

予 後

劇症化（1%以下）しなければ、その予後は良好である。再発はないが、悪性腫瘍の抗癌治療後に、前述のような肝に潜んでいるHBVが再燃することは、それほどまれではない。成人での慢性化は従来考えられていたほど稀ではない。

パートナーの追跡

通常、HBVの感染源となったパートナーは、HBVキャリアである。しかも、ウイルス量の多い状態であると推測されるので、医療機関への受診を勧めるべきである。

報告例として、夫が海外旅行でSTDとしてHBVに感染し、急性B型肝炎の潜伏期中に妻へ感染させた例があるが、それはまれな例である。

一度急性B型肝炎を起こした場合、再感染はしないので、当事者のその後の予防の必要はない。

コメント

B型肝炎の予防には、HBワクチンという有用な方法がある。HBVキャリアと婚姻する予定のものは、ワクチンの接種を受けておくべきである。ただし、婚姻前に性交渉をもち、既にHBs抗体をもっていることも多いので、まず抗体の有無を先にチェックする必要がある。特定のセックスパートナーがHBVキャリアであると判明した場合も、同様である。複数のセックスパートナーとの性交渉をもつ者の場合、あらかじめ予防としてワクチンを接種しておくということも選択肢のひとつである。

性交時にコンドームを使用することで予防することができるが、HIVやHCVに比べてウイルスのコピー数は多く、感染性は強いことに留意する必要がある。また、

精液中や唾液中のウイルスの存在も確認されている。

文 献

- 1) Seeff, L.B., et al.: A serologic follow-up of 1942 epidemic of post-vaccination hepatitis in the United States Army. *N. Engl. J. Med.*, 316: 965-970, 1987.
- 2) Hersh, T., et al.: Nonparenteral transmission of viral hepatitis B (Australia antigen-associated hepatitis). *N. Engl. J. Med.*, 285: 1363-1364, 1971.
- 3) Szmuness, W., et al.: On the role of sexual behavior in the spread of hepatitis B infection. *Ann. Intern. Med.*, 83: 489-495, 1975.
- 4) Alter, M.J., et al.: Hepatitis B virus transmission between heterosexuals. *J.A.M.A.*, 256: 1307-1310, 1986.
- 5) Alter, M.J. and Lemon, S.: Sexually transmitted diseases. (Holmes et al. ed.), p.372, McGrawhill, 1999.
- 6) Sugouchi, F., et al.: Epidemiological and sequence differences between two subtypes (Ae and Aa) of hepatitis B virus genotype A. *J Gen Virol.* 2004 Apr; 85(Pt4): 811-820.
- 7) Szmuness, W., et al.: Hepatitis B virus vaccine: demonstration of efficacy in controlled clinical trial in a high-risk population in the United States. *N. Engl. J. Med.*, 303: 833-841, 1980.
- 8) 安田清美ほか：HBV定量試験の臨床的検討。医学と薬学，40：377-385，1998。
- 9) Yotsuyanagi, H., et al.: Persistent viremia after recovery from self-limited acute hepatitis B. *Hepatology*, 27: 1377-1382, 1998.
- 10) Marusawa, H., et al.: Latent hepatitis B virus infection in healthy individuals with antibodies to hepatitis B core antigen. *Hepatology*, 31: 488-495, 2000.

C 型肝炎

はじめに

C型肝炎ウイルス (Hepatitis C virus: HCV) は、主として血液を介して感染する肝炎ウイルスであるが、STDとしての性格を有している。

HCVは、血液を介しての感染がほとんどであり、性行為によるもの、および母子間の感染が認められている。STDとしては、通常の夫婦間感染は多くはないが、Commercial sex worker (CSW) の研究から、CSWのHCV抗体陽性率は、その頻度は同年代の一般女性とくらべると8~10倍高率であり、しかも血清梅毒反応と関連があること、静注による薬物などを使用していないことから、性器に病変がある場合にはHCV感染が起こりやすいことが考えられている^{1),2)}。

症状・診断

急性のHCV感染の場合、その多くは、黄疸もなく、無症状に経過する。

急性C型肝炎の場合には、発熱、全身倦怠感、食欲不振で発症し、黄疸を呈することがある。劇症化例や慢性化例以外は治癒する。

HCV感染の特徴は慢性化することであり、だいたい初感染例のうち62~77%が慢性化すると考えられている³⁾。

慢性化した場合、すなわちキャリア化した場合には、約30~40%は血清トランスアミナーゼ値の異常を呈し、慢性肝炎から肝硬変症へ進展し、高率に肝細胞癌を呈することが特徴である。

診断は、まずHCV抗体を測定し、HCV抗体陽性の場合にはHCV RNAを測定する。HCV抗体のみ陽性の場合には、過去の感染であって治療の必要性は認めないが、HCV RNA陽性の場合には、HCVが存在すると判定される。

急性感染の初期 (ウィンドウ・ピリオド) にはHCV抗体陰性かつHCV RNA陽性の時期が存在するので、他のウイルス肝炎が否定的なケースでは、HCV抗体が陰性でもHCV RNAを測定する必要がある場合がある。

治療

急性肝炎の場合は、一般的には安静、食事療法、肝庇護剤などである。しかし、高率に慢性化することから、2~3カ月の経過をみたのち慢性化が考えられる場合には、インターフェロン治療を行う。

例えば、天然型インターフェロン α 600万IU/日、2週間連日、22週間 3回/週を筋注する。慢性肝炎の場合はリパビリン併用ペグインターフェロンを第一選択とした治療を行う。

治癒判定

HCV感染は、血清中のHCV RNAが陰性化すれば、治癒したと考えられる。すなわち、急性肝炎の場合、インターフェロン治療により治療終了後もHCV RNAが陰性化すれば、肝機能異常も正常化し、キャリア一化も防止されたと判定される。

慢性肝炎の場合にも同様であるが、たとえHCV RNAが陰性化しない場合でも、血清トランスアミナーゼ値が正常化する場合があります、この場合でも効果があると判定される。

パートナーの追跡

パートナーがHCVのウイルスを保有していても、はつきりした感染性の指標がなく、これらの治療をすることは困難なことが多い。

コメント

これまでこのガイドラインに掲載していた「G型肝炎」は本年版より削除することとした。

G型肝炎ウイルスは、肝炎ウイルスでなく、現在のところ、病気を起こすウイルスと考えられてはいないので、HGVの部分は削除するのが妥当と考えたからである。

文献

- 1) Nakashima, K., et al.: Sexual transmission of hepatitis C virus among female prostitutes and patients with

- sexually transmitted diseases in Fukuoka, Kyushu, Japan. Am. J. Epidemiol., 136 : 1133-1137, 1992.
- 2) 澤山泰典ほか：Commercial sex workers (CSW) および STD 患者における HCV および HBV 感染と梅毒罹患。日性感染症会誌, 8 : 116-121, 1997.
- 3) Alter, M.J., et al. : The natural history of community acquired hepatitis C in the United States. N. Eng. J. Med., 327 : 1899-1905, 1992.

赤痢アメーバ症

はじめに

1 “赤痢アメーバ”は病原種と非病原種に分かれる

赤痢アメーバ(*Entamoeba histolytica*)は、ヒトに病原性を持つ腸管寄生性原虫の代表的存在である。この原虫は、世界人口の10%の糞便から検出されるほど、ありふれた微小生物とされてきた。しかし、従来から光学顕微鏡下に証明されてきた“赤痢アメーバ”は、明らかに異なる二種の原虫に分類される^{1),2)}。すなわち、その90%は、ヒトに病原性を持たない非病原種(*Entamoeba dispar*)であり、病原種(*E. histolytica*)は残りの10%で、結局、病原種原虫に感染した今日の世界人口は1%程度(約5000万人)と考えられており、その多くは発展途上国に集中する。

2 疫学

今日のわが国では、男性同性愛者間に性感染症としてこの原虫が流行していることが知られる³⁾。従来から、米国の男性同性愛者間には、この生物が流行していることが報告されてきたが、その多くは非病原種であり、臨床症状を伴わない無症候性原虫保有者(キャリア)である⁴⁾。一方、わが国に流行している原虫は、その多くが病原種であるため、大腸炎や肝膿瘍などの症候性症例として、臨床現場に姿を現わす。

厚生労働省に報告されたわが国のアメーバ赤痢患者数は1980年代ごろより漸増し、感染症法が施行された1999年以後にも更に増加を続けている。2003年以後は、かつて伝染病予防法の時代に法定伝染病である「赤痢」として同格に扱われた細菌性赤痢の報告患者数を超えている⁵⁾。これらアメーバ赤痢症例の多くは、男性同性愛者症例であることが予想される。

性感染症以外では、今日の日本は衛生環境が整備されているため、*E. histolytica*は国民全体に浸淫しているわけではないが、発展途上国からの帰国者(来航者)、さらに知的障害者施設収容者間⁶⁾にも、その流行が報告されている。

3 感染様式

性感染症としての赤痢アメーバ症の感染様式は、肛門と口唇とが直接接触するような糞口感染であるが、非性

感染症症例での感染は、*E. histolytica*の嚢子(シスト)による汚染飲食物を経口摂取することにより成立する。消化管に侵入したシストは、胃を経て小腸に達し、そこで脱シストして栄養型となり、分裂を繰り返して大腸に到達する。栄養型は、腸管腔や大腸粘膜内で分裂を繰り返す。この原虫は、大腸粘膜に潰瘍性病変を形成してアメーバ性大腸炎を発症させる。また、腸管外にも病変を形成するが、その大部分は肝膿瘍であり、まれに心、肺、脳、皮膚などのアメーバ性病変も報告される。

4 感染症法上の取扱い

感染症法では、*E. histolytica*の感染に起因する疾患を、消化器症状を主症状とするものばかりでなく、それ以外の臓器に病変を形成したものをアメーバ赤痢として、全例報告の対象とした(五類感染症)。なお、末尾の「コメント²⁾」参照。

アメーバ赤痢の臨床症状を示す症例について、検査によりアメーバ赤痢と診断した医師は、感染症法第12条第1項の規定により、7日以内に都道府県知事(最寄りの保健所などを經由して)に届出をする必要がある。また、アメーバ赤痢により死亡したと診断した場合にも同法第12条第4項の規定による届出を7日以内に行わなければならない。

症状・診断

1 アメーバ性大腸炎

臨床症状としては、下痢、粘血便、テネスマス、排便時下腹部疼痛などがある。肝膿瘍などの合併症を伴わない限り、原則として発熱は見られない。発症は緩徐であり、これらの症状は、増悪、寛解を数ヵ月から数年間にわたって繰り返すが、多くの場合に患者の全身状態は侵されず、社会生活は普通に営むことができる。

上記症状のうち、最も多く見られ、診断の糸口となるのは、粘血便である。典型的なものはイチゴゼリー様の外観を有し、大腸粘膜面に形成された潰瘍からの血液と粘液が混和したものであるが、量が少ない場合には、トイレット・ペーパーに少量の血液が付着し、患者は痔と自己診断している例が少なくない。粘血便が持続する場合には、大腸腫瘍や潰瘍性大腸炎などの鑑別診断が必

要となる。とくに、コルチコステロイドの投与はアメーバ性大腸炎を増悪させ、ときに穿孔性腹膜炎を合併するため、潰瘍性大腸炎との鑑別診断が重要である。なお、大腸炎症例の5%程度が肝膿瘍を合併するとされる。

さらに、妊娠もアメーバ赤痢を増悪させる要因になる。

赤痢アメーバ性大腸炎の診断方法は、三つ挙げられる。すなわち、

- ①糞便、または大腸粘膜から顕微鏡的、免疫学的、あるいは遺伝子診断で *E. histolytica* を証明する、
- ②大腸内視鏡像でアメーバ病変を証明する、
- ③血清中に赤痢アメーバ抗体を検出する、

である。

このうち①は、原虫数が少ない場合にその検出感度が低いため、赤痢アメーバ性であることを否定するための糞便検査は、最低でも3日間行うべきとされる。

2 アメーバ性肝膿瘍

臨床症状は、発熱、上腹部痛、肝腫大、盗汗などである。さらに、右胸膜炎や横隔膜挙上を示す症例も多く、乾性咳嗽や右肩甲部痛を訴えることもある。多くの症例は、38°C以上の発熱を示す。発病初期には腹痛などの局所症状を示さないため、感冒と誤診されることがある。やがて病期の進行とともに、上腹部痛（病変が肝右葉に多いため、右季肋部痛が多い）を自覚するようになる。今日のが国では、この時点で超音波やCT検査が行われ、肝膿瘍である診断が得られる。肝は有痛性に腫大し、季肋下あるいは心窩部に触知する。

診断方法は、三つに分けられる。すなわち、

- ①超音波やCTにより、肝臓に低吸収領域を証明する。
この段階では、肝膿瘍の疑い以上の診断には至らず、病原体を確定することはできない。しかし、肝右葉に形成された円形ないし楕円形の巨大な膿瘍はアメーバ性である可能性が高い。
 - ②膿瘍内容を穿刺またはドレナージにより採取し、その排液中に赤痢アメーバを証明する。
 - ③免疫学的方法、とくに血清アメーバ抗体価の上昇を証明すること、
- である。

赤痢アメーバは、膿瘍カプセルの直下に多く存在するため、穿刺液からの顕微鏡による検出率は50%前後であり、穿刺という手技の侵襲性に比べると、効率的とは

いえない。膿瘍がアメーバ性か否かを検討する上で極めて有用でかつ非侵襲的なのは、免疫学的方法であり、アメーバ性肝膿瘍での血清アメーバ抗体陽性率は、95%以上と高い⁷⁾。

なお、アメーバ性肝膿瘍の50%では、粘血便や持続性下痢の合併が証明されるが、残りの50%の症例は、腸管症状を示さない。

治療

大腸炎、肝膿瘍のいずれにあっても、赤痢アメーバ症に対する第一選択薬剤は5-ニトロイミダゾール系製剤であるメトロニダゾールである（フラジール[®]、ほか。赤痢アメーバ症に対して本邦では保険薬価未収載であるが、現実には広く処方されている）。

投与は1~2グラム、分3~4、7~10日間とする。日本人では1.5グラム/日以上投与時に、悪心、嘔吐などの副作用を発現することが多い。ジスルフィラム様作用があり、本剤投与中および投薬終了後1週間は禁酒とする。このほか、酔傾向、運動失調、めまい、白血球減少、発疹などの発現も報告される。

また、変異原性、発癌性などが実験的に証明されているため、妊婦には投与しない。同系統の薬剤としてチニダゾール1.2~2.0グラム/日、3日も用いられる。

肝膿瘍例に対する治療の基本は、上述した薬剤投与であるが、わが国では、従来から膿瘍ドレーン留置による排膿が多く併用されてきた。しかし、ドレーンは、設置後一定期間は抜去できず、長期間留置した場合、細菌によるドレーン感染を合併することがある。そのため、抗原虫薬投与開始前に超音波ガイド下に膿瘍穿刺を行い、可能な限り多量の排液を試み、穿刺針は留置せずに抜去することが勧められる。

排液は、微生物学的検査（細菌培養、原虫検査）に供し、血清アメーバ抗体が陽性であればアメーバ性と診断して、メトロニダゾール投与を開始する。

なお、肝左葉の膿瘍は、心嚢炎を合併する可能性があるため、また、直径10cm以上と巨大な膿瘍で穿破の危険性が高い場合には、ドレーン設置も考慮される。なお、膿瘍が巨大でない場合には、メトロニダゾール投与のみで治癒が期待できる（画像上での膿瘍陰影の消失には数カ月~数年を要する）。

臨床症状を伴わないキャリアにみられるアメーバシストは、*E. dispar* (駆除は不要)か *E. histolytica* (駆除が必要)によるものかの鑑別が困難である。原虫の同定は、培養・ザイモデルム/パターンの検討による方法とPCR法とが開発されているが、現実問題としてまだ一般臨床で利用可能な段階にない。

シストキャリアに使用する薬剤として、パロモマイシン(Humatin®)が挙げられる。入手方法については厚生科学研究費補助金・政策創薬等総合研究事業「熱帯病・寄生虫症に対する稀少疾病治療薬の輸入・保管・治療体制の開発研究」班(略称「熱帯病治療薬研究班」)班長:宮崎大学副学長・名和行文)の薬剤保管機関・担当者(ホームページ、<http://www.ims.u-tokyo.ac.jp/didai/orphan/HTML/page4.html>)または宮崎大学医学部感染症学講座寄生虫学分野(TEL 0985-58-0990)に問い合わせられたい。

治癒判定

アメーバ赤痢(症候性赤痢アメーバ症)に対し、メトロニダゾールは著効を示す。しかし、臨床症状消失後も糞便中にシストが残存する症例があり⁸⁾、再発の原因となるため、臨床的治癒後も、糞便の定期的追跡調査が必要である。このため、メトロニダゾールなどの殺組織内アメーバ剤投与後に、腸管腔に残存するシストに対処するためパロモマイシンやフコ酸ジロキサニドなどの殺管腔アメーバ剤を追加投与することも行われる。通常、治療後2~3か月以上臨床的再発がなく、糞便中に原虫が検出されなければ、治癒と判定する。

予後

治療に反応した赤痢アメーバ感染症の生命予後は、良好である。しかし、コルチコステロイド剤を投与され、穿孔性腹膜炎を併発した症例や劇症型症例は、腸管壁が菲薄化し、その予後が不良である。

パートナーの追跡

この原虫症は、糞口感染により男性同性愛者間に感染する性感染症でもあるため、性的パートナーをも同時に

治療する必要がある。しかし、現実にはパートナーが治療を受けることはまれであり、治療例の10%~20%程度に見られる臨床的再発例が、投薬後も患者体内に残存していた原虫による再燃か、あるいは、パートナーからの再感染かの判定は困難である。

コメント

1) 正常宿主に発症した赤痢アメーバ症の臨床像はよく知られているが、AIDSをはじめとする免疫不全主体に発症した本原虫による臨床像が、日和見感染的により重症化するか否かは、まだ結論が得られていない。AIDS患者に *E. histolytica* が感染した場合に、赤痢アメーバ症としての症状が増悪しなかつたとする Reed, D.L. による報告は、病原種と非病原種概念が確立する以前のものであり⁹⁾、さらに、米国での流行株は非病原種であることから、*E. dispar* を主体とした成績と理解される。

一方、わが国での流行株は *E. histolytica* である。わが国の男性同性愛者間には、赤痢アメーバとともに梅毒やHIVの混合感染をみる症例が増加しているため、今後は、これら複数の性感染症病原体感染症例の臨床像に関する成績を集積し、解析する必要がある。

2) 最後になったが、感染症法では「アメーバ赤痢」となっているけれども、ここでは「赤痢アメーバ症」としていることについて一言しておこう。

「アメーバ赤痢」は文字どおり赤痢アメーバによる「赤痢」を意味しているはずである。アメーバ赤痢は腸アメーバ症の一病態で、いわゆる赤痢症状を呈するものと考えるのが正しいと思われる。腸アメーバ症でも、赤痢症状を呈さないものもあるとされており、肝臓瘍までも赤痢に含めるのはいかがかと思われる。肝臓瘍だけの症例は、どう見ても赤痢ではありえない。

確かに感染症法では、すべてをひっくるめて赤痢アメーバによる感染症を「アメーバ赤痢」としているが、むしろこれを修正するように要求する方が良いように思われる。したがって、日本性感染症学会のガイドライン委員会としては、肝臓瘍なども含めるのであれば、「赤痢アメーバ症」の名称が良いと考えて採用している。

文 献

- 1) WHO: Amoebiasis. Weekly Epidemiol. Record, 72: 97-99, 1997.
- 2) 竹内 勤: 赤痢アメーバ症. 化学療法の領域, 13 (増刊号): 185-190, 1997.
- 3) Takeuchi, T., et al.: High seropositivity of Japanese homosexual men for amebic infection. J. Infec. Dis., 159: 808, 1989.
- 4) Markell, E.M., et al.: Intestinal protozoa in homosexual men of the San Francisco Bay Area: prevalence and correlates of infection. Amer. J. Trop. Med. Hyg., 33: 239-245, 1984.
- 5) 増田剛太: 赤痢アメーバ症. 検査と技術, 33: 1352-1357, 2005.
- 6) Nagakura, K., et al.: Amebiasis in institutions for the mentally retarded in Kanagawa prefecture, Japan. Jpn. J. Med. Sci. Biol., 43: 123-131, 1990.
- 7) 増田剛太: 赤痢アメーバ症. 診断と治療, 87: 2170-2174, 1999.
- 8) Adams, E.B., et al.: Invasive amebiasis. II. Amebic liver abscess and its complications. Medicine, 56: 325-334, 1977.
- 9) Reed, S.L., et al.: *Entamoeba histolytica* infection and AIDS. Amer. J. Med., 90: 269-271, 1991.

第 3 部

発生動向調査

発生動向調査からみた性感染症の最近の動向

国立感染症研究所・感染症情報センター 協力研究員 おさか はしど まどか
センター長 おか べ のぶ ひこ
岡 部 信 彦

1. はじめに

わが国では、1999年（平成11年）4月から施行（2000年（平成15年）11月に改正）された「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」（以下、感染症法）のもとに、5類感染症の定点把握疾患として性器クラミジア感染症、性器ヘルペスウイルス感染症、尖圭コンジローマ、淋菌感染症の4種類、および全数把握疾患として梅毒および後天性免疫不全症候群（HIV/エイズ）、合わせて6種の性感染症（Sexually Transmitted Diseases、以下STD）の発生動向調査が行われている。上記STD6疾患について、発生動向調査から見た最近の動向を解説する。

2. データ収集の方法

定点把握対象のSTD：あらかじめSTD定点として指定された医療機関は、月ごとにまとめて管轄の保健所へ届け出るよう、定められている。報告内容は、各疾患の性別、年齢別の人数である。STD定点の数は保健所ごとに管内人口に基づき、「保健所管内人口7.5万人未満は0、7.5万人以上の地域では1+(人口-7.5万人)/13万人とする」という基準で算出されている。定点の指定は、各都道府県が産婦人科系（産婦人科又は産科若しくは婦人科）と泌尿器科・皮膚科系（性病科又は泌尿器科若しくは皮膚科若しくは皮膚泌尿器科）が概ね同数になるように行っているが、実際はその比率は県ごとに異なっている。現在、STD定点数は全国で約920である。

全数把握対象のSTD：診断した医師が7日以内に管轄の保健所へ届け出る。報告は個人名を除いた個票で行われ、性別・年齢・症状・検査方法・感染経路・感染地等の情報が記載されている。

届け出基準：各疾患の届け出基準については、以下の

厚生労働省ホームページを参照されたい。（<http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/kenkou/kansensyo/index.html>）

3. データの解析と還元

定点把握STDのデータは月ごとに、全数把握STDのデータは随時、それぞれ各保健所から厚生労働省統計情報部のデータベースへ送られている。データは都道府県ごとに集計され、国立感染症研究所・感染症情報センターで解析され、結果は厚生労働省・国立感染症研究所が発行する感染症発生動向調査（IDWR）に掲載されている。全数報告の梅毒に関しては週報で、定点把握の4疾患に関しては月報で、データ提供者に還元されるとともに、インターネット上で一般にも公開されている。（<http://idsc.nih.gov.jp/idwr/pdf-j.html>）

エイズに関しては、3か月ごとに開催される厚生労働省エイズ動向委員会により、都道府県等からの報告に基づいて患者発生動向が解析され、結果はエイズ予防情報センターのウェブサイトを通じて公開されている。（http://api-net.jfap.or.jp/mhw/survey/mhw_survey.htm）

4. 定点把握STDの最近の動向

経時的トレンド：性器クラミジア、性器ヘルペス、尖圭コンジローマ、淋菌感染症の定点あたり報告数の年次月別推移を男女別に図1に示した。これらの疾患に関しては1987年より感染症サーベイランス事業の一環として定点把握サーベイランスが開始されており、1999年（平成11年）4月から感染症法で引き継がれた形となっている。しかし、感染症法の施行に際して、STD定点として選定する医療機関の数と診療科構成に変更が加えられたため、1999年4月を境に報告数にはギャップ

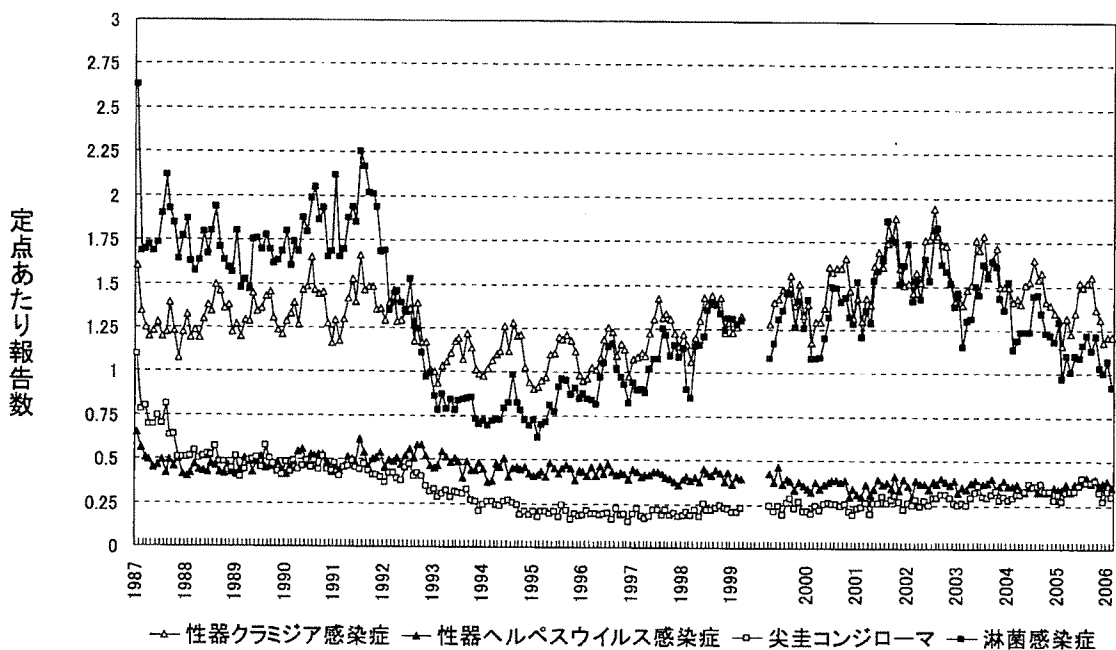


図1a 感染症発生動向調査による性感染症の年次推移 (男性)

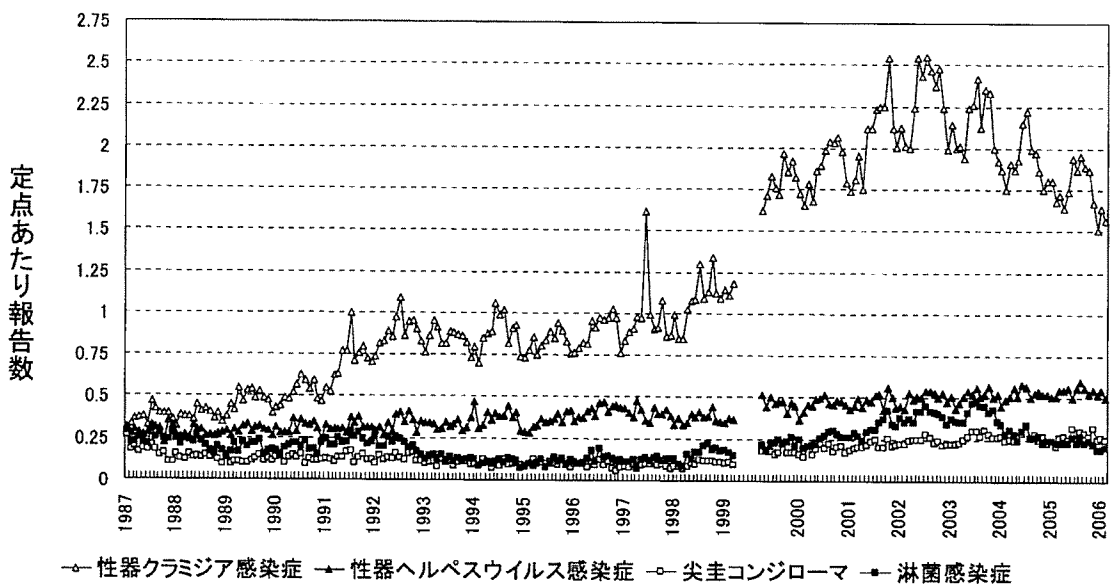


図1b 感染症発生動向調査による性感染症の年次推移 (女性)

が生じ、男女比も変わるなどし(後述する)、その変化を継続的なものとしてとらえることはできない。1992年はエイズに対する認識が高まった影響でSTD全体が減少し、特に男性で淋菌感染症が激減したが、エイズに対する不安や関心が薄れるにつれて、1996年からは性器クラミジア、淋菌感染症は再び増加に転じた。しかし、2002年をピークとして、性器クラミジア、淋菌感染症は男女ともにそれまでの増加傾向から一転して減少に転じ、その後現在まで、その傾向が続いている。性器ヘルペスおよび尖圭コンジローマはゆるやかながら増加傾向を示している。例年、夏に多く冬に少ないという季節変動が認められる。

疾患の割合：疾患の割合を男女別にみた場合(図2)、現在では男性ではクラミジアと淋菌感染症がほぼ等しく、それぞれ定点把握STD全体の4割を占めている。女性ではクラミジアが増え続けて約6割に達している。ただし、1980年代～90年代初頭にかけてのクラミジアの割合の急速な増大は、検査法の発達によるところも大きい。近年、男女ともに淋菌感染症の割合の低下が見られ、女性ではさらにクラミジア感染症の割合も低下傾向を示している。代わって、性器ヘルペスおよび尖圭コンジローマの占める割合がじりじりと増えている。

年齢構成：各疾患について、感染症法施行後の年齢別報告数の経時変化を男女別に示した(図3)。全体に男性では20代、30代が中心であるが、女性においては、より若年齢層にシフトしているのが特徴である。性器ヘルペスは感染すると生涯にわたって潜伏、再発を繰り返すため、常時、高年齢層からの報告が少なくない。2003年以降、クラミジア、淋菌感染症においては、特に若年齢層で減少傾向が明らかであったが、2005年も同様であった。一方、尖圭コンジローマおよび性器ヘルペスが、特に30代以降の年齢において増加傾向を示している。

男女比：各疾患について、男女比の経時変化を図4に示した。1999年に女性の比率が突然高くなった理由は、STD定点の構成の変更によるものと考えられる。すなわち、感染症法の施行にあたりSTD定点となる医療機関を再選定した際、意図的に産婦人科系を増やした結果、女性報告数が増えたためである。人為的な要素が加わっているため、ここで得られる男女比の数値は概況として見るにとどめる。なお、1999年以降、全体のトレンドとして女性の比率が高くなっていったが、クラミジアは2002年から、尖圭コンジローマおよび淋菌感染症は2003年から、さらに性器ヘルペスも2004年から、女性の比率は減少に転じている。

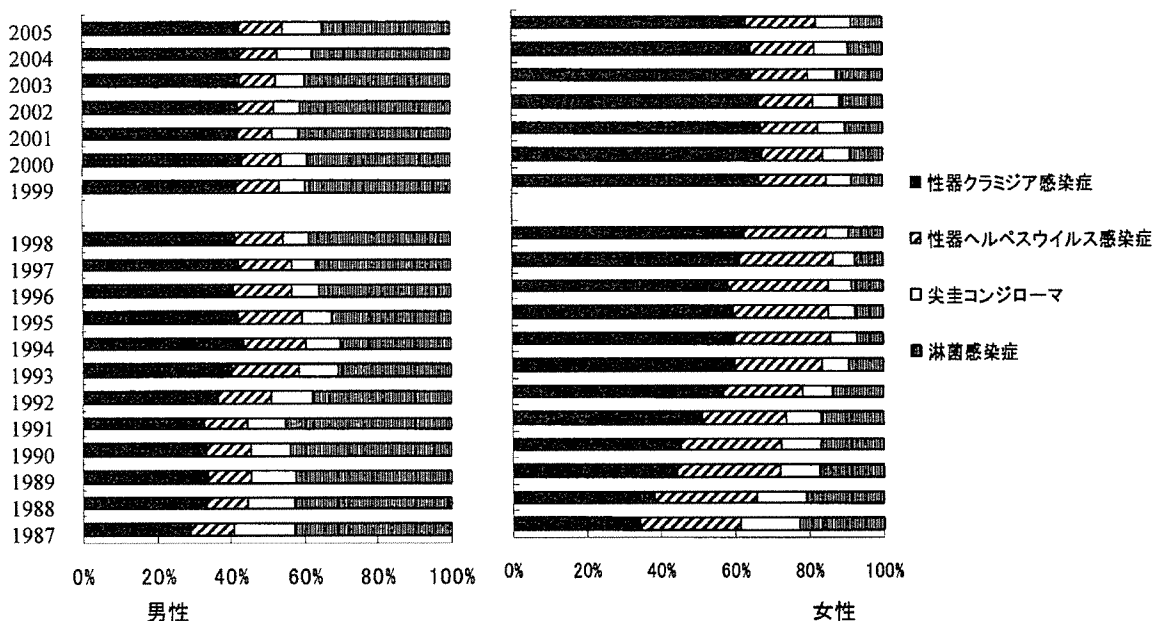


図2 感染症発生動向調査による年次別性感染症の比率

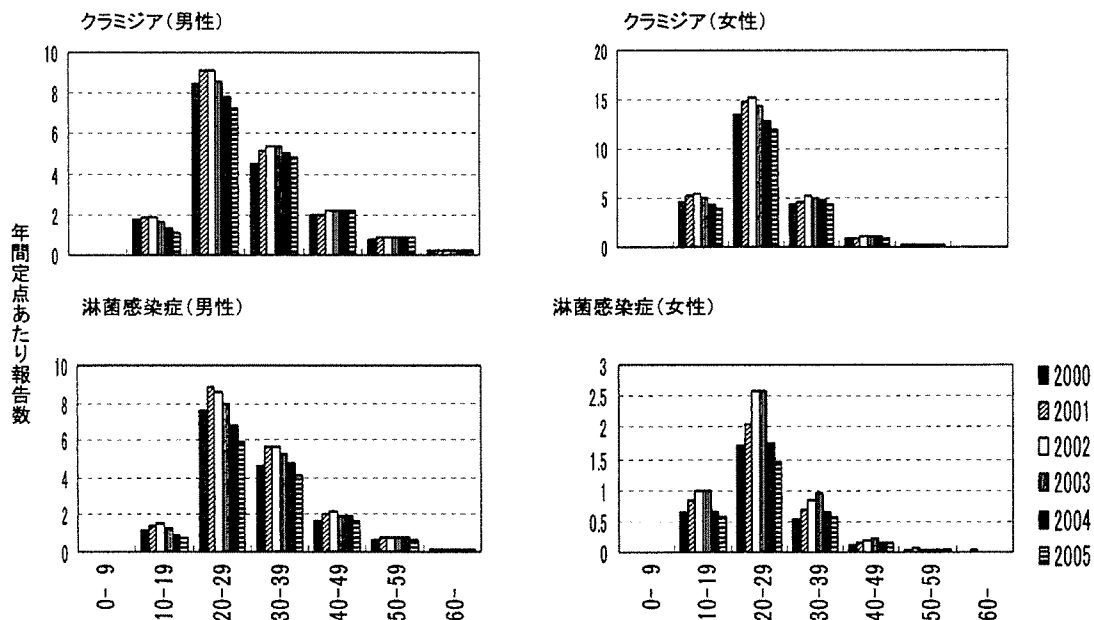


図3 a 感染症発生動向調査による各性感染症の年次別、年齢別患者報告数

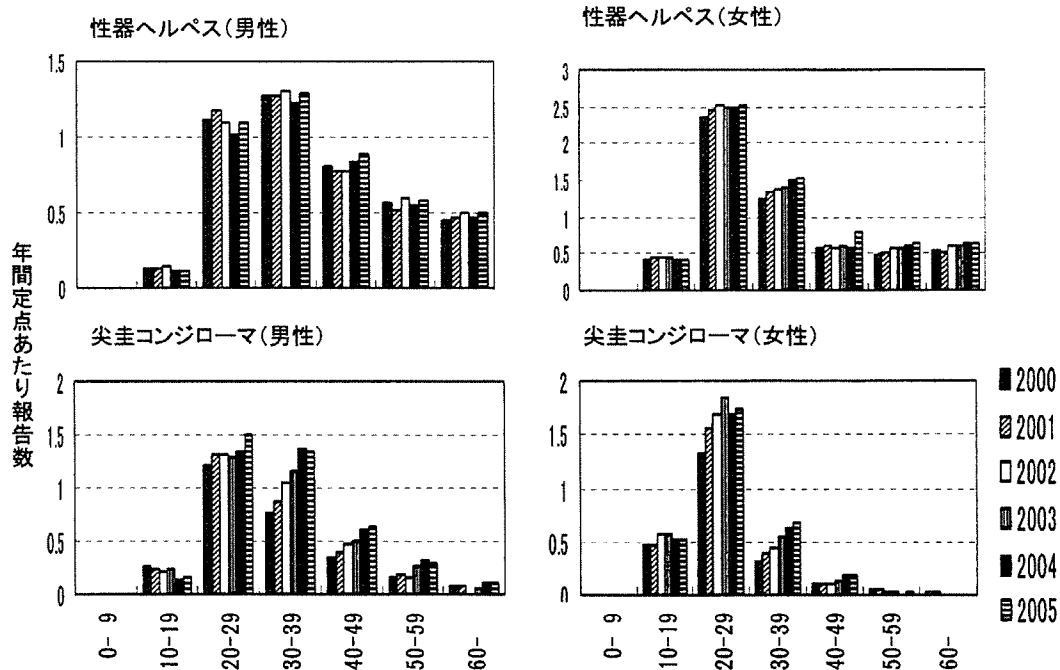


図3 b 感染症発生動向調査による各性感染症の年次別、年齢別患者報告数

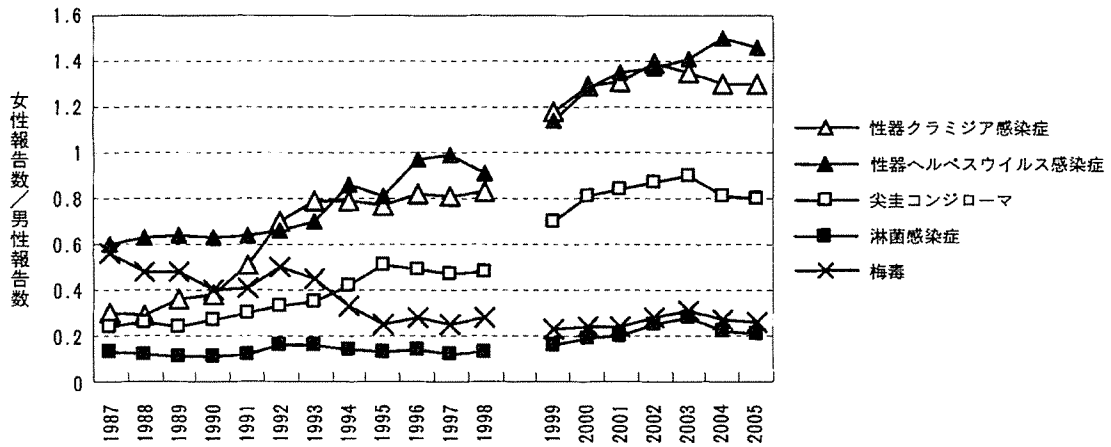
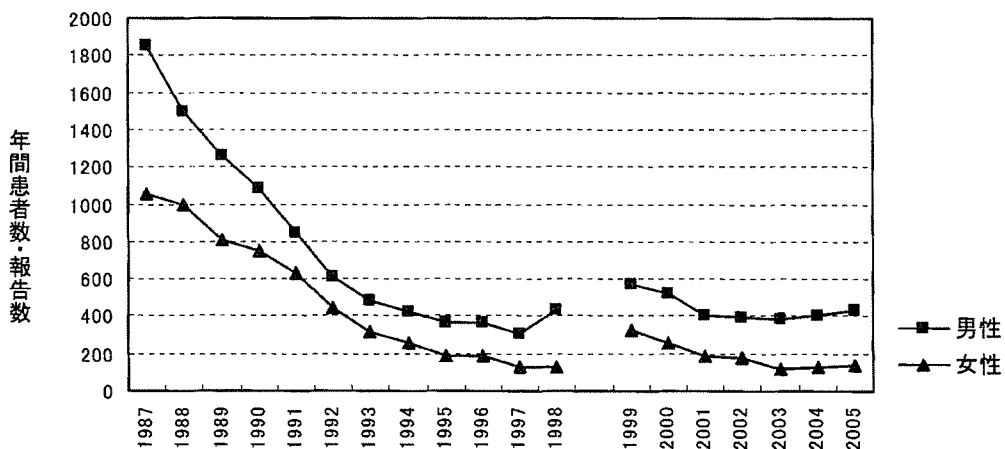


図4 感染症発生動向調査による各性感染症の男女比の年次推移

5. 全数把握 STD の最近の動向

梅毒：1999年3月まで、梅毒はりん病、軟性下かん、そけいりんば肉芽しゅ症とともに性病予防法に基づいて全数報告がなされていたが、同年4月から性病予防法は廃止、代わって施行された感染症法によって、再び全数把握対象疾患に指定された。両法による患者数・報告数の年次推移を図5に示す。経時的な傾向としては、感染症法施行から2003年までは穏やかな減少傾向が続いてきたが、その後、やや増加し、2005年は2003年と比べ、男性では10.8%の増加(388→430)、女性では

14.0%(121→138)の増加であった。年齢別男女別にみると(図6)、男性では20代~40代まで高く、その後漸減するが、女性では20代と70~80代に2峰性のピークがみられる。図7に示すとおり、高齢の症例の多くは低値の抗体のみ検出される無症候性梅毒で、既に治療した過去の感染を報告している場合が多いと考えられる。なお、最近の増加傾向は、20~30代が中心で、50代以降では明らかに減少している。年齢別病型の比率を2000~2002年にまとめたものと比べると、2003~2005年は、特に高齢者で無症候性梅毒の占める割合が低下していた。



* 1999年の報告数は伝染病統計調査と感染症発生動向調査の合計

図5 伝染病統計調査・感染症発生動向調査による梅毒の患者数・報告数

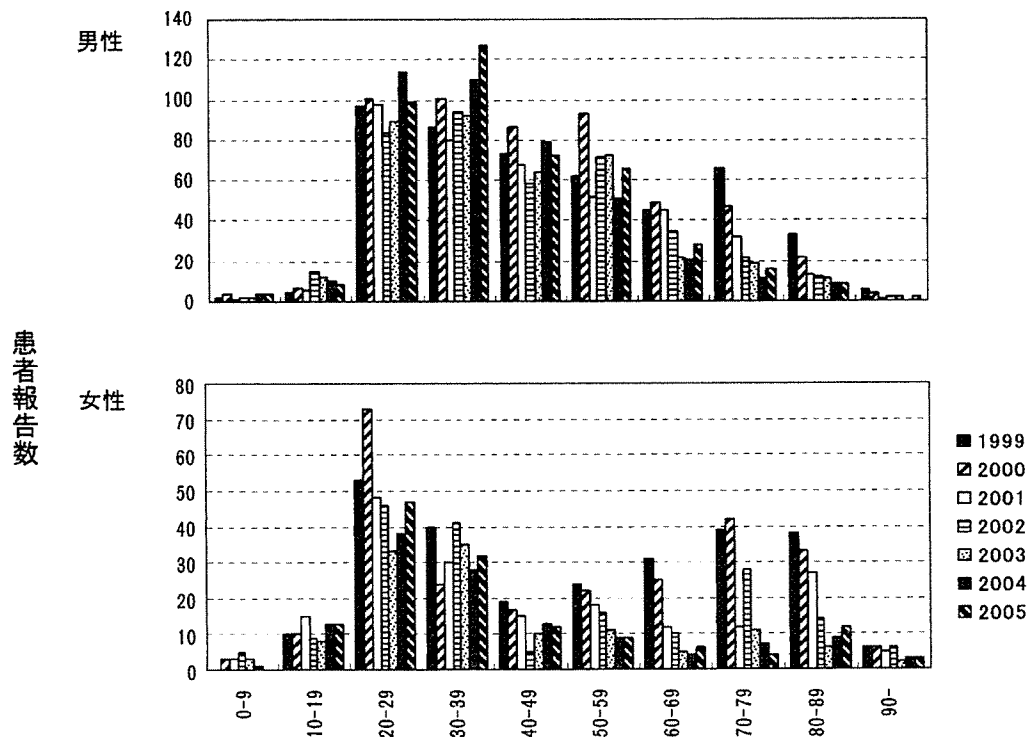


図6 感染症発生動向調査による梅毒の年次別、年齢別患者報告数

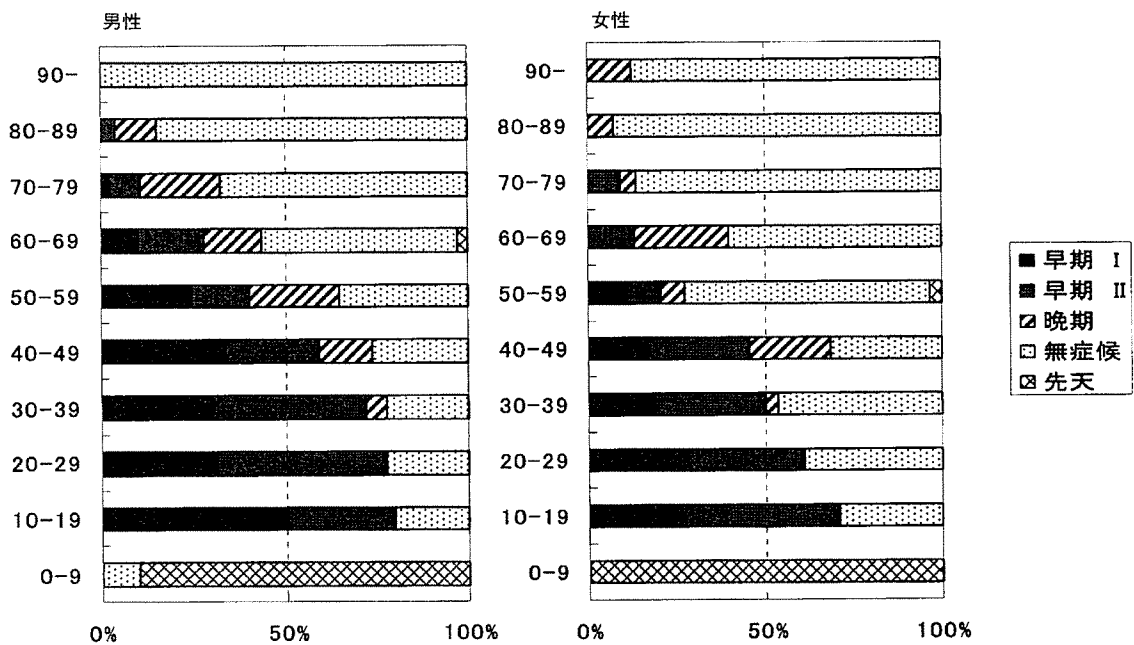


図7 梅毒報告例の年齢別病型の比率 (2003~2005年分)

HIV/エイズ：HIV/エイズ発生動向に関しては3か月に1回、エイズ動向委員会が詳細な解析を行っており、病原微生物検出情報や、上述したエイズ予防情報センターのウェブサイトで公開されているので参照していただきたい。http://api-net.jfap.or.jp/mhw/survey/mhw_survey.htm 2005年（平成17年）までの報告によると、HIV/エイズ報告数は、一貫して増加傾向が続いている（図8）。特に1999年から同性間の性的接触による日本国籍男性のHIV感染が著しく増えている（図9、10）。静注薬物濫用や母子感染によるものはHIV感染者、エイズ患者ともにいずれも2%以下にとどまってい

るが（図11）、静注薬物濫用については、2005年は2004年の2倍、10例であった。なお、全年累計で、異性間性的接触による日本国籍HIV感染者について年齢階級別に性別構成をみると、15-19歳は女性が72.2%、20-24歳は女性51.5%を占め、他のSTD同様、HIVにおいても若年齢層では女性の割合がより高い（図12）。

6. おわりに

本稿は、2004年版のSTD学会ガイドラインに掲載した性感染症の最近の動向をアップデートしたものであ

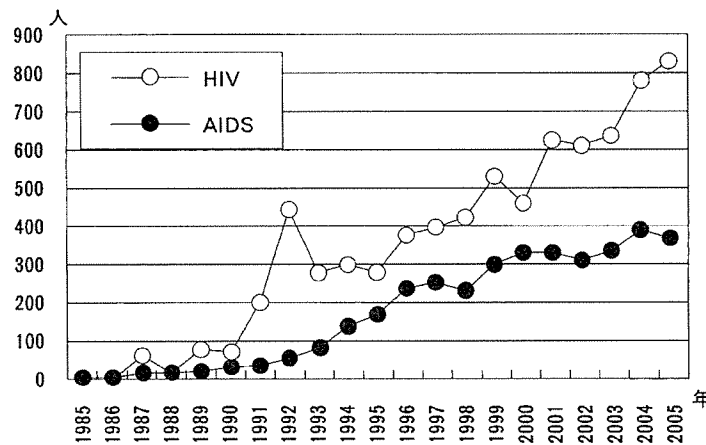


図8 HIV感染者およびAIDS患者報告数の年次推移
[2005年エイズ発生動向概要報告書より引用]

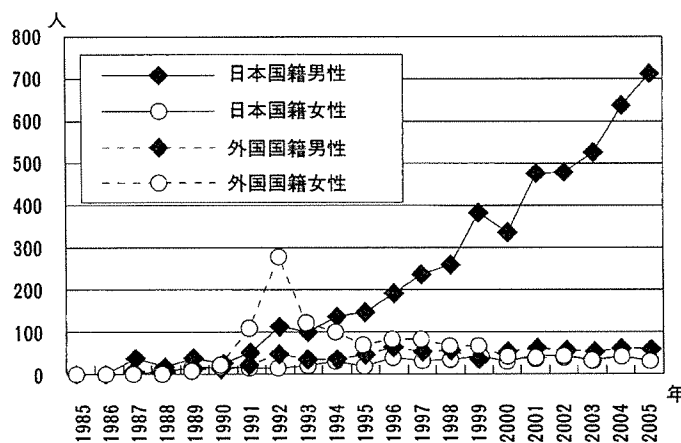


図9 HIV感染者報告数の国籍別、性別年次推移
[2005年エイズ発生動向概要報告書より引用]

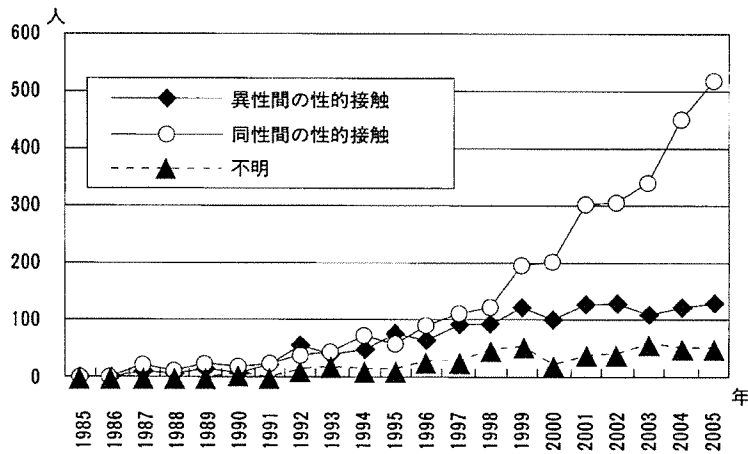


図10 日本国籍男性 HIV 感染者の感染経路別年次推移
[2005年エイズ発生動向概要報告書より引用]

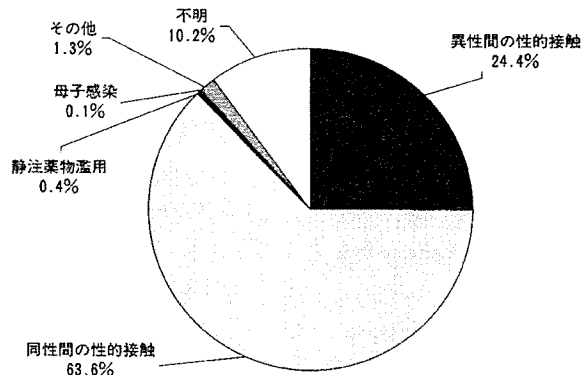


図11 HIV 感染者の感染経路別内訳 (2005年)
[2005年エイズ発生動向概要報告書より引用]

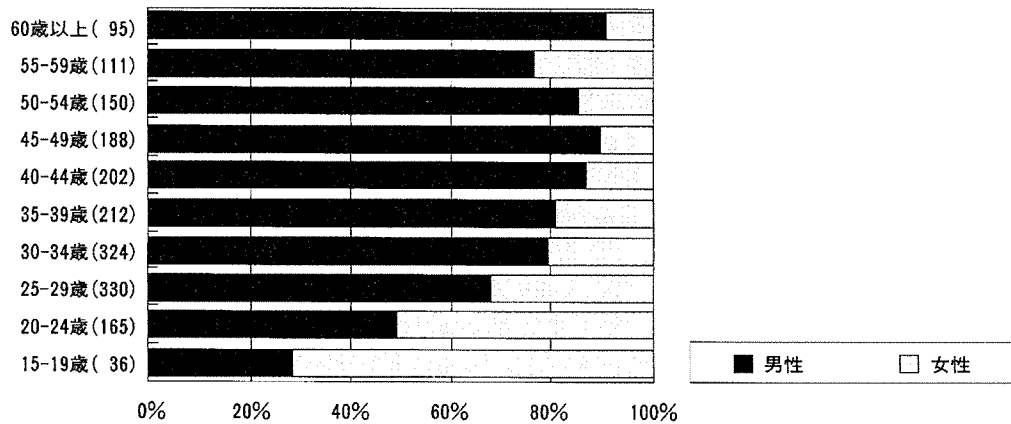


図12 日本国籍異性間 HIV 感染者の年齢別、性別内訳 (累計)
[2005年エイズ発生動向概要報告書より引用]

り、現行の STD 発生動向調査の問題点については、2004 年版で詳細に述べているので、ご参照いただきたい¹⁾。現行の定点把握 STD 発生動向調査においては、定点の選定に際して均質性・代表性が確保されていないため、特に女性症例の把握が少ない点が明らかになっている。また、上述したように、全数把握の梅毒でも多数の報告もれがある。厚生労働省の「性感染症サーベイランス研究班」の報告書²⁾によると、1998～2000 年にかけての梅毒患者数（早期顕症のみ）は年間 4000～5000 例と推定されている。その数に基づけば、現行の発生動向調査での捕捉率は 10%程度ということになり、梅毒に関しては信頼できる全数データが得られているとはいえない。また、過去の感染とみられる高齢者の無症候性梅毒や、血清学的診断において報告基準に合致しない例も混入している、などの問題点もある。

したがって、本発生動向調査は、経時的なトレンドの監視を主眼としていることを認識した上で、最近の動向を見てみると、1990 年代後半から続いてきた STD の増加、特にその主要因となってきた、性器クラミジア、淋菌感染症の若年齢、特に女性での感染増加に関しては歯止めがかかり、2002 年以降、減少傾向が現在まで続いている。その一方で、性器ヘルペスや尖圭コンジローマは微増し、HIV/エイズは男性同性愛者において激増している。STD 防止対策やキャンペーンの有効性、社会状

況の変化などの解析・評価を進め、さらに有効性を高め、このまま性器クラミジアや淋菌感染症の減少傾向を定着させるとともに、ウイルス性 STD の監視を強める必要がある。

最後に、2006 年 4 月より各 STD の届出基準が変更された。性器クラミジア感染症に関しては、血清抗体の検出（ペア血清による抗体陽転又は抗体価の有意の上昇、又は単一血清で抗体価の高値）が検査方法に加えられ、性器ヘルペスウイルスについては、再発症例は報告対象としない様に変更された。また、淋菌感染症については、血清学的診断という基準が外された。これらの変更により、特に、再発症例が多い性器ヘルペスに関して、これまでの発生動向調査による疫学データの継続性が損なわれるのは必至で、今後、慎重な解析が求められることになる。

文 献

- 1) 橋戸 円, 岡部信彦: 発生動向調査からみた性感染症の最近の動向, 日性感染症会誌, 15: Suppl: 60-68, 2004.
- 2) 熊本悦明, 塚本泰司, 利部輝雄, 赤座英之, 野口昌良, 高杉 豊ほか, 「日本における性感染症 (STD) 流行の実態調査—2000 年度の STD・センチネル・サーベイランス報告—」日性感染症会誌 2002; 13: 147-167.

第 4 部

特定感染症予防指針

性感染症に関する特定感染症予防指針

(p.104の追補、p.105の注記を参照)

○厚生労働省告示第六百四十四号

感染症の予防及び感染症の患者に関する医療に関する法律（平成十年法律第百十四号）第十一条第一項の規定に基づき、性感染症に関する特定感染症予防指針（平成十二年厚生省告示第十五号）の一部を次のように改正する。（注：以下では、改正後の正文を掲出した。）

平成十八年十一月三十日

厚生労働大臣 柳澤 伯夫

性器クラミジア感染症、性器ヘルペスウイルス感染症、尖圭コンジローマ、梅毒及び淋菌感染症（以下「性感染症」という。）は、性的接触を介して感染するとの特質を共通に有し性的接触により誰もが感染する可能性がある感染症であり、生殖年齢にある男女を中心とした大きな健康問題の一つである。性感染症は、感染しても無症状であることが多く、また、尿道炎、帯下の増量、皮膚粘膜症状等の比較的軽い症状にとどまる場合もあるため、感染した者が、治療を怠りやすいという特性を有する。このため、不妊等の後遺障害や生殖器がんが発生し、又は後天性免疫不全症候群に感染しやすくなる等性感染症の疾患ごとに発生する様々な重篤な合併症をもたらすことが問題点として指摘されている。特に、生殖年齢にある女性が性感染症に罹患した場合には、母子感染による次世代への影響があり得ることも問題点として指摘されている。

また、性感染症は、患者等（患者及び無症状病原体保有者をいう。以下同じ。）が、自覚症状がある場合でも医療機関に受診しないことがあるため、感染の実態を把握することが困難であり、感染の実態を過小評価してしまうおそれがあること、また、性的な接触を介して感染するため、個人情報保護への配慮が特に必要であること等の特徴を有することから、公衆衛生対策上、特別な配慮が必要な疾患である。

さらに、性感染症を取り巻く近年の状況としては、十代の半ばごろから二十代前半にかけての年齢層（以下「若年層」という。）における発生の増加が報告されていること等が挙げられることから、これを踏まえた上で、性感

染症対策を進めていくことが重要である。

性感染症の予防には、正しい知識とそれに基づく注意深い行動が重要であり、早期発見及び早期治療により治癒、重症化の防止又は感染の拡大防止が可能な疾患である。このため、性感染症に対する予防対策としては、感染の可能性がある者への普及啓発及び性感染症の予防を支援する環境づくりが重要である。特に、近年増加が報告されている若年層を対象とした予防対策を重点的に推進していく必要があるため、学校等と連携していく必要がある。また、後天性免疫不全症候群と性感染症は、感染経路、発生の予防方法、まん延の防止対策等において関連が深いため、正しい知識の普及等の対策について、本指針に基づく対策と後天性免疫不全症候群に関する特定感染症予防指針（平成十一年十月厚生省告示第二百十七号）に基づく対策との連携を図ることが必要である。

本指針は、このような認識の下に、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（平成十年法律第百十四号。以下「法」という。）の施行に伴う性病予防法（昭和二十三年法律第百六十七号）の廃止後も、総合的に予防のための施策を推進する必要がある性感染症について、国、地方公共団体、医療関係者、民間団体等が連携して取り組んでいくべき課題について、発生の予防及びまん延の防止、良質かつ適切な医療の提供、正しい知識の普及等の観点から新たな取組の方向性を示すことを目的とする。

また、本指針の対象である性器クラミジア感染症、性器ヘルペスウイルス感染症、尖圭コンジローマ、梅毒及び淋菌感染症のほかにも、性的接触を介して感染することがある感染症は、後天性免疫不全症候群を含め多数あることに留意する必要があり、本指針に基づく予防対策は、これらの感染症の抑制にも資するものと期待される。

なお、本指針については、性感染症の発生動向、性感染症の検査、治療等に関する科学的知見、本指針の進捗よく状況の評価等を勘案して、少なくとも五年ごとに再検討を加え、必要があると認めるときは、これを変更していくものである。

第一 原因の究明

一 基本的考え方

性感染症の発生動向の調査における課題は、病原体に感染していても無症状であることが多く、また、自覚症状があっても医療機関を受診しないこと等があるため、その感染の実態を正確に把握することが困難なことである。そのため、性感染症の疫学的特徴を踏まえた対策を推進すること等を目的として、その発生動向を慎重に把握していく必要があることから、法に基づく発生動向の調査を基本としながら、患者調査等の他の調査等を活用するとともに、無症状病原体保有者の存在を考慮し、必要な調査等を追加的に実施し、発生動向を総合的に分析していくことが重要である。

また、国及び都道府県等（都道府県、保健所を設置する市及び特別区をいう。以下同じ。）は、個人情報保護に配慮しつつ、収集された発生動向に関する情報と分析結果について、必要とする者に対し、広く公開及び提供を行っていくことが重要である。

二 発生動向の調査の活用

法に基づく発生動向の調査については、引き続き、届出の徹底等その改善及び充実を図り、調査の結果を基本的な情報として活用していくものとする。特に、法第十四条第一項の規定に基づき、指定届出機関からの届出によって発生の状況を把握することとされている性器クラミジア感染症、性器ヘルペスウイルス感染症、尖圭コンジローマ及び淋菌感染症については、国は、これら四つの感染症の発生動向を的確に反映できるよう、発生動向調査の結果を踏まえた指定届出機関の指定の基準（定点選定法）の見直しに努めるとともに、指定の状況を適宜確認して、発生動向調査の改善を図るものとする。都道府県は、性別、年齢階級別など、対策に必要な性感染症の発生動向を把握できるように、かつ、関係機関、関係学会、関係団体等と連携し、地域における対策に活用するため、十万人当たりの患者数のように地域によって偏りがないように留意して、指定届出機関を指定するものとする。

三 発生動向の調査等の結果の公開及び提供の強化

国及び都道府県等は、収集された調査の結果やその分析に関する情報を経年的な変化が分かるような図表に編集する等国民が理解しやすいよう加工した上で、印刷物、インターネット等の多様な媒体を通じて、これを必要とする者に対して、広く公開及び提供を行っていくことが重要である。

第二 発生の予防及びまん延の防止

一 基本的考え方

国及び都道府県等は、性感染症の罹患率を減少傾向へ導くための施策の目標を設定し、正しい知識の普及啓発及び性感染症の予防を支援する環境づくりを中心とした予防対策を行うことが重要である。特に、性感染症の予防方法としてのコンドームの使用並びに検査や医療の積極的な受診による早期発見及び早期治療が性感染症の発生の予防及びまん延の防止に有効であるといった情報、性感染症の発生動向に関する情報等を提供していくとともに、検査や医療を受けやすい環境づくりを進めていくことが重要である。

また、普及啓発は、一人一人が自分の身体を守るために必要とする情報を分かりやすい内容と効果的な媒体により提供することを通じ、各個人の行動を性感染症に罹患する危険性の低いもの又は低いものに変化する行動変容の促進を意図して行うものである必要がある。

さらに、一般的な普及啓発の実施に加え、若年層を中心とした普及啓発を実施するとともに、実施に当たっては、対象者の実情に応じて、普及啓発の内容や方法に配慮することが重要である。このため、国及び都道府県等は相談や指導の充実を図り、よりきめ細かい普及啓発を実現していくことが必要である。

二 コンドームの予防効果に関する普及啓発

コンドームは、避妊の効果のみならず、性感染症の原因となる直接接触を妨げる物理的障壁として、性感染症の予防に対する確実かつ基本的な効果を有するものであり、その効果について普及啓発に努めるべきである。国及び都道府県等は、コンドームの性感染症の予防効果に係る情報を提供していくことが重要であり、コンドーム