

表 28 経膈分娩例における妊婦とパートナーの国籍と感染の有無および母子感染の関係

(平成 18 年度産科小児科統合ファイル)

夫国籍	夫感染	妊婦国籍												総計						
		日本			中国			タイ			ミャンマー				ケニア			タンザニア		
		児(+)	児(-)	小計	児(+)	児(-)	小計	児(+)	児(-)	小計	児(+)	児(-)	小計	児(+)	児(-)	小計	児(+)	児(-)	小計	
日本	夫(+)	1	1	2				3	3											5
	夫(-)	7	1	8	1	1	2	2	1	1	3	1	4	1	3	4				20
	小計	8	2	10	1	1	2	3	5	1	1	3	1	4	1	3	4			
タイ	夫(+)		1	1																1
	夫(-)						1	1												1
	小計		1	1			1	1												2
マレーシア	夫(+)	1		1																1
	夫(-)																			
	小計	1		1																1
ケニア	夫(+)												2	2						2
	夫(-)												1	1						1
	小計												3	3						3
アメリカ	夫(+)		1	1																1
	夫(-)																			
	小計		1	1																1
ナイジェリア	夫(+)		1	1																1
	夫(-)																			
	小計		1	1																1
総計		9	5	14	1	1	3	3	6	1	1	6	1	7	1	3	4			33

表 29 ハイリスク群の定義 (平成 18 年度産科小児科統合ファイル)

分娩様式	感染	非感染	中絶	妊娠中	不明	総計
選択的帝切	8	209			27	244
緊急帝切	3	18				21
経膈	25	25			9	59
中絶			89			89
妊娠中				8		8
不明	6	1		1	39	47
総計	42	253	89	9	75	468

上記の94例をハイリスク群と定義した。

分担研究「HIV 感染妊婦より出生した児の実態調査とその解析および HIV 感染妊婦とその出生児に関するデータベースの構築」

分担研究者：外川正生 大阪市立総合医療センター小児内科兼小児救急科・副部長
研究協力者：吉野直人 岩手医科大学微生物学・講師
高橋尚子 岩手医科大学産婦人科・研究補助員
葛西健郎 岩手医科大学小児科・助教授
高山直秀 都立駒込病院小児科・部長
國方徹也 国立国際医療センター小児科・医長
大場 悟 聖隷三方原病院小児科・部長
金田次弘 国立病院機構名古屋医療センター臨床研究センター・血液免疫研究部部長
尾崎由和 国立病院機構大阪医療センター小児科・医長
榎本てる子 NGO ‘CHARM’ 理事

研究要旨

全国小児科施設への郵送アンケートによって、通算 8 年目になる HIV 感染妊婦から出生した児の実態調査を行った。回答率は一次アンケートが 47.3%、二次アンケートが 56%であり、17 例の新規報告を得た。過去の報告と合わせ小児科調査による出生児の累計は 287 例となり、感染 42 例、非感染 199 例、未確定・不明 46 例であった。HIV の母子感染は 1996 年以降の予防対策の徹底（母児への抗ウイルス薬療法、予定帝王切開分娩、断乳の全て）により 0.6%(1/154) まで低下した。しかし、昨年度に続き、今年度も MTCT 予防対策不十分による感染例が 1 例新規に出現した。4 歳を超えて観察されている感染児では HAART 導入が進み、予後良好例が増えている。

A. 研究目的

HIV 感染妊婦より出生した児について、MTCT（母子感染）予防対策の効果を検証すること。出生した児については、非感染児では ART 曝露の短長期的影響を、感染児では病態と診療の実態を調査すること。

B. 研究方法

過去 7 年間踏襲してきた二段階の郵送アンケート法によって症例の収集を行った。一次調査にて、全国小児科診療施設に対して、HIV 感

染妊婦から出生した児を診療した経験があるかどうかを質問し、経験のある施設に対して、詳細な二次調査を送付し、電話等による 1 ないし数回の督促も行い回収した。

（倫理面への配慮）研究の特性上、『匿名・追跡可能』な症例データの収集が必要であることから、分担研究者が所属する施設倫理委員会の審査によって本研究に対する承認を得た。プライバシーと個人情報の保護については研究協力施設にも改めて周知徹底を図った。

C. 研究結果

1. 小児科一次調査結果

小児科一次調査は2006年8月28日に岩手医科大学から全国に発送した。質問項目は、図1に記載したとおりである。2007年1月9日現在で送付数は3,239件であり、回収数は1,551件、回収率は47.9%、小児科廃止等に因る返送は39件であり、有効送付数は3,200件であった。都道府県別の返信用葉書の回収率等を表1に示す。表1での「回答率」とは、送付数から小児科廃止等で返送された葉書の枚数を差し引いたもの(有効送付数)に対して、回答のあった葉書の数から算出したものである。有効回答数は1,511件であり、回答率は47.3%であった(昨年比4.7%減)。都道府県別回答率は71.4%(岐阜県)～32.5%(宮崎県)であった。

今年度の調査で2005年9月1日から2006年8月31日の間にHIV感染妊婦より出生した小児症例数は、全国でのべ30症例(昨年比6症例増)、21施設(昨年比7施設増)であった。これらの小児の都道府県別症例数を表2に示す。新規症例数のブロック別構成割合で関東・甲信越ブロックの割合が過半数(53.3%)であった。1999年度調査から今回の調査までのHIV感染妊婦より出生した小児症例数の合計を表3に示す。これまでの調査でHIV感染妊婦より出生した小児の症例数は、昨年度以前未報告症例を含めてのべ312症例(昨年比39症例増)となった。但し、この数値は重複症例を含んでいる。症例のあった都道府県は全国で34都道府県であり新たに奈良県、和歌山県、山口県から報告があった。HIV感染妊婦より出生した小児の地域分布は、依然として関東・甲信越ブロックに集中しているが全国的な広がりを示す傾向が見られ、今年度の新規症例では東海・北陸ブロックで新規症例の約1/4が報告された。

エイズ拠点病院区分別での回答率を表4に示す。回答率は拠点病院で61.7%(昨年比6.4%減)、拠点病院以外では45.5%(昨年比4.5%減)

であった。2005年9月1日から2006年8月31日にHIV感染妊婦より出生した小児の拠点病院区分別の症例数を表5に示す。HIV感染妊婦から出生した小児の症例は、今年度は30症例中28症例(93.3%)が拠点病院であり、拠点病院以外では30症例中2症例(6.7%)であった。1999年度の調査ではHIV感染妊婦からの出生児診察経験のある病院は、拠点病院で54.0%、非拠点病院で46.0%とそれぞれの区分の病院間で差はほとんど無かったが、2000年度調査以降HIV感染妊婦から出生した小児症例診察経験のある病院は、拠点病院に集中する傾向が見られた。

2. 小児科二次調査結果

一次調査から、21施設30例の新規または未報告の診療経験があり、2007年1月16日現在までに、私信によって調査施設を追加し、最終的には、32施設から、のべ40例を把握した。

今年度の小児科二次調査はこの32施設に対して大阪市立総合医療センターから全国に発送し、回収した。二次調査を行ったところ、3施設は症例経験が無く、対象施設数29、対象患者数40であることがわかった。40例の内訳は新規30例、未報告10例であった。以上から、今年度は最終的に29施設の40例について二次詳細調査を依頼し、2007年1月16日現在までに、13施設から、22例の回答を得た。1施設は本調査に対する患者同意が得られず(患者アクセスの問題から)回答不能との返事であった。従って46%(13/28)の施設が回答することによって56%(22/39)の症例について回収することができた。この22例を解析すると、複数施設からの重複報告症例が1例、過去の既報告例中に同一症例が認められるものが4例含まれていた。従って、新規報告は17例であった。この17例中、感染例は1例、非感染/未確定が16例であった。

この結果、過去の報告と合わせ小児科調査に

よる出生児の累計は、重複報告を除くと 287 例となり、感染 42 例、非感染 199 例、未確定・不明 46 例となった。

1) HIV 感染妊婦から出生した 287 例の分析

(ア) 年次別出生数と感染状況 (表 6) : 児の出生は 1984 年から 2006 年にかけて分布した。感染例は 1984 年から 2000 年、および 2005 年と 2006 年に分布し 1995 年の 7 人をピークに以後減少傾向を示した。昨年度調査同様、2003 年以降の出生数が減少しているが、調査の性格上、後年になって未報告例が追加される可能性も有り、推移を継続的にみる必要がある。

(イ) 地域別出生数と感染状況 (表 7) : 感染妊婦からの出生累計は、関東甲信越 > 東海 > 近畿 > 外国 > 九州 > 東北 > 中四国 = 北海道 > 北陸の順で、昨年度調査から変動が無い。感染例は、関東甲信越 19 > 外国 10 > 近畿 = 九州 4 > 北海道 = 北陸 = 東海 = 中四国 1 (東北は 0) の順で分布した。

(ウ) 母親の国籍 (表 8) : 母親国籍は日本 123 (42.9%)、タイ 74 (33.5%)、ブラジル 24 (10.9%)、ケニア 16 (7.2%)、フィリピン 11 (5.0%)、中国 10 (4.5%)、その他の順に分布した。一方、児の感染率はインドネシア 100%・ミャンマー 66.7%・ケニア 50.0%・中国 30.0%・タンザニア 28.6% などで高く、日本は MTCT 予防策実施の徹底化より全体では 9.8% であった。

(エ) 父親の国籍 (表 9) : 日本人父親は 180 人と過半数を占め、父親自身の感染率は 23% であった。以下ブラジル 22 人 (36%)、タイ 11 人 (27%)、ケニア 9 人 (78%)、その他 4 人以下の諸国に分布した。

(オ) 児の HIV 感染・非感染と周産期因子

(表 10) : MTCT の別で周産期因子に差があったか、両側 t 検定 (Student's t test, $p < 0.05$ を有意とする) を用いて検討した。感染群と非感染群において、在胎週数は 37.9 ± 2.6 対 36.1 ± 1.6 、出生体重は $3,102 \pm 573$ 対 $2,577 \pm 407$ と差を認めたが、Apgar score では 9.4 ± 0.5 対 9.0 ± 0.9 と差を認めなかった。

(カ) 母体 ART (抗ウイルス療法) と周産期因子 (表 11) : 母体 ART 実施の有無によって周産期因子に差があったかどうかを検討した。薬剤投与群と非投与群において、在胎週数は 36.0 ± 1.0 対 36.9 ± 2.3 、出生体重は $2,555 \pm 379$ 対 $2,780 \pm 547$ と差を認めたが、Apgar score では 9.0 ± 0.9 対 9.2 ± 0.8 と差を認めなかった。

(キ) 年次別 MTCT 予防対策とその効果 (表 12-1、12-2、13) : 年次別、分娩様式別および ART の実施別に MTCT の状況を調べた。分娩様式別の MTCT 率は、予定 C/S (帝王切開) 7/212 (3.3%)、緊急 C/S 4/19 (21%)、経膣 26/50 (52%)、不明 5/6 (83%) であった。予定 C/S 群における感染例は 1997 年以降途絶えていたが、2005 年に ART 実施が児のみであった 1 例において発生した。2006 年の感染例は外国人母であり、経膣での分娩直後に母体感染が判明し、児のみに ART 投与されたが感染成立した。この児の服薬が守られたかどうかについては情報が無い。

(ク) 予定 C/S 群における MTCT 予防効果 (表 14) : '母児とも ART あり' に着目すれば、感染率は 1/154 (0.6%) と、これまで以上に高い予防効果を示し

た（この感染1例は服薬指導が不十分であったとのことである）。その他の方法ではいずれも7.7から11.5%の高い感染率であった。

2) 感染児 42 例についての検討（表 15-1、15-2）

(ア) 新規症例：2006年に新規1例が報告された。外国人母のHIV抗体検査未実施のまま迎えた経膈分娩の直後に判明し、児は母乳を止め、ARTを投与されたが、最終的に感染成立が確認された。0.25歳時に爪白癬の訴えで受診、0.58歳の最終受診時は鷲口瘡があり、CD4は $2838/\mu\text{l}$ 、ウイルス量は 6.2×10^5 であった。治療はされず、免疫不全症状が無いまま、帰国された。

(イ) 既報告例の追加情報：表15のNo.21とNo.23について追加情報が得られた。No.21（1995年）の母は感染が妊娠中に判ったが妊娠中のARTは無かった（理由不明）。予定C/S（理由不明）、在胎36週、2600gで出生、児のART無し、母乳は与えられていない。10歳時、肝腫大、皮膚炎、副鼻腔炎、中耳炎反復、血小板減少がみられ、CD4 $12/\mu\text{l}$ 、VL 11万/ml以上で、最終受診時は11歳、症状なし、CD4 $1295/\mu\text{l}$ 、VL 620/ml、ARTはAZT・3TC・EFVでありST合剤内服中である。No.23（1995年）の母は破水後24時間での経膈分娩し、出産翌日にHIV陽性と診断された。しかし、母児ともARTなし（理由不明）。母乳与えず。5.3歳の最終観察時、症状なく、CD4 $823/\mu\text{l}$ 、VL 1800/ml、ARTはd4T・3TC・NFVである。上記2例とも、主治医と家族の間で、今後の告知のあり方が議

論されている。

(ウ) 初診時の状態について：0歳17例の訴え・症状は、検査または無症状(7)、呼吸障害(4)、体重増加不良(2)、反復性中耳炎・カンジダ症・肝機能障害・肝脾腫・爪白癬(各1)であった。1〜3歳12例では、検査または無症状(6)、呼吸障害(3)、歩行障害(2)、カンジダ症・被虐待(各1)；4〜8歳8例では、検査または無症状・呼吸障害(各3)、耳下腺とリンパ節の腫脹(2)、カンジダ症・肝機能障害・肝脾腫・帯状疱疹(各1)；9〜12歳4例では、呼吸障害(2)、検査または無症状・反復性中耳炎・カンジダ症(各1)であった。

(エ) 最終受診時の状態：臨床病期のN 24例、A 0例、B 0例、AIDS 3例、死亡 11例、帰国または不明 4例であった。（昨年度報告のNo.33は、転帰をAIDSから無症状に改めた）

(オ) ARTについて（表16参照）：HAART実施が確認された23例の内訳は、NFVベースでは、
① AZT・3TC・NFV：6例
② d4T・3TC・NFV：5例
EFVベースでは、
③ d4T・3TC・EFV：2例
④ AZT・3TC・EFV：1例
⑤ TDF・3TC・EFV：1例
LPV/rベースでは、
⑥ AZT・3TC・LPV/r：4例
⑦ d4T・ABC・LPV/r：2例
⑧ d4T・3TC・LPV/r：1例
ATV/rベースでは、
⑨ ABC・3TC・ATV/r：1例であった。

D. 考察

2006年12月31日現在、厚労省エイズ発生動向調査(サーベイランス)委員会報告による本邦の母子感染 HIV/AIDS の累計報告数は49である。一方、当研究班が8年間に渡って全国小児科施設へアンケートを行い、把握したMTCTは42例であるから、本調査の推定捕捉率は85%である。

HIV 陽性女性から出生した小児は感染の成立の有無にかかわらず、非常に少数であるがために、彼らの健康問題について論じる時、現状では欧米の報告を参照、引用することが多い。しかし、国情や人種の違いによって薬物治療の効果や影響に差異が存在する可能性があり、児の追跡調査は出生から小学校入学頃まで、可能であれば無期限であることが望ましいと思われる。

個々の症例を縦断的に観察することは臨床現場では自然に行われていることであるが、小児 HIV/AIDS は極めて希少な疾患であるため、わが国の全体像を得るには本研究が唯一の手段となっている。

本研究は個人情報保護に配慮しつつ、症例の追跡調査を重視する観点から、調査対象である小児科診療施設に対して、エントリーにおける患者説明と同意を重視した。そのためアンケート調査回収率は低迷する結果となった。二次調査対象施設中、未回答の原因の多くが、「説明と同意に時間がかかるので」というものであった。このような条件下での調査にも関わらず、サーベイランスから得られている感染症例数の85%を把握できたことは、症例に関与している施設の回答率が高かった事を伺わせる。

1. 出生児の年次分布:1990年代後半から毎年20人前後で推移しているが、調査の回収率が低下している事から実数に減少は無いと考えられる。感染の有無の診断については、感染症例は確実に減少し、未確定例の多くも主治医が生後18ヶ月未満では抗体検査で診断

出来ないため判断を保留している場合が殆どである。しかしながら2005年に続いて、2006年にも感染例が1例あった。母親が外国人であり、妊娠中の抗体検査未施行であり、経膈分娩後に対策として断乳と児へのART開始であった。今後とも、わが国でのMTCT例は同様の状況で一定の頻度で出現することが予想される。

2. 出生児の地域分布:今年度二次調査において、新たに報告があったのは、北海道、栃木、東京、山梨、長野、愛知、大阪、奈良、福岡であった。追加症例の数の分布はこれまでのブロック別の報告数に比例した形となっている。
3. 母親の国籍:これまで以上に日本人母の増加が顕著であり、感染児の出現における問題点を除けば、わが国におけるMTCTは、今やはっきりと日本人自身の問題であると言える。外国人としてはタイ、フィリピン、ミャンマー、インドネシア、ブラジルから追加症例があり東南アジアとブラジルに多い傾向が続いている。
4. 父親の国籍と感染状況:父親においても日本人の増加が最も顕著であり、かつ感染率もわずかに増加している。外国人としてはインドネシア、フィリピン、オーストラリア、ブラジルから追加症例があった。
5. 感染児と非感染児との周産期因子の比較:非感染児の在胎週数、出生体重は感染児のそれと比較して有意に小さな値であった。これは非感染児が36週前後での予定帝王切開で出生したのに対し、感染児のほとんどは母体のHIV感染が見逃されたために予定日前後の出産であったことに起因すると考えられた。アプガースコアは両群間で有意差がなく、36週前後の出産でも新生児管理に与える影響は少ないものと思われる。また、母体へARTを行った群では、在胎週数、出生体重がARTを行わなかった群と比較して有意に小

さな値であった。しかし、個々の症例を見ると子宮内発育遅延をきたした例はなく、これも予定帝王切開による結果と考えられた。

6. 年次別 MTCT 予防対策とその効果：当研究班では既報告例のその後の経過を追跡調査によって把握しているが、一次調査の段階で症例の担当施設あるいは医師が替わっているため新規報告として情報が寄せられる。このようにして、図らずも追跡あるいは補足情報が得られ、表 12 は 1995 年の行で変更があった。注目すべきは 2005 年、2006 年に一例ずつの感染例が出現したことであり、その事情は前述の通りである。いずれも母親は外国人である。2005 年例は母親の感染が既知であるにもかかわらず母体 ART が省略されていた。2006 年例は妊娠中の抗体検査がなされていない。医療へのアクセス、患者医師間の連携が十分にあれば、母子感染は防げたのではないかと考えざるを得ない。と言うのも、全体での母子感染予防効果は予定 C/S 群で見ると限り、0.6% (昨年は 0.7%) まで低下して、MTCT はほぼ 'elimination' されているからである。
7. 感染 42 例について：今回の調査により新規症例が 1 例増えた。本例は乳児期に帰国しており、追跡は不可能と思われる。国内症例では転帰、治療内容の面において補足情報が得られた。その結果、これまで以上に国内の小児 HIV/AIDS 症例の予後が良好であることがより明確になった。また、ART ではかつての NFV ベース主体の HAART から EFV または LPV または ATV ベースに移行しつつある事も確認され、表 16 にある成人 (青少年) に対する推奨処方に近い。しかし報告にはないが乳幼児期から ART が必要な場合は、厚生労働省・AIDS 治療薬研究班 (主任研究者：福武勝幸、東京医科大学臨床検査医学講座) から供給を受ける必要がある (表 17)。乳幼児期に内服投与可能な ART は限られており、ア

ドヒアランス・副作用・耐性など問題が大きく、開始の要件は成人以上に複雑である。

8. 感染児の問題点：最終観察年齢が 3 歳以下であった症例の 11 人中 9 人までが AIDS または死亡の転帰をとった。一方、4 歳を超えて観察が続けられた群は、乳幼児期の重度の免疫不全と日和見感染症を克服した、あるいは免疫レベルの低下が緩慢な群と考えられ、HAART の導入が進み、CD4 の回復も順調である。彼らは保育園・幼稚園・小学校・中学校あるいはより上級の集団において健康に生活しているが、服薬・告知・水平感染予防に関する問題を抱えていると考えられる。今後とも本疾患はわが国では最も希少な疾患の一つであり続けることが予想され、本研究はわが国の小児 HIV/AIDS 診療の指針作成の基礎として重要である。

E. 結論

母児への ART、予定帝王切開による分娩、断乳を組み合わせた MTCT 予防の効果は年々 0% に近づいている。しかしながら、適切な医療へのアクセス、その後のきめ細やかな家族指導が欠落すると感染例が後を絶たない事も事実である。感染児は乳児期から急速に免疫不全から日和見感染症を発症することがあり、油断できない疾患に変わりがない。感染児のみならず、非感染児も長期的な健康問題を抱えていないかの検討は始まったばかりである。

F. 健康危険情報

特になし

G. 研究発表

- ・ 論文発表

1. 國方徹也、井村総一、葛西健郎、尾崎由和、稲葉憲之。我が国における HIV 母子感染の現状—全国小児科施設に対する調査成績から。日本周産期・新生児学会雑誌

2006 ; 42 : 871-876.

2. 外川正生. 小児の HIV/AIDS-小児科医が知っておくべき性感染症としての HIV/AIDS. 小児科 2006 ; 47: 1307-1312.
3. Eda Y, Murakami T, Ami Y, Nakasone T, Takizawa M, Someya K, Kaizu M, Izumi Y, Yoshino N, Matsushita S, Higuchi H, Matsui H, Shinohara K, Takeuchi H, Koyanagi Y, Yamamoto N, Honda M. Anti-V3 humanized antibody KD-247 effectively suppresses ex vivo generation of human immunodeficiency virus type 1 and affords sterile protection of monkeys against a heterologous simian/human immunodeficiency virus infection. J Virol. 2006 Jun;80(11):5563-5570.

・ 学会発表
(国内)

1. 早川智、塚原優己、吉野直人、北村勝彦、稲葉憲之. 我が国における HIV 感染妊婦の現状と垂直感染のコントロール(平成 16 年度の全国調査成績より). 第 80 回日本感染症学会 (2006.4 東京)
2. 吉野直人、萩原由加利、菅野祐幸、堤玲子、野田公俊、佐藤成大. リンゴポリフェノール併用によるコレラ毒素アジュバントの毒性軽減と抗原特異的抗体産生. 第 10 回日本ワクチン学会 (2006.10 大阪)
3. 吉野直人、和田裕一、喜多恒和、蓮尾泰之、林公一、矢永由里子、高橋尚子、鈴木智子、塚原優己、外川正生、戸谷良造、稲葉憲之. 妊娠女性に対する HIV スクリーニング検査の現状. 第 20 回日本エイズ学会 (2006.11 東京)
4. 尾崎由和、外川正生、葛西健郎、大場悟、國方徹也、吉野直人、榎本てる子、井村総一、戸谷良造、喜多恒和、和田裕一、塚原優己、稲葉憲之. わが国における HIV 母子感染の現状-小児科施設への全国アンケート調査から-. 第 20 回日本エイズ学会 (2006.11 東京)
5. 外川正生. 感染妊婦から出生した児の成育に関わる問題点. 第 20 回日本エイズ学会・シンポジウム (2006.11 東京)
6. 外川正生. わが国における HIV 陽性女性から出生した児の現状について. 第 19 回日本感染症学会・シンポジウム (2006.12 金沢市)

(国際)

1. Yoshino N, Kanekiyo M, Okamura T, Hagiwara Y, Someya K, Matsuo K, Ami Y, Yamamoto N, Sato S, Honda M. Replication-deficient vaccinia virus DIs recombinant as an effective and safe mucosal vaccine for immunodeficiency virus. The 16th International AIDS Conference (2006.8. Toronto, Canada).
2. Kanekiyo M, Ami Y, Matsuo K, Someya K, Okamura T, Suzaki Y, Yoshino N, Yamamoto N, Honda M. A low-dose codon-optimized recombinant BCG-based HIV vaccine: prime-boost vaccination with recombinant BCG and replication-defective recombinant vaccinia virus DIs evokes SIV-specific immunity which overcome the anamnestic BCG immunity in macaques. The 16th International AIDS Conference (2006.8. Toronto, Canada).
3. Nakasone T, Kanekiyo M, Yoshino N, Ami Y, Yamamoto N. Cell-Associated SHIV Infection to Cynomolgus Monkeys. 24th Annual Symposium on Nonhuman Primate Models for AIDS (2006.10. Atlanta,

Georgia)

・学会奨励賞受賞

1. 吉野直人. 平成 18 年 12 月 平成 18 年度日本エイズ学会 ECC 山口メモリアルエイズ研究奨励賞 「HIV/AIDS ワクチン開発の基礎的研究および日本における母子感染の臨床的・疫学的研究」

・研究成果発表会

1. 甲府会場：大場 悟：わが国における HIV 陽性女性から出生した児の現状について 2006. 10. 22
2. 大和市会場：外川正生：第 13 回高校生エイズフォーラム「エイズ 理解から行動へ」～あなたが主役！！生と性を大切に～ 「自分のため 大切な人のため・・・今すべきこと」 2006. 11. 17
3. 宮崎会場：尾崎由和：わが国における HIV 陽性女性から出生した児の現状について 2007. 2. 11

・著書

- 外川正生. ヒト免疫不全ウイルス (HIV) 感染症. 五十嵐隆、水口雅編. 小児臨床検査ガイド. 東京：文光堂、2006：430-436.

H. 知的所有権の取得状況

特になし

表1 都道府県別調査回答率

都道府県	送付数	回収数	回収率	小児科廃止等	有効送付数	回答数	回答率
北海道	201	94	46.8%	1	200	93	46.5%
青森	46	21	45.7%	1	45	20	44.4%
岩手	46	25	54.3%	3	43	22	51.2%
宮城	56	33	58.9%	1	55	32	58.2%
秋田	34	18	52.9%	0	34	18	52.9%
山形	29	18	62.1%	0	29	18	62.1%
福島	62	24	38.7%	0	62	24	38.7%
茨城	98	33	33.7%	1	97	32	33.0%
栃木	44	23	52.3%	0	44	23	52.3%
群馬	52	25	48.1%	0	52	25	48.1%
埼玉	153	62	40.5%	4	149	58	38.9%
千葉	130	48	36.9%	1	129	47	36.4%
東京	218	95	43.6%	2	216	93	43.1%
神奈川	135	52	38.5%	3	132	49	37.1%
新潟	58	35	60.3%	0	58	35	60.3%
山梨	29	13	44.8%	1	28	12	42.9%
長野	75	34	45.3%	0	75	34	45.3%
富山	40	22	55.0%	0	40	22	55.0%
石川	45	29	64.4%	0	45	29	64.4%
福井	40	21	52.5%	2	38	19	50.0%
岐阜	57	41	71.9%	1	56	40	71.4%
静岡	65	37	56.9%	1	64	36	56.3%
愛知	152	73	48.0%	2	150	71	47.3%
三重	46	19	41.3%	0	46	19	41.3%
滋賀	34	17	50.0%	1	33	16	48.5%
京都	72	36	50.0%	0	72	36	50.0%
大阪	186	100	53.8%	3	183	97	53.0%
兵庫	116	58	50.0%	3	113	55	48.7%
奈良	31	13	41.9%	0	31	13	41.9%
和歌山	29	12	41.4%	1	28	11	39.3%
鳥取	20	11	55.0%	0	20	11	55.0%
島根	27	15	55.6%	0	27	15	55.6%
岡山	63	32	50.8%	0	63	32	50.8%
広島	71	39	54.9%	1	70	38	54.3%
山口	47	17	36.2%	1	46	16	34.8%
徳島	50	23	46.0%	1	49	22	44.9%
香川	33	17	51.5%	1	32	16	50.0%
愛媛	47	17	36.2%	0	47	17	36.2%
高知	49	23	46.9%	1	48	22	45.8%
福岡	109	57	52.3%	0	109	57	52.3%
佐賀	36	17	47.2%	0	36	17	47.2%
長崎	57	36	63.2%	0	57	36	63.2%
熊本	66	33	50.0%	1	65	32	49.2%
大分	39	20	51.3%	0	39	20	51.3%
宮崎	40	13	32.5%	0	40	13	32.5%
鹿児島	58	25	43.1%	0	58	25	43.1%
沖縄	48	25	52.1%	1	47	24	51.1%
全国	3,239	1,551	47.9%	39	3,200	1,512	47.3%

表2 都道府県別のべ小児症例数(平成17年9月以降)

ブロック	都道府県	症例数	構成割合	ブロック別 症例数	ブロック別 構成割合
北海道・東北	北海道	1	3.3%	1	3.3%
関東・甲信越	栃木	2	6.7%	16	53.3%
	埼玉	2	6.7%		
	千葉	1	3.3%		
	東京	5	16.7%		
	神奈川	2	6.7%		
	山梨	1	3.3%		
	長野	3	10.0%		
東海・北陸	静岡	3	10.0%	8	26.7%
	愛知	5	16.7%		
近畿	大阪	2	6.7%	3	10.0%
	奈良	1	3.3%		
中国・四国	山口	1	3.3%	1	3.3%
九州	福岡	1	3.3%	1	3.3%
全国		30	100.0%	30	100.0%

表3 都道府県別累積のべ小児症例数

ブロック	都道府県	症例数	構成割合	ブロック別 症例数	ブロック別 構成割合
北海道・東北	北海道	5	1.6%	13	4.2%
	青森	1	0.3%		
	岩手	3	1.0%		
	宮城	3	1.0%		
	秋田	1	0.3%		
関東・甲信越	茨城	7	2.2%	179	57.4%
	栃木	8	2.6%		
	群馬	4	1.3%		
	埼玉	13	4.2%		
	千葉	29	9.3%		
	東京	84	26.9%		
	神奈川	16	5.1%		
	新潟	3	1.0%		
	山梨	5	1.6%		
	長野	10	3.2%		
	東海・北陸	富山	2		
岐阜		2	0.6%		
静岡		22	7.1%		
愛知		29	9.3%		
三重		1	0.3%		
近畿	滋賀	1	0.3%	36	11.5%
	京都	2	0.6%		
	大阪	30	9.6%		
	兵庫	1	0.3%		
	奈良	1	0.3%		
	和歌山	1	0.3%		
中国・四国	広島	7	2.2%	13	4.2%
	香川	1	0.3%		
	愛媛	4	1.3%		
	山口	1	0.3%		
九州	福岡	4	1.3%	15	4.8%
	長崎	1	0.3%		
	鹿児島	5	1.6%		
	沖縄	5	1.6%		
全国		312	100.0%	312	100.0%

表4 エイズ拠点病院区分別回答率

区分	送付数	回収数	回収率	小児科 廃止等	有効送 付数	回答数	回答率
拠点病院	344	213	61.9%	2	342	211	61.7%
非拠点病院	2,895	1,338	46.2%	37	2,858	1,301	45.5%
合計	3,239	1,551	47.9%	39	3,200	1,512	47.3%

表5 エイズ拠点病院区分別症例数

区分	症例数	構成割合
拠点病院	28	93.3%
非拠点病院	2	6.7%
合計	30	100.0%

表6 年次別出生数と児の感染状況

年	出生数	感染	非感染	未確定・不明
1984	1	1	0	0
1987	2	1	1	0
1988	1	0	1	0
1989	4	0	3	1
1990	1	0	1	0
1991	5	4	0	1
1992	6	3	2	1
1993	12	6	6	0
1994	12	2	10	0
1995	19	7	11	1
1996	15	3	11	1
1997	19	5	13	1
1998	22	3	16	3
1999	23	1	21	1
2000	23	4	14	5
2001	24	0	23	1
2002	26	0	19	7
2003	20	0	15	5
2004	19	0	10	9
2005	18	1	12	5
2006	15	1	10	4
合計	287	42	199	46

表7 地域別出生数と児の感染状況

ブロック	都道府県	出生数	感染	非感染	未確定・不明
北海道	北海道	5	1	4	0
東北	青森	1	0	1	0
	岩手	1	0	1	0
	宮城	5	0	4	1
	秋田	1	0	0	1
	山形	0	0	0	0
	福島	0	0	0	0
関東・甲信越	茨城	9	3	6	0
	栃木	7	1	4	2
	群馬	3	0	3	0
	埼玉	11	1	8	2
	千葉	30	7	18	5
	東京	64	6	52	6
	神奈川	17	1	13	3
	新潟	3	0	1	2
	山梨	3	0	3	0
	長野	6	0	5	1
北陸	富山	1	1	0	0
	石川	0	0	0	0
	福井	2	0	2	0
東海	岐阜	1	0	0	1
	静岡	17	0	11	6
	愛知	27	0	22	5
	三重	3	1	2	0
近畿	滋賀	2	2	0	0
	京都	2	0	2	0
	大阪	28	2	18	8
	兵庫	2	0	2	0
	奈良	1	0	1	0
	和歌山	0	0	0	0
中国・四国	鳥取	0	0	0	0
	島根	0	0	0	0
	岡山	0	0	0	0
	広島	2	1	1	0
	山口	0	0	0	0
	徳島	0	0	0	0
	香川	0	0	0	0
	愛媛	1	0	1	0
	高知	1	0	1	0
	九州	福岡	4	0	3
佐賀		0	0	0	0
長崎		0	0	0	0
熊本		0	0	0	0
大分		0	0	0	0
宮崎		0	0	0	0
鹿児島		6	2	2	2
沖縄		3	2	1	0
不明		2	1	1	0
外国		16	10	6	0
合計		287	42	199	46

表8 母の国籍と出生児 HIV 感染状況

地域	国籍	感染	感染率	非感染	未確定・不明	人数	比率
東アジア	日本	12	9.8%	85	26	123	42.9%
	中国	3	30.0%	5	2	10	4.5%
東南アジア	タイ	11	14.9%	53	10	74	33.5%
	フィリピン	0	0.0%	8	3	11	5.0%
	ミャンマー	2	66.7%	1	0	3	1.4%
	インドネシア	1	100.0%	1	0	1	0.5%
	カンボジア	0	0.0%	1	0	1	0.5%
	ベトナム	0	0.0%	1	0	1	0.5%
アフリカ	ケニア	8	50.0%	8	0	16	7.2%
	タンザニア	2	28.6%	5	0	7	3.2%
	エチオピア	0	0.0%	3	1	4	1.8%
	ガーナ	0	0.0%	0	1	1	0.5%
	ザンビア	0	0.0%	2	0	2	0.9%
	ブルンディ	0	0.0%	1	0	1	0.5%
南米	ブラジル	3	12.5%	19	2	24	10.9%
	ボリビア	0	0.0%	2	0	2	0.9%
	ペルー	0	0.0%	1	0	1	0.5%
不明		0	0.0%	4	1	5	2.3%
合計		42	14.6%	200	46	287	100.0%

表9 父の国籍およびHIV感染状況

地域	父親の国籍	人数	父親のHIV感染			陽性率
			不明	陰性	陽性	
東アジア	日本	180	47	92	41	23%
	韓国	1	1	0	0	0%
	中国	1	1	0	0	0%
東南アジア	タイ	11	5	3	3	27%
	インドネシア	2	1	0	1	50%
	フィリピン	1	1	0	0	0%
	マレーシア	2	0	0	2	100%
	ベトナム	1	1	0	0	0%
オセアニア	オーストラリア	1	0	1	0	0%
西アジア	イラン	3	0	2	1	33%
	パキスタン	1	0	1	0	0%
アフリカ	ケニア	9	0	2	7	78%
	ナイジェリア	4	1	1	2	50%
	ガーナ	2	0	1	1	50%
	コンゴ 民主共和国	2	1	0	1	50%
	タンザニア	2	0	0	2	100%
	ウガンダ	2	1	0	1	50%
	エジプト	1	0	0	1	100%
	ジンバブエ	1	0	0	1	100%
ヨーロッパ	ベルギー	1	0	0	1	100%
北中米	アメリカ	3	0	1	2	67%
	ドミニカ	1	0	0	1	100%
南米	ブラジル	22	7	7	8	36%
	ペルー	3	2	0	1	33%
	ボリビア	2	2	0	0	0%
父の国籍不明		28	20	2	6	21%
合計		287	91	113	83	29%

表10 児のHIV感染・非感染からみた周産期因子の比較

		HIV感染群	HIV非感染群	P
症例数		42	199	
在胎週数	週数記載例	30	191	<0.0001
	Range(w)	29- 41	29- 43	
	平均±1SD(w)	37.9±2.6	36.1±1.6	
出生体重	体重記載例	34	195	<0.0001
	Range(g)	1,568- 4,000	1,322- 4,350	
	平均±1SD(g)	3,102±573	2,577±407	
Apgar score (5分値)	Apgar記載例	12	182	NS
	Range	9-10	5-10	
	平均±1SD	9.4±0.5	9.0±0.9	

表11 母体に投与された抗レトロウイルス剤が児に及ぼす影響

		薬剤投与群	薬剤非投与群	P
症例数		178	94	
在胎週数	週数記載例	175	75	<0.01
	Range(w)	29- 39	29- 43	
	平均±1SD(w)	36.0±1.4	36.9±2.3	
出生体重	体重記載例	175	84	<0.01
	Range(g)	1,322-3,682	1,434-4,000	
	平均±1SD(g)	2,555±379	2,780±547	
Apgar score (5分値)	Apgar記載例	167	55	NS
	Range	5-10	7-10	
	平均±1SD	9.0±0.9	9.2±0.8	

表12-1 年次別母子感染予防対策とその効果

出生年	出生数	予定帝王切開分娩						緊急帝王切開分娩				
		母児とも 投薬なし	予防投薬		投薬 不明	合計	母児とも 投薬なし	予防投薬		投薬 不明	合計	
		母のみ	児のみ	母と児			児のみ	母と児				
1984	1 (1)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
1987	2 (1)	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	
1988	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	
1989	4	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	
1990	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	
1991	5 (4)	1 (1)	0	0	0	0	1 (1)	0	0	0	0	
1992	6 (3)	2	0	0	0	0	2	0	0	0	0	
1993	12 (6)	4 (1)	0	0	0	0	4 (1)	1	0	0	1	
1994	12 (2)	3	2	0	0	0	5	2	0	0	2	
1995	19 (7)	4 (1)	2 (1)	0	0	4	10 (2)	1	1	0	2	
1996	15 (3)	3	3	1	1	1	9	2 (1)	0	0	2 (1)	
1997	19 (5)	3	3	2	6 (1)	1 (1)	15 (2)	1 (1)	0	0	1 (1)	
1998	22 (3)	2	2	1	13	0	18	1 (1)	0	0	1 (1)	
1999	23 (1)	0	0	1	19	1	21	1	0	0	1	
2000	23 (4)	0	0	1	14	2	17	1 (1)	0	0	1 (1)	
2001	24	0	0	1	20	1	22	1	0	0	1	
2002	26	0	0	1	21	0	22	0	0	2	2	
2003	20	0	0	0	16	0	16	0	0	2	2	
2004	19	0	0	0	18	0	18	0	0	0	0	
2005	18 (1)	0	1	1 (1)	13	0	15 (1)	0	0	2	2	
2006	15 (1)	0	0	0	13	0	13	0	0	1	1	
合計	287 (42)	26 (3)	13 (1)	9 (1)	154 (1)	10 (1)	212 (7)	11 (4)	1	7	0	19 (4)

()内は児のHIV陽性数再掲

表12-2 年次別母子感染予防対策とその効果

出生年	出生数	経膣分娩				合計	分娩様式不明			
		母児とも 投薬なし	予防投薬 児のみ	投薬 母と児	投薬 不明		母児とも 投薬なし	予防投薬 母と児	投薬 不明	合計
1984	1 (1)	0	0	0	0	0	1 (1)	0	0	1 (1)
1987	2 (1)	1 (1)	0	0	0	1 (1)	0	0	0	0
1988	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1989	4	3	0	0	0	3	0	0	0	0
1990	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1991	5 (4)	3 (2)	0	0	1 (1)	4 (3)	0	0	0	0
1992	6 (3)	3 (2)	0	0	0	3 (2)	1 (1)	0	0	1 (1)
1993	12 (6)	6 (4)	0	0	0	6 (4)	1 (1)	0	0	1 (1)
1994	12 (2)	4 (1)	0	0	1 (1)	5 (2)	0	0	0	0
1995	19 (7)	5 (4)	0	0	1	6 (4)	1 (1)	0	0	1 (1)
1996	15 (3)	3 (2)	0	0	1	4 (2)	0	0	0	0
1997	19 (5)	3 (2)	0	0	0	3 (2)	0	0	0	0
1998	22 (3)	2 (2)	0	1	0	3 (2)	0	0	0	0
1999	23 (1)	1 (1)	0	0	0	1 (1)	0	0	0	0
2000	23 (4)	3 (2)	0	0	0	3 (2)	1 (1)	1	0	2 (1)
2001	24	0	0	1	0	1	0	0	0	0
2002	26	0	1	1	0	2	0	0	0	0
2003	20	1	1	0	0	2	0	0	0	0
2004	19	0	0	1	0	1	0	0	0	0
2005	18 (1)	1	0	0	0	1	0	0	0	0
2006	15 (1)	0	1 (1)	0	0	1 (1)	0	0	0	0
合計	287 (42)	39 (23)	3 (1)	4	4 (2)	50 (26)	5 (5)	1	0	6 (5)

() 内は児のHIV 陽性数再掲

表13 分娩様式別の母子感染率

	感染	非感染	未確定・不明	感染率(%)
不明	5	1	0	83.3
経膣	26	19	5	52.0
緊急C/S	4	12	3	21.1
予定C/S	7	167	38	3.3
合計	42	199	46	14.6

表14 予定C/S群における予防投薬効果

	感染	非感染・未確定・不明	感染率(%)	合計
投薬不明	1	9	10.0	10
母児とも投薬なし	3	23	11.5	26
母のみ投薬	1	12	7.7	13
児のみ投薬	1	8	11.1	9
母と児に投薬	1	153	0.6	154
予定C/S合計	7	205		212

表15-1 感染42例のまとめ

児出生年	No	分娩方法	母乳投与	初診時の状態		
				年齢(歳)	症状	臨床病期*
1984	1	不明	不明	4.4	カンジダ症	B
1987	2	経膣	有	2	検査または無症状	N
	3	経膣	無	11	呼吸障害	B
1991	4	予定C/S	有	1.3	検査または無症状	N
	5	経膣	有	0.2	呼吸器症状・体重増加不良	B
	6	経膣	無	12.9	反復性中耳炎、カンジダ症	B
1992	7	経膣	無	2.2	歩行障害・カンジダ症	C
	8	経膣	有	0.1	検査または無症状	N
	9	不明	有	10.8	症状なし	N
1993	10	経膣	無	0.2	呼吸困難	A
	11	経膣	無	5.8	帯状疱疹	B
	12	不明	不明	1.2	カリニ肺炎	C
1994	13	経膣	有	0.3	体重増加不良	A
	14	経膣	無	7	検査または無症状	N
	15	予定C/S	無	10.2	カリニ肺炎	C
1994	16	経膣	有	2.2	呼吸障害	C
	17	経膣	有	2.2	検査または無症状	N
	18	経膣	有	0.1	カンジダ症	A
1995	19	不明	不明	6.8	検査または無症状	N
	20	経膣	有	7.5	耳下腺腫脹、全身リンパ節腫大、LIP	B
	21	予定C/S	無	0	検査または無症状	N
1996	22	経膣	有	2	被虐待児	N
	23	経膣	無	0	検査または無症状	N
	24	予定C/S	無	0.1	検査または無症状	N
1996	25	緊急C/S	無	0	検査または無症状	N
	26	経膣	有	0.7	検査または無症状	N
	27	経膣	有	0.3	呼吸障害	C
1997	28	経膣	有	1	呼吸障害	B
	29	予定C/S	無	5.6	検査または無症状	N
	30	緊急C/S	有	0.6	肝機能障害	B
1998	31	予定C/S	無	2.7	歩行障害	C
	32	経膣	有	5.2	耳下腺腫脹、反復性肺炎、全身リンパ節腫大、LIP	B
	33	緊急C/S	有	0.9	呼吸障害	C
1999	34	経膣	有	2	検査または無症状	N
	35	経膣	有	4.9	発熱、喘鳴、チアノーゼ、LIP	B
2000	36	経膣	有	2.1	反復性中耳炎	A
	37	経膣	有	0.5	呼吸障害	B
2005	38	経膣	有	1.9	症状なし	N
	39	不明	有	1.8	検査または無症状	N
2006	40	緊急C/S	有	0.6	肝脾腫精査	C
	41	予定C/S	無	0.3	検査または無症状	N
2006	42	経膣	不明	0.25	爪白癬	N

表15-2 感染42例のまとめ

見出生年	No	最終観察時の状態					
		年齢(歳)	症状	CD4 (/μl)	VL (copies/ml)	ART	母の病状
1984	1	不明	死亡				死亡
1987	2	18.2	無症状	464	<400	d4T・3TC・NFV	ARS
	3	14.9	無症状	460	140	AZT・3TC・LPV/r	死亡
1991	4	14.5	無症状	1224	<400	d4T・ABC・LPV/r	死亡
	5	0.6	AIDS	505			無症状
	6	14.3	無症状	609	<50	ABC・3TC・ATV・RTV	無症状
1992	7	6.6	死亡	4	100000台	d4T・3TC・NFV**	ARS
	8	1.7	死亡				死亡
	9	12.8	無症状	184	2700	なし	ARS
1993	10	0.3	不明				無症状
	11	12.3	無症状	100	61000	TDF・3TC・EFV	無症状
	12	2.5	死亡	(12.5%)			不明
1994	13	1.8	死亡				ARS
	14	12.2	血小板減少症	403	2700		ARS
	15	11.8	敗血症・死亡	113	<50	d4T・3TC・LPV/r	無症状
	16	2.3	死亡	12			AIDS
	17	11.2	無症状	94	390	AZT・3TC・LPV/r	死亡
1995	18	1	帰国	1218		AZT	AIDS
	19	10.6	無症状		1100	d4T・3TC・NFV	無症状
	20	10.5	無症状	1459	220	AZT・3TC・LPV/r	無症状
	21	11	無症状	1295	620	AZT・3TC・EFV	死亡
	22	4.6	帰国				AIDS
	23	5.3	無症状	823	1800	d4T・3TC・NFV	無症状
	24	0.6	死亡				無症状
1996	25	不明	不明				無症状
	26	9.6	無症状	826	<400	d4T・ABC・LPV/r	無症状
	27	0.8	間質性肺炎・死亡	140	750000	AZT	無症状
	28	2.7	死亡				無症状
	29	8.6	無症状	74	410000	開始未***	ARS
1997	30	8.5	無症状	928	<50	AZT・3TC・NFV	無症状
	31	8.7	AIDS	78	72000	d4T・3TC・EFV	無症状
	32	8.2	無症状	1271	<50	AZT・3TC・LPV/r	無症状
	33	4.5	無症状	1428	1300	AZT・3TC・NFV	死亡
1998	34	6.9	無症状	1210	42000	中断したまま	無症状
	35	7.1	咳	1104	<50	AZT・3TC・NFV	無症状
1999	36	6.2	無症状	2554	<50	d4T・3TC・EFV	無症状
	37	5.6	無症状	1859	<50	d4T・3TC・NFV	ARS
2000	38	5.2	無症状	580	3900	AZT・3TC・NFV	無症状
	39	5.1	無症状	972	200	AZT・3TC・NFV	無症状
	40	0.7	死亡	840	1100000	AZT・3TC・NFV	帰国
2005	41	0.3	無症状	7450	18000	開始未	無症状
2006	42	0.58	驚口瘡	2838	620000	開始未	無症状・帰国

*臨床病期： 小児HIV感染症(13歳未満)の臨床病期分類(1994, CDC)

**2NRTI主体でHAARTではアドヒアランス不良

***父母の協力得られず、開始できない

表-16 DHHSガイドライン(2006.10.10)における
推奨処方～成人および青少年HIV-1感染者～

カラムA		カラムB
NNRTIを用いたART	EFV	TDF/FTC or AZT/3TC
PIを用いたART	ATV/r FPV/r(bid) LPV/r(bid)	

表17 乳幼児期に内服投与可能であるART

商品名	剤形	成分名	略号	開始時期の目安	福武班の供給
Retrovir	syrup	Zidovudine	AZT	0d	○
Zerit	solution	Stavudine	d4T	0d	○
Epivir	solution	Lamivudine	3TC	0d	○
Videx	powder	Didanosine	ddI	2w	○
Ziagen	solution	Abacavir	ABC	3mo	○
Viramune	syrup	Nevirapine	NVP	0d	○
Sustiva	tablet	Efavirenz	EFV	(体重10kg<)	
Kaletra	solution	Lopinavir	LPV/r	6mo	
Viracept	powder	Nelfinavir	NFV	2y	○
Agenerase	solution	Amprenavir	APV	4y	○

「わが国独自の HIV 母子感染予防対策マニュアルの作成・改訂に関わる研究」班

分担研究者：塚原優己	国立成育医療センター周産期診療部産科・医長
研究協力者：今井光信	神奈川県衛生研究所・所長
松岡 恵	東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科リプロダクティブヘルス看護学・教授
谷口晴記	三重県立総合医療センター産婦人科・医長
山田里佳	石川県立中央病院周産期母子センター産婦人科・医師
源河いくみ	国立国際医療センターエイズ治療・研究開発センター内科・医師
大金美和	国立国際医療センターエイズ治療・研究開発センターケア支援室・看護師
嶋 貴子	神奈川県衛生研究所 微生物部・主任研究員
矢永由里子	財団法人エイズ予防財団研修・研究部・課長
小林裕幸	防衛医科大学校病院総合診療部・助手

研究要旨

分担研究班の主要課題は以下の 5 項目である。

(1) 「HIV 母子感染予防対策マニュアル」の改訂。(2) 妊婦 HIV スクリーニング検査に関する一般妊婦向け啓発冊子「あなた自身の健康と赤ちゃんの健やかな誕生のために—妊娠初期検査の一環として HIV 検査をお受けになることをお勧めします」の改訂及び全国関係施設への配布。(3) 感染女性を対象とした HIV/AIDS 解説書「女性のための Q&A—あなたと赤ちゃんのためにできること—」の改訂及び全国関係施設への配布。(4) 妊婦 HIV スクリーニング検査における偽陽性率の検討と陽性例への対応（検査体制の構築に関する研究班との共同研究）(5) HIV 治療薬の母体に対する影響調査（喜多班と共同研究）

(1) 「HIV 母子感染予防対策マニュアル」は、以下の 2 点に主眼を置き次年度発行予定第 5 版の具体的な改訂項目を検討し項目立てを決定した。①妊娠の有無に関わらず、医療支援のみならず社会支援も含め、女性感染者のトータルケア・マニュアルの作成を目指す。②産科的異常妊娠（切迫流産、切迫早産、前期破水など）への対応を盛り込む。

(2) 「あなた自身の健康と赤ちゃんの健やかな誕生のために—妊娠初期検査の一環として HIV 検査をお受けになることをお勧めします」を、全国産科診療施設に提供した。

(3) 「女性のための Q&A—あなたと赤ちゃんのためにできること—」を全国の HIV/AIDS 関係各施設に提供した。

(4) 妊婦 HIV スクリーニング検査における偽陽性率の検討と陽性例への対応（検査体制の構築に関する研究班との共同研究）

偽陽性を可能な限り除外するスクリーニング検査システムとして、二つの異なったスクリーニン