

平成 19 年度厚生労働科学研究費補助金（エイズ対策研究事業）
「周産期・小児・生殖医療における HIV 感染対策に関する集学的研究」班
分担研究報告書

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医療センター小児救急科 部長

研究協力者：

葛西健郎 岩手医科大学 小児科学教室 准教授

吉野直人 岩手医科大学医学部細菌学講座 講師

高橋尚子 岩手医科大学医学部産婦人科 研究補助員

高山直秀 都立駒込病院 小児科 部長

國方徹也 埼玉医科大学総合医療センター 小児科 講師

山中純子 国立国際医療センター小児科 医師

浅田和豊 国立国際医療センター 小児科 臨床研修指導医

大場 悟 聖隷三方原病院 小児内科 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
客員研究員

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 特定非営利活動法人 チャーム CHARM 理事

研究要旨

全国病院小児科への郵送アンケートによって、通算 9 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 53.7%、二次アンケートが 52%であり、21 例（感染 2 例、非感染 12 例、未確定 7 例）の新規報告を得た。過去の報告と合わせ出生児の累計は、重複を除き 308 例となり、感染 44 例、非感染 211 例、未確定・不明 54 例となった。新規の感染 2 例は、ともに母が外国人であり、母子感染（MTCT）予防対策未施行であった。母児への抗ウイルス療法（ART）、予定帝王切開分娩（C/S）、断乳を全て実施した群における MTCT 率は 0.6%であった。

平成 19 年度は、感染児 23 例に対して 2 年ぶりとなる追跡調査を実施した。HAART の導入によって殆どの症例が臨床的・免疫学的・ウイルス学的に安定していることが再確認された。薬剤選択は NFV に替わって LPV/r ベースが中心であるが ATV も増えてきた。飲み疲れなどの原因による治療中断症例に対する服薬指導が課題である。生活面では告知とカウンセリングの普及が進み、保健師、保健所医師、児童相談所、MSW、通訳、派遣または常駐カウンセラー、臨床心理士、そしてピアカウンセラーとありとあらゆる医療資源が投入されている。

A. 研究目的

HIV 感染妊婦より出生した児について、MTCT 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

1. 出生児の全国調査：過去 8 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、全国病院小児科に対して、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、詳細な二次調査を発送し、電話等による 1 ないし数回の督促も行い回収した。

2. 感染児の追跡調査：当研究班に登録された累積 44 例のなかから、死亡・帰国・不明を除く 27 例について検討した。連絡可能例は 24 例であり、郵送アンケートを用いて詳細調査を依頼した。

（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

小児科一次調査は平成 19 年 9 月 3 日に岩手医科大学から全国の病院小児科に発送した。平成 20 年 1 月 19 日現在で送付数は 3,173 件であり、回収数は 1,727 件、回収率は 54.4%、小児科廃止等に因る返送は 50 件であり、有効送付数は 3,123 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 1,677 件であり、回答率は 53.7%であった（昨年比 6.4%増）。都道府県別回答率は 71.4%（岐阜

県）～32.5%（宮崎県）であった。

今年度の調査で平成 18 年 9 月 1 日から平成 19 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 27 症例（昨年比 3 症例減）、15 施設（昨年比 6 施設減）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（59.3%）であった。平成 11 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 353 症例（昨年比 41 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福島県から報告があった。HIV 感染妊婦より出生した児の地域分布は、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見られ、今年度の新規症例では東京都に次いで福岡県での症例が多かった。

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 69.5%（昨年比 7.8%増）、拠点病院以外では 51.8%（昨年比 6.3%増）であった。平成 17 年 9 月 1 日から平成 18 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 27 症例中 25 症例（92.6%）が拠点病院であり、拠点病院以外では 27 症例中 2 症例（7.4%）であった。平成 11 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、平成 12 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継続して見られた。

2. 小児科二次調査結果

一次調査では、27 施設が新規症例 32 例と未報告症例 14 例、合計 46 例を経験したと報告した。

今年度の二次調査用紙は、この 27 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。2008 年 1 月 22 日現在までに、16 施設 (59%) から、23 例が報告された。回収の過程において、返送がない 23 例の理由を電話等で調べた結果は以下の通りであった。既報告：2 例 (2 施設)、追跡不能：5 例 (4 施設)、調査同意とれず：1 例、調査同意待ち：1 例、調査倫理委員会承認待ち：2 例 (1 施設)、無回答：12 例 (7 施設) であった。これより一次調査による 46 例中、解析対象となったのは 44 例であり、その中から 23 例 (52%) の詳細報告が得られた。

報告されたこれら 23 例中 2 例は既報告と重複していた。その結果今年度調査による新規症例は 21 例となった。この 21 例について、母子感染の診断状況は、感染 2 例、非感染 12 例、未確定 7 例であった。過去の報告と合わせ小児科調査による出生児の累計は、重複報告を除くと 308 例となり、感染 44 例、非感染 211 例、未確定・不明 54 例となった。これら全ての症例について集計した結果を示す。

1) HIV 感染妊婦から出生した 308 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 2007 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 年に分布したが、2007 年は無かった。1995 年の 7 人がピークで以後減少傾向を示した。一次二次とも調査の回収率が低下したことから、2003 年以降の出生数が減少傾向を示した。出生数については、産婦人科調査を参照する必要がある。

(イ) 地域別出生数と感染状況 (図 1)：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 21 > 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、順位に変動はなかった。

(ウ) 母親の国籍 (表 7)：母親国籍は日本 133 人、タイ 76 人、ブラジル 24 人、ケニア 16 人、フィリピン 12 人、中国 10 人、その他の順に分布し、これまでと変化がない。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%、中国 30%、タンザニア 25% などと高いのに比し、日本は MTCT 予防対策実施の徹底により全体では 9% (昨年 9.8%) まで低下した。

(エ) 父親の国籍 (表 8)：日本人父親は 194 人と過半数を占め、父親自身の感染率は 24.2% であった。以下ブラジル 24 人 (37.5%)、タイ 12 人 (33.3%)、ケニア 9 人 (77.8%)、ペルー他 4 人以下の諸国に分布した。父親全体の感染率は 29.5% であった。

(オ) 年次別 MTCT 予防対策とその効果 (表 9-1、表 9-2、表 10、表 11)：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。2007 年では 13 例中 10 例までが断乳を含めた全ての MTCT 予防対策実施例であった。分娩様式別の MTCT 率は、予定 C/S 7/228 (3.1%)、緊急 C/S 4/22 (18.2%)、経膈 28/52 (53.8%)、不明 5/6 (83.3%) 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、経膈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。予定 C/S 群における MTCT 予防効果は「母と児に投薬」に着目すれば、感染率は 1/170 (0.6%) と、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。

- (カ) 児のHIV感染・非感染と周産期因子(表12) : 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 ± 2.5 対 36.1 ± 1.6 、出生体重は $3,083 \pm 573$ 対 $2,570 \pm 407$ と差を認めたが、Apgar scoreでは 9.4 ± 0.5 対 9.0 ± 1.0 と差を認めなかった。
- (キ) 母体ARTと周産期因子(表13) : 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 ± 1.3 対 36.9 ± 2.3 、出生体重は $2,550 \pm 381$ 対 $2,775 \pm 544$ と差を認めたが、Apgar scoreでは 9.0 ± 1.0 対 9.2 ± 0.8 と差を認めなかった。

- 2) 新規の感染2症例 : 1990年代に出生していた未報告の2例が新たに登録された。ともに外国人母、妊娠中HIV抗体検査なし、MTCT予防対策未実施、経膾分娩であり、少なくとも1例は母乳が投与されていた。児の感染診断(0歳と11歳)の端緒はともに無症状・検査目的(低身長精査とHIV感染の疑い)であった。0歳児の初診時CD4値と血清中ウイルス量(VL)は $24/\mu\text{l}$ と 2.2×10^4 copies/mlであった(11歳児のデータなし)。現在は2例ともHAART(d4T, 3TC, LPV/rとddI, EFV, d4T)を受け良好に経過している。

3. 感染児追跡調査

当研究班に登録された感染児は累積44例である。臨床的区分(図2)における44例の転帰は、N : 21例、A : 1例、B : 2例、C(AIDS) : 3例、D(死亡) : 11例、L(不明・帰国) : 6例であるこ

とより、追跡可能症例は27例と考えられた。このなかで24例の主治医に連絡がとれ、23例の家族から調査の同意が得られた。以下にこの23例で得られた知見について述べる。

- 1) 免疫学的区分(図3) : 報告があった18例では、CD4値($/\mu\text{l}$)500以上が13例、200-499が3例であり、200未満は2例に止まった。
- 2) ウイルス学的区分(図4) : 血清中ウイルス量を $\text{Log}_{10}\text{HIV-1 RNA copies/ml}$ で表すと、2未満が12例と最も多く、2-3が6例、3-4が2例、4-5が1例、5以上が1例であった。薬剤耐性検査は23例中、15例で実施され、5例で耐性が出現していた。
- 3) 感染児の年齢構成と免疫学的区分(図5) : 2007年現在の感染児22例の年齢構成別の免疫学的区分は、10歳の4例中3例と19歳の1例を除き全員がNにあった。
- 4) HAARTの薬剤選択(図6) : HAARTの組み合わせは、PIベースではLPV/rが10例、NFVが7例、ATVが3例であった。NNRTIベースではEFVが2例であった。
- 5) HAARTによる副作用 : 20例中6例において、肝障害または黄疸(3)、高脂血症(2)、肥満(1)が指摘され、ATV服用3例中2例に黄疸が報告された。
- 6) 服薬率と治療継続性 : 推定された服薬遵守率は、95%以上が17例、90%が1例、60%以下が2例、不明3例であった。薬剤耐性出現5例中3例の服薬率は95%以上であり、服薬95%未満の3例では耐性は確認されなかった。治療中断経験者は22例中4例あり、原因として飲み疲れ(2)、親の非協力(1)、本人の反発(1)があげられた。主治医は治療に関する意見として以下を挙げた。<服薬自己中断を機に、教育入院を行い服薬アドヒアランスが改善した。服薬意義を理解させることでアドヒアランス改善を期待する。服薬の意義を理解するまでは安易に投薬しない。2 Log_{10} 台のウイルス量を感度以下にすることができない。2 Log_{10}

台のウイルス量で、一般状態も良好だが多剤耐性ウイルスが出現しており、HAART 選択に悩む。NFV が使えなくなり、Kaletra に変更した。NFV が使えなくなり、入院させて変薬する予定。抗結核療法と HAART を行っている。幼小児に使えるシロップ製剤が入手しにくい。NVP で重い薬剤アレルギーが出現した。>

7) 本人への告知について (図 7) : 2007 年現在、22 例中 7 例が告知済みであった。告知を受けた年齢での反応は以下のとおりであった。<7 歳 : 記載無し。不詳歳 : HIV 感染症の可能性を感じていたが、受けたショックは大きかった。13 歳 : HIV の事を知らなかったため、告知後も特に変わりなく過ごしていた。13 歳 : 抑鬱状態。14 歳 : 記載無し。15 歳 : HIV 感染女性の先輩である母親がいるので、特にとりみだした様子も、反発する様子もなかった。その後の生活も順調。16 歳 : 特にとりみだすことなく説明に聞きいり、理解できた様子。当日は帰宅後いつもより口数が少なめだったようだが、翌日より普段と変わらないように思えたとの事。>その結果、主治医は告知にふさわしい時期として、以下を挙げた。<治療開始時、中学入学時、思春期前、中学生時、家族の同意と本人の精神的成長を待って、本人が疑問を持つ前、異性に興味を持つ頃、告知によって服薬が自主的になると判断できる時、高校入学前 (4)、家族が希望したとき>

8) 周囲への告知について : 幼稚園・学校などへの告知は回答のあった 20 例中、6 例が実施していた。対象は小学校 (4)、中学校 (1)、高校 (1)、保健所 (2)、児童相談所 (1)、教育委員会 (1) (重複を含む) であり、告知を受けた学校等の反応は、問題なしあるいは協力的 (3)、動揺 (1) とのことであった。周囲に対する告知が適切であったかどうかについての質問に対しては、適切 (1)、どちらともいえない (2)、早かった (1) とやや否定的回答が優位であった。さらに、周囲に対する告知そのもの

の必要性についての問いには、慎重であるべき (4)、不必要あるいは無理である (5) と反対的意见のみが寄せられた。

9) カウンセリングについて : 家族か児本人かのいずれかへのカウンセリング実施状況は、くいずれもなし (8)、いずれか有り (14)、詳細不明 (1)、家族のみ (3)、児のみ (1)、両方あり (9) >であった。2 年前の前回調査と比較すると新たに 4 家族においてカウンセリングが始まっていた。

10) 性教育 : 性教育の現状あるいは取り組みは、看護師に任ず (3)、どうしてよいかわからない (2)、発達に会わせて判断 (3)、母親に任ず (2) と回答された。

11) 支援者の枠組み : 利用されている社会資源として<保健師、児童相談所、MSW、通訳、臨床心理士、保健所医師、ピアカウンセラー、派遣または常駐カウンセラー>が挙げられた。

D. 考察

2007 年 12 月 30 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 9 年間に渡って全国病院小児科へアンケートを行い、把握した MTCT は 44 例であることから、本調査の捕捉率は推定 90%である。一次二次調査回収率の低迷化に反して感染児の把握率が上昇している要因は不明である。HIV 感染女性の妊娠・分娩の動向を当研究班産婦人科調査からもご確認頂きたい。

1. 出生児の年次分布 : 1990 年代後半から毎年 20 人以上で推移していたものがこの数年は 20 人を下回ることがある。年度が明けてからも症例報告の追加がみられるので実態反映は 1 年遅れとなっている。非感染と見なしうる例でも、生後 18 ヶ月未満では抗体検査で診断出来ないため未確定とされている報告が多い。これまで未確定から感染に転じた例は無いので、感染児の比率は低下し続けていると言って良い。新規感染報告の 2 例は、これまで同様妊婦が適切な

医療にアクセスできず、母子感染対策未施行の典型例であった。

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、茨城、栃木、埼玉、千葉、東京、長野、静岡、三重、滋賀、大阪、奈良、福岡であり、これまでのブロック別の報告数に比例した形であった。首都圏、大都市圏へ集中する一方、地方に散在するパターンが続いている。
3. 父母の国籍：日本人母が増加し、感染児の比率低下がすすむ一方、外国人母から出生した児の新規感染報告が繰り返される。2007 年は感染例が無かったが、今後とも本邦における妊婦 HIV 抗体検査率が低下しないことが肝要である。父親においても日本人が増加しているが、感染率は横ばいであった。
4. 年次別 MTCT 予防対策とその効果：今年度追加された症例は、MTCT 予防対策施行の非感染（あるいは非感染と結論される可能性が高い未確定）例と、未施行の感染例とははっきり分かれた。今後の課題は、予期せぬ分娩転帰をとった場合の母児双方にいかなる ART が最適であるかを考えておくことである。ART 投与の有無に関わらず感染妊婦が緊急 C/S に到る事実が存在する。また、母体感染に気づかないまま分娩が始まり、その時点または直後に HIV 感染に気づくことが残念ながら外国人母を中心に繰り返されている。
5. 早産児について：緊急 C/S では（超）低出生体重児（(E) LBWB）が生まれることもあるが、合衆国 DHHS のガイドラインは在胎 30 週未満の出生児について詳述していない。ART（事実上 AZT を意味する）の利益（感染回避）と不利益（貧血、好中球減少、肝機能障害など）を本邦の実情に照らしてよく吟味する必要がある。私信によれば、未熟な出生児への AZT 投与の薬物動態の検討が始まったとのことである。しかも今年度調査が終了した後に、国内二箇所において ELBWB が経験され AZT の投与是非と投与方法

が議論されたとのことである。出生児の感染診断を含めて詳細が今後明らかにされれば、来年度に報告したいと考えている。

6. 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 週前後の予定 C/S で出生したのに対し、感染児のほとんどが母体の HIV 感染に気付かれずほぼ満期で出生したからである。アプガースコアは両群間で有意差がなく、36 週前後の出生でも新生児管理に与える影響は少ないものと思われた。
7. 感染児 44 例について：2007 年度小児科二次調査により未報告例が発掘され、新規に 2 例登録された。同時期にエイズ動向委員会が把握する 49 例は、未報告で数値が上方修正される可能性と重複報告で下方修正される可能性がある。当班調査は上方修正される可能性がある。2 年ぶりの追跡調査から、図 2, 3, 4 および 5 に示すとおり前回よりも小児 HIV/AIDS 症例の予後が改善していた。これは感染児が年齢を重ねて「小児期」から「思春期あるいは青年期」へと成長していることであり、HAART の選択・服薬指導・告知・性教育・カウンセリングなどへの対応も体系的に整備されつつあることを意味した。
8. 追跡調査について：連絡可能と判断された 24 例に対して行われ、患者家族の同意が有った 23 例（96%）の主治医から詳細報告が得られた。HAART による臨床的な改善あるいは安定については先に述べた。今回は服薬内容だけでなく、副作用・中断・アドヒアランス改善策なども語られた。その結果 PI 特有の問題（黄疸、高脂血症）、薬剤耐性と服薬率の関係、治療中断の理由と対応状況、主治医の悩みが明確となった。告知が実施された年齢は 13 歳から 16 歳であり、受けた本人の状況は様ではなかった。主治医が最適と考える告知時期も一定せず、現状では個別判断が求められるようである。幼稚園・学

校など周囲への告知についての評価はやや否定的であったが、HIV infected and affected children が少しずつではあるが確実に増えていく将来を考えると、医療と教育の関係者が一堂に会して今から議論しておく必要があると思われる。家族ぐるみで行われるカウンセリングの普及に比して性教育への取り組みは女性に託される傾向が見られた。HIV がヒトに及ぼす影響が男女平等ではないことからすれば、自然な趨勢であるが、広く識者の知恵を集めたいところである。

E. 結論

母児への ART、予定 C/S による分娩、断乳を組み合わせた結果、MTCT 率は年々 0% に近づいているが、適切な医療へのアクセスとその後のきめ細かい家族指導が欠落すると MTCT は無くならない。HIV 母子感染予防の出発点である妊婦抗体検査は、是が非でも 100% でなければならない所以である。

感染児は、乳児期早期に一定の確率で出現する急速な免疫低下による日和見感染症を制御できれば、その後を慢性疾患として、ほぼ安心して長期管理できるようになった。患者とその家族のみでなく医療者も、HAART を継続すれば副作用・耐性・アドヒアランス低下の出現は避けられないと覚悟し、無理のない柔軟な対応を選ぶことが大切と考えられる。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

論文発表

1. 高山直秀. 国内の患者症例報告に基づく動物由来感染症の実態把握 (4). 東獣ジャーナル 2007 1月; 486: 16-20.
2. 高山直秀. 国内の患者症例報告に基づく動物由来感染症の実態把握 (5). 東獣ジャーナル 2007 2月; 487: 18-23.
3. 高山直秀. 国内で市販されていない髄膜炎菌ワクチンの被接種者および副反応の調査. 小児科臨床 2007 3月; 60: 496-499.
4. 高山直秀, 杉山和寿, 高橋英雄, 羽原弦史, 佐藤克, 伊藤彰例. 飼育犬および飼い主における下痢菌伝播に関する調査. Progress in Medicine 2007 3月; 27: 173-176.
5. 高山直秀, 菅沼明彦. ジフテリア・破傷風 2種混合トキソイドを 0.25mL 接種した成例の局所副反応. Progress in Medicine 2007 7月; 27: 1695-1698.
6. 高山直秀, 菅沼明彦. 成例へのジフテリア・百日咳・破傷風 3種混合ワクチン接種調査. Progress in Medicine 2007 7月; 27: 1699-1702.
7. 高山直秀, 外川玲子, 松永貞一, 森蘭子, 細部千晴, 三輪操子, 伊藤隆一, 柴田雄介, 一戸貞例, 斉加志津子, 加藤達夫. 1歳時に単抗原麻疹ワクチンおよび風疹ワクチン接種を受けた小児への麻疹・風疹 2種混合ワクチン接種の効果と安全性: 2006 年度調査結果. Progress in Medicine 2007 7月; 27: 1703-1708.
8. 高山直秀, 崎山弘, 清水博之, 宮村達男, 加藤達夫, 梅本哲. 麻疹ワクチン, 風疹ワクチン, ポリオ生ワクチン全国累積接種率 2006 年度調査結果. 小児科臨床 2007 9月; 60: 1811-1818.
9. 高山直秀, 庄田亜紀子, 岡崎隆行, 一戸貞例, 斉加志津子, 稲葉憲之. 妊婦における麻疹中和抗体価, HI 抗体価, PA 抗体価の相関と各測定法の発症予防レベル. 感染症学誌 2007 11月; 81: 675-680.
10. 高山直秀. 流行性耳下腺炎. 今日の治療指針 2007 年版 医学書院 2007 1月; 158-159
11. 高山直秀. 予防接種の安全性と有効性. 今日の治療指針 2007 年版 医学書院 2007 1

- 月 ; 158-159
12. 高山直秀. 海外渡航のためのワクチン. 日医雑誌 2007 1月 ; 135 : 2172.
 13. 高山直秀. 医師からみた狂犬病. SA Mdicine 2007 1月 ; 9 : 52-55.
 14. 高山直秀. 狂犬病. 日本臨床増刊号3 新感染症学下 2007 3月 ; 65 : 108-111.
 15. 高山直秀. 不規則なワクチン接種. 日本医事新報 2007 4月 ; 4329 : 71-76.
 16. 高山直秀. 狂犬病. Neuroinfection 2007 6月 ; 12 : 63-67.
 17. 高山直秀. 海外渡航と狂犬病. 公衆衛生 2007 7月 ; 71 : 552-555.
 18. 高山直秀. 子どもにうつる動物の病気. 小児外科 2007 9月 ; 39 : 1064-1067.
 19. 高山直秀. 狂犬病 : 今, 何をすべきか. 感染・炎症・免疫 2007 9月 ; 37 : 264-267.
 20. 高山直秀. トラベラーズワクチン. 治療学 2007 ; 41 : 1026-1030.
 21. 外川正生. 日本で今エイズはどれくらい発生している? 母子感染は?. チャイルドヘルス 2007 ; 10 : 41-46
 22. 外川正生. 日本における小児 HIV 感染症の現状. 日本医事新報 2008 ; 4374 : 105
 23. 尾崎由和, 外川正生, 葛西健郎, 大場悟, 國方徹也, 吉野直例, 榎本てる子, 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—全国の病院小児科へのアンケート調査から—. 日本エイズ学会誌 (投稿中)
 24. 國方徹也. HIV 母子感染の現状. 小児外科 2007 ; 39 : 1068-72
 25. 國方徹也. HIV 母子感染—新生児科医の立場から. 周産期医学 2007 ; 37 : 1569-73
 26. 國方徹也. HIV 母子感染—予防を中心に—. 周産期医学増刊 2007 ; 37 : 689-92
 27. 葛西健郎, 千田勝一. マイクロバブルテスト. Neonatal Care 2007 ; 春季増刊 : 104-107.
 28. 葛西健郎. 未熟児動脈管開存症. 周産期医学 2007 ; 37(増刊号) : 697-699.
 29. 内田俊彦, 松橋一彦, 嶋田泉司, 高橋明雄, 松本 敦, 戸津五月, 葛西健郎, 武井恒知, 千田勝一. 合成ペプチドを用いた合成肺サーファクタントの評価 : (1) 生理活性の比較. 日本肺サーファクタント・界面医学会雑誌 2007 ; 38 : 41-43.
 30. 葛西健郎, 松橋一彦, 嶋田泉司, 高橋明雄, 松本 敦, 戸津五月, 武井恒知, 千田勝一. 合成ペプチドを用いた合成肺サーファクタントの評価 : (2) 肺組織像の比較. 日本肺サーファクタント・界面医学会雑誌 2007 ; 38 : 44-46.
 31. 稲葉憲之, 大島教子, 西川正能, 岡崎隆行, 庄田亜紀子, 根岸正実, 林田志峯, 稲葉未知世, 和田裕一, 喜多恒和, 外川正生, 塚原優己, 名取道也, 牛島廣治, 戸谷良造, 五味淵秀例, 早川智, 尾崎由和, 吉野直例, 田中憲一, 熊曙康. 予防と対策「スクリーニング無くして対策無し」. 日本エイズ学会誌 2007 ; 9(1) : 6-10.
 32. 吉野直例. 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. 日本エイズ学会誌 2007 ; 9(3) : 209-216.
 33. 田中順子, 加藤天美, 尾崎由和, 山崎麻美. 定位的ラジオ波焼灼術により、てんかん発作および情動障害が改善した視床下部過誤腫の1例. てんかん研究 2007 ; 25 : 81-87
 34. J. Hattori, N. Okumura, Y. Yamazaki, M. Uchiyama, M. Hamaguchi, Y. Nishiyama and T. Kaneda Beneficial Effect of GB Virus C Co-Infection in Human Immunodeficiency Virus Type 1-Infected Individuals. Microbiology & Immunology 51(2), 193-200, 2007
 35. 高橋昌明, 藤崎誠一郎, 伊部史朗, 久高祐一, 奥村直哉, 平野 淳, 鈴木達男, 横幕

- 能行、間宮均例、濱口元洋、金田次弘. HIV・HCV 重複感染に対するリバビリン併用ペグ・インターフェロン療法により CD4, CD8 陽性リンパ球数が減少した 1 症例. 新薬と臨床、56, 112-115, 2007
36. Fujisaki S., Fujisaki S., Ibe S., Asagi T., Ito T., Yoshida S., Koike T., Oie M., Kondo M., Sadamasu K., Nagashima M., Gatanaga H., Matsuda M., Ueda M., Masakane A., Hata M., Mizogami Y., Mori H., Minami R., Okada K., Watanabe K., Shirasaka T., Oka S., Sugiura W. and Kaneda T. Performance and Quality Assurance of Genotypic Drug-Resistance Testing for Human Immunodeficiency Virus Type 1 in Japan. *Japanese Journal of Infectious Diseases*. 60, 113-117, 2007
37. 藤崎誠一郎、藤崎彩恵子、伊部史朗、浅黄司、伊藤俊広、吉田 繁、小池隆夫、大家正泰、渡邊香奈子、正兼亜季、上田幹夫、瀧永博之、松田昌和、貞升健志、長島真美、岡田清美、近藤真規子、秦 眞美、溝上泰司、森 治代、南 留美、白阪琢磨、岡 慎一、杉浦 互、金田次弘. 日本における HIV-1 遺伝子型薬剤耐性検査のコントロールサーベイ. *日本エイズ学会誌*、9 (2), 136-146, 2007
38. M. Takahashi, S. Ibe, Y. Kudaka, N. Okumura, A. Hirano, T. Suzuki, N. Mamiya, M. Hamaguchi and T. Kaneda. No observable correlation between central nervous system side effects and EFV plasma concentration in Japanese HIV-1 infected patients treated with EFV containing HAART. *AIDS Research and Human Retroviruses* 23(8), 983-987, 2007
39. 平野 淳、奥村直哉、久高祐一、寺畑奈美、高橋昌明、坂野和英、横幕能行、安岡 彰、間宮均例、濱口元洋、金田次弘. サイトメガロウイルス感染症を発症した日本例エイズ患者に対するバルガンシクロビルの効果および安全性についての評価. *日本病院薬剤師会雑誌* 43(10), 1397-1399, 2007
40. M. Takahashi, Y. Kudaka, N. Okumura, A. Hirano, K. Banno and T. Kaneda. Determination of Plasma Tenofovir Concentrations using a Conventional LC-MS Method. *Biol. Pharm. Bull.* 30(9), 1784-1786, 2007
41. M. Takahashi, Y. Kudaka, N. Okumura, A. Hirano, K. Banno and T. Kaneda. The Validation of Plasma Darunavir Concentrations determined by the HPLC Method for Protease Inhibitors. *Biol. Pharm. Bull.* 30(10), 1947-1949, 2007
42. 小柏 均、永井裕美、近藤恭子、加堂真由、伊部史朗、一三武二郎、玉村和規、間宮均例、金田次弘. リアルタイム PCR 法による *Pneumocystis jirovecii* 迅速定量法の確立. *医学検査*、56 (12), 1527-1534, 2007
43. M. Takahashi, Y. Kudaka, N. Okumura, A. Hirano, K. Banno and T. Kaneda. Pharmacokinetic parameters of lopinavir determined by moment analysis in Japanese HIV-1-infected patients. *AIDS Research and Human Retroviruses* 24, 114-115, 2008
44. S. Ibe, J. Hattori, S. Fujisaki, U. Shigemi, S. Fujisaki, K. Shimizu, K. Nakamura, T. Kazumi, Y. Yokomaku, N. Mamiya, M. Hamaguchi and T. Kaneda. Trend of Drug-Resistant HIV-1 Emergence among Therapy-Naïve Patients in Nagoya, Japan: an 8-Year Surveillance from 1999 to 2006. *AIDS Research and Human Retroviruses* 24, 7-14, 2008
45. 國方徹也. ウイルス感染症 19) 小児 HIV 感染症. 岡部信彦編集. *小児感染症学* 東

学会発表

1. 外川正生、稲葉憲之. HIV感染妊婦から出生した児の成長発達支援. 第21回日本エイズ学会・シンポジウム (2007.11 広島市)
2. 國方徹也、葛西健郎. 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アンケート調査成績から—. 第52回日本未熟児新生児学会 (2007.11 高松市)
3. 松田秀雄、喜多恒和、吉野直例、井上孝実、小林裕幸、佐久本薫、高野政志、中西美紗緒、箕浦茂樹、岩田みさ子、清水泰樹、宮崎泰例、高橋尚子、金子ゆかり、稲葉憲之. 本邦におけるHIV感染妊婦と母子感染予防対策の現状. 第25回日本産婦科感染症研究会 (2007.6 東京)
4. 吉野直例、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実施率の年次変化. 第20回日本エイズ学会 (2007.11 広島)
5. 喜多恒和、吉野直例、外川正生、和田裕一、塚原優己、箕浦茂樹、谷口晴記、大場悟、戸谷良造、稲葉憲之. 本邦におけるHIV感染妊婦の発生と母子感染予防対策の現状. 第20回日本エイズ学会 (2007.11 広島)
6. 仲宗根正、兼清優、吉野直例、網康至、山本直樹. Cell-Associated Virusを用いたHIV/AIDSサル動物モデル. 第20回日本エイズ学会 (2007.11 広島)
7. Yoshino N, Hagiwara Y, Kanno H, Noda M, Sato S. Intranasal co-administration of cholera toxin and apple polyphenol extract as a novel regimen for safe and effective mucosal adjuvant. 13th International Congress of Mucosal Immunology (2007.7. Tokyo, Japan)
8. 葛西健郎. 感染した妊婦さんから生まれた児の予後. 青森会場 2007.7.28
9. 國方徹也. 感染した妊婦さんから生まれた児の予後. 横浜会場 2007.8.4
10. 尾崎由和. 感染した妊婦さんから生まれた児の予後. 高知会場 2007.10.20
11. 伊部史朗、金田次弘. 拡がり始めた薬剤耐性エイズウイルス. 市民公開シンポジウム・エイズとの闘い—その最前線2007 (平成19年3月). 名古屋
12. T. Kaneda, S. Fujisaki, T. Shiino, K. Shimizu, K. Nakamura, J. Hattori, S. Fujisaki, S. Ibe, U. Shigemi, M. Hamaguchi, N. Mamiya, Y. Yokomaku. Identification of a unique form of subtype B HIV-1 in Nagoya, Japan 4th IAS Conference on HIV Pathogenesis, Treatment and Prevention Sydney Australlia July 22-25, 2007
13. M. Takahashi, S. Ibe, Y. Kudaka, N. Okumura, A. Hirano, T. Suzuki, N. Mamiya, M. Hamaguchi, T. Kaneda. No observable correlation between central nervous system side effects and EFV plasma concentrations in Japanese HIV-1 infected patients treated with EFV containing HAART. 4th IAS Conference on HIV Pathogenesis, Treatment and Prevention Sydney Australlia July 22-25, 2007
14. 平野 敦、久高祐一、寺畑奈美、高橋昌明、坂野和英、横幕能行、安岡 彰、間宮均例、濱口元洋、金田次弘. CMV感染症を発症した日本例エイズ患者に対するバルガンシクロピルの効果および安全性についての評価. 第61回国立病院総合医学会 (平成19年11月). 名古屋
15. 伊部史朗、服部純子、藤崎誠一郎、重見 麗、

- 藤崎彩恵子、清水香代子、中村和代、一三武二郎、横幕能行、間宮均例、濱口元洋、金田次弘. 名古屋地区の未治療 HIV-1 感染患者における薬剤耐性ウイルスの出現傾向. 第 61 回国立病院総合医学会 (平成 19 年 11 月). 名古屋
16. 鈴木匡弘、早川恭江、寺田さと子、安永さおり、加藤稔、多和田行男、間宮均例、中野学、鈴木啓仁、林由美子、金田次弘. PFGE に代わる MRSA の迅速分子疫学解析法の開発 (国立病院機構多施設共同研究). 第 61 回国立病院総合医学会 (平成 19 年 11 月). 名古屋
17. 一三武二郎、服部純子、横幕能行、間宮均例、濱口元洋、玉村和規、金田次弘. HIV-1 血中ウイルス量のモニタリング: 検体数の推移と検査の現状. 第 61 回国立病院総合医学会 (平成 19 年 11 月). 名古屋
18. 藤崎誠一郎、伊部史朗、服部純子、重見 麗、清水香代子、中村和代、藤崎彩恵子、横幕能行、間宮均例、濱口元洋、金田次弘. 名古屋医療センターを受診した未治療患者における HIV-1 サブタイプの変遷. 第 61 回国立病院総合医学会 (平成 19 年 11 月). 名古屋
19. 小柏 均、近藤恭子、加堂真由、伊部史朗、一三武二郎、玉村和規、間宮均例、金田次弘. MSG gene を用いた Real-time PCR 法による *Pneumocystis jirovecii* 迅速定量法の確立. 第 61 回国立病院総合医学会 (平成 19 年 11 月). 名古屋
20. 久高祐一、高橋昌明、奥村直哉、平野 敦、寺畑奈美、坂野和英、横幕能行、間宮均例、濱口元洋、金田次弘. テノホビル服用患者の血中濃度と腎障害との関係. 第 61 回国立病院総合医学会 (平成 19 年 11 月). 名古屋
21. 奥村直哉、平野 敦、久高祐一、寺畑奈美、高橋昌明、横幕能行、間宮均例、安岡 彰、金田次弘、濱口元洋. 名古屋医療センターにおける FPV の使用経験【第 2 報】. 第 21 回日本エイズ学会総会 (平成 19 年 11 月). 広島
22. 星野 伸、村松友佳子、関水匡大、井上孝実、瀧本哲也、美濃和茂、金田次弘、堀部敬三. 母子感染予防目的で投与した 26 例におけるジドブジンシロップ内服による副作用. 第 21 回日本エイズ学会総会 (平成 19 年 11 月). 広島
23. 高橋昌明、久高祐一、奥村直哉、平野 敦、坂野和英、金田次弘. HPLC を用いたプロテアーゼ阻害剤ダルナビルの血中濃度測定. 第 21 回日本エイズ学会総会 (平成 19 年 11 月). 広島
24. 久高祐一、高橋昌明、奥村直哉、平野 敦、寺畑奈美、坂野和英、横幕能行、間宮均例、濱口元洋、金田次弘. 日本例 HIV-1 感染患者におけるテノホビル血中濃度の腎機能に及ぼす影響. 第 21 回日本エイズ学会総会 (平成 19 年 11 月). 広島
25. 伊部史朗、岡田清美、近藤恭子、廣部雅美、魚住利樹、加堂真由、和山行正、金田次弘. プロウイルス活動指数測定法の一般検査化のための基礎検討. 第 21 回日本エイズ学会総会 (平成 19 年 11 月). 広島
26. 金田次弘、藤崎誠一郎、藤崎彩恵子、伊部史朗、服部純子、清水香代子、中村和代、横幕能行、間宮均例、濱口元洋. ウイルス増殖を抑制しているにも拘らず、CD4 陽性 T リンパ球の回復が不十分な症例の原因の探索. 第 21 回日本エイズ学会総会 (平成 19 年 11 月). 広島
27. 服部純子、重見 麗、伊部史朗、奥村直哉、一三武二郎、横幕能行、間宮均例、濱口元洋、金田次弘. 薬剤耐性 HIV-1 の出現と伝播. 第 21 回日本エイズ学会総会 (平成 19 年 11 月). 広島
28. 伊部史朗、藤崎誠一郎、清水香代子、中村

- 和代、服部純子、重見 麗、藤崎彩恵子、横幕能行、間宮均例、濱口元洋、金田次弘。名古屋地区の未治療患者に検出された HIV-1 の分子疫学解析. 第 21 回日本エイズ学会総会(平成 19 年 11 月)。 広島
29. 藤崎誠一郎、椎野禎一郎、清水香代子、中村和代、伊部史朗、服部純子、重見 麗、藤崎彩恵子横幕能行、間宮均例、濱口元洋、金田次弘。名古屋で検出されたユニークサブタイプ B HIV-1. 第 21 回日本エイズ学会総会(平成 19 年 11 月)。 広島
30. 大出裕高、横幕能行、松山 翔、伊部史朗、藤崎誠一郎、間宮均例、濱口元洋、金田次弘、星野忠次。コンピュータ・シミュレーションで薬剤耐性 HIV-1 に対する薬効の予測は可能か?。第 21 回日本エイズ学会総会(平成 19 年 11 月)。 広島
31. 杉浦 互、潟永博之、吉田 繁、千葉仁志、

小池隆夫、伊藤俊広、原 孝、佐藤武幸、石ヶ坪良明、上田敦久、近藤真規子、今井光信、貞升健志、長島真美、福武勝幸、山元泰之、田中理恵加藤信吾、宮崎菜穂子、岩本愛吉、藤野真之、仲宗根正、巽 正志、椎野禎一郎、岡 慎一、林田庸総、服部純子、伊部史朗、藤崎誠一郎、金田次弘、濱口元洋、上田幹夫、正兼重季、大家正義、下条文武、田邊嘉也、渡辺香奈子、白阪琢磨、桑原 健、森 治代、小島洋子、中桐逸博、高田 昇、木村昭郎、南 留美、山元政弘、松下修三、健山正男、藤田次郎。2003-2006 年の新規 HIV-1 感染者における薬剤耐性頻度の動向. 第 21 回日本エイズ学会総会(平成 19 年 11 月)。 広島

H.知的財産権の出願・登録状況

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	197	108	54.8%	5	192	103	53.6%
青森	46	17	37.0%	0	46	17	37.0%
岩手	45	25	55.6%	1	44	24	54.5%
宮城	55	31	56.4%	1	54	30	55.6%
秋田	33	17	51.5%	0	33	17	51.5%
山形	29	17	58.6%	0	29	17	58.6%
福島	61	31	50.8%	3	58	28	48.3%
茨城	95	45	47.4%	3	92	42	45.7%
栃木	44	27	61.4%	0	44	27	61.4%
群馬	50	29	58.0%	1	49	28	57.1%
埼玉	147	64	43.5%	1	146	63	43.2%
千葉	128	65	50.8%	3	125	62	49.6%
東京	214	116	54.2%	1	213	115	54.0%
神奈川	130	68	52.3%	4	126	64	50.8%
新潟	58	41	70.7%	1	57	40	70.2%
山梨	28	13	46.4%	0	28	13	46.4%
長野	74	38	51.4%	0	74	38	51.4%
富山	40	18	45.0%	1	39	17	43.6%
石川	45	18	40.0%	1	44	17	38.6%
福井	38	19	50.0%	0	38	19	50.0%
岐阜	55	35	63.6%	0	55	35	63.6%
静岡	64	43	67.2%	1	63	42	66.7%
愛知	149	83	55.7%	4	145	79	54.5%
三重	46	28	60.9%	0	46	28	60.9%
滋賀	34	22	64.7%	0	34	22	64.7%
京都	72	43	59.7%	0	72	43	59.7%
大阪	181	109	60.2%	6	175	103	58.9%
兵庫	113	62	54.9%	1	112	61	54.5%
奈良	31	20	64.5%	1	30	19	63.3%
和歌山	27	17	63.0%	0	27	17	63.0%
鳥取	20	12	60.0%	0	20	12	60.0%
島根	26	19	73.1%	0	26	19	73.1%
岡山	61	33	54.1%	0	61	33	54.1%
広島	71	44	62.0%	0	71	44	62.0%
山口	46	25	54.3%	1	45	24	53.3%
徳島	49	22	44.9%	0	49	22	44.9%
香川	33	19	57.6%	2	31	17	54.8%
愛媛	45	17	37.8%	1	44	16	36.4%
高知	47	22	46.8%	0	47	22	46.8%
福岡	107	64	59.8%	3	104	61	58.7%
佐賀	35	17	48.6%	0	35	17	48.6%
長崎	55	33	60.0%	1	54	32	59.3%
熊本	64	32	50.0%	1	63	31	49.2%
大分	39	22	56.4%	0	39	22	56.4%
宮崎	40	18	45.0%	0	40	18	45.0%
鹿児島	58	29	50.0%	2	56	27	48.2%
沖縄	48	30	62.5%	0	48	30	62.5%
全国	3,173	1,727	54.4%	50	3,123	1,677	53.7%

表2 都道府県別のべ小児症例数（平成18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
関東・甲信越	茨城	1	3.7%	16	59.3%
	栃木	2	7.4%		
	埼玉	2	7.4%		
	千葉	1	3.7%		
	東京	8	29.6%		
	神奈川	1	3.7%		
	新潟	1	3.7%		
東海・北陸	愛知	2	7.4%	5	18.5%
	三重	3	11.1%		
近畿	滋賀	1	3.7%	2	7.4%
	大阪	1	3.7%		
九州	福岡	4	14.8%	4	14.8%
全国		27	100.0%	27	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	1.4%	15	4.2%
	青森	1	0.3%		
	岩手	3	0.8%		
	宮城	3	0.8%		
	秋田	1	0.3%		
	福島	2	0.6%		
関東・甲信越	茨城	9	2.5%	204	57.8%
	栃木	12	3.4%		
	群馬	5	1.4%		
	埼玉	15	4.2%		
	千葉	32	9.1%		
	東京	94	26.6%		
	神奈川	17	4.8%		
	新潟	4	1.1%		
	山梨	5	1.4%		
	長野	11	3.1%		
	東海・北陸	富山	2		
岐阜		2	0.6%		
静岡		22	6.2%		
愛知		31	8.8%		
三重		4	1.1%		
近畿	滋賀	2	0.6%	40	11.3%
	京都	3	0.8%		
	大阪	31	8.8%		
	兵庫	1	0.3%		
	奈良	2	0.6%		
	和歌山	1	0.3%		
中国・四国	広島	7	2.0%	13	3.7%
	山口	1	0.3%		
	香川	1	0.3%		
	愛媛	4	1.1%		
九州	福岡	9	2.5%	20	5.7%
	長崎	1	0.3%		
	鹿児島	5	1.4%		
	沖縄	5	1.4%		
全国		353	100.0%	353	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	343	240	70.0%	5	338	235	69.5%
非拠点病院	2,830	1,487	52.5%	45	2,785	1,442	51.8%
合計	3,173	1,727	54.4%	50	3,123	1,677	53.7%

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	25	92.6%
拠点病院以外	2	7.4%
合計	27	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	13	3	10	0
1995	20	8	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	25	0	24	1
2002	26	0	19	7
2003	20	0	15	5
2004	19	0	10	9
2005	18	1	12	5
2006	20	1	13	6
2007	13	0	8	5
合計	308	44	211	53

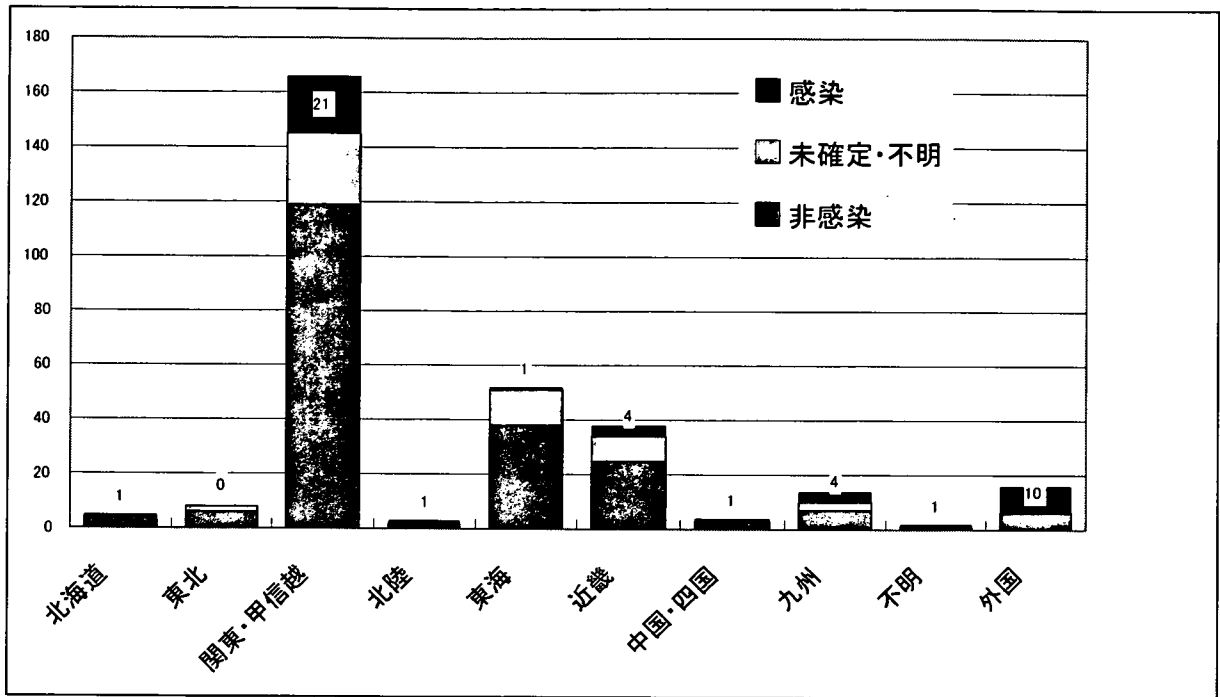


図1 地域別出生数と児の感染状況 (数字は感染児について)

表7 母の国籍別にみた児の感染状況

地域	国籍	児の感染について				人数
		感染	感染率 (%)	非感染	未確定不明	
東アジア	日本	12	9.0	91	30	133
	韓国			1	0	1
	中国	3	30.0	5	2	10
東南アジア	タイ	13	17.1	55	10	76
	フィリピン			9	3	12
	ミャンマー	2	66.7	1	0	3
	インドネシア	1	100.0	0	0	1
	カンボジア			1	0	1
	ベトナム			1	2	3
	アフリカ	ケニア	8	50.0	8	0
	タンザニア	2	25.0	5	1	8
	エチオピア			3	1	4
	ガーナ			0	1	1
	ザンビア			2	0	2
	ブルンディ			1	0	1
南米	ブラジル	3	12.5	19	2	24
	ボリビア			3	0	3
	ペルー			2	0	2
不明				4	1	5
合計		44	14.3	211	53	308

表8 父の国籍と感染状況

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	194	49	98	47	24.2
	韓国	1	1	0	0	
	中国	1	1	0	0	
東南アジア	タイ	12	5	3	4	33.3
	インドネシア	2	1	0	1	50.0
	フィリピン	1	1	0	0	
	マレーシア	2	0	0	2	100.0
	ベトナム	2	2	0	0	
オセアニア	オーストラリア	1	0	1	0	
西アジア	イラン	3	0	2	1	33.3
	パキスタン	1	0	1	0	
アフリカ	ケニア	9	0	2	7	77.8
	ナイジェリア	4	1	1	2	50.0
	ガーナ	2	0	1	1	50.0
	コンゴ 民主共和国	2	1	0	1	50.0
	タンザニア	2	0	0	2	100.0
	ウガンダ	2	1	0	1	50.0
	エジプト	1	0	0	1	100.0
	ジンバブエ	1	0	0	1	100.0
ヨーロッパ	ベルギー	1	0	0	1	100.0
北中米	アメリカ	3	0	1	2	66.7
	カナダ	1	0	1	0	
	メキシコ	1	1	0	0	
	ドミニカ	1	0	0	1	100.0
南米	ブラジル	24	7	8	9	37.5
	ペルー	4	3	0	1	25.0
	ボリビア	2	2	0	0	
父の国籍不明		28	20	2	6	21.4
合計		308	96	121	91	29.5

表9-1 年次別、分娩様式別および投薬別の出生数 ()内は感染児数再掲

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)											
1987	2 (1)	1					1					
1988	1	1					1					
1989	4	1					1					
1990	1	1					1					
1991	5 (4)	1 (1)					1 (1)					
1992	6 (3)	2					2					
1993	12 (6)	4 (1)					4 (1)	1				1
1994	13 (3)	3	2				5	2				2
1995	20 (8)	4 (1)	2 (1)			4	10 (2)	1	1			2
1996	15 (3)	3	3	1	1	1	9	2 (1)				2 (1)
1997	19 (5)	3	3	2	6 (1)	1 (1)	15 (2)	1 (1)				1 (1)
1998	22 (3)	2	2	1	13		18	1 (1)				1 (1)
1999	23 (1)			1	19	1	21	1				1
2000	23 (4)			1	14	2	17	1 (1)				1 (1)
2001	25			1	21	1	22	1				1
2002	26			1	21		22			2		2
2003	20				16		16			2		2
2004	19				18		18					
2005	18 (1)		1	1 (1)	13		15 (1)			2		2
2006	20 (1)				18		18			1		1
2007	13				10		10			3		
合計	308 (44)	26 (3)	13 (1)	9 (1)	170 (1)	10 (1)	228 (7)	11 (4)	1	10		22 (4)

表9-2 年次別、分娩様式別および投薬別の出生数 ()内は感染児数再掲

年	出生数	経膈分娩					分娩様式不明			
		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 母と児	投薬 不明	合計
			児のみ	母と児						
1984	1 (1)					1 (1)				1 (1)
1987	2 (1)	1 (1)				1 (1)				
1988	1									
1989	4	3				3				
1990	1									
1991	5 (4)	3 (2)			1 (1)	4 (3)				
1992	6 (3)	3 (2)				3 (2)	1 (1)			1 (1)
1993	12 (6)	6 (4)				6 (4)	1 (1)			1 (1)
1994	13 (3)	5 (2)			1 (1)	6 (3)				
1995	20 (8)	6 (5)			1	7 (5)	1 (1)			1 (1)
1996	15 (3)	3 (2)			1	4 (2)				
1997	19 (5)	3 (2)				3 (2)				
1998	22 (3)	2 (2)		1		3 (2)				
1999	23 (1)	1 (1)				1 (1)				
2000	23 (4)	3 (2)				3 (2)	1 (1)	1		2 (1)
2001	25			1		1				
2002	26		1	1		2				
2003	20	1	1			2				
2004	19			1		1				
2005	18 (1)	1				1				
2006	20 (1)		1 (1)			1 (1)				
2007	13									
合計	308 (44)	41 (25)	3 (1)	4	4 (2)	52 (28)	5 (5)	1		6 (5)