エイズ情報

わが国におけるHIV感染者とAIDS患者は増加傾向にあり、2006年の報告数（外国国籍者を含む）は1,358人と2005年より159人増加し過去最高となり、2004年以降3年連続で1,000人を超えました。

以下、日本国籍者における2006年の流行状況をまとめました。

＜エイズ発生動向調査（サーベイランス）の流れ＞

1984年　開始

1989年～1999年3月　「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）」に基づいて実施。

1999年4月～2003年10月　「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（感染症法）」の施行に伴い、後天性免疫不全症候群は四類感染症となる。
エイズ予防法は伝染病予防法、性病予防法とともに感染症法に統廃合。

2003年11月～現在（2008年1月）　感染症法改正での五類全数把握感染症となる。

＜流行状況　全国＞

1) HIV感染者（無症候キャリアあるいはその他として報告）

HIV感染者は年々増加が続き、2006年は836人で、2005年より95人増加しました。

感染経路別では、同性間性的接触が571人(HIV感染者の68.3%)、異性間性的接触が173人(20.7％)で、性感染によるものが合計744人で89.0%を占めていました。推定感染地域別では、国内が769人（92.0%）でした（表1）。

表1　HIV感染者及びAIDS患者の内訳　（日本国籍）

項目	区分	日本国籍 HIV感染者（人） 2005	2006	差	AIDS患者（人）*3 2005	2006	差
感染経路	異性間の性的接触	161	**173**	12	104	**123**	19
	同性間の性的接触 *1	514	**571**	57	129	**156**	27
	静注薬物濫用	2	**1**	-1	3	**2**	-1
	母子感染	0	**1**	1	0	**0**	0
	その他 *2	9	**29**	20	8	**14**	6
	不明	55	**61**	6	58	**60**	2
性別	男	709	**787**	78	291	**335**	44
	女	32	**49**	17	11	**20**	9
感染地	国内	663	**769**	106	239	**294**	55
	海外	28	**31**	3	23	**27**	4
	不明	50	**36**	-14	40	**34**	-6
	合計	741	**836**	95	302	**355**	53

*1 両性間性的接触を含む。
*2 輸血などに伴う感染例や推定される感染経路が複数ある例を含む 。
*3 1999年4月1日以降は病変AIDS報告を含まず。

・男性

2005年より78人増加し787人でした。感染経路別では、同性間性的接触が2005年より57人増加し571人、異性間性的接触は132人で、2005年と同数でした（表2）。

異性・同性間性的接触・年齢階級別割合は、15～39歳の層で同性が異性より高く、40歳以上は低い傾向にありました（表4）。

・女性

2005年より17人増加し49人でした。感染経路別では、異性間性的接触が2005年より12人増加し41人でした（表2）。

また、異性間性的接触・性別・年齢階級別割合は、15～29歳で男性よりも女性の方が高い傾向にありました（表3）。

2) AIDS患者（AIDSとして報告）

2006年のAIDS患者は355人で、2005年より53人増加しました。

感染経路別では、異性間性的接触が123人(AIDS患者の34.6%)、同性間性的接触が156人(43.9%)で、性感染によるものが合計279人で78.6%を占めていました。推定感染地域別では、国内が294人（82.8%）でした（表1）。

・男性

2005年より44人増加し、335人でした。感染経路別では、異性間性的接触が110人（32.8%）、同性間性的接触が156人(46.6%)でした（表2）。

・女性

2005年より9人増加し20人でした。感染経路別では、異性間性的接触が13人でした（表2）。

表2 感染経路別HIV感染者及びAIDS患者の内訳（日本国籍）

感染経路	HIV感染者（人）						AIDS患者（人）*3					
	男			女			男			女		
	2005	**2006**	差	2005	**2006**	差	2005	**2006**	差	2005	**2006**	差
異性間の性的接触	132	**132**	0	29	**41**	12	96	**110**	14	8	**13**	5
同性間の性的接触 *1	514	**571**	57	0	**0**	0	129	**156**	27	0	**0**	0
静注薬物濫用	2	**1**	-1	0	**0**	0	2	**2**	0	1	**0**	-1
母子感染	0	**0**	0	0	**1**	1	0	**0**	0	0	**0**	0
その他 *2	9	**28**	19	0	**1**	1	8	**13**	5	0	**1**	1
不明	52	**55**	3	3	**6**	3	56	**54**	-2	2	**6**	4
合計	709	**787**	78	32	**49**	17	291	**335**	44	11	**20**	9

*1 両性間性的接触を含む。
*2 輸血などに伴う感染例や推定される感染経路が複数ある例を含む 。
*3 1999年4月1日以降は病変AIDS報告を含まず。

表3 異性間性的接触・性別・年齢階級別割合（日本国籍・HIV感染者）

年齢階級	合計（人）（1985～2006）		%	
	男	女	男	女
10歳未満	0	0	0	0
10-14	0	0	0	0
15-19	11	26	0.7	**5.4**
20-24	88	87	5.8	**18.2**
25-29	237	116	15.7	**24.2**
30-34	277	79	18.4	16.5
35-39	191	49	12.7	10.2
40-44	192	31	12.7	6.5
45-49	183	24	12.1	5.0
50-54	137	24	9.1	5.0
55-59	98	33	6.5	6.9
60歳以上	93	10	6.2	2.1
不明	0	0	0	0
合計	1,507	479	100.0	100.0

表4 異性・同性間性的接触・年齢階級別割合（日本国籍・HIV感染者）

年齢階級	合計（人）（1985～2006）		%	
	同性	異性	同性	異性
10歳未満	0	0	0	0
10-14	0	0	0	0
15-19	45	11	**1.3**	0.7
20-24	450	88	**12.9**	5.8
25-29	878	237	**25.1**	15.7
30-34	811	277	**23.2**	18.4
35-39	514	191	**14.7**	12.7
40-44	291	192	8.3	12.7
45-49	212	183	6.1	12.1
50-54	112	137	3.2	9.1
55-59	90	98	2.6	6.5
60歳以上	92	93	2.6	6.2
不明	0	0	0	0
合計	3,495	1,507	100.0	100.0

感染経路のうち、2006年の日本国籍者における静注薬物濫用は3人（HIV感染者とAIDS患者の合計）、外国国籍者は4人（HIV感染者とAIDS患者の合計）で、合計7人でした。2005年は過去最高となる10人（日本国籍者及び外国国籍者におけるHIV感染者とAIDS患者の合計）の感染が報告され、2006年は2005年よりは3人減少しましたが、引き続き監視が必要だと思われます。

また、2006年母子感染によるものは、1人（日本国籍者・HIV感染者）でした。

＜流行状況　横浜市＞

2006年に、新たに報告されたHIV感染者は17人（男性12人、女性5人）、AIDS患者は12人（男性10人、女性2人）でした。

感染経路別では、異性間性的接触12人、同性間性的接触11人、母子感染1人、輸血1人、静注薬物常用者で異性間性的接触1人、外傷（出血）1人、不明4人でした。

年齢階層別では、0歳1人、20歳代6人、30歳代8人、40歳代8人、50歳代7人、70歳代1人でした。

＜病原体＞

レトロウイルス科のレンチウイルスに属するヒト免疫不全ウイルス（human immunodeficiency virus, HIV）で1983年に分離・同定されました。

HIVは血清学的・遺伝学的性状の異なるHIV-1とHIV-2に大別され、HIV-2はHIV-1に比べて感染性や病原性が低いため、HIV-2流行を限局的なものにしていると考えられています。

HIV-1は現在の世界流行（pandemic）の主体となっているウイルスで、全世界に分布していますが、HIV-2は主に西アフリカ地域に限局しており、フランス、ポルトガル、スペインなど西アフリカ地域と関連をもつ国々で散発例が報告されています。

＜発症機序＞

HIVはCD4とよばれる細胞膜蛋白質を受容体として細胞に感染する性質をもつため、細胞性免疫を統御する中枢細胞であるCD4陽性のヘルパーT細胞やマクロファージに感染し、破壊します。そのため、細胞性免疫の著しい機能低下が起こり、全身性の免疫不全状態が引き起こされ、様々な日和見感染症や日和見腫瘍、中枢神経障害など多彩で重篤な全身症状が起こります。

HIV感染の自然経過は急性初期感染期、無症候期～中期、AIDS発症期の大きく3期に分けられます。

＜治療＞

AIDS治療において、適切な治療が行われなかった場合の予後は2～3年でしたが、AZT（azidothymidine）を代表とする逆転写酵素阻害剤（reverse transcriptase inhibitor, RTI）に加え、近年、優れたプロテアーゼ阻害剤（protease inhibitor, PI）が開発され、逆転写酵素阻害剤2種とプロテアーゼ阻害剤（あるいは非ヌクレオシド系逆転写酵素阻害剤）1種との組み合わせによる多剤（3剤）併用療法（highly active antiretroviral therapy, HAART）が奏効しています。このため先進国ではAIDS患者の死亡率や日和見感染の発生率を低下させることができ、AIDSによる死亡者数は減少し、HIV感染者の予後は大きく改善されています。

しかし、薬剤への耐性、アドヒアランス（投薬スケジュールを厳密に遵守すること）、副作用、服薬条件等の問題などから、米国においても死亡数の減少が頭打ちになりつつあります。

多剤併用療法は根治的療法ではなく、血中のウイルス量が検出限界以下となっても、依然リンパ節、中枢神経系などにウイルスが駆逐されずに残存することが知られており、服薬を中止すると直ちにウイルスのリバウンドが起こってしまいます。薬物療法には改善すべき様々な問題点が残されており、新薬の開発だけでなく、AIDS発症のメカニズムに関するより深い理解に向けた基礎研究が急務となっています。

AIDS治療のもう一つの重要な領域が、AIDSに伴う種々の日和見感染症に対する治療法の進歩です。特に、欧米でのペンタミジン（AIDSの主な死因であったカリニ肺炎に対する特効薬）の吸入による患者の延命効果はその代表的な例です。

＜まとめ＞

2006年のHIV/AIDS報告数はそれぞれ過去最高で、2004年から1,000を超えており、増加が続いています。

わが国ではHIV感染者、AIDS患者ともに性的接触による感染が大半を占め、2005年と同様に2006年も国内における男性、同性間性的接触によるHIV感染者の増加が顕著でした。

今後は、さらなる同性間性的接触による感染の予防対策が必要と考えられます。

教育関係者、医療関係者等との連携のもと人権等に配慮しつつ積極的な予防対策を推進し、感染者の早期発見、早期治療につながる検査・相談の機会提供を進める等、感染拡大の抑制に努めていかなければならないと思われます。また、異性間においては、男性のみならず女性、特に若年女性への予防対策の強化が必要です。

また、静注薬物濫用について、国籍別にみると、外国国籍のHIV/AIDS報告数の割合は、日本国籍の約4倍でした。

これらのことから、HIV/AIDSについての知識の普及と、予防行動を啓発するための社会教育が重要となることから、公衆衛生関係者・教育関係者の一層の努力が望まれます。

＜参考資料＞

・「エイズ予防指針」 厚生労働省 (http://www1.mhlw.go.jp/topics/kansensyou/tp1116-1_11.html)。
・「エイズ動向委員会報告　平成18年エイズ発生動向年報 （2006年1月1日～12月31日）」
　エイズ予防情報ネット （http://api-net.jfap.or.jp/htmls/frameset-03-02.html）

【 感染症・疫学情報課 】