

表16 年間分娩件数別 HIV 抗体検査費用負担方法

分娩件数	①	②	③	④	⑤	複数回答	無回答
1,000件以上 (%)	85.0	10.0	1.7	0.0	0.0	0.0	3.3
①～④での比率	87.9	10.3	1.7	0.0			
500以上1,000件未満 (%)	75.5	11.8	0.6	4.0	0.3	2.8	5.0
①～④での比率	82.2	12.8	0.7	4.4			
100以上500件未満 (%)	77.8	6.9	1.8	2.3	2.6	2.9	5.7
①～④での比率	87.6	7.8	2.0	2.6			
100件未満 (%)	67.1	10.6	3.5	2.4	4.1	1.8	10.6
①～④での比率	80.3	12.7	4.2	2.8			

抗体検査費用負担： ① 患者自費負担
 ② 母子手帳に含まれ公費（一部公費を含む）
 ③ 母子手帳に含まれないが公費（一部公費を含む）
 ④ 病院などの医療機関の負担
 ⑤ その他

関負担としている病院は無かった。

II. 小児科1次調査

都道府県別の返信用葉書の回収率等を表17に示す。表17での「回収率」とは、送付数に対しての本研究グループに戻ってきた葉書の数から算出したものであり、「回答率」とは、送付数から小児科廃止等で返信された葉書の枚数を差し引いたもの（有効件数）に対して、回答のあった葉書（無回答を除く）の数から算出したものである。今回の小児科1次調査は2000年9月14日に国立名古屋病院から全国に発送した。2001年2月15日現在での送付数は3,434件であり回収数は2,183件、回収率63.6%、小児科廃止等に抛る返送は25施設であり有効送付数3,409件であった。回答数は2,158件でありその内訳は、無回答19件、小児科以外からの回答26、有効回答2,113件であった。有効回答率は62.0%、小児科以外の回答を含めた回答率は62.7%、都道府県別有効回答率は83.3%（鳥取）～49.1%（愛媛）であった。鳥取県、岐阜県で回

答率が80%を上回り埼玉県、愛媛県で回答率が50%を下回ったが、ほぼ全国を均等に調査したものと推察される。

今回の調査で1999年9月1日～2000年8月31日にHIV感染妊婦より出生した小児数は全国で25人であった。今回の調査で初めて年間HIV感染妊婦より出生した小児数が20人を超えた。これらの小児の都道府県別症例数を表18に示す。国内でのHIV感染妊婦より出生した小児の分布はこれまで通り関東地方に多く有ったが、九州地方での感染小児数が目立った。また、病院別では症例数が少ないため判断が難しいが、特定の病院に集中する傾向は少なく分散傾向が見られた。1999年8月31日以前に出生した児で、1999年9月1日～2000年8月31日に受診のあった症例の都道府県別症例数を表19に示す。この集計では、1999年9月1日～2000年8月31日にHIV感染妊婦より出生した小児数と比較して関東地方での集中は少なく、また九州地方での症例数も少なかった。

病院区分別の集計での回答率を表20,21に示す。全国調査の発送構成割合は、抛

表17 都道府県別調査回答率〔小児科1次調査〕

	送付数	回収数	回収率 (%)	廃止	有効 送付数	無効 回答数	小児科医 以外	有効 回答数	回答率 (%)	有効 回答数#1	回答率#1 (%)
北海道	207	132	63.8	0	207	4	1	127	61.4	128	61.8
青森	53	31	58.5	0	53	1	0	30	56.6	30	56.6
岩手	48	27	56.3	0	48	0	0	27	56.3	27	56.3
宮城	59	37	62.7	0	59	0	0	37	62.7	37	62.7
秋田	39	31	79.5	0	39	0	0	31	79.5	31	79.5
山形	36	23	63.9	0	36	0	0	23	63.9	23	63.9
福島	79	48	60.8	1	78	0	1	46	59.0	47	60.3
茨城	99	54	54.5	0	99	0	0	54	54.5	54	54.5
栃木	47	29	61.7	1	46	0	0	28	60.9	28	60.9
群馬	56	36	64.3	1	55	2	1	32	58.2	33	60.0
埼玉	154	77	50.0	0	154	0	1	76	49.4	77	50.0
千葉	138	79	57.2	1	137	0	3	75	54.7	78	56.9
東京	245	153	62.4	9	236	2	0	142	60.2	142	60.2
神奈川	145	94	64.8	1	144	0	2	91	63.2	93	64.6
新潟	62	42	67.7	0	62	0	0	42	67.7	42	67.7
富山	40	29	72.5	0	40	0	0	29	72.5	29	72.5
石川	44	31	70.5	0	44	0	0	31	70.5	31	70.5
福井	37	19	51.4	0	37	0	0	19	51.4	19	51.4
山梨	28	14	50.0	0	28	0	0	14	50.0	14	50.0
長野	72	51	70.8	1	71	0	0	50	70.4	50	70.4
岐阜	56	45	80.4	0	56	0	0	45	80.4	45	80.4
静岡	63	47	74.6	1	62	0	0	46	74.2	46	74.2
愛知	164	109	66.5	1	163	1	1	106	65.0	107	65.6
三重	44	28	63.6	0	44	0	0	28	63.6	28	63.6
滋賀	31	22	71.0	0	31	0	0	22	71.0	22	71.0
京都	80	47	58.8	0	80	0	1	46	57.5	47	58.8
大阪	192	123	64.1	1	191	1	0	121	63.4	121	63.4
兵庫	118	77	65.3	0	118	1	1	75	63.6	76	64.4
奈良	33	20	60.6	0	33	0	0	20	60.6	20	60.6
和歌山	33	25	75.8	0	33	0	0	25	75.8	25	75.8
鳥取	18	15	83.3	0	18	0	0	15	83.3	15	83.3
島根	28	21	75.0	0	28	0	2	19	67.9	21	75.0
岡山	64	42	65.6	1	63	1	1	39	61.9	40	63.5
広島	76	54	71.1	1	75	2	1	50	66.7	51	68.0
山口	54	37	68.5	0	54	0	2	35	64.8	37	68.5
徳島	45	33	73.3	0	45	1	0	32	71.1	32	71.1
香川	37	23	62.2	0	37	0	0	23	62.2	23	62.2
愛媛	53	28	52.8	0	53	2	0	26	49.1	26	49.1
高知	57	37	64.9	2	55	0	1	34	61.8	35	63.6
福岡	119	79	66.4	0	119	0	1	78	65.5	79	66.4
佐賀	37	27	73.0	0	37	0	0	27	73.0	27	73.0
長崎	65	42	64.6	0	65	0	2	40	61.5	42	64.6
熊本	85	48	56.5	2	83	0	0	46	55.4	46	55.4
大分	43	29	67.4	0	43	0	1	28	65.1	29	67.4
宮崎	46	23	50.0	0	46	0	0	23	50.0	23	50.0
鹿児島	56	31	55.4	0	56	0	1	30	53.6	31	55.4
沖縄	49	34	69.4	1	48	1	2	30	62.5	32	66.7
合計	3434	2183	63.6	25	3409	19	26	2113	62.0	2139	62.7

#1小児科以外からの回答を含む

表18 都道府県別 HIV 感染女性の出生児数（1999年9月1日～2000年8月31日に出生）

地方	都道府県	症例数	構成割合 (%)	地方別 症例数	地方別 構成割合 (%)
北海道・東北	宮城	1	4.0	1	4.0
	茨城	1	4.0		
関東・甲信越	群馬	1	4.0	17	68.0
	埼玉	2	8.0		
	千葉	3	12.0		
	東京	6	24.0		
	神奈川	3	12.0		
	新潟	1	4.0		
東海	静岡	1	4.0	2	8.0
	愛知	1	4.0		
近畿	大阪	2	8.0	2	8.0
九州・沖縄	福岡	1	4.0	3	12.0
	長崎	1	4.0		
	鹿児島	1	4.0		
合計		25	100.0	25	100.0

表19 都道府県別 HIV 感染女性の出生児数（1999年8月31日以前に出生）

地方	都道府県	症例数	構成割合 (%)	地方別 症例数	地方別 構成割合 (%)
北海道・東北	北海道	1	2.2	3	6.5
	青森	1	2.2		
	岩手	1	2.2		
関東・甲信越	茨城	2	4.3	18	39.1
	栃木	4	8.7		
	千葉	2	4.3		
	東京	8	17.4		
	神奈川	1	2.2		
	長野	1	2.2		
北陸	富山	2	4.3	3	6.5
	福井	1	2.2		
東海	岐阜	1	2.2	13	28.3
	静岡	1	2.2		
	愛知	9	19.6		
	三重	2	4.3		
近畿	京都	3	6.5	7	15.2
	大阪	4	8.7		
九州・沖縄	鹿児島	1	2.2	2	4.3
	沖縄	1	2.2		
合計		46	100.0	46	100.0

点病院、病院開設者どちらの区分でも昨年とほぼ同じであった。回答率は拠点病院で 82.0%であったのに対し、非拠点病院では 59.7%であった。病院開設者区分では 82.1%（国立病院）～52.4%（その他）であった。なお、病院開設者区分は下記の通りである。①国立病院、②公立病院（国立病院を除く：都道府県、市町村）、③大学病院（文部省、学校法人、

防衛医科大学校病院を含む）、④公的病院（日本赤十字社、社会福祉法人恩賜財団済生会、社会福祉法人北海道社会事業協会、全国厚生農業協同組合連合会の会員である厚生（医療）農業協同組合連合会、国民健康保険団体連合会、社団法人全国社会保険協会連合会、財団法人厚生団、財団法人船員保険会、健康保険法の規程により設立した健康保険組合及びそ

表20 病院区分別（エイズ拠点病院）回答率

区分	有効 送付数	構成割合 (%)	有効 回答数	構成割合 (%)	回答率 (%)	有効 回答数 #1	構成割合 (%) #1	回答率 (%) #1
拠点病院	344	10.1	282	13.3	82.0	283	13.2	82.3
非拠点病院	3,065	89.9	1,831	86.7	59.7	1,856	86.8	60.6
合計	3,409	100.0	2,113	100.0	62.0	2,139	100.0	62.7

#1：小児科以外からの回答を含む

表21 病院区分別（病院開設者）回答率

区分	有効 送付数	構成割合 (%)	有効 回答数	構成割合 (%)	回答率 (%)	有効 回答数 #1	構成割合 (%) #1	回答率 (%) #1
国立病院	162	4.8	133	6.3	82.1	136	6.4	84.0
公立病院	762	22.4	520	24.6	68.2	522	24.4	68.5
大学病院	126	3.7	97	4.6	77.0	97	4.5	77.0
公的病院	758	22.2	524	24.8	69.1	528	24.7	69.7
その他	1,601	47.0	839	39.7	52.4	856	40.0	53.5
合計	3,409	100.0	2,113	100.0	62.0	2,139	100.0	62.7

#1：小児科以外からの回答を含む

の連合会、国家公務員共済組合及びその連合会、地方公務員等共済組合、市町村職員共済組合連合会、都市職員共済組合連合会、私立学校職員共済組合、農林漁業団体職員共済組合、国民健康保健組合、公益法人）、⑤その他（医療法人、会社が開設するもの等）。

1999年9月1日～2000年8月31日にHIV感染妊婦より出生した小児のエイズ拠点病院区分別の症例数を表22に、病院開設者区分別の症例数を表23に示す。HIV感染女性から出生した児の診療経験の有無は、拠点病院で80.0%であったのに対して非拠点病院では20.0%であった。これは、昨年の調査結果（問1：HIV感染女性からの出生児を診察したことがありますか。）が拠点病院で54.0%で非拠点病院では46.0%であったのと大きく異なり、拠点病院の構成割合が大きくなっていった。また、病院区分別では国立病院（9.2%→24.0%；昨年度→本年度）、公立病院（37.9%→32.0%）、大学病院（23.0%→20.0%）、公的病院（24.1%→20.0%）、

表22 病院区分別（エイズ拠点病院）症例数

（1999年9月1日～2000年8月31日に出生）

区分	症例数	構成割合 (%)
拠点病院	20	80.0
非拠点病院	5	20.0
合計	25	100.0

表23 病院区分別（病院開設者）症例数

（1999年9月1日～2000年8月31日に出生）

区分	症例数	構成割合 (%)
国立病院	6	24.0
公立病院	8	32.0
大学病院	5	20.0
公的病院	5	20.0
その他	1	4.0
合計	25	100.0

その他（1.3%→4.0%）であった。公立、公的病院での構成割合が減少し国立病院の割合が大きくなった。

1999年8月31日以前に出生した児で、1999年9月1日～2000年8月31日に受診のあった症例のエイズ拠点病院区分別の症例数を表24に、病院開設者区分別の症例数を表25に示す。HIV感染女性から出生した児の診療経験の有無は、拠点病院で78.3%であったのに対して非拠点病院では21.7%であった。これは、1999年9月1日～2000年8月31日にHIV感

表24 病院区分別（エイズ拠点病院）症例数（1999年8月31日以前に出生）

区分	症例数	構成割合 (%)	既報告	未報告	不明
拠点病院	36	78.3	25	7	4
非拠点病院	10	21.7	4	4	2
合計	46	100.0	29	11	6

表25 病院区分別（病院開設者）症例数（1999年8月31日以前に出生）

区分	症例数	構成割合 (%)	既報告	未報告	不明
国立病院	14	30.4	10	2	2
公立病院	16	34.8	9	4	3
大学病院	9	19.6	7	2	0
公的病院	5	10.9	3	2	0
その他	2	4.3	0	1	1
合計	46	100.0	3	3	1

染妊婦より出生した小児の調査と同じ構成割合となった。病院開設者区分別でも1999年9月1日～2000年8月31日にHIV感染妊婦より出生した小児の症例数と1999年8月31日以前に出生した児で、1999年9月1日～2000年8月31日に受診のあった症例数とでは大きな差はなかった。

III. 産婦人科2次調査

1. HIV感染妊娠に関する全国調査結果（表26）

HIV感染妊娠総数は昨年度調査結果の164例から、新規症例および過去の未報告例を含む53例が新たに集積され、217例となった。帝王切開（帝切）分娩は24例増加し、107例。経膈分娩は1例増加し、27例。中絶は21例増加し、60例。

妊娠中・不明・その他は7例増加し、18例となった。

妊婦の平均年齢は27.1歳で、分娩転帰別で差は見られなかった。

2. HIV感染妊娠症例報告施設の都道府県別分布（表27）

東京58例、千葉39例、神奈川18例、埼玉14例、愛知14例、茨城11例、大阪11例、次いで長野、栃木、静岡、福岡の順であった。

関東地方に147例（67.7%）が発生し、次いで中部地方32例（14.7%）、関西地方20例（9.2%）、九州・沖縄地方9例（4.1%）、北海道・東北地方5例（2.3%）、中国・四国地方4例（1.8%）の順であった。大都市部に集中する傾向は昨年と同様であったが、長野や鹿児島など地方の

表26 HIV感染妊娠に関する全国アンケート調査結果

妊娠転帰	症例数	妊婦平均年齢(歳) ± 標準偏差
帝切分娩	112	27.2 ± 4.8 (16-40歳, n=109)
経膈分娩	27	27.3 ± 4.8 (18-34歳, n=22)
中絶	60	27.2 ± 4.5 (17-38歳, n=60)
妊娠中・不明・その他	18	26.9 ± 4.7 (19-35歳, n=17)
合計	217	27.1 ± 4.7 (16-40歳, n=208)

表27 HIV 感染妊婦 217例の発生都道府県別分布

地方	都道府県名	妊娠数	(%)	小計	(%)
北海道・東北	青森	1	0.5	5	2.3
	岩手	1	0.5		
	宮城	2	0.9		
	福島	1	0.5		
関東	千葉	39	18.0	147	67.7
	東京	58	26.7		
	神奈川	18	8.3		
	埼玉	14	6.5		
	茨城	11	5.1		
	栃木	5	2.3		
	群馬	2	0.9		
	中部	愛知	14		
静岡	5	2.3			
長野	7	3.2			
山梨	3	1.4			
岐阜	1	0.6			
新潟	2	0.9			
関西	大阪	11	5.1	20	9.2
	京都	4	1.8		
	三重	2	0.9		
	滋賀	1	0.5		
	奈良	2	0.9		
中国・四国	香川	2	0.9	4	1.8
	愛媛	1	0.5		
	高知	1	0.5		
九州・沖縄	福岡	5	2.3	9	4.1
	鹿児島	4	1.8		
合計		217	100	217	100

中核地域への分散傾向も示唆される結果であった。

3. HIV 感染妊婦の国籍 (表 28)

日本人は 27 例増え 79 例となり、昨年度の 31.7% から 4.7% 増加し、全体の 36.4% を占めている。タイ人は 16 例増え 85 例となったが、全体の 39.1% で昨年度より 3.0% 低下した。

ブラジル人が 4 例増え 13 例 (6.0%) となった以外、他国の増加はほとんどなかった。日本人とタイ人のみで全体の 75.6% を占め、さらに日本人感染妊婦の占有率は最近 3 年間で確実に増加していることがわかった。

4. HIV 感染妊婦の年次別発生状況(表 29)

HIV 感染妊娠総数は年々増加の一途をたどり 1999 年には 39 例に達したが、2000 年は 29 例と激減した。しかし 2000 年には未報告例が多く潜在することが予測され、エイズ動向委員会の報告からも、HIV 感染妊娠が今後減少傾向を示すということは考えがたい。

年間の HIV 感染妊娠数が 10 例を超えた 1993 年以後、全体の妊娠数に占める分娩率は 55% から 80% で大きな変化は見られず、中絶率もほぼ 30% くらいで変動していない。

帝切分娩での母子感染は 1995 年と 1996

表28 HIV 感染妊婦の国籍

地域	国籍	妊娠数	(%)	小計	(%)
東アジア	日本	79	36.4	80	36.9
	中国	1	0.5		
東南アジア	タイ	85	39.1	98	45.2
	フィリピン	5	2.3		
	ミャンマー	2	0.9		
	カンボジア	2	0.9		
	ベトナム	2	0.9		
	インドネシア	1	0.5		
	インド	1	0.5		
アフリカ	ケニア	4	1.8	14	6.5
	エチオピア	2	0.9		
	ウガンダ	3	1.4		
	ルワンダ	1	0.5		
	タンザニア	1	0.5		
	ブルンディ	1	0.5		
	ジンバブエ	1	0.5		
	ザンビア	1	0.5		
	南アメリカ	ブラジル	13		
ボリビア		1	0.5		
ペルー		1	0.5		
不明	不明	10	4.6	10	4.6
合計		217	100	217	100

年に各 1 例ずつ報告されているが、前者は 40 週以後の緊急帝王切開によるものであり、妊娠早期からの適切な管理が行われていなかった症例である。一方、経膈分娩では 2000 年にも 1 例の母子感染が発生しており、やはり妊娠中に母体の HIV 感染が確認されていなかった症例であった。帝王切開では 1996 年以後母子感染例は報告されていないが、経膈分娩では 1996 年以後母子感染例は減少しているものの皆無ではない。

5. 分娩様式と母子感染率の関連性(表 30)

帝王切開 112 例のうち、非感染は 92 例、感染 2 例、不明あるいは未確定が 18 例で、母子感染率は 2.1% (2/94) であった。一方、経膈分娩 27 例では、非感染 10 例、感染 12 例、不明 5 例で、母子感染率は

54.5% (12/22) と帝王切開と比べて大差がみられた。しかし経膈分娩による感染例 12 例には、児の異常による受診を機に母親の HIV 感染が判明した 7 例が含まれており、このバイアスを除去すると経膈分娩群母子感染率は 33.3% (5/15) となったが、それでも両群の間に有意差 ($p < 0.001$ 、Fisher's exact test) がみられた。

6. 分娩時妊娠週数(表 31)

帝王切開は 111 例中 91 例 (82%) が、妊娠 34 週から 37 週に行われており、平均 36.0 週であった。一方経膈分娩は 36 週以降から 40 週以上まで分散しており、平均 37.9 週で、両群間に有意差 ($p < 0.0001$ 、two sample t-test) を認めた。しかし経膈分娩のうち、感染群は平均 37.1 週、非感染群は平均 38.6 週で、感染群で早期分

表29 HIV 感染妊娠の年次別発生状況

年	妊娠数		胎切分娩		経膈分娩		中絶		妊娠中・不明・その他
	分婉数	(%)	分婉数	(%)	分婉数	(%)	中絶数	(%)	
1987	1	100	0	0	1	100	0	0	0
1988	1	100	1	100	0	0	0	0	0
1989	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1990	3	67	2	100	0	0	0	1	33
1991	1	0	0	0	0	0	0	1	100
1992	8	75	3	50	3	50	0	2	25
1993	11	64	4	57	3	43	0	3	36
1994	15	80	8	67	7	33	2	2	20
1995	19	68	8	62	7	38	1	3	26
1996	22	73	11	69	10	31	4	1	27
1997	29	55	14	88	12	12	2	0	38
1998	30	70	20	95	12	5	1	0	30
1999	39	69	25	93	23	10	0	2	23
2000	29	55	15	94	11	6	0	1	31
2001	5	20	1	100	0	0	0	0	0
不明	4	0	0	0	0	0	0	0	0
合計	217	139	64	81	92	19	10	12	28
			112	18	27	7	5	60	18

* () 内は児の異常による受診を機に母親のHIV感染が確認された症例数

表30 分娩様式と母子感染

分娩様式	非感染	感染	感染率(%)	不明	合計
帝切	92	2	2.1 (2/94)	18	112
経膣	10	12	54.5 * (12/22)	5	27
		5 §	33.3 *** (5/15)		
合計	102	14	12.1 (14/116)	23	139
		7 §	6.4 § (7/109)		

§ 児の異常による受診を機に母親の感染が確認された7例を除く

*p<0.0001, **p<0.001, Fisher's exact test

表31 分娩時妊娠週数

妊娠週数	全分娩数	帝切分娩		経膣分娩		
		分娩数	感染例数	分娩数	感染例数	非感染例数
30週未満	3	2	0	1	1	0
30-31週	1	1	0	0	0	0
32-33週	3	3	0	0	0	0
34-35週	31	30	1	1	1	0
36-37週	66	60	0	6	3	3
38-39週	21	12	0	9	3	6
40週以上	9	3	1	6	3	3
不明	5	1	0	4	1	3
合計	139	112	2	27	12	15
平均週数		36.0 *		37.9 *	37.1 **	38.6 **
標準偏差		1.9		2.7	3.4	1.6
症例数		111		23	11	12

*p<0.0001, **n. s., Two sample t-test

表32 出生時児体重

	帝切分娩	経膣分娩		
			非感染	感染
平均体重(g)	2577 *	2823 *	2945 **	2700 **
標準偏差(g)	446	498	252	650
症例数	110	24	12	12

*p<0.05, **n. s., Two sample t-test

娩のように思われたが、統計学的に分娩時週数の差は認めなかった。

7. 出生時児体重 (表 32)

出生時児体重の平均は分娩時妊娠週数に相関し、帝切分娩群 2,577g、経膣分娩群 2,823g で両群間に有意差 (p<0.05, two sample t-test) を認めた。しかし経膣分娩群の児体重では、感染児が 2,700g で、非感染児の 2,945g と比べて低体重であったが、統計学的に有意差はなかった。

8. HIV 感染妊婦の血中ウィルス量(表 33)

帝切分娩 112 例中 52 例で、妊娠中に HIV ウィルス RNA コピー数が測定されていた。昨年度と比べて、増加した 24 例中 20 例 (83%) で測定されていたことになる。妊娠中の最高値が 10 万コピーを超えるものは 4 例、1 万コピーを超えるものは 10 例みられたが、母子感染は未確定の 3 例を除き、すべて陰性であった。全 52 例中 38 例 (73%) で抗 HIV 剤の投与が行われており、その 33 例では投与後のウィルス量が低下していた。抗 HIV 剤の投与に

表33 HIV 感染妊婦のウイルス量

症例	ウイルス RNA コピー数 (/ml)				帝切時 週数	母子 感染	妊娠中 抗ウイルス剤の投与	投与週
	最高値	妊娠週数	最低値	妊娠週数				
67	680000	25	1600	35	35	-	d4T+3TC+NFV	25-35
69	430000	22	150000	28	37	-	AZT	26-30
53	320000	35	10000	15	35	-	AZT	15-35
43	121700	36	-	-	36	-	?	?
96	55000	15	< 50	37	37	?	AZT+3TC+NFV	24-37
70	43000	33	-	-	35	-	-	-
102	32800	32	16700	25	36	-	AZT	25-36
64	29000	17	UD	35	36	-	AZT+3TC+NFV	20-36
86	26000	36	-	-	37	-	AZT	36-37
52	20000	25	-	-	33	-	AZT	21-33
28	18000	12	1500	25	36	-	AZT	15-36
80	16000	34	-	-	36	-	AZT+3TC+NFV	33-36
92	14000	22	< 400	33	35	?	AZT+3TC+NFV	22-35
104	14000	18	< 400	33	35	?	AZT+3TC+NFV	?
99	9500	30	-	-	36	-	+	20-36
100	8900	36	2300	22	36	-	AZT	17-36
91	8500	18	< 400	33	36	-	AZT+ddI+IDV	15-36
74	7800	18	3300	25	36	?	?	?
50	6600	40	-	-	40	-	-	-
63	6500	5	1300	30	36	-	AZT	22-36
108	6100	21	< 50	33	35	-	AZT+3TC+NFV	22-35
93	5800	29	-	-	31	-	AZT	31-31
90	5400	25	1830	7	36	-	-	15-36
37	4600	35	3200	26	35	-	AZT	26-35
103	4200	18	1500	22	?	?	AZT	18-
106	3900	31	-	-	36	?	AZT+3TC+NFV	31-36
56	3500	36	-	-	37	?	AZT	36-37
73	3400	30	-	-	36	?	AZT	31-36
84	3400	35	2200	30	35	-	-	-
79	2900	27	700	38	38	-	-	-
68	2800	18	640	30	35	-	AZT	22-35
36	2700	35	-	-	36	-	AZT	30-36
110	2500	26	700	35	36	-	AZT+ddI+NFV	24-36
112	2500	24	1500	35	36	-	AZT+3TC+SQV	22-36
55	1700	32	< 600	20	35	-	AZT	17-35
40	1100	26	< 400	35	35	-	AZT	34-35
48	629	25	-	-	34	-	AZT	27-34
34	600	26	-	-	29	-	AZT	26-29
32	590	29	< 400	33	35	-	-	-
88	485	33	< 400	22	37	-	-	-
31	360	34	260	30	35	-	-	-
45	< 400	37	-	-	37	-	AZT	32-36
85	< 400	36	-	-	36	-	AZT	27-36
59	< 400	41	-	-	42	-	-	-
81	< 400	36	-	-	38	-	-	-
83	< 400	26	-	-	37	-	-	-
94	< 400	19	< 400	36	36	-	-	-
95	< 400	36	-	-	36	?	AZT(d4T)+3TC+NFV	15-36
98	< 400	32	-	-	37	-	d4T+3TC+NFV	23-37
109	< 400	17	< 400	32	34	-	AZT	17-34
101	< 50	13	< 50	37	37	-	AZT	13-37
65	UD	32	UD	34	36	-	AZT	32-36

表34 妊娠中の抗ウイルス剤の投与

		投与なし	AZTのみ	2剤併用	3剤併用	投与率(%)	合計
帝切分娩	非感染	44	35	3	10	52.2	92
	感染	1	1	0	0	50.0	2
	不明	4	7	1	6	77.8	18
	合計	49	43	4	16	56.3	112
経膣分娩	非感染	9	1	0	0	10.0	10
	感染	12	0	0	0	0.0	12
	不明	5	0	0	0	0.0	5
	合計	26	1	0	0	3.7	27

もかかわらず、ウイルス量が上昇したものは5例認め、そのすべてはAZT単独投与であった。しかし症例53と症例102のように、AZTの投与後にウイルス量が32万コピーや32,800コピーに上昇しても母子感染は成立していない。

経膣分娩の妊婦では、HIV感染の診断がついていないものがほとんどで、当然のことながら血中ウイルス量を測定されているものは27例中1例のみであった。この症例のウイルス量は分娩前には低下していたが、抗HIV剤の投与や母子感染の有無に関しては不明である。

9. 妊娠中の抗ウイルス剤の投与状況 (表34)

抗HIV剤は妊娠中に帝切分娩の112例中63例(56.3%)で投与されていたが、経膣分娩では27例中1例(3.7%)のみであった。帝切分娩では、昨年の調査から増加した24例のうち22例(92%)で投与されていた。依然AZT単独投与も

みられるが、1998年以後はいわゆるhighly active antiretroviral therapy (HAART)である3剤投与が主流になってきている。

帝切分娩の1例で、AZT投与にも関わらず母子感染が成立したが、投与以前の末梢血CD4+Tリンパ球数の低下が確認されており、AZT投与前に胎内感染が成立していたものと推測された。また経膣分娩群の感染例の12例では、抗HIV剤を投与されていたものは皆無であった。

IV. 小児科2次調査

小児科診療施設3,434カ所を対象とした小児科1次調査に対する有効回答数は2,150件(63%)であり、有効回答中症例の経験ありと回答した施設は51件であった。この51施設を対象とした2次調査に対しては46施設(90%)から回答が得られた(表35A)。2001年1月末までに、25都道府県の46施設から、のべ72症例

表35A HIV感染女性からの出生児に関する調査

	発送数	配達不能数	回答数	回答率
1次調査	3,434	25	2,150	63%
2次調査	51	0	46	90%

表35B 小児科2次調査回答46施設の症例内訳

報告症例数	72	
解析対象数	62	
新規報告	29	感染例 4 非感染/未確定例 25
追跡報告	33	感染例 8 非感染例 25
重複報告数*	9	
解析不能数**	1	

* (複数施設から報告)

** (年齢、患者動向等が不明)

について回答が寄せられた。

児についての生年月日、出生状況などの情報を照合して重複報告であると考えられた9例と、情報不十分の1例を除いた62例が有効回答であった(表35B)。

さらに、この62例には昨年度調査に既出の追跡症例が33例含まれていたため、残る29例が純粋に今回抽出された新規報告例である。

これら29例の内訳は、HIVに非感染または感染の有無が未確定のもの25例、感染したもの4例であった。昨年度調査結果の93例と今回のものを合わせた122例について以下の分析結果を得た。

1. 疫学的情報

1-1. 年次別 HIV 母体出生数と児の感染数 (表36)

1987年に初めての出生があったから1992年まで毎年0ないし4例あったものが、1993年以降毎年増加し1999年には20例を超えた。一方、児の感染数は1995年をピークにしてそれ以降次第に減少の傾向にあり、2000年の新規HIV感染は1例である。

1-2. 地域別 HIV 感染女性からの出生児報告数 (表37)

都道府県別報告数では東京都・千葉県・愛知県・神奈川県・大阪府の順に多く、

表36 年次別の出生数と児のHIV感染数

出生年	出生数	児のHIV陽性	児のHIV陰性	未確定or不明
1987	1	1	0	0
1988	0	0	0	0
1989	3	0	3	0
1990	1	0	1	0
1991	2	2	0	0
1992	4	2	1	1
1993	8	4	4	0
1994	10	2	8	0
1995	9	4	2	3
1996	14	3	11	0
1997	17	3	13	1
1998	16	2	13	1
1999	23	0	21	2
2000	14	1	8	5
総数	122	24	85	13

その他全国に分散しているが、中国・四国地方からの報告は1例もなかった。

示した。年齢分布は HIV 感染妊婦に特異的な傾向はみられなかった。

1-3. 年次別 HIV 感染女性の出産時年齢 (表 38)

HIV 感染女性の出産時年齢を年次別に

1-4. HIV 感染女性の国籍およびパートナーの国籍

出産した HIV 感染女性の国籍は日本 45

表37 地域別出生児報告数

出生地	出生数	計	(%)	児のHIV陽性	児のHIV陰性	未確定or不明
北海道	1	1	0.8	1	0	0
東北地方	4	4	3.3	0	4	0
茨城県	3			1	2	0
千葉県	14			6	7	1
東京都	15			4	9	2
神奈川県	9			0	7	2
埼玉県	2			0	2	0
群馬県	1			0	1	0
他の関東甲信越地方	13	57	46.7	0	9	4
北陸地方	3			1	1	1
愛知県	12			1	10	1
他の中部・東海地方	13	28	23.0	0	13	0
京都府	2			0	1	1
大阪府	9			1	8	0
他の近畿地方	2	13	10.7	2	0	0
中国地方	0			0	0	0
四国地方	0	0	0.0	0	0	0
九州沖縄地方	7	7	5.7	3	3	1
外国	10	10	8.2	3	7	0
不明	2	2	1.6	1	1	0
合計	122	122	100	24	85	13

表38 HIV 感染女性の出産時年齢

出生年	出生数	~19歳	20~24歳	25~29歳	30~34歳	35~39歳	40歳~	不明
1987	1		0	0	0	1	0	0
1988	0		0	0	0	0	0	0
1989	3		2	0	1	0	0	0
1990	1		1	0	0	0	0	0
1991	2		0	0	0	1	0	1
1992	4		0	1	1	0	0	2
1993	8		3	3	2	0	0	0
1994	10		1	3	3	2	0	1
1995	9		4	1	1	1	1	1
1996	14	1	3	4	3	1	0	2
1997	17		4	6	5	1	0	1
1998	16		1	9	4	2	0	0
1999	23		2	12	4	3	0	2
2000	14		4	3	3	2	1	1
計	122	1	25	42	27	14	2	11

名、タイ 44 名で合計 89 名と大多数を占め、次いでアフリカ諸国、南米諸国の順である（表 39A）。これは年次別にも同様の傾向が続いている（表 39B）。

日本人 HIV 感染女性と日本人男性のカップルは 27 組であり、日本人男性と外国人 HIV 感染女性とのカップルは 48 組であった（表 40）。

父親の国籍と父親の HIV 感染状況についてみると、父親が日本人の場合陽性率は 20%（15/75）であるのに対し、父親が外国人の場合の陽性率は 50%（16/32）と高い傾向が見られた（表 41）。

2. 実施された母子感染防止対策

表 42 に実施された母子感染防止対策を

表39A HIV感染女性の国籍と出生児感染の有無

地域	国籍	女性数	計	(%)	児のHIV陽性	児のHIV陰性	未確定or不明
東アジア	日本	45	46	37.7	12	28	5
	中国	1			1	0	0
東南アジア	タイ	44	50	41.0	9	31	4
	フィリピン	3			0	2	1
	ベトナム	1			0	1	0
	ミャンマー	2			1	1	0
アフリカ	ケニア	5	13	10.7	1	4	0
	タンザニア	3			0	3	0
	エチオピア	2			0	2	0
	ザンビア	2			0	2	0
	ブルンディ	1			0	0	1
南米	ブラジル	9	12	9.8	0	8	1
	ボリビア	2			0	1	1
	ペルー	1			0	1	0
不明		1	1	0.8	0	1	0
合計		122	122	100	24	85	13

表39B 母親の国籍の年次変化

出生年	出生数	母親の国籍		
		日本	タイ	その他の国/不明
1987	1 (1)	1 (1)	0	0
1988	0	0	0	0
1989	3	2	0	1
1990	1	1	0	0
1991	2 (2)	1 (1)	1 (1)	0
1992	4 (2)	2 (2)	2	0
1993	8 (4)	2	4 (3)	2 (1)
1994	10 (2)	3 (2)	4	3
1995	9 (4)	2 (1)	4 (2)	3 (1)
1996	14 (3)	6 (2)	7 (1)	1
1997	17 (3)	4 (1)	7 (1)	6 (1)
1998	16 (2)	6 (1)	4 (1)	6
1999	23	9	6	8
2000	14 (1)	6 (1)	5	3
総数	122 (24)	45 (12)	44 (9)	33 (3)

() 内は児のHIV陽性数再掲

表40 両親の国籍の組み合わせ

母親	人数	父親	人数
日本	45	日本	27
	0	外国	14
	0	不明	4
中国	1	日本	1
	0	外国	0
	0	不明	0
東南アジア	50	日本	35
	0	外国	5
	0	不明	10
アフリカ	13	日本	12
	0	外国	1
	0	不明	0
南米	12	日本	0
	0	外国	12
	0	不明	0
不明	1	不明	1
合計	122		122

表41 父親の国籍と父親の感染の有無

地域	父の国籍	人数	父のHIV陽性	父のHIV陰性	未確定or不明
東アジア	日本	75	15	45	15
東南アジア	ハキスタン	1	0	1	0
	タイ	5	2	0	3
	マレーシア	2	2	0	0
アフリカ	ケニア	3	3	0	0
	ナイジェリア	2	1	0	1
	ザイール	1	0	0	1
	ジンバブエ	1	1	0	0
	ブルンディ	1	0	0	1
	ガーナ	1	0	1	0
	南米	ブラジル	9	5	3
	ペルー	2	0	0	2
	ポリビア	2	0	0	2
	ドミニカ	1	1	0	0
北米	アメリカ	1	1	0	0
	父の国籍不明	15	0	2	13
	総数	122	31	52	39

年次別に示した。

分娩法別の例数をみると、予定帝切分娩は1996年から着実に増加し、1999年、2000年は96% (22/23)、93% (13/14)の大勢を占めている。

今年度のアンケート集計についてみると、出産した29例のHIV感染女性のうち、妊娠中に抗HIV剤を服用していたことが

明らかな女性は22例(76%)であった。

その投与薬剤は、AZT単剤11例、AZT・3TC・NFVの3剤併用5例、その他の併用療法4例であった。

児への抗HIV剤投与(全てAZT単剤)は1997年以降急増している。現在有効と考えられている母子感染防止対策である母体への抗HIV剤投与・予定帝切・児へ

表42 年次別母子感染予防対策

出生年	出生数	予定帝切分娩				緊急帝切分娩				経膈分娩				様式不明 投薬不明
		母子とも 投薬なし		予防投薬 児のみ		母子とも 投薬なし		予防投薬 児のみ		母子とも 投薬なし		予防投薬 児のみ		
		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
1987	1 (1)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1988	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1989	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1990	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1991	2 (2)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1992	4 (2)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1993	8 (4)	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1994	10 (2)	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1995	9 (4)	2	2 (1)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1996	14 (3)	2	3	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0
1997	17 (3)	3	3	1	5	1 (1)	13 (1)	0	0	0	0	0	0	0
1998	16 (2)	0	1	1	12	0	14	0	0	0	0	0	0	0
1999	23	0	0	0	22	0	22	0	0	0	0	0	0	0
2000	14 (1)	0	0	0	12	1	13	0	0	0	0	0	0	0
総数	122 (24)	11	11 (1)	3	52	4 (1)	81 (2)	9 (4)	0	2	0	1	12 (4)	27 (16)
														1 (1)

() 内は児のHIV陽性数再掲

表43 感染防止対策別予防効果

分娩方法	投薬	児のHIV 陽性	児のHIV 陰性	感染不明	児の陽性率 (%)
経膈	母児とも投薬なし	17	11	0	61
予定帝切	母児とも投薬なし	0	10	1	0
	母のみ投薬	1	10	0	9
	児のみ投薬	0	3	1	0
	母と児に投薬	0	43	8	0
	投薬不明	1	2	1	25
	予定帝切 計	2	68	11	2
緊急帝切	母児とも投薬なし	4	5	1	40
	母のみ投薬	0	0	0	
	児のみ投薬	0	1	0	0
	母と児に投薬	0	0	0	
	投薬不明	0	0	1	0
	緊急帝切 計	4	6	2	33
様式不明	投薬不明	1	0	0	100
合計		24	85	13	20

の抗 HIV 剤投与の全てが行なわれた症例は 1996 年の 1 例が最初で、2000 年には HIV 感染妊婦からの出生児 14 例中 12 例に行なわれている。

3. 感染防止対策の効果 (表 43)

分娩様式別に HIV 陽性の小児数を比較すると、予定帝切分娩全体では未確定例 11 例を除いた 70 例中 68 例が陰性で陽性症例は 2 例 (2.5%) であるのに対し、経膈分娩では 28 例中 17 例が陽性 (61%) で

あった。予定帝切分娩に母体と児への両方に抗 HIV 剤投与を組み合わせさせた 51 症例では母子感染の成立した症例は 1 例も無かった。

4. 妊娠中の抗 HIV 剤投与が児に及ぼす影響

妊娠中に投与された抗 HIV 剤投与が児に及ぼす影響について薬剤投与群および非投与群に分けて検討した (表 44)。母親の国籍は多国にわたるが、児の子宮内発

表44 母体に投与された抗 HIV 剤が児に及ぼす影響

		薬剤投与群	薬剤非投与群
症例数		62	56
在胎週数	週数記載例	62	43
	在胎週数	29-39週	29-41週
	平均	36週	36.8週
出生体重	体重記載例	61	51
	出生体重	1322-3528 g	1474-4000 g
	平均	2526g	2803g
	SGA数*	1	3
仮死**	Apgar記載症例	59	33
	重度仮死数	1	0
	中等度仮死	2	0
	軽度仮死数	10	9

* SGA 数 (small for gestational age): 1994 年厚生省研究班により判定

**仮死: 仮死なし Apgar 8-10, 軽度 5-7, 中等度 3-4, 重度 0-2

育に与える影響については日本のデータ（1994年厚生省研究班）により判定した。

薬剤投与群、薬剤非投与群におけるSGA（small for gestational age infant=在胎週数別の出生体重が10%tile未満）症例はそれぞれ1例、3例であった。

仮死の有無についてはApgar scoreにより判断した。新生児仮死の発生頻度についても母親への薬剤投与群・非投与群の間で有意差は無かった。

5. 母子感染成立児のまとめ（表45）

HIVの母子感染が成立した24例について、初診時年齢、初診時の状況あるいは症状、周産期にとられた感染予防措置内容および最終観察時点における転帰につ

いて調べた。

いずれの症例も母体がHIVの感染管理を受けておらず、当然のことながら積極的な母子感染予防の措置は考慮されていなかった（その他の理由での帝切分娩や人工乳投与であった）。診断の端緒は、検査目的あるいは無症状10例、呼吸障害4例、体重増加不良または発達健診関連3例、歩行障害（AIDS脳症によると考えられる）2例、その他である。

転帰は死亡が6例、AIDSが6例（0-13歳に分布）、ARCが2例、帰国または不明が4例で、無症状が6例（最年長9歳）である。

表45 感染24例のまとめ

症例	生年月	初診年齢	初診症状	感染予防	最終診察	転帰
1	Nov.87	2y5m	検査目的		Dec.99	AIDS
2	Jun.91	3m	検査目的		Dec.00	ARC
3	Nov.91	3d	LBW		Dec.91	無症状
4	Aug.92	33d	1ヶ月健診		Apr.94	死亡
5	Feb.93	2d	RSV細気管支炎		?	帰国
6	May.93	2y2m	歩行障害		Dec.98	死亡
7	Jun.93	5y	带状疱疹	D	Nov.00	無症状
8	Aug.93	3m	体重増不良		Mar.95	AIDS
9	Sep.93	7y	検査目的	D	Dec.00	無症状
10	Jul.94	2y	呼吸障害		Oct.96	死亡
11	Sep.94	2y5m	検査目的		?	無症状
12	Mar.95	1m	検査目的		Mar.96	ARC-帰国
13	Jul.95	2y	被虐待児		Mar.98	帰国
14	Dec.95	0d	不明		不明	不明
15	Dec.95	1m	検査目的	B	Jun.96	死亡
16	Feb.96	0d	無症状	D	不明	不明
17	Apr.96	8m	無症状		Dec.00	無
18	Oct.96	4m	呼吸障害		Apr.97	死亡
19	Feb.97	1y8m	治療目的		Nov.98	死亡
20	May.97	5m	体重増不良		Dec.00	AIDS
21	Jun.97	2y	歩行障害	BD	Dec.00	AIDS
22	Feb.98	10m	検査目的		Dec.00	AIDS
23	Jun.98	2y	無症状	D	Dec.00	無症状治療中
24	Feb.00	5m	呼吸障害		Dec.00	AIDS

感染予防：A 妊婦への抗HIV剤投与，B 選択的帝王切開，C 新生児への抗HIV剤投与，D 人工乳

D. 考察

今年度の産婦人科側からの全国調査によって、新たに 53 例の HIV 感染妊娠が報告された。53 例中 34 例は 2000 年以後の新規症例で、昨年度の調査結果と比べて 1990 年以後 1999 年までに 19 例の未報告例を新たに把握したことになる。その結果 1997 年は 4 例、1998 年は 4 例、1999 年は 6 例増加した。1999 年の 39 例と比べて、2000 年は 29 例と 10 例減少しているが、この原因として 2000 年には未報告例が多く潜在すると考えられる。産婦人科 1 次調査の結果から、今年度は昨年度と比べて、回答率が 81.6%から 77.5%に低下し、分娩件数補足率も 43.7%から 41.7%へ低下していた。しかし最近のエイズ動向委員会や厚生省 HIV 疫学研究班（木原班）の報告からも、HIV 感染妊娠が今後減少傾向を示すとは考えがたい。また本研究グループは過去 3 年間、ほぼ同様の方法で全国調査を実施してきたが、報告義務を伴わない依頼による調査方法の限界も感じられる。

HIV 感染妊娠の発地域は、依然関東地方を中心とする大都市集中型であるが、長野県や鹿児島県など地方の中核地域で、数例の増加が報告された。HIV 感染妊娠の発生は、エイズ動向委員会の報告による HIV 感染者・AIDS 患者数の都道府県分布に相関しており、全体に対する占有率は低く少数ながら、全国どの都道府県でも HIV 感染妊娠が発生する可能性のあることが再認識される結果であった。

近年、国内における日本人の HIV 感染患者数が増加傾向にあり、かつ若年化が報告されているのと同様、日本人の HIV

感染妊娠の増加が確認された。また日本人同士のカップルも増加傾向にある。HIV 感染症が輸入感染症であるという認識は改める必要があるだろう。

妊娠中の抗 HIV 剤投与に関しては、1998 年以後積極的に 3 剤併用のいわゆる HAART 療法が行われつつある。妊娠中の AZT 投与が児に与える悪影響は、ほとんど無いことが米国 CDC により報告されているが、AZT 単独投与による HIV ウィルス量の制御効果には不安が残る。今回の調査でも、妊娠中の AZT 単独投与によっても、ウィルス量が上昇したものが 5 例確認された。幸い母子感染は成立しなかったものの、3 剤併用投与されたものは、すべてウィルス量が著明に低下しており、母子感染も無かった。多剤併用療法では当然のことながら、AZT 単独投与においても、児に対する悪影響に関して長期的な追跡調査が必要であるが、現時点での最大目的である母子感染予防という観点からは、HAART 療法の有効性は高いと考えられる。ただし副作用やコストの面から、投与開始時期や投与期間については、母子感染率を指標とした更なる検討が必要と思われる。

さて今回の調査結果から、抗 HIV 剤が 56.3%の症例で投与されていた帝切分娩群において、母子感染率が 2.1%であったことは、昨年度の結果（1.9%）と同様に特筆すべき結果である。帝切分娩群で母子感染が成立した 2 例のうち 1 例は、妊娠中抗 HIV 剤を投与されておらず、妊娠 40 週以後遷延分娩を理由に緊急帝切を施行された症例であることから、妊娠中の抗 HIV 剤の投与と妊娠 36 週前後で陣

痛発来以前の予定帝切を組み合わせた方法は、母子感染予防に大いに貢献しているものと考えられた。

次に小児科側からの調査結果より、1次調査 63%、2次調査 90%（2回以上の催促を実施）という回収率は、小児科での HIV 診療の経験が日本全国としては未だ稀少である一方、経験施設における関心の高さを示すものと考えられた。

1999年と2000年の二度にわたる本調査の結果抽出されたわが国の小児 HIV 感染者数は 24名であり、その内の解析可能な 23名の予後・転帰は AIDS 患者 6名、ARC 患者 2名、死亡 6名、不明または帰国 4名、無症状 6名であった。厚生省エイズ動向委員会による同調査期間での AIDS 患者等の届出状況等による日本の母子感染による AIDS 患者数は 14人、HIV 感染者数は 24人であるが、この届出には重複回答が含まれる可能性を考えると、我々の調査は重複を省いた結果のものであることから、過去及び現在の日本の母子感染による小児 HIV/AIDS の実態を最も正確に反映したものであると言える。

HIV 感染女性からの妊娠・出産が今後とも増加し続けるであろうことは、日本の HIV 感染症の現状からは避けられない事実と思われる。外国人問題、医療に適切に受診できない患者の存在等の社会的問題を別にすれば、適切な母子感染予防措置、即ち、母体に対する抗 HIV 剤の投与+予定帝切+児への抗 HIV 剤の投与を実施することで母子感染率は限りなくゼロに近づけることが可能である。

また、HIV に感染した児自身の予後は今後 HAART の導入によって改善してい

くことが期待でき、また一方には少数ながら長期未発症者（healthy carrier 様状態）の存在があるなど、楽観的な状況も一部に存在するが、彼らが AIDS 孤児となる可能性は高く、高額な医療費が継続的に必要であり、長期的な観点からすると、大きな問題が山積していることを忘れてはならない。したがって HIV 母子感染予防には今後とも最善を尽くすべきであると考えられる。

今後は感染した児と同様に非感染であった児に対しても、抗 HIV 剤の長期的影響を確認することは重要な課題であり、本調査または同様の全国規模研究が継続されるべきものと思われる。

E. 結論

HIV 感染妊婦に対する無対策による高い母子感染率を考えると、妊婦や児に対する HIV 抗体検査の実施、抗 HIV 剤の投与および予定帝切分娩の選択が、現時点において最も有効な HIV 母子感染予防対策であることが示唆された。

南アフリカ諸国や東南アジア諸国における HIV 感染症の爆発的な拡大と母子感染が、国家的な問題に止まらず世界的な問題になっている今日、国内外国人人口の増加、ピル解禁、遊行産業の国際化などが進行する本邦においては、HIV 感染妊娠と母子感染予防に関して国家的対策の確立が強く要望される。

F. 研究発表

1. 論文発表

1. Hara T, Yoshino N, Takayama N, Minamidani M, Naganawa S,