

病原微生物検出情報

月報

Infectious Agents Surveillance Report (IASR)
<http://idsc.nih.gov.jp/iasr/index-j.html>

Vol.23 No.5 (No.267)
 2002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.gov.jp

(禁、無断転載)

HIV 抗体検査陽性数の動向 3, HIV-1 サブタイプ 3, 未治療 HIV 感染者での薬剤耐性変異 4, 東京都の HIV/AIDS の動向と施策 4, 岡山市保健所の AIDS 対策 6, ホームページ「HIV 検査・相談マップ」8, HIV-1 の宿主因子と小動物実験モデル 9, 細菌性赤痢多発: 静岡県 11, NLV と HAV による食中毒: 浜松市 11, 社会福祉施設と病院での NLV 集団感染: 福岡市 12, エコー 13 型分離: 大阪市 13, インフルエンザウイルス A(H1N2) 型 14, 麻疹増加: イタリア 14, 麻疹死亡率低下と制圧の戦略 14, 髄膜炎菌性髄膜炎: 台湾 14, プルキナファソ 14, 発酵筋子関連ボツリヌス症: カナダ 15, 大学での細菌性結膜炎集発: 米国 15, 同種組織片移植関連細菌感染症: 米国 15, リーシュマニア症: パキスタン 16, 薬剤耐性菌情報 16, 日本の AIDS 患者・HIV 感染者の状況 17, チフス菌・パラチフス菌フェージ型別成績 24

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 2001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」に基づく感染症発生動向調査（全数把握4類感染症）として行われている（報告システムおよび報告基準は本月報 Vol. 19 No. 4, Vol. 20 No. 4, Vol. 21 No. 7, Vol. 22 No. 5 参照）。本特集の HIV 感染者（AIDS 未発症者、以下 HIV）数と AIDS 患者（以下 AIDS）数は2002年2月27日現在報告数に基づく（HIV と AIDS の区分については IDWR 2001 年第 36 週号参照）。なお、エイズ動向委員会による2001年年報集計（確定値）の詳細については厚生労働省疾病対策課より公表される。

1. 1985～2001年までの HIV/AIDS 報告数の推移: 2001年に新たに報告された HIV は621（男534, 女87）, AIDS は332（男282, 女50）である。国籍・性別では、日本国籍男性が HIV の76%, AIDS の67%であった（図1）。HIV 報告数は2000年に一旦減少したが、2001年は再び増加し過去最高となった。AIDS 報告数は1998年を除き増加を続けている（図2）。

1985年～2001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 4,526, AIDS 2,246で、人口10万対では HIV 3.566（2000年までは3.087）, AIDS 1.770（同1.512）となった。なお、本発生動向調査とは別の「血液凝固異常症全国調査」で血液凝固因子製剤による HIV 1,430（AIDS 150を含む）が報告されている（2000年5月31日現在）。

国籍・性別: 近年の HIV の増加は、主に日本国籍男性の増加によるものであるが、日本国籍女性も緩やかな増加傾向にある。外国国籍例では男性は横這いないし漸増傾向にあるが、女性は漸減傾向にある（図3）。AIDS も日本国籍男性の増加が著しかったが、2001年はやや減少した。しかし1998年にも減少がみられたがその後再び増加したので、今後の注意深い観察が必要である。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、次いでラテンアメリカ、サハラ以南アフリカであった。

感染経路と年齢分布: 感染経路は、HIV, AIDS ともに性的接触による感染が大半であり、静注薬物濫用や母子感染によるものはいずれも1%以下である。日本国籍男性の HIV では、同性間性的接触によるものの増加傾向が著しく（図3）、2001年は同性間性的接触が63%、異性間性的接触26%であった。日本国籍男性の同性間性的接触による HIV の年齢のピーク

図1. HIV感染者およびAIDS患者の国籍・性別内訳, 2001年

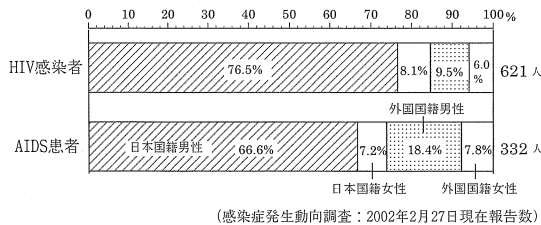


図2. HIV感染者およびAIDS患者の年次推移, 1985～2001年

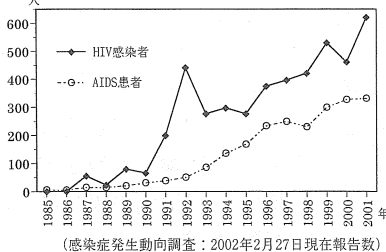
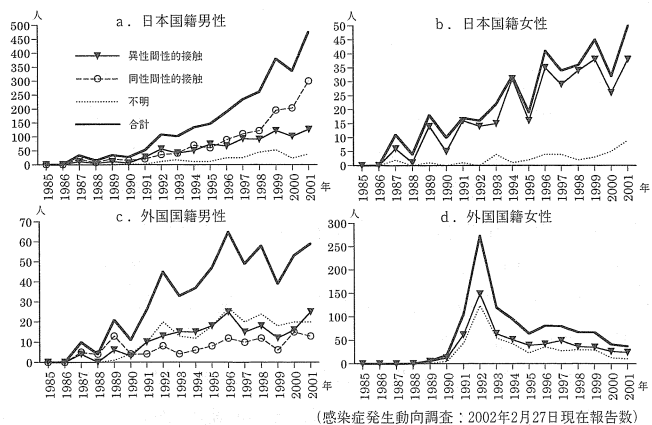


図3. HIV感染者の国籍・性・感染経路別年次推移, 1985～2001年



(2ページにつづく)

(特集つづき)

は25~29歳であるが、20代、30代での報告増が注目される(図4a)。異性間性的接触によるHIVの年齢のピークは日本国籍男性では1999年は30~34歳、2000年は35~39歳であったが、2001年は25~29歳であり(図4b)、日本国籍女性も1998~2000年は25~29歳であったが2001年は20~24歳であり(図4c)、若年化の傾向にある。

感染地: 2001年の日本国籍例の大半が国内感染例(HIV 86%, AIDS 76%)である。HIVは、日本国籍男女とも国内感染例が1999年まで増加傾向を続け、2000年にやや減少したが、再び増加傾向に転じた。外国国籍男性の国内感染例も増加している。

AIDS患者報告における指標疾患: 2001年のAIDS(日本国籍例245と外国国籍例87)における各指標疾患を見ると、これまで同様、ニューモシスチス・カリニ肺炎がもっとも多く(同113と32)、カンジダ症(同72と24)が次いで多い。その他では日本国籍例はサイトメガロウイルス感染症28、HIV消耗性症候群27、活動性結核26など、外国国籍例では活動性結核16、HIV消耗性症候群11、トキソプラズマ脳症8などとなっている。

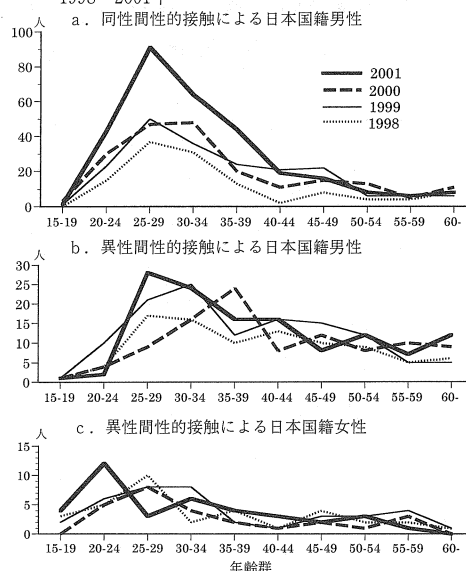
2. 病変死亡の動向: エイズ予防法に基づいて1999年3月31日までに報告された病変死亡例は596で、内訳は日本国籍が485(男445,女40)、外国国籍が111(男77,女34)であった。1999年4月~2001年12月31日までに任意の病変報告により厚生労働省疾病対策課に報告された死亡例は日本国籍例101(男92,女9)、外国国籍例25(男15,女10)、計126で、うち2001年中の報告は日本国籍例34(男30,女4)、外国国籍例9(男4,女5)、計43であった。

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、2001年は献血件数5,774,269中79(男78,女1)、献血10万件当たり1.368(男2.259,女0.043)と過去最高となった(図5)。HIV報告数に対する献血者のHIV抗体陽性率が欧米に比べて非常に高い(本月報Vol. 21, No. 7参照)ので、献血者に対しHIV抗体検査の目的で献血をしないよう、さらに注意を促す必要がある。

4. 保健所におけるHIV抗体検査と相談: 2001年の保健所におけるHIV抗体検査・相談受付実施件数は、前年に比べ増加がみられ、検査件数は21,183件増(約43%増)の69,937件(平成13年4月24日付、厚生労働省疾病対策課長通知に基づき10月末日まで実施されたHIV抗体検査とHCV抗体検査の併用の検査件数34,867件を含む)、相談件数は34,005件増(約32%増)の141,271件であった。しかし、過去最多の1992年(検査件数135,674件、相談件数251,926件)に比べまだかなり少ない。

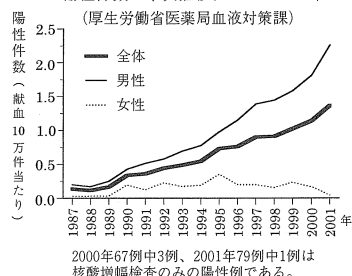
まとめ: 2001年はHIV、AIDSともに過去最高の報告数であり、今後の動向に十分注意が必要である。日

図4. 日本国籍HIV感染者の感染経路別年齢分布, 1998~2001年



(感染症発生動向調査: 2002年2月27日現在報告数)

図5. 献血におけるHIV抗体確認検査陽性件数の年次推移, 1987~2001年



本国籍男性での同性間の性的接触によるHIV増加が著しく、さらに日本国籍男女ともに若年者での性的接触によるHIVが増加していることに特に注目すべきである。HIV感染予防にはコンドームの使用は効果が高いが、性的パートナー数の多い若者ほどコンドーム使用率が低いことが指摘されている(木原ら、日本医事新報4066:37-42, 2002)。経口避妊薬では性感染症を予防できないので、性感染症としてのHIV/AIDS予防のためにはコンドームを必ず使用すること、不特定多数の人との性的接触を避けることを、HIV/AIDSに関する基本知識として社会全体で若者に教育する必要がある(本号4~8ページ参照)。

また、HIVのうち、保健所や相談所での無料匿名のHIV検査により感染が判明した者の割合は低いという報告もある(堀ら、2001年日本エイズ学会報告)。今後、HIV感染を拡大させないためには、現在HIVに感染している者を早期に発見することが急務である。昨年実施されたHCV抗体検査とHIV検査の同時検査はその一例であるが(本号3&4ページ参照)、誰もが健康チェックの一つとしてHIV検査が受けられるような機会を設けてHIV検査件数を増やすことなど(本号8ページ参照)、各地域の実情に応じたさらに積極的なエイズ対策が望まれる。

<特集関連情報>

HIV スクリーニング検査の陽性数の動向とその解析

2001年における保健所等 HIV 無料検査での陽性数(速報値)は174であり、2000年の陽性数112に比べ55%と大幅な増加を示した(表1, 図1, 図2)。また都道府県別では東京が93と最も多く、次いで大阪(25), 愛知(20), 神奈川(17)の大都市に多かった。献血者における2001年の HIV 検査陽性数(速報値)も79と過去最高であったが、2000年の67例に比べ増加率は18%であった。

2001年の HIV 感染者(AIDS 未発症者)の報告数(速報値)は614であり、2000年の462に比べ33%増であった(図2)。これらの結果から、保健所等の無料 HIV 検査を受けて陽性と分かった例が昨年大幅に増加し、一方、献血者中の HIV 検査陽性者は増加しているものの、その増加率は保健所等無料 HIV 検査での増加率の4分の1であり、HIV 感染者報告数の増加率に比べても2分の1以下と低いことが分かった。

HIV 検査の希望者数がここ数年減少傾向にあるため、保健所等の無料 HIV 検査をより有効な検査にするため、休日検査・夜間検査の充実に加え、昨年より

表1 HIV検査数と陽性数および感染者報告数(2001年)

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

HIV感染者報告数(614) 患者報告数(323)

※1 15都道府県(北海道・宮城・茨城・栃木・埼玉・千葉・東京・神奈川・山梨・愛知・福井・大阪・兵庫・広島・愛媛・福岡)の集計

※2 民間検査センターへの外注分のみを集計

図1 HIV検査陽性数とHIV感染者(報告数)の年推移(1990-2001)

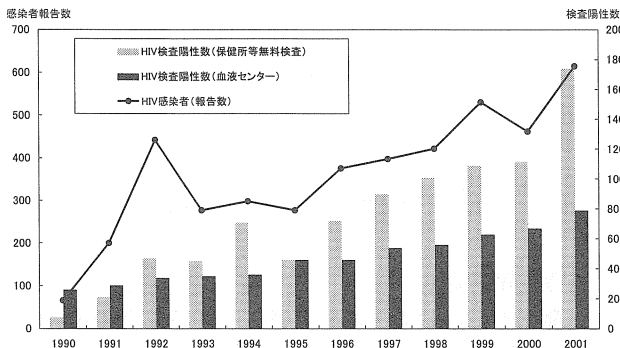
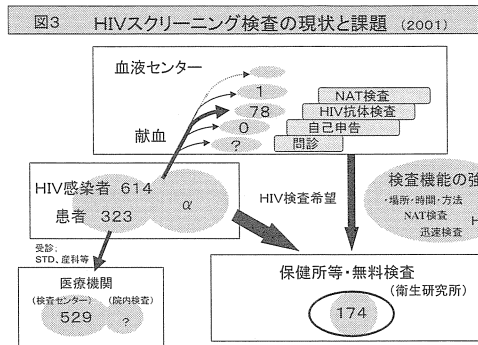
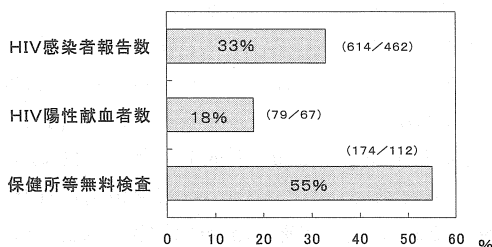


図2 HIV検査陽性数の対前年増加率(2001/2000)



ホームページによる情報提供, STD 検査の導入, NAT 検査の一部導入や, 様々な啓発活動などの工夫がなされている。2001年における保健所等無料検査での陽性数の急増が, それらの効果を反映したものである可能性も考えられ, 今後の動向が注目される(図3)。

なお, 2001年の5月~10月の間, HCV 抗体検査希望者に対して, 保健所での HIV 検査との同時無料検査を実施したため, この間 HIV 検査数が2倍近くに増加した保健所も多く見られた。ただし, HCV 抗体検査希望者の多くは HIV 感染リスクの高い本来の HIV 検査希望者とは異なる集団で, HCV 抗体検査による検査数の増加と今回の HIV 検査陽性数の大幅な増加との間の関連は少なかった。しかしながら, HCV 検査希望による増加も含め, HIV 検査数の増加は, 未検査で見落とされている HIV 感染者の把握につながる可能性があり, 今後の検査数と陽性数の動向が注目される。

神奈川県衛生研究所ウイルス部 今井光信
(厚生労働省HIV検査法・検査体制研究班)

<特集関連情報>

日本における HIV-1 サブタイプ

日本で流行している HIV-1 の特徴を明らかにするため, 2002年3月末までに神奈川県衛生研究所に依頼のあった HIV 感染者534例について HIV-1 のサブタイプを解析した。

サブタイプの解析は HIV-1 の envC2V3 領域をPCR法で増幅し塩基配列を決定後, neighbor-joining 法による系統樹解析により行った。男性同性間性的接触による感染者の一部と東南アジア出身の感染者の一部については, PCR 法によるサブタイプ B と AE (E) の簡易鑑別法および envV3 領域のペプチドを用いた ELISA 法を行った。

男性同性間性的接触による感染では96例中94例がサブタイプ B (98%) であったが, サブタイプ E と A も1例ずつ検出された(次ページ図1)。

一方, 異性間性的接触による感染では, 216例中サブタイプ E が144例と最も多く, ついでサブタイプ B が44例, A 11例, C 9例, D 3例, G 2例, F 3例で

図1 献血者および感染要因別グループにおけるHIV-1サブタイプ
(神奈川県衛生研究所：1987-2001年)

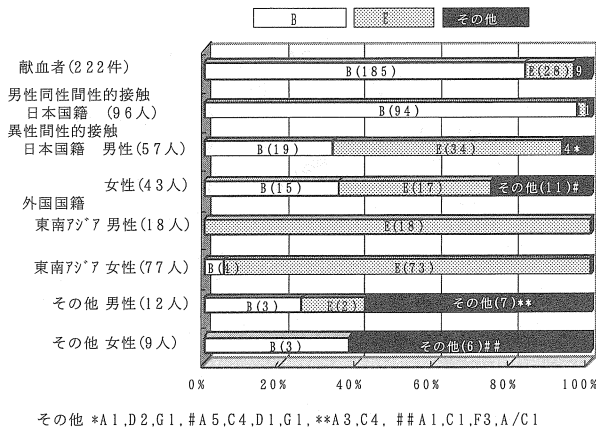
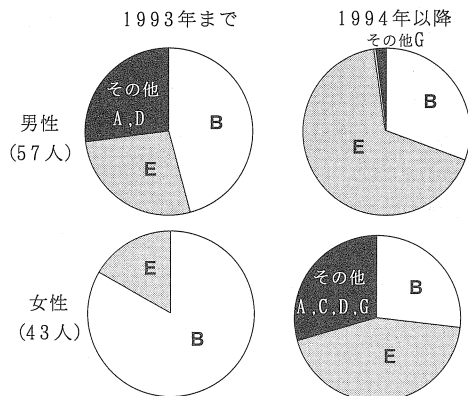


図2 異性間性的接触によるHIV-1感染者(日本人)のHIV-1サブタイプの変遷(神奈川県衛生研究所：1987-2001年)



あった。また、これら 216 例の国籍は日本国籍 100 例、外国国籍 116 例で、その内訳は東南アジア出身が 95 例、アフリカ 12 例、南米 6 例、その他 3 例であった。東南アジア出身の感染者ではサブタイプ E が 91 例 (96%)、サブタイプ B が 4 例 (4.2%) であったが、アフリカや南米出身の感染者からはサブタイプ B, E の他にサブタイプ A, C, F や A/C リコンビナントが検出された (図1)。

また、異性間性的接触による日本人感染者ではサブタイプ E が 51 例 (51%) と最も多く、ついでサブタイプ B が 34 例 (34%)、その他少数ではあるがサブタイプ A 6 例, C 4 例, D 3 例, G 2 例が検出された。

異性間性的接触による日本人感染者について HIV 感染が判明した年と HIV-1 サブタイプとの関連について解析した結果、男女とも 1993 年まではサブタイプ B が主流であったが、1994 年以降サブタイプ E が増加していることがわかった。また、女性では 1994 年以降サブタイプ E の他にサブタイプ A, C 等の増加も認められ、日本人女性感染者で、サブタイプが多様化していることが確認された (図2)。

2001 年に HIV 陽性が確認された献血血液 79 例中 47 例について HIV-1 サブタイプの解析を行った。その結果、サブタイプ B が 41 例 (87%)、次いでサブタイプ E 5 例 (11%)、サブタイプ A 1 例 (2.1%) であった。

2000 年までの HIV 陽性の献血血液 175 例の解析においてもサブタイプ B が 80% 以上を占めており、2001 年の結果は従来とほぼ同様の傾向であった (図1)。

神奈川県衛生研究所ウイルス部

近藤真規子 今井光信

(厚生労働省 HIV 検査法・検査体制研究班)

<特集関連情報>

未治療の HIV 感染者における薬剤耐性変異

研究班の共同研究の一環として、現在 7 カ所の衛生研究所 (北海道衛研, 東京都衛研, 神奈川県衛研, 横浜市衛研, 愛知県衛研, 大阪府公衛研, 兵庫県衛研) において、HIV 感染者の依頼検体について、薬剤耐性変異の解析を行っている。

1998~2001 年までの間にこれら 7 カ所の衛生研究所において、未治療の HIV 感染者については、182 例の解析が行われており、その 8 例 (4.4%) から通常野生株では見られない薬剤耐性変異 (表1) が検出された。これら耐性変異の検出された 8 例の HIV は、サブタイプ B であった。

表1 未治療の HIV 感染者にみられた薬剤耐性変異の部位

RT215	4例
RT184	1例
RT215+RT184	1例
RT74	1例
Pro90	1例

また耐性変異の検出された 8 例の感染者はすべて日本人男性であり、日本人男性の未治療患者 (121 例) における耐性変異の検出率は 6.6% であった。抗 HIV 薬の治療の普及とともに薬剤耐性変異株による感染例が増加する懸念もあり、今後ともその動向には注意が必要である。

神奈川県衛生研究所ウイルス部

近藤真規子 今井光信

(厚生労働省 HIV 検査法・検査体制研究班)

<特集関連情報>

東京都における AIDS 患者・HIV 感染者の動向と今後の施策

1. AIDS 患者・HIV 感染者の動向

感染症法に基づいて、2001 (平成13) 年に東京都に報告された AIDS 患者数は 102 件、HIV 感染者数は 274 件、合計 376 件となっており、年間の届け出数として過去最多となった。1999 (平成11) 年から 2000 (平成12) 年にかけては、わずかながら減少が見られた後の「急増」であった。今後の爆発的急増の兆しではない

のか？との懸念も全くの杞憂とは言えず、今後の動向からは目が離せない。感染者が増加しているのみならず、患者の届け出も増加している。これは、感染の段階できちんと医療に結びつけることができているということで、検査相談体制や検査への動機付けをさらに充実しなければならぬ(図1)。

2001年の国籍・性別報告数の内訳では、感染者の81%、患者の71%を日本人男性が占めている。経年で見ても、日本人男性の数の増加が目立つ(図2)。推定感染経路別では、同性間性的接触によるものが感染者の64%、患者の40%を占めている。同性間性的接触によるものは、1998(平成10)年までは他の経路によるものとほぼ同じ傾向で増加しているが、2000年、2001年は飛びぬけて増えていることが注目される(図3)。推定感染地別では、日本人感染者の87%、患者の78%が国内で感染している。外国人も含めた経年変化を見ても、国内での感染の増加が目立っている(図4)。感染者の年齢別では、20代に最大のピークがあり、20代と30代で全体の73%を占めている。患者

では20代は少なく、ピークが30代にずれ込んでいる(図5)。

都・区保健所および南新宿検査相談室でのHIV抗体検査数についてみると、1997(平成9)年以降、毎年微増傾向で推移しているが、2001年は前年を大きく上回った。これは、厚生労働省通知により保健所でHIV抗体検査と同時にHCV抗体検査を実施したことの影響によるところが大きいと思われる(図6)。2001年に都・区保健所および南新宿検査相談室でHIV抗体検査を受け、結果が陽性であった人は86人にのぼっている。陽性率は全体で0.48%であるが、南新宿検査相談室のみをみると0.89%となり、年ごとに多少の高低はあるものの、1%に迫る勢いで上昇していることがわかる(次ページ表1)。なお、抗体検査の陽性率は今年初めて公表した。

2. 今後の施策

東京都では、1992(平成4)年に「東京都エイズ対策基本方針」を定めている。この中で、「感染拡大の防止」、「医療の確保と感染者への支援」、「偏見のない社会づくり」という3つの目標のもとに、「普及・啓発活動の強化」、「相談・検診体制の充実」、「医療体制の整備」、「療養支援体制の確保」、「調査・研究の充実」

図1. 東京都の患者・感染者報告数の推移

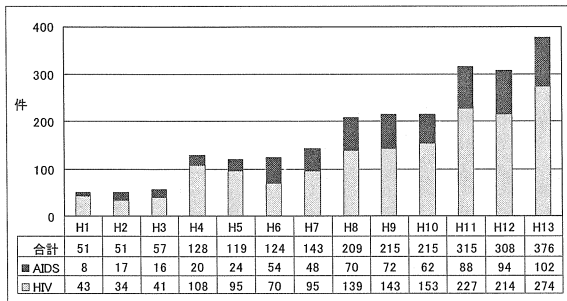
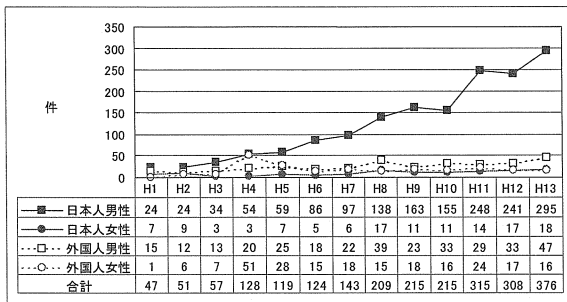
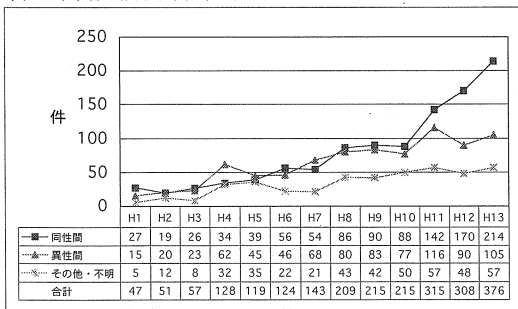


図2. 東京都の国籍・性別報告数の推移



注) 国籍・性別患者・感染者報告数の平成元年分は、「旧後天性免疫不全症候群の予防に関する法律」施行後の数

図3. 東京都の推定感染経路別報告数の推移



同性間：同性間性的接触(同性間性的接触を含む)
 異性間：異性間性的接触
 他・不明：母子感染・静注薬物濫用・可能性のある感染経路が複数あるケース・不明が含まれる。

図4. 東京都の推定感染地域別報告数の推移

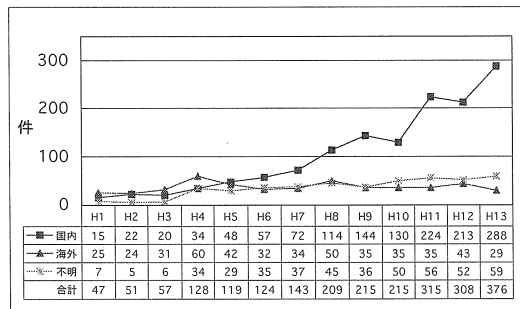


図5. 国籍・性・年齢別の患者・感染者報告数

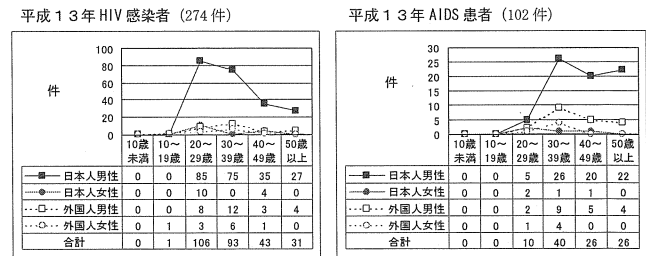


図6. HIV 抗体検査数の推移

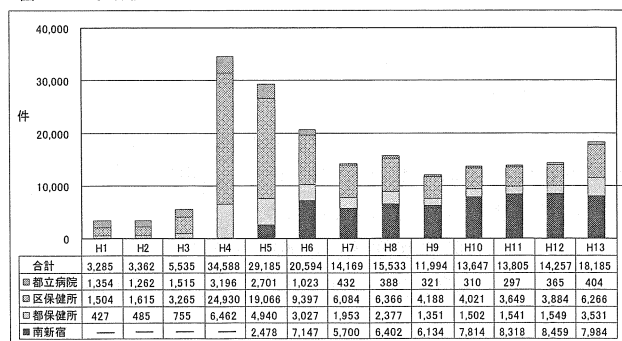


表 1. HIV 抗体検査件数、陽性者数の推移

	抗体検査数			陽性者数			陽性率		
	都内保健所	南新宿	合計	都内保健所	南新宿	合計	都内保健所	南新宿	合計
平成 1 年	1,931	—	1,931	0	—	0	0.00	—	0.00
平成 2 年	2,100	—	2,100	1	—	1	0.05	—	0.05
平成 3 年	4,020	—	4,020	5	—	5	0.12	—	0.12
平成 4 年	31,392	—	31,392	21	—	21	0.07	—	0.07
平成 5 年	24,006	2,478	26,484	9	5	14	0.04	0.20	0.05
平成 6 年	12,424	7,147	19,571	10	14	24	0.08	0.20	0.12
平成 7 年	8,037	5,700	13,737	4	18	22	0.05	0.32	0.16
平成 8 年	8,743	6,402	15,145	8	27	35	0.09	0.42	0.23
平成 9 年	5,539	6,134	11,673	10	40	50	0.18	0.65	0.43
平成 10 年	5,523	7,814	13,337	11	41	52	0.20	0.52	0.39
平成 11 年	5,190	8,318	13,508	6	57	63	0.12	0.69	0.47
平成 12 年	5,432	8,459	13,891	6	53	59	0.11	0.63	0.42
平成 13 年	9,797	7,984	17,781	15	71	86	0.15	0.89	0.48

注) 東京都南新宿検査・相談室は平成 5 年 9 月開設

という 5 つの施策の柱をたて、これに基づき毎年度事業実施計画を策定して事業を展開している。2002 (平成 14) 年度は上記のような患者・感染者の動向をふまえ、特に、青少年と男性同性愛者に向けた効果的な予防対策の実施に力を入れて取り組む計画である。

青少年を主な対象として昨年度から取り組んでいる事業として、「東京都エイズ・ピア・エデュケーション事業」がある。ピア (Peer) とは仲間という意味で、同じ年代で価値観をともにできる者同士が、エイズに関する知識や「性・命の大切さ」を伝え、考えていこうとする活動である。具体的には、ボランティアに意欲のある若者を募集し、研修を受けてもらい、その若者がピア・エデュケーターとしてチームを組み、学校等を訪れてエデュケーションを実施する。標準的なプログラムは、「それぞれの意見や価値観を大切にしよう」という基本ルールのもとに、HIV・AIDS に関する基本知識や患者・感染者の状況のほか、「No」と言ってもいいんだよ (自己決定の重要性)、ジェンダーと既成概念、コンドームの取り扱いの注意と実技などの内容を含んでいる。これは教室型のピア・エデュケーションであるが、今後はアウトリーチ型、普及拡大型等いろいろなかたちのピア・エデュケーションが、様々な実施主体によって地域で展開されるよう援助していきたいとも考えている。

男性同性愛者に向けては、雑誌への情報掲載、街頭やイベント会場でのアウトリーチ活動などの事業を実施しているが、新たな患者・感染者の届け出状況を見ると、十分な対策とはなっていないようである。感染防御への行動を促すため、さらにきめ細やかで適切な情報の提供や相談援助体制が必要であると考えている。

新たな感染が少しでも減少し、また、患者・感染者が安心して生活できるよう、このほか、抗体検査体制の充実や医療体制の整備など、多くの課題に着実に取り組んでいきたいと思っている。

東京都健康局医療サービス部
副参事 (エイズ対策担当) 横山康子

<特集関連情報>

岡山市保健所における AIDS 対策

1. 岡山県における患者数の推移

人口 180 万人の岡山県では、図 1 のような HIV/AIDS 感染者・患者の報告がある。岡山市分としては公表していないが、このうちかなりの部分を占める。また、市民一般で 3 %、STD (性感染症) 患者で 9 % という HIV 抗体検査受検率を見ると、感染を自認していない市民が多いと推定される。しかし、人口 63 万人の岡山市における報告数は少なく、市民の関心も大きな増加は見られない。罹患率が少ない地方の中核都市において、HIV/AIDS 対策の組み立てと優先課題が問われている。

岡山市保健所で行うエイズ対策の概要を次ページ図 2 に示した。今回はこのうち、さまざまな団体との協同や、団体が主体的に行う活動への支援を中心に述べ、計画的実施に不可欠な現状把握のための調査についても若干触れたい。NGO など市民自身が行う活動の社会に対する貢献は大きく、ますます重要となると予測される。

2. HIV 医療体制への支援

感染者、患者が少ないからこそ受診先を確保し HIV 診療体制を整備する必要がある。また、疾患対策の基盤でもある。1996 年、HIV 診療拠点病院が岡山県内に 6 カ所、うち岡山市内に 4 カ所公表された。初めにも紹介したように受診患者数は少なく、診療経験の蓄

図 1. 岡山県における AIDS 患者・HIV 感染者報告数

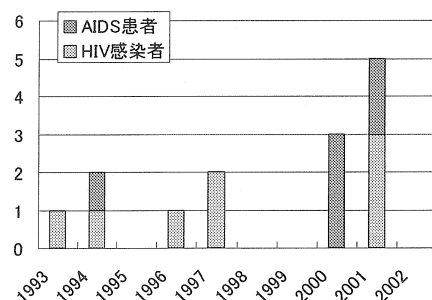
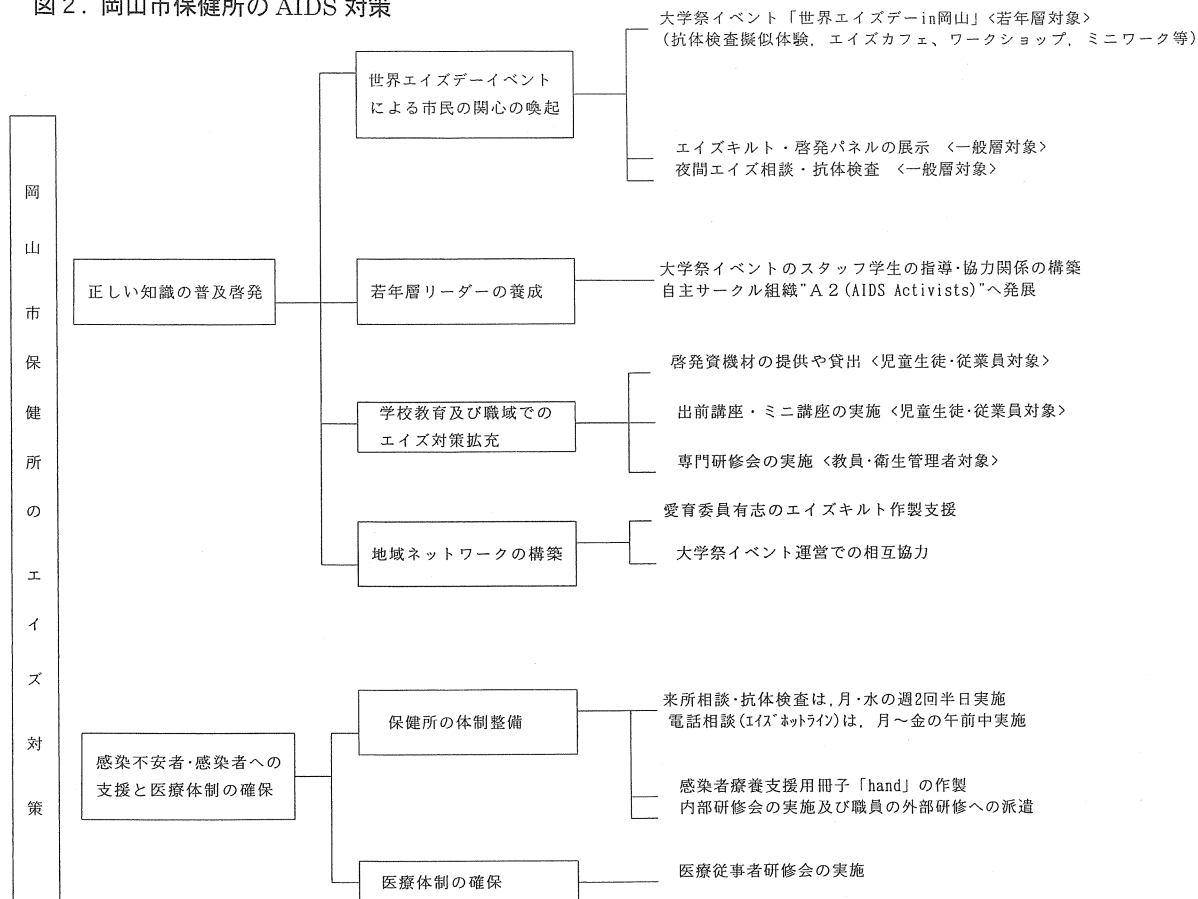


図2. 岡山市保健所の AIDS 対策



積と情報交換が必要であった。また、ひとつの拠点病院に歯科・精神科などすべての診療科がそろっているわけではない。拠点病院整備は県の事業と位置づけられていたが、岡山市では県と協力して1996年から拠点病院を対象とした研修や会議を持つことで、情報交換と診療協力の場を設定した。また、1997年に医科・歯科医療機関を対象とした HIV/AIDS 診療体制等に関する調査を行った。HIV/AIDS 診療経験のある医師が37名おり、各科ごとに診療体制があるとの回答があった。このような診療や研修希望などの現状の共有化を図った。

拠点病院における診療や看護情報の交換に大きく寄与したのは、岡山 HIV 診療ネットワークである。2つの拠点病院が中心となって、感染告知のロールプレイやケース検討を定期的に行い、治療・服薬援助や精神的ケアまで幅広い内容の講演会も行っている。岡山市保健所では、1997年から岡山県内拠点病院の医療従事者と HIV 感染者・患者ケアに携わる NGO を対象に宿泊研修を毎年行い、技術交流とネットワーク強化の場を提供している。この研修は、岡山 HIV 診療ネットワークや拠点病院の多大な協力によって運営している。

3. 現状の把握

市民の AIDS への関心が高まらない現状での感染拡大予防策は、方向性を見つけるのが困難である。1995年岡山市民から200名を無作為抽出し、性行動調査を行った。1年間に複数と性交したとの回答は、20

代で最も高く、全体でも男22%、女15%であった。この割合は、英国、フランスより男女とも高く、性交による感染拡大リスクは充分あることが確認された。2001年にはちょうど発足した岡山性感染症研究会や医師会の協力を得て性感染症の現状調査を行った。STD 指導や、HIV 検査勧奨の余地が大きいこと、女性 STD 患者の60%が過去1年の性交相手数が1人であることを医療機関などに還元できた。しかし、これらの調査結果はそれほど長くは利用できない。情報を利用する立場になれば、身近な岡山市の状況であったとしても5年前の情報は、やはり古い。サーベイ（調査）からサーベイランス（動向調査）による継続的な現状把握や施策評価が求められるようになっている。

4. 感染拡大の防止

岡山市保健所では世界エイズデーにおけるイベントを重要な施策として、若者を主対象に写真展、コンサートなどを行ってきた。1999年からは、岡山大学祭において「世界エイズデー in 岡山」と銘打ったイベントとしている。実施に当たっては、地域の NGO である岡山 HIV 診療ネットワーク、岡山市愛育委員協議会、岡山南ロータリークラブ地域社会共同隊や、NPO 法人「HIV と人権・情報センター」の協力を得ている。情報提供を一步進め、さまざまなコミュニティーの参画を目指したものである。次ページ表1および2に「世界エイズデー in 岡山」の近年の参加数推移とイベ

表 2. イベント内容

活動プログラム	活動内容
ヤングシェアリングプログラム	参加者がエイズや性について本音で話し合い、共に考えるプログラム。セーフターセックスなど具体的に学ぶことができる
カフェ (クイズコーナー)	リラックスして参加できるスペースを会場に設け、同世代の若者にとって欲しいこと12問を解いてもらい、スタッフが個別に解説や男性用女性用各コンドームの付け方実習を行った。
HIV抗体検査疑似体験	ボランティアの医師や看護婦等の協力を得て、抗体検査の疑似体験を行った。主に検査結果の告知を疑似体験した。希望者には実際の検査と同様に採血を行い後日結果を説明した。
キルト・レッドリボンツリーの体験コーナー	エイズキルト作りを体験したり、エイズに対する想いや願いを書き、レッドリボンツリーに掲示した。
ミニワーク(PNゲーム)	HIVに感染する可能性は誰にでもあることを実感させ、併せてコミュニケーション技術を理解するゲーム。性感染症やエイズを自分たちの問題として考えるきっかけ作りを行った。

表 1. 岡山大学祭イベント 世界エイズデーin岡山の内容と参加者数

	99.11.21 (日)	00.11.24 (金)	01.11.23, 24(祝,土)
エイズキルト展示・作製実演	84	-	282
カフェ (クイズとコンドームワーク)	81	60	230
ヤングシェアリングプログラム	27	47	30
HIV抗体検査疑似体験	52	31	46
再掲 疑似体験	46	17	24
再掲 採血検査	6	14	22
ミニワーク (PNゲーム)	-	-	15
計	244	138	603

ント内容を示した。

中心的役割を果たしているのは岡山大学学生であり、当日スタッフ61名中22名と、保健所職員11名の倍近く参加し、最も多いグループである。中心となるのは、教育学部と医学部の学生であり、5月からイベントを実施した11月までの間に21回打ち合わせ会を行った。前半はAIDSや性についての勉強会を中心に、後半はイベントの内容討議を中心に進行した。9月からは、司会・書記役を、学生スタッフが持ち回りで担当したほか、自分達なりの結論がまとまるまで議論を続ける等、学生の自主性や意欲を促す運営とした。本事業は、参加者への働きかけとともにピア(仲間)リーダーの養成も大切な目的としている。

昨年イベント終了後も学生グループは解散せず、自主サークルに発展した。また、教育学部の学生は、この参加型学習イベントの評価を卒業論文のテーマとした。大学教育との関連も広がりつつある。この自主サークルA2(AIDS activists)にはまだ大きな実績はないが、AIDS出前講座に他の講師と同行し、一部を分担したり、AIDS教育学会で自分たちの活動紹介を行ったりしている。海外でのAIDS関連活動への関心も持っており、2003年に神戸で行われる第7回アジア太平洋国際エイズ会議に参加しようとはりきっている。

図3は、エイズ・ピア・エデュケーションにおける若者の参加の段階を模式的に表したものである。また、

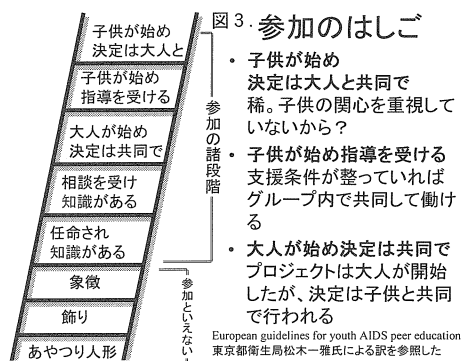


表3に示したように、市民活動への支援理念は、若者のみでなく、すべての市民活動に対して共通すると考える。A2は、ゲイコミュニティへの関心を持ち講演会を企画している。新聞、ラジオなど地方のマスメディアはこのような動きを報道しており、小さくはあるが、若者コミュニティが他のコミュニティへも波及し、広くコミュニティ参画を促進する契機となるのではないかと期待している。

岡山市保健所 中瀬克己

<特集関連情報>

ホームページ「HIV検査・相談マップ」の作成と利用状況の解析

厚生労働省 HIV検査法・検査体制研究班の研究プロジェクトの一環として、HIV検査に関する詳細情報を分かりやすく提供する目的で、ホームページ「HIV検査・相談マップ」(<http://www.hivkensa.com>)を作成し、その利用状況の解析を行った。

このホームページは、トップページから5つの検査方法(①保健所無料検査、②土曜・日曜・夜間検査、③即日30分検査(迅速検査)、④ウイルス検査(NAT)、

表 3. ヘルスプロモーションとしてのAIDS対策の発展段階

1. 情報提供型対策: 正確な情報の提供
2. 支援型対策 (Self-empowerment type): 情報提供に加え自助努力を支援する
3. コミュニティ参画型対策 (Community advocacy type): 情報提供と自助努力の支援に加えコミュニティの参画を強化する

Jhonathan M. Mann 1992

ヘルスプロモーションとは、人々が自らの健康をコントロールし改善することができるようにするプロセスである。

(WHO第1回ヘルスプロモーション国際会議オタワ憲章1986)

図1 「HIV検査・相談マップ」トップページ

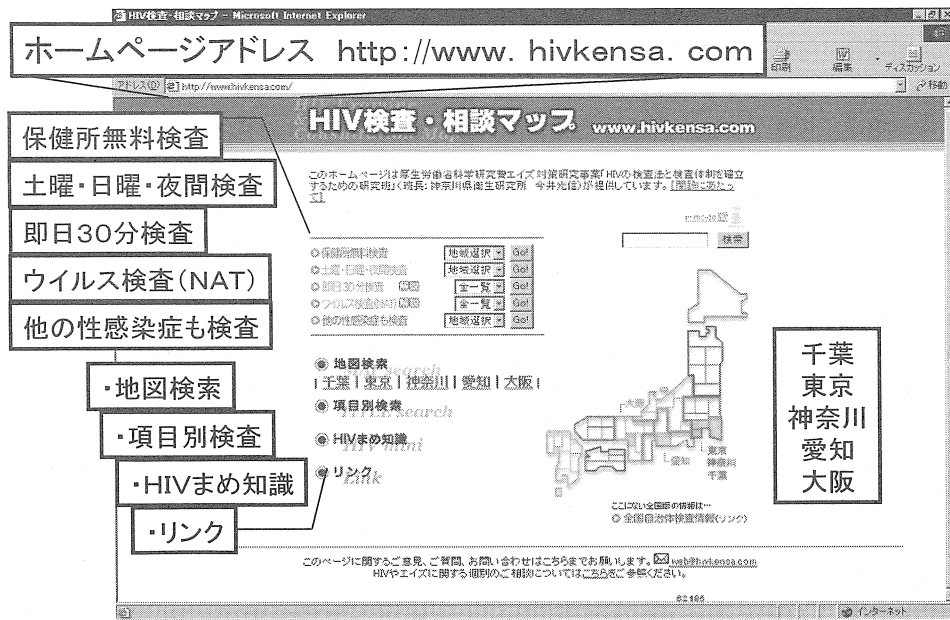


図2 月別1日平均アクセス数

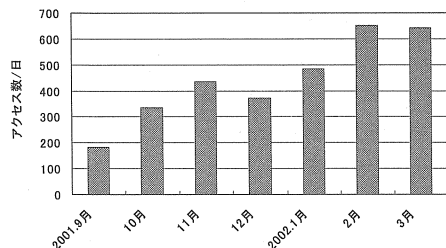
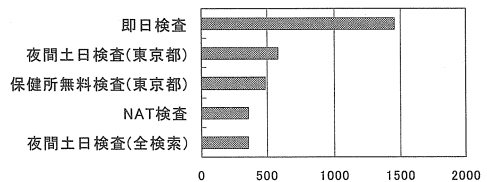


図3 各カテゴリーへのアクセス数(2月分)



⑤他の感染症も検査) カテゴリー検索が可能であり、検査希望者のニーズに合った検査機関が検索できる(図1)。また各検査機関の詳細情報ページには、検査機関の所在地、HIV検査日時、検査を受けるまでの手順等とともに、最寄駅から検査機関までの道順を点線で表示した分かりやすい地図を掲載している(マップ付詳細情報)。

2001年9月1日にインターネット版ホームページを開設し、現在は東京都、神奈川県、大阪府、愛知県、千葉県内の各自治体の保健所等検査機関と、試験的にHIV抗体迅速検査を実施している民間STDクリニックについて、マップ付詳細情報を掲載している。上記以外の地域の情報については、各自治体で開設しているホームページ上のHIV検査情報ページとリンクし、「全国自治体検査情報」として提供している。2002年4月15日現在、総アクセス数が10万件を超え、また1日平均600件前後のアクセスがあり、検査希望者への情報提供手段として有効に機能しているものと思われる(図2)。トップページの5つの検査カテゴリー検索へのアクセス数を集計したところ、「即日30分検査(迅速検査)」が一番多く、次に「夜間土日検査(東京都)」、「保健所無料検査(東京都)」、「NAT検査」、「夜間土日検査(全検索)」の順であった(図3)。このことから迅速検査や夜間土日検査等、検査希望者にとつ

て利便性の高い検査方法に関心が高いことが分かった。

今後は全国の7政令指定都市についてマップ付詳細情報の追加掲載を行うとともに、HIV検査に関する解説ページやQ & A集の作成を行い、内容をさらに充実させていく予定である。

神奈川県衛生研究所ウイルス部

嶋 貴子 近藤真規子 今井光信

(厚生労働省 HIV 検査法・検査体制研究班)

<特集関連情報>

AIDS/HIV 研究に関する最近のトピックス: HIV-1の宿主因子と小動物実験モデル

はじめに: 世界中の研究室が、AIDSのための小動物モデルを開発するために取り組んでいる。多くはマウスであるが、その他、ラット、ウサギ、フェレットなどあらゆる小動物に可能性がある。もしこれらの動物でHIVが感染し、その上発症させられれば得られる利益は莫大であろう。最近の一連の研究から、その完成が近いと予想する人がいる反面、当然のことながら、懐疑的な研究者もいる。本小論ではそのあたりを検証してみたい。

しらみつぶし: HIVは、人間とチンパンジーでのみ感染するというかなりsophisticatedなウイルスである。そのため現在に至るまで、AIDSのための満足す

べきげっ歯動物モデルを開発する試みは成功していない。多くの研究者は、HIV がヒトの細胞に感染して progeny virus を産生するに至るまでのどのステップに“関所”があるか、そしてそこを通過する通行手形は何か、をしらみつぶしに調べようとしている。直接的には、ヒト細胞に存在するが、動物細胞には欠けているものが標的ということであり、この手形探しはとりもなおさず HIV-1 の増殖のための宿主因子探しに他ならない。従って、必須の因子を同定したときのフルーツは単に小動物モデル開発の成功にとどまらず、そのままウイルス増殖のメカニズム解明ということになり、きわめて美しく大きいものとなるはずである。それは現在行われている AIDS のワクチンや治療薬開発研究を根幹から変えてしまう程の意味を持つものと言える。成功したときのインパクトはそれくらい大きいのである。

もっとも有名な手形は、1996年に発見されたウイルスの細胞内侵入に関わる chemokine receptor 群であろう (HIV 発見からすぐに見つかった CD4 の重要性は言わずもがなであるが)。中でも、それぞれ T-tropic HIV, M-tropic HIV が使用する CXCR-4, CCR5 の 2 つが主要な coreceptor である。coreceptor 発見の与えたインパクトの大きさについてはもはや説明の必要はないであろう。当然、いくつかの実験室は、ヒトの CD4 およびそれらの T 細胞の上にヒト chemokine receptor を発現するマウスを作成することとなり、それをを用いた研究結果に対する期待はきわめて大きかった。しかし、その結果として得られたウイルス産生量はきわめて低い程度にすぎなかった。翌年、Jones らは、HIV が増殖するための別の主な手形を発見した。それは HIV が細胞に侵入、さらに組み込み後、ウイルス DNA から mRNA へ転写する際の、転写の trans-activator である cyclin T1 と呼ばれる因子であった。Jones グループが HIV に感染したマウス細胞へヒトの cyclin T1 を加えると、細胞はウイルスの mRNA を大量に作り出した。

しかし、それでもマウスは実験動物モデルとして十分な量の HIV の生産ではなかった。つまり、さらに他の何かが不足していたということである。続いて、Landau らは、マウス細胞で細胞因子が欠けている状態では Gag precursor は細胞質に貯まってしまい、p24 タンパクへの切断が起こらないことを示した。これ以前に、デューク大学の Cullen らは HIV に感染したマウス細胞をヒト細胞と融合させることで感染性の HIV を生産することができることを見いだしていた。このことから、マウス細胞がヒトにあるその因子に関しては recessive な状態になっていることを示した。それでは欠けているものは何かであるが、これに解答を与えると思われる重要な報告が昨年 4 月、コロラドで開催されたミーティングでなされた。ワシントン大

学 (シアトル) の Lingappa らは、capsid 形成に必須と思われる p24 に付き添うように見える (つまり chaperone) 蛋白質 (HP68) を識別した。この報告は、本年の 1 月 3 日号の Nature に掲載されており、話題を呼んでいるので、これについて少し触れておきたい。immature HIV-1 capsid を形成するために 1,500 の HIV-1 Gagp55 ポリペプチドが、宿主細胞の形質膜に沿って適切に集合しなければならないとされている。筆者らは、すでに数年前に、HIV-1 capsid を再構成する無細胞系を作成することに成功しており、このシステムでは、post-translational assembly event には ATP が必要であることを示しているが、Gag そのものでは ATP を結合できない点に着目した。このため、さまざまな ATP 結合性 molecular chaperones に対する抗体をテストして、それらのうちで Gag を共沈させるものを探した。そして、彼女らは RNase L 抑制活性を持つ分子と以前に評されていた HP68 を同定したのである。さらに、HP68 の dominant negative 変異体での結果や、無細胞系で HP68 に対する抗体を加えた再構成実験などから、HP68 が assembly にとって不可欠であることを実証した。さらに重要なことに、ビリオン形態形成および感染力に関する HIV-1 Vif が HP68-Gag complex に associate していることを示した。

やはり最近、Sundquist らによる、もうひとつ重要な宿主因子の報告がなされているのでこれについても紹介したい。それはやはり HIV life cycle の最終段階である、出芽段階に関係するものである。HIV-1 のアセンブリーは Gag タンパクにより推進されるが、それは形質膜に輸送されて、その場所でエンベロープを被り、細胞から出芽される。Gag はウイルスのプロテアーゼによりプロセスされて 4 種の蛋白となり、構造蛋白として感染性を持つウイルス粒子の機能として重要な働きをする (いわゆる MA, CA, NC, p6 といわれるものである)。

彼らは Tsg101 という vacuolar protein sorting にかかわる蛋白質 (Vps) が HIV-1 出芽のために必要になることを報告した。Tsg101 の UEV 領域は、Gag 蛋白質の p6 領域内の重要な tetrapeptide (PTAP) モチーフおよびさらに ubiquitin に結合する。また small interfering RNA により細胞内の Tsg101 を枯渇させると HIV-1 出芽の阻止が見られた。また、出芽は Tsg101 の再導入によって回復した。さらにこの蛋白質の dominant negative Vps4 蛋白質が、HIV-1 出芽を抑制した。今後、これらの手形については、他の研究者による追試などによる検証が行われることであろう。

終わりに：最後に挙げた、capsid 形成に必須と思われる HP68 と、出芽のために必要とされる Tsg101 という 2 種の蛋白質は HIV life cycle の最終段階で働

くと考えられるが、世界では今まで報告のあった蛋白質に加えて、げっ歯類またはその細胞で、当然これらの蛋白質の共発現を試みているはずである。今回挙げた手形でストーリー全体が完結するのか、はたまたそれらは過去に発見された蛋白と同じようにいまだに one of them なのだろうか？

文 献

1. Cohen, J., Science 293, 1034-1036, 2001
2. Feng, Y. et al., Science 272, 872-877, 1996
3. Wei, P. et al., Cell 20, 451-621, 998, 1998
4. Mariani, R. et al., J. Virol. 74, 3859-70, 2000
5. Bieniasz, PD., Cullen, BR., J. Virol. 74, 9868-77, 2000
6. Zimmerman, C. et al., Nature 415, 88-92, 2002
7. Lingappa, JR. et al., J. Cell Biol. 136, 567-581, 1997
8. Garrus, JE. et al., Cell 107, 55-65, 2001

国立感染症研究所エイズ研究センター 山本直樹

<情報>

細菌性赤痢患者多発傾向——静岡県

2001年12月下旬～2002年2月初旬にかけて、静岡県東部、中部地区で細菌性赤痢患者37名の発生が確認され、これらの患者は次の4グループに分けられた。

グループ1：2001年11月下旬から西日本を中心に発生した韓国産カキを原因食品とした事例。患者数7名（12月：4名，1月：3名），うち海外渡航者0名。

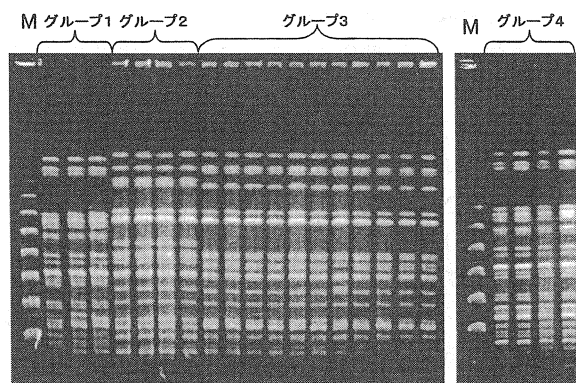
グループ2：F市にある保育園で発生した事例。患者数4名（12月：1名，1月：3名），うち海外渡航者0名。

グループ3：G市にあるペンションでテニス合宿（12月27～29日）したグループに発生した事例。患者数15名（12月：1名，1月：14名），うち海外渡航者3名。

グループ4：S市にある小学校で発生した事例。患者数11名（2月：11名），うち海外渡航者0名。

分離菌はいずれも、*Shigella sonnei* I 相菌であった。これらの分離菌についてセンシディスク法（BBL）

パルスフィールドゲル電気泳動パターン（制限酵素：*Xba*I）



PFGE型 (感染症研究所) A F G A

による薬剤感受性試験（アンピシリン，ストレプトマイシン，テトラサイクリン，シプロフロキサシン，カナマイシン，セフトキシム，クロラムフェニコール，ST 合剤，トリメトプリム，ナリジクス酸，ホスホマイシン，ゲンタマイシンの12薬剤）を実施した。その結果，グループ1および4から分離の18株はストレプトマイシン，テトラサイクリン，ST 合剤，トリメトプリム，ナリジクス酸の5剤に耐性，グループ2および3の19株は12薬剤すべてに感受性を示した。さらに，並行してパルスフィールド・ゲル電気泳動法（PFGE）を実施し，制限酵素（*Xba*I）切断泳動パターンによる各グループごとの比較を行った。写真のとおり，グループ1および4は同一の泳動パターンを示し，グループ2および3はこれらとは全く異なった泳動パターンを示した。また，各グループ内の比較では，分離株はほぼ同一の泳動パターンを示していることから，これらの患者は共通の感染源の可能性が示唆された。なお，これらの分離株について国立感染症研究所細菌部（寺嶋 淳博士）にPFGE検査を依頼したところ，グループ1および4はtype A，グループ2はtype F，グループ3はtype G との結果報告があった。

グループ1は保健所が行った疫学調査の結果から，韓国産カキを喫食した事例であることが明らかとなった。また，グループ4は疫学的解析結果から，韓国産カキの関与が疑われるが原因食品や感染源を特定することはできなかった。

最近の県内における細菌性赤痢患者発生状況は，2000年11月にY市の小学校で発生した集団発生事例（患者数12名：海外渡航者0名）以外は，毎年数例の散発事例（ほとんどが海外渡航者）のみであったが，本年度は集団発生4件があり，増加傾向を示した。これらの集団発生事例では，患者のほとんどが海外渡航歴はなく国内の感染が考えられるが，感染源や感染経路を特定することができない場合が多い。今後，疫学調査の手法や検査法などについて検討が必要であると考える。

静岡県環境衛生科学研究所・微生物部

増田高志 有田世乃 川森文彦 秋山真人

<情報>

大アサリの喫食を原因とするノーウォーク様ウイルスとA型肝炎ウイルスによる食中毒事例——浜松市

大アサリ喫食によりノーウォーク様ウイルス（NLV）の食中毒が発生し，約1カ月後に同グループからA型肝炎の患者が発生したので，その概要を報告する。

2001（平成13）年12月11日に浜松市内の中国料理店で喫食した1グループ57名中22名が，翌12日から下痢・嘔吐・発熱等の食中毒症状を呈した。検査の結果，患者16名中4名の便がEIA法（デンカ生研）でNLV陽性となった。その4名の便について厚生労働

省通知の方法に従って RT-PCR 法とマイクロプレート・ハイブリダイゼーション法を実施したところ、4 検体とも NLV genogroup I (GI) と II (GII) の両方が検出された。NLV 検出のリアルタイム PCR 法では、4 名すべての便から NLV 陽性 (3 名は GI と GII, 1 名は GII のみ陽性) となり、 $2.2 \times 10^5 \sim 6.3 \times 10^8$ copy/g の NLV 遺伝子が検出された。従業員 5 名の便についても、上記の方法で RT-PCR を実施したが NLV は検出されなかった。また、患者便、従業員便、および施設のふきとり検体について食中毒細菌を検索したが、ふきとり検体からセレウス菌が検出された以外には病原性細菌は見出されなかった。

疫学調査の結果、患者グループは大アサリ (ウチムラサキガイ) の唐辛子蒸しを喫食しており、原材料である冷凍大アサリの同一ロットについて、上記の方法に従って RT-PCR 法とマイクロプレート・ハイブリダイゼーション法を実施したところ、NLV GI と GII の両方が検出された。患者便と大アサリから検出された NLV のシーケンスは現在実施中である。大アサリからは、セレウス菌が検出された以外には病原性細菌は見出されなかった。また、他の食材や患者の残食は無かったため検査できなかった。

NLV の食中毒発生から約 1 カ月後の 2002 (平成 14) 年 1 月 11 日～16 日にかけて、上記のグループ中 4 名が A 型肝炎を発症した。A 型肝炎ウイルス (HAV) 検出のリアルタイム PCR 法の結果、4 名すべての便から $1.5 \times 10^8 \sim 3.7 \times 10^9$ copy/g の HAV 遺伝子が検出された。また、患者 4 名はすべて HAV に対する血清中の IgM 抗体陽性であった。NLV が検出された大アサリについて HAV の RT-PCR 法を実施したところ陽性となったため、患者便分離株とともに PCR ダイレクトシーケンス法を実施した。その結果、大アサリと患者からの分離株はすべて genotype 1A となり、解析した 168 塩基について 95% 以上の相同性が認められた。

患者グループは上記料理店以外には共通喫食歴が無く、A 型肝炎の発症も同時期であり、同一ロットの食材からウイルスが検出されたことから、本事例を NLV と HAV の 2 種類のウイルスに汚染された大アサリが原因で発生した食中毒であると確定した。患者が喫食した大アサリは蒸し料理として提供されたものであるが、加熱不足により比較的耐熱性の NLV と HAV が不活化されなかったと推測された。また、この大アサリは中国から輸入されており、流通等については現在調査中である。

本事例と同時期に市内で 1 名の A 型肝炎患者の発生があり、調査した結果、上記グループの 2 日前に同じ中国料理店で大アサリを喫食していることが判明した。検査の結果、リアルタイム PCR 法で便から 2.7×10^5 copy/g の HAV 遺伝子が検出された。さらに、PCR ダイレクトシーケンス法により genotype 1A と分類され、上記グループから分離された株の 1 つと

168 塩基が一致した。従って、この患者についても大アサリの喫食が原因である可能性が高いと考えられるが、2001 年 12 月～2002 年 1 月初旬にかけて生カキ等を複数回喫食していることから、大アサリが原因であるとは確定できなかった。

A 型肝炎は潜伏期間が長いこと、感染源の特定がしばしば困難である。本事例は先に NLV の食中毒が発生した時点で原因食材が保存されており、HAV を検出することができたため感染源が特定された稀な事例であると思われる。東南アジア地域は依然として A 型肝炎ウイルスの濃厚汚染地域であり、海外渡航歴の無い人が A 型肝炎を発症した際には、輸入魚介類の喫食調査が必要であるといえる。

浜松市保健環境研究所 古田敏彦

浜松市保健所食品衛生課 竹内寛行 東谷市郎

国立感染症研究所 西尾 治

<情報>

市内の社会福祉施設における NLV 集団感染事例と有症者入院先の病院における NLV 集団感染事例——福岡市

福岡市内の社会福祉施設においてノーウォーク様ウイルス (NLV) 感染の集団発生があり、さらに有症者入院先の病院においても、NLV 集団感染が発生したので報告する。

2002 (平成 14) 年 2 月 15 日～22 日にかけて A 社会福祉施設の入所者や職員 25 名が嘔吐、腹痛、下痢などの症状を訴え、入所者 9 名が 17 日～20 日の間に B 病院へ入院した。その後、2 月 19 日～3 月 2 日にかけて B 病院の職員や、元々入院していた患者 30 名が同様の症状を訴えた。

このうち A 施設の有症者 7 名と無症者 6 名、および B 病院の有症者 11 名、計 24 名の糞便について検査を実施した。

RT-PCR による NLV 遺伝子検出は、1st; Yuri52F, Yuri52R, MR3, MR4→2nd; Yuri22F, Yuri22R および 1st; 35', 36→2nd; NV81, NV82, SM82 のプライマーの組み合わせで実施した。

その結果、A 施設分では有症者 4 名 (職員 3 名, B 病院に入院した患者 1 名) と無症状の職員 3 名, B 病院分では有症者 7 名 (職員 3 名, 入院患者 4 名) の計 14 名から、NLV を検出した。

検出した NLV 遺伝子のうち 12 検体について、国立公衆衛生院より分与された 2000/01 年プローブ G1P-A, B および G2P-A, B, C の 5 種類を用いてマイクロプレート・ハイブリダイゼーションを実施したが同定できなかった。

このためダイレクトシーケンスを行い 300bp について解析した結果、すべて配列が同じであり、Geno-

group I と Genogroup II の中間に位置することがわかった。

疫学調査の結果、A 施設ならびに B 病院の事例については、いずれも「人→人」感染が判明した。特に B 病院の事例については、A 施設からの入院者を契機として発生した院内感染であり、2 週間以上も継続した。

近年、本市では「人→人」感染と考えられる NLV 集団感染事例が増加してきており、特に社会福祉施設や病院等の集団施設においては、患者の汚物や吐物の処理・消毒、職員の手洗い・消毒励行といった基本的な衛生管理を徹底することが重要と考える。

福岡市保健環境研究所

和佐野ちなみ 宮代 守 樋脇 弘 馬場純一
福岡市西区保健福祉センター 竹中 章
福岡市保健福祉局保健予防課 岩永正彦

<情報>

エコーウイルス 13 型の分離状況——大阪市

2001 年 11 月～2002 年 3 月までの期間に、主として大阪市感染症サーベイランス検査事業に供与された患者検体から、計 9 株のエコーウイルス 13 型 (E13) が分離された。患者は本市および近隣市に居住していた 0～9 歳の小児で、いずれも散発事例であった。各患者の臨床診断名は無菌性髄膜炎 (6 名)、感染性胃腸炎 (2 名) および不明発疹 (1 名) であった。各患者に認められたその他の臨床症状は、38～39℃ の発熱 (8 名)、嘔吐 (5 名)、頭痛 (2 名) および上気道炎 (1 名) であった (表)。

当所において E13 が最初に分離された患者検体は、不明発疹と診断された近隣市在住の 1 歳児の咽頭ぬぐい液で、2001 年 11 月 19 日に採取された。この検体を RD-18S および Vero 細胞に接種した結果、RD-18S 細胞において明瞭なエンテロウイルス (EV) 様の細胞変性効果 (CPE) が認められたことから、ウイルス

分離陽性と判断した。この分離ウイルスの同細胞における感染価は、 10^6 TCID₅₀/0.1ml であった。抗 EV プール血清 (デンカ生研製および EP95) および抗コクサッキーウイルス A 群 10 型 (CA10)、抗 CA16、抗 EV71 の各単味血清を用いてウイルス中和試験を行ったが、試験は不成立であった。

EV の VP4 遺伝子前後を特異的に増幅するプライマー (EVP2 および OL68-1) を用いた RT-PCR において、約 650bp の特異的フラグメントの増幅が認められたことから、分離ウイルスは EV であることが確認された。この EV の VP4 遺伝子 (207nt) の塩基配列を決定し、さらに VP4 遺伝子を用いた N-J 法による系統解析を行った結果、この分離 EV の血清型は過去 6 年間に当所において分離された EV (Kubo et al., Emerg. Infect. Dis. 2002) とは異なることが明らかとなった。次に、EV の VP1 から 2C 領域を特異的に増幅するプライマー (Caro et al., J. Gen. Virol. 2001) を用いて RT-PCR を行い、特異的に増幅された約 1,400bp のフラグメント中に存在する VP1 遺伝子の 3' 側領域約 400nt の塩基配列を決定し、これに対して BLAST2 search (<http://blast.genome.ad.jp/>) を行った結果、本分離ウイルスは E13 に最も相同性の高いことが明らかとなった。また、抗 E13 単味血清 (デンカ生研製) を用いた中和試験において、本分離ウイルスは良好に中和された。

以上の結果を考慮して、その後 RD-18S 細胞のみに EV 様の CPE を示した分離ウイルスに対しては、上記抗 EV プール血清とともに抗 E13 単味血清についても中和試験を行った。2001 年 11 月から現在までに計 9 株の E13 を分離・同定しているが、いずれの分離ウイルスにおいても抗 E13 単味血清による明瞭な中和反応が認められた。

大阪市立環境科学研究所

久保英幸 入谷展弘 勢戸祥介
村上 司 春木孝祐

表 分離された E13 株およびその患者情報—大阪市

株名	感染価*	検体種類	検体採取日	患者年齢	臨床診断名	他臨床症状
01-397	10^6	咽頭ぬぐい液	2001.11.19	1	不明発疹	発熱
01-481	10^7	糞便	2001.12.26	0	無菌性髄膜炎	発熱
01-534	10^7	髄液	2002.01.28	9	無菌性髄膜炎	発熱
01-535	10^7	糞便	2002.01.26	8	無菌性髄膜炎	発熱
01-596	10^6	髄液	2002.02.08	6	無菌性髄膜炎	発熱、嘔吐
01-601	10^7	糞便	2002.02.17	2	感染性胃腸炎	発熱、嘔吐、 上気道炎
01-643	10^7	髄液	2002.02.21	2	感染性胃腸炎	嘔吐、頭痛
01-E11	10^7	髄液	2002.03.15	9	無菌性髄膜炎	発熱、嘔吐、頭痛
01-692	10^7	髄液	2002.03.21	7	無菌性髄膜炎	発熱、嘔吐

* : TCID₅₀/0.1ml

<外国情報>

インフルエンザウイルス A(H1N2) 型の最新情報

2001年9月～2002年2月にかけて、リアソータンのインフルエンザウイルス A(H1N2) 型がカナダ、エジプト、フランス、インド、イスラエル、ラトビア、マレーシア、オマーン、シンガポール、英国、米国で、集団発生または散発例から分離された。その中で代表的な株を調べたが、H1N2型ウイルスについては、ヘマグルチニンは抗原性ならびに分子遺伝学的に A/New Caledonia/20/99(H1N1) ワクチン株に、また、ノイラミニダーゼは A/Panama/2007/99(H3N2) ワクチン株に類似していた。そのため、現行のインフルエンザワクチンは H1N2 型ウイルスに十分効果が期待できると推測される。H1N2 株で調べられた他の6つの gene segment は、A/Moscow/10/99 を含む最近の H3N2 型ウイルスと類似していた。したがって H1N2 型ウイルスの同定や解析のためには、現存する血清学的、分子遺伝学的試薬が使用可能である。

(WHO, WER, 77, No. 10, 77, 2002)

イタリアの麻疹増加, 2002年

イタリアの定点サーベイランスシステムによると、麻疹の月別発生率は2000年と2001年には、それぞれ15歳未満人口10万対15と5以下であったが、2002年の最初の2カ月間に発生率は増加し、2月には21まで達した。ほとんどの症例は Lazio 地区と Campania 地区で発生しており、大多数は5～9歳の小児であった。

イタリアでの最近の麻疹の流行としては、1997年に41,000症例が報告され、そのうち95%は15歳未満の小児で、この年齢群での人口10万対発生率は473であった。1998年には4,000例に減り、その後も減り続け、2000年には歴史的に低い15歳未満人口10万対15となった。

イタリアの麻疹ワクチン接種率は1990年代に上がったが、2000年における24カ月児の接種率はまだ80%未満で、多くの南部地域では60%未満であった。その結果、多くの地域で感受性児の集団が存在し、流行の可能性が高い。

(Eurosurveillance Weekly, No. 14, 2002)

世界的な麻疹死亡率低下および地域的麻疹制圧のための戦略, 2000～2001年

麻疹ワクチンが世界的に使用され始めて40年近くが経過するにもかかわらず、麻疹はいまだ小児死亡の大きな原因の一つである。WHO とユニセフは2005年までに麻疹による死亡数を半減させることを目指している。それから麻疹ウイルスの伝播を断ち、また一部地域においては近い将来の制圧を目指している。

麻疹の死亡率を低下させるために、以下の4つの方策が必要であると考えられている。1) 麻疹ワクチン

の1回目の接種はすべての小児に対して9カ月時、もしくはその少し後に行うこと、2) すべての小児に対して計2回のワクチン接種を行う機会を与えること、3) 疫学情報とラボ情報をまとめることにより、ワクチン接種率のモニターと、麻疹サーベイランスを効果的に実施すること、4) ビタミン A 投与などで麻疹症例の治療法を改善すること。

(WHO, WER, 77, No. 7, 50, 2002)

軍キャンプにおける髄膜炎菌性髄膜炎集団発生疑い事例の疫学調査——台湾

2001年6月4日に台湾 CDC は、髄膜炎菌性髄膜炎による1例の死亡に関する報告を受けた。症例は同年5月14日に兵役となり、あるキャンプで訓練を受けていた軍人であったが、5月31日に発熱し、6月1日に死亡した。同時に、同じ駐留地から当時、約20名の発熱を訴える症例が隔離下で治療を受けるために転送されていたことも報告された。台湾 CDC と台湾防衛省軍医総監事務所 (Surgeon General's Office of the Ministry of National Defense)、国立予防医学研究所 (National Institute of Preventive Medicine) の協力により、5月16日～6月4日の期間を対象とした疫学調査が行われた。

その結果、血中から起因菌 (B 群髄膜炎菌) が分離された確定例はこの死亡例1例のみであったが、隔離された24例の咽頭ぬぐい液からは3名が髄膜炎菌陽性となり、同時期、発熱と頭痛を訴えていた49名の兵員においては、6月4日時点の咽頭ぬぐい液で5名が陽性と判明した。

感染の拡大阻止のために、当該キャンプにおけるすべての兵員と、症例との接触歴のある病院関係者、家人らは予防内服を行った。以後新たな感染者は発見されておらず、今回の事例は散発的であったと推測された。

(台湾 Epidemiology Bulletin, 18, No. 1, 1, 2002)

髄膜炎菌感染症 (W135 群を含む) の流行状況, 2002年——ブルキナファソ

ブルキナファソ公衆衛生当局により、現在までに6,145例の髄膜炎菌感染症 (死亡813例を含む) が報告され、そのうち血清群 W135 と確定された症例も確認されている。この髄膜炎菌株はメッカへの巡礼者により持ち込まれたことも考えられるが、西アフリカ地域で循環している可能性もある。一部の分離例は、2000～2001年に英国で起こったメッカ巡礼関連の W135 群髄膜炎菌感染症の流行で分離された病原菌 (2a: P1. 5, 2) と同じ株であると報告されている。この流行期間中、英国からブルキナファソへの旅行者 (特に長期間の旅行、地元民と生活や仕事をする者) は、4価のワクチン (A, C, W135, Y 群) の接種を受けるべきである。 (CDSC, CDR, 12, No. 14, 2002)

発酵筋子関連ボツリヌス症集団発生, 2001年 — カナダ

カナダではボツリヌス食中毒は稀な疾患であるが、多くの場合罹患するのは先住民あるいはイヌイットである。最近の症例の多くは僻地で起こっており、サケの卵（産み落とされる前のもので、「はらこ」と呼ばれる）や海生哺乳類の肉を原料とした発酵食品などによる。発酵したサケのはらこ（以下、発酵筋子）は、カナダ西海岸の先住民たちのごちそうであり、高齢者により好まれる傾向がある。伝統的な製法では、溝を掘って草を敷き、そこにサケのはらこをのせて草やコケで覆い、冷涼にしながら2～3日発酵させ、その後2～3日で食べきってしまう。ところが最近ではプラスチックの容器やガラスびんなどの密閉容器で発酵が行なわれることが多くなり、その結果、嫌気性環境で発育するボツリヌス菌にとって好適な条件が整う可能性が高くなる。

事例1：73歳女性とその息子（50歳）。自家製の発酵筋子（ガラスびんを用いて製造）を喫食した翌日発症。抗毒素治療と呼吸管理にもかかわらず女性は心停止に至る。いったんは回復したが長期入院の末、心停止の合併症により死亡。息子は2～3日間の呼吸管理ののち完全に回復。マウスを用いたバイオアッセイにより、両患者の血液からボツリヌスE型毒素を検出。原因食品と推定された発酵筋子からはE型ボツリヌス菌および毒素を検出。

事例2：51歳と49歳の姉妹。遠隔地のフライフィッシングキャンプで発酵筋子（密閉プラスチック容器で何日間も発酵させたもの）を喫食。6時間後嘔吐、下痢、痙攣を示し来院。来院時には神経症状なし。1人は翌日症状が悪化し歩行困難を示したため、2人とも抗毒素の投与を受けた。症状の重い1人は呼吸管理を必要とし、退院後8週経過時（現在）加療中。症状の重い1人の血中からボツリヌスE型毒素が、原因食品と推定された発酵筋子からE型ボツリヌス菌および毒素がそれぞれ検出された。

ボツリヌスはカナダの先住民およびイヌイットの間では古くから知られている。1919～1973年までの間に発生した62件のうち、3分の2がこれらの人々の間で発生したものであった。最も多い原因食品は発酵筋子、その次が自家製スモークサーモンであった。CDCでは「食品の伝統的製法を改変して手間を省こうとすると、ボツリヌス食中毒発生の危険が劇的に増大することがある。ただし、伝統的製法を守っていれば必ず安全だというわけではない」というメッセージによるキャンペーンを行っている。

(Canada CDR, 28-6, 2002)

大学における細菌性結膜炎の集団発生, 2002年 — 米国・ニューハンプシャー州

2002年2月1日～14日に約100名の学生が結膜炎の症状を訴え、大学の健康センターを訪れた。当初ウイルス性の結膜炎の可能性も考えられたが、12例の眼より採取された検体のすべてから肺炎球菌が分離された。調査の結果、5,060名の学生のうち493名（9.7%）は肺炎球菌性結膜炎が疑われ、そのうち81名（1.6%）は細菌学的に確定診断された。発生率は1年生において最も高かった（18%）。一部の症例からの検体についてはアデノウイルスの培養も試みられたが陰性であった。分離された菌株はCDCで検査されたが、血清学的分類は不可能なタイプであった。

学校の保健担当者は手を頻回に洗うこと、タオル、コップなどの器具の共用を避けること、また結膜炎の症状を呈した者は健康センターを受診すること、などを学内に広報した。結膜炎の症状を呈した者は抗菌薬の点眼にて治療が行われた。また、すべての学生に、手指の消毒のためにアルコールを主成分とする抗菌塗布剤が配布された。

(CDC, MMWR, 51, No. 10, 205, 2002)

同種組織片移植に関連した細菌感染症, 2002年 — 米国

2001年11月7日に23歳の男性がミネソタ州のある病院で、大腿骨軟骨の同種組織片を使った膝の再建手術を受けた。11月10日に手術部位の痛みが出現し、急速にショック状態に陥り、その翌日に死亡した。死亡後に血液培養より *Clostridium sordellii* が検出された。

また同11月13日に、イリノイ州の病院で17歳の男性が大腿骨軟骨と半月板の同種組織片を使った膝の再建手術を受けた。その翌日、発熱をみたが、第1世代のセフェムの投与に反応せず、術後8日目に細菌性関節炎にて地域の病院に入院した。アンピシリン-スルバクタムの投与に反応して良好な経過をとった。嫌気性菌の培養は陰性であった。

これら2人の患者に使用された3つの組織片は同一の死体提供者Aより採取され、また同一の組織加工会社Aにより処理された。提供者Aはカルテによれば敗血症状態ではなく、また麻薬注射の使用や腹部外傷などのクロストリジウム感染のリスクも認めなかった。前述した2例を含めて、提供者Aからの10の組織片が9人の患者に移植されたが、他に感染徴候を示したものはなかった。CDCは、提供者Aからの使用前の19組織片のうち2つからと、組織を浸漬する液より *C. sordellii* を検出した。

同種組織片移植に伴う感染症症例の調査により、2002年3月11日までにCDCは前述の2例を含む26例の症例の報告をうけた。うち13例はクロストリジ

ウム属感染症であり、そのうち11例は組織加工会社Aからの組織片を移植されていた。クロストリジウムに汚染されていたと考えられる組織は無菌的に処理されていたが、最終的な滅菌は行われていなかった。

(CDC, MMWR, 51, No. 10, 207, 2002)

リューシュマニア症——パキスタン

パキスタン北西部でのリューシュマニア症の流行状況について、WHOと厚生省は2回目の評価を行い、5,000人の皮膚リューシュマニア症を報告した。疫学的パターンからすると、感染経路としてはサシチョウバエを介した人から人への感染で、保虫動物は関与していないことが推察される。この地域における今後の厚生省、WHO、UNHCRやNGOの活動計画として、地区の保健担当者への教育、ガイドラインの現地語への翻訳、サーベイランスの強化、ベクターコントロールなどがあげられている。Kurram地区での患者で最も多いのは15歳未満の子供である。

(WHO, WER, 77, No.8, 57, 2002)

(担当: 感染研・岩城, 加来, 砂川, 松井,
森, 吉田, 大山, 木村)

<薬剤耐性菌情報>

国内

国内で過去に分離された炭疽菌の薬剤感受性

2001年に米国などで炭疽菌による「テロ事件」が発生し、炭疽菌に曝露された可能性のある人や患者に対する化学療法としてシプロフロキサシンやドキシサイクリンの使用がCDCから推奨された(1)。そこで、過去に国内で分離・保存されていた炭疽菌の5株を用いて緊急に33の抗菌薬に対する薬剤感受性試験がディスク拡散法(NCCLS準拠)により実施された(2)。また、他の研究グループでは、国内分離株3株を用いてEtestにより感受性試験が実施された(3)。

前者の試験結果によれば、5株の保存株は試験に用いた抗菌薬に対し概して良好な感受性を示したが、黄色ブドウ球菌に対するNCCLSの判定基準を適応した場合、5株とも、PCGとABPCでは「耐性:R」と判定された。しかし、ニューキノロン薬、オキサセフェムであるフロモキシセフ、カルバペネム薬、アミノ配糖体、リネゾリドなどに対しては高い感受性が認められた(2)。一方、後者の3株については、Etestの結果、PCG(MIC, 0.016 μ g/ml)の結果が得られ、「感性」と判定された(3)。

今回の試験法は、安全性などの面から、菌の飛散の危険性が少ないディスク拡散法やEtestが採用され、さらに、判定には黄色ブドウ球菌等におけるブレイクポイントが参考にされた。しかし今後、最近分離された株なども加え、さらに微量液体希釈法などによる試験結果等を蓄積しつつ、炭疽菌における各薬剤に対

する耐性/感性の判定のためのブレイクポイントの設定が望まれる。

一方、最近、日本臨床微生物学会、(社)日本臨床衛生検査技師会、日本臨床検査医学会の共同編集による「炭疽菌検査マニュアル」(4)も発表されており、緊急時における炭疽菌の分離・培養、同定、薬剤感受性試験の実施に貢献することが期待される。

参考文献

1. J.A. Jernigan, et al., *Emerg. Infect. Dis.* 7: 933-944, 2001
2. 朽久保邦夫他, *日本臨床微生物学雑誌* 12: 12-18, 2002
3. 広瀬健二他, *IASR Vol.23(1)*: 12-13, 2002
4. 「炭疽菌検査マニュアル」編集ワーキンググループ, *日本臨床微生物学雑誌* 12: 37-57, 2002

国外

レボフロキサシン耐性肺炎球菌による肺炎症例

起炎菌が不明の市中肺炎を外来で治療する場合、米国感染症学会のガイドラインでは、なるべく多くの起炎菌に対応できるようにドキシサイクリン、マクロライド、ニューキノロンのいずれかによる単独療法を推奨している(1)。このうちレボフロキサシン、モキシフロキサシン、ガチフロキサシンといったニューキノロン系の薬剤は、市中肺炎で最も多い起炎菌である肺炎球菌に対し一般に良好な抗菌力を示すが、一方で耐性菌の出現も報告され(2)、その増加が懸念される状況であった。

そのような中、カナダでレボフロキサシン耐性肺炎球菌による肺炎でレボフロキサシンによる治療に失敗した4症例が報告された(3)。肺炎患者1では当初喀痰よりレボフロキサシン感受性肺炎球菌が分離されたが、10日間レボフロキサシンを内服した後に肺炎を再発し、レボフロキサシン耐性肺炎球菌が分離された。患者2でも初め喀痰よりレボフロキサシン感受性肺炎球菌が分離されたが、3日間レボフロキサシンを内服しても肺炎は増悪し、レボフロキサシン耐性肺炎球菌が分離された。患者3はニューキノロン系薬剤の投与歴があり、今回の肺炎のためシプロフロキサシン、続いてレボフロキサシンを内服したが胸水が貯留するなど症状は増悪し、敗血症で死亡した。後の感受性検査で、肺炎球菌は当初からレボフロキサシン耐性であったことが判明した。患者4では急性気管支炎に対しシプロフロキサシンを内服したが肺炎に進行し、さらにレボフロキサシンを8日間内服したところ肺炎は増悪し、喀痰からレボフロキサシン耐性肺炎球菌が分離された。

患者1～3では治療前の菌株も保存されており、PFGEを行ったところ治療前後で同じ遺伝子型を示した。また治療後の菌株(患者3では治療前の菌株も)

はすべて *parC* 遺伝子と *gyrA* 遺伝子の双方にニューキノロン耐性にかかわる変異を有していた。 β -ラクタム、テトラサイクリン、マクロライド系薬剤などへの耐性化には外来性の耐性遺伝子の獲得が必要な場合が多いが、ニューキノロン系薬剤への耐性は、治療経過中に1菌体あたり 10^{6-9} の確率で生じうるので、投与が長期にわたる際には特に注意を要する。また、肺炎球菌が分離された際に、ニューキノロン系薬剤への感受性検査をルーチンで行うことも、今後検討されるべきである。

参考文献

1. J.G. Bartlett, et al., Clin. Infect. Dis. 31:347-382, 2000
2. K. Weiss, et al., Clin. Infect. Dis. 33:517-522, 2001
3. R. Davidson, et al., N. Engl. J. Med. 346:747-750, 2002

黄色ブドウ球菌のフシジン酸耐性

フシジン酸は、化学構造中にステロイド骨格をもつ特異な抗生物質で、ブドウ球菌、特に黄色ブドウ球菌に対して優れた抗菌力をもつ。その作用機序は、蛋白合成過程のアミノ酸鎖伸長反応における伸長因子複合体 (EF-G・GDP) の解離阻害作用による蛋白合成阻害で、静菌的であるが他の抗生物質とは交差耐性をほとんど認めない。わが国では皮膚疾患用の軟膏と貼付剤しかないが、欧米ではそれに加え、優れた組織移行性を利用して他の抗黄色ブドウ球菌剤との併用で髄膜炎などの重症感染症治療に用いられている。

フシジン酸は単独で使用されると、耐性が突然変異により容易に獲得されることが知られている。Erwinらは、英国の施設においてメチシリン感受性黄色ブドウ球菌でのフシジン酸耐性が増加していることを警告している(1)。彼等は、Ravenscroftらの皮膚科での検討データを基に(2)、その原因は皮膚科領域でのフシジン酸の局所単独使用によるのではないかと考察している。わが国でのフシジン酸耐性の報告は、皮膚感染症分離菌では約3.5% (8/229)と報告されている(3)。フシジン酸はメチシリン耐性黄色ブドウ球菌を含めた黄色ブドウ球菌に抗菌活性があるが、同時に耐性獲得が容易な薬剤であることを十分に考慮して使用する必要があると考えられる。

参考文献

1. E.M. Brown, and P. Thomas, Lancet 359: 803, 2002
2. J.C. Ravenscroft, et al., Clin. Exp. Dermatol. 25: 327-330, 2000
3. S. Nishijima, and I. Kurokawa, Int. J. Antimicrob. Agents 19: 241-243, 2002

[担当: 感染研・土井, 八木, 荒川 (宜), 渡辺]

<情報>

日本の AIDS 患者・HIV 感染者の状況

(平成13年12月31日～平成14年3月31日)

厚生労働省健康局疾病対策課
平成14年4月25日

エイズ動向委員会委員長コメント (要旨)

1. 今回の報告期間は平成13年12月31日～平成14年3月31日までの約3カ月であり、法定報告に基づく新規 HIV 感染者報告数は123件、新規 AIDS 患者報告数は63件であった。

2. 感染経路別に見ると、HIV 感染者では男性同性間性的接触によるものが73件(約59%)と第1位であり、そのうち65件が日本人であった。また、異性間性的接触による新規感染者報告数は38件(約31%)であり、感染経路として依然重要である。一方、AIDS 患者では異性間性的接触によるものが33件、同性間性的接触によるものが17件で、前回同様、異性間性的接触によるものが多い。

年齢別では、前回同様、HIV 感染者・AIDS 患者ともに各年齢層に分布しているが、HIV 感染者では20代～30代、AIDS 患者では40代以上の占める割合が高い。

性別で見ると、HIV 感染者・AIDS 患者とも男性が8割以上を占めており、これは前回同様の傾向である。

3. 平成14年1月～3月末までの保健所における HIV 抗体検査件数は11,281件、相談件数が25,626件であり、前年同時期とほぼ同様の件数であった(平成13年1月～3月末までの検査件数は11,361件、相談件数は25,344件)。

4. 平成14年1月～3月の献血件数(速報値)は1,408,014件で、そのうち HIV 抗体陽性件数は10件、10万人当たりの陽性人数は0.710人と前回より少なく、今回の HIV 感染者・AIDS 患者報告数と同調している(平成13年1月～3月末までの10万人当たりの陽性人数は1.007件)。

5. 今回の報告では、HIV 感染者・AIDS 患者ともに前回報告数と比べると少ない数字を示しているが前年同時期と比較するとほぼ同様の件数であった。HIV 感染者のうち男性同性間性的接触による感染者は前回の47%から59%と増加、また AIDS 患者のうち異性間性的接触による男性患者の比率は30%から48%へと増加しており、特に男性同性間および異性間性的接触への対策を一層充実することが急務である。

6. 平成13年の HIV 感染者報告数(確定値)は過去最高の621件で、前年に比べて159件増(約34%増)である。AIDS 患者報告数(確定値)は前年とほぼ同じ332件であった。

(集計表は18&19ページ参照)

感染症法に基づくエイズ患者・HIV感染者情報(平成13年12月31日～平成14年3月31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	27 (4)	11 (3)	38 (7)
同性間の性的接触*	73 (8)	- (-)	73 (8)
静注薬物濫用	- (-)	- (-)	- (-)
母子感染	- (-)	- (-)	- (-)
その他**	1 (-)	1 (-)	2 (-)
不明	7 (1)	3 (2)	10 (3)
合計	108 (13)	15 (5)	123 (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	30 (2)	3 (2)	33 (4)
同性間の性的接触*	17 (-)	- (-)	17 (-)
静注薬物濫用	- (-)	1 (-)	1 (-)
母子感染	- (-)	- (-)	- (-)
その他**	3 (-)	- (-)	3 (-)
不明	9 (3)	- (-)	9 (3)
合計	59 (5)	4 (2)	63 (7)

()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	1 (-)	- (-)	1 (-)
20～29歳	39 (5)	6 (3)	45 (8)
30～39歳	36 (6)	3 (1)	39 (7)
40～49歳	16 (2)	4 (1)	20 (3)
50歳以上	16 (-)	2 (-)	18 (-)
不明	- (-)	- (-)	- (-)
合計	108 (13)	15 (5)	123 (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	2 (-)	1 (1)	3 (1)
30～39歳	15 (2)	2 (1)	17 (3)
40～49歳	21 (2)	1 (-)	22 (2)
50歳以上	21 (1)	- (-)	21 (1)
不明	- (-)	- (-)	- (-)
合計	59 (5)	4 (2)	63 (7)

()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	90 (5)	10 (1)	100 (6)
海外	10 (5)	2 (1)	12 (6)
不明	8 (3)	3 (3)	11 (6)
合計	108 (13)	15 (5)	123 (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	37 (-)	1 (-)	38 (-)
海外	13 (2)	2 (1)	15 (3)
不明	9 (3)	1 (1)	10 (4)
合計	59 (5)	4 (2)	63 (7)

()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14年3月31日現在)

法定報告分

1. HIV感染者

	男性	女性	合計
異性間の性的接触	1,105 (199)	922 (596)	2,027 (795)
同性間の性的接触*	1,513 (132)	1 (-)	1,514 (132)
静注薬物濫用	25 (16)	1 (1)	26 (17)
母子感染	13 (2)	13 (6)	26 (8)
その他**	53 (13)	35 (11)	88 (24)
不明	484 (208)	484 (445)	968 (653)
合計	3,193 (570)	1,456 (1,059)	4,649 (1,629)
凝固因子製剤による感染者***	1,413 (...)	17 (...)	1,430 (...)

()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

*** 「血液凝固異常症全国調査」による2000年5月31日現在の血液凝固因子製剤による感染者(患者150名含む)の報告数である。

2. AIDS患者

	男性	女性	合計
異性間の性的接触	876 (146)	184 (101)	1,060 (247)
同性間の性的接触*	544 (55)	1 (-)	545 (55)
静注薬物濫用	15 (10)	1 (-)	16 (10)
母子感染	9 (1)	6 (3)	15 (4)
その他**	40 (12)	18 (7)	58 (19)
不明	503 (185)	114 (81)	617 (266)
合計	1,987 (409)	324 (192)	2,311 (601)

3. 累積死者数

1,254名(平成14年3月31日現在)

(上記死者数には「血液凝固異常症全国調査」の累積死亡報告数523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

法定報告分

都道府県	HIV感染者		AIDS患者		ブロック別		都道府県	HIV感染者		AIDS患者		ブロック別	
	報告数	%	報告数	%	HIV感染者 累積報告数	AIDS患者 累積報告数		報告数	%	報告数	%	HIV感染者 累積報告数	AIDS患者 累積報告数
北海道	36 (1)	0.8	33 (1)	1.4	36 (0.8%)	33 (1.4%)	鳥取県	3 (1)	0.1	1 (0)	0.0		
青森県	10 (0)	0.2	8 (0)	0.3			島根県	4 (0)	0.1	1 (0)	0.0		
岩手県	8 (1)	0.2	9 (1)	0.4			岡山県	8 (0)	0.2	6 (0)	0.3	中国・	
宮城県	23 (3)	0.5	16 (0)	0.7			広島県	23 (1)	0.5	11 (1)	0.5	四国	
秋田県	6 (0)	0.1	4 (0)	0.2			山口県	8 (0)	0.2	6 (0)	0.3		
山形県	5 (0)	0.1	8 (0)	0.3			徳島県	2 (4)	0.0	2 (0)	0.1		
福島県	28 (2)	0.6	13 (0)	0.6	80 (1.7%)	58 (2.5%)	香川県	8 (0)	0.2	2 (0)	0.1		
茨城県	347 (0)	7.5	159 (4)	6.9			愛媛県	17 (0)	0.4	9 (0)	0.4	82	42
栃木県	95 (0)	2.0	76 (1)	3.3			高知県	9 (0)	0.2	4 (0)	0.2	(1.8%)	(1.8%)
群馬県	71 (2)	1.5	49 (3)	2.1			福岡県	57 (1)	1.2	28 (0)	1.2		
埼玉県	192 (0)	4.1	129 (3)	5.6			佐賀県	2 (0)	0.0	1 (0)	0.0		
千葉県	345 (6)	7.4	199 (6)	8.6			長崎県	10 (0)	0.2	8 (0)	0.3		
東京都	1,750 (65)	37.6	719 (21)	31.1			熊本県	13 (0)	0.3	8 (0)	0.3	九州・	
神奈川県	393 (6)	8.5	208 (3)	9.0			大分県	2 (0)	0.0	4 (0)	0.2	沖縄	
新潟県	43 (1)	0.9	22 (0)	1.0			宮崎県	3 (1)	0.1	3 (0)	0.1		
山梨県	61 (0)	1.3	20 (1)	0.9	3,477 (74.8%)	1,657 (71.7%)	鹿児島県	13 (0)	0.3	8 (0)	0.3	115	83
長野県	180 (4)	3.9	76 (3)	3.3			沖縄県	15 (0)	0.3	23 (1)	1.0	(2.5%)	(3.6%)
富山県	12 (2)	0.3	9 (1)	0.4								4,649	2,311
石川県	7 (0)	0.2	4 (0)	0.2								4,649	2,311
福井県	18 (2)	0.4	7 (0)	0.3									
岐阜県	22 (0)	0.5	24 (0)	1.0									
静岡県	115 (3)	2.5	66 (2)	2.9									
愛知県	168 (10)	3.6	78 (2)	3.4									
三重県	60 (0)	1.3	28 (0)	1.2									
滋賀県	11 (1)	0.2	12 (1)	0.5									
京都府	48 (1)	1.0	30 (3)	1.3									
大阪府	302 (7)	6.5	118 (3)	5.1									
兵庫県	60 (2)	1.3	39 (2)	1.7									
奈良県	25 (0)	0.5	10 (0)	0.4									
和歌山県	11 (0)	0.2	13 (0)	0.6									

1. 凝固因子製剤による患者・感染者は除く
2. ()内は今回報告数(平成13年12月31日～平成14年3月31日分)である

(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	10万人 当たり	年	献血件数 (検査実施数)	陽性件数 ()内女性	10万人 当たり
1987年 (昭和62年)	8,217,340 件	11 (1)	0.134	1995年 (平成7年)	6,298,706	46 (9)	0.730
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	64 (6)	1.042
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)	5,774,269	79 (1)	1.368
1994年 (平成6年)	6,610,484	36 (5)	0.545	2002年 (平成14年1月～3月分)	1,408,014 (速報値)	10 (1)	0.710

- (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・2002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

(2002年4月26日現在累計)

	00	00	00	01	01	01	01	01	01	01	01	01	01	01	01	01	02	02	02	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)	-	-	-	8	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-	11
Enterotoxigenic <i>E. coli</i> (ETEC)	8	3	2	1	-	2	5	6	57	68	67	44	34	2	1	1	1	-	-	302
Enteropathogenic <i>E. coli</i> (EPEC)	63	-	3	4	46	4	1	3	5	7	28	4	1	-	1	-	-	-	-	170
Verotoxin-producing <i>E. coli</i> (EHEC/VTEC)	26	24	83	38	59	26	24	68	49	63	54	31	31	32	25	14	20	17	-	684
<i>E. coli</i> other/unknown	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
<i>Salmonella</i> Typhi	184	199	61	40	24	101	285	143	263	389	783	277	127	63	47	16	16	14	-	3032
<i>Salmonella</i> Paratyphi A	2	1	2	1	-	2	-	-	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	-	12
<i>Salmonella</i> 02	21	9	30	51	36	23	24	40	41	43	16	54	29	26	33	53	8	17	-	554
<i>Salmonella</i> 04	-	-	-	3	-	-	-	1	-	1	1	-	1	-	1	1	2	-	-	11
<i>Salmonella</i> 07	-	1	1	1	1	1	1	-	2	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1	11
<i>Salmonella</i> 08	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5
<i>Salmonella</i> 09	2	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4
<i>Salmonella</i> 09,46	42	16	15	2	6	10	9	20	32	48	67	58	25	14	6	4	9	1	-	384
<i>Salmonella</i> 03,10	-	1	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3
<i>Salmonella</i> 01,3,19	46	21	32	12	7	13	11	40	33	60	93	38	40	21	11	5	5	1	-	489
<i>Salmonella</i> 011	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4
<i>Salmonella</i> 013	22	6	7	6	1	8	5	10	9	30	20	39	17	4	4	3	4	-	-	195
<i>Salmonella</i> 016	-	-	-	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4
<i>Salmonella</i> 018	260	136	96	36	23	25	29	145	252	191	154	86	209	121	80	20	8	18	-	1889
<i>Salmonella</i> 028	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	2
<i>Salmonella</i> 030	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
<i>Salmonella</i> 035	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
<i>Salmonella</i> 039	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
<i>Salmonella</i> 043	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
<i>Salmonella</i> others	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
<i>Salmonella</i> unknown	6	2	2	1	1	1	4	3	6	1	3	3	-	2	1	1	1	-	-	38
<i>Listeria monocytogenes</i>	1	-	-	-	-	1	2	-	3	3	6	1	1	-	-	-	-	-	1	19
<i>Yersinia enterocolitica</i>	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1
<i>Yersinia pseudotuberculosis</i>	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
<i>Vibrio cholerae</i> 01:Elt.Oga. (CT+)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
<i>Vibrio cholerae</i> 01:Elt.Ina. (CT+)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
<i>Vibrio cholerae</i> 01:Elt.Ina. (CT-)	-	-	1	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6
<i>Vibrio cholerae</i> non-01 & 0139	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5
<i>Vibrio parahaemolyticus</i>	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6
<i>Vibrio fluvialis</i>	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6
<i>Vibrio mimicus</i>	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
<i>Aeromonas hydrophila</i>	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	17
<i>Aeromonas sobria</i>	13	3	1	-	1	-	1	3	12	136	234	204	47	1	-	1	-	-	-	657
<i>Plesiomonas shigelloides</i>	-	-	-	2	-	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	8
<i>Campylobacter jejuni</i>	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	-	-	-	-	-	-	-	3
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	2
	2	-	-	-	-	-	-	-	3	1	-	1	2	2	-	1	-	-	-	12
	-	-	-	1	1	-	-	-	1	3	3	2	-	-	-	-	-	-	-	11
	-	-	-	-	1	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
	2	-	2	1	-	2	-	1	-	3	6	9	1	-	1	-	-	-	1	29
	110	56	32	30	24	61	74	91	145	100	104	64	84	53	48	19	35	24	-	1154

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

(2002年4月26日現在累計)

	00	00	00	01	01	01	01	01	01	01	01	01	01	01	01	01	01	02	02	02	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			
<i>Campylobacter coli</i>	-	1	1	1	-	2	1	6	4	1	2	1	1	-	-	-	-	2	2	25	
<i>Campylobacter jejuni/coli</i>	2	1	2	2	4	2	3	12	5	7	3	8	10	3	3	1	1	3	72		
<i>Staphylococcus aureus</i>	68	80	5	11	10	8	7	33	32	53	50	13	23	16	12	7	17	4	449		
<i>Clostridium perfringens</i>	-	33	5	5	43	5	13	2	114	5	97	33	47	-	10	20	1	1	434		
<i>Bacillus cereus</i>	-	-	-	1	5	-	-	-	1	4	-	2	3	-	47	-	1	-	64		
<i>Shigella dysenteriae</i> 7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1		
<i>Shigella dysenteriae</i> 9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1		
<i>Shigella flexneri</i> 1b	-	-	-	1	-	-	-	-	2	-	-	-	1	1	-	1	1	-	6		
<i>Shigella flexneri</i> 2a	2	2	-	2	-	5	2	2	3	1	1	-	1	-	-	1	-	-	22		
<i>Shigella flexneri</i> 2b	-	-	-	1	1	-	1	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1	5		
<i>Shigella flexneri</i> 3a	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	1	-	-	-	-	4		
<i>Shigella flexneri</i> 4a	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	1	-	-	-	4		
<i>Shigella flexneri</i> 4b	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
<i>Shigella flexneri</i> 6	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1		
<i>Shigella flexneri</i> var. X	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1		
<i>Shigella flexneri</i> var. Y	-	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	3		
<i>Shigella flexneri</i> others	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1		
<i>Shigella flexneri</i> unknown	3	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	3		
<i>Shigella boydii</i> 4	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	2		
<i>Shigella boydii</i> 14	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1		
<i>Shigella boydii</i> NT	-	1	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1		
<i>Shigella sonnei</i>	40	31	1	4	3	1	3	8	5	9	9	5	6	8	107	65	15	11	331		
<i>Shigella</i> unknown	10	8	1	2	6	5	6	7	4	11	4	5	2	-	1	4	2	1	79		
<i>Entamoeba histolytica</i>	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-	-	2		
<i>Streptococcus</i> group A	209	216	235	163	232	194	147	186	214	86	42	70	83	183	201	143	191	94	2889		
<i>Streptococcus</i> group B	11	15	5	8	9	23	17	14	21	16	18	22	11	-	2	-	3	-	195		
<i>Streptococcus</i> group C	3	2	-	-	1	-	3	4	2	-	1	1	3	-	2	-	2	-	24		
<i>Streptococcus</i> group G	4	4	2	12	14	7	11	5	6	12	7	9	6	1	1	2	3	-	106		
<i>Streptococcus</i> other/unknown	-	-	-	-	2	-	-	1	1	-	-	1	-	-	-	-	-	-	5		
<i>Streptococcus pneumoniae</i>	-	-	-	-	1	2	2	2	1	4	-	4	13	28	47	25	42	9	180		
<i>Bordetella pertussis</i>	-	1	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	4		
<i>Legionella pneumophila</i>	-	-	1	1	-	2	1	-	-	-	-	1	-	-	1	2	-	-	9		
<i>Mycobacterium tuberculosis</i>	-	-	-	-	-	-	-	-	3	7	1	2	3	2	1	-	-	-	19		
<i>M. avium-intracellulare</i> complex	-	-	-	-	-	-	-	-	8	4	5	10	5	12	-	-	-	-	44		
<i>Haemophilus influenzae</i> b	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	3	-	5		
<i>Haemophilus influenzae</i> non-b	1	2	1	-	1	1	1	-	-	2	-	4	6	11	7	7	8	2	54		
<i>Neisseria meningitidis</i>	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	2		
<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	3	8	12	16	10	3	11	3	3	11	5	-	4	5	5	10	3	1	113		
<i>Leptospira</i>	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1		
<i>Mycoplasma pneumoniae</i>	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	10	-	-	-	11		
国内例合計	1103	879	637	460	519	530	700	855	1345	1394	1878	1111	888	618	722	428	404	224	14695		
輸入例合計	82	15	9	16	58	20	11	12	16	24	36	16	9	-	3	7	4	2	340		

上段：国内例、下段：輸入例（別掲）

検体採取月別、由来ヒト(検疫所)

(2002年4月26日現在累計)

	00	00	00	01	01	01	01	01	01	01	01	01	01	01	01	01	02	02	02	02	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	4月		
Enteroinvasive <i>E. coli</i> (EIEC)	-	1	1	-	1	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	2	-	10
Enteropathogenic <i>E. coli</i> (EPEC)	1	-	-	-	1	1	1	-	-	-	3	-	1	-	-	-	-	-	-	-	8
<i>Salmonella</i> 04	2	-	-	4	3	2	-	1	1	2	2	2	-	-	-	-	1	2	-	1	23
<i>Salmonella</i> 07	5	-	2	1	2	1	3	3	2	1	7	8	1	1	-	3	3	2	1	-	46
<i>Salmonella</i> 08	3	1	5	-	4	2	1	4	-	1	2	2	1	-	1	2	-	2	-	-	31
<i>Salmonella</i> 09	2	-	3	2	1	1	3	3	6	1	4	3	2	2	-	2	2	1	-	-	38
<i>Salmonella</i> 03, 10	-	2	1	-	2	1	2	2	3	1	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	16
<i>Salmonella</i> 01, 3, 19	-	-	-	-	1	1	-	-	1	-	-	1	-	-	-	-	-	-	2	-	6
<i>Salmonella</i> 016	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
<i>Salmonella</i> 018	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
<i>Salmonella</i> unknown	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1
<i>Vibrio cholerae</i> 01:Elt.Oga. (CT+)	2	-	-	-	-	1	-	1	-	1	1	-	-	1	-	-	-	-	-	-	7
<i>Vibrio cholerae</i> 01:Elt.Oga. (CT-)	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
<i>Vibrio cholerae</i> 01:Elt.Ina. (CT+)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	2
<i>Vibrio cholerae</i> non-01& 0139	10	15	5	10	13	20	6	10	17	10	13	18	4	3	2	3	7	16	-	-	182
<i>Vibrio parahaemolyticus</i>	31	43	19	57	54	61	25	45	43	46	65	57	28	8	16	21	27	58	4	-	708
<i>Vibrio fluvialis</i>	1	-	2	-	6	1	1	1	2	-	2	8	3	-	1	1	2	1	-	-	32
<i>Vibrio mimicus</i>	1	-	-	1	-	2	-	-	1	-	2	1	-	1	-	1	-	-	-	-	10
<i>Vibrio furnissii</i>	-	-	-	-	-	2	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	4
<i>Aeromonas hydrophila</i>	5	4	1	2	5	7	-	8	3	1	5	2	1	2	2	1	2	3	-	-	54
<i>Aeromonas sobria</i>	4	7	4	4	8	9	9	8	9	2	11	13	2	1	6	4	7	11	-	-	119
<i>Aeromonas hydrophila/sobria</i>	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
<i>Plesiomonas shigelloides</i>	73	101	68	98	141	233	110	99	107	138	197	190	76	29	33	68	101	188	10	-	2060
<i>Shigella dysenteriae</i> 9	1	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
<i>Shigella flexneri</i> 1b	-	-	1	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3
<i>Shigella flexneri</i> 2a	-	-	-	-	-	1	-	1	-	-	-	-	-	1	2	1	-	-	-	-	6
<i>Shigella flexneri</i> 2b	-	-	-	-	4	-	-	-	-	-	2	1	-	1	-	-	-	-	-	-	8
<i>Shigella flexneri</i> 3a	1	-	-	1	-	1	-	-	-	2	1	2	1	-	-	-	-	1	-	-	12
<i>Shigella flexneri</i> 3b	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
<i>Shigella flexneri</i> 4a	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
<i>Shigella flexneri</i> 4b	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	1
<i>Shigella flexneri</i> 4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
<i>Shigella flexneri</i> 6	1	1	2	-	2	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	8
<i>Shigella flexneri</i> others	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
<i>Shigella boydii</i> 1	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
<i>Shigella boydii</i> 2	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
<i>Shigella boydii</i> 4	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	2
<i>Shigella boydii</i> 12	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1
<i>Shigella boydii</i> NT	-	-	-	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
<i>Shigella sonnei</i>	15	12	16	14	18	33	12	11	14	15	28	16	6	2	11	7	5	11	3	-	249
Others	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	3
合計	159	187	132	194	264	393	176	197	213	223	346	328	131	51	77	117	158	301	19	-	3666
輸入例																					

病原体が検出された者の渡航先(検疫所集計)

2002年3月~4月累計

(2002年4月26日現在)

検出病原体	イ	イ	韓	カ	シ	タ	中	ネ	バ	バ	フ	ブ	ベ	香	マ	ミ	ラ	ア	グ	ベ	オ	ニ	例
	ン	ン	ン	ン	ン	ン	ン	ン	ン	ン	ン	ン	ン	ン	ン	ン	ン	ン	ン	ン	ン	ン	ン
EIEC	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-	-	2
<i>Salmonella</i> 04	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
<i>Salmonella</i> 07	1	-	-	1	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3
<i>Salmonella</i> 08	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
<i>Salmonella</i> 09	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
<i>Salmonella</i> 01, 3, 19	-	2	-	-	1	1	-	-	-	-	-	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	2
<i>V. cholerae</i> 01 CT+	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
<i>V. cholerae</i> non-01&0139	-	1	-	4	1	9	-	-	-	-	-	-	7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	16
<i>V. parahaemolyticus</i>	-	5	1	3	4	31	-	-	-	-	3	-	23	-	2	-	-	-	-	1	-	-	62
<i>V. fluvialis</i>	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
<i>V. furnissii</i>	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1
<i>A. hydrophila</i>	-	-	-	1	-	2	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3
<i>A. sobria</i>	-	1	-	2	3	8	-	-	-	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	11
<i>P. shigelloides</i>	1	42	-	32	12	124	3	1	-	-	2	-	35	2	7	2	3	-	-	-	-	1	198
<i>S. flexneri</i> 3a	-	-	-	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
<i>S. flexneri</i> 6	1	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
<i>S. sonnei</i>	5	1	-	2	-	6	-	-	1	1	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1	-	14
合計	8	52	1	47	21	191	3	1	1	1	6	1	70	2	11	2	3	1	1	2	1	1	320

* 2つ以上の国へ渡航した例を含む

報告機関別、由来ヒト(地研・保健所集計) 2002年3月検体採取分 (2002年4月26日現在)

	仙 台 市	秋 田 県	山 形 県	福 島 県	川 崎 市	横 須 賀 市	新 潟 県	石 川 県	静 岡 県	滋 賀 県	京 都 市	尼 崎 市	島 根 県	広 島 市	徳 島 県	香 川 県	愛 媛 県	福 岡 市	沖 縄 県	合 計	
検出病原体																					
EHEC/VTEC	-	3	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-	1	-	-	2	6	14	
EPEC	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	9	-	-	-	-	2	4	-	-	17	
<i>E. coli</i> others	-	3	-	-	-	-	-	-	12	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	17	
<i>Salmonella</i> Paratyphi A	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	
<i>Salmonella</i> 04	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1	
<i>Salmonella</i> 07	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	
<i>Salmonella</i> 09	-	-	1	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	16	-	-	-	-	-	18	
<i>Salmonella</i> 01,3,19	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	
<i>Y. enterocolitica</i>	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	
<i>A. sobria</i>	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1 (1)	-	-	-	-	1 (1)	
<i>P. shigelloides</i>	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	
<i>C. jejuni</i>	-	5	-	-	3	-	-	-	-	-	12	-	-	3	-	1	-	-	-	24	
<i>C. coli</i>	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	2	
<i>C. jejuni/coli</i>	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	2	-	-	-	3	
<i>S. aureus</i>	-	-	-	-	-	-	-	2	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4	
<i>C. perfringens</i>	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	
<i>S. flexneri</i>	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	1	
<i>S. sonnei</i>	-	-	10	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2 (1)	-	12 (1)	
<i>Streptococcus</i> A	2	30	18	29	-	-	5	-	-	-	3	-	-	1	-	-	6	-	-	94	
<i>S. pneumoniae</i>	-	-	-	9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	9	
<i>H. influenzae</i> non-b	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	2	
<i>N. gonorrhoeae</i>	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	1	
合計	2	42	30	40	4	2	5	1	15	1	28	1	1	22	5 (1)	3	14	4 (1)	6	226 (2)	
Salmonella 血清型別内訳																					
04 Not typed	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	1
07 Infantis	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
09 Enteritidis	-	-	1	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	16	-	-	-	-	-	-	18
01,3,19 Krefeld	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Shigella 血清型別内訳																					
<i>S. flexneri</i> 2b	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1
<i>S. sonnei</i>	-	-	10	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2 (1)	-	-	12 (1)
A群溶レン菌T型別内訳																					
T1	2	7	2	2	-	-	1	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	16
T2	-	3	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4
T4	-	10	5	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	19
T12	-	-	10	10	-	-	2	-	-	-	1	-	-	1	-	-	-	-	-	-	24
T25	-	6	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	7
T28	-	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
TB3264	-	3	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5
型別不能	-	-	-	11	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	11
型別せず	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6	-	-	-	6

():海外旅行者分再掲

臨床診断名別(地研・保健所)

2002年3月～4月累計

(2002年4月26日現在)

検出病原体	細菌性赤痢	腸チフス	パラチフス	腸管出血性大腸菌感染症	A群溶レン菌咽頭炎	感染性胃腸炎	不明記載なし	その他
EHEC/VTEC	-	-	-	21	-	-	-	-
EPEC	-	-	-	-	-	8	2	-
<i>E. coli</i> others	-	-	-	-	-	2	-	-
<i>S. Typhi</i>	-	1	-	-	-	-	-	-
<i>S. Paratyphi A</i>	-	-	1	-	-	-	-	-
<i>A. sobria</i>	-	-	-	-	-	-	1	-
<i>A. hydrophila/sobria</i>	-	-	-	-	-	1	-	-
<i>C. jejuni</i>	-	-	-	-	-	1	1	-
<i>C. coli</i>	-	-	-	-	-	-	1	-
<i>C. jejuni/coli</i>	-	-	-	-	-	5	1	-
<i>S. sonnei</i>	24	-	-	-	-	-	-	-
<i>S. pyogenes</i>	-	-	-	-	17	-	-	1
合計	24	1	1	21	17	17	6	1

* 「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

(2002年2月16日～4月15日受理分)

国立感染症研究所細菌第一部第二室

チフス

ファージ型	所轄保健所	例数	菌分離年月
E1	東京都文京保健所	1 (1)	2002 02
E1	東京都台東保健所	1 (1)	2002 02
E1	神奈川県相模原市保健所	1	2002 03
UVS1	東京都品川保健所	1 (1)	2002 03
UVS1	横浜市保土ヶ谷区保健所	1 (1)	2002 03
A	神戸市保健所	1 (1)	2002 04
B1	東京都文京保健所	1	2002 02
F6	東京都墨田区保健所	1 (1)	2002 04
M1	東京都千代田区保健所	1 (1)	2002 02
小計		9 (7)	

パラチフスA

ファージ型	所轄保健所	例数	菌分離年月
4	東京都新宿区保健所	1 (1)	2002 04
4	大阪市都島保健所	1 (1)	2002 02
1	富山県中部保健所	1 (1)	2001 08
2	東京都八王子保健所	1 (1)	2002 04
小計		4 (4)	
合計		13 (11)	

(): 海外輸入例再掲

UVS1: Untypable Vi Strain group-1

臨床診断名別、2001年11月～2002年4月累計 (2002年4月26日現在)

	急性ウイルス性肝炎	ツツガムシ病	デング熱	イオン交換樹脂熱	咽頭結核膜炎	A群溶連菌咽頭炎	感染性胃腸炎	水痘	手足口病	伝染性紅斑	突発性発疹	風疹	ヘルパンギーナ	麻疹	流行性耳下腺炎	流行性角結膜炎	性器クラミジア感染症	性器ヘルペス	急性性脳膜炎	細菌性髄膜炎	無菌性髄膜炎	PRSIP感染症	不明記載なし	その他の診断名	合計		
PICORNA NT	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	5	7		
COXSA. A2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	2	
COXSA. A4	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	9	11	
COXSA. A6	-	-	-	1	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4	6	
COXSA. A8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	
COXSA. A9	-	-	-	2	2	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	3	3	13		
COXSA. A16	-	-	-	-	-	-	1	-	75	-	-	-	3	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	4	84		
COXSA. A24	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	
COXSA. B1	-	-	-	1	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	3	
COXSA. B2	-	-	-	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4	-	-	5	12		
COXSA. B3	-	-	-	3	-	-	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	4	11			
COXSA. B4	-	-	-	3	-	-	3	-	1	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1	-	1	-	-	11	21		
COXSA. B5	-	-	-	5	-	-	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	-	-	10	22		
COXSA. B6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1	1	
ECHO 4	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	
ECHO 6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1	1	
ECHO 9	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	1	4		
ECHO 11	-	-	-	11	-	1	10	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	14	-	1	43	81		
ECHO 12	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	
ECHO 13	-	-	-	-	-	-	9	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	16	-	-	7	34		
ECHO 14	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	2	2	
ECHO 16	-	-	-	1	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5	8		
ECHO 18	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	3	5		
ECHO 21	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1	3	3	
ECHO 22	-	-	-	1	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	4	4	
ECHO 24	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	
ECHO 25	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	3	5	5	
ECHO 30	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	-	3	4	11	11		
POLIO 1	-	-	-	1	-	-	6	-	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1	11	11	
POLIO 2	1	-	-	-	-	-	6	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	9	9	
POLIO 3	-	-	-	-	-	-	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4	4	
ENTERO 71	-	-	-	-	-	-	-	-	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	3	
RHINO	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	3	3	
INF. A(H1)	-	-	-	2161	-	-	5	-	1	-	-	-	-	-	4	-	-	11	-	-	-	-	29	383	2594		
INF. A(H1N1)	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	
INF. A(H3)	-	-	-	1658	2	-	3	-	1	-	-	-	-	-	4	-	-	34	-	1	-	-	28	293	2024		
INF. A(H3N2)	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	
INF. B	-	-	-	728	1	-	3	-	-	-	-	-	-	-	3	-	-	3	-	-	-	-	2	163	903		
INF. C	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	2	5	5	
INF. A. NT	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	1	
PARAINF. 1	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6	7	7	
PARAINF. 2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	1	
PARAINF. 3	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	2	2	
RSV	-	-	-	5	-	-	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	58	67	67		
MUMPS	-	-	-	2	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	35	-	-	-	-	24	-	2	12	77	77	
MEASLES	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4	4
ROTA NT	-	-	-	-	-	-	22	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	22	22
ROTA A	-	-	-	-	-	-	268	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	7	278	278	
ASTRO NT	-	-	-	-	-	-	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	4	4	
ASTRO 1	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	
ASTRO 5	-	-	-	-	-	-	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4	4	
SRSV	-	-	-	-	-	-	36	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	23	61	61	
NLV NT	-	-	-	-	-	-	118	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	7	125	125	
NLV GI	-	-	-	-	-	-	11	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	14	25	25	
NLV GI1	-	-	-	-	-	-	279	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	22	154	455	455	
SLV	-	-	-	-	-	-	25	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	25	25	
ADENO NT	-	-	-	-	-	-	26	-	-	-	-	-	-	-	3	-	-	-	1	-	-	-	3	29	62	62	
ADENO 1	-	-	-	13	6	-	6	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	2	43	72	72	
ADENO 2	-	-	-	43	2	1	7	-	1	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	7	69	135	135	
ADENO 3	-	-	-	71	26	-	5	-	-	-	-	-	-	-	20	-	-	-	-	-	-	-	3	38	164	164	
ADENO 4	-	-	-	4	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	-	-	-	-	-	-	-	-	5	13	13	
ADENO 5	-	-	-	5	-	-	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	15	24	24	
ADENO 6	-	-	-	1	1	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	6	6	
ADENO 7	-	-	-	2	1	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	6	6	
ADENO 8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	1
ADENO 11	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	2	2
ADENO 19	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	27	-	-	-	-	-	-	-	-	-	27	27
ADENO 37	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	25	-	-	-	-	-	-	-	-	-	25	25
ADENO 41	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1
ADENO40/41	-	-	-	-	-	-	44	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	44	44
HSV NT	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	2	14	17	17	
HSV 1	-	-	-	6	-	-	2	-	1	-	-	3	-	-	1	-	-	-	-	2	3	-	1	50	69	69	
HSV 2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	2	2
VZV	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	2
CMV	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	15	17	17
HHV 6	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	7	10	10	
HHV 7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	3	3	3
EBV	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	4	6	6	6
PARVO B19	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	4	4	4
DENGUE 3	-	-	-	1	-	-																					

Analysis of the increase in positives in HIV screening tests, 2001.....	111	Increased shigellosis outbreaks due to <i>Shigella sonnei</i> , December	
HIV-1 subtypes detected in Japan, 2001.....	111	2001-February 2002—Shizuoka.....	119
Detection of drug-resistant HIV strains from untreated HIV-		An outbreak of Norwalk-like virus and hepatitis A virus infections	
infected persons in Japan, 1998-2001.....	112	caused by purplish Washington clams imported from China,	
The trend of HIV/AIDS in 2001 and action plans for prevention		December 2001-January 2002—Hamamatsu City.....	119
and control of HIV/AIDS in 2002—Tokyo.....	112	An outbreak of Norwalk-like virus gastroenteritis caused by	
Countermeasures against HIV/AIDS by a health center—		person-to-person infection at a welfare facility and a hospital,	
Okayama City.....	114	February-March 2002—Fukuoka City.....	120
Open of a homepage, "HIV tests and counseling map", and analysis		Isolation of echovirus 13 from child patients with meningitis or	
of their access counts by contents, September 2001-April 2002....	116	other symptoms, November 2001-March 2002—Osaka City.....	121
Current topics on HIV/AIDS research: the host factors and small-		AIDS and HIV infections in Japan, January-March 2002	125
animal models for HIV-1 infection.....	117		

<THE TOPIC OF THIS MONTH>
HIV/AIDS in Japan as of December 31, 2001

The HIV/AIDS surveillance began in 1984 and was conducted in compliance with the AIDS Prevention Law from 1989 through March 1999. Since April 1999, it has been continued as the National Epidemiological Surveillance of Infectious Diseases (NESID) under the Law Concerning the Prevention of Infectious Diseases and Medical Care for Patients of Infections (the category IV notifiable infectious diseases). For the HIV/AIDS reporting system, see IASR Vol. 19, No. 4, Vol. 20, No. 4, Vol. 21, No. 7 and Vol. 22, No. 5. The number of HIV-infected cases without AIDS (hereafter abbreviated to HIV cases) and that of AIDS patients in the current article are both based on the report as of February 27, 2002. The 2001 Annual Report confirmed by the National AIDS Surveillance Committee is going to be published by the Specific Disease Control Division, the Ministry of Health, Labour and Welfare (MHLW).

The trend of HIV/AIDS incidence 1985-2001: HIV cases newly reported in 2001 counted at 621 (534 males and 87 females) and AIDS patients at 332 (282 males and 50 females). Japanese males accounted for 76% of HIV cases and 67% of AIDS patients (Fig. 1). The reports of HIV cases once decreased in 2000 and then increased again to the largest number in 2001. Reports of AIDS patients have continuously been in the increase every year except 1998 (Fig. 2).

The cumulative number of reports from 1985 through December 31, 2001 (excluding those infected by use of coagulation factor products) counted at 4,526 for HIV cases and 2,246 for AIDS patients, corresponding to 3.566 HIV cases (3.087 until 2000) and 1.770 AIDS patients (1.512 until 2000) per 100,000 population. By another national survey, 1,430 HIV cases infected by use of coagulation factor products (including 150 AIDS patients) were reported as of May 31, 2000.

Nationality and gender: The recent increase in HIV cases is ascribable mainly to the increase in Japanese males, but Japanese females are also increasing gradually. Non-Japanese male cases are being kept on the same level or tending to increase slightly, but non-Japanese female cases are tending to decrease gradually (Fig. 3). For AIDS patients, Japanese males markedly increased during recent years, but slightly decreased in number in 2001. Since a decrease was also seen in 1998, and an increase followed, a careful observation seems necessary. Non-Japanese cases of both HIV cases and AIDS patients were dominant in Southeast Asia followed by Latin America and sub-Saharan Africa.

Figure 1. Nationality and gender of HIV cases and AIDS patients, 2001, Japan

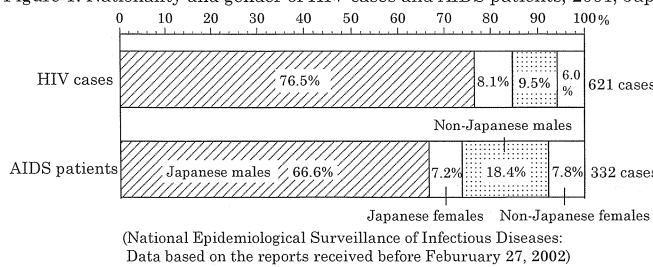


Figure 2. HIV cases and AIDS patients, 1985-2001, Japan

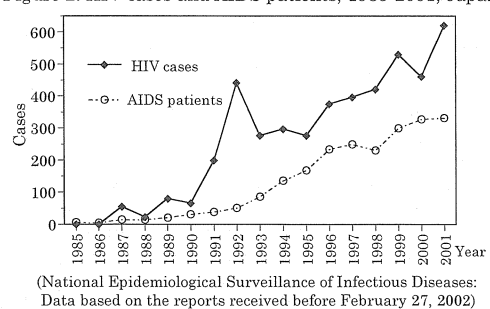
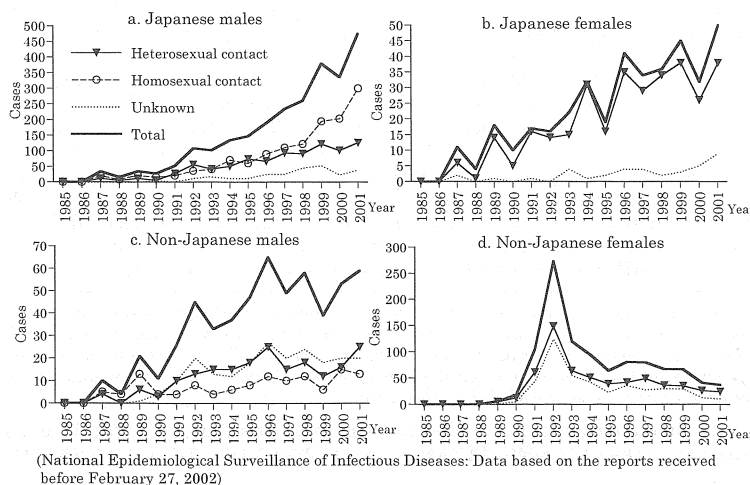


Figure 3. Nationality, gender, and mode of infection of HIV cases, 1985-2001, Japan



(Continued on page 110')

(THE TOPIC OF THIS MONTH-Continued)

Mode of infection and age distribution: Both HIV cases and AIDS patients are infected principally by sexual contacts. Intravenous drug abuse and mother-to-child transmission are counted for less than 1%. Japanese male HIV cases due to homosexual contacts markedly increased (Fig. 3); homosexual contacts accounted for 63% and heterosexual contacts 26% in 2001. Japanese male HIV cases infected by homosexual contacts formed a peak at 25-29 years of age and an increase in cases in their 20s-30s are worthy of notice (Fig. 4a). The peak in age distribution of Japanese male HIV cases infected by heterosexual contacts is seen at the age of 30-34 years in 1999, 35-39 years in 2000, and 25-29 years in 2001 (Fig. 4b). That of Japanese females is seen at the ages of 25-29 years during 1998-2000 and 20-24 years in 2001 (Fig. 4c), being tending to shift to the younger generations.

Regions of acquiring infections: The majority of the Japanese have acquired infection within Japan (86% of HIV cases and 76% of AIDS patients). Both males and females of Japanese HIV cases having acquired infection within Japan tended to increase by 1999, slightly decreased in 2000, but then tended to increase again. Acquiring infection within Japan by non-Japanese males is also in the increase.

AIDS-defining diseases: The most common AIDS-defining diseases among AIDS patients in 2001 (245 Japanese and 87 non-Japanese) was *Pneumocystis carinii* pneumonia as previous years (113 and 32, respectively) followed by candidiasis (72 and 24, respectively). Other diagnosed diseases in Japanese cases were cytomegalovirus infection (in 28 patients), wasting syndrome due to HIV (in 27 patients), and active tuberculosis (in 26 patients), and those in non-Japanese cases were active tuberculosis (in 16 patients), wasting syndrome due to HIV (in 11 patients), toxoplasma encephalopathy (in 8 patients).

Deaths from AIDS: Deaths from AIDS reported before March 31, 1999 in compliance with the AIDS Prevention Law numbered at 596, including 485 Japanese (445 males and 40 females) and 111 non-Japanese (77 males and 34 females). From April 1999 through December 31, 2001, deaths reported to the Specific Disease Control Division, the MHLW by voluntary reporting counted at 126 including 101 Japanese (92 males and 9 females) and 25 non-Japanese (15 males and 10 females). Of these deaths, those reported in 2001 were 43 including 34 Japanese (30 males and four females) and nine non-Japanese (four males and five females).

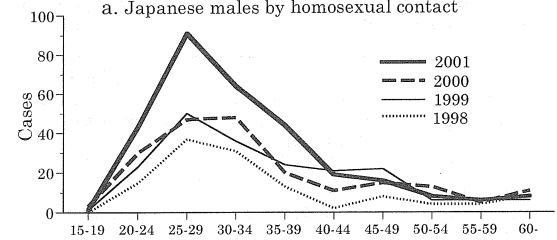
HIV-antibody-positive rate among blood donors: The HIV-antibody-positives among blood donors continuously increased year after year, reaching the largest number ever recorded, being 79 (78 males and one female) of 5,774,269 donations or 1.368 per 100,000 donations (2.259 in males and 0.043 in females) in 2001 (Fig. 5). Since the HIV-antibody-positive rate among blood donors as compared with the reports of HIV cases is much higher than those in European and American countries (see IASR, Vol. 21, No.7), it seems necessary to call further attention of blood donors not to donate blood for the purpose of HIV testing.

HIV-antibody tests and counseling at health centers: HIV-antibody tests at health centers increased by 43% (21,183) from the preceding year to 69,937 tests in 2001 (including 34,867 simultaneous HIV- and HCV-antibody tests performed before the end of October in compliance with a notice by the Head, the Specific Disease Control Division, the MHLW, April 24, 2001) and the counseling sessions increased by 34,005 (about 32% increase) numbering at 141,271. These figures were considerably smaller than those of 1992, the largest ones ever recorded (135,674 tests and 251,926 counseling sessions).

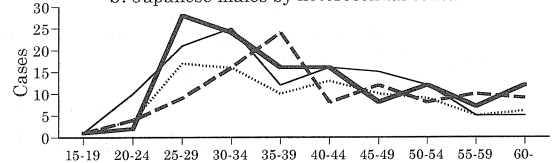
Conclusion: In 2001, both HIV cases and AIDS patients counted at the largest number ever reported and attention must be paid to the future trend. Special attention must be paid to the increase in HIV cases due to homosexual contacts among Japanese males and those due to sexual contacts among young generations of both Japanese males and females. The use of condoms to prevent HIV infection is highly effective, nevertheless it has been pointed out from the results of surveys on sexual behavior among young generation that the more sexual partners they have, the less frequently they use condoms (Kihara et al., Japan Medical Journal, 4066: 37-42, 2002). Contraceptive pills cannot prevent sexually transmitted infections (STIs). It is, therefore, necessary for the whole society to educate young people for the fundamental knowledge of HIV/AIDS that they must use condoms by all means and avoid risky sexual contacts to prevent such STIs as HIV/AIDS (see p. 112-116 of this issue).

It has been reported that, among HIV cases, the ratio of those whose infection was detected by HIV testing performed anonymously at health centers for free of charge is low (Hori et al., presented at a meeting of the Japanese Society for AIDS Research). To stop spreading HIV infection, early detection of HIV cases is urgently necessary. More active control measures for HIV/AIDS based upon the actual status in each district are being examined to increase HIV tests (see p. 116 of this issue). The simultaneous HCV and HIV testing performed in the last year was a good example of such new control measures that provide the opportunity for anyone to receive HIV tests as a part of health check-up (see p. 111&112 of this issue).

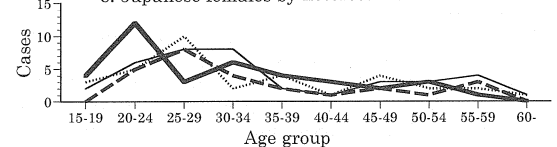
Figure 4. Age distribution of Japanese HIV cases by mode of infection and gender, 1998-2001, Japan
a. Japanese males by homosexual contact



b. Japanese males by heterosexual contact



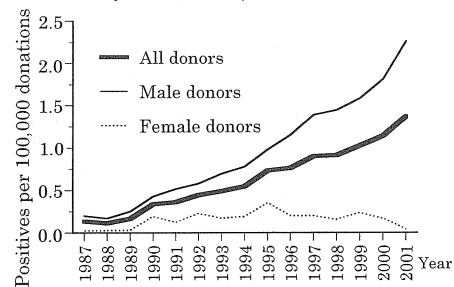
c. Japanese females by heterosexual contact



(National Epidemiological Surveillance of Infectious Diseases: Data based on the reports received before February 27, 2002)

Figure 5. HIV-antibody positives (by the confirmatory test) among blood donors in Japan, 1987-2001

(Blood and Blood Products Division, Pharmaceutical and Medical Safety Bureau, Ministry of Health, Labour and Welfare)



In 2000 and 2001, three of 67 and one of 79 donors, respectively, were positive only by the nucleic acid amplification test.

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