

薬剤選択のキードラッグは LPV/r : 17 例、ATV : 3 例、FPV : 3 例、RAL/LPV : 3 例、DRV : 2 例、RAL/DRV : 1 例、NFV : 1 例であり、バックボーンは AZT/3TC または COM が 18 例、ABC/3TC または EZC が 6 例、TVD が 3 例、ABC/TDF が 1 例、d4T/3TC が 1 例、3TC が 1 例であった。これらを妊娠中開始 14 例に限ると、キードラッグは LPV/r : 10 例、RAL/LPV : 2 例、ATV : 1 例、DRV : 1 例であり、バックボーンは AZT/3TC または COM が 12 例、ABC/3TC が 1 例、TDF/3TC が 1 例であった (表 1)。

⑦分娩前妊婦の免疫学的・ウイルス学的指標

妊婦の CD4 カウント ($/\mu\text{L}$) は 150 から 1331 に分布し、同%は 17 から 45.8 に分布した (表 2)。一方でウイルス量 (コピー/ml) は 19 例が測定感度以下であり、24 例が 500 未満、3 例が 500 以上 1000 未満、2 例が 1000 以上であり最大値 2700 であった (表 3)。

⑧在胎週数、分娩様式と出生の状況

分娩様式は選択的 C/S が 28 例と緊急 C/S が 2 例 (2 例とも陣痛あり・破水なし) であった。在胎週数との関係を表 4 に示す。在胎 32 週で選択的 C/S となった例 (表 4、5、6 の ¶) の産科的背景は妊婦 HIV 感染診断が 18 週・妊婦 ARV が COM/LPV/r・分娩間近の CD4 が $750/\mu\text{L}$ ・VL が 300 コピー/ml・肝機能障害・妊娠高血圧症であった。その結果出生児は超低出生体重・子宮内胎児発育遅延・無顆粒球症の診断を受け、AZT 投与が早期に中止され、貧血 (Hb 9.4) に対してエリスロポエチン投与・輸血・鉄剤投与がなされた (表 4、5、6)。

⑨新生児への対応

全例において母乳は禁止された。

新生児への抗ウイルス薬は AZT 内服が 24 例、AZT 静脈内投与と内服が 5 例 (緊急 C/S の 2 例が含まれるが他の 3 例では理由記載無し)、AZT/3TC/NFV が 1 例であった (表 7)。

⑩新生児における問題

在胎週数は 35 週未満 4 例 (内 1 例が緊急 C/S)、36-38 週 26 例 (内 1 例が緊急 C/S) であった。

出生時体重は 35 週未満の 4 例では 992g から 2556g に分布し、36-38 週 26 例では 1772g から 3388g に分布した (表 5)。30 例中 6 例の新生児期に認められた異常は新生児仮死が 1 例、早産 + 超低出生体重 + 子宮内胎児発育遅延 + 無顆粒球症が 1 例 (表 4、5、6 の ¶)、早産 + 低出生体重 + 新生児一過性多呼吸が 2 例 (双胎)、新生児ミオクロニーが 1 例、HFD が 1 例であった。

奇形の報告は無かった。

貧血は 22 例において指摘され (Hb は 7.4 から 10.6g/dL に分布)、11 例が鉄剤投与、1 例が AZT 中止、1 例がエリスロポエチン投与 + 鉄剤投与 + 輸血で対応され (前述)、7 例は経過観察とされた (表 8)。

30 例の全てにおいて精神運動発達異常、けいれん反復、対麻痺、ミオパチー、心筋機能障害、乳酸持続高値、早期死亡、ALTE、頭部 MRI 異常は報告されなかった。

3) 累積の平成 25 (2013) 年度小児科二次調査結果

①年次別出生数と感染状況 (表 9)

昨年度は、2010 年以降出生数が漸減状態にあると報告したが、今年度調査では 2009 年以降の過去未報告例を含む全 30 例が追加されたことで、小児科調査において 2010 年以降に症例が減少しているのではない事実が示された。逆に 2009 年から 2012 年は毎年増加しており、2013 年生まれに症例も来年度調査で追加が見込まれる。毎年未確定症例が積み残されるのは、生後 18 ヶ月を待つて感染の完全否定を行う報告者が多いためであるのと、本研究が「未確定例」の転帰を独立で調査していないためである。

②地域別出生数 (表 10)

累積症例数の多い都道府県順で >80 は東京、>40 は千葉、>30 は大阪と愛知、>20 は神奈川、>10 は茨城、栃木、埼玉、長野、静岡、外国であり、0 ないし 10 は北海道・東北・関東甲信越のその他・北陸・東海のその他・近畿のそ

の他・中国・四国・九州・不明に分布した。感染例の報告は 17 地域に限られ、1 地域での感染児数は 1 から 11 (国内では 7 まで) に分布した。

③母親の国籍と児の感染状況 (表 11)

母の国籍は全体では日本が 195 人 (45%) と最多を占め、以下タイ、ブラジル、ケニア、フィリピン、中国、不明、インドネシア、タンザニア、ミャンマー、その他の順であった。児の感染数が多い順ではタイ、日本 (13 人)、ケニア、中国、ブラジル、ミャンマー、タンザニア、インドネシアとなりその他の諸国では感染例が無かった。一方、児の感染率が高い順ではケニア、ミャンマー、中国、タンザニア、外国、タイ、ブラジル、不明、インドネシア、日本 (7%) であった。

④父親の国籍と父親の感染状況 (表 12)

国籍分布順は日本人が 276 人 (63%) と最多であり、以下、不明、ブラジル、タイ、ケニア、インドネシア、ナイジェリア、ウガンダ、外国などであった。一方父の感染率は 100% が 6 カ国、50-99% が 7 カ国、30-49% が 5 カ国、20-30% が日本を含む 4 カ国、0% が 10 カ国であった。

⑥年次別、分娩様式別および投薬別の出生数と感染状況 (表 13-1、2、3)

症例の累積は 436 例となり、感染 48 例、非感染 293 例、未確定・不明 95 例であった。妊娠前あるいは妊娠中から HIV 感染症診療が開始されていた症例の比率が増し、経膣分娩は 2011 年以降見られなかった。2012 年の分娩様式不明 (感染無し) の 1 例も、母児ともに ART の情報があり選択的 C/S であったと推測される。累積の母子感染率は分娩様式別では不明、経膣、緊急 C/S、選択的 C/S の順で高く、選択的 C/S で母児ともに投薬された場合の感染率は 0.8% となった。

⑦周産期因子の比較 (表 14-1、2)

母子感染の有無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 ± 1.8 、出生体重 (g) は $3,084 \pm 561$ 対 $2,554 \pm 445$ と差を認めたが、Apgar スコアでは 9.4 ± 0.5 対 8.9 ± 1.0 と差を認めなかった (表 14-1)。

母への ARV 投与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。投与群と非投与群において、在胎週数は 36.0 ± 1.6 対 37.0 ± 2.3 、出生体重 (g) は $2,538 \pm 414$ 対 $2,789 \pm 537$ と差を認めたが、Apgar スコアでは 8.9 ± 1.0 対 9.2 ± 0.7 と差を認めなかった (表 14-2)。

D. 考察

1) 調査の精度について

今年度は一次調査有効回答率 57.2% (昨年度比 +1.4%)、二次施設回答率 74% (同 -1%)、新規報告 30 例 (同 +88%) となった結果、昨年度本報告で予想した子どもの減少傾向は修正が必要となった。本邦では確実に少子化が進むが、子どもについては感染女性とともに動向を見守る必要がある。エイズ動向委員会報告による平成 25 年 8 月までの母子感染による HIV 感染者及びエイズ患者の累計は 54 例 (日本国籍 36 例、外国籍 18 例) より、本研究による累積の感染児 48 例は補足率 89% と仮定することができる。しかし感染児の国籍から補足率を計算する目的で表 10 の外国出生を見ると 11 例 (61%)、表 1 1 の母の国籍が日本以外を見ると 35 例 (194%) あり、本研究では国籍について検討する事は困難であった。

2) 妊婦 cART について

AZT/3TC/LPV/r が標準的治療として選択してこられたが、今回調査でキードラッグとして DRV、ATV と RAL が選択あるいは併用されることが増え、バックボーンについても ABC、TDF が加わり妊婦 cART が多様化している。薬剤の安全性は腫瘍原性と催奇形性の観点からアメリカ食品医薬品局 : FDA の基準が示され、その有

効性とともに US-DHHS の Recommendations for Use of Antiretroviral Drugs in Pregnant HIV-1-Infected Women for Maternal Health and Interventions to Reduce Perinatal HIV Transmission in the United States (<http://www.aidsinfo.nih.gov/guidelines/html/3/perinatal-guidelines/0>) に纏められている。昨年度と異なり、今年度は奇形の報告が無かったが新生児および小児期の追跡観察を継続的に行い、児への影響について監視し続けることが重要である。

免疫学的・ウイルス学的指標による妊婦治療の効果はともに良好であり、対象 30 例中 27 例が分娩前にウイルス量 1000 未満を達成していた。一方 CD4 カウントが 350 未満も 7 例あり、どのような条件が揃えば C/S を差し控えられるかについて継続討議が必要である。

3) 分娩と出生児について

毎年一定数報告される産科的適応からの緊急 C/S は必然的にハイリスク新生児の誕生となる。今回予後不良例は無かったが、日齢 0 から AZT 点滴投与の準備とその後に出現する貧血と骨髄抑制の対応を心がけておくべきである。

選択的 C/S は在胎 37 週を中心に行われることから出生時体重が 2500g 未満である確率が高い(今回の 30 例では 63%) が、表 14-2 の検討で示すようにアップガースコアに見るとおり管理上の危険は認められなかった。

母子感染予防における ARV の推奨投与方法を前述のガイドラインは、以下のように記述している。

- ・ AZT (生後 6 週まで)

(在胎 30 週未満) 遅くとも生後 6-12 時間以内から、2mg/kg PO (1.5mg/kg IV) を 12 時間毎。4 週間経過後は 3mg/kg PO (2.3mg/kg IV)。

(在胎 30 週以後 35 週未満) 遅くとも生後 6-12 時間以内から、2mg/kg PO (1.5mg/kg IV) を 12 時間毎。2 週間経過後は 3mg/kg PO (2.3mg/kg IV)。

(在胎 35 週以後) 遅くとも生後 6-12 時間以内から、4mg/kg PO (3mg/kg IV) を 12 時間毎。

- ・ NVP (生後 14 日以内)

AZT に追加する場合、初回を生後 48 時間以内、2 回目を初回 2 日後、3 回目を 2 回目の 4 日後に投与(体重 1.5-2 kg : 8 mg/dose、>2 kg : 12 mg/dose)。

- ・ 3TC (生後 4 週まで)

2mg/kg を 1 日 2 回。

今回調べ得た範囲において、本邦においてミトコンドリア機能障害を示唆する罹病の報告は無かった。

E. 結論

全国病院小児科 2,497 件に対して HIV 感染妊婦から出生した児(子ども)の診療実態を調査した結果、18 施設から新規 30 例の報告を得た。内訳は非感染 16 例、未確定 14 例であり、本研究による子どもの累積は 436 例となり、感染 48 例、非感染 293 例、未確定・不明 95 例となった。累積による HIV 母子感染予防対策を全て施行できた場合の感染率は 0.8%であった。

妊婦への抗ウイルス薬選択のキードラッグは LPV/r 主体から ATV、FPV、DRV、RAL に拡大し、バックボーンは AZT/3TC または COM に ABC/3TC または EZC や TVD が組み合わせられた。母子感染予防対策による分娩前の免疫学的・ウイルス学的指標の改善は良好であり、今後は選択的 C/S を控える要件の検討が可能かもしれない。

緊急 C/S による子どもの罹病と対応では AZT 点滴製剤と血液学的問題を中心に準備が必要である。

全ての子どもの長期的予後を調査する必要がある。

G. 研究発表

1. 論文発表
(欧文)

1) Aoki H, Shiomi M, Ikeda T, Ishii T,

Shimizu N, Togawa M, Okamoto N, Kadoya M, Wada Y. Decreased sialylation of IgA1 O-glycans associated with pneumococcal hemolytic uremic syndrome. *Pediatr Int.* 2013 Dec;55(6):e143-5.

- 2) Kaida A, Kubo H, Takakura K, Togawa M, Shiomi M, Kohdera U, Iritani N. Molecular epidemiology of human rhinovirus C in patients with acute respiratory tract infections in Osaka City, Japan. *Jpn J Infect Dis.* 2011;64(6):488-92.
- 3) Kaida A, Kubo H, Sekiguchi J, Kohdera U, Togawa M, Shiomi M, Nishigaki T, Iritani N. Enterovirus 68 in children with acute respiratory tract infections, Osaka, Japan. *Emerg Infect Dis.* 2011 Aug;17(8):1494-7.

(和文)

- 1) 外川正生. HIV 感染女性から出生した子どもの実態調査と子どもの健康と発達支援. 2012 (平成 24) 年度厚生労働科学研究費補助金 (エイズ対策研究事業) 「HIV 母子感染の疫学調査と予防対策および女性・小児感染者支援に関する研究」班研究分担報告書. 2013 年 4 月
- 2) 外川正生. Guideline 抗 HIV 治療ガイドライン XIV 小児、青少年期における抗 HIV 療法. 平成 24 年度厚生労働科学研究費補助金 (エイズ対策研究事業) HIV 感染症及びその合併症の課題を克服する研究班. 2013 年 3 月
- 3) 外川正生. HIV 感染女性から出生した子どもの実態調査と子どもの健康と発達支援. 平成 23 年度厚生労働科学研究費補助金 (エイズ対策研究事業) 「HIV 感染妊婦とその出生児の調査・解析および診療・支援体制の整備に関する総合的研究」班研究分担報告書. 2012 年 4 月
- 4) 外川正生. Guideline 抗 HIV 治療ガイドラ

イン XIV 小児、青少年期における抗 HIV 療法. 平成 23 年度厚生労働科学研究費補助金 (エイズ対策研究事業) HIV 感染症及びその合併症の課題を克服する研究班. 2012 年 3 月

- 5) 外川正生, 天羽清子. 小児 HIV 感染症における免疫再構築症候群. 小児の発熱 AtoZ—診断・治療の Tips と Pitfalls— 診断と治療社, 東京, 2012 : p244-247.
- 6) 外川正生. 出血性ショック脳症症候群. エキスパートに学ぶ けいれん重積・意識障害—小児の救急、当直ですぐに役立つ症例と Q&A—小児科学レクチャー. 2: 894-900, 2012
- 7) 外川正生, 小児科臨床ピクシス 26 小児慢性疾患のサポート 感染症, 2011, 中山書店, 東京
- 8) 外川正生, 小児科臨床ピクシス 28 急性脳症・急性脳炎 小児 HIV 脳症, 2011, 中山書店, 東京
- 9) 細川真一、赤平百絵、國方徹也他. 当センター小児科における HIV 母子感染予防対策実施 42 症例についての検討. 日本小児科学会雑誌 in printing
- 10) 辻麻理子・山本政弘・外川正生・井村弘子・和田裕一・塚原優己「HIV 母子感染児の告知支援に関する解析と対策の評価」日本エイズ学会学会誌 (投稿中)

2. 学会発表 (海外)

- 1) 細川真一、田中瑞恵、森本奈央他. The results of using the Japanese guideline for the prevention of mother-to-child transmission of HIV infection: A report from one institution. 11th International Congress on AIDS in Asia and the Pacific (ICAAP 11) 2013/11/18-22, Thailand.

(国内)

- 1) 外川 正生. HIV 感染女性から出生した児(子ども)の罹病について. 日本エイズ学会シンポジウム、2013 年、熊本.
 - 2) 都築慎也、細川真一、松下竹次. HIV 陽性妊婦から出生し、頭部 MRI で異常所見を呈した兄妹例. 第 116 回小児科学会、2013 年、広島.
 - 3) 細川真一、松下竹次. 当センターにおける HIV 陽性妊婦より出生した児の神経学的予後について. 第 49 回日本周産期新生児学会、2013 年、横浜.
 - 4) 田中瑞恵、柏直之、細川真一他. HIV 感染女性から出生した児の診療体制構築に向けた取り組み. 第 45 回日本小児感染症学会、2013 年、札幌.
 - 5) 田中瑞恵、森本奈央、細川真一他. よりよい小児 HIV 診療を目指して～治療・ケアにおける問題点と対策の検討～第 27 回日本エイズ学会、2013 年、熊本.
 - 6) 辻麻理子・阪木淳子. チーム医療におけるカウンセリング体制整備を目的とした会議・研修会の効果
—HIV 医療における取組み—. 日本心理臨床学会第 32 回秋季大会、2013 年、神奈川.
 - 7) 辻麻理子・城崎真弓・志賀江玉実他. 末期がんを発症した患者へのチーム医療—HIV 感染症患者における緩和医療—. 第 67 回国立病院総合医学会、2013 年、石川.
 - 8) 辻麻理子・郭悠・阪木淳子他. HIV 患者の認知機能障害に関する因子の解析—その 1—. 日本エイズ学会第 27 回学術集会、2013 年、熊本.
 - 9) 辻麻理子・郭悠・阪木淳子他. HIV 患者の認知機能障害に関する因子の解析—その 2 抑うつの影響—. 日本エイズ学会第 27 回学術集会、2013 年、熊本.
 - 10) 辻麻理子. HAND の診断と支援. 日本エイズ学会第 27 回学術集会学会シンポジウム、2013 年、熊本.
 - 11) 辻麻理子・阪木淳子・曾我真千恵他. HIV チーム医療における心理検査の運用の検討—その 1—. 日本エイズ学会第 27 回学術集会、2013 年、熊本.
 - 12) 阪木淳子・辻麻理子・曾我真千恵他. HIV チーム医療における心理検査の運用の検討—その 2—神経心理学的検査を応用したケアの実践. 日本エイズ学会第 27 回学術集会、2013 年、熊本.
- (講演)
1. 外川正生. 小児 HIV/AIDS 診療の光と蔭. 大阪小児感染症研究会主催・2013 年秋の講演会、2013 年、大阪.
 2. 辻麻理子. HIV 感染者と人権」田川郡人権・同和対策推進協議会 人権・同和問題職員研修. 2013 年、福岡.
 3. 辻麻理子. とともに生きる～社会の中で自分らしく生きる事を HIV・エイズを通して考えてみよう～. (公財)福岡県人権啓発情報センター第 34 回特別展関連イベント講演. 2013 年、福岡.
 4. 辻麻理子. 『語る』『聴く』『使う』ことから始まる健康増進法. 平成 24 年度相互支援事業 in 福岡 . 2013 年、福岡.
 5. 辻麻理子. HIV 感染症における対人援助のヒント. 北陸ブロックエイズカウンセリング研修会. 2013 年、福井.
 6. 辻麻理子. メンタルヘルスとセルフケア～最良の支援への第一歩～. 平成 25 年度九州医療センター職員新人研修. 2013 年、福岡.
 7. 辻麻理子. とともに自分らしく生きる～HIV・エイズを通して考える～. 早良区人権講座. 2013 年、福岡.
 8. 辻麻理子. チーム医療と HIV 感染者のメンタルヘルス. 九州ブロックエイズ拠点病院出張研修会. 2013 年、大分.
 9. 辻麻理子. 職場のメンタルヘルス～最良の支援の第一歩～. 平成 25 年度九州医療センターフォーラム. 2013 年、福岡.
 10. 辻麻理子. わたしにもできる人権講座～HIV 陽性者と人権～. 平成 25 年度鞍手町人

権教育学級. 2013 年、福岡.

- 1 1. 辻麻理子、阪木淳子、曾我真千恵. 平成 25 年度 HIV 検査相談研修会講師. 2013 年、福岡.
- 1 2. 辻麻理子. 発達障害のある生徒の理解と支援. 福岡県立筑前高等学校職員研修会. 2013 年、福岡.
- 1 3. 辻麻理子. エイズの現状と正しいエイズの知識とその予防. 平成 25 年北九州市立高等学校講習会. 2013 年、福岡.
- 1 4. 辻麻理子. HIV 感染者と人権～現状と課題・取り組みの視点～. 平成 25 年度福岡県人権相談従事職員研修. 2013 年、福岡.
- 1 5. 辻麻理子. アセスメントとフォローアップーHIV 感染者と認知機能障害を通して臨床心理士ができる事、チーム医療での取り組みを考える. 平成 25 年北海道 HIV/AIDS 医療者研修会専門職研修（心理職）. 2013 年、福岡.
- 1 6. 辻麻理子. ルーキーナースのストレス要因と精神的サポートの方法. 第 4 回ジェネラル I プリセプター研修. 2013 年、福岡.
- 1 7. 辻麻理子. 東北ブロック HIV/AIDS 心理・福祉連絡会議. コメンテーター. 2013 年、宮城.
- 1 8. 辻麻理子. HIV 領域でのカウンセラーの役割. 九州医療センター HIV/AIDS 職員研修. 2013 年、福岡.
- 1 9. 辻麻理子. 研修会のまとめー最新トピックスを中心にー. 九州医療センター HIV/AIDS 職員研修. 2013 年、福岡.
- 2 0. 辻麻理子. 認知機能障害とカウンセリング. 平成 25 年度中核拠点病院連絡調整員養成事業九州医療センター実地研修. 2013 年、福岡.

(著述)

辻麻理子（矢永由里子・小池眞規子編）「がんとエイズの心理臨床ー医療にいかすところのケアー」創元社 p 72-78、p 115-121、p 137-140 2013 年 5 月 1 日

その他（学会・セミナー講習会講師、メディアでの報道、テレビ・ラジオ出演など）

- 1) 辻麻理子. HIV 感染者と人権. RKB テレビ元氣バイ福岡、2013 年、福岡.
- 2) 辻麻理子. HIV 陽性患者に合併する認知機能障害に関連する因子の解析. MIND EXCHANGE Forum2013、2013 年、東京.
- 3) 辻麻理子. チーム医療において神経心理学的検査を活用しながら治療方針・ケアを実践した事例. 神経心理学的障害の基礎と事例検討研修会、2013 年、神奈川.
- 4) 辻麻理子・阪木淳子. 九州ブロック HIV 検査相談事業の体制整備に関する会議並びに研修会、2013 年、福岡.

(研究成果物)

- 1) 辻麻理子. カウンセリングのご案内～より自分らしく生活ができるヒントが見つかる時間～. 2013 年 平成 25 年度厚生労働科学研究費補助金エイズ対策研究事業「HIV 医療体制の整備に関する研究」班

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他 なし

表 1 妊娠中開始 14 例の ARV

cART パタン	人数
AZT/3TC/LPV/r または COM/LPV/r	11
ABC/3TC/LPV/r/RAL	1
AZT/3TC/DRV/r	1
AZT/3TC/LPV/r/RAL	1
合計	14
キードラッグ	人数
LPV	10
RAL/LPV	2
ATV	1
DRV	1
合計	14
バックボーン	人数
AZT/3TC(COM)	12
ABC/3TC	1
TDF/3TC	1
合計	14

表 2 分娩前妊婦の免疫学的指標

CD4 カウント(/ μ L)	人数
<200	2
200-349	5
350-500	9
500<	9
不明	5
合計	30

表 3 分娩前妊婦のウイルス学的指標

ウイルス量(コピー/mL)	人数
20-499	24
500-1000	3
1000<	2
不明	1
合計	30

表 4 分娩様式と在胎週数

選択的帝王切開(週数)	人数
32	1 [¶]
33	0
34	2
35	0
36	5
37	19
38	1
合計	28
緊急帝王切開(週数)	人数
34	1
36	1
合計	2

[¶]症例 15 特記事項参照

母体要因としての産科救急要素は

外国人、妊婦感染診断が 18 週・妊婦 ARV が COM/LPV/r・分娩間近の cd4 が 750、VL が 300、肝機能障害、妊娠高血圧症を示し、予定された帝王切開で 32 週、992g で出生しアプガーは 8 点 9 点

児の新生児科救急要素は

早産、超低出生体重、子宮内胎児発育遅延、無顆粒球症の診断で AZT 投与を早期中止された
貧血 9.3 についてエリスロペチン投与・輸血・鉄剤投与がされた

表 5 出生時体重の分布

出生時体重(g)	人数
<1000	1 [¶]
1000-1499	0
1500-1999	1
2000-2500	9
2500<	19 [※]
合計	30

※緊急帝王切開 2 例を含む

[¶]表 4 参照

表 6 アプガースコアの分布

アプガースコア(5 分)	人数
7	3
8	3 [※]
9	21 ^{※¶}
10	3
合計	30

※緊急帝王切開 1 例ずつを含む

[¶]表 4 参照

表 7 新生児への cART

cART パタン	人数
AZTsy	24
AZTiv+AZTsy	5
AZT+3TC+NfV	1
合計	30

表 8 非感染児の貧血

対策	人数
鉄剤	11
経過観察	7
AZT 中止	1
AZT 中止・輸血・エリスロポエチン・鉄剤	1
不明	2
合計	22

表 9 年次別出生数と児の感染状況

年	感染	非感染	未確定・不明	出生数
1984年	1	0	0	1
1987年	1	2	0	3
1988年	0	1	0	1
1989年	0	3	1	4
1990年	0	1	0	1
1991年	4	0	1	5
1992年	3	2	1	6
1993年	6	6	1	13
1994年	3	10	0	13
1995年	8	11	1	20
1996年	3	11	1	15
1997年	5	13	1	19
1998年	3	17	4	24
1999年	1	21	1	23
2000年	4	15	5	24
2001年	0	25	1	26
2002年	1	20	7	28
2003年	0	15	5	20
2004年	0	13	9	22
2005年	1	14	5	20
2006年	1	18	6	25
2007年	0	12	6	18
2008年	0	9	11	20
2009年	1	4	7	12
2010年	2	14	1	17
2011年	0	12	7	19
2012年	0	17	4	21
2013年	0	6	9	15
不明*	0	1	0	1
合計	48	293	95	436

* 詳細な回答が得られなかった例

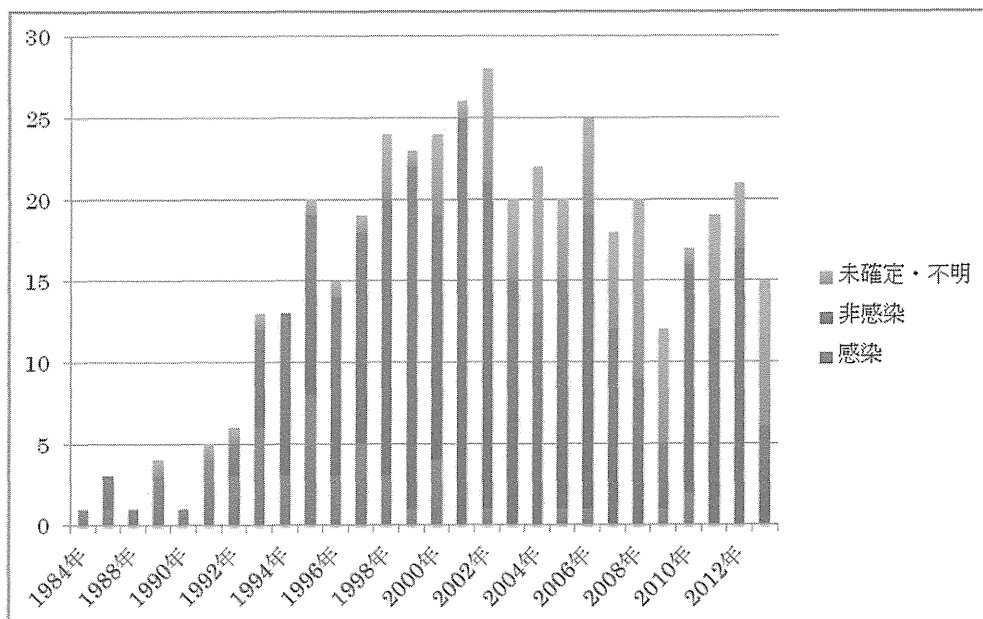


表 10 地域別出生数と児の感染状況

ブロック	都道府県	感染	非感染	未確定・不明	出生数
北海道	北海道	1	4	0	5
東北	青森	0	1	0	1
	岩手	0	2	0	2
	宮城	0	4	1	5
	秋田	0	0	1	1
	山形	0	2	0	2
	福島	0	2	2	4
関東・甲信越	茨城	3	11	1	15
	栃木	1	11	8	20
	群馬	0	3	0	3
	埼玉	1	9	3	13
	千葉	8	25	8	41
	東京	7	75	16	98
	神奈川	1	19	6	26
	新潟	0	3	4	7
	山梨	0	3	0	3
	長野	1	9	2	12
北陸	富山	1	0	0	1
	石川	0	1	0	1
	福井	0	2	0	2
東海	岐阜	0	1	2	3
	静岡	0	13	7	20
	愛知	0	27	10	37
	三重	1	6	2	9
近畿	滋賀	2	1	0	3
	京都	0	3	0	3
	大阪	2	27	10	39
	兵庫	0	3	0	3
	奈良	0	1	1	2
	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	1	2	3
	広島	1	1	0	2
	山口	0	0	0	0
	徳島	0	0	0	0
	香川	0	1	0	1
	愛媛	0	1	0	1
	高知	0	2	1	3
九州	福岡	0	6	1	7
	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	1	0	1
	鹿児島	2	2	2	6
	沖縄	2	1	0	3
不明	不明	3	2	5	10
外国	外国	11	7	0	18
合計		48	293	95	436

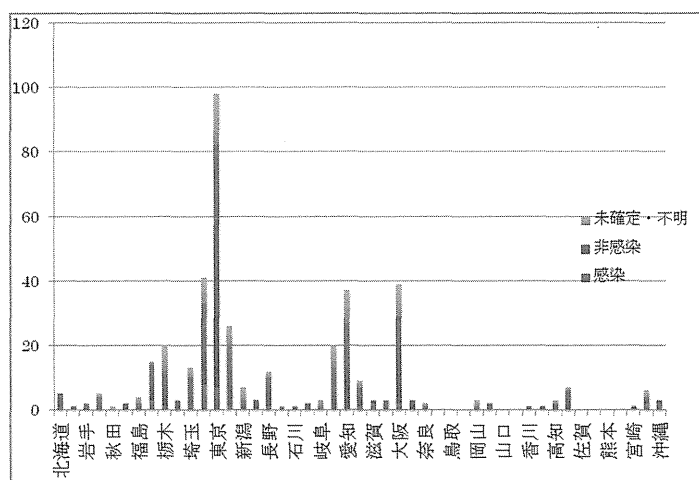


表 11 母の国籍と児の感染状況

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	13	7	133	49	195
	韓国	0	0	1	0	1
	中国	3	27	6	2	11
東南アジア	タイ	14	15	68	16	96
	フィリピン	0	0	13	3	16
	ミャンマー	2	33	2	2	6
	インドネシア	1	9	5	5	11
	カンボジア	0	0	2	1	3
	ベトナム	0	0	1	2	3
	ラオス	0	0	1	0	1
アフリカ	ケニア	8	50	8	0	16
	タンザニア	2	25	5	1	8
	エチオピア	0	0	6	1	7
	カメルーン	0	0	1	1	2
	ウガンダ	0	0	1	2	3
	ガーナ	0	0	0	1	1
	ザンビア	0	0	2	0	2
	ブルンディ	0	0	1	0	1
	モザンビーク	0	0	1	0	1
南米	ブラジル	3	11	21	3	27
	ボリビア	0	0	3	1	4
	ペルー	0	0	2	1	3
欧州	ロシア	0	0	1	0	1
不明		1	9	8	2	11
外国		1	25	1	2	4
合計		48	11	293	95	436

表 12 父の国籍と父の感染状況

地域	父親の国籍	人数	父親の HIV 感染			
			不明	陰性	陽性	陽性率
東アジア	日本	276	75	144	57	21
	韓国	1	1	0	0	0
	中国	1	1	0	0	0
東南アジア	タイ	15	6	3	6	40
	インドネシア	8	4	2	2	25
	ミャンマー	1	0	1	0	0
	フィリピン	2	1	0	1	50
	マレーシア	2	0	0	2	100
	バングラデシュ	1	0	1	0	0
	ベトナム	3	2	1	0	0
	カンボジア	1	0	0	1	100
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	7	1	1	5	71
	ガーナ	3	0	1	2	67
	コンゴ 民主共	2	1	0	1	50
	タンザニア	2	0	0	2	100
	ウガンダ	5	3	0	2	40
	エジプト	2	1	0	1	50
	ジンバブエ	1	0	0	1	100
	モザンビーク	1	0	1	0	0
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
	カナダ	1	0	1	0	0
	メキシコ	1	1	0	0	0
	ドミニカ	1	0	0	1	100
南米	ブラジル	30	8	11	11	37
	ペルー	5	4	0	1	20
	ボリビア	3	2	0	1	33
父の国籍不明		39	26	2	11	28
外国		4	2	1	1	25
合計		436	139	177	120	28

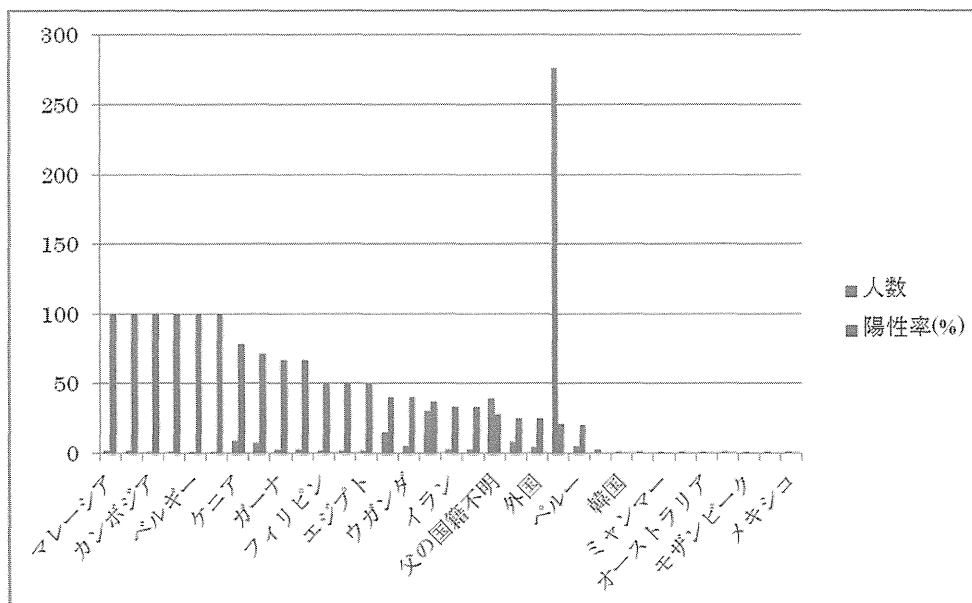


表 13-1 年次別、分娩様式別および投薬別の出生数と感染数

年	出生数		予定帝王切開分娩					緊急帝王切開分娩					合計					
			母児への予防投薬					合計	母児への予防投薬									
			共になし	母のみ	児のみ	共にあり	不明		共になし	母のみ	児のみ	共にあり		不明				
1984	1	(1)	0	(0)	0	(0)	0	(0)	0	(0)	0	(0)	0	(0)	0	(0)	0	(0)
1987	3	(1)	1	(0)	0	(0)	0	(0)	1	(0)	2	(0)	0	(0)	0	(0)	0	(0)
1988	1	(0)	1	(0)	0	(0)	0	(0)	0	(0)	1	(0)	0	(0)	0	(0)	0	(0)
1989	4	(0)	1	(0)	0	(0)	0	(0)	0	(0)	1	(0)	0	(0)	0	(0)	0	(0)
1990	1	(0)	1	(0)	0	(0)	0	(0)	0	(0)	1	(0)	0	(0)	0	(0)	0	(0)
1991	5	(4)	1	(1)	0	(0)	0	(0)	0	(0)	1	(1)	0	(0)	0	(0)	0	(0)
1992	6	(3)	2	(0)	0	(0)	0	(0)	0	(0)	2	(0)	0	(0)	0	(0)	0	(0)
1993	13	(6)	2	(0)	0	(0)	0	(0)	2	(1)	4	(1)	0	(0)	0	(0)	2	(0)
1994	13	(3)	3	(0)	2	(0)	0	(0)	0	(0)	5	(0)	2	(0)	0	(0)	0	(0)
1995	20	(8)	4	(1)	2	(1)	0	(0)	0	(0)	4	(0)	1	(0)	0	(0)	0	(0)
1996	15	(3)	3	(0)	3	(0)	1	(0)	1	(0)	1	(0)	9	(0)	2	(1)	0	(0)
1997	19	(5)	3	(0)	3	(0)	2	(0)	6	(1)	1	(1)	15	(2)	1	(1)	0	(0)
1998	24	(3)	0	(0)	2	(0)	1	(0)	13	(0)	3	(0)	19	(0)	1	(1)	0	(0)
1999	23	(1)	0	(0)	0	(0)	1	(0)	19	(0)	1	(0)	21	(0)	1	(0)	0	(0)
2000	24	(4)	0	(0)	0	(0)	1	(0)	15	(0)	2	(0)	18	(0)	1	(1)	0	(0)
2001	26	(0)	0	(0)	0	(0)	1	(0)	21	(0)	1	(0)	23	(0)	1	(0)	0	(0)
2002	28	(1)	0	(0)	0	(0)	1	(0)	22	(0)	0	(0)	23	(0)	0	(0)	2	(0)
2003	20	(0)	0	(0)	0	(0)	0	(0)	16	(0)	0	(0)	16	(0)	0	(0)	0	(0)
2004	22	(0)	0	(0)	0	(0)	1	(0)	19	(0)	0	(0)	20	(0)	0	(0)	0	(0)
2005	20	(1)	0	(0)	1	(0)	1	(1)	15	(0)	0	(0)	17	(1)	0	(0)	0	(0)
2006	25	(1)	0	(0)	0	(0)	0	(0)	23	(0)	0	(0)	23	(0)	0	(0)	1	(0)
2007	18	(0)	0	(0)	0	(0)	0	(0)	14	(0)	0	(0)	14	(0)	1	(0)	3	(0)
2008	20	(0)	0	(0)	0	(0)	1	(0)	15	(0)	0	(0)	16	(0)	0	(0)	3	(0)
2009	12	(1)	0	(0)	0	(0)	1	(0)	7	(0)	0	(0)	8	(0)	1	(1)	0	(0)
2010	17	(2)	0	(0)	0	(0)	0	(0)	14	(1)	0	(0)	14	(1)	0	(0)	2	(0)
2011	18	(0)	0	(0)	0	(0)	0	(0)	14	(0)	0	(0)	14	(0)	0	(0)	1	(0)
2012	22	(0)	0	(0)	0	(0)	0	(0)	18	(0)	0	(0)	18	(0)	0	(0)	3	(0)
2013	15	(0)	0	(0)	0	(0)	0	(0)	14	(0)	0	(0)	14	(0)	0	(0)	1	(0)
不明*	1	(0)	0	(0)	0	(0)	0	(0)	1	(0)	1	(0)	1	(0)	0	(0)	0	(0)
合計	436	(48)	22	(2)	13	(1)	12	(1)	266	(2)	17	(2)	330	(8)	11	(5)	1	(0)

年	出生数		経膈分娩					分娩様式不明										
			母児への予防投薬					合計	母児への予防投薬									
			共になし	母のみ	児のみ	共にあり	不明		共になし	共にあり								
1984	1	(1)	0	(0)	0	(0)	0	(0)	0	(0)	1	(1)	0	(0)	1	(1)		
1987	3	(1)	1	(1)	0	(0)	0	(0)	0	(0)	1	(1)	0	(0)	0	(0)		
1988	1	(0)	0	(0)	0	(0)	0	(0)	0	(0)	0	(0)	0	(0)	0	(0)		
1989	4	(0)	3	(0)	0	(0)	0	(0)	0	(0)	3	(0)	0	(0)	0	(0)		
1990	1	(0)	0	(0)	0	(0)	0	(0)	0	(0)	0	(0)	0	(0)	0	(0)		
1991	5	(4)	3	(2)	0	(0)	0	(0)	0	(0)	1	(1)	4	(3)	0	(0)		
1992	6	(3)	3	(2)	0	(0)	0	(0)	0	(0)	3	(2)	1	(1)	0	(0)		
1993	13	(6)	3	(2)	0	(0)	0	(0)	0	(0)	3	(2)	6	(4)	1	(1)		
1994	13	(3)	5	(2)	0	(0)	0	(0)	0	(0)	1	(1)	6	(3)	0	(0)		
1995	20	(8)	6	(5)	0	(0)	0	(0)	0	(0)	1	(0)	7	(5)	1	(1)		
1996	15	(3)	3	(2)	0	(0)	0	(0)	0	(0)	1	(0)	4	(2)	0	(0)		
1997	19	(5)	3	(2)	0	(0)	0	(0)	0	(0)	0	(0)	3	(2)	0	(0)		
1998	24	(3)	1	(1)	1	(0)	0	(0)	0	(0)	2	(1)	4	(2)	0	(0)		
1999	23	(1)	1	(1)	0	(0)	0	(0)	0	(0)	1	(1)	0	(0)	0	(0)		
2000	24	(4)	3	(2)	0	(0)	0	(0)	0	(0)	0	(0)	3	(2)	1	(1)		
2001	26	(0)	0	(0)	0	(0)	0	(0)	1	(0)	0	(0)	1	(0)	1	(0)		
2002	28	(1)	0	(0)	0	(0)	1	(0)	1	(1)	3	(1)	0	(0)	0	(0)		
2003	20	(0)	1	(0)	0	(0)	1	(0)	0	(0)	2	(0)	0	(0)	0	(0)		
2004	22	(0)	1	(0)	0	(0)	0	(0)	1	(0)	0	(0)	2	(0)	0	(0)		
2005	20	(1)	1	(0)	0	(0)	0	(0)	0	(0)	1	(0)	0	(0)	0	(0)		
2006	25	(1)	0	(0)	0	(0)	1	(1)	0	(0)	0	(0)	1	(1)	0	(0)		
2007	18	(0)	0	(0)	0	(0)	0	(0)	0	(0)	0	(0)	0	(0)	0	(0)		
2008	20	(0)	0	(0)	0	(0)	1	(0)	0	(0)	0	(0)	1	(0)	0	(0)		
2009	12	(1)	0	(0)	0	(0)	0	(0)	0	(0)	0	(0)	0	(0)	0	(0)		
2010	17	(2)	1	(1)	0	(0)	0	(0)	0	(0)	1	(1)	0	(0)	0	(0)		
2011	18	(0)	0	(0)	0	(0)	0	(0)	0	(0)	0	(0)	0	(0)	0	(0)		
2012	22	(0)	0	(0)	0	(0)	0	(0)	0	(0)	0	(0)	0	(0)	1	(0)		
2013	15	(0)	0	(0)	0	(0)	0	(0)	0	(0)	0	(0)	0	(0)	0	(0)		
不明*	1	(0)	0	(0)	0	(0)	0	(0)	0	(0)	0	(0)	0	(0)	0	(0)		
合計	436	(48)	39	(23)	1	(0)	4	(1)	3	(0)	10	(6)	57	(30)	5	(5)	3	(0)

()内は児の感染数再掲

* : 詳細な回答が得られなかった例

表 13-2 分娩様式別の母子感染率

	感染	非感染/未確定・不明	合計	感染率(%)
不明	5	3	8	62.5%
経膈	30	27	57	52.6%
緊急 C/S	5	36	41	12.2%
予定 C/S	8	322	330	2.4%
合計	48	388	436	11.0%

表 13-3 予定 C/S 群における投薬別の母子感染率

	感染	非感染/未確定・不明	合計	感染率(%)
不明	2	15	17	11.8%
共になし	2	20	22	9.1%
母のみあり	1	12	13	7.7%
児のみあり	1	11	12	8.3%
共にあり	2	264	266	0.8%
予定 C/S	8	322	330	2.4%

表 14-1 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		48	293	
在胎週数	週数記載例	34	284	<0.0001
	Range(w)	29- 41	25- 43	
	平均±1SD(w)	37.9±2.5	36.1±1.8	
出生体重	体重記載例	37	288	<0.0001
	Range(g)	1,568- 4,000	514- 4,350	
	平均±1SD(g)	3,084±561	2,554±445	
Apgar score (5 分値)	Apgar 記載例	14	269	NS
	Range	9-10	0-10	
	平均±1SD	9.4±0.5	8.9±1.0	

表 14-2 母体への抗レトロウイルス剤投与の有無からみた周産期因子の比較

		薬剤投与群	薬剤非投与群	P
症例数		305	104	
在胎週数	週数記載例	304	83	<0.0001
	Range(w)	25- 40	29- 43	
	平均±1SD(w)	36.0±1.6	37.0±2.3	
出生体重	体重記載例	304	91	<0.0001
	Range(g)	514-4,000	1,434-3,960	
	平均±1SD(g)	2,538±414	2,789±537	
Apgar score (5 分値)	Apgar 記載例	293	58	NS
	Range	0-10	7-10	
	平均±1SD	8.9±1.0	9.2±0.7	

平成 25 年度厚生労働科学研究費補助金（エイズ対策研究事業）
「母子感染の疫学調査と予防対策および女性・小児感染者支援に関する研究」班
分担研究報告書

研究分担課題名： HIV 感染女性から出生した子どもの実態調査と子どもの健康と発達支援

研究分担者：

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総合診療科・小児救急科 部長

研究課題名： ヒト免疫不全ウイルス陽性妊婦から出生した児の長期予後に関する全国調査

研究協力者：

田中 瑞恵 国立国際医療研究センター 小児科

細川 真一 国立国際医療研究センター 小児科

研究要旨

現在まで我が研究班では平成 20 年の非感染児追跡調査や、平成 17 年の感染児追跡調査が行われてきた。非感染児追跡調査では 2 年間の追跡であり、現在まで長期にわたる追跡調査は施行されていなかった。また、感染児についても平成 17 年の追跡調査から 7 年が経過しており、現況についての詳細な調査が途絶えている状態であった。

HIV 感染妊婦から出生した児の長期予後に関する報告は世界的にも少なく、感染児、非感染児に関わらず母体 HIV 感染や抗 HIV 薬による児の長期予後に対する影響は不確定である。

今回、回収率の増加を期待し、従来の連結可能型から匿名・連結不能の横断的アンケートに調査方法を変更し、非感染児、感染児の現況と発育・発達状況等について検証する。

A. 研究目的

HIV 陽性妊婦からの HIV 母子感染率は約 30% といわれている。1994 年に妊婦への抗 HIV 療法、選択的帝王切開、児へのジドブジン（AZT）予防投与からなる母子感染予防プロトコルが確立され、わが国でも母子感染予防法の普及によって、わが国の HIV 母子感染率は 0.5% と極めて低いレベルに改善した。しかし一方で、HIV 陽性妊婦から出生した新生児（感染／非感染問わず）の長期フォローアップ及び発育発達の長期予後についての報告は少ない。例えば、米国での AZT による母子感染予防を行った児の 6 歳までのフォローアップでは、免疫学的、神経学

的、成長、悪性腫瘍の有無に関して特に有意差は認められなかったと報告しているが、6 週間の予防内服終了後の発育、発達に関するフォローアップについては定まったプロトコルが存在せず、わが国では薬剤の副作用を含めた長期予後の検討はなされていない。AZT に限らず、児もしくは HIV 陽性妊婦に現在投与される抗 HIV ウィルス剤はミトコンドリアで作用するものが多く、ミトコンドリア機能異常によるものと考えられる神経疾患や心疾患の発症報告が散見されるが、その病態や発症頻度や重症度を明らかにするためには、長期フォローアップが必要である。さらに、HIV 感染児については長

期にわたる抗ウイルス剤の内服により生命予後は劇的に改善されたが、発育発達を含めた長期フォローアップは不可欠である。本調査では、現在報告されている HIV 陽性妊婦から出生した児の出来る限り全数から現況を調査し、長期予後および発育・発達における問題点を検証する。

B. 研究方法

(1) 研究対象者

我が班で把握していて、調査可能な HIV 陽性妊婦から出生した児（感染、非感染は問わない）

(2) 調査数の設定

平成 23 年度厚生労働科学研究費補助金エイズ対策研究事業の報告によると、日本では 2010 年末までに HIV 感染女性から出生した児は 486 例、うち 51 例の感染例が報告されている。この 486 例のうち追跡しうる症例全例を目標症例数とする。

平成 23 年度厚生労働科学研究費補助金エイズ対策研究事業の報告では、小児科 2 次調査の回答率は 75%とされており、本調査でも同等の回答率が得られると仮定し、340 例の回答を目標とする。

(3) 研究手順

1) 後ろ向き観察研究(横断的研究)：「ヒト免疫不全ウイルス陽性妊婦から出生した児の長期予後に関する全国調査」

2) 厚生労働科学研究費補助金エイズ対策研究事業「HIV 感染妊婦とその出生児の調査・解析および診療・支援体制の整備に関する総合的研究」で構築されたデータベースを元に対象患者を診療する小児科にアンケートを郵送し、生存の有無、発育発達に関する調査を行う。

3) 症例登録方法

①厚生労働科学研究費補助金エイズ対策研究事業「HIV 感染妊婦とその出生児の調査・解析および診療・支援体制の整備に関する総合的研究」で全国の小児科を標榜する病院にアンケート調査(小児科一次調査)を行い、子どもの発行動向を把握する。

②現在までの一次調査で把握された症例を診療した小児科および診療人数について厚生労働科学研究費補助金エイズ対策研究事業「HIV 感染妊婦とその出生児の調査・解析および診療・支援体制の整備に関する総合的研究」のデータベースより、該当する小児科・新生児科にアンケートを送付し、原則として主治医が回答する。

(倫理面への配慮)

本研究は「疫学研究に関する倫理指針：平成 20 年 12 月 1 日一部改正」及びヘルシンキ宣言(2008 年改訂)を遵守して実施する。また、本研究は国立国際医療研究センターの倫理委員会で承認が得られている。

C. 研究結果

①全国の小児科を標榜する病院 130 施設にアンケート調査(小児科一次調査)用紙を郵送し、1 月 28 日現在で 85 施設からの回答を得た(回収率：65.38%)。

②現在までの一次調査で把握された症例を診療した小児科 39 施設を 2 次調査対象施設と選定し、さらにアンケート調査(二次調査)用紙を郵送した。

1 月 28 日現在 39 施設中 7 施設の回答を得た(回収率 17.9%)

③7 施設からの報告では、感染例 0 例、非感染例 17 例であった。

D. 考察

現時点では、2 次調査用紙の回収率が 20%満たない状況であり、各施設の症例の特徴、フォローアップ状況、などを評価するには症例数が少ない。今後、症例の蓄積を重ね、長期予後および発育・発達における問題点を検証する予定である。

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他 なし

ヒト免疫不全ウイルス陽性妊婦から出生した児の長期予後に関する

全国調査

非感染児についてのアンケート

第 1.0.1 版 平成 25 年 9 月 30 日作成

*注 1：不明のところは？と記載して下さい。

1. 施設名 () 施設内番号 ()
2. 担当医師名
3. 性別 男 女
4. 生年月(年 月)*西暦で記載 現在の年齢 (歳)
5. 出生に関する情報
 - (1)両親の国籍：母()、父()
 - (2)母体の状況：
 - ①感染予防対策実施の有無(有、*不十分、無)
*不十分な理由：
 - ②内服薬：(/ /) (妊娠 週から)
*妊娠経過中に変更があった場合：(/ /) (妊娠 週から)
*変更理由：
 - ③妊娠中の CD4 推移：200 以下 200 以上～500 未満 500 以上 不明
 - ④分娩時ウイルス量(コピー)：
 - ⑤分娩時 CD4 数(μ l)：
 - ⑥母体合併症
 - (3)児の状況：
 - ①出生週数(週 日) 体重() g LFD SFD HFD AFD
 - ②アプガースコア：(1分値： 5分値：)
 - ③抗 HIV 薬の投与(有、無)
 - ④投与薬剤 (/ /) 投与期間(日齢 日～日齢 日)
*予防投与中に変更があった場合：(/ /)
投与期間：(日齢 日～日齢 日)
*変更理由：

⑤出生後合併症：()

6. 現在の状態 生 死 不明

(1) 非感染の確定時期：

(2) 死亡：死亡時年齢 () 歳、死因：()

(3) 不明：最終観察年齢 () 歳

不明の原因：フォロー中止 中断 その他 ()

7. 合併症(罹病・奇形)：有 無

(1) 疾患名：①

②

(2) 診断年齢：() 歳

8. 発育について

(1) 最終観察年齢： 歳

身長(cm)(SD)、体重(kg)(SD)、頭囲(cm)(SD)

*ただし、32週以前に出生した児については3歳までは修正月齢で記載する。

9. 発達について：現在の遅れの有無、問題点(問題となったときの年齢)

(1) 粗大運動：

(2) 言語：

(3) 社会：

(4) 直近の知能検査：施行 有 無

① 施行検査名：

② 施行年齢：(歳 か月)

③ 結果：

④ 特記事項

--

(5) 直近のMRI検査：施行(有、無)

①施行時期：(歳 月)

②所見：異常(有、無)

10. 社会生活

(1)現在の状況

何の症状もなく普通の日常生活

医療を必要とするが普通の日常生活

医療は必要としないが障害がある

医療を必要とし、障害もある

(2)①学生(幼稚園、保育園、小学校、中学校、高校生、浪人中、大学生、専門学校)

②社会人：正規 非正規 職なし

③その他

(3)結婚：未 既 不明

子ども：あり () 人 なし 不明

11. その他特記事項

他に問題点があれば、下記にご記入下さい。

長期予後に関する全国調査

感染児についてのアンケート

第 1.0.1 版 平成 25 年 9 月 30 日作成

*注 1：不明のところは？と記載して下さい。

10. 施設名 () 施設内番号 ()

11. 担当医師名

12. 性別 男 女

13. 生年月 (年 月) *西暦で記入 現在 (歳)

14. 出生に関する情報

(1)両親の国籍：母()、父()

(2)母体の状況：

①感染予防対策実施の有無(有、*不十分、無)

*不十分な理由：

②内服薬：(/ /)(妊娠 週から)

*妊娠経過中に変更があった場合：(/ /)(妊娠 週から)

*変更理由：

③妊娠中の CD4 推移：200 以下 200 以上～500 未満 500 以上 不明

④分娩時ウィルス量(コピー)：

⑤分娩時 CD4 数(μ l)：

⑥母体合併症

(3)児の状況：

①出生週数(週 日)体重()g LFD SFD HFD AFD

②アプガースコア：(1分値： 5分値：)

③抗 HIV 薬の投与(有、無)

④投与薬剤(/ /)投与期間(日齢 日～日齢 日)

*予防投与中に変更があった場合：(/ /)

投与期間：(日齢 日～日齢 日)

*変更理由：

⑤出生後合併症：()

6. 初診時(診断時)の状態

(1) 初診時CD4 : (%)、(μl)

(2) HIV-RNA量 : () コピー

(3) ステージ(*注2) N A B C (疾患名 :)

7. 現在の状態 生 死 不明

(1) 死亡 : 死亡時年齢 () 歳、死因 : ()

(2) 不明 : 最終観察年齢 () 歳

不明の原因 : フォロー中止 中断 その他 ()

(3) 生 (年 月現在) :

① 直近の CD4 細胞数 (%)、(μl)

② HIV-RNA 量 (コピー)

③ ステージ(*注2) N A B C (疾患名 :)

8. 治療

(1) 治療開始 : (有 (歳)、無)

① 開始時状態 : CD4 細胞数 (%)、(μl) HIV-RNA 量 (コピー)

ステージ N A B C (疾患名 :)

② 副作用による薬物変更 : 有 無 、

変更薬剤 : ()

理由 : ()

③ 現在の治療薬 : (/ /)

④ アドヒアランス(*注3) : 良好 不良

⑤ その他の問題点 :

9. 合併症(罹病・奇形) : 有 無

(1) 疾患名 : ①

②

(2) 診断年齢 : () 歳

10. 発育について

(1) 最終観察年齢 : 歳(修正 :)

身長(cm)(SD)、体重(kg)(SD)、頭囲(cm)(SD)

*ただし、32週以前に出生した児については3歳までは修正月齢で記載する。

11. 発達について : 現在の遅れの有無、問題点 (問題となったときの年齢)

(1) 粗大運動 :

(2) 言語 :