

病原微生物検出情報

月報

Infectious Agents Surveillance Report (IASR)

<http://idsc.nih.go.jp/iasr/index-j.html>

Vol.22 No. 5 (No.255)
2001年 5月発行

国立感染症研究所
厚生労働省健康局
結核感染症課

事務局 感染研感染症情報センター
〒162-8640 新宿区戸山1-23-1
Tel 03(5285)1111 Fax 03(5285)1177
E-mail iasr-c@nih.go.jp

(禁、無断転載)

AIDS流行：世界の動向とその将来 3, タイにおける HIV ワクチン開発 5, 日赤血液センターにおける NAT の現状 6, HIV 定量用キットの精度管理全国調査 7, B/Victoria 系統の B 型インフルエンザウイルス分離速報 8, 麻疹の流行：高知県10, アデノ 7 型分離速報：新潟県10, ワクチン接種後に分離された麻疹ウイルスの鑑別：広島県11, A 群溶連菌検出状況：九州地区11, 秋田県12, S. Isangi 集団食中毒：熊本市13, HIV/AIDS：欧州14, 2000/01 シーズンインフルエンザの状況：米国15, 海外旅行中の狂犬病への暴露：ドイツ16, ライム病：米国16, 学童への BCG 定期接種再開：英国17, 薬剤耐性菌情報17, 日本の AIDS 患者・HIV 感染者18, チフス菌・パラチフス菌ファージ型別成績 26

本誌に掲載された統計資料は、1)「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」に基づく感染症発生動向調査によって報告された、患者発生および病原体検出に関するデータ、2) 感染症に関する前記以外のデータに由来する。データは次の諸機関の協力により提供された：保健所、地方衛生研究所、厚生労働省食品保健部、検疫所、感染性腸炎研究会。

<特集> HIV/AIDS 2000年12月31日現在

エイズ発生動向調査は1984年に開始され、1989年～1999年3月31日までは「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）」に基づいて実施されてきた。1999年4月1日からは、「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）」に基づく感染症発生動向調査の一部（4類感染症・全数把握疾患）として行われている（本誌 Vol. 21, No. 7 参照）。本特集はエイズ動向委員会によって2001年4月24日に確定された2000年エイズ発生動向年報集計に基づいてまとめた。

1. 2000年の HIV/AIDS 発生状況：2000年に新たに報告された HIV 感染者（AIDS 未発症者、以下 HIV）は462（男389, 女73）、AIDS 患者（以下 AIDS）は327（男278, 女49）であった。国籍・性別では、日本

国籍男性が HIV の 73%, AIDS の 73% と多数を占めた（図1）。感染地は、日本国籍例の大半が国内感染（HIV 80%, AIDS 73%）であった。感染経路は、異性間の性的接触（HIV 37%, AIDS 49%）および同性間の性的接触（同 47%, 22%）が多く、母子感染（同 0.6%, 0.6%）と静注薬物濫用（同 0.2%, 0.3%）は少なかった。

2. 1985年～2000年12月31日までの累積報告数と発生動向：2000年12月31日までの累積報告数（凝固因子製剤による感染例を除く）は HIV 3,905, AIDS 1,913 で、人口10万対 HIV 3.087, AIDS 1.512 である。HIV の年間報告数は1992年のピーク後一旦減少したが、1996年以降再び増加傾向が続いている（図2）。2000年は1999年より68減少したが、1年間の報告数としては過去2番目に多かった。AIDS の年間報告数は1998年を除き増加を続けており、2000年は1999年より27増加した（図2）。

なお、本発生動向調査とは別の全国調査によって、凝固因子製剤による HIV 1,432, AIDS 642 が確認されている（1998年5月末時点）。いずれも日本国籍例である。

国籍・性別：近年の HIV の増加は、主に日本国籍男性例の増加によるもので、日本国籍女性は過去5年間増減を繰り返している（図3a, b）。

外国国籍例の報告数は過去5年間横這いしないし減少傾向にある（図3c, d）。AIDS は、日本国籍男性において増加が著しいが、日本国籍女性、外国国籍

図1. HIV感染者およびAIDS患者の国籍・性別内訳, 2000年 (厚生労働省エイズ動向委員会)

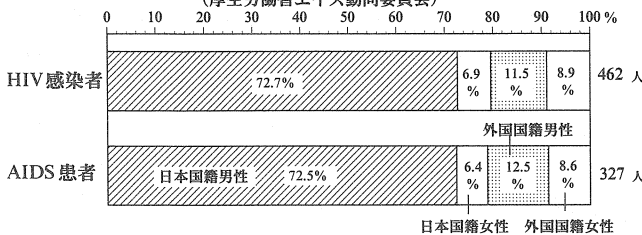


図3. HIV感染者の国籍・性・感染経路別年次推移, 1985～2000年 (厚生労働省エイズ動向委員会)

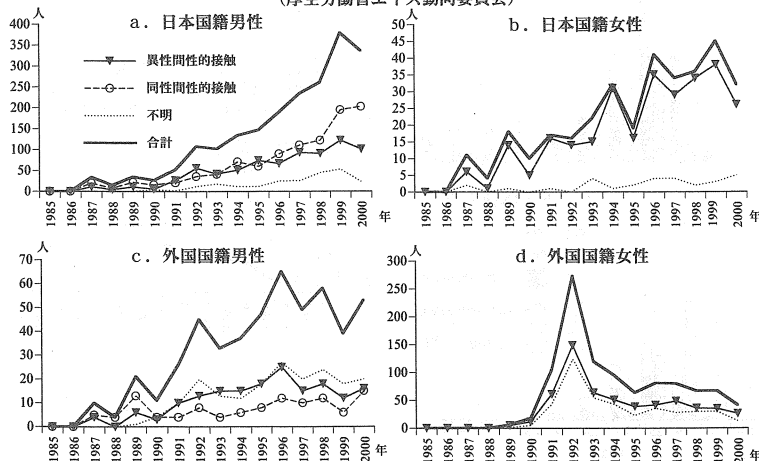
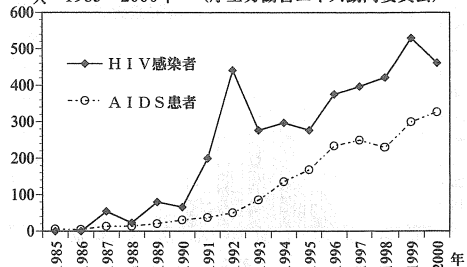


図2. HIV感染者およびAIDS患者の年次推移, 1985～2000年 (厚生労働省エイズ動向委員会)



(2 ページにつづく)

(特集つづき)

男女はいずれも微増もしくは横這いである。

外国国籍例を地域別にみると、HIV、AIDSともに東南アジアがもっとも多く、ラテンアメリカ、サハラ以南アフリカがそれに次ぐ。

年齢分布：過去5年間（1996～2000年）に報告されたHIVの年齢を1991～1995年の報告例と比較して図4に示した。日本国籍男性ではピークの25～34歳を中心に、幅広い年齢で増加している。日本国籍女性では20～34歳と45歳以上で増加している。一方、外国国籍女性では20～24歳が大きく減少した。AIDSは、日本国籍男性が40～54歳と特に年齢が高いが、他は25～34歳にピークがある。

感染経路：HIVの74%、AIDSの69%が性的接触による感染であった。日本国籍例のHIVでは、男性同性間の性的接触が引き続き増加し、過去3年間で倍増している（図3a）。外国国籍例のHIVではいずれの感染経路区分も漸減ないし横這いである（図3c, d）。日本国籍例のAIDSでは、異性間の性的接触による報告が増加し、同性間の性的接触も過去4年間増加傾向が認められる。外国国籍例のAIDSでは、異性間の性的接触による報告が過去5年間増減を繰り返している。

感染地：HIVは、日本国籍男性の国内感染例と感染地不明例が1999年まで増加を続け、2000年にやや減少したが、海外感染は横這いである。AIDSは、日本国籍男女の国内感染例が大きく増加した。

AIDS報告における指標疾患：日本国籍例と外国国籍例のAIDSの累計報告数（1,407と506）を分母として各指標疾患を見ると、両国籍群でほぼ類似しており、ニューモシスチス・カリニ肺炎がそれぞれ46%、42%ともっとも多く、カンジダ症が23%、15%、HIV消耗性症候群が各13%を占める。両群では活動性結核に差が認められ、日本国籍例が7.2%であるのに対し、外国国籍例では、13%とほぼ2倍になっている。また、サイトメガロウイルス感染症は、日本国籍例10

%、外国国籍例4.2%と、日本国籍例の割合が高くなっている。

病変死亡の動向：エイズ予防法に基づいて1999年3月31日までに報告された病変死亡例は596で、内訳は日本国籍が485（男性445、女性40）、外国国籍が111（男性77、女性34）であった。1999年4月に施行された感染症法では病変報告（HIV→AIDS、生存→死亡）の義務はなく、1999年4月1日～2000年12月31日までに医師から任意に報告された病変死亡例は83、このうち日本国籍例が67（男性62、女性5）、外国国籍例が16（男性11、女性5）であった。近年、日本国籍男女で病変死亡例報告数の減少がみられる。

3. 献血者のHIV抗体陽性率：献血者のHIV抗体陽性率は年々増加を続け、1999年には献血10万件当たり1.026となったが（本号20ページ参照）、2000年はこれをやや上回り、献血件数5,877,971中67、献血10万件当たり1.140（男1.812、女0.167）となった（過去最高値）（図5）。陽性例67の中にはNAT（核酸増幅検査）のみの陽性3が含まれている（本号6ページ参照）。

4. 保健所におけるHIV相談と抗体検査：2000年の保健所におけるHIVに関する相談件数は107,256件で、過去最多の1992年（251,926件）に対し、この4年間は半数以下の状態が続いている。HIV抗体検査数については、1998年53,218件、1999年48,218件、2000年48,620件であり、同じく1992年（135,674件）に対し半減している。

2000年にはHIV感染報告数がやや減少したものの、過去2番目に多かった。この数値は、AIDS未発症だが血清抗体検査でHIV感染が判明したものの報告数であり、抗体検査を受けていない人の中でのHIV感染者の数はわからない。今後、HIV感染を拡大させないためには、HIV/AIDSに関する相談・検査の窓口を幅広く誰もが受け易い場所や時間帯に設定するなど、より積極的なエイズ予防対策を進めるべきである。

図4. HIV感染者の国籍・性別年齢分布（厚生労働省エイズ動向委員会）

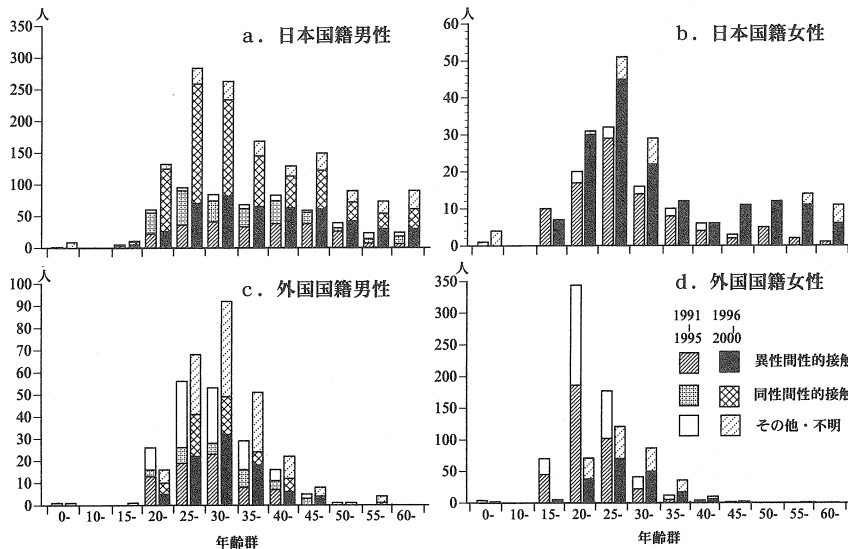
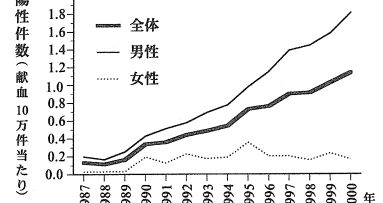


図5. 献血におけるHIV抗体確認検査陽性件数の年次推移、1987～2000年（厚生労働省医薬局血液対策課）



<情報>

AIDS 流行：世界の動向とその将来

1. 世界の HIV 感染の現況と動向

AIDS の世界流行は、いくつかの先進国および発展途上国の特定集団を除いて依然拡大傾向にあり、世界流行が開始したと考えられる1970年代半ばより、25年あまりの時間が経過した現在、複雑さを増している。

UNAIDS (国連合同 AIDS 計画) の最新の推計によれば、2000年末現在の世界の HIV 感染者 (生存 AIDS 患者を含む) は3,610万人、昨年 (2000年) 1年間に発生した新規 HIV 感染者は530万人、AIDS 死亡者は300万人、また流行開始以来の HIV/AIDS による死亡者および感染者の累計数はそれぞれ2,180万人および5,780万人に達しているものと推定されている (表1)。新規感染者数を1日当たりに換算すると15,000人で、ほぼ6秒に1人の割合で新たな感染者が発生していることになる。1日当たりの感染者15,000人のうち、その95

%以上が開発途上国に、1,700人が15歳未満の小児。13,000人が15~49歳の年齢層にあり、その47%が女性、50%以上が15~24歳の若年層であると推算されている。

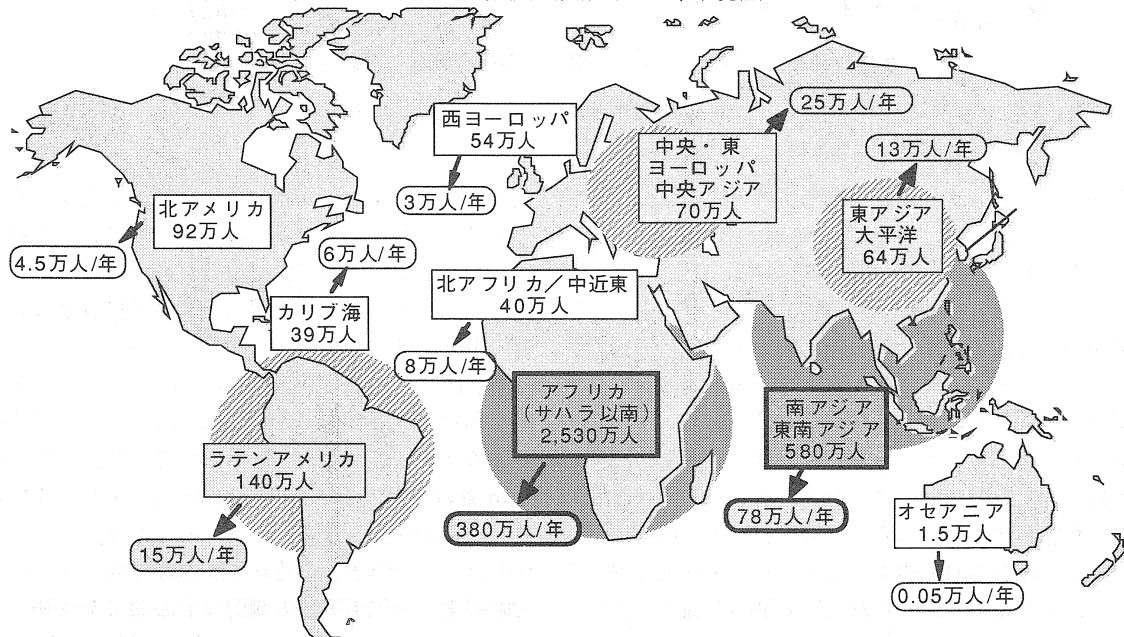
HIV 感染者の地域別分布 (図1) をみると、世界全体の86%を超える感染者がサハラ砂漠以南のアフリカ (2,530万人、70%) と南・東南アジア地域 (580万人、16%) に集中しており、文字どおり AIDS 流行の2大ホット・ゾーンとなっている。ラテンアメリカ (140万人、3.9%)、北米 (92万人、2.5%) がこれら2地域に続く。先進ヨーロッパ諸国、オーストラリアなどの地域では、流行の鈍化・沈静化傾向が見られるが、一方、これまで注目されてこなかった地域で、憂慮すべき新たな動向が指摘されている。それは、特に東欧・中欧 (旧ソ連圏) や中国南部・北西部地域における新興流行 (Emerging epidemic) で、とりわけ1996年前後から、薬物乱用者を中心として流行が拡大し、政治・社会体制の混乱、経済破綻・貧困など様々な社会的・経済的要因を背景として、流行の進行が急激に加速している。UNAIDS の最新の HIV 感染者の地域別推計においても、東欧・中欧 (70万人、1.9%)、東アジア・太平洋地域 (64万人、1.8%) と、すでにヨーロッパ (54万人、1.5%)、カリブ海沿岸地域 (39万人、1.1%) を抜いて、5、6位の位置を占めるようになっている (図1)。

UNAIDS のデータに基づき世界の15~45歳人口の推定 HIV 有病率を国別に表したものが次ページ図2である。患者・感染者数と同様、サハラ砂漠以南のアフリカに最も高い有病率を示す国々が集中している。

表1. 世界におけるAIDS流行の現況 (2000年末現在, UNAIDS推計)

HIV感染者 (生存者数)	3,610万人
2000年度新規HIV感染者数	530万人
2000年度エイズ死亡者数	300万人
流行開始以来の累積エイズ死亡者数	2,180万人
流行開始以来の累積HIV感染者数	5,790万人

図1. 国連AIDS合同計画 (UNAIDS) による世界の地域別HIV感染者 (ボックス内の数値) および新規感染者 (矢印で示した楕円内の数値) 推計 (2000年末現在)



世界のHIV感染者 (生存者) 数 : 3,610万人
 流行が始まって以来の累積HIV感染者数 : 5,790万人
 2000年1年間の新規HIV感染者数 : 530万人

(WHO/UNAIDS 推計, 2000年末)

図2. 世界の国別推定成人 (15~45歳) HIV有病率 (1999年末現在のUNAIDS 推定に基づく)

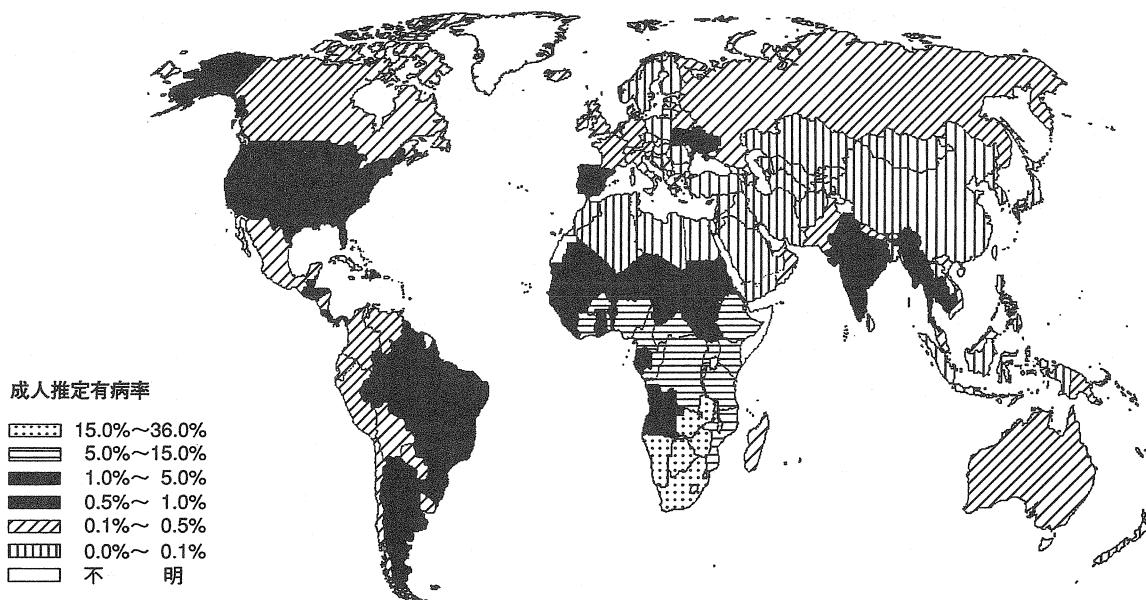
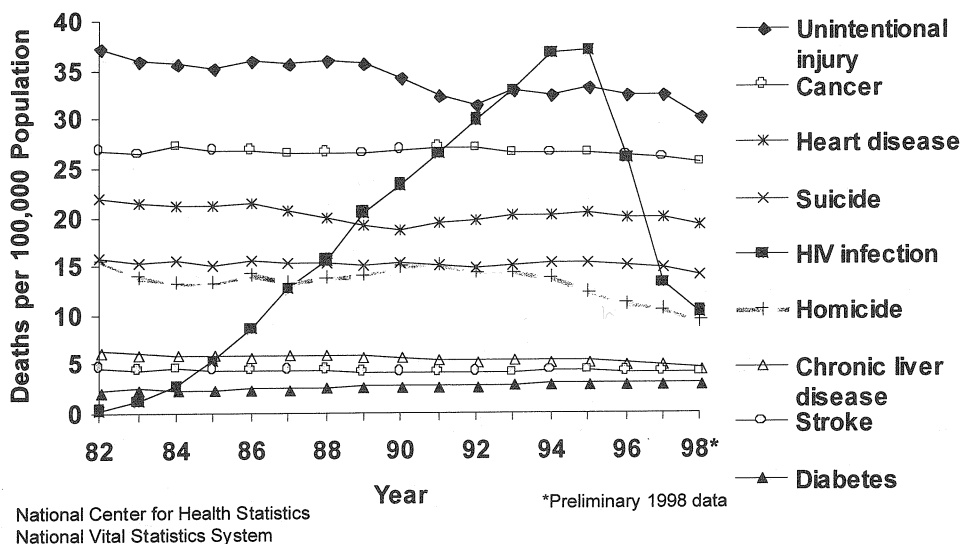


図3. 米国における死亡原因の年次推移 (25~44歳, 1982~1998年) (米国国立健康統計センター資料より)



サハラ砂漠以南のアフリカでは生産年齢人口の4分の1以上がHIVに感染し、平均寿命が10~20年程度短縮していると考えられる国も存在する。特にボツワナ、ジンバブエ、南アフリカなどのアフリカ南部地域は、感染率が25~30%と世界でも最も深刻なAIDS侵淫地帯である。また、中央および東アフリカ、西アフリカの国々、アジアではカンボジア、タイ、ミャンマーの東南アジア諸国に、ラテンアメリカおよびカリブ海諸国では、ハイチまたはグアテマラ、ホンジュラスなどに高い有病率が認められる。ただし、推定有病率は各国の人口に左右されるので、巨大な人口を抱える中国、インドまたはブラジルでの流行を過小評価することになり、注意が必要である。少なくとも50万人のHIV感染者が推定される中国、また世界で最大数のHIV感染者(350~370万人)が存在すると推定されているインド、50~60万人のHIV感染者の存在が推

定されているブラジルは、図2では中程度以下の有病率が算出されているが、これらの地域では、世界の中でも最も憂慮すべき規模の流行が進行している。

2. 先進国における問題点—米国の経験からみた流行の将来とその対策

先進国では、1996年以降AIDS治療にプロテアーゼ阻害剤が導入されたことで、米国において典型的に見られるように、1993~1995年まで首位を占めていた25~44歳の米国人のAIDS死亡率が1998年には第5位と、ピーク時の3分の1のレベルにまで低下している(図3)。この事実は、逆転写酵素阻害剤とプロテアーゼ阻害剤との併用療法の劇的な治療効果を反映するものであるが、また一方、潜伏期間の延長と、発病から死亡までの期間の延長を意味しており、医療費の大幅な増大が懸念されている。

また、AIDS死亡率の下落傾向も最近2年間は、多

く先進国で頭打ちになっている。その要因としては、1996年以降併用療法を受けてきた患者が発症期にさしかかりつつあること、診断の遅れ、薬剤耐性の出現、連日多種・多量の薬剤を服用することの困難さや、副作用のため服薬を中止せざるを得ないことも多い（治療へのアドヒアランス）などの問題が考えられる。より強力で副作用の少ない、また耐性ウイルスの出現の少ない新薬の開発や、服薬をより容易にする新たな錠型の開発や投薬スケジュールの改善が期待される。

また、医療水準の高い米国においても、依然年間約4万件の新規 HIV 感染が発生しており、様々な対策にもかかわらず、1992年以来、推定感染者数はあまり変化していない。今年（2001年）2月に米国保健衛生局は、全米の年間 HIV 感染者の発生数を現在の2分の1に低下させるため、感染していても、その事実気付いていない人々（全米で20万人～27万5千人にのぼると考えられる）をターゲットとする対策に乗り出している。SAFE (Serostatus Approach to Fighting the Epidemic) (あるいは“Know Now”) と名づけられたこのプログラムは、感染の事実を認識している人々の割合を現在の70%から95%に引き上げることを目標とし、それによって、感染者のリスク行動に抑制をかけ、パートナーへの感染を防ぐとともに、治療を受ける機会を高め、流行のスパイラルを阻止しようというものである。検査体制の整備、患者に対する情報の質的向上は、わが国を含む先進国においてもさらに改善されるべき問題である。

3. わが国における問題と課題

わが国は、先進国の中では例外的に、感染者の年次報告数、献血者における血清有病率の着実な上昇が認められる。献血者における HIV 抗体陽性件数は10万献血当たり全国で1.13、首都圏で2.82、首都圏を除く地域で0.62（2000年）で、1987年（全国値は0.14）以来一貫して増加傾向にあり、この13年間に8倍に増加している。全国値で見ても、フランスの1.8を除いて、英国の0.7、ドイツの1.0（ともに1999年）よりも高い。またサーベイランス報告における HIV 感染者から AIDS 患者への転症例報告も極めて少ないことが指摘されている。サーベイランスでは転症例は、法に基づいた報告としては求められておらず、医師からの任意報告によっているため、その報告数が少ないという届け出方法上の問題が要因の一つとなっているが、AIDS が発症して初めて医療機関を訪れる場合や、HIV 感染の事実を発症に至るまで知らない場合も相当数ある、という日本の現状もまた示唆されるものである。感染者の報告数は、確かに欧米先進国に比較して依然少ない値であるが、ここに述べたように、様々な指標は、わが国においても、HIV 感染症が決して「対岸の火事」ではなく、感染拡大について依然憂慮すべき状況が続いていることを示している。

わが国における HIV 感染症の着実な増加傾向に歯止めをかけ、また、減少傾向にある HIV 抗体検査数を増加させるために、検査を受けやすい環境・施設の一層の整備や、セーフセックスに対する意識の向上、供血の安全性を一層高めるべく NAT（核酸増幅検査）の普及や、サーベイランス・モニタリング体制の一層の充実が必要とされよう。また生存期間の延長、および薬価の高い新薬の服用による医療費の増大、プロテアーゼ阻害剤を含めた薬剤耐性ウイルス株の出現とその感染拡大防止、変化を続ける治療プロトコルに対する対応、プロテアーゼ阻害剤を中心とした副作用の問題などが、わが国を含む先進国の克服すべき共通の課題となってきた。また、流行の深刻化しているアジア・アフリカ地域へのわが国のさまざまな形の一層の積極的な国際貢献が求められよう。

本稿の作成にあたり慶応大学医学部・鎌倉光宏博士、京都大学医学部の木原正博博士に貴重な御助言・資料の提供を賜った。

国立感染症研究所

エイズ研究センター第1室 武部 豊

<情報>

タイにおける HIV ワクチン開発

AIDS が1981年に発見され、HIV がその原因ウイルスであることがわかってから約20年が経過し、一昨年までに約30種の HIV 候補ワクチンが Phase I トライアルに入った。その後、アフリカ、中国、南アメリカ等で10数個のワクチンの Phase I トライアルが始められた。その特徴として一昨年までのものは欧米で伝播しているクレイド B ウイルスを対象にしたワクチン開発であったのに対し、それまで経験のなかったタイプ E, A, C を対象にした臨床トライアルが始まりつつあることが挙げられる。しかし、Phase III トライアルはただ一つであり、Phase II に到達しているトライアルについても数個であり、HIV ワクチン開発の困難さを示している。Phase III トライアルの最初の結果は今年の終わり頃に、全体の結果は2003年の初めまでに報告されることになっている。

タイは WHO が指定したワクチントライアルの4つの候補地のうちの1つになっており、最も盛んにワクチン開発の臨床試行が行われている。次ページ表に示すように最初のワクチン開発は1993年 MN 型 V3 ブランチペプチドワクチンである。治療用ワクチンは HIV gp120 蛋白を除去した不活化ウイルス粒子 (REMUNE) を抗原に用いたもので、Phase II が終わり、Phase III の可能性を検討中である。現在、VaxGen の Phase III トライアルと、カナリボックス +gp120 を組み合わせた Phase II 臨床試行が進行中である。

日本との協力によるタイ AIDS ワクチンプロジェ

タイにおけるHIVワクチン開発

候補ワクチン	Phase	開発会社	開始年
予防用 MN-V3ブランチペプチド	I	United Biomedical Inc.	1994
組換えサブユニット gp120-MN	I	Genentech/VaxGen	1995
組換えサブユニット gp120-SF	I	Biocine/Chiron	1995
組換えサブユニット gp120-SF2(B-SI) gp120-CM235(E-NSI) コンビネーション	II	Chiron Vaccines	1997
組換えサブユニット gp120-MN(B-SI) +GP120-CM244(E-NSI)	II	Vax Gen	1998
組換えサブユニット gp120-MN(B-SI) +GP120-CM244(E-NSI)	III	Vax Gen	1999
コンビネーション (Vector prime+subunit boost) canarypox-env, gag-pr, nef.pol	II	Aventis	1996
リコンビナントベクター rBCG-E-V3, gag, pol rワクシニア-DIs-E gag, pol DNA-E-gag	前臨床	タイエイズワクチンプロジェクト	1998
治療用 gp120除去不活化ウイルス粒子	II	REMUNE	1996

クトは、約30年前から続いているタイ国 NIH 支援プロジェクトをベースにして、6年前から JICA AIDS プロジェクトが進められている。同プロジェクトはタイ北部パヤオ県における HIV 公衆衛生プロジェクトと、NIH の HIV 診断・検査プロジェクトによって構成されている。タイ AIDS ワクチン開発研究プロジェクトは、日本の国立感染症研究所および科学技術庁・科学技術振興事業団と、タイ保健省 (医科学局)、マヒドン大学、チェンマイ大学、チュラロンコン大学の AIDS 研究者などとの共同研究で、1998年3月にスタートし、5年間の予定になっている。このプロジェクトの目的はタイで伝播している HIV ウイルスに対する有効なワクチン開発が可能かどうかを検討し、その効果が期待できれば臨床試行の可能性を検討することであり、日本に近い東南アジアおよび東アジアで急速に伝播している HIV ウイルスの感染地域の中心がタイにあることによる。HIV ウイルスは多様性に富んでおり、各地域で伝播しているウイルスを標的にしたワクチン開発が必須であることから、本プロジェクトは1) 生物学的エピトープの解析, 2) 細胞性免疫の解析, 3) 液性免疫能の解析, 4) ワクチンの設計と構築, 5) 小動物による評価, 6) サルモデルによる評価, の6つのサブプロジェクトよりなる。

この共同研究のもとにタイのウイルス野生株を解析することを含めてワクチンの開発研究を進めている。このプロジェクトの基本となるワクチンは BCG やワクシニア DIs 株を用いた組換え型のワクチンであり、そのアイディアは BCG やワクシニアがヒトに用いられている細菌性、ウイルス性ワクチンでありワクチン開発に有用な情報が既に蓄積されていることによる。さらに、製造実験設備が世界的規模で充実しており、安価で安定したワクチンを供給できることにある。しかしながら、現在抱えている HIV ワクチン開発の問題点はこのプロジェクトの問題点でもあり、その主なものとして1) ウイルスに対する免疫誘導の指標がい

まだに明確でない, 2) ウイルスの変異の解析が不十分で、対応策が明確でない, 3) 動物モデルの開発が不十分であることなどが挙げられる。HIV ワクチン開発は弱毒 HIV 生ワクチンの効果や長期未発症者の存在やこれまでのワクチン開発研究から可能であり、数年前から世界的規模でワクチン開発研究が行われておりその成果が得られつつある。タイ AIDS ワクチン研究開発プロジェクトでは今年4年目に入り上記のベクターをベースにしたものに DNA を加えて HIV 候補ワクチンが作製され、そのサルによる評価が行われている。現在、ワクシニア DIs 株を用いた HIV 候補ワクチンのサル/AIDS モデルでの防御効果が明らかになっており、rBCG ワクチンの防御能の評価が検討されつつある。今後、タイ野生株に効果的に防御免疫誘導を起こすことが期待できるワクチンレジメンの開発および検討を行い、これらの成果をもとにして臨床試行の可能性を議論する予定である。最近、DNA ワクチンで免疫し、ワクシニア MVA-HIV ワクチンでブースターをかけることにより、サル/AIDS モデルで防御能の誘導が報告されており、これらの成果と比較検討しながら、ワクチン開発の可能性を議論する時期になっている。

国立感染症研究所

エイズ研究センター第一研究グループ 本多三男

<情報>

日本赤十字血液センターにおける NAT (Nucleic Acids Amplification test: 核酸増幅検査) の現状

1997年に明らかな輸血後 HIV 感染が報告され、輸血された血液は HIV 抗体および p24 抗原が陰性であり、NAT のみが陽性であったため、NAT の導入が急がれた。血清学的検査の window period (WP) は HBV, HCV, HIV 各々平均59日, 82日, 22日である。一方、NAT の WP は平均34日, 23日, 11日であるので、ウイルスの種類によって10日～2カ月短縮できることになる (表1)。

現在、日本赤十字社血液センターは安全な血液、血液製剤の供給のために、北海道、東京、京都の3カ所のセンターですべての献血血液について血清学的検査と NAT を実施し、陰性の血液のみを使用することとなった。NAT は血漿分画製剤の原料血漿については

表1. Window Periodの比較

	抗原/抗体検査	NAT (個別測定)
HBV	平均59日	約34日
	(37-87日)	
HCV	平均82日	約23日
	(54-192日)	
HIV	平均22日	約11日
	(6-38日)	

表2. NATのみで陽性となった検体数

期間	プールサイズ	検査数	HBV	HCV	HIV	合計
1999.7-2000.1	500本	214万検体	19	8	0	27
2000.2-2001.2	50本	593万検体	100	19	4	123

1997年11月から、輸血用血液の赤血球および新鮮凍結血漿については1999年7月から、血小板製剤については2000年8月から実施している。当日採血された血液は従来どおりの血清学的検査を行い、その後、夕方から夜中にかけていずれかのNATセンターに送られ、血清学的検査が陰性の検体をプール（現在は50本）した後、HBV、HCV、HIVについてNATを実施し、結果は翌朝までに血液センターに報告される。陽性の検体はプール前の個々の検体を再検査し、陽性検体を選び出す。その後、さらにHBV、HCV、HIVのいずれのウイルスによるものかを検査する。検体の抜きとりから結果までは自動化され、データのやりとりはコンピューター化されているが、24時間体制の気の遠くなるような作業である。今年は雪が多く、輸送が困難な日もあったが職員が手持ちで運ぶなどして対応したため、現場が支障を来すほどの遅れはなかった。

献血血液は1999年7月～2000年1月までは500本プールで214万検体が実施され、HBV 19件、HCV 8件の陽性例が見つかった。2000年2月からはプールサイズが50本に変更になった。2001年2月までに593万検体でNATが実施され、HBVが100件、HCVが19件、HIVが4件、合計123件が陽性であった（表2）。

プールサイズが小さくなったことにより、より多くのNATのみが陽性の検体が確認されている。NATを始めてからの陽性例が150件あり、これらは輸血に使われずに済んだことになる。なお、2000年の献血者数は約588万人で、HIV抗体陽性は64件、NATのみ陽性は3件であった。内訳は男性63例、女性4例であり、圧倒的に男性が多い。20代が28例、30代が26例であった。関東地方が44例、関西が10例で首都圏を中心に検出されている。なお、HBVおよびHCVの血清学的検査の陽性率はHBs抗原が約0.2%、HBe抗体が約2.2%、HCV抗体が約0.4%であった。

国立感染症研究所

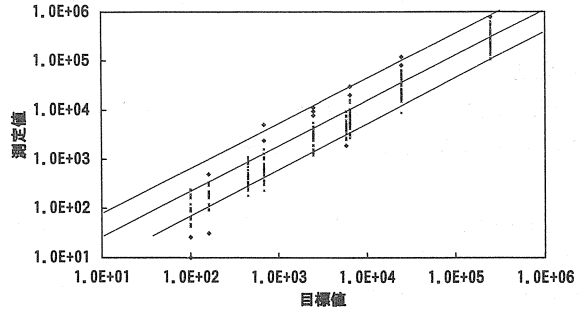
エイズ研究センター第2室 吉原なみ子

<情報>

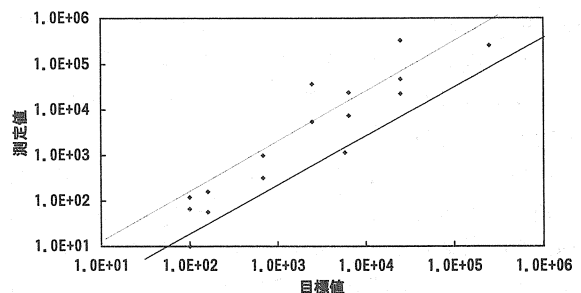
HIV 定量用キット（アンプリコアHIV-1 モニター v1.5）の精度管理全国調査

HIV 定量キットのアンプリコア HIV-1 モニター v1.5 を用いて、標準法・高感度法のコントロールサーベイおよびアンケート調査を実施し、問題点を把握し、改善をおこなった。全国で当該キットを使用している全40施設を対象にした。標準法は37施設、高感度法は28施設、そのうち、両方法を採用している施設は25施設

コントロールサーベイ結果



コントロールサーベイ・再測定の結果



設であった。配布パネル血清は標準法用が5検体、高感度法用が6検体であり、それぞれに陰性および濃度の違った陽性（サブタイプBおよびE）で構成されていた。目標値の1/3～3倍を超えた施設（図中◆で表示）が標準法で6施設、高感度法で7施設あった。それらの施設に対して、パネル血清を再送付し、手技・測定手順の確認によって、標準法と高感度法でそれぞれ3施設が改善された。主に手技上の問題点が多く、遠心後やエタノール洗浄後の長時間放置や洗浄操作の問題また規格外の使用チューブの使用、サーマルサイクラーや自動洗浄器など機器のメンテナンス不備などが指摘された。なお、9施設に計算ミスが見つかったが図中は訂正後の数値を示した。対応としては計算ファイルを配布することにより改善された。

コントロールサーベイの結果から次のことがわかった。

- 1) アンプリコア HIV-1 モニター v1.5は従来品 v1.0と同様の精度であり、サブタイプ E も同様の精度であることが確認された。
- 2) 高感度法では測定値が理論値よりも低くなるものが多く、RNA の回収不良と考えられる。
- 3) 測定値のばらつきを抑えるために望まれることは技術者のトレーニング強化や問題点を把握・改善するための詳細なマニュアルの作成、および機器の定期的なメンテナンスである。
- 4) 測定値の逸脱と経験年数や測定回数、頻度との関連性は見られなかった。
- 5) 今回測定値に問題のあったケースは、キット添付のコントロール値や QS（既知量の定量標準RNA）

の OD の値からは問題点は見つからない。したがって添付のコントロール以外の参照品を適時測定、および定期的な精度管理調査が有効である。

国立感染症研究所
エイズ研究センター第2室 吉原なみ子 福嶋浩一

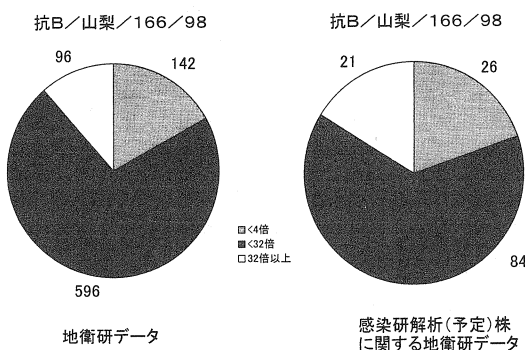
<速報>

2000/01シーズンの B 型インフルエンザウイルス：
B/Victoria 系統のウイルス分離

2000/01シーズンのインフルエンザの流行は、昨シーズンに比べて立ち上がりが遅く、また、その規模も昨年の約4分の1程度であった。今シーズンは現時点で A/ソ連(H1)型 1,001株、A/香港(H3)型 292株、B型 834株が分離されており、A/ソ連型ウイルスと B 型ウイルスが流行の主流であった。本稿においては2シーズンぶりに流行した B 型ウイルスの解析結果について途中経過を報告する。

B 型インフルエンザウイルスには、B/Yamagata (山形)/16/88 で代表される山形系統と B/Victoria/2/87 で代表される Victoria 系統が併存している。今シーズン日本で分離された B 型ウイルス株の大部分は山形系統に属するものであった。分離株の初期抗原解析を国立感染症研究所(感染研)から配付した山形系統のワクチン株である B/Yamanashi(山梨)/166/98 株に対するフェレット感染抗血清を用いて、全国の地方衛生研究所で実施した結果、分離株の大半は B/山梨株とは抗原性が異なっていることが分かった(図1)。感染研呼吸器系ウイルス室では、抗原性の異なる各グループの中から約18%に相当する数のウイルス株について、表1(次ページ)に示した10種類のフェレット標準抗血清を用いて、詳細な抗原分析を行った。表1に現時点までに解析が終わっている分離株の HI 価の一部を示す。B/山梨類似株は少なく、分離株の大半は B/Sichuan(四川)類似株であり、これらが今シーズンの流行の主流であったことが示された。しかし、いずれの抗血清に対しても低い反応性しか示さない株も徐々に増えつつある傾向が見られた。一方、南半球や欧米における流行の主流も B/四川類似株であった

図1. 2000/2001シーズン国内分離株(B)



ことから、WHO による 2001/02シーズンの B 型インフルエンザワクチンには B/四川類似株が推奨された。

一方、山形系統とは抗原的にも遺伝的にも別系統になる Victoria 類似株は、東アジア地域で少数ではあるが分離されつづけている。わが国においては、昨シーズンは Victoria 系統の株が全く分離されなかったが、2001年になって堺および秋田で分離された3株 [B/Sakai(堺)/8/2001, B/Akita(秋田)/5/2001, B/Akita(秋田)/8/2001] がこの系統に属することが確認された。これら3株は最近作製した B/Shangdong(山東)/7/97 (Victoria 系統の標準株) に対するフェレット抗血清には反応せず(表1)、HA 遺伝子解析によって同定された(図2)。これら分離株の系統樹解析では、いずれも B/山東/7/97 とは別の分枝を形成していることが示された。一方、最近香港から入手した情報によれば、2001年に入って当地でも4株の B/山東/7/97類似株が分離されている。我々は、これらのうち解析された3株の HA 遺伝子配列データを入手して、日本の上記分離株との関連性を比較したところ、1株 [B/Hong Kong(香港)/22/2001] が B/秋田/5/2001および B/堺/8/2001と近縁であることを確認した(図2)。香港においても我々の場合と同様に、フェレットで作製した抗 B/山東/7/97 抗血清では同定できず、山羊で作製した高度免疫血清で初めて同定されたことや、遺伝的にも変化していることなどから、今年になって日本で分離された株は B/山東/7/97か (10ページにつづく)

図2

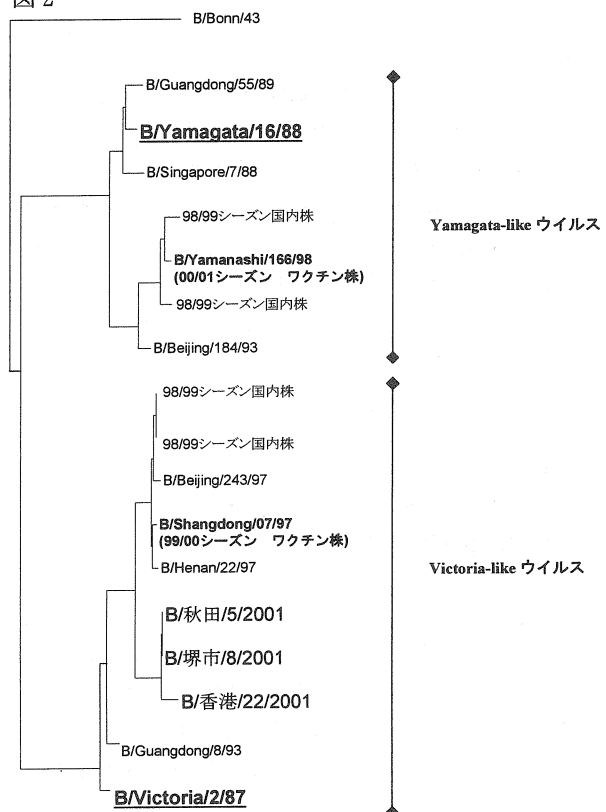


表1. 2000/2001シーズンに分離されたB型インフルエンザウイルスの抗原解析

HI試験結果

試験日: 2001/1/26-2001/4/06

REF.Ag	継代歴	HI試験日	検体採取日	YAMA16698	SIC37999	JOH599	VIC504	GUAN120	HAR794	BEI184	SHIZU480	SHIZU15	SHAN0797
B/YAMANASHI/166/98	E4 +3	2001/2/23		640	320	640	320	80		320	160		<10
B/SICHUAN/379/99	E5 +2	2001/2/23		160	160	320	160		80	160	160		<10
B/JOHANNESBURG/5/99	E7 +2	2001/2/23		160	160	640	320		160	160	160		<10
B/VICTORIA/504/2000	E12 +2	2001/2/23		320	320	640	320		320	160	320		<10
B/GUANGDONG/120/2000	E5 +1	2001/3/23		160	160	320	320	320		160	320		<10
B/HARBIN/07/94	E7 +2	2001/2/23		160	80	160	80		640	160	160		<10
B/BEIJING/184/93	E5 +2	2001/2/23		160	80	160	80		320	160	80		<10
B/SHIZUOKA/480/2000	E1 +4	2001/2/23		40	40	160	80		80	40	160		<10
B/静岡/15/2001	E2 +1	2001/4/6		20	40	80	160	80		10	40	320	<10
B/SHANGDONG/07/97	E4 +3	2001/2/23		<10	<10	<10	<10		<10	<10	<10		160
試験株													
B/広島/12/2001	MDCK 1 +1	2001/2/23	2001/1/19	160	160	640	320		320	160	320		<10
B/富山/1/2001	MDCK 1 +1	2001/3/23	2001/1/29	160	40	160	80	40		80	40		<10
Yamanashi-like 2													
B/奈良/2/2000	MDCK +1	2001/2/23	2000/12/27	20	320	640	320		80	40	160		<10
B/横浜/1/2001	MDCK 1 +1	2001/2/23	2001/1/22	80	320	320	320		40	80	320		<10
B/静岡/31/2001	MDCK 1 +1	2001/2/23	2001/1/23	80	320	320	320		80	40	320		<10
B/広島/16/2001	MDCK 1 +1	2001/3/23	2001/2/8	80	320	640	320	160		40	320		<10
B/鹿児島/9/2001	CaCo 1 +MDCK 1	2001/4/6	2001/2/15	80	160	320	320	80		80	160	640	<10
B/長崎/1/2000	MDCK 1 +1	2001/3/6	2000/12/20	20	80	160	80		40	40	80		<10
B/長崎/2/2000	MDCK 1 +1	2001/3/6	2000/12/21	20	80	160	80		40	40	80		<10
B/埼玉/1/2001	MDCK 2 +1	2001/3/23	2001/1/5	20	80	160	160	80		20	40		<10
B/長崎/2/2001	MDCK 1 +1	2001/3/6	2001/1/11	20	80	160	80		40	40	80		<10
B/徳島/2/2001	MDCK 2 +1	2001/3/16	2001/1/19	20	80	160	80		80	20	160		<10
B/広島/22/2001	MDCK 1 +1	2001/3/23	2001/2/14	20	80	160	160	80		20	80		<10
B/鹿児島/7/2001	MDCK 1 +1	2001/3/23	2001/2/19	20	80	160	320	80		20	160		<10
B/静岡/15/2001	MDCK 1 +1	2001/3/6	2001/1/17	20	40	80	40		40	10	40		<10
B/静岡/15/2001	E2 +1	2001/3/6	2001/1/17	20	40	80	40		20	20	80		<10
B/福岡市/6/2001	MDCK 1 +1	2001/3/6	2001/1/17	20	40	80	40		20	10	40		<10
B/福岡市/4/2001	MDCK 1 +1	2001/3/6	2001/1/17	10	40	80	40		20	10	40		<10
B/広島/12/2001	E1 +1	2001/2/23	2001/1/19	40	40	160	80		80	40	80		<10
B/静岡/25/2001	MDCK 1 +1	2001/3/6	2001/1/22	20	40	160	40		20	20	40		<10
B/堺/3/2001	MDCK 2 +1	2001/3/16	2001/1/22	20	40	160	40		40	20	80		<10
B/徳島/6/2001	MDCK 2 +1	2001/3/16	2001/1/29	20	40	160	40		20	10	40		<10
B/札幌/1/2001	MDCK 1 +1	2001/3/16	2001/1/30	20	40	320	80		10	20	80		<10
B/福岡市/13/2001	MDCK 1 +1	2001/3/16	2001/2/5	20	40	80	40		20	10	40		<10
B/福岡市/18/2001	MDCK 1 +1	2001/3/16	2001/2/5	20	40	160	40		20	10	40		<10
B/愛媛/2/2001	MDCK 2 +1	2001/3/23	2001/2/5	20	40	160	160	80		20	80		<10
B/大阪/533/2001	MDCK 2 +1	2001/3/23	2001/2/22	20	40	80	160	80		20	40		<10
B/岩手/1012/2001	CaCo-2 +MDCK1	2001/3/23	2001/2/26	20	40	80	160	80		10	40		<10
B/千葉市/21/2001	MDCK 3 +1	2001/4/6	2001/2/28	20	40	160	320	80		20	80	640	<10
B/福井/14/2001	MDCK 1 +1	2001/3/23	2001/3/2	20	40	160	160	80		10	40		<10
B/名古屋/7/2001	MDCK 2 +1	2001/4/6	2001/3/4	20	40	160	320	80		10	80	640	<10
Sichuan-like viruses 72													
B/静岡/719/2000	MDCK 1 +1	2001/1/26	2000/12/6	10	20	80	40		20	20	40		<10
B/奈良/1/2001	MDCK +2	2001/3/16	2001/1/11	10	20	80	20		10	<10	20		<10
B/和歌山/2083/2001	MDCK +1	2001/2/2	2001/1/16	10	20	40	20		20	<10	20		<10
B/静岡/19/2001	MDCK 1 +1	2001/3/6	2001/1/17	20	20	160	40		40	20	80		<10
B/福岡市/5/2001	MDCK 1 +1	2001/3/6	2001/1/19	20	20	80	40		20	10	40		<10
B/静岡/25/2001	E2 +1	2001/3/6	2001/1/22	20	20	40	40		20	10	20		<10
B/千葉市/1/2001	MDCK 2 +1	2001/3/16	2001/1/22	20	20	80	40		20	10	40		<10
B/鹿児島/2/2001	MDCK 1 +1	2001/3/16	2001/1/29	10	20	80	20		20	<10	20		<10
B/東京/15/2001	MDCK 1 +1	2001/3/23	2001/1/29	10	20	80	160	80		10	40		<10
B/三重/1/2001	MDCK 1 +1	2001/3/16	2001/1/30	20	20	160	80		40	20	80		<10
B/大阪/182/2001	MDCK 2 +1	2001/3/16	2001/1/31	20	20	80	40		20	<10	40		<10
B/静岡/59/2001	MDCK 1 +1	2001/3/16	2001/2/1	10	20	80	40		20	10	40		<10
B/東京/32/2001	MDCK 1 +1	2001/3/23	2001/2/6	10	20	40	160	40		10	40		<10
B/鹿児島/8/2001	MDCK 1 +1	2001/3/23	2001/2/20	10	20	80	160	80		10	40		<10
B/石川/312/2001	MDCK 1 +1	2001/3/16	2001/2/21	10	20	80	20		20	10	20		<10
B/福岡市/27/2001	MDCK 1 +1	2001/4/6	2001/2/19	10	10	80	40	40		10	40	320	<10
Low reactive 22													
B/堺/8/2001	MDCK 2 +1	2001/3/23	2001/2/9	<10	<10	<10	<10	<10		<10	10		<10
B/秋田/5/2001	MDCK 1 +1	2001/3/23	2001/2/26	<10	<10	<10	<10	<10		<10	10		<10
B/秋田/8/2001	MDCK 1 +1	2001/3/23	2001/2/28	<10	<10	<10	<10	<10		<10	10		<10
Victoria-like 3													

らさらに変化している可能性が考えられる。現時点では、Victoria 系統のウイルス分離数は少ないが、今後、これらウイルスの動向にも注視する必要がある。

本稿に記載したサーベイランスは、全国都道府県、政令指定都市衛生研究所の協力のもとに行われた。改めて、謝意を表したい。

国立感染症研究所ウイルス第1部

呼吸器系ウイルス室

小田切孝人 西藤岳彦 斉藤利憲

板村繁之 渡辺真治 今井正樹

堺市衛生研究所 前田章子 田中智之

秋田県衛生科学研究所

斉藤博之 原田誠三郎 佐藤宏康

<速報>

麻疹の流行——高知県

高知県では2000年4月より麻疹の流行が始まり、2001年4月現在、依然として高い水準で患者発生が続いている(図)。この1年間の患者発生の報告数は、1地点当たり68.4人(2000年15週～2001年14週まで集計、全国は15.5人)であり、全国的にも最大規模で推移している。

この間当所には、感染症発生動向調査定点医療機関よりウイルス分離材料として、咽頭ぬぐい液(咽頭うがい液を含む)71、髄液5が持ち込まれた。このうち咽頭ぬぐい液から44株の麻疹ウイルスを分離した(分離率62%)。麻疹ウイルスの分離同定にはB95a細胞を使用した。

流行初期の分離株5株について、国立感染症研究所麻疹室に遺伝子型分類を依頼した結果、4株はD5タイプ、1株はD3タイプであった。D3タイプの株が分離された患者は、東京で罹患し帰省していた女子大生であったことから、高知県の今回の流行株はD5タイプと考えられる。

2000年5月～12月にかけて、定点医療機関等の協力で患者438名について調査した結果、推定感染場所は、保育園・学校(14%)、家族内感染(13%)、医療機関(7%)の順であった。

年齢別では、好発年齢(1歳～5歳)のみならず、年長児、中高生、成人にも発生が見られている。

また、予防接種は患者の9割が受けておらず、受けたことのある1割(20名)のうち45%(9名)が10～34歳であった。県下の平均予防接種率は、他県と同様70%前後と低迷しており、麻疹の流行は中途半端に抑制されている。今回の流行は1997年に小流行があった以来3年ぶりの流行で、非流行期におけるワクチン非接種者および抗体減衰等による麻疹ウイルス感受性者の蓄積が大きな要因であると考えられる。

今後の流行抑制のためには、ワクチン接種率の向上が不可欠と考えられる。

我々は今後、県民と一体となり、進んで予防接種を受けられる環境づくりのため努力したいと考えている。

高知県衛生研究所

千屋誠造 永安聖二 刈谷陽子 宮地洋雄

小松照子 山脇忠幸 上岡英和

<速報>

アデノウイルス7型の分離状況——新潟県

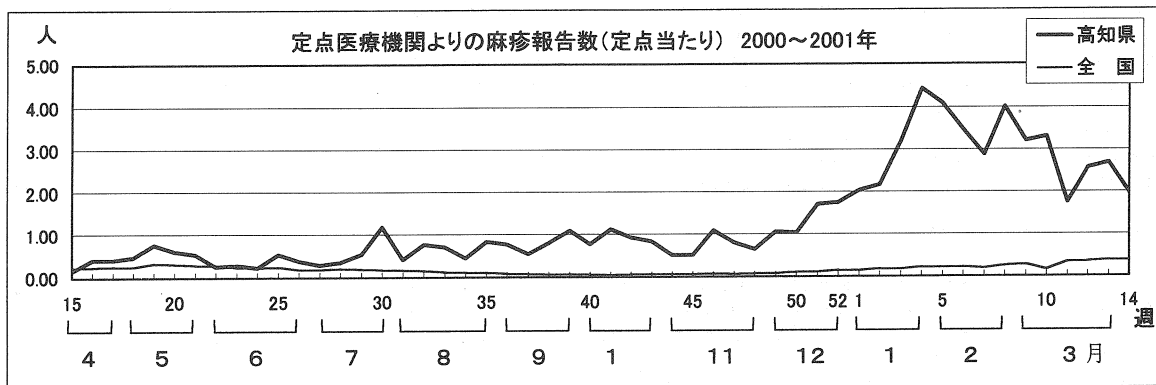
2000年11月～2001年3月にかけて、ほぼ新潟県下全域から散発的にアデノウイルス7型(Ad7)が分離された(表)。

患者の内訳はインフルエンザ20名、咽頭結膜熱6名、扁桃炎・咽頭炎3名、感染性胃腸炎1名およびその他2名で、検体は咽頭ぬぐい液30件、便2件であった。患者の年齢は1歳～15歳(平均4.8歳)で、性別は男14名、女18名であった。

ウイルスはHEp-2細胞(分離率100%)、HeLa細胞(同78%)、CaCo-2細胞(同75%)でよく分離され、同定にはデンカ生研の抗血清を用いて中和反応により同定した。

表 アデノウイルス7型分離状況(2001年4月20日現在)

診断名	2000年		2001年										計
	47週	3週	4週	5週	6週	7週	8週	9週	10週	11週			
インフルエンザ		3	2	7	2		6						20
咽頭結膜熱					1			2	1	2			6
咽頭炎・扁桃炎	1				1					1			3
感染性胃腸炎							1						1
その他							1	1					2
計	1	3	2	7	4	2	7	2	2	2	2	2	32



新潟県における Ad7 の分離は、1997年に 5 株、1998 年に 4 株、1999年に 2 株分離されたのみで、1999年 6 月以来分離されていない。また、1995年以降全国的に Ad7 による重症例・死亡例が報告されていることから、今後の動向に注意したい。

新潟県保健環境科学研究所

新井礼子 渡邊香奈子 西川 眞 篠川 旦

<情報>

麻疹ワクチン接種後 15 日目に分離された麻疹ウイルス：野生株かワクチン株かの遺伝子学的鑑別—広島県

症例は広島県 F 市に在住の 1 歳 11 カ月齢の女児で、2000 (平成 12) 年 6 月 18 日に市内の小児科を受診した。受診時の症状は、発熱 (39°C) および麻疹様の発疹を呈し、口腔内にコプリック斑を認めたことから、臨床的に麻疹と診断された。なお患児は 2000 年 6 月 7 日に麻疹生ワクチン (ビケン CAM Lot: ME11) の接種を受けていた。この患者から 6 月 22 日に採取された咽頭ぬぐい液について、広島県保健環境センターにおいてウイルス検査を実施したところ、B95a 細胞で細胞融合を示す CPE が認められ、ウイルス分離が確認された。分離ウイルスは中和試験および蛍光抗体法にて麻疹ウイルスと同定された。これまでの報告で、麻疹ワクチン接種後 2 週間以内に発熱や発疹を認めた症例においては、その原因が接種ワクチンの副反応に原因する場合と、流行している野生株の感染によるものの両方があることが示されている (1-3)。今回の症例も、発症 11 日前に麻疹生ワクチンの接種を受けていたことから、分離ウイルス株について遺伝子学的鑑別を実施した。

方法は、今回の症例から分離されたウイルス株 (F00-37041 株) からウイルス RNA を抽出し、山口ら (3) の報告したプライマー・ペア (MH3 および MH4) を用いた RT-PCR 法により麻疹ウイルスの H 遺伝子の 836~1,212 番目までの塩基、377bp を増幅した。この増幅遺伝子断片について、ダイレクトシーケンス

法により塩基配列を決定し、GenBank に登録されている接種ワクチン株 (CAM 株) のそれと比較した (accession No.U03649)。その結果、両ウイルス株間の遺伝子には 13 カ所の塩基の相違が認められ、また塩基配列をアミノ酸に翻訳したもので比較すると、4 カ所の相違が認められた (表)。

以上の結果から、F00-37041 株は接種ワクチン由来のものではなく、野外流行ウイルス株であると推定された。

文 献

1. Kobune, F. et al.: Characterization of measles viruses isolated after measles vaccination. Vaccine, 13, 370-372, 1995
2. 庵原俊昭ら：麻疹ワクチン接種後 2 週間以内に発熱を認めた症例の検討, 臨床とウイルス 22, 276-280, 1994
3. 山口真也ら：施設内流行における麻疹ウイルス野生株とワクチン株との遺伝子学的鑑別, 臨床とウイルス 22, 271-275, 1994

広島県保健環境センター

高尾信一 福田伸治 島津幸枝

野田雅博 徳本静代

国立福山病院 石田喬士

<情報>

九州地区における臨床由来 A 群溶血性レンサ球菌の検出状況 (2000 年)

九州地区では 1986 年から佐賀県、沖縄県、大分県の 3 地方衛生研究所 (地研) の共同調査として、A 群溶血性レンサ球菌咽頭炎が疑われる患者より A 群溶血性レンサ球菌 (溶連菌) の分離を行い、その血清型別 (T 型別) を実施している。

調査を行っている 3 県の 2000 年の 1 定点当たり患者数は 49.5 人で、全国の 53.1 人に比べるとやや少ないが、これは佐賀県と沖縄県では全国的な傾向と同様に流行がみられたが、例年定点当たり患者報告数の多い大分県では 1999 年に流行があり、2000 年は減少したことが影響している (表 1)。九州 3 地研における 2000 年の分離状況は、A 群溶連菌 497 株で、その内訳は佐賀県 100 株、沖縄県 130 株、大分県 267 株であった。月別では 5~6 月と晩秋~冬季にかけて多く分離された。

血清型別では、T12 が 32% と最も多く、次いで T1 が 19% と多く分離され、その他はすべて 10% 以下で

表 1 患者報告数 (一定点当り)

	1999年	2000年
全国	109,548 (39.9)	157,978 (53.1)
3県計	4,741 (51.5)	4,606 (49.5)
佐賀県	1,017 (44.2)	1,232 (53.6)
大分県	3,320 (92.2)	2,455 (68.2)
沖縄県	404 (12.2)	919 (27.0)

※1999年1~12週は、以後の定点数増加に換算

表 麻疹ウイルスワクチン株と分離株の H 遺伝子における塩基およびアミノ酸の相違

位置	塩基置換 (アミノ酸置換)	
	CAM株	F00-37041株
塩基 (アミノ酸)		
861 (287)	T (Cys)	C (Cys)
873 (291)	G (Leu)	A (Leu)
886 (296)	C (Leu)	T (Phe)
897 (299)	T (Leu)	C (Leu)
904 (302)	G (Gly)	A (Arg)
936 (312)	A (Gly)	G (Gly)
1012 (338)	T (Ser)	C (Pro)
1015 (339)	T (Leu)	C (Leu)
1041 (347)	C (Arg)	T (Arg)
1113 (371)	A (Arg)	G (Arg)
1149 (383)	A (Glu)	G (Gln)
1159 (387)	A (Lys)	C (Glu)
1164 (389)	T (Glu)	C (Glu)

図1.九州地区のT型別(2000年)

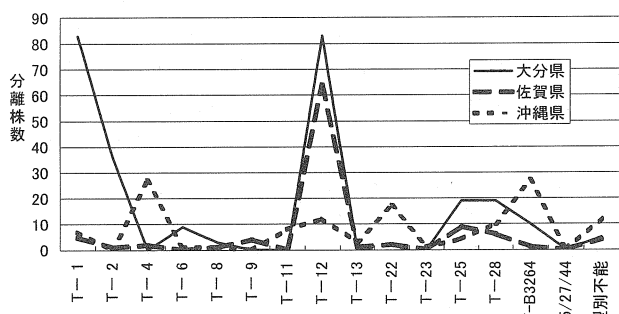
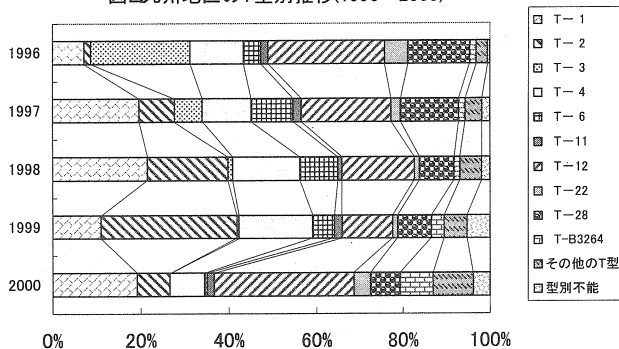


図2九州地区のT型別推移(1996~2000)



あった。前年との比較では、T2が4分の1以下(7.4%)に、T4が2分の1(7.8%)に減少したのに対し、T12が2.8倍に急増、T1が1.7倍に増加した。

各地研の分離状況では、佐賀県はT12が64%と前年の3.6倍に急増し大流行の兆候を呈した。沖縄県はTB3264とT4が各々21%で高く、TB3264とT22(13%)の増加率が高かった。また型別不能株が多い傾向にあるが、今年は約3分の1(9.2%)に減少した。大分県は、T1とT12が各々31%で約3倍に急増し、T2が前年の3分の1(14%)に、T4が5分の1(3.4%)に減少し衰退の傾向を示した。佐賀県と大分県では一部似た傾向にあるが、沖縄県は異なった傾向を示している(図1)。

過去5年間の九州3県の分離状況では、T1, T2, T4, T12, T28が比較的多く分離され主流を占めていた。

近年ではT12が1996年以来減少傾向にあったが、2000年には急増している。また、その他のT型・型別不能が増加している。T2は1999年まで年々増加していたが、2000年には急減した(図2)。

大分県衛生環境研究センター

阿部義昭 緒方喜久代 淵 祐一 帆足喜久雄
佐賀県衛生研究所 諸石早苗
沖縄県衛生環境研究所 久高 潤

<情報>

小児咽頭ぬぐい液由来A群溶血性レンサ球菌のT型の年次推移における地域の特徴——秋田県

我々は、秋田県県北地区の1定点観測病院(小児科)において1996年6月~1998年12月までに咽頭ぬぐい液から分離されたA群溶血性レンサ球菌(溶連菌)のT型の年次推移について検討し、当該病院周辺の比較的限局された地域において、異なるT型の溶連菌が継時的に流行していた事実を本月報(Vol. 20, No. 2, p. 37, 1999)に報告した。今回は、県北地区の同定点病院において1998年4月~2001年3月までに小児科咽頭ぬぐい液から分離されたA群溶連菌460株、および本荘・由利地区の定点病院において1999年1月~2001年3月までに小児科咽頭ぬぐい液から分離されたA群溶連菌314株、計774株のT型別成績について報告する。

図1に小児科咽頭由来溶連菌の月別分離数を定点病院ごとの積み上げグラフで示した。1998年12月~1999年7月の流行は、1996年以降県内における最大規模の流行であった。また、同流行期においては特に県北定点病院で溶連菌の分離株数が多かった。その後、1999年10月~2000年5月の流行、そして2000年10月に開始した最新の流行にかけて、分離株数が示す流行の規模は漸減した。その傾向は特に県北定点において顕著であり、一方、本荘・由利定点においては年次ごとの流行規模に顕著な減少傾向はみられなかった。

図1 小児の咽頭由来溶連菌月別分離株数(県北、本荘・由利定点)

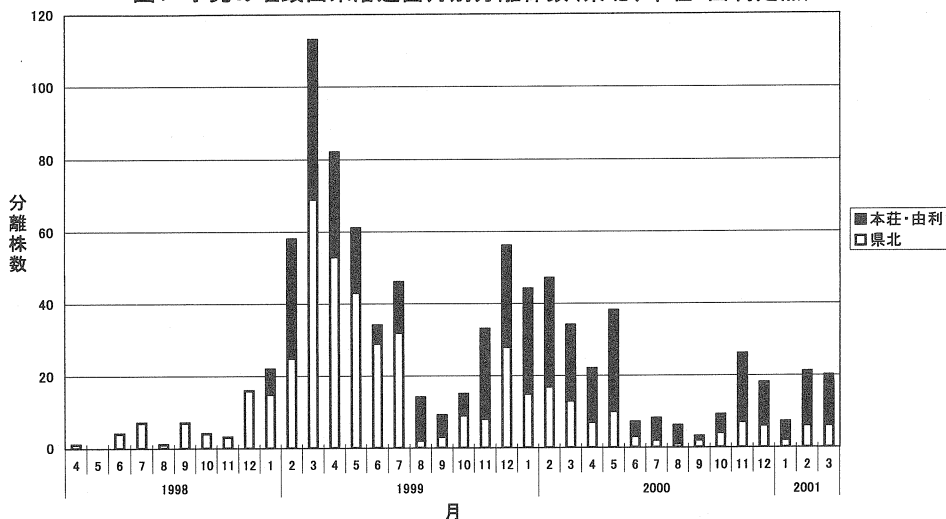


図2 小児の咽頭由来溶連菌T型年次推移(県北定点:1998-2000)

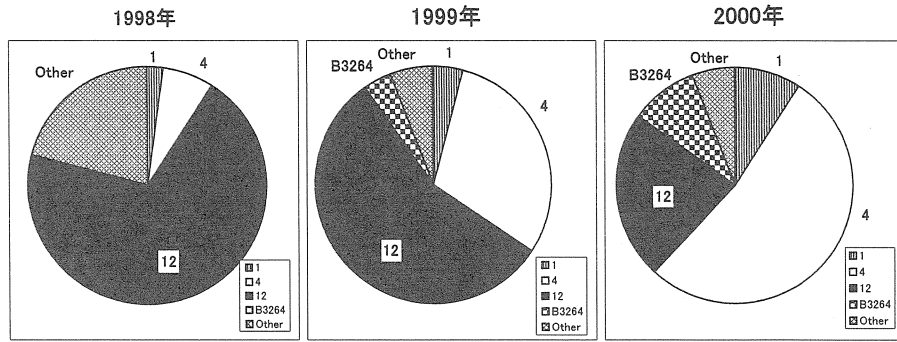


図3 小児の咽頭由来溶連菌T型年次推移(本荘・由利定点:1999-2000)

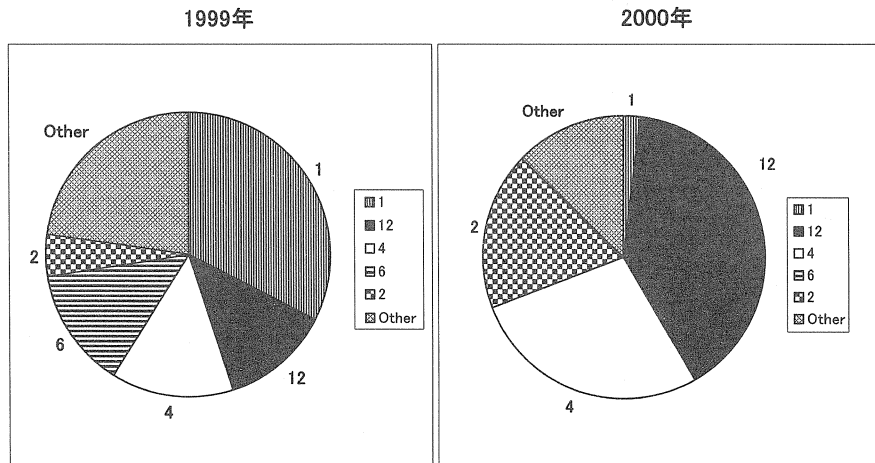


図2に県北定点, 図3に本荘・由利定点において分離された溶連菌のT型の年次推移を示した。県北定点では1998年の主流菌型であったT12の分離頻度が2000年にかけて顕著に減少した。これに対して, T4の分離頻度が1998~2000年にかけて増加し, 2000年には分離株の50%以上を占め, 主流菌型となるに至った。また, TB3264とT1の分離頻度もやや増加する傾向がみられた。一方, 本荘・由利定点では1999年に分離頻度が最も高かったT1, およびT4, T12とほぼ同頻度で分離されていたT6が2000年にはほとんど分離されなくなり, これらに替わってT4とT12の分離頻度が顕著に増加した。また, T2の分離頻度も増加する傾向がみられた。

以上のように, 溶連菌の流行規模は同一県内であっても地域ごとに異なる傾向にあることが明らかになった。また, 主流菌型, およびその年次推移が地域ごとに異なることも明らかになった。現在, 県内のさらに異なる地域の定点病院で分離された溶連菌を収集してT型別を実施しており, 今後, 県内における溶連菌の流行状況に関するより詳細なデータが得られると考えられる。

秋田県衛生科学研究所
八柳 潤 齊藤志保子 伊藤 功

<情報>

Salmonella Isangi 集団食中毒事例——熊本市

概要: 2000 (平成12) 年8月1日, 市内の医療機関から「食中毒症状を呈している家族4名を診察した。」との旨, 市保健所に届け出があった。調査を開始したところ, 他に2家族6名の患者がいることが判明し, これら3家族の共通食が7月30日に市内の惣菜店から購入した惣菜セットのみだったことから, 市保健所は同店が原因の集団食中毒と断定した。その後の調査で, 患者数は67名にのぼり, その中にはこの店の他の惣菜セットや7月31日の製品を喫食した者もいた。これらの主な症状は下痢, 腹痛, 発熱 (平均38.7℃) などで, 平均潜伏期間は28.5時間であった。また発病率は84% (67/80名) であった。

結果および考察: 同店は, 惣菜の組み合わせによる3種類の惣菜セットを販売していた。各セットの中身は10種類前後の惣菜で, セットによっては共通の惣菜が盛られていた。初発3家族の聞き取り調査から, これら惣菜セットの中で, 4種類の惣菜 (だし巻き卵・オムレット・唐揚げ・照焼チキン) が原因食品として疑われた。7月30日の製品は残っておらず, 8月1日製造品の中のこれら4種類の惣菜の細菌検査を実施したところ, 4検体すべてから *Salmonella* Isangi (以下

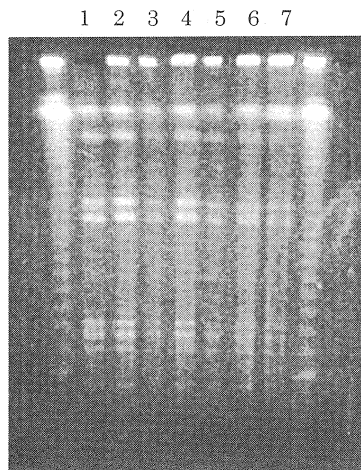


図1 PFGE泳動像 (BlnI)

- レーン 1 だし巻き卵
 2 唐揚げ
 3 照り焼きチキン
 4 オムレツ
 5 患者A
 6 患者B
 7 調理従事者

SI) が検出された。しかし、調理場ふきとり・食材(鶏卵・味付け卵)からは、SIは検出されなかった。

4 検体の惣菜からSIが検出されたが、各惣菜は丸い容器の中で仕切りはあるものの接触していたために、容器内で汚染しあった可能性も考えられた。

一方、患者17名・調理従事者5名の検便を実施したところ、患者5名・調理従事者1名からSIが検出された。他に医療機関から患者便由来株6検体が持ち込まれ、SIと同定された。

分離株16株の薬剤感受性試験をセンシディスク(BBL)を用いて実施したところ、ほぼ同一の結果を示した。MINOは中間(I)、NAは中間(I)から感受性(S)、その他の薬剤(ABPC、CEZ、CTX、CMZ、AZT、GM、OFLX、CP、FOM、ST)は感受性(S)であった。

また、パルスフィールド・ゲル電気泳動法を実施したところ、同一のパターンを示した(図1 BlnI泳動像)。

本菌による集団食中毒例は非常に珍しいことから、食品がどのような経路で汚染を受けたのか調査を実施したが、原因の特定は出来なかった。

本報によればSIは、国内において例年数株の報告はあるものの(1999年報告ではヒト由来分離株6,315株中SIは2株)、比較的にまれな血清型である。また1993～1999年までの過去7年間、集団食中毒の発生も報告されていない。

熊本市環境総合研究所

丸住美都里 新屋拓郎 松岡由美子 藤井幸三
 熊本市保健所生活衛生課食品衛生第一係

—訂正のお願い—

Vol. 21, No. 8, p. 4 掲載の「1999年夏季に沖縄県八重山地域で多発したレプトスピラ症」本文15行目～20行目の記載を下記のように訂正下さい。

誤：陽性検体の血清型別は、kremastos 7例、grippotyphosa 5例、pyrogenes 1例、hebdomadis 1例で、1例については未同定である。今回の検査で多く同定された kremastos や grippotyphosa, pyrogenes は、本邦では沖縄県以外でのヒトからの報告はなく本県特有の血清型である。

正：陽性検体の血清型別は、hebdomadis 7例、grippotyphosa 5例、pyrogenes 1例、kremastos 1例で、1例については未同定である。今回の検査で菌の分離された血清型のうち grippotyphosa や pyrogenes は、本邦では沖縄県以外でのヒトからの報告はなく本県特有の血清型である。

<外国情報>

HIV/AIDSサーベイランス——欧州

AIDS疫学的モニタリングヨーロッパセンター(Euro HIV programme)は、WHOヨーロッパ地域51カ国から報告されたAIDSおよびHIV感染新規診断数についての2000年6月末までの結果、および1993～99年の献血者のHIV陽性率を発表した(Eurosurveillance Weekly, No. 10, 2001)。

1. AIDS症例数およびHIV感染新規診断数

効果の高い抗ウイルス薬療法(HAART)の普及している国もあり、HIV感染新規診断数はAIDS報告数よりHIV感染拡大の現状をより反映している。しかし、HIV感染新規診断数は、HIV検査や報告のやり方に依存しており、特に、HIV感染が大きな問題となっている西ヨーロッパ諸国でのやり方が不完全である点に注意して解釈する必要がある。

西ヨーロッパ諸国(EU 15カ国およびアイスランド、スイスなど計23カ国)：1999年における西ヨーロッパのAIDS報告数は、人口100万人当たり25で、中央および東ヨーロッパより約8倍多い。AIDS報告数は1996年より減少し始め、減少幅は小さくなっているものの2000年も減少が継続している(前年比：1997年32%減、1998年23%減、1999年12%減)。AIDSによる死亡数も同様に減少し(前年比：1997年35%減、1998年35%減、1999年17%減)、1996年に導入されたHAART療法の効果と考えられる。AIDS報告数は、ポルトガル以外の西ヨーロッパ諸国で減少している。1996～99年の減少率を感染経路別に見ると、同性/両性間性的接触の男性の28%、静注麻薬使用(IDU)の26%に対し、異性間性的接触では13%と減少幅が小さい。

HIV感染新規診断数は、1993年(人口100万人当たり52)から1996年(人口100万人当たり44)の間に減

少ししたものの、その後停滞している (1999年は人口100万人当たり42)。しかし、HIV 感染新規診断数については、イタリア、スペインでは一部地域からの報告に限られており、フランスからの報告はない。また、スペイン、ポルトガルでは報告年が限られているなど、制約が大きいことを考慮する必要がある。ヨーロッパ全体の同性/両性間性的接触の男性での HIV 感染新規診断数の94%は、西ヨーロッパ諸国から報告されたものである。IDU での報告数は1996~99年の間に減少しているが、データが少なく解釈は困難である。データの整っている8カ国では、異性間性的接触による感染者の58% (英国では71%) は高蔓延国からの人々である。予防策により西ヨーロッパ諸国での母子感染は減少している。

中央ヨーロッパ諸国 (ハンガリー、ポーランド、トルコなど13カ国) : 1999年における AIDS 報告数は人口100万人当たり3.5, HIV 感染新規診断数は人口100万人当たり7.3にとどまっている。小児 HIV 感染例 (13歳以下) は1997~2000年の HIV 感染新規診断数の29%であり、ほとんどはルーマニアからの報告である。IDU での報告数は増加が見られず、多くはポーランドからの報告である。

東ヨーロッパ諸国 (ロシアなど15カ国) : 1999年における HIV 感染新規診断数は人口100万人当たり104と、西ヨーロッパ諸国での2倍以上、中央ヨーロッパ諸国での14倍であった。HIV 感染新規診断数は、1995年以降ヨーロッパの他地域で安定しているにもかかわらず、東ヨーロッパ諸国では増加している。1998~99年の間に HIV 感染新規診断数は倍増し、ロシアで著しい (410%増)。これは、モスクワを含む新地域への感染拡大によるところが大きい。これに対して AIDS 報告数は少ない (人口100万人当たり2.4)。IDU は HIV 感染新規診断数の62%を占めており、報告数は1998~99年の間に60%増加し、2000年前半で既に1999年の報告数を上回った。異性間性的接触による報告数も IDU に比べて少ないものの、1996~99年に145%増加している。

2. 献血者における HIV 陽性率

ヨーロッパでの献血での HIV 抗体スクリーニングは、検査が可能になってから早期に実施されている。献血者における陽性率は繰り返し献血者では低く、定期的に献血する人達のプールを確保するのが重要である。

西ヨーロッパ : 1999年における20カ国1,800万人の献血者での陽性率は、人口10万人当たり1.6であり、6カ国での0からイタリア4.8, スペイン4.9, ギリシャ6.4までばらつきがある。EU 8カ国を含む10カ国では、新規献血者を区分して集計しており、新規献血者の陽性率 (人口10万人当たり4.8) は、繰り返し献血者 (人口10万人当たり0.8) の6倍である。

中央ヨーロッパ : 1999年の11カ国での陽性率は人

口10万当たり2.5で、3カ国での0からアルバニア5.5 (ただし1例のみ), ルーマニア5.8, ユーゴスラビア7.2までばらつきがある。6カ国で集計されている新規献血者での陽性率 (人口10万当たり14.3) は、繰り返し献血者 (人口10万当たり0.8) より高い。

東ヨーロッパ : 1999年における10カ国での陽性率は、人口10万当たり15.5であり、アルメニアでの0からグルジア20, ウクライナ64までばらつきがある。検査試薬の不足などで、1999年にアゼルバイジャンで19%, グルジアで38%が HIV 検査を行われておらず、アルメニアでは新規献血者に限って検査が実施されていた。全数検査が必要であり、ウクライナなど陽性率の高い国では献血者の選別が急がれる。

3. まとめ

西ヨーロッパ諸国では、HIV 感染が1980年代に同性/両性間性的接触の男性および IDU に急速に広がり、すでに蔓延状況にある。HAART 療法によると思われる AIDS 報告数の減少は、その速度をゆるめている。また、フランス、イギリスでの淋病の増加を踏まえると、感染リスクの高い性行為の増加が懸念される。このような増加の一部は HAART 療法の影響によると思われる。母子感染は予防策により激減し、感染例の多くは HIV 高蔓延地域出身の母親からの出生である。西ヨーロッパでの HIV 感染新規診断数の大部分は異性間性的接触によるものであり、ことに高蔓延国からの移民において割合が高い。これら移民における効果的な HIV 予防策のため、特徴的な疫学情報があればそれを得る必要がある。

中央ヨーロッパ諸国の多くでは、HIV 感染の拡大は防がれているが、今後ともどの分野での予防が必要か観察を継続していく必要がある。

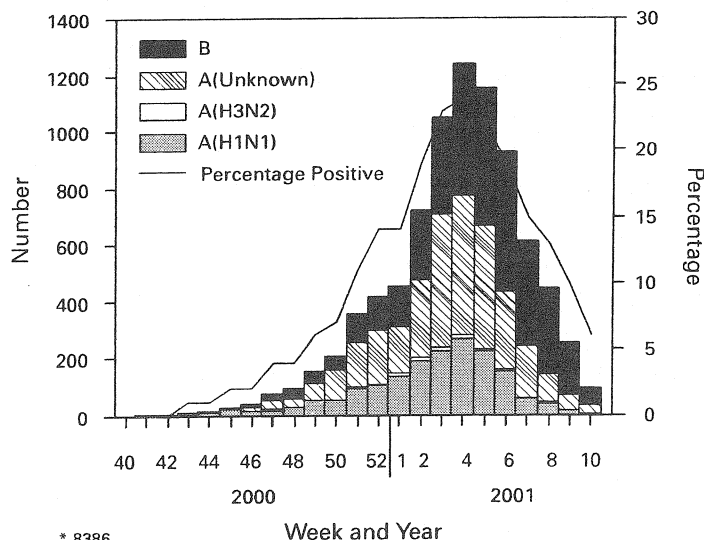
東ヨーロッパ諸国は広域で地域差が大きい。ラトビア、ロシア、ウクライナは HIV 感染の急増に直面しており、キルギスタン、ウズベキスタンからの報告は少ない。ウクライナにおける献血者 HIV 陽性率の急増は、この国での流行状況を反映している。東ヨーロッパ諸国における HIV 感染の増加は、この地域での若年者・青年における静注麻薬使用の増加と相関している。梅毒の集団発生からすると、静注麻薬による HIV 感染拡大は、性行為による拡大に繋がると予想される。東ヨーロッパ諸国における HIV 感染予防対策が急務である。

(HIV/AIDS Surveillance in Europe Mid-year report 2000, No. 63: http://www.ceses.org/AidsSurv/rapport_n63_2000/rapport63eng.htm)

2000/01シーズンのインフルエンザの状況——米国

米国で2000年10月1日~2001年3月10日までに患者から採取された64,840検体中、8,386検体 (13%) がインフルエンザウイルス陽性であった。そのうち、A型インフルエンザウイルス陽性が4,885検体 (58%), B

FIGURE 1. Number* and percentage of respiratory specimens testing positive for influenza reported by World Health Organization and National Respiratory and Enteric Virus Surveillance System collaborating laboratories, by week and year — United States, 2000–01 season



* 8386.

型インフルエンザウイルス陽性が3,501検体（42%）であった。A型インフルエンザウイルスのうち1,826株がサブタイプ分類され、1,746株（96%）がA(H1N1)型、80株（4%）がA(H3N2)型であった。

A(H1N1)型259株の抗原性が検討され、246株（95%）がA/New Caledonia/20/99類似株、残り13株（5%）がA/Bayern/07/95類似株であった。なお、A/New Caledonia/20/99株を含む2000/01シーズン用ワクチンは、A/Bayern/07/95株と交差反応性を示し高い抗体産生を促す。A(H3N2)型の16株すべてはA/Panama/2007/99類似株であった。B型161株の抗原性については、29株（18%）がB/Beijing(北京)/184/93株に類似、132株（82%）がB/Sichuan(四川)/379/99株に類似していた。なお、B/Sichuan(四川)株は、ワクチン株であるB/Beijing(北京)株と交差反応性を示す。

定点医療機関受診者におけるインフルエンザ様疾患患者比率は、2001年第4週に4.1%でピークを迎え、第10週現在1.6%まで減少した。一方、州保健局からの報告によると、インフルエンザの活動性は2001年の第5～6週にピークを迎えていた。2001年第10週現在、死亡原因の8.0%が肺炎とインフルエンザによるもので、同時期の流行を示す閾値8.7%を下回っていた。2000年10月1日～2001年第10週現在に至るまで、この指標がその時期の流行の閾値を超えることはなかった。

以上、2000/01シーズンのインフルエンザの活動性はおだやかなものであり、最近の3シーズンと比較し低いものであった。

(CDC, MMWR, 50, No. 11, 207-209, 2001)

海外旅行中の狂犬病への暴露——ドイツ

Epidemiologisches Bulletinによれば、2人のドイツ人がトルコ、イラン、パキスタン、インド、ネパ

ルへの旅行中に狂犬病に暴露されたことで、帰国後の2001年1月25日にチュービンゲンの病院を訪れた。2人は、2000年11月に狂犬病予防接種を完了しており、受診時に狂犬病予防の追加接種を受けた。2人は旅行途上の2000年12月22日にネパールで2カ月の犬を買った。犬は1月16日にイランのイスファハンで狂犬病予防接種を受けたが、その後に凶暴になり、1月21日に1人が咬まれた。もう1人は犬の唾液が手の傷に触れていた。この犬のワクチン接種歴はワクチン証明に記録されているが、ワクチンの詳細は不明である。犬はさらに凶暴になったため殺処分し、ドイツでは違法であるが遺体を持ち帰った。この犬の剖検により狂犬病が確認された。

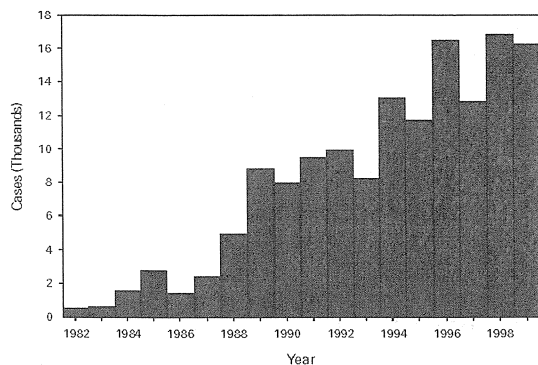
ほとんどの狂犬病症例は犬からの感染であり、熱帯地域に1カ月滞在して狂犬病罹患リスクのある動物に咬まれる率は、500～1,000人に1人である。南、東南アジアからの報告が最多であり、ネパールでも罹患率が高く野犬も多い。近年東ヨーロッパ諸国からの報告が多く、トルコにおいても犬の狂犬病が時々報告されている。

(Eurosurveillance Weekly, No. 11, 2001)

ライム病, 1999年——米国

媒介動物による感染症としては米国で最も多いライム病について、1999年に米国CDCへ報告された情報がまとめられた。1999年の報告数16,273例（人口10万人当たり6.0）は1998年に比べると減少しているが、1990年代初期よりも多い。米国北東部、東部諸州、北部中央からの報告がほとんどで、コネティカット州（人口10万人当たり98.0）、ロードアイランド州（同55.1）、ニューヨーク州（同24.2）、ペンシルベニア州（同23.2）、デラウェア州（同22.2）、ニュージャージー州（同21.1）、メリーランド州（同17.4）、マサチューセッツ州（同

FIGURE 1. Number of reported cases of Lyme disease, by year — United States, 1982-1999



12.7), ウィスコンシン州 (同9.3) の9州で全報告数の92%を占めていた。年齢分布をみると、15歳未満(25%)と45~59歳(23%)が全報告数の約半数を占めていた。また、大きな男女差は認められなかった。発症月別では、6月(29%)と7月(29%)に全報告数の半数以上が見られた。

(CDC, MMWR, 50, No. 10, 181-185, 2001)

学童へのBCG定期接種の再開——英国

英国ではBCGワクチンの不足により1999年9月から学童への定期接種を中断していたが、厚生大臣はこのほど再開する旨を通達した。学童へのBCG定期接種が中断していた間も、結核感染のリスクのある者へのBCGワクチンは確保され、また、結核有病率が全国平均より高いロンドンでは、2000年の秋から学童への定期接種が再開されていた。学童へのBCG定期接種を再開するにあたっては、BCG定期接種を受けずに今夏卒業を予定している学童を優先する考えである。2001年度新学期から、BCG接種を受けていない学童を対象にしたキャッチアップキャンペーンを開始し、2002年度新学期より定期接種を再開する予定である。

(CDSC, CDR, 11, No.13, 2001)

(担当: 感染研・小松崎, 中瀬, 藤井,
大山, 木村)

<薬剤耐性菌情報>

国内

IMP-1型メタロ-β-ラクタマーゼを産生する肺炎桿菌

IMP-1型メタロ-β-ラクタマーゼを産生するセラチアや緑膿菌が内外で関心事となっている(1, 2, 3)。今回、IMP-1を産生する肺炎桿菌が慢性骨髄単球性白血病の患者より分離され報告された(4)。これまでに、IMP-1産生肺炎桿菌は、国内やシンガポールで報告されていたが、国内分離株で患者背景も含めて詳しく報告されたのは今回が初めてである。

今回、IMP-1型メタロ-β-ラクタマーゼ産生肺炎桿菌が分離された患者は59歳の男性で、慢性骨髄単球

性白血病と診断された。発熱症状を呈した際に咽頭、鼻腔、喀痰などからメチシリン耐性黄色ブドウ球菌(MRSA)とともに肺炎桿菌、エンテロバクターなどの各種のグラム陰性桿菌が分離され、バンコマイシン、アルベカシン、イミペネム、セフトジジムなどが投与された。その後、肛門びらん部より多剤耐性の肺炎桿菌のみが分離されるようになった。この株は、各種の広域セフェム薬やセファマイシンに広範な耐性を示したが、イミペネムには感受性と判定された。AmpC型セファロスポリナーゼの過剰産生株との鑑別のため2-メルカプトプロピオン酸を用いた試験が行われ、メタロ-β-ラクタマーゼ産生菌であることが示唆された。そこで、PCR解析が行われ、本株は、IMP-1型メタロ-β-ラクタマーゼ産生菌であることが判明した。

IMP-1を産生する肺炎桿菌は、まだ稀であるが、その遺伝子は、伝達性の巨大プラスミドにより媒介されていることが多く、分離頻度の高いセラチアや緑膿菌から接合伝達により、メタロ-β-ラクタマーゼ遺伝子が近縁のグラム陰性桿菌に拡散することが懸念されており、今後、肺炎桿菌や大腸菌などにおいてもメタロ-β-ラクタマーゼ産生菌の増加に注意する必要がある。

参考文献

1. E. Osano, et al., Antimicrob. Agents Chemother. 38: 71-78, 1994
2. G. Cornaglia, et al., Lancet 353 (9156): 899-900, 1999
3. Y. Hirakata, et al., Antimicrob. Agents Chemother. 42: 2006-2011, 1998
4. 野々部 透他, 日本臨床微生物学雑誌 11: 20-25, 2001

国外

リネゾリドに耐性を示すバンコマイシン耐性腸球菌の報告

バンコマイシン耐性腸球菌(VRE)やメチシリン耐性黄色ブドウ球菌(MRSA)など有効な抗菌薬が乏しいグラム陽性球菌による感染症に効果が期待される新規の合成抗菌薬としてLinezolid(Zyvox)が開発され、2000年4月に米国食品医薬品局(FDA)により認可された。わが国でも、バンコマイシン耐性*Enterococcus faecium*による感染症の治療薬として、2001年4月に輸入承認され、6月以降に販売が予定されている。

今回、*E. faecium*でEtestによるリネゾリドのMIC値が3μg/mlの中等度耐性株1株と、24~64μg/mlの耐性株4株が5名の患者から分離され報告された。いずれの症例もリネゾリドが21~40日間投与されていた(1)。

これまで、試験管レベルで人工的に作製したリネゾリド耐性株の解析から、その標的である23S rRNAの領域Vの中心ループのG2032A変異が耐性獲得に

強く影響しており、さらに G2447U 変異も耐性に関与していることが示されている(2, 3)。

今回、臨床分離された 5 株の耐性機序については解析中であるが、遺伝子の変異や獲得を伴わない適応現象による「phenotypic variant」か、それとも 23S rRNA の変異株なのか、あるいはそれ以外の新規耐性機序によるものか詳しい解析が待たれる。

参考文献

1. D.G. Ronald, et al., Lancet 357:1179, 2001
2. P. Kloss, et al., J. Mol. Biol. 294:93-101, 1999
3. L. Xiong, et al., J. Bacteriol. 182:5325-5331, 2000

米国で尿路から分離された多剤耐性大腸菌の分離率

大腸菌は、尿路感染症の起原菌としてしばしば分離される代表的な菌種である。大腸菌では、現在、アンピシリンなどのペニシリンやセファロチンなどの初期のセファロスポリンに耐性を獲得した株が多い。また、ESBL を産生し、オキシミノ β -ラクタム薬に耐性を獲得した株も最近欧米で増加している(1)が、セファマイシン、カルバペネムなどの広域 β -ラクタム薬、アミノ配糖体、フルオロキノロン薬などには一般的な良好な感受性を残している。

今回、米国において、2000年1月～12月にかけて尿路より分離された 38,835 株の大腸菌臨床分離株について、アンピシリン、セファロチン、シプロフロキサシン、ニトロフラントイン、ST 合剤に対する薬剤感受性が調査された(2)。

その結果、3 剤以上に耐性を獲得した多剤耐性株の割合は、38,835 中 2,763 株 (7.1%) を占めた。2,763 株の 98% はアンピシリン耐性、93% は ST 合剤耐性、87% はセファロチン耐性、39% はシプロフロキサシン耐性、7.7% がニトロフラントイン耐性を示した。耐性パターンごとと比較した場合、2,763 株中の 1,600 株 (58%) はアンピシリン、セファロチン、ST 合剤の 3 剤に耐性を示し、この耐性パターンが最も高い頻度を示した。

男女の比較では、多剤耐性大腸菌は、男で 10%、女で 6.6% と男で分離率が高く、また、年齢別では 65 歳以上では 8.7%、18～65 歳では 6.1%、17 歳以下では 6.8% であった。さらに、入院患者では 7.6% と外来患者の 6.9% を上回った。

地域別では、中部北西地域では 4.3% であったのに対し、中部南西地域では 9.2% と 2 倍以上高い分離率を示した。

米国ではわが国と比べ ST 合剤やニトロフラントインが投与される機会が多く、これらに対する耐性率が高くなる背景と考えられる。また、フルオロキノロン(ニューキノロン)薬の一つであるシプロフロキサシ

ンに耐性を獲得した株が全分離株の 2.8% を占めるなど、今後の動向に注意する必要がある。

参考文献

1. G. Saurina, et al., J. Antimicrob. Chemother. 45:895-898, 2000
2. F. Daniel, et al., Antimicrob. Agents Chemother. 45:1402-1406, 2001
[担当: 感染研・土井, 柴田, 荒川(宣), 渡辺]

一訂正のお詫びとお願い

Vol. 22, No. 4, p. 14 掲載の薬剤耐性菌情報の記載に誤記がありましたので訂正いたします。

- 1) 「肺炎球菌のマクロライド耐性機序」参考文献 6 誤 J. Clin. Microbiol. 39:820-822, 2000
正 J. Clin. Microbiol. 38:1731-1734, 2000
- 2) 「カルバペネム耐性肺炎桿菌から発見された新しいクラス A β ラクタマーゼ KPC-1」の本文 5 行目 誤 肺炎球菌
正 肺炎桿菌

<情報>

日本の AIDS 患者・HIV 感染者の状況

(平成13年1月1日～3月25日)

厚生労働省健康局疾病対策課
平成13年4月24日

エイズ動向委員会柳川委員長コメント(要旨)

1. 今回の報告期間は平成13年1月1日～3月25日までの約3カ月であり、患者数は法定報告62件(前回39件)、任意報告1件(前回3件)、感染者数は129件(前回87件)である。

* 前回は(平成12年10月30日～12月31日までの約2カ月)

2. 今回の報告では、感染経路別に見ると、HIV 感染者においては同性間性的接触によるものが72件、AIDS 患者においては異性間性的接触によるものが27件と、それぞれ最も多く、これは前回と同様の傾向と言える。

年齢別では前回同様、患者・感染者ともに各年齢層に分布しているものの、感染者では20代～30代、患者では30代以上が占める割合が高い。

3. 今回から四半期ごとに保健所における HIV 抗体検査・相談受付実施件数を集計する。平成13年第1四半期における検査件数は11,488件、相談件数は25,406件であり、今後の四半期ごとの推移に注目していきたい(平成12年1年間における検査件数は48,620件、相談件数は107,256件)。

感染症法に基づくエイズ患者・感染者情報(平成13年1月1日～3月25日)

法定報告分

1-1. 性別・感染経路別HIV感染者数

	男性	女性	合計
異性間の性的接触	31 (3)	9 (2)	40 (5)
同性間の性的接触*	72 (5)	- (-)	72 (5)
静注薬物濫用	1 (-)	- (-)	1 (-)
母子感染	- (-)	- (-)	- (-)
その他**	2 (-)	2 (1)	4 (1)
不明	10 (5)	2 (2)	12 (7)
合計	116 (13)	13 (5)	129 (18)

()内は外国人再掲数

*両性間性的接触を含む

**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

1-2. 性別・感染経路別AIDS患者数

	男性	女性	合計
異性間の性的接触	22 (2)	5 (4)	27 (6)
同性間の性的接触*	18 (1)	- (-)	18 (1)
静注薬物濫用	- (-)	- (-)	- (-)
母子感染	- (-)	- (-)	- (-)
その他**	- (-)	1 (-)	1 (-)
不明	13 (9)	3 (2)	16 (11)
合計	53 (12)	9 (6)	62 (18)

()内は外国人再掲数

2-1. 性別・年齢別HIV感染者数

	男性	女性	合計
10歳未満	- (-)	- (-)	- (-)
10～19歳	- (-)	- (-)	- (-)
20～29歳	44 (4)	4 (3)	48 (7)
30～39歳	42 (8)	5 (2)	47 (10)
40～49歳	14 (1)	2 (-)	16 (1)
50歳以上	16 (-)	2 (-)	18 (-)
不明	- (-)	- (-)	- (-)
合計	116 (13)	13 (5)	129 (18)

()内は外国人再掲数

2-2. 性別・年齢別AIDS患者数

	男性	女性	合計
10歳未満	- (-)	- (-)	- (-)
10～19歳	- (-)	- (-)	- (-)
20～29歳	4 (2)	1 (1)	5 (3)
30～39歳	14 (4)	6 (5)	20 (9)
40～49歳	20 (5)	2 (-)	22 (5)
50歳以上	15 (1)	- (-)	15 (1)
不明	- (-)	- (-)	- (-)
合計	53 (12)	9 (6)	62 (18)

()内は外国人再掲数

3-1. 性別・感染地域別HIV感染者数

	男性	女性	合計
国内	93 (8)	5 (-)	98 (8)
海外	6 (1)	5 (2)	11 (3)
不明	17 (4)	3 (3)	20 (7)
合計	116 (13)	13 (5)	129 (18)

()内は外国人再掲数

3-2. 性別・感染地域別AIDS患者数

	男性	女性	合計
国内	34 (-)	4 (2)	38 (2)
海外	7 (4)	2 (2)	9 (6)
不明	12 (8)	3 (2)	15 (10)
合計	53 (12)	9 (6)	62 (18)

()内は外国人再掲数

日本のHIV感染者およびAIDS患者の国籍別、性別、感染経路別報告数の累計(平成13年3月25日現在)

法定報告分

1. HIV感染者の届出状況

(単位:件)

	男性	女性	合計
異性間の性的接触	950 (173)	852 (567)	1,802 (740)
同性間の性的接触*	1,191 (117)	- (-)	1,191 (117)
静注薬物濫用	23 (15)	1 (1)	24 (16)
母子感染	12 (2)	13 (7)	25 (9)
その他**	45 (13)	31 (9)	76 (22)
不明	431 (191)	461 (432)	892 (623)
小計	2,652 (511)	1,358 (1,016)	4,010 (1,527)
凝固因子製剤***	1,415 (...)	17 (...)	1,432 (...)
感染者合計	4,067 (511)	1,375 (1,016)	5,442 (1,527)

()内は外国人再掲数

* 両性間性的接触を含む

** 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

*** 凝固因子製剤による感染者数は、1998年5月末現在における「HIV感染者発症予防・治療に関する研究班」からの最終報告数である。

2. AIDS患者の届出状況

(単位:件)

	男性	女性	合計
異性間の性的接触	747 (123)	159 (90)	906 (213)
同性間の性的接触*	449 (49)	- (-)	449 (49)
静注薬物濫用	15 (10)	- (-)	15 (10)
母子感染	9 (1)	5 (2)	14 (3)
その他**	29 (8)	16 (7)	45 (15)
不明	431 (157)	102 (74)	533 (231)
小計	1,680 (348)	282 (173)	1,962 (521)
凝固因子製剤***	634 (...)	8 (...)	642 (...)
患者合計	2,314 (348)	290 (173)	2,604 (521)

()内は外国人再掲数

3. 累積死亡者数

1,214名(平成13年3月31日現在)

上記死亡者数には「HIV感染者発症予防・治療に関する研究班」からの累積死亡報告数502名が含まれる

HIV感染者およびAIDS患者の都道府県別累積報告状況

都道府県	HIV感染者 報告数	AIDS患者 % 報告数	ブロック別	
			% HIV感染者 報告数	AIDS患者 報告数
北海道	31 (1)	0.8	30 (0)	1.5
青森県	7 (1)	0.2	7 (0)	0.4
岩手県	5 (0)	0.1	7 (0)	0.4
宮城県	16 (0)	0.4	15 (0)	0.8
秋田県	6 (2)	0.1	4 (0)	0.2
山形県	5 (0)	0.1	6 (0)	0.3
福島県	22 (3)	0.5	10 (0)	0.5
茨城県	336 (2)	8.4	144 (4)	7.3
栃木県	91 (4)	2.3	66 (2)	3.4
群馬県	66 (0)	1.6	44 (3)	2.2
埼玉県	176 (0)	4.4	106 (1)	5.4
千葉県	301 (3)	7.5	175 (7)	8.9
東京都	1,479 (64)	36.9	614 (20)	31.3
神奈川県	338 (12)	8.4	170 (8)	8.7
新潟県	40 (0)	1.0	22 (0)	1.1
山梨県	54 (0)	1.3	17 (1)	0.9
長野県	170 (1)	4.2	56 (0)	2.9
富山県	10 (0)	0.2	6 (0)	0.3
石川県	3 (0)	0.1	4 (0)	0.2
福井県	18 (3)	0.4	8 (0)	0.4
岐阜県	20 (0)	0.5	22 (0)	1.1
静岡県	93 (4)	2.3	60 (3)	3.1
愛知県	126 (4)	3.1	66 (2)	3.4
三重県	55 (3)	1.4	24 (0)	1.2
滋賀県	9 (0)	0.2	8 (1)	0.4
京都府	47 (3)	1.2	25 (1)	1.3
大阪府	236 (7)	5.9	92 (1)	4.7
兵庫県	51 (6)	1.3	30 (0)	1.5
奈良県	24 (2)	0.6	7 (0)	0.4
和歌山県	10 (0)	0.2	11 (1)	0.6

法定報告分

都道府県	HIV感染者 報告数	AIDS患者 % 報告数	ブロック別	
			% HIV感染者 報告数	AIDS患者 報告数
鳥取県	2 (0)	0.0	1 (0)	0.1
島根県	4 (0)	0.1	1 (0)	0.1
岡山県	5 (0)	0.1	5 (1)	0.3
広島県	20 (1)	0.5	8 (0)	0.4
山口県	6 (0)	0.1	6 (1)	0.3
徳島県	2 (0)	0.0	2 (0)	0.1
香川県	7 (0)	0.2	1 (0)	0.1
愛媛県	11 (1)	0.3	8 (0)	0.4
高知県	8 (0)	0.2	3 (0)	0.2
福岡県	51 (1)	1.3	24 (2)	1.2
佐賀県	1 (0)	0.0	1 (0)	0.1
長崎県	10 (0)	0.2	6 (0)	0.3
熊本県	9 (0)	0.2	8 (1)	0.4
大分県	2 (0)	0.0	4 (0)	0.2
宮崎県	2 (0)	0.0	2 (1)	0.1
鹿児島県	11 (0)	0.3	8 (0)	0.4
沖縄県	14 (1)	0.3	18 (1)	0.9
計	4,010 (129)	1,962 (62)	4,010	1,962

(平成13年3月25日現在)

1. 凝固因子製剤による患者・感染者は除く
2. ()内は今回報告件数(平成13年1月1日～3月25日分)である
3. 昨年3月末までは、患者・感染者の居住地を管轄する都道府県知事からの報告であったが、昨年4月以降は保健所を経由した報告となったため、保健所を管轄する都道府県知事からの報告である

(参考) エイズ予防法施行後のHIV感染者およびAIDS患者の性別、年齢別、感染地域別報告数
(凝固因子製剤による感染を除く)

法定報告分

年齢	男				女				計			
	国内	海外	不明	計	国内	海外	不明	計	国内	海外	不明	計
10歳未満	11 (9)	2 (-)	- (-)	13 (9)	8 (2)	4 (3)	1 (-)	13 (5)	19 (11)	6 (3)	1 (-)	26 (14)
10～19歳	12 (-)	- (-)	4 (-)	16 (-)	18 (2)	43 (-)	34 (1)	95 (3)	30 (2)	43 (-)	38 (1)	111 (3)
20～29歳	560 (85)	121 (66)	122 (50)	803 (201)	176 (17)	297 (37)	402 (45)	875 (99)	736 (102)	418 (103)	524 (95)	1678 (300)
30～39歳	500 (209)	201 (155)	173 (119)	874 (483)	81 (21)	55 (43)	115 (35)	251 (99)	581 (230)	256 (198)	288 (154)	1125 (582)
40～49歳	310 (244)	110 (119)	86 (115)	506 (478)	25 (11)	12 (12)	10 (10)	47 (33)	335 (255)	122 (131)	96 (125)	553 (511)
50歳以上	227 (271)	67 (100)	74 (99)	368 (470)	45 (26)	1 (1)	3 (8)	49 (35)	272 (297)	68 (101)	77 (107)	417 (505)
不明	- (-)	1 (-)	2 (-)	3 (-)	- (-)	4 (-)	1 (-)	5 (-)	- (-)	5 (-)	3 (-)	8 (-)
合計	1620 (818)	502 (440)	461 (383)	2583 (1641)	353 (79)	416 (96)	566 (99)	1335 (274)	1973 (897)	918 (536)	1027 (482)	3918 (1915)

()内はエイズ患者数

(参考) 献血件数およびHIV抗体陽性件数

(厚生労働省医薬局血液対策課)

年	献血件数 (検査実施数)	陽性件数 ()内女性	10万件 当たり	年	献血件数 (検査実施数)	陽性件数 ()内女性	10万件 当たり
1987年 (昭和62年)	8,217,340 件	11 (1)	0.134 件	1995年 (平成7年)	6,298,706	46 (9)	0.730 件
1988年 (昭和63年)	7,974,147	9 (1)	0.113	1996年 (平成8年)	6,039,394	46 (5)	0.762
1989年 (平成元年)	7,876,682	13 (1)	0.165	1997年 (平成9年)	5,998,760	54 (5)	0.900
1990年 (平成2年)	7,743,475	26 (6)	0.336	1998年 (平成10年)	6,137,378	56 (4)	0.912
1991年 (平成3年)	8,071,937	29 (4)	0.359	1999年 (平成11年)	6,139,205	63 (6)	1.026
1992年 (平成4年)	7,710,693	34 (7)	0.441	2000年 (平成12年)	5,877,971	67 (4)	1.140
1993年 (平成5年)	7,205,514	35 (5)	0.486	2001年 (平成13年1月～3月)	1,389,700 (速報値)	14 (0)	1.007
1994年 (平成6年)	6,610,484 件	36 (5)	0.545				

(注)・昭和61年は、年中途から実施したことなどから、3,146,940 件、うち陽性件数11件(女性0)となっている

・平成13年の陽性件数には、NAT検査のみ陽性の1件が含まれる。

・抗体検査陽性の献血血液は、焼却されており、使用されていない

<病原細菌検出状況・2001年4月26日現在報告数>

検体採取月別、由来ヒト(地研・保健所)その1

(2001年4月26日現在累計)

	99	99	99	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	01	01	01	合計
	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	
Enteroinvasive <i>E. coli</i> (EIEC)	2	4	-	-	-	-	-	-	1	-	2	-	-	-	-	8	-	-	17
Enterotoxigenic <i>E. coli</i> (ETEC)	8	68	-	1	2	9	-	14	18	36	24	4	8	3	2	1	-	2	200
Enteropathogenic <i>E. coli</i> (EPEC)	5	1	9	1	3	3	-	5	6	4	2	13	63	-	2	4	46	4	171
Verotoxin-producing <i>E. coli</i> (EHEC/VTEC)	2	-	-	-	-	-	-	-	-	1	5	1	-	-	-	-	-	-	10
<i>E. coli</i> other/unknown	2	14	2	15	16	23	46	33	54	55	26	42	21	9	30	48	36	23	495
<i>Salmonella</i> Typhi	3	-	-	1	-	3	4	1	3	2	2	1	-	-	-	3	-	-	23
<i>Salmonella</i> Paratyphi A	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	1	-	3	-	-	-	-	-	6
<i>Salmonella</i> O2	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	1	-	2	-	-	-	-	-	5
<i>Salmonella</i> O4	45	21	8	7	11	7	11	20	37	41	55	23	30	13	11	2	6	6	354
<i>Salmonella</i> O7	89	41	18	3	14	11	25	27	35	21	81	70	34	15	21	12	7	6	530
<i>Salmonella</i> O8	53	19	7	4	6	4	6	8	7	107	27	18	19	4	6	6	1	6	308
<i>Salmonella</i> O9	636	303	61	40	20	21	36	68	111	157	355	295	205	108	80	31	17	13	2557
<i>Salmonella</i> O3,10	5	4	2	-	3	2	2	2	3	4	3	4	3	2	2	1	-	-	42
<i>Salmonella</i> O1,3,19	-	1	-	-	-	-	-	-	1	2	1	-	-	1	-	-	-	-	6
<i>Salmonella</i> O11	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	1
<i>Salmonella</i> O13	1	-	-	1	-	-	1	-	-	-	2	1	1	1	1	2	-	1	12
<i>Salmonella</i> O16	-	-	-	1	-	-	1	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	4
<i>Salmonella</i> O18	-	3	-	1	1	2	-	-	1	-	3	2	-	-	1	-	-	1	15
<i>Salmonella</i> O28	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
<i>Salmonella</i> O30	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
<i>Salmonella</i> O35	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	2
<i>Salmonella</i> O39	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1
<i>Salmonella</i> others	3	2	5	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1	-	-	-	-	12
<i>Salmonella</i> unknown	1	-	-	1	-	-	-	-	1	-	-	3	3	-	1	-	-	-	10
<i>Listeria monocytogenes</i>	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1
<i>Yersinia enterocolitica</i>	-	-	-	-	-	-	1	1	-	2	-	3	-	-	-	1	-	-	8
<i>Vibrio cholerae</i> O1:Elt.Oga. (CT+)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	3	-	-	-	-	-	-	5
<i>Vibrio cholerae</i> O1:Elt.Ina. (CT+)	1	4	-	-	1	-	-	-	3	1	-	1	-	-	-	-	-	-	11
<i>Vibrio cholerae</i> O1:Elt.Ina. (CT-)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1
<i>Vibrio cholerae</i> O139 (CT-)	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
<i>Vibrio cholerae</i> non-O1 & O139	-	-	-	-	-	-	-	1	1	2	3	1	-	-	-	-	-	-	8
<i>Vibrio parahaemolyticus</i>	78	9	4	-	-	1	7	3	15	142	327	123	13	3	1	-	1	-	727
<i>Vibrio fluvialis</i>	2	-	-	-	-	-	-	-	-	2	7	-	-	-	-	2	-	5	23
<i>Aeromonas hydrophila</i>	-	-	-	-	2	-	4	1	-	-	-	4	2	-	-	-	-	-	13
<i>Aeromonas sobria</i>	1	-	-	-	-	1	-	-	-	-	9	2	-	-	-	1	1	-	15
<i>Aeromonas hydrophila/sobria</i>	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	1	-	3
<i>Plesiomonas shigelloides</i>	4	1	1	-	1	1	-	2	9	1	3	-	1	-	-	-	-	1	25
<i>Campylobacter jejuni</i>	55	63	60	30	14	29	46	77	85	75	106	63	106	54	31	23	18	13	948
<i>Campylobacter coli</i>	19	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	5	-	-	-	-	-	-	26
<i>Campylobacter jejuni/coli</i>	2	5	1	-	1	1	2	9	-	-	4	1	-	1	1	1	-	-	29
<i>Staphylococcus aureus</i>	24	48	20	11	19	27	14	7	15	19	54	18	68	80	5	10	9	5	453

上段：国内例、下段：輸入例（別掲）

検体採取月別、由来ヒト(地研・保健所)その2

(2001年4月26日現在累計)

	99 10月	99 11月	99 12月	00 1月	00 2月	00 3月	00 4月	00 5月	00 6月	00 7月	00 8月	00 9月	00 10月	00 11月	00 12月	01 1月	01 2月	01 3月	合計
<i>Clostridium perfringens</i>	19	17	32	21	2	5	9	91	5	30	17	25	-	33	5	4	16	5	336
<i>Bacillus cereus</i>	6	2	-	-	-	-	1	-	-	7	1	2	-	-	-	1	-	-	20
<i>Shigella dysenteriae</i> 3	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
<i>Shigella dysenteriae</i> 4	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	3
<i>Shigella flexneri</i> 1a	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	1
<i>Shigella flexneri</i> 1b	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
<i>Shigella flexneri</i> 2a	-	22	1	2	-	1	-	-	-	-	1	-	-	2	-	2	-	-	31
<i>Shigella flexneri</i> 2b	2	-	-	-	1	-	-	-	2	2	1	-	-	-	-	1	1	-	10
<i>Shigella flexneri</i> 3a	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	2
<i>Shigella flexneri</i> 3b	-	1	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	3
<i>Shigella flexneri</i> 4a	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	1
<i>Shigella flexneri</i> 5a	4	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5
<i>Shigella flexneri</i> 6	-	-	-	-	-	1	-	2	-	-	-	-	1	-	-	1	-	-	4
<i>Shigella flexneri</i> var. X	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	1
<i>Shigella flexneri</i> var. Y	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	-	-	-	-	3
<i>Shigella flexneri</i> NT	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<i>Shigella boydii</i> 2	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
<i>Shigella boydii</i> 4	-	1	-	-	1	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3
<i>Shigella boydii</i> 14	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1
<i>Shigella boydii</i> NT	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
<i>Shigella sonnei</i>	13	10	5	5	5	1	9	2	1	7	4	9	39	19	1	1	3	-	134
<i>Cryptosporidium</i>	3	33	6	2	3	9	23	5	2	3	2	5	10	7	1	1	4	5	124
<i>Giardia lamblia</i>	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
<i>Streptococcus</i> group A	102	255	348	123	123	186	101	129	168	76	44	35	129	114	139	99	144	43	2358
<i>Streptococcus</i> group B	3	6	5	4	9	17	-	-	1	-	-	-	1	2	1	-	3	1	53
<i>Streptococcus</i> group C	-	-	1	3	-	2	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	8
<i>Streptococcus</i> group G	6	11	4	4	8	4	-	4	5	4	2	1	1	2	1	7	8	-	72
<i>Streptococcus pneumoniae</i>	-	-	8	2	-	1	-	1	-	3	-	-	-	-	-	-	1	2	18
<i>Bordetella pertussis</i>	-	-	-	-	-	1	-	1	-	1	-	-	1	-	-	-	-	-	4
<i>Legionella pneumophila</i>	6	3	1	1	-	1	15	18	4	9	-	-	-	-	1	1	-	2	62
<i>Legionella</i> others	-	-	-	-	-	-	-	5	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	7
<i>Mycobacterium tuberculosis</i>	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
<i>M. avium-intracellulare</i> complex	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
<i>Haemophilus influenzae</i> b	-	-	-	1	-	-	2	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	4
<i>Haemophilus influenzae</i> non-b	-	-	-	3	4	17	8	1	-	-	-	-	1	2	1	-	1	1	39
<i>Haemophilus influenzae</i> NT	3	12	8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	23
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
<i>Neisseria meningitidis</i>	-	-	-	-	2	1	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	4
<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	5	23	15	4	3	9	6	5	7	4	5	10	3	8	12	16	10	2	147
<i>Leptospira</i>	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
Others	3	14	7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	24
国内例合計	1401	1158	751	352	328	468	460	676	910	1138	1596	1101	859	690	503	351	365	177	13284
輸入例合計	37	42	17	3	14	21	30	20	17	14	22	43	80	10	5	10	54	16	455

上段：国内例、下段：輸入例（別掲）

報告機関別、由来ヒト(地研・保健所)

2001年3月検体採取分(2001年4月26日現在)

	仙 台 市	山 形 県	茨 城 県	神 奈 川 県	横 浜 市	川 崎 市	横 須 賀 市	新 潟 県	新 潟 市	富 山 県	石 川 県	静 岡 県	静 岡 市	滋 賀 県	京 都 市	堺 市
検出病原体																
EHEC/VTEC	-	3	2	-	5	1	-	-	-	2	2	3	-	8	-	-
ETEC	-	1	-	-	1	-	3 (3)	-	-	-	-	-	-	-	-	-
EPEC	-	-	-	4	1	2	1	-	-	-	-	-	-	-	7	-
<i>E. coli</i> others	-	-	10	-	-	-	-	-	-	-	-	13	-	-	-	-
<i>Salmonella</i> Typhi	-	-	1 (1)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<i>Salmonella</i> 04	-	-	1	-	-	-	-	-	3	-	-	-	-	2	-	-
<i>Salmonella</i> 07	-	-	1	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1	-	-
<i>Salmonella</i> 08	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
<i>Salmonella</i> 09	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1	5	-	-
<i>Salmonella</i> 013	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<i>Salmonella</i> 018	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<i>V. parahaemolyticus</i>	-	5 (5)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<i>P. shigelloides</i>	-	-	-	-	1	-	1 (1)	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<i>C. jejuni</i>	-	-	-	2	4	2	-	-	-	-	-	3	-	-	-	-
<i>C. jejuni/coli</i>	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<i>S. aureus</i>	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	-
<i>C. perfringens</i>	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<i>S. sonnei</i>	-	1 (1)	1 (1)	1 (1)	-	-	-	-	-	-	-	1 (1)	-	-	-	-
<i>Streptococcus</i> A	6	4	-	4	-	-	-	25	-	-	-	-	-	-	2	-
<i>Streptococcus</i> B	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<i>S. pneumoniae</i>	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-
<i>L. pneumophila</i>	-	1	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-
<i>H. influenzae</i> non-b	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-
<i>N. gonorrhoeae</i>	-	-	-	1	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-
合計	12	15 (6)	16 (2)	12 (1)	13	5	5 (4)	27	4	3	2	20 (1)	1	16	15	1
Salmonella 血清型別内訳																
04 Typhimurium	-	-	-	-	-	-	-	-	3	-	-	-	-	-	-	-
04 Agona	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-
04 Stanley	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-
04 Schwarzengrund	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
07 Infantis	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-
07 Thompson	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
07 Virchow	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
07 Choleraesuis	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
07 Concord	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-
08 Newport	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
08 Muenchen	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
08 Hadar	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
08 Corvallis	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
09 Enteritidis	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1	5	-	-
09 Not typed	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
013 Havana	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
018 Cerro	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Shigella 血清型別内訳																
<i>S. sonnei</i>	-	1 (1)	1 (1)	1 (1)	-	-	-	-	-	-	-	1 (1)	-	-	-	-
A群溶レン菌T型別内訳																
T1	3	1	-	1	-	-	-	14	-	-	-	-	-	-	-	-
T3	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
T11	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
T12	1	2	-	2	-	-	-	7	-	-	-	-	-	-	-	-
T25	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-
T28	1	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-
TB3264	-	-	-	-	-	-	-	3	-	-	-	-	-	-	-	-
型別不能	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-
型別せず	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

():海外旅行者分再掲

報告機関別、由来ヒト(地研・保健所)(つづき)

神	愛	高	長	宮	合		検出病原体
戸	媛	知	崎	崎			
市	県	県	市	県	計		
-	-	-	-	-	26		EHEC/VTEC
-	-	-	-	1 (1)	6 (4)		ETEC
-	-	1	-	-	16		EPEC
-	-	-	-	-	23		<i>E. coli</i> others
-	-	-	-	-	1 (1)		<i>Salmonella</i> Typhi
-	-	-	-	-	6		<i>Salmonella</i> 04
-	-	-	-	3	6		<i>Salmonella</i> 07
-	-	-	-	5	6		<i>Salmonella</i> 08
4	-	1	1	-	13		<i>Salmonella</i> 09
-	-	-	-	-	1		<i>Salmonella</i> 013
-	-	-	-	1	1		<i>Salmonella</i> 018
-	-	-	-	-	5 (5)		<i>V. parahaemolyticus</i>
-	-	-	-	-	2 (1)		<i>P. shigelloides</i>
1	-	1	-	-	13		<i>C. jejuni</i>
-	1	-	-	1	2		<i>C. jejuni/coli</i>
-	-	1	-	1	5		<i>S. aureus</i>
-	-	-	-	-	5		<i>C. perfringens</i>
1 (1)	-	-	-	-	5 (5)		<i>S. sonnei</i>
-	2	-	-	-	43		<i>Streptococcus</i> A
-	-	-	-	-	1		<i>Streptococcus</i> B
-	-	-	-	-	2		<i>S. pneumoniae</i>
-	-	-	-	-	2		<i>L. pneumophila</i>
-	-	-	-	-	1		<i>H. influenzae</i> non-b
-	-	-	-	-	2		<i>N. gonorrhoeae</i>
6 (1)	3	4	1	12 (1)	193 (16)		合計
<i>Salmonella</i> 血清型別内訳							
-	-	-	-	-	3	04	Typhimurium
-	-	-	-	-	1		Agona
-	-	-	-	-	1		Stanley
-	-	-	-	-	1		Schwarzengrund
-	-	-	-	1	2	07	Infantis
-	-	-	-	-	1		Thompson
-	-	-	-	1	1		Virchow
-	-	-	-	1	1		Choleraesuis
-	-	-	-	-	1		Concord
-	-	-	-	2	3	08	Newport
-	-	-	-	1	1		Muenchen
-	-	-	-	1	1		Hadar
-	-	-	-	1	1		Corvallis
-	-	1	1	-	9	09	Enteritidis
4	-	-	-	-	4		Not typed
-	-	-	-	-	1	013	Havana
-	-	-	-	1	1	018	Cerro
<i>Shigella</i> 血清型別内訳							
1 (1)	-	-	-	-	5 (5)		<i>S. sonnei</i>
A群溶レン菌T型別内訳							
-	-	-	-	-	19		T1
-	-	-	-	-	1		T3
-	-	-	-	-	1		T11
-	-	-	-	-	12		T12
-	-	-	-	-	2		T25
-	-	-	-	-	2		T28
-	-	-	-	-	3		TB3264
-	-	-	-	-	1		型別不能
-	2	-	-	-	2		型別せず

臨床診断名別(地研・保健所)

2001年3月～4月累計

(2001年4月26日現在)

検出病原体	細菌性赤痢	腸チフス	腸管出血性大腸菌感染症	レジオネラ症	A群溶レン菌咽頭炎	感染性胃腸炎	淋菌感染症	不明記載なし	その他
EHEC/VTEC	-	-	44	-	-	-	-	1	-
ETEC	-	-	-	-	-	-	-	3	-
EPEC	-	-	-	-	-	7	-	1	-
<i>E. coli</i> others	-	-	-	-	-	1	-	-	-
<i>S. Typhi</i>	-	1	-	-	-	-	-	-	-
<i>Salmonella</i> 04	-	-	-	-	-	1	-	-	-
<i>Salmonella</i> 07	-	-	-	-	-	1	-	-	-
<i>Salmonella</i> 09	-	-	-	-	-	2	-	1	1
<i>P. shigelloides</i>	-	-	-	-	-	-	-	1	-
<i>C. jejuni</i>	-	-	-	-	-	2	-	-	-
<i>C. jejuni/coli</i>	-	-	-	-	-	3	-	-	-
<i>S. aureus</i>	-	-	-	-	-	4	-	-	-
<i>S. flexneri</i> 2a	4	-	-	-	-	-	-	-	-
<i>S. sonnei</i>	3	-	-	-	-	-	-	-	-
<i>S. pyogenes</i>	-	-	-	-	54	-	-	-	-
<i>L. pneumophila</i>	-	-	-	1	-	-	-	-	1
<i>N. gonorrhoeae</i>	-	-	-	-	-	-	1	-	-
合計	7	1	44	1	54	21	1	7	2

* 「病原体個票」により臨床診断名が報告された例を集計

<資料> チフス菌・パラチフス菌のファージ型別成績

(2001年2月16日～2001年4月15日受理分)

国立感染症研究所細菌部外来性細菌室

チフス

ファージ型	所轄保健所	例数	菌分離年月
B2	岐阜県西濃地区保健所	1 (1)	2001 04
B2	福岡県遠賀保健所	1	2001 03
D2	徳島県池田保健所	1 (1)	2001 02
E1	大阪市都島保健所	1 (1)	2001 03 *1
E14	大阪市都島保健所	1 (1)	2001 02
M1	大阪府富田林保健所	1	2000 11
39	兵庫県神戸市西保健所	1	2000 05
UVS1	青森県八戸保健所	1	2000 08
小計		8 (4)	

パラチフスA

ファージ型	所轄保健所	例数	菌分離年月
1	東京都墨田区保健所	1 (1)	2001 03
1	東京都大田区保健所	1 (1)	2001 03
1	大阪府富田林保健所	1 (1)	2000 10
小計		3 (3)	
合計		11 (7)	

(): 海外輸入例再掲

薬剤耐性

*1: CP, TC, SM, ABPC, SXT

<ウイルス検出状況・2001年4月26日現在報告数>

検体採取月別、由来ヒト(2001年4月26日現在累計)

	99 11月	99 12月	00 1月	00 2月	00 3月	00 4月	00 5月	00 6月	00 7月	00 8月	00 9月	00 10月	00 11月	00 12月	01 1月	01 2月	01 3月	01 4月	合計
PICORNA NT	-	2	-	-	1	1	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6
COXSA. A NT	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
COXSA. A1	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
COXSA. A2	6	-	-	-	-	-	-	13	4	3	2	-	1	-	-	-	-	-	29
COXSA. A3	-	1	-	1	-	-	-	1	2	-	-	3	-	-	-	-	-	-	8
COXSA. A4	2	3	1	-	3	3	14	44	53	12	4	1	-	1	-	-	1	-	142
COXSA. A5	-	-	-	-	-	3	3	5	12	11	4	2	1	2	-	-	-	-	40
COXSA. A6	2	1	-	-	1	1	13	23	23	6	-	4	6	2	-	-	-	-	81
COXSA. A7	-	1	-	1	2	-	-	1	15	1	-	-	-	-	-	-	-	-	23
COXSA. A8	1	-	-	-	-	-	1	1	2	4	4	2	1	-	1	-	-	-	17
COXSA. A9	4	4	1	1	1	2	2	21	21	14	11	1	9	1	1	2	-	-	96
COXSA. A10	10	-	-	-	-	1	3	83	91	53	21	16	10	3	1	-	-	-	292
COXSA. A12	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
COXSA. A16	4	3	-	-	1	1	22	38	55	35	30	11	5	2	1	-	-	-	208
COXSA. A24	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1
COXSA. B1	7	3	3	5	14	1	1	19	15	8	9	2	1	5	7	2	-	-	102
COXSA. B2	5	13	2	3	3	-	-	9	3	2	-	-	6	7	-	-	-	-	53
COXSA. B3	4	3	3	3	5	1	1	13	55	37	18	15	11	15	-	4	3	-	191
COXSA. B4	34	16	3	5	1	-	15	26	42	12	8	3	1	4	-	-	-	-	170
COXSA. B5	25	14	8	32	3	8	20	38	66	55	26	16	13	9	-	-	2	1	336
COXSA. B6	1	-	-	-	-	-	-	-	3	1	-	-	-	-	-	-	-	-	5
ECHO 2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1
ECHO 3	2	-	1	-	-	1	3	27	37	12	9	5	6	6	4	2	-	-	115
ECHO 4	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	4	1	-	-	-	-	7
ECHO 5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-	-	-	2
ECHO 6	35	16	2	1	3	-	-	7	15	3	5	1	-	-	-	1	-	-	89
ECHO 7	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1	-	-	-	2
ECHO 9	5	2	5	1	-	6	17	82	74	39	15	6	3	1	-	-	-	-	256
ECHO 11	5	3	2	-	-	1	4	13	36	19	16	4	9	7	3	3	1	-	126
ECHO 14	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	1	-	2	1	-	-	6
ECHO 16	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-	-	-	-	3
ECHO 17	8	12	7	1	1	-	2	5	3	3	-	1	-	-	-	-	-	-	40
ECHO 18	5	-	1	4	2	-	4	8	16	8	1	4	10	3	-	-	-	-	66
ECHO 20	-	-	-	-	-	-	-	-	1	3	3	2	12	1	3	-	-	-	1
ECHO 21	-	-	-	-	-	1	-	-	1	3	3	2	12	1	3	-	-	-	26
ECHO 22	2	-	-	-	1	2	2	3	4	3	2	1	3	2	-	-	-	-	25
ECHO 24	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
ECHO 25	6	5	1	1	1	6	10	40	71	48	22	18	10	3	1	-	1	-	244
ECHO 30	2	-	-	-	1	4	-	2	4	8	2	5	1	5	1	-	-	-	39
POLIO 1	5	7	1	-	3	7	9	-	4	-	2	3	6	2	1	-	1	-	45
POLIO 2	8	8	-	-	1	4	14	1	-	-	1	3	6	4	-	-	-	-	50
POLIO 3	5	1	3	-	-	-	6	-	-	-	1	3	6	4	-	-	-	-	33
ENTERO 71	6	4	2	2	3	11	53	96	119	56	45	2	10	4	1	1	-	-	449
RHINO	-	-	5	-	-	-	6	5	-	-	-	1	4	-	-	-	-	-	21
INF. A (H1)	9	258	1499	1020	136	1	-	1	-	-	1	-	-	9	128	669	659	21	4411
INF. A H1N1	11	156	625	650	110	3	1	-	-	-	-	-	-	12	34	15	-	-	1617
INF. A (H3)	18	199	1018	316	53	4	-	-	-	2	-	3	2	19	62	186	225	32	2139
INF. A H3N2	-	86	737	254	30	2	-	1	-	-	1	-	1	-	5	7	-	-	1124
INF. B	-	2	1	1	1	1	1	1	-	1	1	1	4	179	649	693	59	-	1595
INF. C	-	1	2	4	2	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	10
PARAINF. NT	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1
PARAINF. 1	9	6	-	2	-	-	2	-	1	1	2	-	3	-	1	-	-	-	27
PARAINF. 2	2	1	-	-	-	-	-	4	1	2	7	12	6	2	-	-	-	-	37
PARAINF. 3	11	2	1	-	-	-	3	5	9	2	3	-	1	-	-	-	-	-	37
RSV	33	58	14	16	12	6	3	4	-	4	5	7	34	35	10	5	3	-	249
MUMPS	6	8	3	3	9	7	12	21	13	14	7	15	9	14	14	4	7	-	166
MEASLES	-	1	2	10	5	11	21	25	14	3	11	1	1	6	6	12	4	2	135
ROTA NT	-	-	2	11	12	9	3	4	-	-	-	-	-	2	6	3	4	2	58
ROTA A	17	26	46	135	228	147	42	4	1	-	2	3	8	26	43	82	73	10	893
ROTA C	-	2	-	-	2	6	15	5	-	-	-	-	-	-	1	2	4	-	37
CALICI	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
ASTRO NT	2	1	-	-	1	1	3	1	-	-	-	-	1	-	-	-	1	1	12
ASTRO 1	-	-	-	1	1	1	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5
ASTRO 2	-	-	-	1	2	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5
ASTRO 4	-	-	-	-	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
ASTRO 5	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
SRSV	82	285	28	5	23	12	14	7	1	-	1	4	16	36	8	20	5	-	547
NLV NT	-	-	45	34	21	35	8	13	2	2	1	8	28	159	39	40	13	-	448
NLV GI	-	-	5	5	8	5	10	1	-	-	-	2	17	7	31	-	-	-	91
NLV GI1	-	-	75	22	34	5	4	1	-	-	1	2	41	91	46	72	10	-	403
SLV	-	-	-	1	2	2	1	2	1	-	1	-	3	1	1	-	-	-	15
REQ 1	-	-	-	-	1	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3
REQ 2	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1	2	-	-	-	-	4
ADENO NT	5	9	3	4	6	1	2	3	5	2	-	5	8	8	7	11	3	1	83
ADENO 1	23	28	18	17	23	27	49	48	22	11	6	12	20	20	9	14	7	-	354
ADENO 2	39	59	47	44	44	54	79	59	28	24	15	18	35	51	46	36	12	3	693
ADENO 3	18	25	9	9	11	22	32	46	106	79	63	35	85	178	108	52	16	1	895
ADENO 4	3	3	1	3	4	2	4	13	5	7	3	9	9	14	14	5	5	-	104
ADENO 5	10	12	19	10	11	17	20	12	7	3	3	6	12	7	5	5	3	1	183
ADENO 6	3	3	1	2	4	6	7	5	6	2	2	-	2	2	-	-	-	-	45
ADENO 7	8	4	2	3	-	1	1	5	2	-	1	3	4	7	15	27	10	-	93
ADENO 8	-	-	-	1	-	-	3	3	2	4	3	5	1	1	1	1	-	-	25
ADENO 11	-	-	-	1	-	2	2	-	1	1	-	1	1	-	-	-	-	-	9
ADENO 19	-	3	2	1	-	1	1	-	-	-	-	4	2	1	2	2	-	-	19
ADENO 22	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	2
ADENO 31	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1
ADENO 37	1	2	-	1	1	2	-	2	-	6	5	12	3	3	-	-	-	-	38
ADENO 41	-	-	-	-	1	4	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6
ADENO40/41	14	17	5	4	13	3	6	5	5	2	3	5	7	5	2	1	3	-	100
HSV NT	2	-	4	4	-	1	1	2	-	4	1	2	1	1	3	3	1	-	30
HSV 1	26	13	23	30	19	20	21	17	14	14	12	16	25	28	21	7	9	1	316
HSV 2	2	-	-	1	-	1	1	2	-	2	-	3	-	1	2	1	1	-	17
VZV	1	-	-	1	-	-	1	-	2	-	-	1	-	2	-	-	-	1	9
CMV	1	3	-	-	2	-	-	2	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	9
HHV 6	1	1	-	1	-	5	3	3	1	3	3	3	5	2	1	1	2	-	35
HHV 7	1	2	-	1	-	4	-	1	-	1	-	-	-	-	2	1	-	-	1

臨床診断名別、2000年11月～2001年4月累計 (2001年4月26日現在)

	急性ウイルス性肝炎	インフルエンザ	咽頭結核膜炎	感染性胃腸炎	水痘	手足口病	伝染性紅斑	突発性発疹	ヘルパンギーナ	麻疹	流行性耳下腺炎	急性出血性結膜炎	流行性角結膜炎	性器クラミジア感染症	急性器性ヘルペス	細菌性髄膜炎	無菌性髄膜炎	成人麻疹	不明記載なし	その他の診断名	合計		
COXSA. A2	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1			
COXSA. A4	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1			
COXSA. A5	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3			
COXSA. A6	-	-	-	-	-	1	-	-	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	8			
COXSA. A8	-	-	1	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2			
COXSA. A9	-	-	1	-	-	1	-	-	2	-	-	-	-	-	-	4	-	-	3	13			
COXSA. A10	-	-	1	-	-	1	-	-	8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	14			
COXSA. A16	-	-	1	-	-	7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	8			
COXSA. A24	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1			
COXSA. B1	-	-	2	2	2	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	5	-	-	3			
COXSA. B2	-	-	10	1	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	13			
COXSA. B3	-	-	4	2	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	5	20			
COXSA. B4	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	2			
COXSA. B5	-	-	1	3	4	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	9	-	1	6			
ECHO 3	-	-	6	-	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	9			
ECHO 4	-	-	1	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	1			
ECHO 5	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1			
ECHO 6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1			
ECHO 7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1			
ECHO 9	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	4			
ECHO 11	-	-	2	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	6	-	3	11	23			
ECHO 14	-	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	4			
ECHO 17	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1			
ECHO 18	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	10			
ECHO 21	-	-	-	-	11	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-	1			
ECHO 22	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	3			
ECHO 25	-	-	4	-	1	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	4	-	-	5			
ECHO 30	-	-	1	-	2	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	6	-	-	-	1			
POLIO 1	-	-	-	-	2	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	5			
POLIO 2	-	-	-	-	2	-	1	-	1	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1	4			
POLIO 3	-	-	-	1	7	-	1	-	1	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	5			
ENTERO 71	-	-	-	-	1	-	16	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	3			
RHINO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4			
INF. A(H1N1)	-	-	1295	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6	-	-	-	35	149			
INF. A H1N1	-	-	45	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	16	61			
INF. A(H3N2)	-	-	444	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4	-	1	-	-	9	67			
INF. A H3N2	-	-	6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	6	13			
INF. B	-	-	1261	2	2	-	-	1	1	-	-	-	-	12	1	1	-	-	41	262			
PARAINF. 1	-	-	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4			
PARAINF. 2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	8			
PARAINF. 3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1			
RSV	-	-	9	1	2	-	2	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4	68			
MUMPS	-	-	3	-	-	-	-	-	-	19	-	-	-	-	-	23	-	-	-	3			
MEASLES	-	-	-	-	-	-	-	-	27	-	-	-	-	1	-	-	-	1	1	31			
ROTA NT	-	-	-	-	16	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1			
ROTA A	1	-	1	-	234	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	5			
ROTA C	-	-	-	-	7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	7			
ASTRO NT	-	-	-	-	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3			
SRSV	-	-	-	-	81	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4			
NLV NT	-	-	-	-	260	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	16			
NLV GI	-	-	-	-	24	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	30			
NLV GI1	-	-	-	-	187	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	7	66			
SLV	-	-	-	-	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5			
REO 2	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2			
ADENO NT	-	-	-	-	19	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1			
ADENO 1	-	-	19	5	10	-	1	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	4	18			
ADENO 2	-	-	41	6	25	-	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	8	30			
ADENO 3	-	-	154	57	17	-	-	-	2	-	-	19	-	2	-	1	-	-	29	100			
ADENO 4	-	-	21	15	1	-	-	-	-	-	-	6	-	-	-	-	-	-	1	183			
ADENO 5	-	-	7	1	2	1	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	159			
ADENO 6	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3			
ADENO 7	-	-	41	9	1	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	11	47			
ADENO 8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	3	-	-	-	-	-	-	4			
ADENO 11	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1			
ADENO 19	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	4	-	-	-	-	-	-	1			
ADENO 31	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1			
ADENO 37	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6	-	-	-	-	-	-	6			
ADENO40/41	-	-	-	-	17	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1			
HSV NT	-	-	3	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	4			
HSV 1	-	-	14	1	-	-	2	-	7	-	-	2	-	7	-	3	-	-	8	47			
HSV 2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5	-	-	-	-	-	5			
VZV	-	-	-	-	2	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3			
HHV 6	-	-	-	-	-	-	-	10	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1			
HHV 7	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	11			
EBV	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	2			
PARVO B19	-	-	-	-	-	-	8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3			
DENGUE 1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1			
DENGUE 2	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1			
VIRUS NT	-	-	-	-	-	7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1			
C. TRACHOMA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	-	-	-	-	-	2			
TOTAL	1	2	3409	107	953	3	50	9	17	29	31	19	1	41	3	12	30	2	77	1	175	1223	6195

AIDS prevalence: current trend worldwide and Japan's task.....	107	Genetic differentiation of a wild measles virus isolated from a case occurring 15 days after measles vaccination, June 2000 – Hiroshima.....	115
An HIV vaccine developing project in Thailand.....	109	T serotyping of group A <i>Streptococcus</i> isolates derived from clinical specimens, 2000 – Oita, Saga and Okinawa.....	115
Current status of the nucleic acid amplification test for HBV, HCV and HIV in Japan Red Cross blood centers.....	110	Geographical differences in group A <i>Streptococcus</i> T serotypes isolated from nasopharyngeal swabs of children, April 1998-March 2001 – Akita.....	116
A national survey for accuracy control of HIV quantitative test kits.....	111	An outbreak of <i>Salmonella</i> Isangi food poisoning due to dishes sold at a market, August 2000 – Kumamoto City.....	117
Influenza B virus in 2000/01 season: isolation of B/Victoria/2/87-like strains.....	112	AIDS and HIV infections in Japan, January-March 2001.....	122
A measles epidemic, 2000-2001 – Kochi.....	114		
Increased isolation of adenovirus type 7, November 2000-March 2001 – Niigata.....	114		

<THE TOPIC OF THIS MONTH>
HIV/AIDS in Japan as of December 31, 2000

Figure 1. Nationality and sex of HIV cases and AIDS patients, 2000, Japan (National AIDS Surveillance Committee, Ministry of Health, Labour and Welfare)

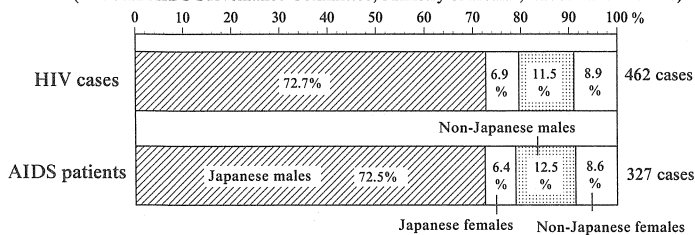
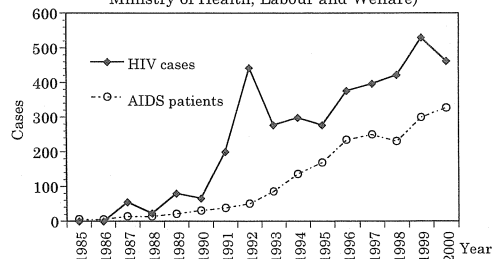


Figure 2. HIV cases and AIDS patients, 1985-2000, Japan (National AIDS Surveillance Committee, Ministry of Health, Labour and Welfare)

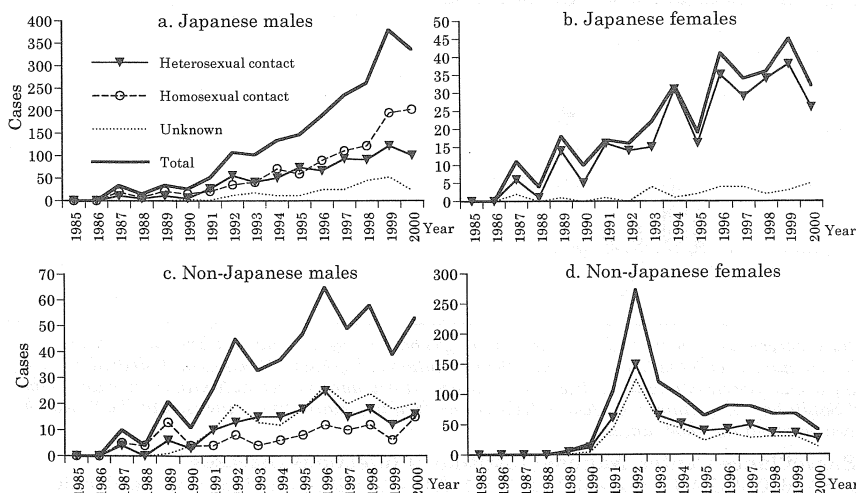


The HIV/AIDS Surveillance, started in 1984, was carried out from 1989 to March 31, 1999 in compliance with the AIDS Prevention Law. Since April 1, 1999, it has been carried on as a part of the National Epidemiological Surveillance of Infectious Diseases (NESID)(the category IV notifiable infectious diseases) under the Law Concerning the Prevention of Infectious Diseases and Medical Care for Patients of Infections (the new Infectious Diseases Control Law) (see IASR, Vol. 21, No. 7). The following is a summary of the 2000 Annual Report confirmed by the National AIDS Surveillance Committee on April 24, 2001.

1. HIV/AIDS in 2000: HIV-infected persons without AIDS (hereafter abbreviate to HIV cases) newly reported in 2000 totaled at 462 (389 males and 73 females) and AIDS patients at 327 (278 males and 49 females). Concerning the nationality and sex, Japanese males accounted for 73% of both HIV cases and AIDS patients (Fig. 1). The greater part of Japanese cases/patients acquired the infection within the country (80 and 73% of HIV cases and AIDS patients, respectively). Of the modes of infection, heterosexual contacts (37 and 49% of HIV cases and AIDS patients, respectively) and homosexual contacts (47 and 22%, respectively) accounted for higher ratios, while both mother-to-child infections (0.6% of both) and intravenous drug abuse (0.2 and 0.3%, respectively) were less frequent.

2. The trend of incidence from January 1985 through December 2000: The reports of HIV cases and AIDS patients until December 31, 2000 (not including those infected by use of coagulation factor products) totaled at 3,905 and 1,913, respectively, corresponding to 3.087 and 1.512 per 100,000 of the population, respectively. The yearly reports of HIV cases, showing a temporary decrease after the peak in 1992, have again increased since 1996 (Fig. 2). The reports in 2000 were 68 fewer than those in 1999. Nevertheless, it was the second largest number per year till now. The yearly reports of AIDS patients have continuously been increasing except those in 1998; those in 2000 showed an increase of 27 from 1999 (Fig. 2).

Figure 3. Nationality, sex and mode of infection of HIV cases, 1985-2000, Japan (National AIDS Surveillance Committee, Ministry of Health, Labour and Welfare)



An independent national HIV/AIDS study confirmed additional 1,432 HIV cases and 642 AIDS patients due to HIV-contaminated products of coagulation factor as of the end of May 1998. (All cases and patients were Japanese.)

Nationality and sex: The recent increase in HIV cases reflects that of Japanese male cases; Japanese female cases have shown a rapid repetition of increase/decrease during the past 5 years (Fig. 3a, b). Non-Japanese cases showed a slight decrease or kept the same level during the past 5 years (Fig. 3c, d). A sharp increase in AIDS patients is seen among Japanese males, while a little or no increase among Japanese females or either sex of non-Japanese.

(Continued on page 106')

(THE TOPIC OF THIS MONTH-Continued)

Many of non-Japanese HIV cases and AIDS patients are from Southeast Asia, followed by Latin America and sub-Saharan Africa.

Age distribution: The ages of HIV cases reported during the 5 years from 1996 through 2000 in comparison with those reported during the preceding 5 years are shown in Fig. 4. Japanese male cases, with a peak at the age of 25-34, have tended to increase in a wide age range. Japanese female cases at the age of 20-34 and over 45 years are in the increase. In contrast, non-Japanese female cases at the age of 20-24 years markedly decreased. Among AIDS patients of Japanese males, a peak is seen at particularly higher ages, 40-54 years; for other patient groups, peaks are seen at the age of 25-34 years.

Modes of infection: Sexual contacts caused infection in 74% of HIV cases and 69% of AIDS patients. For HIV cases of Japanese males, homosexual contacts have continuously been increasing and doubled in the past 3 years (Fig. 3a). For non-Japanese HIV cases, all modes of infection have slightly been decreasing or maintained the same level (Fig. 3c, d). For Japanese AIDS patients, reports of heterosexual contacts have increased and an increasing tendency of homosexual contacts is seen during the past 4 years. For non-Japanese AIDS patients, repeated increase and decrease in reports of heterosexual contacts have appeared during the past 5 years.

Regions of acquiring infection: Japanese HIV cases acquiring infection within the country and in an unknown region kept increasing until 1999 and then showed a slight decrease in 2000; cases of overseas infection have maintained the same level. In regard to AIDS patients, domestic infection largely increased among Japanese males and females.

AIDS-defining diseases: Ratio of each AIDS-defining disease among Japanese and that among non-Japanese with all reported AIDS patients (1,407 and 506, respectively) as the denominator are similar each other. *Pneumocystis carinii* pneumonia accounted for the highest ratios, 46 and 42%, candidiasis 23 and 15%, respectively, and wasting syndrome due to HIV 13% in both the nationality groups. There was a difference in number of active tuberculosis cases between the two groups; Japanese cases accounted for 7.2%, while non-Japanese ones twice as high ratio as 13%. Cytomegalovirus infection accounted for a higher proportion among Japanese than non-Japanese patients, 10 and 4.2%, respectively.

Deaths from AIDS: Deaths from AIDS reported before March 31, 1999 under the AIDS Prevention Law totaled at 596, of which 485 were Japanese (445 males and 40 females) and 111 non-Japanese (77 males and 34 females). According to the new Infectious Diseases Control Law enacted in April 1999, reports of case-follow-up data (HIV→AIDS, alive→death) are not obliged. Deaths from AIDS reported voluntarily by physicians during April 1, 1999 through December 31, 2000 numbered 83, including 67 Japanese (62 males and five females) and 16 non-Japanese (11 males and five females). Recently, reports of deaths from AIDS among Japanese male and female patients have seemingly been decreasing.

3. HIV-antibody-positive rate among blood donors: The HIV-antibody-positive rate among blood donors has increased year to year, reaching 1.026 per 100,000 donations in 1999 (see p. 124 of this issue). The rate further increased to the highest, 67 per 5,877,971, or 1.140 per 100,000 donations (1.812 for males and 0.167 for females) in 2000 (Fig. 5). Sixty-seven positive cases include three demonstrated only by the nucleic acid amplification test (NAT) (see p. 110 of this issue).

4. HIV counseling and testing at health centers: HIV counseling was made 107,256 times at health centers in 2000, less than half as frequent as those of the largest number achieved in 1992 (251,926). Such was the case in each of the past 4 years. HIV tests conducted at health centers numbered 53,218 in 1998, 48,218 in 1999 and 48,620 in 2000, about half of the frequency shown in 1992 (135,674).

Although slightly decreased in 2000, reports of HIV infection counted the second largest number ever. However, the HIV cases among HIV-antibody not tested could not be counted. To prevent spread of HIV infection, we must keep on more active AIDS prevention programs by enabling everybody to receive counseling and tests for HIV at any time and place that suite ones convenience.

Figure 4. Age distribution of HIV cases by nationality and sex, 1991-1995 and 1996-2000, Japan (National AIDS Surveillance Committee, Ministry of Health, Labour and Welfare)

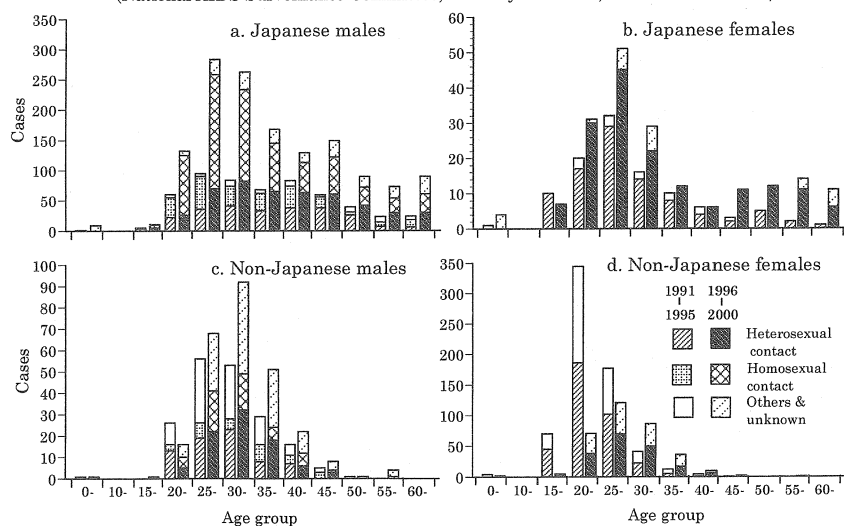
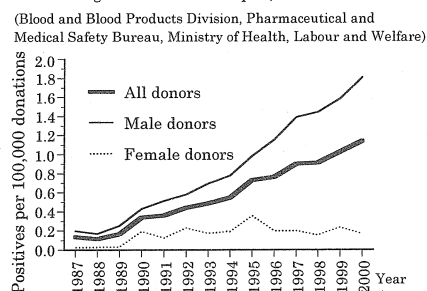


Figure 5. HIV-antibody positives (by the confirmatory test) among blood donors in Japan, 1987-2000



The statistics in this report are based on 1) the data concerning patients and laboratory findings obtained by the National Epidemiological Surveillance of Infectious Diseases undertaken in compliance with the Law concerning the Prevention of Infectious Diseases and Medical Care for Patients of Infections, and 2) other data covering various aspects of infectious diseases. The prefectural and municipal health centers and public health institutes (PHIs), the Department of Food Sanitation, the Ministry of Health, Labour and Welfare, quarantine stations, and the Research Group for Infectious Enteric Diseases, Japan, have provided the above data.

Infectious Disease Surveillance Center, National Institute of Infectious Diseases

Toyama 1-23-1, Shinjuku-ku, Tokyo 162-8640, JAPAN Fax (+81-3)5285-1177, Tel (+81-3)5285-1111, E-mail iasr-c@nih.go.jp