

# HIVの検査法と検査体制を確立するための研究

主任研究者 今井光信

## HIV検査情報解析結果

### 目的

HIV検査法（スクリーニング検査と薬剤耐性検査）の開発・検討・評価及びそれらの検査法を用いた検査体制の確立

### 班構成（分担研究者と分担課題）

今井光信	（神奈川県衛生研究所）	研究の総括
杉浦 互	（国立感染研エイズ研究 C）	薬剤耐性検査（検査法の開発・実用化と普及）
加藤真吾	（慶応義塾大学医学部）	薬剤耐性検査（PBMC法の開発と評価）
蜂谷敦子	（国際医療センター）	薬剤耐性検査（MAGIC-5法の臨床応用と評価）
白阪琢磨	（国立大阪病院）	薬剤耐性検査体制（医療機関との連携）
岩本愛吉	（東大医科学研究所）	薬剤耐性検査（ガイドラインの作成）
金田次弘	（国立名古屋病院）	HIV感染細胞の検査法の開発
河原和夫	（東京医科歯科大学）	保健所等のHIVスクリーニング検査のありかた
関根大正	（東京都衛生研究所）	衛生研究所のHIV検査体制
堀江 徹	（東京都衛生局）	東京都のHIV検査体制
大石 功	（大阪公衆衛生研究所）	衛生研究所と民間クリニックとの連携
山中烈次	（日本赤十字社事業局）	血液センターのHIV検査体制
近藤真規子	（神奈川県衛生研究所）	HIV検査とサブタイプ
吉原なみ子	（国立感染研エイズ研究 C）	HIV検査の精度管理体制

### （協力研究者）

桜井賢樹	（エイズ予防財団）	田村正秀	（北海道衛生研究所）
山口 剛	（東京都南新宿検査・相談室）	吉田菊善	（仙台市衛生研究所）
大里和久	（大阪府立万代診療所）	土井幹雄	（茨城県衛生研究所）
大林民典	（東京都立駒込病院）	海保郁男	（千葉県衛生研究所）
伊藤 章	（横浜市立大学医学部）	後藤 敦	（埼玉県衛生研究所）
松田善衛	（国立感染症研究所）	野口有三	（横浜市衛生局衛生研究所）
西大條文一	（北新宿同仁斎メディカルクリニック）	大木 學	（山梨県衛生公害研究所）
小林米幸	（小林国際クリニック）	飯田和質	（福井県衛生研究所）
赤枝恒雄	（赤枝六本木診療所）	川村 隆	（兵庫県衛生研究所）
尾上泰彦	（宮本町中央診療所）	池田義文	（広島市衛生研究所）
大國 剛	（大國診療所）	野田雅博	（広島県保健環境センター）
速水正憲	（京都大学ウイルス研究所）	井上博雄	（愛媛県立衛生研究所）
市村 宏	（金沢大学大学院医学系研究科）	鈴木康元	（愛知県衛生研究所）
木村和子	（金沢大学大学院自然科学研究科）	千々和勝己	（福岡県保健環境研究所）
山本直彦	（名古屋大学大学院医学研究科）	嶋 貴子	（神奈川県衛生研究所）
清水茂徳	（ライフ・エイズ・プロジェクト）	澤畑一樹	（三菱化学ピーシーエル）
堀 成美	（東京都立駒込病院感染症科）	斎藤由美子	（SRL 研究所）
草田 央	（ライフ・エイズ・プロジェクト）	向出雅一	（SRL 研究所）
渡部享宏	（Campus AIDS Interface）		

図1

保健所等無料HIV検査(15都道府県)の検査数と陽性数

	S.81	S.82	S.83	H.1	H.2	H.3	H.4	H.5	H.6	H.7	H.8	H.9	H.10	H.11	H.12	H.13	合計
北海道衛研 (全道)	1365	1414	1057	448	455	957	2264	1464	1003 (1)	1539	2170	1241	1394 (1)	1441 (1)	1482 (2)	1592 (2)	21304 (7)
仙台市衛研 (仙台市のみ)					23	73	1066	1179 (1)	779	594	724 (1)	489 (1)	822 (1)	554 (1)	577 (1)	638 (1)	7296 (5)
茨木衛研 (全県)	3	284 (1)	106 (2)	61	127	262 (13)	3296 (8)	2653 (9)	1597 (19)	1049 (8)	1239 (6)	857 (6)	1008 (3)	880 (6)	911 (4)	1830 (4)	16143 (89)
埼玉衛研 (全県)		1246 (1)	280	166	126	294 (1)	3807 (1)	4192 (1)	3069 (4)	2158 (3)	2971 (3)	1890 (1)	2176 (1)	1801 (3)	1780 (2)	3493 (4)	29429 (21)
千葉衛研* (全県 H.4~)		607	298	248	171	521 (1)	4915 (3)	4539 (5)	3809 (1)	2969 (3)	3475 (3)	2130 (5)	2486 (4)	1551 (3)	2344 (4)	3158 (3)	33211 (35)
東京都衛研 (全都)		8676 (1)	2348	1931 (1)	4020 (6)	3900 (6)	29382 (25)	26484 (21)	19571 (28)	13737 (24)	15145 (43)	11873 (55)	13337 (83)	13508 (68)	13892 (87)	18098 (93)	195702 (499)
神奈川衛研 (全県)		4794 (1)	1159	798	813	1438	12846 (2)	10840 (2)	8707 (7)	6554 (7)	6727	5704 (6)	6462 (7)	6032 (9)	5805 (10)	7717 (17)	86394 (61)
山梨衛研 (全県)		14	28	27	30	185	824	873	561	383	485	348 (1)	343 (1)	402 (2)	327 (2)	434 (2)	5264 (6)
愛知衛研** (全県 H.4~)		49	136	111	97	229	8404 (1)	7311 (1)	6022 (3)	4061 (4)	5346 (10)	3940 (6)	4086 (5)	3849 (7)	3579 (7)	8762 (20)	51982 (64)
福井衛研 (全県)			70	29	17	71	532	508	343	254	269 (1)	220 (1)	237 (1)	223 (1)	171 (1)	205 (2)	3149 (2)
大阪公衛研 (全府)	2937	5147 (2)	2236	1928	2541 (2)	3254	18121 (7)	12689 (4)	9124 (6)	9064 (4)	9296 (1)	5607 (4)	6495 (14)	5813 (5)	5167 (9)	8482 (25)	107889 (83)
兵庫衛研 (神戸市を除く)	74	8324	1822	1607	1236	1499	5089 (2)	7494	2512 (2)	3177	5080	2782 (1)	2775 (1)	3381 (3)	2008 (2)	3666 (1)	52486 (7)
広島衛研 (全県)		34	80	53	60	128	2511 (1)	1956 (1)	1624	1204	1431 (1)	886 (1)	1137 (1)	1049 (1)	1123 (1)	1170 (1)	14446 (4)
愛媛衛研 (全県)		156	85	82	56	64	865	925	611	466	507	421 (1)	457 (1)	452 (2)	403 (1)	5807 (4)	
福岡県環研 (全県)		1706	475	336	270	859	4952	5507	3582	2582	3761	1963 (3)	2372 (1)	2266 (4)	2241 (1)	2908 (1)	35782 (10)
合計	4399 (9)	32433 (8)	10170 (2)	7819	10042 (1)	13734 (20)	86854 (47)	88614 (45)	82884 (71)	49791 (46)	58628 (65)	40131 (90)	45367 (101)	43207 (109)	41839 (112)	80554 (174)	866294 (897)

\* 昭和62年から平成3年までは千葉市を除く  
 \*\* 昭和62年から平成3年までは名古屋市を除く

図2

HIV検査情報とHIV感染者報告数  
(2001年)

	検査数	陽性数	陽性率(%)
保健所等無料検査※1	60,561	174	0.29
献血者(血液センター)	5,774,267	79	0.001
病院採血(民間検査センター)※2	1,001,765	529	0.05

報告数	HIV感染者	614
	患者	323

※1 15都道府県(北海道・宮城・茨木・埼玉・千葉・東京・神奈川・山梨・愛知・福井・大阪・兵庫・広島・愛媛・福岡)の集計  
 ※2 民間検査センターへの外注分のみ集計

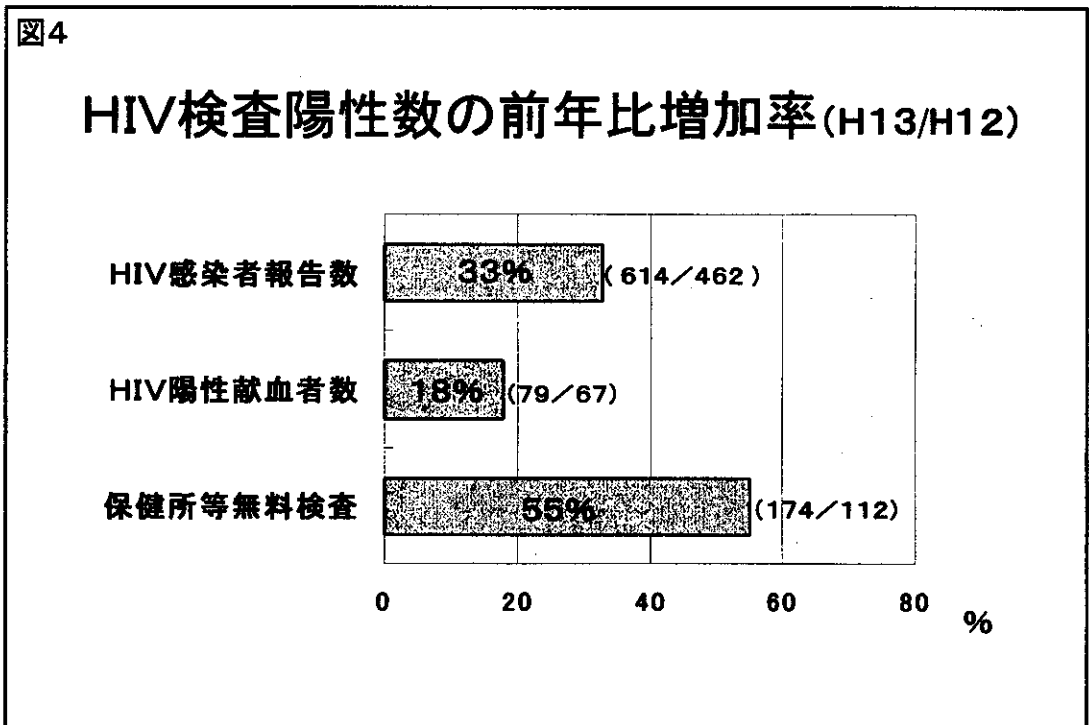
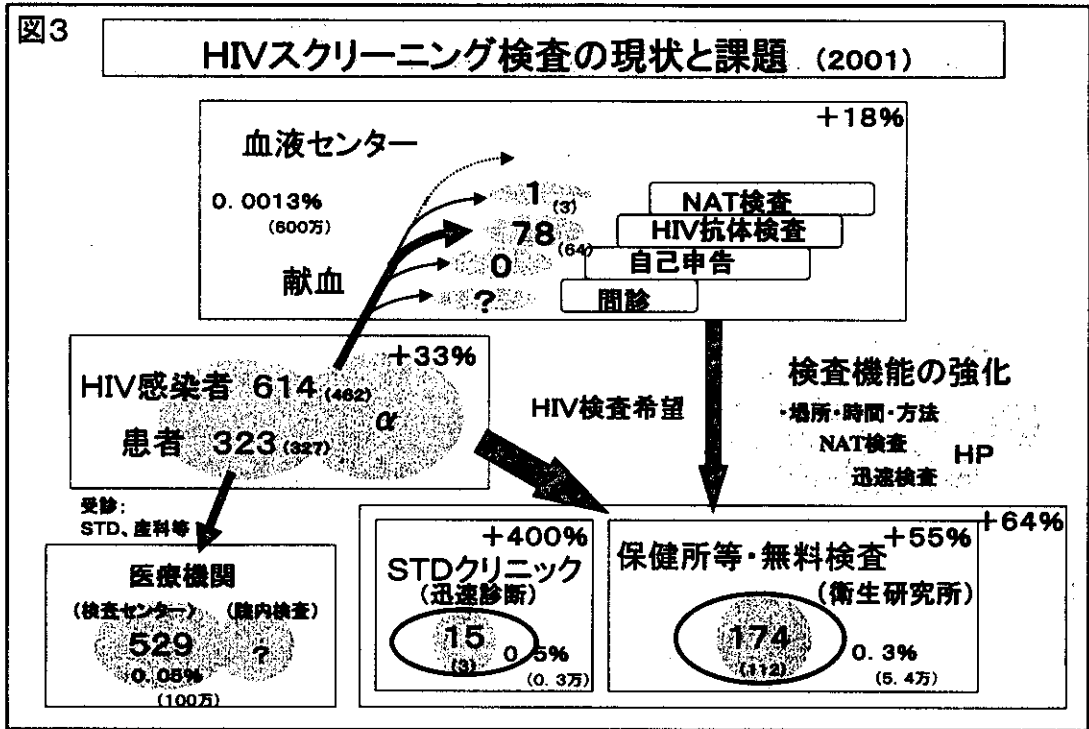


図5

### HIV感染者報告数とHIV検査陽性数の推移

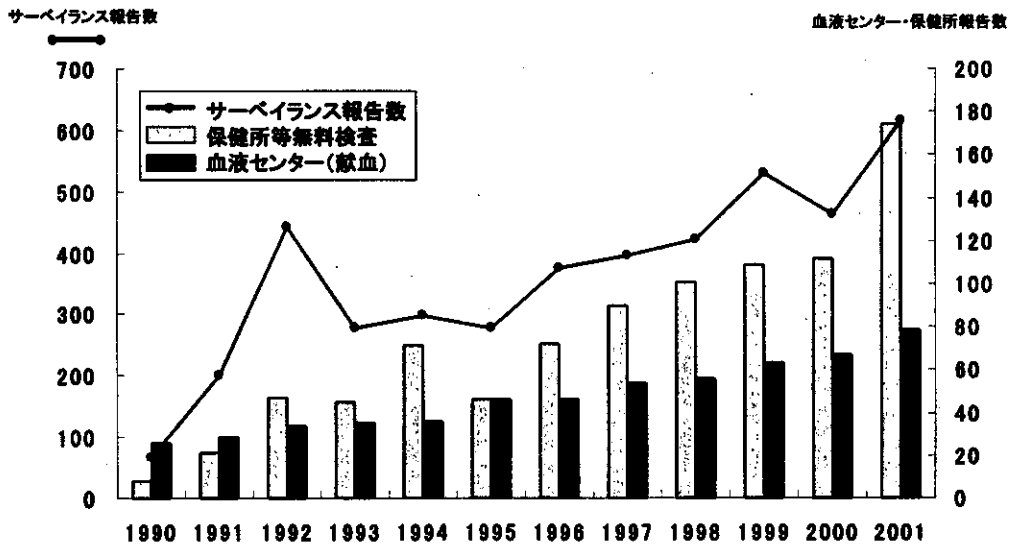


図6

### 保健所等HIV無料検査における陽性数の推移

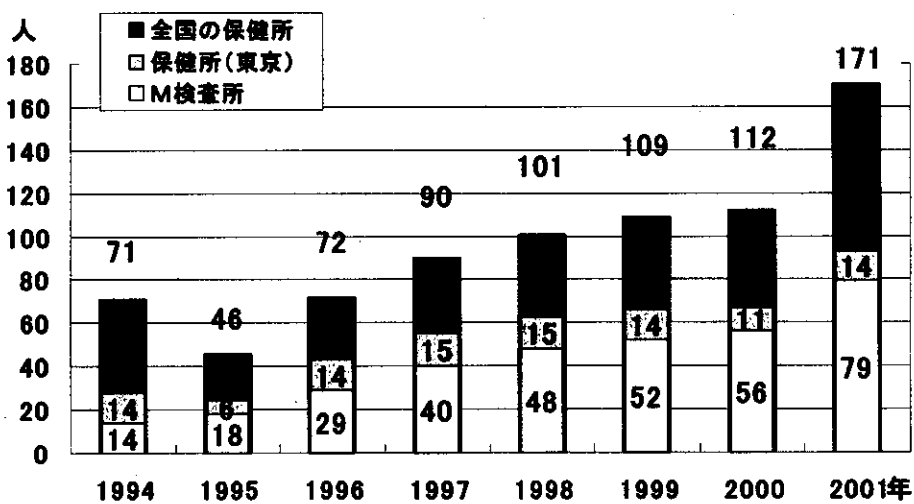


図7

## 保健所等無料HIV検査の陽性数と陽性率 (2001年 都府県別)

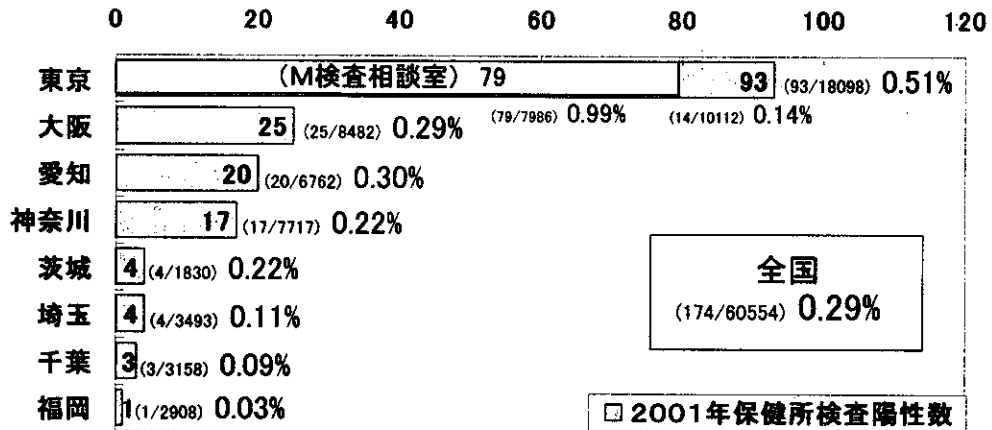


図8

## T地域のHIV検査数と陽性数の推移

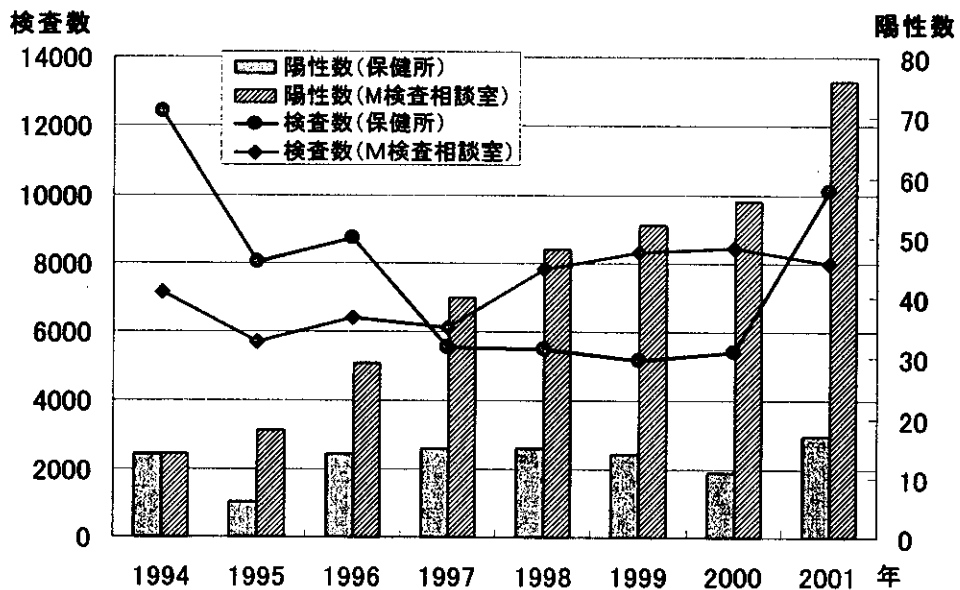


図9

### 保健所等無料HIV検査の検査数の推移 (K市)

・通常 平日(昼間)[7ヶ所] すべて予約必要  
 ・日曜 (毎週日曜日) 10:00-12:00/13:00-15:30 予約不要

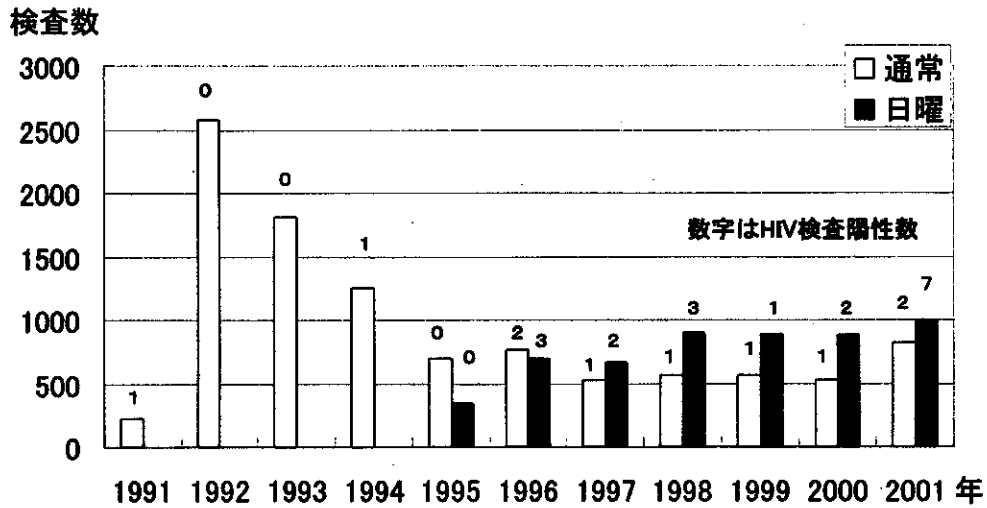


図10

### HIV検査数・陽性数・陽性率の比較

—O地域の保健所等無料検査とSTDクリニック—  
(2001年)

保健所等無料検査

STDクリニック(6)

陽性数  
/検査数

25  
/ 8482

陽性率(%)

(0.295%)

9 / 2040  
(0.44%)

男性のみでは  
2.8% (9/325)

図11

### HIV検査件数 月別・年度比較 (平成12年度、13年度:神奈川県域HC)

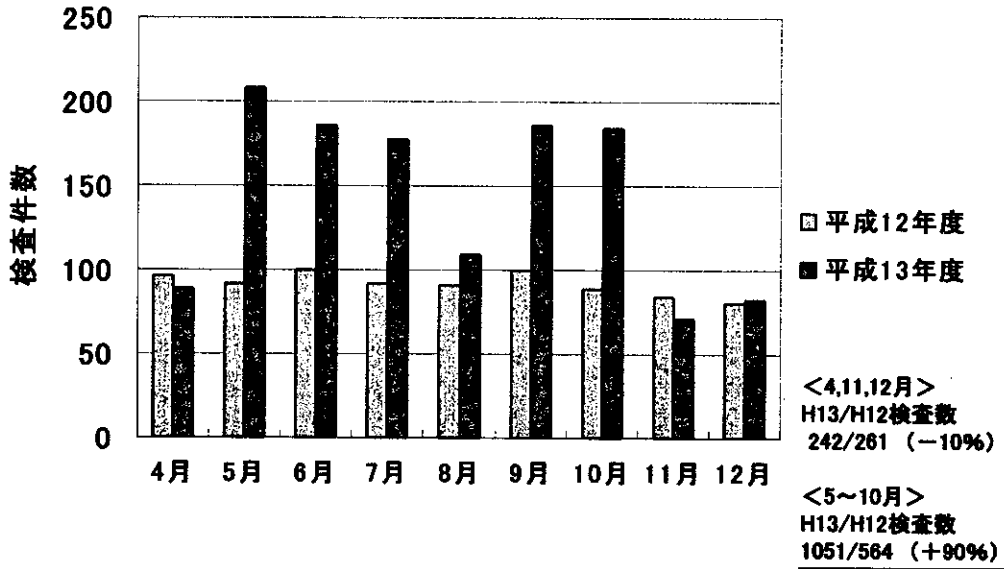
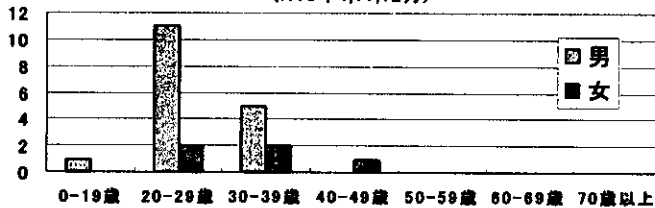


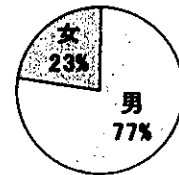
図12

#### HIV検査希望者数 (神奈川県H保健所) (H13年4,11,12月)

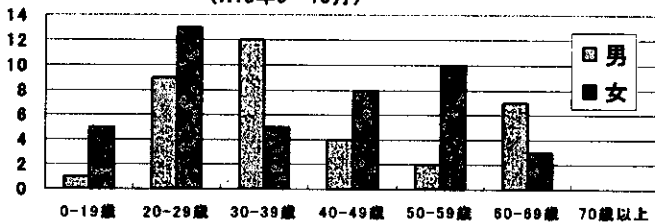


#### HIV検査希望者 性別

(H13年4,11,12月 計22例)



#### HIV+HCV検査希望者数 (神奈川県H保健所) (H13年5~10月)



#### HIV+HCV 検査希望者性別

(H13年5~10月 計79例)

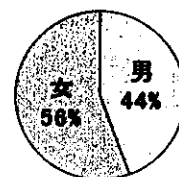


図13

### 献血血液の核酸増幅検査(NAT)システム

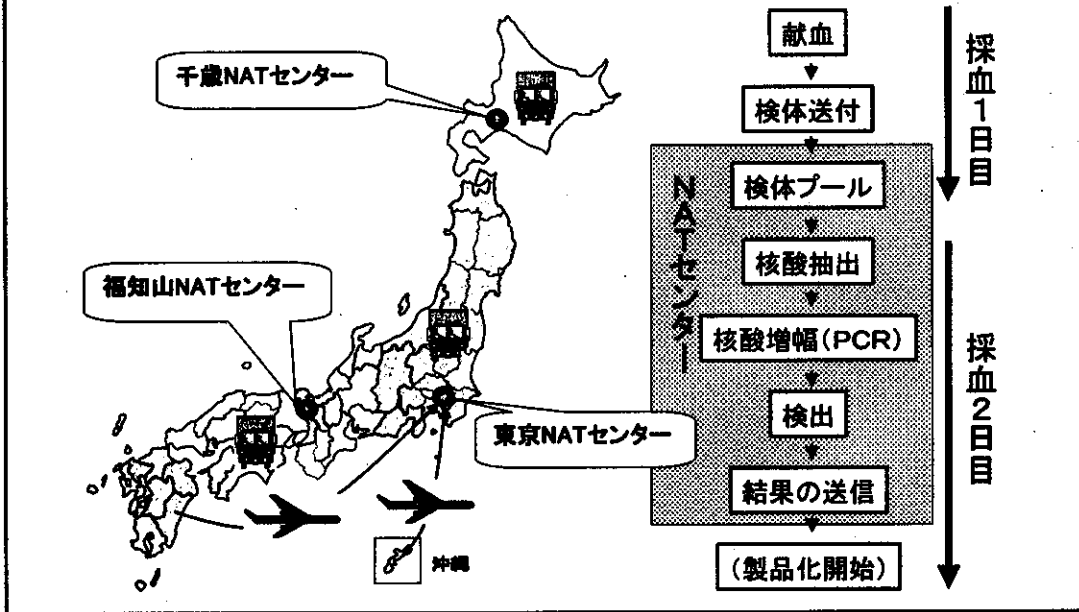


図14

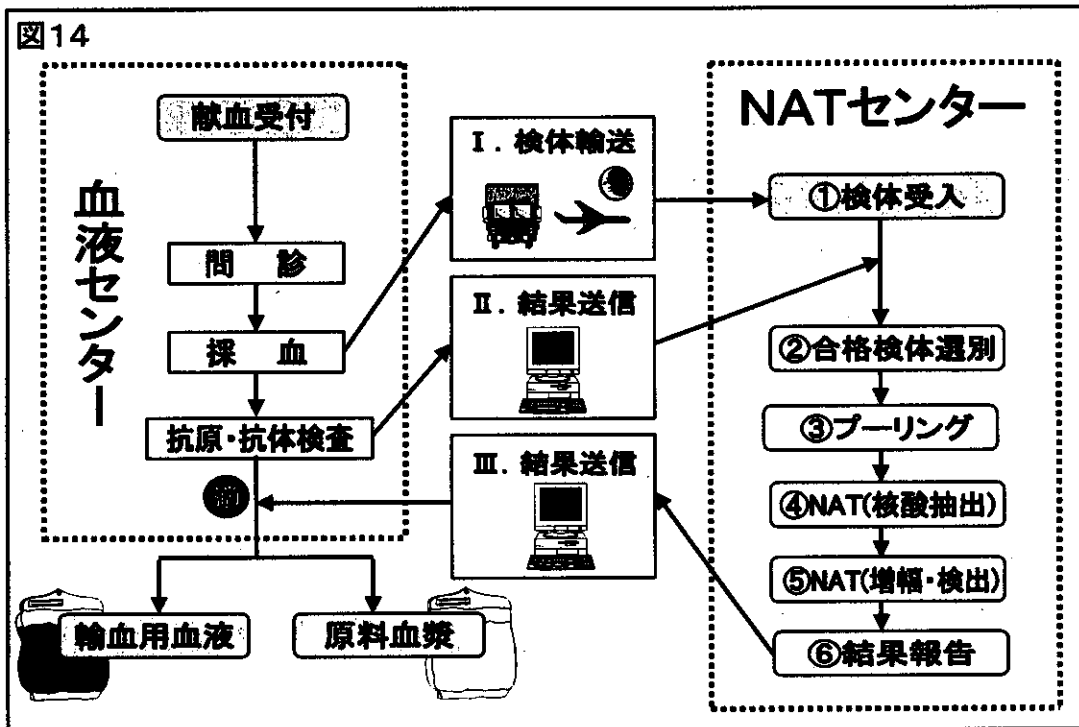




図15

NAT検査によるウインドウ期及び感染性ウインドウ期の短縮

HBV (HBs抗原) → (NAT) 59 → 34 ( 25日 ) ウインドウ期  
 HCV (HCV抗体) → (NAT) 82 → 23 ( 59日 ) ウインドウ期  
 HIV (HIV抗体) → (NAT) 22 → 11 ( 11日 ) 感染性ウインドウ期

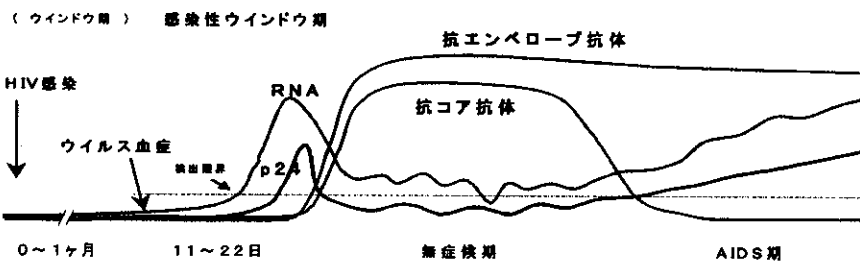


図16

核酸増幅検査(NAT)の実施状況と検査結果(日本赤十字社)

期間: 1999.7.1~2000.1.31

実施施設	NAT検体検査数	プールサイズ	NAT陽性数		
			HBV	HCV	HIV
東京NATセンター (東京南血液センター)	214 万検体 (2,140,207)	500	19 (約1/11万)	8 (約1/27万)	0
千葉NATセンター (血液分画センター)					

期間: 2000.2.1~2001.12.31

実施施設	NAT検体検査数	プールサイズ	NAT陽性数		
			HBV	HCV	HIV
東京NATセンター (東京南血液センター)	1053 万検体 (10,527,991)	50	205 (約1/5万)	35 (約1/30万)	4 (約1/263万)
千葉NATセンター (血液分画センター)					
福地山NATセンター (血液管理センター)					

実施施設	NAT検体検査数	プールサイズ	NAT陽性数		
			HBV	HCV	HIV
合計	1267 万検体 (12,668,198)	500 または 50	224 (1/6万)	43 (1/29万)	4 (1/317万)

図17

### HBV-NAT検査陽性献血者数

[2001年]

(性別・年齢層別:実数)

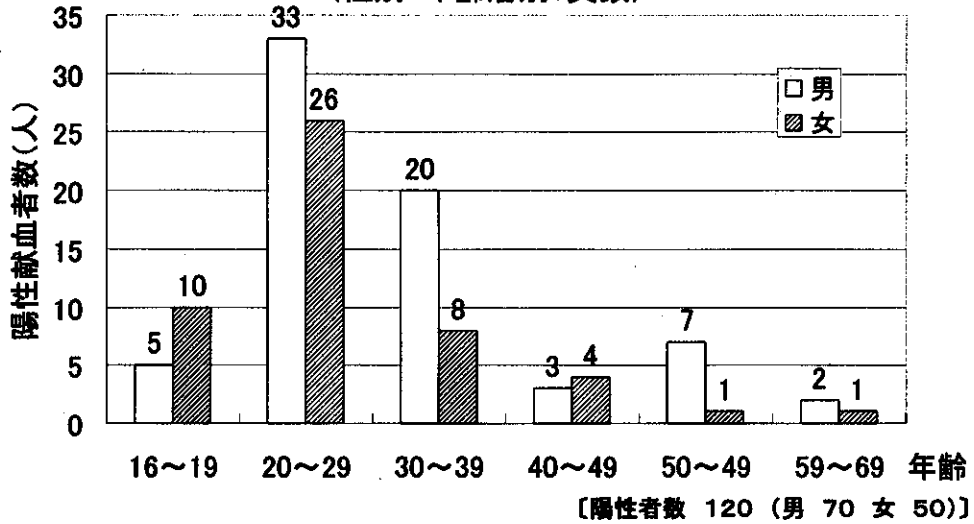


図18

### HIV検査陽性献血者数

[1986-2001年(16年間)合計]

(性別・年齢層別)

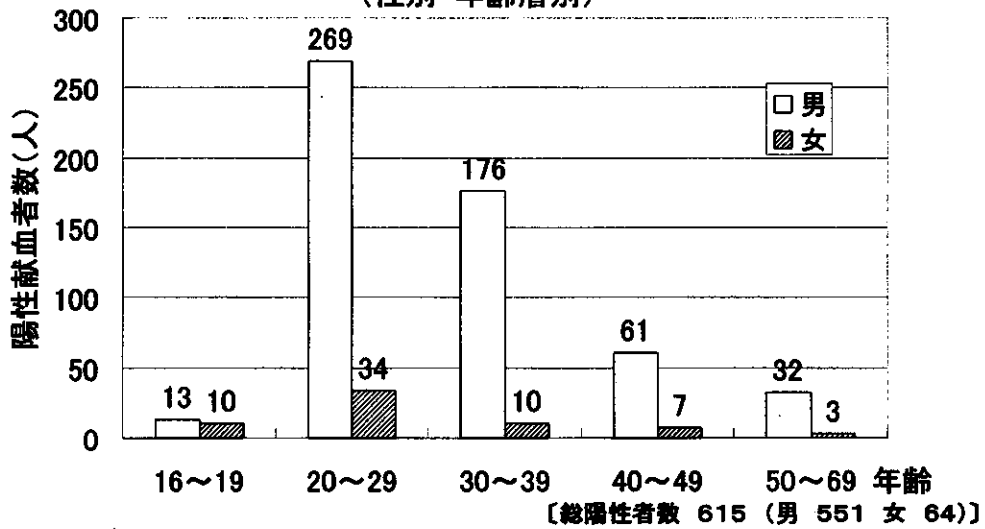


図19

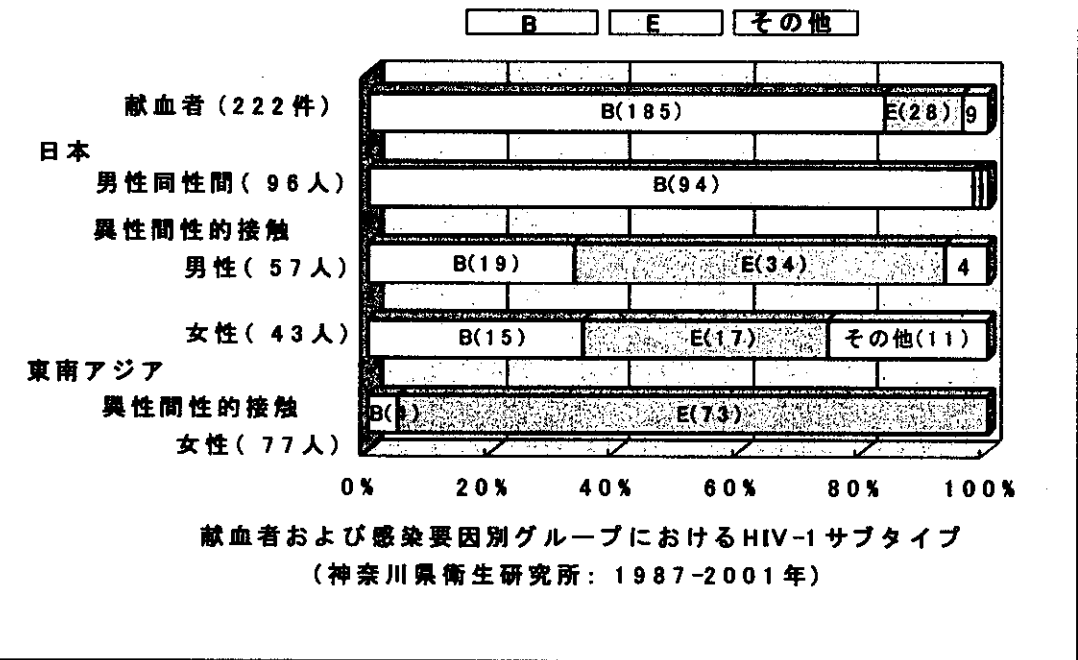
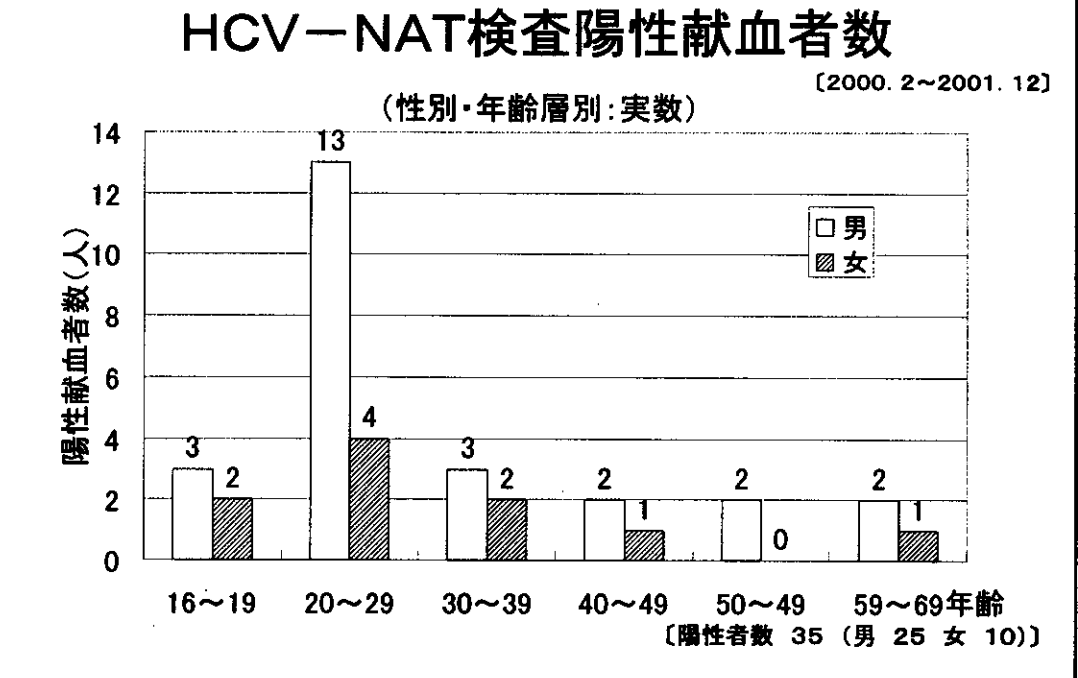


図20



# 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 ー総括ー

#### 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

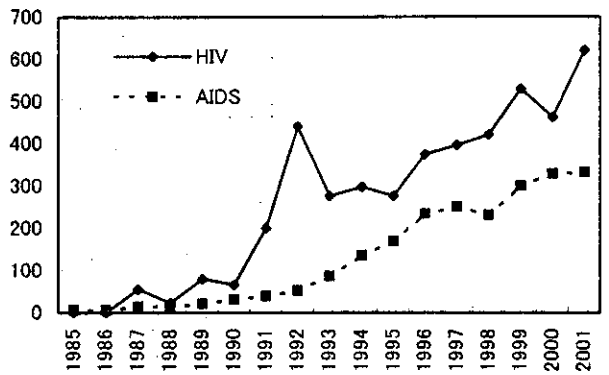


図 2. HIV 感染者及び AIDS 患者報告数の国籍別、性別年次推移

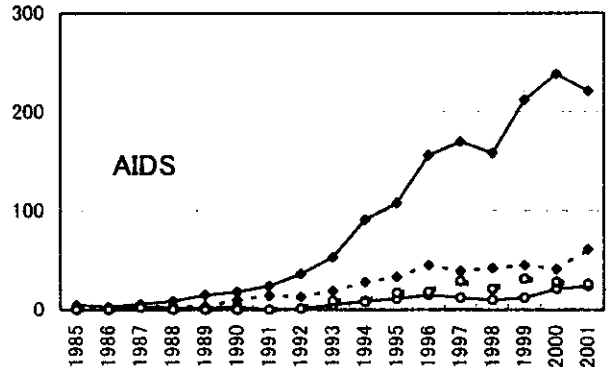
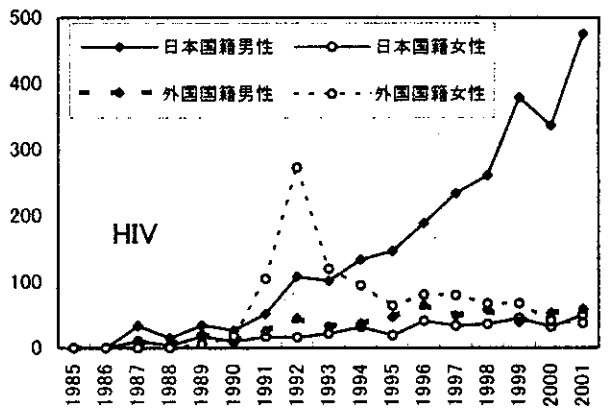
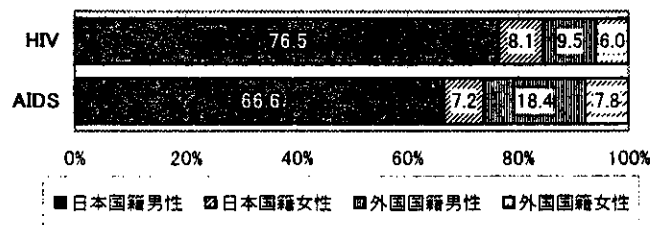


図 3. HIV 感染者及び AIDS 患者の国籍別、性別内訳 (2001 年報告例)



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)

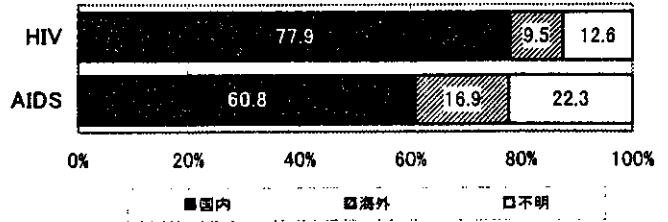
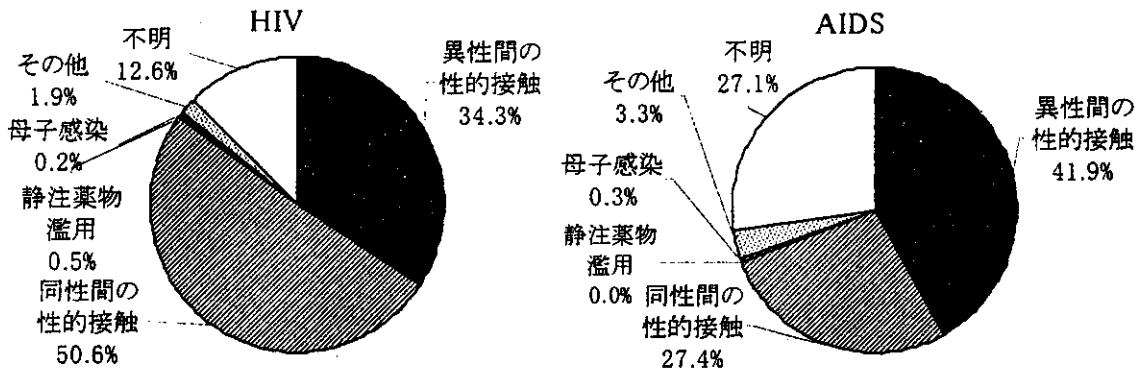


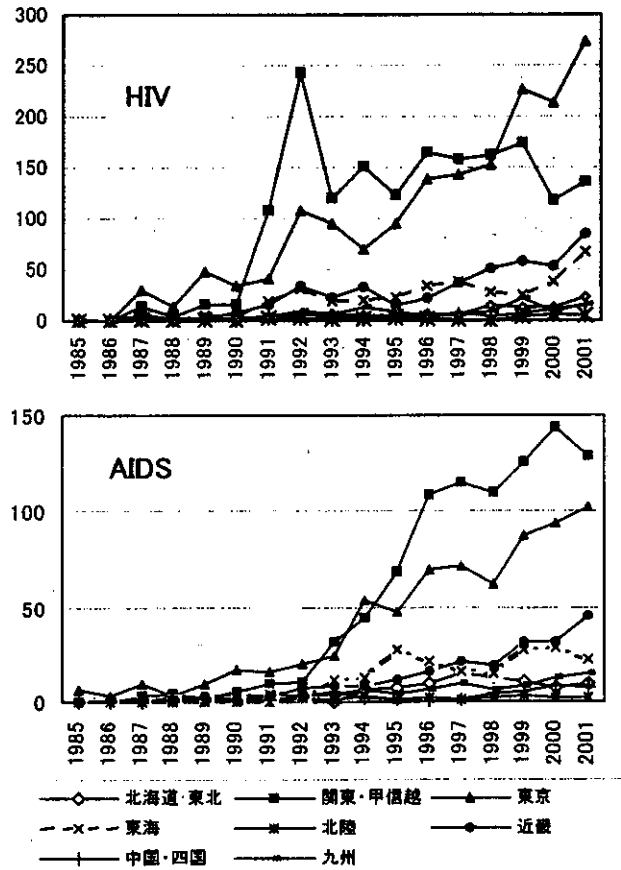
図5.2001年に報告されたHIV感染者及びAIDS患者の感染経路別構成



(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

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。
- ⑤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。
- 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. 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、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。

## 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. インスポラ症(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. カボジ肉腫
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