

平成 13 年エイズ発生動向年報

(平成 13(2001)年 1 月 1 日～12 月 31 日)

平成 14 年 4 月 25 日

厚生労働省エイズ動向委員会

目次

平成 13 年エイズ発生動向年報 - 総括 -

概要

1. エイズ発生動向調査（サーベイランス）報告の概要-----	1
2. サーベイランスのための HIV 感染症/AIDS 診断基準-----	3
3. 集計対象と集計方法-----	5
4. 集計結果を見る上での注意事項-----	5

発生動向の分析結果

1. 平成 13(2001) 年報告例の主な内訳-----	7
2. 平成 13(2001) 年 12 月 31 日までの累積報告例の内訳-----	8
3. HIV 及び AIDS の動向-----	8
4. 都道府県別の報告件数-----	15
5. AIDS 報告における指標疾患の分布-----	16
6. 病変死亡の動向-----	16
7. 報告年と診断年の比較-----	16
8. まとめ-----	16

図表

表 1	2000 年、2001 年に報告された HIV 感染者及び AIDS 患者の内訳-----	18
表 2	2001 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--	19
表 3-1	HIV 感染者及び AIDS 患者の国籍別、性別年次推移-----	20
表 3-2	HIV 感染者及び AIDS 患者の国籍区分別年次推移-----	20
表 4	HIV 感染者及び AIDS 患者の国籍別、感染経路別年次推移-----	21
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-----	22
表 6-1	HIV 感染者の国籍別、性別、年齢階級別年次推移-----	23
表 6-2	AIDS 患者の国籍別、性別、年齢階級別年次推移-----	24
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-----	25
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-----	26
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-----	27
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-----	28
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-----	29

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-----	30
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-----	31
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-----	32
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-----	33
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-----	34
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-----	35
表 10-4	AIDS 患者の報告地別年次推移及び人口 10 万対報告数-----	36
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-----	37
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-----	38
表 11	AIDS 報告症例における指標疾患の分布-----	39
表 12-1	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)	40
表 12-2	病変死亡者の国籍別、性別、年齢階級別年次推移----- (平成 11 年 4 月 1 日からの報告分)	40
表 13	HIV 感染者及び AIDS 患者の報告年・診断年対応表-----	41
図 1	2001 年に報告された HIV 感染者及び AIDS 患者の感染経路別内訳-----	7
図 2	2001 年報告例の国籍・性別内訳-----	7
図 3	2001 年に報告された日本国籍例の感染地別内訳-----	7
図 4	HIV 感染者及び AIDS 患者の感染経路別構成 (2001 年末累計) -----	8
図 5	HIV 感染者及び AIDS 患者の年次推移-----	8
図 6	HIV 感染者及び AIDS 患者の国籍別、性別年次推移-----	9
図 7	HIV 感染者及び AIDS 患者の国籍別、感染経路別年次推移-----	9
図 8	HIV 感染者の国籍別、感染地別年次推移-----	10
図 9	HIV 感染者の国籍別、性別、感染経路別年次推移-----	11
図 10	日本国籍 HIV 感染者の感染経路別、年齢別年次推移-----	12
図 11	HIV 感染者の感染経路別、国籍別、性別の報告地の分布 (累計) -----	13
図 12	AIDS 患者の国籍別、性別、感染経路別年次推移-----	14
図 13	日本国籍 AIDS 患者の感染経路別、年齢別年次推移-----	14
図 14	AIDS 患者の感染経路別、国籍別、性別の報告地の分布 (累計) -----	15
図 15	HIV 感染者及び AIDS 患者報告数のブロック別年次推移-----	15

平成 13 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、3 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 13 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 13 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) HIV 感染者の報告数は、1996 年以降増加を続け、2001 年は過去最高の報告数（621 件）となった（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、日本国籍女性も緩やかな増加傾向にある（図 2）。

2001 年の HIV 感染者報告例では、日本国籍男性が 76.5%を占めた（図 3）。推定される感染地域は 77.9%が国内感染で（図 4）、日本国籍例では 85.7%を占めていた。感染経路は、同性間の性的接触が 50.6%、異性間の性的接触が 34.3%で、性感染によるものが 84.9%（図 5）を占めた。

日本国籍男性に国内での流行拡大が続いており、同性間および異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。

(2) AIDS 患者の報告数は、1998 年には減少に転じたが、再び増加し、2001 年は過去最高（332 件、図 1）となった。2001 年の AIDS 患者報告例では、日本国籍男性が 66.6%を占め（図 3）、推定感染地域は 60.8%が国内での感染例であった（図 4）。感染経路は、異性間性的接触による感染が 41.9%と多いが、同性間の性的接触による感染は 27.4%を占め（図 5）、増加しつつある。

わが国における AIDS 患者は依然増加傾向にあると思われ、今後の推移を注意深く見守るとともに、早期発見、治療の体制の整備を進める必要がある。

(3) 2001 年の報告例の内、外国国籍例の占める割合は HIV 感染者では 15.5%、AIDS 患者では 26.2%であり（図 3）、出身地域としては、東南アジアが最も多く、ラテンアメリカがそれに次いでいた。特に、AIDS 患者では男性が漸増傾向

図 1 . HIV 感染者及び AIDS 患者報告数の年次推移

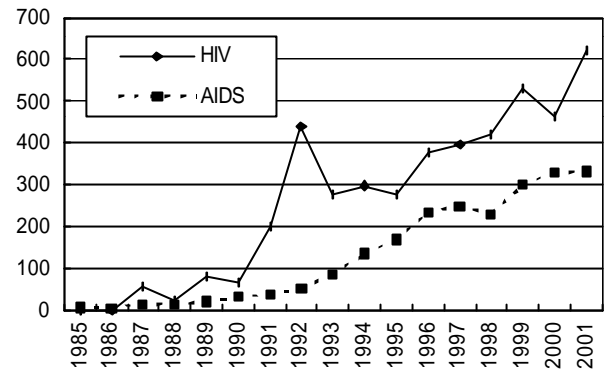


図 2 . HIV 感染者及び AIDS 患者報告数の国籍別、性別年次推移

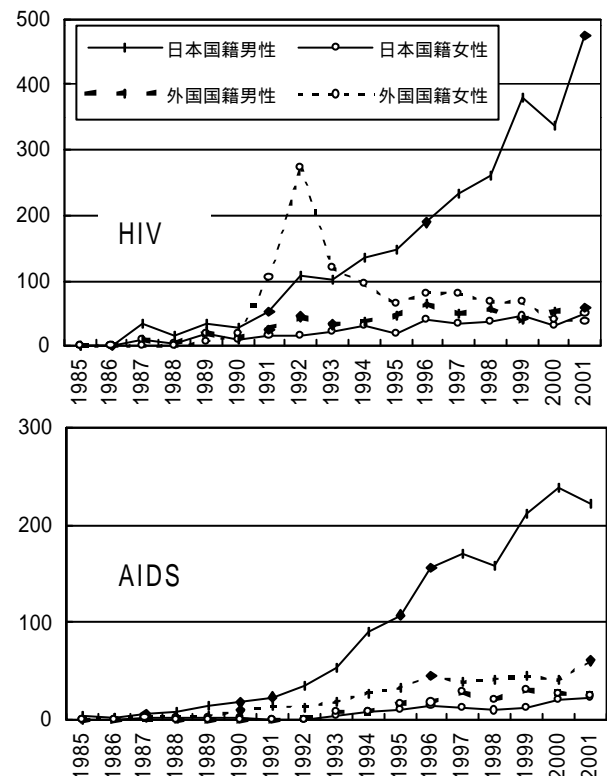
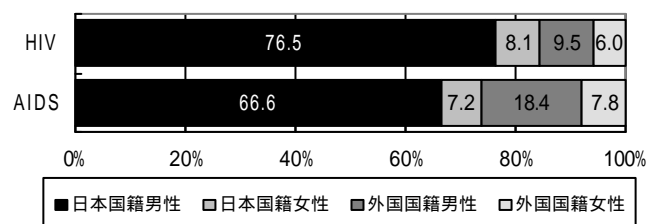


図 3 . HIV 感染者及び AIDS 患者の国籍別、性別内訳 (2001 年報告例)



にあり、外国国籍者に対する対策も強化する必要がある。

(4) 感染経路は、HIV、AIDS とともに性的接触による感染が大半であり、静注薬物濫用や母子感染によるものはいずれも 1%以下にとどまっている(図5)。しかし、静注薬物濫用による感染の拡大は極めて急速であるため、引き続き監視が必要である。

図4.HIV 感染者及びAIDS 患者の推定感染地域 (2001 年報告例)

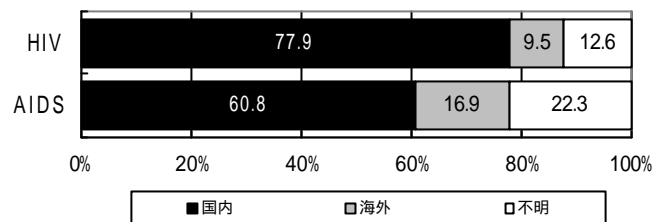
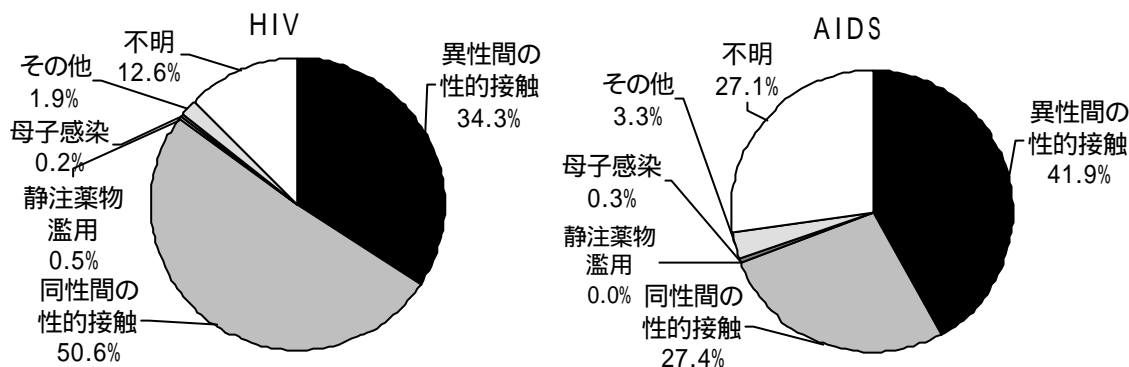


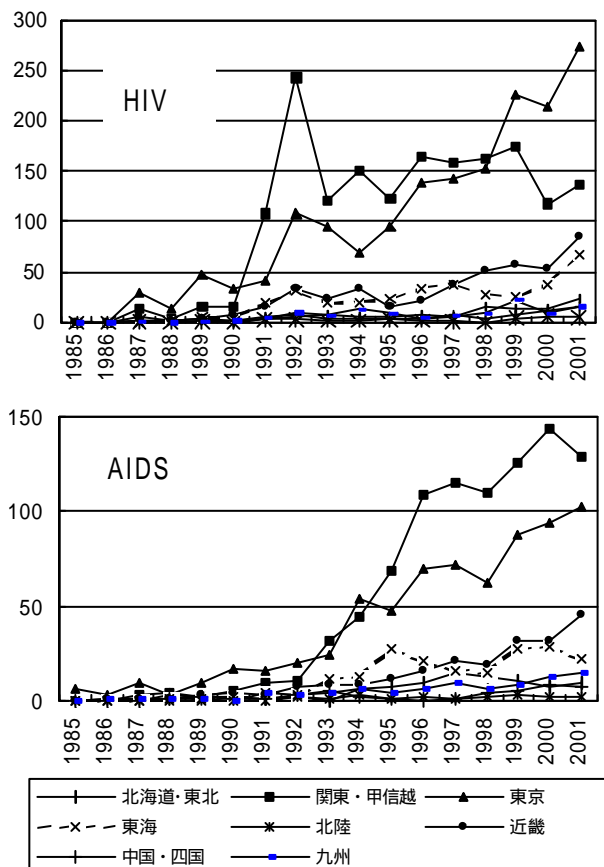
図 5.2001 年に報告された HIV 感染者及びAIDS 患者の感染経路別構成



(5) 報告地は、東京、その他の関東・甲信越ブロックが依然多く、2001 年報告例では HIV 感染者の 66.0%、AIDS 患者の 69.6% を占めている。また、HIV 感染者は北陸を除く全てのブロックで増加し、特に東京、近畿、東海ブロックでの増加が目立った。AIDS 患者では東京、近畿ブロックで増加していた(図6)。

HIV 感染は、これまでの東京を中心とする関東・甲信越地域の流行に加えて、東海、近畿地域においても感染拡大の傾向がみられ、これらの地域特性に配慮した対策の展開が望まれる。

図 6.HIV 感染者及び AIDS 患者報告数の報告地別年次推移



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。本調査における HIV 感染者とは感染症法の規定に基づく後天性免疫不全症候群発生届により無症候性キャリアあるいはその他として報告されたものである。また、AIDS 患者とは初回報告時に AIDS と診断されたものであり、既に HIV 感染者として報告されている症例が AIDS を発症する等病状に変化を生じた場合は法定報告から除かれている。

1) エイズ予防法に基づく報告の流れ

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・政令市から当時の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。

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。

HIV 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。

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。

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（死亡を検案した場合）、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。

感染症法では、医師が診断したにもかかわらず届け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。

法に基づく報告は初回報告のみであるが、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、病原報告票という）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現在の厚生労働省健康局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。

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。

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。

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。

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。

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。

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. サーベイランスのための HIV 感染症 / AIDS 診断基準

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、 の基準を満たすもの
- 3) その他とは、 の基準を満たすが、 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。

・ 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法が陽性であり、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

・ AIDS の診断

の基準を満たし、 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。

・ 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
全身に播種したもの、 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
全身に播種したもの、 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)
敗血症、肺炎、髄膜炎、骨関節炎、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
全身に播種したもの、 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
1 か月以上持続する粘膜、皮膚の潰瘍を呈するもの、 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
L S G 分類により 大細胞型、免疫芽球型、 Burkitt 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E 19 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 13(2001) 年 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 AIDS 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 AIDS 患者と同様の詳細な集計分析が出来ないためである。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。

無症候性キャリア、あるいはその他として報告があったものを HIV 感染者とし、AIDS として報告があったものを AIDS 患者として集計した。

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。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。

特に、平成 11(1999) 年 3 月 31 日までの AIDS 患者は、初回報告票の AIDS に病変報告票の AIDS

を加えて集計してきた経緯があり、この点でも HIV 感染者と AIDS 患者を合計することは好ましくない。

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)年～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)年～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1月1日から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14(2002)年2月27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13(2001)年エイズ発生報告数(平成13年12月30日現在)速報値とは若干異なっている。なお、平成12年動向年報データの確定日以降に届け出があった1999年のAIDS報告例1例、2000年のAIDS報告例2例が追加されている。

4) 病変報告について

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 36件、生存 死亡 126件)は含まれていない。

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症例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 13 (2001) 年報告例の主な内訳

2001 年には、HIV 感染者（以下 HIV と省略）621 件、AIDS 患者（以下 AIDS と省略）332 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 84.9%、AIDS の 69.3%）が（図 1）、国籍・性別では、日本国籍男性（HIV の 76.5%、AIDS の 66.6%）が多数を占めた（図 2）。また感染地別では、国内感染が大半（HIV 77.9%、AIDS 60.8%）を占め（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 64.1%、AIDS 66.9%）、近畿ブロックがそれに次いだ（HIV 16.0%、AIDS 14.7%）（表 1）。

HIV の年間報告数は前年を 159 件上まわり、AIDS は 3 件の増加となった。HIV の増加は、日本国籍例の増加によるもので、感染経路別では同性間および異性間の性的接触、性別では男性、感染地別では国内感染、報告地別では、北陸を除く全てのブロックで増加し、東京都、近畿、東海ブロックの増加が特に目立った。外国国籍の HIV は昨年とほぼ同数であった。

AIDS は、日本国籍例が 15 件減少し、外国国籍例が 18 件増加した。感染経路別では日本国籍の同性間の性的接触、外国国籍の不明で増加した。性別では、日本国籍は女性、外国国籍は男性が増え、感染地別では外国国籍の国内感染が増え、報告地別では北海道、東北、東京、近畿、九州の地域で増加し、東京都、近畿の増加が特に目立った（以上表 1）。

図 1. 2001 年に報告された HIV 感染者及び AIDS 患者の感染経路別内訳

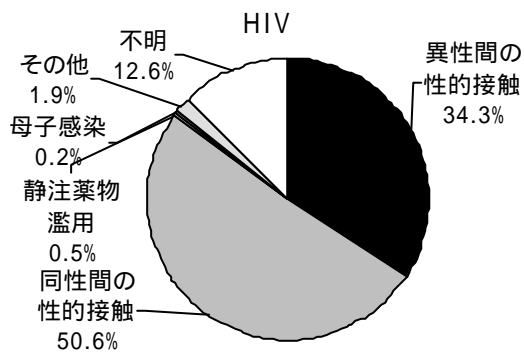


図 2. 2001 年報告例の国籍・性別内訳

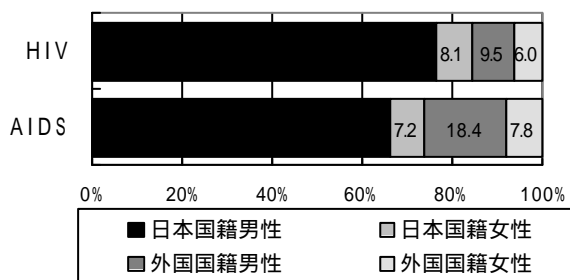
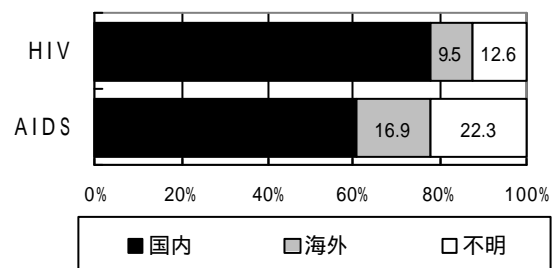


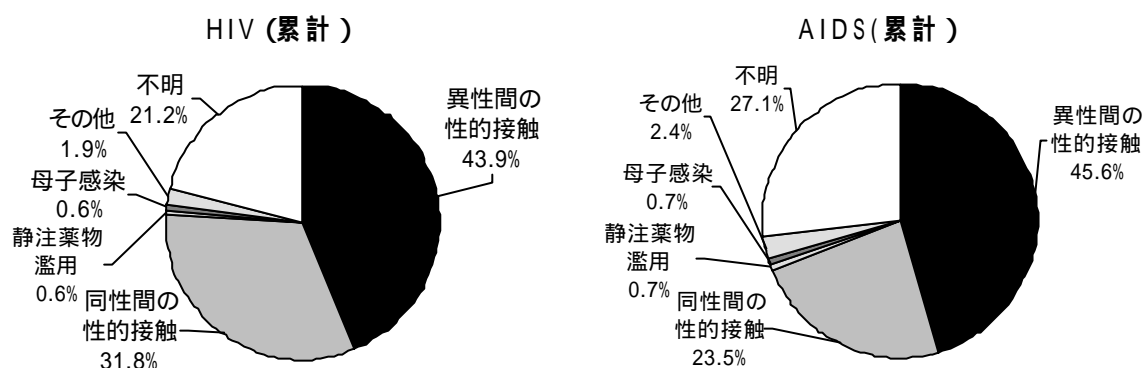
図 3. 2001 年報告例の推定感染地別内訳



2.平成 13(2001)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、2001 年 12 月 31 日までの累積報告件数（報告データの確定日は 2002 年 2 月 27 日）は HIV 4526 件、AIDS 2248 件である。感染経路別構成は、HIV では、異性間の性的接触 43.9%、同性間の性的接触 31.8%、静注薬物濫用 0.6%、母子感染 0.6%、その他 1.9%、不明 21.2%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 55.9%、日本国籍女性 8.6%、外国国籍男性 12.3%、外国国籍女性 23.3%であり、AIDS では、それぞれ 67.8%、5.8%、17.9%、8.5%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（2001 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き、2001 年報告件数は 1999 年を上回り過去最高となった。AIDS の年間報告件数は 1997 年まで増加を続け、1998 年に初めて減少に転じたが 1999 年からは再び増加の傾向にある（以上表 3-1）。HIV の増加は、主に日本国籍男性例の増加によるもので、日本国籍女性も緩やかな増加傾向にある。外国国籍例の報告数は女性では漸減傾向にあるが、男性では横這いないしは漸増傾向にある。AIDS は、日本国籍男性において著しく増加してきたが、2001 年は減少した。1998 年にも一度減少に転じ、その後再び増加した経緯もあり、今後の観察が必要である。外国国籍例は微増傾向で、特に男性で増加の傾向が示されている（以上表 3-1、図 6）。

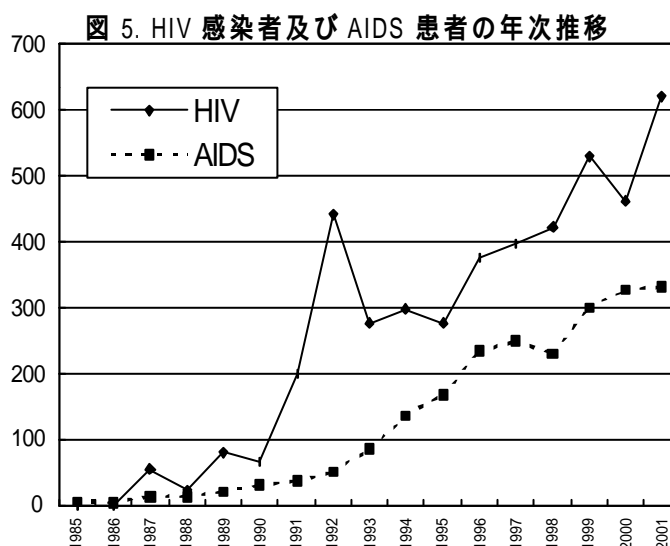
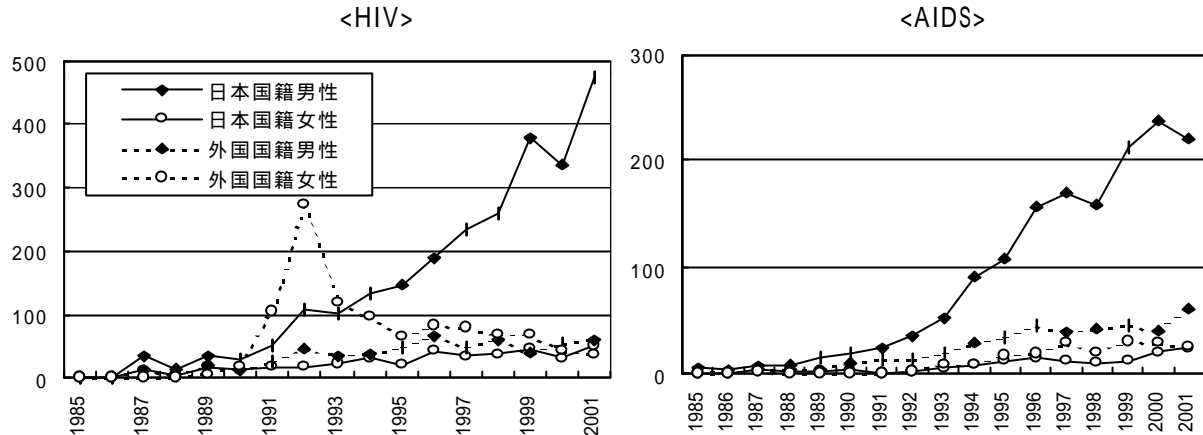


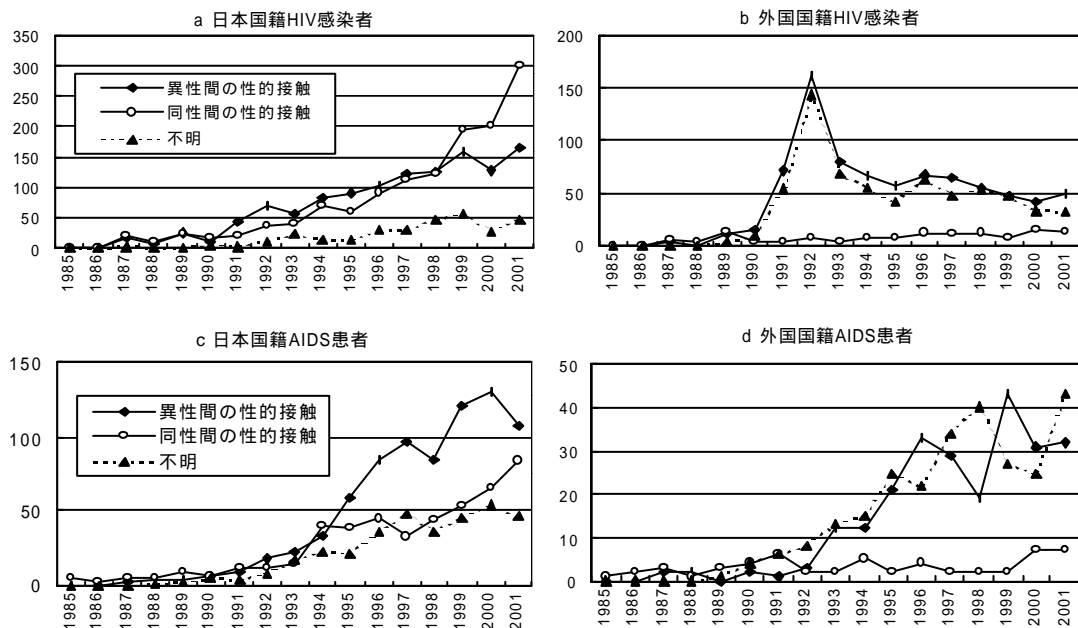
図 6. HIV 感染者及び AIDS 患者の国籍別、性別年次推移



国籍を世界地域区別に分類して動向を検討したところ、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、過去 6 年間、HIV 報告数は漸減、AIDS ではほぼ横這いに推移していた。日本国籍以外の報告例は、平成 13 (2001) 年で HIV15.5%、AIDS26.2%を占めている。過去 6 年間の割合は、HIV では漸減傾向、AIDS では 25-30%の範囲でほぼ一定している(以上表3-2)。

感染経路別にみると、日本国籍例の HIV では、異性間および同性間の性的接触と感染経路不明例が増加を続けており、特に同性間の性的接触による報告の増加が著しい(表4、図7a)。外国国籍の HIV ではいずれの感染経路区分も減少ないし横這いである(表4、図7b)。AIDS では、日本国籍例は異性間の性的接触による報告がこれまで増加してきたが、1997 年以降同性間の性的接触による報告が増加を続けている(表4、図7c)。外国国籍例では、異性間の性的接触、および感染経路不明による報告が増減を繰り返しながらも徐々に増加傾向にある(以上表4、図7d)。

図 7. HIV 感染者及び AIDS 患者の国籍別、感染経路別年次推移



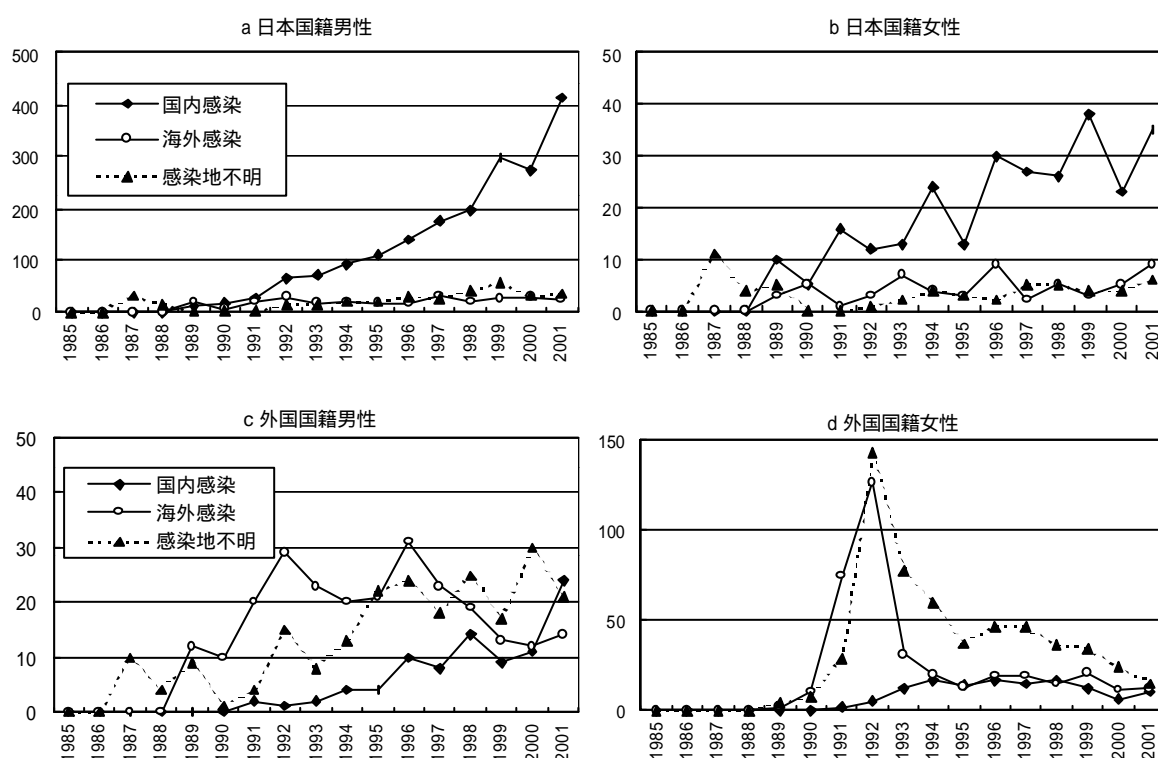
* 静注薬物濫用、母子感染、その他は除く

感染経路不明例は、HIVでは、累計の21.2%を占め、とくに外国国籍例では40%と高率であり、2001年の外国国籍 HIV 例でも32.2%を占めていた。一方、AIDSでは、感染経路不明例は累計で日本国籍例が20.9%、外国国籍例が44.4%を占め、2001年報告の外国国籍例では49.4%と半数に達している(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(以上表6-1)。AIDSでは、日本国籍男性で45-49歳の報告が最も多いが、他の国籍性別では25-39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が増加を続けていること(表7、図8a)、日本国籍女性(表7、図8b)および、外国国籍男性(表7、図8c)の国内感染が増加傾向にあることが注目される。AIDSでは、日本国籍男性の国内感染例が増加し、それ以外の区分では、横這いないし微増傾向にある(以上表7)。

報告地別では、日本国籍男性のHIVが、前年に比べて全てのブロックで増加し、特に東京都55件、近畿35件、東海21件の増加で、九州ブロックも増加の兆しが見られる。AIDSでは、日本国籍男性は近畿で増加したが、他のブロックでは横這いであった。外国国籍男性は東京都と他の関東・甲信越ブロックで増加した(以上表8)。

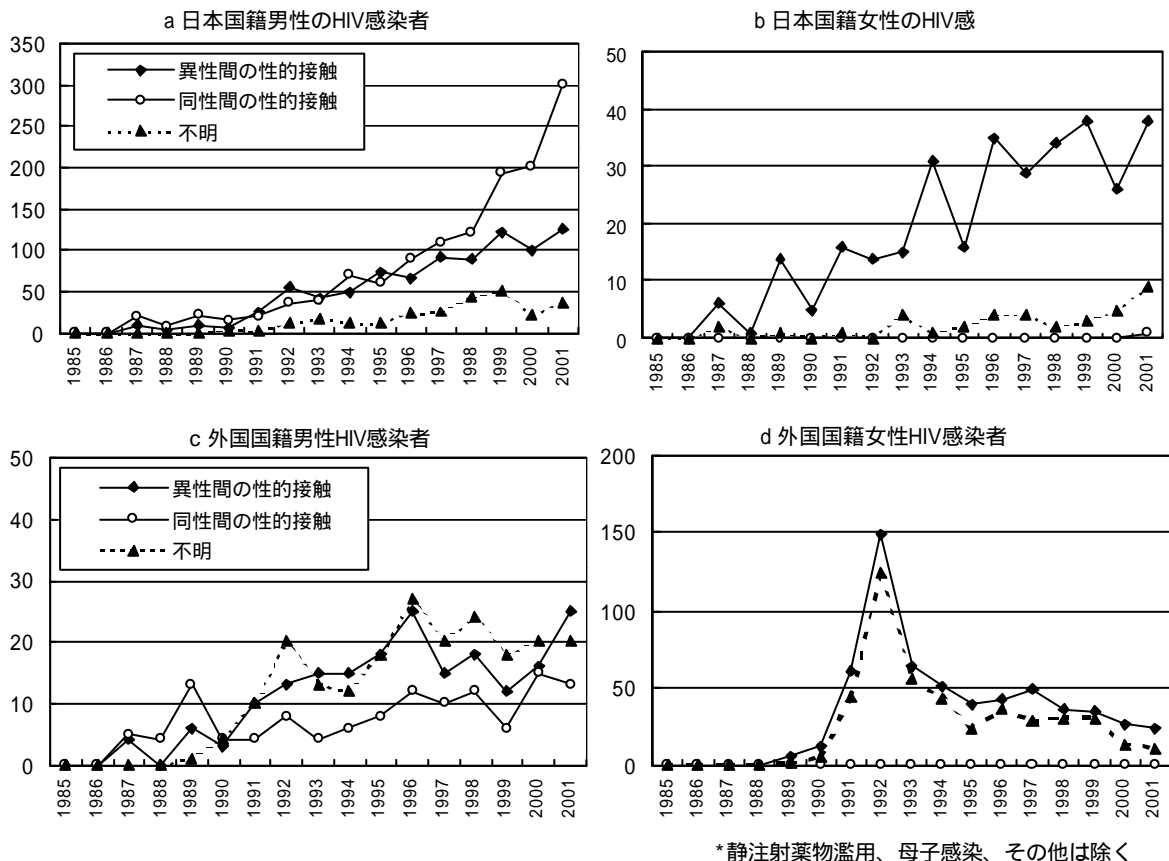
図 8. HIV 感染者の国籍別、性別、感染地別年次推移



1) 国籍・性別の HIV の動向

日本国籍男性：報告累計(2528件)の内、同性間の性的接触が 52.1%、次いで異性間の性的接触が 34.9%で両者が大半(87.0%)を占めている。平成 13(2001)年には、同性間および異性間の性的接触と感染経路不明例が増加している(以上表 5 図 9a)。異性間の性的接触は、年齢のピークが累計でみると 30-34 歳であるが、近年男性の 20 歳代及び 30 歳代で報告増の傾向にある(以上図 10a)。推定感染地は国内感染が大半(66.6%)を占め(以上表 9-1)、国内感染例の割合が近年増加しつつある。報告地別では、関東・甲信越ブロック(東京都を除く)が 41.0%、東京都が 33.4%で、年間報告数は、東京都、関東・甲信越(東京都を除く)、東海および近畿の各ブロックで増加傾向にある(以上表 9-1)。一方、同性間の性的接触は、25-29 歳に年齢のピークがあるが、平成 13(2001)年は 20 歳代(57 件の増加)、30 歳代(40 件の増加)の年齢層での報告の急増が注目される(以上図 10c)。また、国内感染例の割合が高く(87.5%)、2001 年報告例では 94.3%を占めていた。報告地は東京都が 56.2%、次いで関東・甲信越ブロックが 17.3%、近畿 13.4%である。東京都からの報告割合が大きく、増加が続いているが、近畿をはじめ他の地域でも最近増加の傾向にある(以上表 9-2 図 11)。

図 9. HIV 感染者の国籍別、性別、感染経路別年次推移



日本国籍女性：異性間の性的接触は、年間報告数は少ないものの、近年緩やかに増加が続いている(以上表 5 図 9)。累計でみると、年齢のピークは 25-29 歳であるが、15-19 歳の感染例は 6.6%と

日本国籍男性（1.0％）に比べて多く、経年的にも同様の傾向である（以上図 10b）。推定感染地は国内感染（76.1％）が中心であり、報告地は、関東・甲信越ブロック（東京都を除く）が 40.9％、東京都が 28.0％を占め（以上表 9-3 図 11）、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 図 11）。感染経路不明例は、例年数例にとどまり増加傾向は見られない。なお、同性間性的接触による女性の感染が 1 例初めて報告された（以上表 5）。

外国国籍男性：異性間の性的接触は同性間の性的接触の約 1.6 倍で、いずれも 1996 年までは緩やかに増加を続け、その後横這いの傾向にある（以上表 5 図 9c）。異性間の性的接触による感染例は、30-34 歳が多く、推定感染地は海外が 54.9％であるが、国内感染も 22.1％存在する。報告地は、関東・甲信越ブロック（東京都を除く）と東京都がほぼ同数で、累計では合わせて 75.1％を占める（以上表 9-4 図 11）。同性間の性的接触は、年齢のピークが異性間に比べて 25-29 歳とやや若く、また、これまで海外感染が中心であったが、国内感染が 30.6％を占め、近年国内感染が微増傾向にある。報告地は累計の 68.5％が東京都で集中しており、平成 13（2001）年でも同様である（以上表 9-5 図 11）。感染経路不明例は、数、年次推移とともにほぼ異性間の性的接触に類似している（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、1995 年以降横這いとなり、漸減傾向にある（以上表 5 図 9d）。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 18.4％存在する。報告地は、関東・甲信越ブロック（東京都を除く）が累計の 66.1％、東京都が 21.8％を占める（以上表 9-6 図 11）。感染経路不明例は、数、年次推移とともにほぼ異性間の性的接触に近い（以上表 5）。

図 10. 日本国籍 HIV 感染者の感染経路別、年齢別年次推移

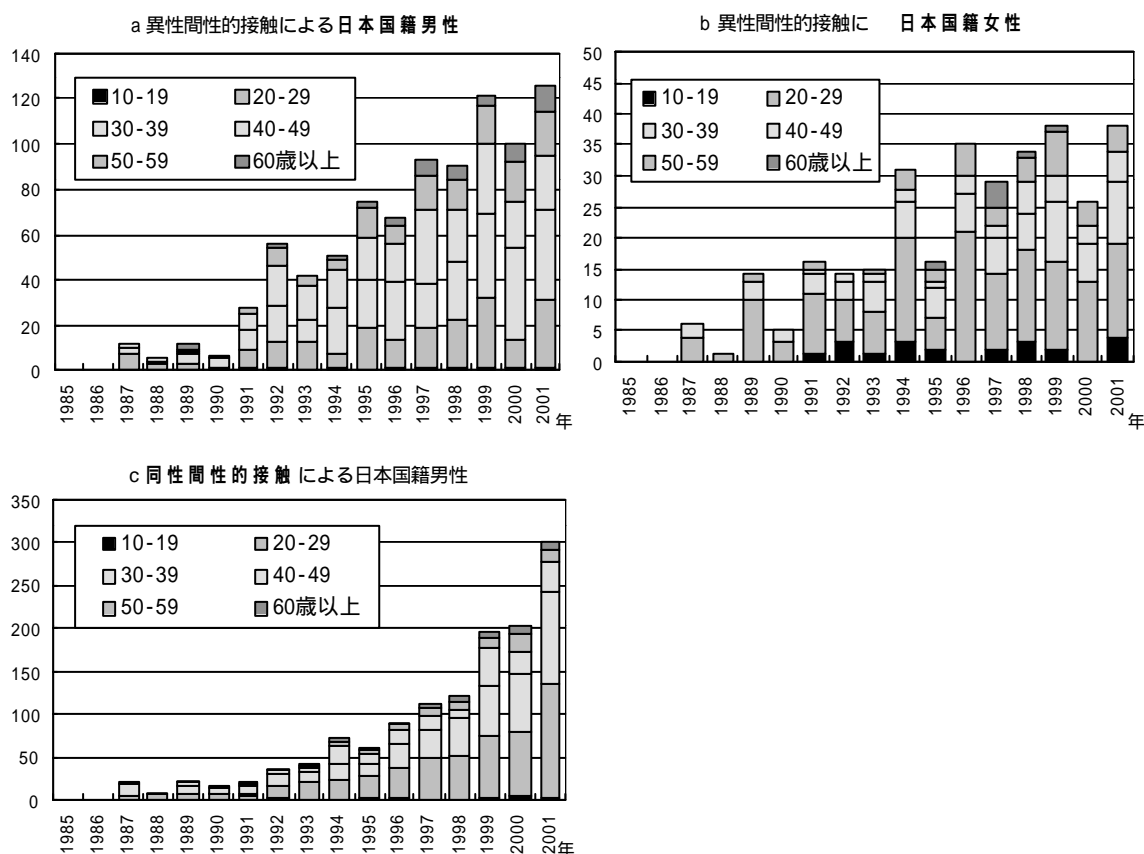
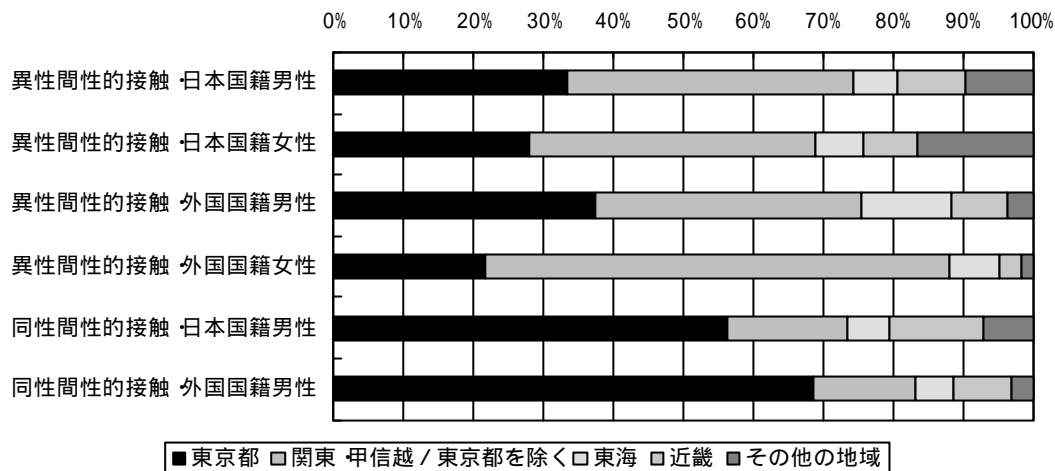


図 11. HIV 感染者の感染経路別、国籍別、性別の報告地の分布（累計）



2) 国籍・性別の AIDS の動向

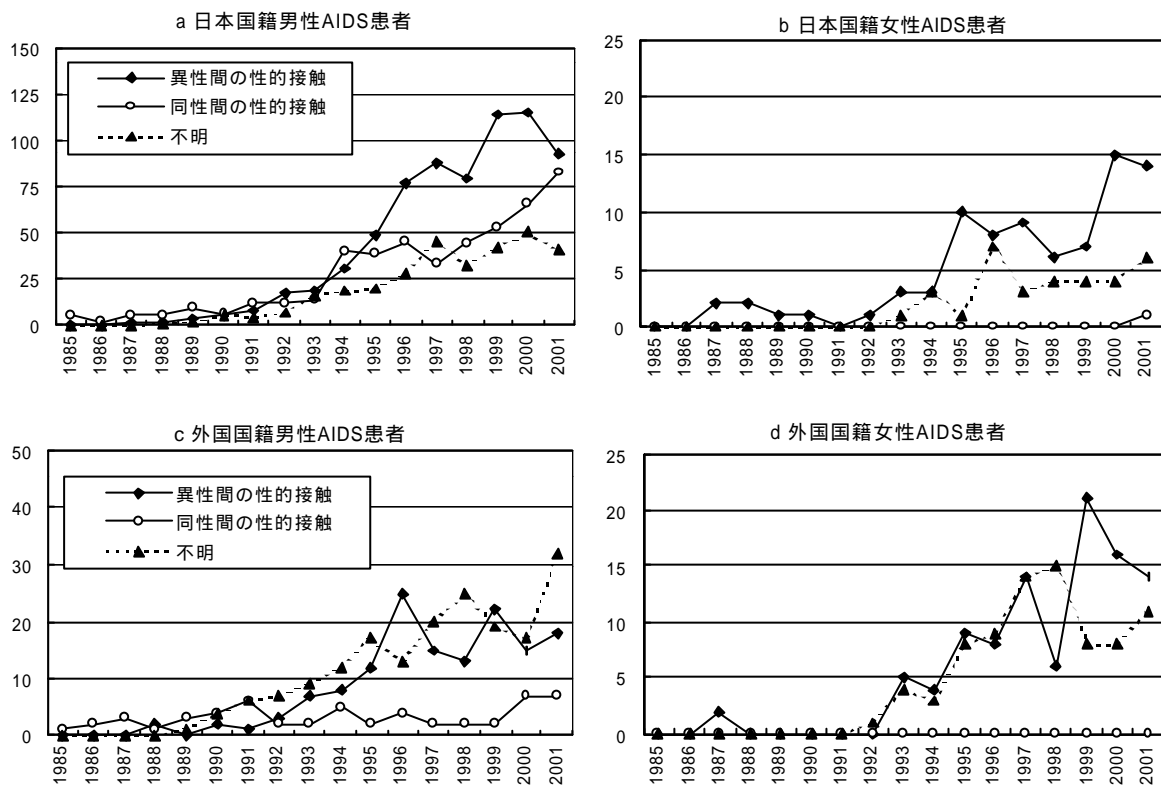
日本国籍男性：サーベイランス開始から増加が続いた AIDS の報告は、1998 年に初めて減少に転じてからは、増減を繰り返しつつ増加傾向にある。2001 年は前年比 15 件の減少となったが、今後の推移をみる必要がある（以上表 5、図 12a）。なお、増減を繰り返しているのは異性間性的接触と感染経路不明による報告である。異性間の性的接触は日本国籍男性 AIDS 累計報告数（1524 件）の 46.1% を占め最も多い。年齢は累計では 45-49 歳がピークであり、経年的にも 45-54 歳にピークがある（以上表 9-1、図 13a）。推定感染地は、1994 年までは海外感染が主であったが、1995 年以降は国内感染が主となった。累計では、国内感染は 61.7% 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 48.6%、東京都が 25.6% を占め、平成 13(2001) 年でも同様であった（以上表 9-1、図 14）。同性間の性的接触では、年齢は 30-34 歳がピークで異性間に比べて若く、経年的にみても同様の傾向である。1999 年以降、20 歳代、30 歳代の報告数の増加が続いている（以上表 9-2、図 13c）。推定感染地は、国内が中心（78.2%）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累計の 51.9%、関東・甲信越ブロック（東京都を除く）が 24.2%、近畿が 11.9% を占めるが、平成 13(2001) 年では、近畿、東海の増加が目立っている（以上表 9-2、図 14）。感染経路不明例が 20.5% 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 6～15 件の報告である（以上表 5、図 12b）。年齢は累計では 25-29 歳が多いが、25-44 歳までの年齢層はほぼ同数の報告である。推定感染地は国内感染が主（63.4%）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）に多いが、比較的全国に分散している（以上表 9-3、図 14）。感染経路不明例が 25.4% 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、1997 年以来 20 件前後で推移している。同性間の性的接触は年間 5 件前後で推移している（以上表 5、図 12c）。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（63.6%）で、東京都、関東・甲信越ブロック（東京都を除く）に 72.8% が集中している（以上表 9-4、図 14）。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（50.9%）で、東京都に 54.5% が集中している（以上表 9-5、図 14）。感染経路不明例が 45.2% 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 図 12d）。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（48.5%）、報告地は関東・甲信越ブロック（東京都を除く）が中心で 61.6%を占める（以上表 9-6 図 14）。

図 12. AIDS 患者の国籍別、性別、感染経路別年次推移



* 静注薬物濫用、母子感染、その他は除く

図 13. 日本国籍 AIDS 患者の感染経路別、年齢別年次推移

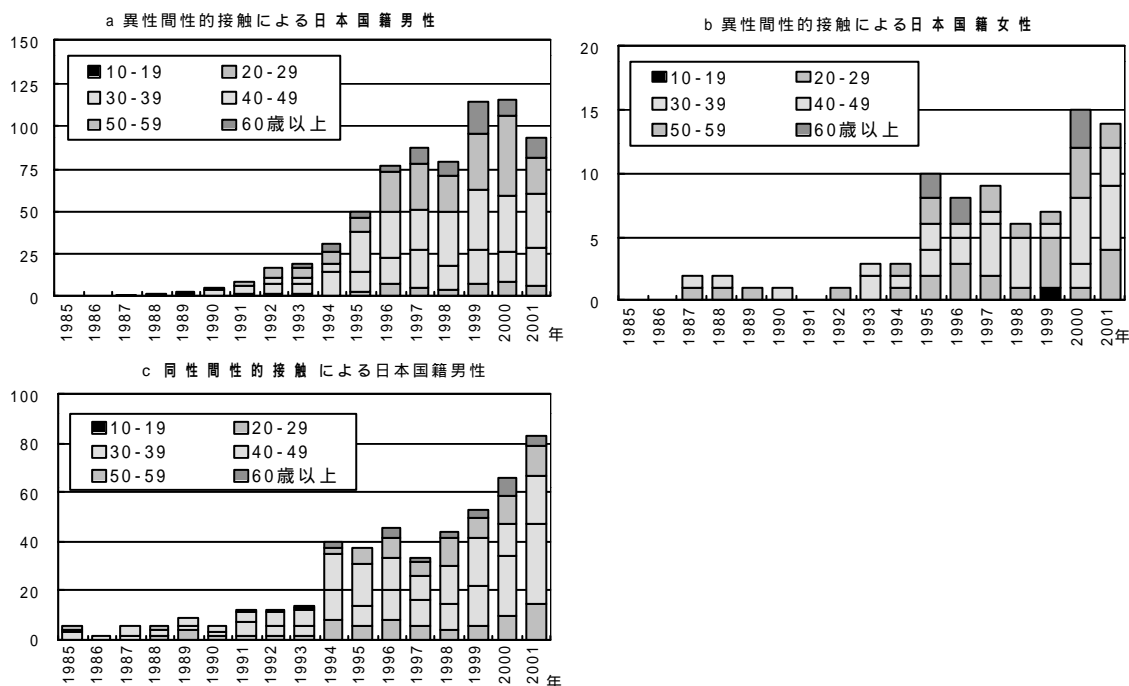
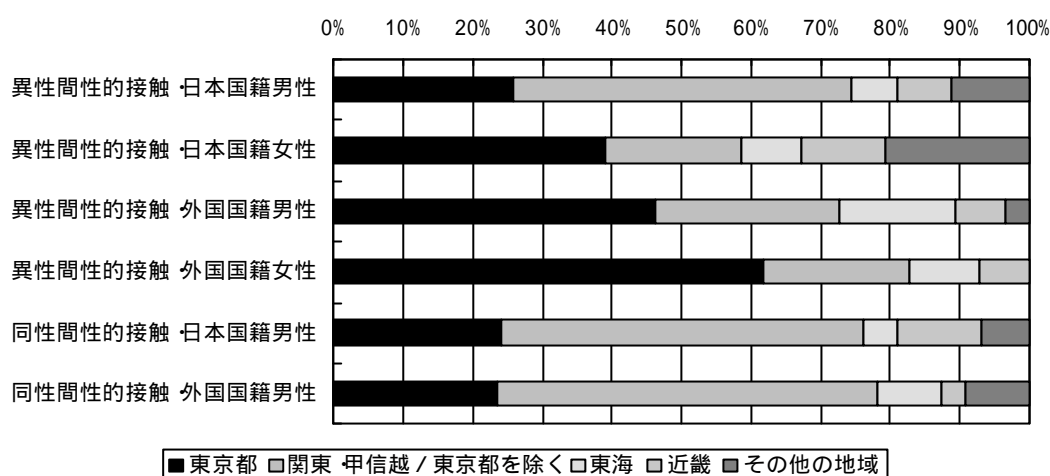


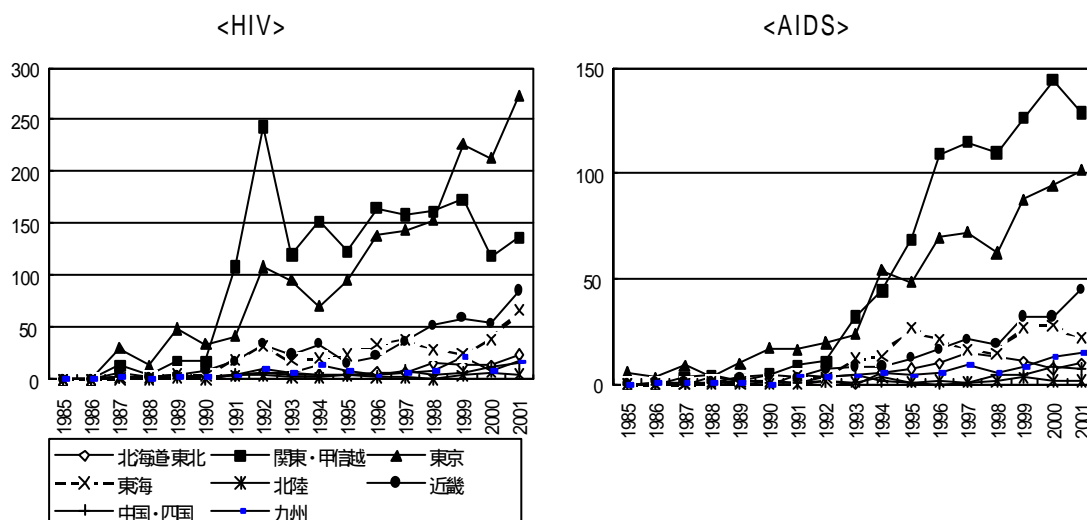
図 14. AIDS 患者の感染経路別、国籍別、性別の報告地の分布（累計）



4. 都道府県別の報告件数

HIV は、関東・甲信越ブロックで 2000 年に減少したが、2001 年は再び増加し、過去最高の 410 件となった。中でも東京都は 1998 年以降の増加が著しい。また近畿ブロック、東海ブロックでも増加が著しく、前年比 1.6-1.8 倍であった。北陸を除く他のブロックも報告数は少ないが、増加の兆しがある。AIDS は、東京都と近畿ブロックで増加していたが、他のブロックではほぼ横這いの状況であった(図 15)。人口 10 万対の累積報告件数は、全国では HIV 3.566(表 10-1)、AIDS 1.772(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、大阪府(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 15. 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（1653 件と 593 件）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、カリニ肺炎が 40-46%と最も多く、カンジダ、HIV 消耗性症候群が 12-24%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 7.7 %であるのに対し、外国国籍例では、14.0%とほぼ 2 倍になっている。また、サイトメガロウイルス感染症は日本国籍例の 10.3%に比して、外国国籍例では 4.4%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 2001 年 12 月 31 日までに厚生労働省に報告された病変死亡例は 126 件で、この内、日本国籍男性が 92 件、女性が 9 件、計 101 件、外国国籍男性が 15 件、女性が 10 件、計 25 件である。2001 年 12 月末までに 722 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。2001 年中の報告は日本国籍男性が 30 件、女性が 4 件、計 34 件、外国国籍男性が 4 件、女性が 5 件、計 9 件である。

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

2001 年の HIV 感染者、AIDS 患者報告件数および年次動向の特徴をまとめると以下のものであった。

(1) HIV 感染者の報告件数は、1996 年以降増加を続け、2000 年に低下を示したが、2001 年は再び増加し、過去最高の報告数（621 件）となった。

報告された HIV 感染者の 84.9%が性的接触による感染（異性間 34.3%、同性間 50.6%）76.5%が日本国籍男性、77.9%が推定感染地域は国内であった。

日本国籍男性（475 件）の HIV 感染者では、異性間および同性間の性的接触による報告が増加し（各々 25 件、97 件の増加）、性感染による報告が 89.7%を占めていた。

(2) AIDS 患者の報告数は 332 件で過去最高となった。日本国籍が 15 件減少し、外国国籍が 18 件増加した。感染経路別では日本国籍の同性間の性的接触、および外国国籍の不明の増加が目立った。

(3) HIV 感染者、AIDS 患者ともに、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。

(4)2001 年の報告数に占める外国国籍例の割合は、HIV 感染者では 15.5%、AIDS 患者では 26.2%で、いずれも東南アジアが最も多く、ラテンアメリカ、サハラ以南アフリカが多い。外国籍 HIV 感染者報告数は漸減傾向にあるが、AIDS 患者は男性で漸増傾向にある。

(5)報告数が最も多い年齢層は、HIV 感染者では、日本国籍男性 25-29 歳、日本国籍女性 20-24 歳、外国国籍例の男女ともに 30-34 歳であり、特に日本国籍男性の同性間性的接触による感染が急増している。AIDS 患者では、日本国籍男性が 30-34 歳と 45-49 歳にピークを示し、前者は主に同性間性的接触による感染で、後者は主に異性間性的接触による感染である。

(6)推定感染地域は国内感染が大半であり、日本国籍例では HIV 感染者の 85.7%、AIDS 患者の 75.5%が国内感染である。

(7)報告地は、HIV 感染者では北陸を除くすべての地域で報告数が増加し、東京、近畿、東海ブロックが特に目立った。また、東京、近畿ブロックでは AIDS 患者の報告数も増加している。

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た流行拡大が続いており、特に同性間の感染が急増している。これらの状況をふまえて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。報告数の多い東京および他の関東・甲信越ブロックに加え、近畿・東海ブロックでも報告数の増加が著しく、地域の状況に応じた機敏な対策の展開が望まれる。また、静注薬物濫用と母子感染は少数ながら報告されており、引き続き監視を行うとともに、これらの特性に配慮した対策が必要である。

なお、現行のエイズ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。