV では、異性間の性的接触と感染経路不明例が 1999 年まで増加を続け 2000 年に減少したが、同性間の性的接触は引き続き増加した。外国国籍の HIV ではいずれの感染経路区分も漸減ないし横這いである。AIDS では、日本国籍例は異性間の性的接触による報告が増加し、同性間の性的接触も過去4年間増加傾向が認められる。感染経路不明も過去3年間増加傾向を示している。外国国籍例では、異性間の性的接触による報告が過去5年間増減を繰り返している。感染経路不明例は減少傾向にある。（以上表 4、図 7）。感染経路不明例の割合は、HIV では、例年外国国籍例の 40%前後を占め、日本国籍例では例年 15%前後で推移してきたが、2000 年に低下した。AIDS では、感染経路不明例の割合は近年比較的安定しているが、その割合は累計で外国国籍例 43.5%、日本国籍例 21.2%であった（以上表 4）。

年齢分布は、HIV では国籍にかかわらず、男性では 25-34 歳、女性では 20-29 歳にピークが見られるが（以上表 6-1）、AIDS では、日本国籍男性で 40-54 歳と特に高い以外は、一般に 25-34 歳にピークがある（以上表 6-2）。また、感染地別では、HIV において、日本国籍男性の国内感染例と感染地不明例が 1999 年まで増加を続け 2000 年にやや減少したが、海外感染は横ばいである。外国国籍男女では国内感染も海外感染も減少ないし横這い状態にある。（以上表 7、図 8）。AIDS では、日本国籍男女の国内感染例が大きく増加し、それ以外の区分では、横這いないし微増傾向

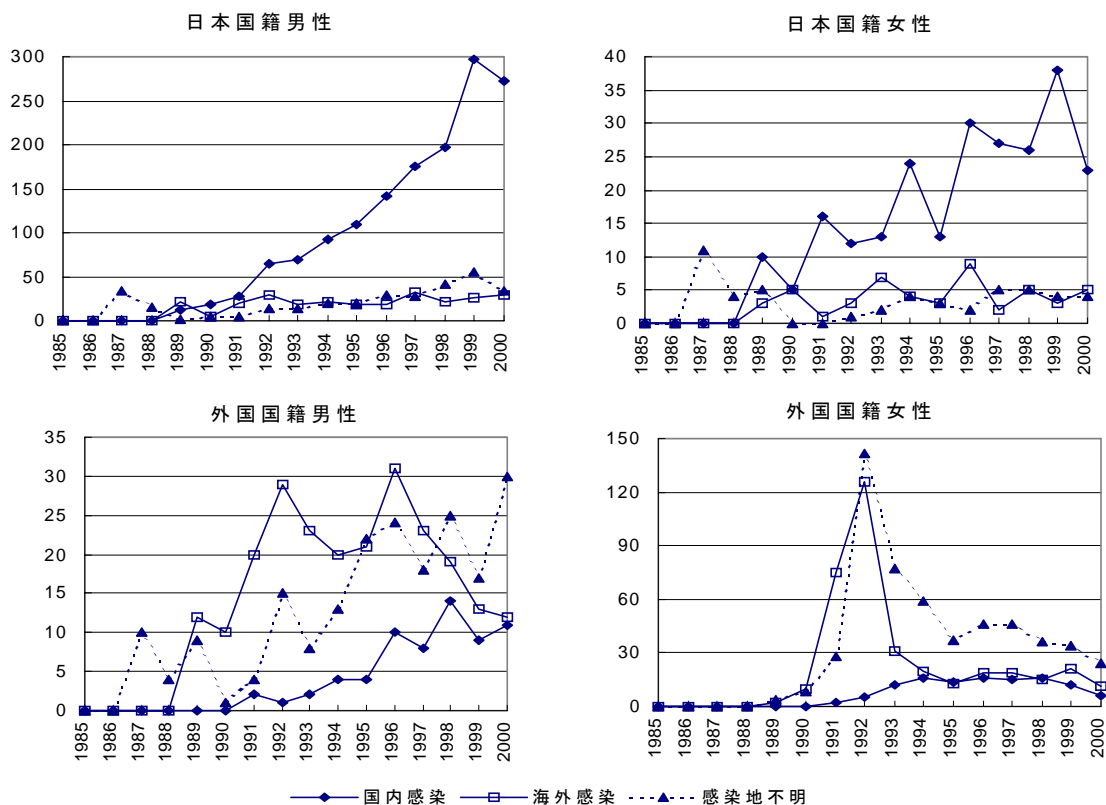
図 7.HIV 感染者及び AIDS 患者の国籍別、感染経路別年次推移



にある(以上表7)。

報告地別では、日本国籍男性の HIV が、関東・甲信越で 1999 年まで増加したが、2000 年に減

図 8. HIV 感染者の国籍別、性別、感染地別年次推移



少しした。AIDS はこれらのブロックでは逆に増加した。他のブロックでは微増もしくは横這いであった。日本国籍女性、外国国籍者では大きな変動は見られなかった(以上表8)。

1) 国籍・性別の HIV の動向

日本国籍男性: 報告累計(2053 件)の内、同性間の性的接触が 49.5%、次いで異性間の性的接触が 36.9%で大半(86.4%)を占めている。平成 12(2000)年には、異性間の性的接触と感染経路不明例が減少し、同性間の性的接触が増加した(以上表5、図9)。異性間の性的接触は、年齢のピークが 30-34 歳、国内感染が大半(64.3%)を占める(以上表9-1)。国内感染例の割合は過去 5 年間 70%でほぼ横這いである。報告地別では、関東・甲信越ブロック(東京都を除く)が 42.0%、東京都が 33.6%で、年間報告数は、東京都、関東・甲信越(東京都を除く)で減少したが、他ブロックでは微増ないし横這いである(以上表9-1)。一方、同性間の性的接触では、25-29 歳に年齢のピークがあるが、40 歳代で減少し、20-24 歳、30-34 歳、50-54 歳で増加した。国内感染の割合が高く、過去 5 年間 90%前後を占めている。東京都が 56.8%、関東・甲信越ブロックが 19.7%を占め、異性間に比べ東京都からの報告割合が大きい(以上表9-2、図10)。東京都では平成 11(1999)年に急増し、平成 12(2000)年も引き続き増加した。関東・甲信越ブロック(東京都を除く)および九州ブロックでは減少したが、近畿ブロックでは増加が続いている。(以上表9-2)。感染経路不明例は平成 11(1999)年まで増加し、平成 12(2000)年に減少したが、累計で 11.3%を占める。(以上表5)。

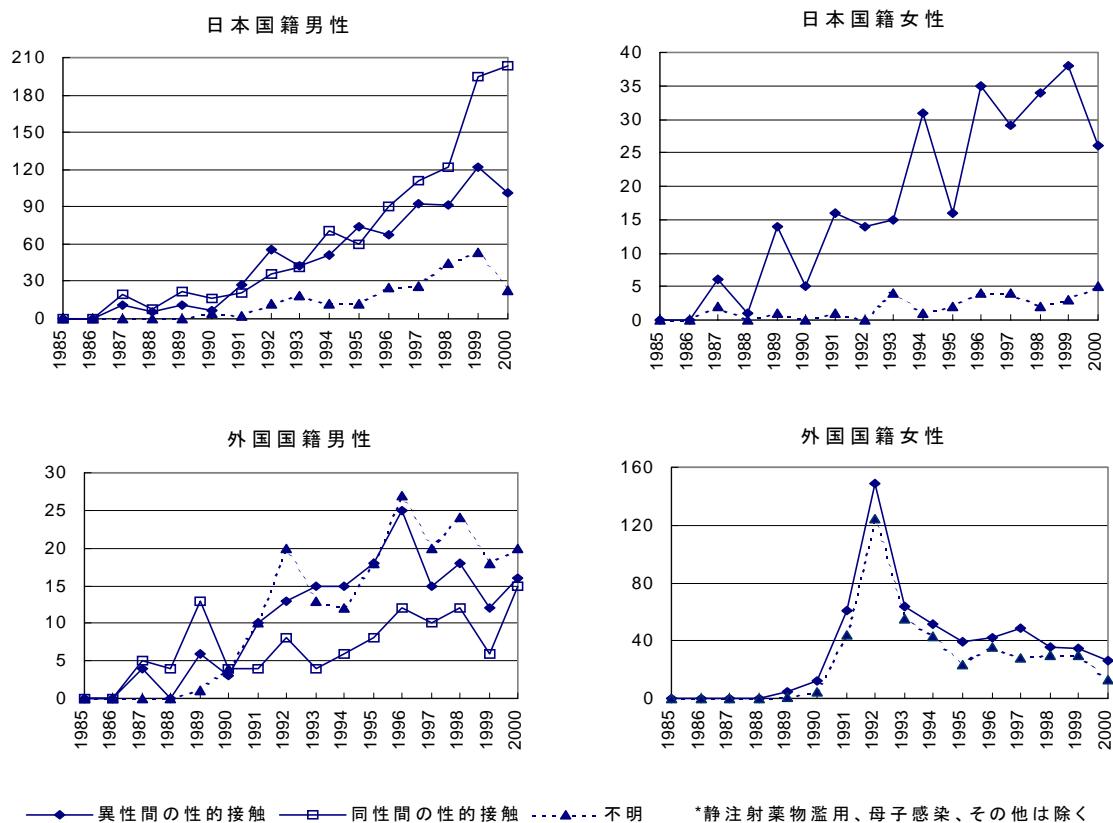
日本国籍女性: 異性間の性的接触は、変動しつつ増加傾向にある(以上表5、図9)。年齢のピークは

25-29歳であるが、15-19歳の感染例の割合は6.1%あり日本国籍男性(1.1%)に比べて大きい。感染地の大半はほぼ一貫して国内(75.0%)であり、報告地は、関東・甲信越ブロック(東京都を除く)が42.1%、東京都が27.1%を占め(以上表9-3、図10)、日本国籍男性に比べると、地域的に分散する傾向がある(以上表9-3)。感染経路不明例は、例年数例で増加傾向は見られない(以上表5)。

外国国籍男性: 日本国籍男性と異なり、異性間の性的接触の割合が同性間の性的接触よりも大きい(34.1% vs 22.3%)。不明例を含め、いずれの感染経路にも明確な増減傾向は見られない。(以上表5、図9)。異性間の性的接触による感染例での年齢のピークは30-34歳、感染地は海外が大半(58.2%)であるが、国内感染も18.8%存在する。報告地は、関東・甲信越ブロック(東京都を除く)と東京都が同数で、合わせて75.2%を占める(以上表9-4、図10)。同性間の性的接触は、年齢のピークが25-29歳とやや若く、累計では海外感染が大きい(39.6%)、1995年以降は国内感染の割合が大きくなっている。67.6%が東京都に集中している(以上表9-5、図10)。感染経路不明例は、数、年次推移ともにほぼ異性間の性的接触に近い(以上表5)。

外国国籍女性: 異性間の性的接触が、1992年に大きなピークを示した後減少し、その後多少変動しつつ減少を続けている(以上表5、図9)。年齢のピークは、20-24歳と若く、感染地は海外感染と不明が多いが、国内感染も18.1%存在する。報告地は、関東・甲信越ブロック(東京都を除く)が66.4%、東京都が21.4%を占める(以上表9-6、図10)。感染経路不明例は、数、年次推移ともにほぼ異性間の性的接触に近い(以上表5)。

図9. HIV感染者の国籍別、性別、感染経路別年次推移



2) 国籍・性別の AIDS の動向

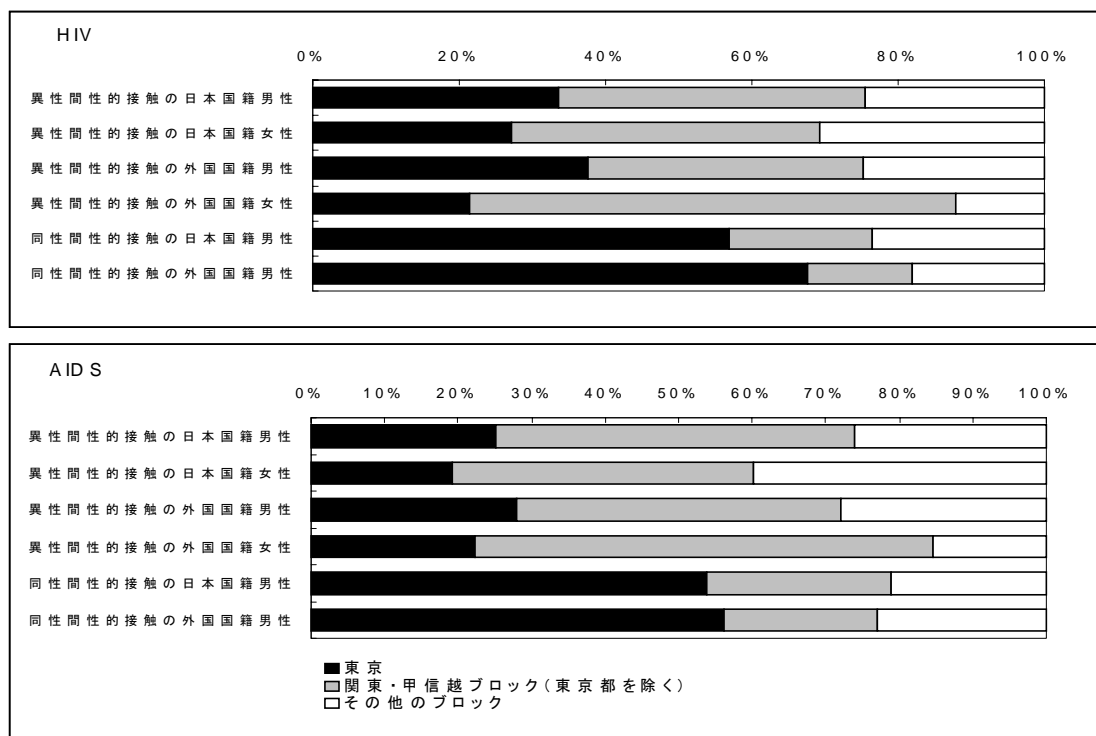
日本国籍男性: サーベイランス開始から増加が続いた異性間の性的接触による報告は、1998年に減少したものの、1999年、2000年と100名を超える数が報告されている。同性間の性的接触による報告は過去4年間増加が続いている(以上表5)。異性間の性的接触では、年齢のピークは45-49歳、感染地は、1994年までは海外感染が主であったが、1995年以降は国内感染が主となった。累計では、国内感染は58.9%を占める。報告地は、累計で関東・甲信越ブロック(東京都を除く)が48.8%、東京都が25.2%を占める(以上表9-1、図10)。同性間の性的接触では、年齢のピークは40-44歳であるが30-49歳に幅広く広がっている。感染地は、国内が中心(75.8%)でその傾向は1991年以降一貫している。報告地は東京都が中心で53.9%、関東・甲信越ブロック(東京都を除く)が25.0%、近畿が11.1%を占める(以上表9-2、図10)。感染経路不明例が20.8%存在する(以上表5)。

日本国籍女性: 異性間の性的接触は、1995年以来、年間約6~10件と横ばいであったが2000年に増加が見られた(以上表5)。年齢のピークは25-29歳、国内感染が主(66.2%)で、報告地は相対的には関東・甲信越ブロック(東京都を除く)に多い(41.2%)が、比較的全国に分散している(以上表9-3、図10)。感染経路不明例が25.5%存在する(以上表5)。

外国国籍男性: 異性間の性的接触が1992年以来最も多い感染経路であり、1995年以来10~30の間を変動している。同性間の性的接触は年間10例未満にとどまっている(以上表5)。異性間の性的接触では、年齢のピークは30-34歳、海外感染が主(65.6%)で、東京都、関東・甲信越ブロック(東京都を除く)に72.0%が集中している(以上表9-4、図10)。同性間の性的接触では、年齢のピークは30-34歳、海外感染が主(54.2%)で、東京都に56.3%が集中している(以上表9-5、図10)。感染経路不明例が43.9%存在する(以上表5)。

外国国籍女性: 異性間の性的接触と感染経路不明例がほぼ同数を占める(以上表5)。異性間の性的接触の年齢のピークは25-29歳、主な感染地は海外(50.6%)、報告地は関東・甲信越ブロック(東京都を除く)が中心で62.4%を占める(以上表9-6、図10)。

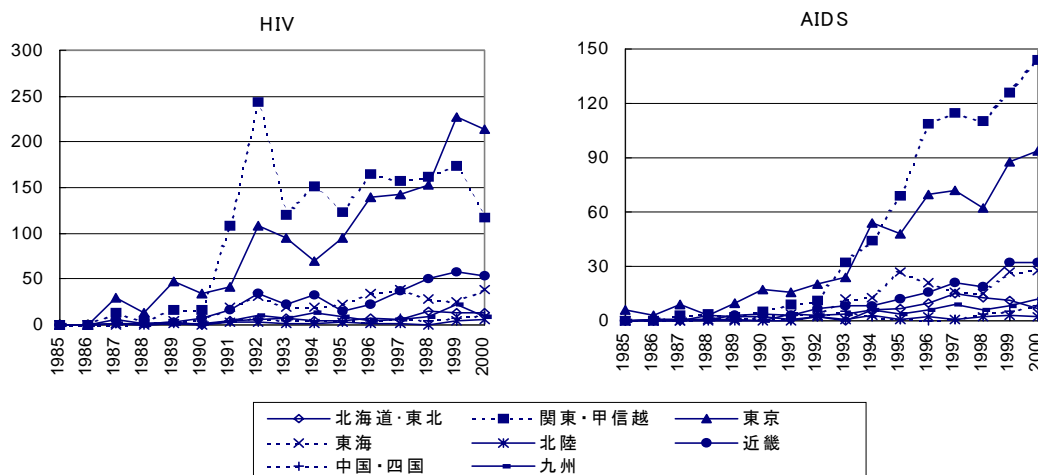
図 10. HIV 感染者及び AIDS 患者の感染経路別、国籍別、性別の報告地の分布



4.都道府県別の報告件数

関東・甲信越ブロックで、1999年にHIVが急増した(ほとんど東京都からの報告増による)が、2000年には同ブロック全県で減少した。近畿ブロックでは1995年以来増加が続いていたが2000年にやや減少した。九州ブロックでは1999年に急増したが2000年に減少した(表10-1、図11)。AIDSは北海道・東北と北陸ブロックを除けば、増加傾向が続いている(図11)。人口10万対の累積報告件数は、全国ではHIV 3.087(表10-1)、AIDS 1.512(表10-4)である。人口10万対報告件数の多い都道府県の上位5つは、日本国籍例の場合、HIVでは、東京都、千葉県、神奈川県、茨城県、埼玉県(表10-2)、AIDSでは、東京都、茨城県、栃木県、千葉県、神奈川県(表10-5)で、外国国籍例の場合、HIVでは、茨城県、長野県、山梨県、東京都、栃木県(表10-3)、AIDSでは、茨城県、山梨県、長野県、東京都、栃木県である(表10-6)。

図11. HIV感染者及びAIDS患者報告数のブロック別年次推移



5.AIDS 報告における指標疾患の分布

日本国籍と外国国籍のAIDSの累計報告数(1407と506)を分母として、各指標疾患の分布を見ると、分布は両国籍群でほぼ類似しており、ニューモシスチス・カリニ肺炎が41-46%と最も多く、カンジダ、HIV 消耗性症候群が12-23%を占める。両群では活動性結核に差が認められ、日本国籍例が7.2%であるのに対し、外国国籍例では、13.2%とほぼ2倍になっている。サイトメガロウイルス感染症は逆に日本国籍例に割合が高く、日本国籍10.2%、外国国籍4.2%となっている(以上表11)。

6.病変死亡の動向

エイズ予防法に基づく1999年3月31日までの報告病変死亡例は596件である。内訳は、日本国籍男性が445件、女性が40件、計485件、外国国籍男性が77件、女性が34件、計111件である(以上表12)。また、1999年4月1日から2000年12月31日までに厚生省に報告された病変死亡例は83件で、この内、日本国籍男性が62件、女性が5件、計67件、外国国籍男性が11件、女性が5件、計16件である。2000年12月末までに679件の病変死亡の報告が寄せられた。

1999年4月から病変報告は医師の任意によっている。2000年中の報告は日本国籍男性が32件、女性が3件、計35件、外国国籍男性が5件、女性が1件、計41件である。法改正後の報告数はほぼ前年と同様である。近年日本国籍男女で病変死亡例数の減少がみられる。

7.報告年と診断年の比較

日本国籍の HIV 及び外国国籍の HIV と AIDS については、例年 95%以上が診断年と同じ年内に報告されているが、1998 年には診断例のうち HIV の 7.9%が、AIDS の 6.5%が 1999 年に報告されている。これは感染症法の施行に伴う効果と考えられる。日本国籍の AIDS で 95%を下回る年がしばしば見られる(以上表 13)。

8.まとめ

2000 年の HIV、AIDS 報告件数および年次動向の特徴をまとめると以下のようであった。

- (1)HIV 感染者の報告数は、1996 年以降増加を続け、2000 年に低下したが、それでも過去 2 番目に高い報告数となった。報告された HIV 感染者の 70%以上が日本国籍男性であり、推定される感染地域は日本国籍者の 80%が国内感染であった。感染経路は、性的接触による感染が 84% (異性間 37%、同性間 47%) を占め、特に日本国籍男性では性感染が 90%を占めていた。
- (2)2000 年に減少したのは日本国籍男女の異性間の性的接触例であり、同性間の性的接触例は引き続き増加した。この結果、同性間の性的接触による感染例の報告数が異性間の性的接触を上回った。
- (3)AIDS の報告数は、1999 年に引き続き増加し、327 件が報告された。2000 年には、日本国籍男性の同性間性的接触と感染経路不明例の増加が目立った。
- (4)外国国籍例は、HIV、AIDS ともに、報告数の 20%程度を占め、東南アジア、ラテンアメリカの順に多い。HIV 報告例は漸減傾向にあるが AIDS はほぼ横這いである。
- (5)HIV、AIDS ともに、静注薬物濫用や母子感染による報告例はいずれも 1%未満にとどまっている。
- (6)日本国籍例での推定感染地域は、2000 年では HIV の 80%、AIDS の 73%が国内感染である。
- (7) 報告地は、関東・甲信越ブロックに集中しているが、近畿ブロックにおける近年の報告数の増加が注目される。

以上、わが国における HIV 感染は、日本国籍男性を中心に、国内での性的接触を感染経路として流行拡大が続いており、異性間および同性間の性感染防止に向けた積極的な対策を進めなければならない。また、関東・甲信越ブロックに加えて、近畿ブロックでの報告増が続いており、地域の状況に応じた機敏な対策の展開が望まれる。

なお、現行の発生動向調査システムには、HIV 感染者、AIDS 患者数の正確な把握という点で、不十分な面があるため、その解消に向けてのシステムの改善が必要である。

添付資料

2000年12月時点における HIV/AIDS の世界的流行状況

国連合同エイズ計画

2000 年中に新たに HIV に感染した人々の数	総数	530 万人
	成人	470 万人
	（女性	220 万人）
	15 歳未満の子供	60 万人
HIV/AIDS と共に生きている人々	総数	3610 万人
	成人	3470 万人
	（女性	1640 万人）
	15 歳未満の子供	140 万人
2000 年中に AIDS で死亡した人々	総数	300 万人
	成人	250 万人
	（女性	130 万人）
	15 歳未満の子供	50 万人
流行開始以来の累積 AIDS 死亡者数	総数	2180 万人
	成人	1750 万人
	（女性	900 万人）
	15 歳未満の子供	430 万人