

1 はじめに	1
2 エイズ年表	2
3 HIV流行の基礎知識	3
(1)性的ネットワーク	3
(2)性感染症とHIV感染の関係	3
(3)流行期分類	4
4 HIV流行の世界的状況	5
5 周辺国・地域におけるHIV流行の現状	6
(1)中国	7
(2)台湾	8
(3)香港	8
(4)韓国	8
6 欧米におけるHIV流行の現状	9
(1)米国	9
(2)西ヨーロッパ	10
7 日本におけるHIV流行の現状	11
(1)全体的状況	11
(2)HIV感染者報告数の動向	12
(3)AIDS患者報告数の動向	14
(4)献血血液のHIV検査陽性率	16
(5)まとめ	16
8 日本の社会的状況	17
(1)性行動に関連する状況	17
(2)性感染症、10代の中絶、コンドーム国内出荷数の状況	19
(3)社会環境の変化	20
(4)出入国の状況	21
(5)マスメディアによるエイズ関連報道の動向	22
9 エイズ対策の状況	23
(1)検査数・相談件数の動向	23
(2)普及啓発の状況	25
10 まとめ	29
11 文献	30
12 情報リソース	31

付録：CD-ROM(図表のパワーポイント・ファイル)

HIV感染症の動向と影響及び政策のモニタリングに関する研究班

主任研究者

木原正博 (京都大学大学院社会健康医学系専攻社会疫学分野 教授)

分担研究者

小野寺昭一 (東京慈恵医科大学感染症制御部 教授)

和田 清 (国立精神・神経センター精神保健研究所薬物依存部 部長)

中村亮介 (東京都立松沢病院神経科 医長)

笠島 茂 (国立保健医療科学院公衆衛生政策部行政政策室 室長)

サマシ・ザマニ (京都大学大学院社会健康医学系専攻社会疫学分野 助教)

国連合同エイズ計画共同センター* 主席研究員)

共同研究者

木原雅子 (国連合同エイズ計画共同センター センター長)

京都大学大学院社会健康医学系専攻社会疫学分野 准教授)

小堀栄子^{1,2} 日高庸晴^{1,2} 西村由実子^{2,3} 森重裕子^{1,2} 本間隆之⁴

1 京都大学大学院社会健康医学系専攻社会疫学分野 研究員

2 国連合同エイズ計画共同センター 研究員

3 財団法人エイズ予防財団リサーチレジデント

4 金沢大学大学院自然科学研究科国際保健薬学 助教

*正式名:UNAIDS Collaborating Centre on Socio-epidemiological HIV Research
(社会疫学的HIV研究に関する国連合同エイズ計画共同センター)

HIV流行の存在が確認されてから4半世紀近くが過ぎましたが、根治薬や予防ワクチンが近い将来に実用化される目途は立っておらず、リスクの高い行動を抑制することが、唯一の現実的予防方法という状況は今も変わりありません。そうした難しさのために、HIVの世界的流行状況は、この間大きく悪化し、途上国と先進国にそれぞれ異なる社会的困難を生みだしています。そして、流行の波は、すでに東アジアに及び始め、わが国の周辺諸国や地域では、HIV流行が進行しています。

こうした状況に適切に対処しHIV流行を抑制するためには、情報が必要です。しかし、情報化社会と言われながら、国外の情報にしても、国内の情報にしても、必要な情報は必ずしも集中して存在するわけでも、わかりやすい或いは使いやすい形で存在しているわけでもなく、これが、普及啓発にとって重要な阻害要因の一つとなっていると思われま

す。厚生労働科学研究「HIV感染症の動向と影響及び政策のモニタリングに関する研究」では、そうした状況に鑑み、国連合同エイズ計画共同センターと共同で、わが国のHIV流行の現状や特徴、今後の展望を検討するのに必要な情報のデータベースを構築し、分析結果を予防啓発の第一線で活動されている人々に提供することを目的として研究を行っています。このデータベースはそこから、わが国のHIV流行の理解と普及啓発に重要と思われる情報を抜粋したものです。その意味で、あらゆる情報を網羅しているわけではないため、詳しい情報が必要な方は、本ガイドブックの情報リンクを参照していただくようお願いいたします。

本データベースは、本年度初めて製作されたものです。内容は、今後のデータの拡充や利用者の意見を参考に改訂していくこととしていますので、ご意見ご要望をお寄せいただければ幸いです。なお、巻末のCD-ROMには、データベースに掲載された図がパワーポイントファイルとして収録されていますので、普及啓発にご利用ください。

2008年3月31日
HIV感染症の動向と影響及び政策のモニタリングに関する研究班
主任研究者 木 原 正 博

○ 世界における主なできごと

- 1981年 米国疾病管理予防センター(CDC)が初の症例報告
- 1982年 AIDS(後天性免疫不全症候群)と命名される
性行為、血液、母子感染によって感染する疾患と判明。
- 1985年 AIDSの原因ウイルス発見(ヒト免疫不全ウイルス[HIV]と命名)
- 1987年 米国CDCがAZT(ジドブジン)をエイズ治療薬として承認
世界保健機関(WHO)に世界エイズプログラム設置
第1回世界エイズデー
- 1994-5年 多剤併用療法(HAART療法)の有効性が証明される
- 1996年 国連合同エイズ計画(UNAIDS)発足
- 2001年 国連エイズ特別総会(1つの病気に対する人類最初の国連特別総会)
- 2002年 世界エイズ・結核・マラリア対策基金発足
- 2003年 WHO/UNAIDSが「3 by 5イニシアティブ」を開始
(2005年までに途上国の300万人の患者に抗HIV薬を供給することを
目標とした計画。実際の達成は、約100万人)
米国ブッシュ大統領が「大統領エイズ救済緊急計画」発表
- 2005年 国連総会エイズ高級レベル会合
- 2007年 ハイリゲンダムサミット(G8が600億ドル拠出を表明)

○ 日本における主なできごと

- 1985年 日本で最初のエイズ患者認定
- 1986年 エイズサーベイランス委員会発足(1996年にエイズ動向委員会に改称)
- 1987年 エイズ対策関係閣僚会議でエイズ問題総合対策大綱決定
財団法人エイズ予防財団発足
- 1989年 後天性免疫不全症候群の予防に関する法律(エイズ予防法施行)施行
- 1994年 第10回国際エイズ会議開催(横浜)
- 1996年 大阪HIV訴訟及び東京HIV訴訟(所謂「薬害エイズ裁判」)和解成立
エイズ診療拠点病院設置
- 1999年 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(感染症予防法)施行
後天性免疫不全症候群に関する特定感染症予防指針(エイズ予防指針)の公示
- 2005年 第7回アジア太平洋エイズ国際会議開催(神戸)
- 2006年 新エイズ予防指針公示
国連合同エイズ計画共同センター設置(京都大学)

1 性的ネットワーク

HIVの流行は、性行為や薬物を注射する行為によって人々が連鎖する場合、つまりネットワークが形成される場合で、しかも1人が平均1人を超える相手にウイルスを移す場合に生じます¹⁾。図1は、米国の疾病管理予防センター(CDC)が発表した、米国のあつ小々な町における異性間の性的ネットワークとHIV感染の様子を示したものです²⁾。この図から、以下の2つのことが指摘できます。

- 1) ネットワークの形成には、パートナー数の多い人々(「コア」)が大きな役割を果たす。
- 2) ネットワークに連結されている場合には、相手が一人でもHIVに感染する危険がある。

こうした性的ネットワークが発達した社会や集団では、まず性感染症が流行し、次いでHIVが流行していくこととなります。

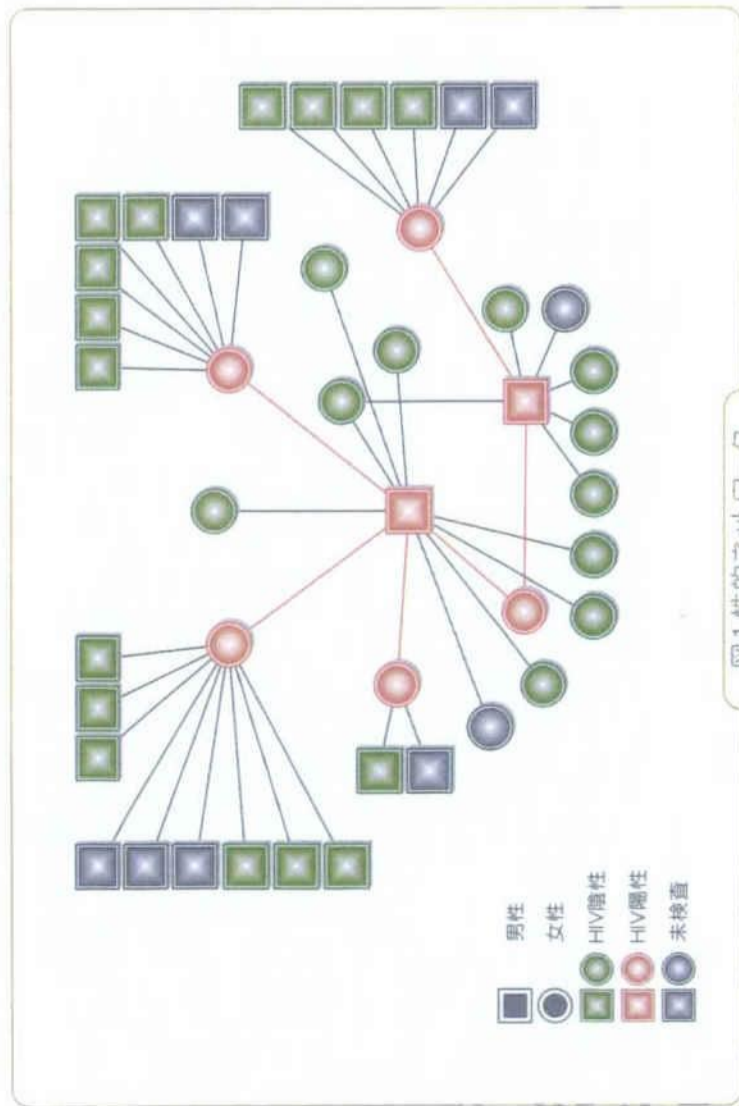


図1.性的ネットワーク

2 性感染症とHIV感染の関係

性感染症は生殖器に炎症や潰瘍を作るため、HIVが感染しやすい状態を作り、潰瘍がある場合は、男性で10~50倍、女性で50~300倍、潰瘍がない場合でも男女で2-5倍、HIVに感染しやすくなるとされています³⁾。つまり、性感染症が流行していると、HIVが流行しやすいこととなります。

3 流行期分類

流行は、理論的に2つの波を描いて広がっていきます(図2⁴⁾)。最初は、感染しやすい行為による流行で、リスクの高い行動(無防備な同性間性行為、金銭を介する性行為、薬物静注[薬物の静脈注射])を行う層が流行の中心となります。しかし、その後流行は無防備な異性間性行為を行う層に広がり、より大きく、100年以上にも及ぶ長い流行へと発達していく可能性があります。

こうした流行の時間的推移は、国連合同エイズ計画(UNAIDS)とWHOによって、3つの流行期に分類されています⁵⁾。最初は、低流行期 low epidemicで、HIV感染率が、一般人口(妊婦の感染率で代用されます)で1%未満かつ高リスク層で5%未満の場合です。有効な対策が講じられないと、流行は、次に、集中流行期 concentrated epidemicに移ります。一般人口1%未満、高リスク層で5%以上の時期です。そして、最後に流行は広汎流行期 generalized epidemicに入りますが、感染率は一般人口で1%以上、かつ高リスク層でも5%以上となります。日本は現在低流行期にあり、同性間感染が増え、異性間感染が緩やかに増える時期にあたりますが、次第に集中流行期に移行しつつあると考えられます。

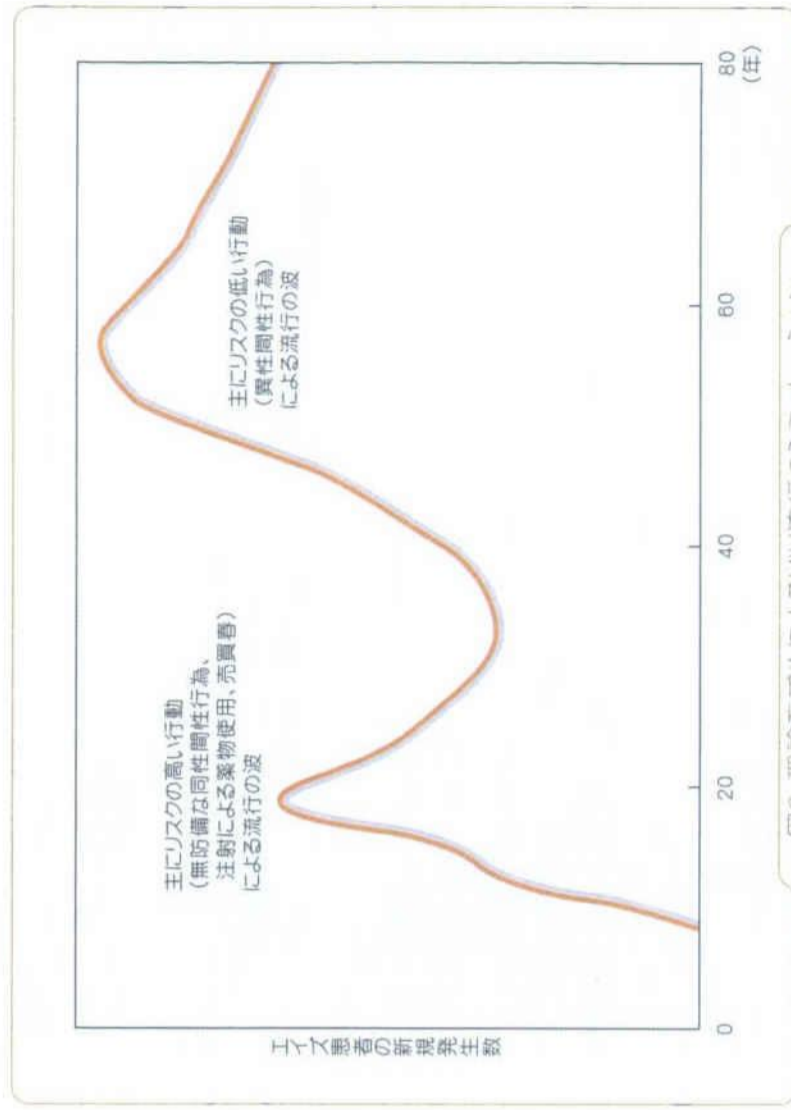


図2.理論モデルによるHIV流行のシミュレーション

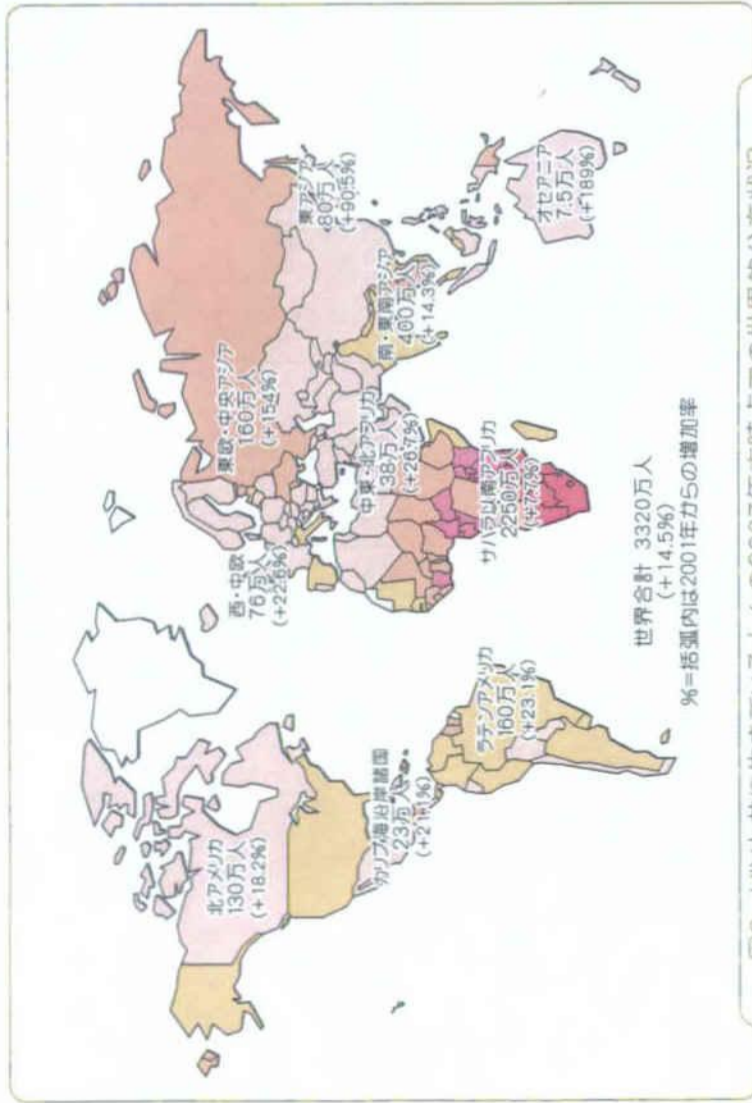


図3. HIVと共に生きている人々の2007年末時点での世界的分布状況

HIVは、遺伝子の分析から70-80年前前にアフリカで誕生したと考えられており、この間に一挙に世界的流行(パンデミック)に発達しました。UNAIDSの推計では、2007年末時点で3320万人^{注)}の患者・感染者(うち女性1540万人)が生存し、生存感染者数は1990年から約4.5倍に増加しました⁶⁾。そして、2007年末までの死亡者は210万人以上、2007年1年間の新規感染は250万人、死亡者数は210万人と推定されています。死亡数の面では、エイズは、マラリア、結核を抜く最大の感染症となっています⁷⁾。

図3は、3320万人の分布と2001年からの増加率(括弧内)を示したものです。約3分の2が、サハラ以南アフリカに集中しています。次が、南・東南アジアで400万人となっています。増加率で見ると、東欧・中央アジアとオセアニアで150%を超えますが、東アジアが90%とそれに次ぎます。ただし、東欧・中央アジアでは新規感染の発生はすでに鈍化しているため、東アジアとオセアニアが、現在、世界で最も新規感染増加の勢いが強い地域となっています。

注: 2007年の推計値は2006年発表の値(3950万人)より低くなっていますが、これは、インドやいくつかのアフリカ諸国でより信頼性の高いデータが得られたことを主な理由として改訂されたもので、増加傾向についてはこれまでと変わりありません。

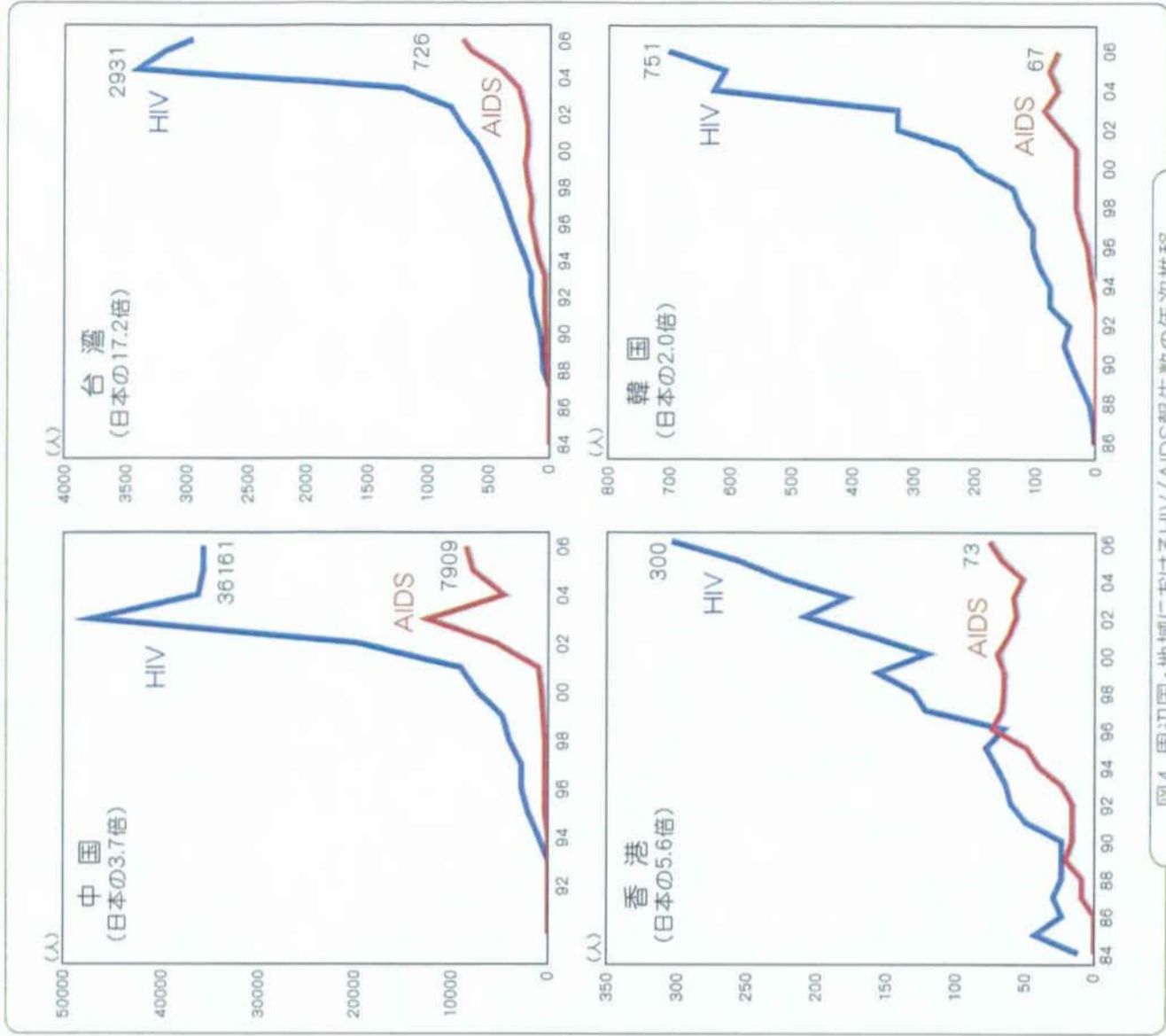


図4. 周辺国・地域におけるHIV/AIDS報告数の年次推移

*括弧内は、2006年の単位人口当たりHIV感染者報告数の日本に対する倍率

東アジアにおけるHIV流行の状況は次第に悪化しつつあり⁸⁾、存在する感染者数は、地域全体で2007年末で80万人、2007年に発生した新規感染者は地域全体で9.2万人、死亡者は3.2万人と推定されています⁶⁾。

1 中国

中国で2006年に報告されたHIV感染者とAIDS患者は、36161人、7909人で(図4)⁹⁾、人口比では、それぞれ日本の3.7倍、1.9倍になりますが、潜在している感染者を含めた推計感染者数は、2007年末で70万人に上ると見積もられています¹⁰⁾。これまでは、薬物静注や血液の売買に伴う感染者が中心でしたが、最近では、同性間感染や異性間感染が増加し、それに伴って女性の割合が増加しつつあります。

中国の流行は他の国に比べて異なる特徴があります。それは、HIV流行は、一般には都会から始まるのに対し、中国では、東南アジア諸国と国境を接する辺境地域から始まったこと¹¹⁾。このため、中国のHIV流行は、現在中国内部を北や東に向かって進んでおり、その様子は、HIVの遺伝子のタイプを調べた研究からも裏付けられています(図5)¹²⁾。こうした動向のために、やがて、東シナ海沿岸部の大都会に大きな流行を引き起こすことが危惧されますが、それが最初に現実となったのが、次に述べる台湾での流行勃発です。

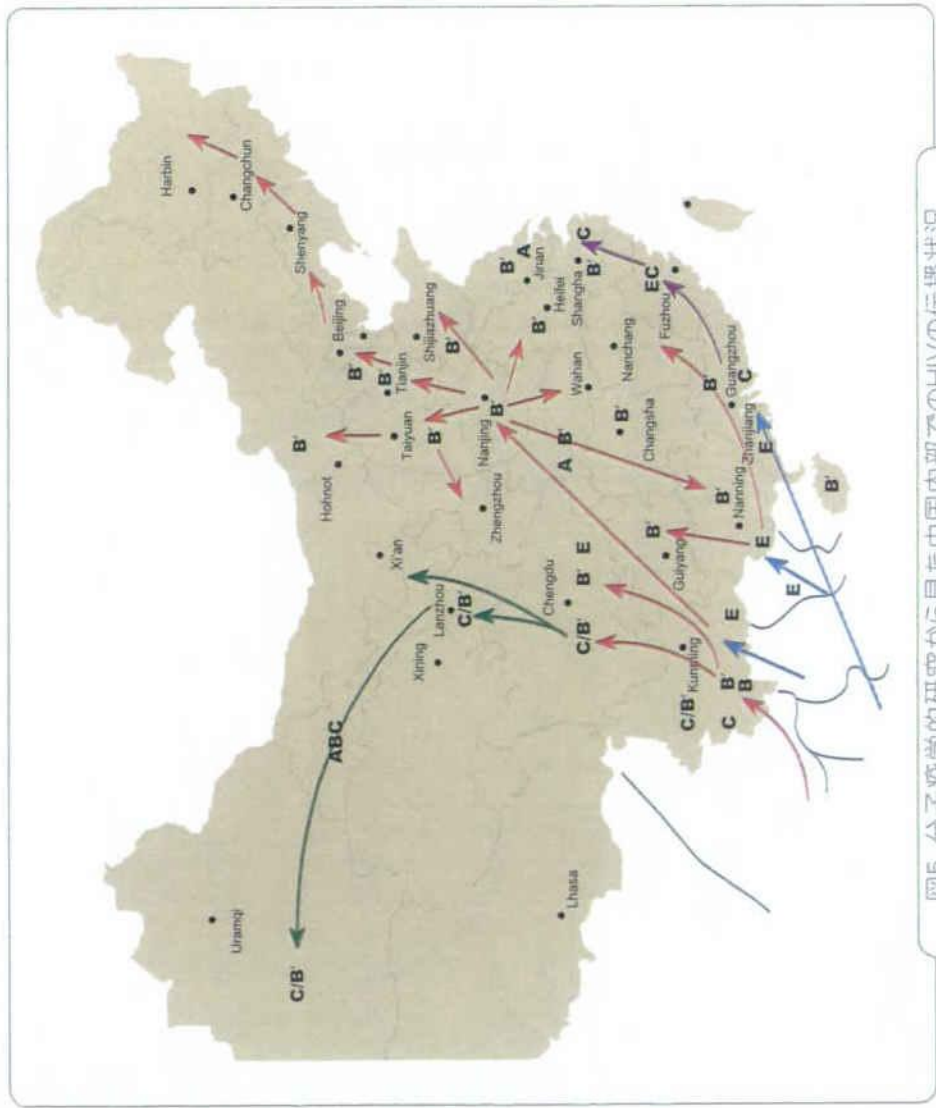


図5. 分子疫学的研究から見た中国内部でのHIVの伝播状況

2 台湾

台湾では、2003年までは、比較的緩やかに異性間感染と同性間感染によるHIV報告数の増加が続いていましたが、2004年になって、突如多数のHIV感染者が報告されるようになりました(図4)¹³⁾。これは、薬物静注者の間に流行が発生したためで、流行したHIV株は中国雲南省付近で発生した新種のHIV(CRF_01BC型)であることが判明しています¹⁴⁾。つまり、中国本土からの流行が海を越えて広がったということです。2006年のHIV感染者とAIDS患者の年間報告数は、人口比で日本の17.2倍、9.9倍にもなります。

3 香港

香港では、異性間感染が先行しましたが、2005年以降は同性間感染報告数が追いつき、また、薬物静注による感染者の報告数も徐々に増加しています(図4)¹⁵⁾。2006年のHIV感染者とAIDS患者の報告数は、人口比でそれぞれ日本の5.6倍、3.3倍になります。

4 韓国

韓国では、同性間感染と異性間感染による感染が中心となって、報告数の増加が続いています(図4)¹⁶⁾。2006年のHIV感染者とAIDS患者の年間報告数は、人口比でそれぞれ日本の2.0倍、0.43倍になります。

以上、日本周辺の国や地域では、現在日本を上回ると思われる流行が展開しており、その影響が日本に及ぶことが懸念されます。

1 米国



米国では、流行は近年ほぼ横ばいと考えられていますが、今でも全米で年間約4万人が新たにAIDSと診断され、新規感染者も33州から年間約37000人が報告されるという状況が続いています注)。流行の中心は現在白人からアフリカ系アメリカ人に移行し、感染経路は、流行開始当初は、同性間感染と薬物静注が主でしたが、その後それが減少する一方で異性間感染が増加したことにより、2005年の新規感染者は、同性間感染(53%)、異性間感染(32%)、薬物静注(18%)の順になっています。ただし、同性間感染は近年再び増加傾向に転じていると言われています。米国では、多剤併用療法(HAART療法)でAIDS発症が抑えられるようになったために、AIDS患者報告数は減少しましたが、累積感染者数が増大しており、2005年時点で生存している推定HIV感染者数は全米で約120万人(世界で8番目)、そのうちAIDS患者は43-44万人と推定されています(図6)17)。

注：米国では、AIDS患者は50州全てから報告されていますが、HIV感染者は、全ての州から報告されているわけではなく、流行の大きいカリフォルニア州やニューヨーク州は含まれていません。したがって、米国で1年間に発見されるHIV感染者の全数は把握することができません17)。

2 西ヨーロッパ

西ヨーロッパの状況は、多剤併用療法の影響という点では、米国と似た状況にあり、AIDS患者報告数は減少しましたが、累積感染者数が増大しています(図7a)。HIV感染者については、21世紀に入って、異性間感染が急速に増加しており(特に英国、フランス)、また、同性間感染も増加し(特に英国とドイツ)、2006年の新規感染者は、異性間感染(54%)、同性間感染(37%)、薬物静注(8%)の順になっています。異性間感染者の中の43%は、流行国から移住してきた人々であると報告されています(図7b)18)。

以上から、欧米の流行は、集中流行期を越えて、広汎流行期に移行しつつあると考えられますが、同時に、累積感染者数が年々増大するという問題も抱えています。

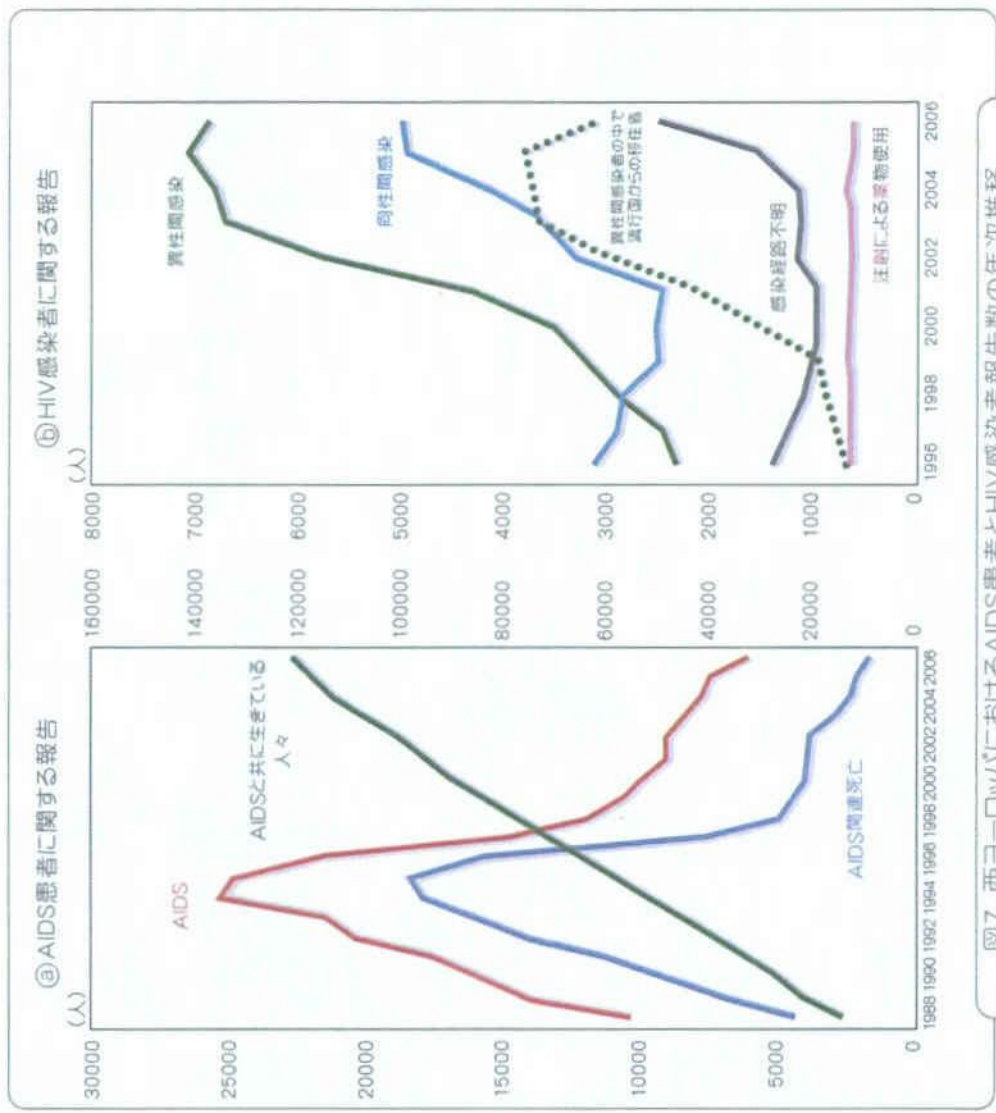
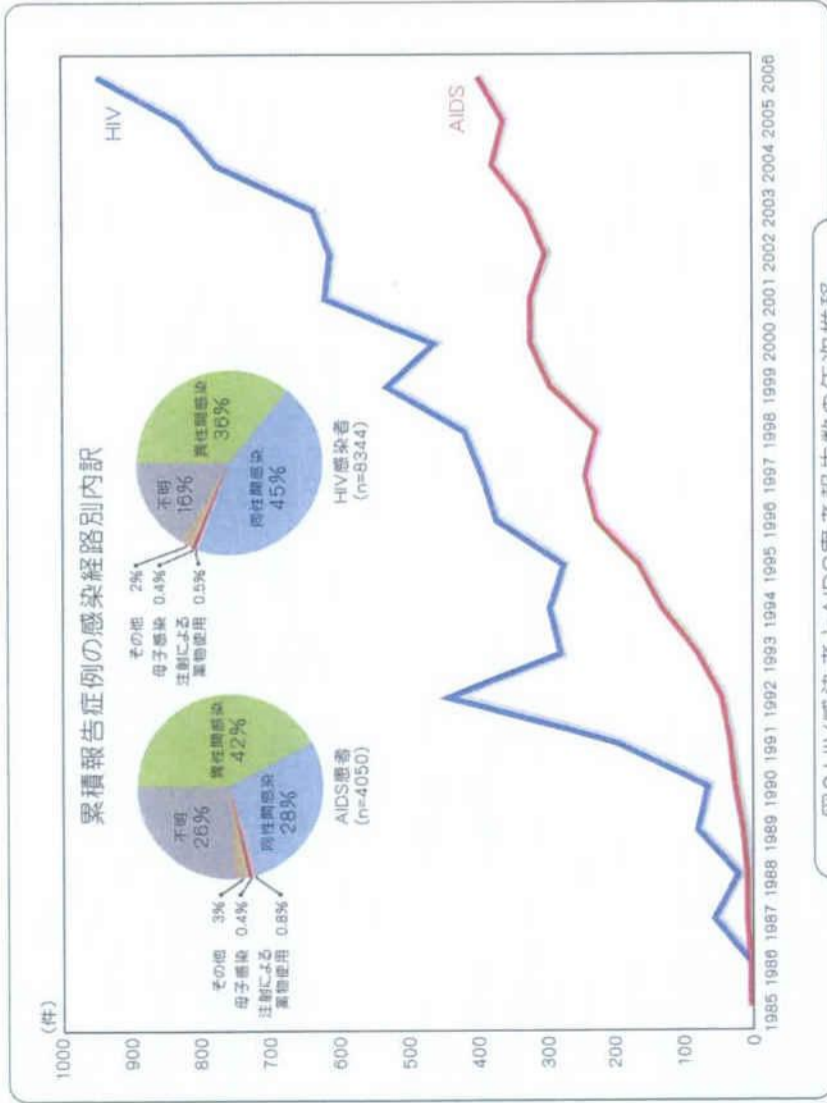


図7. 西ヨーロッパにおけるAIDS患者とHIV感染者報告数の年次推移

1 全体的状況

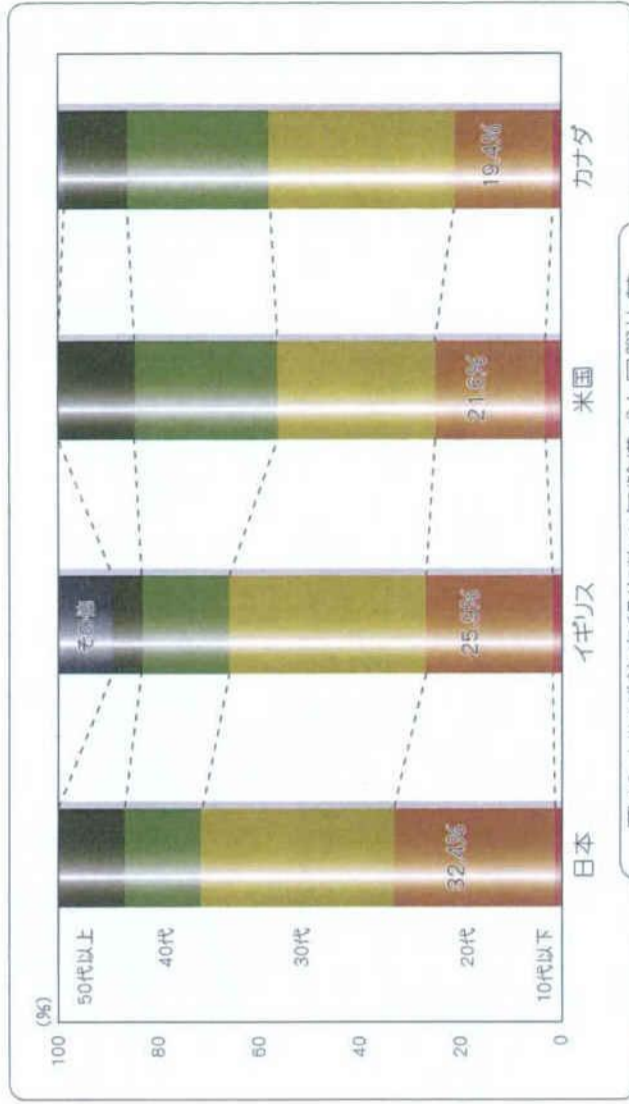
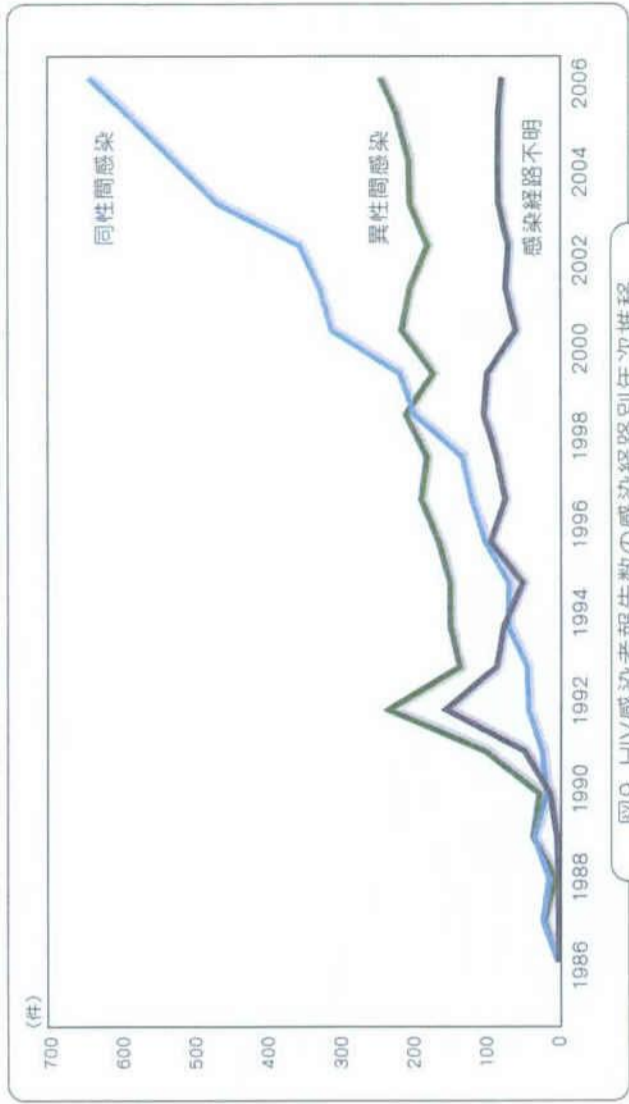


2006年のエイズ発生動向年報¹⁹⁾によれば、これまで報告されたHIV感染者数とAIDS患者数は2006年末で、それぞれ、8344人、4050人になりました(図8)。これ以外に、HIVが混入した血液凝固製剤による感染者が1438人確認されています。HIV感染者とAIDS患者のいずれも、性感染(同性間と異性間)が感染経路の大半を占めています。

HIV感染者報告数は増加を続け、2006年の年間HIV感染者報告数は、836人と過去最高となり、AIDS患者数も、多剤併用療法が導入された1996年以降は減速しながらも増加が続き、2006年には過去最大の406人が報告されました(図8注)。主な先進国の中で、多剤併用療法の導入後もAIDS患者報告数が急減せず増加を続けているのは、日本だけです。国籍別では、21世紀に入ってから、外国籍者の年間報告数は、HIV感染者は100人前後、AIDS患者は60人前後でほぼ横ばいとなっています。

注:2007年速報値では、HIV感染者は1036人、AIDS患者は400人が報告されています。

2 HIV感染者報告数の動向



HIV感染者は、21世紀に入ってから同性間感染の報告が急増する一方で、異性間感染の報告数は緩やかに推移しており(図9)、2006年の報告数の内訳は、同性間感染が63%、異性間感染が23%となっています。年齢別で一番割合が大きいのは30代と20代で、2006年報告数のそれぞれ41%、28%を占めます。年齢構成を、2003-5年について、米国、イギリス²⁰⁾、カナダ²¹⁾と比較すると、この年齢層の割合は日本が最も大きくなっています(図10)。

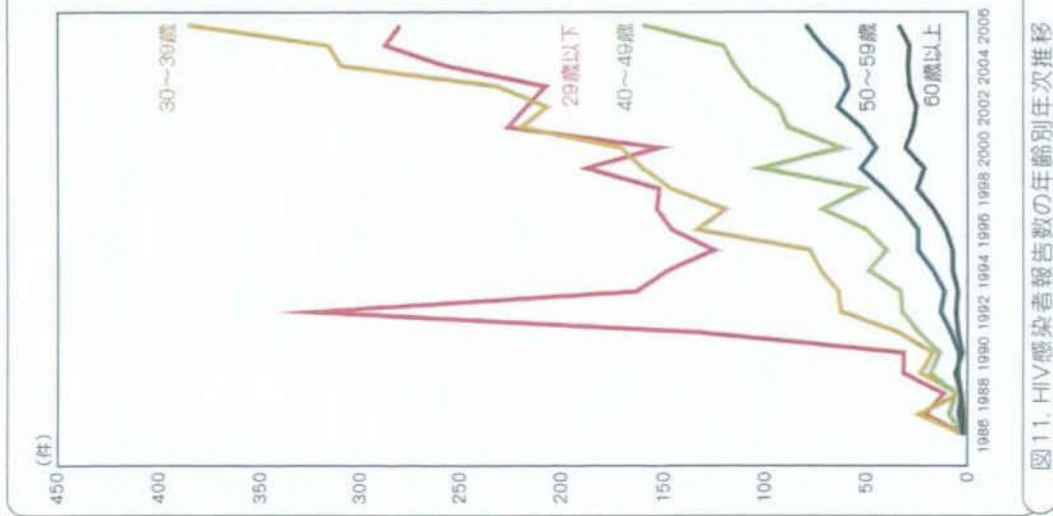


図11. HIV感染者報告数の年齢別年次推移

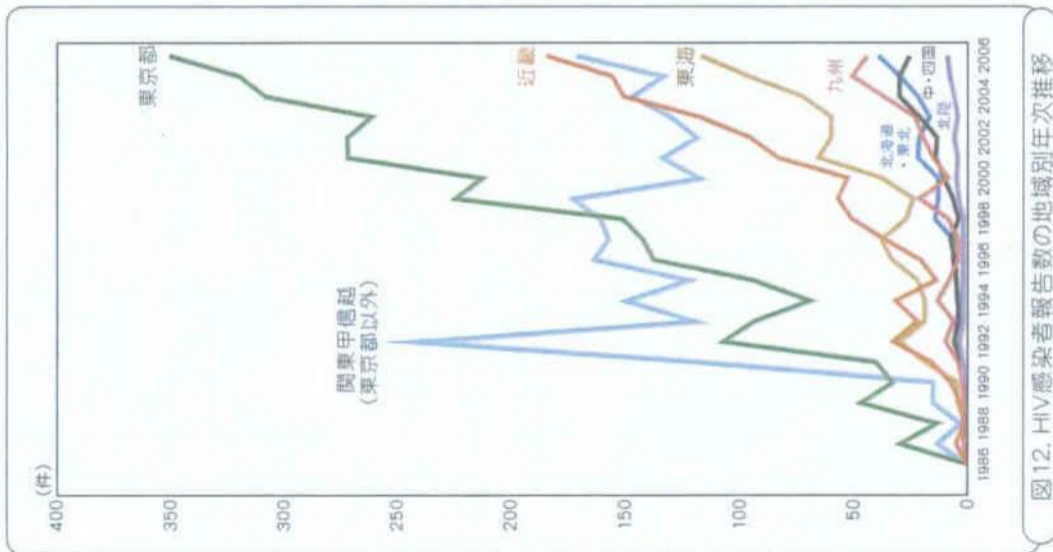


図12. HIV感染者報告数の地域別年次推移

年次推移では、どの年代でも増加が続いています(図11)。地域別では、東京都が最大ですが、近畿地方や東海地方からの増加が目立ち、また九州、北海道・東北、中・四国においても増加傾向が強まっています(図12)。

都道府県別にみると、過去5年の平均HIV感染者報告数(15-59歳人口10万人対)では、東京都(3.96)、大阪府(1.96)、愛知県(1.24)、沖縄県(1.05)、栃木県(1.03)[5位まで]が、累積数の増加倍率(2006年までの累積を2001年までの累積で割った値)では、大分県(6.50)、宮崎県(6.50)、沖縄県(3.87)、石川県(3.57)、岡山県(3.50)[5位まで]が比較的高い値を示しています(表1)。

3 AIDS患者報告数の動向

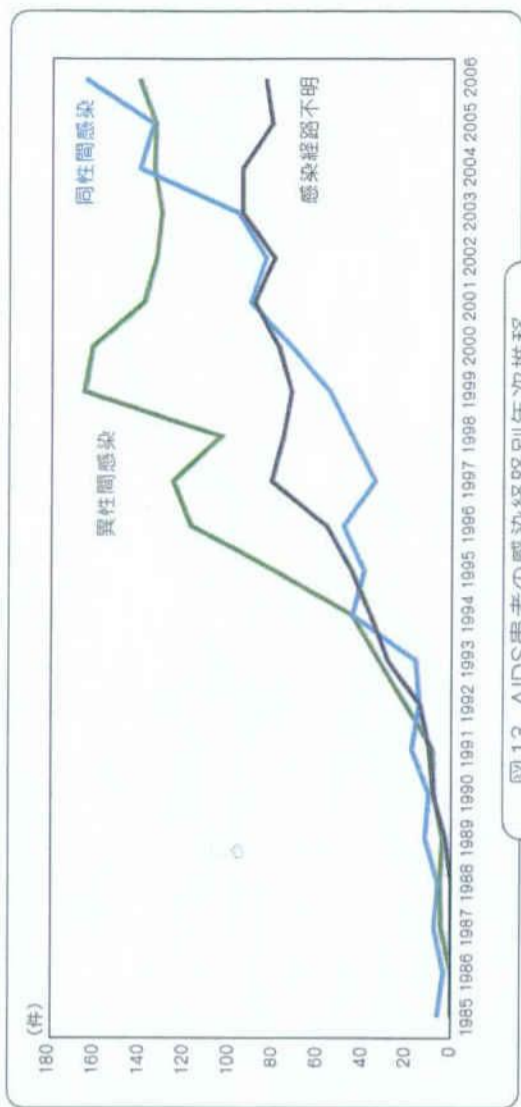


図13. AIDS患者の感染経路別年次推移

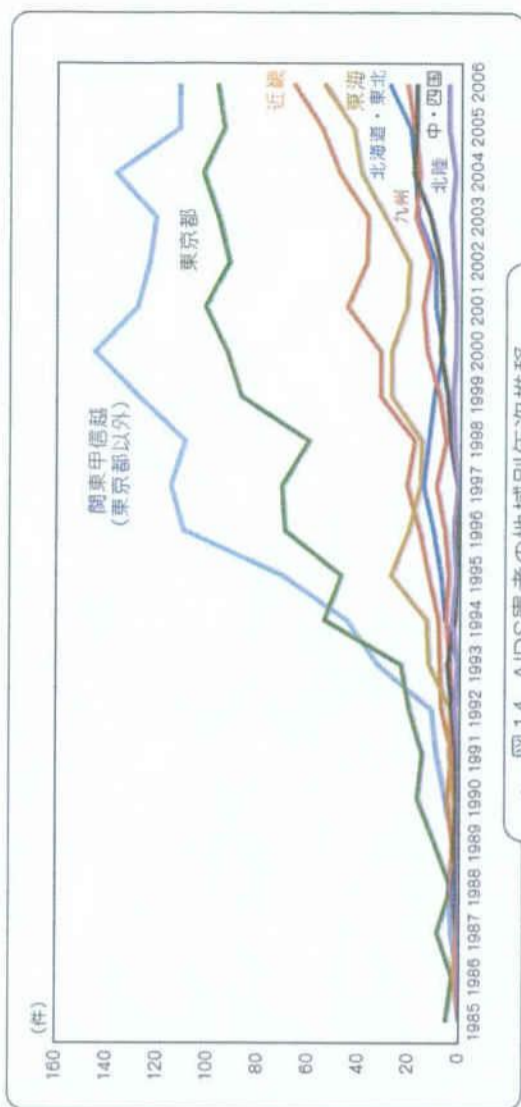


図14. AIDS患者の地域別年次推移

AIDS患者でも、同性間感染が急増しており、2004年に異性間感染と逆転しました(図13)。地域別では、関東・甲信越、東京では横ばいですが、北陸を除く地方で増加傾向が強まっています(図14)。都道府県別にみると、過去5年の平均AIDS患者報告数(15-59歳人口10万人対)では、東京都(1.27)、長野県(1.18)、茨城県(1.04)、栃木県(0.69)、群馬県(0.66)[5位まで]が、累積数の増加倍率(2006年までの累積を2001年までの累積で割った値)では、香川県(7.00)、岡山県(4.00)、鳥取県(4.00)、徳島県(3.50)、宮崎県(3.33)[5位まで]が比較的高い値を示しています(表1)。

表1. 都道府県別の単位人口当たりHIV/AIDS報告数と累積報告数の増加率

都道府県名	平成17年10-19歳人口(千人)		HIV感染者報告数			AIDS患者報告数			HIV・AIDS合計報告数		
	平成17年10-19歳人口(千人)	過去5年平均年間報告件数*1	人口10万対年間報告件数*2	累積報告数の過去5年での増加率*3	過去5年平均年間報告件数*1	人口10万対年間報告件数*2	累積報告数の過去5年での増加率*3	過去5年平均年間報告件数*1	人口10万対年間報告件数*2	累積報告数の過去5年での増加率*3	
北海道	3,305	10.2	0.31	2.46	7.4	0.22	2.16	17.6	0.53	2.31	
青森県	816	3.0	0.37	2.50	1.4	0.17	1.88	4.4	0.54	2.22	
岩手県	757	1.2	0.16	1.86	1.6	0.21	2.00	2.8	0.37	1.93	
宮城県	1,411	7.8	0.55	2.95	3.2	0.23	2.00	11.0	0.78	2.53	
秋田県	615	1.2	0.20	2.00	1.2	0.20	2.50	2.4	0.39	2.20	
山形県	661	1.2	0.18	2.20	1.4	0.21	1.88	2.6	0.39	2.00	
福島県	1,173	1.6	0.14	1.31	2.8	0.24	2.08	4.4	0.38	1.56	
茨城県	1,743	13.0	0.75	1.19	18.2	1.04	1.59	31.2	1.79	1.31	
栃木県	1,185	12.2	1.03	1.64	8.2	0.69	1.55	20.4	1.72	1.60	
群馬県	1,150	6.8	0.59	1.49	7.6	0.66	1.83	14.4	1.25	1.63	
埼玉県	4,309	15.6	0.36	1.41	18.6	0.43	1.74	34.2	0.79	1.54	
千葉県	3,654	24.6	0.67	1.36	23.4	0.64	1.61	48.0	1.31	1.45	
東京都	7,681	304.2	3.96	1.90	97.4	1.27	1.70	401.6	5.23	1.84	
神奈川県	5,399	50.6	0.94	1.65	26.2	0.49	1.64	76.8	1.42	1.65	
新潟県	1,351	3.0	0.22	1.36	2.0	0.15	1.45	5.0	0.37	1.39	
富山県	616	1.8	0.29	1.90	1.8	0.29	2.13	3.6	0.58	2.00	
石川県	675	3.6	0.53	3.57	1.0	0.15	2.25	4.6	0.68	3.09	
福井県	452	1.8	0.40	1.56	1.0	0.22	1.71	2.8	0.62	1.61	
山梨県	493	4.0	0.81	1.33	3.0	0.61	1.79	7.0	1.42	1.44	
長野県	1,182	12.0	1.02	1.34	14.0	1.18	1.96	26.0	2.20	1.52	
岐阜県	1,186	4.4	0.37	2.00	3.8	0.32	1.79	8.2	0.69	1.89	
静岡県	2,150	19.8	0.92	1.88	9.2	0.43	1.72	29.0	1.35	1.82	
愛知県	4,285	53.2	1.24	2.68	20.2	0.47	2.33	73.4	1.71	2.57	
三重県	1,044	5.2	0.50	1.43	4.4	0.42	1.79	9.6	0.92	1.55	
滋賀県	816	4.4	0.54	3.20	2.8	0.34	2.27	7.2	0.88	2.71	
京都府	1,539	13.6	0.88	2.45	4.8	0.31	1.89	18.4	1.20	2.24	
大阪府	5,133	100.6	1.96	2.71	24.8	0.48	2.08	125.4	2.44	2.53	
兵庫県	3,216	17.2	0.53	2.48	10.2	0.32	2.38	27.4	0.85	2.44	
奈良県	828	4.0	0.48	1.80	4.0	0.48	3.00	8.0	0.97	2.14	
和歌山県	563	2.2	0.39	2.00	2.4	0.43	1.92	4.6	0.82	1.96	
鳥取県	334	0.8	0.24	3.00	0.6	0.18	4.00	1.4	0.42	3.33	
島根県	389	1.0	0.26	2.25	0.4	0.10	3.00	1.4	0.36	2.40	
岡山県	1,091	4.0	0.37	3.50	3.6	0.33	4.00	7.6	0.70	3.71	
広島県	1,639	8.8	0.54	3.00	3.2	0.20	2.60	12.0	0.73	2.88	
山口県	805	2.0	0.25	2.25	0.4	0.05	1.33	2.4	0.30	1.86	
徳島県	449	0.8	0.18	3.00	1.0	0.22	3.50	1.8	0.40	3.25	
香川県	565	1.6	0.28	2.00	2.4	0.42	7.00	4.0	0.71	3.00	
愛媛県	810	4.0	0.49	2.18	2.6	0.32	2.44	6.6	0.81	2.27	
高知県	432	1.4	0.32	1.78	0.8	0.19	2.00	2.2	0.51	1.85	
福岡県	2,978	15.2	0.51	2.36	7.2	0.24	2.29	22.4	0.75	2.33	
佐賀県	462	0.4	0.09	2.00	0.4	0.09	3.00	0.8	0.17	2.33	
長崎県	819	1.2	0.15	1.60	0.6	0.07	1.38	1.8	0.22	1.50	
熊本県	1,025	3.0	0.29	2.15	1.4	0.14	1.88	4.4	0.43	2.05	
大分県	563	2.2	0.33	6.50	1.0	0.15	2.25	3.2	0.48	3.67	
宮崎県	639	2.2	0.34	6.50	1.4	0.22	3.33	3.6	0.56	4.60	
鹿児島県	1,017	2.4	0.24	1.92	2.0	0.20	2.25	4.4	0.43	2.05	
沖縄県	822	8.6	1.05	3.87	3.4	0.41	1.77	12.0	1.46	2.62	

*1 2002年から2006年の報告数平均値

*2 平成17年の15-59歳人口による

*3 2006年までの累積報告数を2001年までの累積報告数で割ったもの

4 献血血液のHIV検査陽性率

一方、献血血液のHIV検査陽性割合も年々増大し(図15)、2007年には、10万件当たり2.1と過去最高を記録したため²²⁾、エイズ発生动向調査への報告数の増加は検査数の増加だけではなく、HIV流行の拡大も反映していると考えられます。



図15. 献血血液のHIV抗体・核酸増幅検査陽性率の年次推移

5 まとめ

以上から、日本のHIV流行は、同性交感染が先行するという低流行期の典型的パターンを示しながら、次第に集中流行期に移行しつつあり、そして、若年層を中心としながら、全国的に拡大している状況にあると考えられます。

1 性行動に関する状況

わが国は、1990年代以降、若い年齢層における大きな性行動の変化を経験していません²³⁾。東京都内の調査²⁴⁾では、高校3年生の性経験率は、特に女子で大きく変化し、1990年代半ばに男女逆転して、2005年で、女子46%、男子38%となっています(図16)。

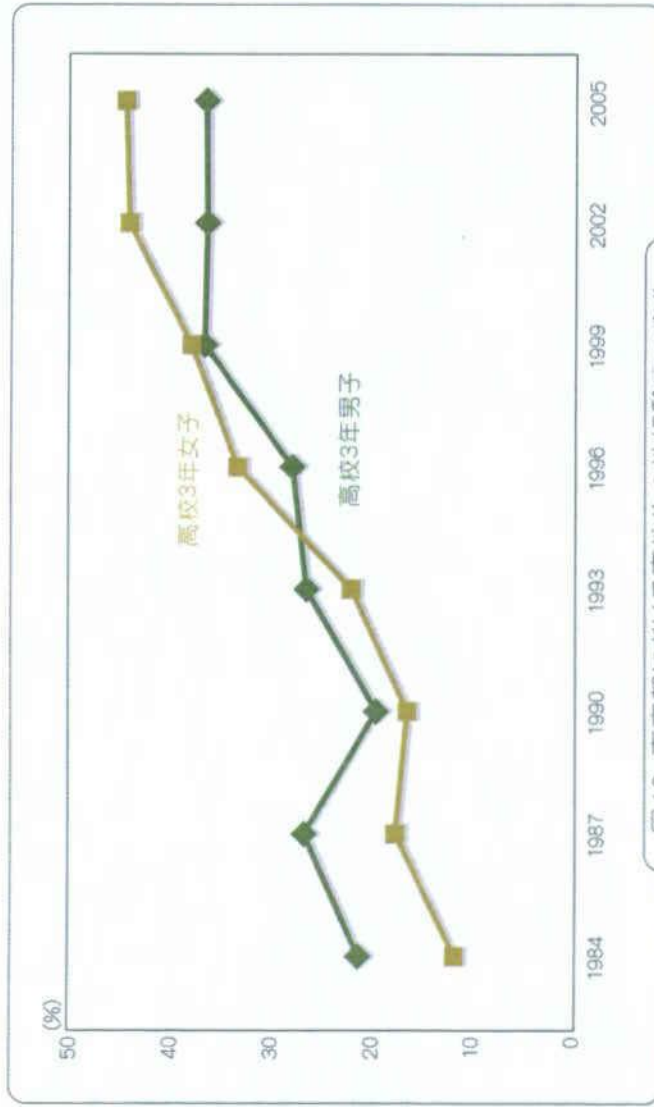


図16. 東京都における高校生の性経験率の変化

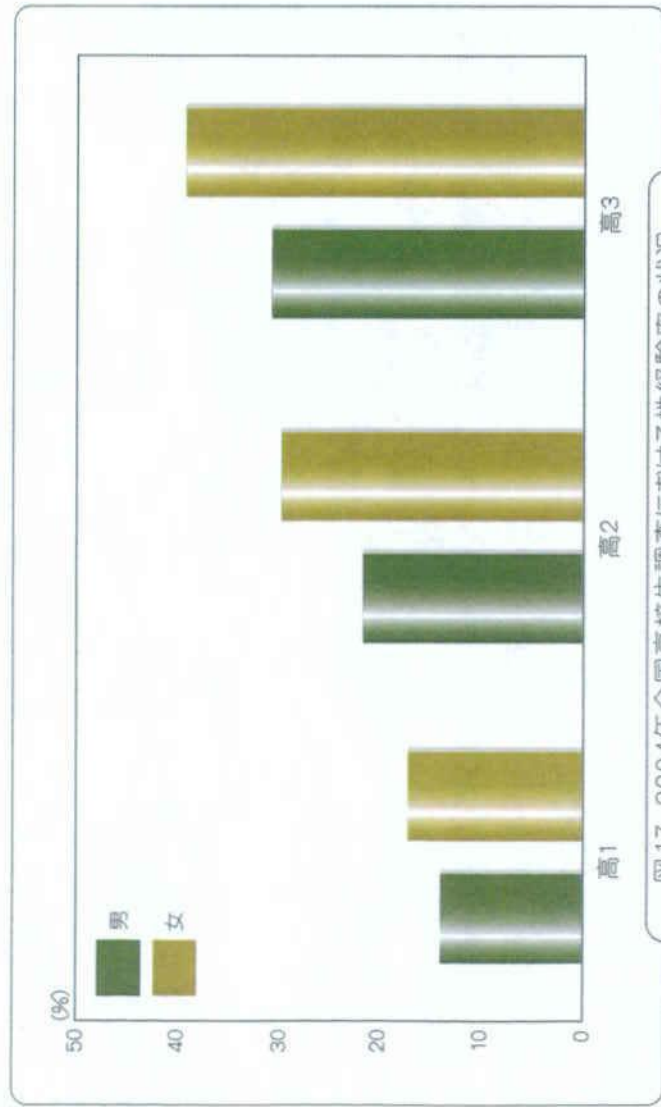


図17. 2004年全国高校生調査における性経験率の状況

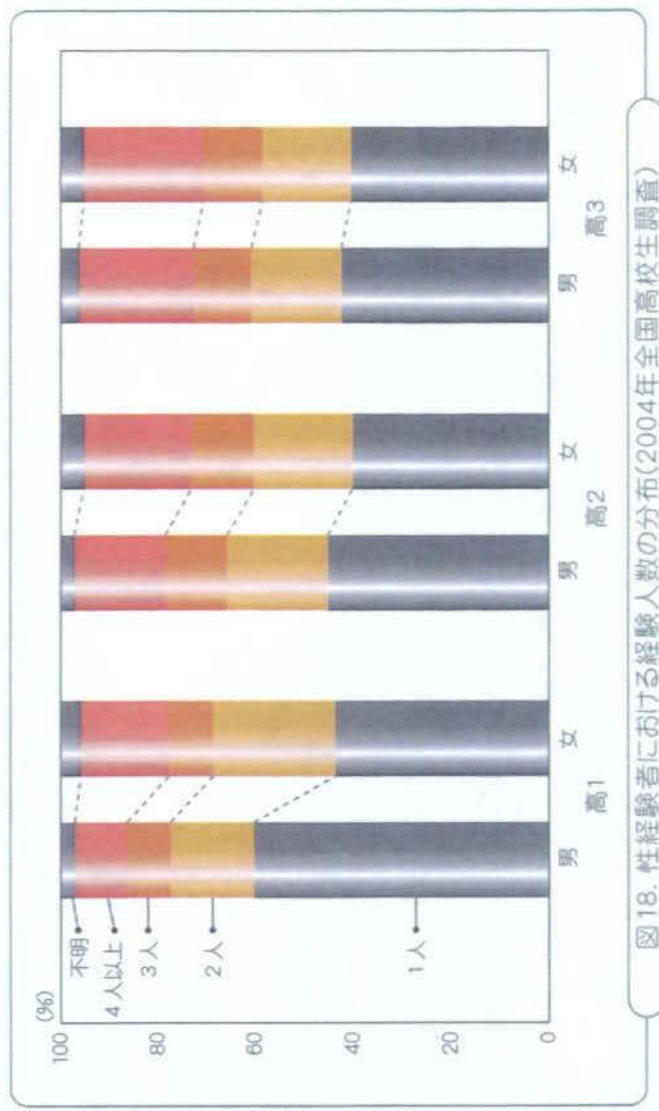


図18. 性経験者における経験人数の分布(2004年全国高校生調査)

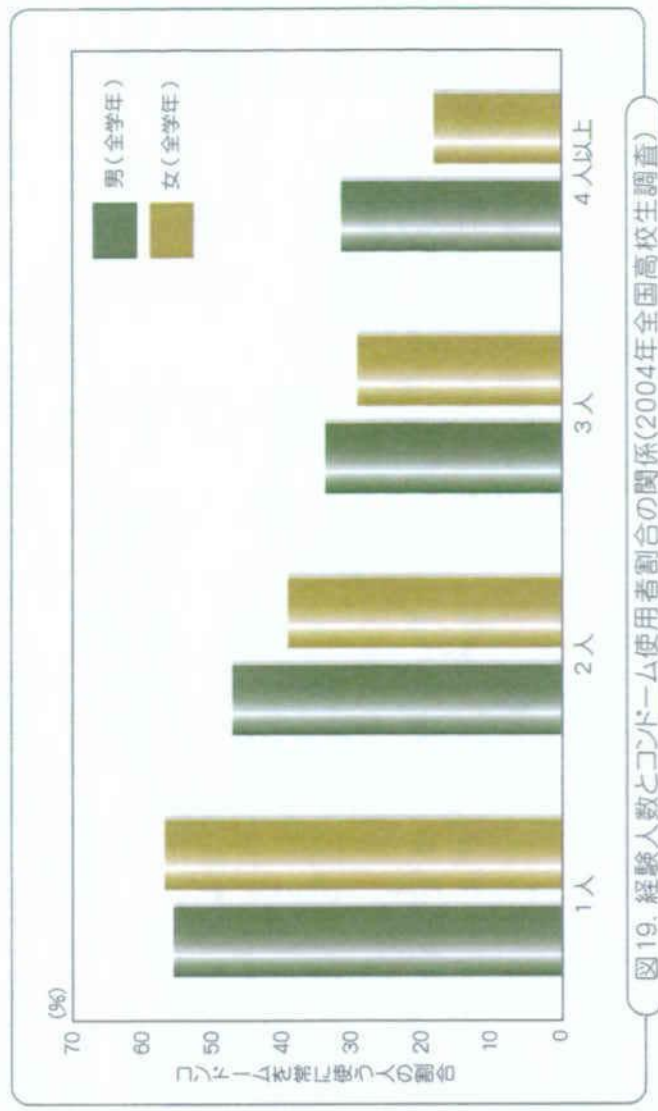


図19. 経験人数とコンドーム使用者割合の関係(2004年全国高校生調査)

2004年に厚生労働省研究班と共同で行われた社団法人高等学校PTA連合会の全国高校生調査²⁵⁾では、性経験率は、やはり女子が男子より高いことが示され(図17)、加えて、性経験者においては、交際経験人数が多いこと(図18)、交際経験数が多いほど無防備である(コンドームを使用しない)こと(図19)が示されました。若者の間に、性感染症やHIVの流行の危険が高い性的ネットワークが広がっている様子が伺われます。

② 性感染症、10代の中絶、コンドーム国内出荷量の状況

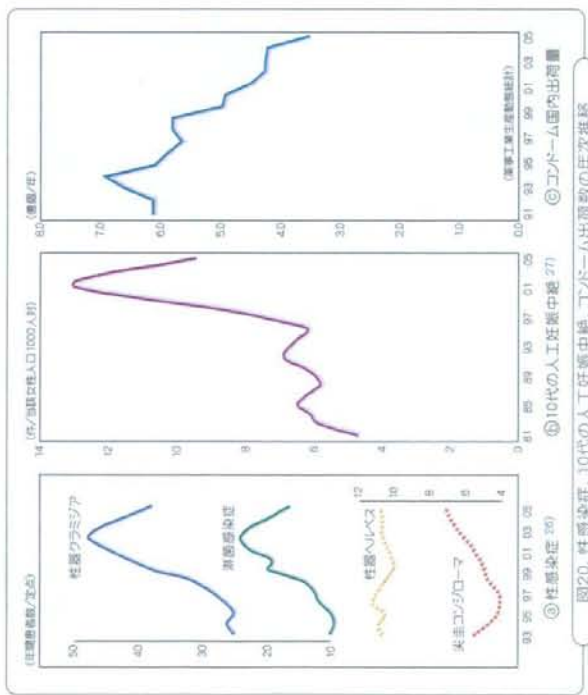
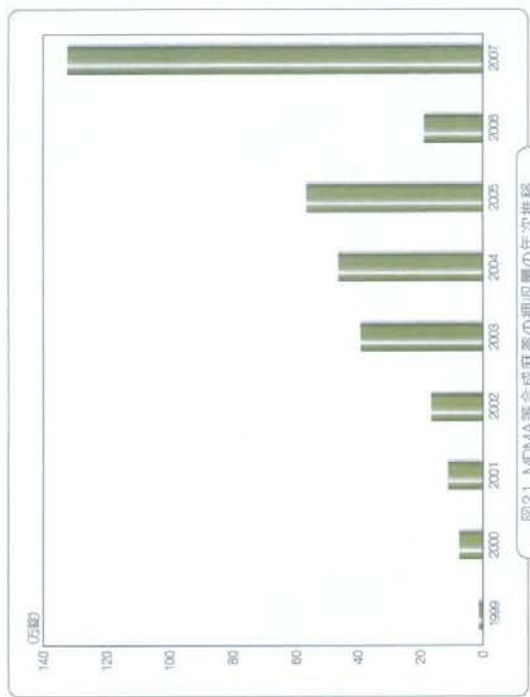


図20. 性感染症、10代の人工妊娠中絶、コンドーム出荷量の年次推移

恐らく、こうした変化を反映して、1990年代から性感染症と10代から20代前半の人工妊娠中絶率が増加を始めました(図20 a,b) 26, 27)。細菌性性感染症(性器クラミジアと淋菌感染症)と中絶には最近減少傾向が認められるようになりましたが、ウイルス性性感染症(性器ヘルペスと尖圭コンジローマ)は増加が続き²⁸⁾、コンドームの国内出荷量は1993年の6.3億個から2005年の3.2億個とほぼ半減するという状況が続いていることから(薬事工業生産動態統計)(図20 c)、細菌性性感染症や中絶の減少が、「HIV感染予防につながる性行動」の増加を反映するものかどうかについては、なお慎重な判断が必要と思われる。緊急避妊薬やインターネットを介した検査や薬の購入などの影響が調べられる必要があります。

注: 性感染症の1999年以前のデータについては、厚生労働省性感染症センテネルサーベイランス研究班(主任研究者: 熊本栄樹)の2002年度調査報告²⁶⁾に基づき補正を実施しています。

③ 社会環境の変化



わが国は、主な先進国の中でも、売買春を行う頻度のとりにけり高い国の一つですが²⁹⁾、性産業分野では、21世紀に入って、派遣型ファッションヘルスという業態が急増して圧倒的な主流産業となっています。2006年時点で、全国で約9000件が登録されており³⁰⁾、HIV流行に対し、わが国獨特の脆弱性を形成していると考えられます。

薬物使用は、静脈注射や薬物使用下の無防備な性行動を通じて、HIV流行を加速する効果を持つことが知られていますが、近年わが国に持ち込まれる、従来なかった新たな規制(違法)薬物の押収量が急増し、薬物使用の広がりが懸念されています(図21)³⁰⁾。こうした規制(違法)薬物以外に、「脱法ドラッグ」といわれる未規制薬物の広がりも指摘されています。わが国でも、薬物使用とHIV感染の関連を示唆するデータが得られているため³¹⁾、薬物使用の危険についての啓発を強める必要があります。

4 出入国の状況

出入国の状況は今後の日本のHIV流行への影響の観点から注視が必要と思われる。海外に出国する日本人は、1996年以降2007年まで、年間1600万人ないしは1700万人台で横ばい状態にありますが、入国する外国人の数は、同じ期間にアジアからの入国者が増加したことにより2倍以上増加して、2007年に初めて900万人を突破しました³²⁾。超過滞在者は、近年減少傾向にありますが、韓国、中国、フィリピンが多く、中国とフィリピンは横ばい状態が続いています(図22)³³⁾。一方、海外に長期滞在する日本人は、増加傾向が続いています。都市別では、上海の増加が特に顕著で、その他ロサンゼルスやバンコクでも増加しています(図23)。

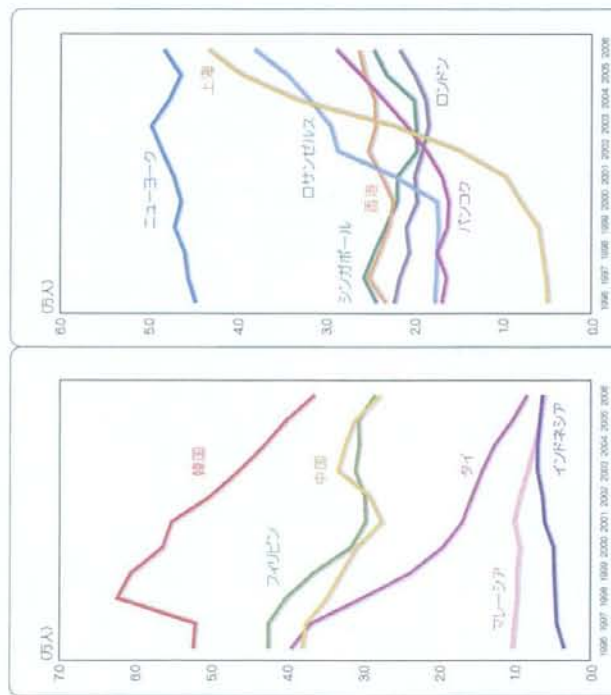


図22. 超過滞在者数の年次推移

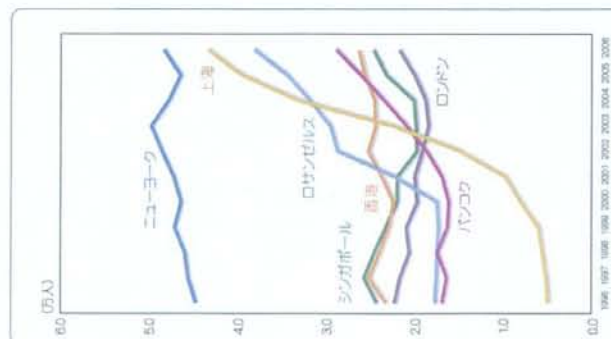


図23. 海外長期滞在日本人数の年次推移

5 マスコミによるエイズ関連報道の動向

1996年(薬害エイズ裁判和解)以降、四大新聞によるエイズ関連記事は激減したままです(図24a)。記事内容(現時点では朝日、読売のみ分析)でも、HIVの性感染症予防・啓蒙の必要性についての記事は、1992-4年に、外国人女性感染者が多数報告された時期に、一時的に報道が増加して以降は、ほとんど報道がなされておらず(図24b)、わが国でエイズに関する世論形成が遅れる重要な要因の一つになっていると考えられます³⁵⁾。

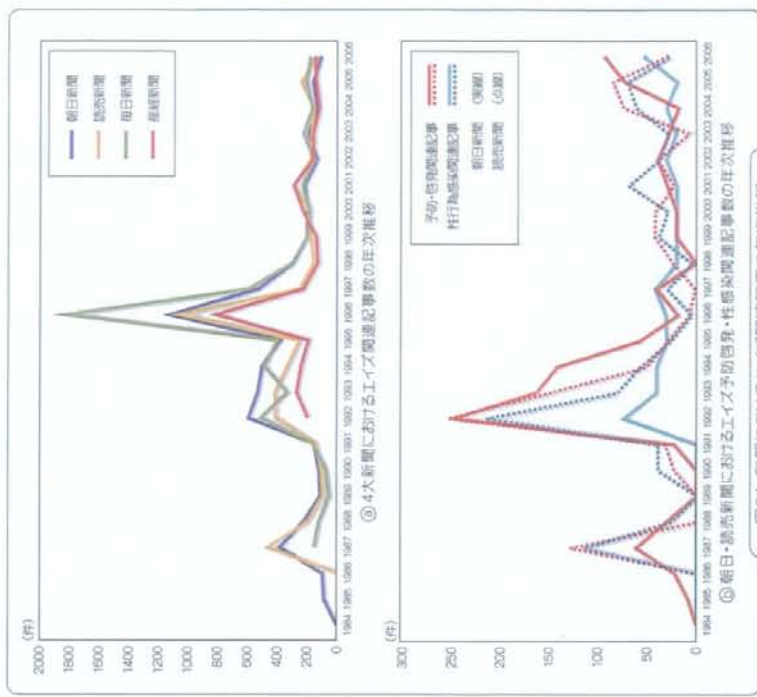
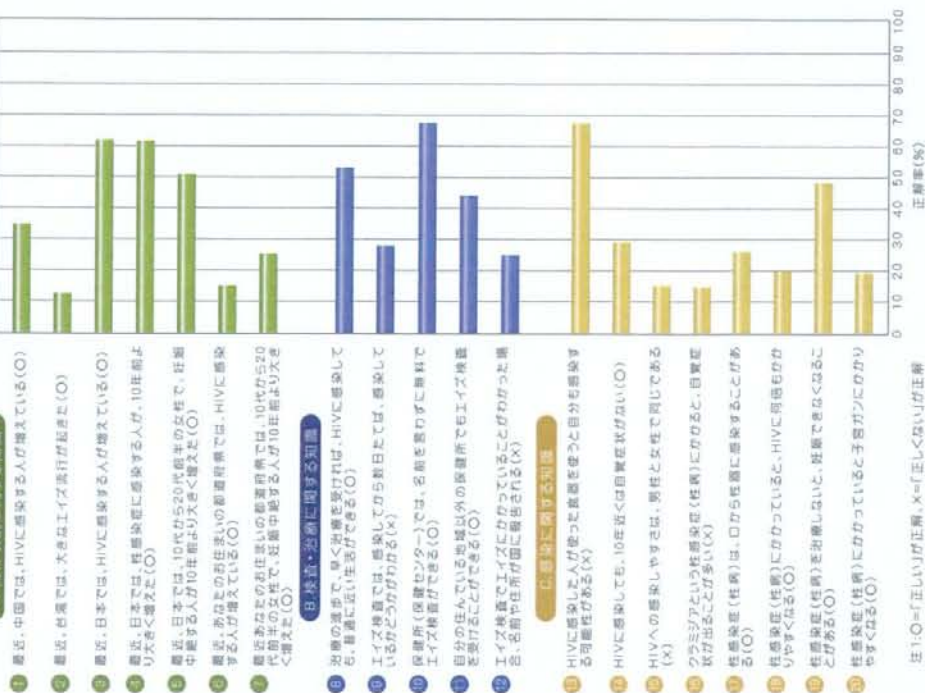


図24. 新聞におけるエイズ関連記事の年次推移

2 普及啓発の状況

A 流行状況に関する知識



注 1: O=「正しい」が正解、X=「正しくない」が正解

図26. 全国世帯調査から見たエイズ/性感染症関連知識の正解率

平成19年3月に実施された全国世帯調査(15018人、2段階無作為抽出、回収率83.4%、中高年が対象)37)によれば、HIVや性感染症に関する知識の正解率割合(%)は、「台湾でのHIV流行」、「地元でのHIV感染の増加」、「HIVに感染しやすさの男女差」、「生殖器クラミジアは自覚症状が多いこと」、「性感染症にかかっているとHIVに感染しやすくなること」などは10%台、「HIV検査を受ける適切なタイミング」、「個人を特定される情報が国に報告されることはないこと」、「HIV感染の潜伏期が10年近いこと」、「性感染症が口から性器に移る可能性があること」については20%台と、特に低くなっています(図26)。都道府県別では、東京都(41.2)、沖縄県(40.2)、神奈川県(40.1)[3位まで]において、相対的に高い割合を示していますが、どの自治体も50%未満で、全国平均は36.1%とかなり低い値を示しています(表3)。

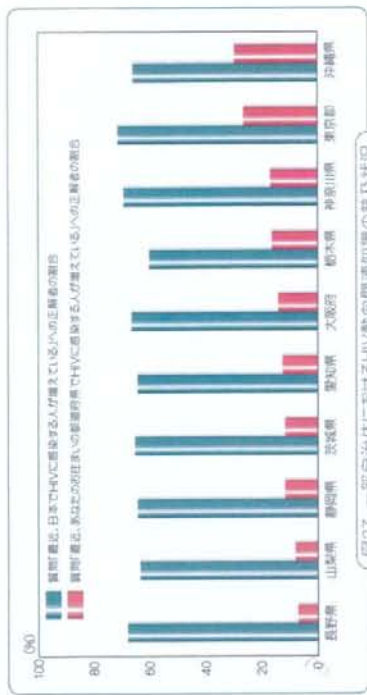


図27. 一部自治体におけるHIV動向関連知識の普及状況

HIVの流行状況に関する知識を、人口10万当たりのHIV/AIDS合計報告数が最も多い10の自治体(表1)について見ると、全国の流行状況に関する正解率が、平均69%と比較的高いのに対し、地元の流行状況に関する正解率は16%と非常に低くなっており(図27)、地元の啓発情報の普及が十分行われていないことが示唆されます。全都道府県別で見て、HIVの地元情報に対する認知率は、石川県(31.3)、沖縄県(30.8)、東京都(27.1)[3位まで]において、10代の人工妊娠中絶の地元情報に対する認知率は、沖縄県(39.7)、鳥取県(36.5)、佐賀県(33.9)[3位まで]において、相対的に高くなっていますが、どの自治体も40%に満たない低い値に留まっています(表3)。

以上から、HIV、性感染症などに関する国民の普及啓発は、全国的に低いレベルに留まっていることが示唆されます。

25. 木原雅子ほか, 若者のHIV/STD関連知識・行動・予防介入に関する研究, 厚生労働省HIV社会疫学研究班平成16年度報告書
26. 国立感染症研究所感染症情報センター (<http://idsc.nih.go.jp/idwr/ydata/index.html>)
27. 母子保健事業団, 母子保健の主なる統計, 2007
28. 熊本税関ほか, 日本における性感染症サーベイランス-2002年度報告, 日本性感染症学会誌 2004, 15 : 17-47
29. 木原正博ほか, 日本人のHIV/STD関連知識, 性行動, 性意識についての全国調査, 教育アンケート調査年鑑上2001, 94-105, 2001年, 創育社
30. 警察庁, 平成19年度警察白書 (<http://www.npa.go.jp/hakusyo/h19/index.html>)
31. Hidaka Y et al, Substance use and sexual behaviours of Japanese men who have sex with men: a nationwide internet survey conducted in Japan. BMC Public Health 2006, 6:239. Doi:10.1186/1471-2458-6-239
32. 国土交通省, 平成19年度観光白書 (<http://www.miti.go.jp/hakusyo/hakusyo.html>)
33. 法務省出入国管理庁, 出入国管理 (<http://www.moj.go.jp/NYUKAN/nyukan53-2.pdf>)
34. 外務省, 海外在留邦人数統計 (<http://www.mofa.go.jp/mofaj/toko/tokei/hojin/>)
35. 山田裕子ほか, 厚生労働省HIV感染症の動向と影響及び政策のモニタリングに関する研究班平成19年度報告書
36. 厚生労働省エイズ動向委員会, エイズ動向委員会資料(厚生労働省提供)
37. 苗島 茂ほか, エイズ対策評価に関する研究, 厚生労働省HIV感染症の動向と影響及び政策のモニタリングに関する研究班平成19年度報告書
38. 木原正博他, 地方自治体におけるエイズ啓発プログラムのためのガイドライン, 平成17年度HIV感染症社会疫学研究班 (http://api-net.jfa.or.jp/sryou/jitai_manual/h18_kihara.pdf)

1. 国連合同エイズ計画 (UNAIDS) (<http://www.unaids.org>)
2. 国連合同エイズ計画社会疫学的HIV研究共同センター (<http://www.unaids.jp>)
3. 世界保健機関 (<http://www.who.int/en/>)
4. 米国疾病管理予防センター (CDC) (<http://www.cdc.gov>)
5. 財団法人エイズ予防財団 (<http://api-net.jp/or.jp>)
6. 国立感染症研究所感染症情報センター (<http://idsc.nih.go.jp/index.html>)
7. 財団法人性の健康医学財団 (<http://www.jshim.org>)



AIDS Data Book Japan 2007 日本におけるHIV流行の現状と文脈について

平成20年3月31日 発行

代表者 木原正博

京都大学大学院医学研究科社会健康医学専攻社会疫学分野
国連合同エイズ計画共同センター〒606-8501
京都市左京区西田近衛町
TEL:075-753-4350 FAX:075-753-4359

本書の内容を無断で複製・転載すると、著作権・出版権の侵害となること及び法的責任をもちますのでご注意ください。

AIDS Data Book Japan 2007

Social Context and Current State of HIV Epidemic in Japan

March 2008

AIDS Data Book Japan 2007

Study Group for the Trends and Impact of HIV Epidemic and Monitoring of HIV/AIDS Policy

Principle Investigator

Mitsuhito Kihara, MD, PhD
Professor, Department of Global Health and Socio-epidemiology
Kyoto University School of Public Health

Co-principal Investigators

Shoichi Onodera, MD, PhD,
Professor, Department of Urology, The Jikei University School of Medicine

Kiyoshi Wada, MD, PhD

Director, Department of Drug Dependence Research, National Institute of Mental Health,
National Center of Neurology and Psychiatry

Ryosuke Nakamura, MD

Director, Department of Psychiatry
Tokyo Metropolitan Matsuzawa Hospital

Shigeru Soukejima, MD, PhD

Chief, Unit of Public Policy, Department of Public Health Policy

Saman Zamani, MD, PhD

Assistant Professor, Department of Global Health and Socio-epidemiology, Kyoto University School of Public Health

Collaborators

Masako Ono-Kihara, PhD

Director, UNAIDS Collaborating Centre on Socio-epidemiological HIV Research
Associate Professor, Department of Global Health and Socio-Epidemiology, Kyoto University School of Public Health

Eiko Kabori, PhD^{1,2}

Yasuharu Hidaka, PhD^{1,2}

Yumiko Nishimura, PhD^{2,3}

Yuko Morishige, MPH^{1,2}

Takayuki Horima, MPH⁴

1. Researcher, Department of Global Health and Socio-Epidemiology, Kyoto University School of Public Health

2. Researcher, UNAIDS Collaborating Centre on Socio-epidemiological HIV Research

3. Research resident, Japan Foundation for AIDS Prevention

4. Assistant Professor, Department of Interinstitutional Pharmacology, Fukuoka University School of Pharmacy

Table of Contents

1. Forward	1
2. AIDS time line	2
3. Basic facts about the HIV epidemic	3
(1) Sexual networks	3
(2) Interaction between sexually transmitted diseases (STDs) and HIV	3
(3) Epidemic stages	4
4. The global HIV epidemic	5
5. The HIV epidemic in Japan's neighboring regions	6
(1) China	7
(2) Taiwan	8
(3) Hong Kong	8
(4) Korea	8
6. The HIV epidemic in Western Europe and the US	9
(1) The United States	9
(2) Western Europe	10
7. The HIV epidemic in Japan	11
(1) General overview	11
(2) Trends in the reported numbers of HIV cases	12
(3) Trends in the reported numbers of AIDS cases	14
(4) Trends in the HIV prevalence among donated blood	16
(5) Summary	16
8. Social conditions related to HIV epidemic in Japan	17
(1) Sexual activity	17
(2) STDs, teenage abortion, and the volume of condoms shipped domestically	19
(3) Change in social environment	20
(4) Migration	21
(5) Trends in media coverage of AIDS	22
9. The response to HIV/AIDS	23
(1) Trends in the number of HIV tests and HIV-related consultations	23
(2) Awareness of HIV/STD-related knowledge	25
10. Conclusion	29
11. Bibliography	30
12. Information resources	31
Appendix: CD-ROM (PowerPoint file of figures)	

Almost a quarter of a century has passed since the existence of the HIV epidemic was confirmed, and yet a cure or preventative vaccine appears to be nowhere in sight in the near future. Furthermore, even now the only practical preventative measure is to control high risk behavior. Due to the difficulty of this, in recent times the global HIV epidemic has worsened greatly, with both developed and developing nations experiencing their own unique social problems. The tidal wave of this epidemic has already begun to reach East Asia, and the HIV epidemic is advancing in Japan's neighboring regions. Access to the right information is vital in order to respond appropriately and to control the HIV epidemic. However, although we currently live in the so-called "information society," it is not automatically the case in Japan or the rest of the world that the necessary information is available in one accessible location and in a comprehensible and usable format. This is considered to be one of the major impediments to raising public awareness about HIV.

In light of this, the Ministry of Health, Labour and Welfare AIDS Research Project: "Study Group for the Trends and Impact of HIV Epidemic and Monitoring of HIV/AIDS Policy", in cooperation with the Joint United Nations Program on HIV/AIDS (UNAIDS) Collaborating Centre on Socio-epidemiological HIV Research, conducts a research with a view to establishing a database vital for the study of current status and the characteristics of Japan's HIV epidemic as well as future prospect of the epidemic. It is hoped that this information can be provided to people active on the front lines of the fight to prevent the spread of HIV. This data book is a selection of the information we regard as important for understanding Japan's HIV epidemic and for raising public awareness. As a result, the data is not exhaustive and anyone who requires more detailed information is invited to follow the links contained in the information resources section.

This financial year is the first for which a data book has been compiled. We intend to improve the format in future years based on user opinion and the widening pool of data available, and so feedback is encouraged. Furthermore, the CD-ROM at the back of this book contains a PowerPoint file of the figures and tables from this report and we encourage the use of these in HIV/AIDS education.

March 31, 2008

Masahiro Kihara, MD, PhD
Principal Investigator

Study Group for the Trends and Impact of HIV Epidemic and Monitoring of HIV/AIDS Policy

Major Events in World AIDS History

- 1981 First case reports made by US Centers for Disease Control and Prevention (CDC)
- 1982 The disease is given the name "AIDS" (Acquired Immune Deficiency Syndrome). Proved to be spread by sexual activity, blood and between mother and child
- 1985 The virus responsible for AIDS is discovered (it is named the Human Immunodeficiency Virus - HIV)
- 1987 The US CDC approves AZT (Zidovudine) as drug for the treatment of AIDS
- The World Health Organization (WHO) establishes the Global Programme on AIDS
- 1988 Inaugural World AIDS Day
- 1994-5 The effectiveness of Highly Active Antiretroviral Treatment (HAART) is established
- 1996 Inauguration of the Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS)
- 2001 A Special Session on AIDS is held by the United Nations General Assembly (the first time a Special Session of the UN has been held because of a single disease)
- 2002 Launch of the Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria
- 2003 Launch of the WHO/UNAIDS "3 by 5 Initiative" (A plan to give access to AIDS treatment to 3 million patients in developing nations by 2005. In the end around 1 million AIDS patients were helped)
- 2005 The USA's President Bush announces the "President's Emergency Plan for AIDS Relief"
- 2007 United Nations High Level Meeting on AIDS
The G8 Summit is held in Heiligendamm (G8 announces \$60 billion in aid)

Major Events in Japan's AIDS History

- 1985 Confirmation of the first AIDS patient in Japan
- 1986 Inauguration of the National AIDS Surveillance Committee (Renamed in 1995 as AIDS Surveillance Committee)
- 1987 General Guideline for Measures against AIDS was established at the Meeting of the Ministerial Council on AIDS
Japanese Foundation for AIDS Prevention is established
- 1989 Law Concerning the Prevention of Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS Prevention Law) takes an effect
- 1994 The 10th International Conference on AIDS is held in Yokohama
- 1996 Settlement of the Osaka and Tokyo Law Suits on HIV contaminated blood products (the so called "HIV-tainted blood scandal trial")
Medical Centers for the Treatment of AIDS established
- 1999 Law Concerning the Prevention of Infectious Diseases and Medical Care for Patients with Infectious Diseases (Infectious Diseases Control Law) takes an effect
National Guidelines for HIV/AIDS Prevention and Care (AIDS Prevention Guidelines) announced
- 2005 The 7th International Congress on AIDS in Asia and the Pacific is held in Kobe
- 2006 The new National Guidelines on AIDS are announced
The UNAIDS Collaborating Centre is established at Kyoto University