

## カウンセリング体制の現状把握と充実に関する研究

グループ長：兒玉憲一（広島大学保健管理センター）

班員：池上千寿子（ぶれいす東京）石原美和（国立国際医療センターエイズ治療・研究開発センター）  
山形操六（エイズ予防財団）山中京子（東京都衛生局医療福祉部エイズ対策室）

研究協力者：生島嗣（ぶれいす東京）池田和子（国立国際医療センター）磯本明彦（北里大学）

乾吉祐（専修大学）岡慎一（国立国際医療センター）笠原敏彦（同）

倉田早絵子（ぶれいす東京）齊藤祐治（同）桜井賢樹（エイズ予防財団）徐淑子（広島大学）

高田知恵子（群馬社会福祉短期大学）高野操（国立国際医療センター）鶴光代（福岡教育大学）

中田潤子（国立国際医療センター）野坂祐子（お茶の水大学大学院）東優子（エイズ予防財団）

森田眞子（同）吉田茂美（ぶれいす東京）松本智子（慶応義塾大学）山田治（川崎医科大学）

### A 研究目的

本年度は、「すべての HIV感染者/AIDS患者（以下、感染者）にカウンセリング・サービスが行き届く体制づくり」を共通テーマに掲げ、2つの研究では、すでに整備されたカウンセリング資源の有効な活用を促すための条件を明らかにするために、サービスを利用する感染者や医師の意識や利用行動などを調査した。もう2つの研究では、わが国のカウンセリング体制をさらに拡充するために、コーディネーターと精神科医の連携方法や専門カウンセラーの養成方法を検討した。

### B. 研究方法

#### 1) 調査研究法

感染者及び医師を対象に、心理社会的なサポート資源に対する意識や利用行動や評価について質問紙調査及び面接調査を行った（研究1、2）。

#### 2) 事例研究法

精神症状を抱える感染者に対するコーディネーターの役割に関して事例研究を行った。また、臨床心理士やソーシャル・ワーカーなどの専門カウンセラーの養成方法を検討するために、カウンセラーに焦点を当てた事例研究を行った（研究3、4）。

### C. 研究成果

#### 1) 研究1の研究成果

HIV陽性者のサポート資源のうち、カウンセラー、ソーシャルワーカー、コーディネーター、ターナーズなどの専門職、および家族、NGO

スタッフ、友人などの非専門職を陽性者がどのように認知、利用、評価、期待しているかを調査した。質問紙調査によると、回答者の陽性者の大半が専門職の存在を知っていた。ただし、自分の通う病院にいると答えた人は半数にみたなかった（表1参照）。回答者をソーシャルサポート尺度得点で低サポート群と高サポート群に分けると、高サポート群では「パートナー」「カウンセラー」など心理・対人関係面の問題を相談する相手を持ち、問題に応じたサポート資源を動員していた。8名の陽性者に対する面接調査では、「分業型」の相談システムやサポート資源のコーディネート機能の充実が課題とわかった。「ぶれいす東京」の相談活動の分析によると、治療法の進歩や支援体制の強化に伴い陽性者のニーズが、「ターミナルに向けての心的支援」から「生活支援」や「意思決定支援」に重点が移行していた。

#### 2) 研究2の成果

質問紙調査を通して、HIV診療に携わる医師のカウンセリングやカウンセラーに対する意識、実際にカウンセラーを導入している医師の利用行動およびカウンセラーに対する評価、導入していない医師のそれに代わる対処方法などを明らかにした。多くの医師がカウンセリングの有用性を認識していたが、具体的なイメージが乏しいために実際には利用できていないことがわかり、カウンセリング利用に関する具体的な情報を提供する必要性が

明らかになった。一方、心理社会的問題を抱える感染者の援助のためにカウンセリングを利用した医師の多くは、カウンセラーの活動を概ね肯定的に評価をしていた。

### 3) 研究3の成果

HIV/AIDS患者のメンタルヘルスの諸問題に介入するコーディネーターにはどのような役割が求められているのかという問題を、精神科医と連携した19症例をもとに検討した。その結果、患者本人を説得して精神科受診の同意を得る、患者が定期的に受診できるように援助する、HIV診療科と精神科等との情報交換や合意のための調整を行う、さらには家族等の周囲のサポート体制を形成していくといった役割が明らかになった。

### 4) 研究4の成果

臨床心理士(CP)やソーシャルワーカー(SW)が専門カウンセラーとして有効に機能するための条件を明らかにするために事例研究を行い、専門カウンセラーを養成するための学部

及び大学院レベルでの教育カリキュラムを検討した。その結果、医療体制、理論・概念、技法の3領域で有効な専門カウンセラーの条件が明らかになった。また、医療保健福祉の各分野で実務経験を積んだ人々をリカレント夜間大学院で専門カウンセラーとして再教育するカリキュラム案を提出した。

### D. 考察

各研究の今後の研究上の課題を掲げて結びとしたい。研究1では、他の地域での多様な陽性者に関する同様の研究を行い、その結果との比較検討を行う必要がある。研究2では、次に直接的利用者である患者等を対象にカウンセリングに関する意識や評価を調査し、今回の結果と比較検討する必要がある。研究3では、もっと多くの症例を収集し、さらに広い視野でコーディネーターのカウンセリングにおける役割を検討する必要がある。研究4では、今回呈示したカリキュラム案を実現していくために関係学会・団体とともに検討を重ねていく必要がある。

n=50

	①カウンセラー		②コーディネーター		③ソーシャルワーカー		④自治体の福祉担当者	
	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
●上に上げた専門職の存在を								
知らない	5	10.0	15	30.0	2	4.0	6	12.0
●専門職等の存在を知ったきっかけ								
主治医	14	28.0	8	16.0	12	24.0	6	12.0
看護婦	3	6.0	6	12.0	9	18.0	3	6.0
他のHIV陽性者	1	2.0	1	2.0	2	4.0	2	4.0
ボランティア	5	10.0	2	4.0	4	8.0	4	8.0
パートナー・家族・友人	1	2.0	1	2.0	2	4.0	0	0.0
都道府県・市・区	1	2.0	0	0.0	1	2.0	7	14.0
本・パンフレット	4	8.0	0	0.0	3	6.0	3	6.0
マスコミ	3	6.0	0	0.0	1	2.0	1	2.0
●アクセシビリティ								
病院にいる	20	40.0	19	38.0	30	60.0		
いない	15	30.0	11	22.0	9	18.0		
病院にいるかないか不明	11	22.0	13	26.0	7	14.0		
●利用経験の有無								
相談したことがある	15	30.0	14	28.0	28	56.0	14	28.0

表1 専門職等の周知状況及びアクセシビリティ

## H I V感染者数とA I D S患者数の将来推計に関する研究

### —将来予測グループの平成10年度研究報告—

グループ長：橋本修二（東京大学大学院医学系研究科健康科学・看護学専攻）

班 員：福富和夫（国立公衆衛生院特別研究員）

研究協力者：中村好一（自治医科大学公衆衛生学教室）

松山 裕（東京大学大学院医学系研究科健康科学・看護学専攻）

城所敏英（中野区保健衛生部保健計画課）

鎌倉光宏（慶應義塾大学医学部衛生学公衆衛生学）

梅田珠実（国立感染症研究所国際協力室）

木村博和（横浜市立大学医学部公衆衛生学）

木村 哲（東京大学大学院医学系研究科感染症内科）

市川誠一（神奈川県立衛生短期大学衛生技術科公衆衛生学研究室）

岡 慎一（国立国際医療センターエイズ治療・研究開発センター）

**研究要旨** 将来予測グループの3年間の研究目的・計画に沿って、昨年度の近未来予測準備の検討結果を踏まえて、本年度は5年先の2003年末までの近未来予測を行った。とくに全国のみでなく、地域ブロック別予測も試みた。なお、凝固因子製剤による感染は対象外である。日本国籍のH I V感染者時点有病数はエイズサーベイランスのH I V感染者報告数の推移（1992年末を節とする折れ線で推定）とH I V感染報告の捕捉率（転症例に基づき1/5.1と推定）から推計・予測した。1998年末で7300人（95%信頼区間6000～8700人）と推計され、2003年末で15400人（同、12600～18300人）と予測された。外国国籍のH I V感染者時点有病数は、1993年以降一定という仮定の下で700人（同、400～1000人）と予測された。日本国籍のA I D S患者累積数はH I V感染者数予測値とA I D S発病の潜伏期間（最近の抗H I V治療の受療・未受療別に想定）から推計・予測した。1998年末で925人と報告されており、2003年末では3300人（同、2700～4000人）と予測された。外国国籍のA I D S患者累積数は1998年末で361人と報告されており、2003年末では900人（同、800～1000人）と予測された。地域ブロック別予測としては、2003年末のH I V感染者時点有病数は、日本国籍では8地域ブロックで100人から6300人、外国国籍では100人未満から400人と予測され、A I D S患者累積数は日本国籍では100人未満から1300人、外国国籍では100人未満から400人と予測された。

#### A. 研究目的

##### 1. 3年間の研究目的

将来予測グループの研究目的は、昨年度に確定・報告した通り、わが国のH I V感染者数とA I D S患者数の将来予測およびそのための検討を行うことである。なお、凝固因子製剤によ

る感染は対象外である。将来予測にも、5年程度先の近未来と中長期的な展望を対象とするものがあり、両者は当然のことながら考え方自体にも大きな違いがある。近未来の予測については、現在までの推移傾向の外挿が基礎となるもので、従来から研究がかなり進んでおり、ある

程度の確度をもって予測可能な段階にあると考えられる。また、行政などの基礎資料としても有用性が高いことから、実際に予測値を提示することが必要といえる。一方、中長期展望については、近未来予測と異なり、今後、実施される対策の効果を加味することが必要である。そのためには、非感染者から感染者、患者、死亡に至る流れをモデル化するとともに、その各段階における対策の今後の実施状況と効果をシナリオとして画くことが求められる。現在、それに必要な情報や方法上の検討がなお十分とはいえない。

将来予測に関する基礎的検討は、基礎資料の検討と予測方法の検討に大別される。基礎資料としては、エイズサーベイランス報告とそれ以外の情報があるが、将来予測には前者が中心的、後者が補助的な役割を果たすものと考えられる。エイズサーベイランス報告の検討としては、推移傾向、報告の遅れ、HIV感染報告の捕捉率などがある。これらの検討の必要性はいうまでもないが、とくに刻々と変化している現状では、その変化に応じて検討を進めることが重要である。とくに、多くの先進諸国では新たな感染者数または患者数の減少が報告されており、そのような頭打ち現象の確認は最も重要な課題といえる。エイズサーベイランス報告以外の情報の検討としては、各種の調査結果に基づくエイズサーベイランス報告の妥当性、文献などによる潜伏期間と生存率などがある。一方、予測方法としては、前述の通り、近未来と中長期展望では全く異なるものと考えられる。近未来予測方法については、これまでの検討は全国を対象としたものであり、地域別を含む予測方法は検討されていない。また、中長期展望方法は一部の枠組みのみが検討されているに止まっている。

## 2. 3年間の研究計画

これらの研究課題の中で、近未来予測・中長

期展望の実施およびそれらの予測方法の検討は、本研究班では本グループが担当し、他のグループの研究と重複することはないとみてよい。一方、将来予測のための基礎資料の検討は、他のグループの研究と一部重複する可能性も考えられる。そこで、疫学情報の総合的評価・分析に関する4グループ（将来予測グループ、国内疫学情報の解析グループ、国際疫学情報の解析グループ、医療に関する情報の解析グループ）の間で、研究計画を調整し、将来予測のための基礎資料の検討を、本グループが中心となる課題、他のグループが中心となる課題、共同して進める課題に分けることとした。エイズサーベイランス報告に基づく推移傾向、報告の遅れとHIV感染報告の捕捉率の検討は本グループが中心となる課題とした。その地域間差、および、エイズサーベイランス報告以外の検討は他のグループが中心となる課題、文献などによる潜伏期間と生存率は4グループの共同研究とした。また、中長期展望に関する基礎資料については、必要に応じて、4グループおよびそれ以外のグループとの共同研究として進めることとした。

将来予測グループの3年間の研究計画としては、平成9年度、将来予測に関する基礎的検討、とくに、近未来予測に関する部分を優先して進める。10年度、その結果を基礎にして、実際に、わが国の感染者数と患者数の近未来予測（地域別を含む）を行う。近未来としては、5年程度先を想定する。また、同時に、中長期展望に関する基礎的検討を進める。11年度、その結果を踏まえて、具体的な中長期展望を試みる。中長期とは10～20年程度先を想定する。また、3年間の研究の成果と問題点をまとめ、今後の課題を明確にする。

## 3. 本年度の研究目的

昨年度、前述の研究計画通り、将来予測に関する基礎的検討を行った。とくに、①1995年実

施の予測値の吟味を行い、主な基礎資料であるエイズサーベイランス報告の検討として、②報告数の推移傾向の観察（頭打ち現象に注目）、③報告の遅れの検討、④転症例に基づくHIV感染報告捕捉率の検討を行った。これらの検討を通してすべての課題が明らかになったわけではないが、本年度実施予定の近未来予測（地域別を含む）に対する準備がある程度完了したと考えられる。

本年度の研究目的は、前述の通り、わが国の感染者数と患者数の近未来予測（地域別を含む）を行うこととした。2003年末時点（5年先）における全国のHIV感染者時点有病数とAIDS患者累積数、および、それらの95%信頼区間を算定した。また、8地域ブロック別の算定を試みた。予測方法としては、昨年度の検討結果を踏まえて、感染者数の推移に、従来の直線モデルでなく、1992年末を節とする折れ線モデルを採用した。また、患者数予測にあたっては、治療法の改善に伴う潜伏期間の変化を考慮した。なお、中長期展望に関する基礎的検討も行ったが、その検討結果は次年度の試算結果と一緒に報告することとし、ここでは省略する。

これらの研究以外に、疫学情報の総合評価・分析に関する4グループとして、4つの共同研究（文献からの疫学情報の収集・解析、他のグループの研究への提案、エイズサーベイランス報告票の検討、デルファイ調査）を実施した。また、この4グループと他のグループ（MSMに関する研究Iグループ、臨床疫学的研究グループ、新来外国人研究グループ）との間の共同研究に参画した。

## B. 研究方法

### 1. 基礎資料

#### （1）エイズサーベイランス報告

基礎資料としては、1998年末までのエイズサーベイランス報告とした。HIV感染者2913人

（日本国籍1598人、外国国籍1315人）、AIDS患者1286人（日本国籍925人、外国国籍361人）を対象とし、国籍、地域ブロック、感染経路、診断時期を用いた。診断時期は2か月単位に区分し、1985年1・2月（それ以前を若干含む）から1998年11・12月までの84区分とした。

地域ブロックとしては、平成9年エイズ発生動向年報の8区分を用いた。すなわち、北海道・東北ブロック（北海道、青森県、岩手県、宮城県、秋田県、山形県、福島県）、関東・甲信越ブロック（東京都を除く）（茨城県、栃木県、群馬県、埼玉県、千葉県、神奈川県、新潟県、山梨県、長野県）、東京都ブロック（東京都）、東海ブロック（岐阜県、静岡県、愛知県、三重県）、北陸ブロック（富山県、福井県、石川県）、近畿ブロック（滋賀県、京都府、大阪府、兵庫県、奈良県、和歌山県）、中国・四国ブロック（鳥取県、島根県、岡山県、広島県、山口県、徳島県、香川県、愛媛県、高知県）、九州ブロック（福岡県、佐賀県、長崎県、熊本県、大分県、宮崎県、鹿児島県、沖縄県）である。

感染経路としては、異性間性的接触の男と女、同性間性的接触（両性間性的接触を含む）の男、その他の経路の4区分とした。経路不明の報告数については、HIV感染者・AIDS患者、国籍、性、年次ごとに、4つの感染経路の報告数に比例按分し、各感染経路に加えた。報告の遅れとしては、診断時を含む観察期間内（2か月）に報告される件数は次の2か月間を含むその90%程度であり、また、それ以上の報告遅れはきわめて少ないことから、最終の観察期間（1998年11・12月）の報告数のみを0.9で除して調整した。これらの感染経路不明と報告遅れに関する調整を加えたものを、報告値と区別するために、調整値と呼ぶ。

#### （2）HIV感染報告の捕捉率

HIV感染報告の捕捉率は、転症例数／患者

数により推定した値(1/5.1)を用いた。転症例と患者としては、エイズ予防法施行以降(1989年2月)に報告され、かつ、1996年末までに診断された日本国籍者に限定した。なお、転症例とは、HIV感染報告後に、病変報告(AIDSまたは死亡)がなされた者である(HIV感染報告と病変報告が同時になされた者は含まれない)。エイズ予防法施行以降の報告例に限定したのは、それ以前のエイズサーベイランス報告では初回報告と病変報告が区別されていないためである。1996年末までの診断例に限定したのは、昨年度の検討結果から、初回報告と病変報告の遅れの違いを考慮して、診断時点を資料の報告年次より前に設定する必要があるためである。また、日本国籍者に限定したのは、外国国籍者では、AIDSを発病する前に帰国する者が多いために、転症例に基づいてHIV感染報告の捕捉率を推定できないためである。

表1に、転症例数、患者数とHIV感染報告の捕捉率の年次推移を示す。1996年末までに診断された日本国籍の転症例数は111人、患者数は570人であり、転症例数/患者数は前述の1/5.1となる。なお、1997年、1998年では、HIV感染報告の捕捉率の推定値がかなり低いが、これには、病変報告の遅れが関係していると考えられる。

### (3) 最近の抗HIV治療の受療者割合

最近の抗HIV治療の受療者割合としては、1995年まで0%、1996年から直線的に上昇し、1999年にHIV感染報告の捕捉率(1/5.1)と一致し、その後2003年まで一定と仮定した。最近の抗HIV治療の受療者割合が1996年から上昇と仮定したのは、わが国の抗HIV薬剤の認可・普及状況を考慮したものである。1999年にHIV感染報告の捕捉率と一致すると仮定したのは、医療機関で受療したHIV感染者のほとんどがエイズサーベイランスに報告されるため

ある。また、1999年以降一定という仮定は、先のHIV感染報告の捕捉率が一定という仮定に合わせたものである。

### (4) AIDS発病の潜伏期間

最近の抗HIV治療を受療していないHIV感染者におけるAIDS発病の潜伏期間は、WHO実施のエイズ予測、および、わが国の1995年実施のエイズ予測に使用したのものを用いた。この累積発病率は5年で15%、10年で50%、20年で90%である。

最近の抗HIV治療を受療したHIV感染者におけるAIDS発病の潜伏期間としては、受療していない者のAIDS発病率の1/2と仮定した。また、受療者のAIDS発病率については、2つの極端なケース(未受療者の発病率と同じ、AIDS発病しない)についても計算を行い、この仮定の影響程度を評価した。このような対応を行ったのは、最近の抗HIV治療受療者のAIDS発病率が短期的にはかなり低くなると報告されていること、および、長期的なAIDS発病率がまだ得られていないことのためである。なお、後述するように、受療者のAIDS発病率に関する仮定と2つの極端なケースの間で、AIDS患者数の予測値はそれほど大きく異ならなかった。

## 2. 全国の予測方法

### (1) HIV感染者の時点有病数

日本国籍のHIV感染者時点有病数の予測方法を示す。HIV感染者の罹患数としては、感染経路ごとに、1985~1998年末までの2か月単位のHIV感染者罹患数に、傾向線を最小2乗法で当てはめて、それを外挿して2003年末まで予測値を算定した。1995年~1998年末までのHIV感染者罹患数は、HIV感染者報告数をHIV感染報告の捕捉率(1/5.1)で除して算定した。傾向線としては、1992年末を節とする折

れ線を仮定した。折れ線を仮定したのは、1985～1990年、1993～1998年のそれぞれの期間では、H I V感染者報告数にほぼ直線的な増加傾向があったためである。節を1992年と仮定したのは、1993年以前の外国国籍のH I V感染者報告数の急激な変化を考慮したためである。なお、1992年末の節を1991年末あるいは1993年末にしても、傾向線の当てはまりに大差はなく、また、H I V感染者罹患数の予測値もそれほど極端に大きく変化しなかった。H I V感染者時点有病数の予測値は、その時点までのH I V感染者罹患数の予測値（前述）を累積し、それからA I D S患者累積数予測値を引いて算定した。A I D S患者累積数予測値については、後述する。

H I V感染者時点有病数の予測値の95%信頼区間には、2つの変動因を含めた。第1の変動因はH I V感染報告の捕捉率の不確実性であり、その分散は2項分布に基づいて定めた。第2の変動因はH I V感染者報告数と傾向線との不一致であり、その分散を両者の残差から求めた。この2つの変動が互いに独立という仮定の下で、合併した分散を推定し、H I V感染者時点有病数の予測値の信頼区間を正規近似により算定した。

外国国籍のH I V感染者時点有病数の予測方法を示す。H I V感染者報告数は1992年末までは、既に報告した通り急激な変動があり、1993年以降はほぼ一定傾向であった。そこで、H I V感染者時点有病数は1993年以降一定と仮定し、その予測値は1993年～1998年末までの平均年間H I V感染者報告数をH I V感染報告の捕捉率で除して求めた。H I V感染報告の捕捉率は、前述のように外国国籍では転症例に基づく推定ができないことから、日本国籍と同じと仮定し、日本国籍のそれを用いた。H I V感染者時点有病数の予測値の95%信頼区間には、H I V感染報告の捕捉率の不確実性という変動因を含めた。その分散を2項分布に基づいて推定し、H I V

感染者時点有病数の予測値の信頼区間を正規近似により算定した。

## (2) A I D S患者の累積数

日本国籍のA I D S患者累積数の予測方法を示す。A I D S患者罹患数としては、感染経路ごとに、前述のH I V感染者罹患数の予測値とA I D S発病の潜伏期間から算定した。A I D S発病の潜伏期間としては、最近の抗H I V治療の受療の有無で異なることとし、前述の通り、未受療者のA I D S発病率はWHO実施予測とわが国の1995年実施予測で使用したものをを用い、受療者では未受療者のその1/2と仮定した。なお、極端な2つのケース（受療者のA I D S発病率が未受療者のそれと同じ、受療者はA I D S発病しない）も計算を行った。A I D S患者累積数の予測値は、2003年末までの各時点ごとに、A I D S患者罹患数の予測値を累積して算定した。A I D S患者累積数の予測値の95%信頼区間は、H I V感染者数の予測値の変動により生ずるという仮定の下で算定した。

また、H I V感染者数とA I D S患者数の予測方法の妥当性を吟味するために、A I D S患者累積数について、1998年末時点のまで予測値（以下、計算値と呼ぶ）と報告値を比較した。なお、前述の通り、A I D S患者累積数の予測では、A I D S患者報告数を使用していない。

外国国籍のA I D S患者累積数の予測方法を示す。A I D S患者罹患数としては、1985～1998年末までの2か月単位のA I D S患者報告数に、傾向線を最小2乗法で当てはめて、それを外挿して2003年末まで予測値を算定した。傾向線としては、日本国籍のH I V感染者数の予測と同様に、1992年末を節とする折れ線を仮定した。なお、この予測は感染経路別にしていないが、これは、感染経路別のA I D S患者報告数が少なく、また、感染経路不明が多いためである。A I D S患者累積数の予測値は、2003年末

までの各時点ごとに、AIDS患者罹患数の予測値を累積して算定した。AIDS患者累積数の予測値の95%信頼区間は、AIDS患者報告数と傾向線との不一致を変動因とし、両者の残差から推定した分散を用いて、正規近似により算定した。

### 3. 地域ブロック別の予測方法

地域ブロック別のHIV感染者時点有病数の予測値、および、外国国籍のAIDS患者累積数の予測値は、全国の予測値を、1998年末までの地域ブロック別報告数で比例配分して算定した。なお、外国国籍のHIV感染者時点有病数の予測値では、1993年以前の報告数に大きな変動があるゆえ（全国の予測でも1993年以降の報告数のみを利用）、1993～1998年末までの地域ブロック別報告数に基づいて比例配分した。日本国籍のAIDS患者累積数の予測値は、地域ブロック別HIV感染者罹患数の割合が年次を通して一定という仮定の下で、全国の予測値に基づいて算定した。

このような予測方法を採用したのは、地域ブロック別にみると、関東・甲信越ブロック（東京都を除く）と東京都ブロックを除くと、HIV感染者報告数、AIDS患者報告数ともに少ないためである。それゆえ、全国の予測方法と同様に、感染経路別のHIV感染者報告数とAIDS患者報告数に基づいて、地域ブロック別の予測を行うと、予測結果がきわめて不安定となり、また、地域ブロック別予測値の合計は全国値に一致しなくなる。したがって、本予測は試みと位置づけられるものと考えられる。

## C. 研究結果

### 1. 全国の報告数の推移

図1に、国籍別のHIV感染者報告数を2か月単位に示す。なお、点線は、参考のために示した報告数の傾向線（日本国籍では、1992年末

を節とする折れ線で、感染経路別報告数に最小2乗法で当てはめたものの感染経路合計であり、外国国籍では1993年以降の平均値である）である。日本国籍のHIV感染者報告数は、1985～1990年、1993～1998年のそれぞれの期間では、ほぼ直線的に増加していた。1993～1998年における増加の傾きは、1985～1990年のそれよりもかなり大きかった。外国国籍のHIV感染者報告数は、1992年までは急激に増加・減少していたが、1993年以降はほぼ一定であった。日本国籍、外国国籍ともに、傾向線は報告数の推移に比較的よく一致していた。

図2に、国籍別のAIDS患者報告数を2か月単位に示す。なお、点線は、参考のために示したもので、日本国籍ではHIV感染者数と潜伏期間から算定した計算数、外国国籍では報告数の傾向線（1992年末を節とする折れ線で、報告数に最小2乗法で当てはめたもの）である。日本国籍のAIDS患者報告数は、1996年までは急激に増加していたが、1997年以降はほぼ一定であった。なお、日本国籍のAIDS患者報告には遅れがあることから、過小評価の可能性があることに注意を要する。計算数（点線）は1996年までは報告数と比較的よく一致していたが、1997年以降も上昇し、報告数よりもかなり多い傾向であった。外国国籍のAIDS患者報告数は、ほぼ直線的に増加しており、傾向線は報告数に比較的よく一致していた。

### 2. 全国の予測値

表2にHIV感染者時点有病数の予測値、図3にその予測値の推移を示す。日本国籍では、1998年末のHIV感染者時点有病数は、7300人（95%信頼区間6000～8700人）と推計された。2003年末のHIV感染者時点有病数の予測値は、15400人（95%信頼区間12600～18300人）であった。外国国籍では、HIV感染者時点有病数は、1993年以降一定と仮定したゆえ、いずれの時点



でも、700人（95%信頼区間400～1000人）と推計・予測された。

表3にAIDS患者累積数の予測値、図4にその予測値の推移を示す。日本国籍では、1998年末のAIDS患者累積数は、報告値925人、計算値1000人であった。2003年末のAIDS患者累積数の予測値は、3300人（95%信頼区間2700～4000人）であった。外国国籍では、AIDS患者累積数は、1998年末の報告値が361人であり、2003年末の予測値が900人（95%信頼区間800～1000人）であった。

表4に、治療効果別のAIDS患者累積数を示す。1998年末のAIDS患者累積数の計算値は、3つのケース（最近の抗HIV治療受療者のAIDS発病率は未受療者のそれと同じ、未受療者のその1/2、受療者はAIDS発病しない）で大きな違いはなかった。2003年末のAIDS患者累積数の予測値は、3つのケースで、3000～3600人となった。先の図2に示したように、受療者のAIDS発病率が未受療者のその1/2と仮定した場合、AIDS患者罹患数の計算値は上昇していたが、他の2つのケースでも同様に、AIDS患者罹患数の計算値は上昇していた（図示していない）。

### 3. 地域ブロック別の報告数の推移

図5に、地域ブロック別のHIV感染者報告数を1年単位で示す。日本国籍、外国国籍ともに、HIV感染者報告数は、関東・甲信越（東京都を除く）と東京都ブロックが多く、比較的類似した推移傾向であった。他の地域ブロックでは、HIV感染者報告数は少なかった。

図6に、地域ブロック別のAIDS患者報告数を1年単位で示す。日本国籍では、AIDS患者報告数は、関東・甲信越（東京都を除く）と東京都ブロックが多く、1996年まで急激に上昇、その後頭打ちという比較的類似した推移傾向であった。他の地域ブロックでは、AIDS

患者報告数は少なかった。外国国籍でも、関東・甲信越（東京都を除く）ブロックが多く、1998年まで上昇傾向であった。他の地域ブロックでは、AIDS患者報告数は少なかった。

### 4. 地域ブロック別の予測値

表5に、地域ブロック別のHIV感染者時点有病数の予測値を示す。日本国籍では、1998年末のHIV感染者時点有病数は地域ブロックで100人未満から2900人と推計され、2003年末のそれは100人から6300人と予測された。外国国籍では、HIV感染者時点有病数は1993年以降一定と仮定したゆえ、いずれの時点でも同じであり、地域ブロックで100人未満から400人と推計・予測された。

表6に、地域ブロック別のAIDS患者累積数の予測値を示す。日本国籍では、1998年末のAIDS患者累積数は報告値と計算値が比較的良好一致した（計算値の算定にはAIDS患者報告数を利用していない）。2003年末のAIDS患者累積数は、地域ブロックで100人未満から1300人と予測された。外国国籍では、AIDS患者累積数は、1998年末では地域ブロックで2～166人と報告され、2003年末では100人未満から400人と予測された。

## D. 考察

### 1. 基礎資料

予測のための主な基礎資料は、エイズサーベイランス報告、HIV感染報告の捕捉率、最近の抗HIV治療の受療者割合、AIDS発病の潜伏期間である。個々の基礎資料に関しては、「B. 研究方法」で考察したゆえ、ここでは主要な点のみを取り上げる。

HIV感染報告の捕捉率は、予測結果に最も大きな影響を与えるものである。ここでは、従来通り、転症例に基づいて推定したが、他に替わる適切な方法がないからである。なお、転症

例に基づく推定上の問題点については、既に詳しく議論されている。転症例に基づく推定に用いた資料として、1998年末までに報告された者の中から、1996年末までの診断例に限定した。これは、前述の通り、初回報告と病変報告の遅れの違いによる転症例の過小評価（HIV感染報告の捕捉率の過小評価）を避けるためである。今後も、HIV感染報告の捕捉率およびその推移の検討を継続することが、予測上、きわめて重要と考えられる。

AIDS発病の潜伏期間については、最近の抗HIV治療の受療の有無で異なるものと想定した。未受療者における潜伏期間は、1995年実施の予測と同じものを用いたが、1996年までAIDS患者累積数の報告値と計算値が比較的よく一致したことから、おおよそ妥当と考えられる。受療者における潜伏期間としては、まだ、長期的なAIDS発病状況が不明ゆえ、ここでは、未治療者のAIDS発病率の1/2と仮定した。今後、受療者のAIDS発病率に関する最新の情報に基づいて、修正することが重要であろう。なお、受療者のAIDS発病率については、極端な2つのケースも合わせて計算したが、この点は後で考察する。

## 2. 全国および地域ブロック別の予測方法

「B. 研究方法」で既に考察したゆえ、ここでは主要な点のみを取り上げる。

日本国籍のHIV感染者数については、罹患数推計値（報告数/HIV感染報告の捕捉率）に傾向線を当てはめて、その外挿により予測した。外挿法の使用は、報告数の最近の推移が比較的安定していることから、近未来予測方法としてはおおよそ妥当と考えられる。ただ、今後とも、HIV感染者報告数の推移を、頭打ち現象などを含めて注意深く観察することが重要と考えられ、その推移傾向に変化が見られた場合には直ちに予測の見直しを行う必要もあろう。

また、ここでは、HIV感染者報告数/HIV感染報告の捕捉率を罹患数の推計値とみたが、報告数は未発見有病数から出てくるものと想定して、未発見時点有病数の推計値とみることも考えられる。かりに、この想定が正しい場合、予測方法自体を大幅に変更することが必要となる。今後、この点を含めて、さらに予測方法の検討を進めることが重要と考えられる。

日本国籍のAIDS患者数については、HIV感染者数の予測値とAIDS発病の潜伏期間から予測を行い、予測方法の吟味として、その予測値とAIDS患者報告数との一致を確認した。この方法は、HIVの自然史、データの不確実性の観点から適切と考えられる。従来の予測方法と異なり、AIDS発病の潜伏期間を、最近の抗HIV治療の受療の有無で異なるものを想定し、HIV感染者の中の治療の受療者割合の推移を仮定した。この最近の抗HIV治療の受療者割合の推移は、医療機関を受療したHIV感染者のほとんどがエイズサーベイランスに報告されることから、1999年以降HIV感染報告の捕捉率の推移と同一とした。前述の通り、HIV感染報告の捕捉率の推移を今後も継続して検討し、その検討結果に応じて、受療者割合の推移も見直すことが重要であろう。

外国国籍のHIV感染者の時点有病数については、1993年以降一定と仮定し、1993～1998年末のHIV感染者の年間平均報告数をHIV感染報告の捕捉率で除して、2003年末まで予測した。HIV感染者の時点有病数が1993年以降一定という仮定は、同期間の報告数がほぼ一定傾向であったことによる。ただ、外国国籍のHIV感染者数は、出・入国者数などによって大きく影響を受けることから、その傾向の予測はきわめて困難である。外国国籍のHIV感染報告の捕捉率としては、日本国籍のそれと同じと仮定したが、それ以外に適切な方法がないからである。また、年間値により時点有病数を算定し

たが、本来は、滞在期間を考慮するべきである。出外国籍者の滞在期間はきわめて短く、1年以上の割合は1%程度ときわめて小さい。また、不法残留者数は1995年11月1日現在で28万人であり、年間入外国籍者数の7%程度と少ない。したがって、年間値による時点有病数の算定は過大評価しているかもしれない。外国国籍のAIDS患者数については、報告数に傾向線を当てはめて、外挿して予測した。これは、外国国籍者では出・入国がかなりあると考えられることから、日本国籍者のようにHIV感染者数からAIDS患者数を予測できないためである。

以上、現時点では、全国に対する本予測方法はある程度妥当なものと考えられるが、今後も、新たな情報や知見に応じて修正していく必要がある。

これまで、予測は全国のみを対象としてきたが、地域ブロック別の予測も重要性が高いと考えられる。そこで、地域ブロック別の予測を試みた。地域ブロック別の予測の困難性は、かなりの地域ブロックでは、HIV感染者報告数（感染経路別）がきわめて少ないことによるものである。かりに、その少ないHIV感染者報告数の推移に基づいて、全国と同様の方法で予測すると、予測結果がきわめて不安定になると考えられる。HIV感染者報告数の推移傾向は、地域ブロックでそれほど変わらない傾向であったことから、ここでは、地域ブロック別のHIV感染者罹患数が一定という仮定の下で、全国の予測値に基づいて地域ブロック別の予測を行った。したがって、本予測方法はある程度妥当なものとも考えられるが、本予測方法を1つの基礎と位置づけて、今後、さらに検討を進めることが重要であろう。

### 3. 全国および地域ブロック別の予測値

日本国籍のHIV感染者時点有病数は、1998年末で7300人と推計された。この推計値は、前

回の1995年実施の予測値よりもかなり多かった。この主な原因は、前回の予測の基礎資料としたHIV感染者報告数の1995年までの推移からは、1993年以降の上昇程度がそれ以前よりも大きいことが十分には判断できず、そのために、HIV感染者報告数の傾向線として、今回の予測における1992年末を節とする折れ線とせず、節のない直線としたためである。なお、前回予測におけるこの問題点は、昨年度に既に報告した通りである。

日本国籍のHIV感染者時点有病数は、5年先の2003年末には15400人と予測され、1998年末の2倍以上であった。この予測にもかなりの不確実性が伴うものの、近々、1万人を突破し、その後も継続して増加し続ける可能性が高いと考えられる。HIV感染予防対策を、より一層、進めることが求められるであろう。

日本国籍のAIDS患者累積数については、1996年末まで、計算値と報告値が比較的よく一致していた。これは、本予測方法と予測値（HIV感染者数を含む）の妥当性を示唆するものである。最近の抗HIV治療の受療の有無によるAIDS発病率に関する3つのケース（受療者のAIDS発病率は未受療者のそれと同じ、未受療者のその1/2、受療者はAIDS発病しない）の間で、1998年末の計算値に大きな差がなかった。また、いずれのケースの計算値にも、AIDS患者報告数に見られた最近の頭打ち現象（報告の遅れによる可能性あり）は見られず、上昇傾向を示した。これは、前述の通り、医療機関で受療したHIV感染者のほとんどがエイズサーベイランスに報告されると想定し（昨年度の報告による）、その捕捉率に従って、受療者割合を19%（未受療者が81%）と仮定したためである。かりに、最近、HIV感染報告の捕捉率がかなり上昇（それに伴い、受療者割合もかなり上昇）しているとするれば、AIDS患者の罹患数に、報告数で見られた頭打ち

現象が生ずることになる。この点は、将来予測上、さらに検討すべき最重要課題の1つと考えられる。

日本国籍のAIDS患者累積数は、2003年末で3300人と予測され、1998年末の3倍以上であった。この予測値の急激な上昇は、主に、1998年末のHIV感染者時点有病数の推計値に依存し、その後の予測値にはあまり依存しない。したがって、今後、HIV感染者の受療者割合がかなり大きく上昇しない限り、AIDS患者数の急上昇は避けられないものと考えられる。未受療・未発見・未自覚のHIV感染者に対するHIV検査と治療受療の促進が重要と考えられる。

外国国籍のHIV感染者時点有病数は700人と予測されたが、これには、前述した通り大きな不確実性がある。とくに、HIV感染報告の捕捉率を日本国籍と同じと仮定したが、それ以外に適切な方法がないためである。また、出・入国者数やそのHIV感染状況があまり極端に変化しないと想定しているが、根拠があるわけではない。外国国籍のAIDS患者累積数は2003年末で900人と予測されたが、HIV感染者時点有病数の予測値と同様に、大きな不確実性がある。今後とも、その動向を慎重に観察しつつ、必要に応じて随時見直すことが重要であろう。

地域ブロック別予測としては、前述の通りはじめての試みである。それゆえ、予測値の妥当

性は不明であり、1つの目安とみなすものと思われる。今後、予測方法の検討をより進めて、より確度の高い予測値を算定することが重要と考えられる。

## E. 結論

将来予測グループの研究目的と研究計画の通りに、2003年末までの近未来予測を行った。とくに、近年のHIV感染者報告数の上昇傾向を反映させるとともに、最近の抗HIV治療効果を考慮した。また、地域ブロック別の予測も試みた。

## F. 研究発表

### 1. 論文発表

- 1) Matsuyama Y, Hashimoto S, Ichikawa S, et al. The trends in the number of HIV-infected persons and AIDS cases based on HIV/AIDS surveillance data in Japan. Submitted to the International Journal of Epidemiology.
- 2) Hashimoto S, Matsumoto T, Nagai M, et al. Delays and continuation of hospital visits among HIV-infected persons and AIDS cases in Japan. Submitted to the Journal of Epidemiology.

図1 国籍別、HIV感染者報告数の推移

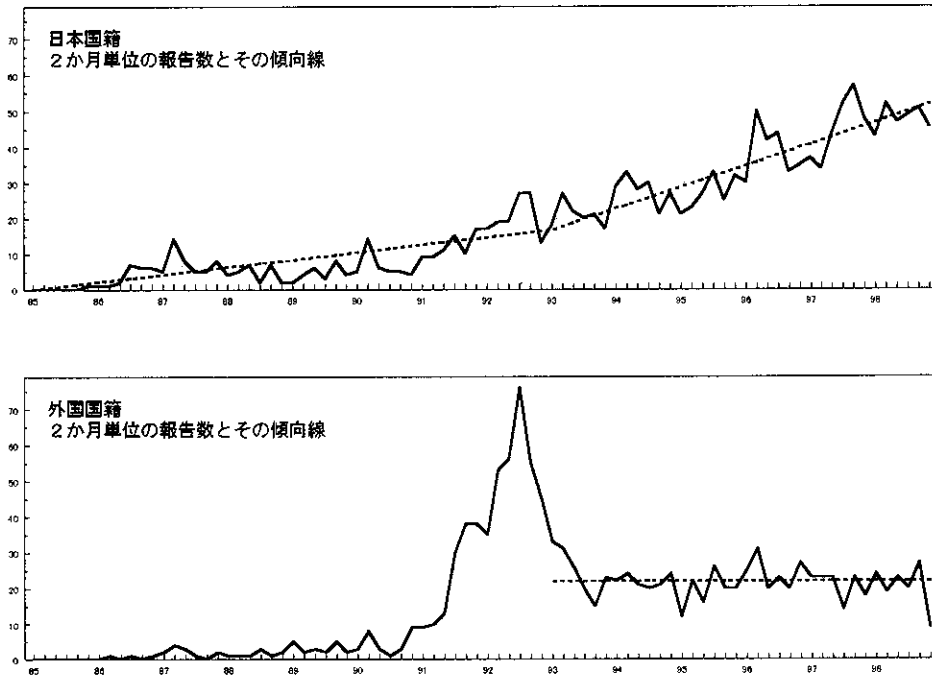


図2 国籍別、AIDS患者報告数の推移

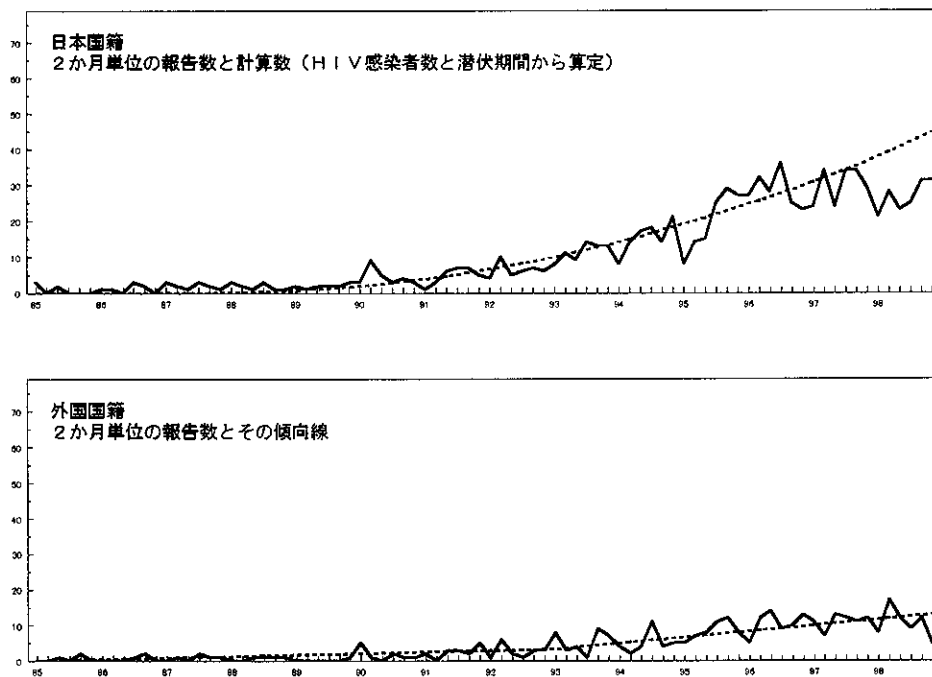


図3 国籍別、HIV感染者の時点有病数の予測値

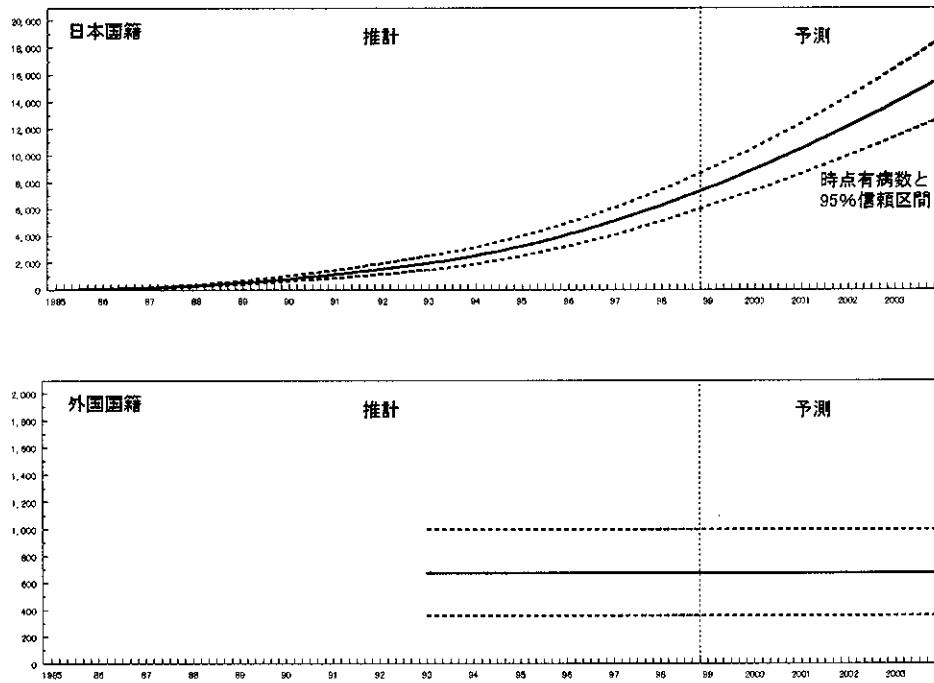


図4 国籍別、AIDS患者累積数の予測値

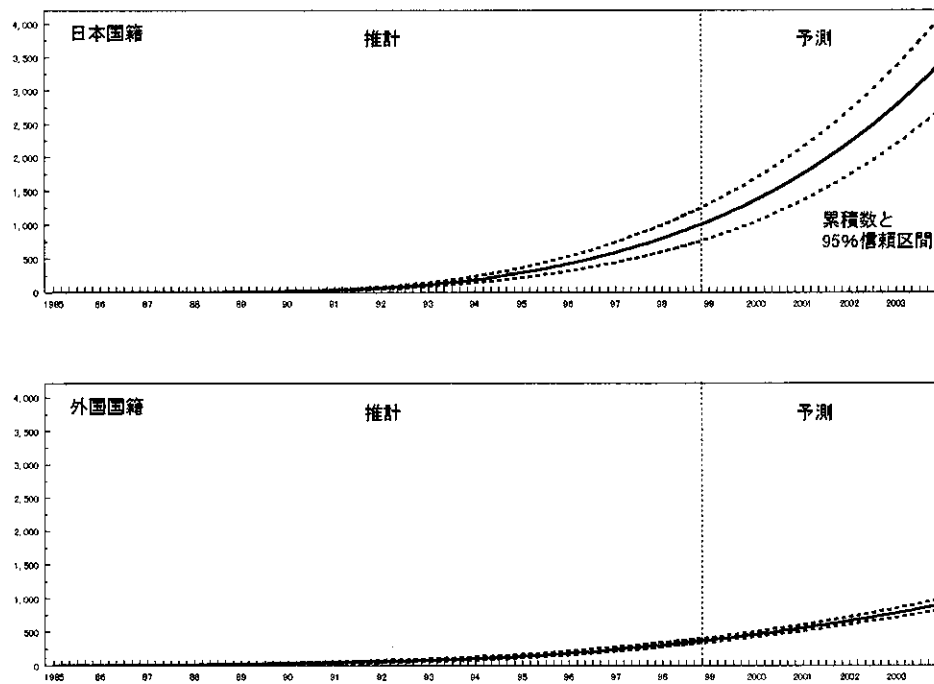


図5 国籍・地域ブロック別、HIV感染者報告数の推移

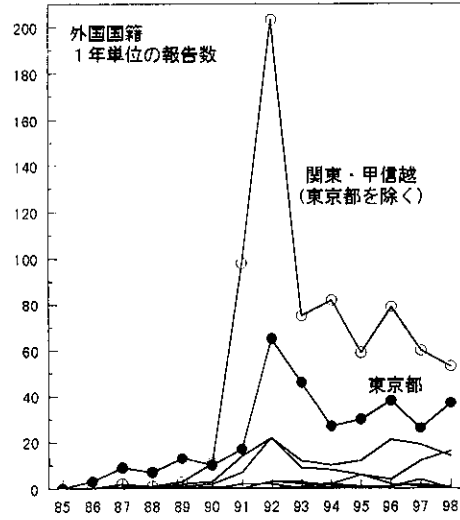
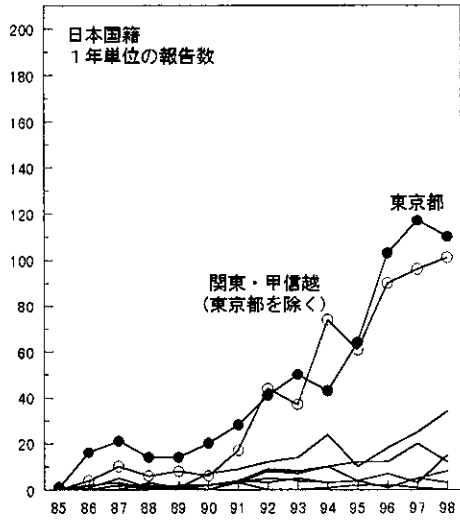


図6 国籍・地域ブロック別、AIDS患者報告数の推移

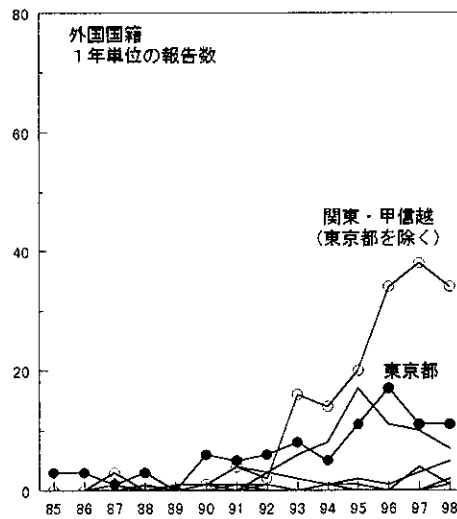
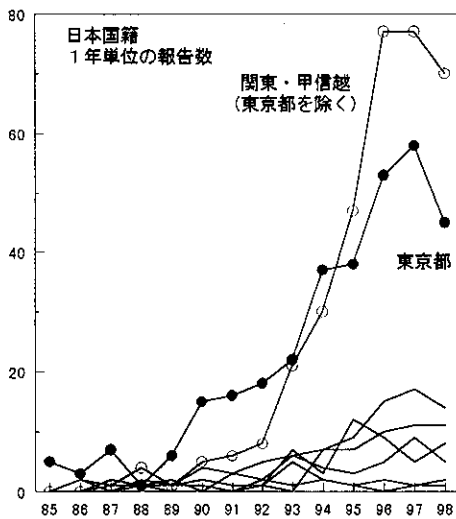


表1 転症例に基づくHIV感染報告の捕捉率

診断年	日本国籍											外国国籍
	-1989	90	91	92	93	94	95	96	97	98.10	-96	計
患者数	14	30	29	38	70	97	119	173	183	155	570	353
転症例	2	11	4	10	21	18	21	24	17	6	111	23
捕捉率	1/7.0	1/2.7	1/7.3	1/3.8	1/3.3	1/5.4	1/5.7	1/7.2	1/10.8	1/25.8	1/5.1	1/15.3

患者数：エイズ予防法施行後にAIDS患者報告または死亡報告がなされたもの（重複を除く）。

転症例：HIV感染報告後に病変報告（AIDSまたは死亡）された者（HIV感染との同時報告を除く）。

捕捉率：転症例／患者数

表2 HIV感染者数の予測値

国籍	感染経路	1998年末の累積数		時点有病数と95%信頼区間				
		報告値	調整値	1998年末		2003年末		
日本	異性間性的接触	男	534	605.8	2830	2330-3320	5800	4770-6830
	異性間性的接触	女	216	235.2	1050	850-1260	1990	1580-2400
	同性間性的接触	男	618	702.6	3220	2670-3780	7360	6090-8620
	その他の経路		53	59.0	220	140- 290	260	110- 400
	経路不明		177	-				
	計		1598	1602.6	7320	5980-8650	15400	12550-18250
外国	異性間性的接触	男	142	230.4				
	異性間性的接触	女	508	889.3				
	同性間性的接触	男	90	135.9				
	その他の経路		37	60.3				
	経路不明		538	-				
	計		1315	1315.9	670	360- 990	670	360- 990

調整値：1998年11-12月の報告値を0.9で除した上で、経路不明の報告値を年次・性ごとに、それ以外の経路の報告値に比例配分して加えた値。

時点有病数：その時点で、AIDSを発病していないHIV感染者数。

感染経路別数値の和と感染経路計の数値は、有効数字の関係から正確には一致しない。

表3 AIDS患者数の予測値

国籍	感染経路	1998年末の累積数			2003年末の累積数と95%信頼区間		
		報告値	調整値	計算値			
日本	異性間性的接触	男	379	485.4	405.2	1300	1050-1560
	異性間性的接触	女	46	63.9	169.6	510	390- 620
	同性間性的接触	男	270	338.9	381.5	1400	1140-1660
	その他の経路		32	40.0	51.7	120	70- 170
	経路不明		198	-			
	計		925	928.1	1008.0	3330	2650-4010
外国	異性間性的接触	男	88	166.1			
	異性間性的接触	女	48	99.4			
	同性間性的接触	男	39	62.0			
	その他の経路		18	34.0			
	経路不明		168	-			
	計		361	361.4	369.2	890	810- 960

調整値：1998年11-12月の報告値を0.9で除した上で、経路不明の報告値を年次・性ごとに、それ以外の経路の報告値に比例配分して加えた値。

計算値：HIV感染者の推計値と潜伏期間から計算した値。

感染経路別数値の和と感染経路計の数値は、有効数字の関係から正確には一致しない。



表4 治療効果別のAIDS患者数の試算値（日本国籍）

最近の抗HIV治療の受療者 におけるAIDS発病率	AIDS患者の累積数	
	1998年末	2003年末
未治療者の発病率と同じ	1043.6	3620
未治療者の発病率の1/2	1008.0	3330
発病なし	972.3	3040

未治療者の発病率：1995年実施の予測と同じ値（累積発病率が5年15%、10年50%、20年90%）。  
最近の抗HIV治療の受療者割合については、1995年の0%から直線的に上昇し、  
1999年に19%（HIV感染報告の捕捉率）となり、それ以降一定と想定した。

表5 地域ブロック別、HIV感染者数の予測値

地域ブロック	日本国籍			外国国籍		
	累積数報告値	時点有病数の推計・予測値		累積数報告値	時点有病数の推計・予測値	
		1998年末	1998年末		2003年末	1998年末
北海道・東北	49	220	440	11	10	10
関東・甲信越#	554	2540	5300	726	350	350
東京都	642	2940	6320	328	170	170
東海	93	430	900	129	80	80
北陸	11	50	100	7	<10	<10
近畿	161	730	1520	89	50	50
中国・四国	36	160	330	11	10	10
九州	52	240	480	14	10	10
全国	1598	7320	15400	1315	670	670

#：東京都を除く。

時点有病数：その時点で、AIDSを発病していないHIV感染者数。

地域ブロック別数値の和と全国値は、有効数字の関係から正確には一致しない。

表6 地域ブロック別、AIDS患者数の予測値

地域ブロック	日本国籍			外国国籍		
	1998年末の累積数		2003年末	1998年末の累積数		2003年末
	報告値	計算値	累積数予測値	報告値	計算値	累積数予測値
北海道・東北	54	33.1	100	7		20
関東・甲信越#	347	357.2	1170	166		410
東京都	324	391.9	1320	90		220
東海	48	58.2	190	67		160
北陸	10	7.4	20	2		<10
近畿	85	102.5	330	19		50
中国・四国	16	24.0	80	5		10
九州	41	33.8	110	5		10
全国	925	1008.0	3330	361		890

#：東京都を除く。

計算値：HIV感染者の推計値と潜伏期間から計算した値。

地域ブロック別数値の和と全国値は、有効数字の関係から正確には一致しない。

## わが国のHIV/AIDSに関する疫学情報の解析 —国内疫学情報解析グループの平成10年度研究報告—

グループ長：中村好一（自治医科大学公衆衛生学教室）  
班 員：松山 裕（東京大学大学院医学系研究科健康科学・看護学専攻）  
城所敏英（東京都中野区保健衛生部保健計画課）  
研究協力者：福富和夫（国立公衆衛生院特別研究員）  
木村 哲（東京大学大学院医学系研究科感染症内科）  
市川誠一（神奈川県立衛生短期大学衛生技術科公衆衛生学研究室）  
木原正博（神奈川県立がんセンター臨床研究所研究第三科）  
木原雅子（CAPS International Program, UCSF）  
鎌倉光宏（慶應義塾大学医学部衛生学公衆衛生学）  
岡 慎一（国立国際医療センターエイズ治療・研究開発センター）  
橋本修二（東京大学大学院医学系研究科健康科学・看護学専攻）  
梅田珠実（国立感染症研究所国際協力室）  
木村博和（横浜市立大学医学部公衆衛生学）  
大木いずみ（自治医科大学公衆衛生学教室）

**研究要旨** わが国におけるHIV/AIDSに関する疫学情報を利用して、次の5点の検討・解析を行った。

1. エイズサーベイランスにおける報告票様式の提言
2. わが国における HIV / AIDS に関するデルファイ調査
3. エイズサーベイランス報告に基づく外国国籍者、死亡報告に関する研究
4. 特徴的症状 (Indicator diseases) の分布：東京都におけるエイズ発生動向調査報告から
5. わが国におけるエイズ死亡の実態

「1. エイズサーベイランスにおける報告票様式の提言」では昨年度の研究結果を受けて、具体的な報告票様式の提言を行った。「2. わが国における HIV / AIDS に関するデルファイ調査」では、国内の HIV / エイズの疫学・臨床研究者等を対象に、実際の調査では判明しない情報について意見を求め、現状の一端を明らかにすることを試みた。「3. エイズサーベイランス報告に基づく外国国籍者、死亡報告に関する研究」では、昨年度は日本国籍者の解析のみであったものを外国籍者まで観察対象を拡大した。さらに死亡に関する報告についても新たに解析を行った。

「4. 特徴的症状 (Indicator diseases) の分布：東京都におけるエイズ発生動向調査報告から」では東京都のデータを利用して特徴的症状の分布を疫学的に初めて明らかにした。「5. わが国におけるエイズ死亡の実態」では人口動態統計から特徴的症状による死亡を取り上げ、その動向を明らかにした。

国内疫学情報解析グループでは本年度は本年度、次の5つの課題について検討を行った。

1. エイズサーベイランスにおける報告票様式の提言
2. わが国における HIV / AIDS に関するデルファイ調査
3. エイズサーベイランス報告に基づく外国国籍者、死亡報告に関する研究
4. 特徴的症状 (Indicator diseases) の分布：東京都におけるエイズ発生動向調査報告から
5. わが国におけるエイズ死亡の実態

これらの各課題については本研究班の将来予測グループ、国際疫学情報解析グループ、医療情報解析グループと連携を密にとりながら実施した。また、一部の課題については本研究班新来外国人グループ、及び厚生省 HIV 感染症に関する臨床研究班との協力の下に実施した。各課題の検討結果は以下に示すとおりである。

## 1. エイズサーベイランスにおける報告票様式の提言

グループ長：中村好一（自治医科大学公衆衛生学教室）  
班員：松山 裕（東京大学大学院医学系研究科健康科学・看護学専攻）  
城所敏英（東京都中野区保健衛生部保健計画課）  
研究協力者：福富和夫（国立公衆衛生院特別研究員）  
木村 哲（東京大学大学院医学系研究科感染症内科）  
市川誠一（神奈川県立衛生短期大学衛生技術科公衆衛生学研究室）  
木原正博（神奈川県立がんセンター臨床研究所研究第三科）  
鎌倉光宏（慶應義塾大学医学部衛生学公衆衛生学）  
岡 慎一（国立国際医療センターエイズ治療・研究開発センター）  
橋本修二（東京大学大学院医学系研究科健康科学・看護学専攻）  
梅田珠実（国立感染症研究所国際協力室）  
木村博和（横浜市立大学医学部公衆衛生学）

**研究要旨** 昨年度の研究結果を受けて、エイズサーベイランス報告票の様式を具体的に作成し、提言した。

### A. はじめに

昨年度の研究において、わが国における HIV 感染およびエイズに関する情報を解析していく中で、現行のエイズ予防法に基づくエイズサーベイランス報告票の問題点を検討した。その結果、①個人同定項目（生年月日、イニシャル）の追加、②推定感染時期の追加、③受診前の検査受診状況の追加、④感染経路の様式の一部変更、が必要であることを示した。本年度はこれをもとに、報告票様式に関する提言を行った。

### B. 結果

さらに検討を加えていくうちに、現行の報告票では特徴的症狀（indicator diseases）の記載に

ついて不十分であることが判明した。そして、これについては 23 の特徴的症狀を報告票に例示し、その中から診断した医師が選択する方法を採ることが、書き漏れなどを防ぐ観点から有用であるという結論に達した。また、患者の個人同定情報については、患者の生年月日、性別、国籍である程度の判断が可能であり、氏名（イニシャル）については含めないこととした。

昨年度の議論、および以上のような検討結果に基づき、初回報告の様式（「エイズ病原体感染者報告票」、図 1）および転症または死亡報告の様式（「エイズ病原体感染者報告票」、図 2）を提言する。