人の報告数は毎年タイ人を上回っている。ブラジル人は 2000 年に 3 例、2001 年に 4 例報告され、今後増加することが予想される。

Ⅲ-4．HIV-1 感染妊婦の妊娠転帰と年次別発生状況（表 23）

HIV 感染妊娠数は 1999 年の 40 例をピークに 2000 年は 32 例、2001 年は 24 例と最近 2 年間は減少傾向にある。報告漏れによる減少が最も考えられるが、人口 10 万対抗体陽性率の減少が認められることから、絶対数の減少も期待される。1995 年以降妊婦の分娩率は 70%前後、中絶率も 30%前後に安定している。帝切率は 1998 年以降 90%以上が続いており、経腟分娩は年間 1-2 例のみである。1996 年以降帝切分娩での母子感染は報告がない。経腟分娩では 2000 年に児の HIV 感染から母親の感染が判明した 1 例が報告されているが以後の母子感染の報告はみられない。

分娩後の母子感染が不明あるいは未定であった症例のその後の追加報告が得られておらず、また妊娠中に報告を受けたままその後の妊娠転帰が報告されていない症例が散見される。今後追跡調査により確認する必要性がある。

Ⅲ-5．分娩様式と母子感染（表 24）

帝切分娩 130 例のうち、非感染は 104 例、母子感染は 2 例、不明あるいは未確定が 24 例で、母子感染率は 1.9%であった。一方経腟分娩 29 例では非感染 12 例、母子感染 12 例、不明あるいは未確定 5 例で、母子感染率は 50.0%であった。しかし経腟分娩による母子感染 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、純粋に経腟分娩による母子感染と思われるのは 17 例中 5 例（29.4%）と考えられた。両群間には有意差（p＜0.001、Fisher's exact test）が認められ、これらの感染率は欧米の文献での成績に一致しているものと考えられる。

Ⅲ-6．分娩時妊娠週数および児体重（表 25、26）

帝切分娩は 130 例中 108 例（83%）が妊娠 34 週から 37 週に行われており、平均 35.9 週で、経腟分娩は平均 37.7 週であった。経腟分娩のうち母子感染例で 37.1 週と非感染例に比べ早かったが、有意差はなかった。帝切分娩でも 40 週以降の場合は、1 例の母子感染が発生しており感染のリスクが高くなる可能性が示唆された。経腟分娩の場合は分娩時週数により感染率に偏りがあるようには思われず、33-100%と常に感染のリスクが高いように思われた。

出生時児体重は分娩時週数に相関しており、

表24　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	104	2	1.9	(2/106)	24	130
経腟	12	12	50 *	(12/24)	5	29
		5 §	29.4 §**	(5/17)		
合計	116	14	10.8	(14/130)	29	159
		7 §	5.7 §	(7/123)		

§ 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25　分娩時妊娠週数

妊娠週数	全分娩数	帝切分娩					経腟分娩				
		分娩数	感染例数	(%)	非感染例数	未定/不明	分娩数	感染例数	(%)	非感染例数	未定/不明
30週未満	3	2	0	0	2	0	1	1	100	0	0
30−31週	1	1	0	0	1	0	0	0	-	0	0
32−33週	4	3	0	0	2	1	1	0	0	1	0
34−35週	35	34	1	3.6	27	6	1	1	100	0	0
36−37週	80	74	0	0	60	14	6	3	75	1	2
38−39週	21	12	0	0	11	1	9	3	33	6	0
40週以上	9	3	1	50	1	1	6	3	75	1	2
不明	6	1	0	0	0	1	5	1	25	3	1
合計	159	130	2	1.9	104	24	29	12	50	12	5
平均週数		35.9 *					37.7 *	37.1 **		38.2 **	
標準偏差		1.7					2.8	3.4		2.2	
症例数		129					24	11		9	

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

表26　出生時児体重

	帝切分娩	経腟分娩	非感染	感染	未定/不明
平均体重(g)	2581 *	2799 *	2802 **	2700 **	3065
標準偏差(g)	435	505	338	650	252
症例数	127	25	9	12	4

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

帝切分娩では平均 2581g、経腟分娩では平均 2799g と両者間に有意差を認めたが、妊娠 36 週前後での帝切分娩でも平均 2500g 以上が確保されており、帝切をこの時期に設定することの妥当性が示された。経腟分娩のうち感染例の体重が 2700g と非感染例に比べ 100g ほど少ないが、これは分娩時週数の差によるものであり、胎内感染による発育障害によるものとは考えにくいと思われた。

Ⅲ-7. 妊娠中の抗ウィルス剤の投与状況 (表27)

帝切分娩では 130 例中 80 例 (61.5%) に抗 HIV 剤が投与されており、1998 年以降は 3 剤併用療法 (HAART) が主流である。AZT 単剤投与の 1 例に母子感染が確認されているが、3 剤投与されていた 28 例では母子感染は報告されていない。一方経腟分娩では 29 例中 2 例 (6.9%) にしか投与されておらず、感染した 12 例では全く投与されていなかった。

Ⅲ-8. HIV 感染妊婦の血中ウィルス量

帝切分娩例では妊娠早期より抗体検査により HIV 感染が判明している症例が多く、血中ウィルス量の測定と抗 HIV 剤の投与が行われていた症例が 67 例報告されていた。これらの症例の血中ウィルス RNA コピー数の妊娠中最高値および最低値、帝切時妊娠週数、母子感染の有無、抗 HIV 剤の投与状況のすべてを**表 28-1** に示す。**表 28-2** に示すように血中ウィルス量が母子感染リスクの高くなるレベルといわれている 10 万コピー／ml を超える症例は 6 例 (9%) あり、1 万コピー／ml 以上 10 万コピー／ml 未満も 14 例 (21%) 含まれていたが、これらの 20 例も含め 67 例全例で幸いにも母子感染は認めていない。

表 28−3 には抗 HIV 剤の投与状況と血中ウィルス量の変動の関係を示した。血中ウィルス量が妊娠中に少なくとも 2 回測定され、抗 HIV 剤の投与状況が明確な 46 例のうち、ウ

表27　妊娠中の抗ウィルス剤の投与

分娩様式	感染の有無	投与なし/不明	投与あり					合計
			AZTのみ	2剤併用	3剤併用	小計	投与率 (%)	
帝切分娩	非感染	44	40	3	20	63	58.9	107
	感染	1	1	0	0	1	50.0	2
	不明	5	7	1	8	16	76.2	21
	合計	50	48	4	28	80	61.5	130
経腟分娩	非感染	9	1	0	1	2	18.2	11
	感染	12	0	0	0	0	0.0	12
	不明	6	0	0	0	0	0.0	6
	合計	27	1	0	1	2	6.9	29

表28-1 HIV感染妊婦の血中ウイルス量の最高・最低値

帝切分娩群

症例	ウィルス RNA コピー数 (/ml) 最高値	妊娠週数	最低値	妊娠週数	帝切時週数	母子感染	妊娠中抗ウィルス剤の投与	投与週
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28-2　HIV感染妊婦の血中ウィルス量の最高値

ウィルス量（コピー／ml）	症例数	%
100,000以上	6	9
10,000以上　100,000未満	14	21
感度以上　10,000未満	32	48
感度未満	15	22
合計	67	100

表28-3　抗HIV剤の投与と妊婦血中ウィルス量の変動

妊婦血中ウィルス量の変動（コピー／ml）	抗HIV剤 投与なし (%)	AZT単剤 (%)	2剤併用 (%)	3剤併用 (%)	不明	合計(%)
1／100以下へ減少	0　(0)	0　(0)	0　(0)	10　(48)	0	10　(22)
1／10以下へ減少	0　(0)	2　(12)	0　(0)	4　(19)	0	6　(13)
1／10未満へ減少	2　(29)	6　(35)	0　(0)	3　(14)	1	12　(26)
感度未満維持	1　(14)	4　(24)	0　(0)	3　(14)	0	8　(17)
増加	4　(57)	5　(29)	0　(0)	1　(5)	0	10　(22)
合計	7　(100)	17　(100)	0　(0)	21　(100)	1	46　(100)

ィルス量が抗 HIV 剤投与により 100 分の 1 以下に低下したものは 10 例（22%）あり、すべて 3 剤併用投与であった。3 剤併用投与により、67%の症例でウィルス量は 10 分の 1 以下に低下したが、投与なしでは 57%、AZT 単剤投与では 29%の症例でウィルス量は増加していた。3 剤投与にもかかわらずウィルス量が増加したのは 1 例（5%）のみであった。AZT 単剤投与による血中ウィルス量のコントロールは母子感染予防に十分とはいえない可能性がある。

IV. 小児科二次調査

2001 年度小児科二次調査では、一次調査で「症例あり」と返答のあった施設から、のべ 132 例（補足率：一次調査におけるのべ症例報告数 144 例の 91.6%に相当）が報告された。しかし、記載内容不十分・誤診などであると判断した不適格 10 例を除くと 122 例になり、更に重複例を省くと、検討対象は 115 例（今年度新規登録 48 例、追跡報告 67 例）であることがわかった。

今年度二次調査では 2000～2001 年の新規症例のみでなく、それ以前の症例についても各年度均等に報告された。内容（出生地域・近年の予防対策普及の結果としての感染率の低下・父母の国籍など）としては昨年度調査分との比較において大きな違いがなかった。過去に報告された症例についても反復して回答を求める方式であった為、追跡症例についての報告が相対的に減少した。一方、過去の症例であっても今回初めて報告された例が多数あり、その中には感染成立の 5 例（内 4 例は 1995 年以前の出生例である）が含まれた。それらの生命予後は改めて厳しいことを集計表は示している。1999 年から連続した 3 年間の調査によって、感染児（HIV/AIDS）は全部で 29 例把握され、2001 年 12 月 30 日付厚生労働省エイズサーベイランス委員会の母子感染による HIV/AIDS 累計 41 例に対する割合（仮定の補足率）は 71%ということになる。

昨年度までの集積症例 122 例と今回調査の新規登録症例 48 例を合わせた 170 例について以下の分析結果を得た。

IV-1．年次別 HIV 感染母体からの出生数と児の感染数（表 29）

初発例は 1984 年にケニア人女性と日本人男性の間に生まれた児（5 歳で発症し死亡）である。以後 3 年間は HIV 感染母体からの出生はなく、1987 年以降 1992 年まで毎年 1 ないし 5 例であったものが、1993 年には 10 例を越え、以降毎年増加し 1998 年には 20 例を越えた。1999 年には 26 例のピークに達したが 2000 年、2001 年は減少の傾向をみた。一方、児の感染数は 1991 年以後増加し、1993 年・1995 年の 5 例をピークに、それ以後次第に減少し、1999 年、2001 年はゼロであった。 1996 年以降は出生数の増加にもかかわらず、感染児数は減少し、逆に非感染児数が増加した。最近の 2 年は出生数、感染児数ともに減少している。

IV-2．ブロック別 HIV 感染女性からの出生児報告数（表 30）

出生数の 55.9%は関東・甲信越ブロックであり、ついで東海ブロック 18.2%、近畿ブロック 9.4%であったが、北海道から九州、沖縄に至る全ブロックに存在した。関東甲信越・東海・近畿に集中するパターンに変化は生じていないが、今回初めて中国地方でエイズ発症・死亡例が報告された。

IV-3．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62名、タイ 63 名で合計 125 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 31)。タイを含む東南アジア国籍の女性は 72 人（42.3%）を占め、次いで日本を含む東アジア 63 人（37.1%）であった。これは年次

表29　年次別の出生数と児の HIV 感染数

出生年	出生数	感染	非感染	未確定/不明
1984	1	1	0	0
1987	1	1	0	0
1988	1	0	1	0
1989	4	0	3	1
1990	1	0	1	0
1991	3	3	0	0
1992	5	2	2	1
1993	12	5	6	1
1994	13	2	11	0
1995	17	5	9	3
1996	17	3	13	1
1997	19	3	15	1
1998	22	2	16	4
1999	26	0	24	2
2000	18	2	10	6
2001	10	0	4	6
合計	170	29	115	26

表30 ブロック別小児症例報告数

ブロック		出生数	(%)	感染	非感染	未確定/不明
北海道		1	(0.6)	1	0	0
東北		4	(2.4)	0	4	0
関東・甲信越		94	(55.3)	14	63	17
	茨城	6		2	3	1
	群馬	1		0	1	0
	埼玉	3		0	2	1
	千葉	22		6	13	3
	東京	36		5	27	4
	神奈川	13		1	8	4
	その他	13		0	9	4
北陸		3	(1.8)	1	1	1
東海		31	(18.2)	2	24	5
	愛知	14		1	11	2
	その他	17		1	13	3
近畿		16	(9.4)	3	11	2
	京都	2		0	1	1
	大阪	12		1	10	1
	その他	2		2	0	0
中国・四国		1	(0.6)	1	0	0
九州・沖縄		8	(4.7)	3	4	1
外国		10	(5.9)	3	7	0
不明		2	(1.2)	1	1	0
合計		170	(100)	29	115	26

表31 HIV 感染女性の国籍と出生児 HIV 感染の有無

地域	国籍	感染	非感染	未確定/不明	女性数	小計	(%)
東アジア	日本	12	40	10	62	63	(37.1)
	中国	1	0	0	1		
東南アジア	タイ	11	44	8	63	72	(42.3)
	フィリピン	0	4	1	5		
	カンボジア	0	1	0	1		
	ベトナム	0	1	0	1		
	ミャンマー	1	1	0	2		
アフリカ	ケニア	2	6	1	9	19	(11.2)
	タンザニア	1	3	0	4		
	エチオピア	0	2	1	3		
	ザンビア	0	2	0	2		
	ブルンディ	0	0	1	1		
南アメリカ	ブラジル	1	8	3	12	15	(8.8)
	ボリビア	0	1	1	2		
	ペルー	0	1	0	1		
不明		0	1	0	1	1	(0.6)
合計		29	115	26	170	170	(100)

別にも同様の傾向が続いている。日本、タイその他の国の３群は同様の年次推移をしており国籍の差による HIV 感染女性発生の動向には差を認めなかった(表 32)。感染児の数も

表32　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
1984	1 (1)	0	0	1 (1)
1987	1 (1)	1 (1)	0	0
1988	1	1	0	0
1989	4	2	0	2
1990	1	1	0	0
1991	3 (3)	1 (1)	2 (2)	0
1992	5 (2)	2 (2)	2	1
1993	12 (5)	3	6 (3)	3 (2)
1994	13 (2)	3 (2)	5	5
1995	17 (5)	5 (2)	8 (3)	4 (1)
1996	17 (3)	9 (2)	7 (1)	1
1997	19 (3)	5 (1)	8 (1)	6 (1)
1998	22 (2)	9 (1)	7 (1)	6
1999	26	10	8	8
2000	18 (2)	7 (1)	7	4 (1)
2001	10	3	3	4
総数	170 (29)	62 (13)	63 (11)	45 (6)

(　) 内は児のHIV 陽性数再掲

表33　両親の国籍の組み合わせ

母親	人数	父親	人数
日本	62	日本	31
		外国	23
		不明	8
中国	1	日本	1
		外国	0
		不明	0
東南アジア	72	日本	52
		外国	8
		不明	12
アフリカ	19	日本	15
		外国	4
		不明	0
南アメリカ	15	日本	0
		外国	15
		不明	0
不明	1	不明	1
合計	170		170

日本 12、タイ 11 であることから感染率に人種差はみられない。

日本人 HIV 感染女性と日本人男性のカップルは 31 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 68 組であった(**表33**)。母親が日本国籍の場合、父親は約半数が日本人であった。母親が東南アジア国籍の場合、父親の日本国籍は 72% (52 例/72 例)、母親がアフリカ国籍の場合 80% (15 例/19 例) と多かった。一方母親が南アメリカ国籍の場合、父親日本国籍の組み合わせはなく、全例父親は外国国籍であった。母親と父親の組み合わせには国籍または人種による組み合わせの差異がみられた。

父親の国籍と父親の HIV 感染状況についてみると、母親の国籍とは異なり 170 人中 99 人 (58.2%) が日本人であった (**表 34**)。タイ国籍は 7 人と外国国籍人の中で突出しておらず、母親の国籍分布とは異なった。また母親の国籍不明は 1 人 (0.6%) であったのに比し 22 人 (12.9%) と多かった。父親の HIV 感染の確認は、日本国籍では 99 人中 77 人になされ、陽性 19 人、陰性 58 人であった。国籍不明を除く外国国籍の父親では、49 人中 32 人に HIV 感染の有無が判明しており、25 人が陽性であった。父親が日本人の場合の陽性率は 25% (19 例/77 例) であるのに対し、父親が外国人の場合の陽性率は 78% (25 例/32 例) と高い傾向が見られた。

IV-4. 実施された母子感染防止対策の実施状況と効果

分娩様式別の感染率は、経腟分娩 56.3%、緊急帝王切開 38.5%、様式不明 100%、予定

表34 父親の国籍と父親の HIV 感染の有無

地域	父親の国籍	人数	父の感染	父の非感染	未確定/不明
東アジア	日本	99	19	58	22
	中国	1	0	0	1
東南アジア	タイ	7	3	0	4
	マレーシア	3	3	0	0
	ベトナム	1	0	0	1
西アジア	イラン	2	1	1	0
	パキスタン	1	0	1	0
アフリカ	ケニア	5	5	0	0
	ガーナ	3	1	1	1
	ナイジェリア	2	1	0	1
	ブルンディ	1	0	0	1
	コンゴ *	1	0	0	1
	タンザニア	1	1	0	0
	ジンバブエ	1	1	0	0
南アメリカ	ブラジル	12	6	3	3
	ボリビア	2	0	0	2
	ペルー	2	0	0	2
	ドミニカ	1	1	0	0
北アメリカ	アメリカ	3	2	1	0
父の国籍不明		22	1	2	19
総数		170	45	67	58

＊ コンゴ民主共和国 (旧ザイール)

表35　感染防止対策別予防効果

分娩方法	投薬	感染	(%)	非感染	感染不明	合計
経膣分娩	母児とも投薬なし	18	(56.3)	14	2	34
	母児とも投薬	0	—	0	2	2
	経膣分娩合計	18	(56.3)	14	4	36
予定帝王切開	母児とも投薬なし	0	—	11	2	12
	母のみ投薬	1	(7.1)	13	0	14
	児のみ投薬	0	—	3	2	5
	母と児に投薬	0	—	49	16	65
	投薬不明	1	(5.9)	16	1	18
	予定帝王切開合計	2	(2.1)	92	21	115
緊急帝王切開	母児とも投薬なし	5	(50.0)	5	1	11
	母のみ投薬	0	—	0	0	0
	児のみ投薬	0	—	1	0	1
	母と児に投薬	0	—	0	0	0
	投薬不明	0	—	2	1	3
	緊急帝王切開合計	5	(38.5)	8	2	15
様式不明	母児とも投薬なし	2	(100)	0	0	2
	投薬不明	2	(100)	0	0	2
	様式不明合計	4	(100)	0	0	4
合計		29	(20.3)	114	27	170

帝王切開2.1%であった（表35）。

HIV 感染女性の分娩様式、抗 HIV 剤投与の母子感染予防対策の有無、児感染の有無に関して児の出生年を基準に年次別に集計した（表36)。予定帝王切開群を年次別にみると、母児ともに抗 HIV 剤が投与されはじめたのは 1996年からで同年11%(1例/9例)、次の1997年33%（5例/15例)、1998年73%（14例/19例）と実施率が増え、児の感染率はこのグループでは常にゼロである。その他の分娩様式では（母体の HIV 感染が把握されていないためと考えられるが)、抗 HIV 剤の検討そのものがなされていないと考えられ、母子感染は上述のとおり高率である。

妊婦に対する抗 HIV 剤投与・選択的帝王切開・新生児に対する抗 HIV 剤投与および断乳の全てを実施することが最も有効な母子感染防止策であることを報告してきたが、実状は理想からはかけ離れている。これまでの調査から、母子感染予防実施率における悉無律の現状が鮮明となりつつある。また外国人を含むカップルの関与は大きく、社会的要素が大きいと思われる。

Ⅳ-5．母子感染成立児のまとめ（表37）

本調査でこれまでに報告された感染成立児は 29 例である。初診年齢は院内出生の 0 日から 7 歳と幅があり、母子感染による HIV 感染小児の自然予後に早期発症（重篤進行経過）群と長期未発症（慢性経過）群とがあることを伺わす。その初診時症状は、乳児健診的なものから乳児期早期の重篤呼吸障害（カリニ肺炎または細菌性肺炎が疑われる)、1歳までの体重増加不良、リンパ網内系症状としての肝脾腫、2歳を越えた頃の歩行障害（エイズ脳症の初発症状と考えられる）などが特徴である。周産期に母児への感染防止策が意図的に実施されたものは1例もない。

29 例の観察期間は 1 カ月から最長 14 年以上にわたり、最終観察年齢は 1 カ月から 16 歳

表37　感染児29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 年月	CD4	VL (copies/ml)	ART	転帰	課題・問題点
1	Oct.84	4y5m	口腔内ｶﾝｼﾞﾀﾞ症		不明	3％		中断	死亡	
2	Nov.87	2y5m	検査目的		Jan.02				ＡＩＤＳ	
3	Jun.91	3m	検査目的		Oct.01	579／μl	6700	ｄ４Ｔ・ＡＢＣ・LPV/RTV	無症状	水平感染・集団生活での告知
4	Jul.91	3m	咳・体重増加不良		Jan.98	505／μl			死亡	
5	Nov.91	3d	LBW		Dec.91				無症状	
6	Aug.92	33d	１ヶ月健診		Apr.94				死亡	
7	Feb.93	2d	RSV細気管支炎		不明				帰国	
8	May.93	2y2m	歩行障害		Dec.98				死亡	
9	Jun.93	5y	帯状疱疹	D	Oct.01	211／μl	690	ｄ４Ｔ・3TC・LPV/RTV	無症状	集団生活での告知
10	Jul.93	1y3m	発熱（肺炎；ｶﾘﾆ）		Nov.94	12.5％			死亡	
11	Aug.93	3m	体重増不良		Mar.99				ＡＩＤＳ	
12	Sep.93	7y	検査目的	D	Dec.00				無症状	
13	Jul.94	2y	呼吸障害		Oct.96				死亡	
14	Sep.94	2y5m	検査目的		Aug.01	6.4％	33000		無症状	
15	Mar.95	1m	検査目的		Mar.96				帰国	
16	Jun.95	1m	乳児検診	D	Jun.96				不明	
17	Jul.95	2y	被虐待児		Mar.98				無症状	母の不法滞在・風俗営業
18	Dec.95	0d	不明		Mar.01	771／μl	2500	ｄ４Ｔ・3TC・NFV	無症状	養育困難のため施設入所
19	Dec.95	1m	検査目的	B	Jun.96				死亡	
20	Feb.96	0d	無症状	D	不明				不明	
21	Apr.96	8m	無症状		Dec.00				無症状	
22	Oct.96	4m	呼吸障害		Apr.97				死亡	
23	Feb.97	1y8m	治療目的		Nov.98				死亡	
24	May.97	5m	体重増不良		Dec.00				ＡＩＤＳ	
25	Jun.97	2y	歩行障害	ＢＤ	Dec.00				ＡＩＤＳ	
26	Feb.98	10m	検査目的		Sep.01	1428	1300	AZT・3TC・NFV	ＡＩＤＳ	
27	Jun.98	2y	無症状	D	Sep.01	970／μl	43000	AZT・ddI	無症状	水平感染・集団生活での告知
28	Feb.00	5m	呼吸障害		Dec.00				ＡＩＤＳ	
29	Nov.00	7m	肝脾腫精査	D	Jul.01	840／μl	1100000	AZT・3TC・NFV	死亡	悪性リンパ腫疑い、血球貪食症候群合併

感染予防　Ａ：妊婦への抗ＨＩＶ剤投与，Ｂ：選択的ｃ／ｓ，Ｃ：新生児への抗HIV剤投与，Ｄ：人工乳

までである。転帰は無症状9例、AIDS 6例、死亡 10 例、不明 2 例、帰国 2 例となっている。

治療内容については 6 例から回答があり、5例はNRTIとPIによる3～4剤併用のHAART、1 例は NRTI による 2 剤併用治療が行われている。これら6例中4例が無症状、1例AIDSそして 1 例死亡であり、治療による延命効果を示すものと考えられる。

また、患者とその周囲にとっての問題として、3 例から告知と水平感染の悩みがあげられた。

日本国内においても感染症例が蓄積されるに従い、小児 HIV/AIDS の自然経過と治療成績が明らかになるばかりでなく、小児 HIV/AIDS をとりまく切実な社会問題も認識され始めている。

V.「HIV 母子感染予防対策マニュアル」の改訂

以下にマニュアル改訂版の目次を示すが、詳細は**添付資料 1** のマニュアルを参照されたい。

―目　次―

序文
参考：日本産科婦人科学会「妊婦健診時のHIV抗体検査推奨に関するお知らせ」
1．HIV 母子感染予防のための基本対策
2．妊娠中および分娩時の基本的な診療指針
3．外来受診時および入院中の対応
　1）感染予防対策
　2）外来受診時および入院中の診察
　3）妊婦に対する抗 HIV 剤の投与
4．妊婦への抗 HIV 剤投与時の注意点
5．帝王切開術
　1）帝王切開時の薬剤の準備
　2）帝王切開手術手技の留意点
　3）帝王切開手術に必要な人員
　4）看護婦・助産婦業務［帝王切開時］
　5）手術時の服装
　6）術室での新生児処置
　7）手術室のあとかたづけ
6．母乳を止める意義と方法
7．出生後の新生児に対する ZDV 予防投与に関して
　1）投与法
　2）妊娠 34 週未満の早産児に対する投与法
　3）ZDV 投与による注意点
　4）Pneumocystis carinii pneumonia (PCP) の予防に関して
8．新生児・小児における診断基準
9．妊婦検診時の HIV 抗体検査の意義
10．感染妊婦に対する援助
11．インフォームドコンセント
　1）患者さんへの働きかけ
　2）HIV 検査前の説明
　3）インフォームドコンセント
　4）HIV 検査後のカウンセリングについて
　5）今後の方針について相談・決定
12．ウイルス学的検査の方法・意味及び意義
13．HIV 感染妊婦胎盤の病理組織学的解析
14．分担研究「HIV 母子感染予防の臨床的研究」班員名簿

VI. 研究成果発表会におけるアンケート調査

昨年度までの我々の成績から、妊婦の抗体検査率の高い東京、低い福岡およびその中間の大阪で発表会を開催し、合計 270 名の参加者を得た。177 名よりアンケートに対する回答が得られ、これを解析した。HIV 抗体検査

は「全妊婦に必要」と答えた人は８７％で今年度の全国調査成績とも一致していた。検査費用の負担先は全額公費が４２％、一部公費が４６％で、８８％の人が公費負担を適当と考えていた。自費負担が適当とするものは９％に過ぎず、全国調査成績に比して著明に少なかったが、回答者の個人的見解が強く現れた結果であろうと考えられた。詳細は**添付資料 2** の平成 13 年度「エイズ対策研究推進事業」研究成果発表会報告書を参照されたい。

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 31 例の HIV 感染妊娠が報告された。31 例中 24 例は 2000 年 10 月以後の新規症例で、2000 年 10 月以前の未報告例 7 例も新たに把握したことになる。その結果、昨年度までの集積症例 217 例と合わせ計 248 例の HIV 感染妊娠を確認できた。1999 年の 40 例の報告以後、2000 年は 32 例、2001 年は 24 例と年々減少しているが、この原因として 2000 年、2001 年には未報告例が多く潜在すると考えられる。産婦人科一次調査の回答率は 1999 年度 81.6%、2000 年度 77.5%、今年度は 64. 3%と年々減少し、妊婦の補足率も 2000 年度の 41.7%から今年度は 36.5%へ大幅に低下したことが報告例減少のもっとも大きな原因であると考えられる。また本研究グループは過去 4 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といえる結果でもある。しかし HIV 抗体検査を行った妊婦 10 万人に対する抗体陽性率は、昨年度の 10.0 人から今年度は 7.9 人に減少していることから、HIV 感染妊婦の減少は真実であるかもしれない。

HIV 感染妊娠の発生地域は、依然関東・甲信越ブロックを中心とする大都市集中型である。しかし 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、人口の少ない地方都市においては、全国における占有率は低いため、HIV 感染妊婦数は少数であるのが当然であり、全国どの道県でも HIV 感染妊娠が発生する可能性はある。2001 年には抗体検査率の低い 3 県より HIV 感染妊娠が報告されたことからも、今後全国各地で発生することが危惧される。抗体検査を行わなければ HIV 感染妊婦を発見する機会は低いといえるが、このような考え方は無意味であろう。

HIV 抗体検査率は 82.6%と一昨年度の 73.2%から 2 年連続上昇した。本研究班による啓蒙活動が学会やマスコミの報道を通じて、全国の産婦人科医師や妊婦の HIV 感染に関する意識の向上につながった結果であると考えている。しかし、公費補助を中止した青森県では HIV 抗体検査率が 2 年連続して約 20%ずつ低下していることは、検査費用の負担先に関する問題点を提起していると考えられる。また中国・四国や九州・沖縄ブロックにおける抗体検査率は、上昇しつつあるものの依然低率であることからこのブロックにおける啓蒙活動の重点化が必要である。

HIV 抗体検査の必要性に関しては、84.4%の施設で少なくとも挙児を希望する妊婦には行うべきとしており、検査の必要性は医療側には十分に認識されているものと考えられる。プライバシーや経費負担の問題が検査実施の障害になっているものと思われた。経費負担に関する調査結果では国あるいは地方自治体による公費負担を希望する施設は 54.7%と多かったが、自費負担を希望する施設も 36.4%と相当数認められ、他の感染症に対す

る検査も含めて、必要な検査数や経費負担に関しては医療側および行政側による再検討が必要と考えられた。

小児科側からの調査では、一次調査で60.5%の回答率がえられ、昨年度とほぼ同率であった。二次調査の回収率は、新規症例を経験した施設からのほぼ 100%と良好であったが、既報告例の追跡調査に回答率が著明に低下した。ここでも報告義務を伴わない依頼による調査方法の限界といえる結果でもある。

当然ながら、HIV 感染女性から出生した児の診療経験がある施設は関東・甲信越ブロックに多く、産婦人科側の調査結果と一致していた。

今年度の調査により日本人の HIV 感染妊娠数はタイ人を抜く結果となった。日本人若年男女の HIV 感染者が着実に増加していると報告されているなかで、現在あるいは近未来に HIV 感染妊婦が減少するであろうとは誰が断言できるであろう。むしろ HIV 抗体検査を受けずに無事分娩を終えている若年の HIV 感染妊婦が多く潜在することを推定すべきであろう。またブラジル人やケニア等のアフリカ人による日本国内の国際化は、これまでの東南アジア人中心による国際化とは異なった社会環境の変化をもたらし、今後 HIV 感染妊婦の国籍分布にも変化が及ぶかもしれない。

今年度の調査で抗 HIV 剤の投与が積極的に取り入れられてきていることがわかった。HAART 療法の催奇形性は未だクリアされてはいないが、血中ウィルス量の低下効果は AZT 単剤投与に比べて著しく改善されたといえる。現時点で我々が行うべきことは、HIV 抗体検査により HIV 感染妊婦をより早期に発見し、必要な治療を行い、帝王切開術と児への抗 HIV 剤の予防投与および断乳を推奨することにより、母子感染をできる限り減少させることである。これらの方針に伴って起こりうる児の奇形などのマイナス事項も同時に考慮することは当然であるが、マイナス面を重視するばかりにエンドポイントである母子感染を増加させては本末転倒である。

本研究班は今後も研究成果発表会や研究報告書の配布などを通じて、HIV 母子感染予防対策の確立と国民への啓蒙に努力したいと考えており、今年度改訂した「HIV 母子感染予防対策マニュアル」がより有益なものとして各施設で活用していただけるよう願っている。

E. 結論

少子化が進行するなか、開発途上国諸国とはもちろん、欧米諸国とも異なった独自の医療体制を確立してきたわが国においては、これに基づいた日本独自の HIV 母子感染予防対策の確立に向けて、行政の支援に国民の大きな期待が注がれていると結論する。

F. 研究業績

論文発表

1) Hara T, Yoshino N, Takayama N, Minamidani M, Naganawa S, Okubo H, Takizawa M, Izumi Y, Kantake M, Suzuki S, Takano M, Kita T, Totani R, Nagai Y, Honda M, Nakasone T: Presence of multiple HIV-1 subtypes among mothers and children in Japan. AIDS Research and Human Retroviruses 17:569－575, 2001.

2) Earl PL, Sugiura W, Montefiori DC, Broder CC, Lee SA, Wild C, Lifson, J Moss B: Immunogenicity and protective efficacy of oligomeric human

immunodeficiency virus type 1 gp 140 [In Process Citation]. J Virol. Vol.75 :645-653. 2001

3) L Myint, Z Matsuda, Y Yokomaku, K Matsuo, T Iwasaki, K Yamada and W Sugiura: Contribution of accumulated Gag and protease mutations towards recovery of the fitness and the virus particle formation in the protease inhibitor -resistant HIV-1 with D30N and L90M. Antiviral Therapy Vol.6 s-1 :55. 2001

4) Y Yokomaku, Z Matsuda, W Sugiura, M Matsuda, K Sakai, and Y Nagai: Phenotypic analysis of HIV-1 protease by virus -like particle ELAIZA. Antiviral Therapy Vol.6 s-1 :13. 2001

5) Wataru Sugiura: Effect of introduction of highly active antiretroviral treatment and the changes in patterns of drug -resistant HIV-1 in Japan. J Infect Chemother Vol.7 :127-132. 2001

6) Wataru Sugiura, Zene Matsuda, Yoshiyuki Yokomaku, Kurt Hertogs, Brendan Larder, Tsuyoshi Oishil, Aiko Okano, Teiichirou Shiino, Masashi Tatsumi, Masakazu Matsuda, Hanae Abumi, Noboru Takata, Satoshi Shirahata, Kaneo Yamada, Hiroshi Yoshikura, and Yoshiyuki Nagai: Interference Between D30N and L90M in Selection and Development of Protease Inhibitor Resistant Human Immunodeficiency Virus Type-1. Antimicrob Agent Chemothera (in press)

7) Tomiko Ryu, Masaki Ikeda, Yuko Okazaki, Hitoshi Tokuda, Naoto Yoshino, Mitsuo Honda, Satoshi Kimura, Yasusada Miura. Myelodysplasia Assosiated with Acquired Immunodeficiency Syndrome. Internal Medicine 2001;40:795-801.

8) Seo N, Hayakawa S, Takigawa M, Tokura Y: Interleukin-10 expressed at early tumour sites induces subsequent generation of CD4(+) T-regulatory cells and systemic collapse of antitumour immunity. Immunology 2001 Aug;103(4):449-57

9) Tsuda H, Sakai M, Michimata T, Tanebe K, Hayakawa S, Saito S : Characterization of NKT cells in human peripheral blood and decidual lymphocytes. Am J Reprod Immunol 2001 May;45(5):295-302

10) 戸谷良造、阿部史朗、稲葉憲之、井村総一、大久保秀夫、大場悟、葛西健郎、喜多恒和、北村勝彦、倉辻忠俊、杉浦亙、高野政志、高山直秀、谷口晴記、塚原優己、外川正生、早川智、林公一、箕浦茂樹、保田仁介、和田裕一、長縄聰、吉野直人： HIV 母子感染予防の臨床的研究. 平成 12 年度厚生科学研究費補助金エイズ対策研究事業 エイズ対策の評価に関する研究「妊産婦の STD 及び HIV 陽性率と妊婦 STD 及び HIV の出生児に与える影響に関する研究」研究報告書（主任研究者 田中憲一）: 24－65, 2001

11) 戸谷良造：増える HIV 感染妊婦、欠かせぬ抗体検査. 日母産婦人科医報 4 月号：10-11, 2001.

12) 戸谷良造：特集「性感染症の動向と対策」－HIV と母子感染. 日本医師会雑誌, 126：1129-1135, 2001.

13) 戸谷良造：HIV/AIDS. 周産期医学必修知識第5版, 周産期医学31（増刊号）：105-106, 2001.

14) 稲葉憲之、大島教子、稲葉不知之、深澤一雄：育児とリプロダクティブヘルス母子感染　新女性医学大系 11、中山書店、pp257-272, 2001.
15) 稲葉憲之、大島教子、稲葉不知之：看護のための最新医学講座　産科疾患 15 巻感染症、中山書店、pp230-239, 2001.
16) 稲葉憲之、大島教子、深澤一雄：母子感染-肝炎ウイルス、医学書院 55(1):5:8-60, 2001.
17) 稲葉憲之：妊娠と感染症　今日の治療指針2001、医学書院、pp762-763, 2001.
18) 井村総一：HIV-1, HTLV-1感染症, 周産期医学31（増刊号）：482-484, 2001.
19) 森　雅亮、浅井義之、有本泰造、大川尚美、清田　熙、寺道由晃、戸塚武和、藤原芳人、室積節子、真部秀治、三沢孔明、宮沢要一郎、矢崎茂義、吉田京子、吉田直隆、吉田義幸、渡部　創、木村博和、北村勝彦、横田俊平：小児におけるインフルエンザ・ワクチンの有効性の検討、小児内科；第33巻7号: 1026-1027, 2001年　東京医学社
20) 杉浦　亙：HIV の薬剤耐性. BIO Clinica Vol.16(13) pp.47-51, 2001
21) 守谷研二、杉浦　亙：抗 HIV 薬剤耐性検査の方法と解釈.　Modern Physician 2001
22) 杉浦　亙：薬剤耐性検査と臨床的意義. 日本臨床　4 月号　2001
23) 高山直秀：HIV母子感染. 小児科診療 65：490-496, 2002.
24) 塚原優己、押尾好浩：産科救急医療のABC 8.急性腹症. 産科と婦人科：68巻 1049-1058, 2001
25) 外川正生：血液・胎盤を介する母子感染症の最近の動向3.　ＨＩＶ (2) 小児科. 日本産婦人科・新生児血液学会誌（日産婦新生児血会誌）　巻11：S-20-21、2001
26) 外川正生：ＨＩＶ母子感染　Management of Mother-to-Child HIV transmission . 小児科診療　in press、2002
27) 早川　智：妊娠における Th1/Th2 バランス. 妊娠の生物学（中山徹也, 牧野恒久, 高橋迪雄　監修）: p159-164, 2001 年 5 月, 永井書店（大阪）
28) 早川　智, 山本樹生：免疫系　妊娠維持と生体防御. 新女性医学体系　2 妊娠・分娩・産褥の生理と異常（武谷雄二　総編集）: p97-109, 2001 年 12 月, 中山書店（東京）
29) 早川　智：生殖免疫と腫瘍免疫, 自己免疫　Ｔｈ1/Ｔｈ2 分化と胸腺外Ｔ細胞の視点から. 第 59 回日本大学医学会総会同窓会奨励賞受賞記念講演記録. 日大医学雑 60: 107-110, 2001
30) 早川　智, 永石（石井）真木, 千島史尚, 鈴木（唐崎）美喜, 山本樹生, 本多三男, 吉野直人, 仲宗根正, 原敬司, 泉康之, 網康至, 小峯志保子, シェイク・アリムザマン, 根本則道：生殖免疫学から見た HIV 母児感染. 日本生殖免疫学会雑誌 16 巻: 1-6, 2001
31) 林公一：論壇「妊婦HIVスクリーニングの現状」 日本産科婦人科学会山口地方部会・日本産婦人科医会山口県支部平成14年会報: p3-4, 2002
32) 保田仁介：STD と妊孕性ークラミジア感染. リプロダクティブヘルス（新女性医学大系 11：武谷雄二編）　pp201-208　中山書店　東京, 2001
33) 保田仁介：性感染症. 今日の治療指診 pp790　医学書院　東京, 2002
34) 保田仁介：性感染症.　感染防止 11:

14-20, 2001

35) 保田仁介：若年女性の性器クラミジア感染症. 日本医師会雑誌 126: 1141-1144, 2001

36) 保田仁介：膣トリコモナス症. 性感染症/HIV感染: pp240-242, 2001), MEDICAL VIEW, 東京

37) 和田裕一、戸谷良造：周産期感染症の現在～妊娠分娩とHIV感染症. 化学療法の領域17巻6号: 1074-1079, 2001.

学会発表

1) Inaba N, Oshima K, Nishikawa M, Inaba F, Ishikawa K, Tanaka M, SK Xiong, Fukasawa I, WatanabeH: VERTICAL TRANSMISSION OF HEPATITIS C VIRUS (HCV) AND INFANTILE PROGNOSIS. 5th World Congress of Perinatal Medicine (2001/9 Barcelona)

2) Oshima K, Okajima K, Nishikawa M, Inaba F, Ishikawa K, Tadokoro N, Fukasawa I, Watanabe H and Inaba N: MATERNO-INFANTILE TRANSMISSION OF TTV - INVESTIGATION OF ITS' NATURALHISTORY -. 5th World Congress of Perinatal Medicine (2001/9 Barcelona)

3) Inaba F, Nishikawa M, Oshima K, Ishikawa K, Tadokoro N, Fukasawa I, Watanabe H, Maekawa I, Inaba N: A STUDY ON THE LIVER FUNCTION AND PROGNOSIS OF THE HGV-VERTICALLY TRANSMITTED INFANTS- IN COMPARISON WITH THE HCV-VERTICALLY TRANSMITTED INFANTS. 5th World Congress of Perinatal Medicine (2001/9 Barcelona)

4) Yoshiyuki Yokomaku, Koya Ariyoshi, Hideka Miura, Sachiko Tateishi, Ai Tachikawa, Aikichi Iwamoto, Wataru Sugiura, Yoshiyuki Nagai, Zene Matsuda: GENERATION OF TAILORED CTL TARGETS WITH VSV-PSEUDOTYPED HIV-1. An update of HIV-1CTL assay. (Bangkok. 2001)

5) L Myint, Z Matsuda, Y Yokomaku, K Matsuo, T Iwasaki, K Yamada and W Sugiura: Contribution of accumulated Gag and protease mutations towards recovery of the fitness and the virus particle formation in the protease inhibitor -resistant HIV-1 with D30N and L90M. 5th International Workshop on HIV Drug Resistance & treatment Strategies. Arizona. 2001

6) Y Yokomaku, Z Matsuda, W Sugiura, M Matsuda, K Sakai, and Y Nagai: Phenotypic analysis of HIV-1 protease by virus -like particle ELAIZA. 5th International Workshop on HIV Drug Resistance & treatment Strategies. Arizona. 2001

7) L Myint, K Ariyoshi, AJ Frater ,M Matsuda ,A Okano ,T Chiba ,H Abumi, K Yamada, W Sugiura.: Detection of M41L and K70R AZT resistant mutations in subtype E HIV-1 by Mutagenically Separated PCR. 6th International Congress in AIDS in ASIA and the Pacific. Australia. 2001

8) W.Sugiura, M Matsuda, H.Miura, K Yamada and K.Ariyoshi: Genotypes related to nelfinavir resistance in subtype E infection differ from subtype B in Japan. 6th International Congress in AIDS in ASIA and the Pacific. Australia.

2001
9) Seo N, Hayakawa S, Tokura Y, Matsushima K, Takigawa M: MDC and TARC produced at early B16 melanoma sites induce subsequentinfiltration of T regulatory cells into tumours . 11thInternational Congress of Immunology 国際免疫学会(2001. Jul. 22-27 Stockholm, Sweden)
10) Maki Nagaishi, Satoshi Hayakawa, Miki-Karasaki-Suzuki and Tatsuo Yamamoto: Prolactin enhances production of CC chemokines by human decidual naturalkiller cells. 8th International Congress of Reproductive Immunology 国際生殖免疫学会 (2001. Jul. 2-6 Opatija, Croatia)
11) Yoshino N, Fujihashi K, Hagiwara Y, Lü FX, Miller JC, Kiyono H, McGhee JR. Nasal Immunization with gp120 and Mutant Cholera Toxin Elicits Antigen-Specific Mucosal IgA Responses in Non-Human Primates. 11th International Congress of Immunology (2001. 7. Stockholm, Sweden).
12) 戸谷良造：シンポジウム「血液・胎盤を介する母子感染症の最近の動向」—HIV・産婦人科—. 第 11 回日本産科婦人科新生児血液学会 (2001/6/15-16 宇都宮)
13) 戸谷良造：わが国におけるエイズウイルスを中心とした性感染症罹患妊婦と母子感染の現状及びその対策—HIV 母子感染予防の臨床的研究の概説—. 平成 13 年度エイズ対策研究推進事業「研究成果発表会 (国民向け)」財団法人エイズ予防財団主催・東京発表会 (2001/7/14)
14) 戸谷良造：わが国におけるエイズウイルスを中心とした性感染症罹患妊婦と母子感染の現状及びその対策—HIV 母子感染予防の臨床的研究の概説—. 平成 13 年度エイズ対策研究推進事業「研究成果発表会 (国民向け)」財団法人エイズ予防財団主催・大阪発表会 (2001/8/18)
15) 戸谷良造：わが国におけるエイズウイルスを中心とした性感染症罹患妊婦と母子感染の現状及びその対策—HIV 母子感染予防の臨床的研究の概説—. 平成 13 年度エイズ対策研究推進事業「研究成果発表会 (国民向け)」財団法人エイズ予防財団主催・福岡発表会 (2001/9/8)
16) 戸谷良造：HIV 母子感染・日本の現況. 北陸 HIV 臨床談話会・HIV/AIDS 講演会 (2001/10/28 金沢)
17) 戸谷良造, 和田裕一, 箕浦茂樹, 林公一, 宮澤廣文, 倉辻忠俊, 喜多恒和, 外川正生：HIV 母子感染予防の臨床的研究. 第 54 回国立病院療養所総合医学会 (2001/11/8-9 仙台)
18) 戸谷良造：シンポジウム「性感染症をとりまく治療薬の変遷」・HIV感染症—特殊病態下における治療—妊婦の垂直感染をめぐって. 第49回日本化学療法学会西日本支部総会 (2001/12/6-7 名古屋)
19) 戸谷良造：HIV と母子感染—現状と問題点—. 第 9 回静岡県 HIV 感染症カンファレンス (2002/2/2 浜松)
20) 戸谷良造：HIV 母子感染・日本の現況. 新潟県産婦人科感染症研究会・特別講演 (2002/2/16 新潟)
21) Noriyuki Inaba : Vertical Transmission of Emerging Hepatitis Viruses. 特別講演 (2001/6 ハルピン)
22) 大島教子、岡嶋祐子、西川正能、稲葉不

知之、石川和明、田所望、深澤一雄、渡辺博、稲葉憲之：TT ウイルスの母子感染 ―ナチュラルヒストリーの検討―．第 53 回日本産科婦人科学会学術講演会（2001/5/12-15 札幌）

23) 西川正能、大島教子、稲葉不知之、石川和明、岡嶋祐子、渡辺博、深澤一雄、稲葉憲之：G 型肝炎ウイルス垂直感染児の肝機能と予後-同科肝炎ウイルス、HCV 垂直感染児に比較して．第 53 回日本産科婦人科学会学術講演会（2001/5/12-15 札幌）

24) 大島教子、岡嶋祐子、西川正能、石川和明、渡辺博、稲葉憲之：TT ウイルス genotype。a の 母子感染．第 42 回日本臨床ウイルス学会（2001/6/7-8 名古屋）

25) 西川正能、大島教子、石川和明、渡辺博、岡嶋祐子、稲葉憲之：HGV 母子垂直感染の児肝機能とその予後-HCV 垂直感染との比較．第 42 回日本臨床ウイルス学会（2001/6/7-8 名古屋）

26) 大島教子、西川正能、稲葉不知之、稲葉憲之：新興肝炎ウイルス、HGV と TTV の母子感染―特にその natural history について―．第 11 会日本産婦人科・新生児血液学会シンポジウム（2001/6 宇都宮）

27) 神裕子，岩村美佳，田口順教，間崎亮介，増永健，瀧川逸郎，井村総一：当院 NICU における MRSA 感染防止対策の見直し．第 37 回日本新生児学会（2001/7/17 横浜）

28) 葛西健郎、戸谷良造：妊婦へのHIV抗体検査の実施率と母子感染の現況―全国成績と東北地方―．第25回岩手周産期研究会（2001/8 盛岡）

29) 葛西健郎：本邦におけるHIV母子感染の現況―小児科診療施設への2000年度全国調査から―． 第108回日本小児科学会岩手地方会（2001/12 盛岡）

30) 喜多恒和、高野政志、塚原優己、早川智、保田仁介、箕浦茂樹、和田裕一、谷口晴記、林公一、阿部史朗、稲葉憲之、戸谷良造：本邦におけるHIV母子感染の現況と予防対策－産婦人科領域からの全国調査成績－．第53回日本産科婦人科学会学術講演会（2001/5/12-15 札幌）

31) 喜多恒和、高野政志、菊池義公、田中憲一、戸谷良造、阿部史朗、稲葉憲之、谷口晴記、塚原優巳、早川智、林公一、保田仁介、箕浦茂樹、和田裕一：本邦における HIV 感染妊娠の現況と母子感染対策．第 19 回日本産婦人科感染症研究会（2001/7/7 旭川）

32) 喜多恒和：わが国におけるエイズウィルスを中心とした性感染症罹患妊婦と簿路感染の現況およびその対策―HIV 感染妊婦と母子感染の現況―．厚生省科学研究費補助金エイズ対策研究推進事業研究成果発表会（2001/8/18 大阪）

33) 喜多恒和：わが国におけるエイズウィルスを中心とした性感染症罹患妊婦と簿路感染の現況およびその対策―HIV 感染妊婦と母子感染の現況―．厚生省科学研究費補助金エイズ対策研究推進事業研究成果発表会（2001/9/8 福岡）

34) 森雅亮、藤原芳人、戸塚武和、木村博和、北村勝彦、横田俊平：小児におけるインフルエンザワクチンの有効性について；第 104 回日本小児科学会総会（仙台市）

35) 北村勝彦、木村博和：小児におけるインフルエンザワクチンの有効性評価；第 60 回日本公衆衛生学会総会（高松市）

36) 長縄聡、相澤知恵子、土井陸雄、北村勝彦：日本国内のHIV感染妊娠の現況と母子感染予防対策；第60回日本公衆衛生学会総会（高松市）
37) 高野政志：「妊婦に対するHIV抗体検査率の全国調査成績」．エイズ予防財団主催厚生科学省エイズ対策研究推進事業・研究成果発表会「わが国におけるエイズウィルスを中心とした性感染症罹患妊婦と母子感染の現状及びその対策」　東京発表会（2001.07　文京シビックホール）
38) 杉浦　亙：プロテアーゼ阻害剤耐性HIV-1におけるフィットネスの回復とgag領域の変異の役割解析．第4回白馬シンポジウム（長野 2001）
39) L Myint, Z Matsuda, Y Yokomaku, K Matsuo, T Iwasaki, K Yamada, W Sugiura: Importanceof gag and protease mutations in fitness recovery of the HIV-1 with D30N and L90M protease mutations. 第49回日本ウィルス学会（大阪 2001）
40) 松田昌和、千葉智子、岡野愛子、鐙英恵、松田善衛、横幕能行、杉浦　亙：相同組み換えによる患者由来HIV-1の再構築と薬剤感受性検査．第15回日本エイズ学会（東京　2001）
41) 千葉智子、松田善衛、横幕能行、滝沢万理、本多三男、松田昌和、岡野愛子、鐙英恵、杉浦　亙：ヒトT細胞由来の新たなHIV-1感染宿主細胞株の樹立と薬剤感受性検査への応用．第15回日本エイズ学会（東京　2001）
42) Lay Myint, Koya Ariyoshi, Wattana Auwanit, Panita Pathipvanith, Hua Yan, Masakazu Matsuda, Kaneo Yamada, Wataru Sugiura: A novel MS-PCR asssay for the detection of M41L and K70R AZT resistant mutations in subtype E HIV-1. 第15回日本エイズ学会（東京　2001）
43) 岡野愛子、松田昌和、鐙英恵、千葉智子、山田兼雄、杉浦　亙：AMPLICORE MONITOR TM Test を用いたHIV-1、C型肝炎ウィルス（HCV）RNAの同時定量法の可能性について検討．第15回日本エイズ学会（東京　2001）
44) 高田　昇、藤井輝久、西村　裕、杉浦亙：抗HIV薬剤耐性検査の遺伝子型と表現型検査の比較．第15回日本エイズ学会（東京　2001）
45) W. Sugiura, M. Matsuda, H. Miura, K. Yamada, K. Ariyoshi: Varitation and Prevalence of non-subtype B infection in Japan and their genotypic patterns related to anti-retrovirus therapy failure. 第2回熊本エイズセミナー(熊本　2001)
46) Yoshiyuki Yokomaku, koya Ariyoshi, Hideka Miura, Sachiko Tateishi, Ai (kawana) Tachikawa, Aikichi Iwamoto, Wataru Sugiura, Zene Matsuda: Rapid generation of taillored target cells for CTL assay. 第2回熊本エイズセミナー（熊本　2001）
47) W. Sugiura, M Matsuda, H Miura, K Ariyoshi, K Yamada: Unique Drug Resistant Mutation Pattern Found in Subtype-E HIV-1 Infected Patients. 13th Joint Scientific Meeting of the AIDS Panels. Kumamoto. 2001
48) 高野政志：「妊婦に対するHIV抗体検査率の全国調査成績」．エイズ予防財団主催厚生科学省エイズ対策研究推進事業・研究成果発表会「わが国におけるエイズ