

Low rates of mother-to-child transmission of HIV following effective pregnancy interventions in the United Kingdom and Ireland, 2000–2006

AIDS 2008, 22:973–981

Transmission rates following combinations recommended in British guidelines were 0.7% (17/2286) for highly active antiretroviral therapy with planned Caesarean section, 0.7% (4/559) for highly active antiretroviral therapy with planned vaginal delivery, and 0% (0/464) for zidovudine monotherapy with planned Caesarean section (P.0.150).

英国とアイルランドの2000年～2006年の成績

母子感染率は、

HAART＋選択的帝王切	2286例中0.7%
HAART＋計画経膣分娩	559例中0.7%
ZDV単剤＋計画経膣分娩	464例中0%

有意差なし

Clin Infect Dis 2005:

- ・ヨーロッパにおける大規模な前方視的コホート研究。1997年から2004年までの間に1933例がエントリー。
- ・母子感染のリスクファクターは、妊婦の高ウイルス量($p=0.003$)と選択的帝王切開($p=0.04$)であった。
- ・HAARTによってウイルス量が測定感度以下となった560例においても、選択的帝王切開は経膈分娩や緊急帝王切開と比べて母子感染リスクを93%低下させた。
- ・HAARTを行っているHIV感染妊婦を含む全HIV感染妊婦に対して、選択的帝王切開を推奨する。

AIDS 2008:

- ・英国とアイルランドで2000年から2006年の間にHIV感染妊婦から出生した5151児の母子感染率は1.2%であった。
- ・母子感染率は、HAART+選択的帝王切開で0.7%、HAART+経膈分娩も0.7%で差はなかった。

AIDS 2008:

- ・フランスで1997年から2004年に抗HIV療法を行ったHIV感染妊婦5271例の母子感染率は1.3%であった。
- ・選択的帝王切開は母子感染率を低下させる傾向。満期産でウイルス量が400コピー未満であった場合は差がなかった。

HIV Med 2010:

- ・Clin Infect Dis 2005の続編。ウイルス量が400コピー/ml未満となった960例において、選択的帝王切開は母子感染リスクを80%低下させたが、50コピー未満でも同様かどうかは未確定である。

Clin Perinatol 2010:

- ・米国の報告。HIVウイルス量が1000コピー以上の場合や、陣痛発来後や破水後はその後の時間により、選択的帝王切開術は有効であるが、1000コピー未満やHAART中であれば、経膈分娩と比べて母子感染率に差があるとは言えないと報告。

Infect Dis Obstet Gynecol 2012:

- ・カナダの報告。1000コピー未満なら破水や分娩様式で母子感染率に差がないという報告。

欧米のガイドラインでは、

ARTが行われHIV-RNA量が良好にコントロールされている場合の母子感染率は1%程度で帝王切開と経膈分娩(経膈)で差は認められないため、帝王切開は推奨されておらず経膈が「可能」とされている



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

Downloaded from <http://aidsinfo.nih.gov/guidelines> on 12/1/2014

Visit the AIDSinfo website to access the most up-to-date guideline.

Register for e-mail notification of guideline updates at <http://aidsinfo.nih.gov/e-news>.

Downloaded from <http://aidsinfo.nih.gov/guidelines> on 12/1/2014

Panel's Recommendations

- Scheduled cesarean delivery at 38 weeks' gestation to minimize perinatal transmission of HIV is recommended for women with HIV RNA levels >1000 copies/mL or unknown HIV levels near the time of delivery, irrespective of administration of antepartum antiretroviral drugs (AII).
Data are insufficient to evaluate the potential benefit of cesarean delivery used solely for prevention of perinatal transmission in women receiving combination antiretroviral therapy with HIV RNA levels ≤1000 copies/mL, and given the low rate of transmission in these patients, it is unclear whether scheduled cesarean delivery would confer additional benefit in reducing transmission (BIII).
ウイルス量が1000コピー超なら選択的帝切、HAARTを行い1000コピー以下なら選択的帝切の有効性はデータ不足。
- It is not clear whether cesarean delivery after rupture of membranes or onset of labor provides benefit in preventing perinatal transmission. Management of women originally scheduled for cesarean delivery who present with ruptured membranes or in labor must be individualized at the time of presentation based on duration of rupture and/or labor, plasma HIV RNA level, and current antiretroviral regimen (BII).
破水や陣痛発来後の帝切の有効性は不明。破水・陣痛発来後の時間、ウイルス量、ARTの種類を考慮すべき。
- Women should be informed of the risks associated with cesarean delivery. If the indication for cesarean delivery is prevention of perinatal transmission of HIV, the risks to a woman should be balanced with potential benefits expected for the neonate (AII).
帝切によるリスクを説明すべき。

Rating of Recommendations: A = Strong; B = Moderate; C = Optional

Rating of Evidence: I = One or more randomized trials with clinical outcomes and/or validated laboratory endpoints; II = One or more well-designed, nonrandomized trials or observational cohort studies with long-term clinical outcomes; III = Expert opinion

Basis for Current Recommendations

HIV RNA Level of >1000 copies/mL as a Threshold for Recommendation of Scheduled Cesarean Delivery 1000コピーを基準とする理由

Among infants born to 834 women with HIV RNA ≤ 1000 copies/mL receiving ARV medications, 8 (1%) were HIV-infected. In a more recent report from a comprehensive national surveillance system in the United Kingdom and Ireland, 3 (0.1%) of 2,309 and 12 (1.2%) of 1,023 infants born to women with HIV RNA levels <50 copies/mL and 50 to 999 copies/mL, respectively, were HIV infected (AIDS 2008).

ウイルス量が50コピー未満と50～999コピーでは母子感染率に差がありそう???

The recent studies demonstrate that transmission can occur even at very low HIV RNA levels. ウイルス量が低い場合でも母子感染は発生しうる。

However, given the low rate of transmission in this group, it is unclear whether scheduled cesarean delivery confers any additional benefit in reducing transmission. Although decisions about mode of delivery for women receiving combination ARV therapy (cART) with HIV RNA levels ≤ 1000 copies/mL should be individualized based on discussion between the obstetrician and the mother, women should be informed that there is no evidence of benefit for scheduled cesarean delivery performed solely for prevention of perinatal transmission in women receiving cART with HIV RNA ≤ 1000 copies/mL and that it is not routinely recommended in this group.

ARTを行って、ウイルス量が1000コピー未満では、選択的帝王切りの有効性は不明である。医師と患者が十分検討すること。選択的帝王切りの有効性は証明されていないことを患者に説明するべきである。

Scheduled Cesarean Delivery in the Combination Antiretroviral Therapy Era

In a report from the European Collaborative Study that included data from 4,525 women, the overall transmission rate in the subset of women on cART was 1.2% (11 of 918).⁷ In the subset of 560 women with undetectable HIV RNA levels (≤ 50 to ≤ 200 copies/mL, depending on site), scheduled cesarean delivery was associated with a significant reduction in perinatal transmission in univariate analysis (OR 0.07; 95% CI, 0.02–0.31; $P = .0004$). However, after adjustment for ARV drug use (none vs. any), the effect was no longer significant (AOR 0.52; 95% CI, 0.14–2.03; $P = .359$). Similarly, data from a European surveillance study did not demonstrate a statistically significant difference in transmission rates between scheduled cesarean delivery and planned vaginal delivery (AOR 1.24; 95% CI, 0.34–4.5) in women on cART.⁶

2005年の欧州の解析は単変量解析である。ARTの有無で補正すると選択的帝王切りの有効性は有意ではなかった。

Therefore, no evidence to date suggests any benefit from scheduled cesarean delivery in women who have been receiving cART for several weeks and who have achieved virologic suppression.

ウイルス量がコントロールされている場合、選択的帝王切りの有効性を示す報告はない

表2. HIV 感染妊婦および新生児の両者受け入れ可能施設

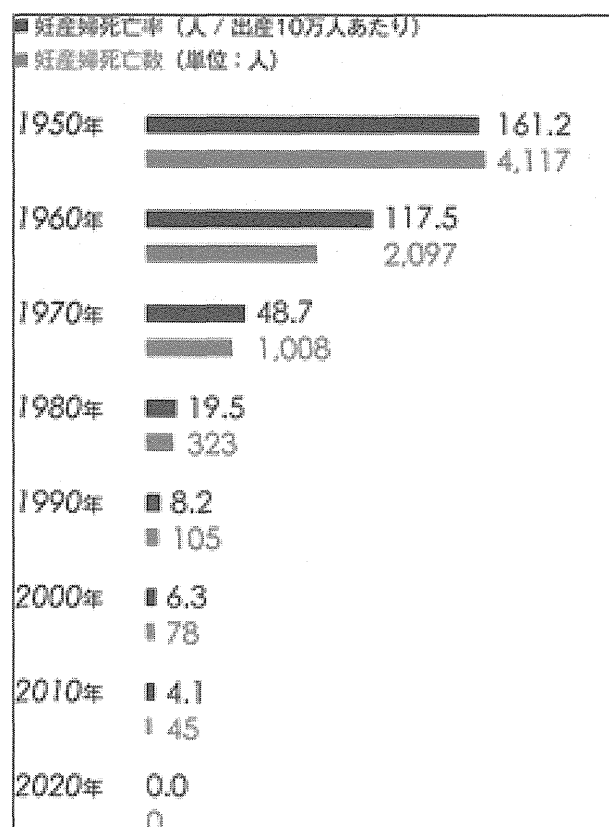
＜参考：HIV/AIDS 医療体制におけるHIV 感染妊婦の受け入れについて＞

全国の拠点病院370病院にアンケートを実施。
回答のあった251病院のうち、124病院(49.4%、38.5%～71.4%)のみがHIV感染妊婦と小児の受け入れが可能。

受け入れ不可の理由；

- ・産科医や小児科医のマンパワー不足
- ・助産師や看護師の知識や技術の不足
- ・内科の協力が得られない
- ・カウンセラーの不足

日本の妊産婦死亡率や周産期死亡率は世界のトップレベルである。



分娩前ウイルス量別

	投与なし・不明				投与あり								総計	
	感染	非感染	不明	小計	単剤				2剤以上(ART)					投与あり 計
					感染	非感染	不明	小計	感染	非感染	不明	小計		
選択的帝切	0	10	2	12	0	35	2	37	1	203	24	228	265	277
感度未満		3	1	4		8		8		132	17	149	157	161
感度以上1,000未満		3	1	4		4	1	5	1	54	5	60	65	69
1,000以上1万未満		3		3		14	1	15		14	1	15	30	33
1万以上		1		1		9		9		3	1	4	13	14
緊急帝切	0	2	1	3	0	2	0	2	0	34	6	40	42	45
感度未満			1	1		1		1		27	4	31	32	33
感度以上1,000未満				0				0		5		5	5	5
1,000以上1万未満		1		1		1		1		2	1	3	4	5
1万以上		1		1				0		1	1	2	1	2
経膣	0	1	0	1	0	0	1	1	0	2	1	3	4	5
感度未満				0				0		1		1	1	1
感度以上1,000未満				0			1	1		1	1	2	3	3
1,000以上1万未満				0				0				0	0	0
1万以上		1		1				0				0	0	1
総計	0	13	3	16	0	37	3	40	1	239	31	271	311	327

分娩前ウイルス量別(2009～2013年)

	投与なし・不明				投与あり								総計	
	感染	非感染	不明	小計	単剤				2剤以上(ART)					投与あり 計
					感染	非感染	不明	小計	感染	非感染	不明	小計		
選択的帝切	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	69	14	84	84
感度未満				0				0		45	11	56	56	56
感度以上1,000未満				0				0	1	21	3	25	25	25
1,000以上1万未満				0				0		2		2	2	2
1万以上				0				0		1		1	1	1
緊急帝切	0	1	0	1	0	0	0	0	0	20	4	24	24	25
感度未満				0				0		16	3	19	19	19
感度以上1,000未満				0				0		3		3	3	3
1,000以上1万未満		1		1				0		1	1	2	2	3
1万以上				0				0				0	0	0
経膣	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1
感度未満				0				0				0	0	0
感度以上1,000未満				0				0			1	1	1	1
1,000以上1万未満				0				0				0	0	0
1万以上				0				0				0	0	0
総計	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	89	19	109	110

国内

分娩様式	費用	
経膣	40～80万円	
帝切 HIV合併妊娠	約100万円 → 30万円 → 8万円	健康保険の出産育児一時金 42万円
	医療保険で7割カバー	高額医療で8万円以上の費用返還

34万円が残る

米国

分娩様式	費用
経膣+HIV合併症	7,200～23,500ドル
帝切+HIV合併症	9,600～38,600ドル

HIV感染妊娠の分娩様式選択基準の考え方のまとめ



今後のHIV母子感染予防対策マニュアル(ガイドライン?) 改訂に向けて

- ・計画経膣分娩の可能性の説明
 - ・自然経膣分娩ではないことの説明
 - ・計画経膣分娩と選択的帝王切開の選択基準
 - ・緊急帝王切開の可能性とリスク
 - ・保険診療の適応と範囲
 - ・補助金などの説明
 - ・受け入れ医療機関の認定・開示と体制整備
 - ・医師及びコメディカルの教育と修練
 - ・国民性の理解と対応
- などなど

平成 24～26 (2012～2014) 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
総括研究分担報告書

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

研究協力者： 葛西 健郎 岩手医科大学小児科学講座 准教授

細川 真一 国立国際医療研究センター新生児科内科・NICU 科 NICU 科医長

田中 瑞恵 国立国際医療研究センター小児科 医員

前田 尚子 国立病院機構名古屋医療センター小児科 医長

多和 昭雄 国立病院機構大阪医療センター 副院長

榎本てる子 関西学院大学神学部 准教授

辻 麻理子 国立病院機構九州医療センターAIDS/HIV 総合医療センター
心理療法士

井村 弘子 沖縄国際大学総合文化学部人間福祉学科 教授

研究要旨

平成 24～26 (2012～2014) 年度にわたり、全国病院小児科に対して、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。一次調査で過去 1 年間に新規の、あるいはそれ以前で未報告の子どもを診療した施設を抽出し、二次調査で詳細情報を得た。

当分担研究班がこれまで 16 年間、年 1 回本調査を繰返した結果、子どもの累積数は 454 例となり、その内訳は感染 48 例、非感染 305 例、未確定・不明 101 例となった。子どもは大都市圏を中心に全国のブロックに分布した。父母の国籍は日本が最も多いが、世界各地に分布した。

一部の例外を除き、殆どの母親が妊娠までに HIV 感染を診断され、妊娠中までに抗ウイルス薬治療 (ART) が始められ、予定帝王切開分娩、人工乳栄養、新生児への AZT 投与の全てが行われた群での母子感染率は 0.8%であった。

新生児期にほぼ必発する貧血と散見される奇形の存在から、母の胎内から新生児期までを通じて子どもが暴露される ART の影響について、今後とも臨床データの蓄積を継続すべきである。

子どもの観察期間内にミトコンドリア機能障害に由来する徴候・症状は報告されなかったが、累積死亡が感染児に 9 例、非感染他に 5 例あり、非感染児においても健康と発達について長期的に観察する必要がある。

A. 研究目的

HIV 感染妊婦から出生した児 (以下子ども) の家族情報、周産期情報、薬剤情報、罹病と生育の状況等の詳細を調査し、当班がこれまで構築してきた本邦子どものデータベースを更新する。

B. 研究方法

全国の小児科を標榜する病院にアンケート調査 (吉野班による小児科一次調査) を行い、子どもの診療経験について匿名連結不能型で発生動向を把握した。全国の小児科を標榜する

病院施設に対し一次調査用紙を送付し、返信はがきにより回答を得た。

この一次調査で把握された症例について、将来の追跡調査を目的とした匿名連結可能型の詳細二次調査（表 1-1, 2, 3）を行った。

（倫理面への配慮）

本研究では『匿名・追跡可能』な症例登録が必要であることから、研究分担者および研究協力者が所属する施設倫理委員会の審査基準に従って本研究に対する承認を得て、研究を推進し、症例のプライバシーと個人情報の保護徹底に努めた。

C. 研究結果

1) 小児科一次調査結果

全国病院小児科からの平成 24～26 年度の有効回答率は 55.8～67.9%であり、年度あたりの子どもの診療経験は新規 24～31 例、未報告追加 6～19 例であった。

2) 小児科二次調査結果

平成 24～26 年度の施設回答率は 69～75%であり、年度あたり 18～30 例の詳細情報が得られた。この結果、重複を除いた子どもの累積数は 454 例となり、その内訳は感染 48 例、非感染 305 例、未確定・不明 101 例となった。

3) 累積での小児科二次調査結果の解析

(ア) 年次別出生数と感染状況（表 2）：年次別出生数は 11 から 22 であり、感染例は無かった。

(イ) 地域別出生数（表 3）：ブロック別では大都市圏に子どもが集中していたが、未だ登録ゼロ県が近畿・中四国・九州に存在した。

(ウ) 母親の国籍（表 4）：人数順で日本 206 例、タイ 96 例が突出しており、次いでブラジル 28 例、フィリピン 18 例、ケニア 16 例でその他は 15 例以下であった。

(エ) 父親の国籍と父親の感染状況（表 5）：人数順で日本 286 例（父の HIV 感染率 20%）、国籍不明 40 例（同 28%）、ブラジル 30 例（同 37%）、タイ 15 例（同 40%）でその他は 10 例以下であった。

(オ) 児の HIV 感染・非感染からみた周産期因子の比較（表 6）：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 $2,558 \pm 443$ と差を認めたが、Apgar スコアでは 9.4 ± 0.5 対 8.9 ± 1.1 と差を認めなかった。

(カ) 母体への ART 投与の有無からみた周産期因子の比較（表 7）：ART の投与群と非投与群において、在胎週数は 36.4 ± 1.6 対 37.0 ± 2.4 、出生体重 (g) は $2,554 \pm 413$ 対 $2,787 \pm 535$ と差を認めたが、Apgar スコアでは 8.8 ± 1.0 対 9.2 ± 0.7 と差を認めなかった。

(キ) 年次別、分娩様式別および投薬別の出生数と感染数（表 8-1, 2）：症例の累積は 454 例となり、感染 48 例、非感染 305 例、未確定・不明 101 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が、2014 年に 1 例あった。これは未受診妊婦であり、子どもは感染していなかった。

(ク) 分娩様式別の母子感染率（表 9-1, 2）：累積の母子感染率は分娩様式別では不明、経膣、緊急 C/S、予定（選択的）C/S の順で高く、予定（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%であった。

4) 平成 24～26 年度調査に現れた問題点

(ア) 平成 24 年度調査から：単年度調査で新生児期に認められた異常として、多指症 1 例、早産児＋複合奇形が 1 例、早産児＋低出生体重児＋RDS＋脳室内出血が 1 例、新生児一過性多呼吸が 1 例あった。累積の非感染児に死亡が 5 例あった。詳細は、母児共に ART あり・予定帝王切開・断乳の全てが行われた例が 2 例（生後 2 ヶ月と 3 ヶ月に原因不明突然死-剖検されず）、母児共に ART あり・緊急帝王切開・断乳が行われた例が 1 例（生後 6 ヶ月で原因不明突然死-剖検されず）、妊娠前から管理され母への ART が奏効していたが胎盤早期剥離から児を救命し得なかった 1 例（生後 2 日）、妊娠中の管理が無く経膣分娩・児への ART・断乳開始するも遷延性肺高血圧により救命し得なかった 1 例（生後 2 日）であった。

(イ) 平成 25 年度調査から：単年度調査で、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、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、heavy for date baby (HFD) が1例で、奇形の報告は無かった。

(ウ) 平成26年度調査から：単年度調査で、貧血以外の新生児期の異常として、低血糖、新生児一過性多呼吸、低カルシウム血症、HFDがあった。奇形が2例あり、左小眼球症・先天性虹彩欠損・脈絡膜欠損・PDA・SFD・胃食道逆流・脳室拡大を伴った1例とVATER連合(鎖肛・右水腎・左腎無形成・左停留精巣・肋骨奇形)の1例であった。

D. 考察

- 1) 調査の精度について：一次調査、二次調査とも70%前後と良好である。さらに回収率を上げるには同意書を必要としない『匿名・追跡不可能』型調査に変更することと考える。
- 2) 子どもの増減予測：今年度詳細情報が得られた21例と前年度調査の繰り越し1例を既報告と照合した結果、子どもの新規症例は18例であることがわかり、二次回収率が74%であった前年度調査結果の30例より大幅に減少した。真の増減は当研究班の産婦人科調査(喜多班)の推移と照合する必要がある。
- 3) 子どもの出生地分布：大都市と地方とで分布に差がみられるが、今後の動向を予測させる要因を調査から見いだすことはできなかった。
- 4) 父母の国籍と医療アクセスの問題：日本人が最多であるとは言え、外国人の比率が多く、その中に妊娠中のHIV未診断例が含まれていた。本邦では、遅くとも妊娠中までにHIV感染が診断されることが普及し、妊婦の過半数が妊娠前または妊娠中にARTを開始されるようになり、分娩前の免疫学的・ウイルス学的検査指標が良好である。さらに同朋のある症例が増加している。今後とも、HIV感染女性が安心して複数回の妊娠・出産に取り組める診療体制の供給が望まれる。診療体制が十分であっても、今年度調査の4/18例に見るように緊急帝王切開分娩の発

生は不可避の事態であり、産科診療の留意事項である。母児へのAZT製剤の準備、小児科医の役割確認を始めとして、多職種が事前から連携しておく必要がある。

- 5) 子どもの発達支援：生まれてきた子どもについてはHIVの感染・非感染を診断するだけでなく、胎児期から新生児期を通じて子どもが受ける抗ウイルス薬の影響と、家族の状況に由来する養育環境が発育発達に与える影響について注意を払うべきである。貧血を除けば今回報告された新生児期異常および奇形はHIV感染症の影響を受けた子どもに特異的であるとは言えないが、頻度に関しては、進化・変貌を続ける妊婦の治療との関連で今後ともデータを蓄積し、検証を重ねる必要がある。今年度単年度報告において、追跡期間において罹病報告が無かったとしたが、最長17ヵ月と観察期間が短い点に議論の余地が残る。諸外国においても子どもの罹病特性は少なくとも就学年齢まで、可能であれば成人するまで記述されるべきとされ、本研究がその端緒となることを切望する。

E. 結論

全国病院小児科に対して、子どもの診療実態調査を年1回実施し、16年が経過した。子どもの累積数は454例となり、その内感染が48例、非感染が305例、未確定・不明が101例あった。HIV母子感染予防策が全て実施された群での感染率は0.8%であった。子どもの観察期間内にミトコンドリア機能障害に由来する徴候・症状は報告されなかったが、累積死亡が感染児に9例、非感染他に5例あり、非感染児においても健康と発達について長期的に観察する必要がある。

F. 研究発表

1. 論文発表

- 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. 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

- 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 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
- 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. 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
- 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 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
- 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 : p 244-247.
- 6) 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
- 7) 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
- 8) 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)
- 9) 外川正生. HIV-1 感染症. 神経症候群 (第 2 版) -その他の神経疾患を含めて V-IX. 周産期障害. 日本臨牀 2014 年 11 月別冊
- 10) 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 25 年度厚生労働科学研究費補助金 (エイズ対策研究事業) 研究分担報告書. 2014 年 4 月
- 11) 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 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 感染症及びその合併症の課題を克服する研究班. 2014 年 3 月
- 12) 細川真一. 社会的リスクのある妊婦から出生した新生児のフォローアップ体制について～周産期から外来へ～日本周産期新生児学会雑誌 第 49 巻 1 号:p143-146、2013 年 5 月
- 13) 細川真一. 生後早期から多発性カフエオレ斑が認められた 4 例. 日本レックリングハウゼン病学会雑誌 第 4 巻第 1 号:p29-32, 2013 年 10 月
- 14) 細川真一, 赤平百絵, 國方徹也, 宮澤廣文, 松下竹次. 国立国際医療研究センターにおける HIV 母子感染予防対策実施 42 症例の検討. 日本小児科学会雑誌 118(3):481-486, 2014.
- 15) 大熊香織, 赤平百絵, 大熊喜彰, 田中瑞恵, 兼重昌夫, 佐藤典子, 細川真一, 松下竹次. HIV 母子感染予防が無効であった 1 例. 日本小児科学会雑誌 117(10):1625-1629, 2013.
- 16) 細川真一. 新生児の臨床検査・基準値ダイクショナリー「ウイルス抗体検査・梅毒血清反応その他の免疫血清学的検査」. ネオネイタルケア 2012 年秋季増刊
- 17) 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. 日本エイズ学会誌. vol. 16. 3 : 176-183, 2014
- 18) 田中瑞恵. 後天性免疫不全症候群 (HIV 感染症). 小児科 55(11)10 月増大 号:1625-1632, 2014.
- 19) 本田真梨, 田中瑞恵, 赤平百絵, 細川真一, 七野浩之, 佐藤典子, 松下竹次, 木内英. HIV 感染母体から出生した児に対する 12 時間毎 AZT 予防投与の試み. 日本小

児科学会雑誌（投稿中）

- 20) 大熊香織、赤平百絵、田中瑞恵、兼重昌夫、佐藤典子、細川真一、松下竹次、HIV 母子感染予防が無効であった一例。日本小児科学会雑誌、2013 年、117 巻 10 号、p1625-1629

2. 学会発表

- 1) 亀田和明、白野倫徳、後藤哲志、天羽清子、外川正生。当院での HIV 陽性妊婦からの出生児 14 例に関する検討。日本エイズ学会、2012 年、横浜。
- 2) 田中瑞恵、細川真一、大熊香織、木内英、田沼順子、湯永博之、菊池嘉、岡慎一、松下竹次。HIV 感染女性から出生した児の長期予後の検討。日本エイズ学会、2012 年、横浜。
- 3) 辻麻理子、外川正生、井村弘子、國方徹也、齋藤昭彦、田中瑞恵、細川真一、前田尚子、榎本てる子、葛西健郎、山中純子、木内英、尾崎由和、市場博幸、天羽清子、青田順子、和田裕一、塚原優己。HIV 陽性児への告知支援パンフレット「この子の明日の健康のために子どもの HIV 感染について告知と支援を考える」の作成について。日本エイズ学会、2012 年、横浜。
- 4) 田中瑞恵、瓜生英子、山中純子、大熊喜彰、大熊香織、細川真一、佐藤典子、松下竹次。当センター小児科における小児 HIV 感染症診療のまとめ～今後の課題についての検討～日本小児科学会、2012 年、福岡
- 5) 細川真一、大熊香織、田中瑞恵、山中純子、瓜生英子、赤平百絵、佐藤典子、松下竹次、菊池嘉、岡慎一。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、2012 年、福岡
- 6) 森本奈央、田中瑞恵、細川真一、松下竹次、木内英、菊池嘉、岡慎一。TDF 投与されていた HIV 感染母体からの児が生後低カルシウム血症を発症した 1 例。日本エイズ学会、2012 年、

横浜

- 7) 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.
- 8) 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。
- 9) 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。
- 10) 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。
- 11) 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。
- 12) 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。
- 13) 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 医療における取り組み—。日本心理臨床学会第 32 回秋季大会、2013 年、神奈川。
- 14) 辻麻理子・城崎真弓・志賀江玉他。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.
- 15) 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.
- 16) 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.
- 17) 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.
- 18) 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.
- 19) 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.
- 20) 田中瑞恵、瓜生英子、山中純子、大熊喜彰、大熊香織、細川真一、佐藤典子、松下竹次. 当センター小児科における小児 HIV 感染症診療のまとめ～今後の課題についての検討～. 第 115 回小児科学会 (2012/4/20-22、福岡国際会議場)
- 21) 細川真一、大熊香織、田中瑞恵、山中純子、瓜生英子、赤平百絵、佐藤典子、松下竹次、菊池嘉、岡慎一. 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. 第 115 回小児科学会 (2012/4/20-22、福岡国際会議場)
- 22) 細川真一. 社会的リスクのある妊婦から出生した新生児のフォローアップ体制について～周産期から外来へ～. 第 48 回日本周産期・新生児学術集会 (2012/7/8-10、埼玉)
- 23) 森本奈央、田中瑞恵、細川真一、松下竹次、木内英、菊池嘉、岡慎一. TDF 投与されていた HIV 感染母体からの児が生後低カルシウム血症を発症した 1 例. 第 26 回日本エイズ学会 (2012/11/24-26、慶応日吉キャンパス 横浜)
- 24) 田中瑞恵、細川真一、大熊香織、木内英、田沼順子、瀧永博之、菊池嘉、岡慎一、松下竹次. HIV 感染女性から出生した児の長期予後の検討. 第 26 回日本エイズ学会 (2012/11/24-26、慶応日吉キャンパス 横浜)
- 25) 松浦潤、細川真一、田中瑞恵、木内英、菊池嘉、岡慎一、松下竹次. HIV 陽性妊婦から生じた児の知能発達検査および頭部 MRI における経時的変化の検討. 第 28 回日本エイズ学会、2014 年、大阪
- 26) 田中瑞恵、森本奈央、瓜生英子、山中純子、細川真一、池田和子、菊池嘉、岡慎一、松下竹次. 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
- 27) 柏直之、田中瑞恵、瓜生英子、山中純子、細川真一、松下竹次. 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
- 28) 田中瑞恵、大熊香織、細川真一、松下竹次、木内英、田沼順子、瀧永博之、菊池嘉、岡慎一. HIV 感染女性から出生した児の長期予後の検討. 第 26 回日本エイズ学会、2012 年、横浜
- 29) 田中瑞恵、細川真一、外川正生、塚原優己、菊池嘉、岡慎一、松下竹次. HIV 陽性妊婦から出生した児の長期予後

- に関する全国調査. 第 28 回日本エイズ学会 2014 年、大阪
- 30) 松浦潤、細川真一、田中瑞恵、木内英、菊池嘉、岡慎一、松下竹次. HIV 陽性妊婦から出生した児の知能発達検査および頭部 MRI における経時的変化の検討. 第 28 回日本エイズ学会、2014 年、大阪
- 31) 木内英、加藤真吾、細川真一、田中瑞恵、中西美紗緒、定月みゆき、田沼順子、瀧永博之、矢野哲、菊池嘉、岡慎一. 成人と新生児における AZT リン酸化物細胞内濃度の比較. 第 28 回日本エイズ学会、2014 年、大阪
- 32) 本田真梨、田中瑞恵、赤平百絵、細川真一、木内英、松下竹次. HIV 母子感染予防における児への AZT1 日 2 回分割投与の有効性と短期的安全性について. 第 117 回日本小児科学会学術集会、2014 年、名古屋
- 33) 田中瑞恵、森本奈央、瓜生英子、山中純子、細川真一、池田和子、菊池嘉、岡慎一、松下竹次. よりより小児 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
- 34) 柏直之、田中瑞恵、瓜生英子、山中純子、細川真一、松下竹次. 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
- 35) 田中瑞恵. 当センター小児科における小児 HIV 感染症診療のまとめ～今後の課題についての検討～. 第 115 回小児科学会、2012 年、福岡
- 36) 細川真一、大熊香織、田中瑞恵、山中純子、瓜生英子、赤平百絵、佐藤典子、松下竹次、菊池嘉、岡慎一. 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. 第 115 回小児科学会、2012 年、福岡
- 37) 田中瑞恵、大熊香織、細川真一、松下竹次、木内英、田沼順子、瀧永博之、菊池嘉、岡慎一. HIV 感染女性から出生した児の長期予後の検討. 第 26 回日本エイズ学会、2012 年、横浜
- 38) 辻麻理子、阪木淳子、曾我真千恵. 鑑別を視野に入れた神経心理学的検査のチーム医療における効果的な活用. 日本心理臨床学会第 33 回秋季大会、2014 年、神奈川
- 39) 辻麻理子、阪木淳子、郭悠、曾我真千恵、城崎真弓、長與由紀子、高濱宗一郎、南留美、山本政弘. HIV 感染症患者の認知機能低下と鑑別診断. 第 28 回日本エイズ学会学術集会、2014 年、大阪
- 40) 辻麻理子、阪木淳子、郭悠、曾我真千恵、城崎真弓、長與由紀子、高濱宗一郎、南留美、山本政弘. HIV 感染症患者の認知機能の低下と鑑別診断—抑うつ傾向との関連および臨床経過—. 第 28 回日本エイズ学会学術集会、2014 年、大阪
- 41) 南留美、小松真梨子、高濱宗一郎、郭悠、辻麻理子、阪木淳子、曾我真千恵、城崎真弓、長與由紀子、中嶋恵理子、山本政弘. HIV 感染症者における白血球テロメア長測定の意義—慢性脳虚血性変化との関連. 日本エイズ学会第 28 回学術集会、2014 年、大阪
- 42) 山中京子、辻麻理子、阪木淳子、松岡亜由子、塚本琢也、大川満生、早津正

- 博、小松賢亮、渡邊愛祈、仲里愛、北志保里、鍛冶まどか、仲倉高広、喜花伸子。ブロック拠点病院などでの心理検査の実施に関する研究。日本エイズ学会第 28 回学術集会、2014 年、大阪
- 43) 嶋根卓也、今村顕史、岡慎一、池田和子、山本政弘、辻麻理子、長與由紀子、大久保猛、太田実男、神田博之、岡崎重人、大江昌夫・エイズ拠点病院における薬物関連問題の重症度と薬物依存回復支援の可能性。日本エイズ学会第 28 回学術集会、2014 年、大阪
- 44) 阪木淳子、辻麻理子、郭悠、曾我真千恵、城崎真弓、長與由紀子、高濱宗一郎、南留美、山本政弘。HIV 感染症患者の認知機能低下と鑑別診断—物質使用との関連と臨床経過—。日本エイズ学会第 28 回学術集会、2014 年、大阪
- 45) 郭悠、辻麻理子、阪木淳子、曾我真千恵、城崎真弓、長與由紀子、高濱宗一郎、中嶋恵理子、南留美、山本政弘。HIV 患者の認知機能低下と炎症性サイトカインの解析。日本エイズ学会第 28 回学術集会、2014 年、大阪
- 46) 郭悠、辻麻理子、阪木淳子、曾我真千恵、城崎真弓、長與由紀子、高濱宗一郎、中嶋恵理子、南留美、山本政弘。HIV 患者の認知機能低下とアルツハイマー型認知症。日本エイズ学会第 28 回学術集会、2014 年、大阪
- 47) 山地由紀、犬丸真司、廣末佳子、城崎真弓、長與由紀子、辻麻理子、阪木淳子、曾我真千恵、郭悠、高濱宗一郎、南留美、山本政弘。入院 HABD パス導入の試み。日本エイズ学会第 28 回学術集会、2014 年、大阪
- 48) 首藤美奈子、城崎真弓、阪木淳子、南留美、高濱宗一郎、郭悠、長與由紀子、辻麻理子、山本政弘。介護が必要な状況であるにもかかわらず一人暮らしを継続した事例への対処。日本エイズ学会第 28 回学術集会、2014 年、大阪
3. 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。
- 11) 辻麻理子、阪木淳子、曾我真千恵。平成 25

年度H I V検査相談研修会講師. 2013年、福岡.

- 12) 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.
- 13) 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.
- 14) 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.
- 15) 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.
- 16) 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.
- 17) 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.
- 18) 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.
- 19) 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.
- 20) 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)

- 1) 辻麻理子 (矢永由里子・小池真規子編)「がんとエイズの心理臨床ー医療にいかすこころのケアー」創元社 p 72-78、p 115-121、p 137-140 2013年5月1日
- 2) 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.
- 3) 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.
- 4) 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.
- 5) 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.
- 6) 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

G. 知的所有権の取得状況

1. 特許取得
なし
2. 実用新案登録
なし
3. その他
なし。

表 1-1 二次調査質問項目

HIV 感染女性から出生した児の症例報告用紙 平成 ()年度 全国調査

おわかりにならない項目は ? でお答えください

質問番号	質問項目	回答欄
1	報告医療機関名 ※	
2	報告医氏名	
3	問い合わせ先電話番号	
4	問い合わせ先メールアドレス	

症例登録について

5	児の 記号による氏名【注 1】	
6	生年月	西暦 年 月
7	性別	男児 ・ 女児
8	出生医療機関名	※ ・ ※ 以外()
9	出生地(都道府県名あるいは外国名)	
10	母親の 記号による氏名【注 1】	
11	生年月	西暦 年 月
12	国籍	日本 ・ 外国(国名:)
13	HIV感染の診断時期	妊娠前・妊娠中(週)・出産後()・児の感染判明後
14	家族背景 実父の国籍	日本 ・ 外国(国名:)
15	実父のHIV感染	陽性 ・ 陰性 ・ 不明
16	兄弟姉妹の有無	(人)
17	兄弟姉妹のHIV感染の有無	陽性 ・ 陰性 ・ 不明
18	現在の養育者	父母 ・ 母のみ ・ 父のみ ・ 親族 ・ 施設その他 ・ 不明

妊娠～周産期について

19	妊娠母体への抗HIV薬の投与	なし ・ 妊娠前から服用 ・ 妊娠中開始
20	抗HIV薬剤名_1	
21	抗HIV薬剤名_2	
22	抗HIV薬剤名_3	
23	分娩間近母体のCD4	/μl (%)
24	分娩間近母体のHIVウイルス量(コピー数)	コピー/ml
25	分娩間近母体の病状での特記事項	
26	分娩 分娩方法	経膈分娩 ・ 予定(選択的)帝王切開 ・ 緊急帝王切開
27	在胎週数	週 日
28	出生時体重	g
29	アプガースコア(1分)	点
30	アプガースコア(5分)	点
31	母体陣痛の有無	有り ・ 無し
32	破水後時間	有り(破水後 時間で出生) ・ 破水無し
33	羊水混濁の有無	有り ・ 無し

新生児の扱いについて

34	新生児期における抗 HIV 薬の投与	なし ・ あり(薬剤名:)
35	薬剤、投与量と期間_1	mg/日, 生後 日から 日まで
36	薬剤、投与量と期間_2	mg/日, 生後 日から 日まで
37	薬剤、投与量と期間_3	mg/日, 生後 日から 日まで
38	薬剤、投与量と期間_4	mg/日, 生後 日から 日まで
39	母乳の投与の有無および投与期間	投与せず ・ 投与した(期間)

HIV感染の有無について

40	感染/非感染の診断結果【注 2】	感染 ・ 非感染 ・ 未確定
41	診断確定と判断した時期(主治医判断)	生後 歳 月
42	診断方法_1	RNA-PCR検査 (回)
43	診断方法_2	HIV抗体検査 (回)

表 1-2

HIVに感染しなかった非感染児(推定を含む)についてのみ お答え下さい

44	これまでの観察期間は(最終観察日)	生後 年 月 日
45	いつまで観察すべきとお考えですか	生後 年 月 日
46	追跡不能・転院(どこへ)・帰国があれば	追跡不能・転院(病院名:)・帰国
47	新生児期に異常がありましたか	有り(病名:)・無し
	以下の症状・徴候はみられますか	
48	奇形	有り(病名:)・無し
49	貧血(Hb最低値)	無し・有り (Hb最低値 g/dl)
50	貧血の治療方法	経過観察・鉄剤投与・エリスロポエチン投与・輸血
51	運動発達障害	無し・有り・未確認
52	精神発達障害	無し・有り・未確認
53	反復する痙攣	無し・有り・未確認
54	片麻痺	無し・有り・未確認
55	対麻痺	無し・有り・未確認
56	四肢麻痺	無し・有り・未確認
57	ミオパチー	無し・有り・未確認
58	心筋機能障害	無し・有り・未確認
59	乳酸持続高値(>25mg/dl)	無し・有り・未確認
60	早期死亡	無し・有り
61	ニアミス(Acute Life Threatening Event)	無し・有り
62	頭部MRI異常	無し・有り・未確認

HIVに感染した例(感染児)についてのみ、お答え下さい (3ページめもご覧ください)

63	初診時の年齢	歳 月 日
64	症状または診断	症状無し・症状有り
65	→具体的な症状または診断	
66	臨床病期【注 3】	N・A・B・C
67	CD4値または%	/μl (%)
68	HIVウイルス量	/ml
69	最終観察日の年齢	歳 月 日
70	症状または診断	症状無し・症状有り
71	→具体的な症状または診断	
72	臨床病期	N・A・B・C
73	CD4値または%	/μl (%)
74	HIVウイルス量	/ml
75	抗HIV薬剤名_1	
76	抗HIV薬剤名_2	
77	抗HIV薬剤名_3	
78	抗HIV薬剤名_4	
79	その他の主要治療薬(例: ST合剤)	
80	感染児への告知の有無(告知時期)	有り(歳)・無し
81	告知有りの場合:感染児の反応	
82	周囲(どこへ)への告知の有無(告知時期)	有り(歳)()・無し
83	告知有りの場合:周囲の反応	

家族について(感染児と非感染児の両方において)お答えください

84	母親の現在の病状	無症状・ARS・AIDS・死亡・不明・帰国
85	父親の現在の病状	無症状・ARS・AIDS・死亡・不明・帰国
86	家族(養育者)はどんな問題を抱えていますか	発育発達異常・経口生ポリオワクチンの是非・ 母児水平感染・集団生活での告知・集団生活での怪我の処置 その他
87	性教育・その他に対して、ご意見があれば記載下さい	

表 1-3

【注 1】患者さんの個人情報と無関係の番号を付けて管理し、個人情報と番号を連結する表は、研究責任医師が鍵のかかるところに保管してください

【注 2】0 歳児のHIV感染の診断は抗原検査(主としてRT-PCR)による。生後2日・2週・2か月以内および生後3～6か月に行い、検査結果が陽性であった場合には直ちに新たな検体を用いて再検し診断を確定する。生後1か月以降に行なった2回以上の抗原検査(1回は生後4か月以降)が陰性であった場合にはHIVの感染はほぼ否定でき、実質上6か月までに全員が否定できる。

以下の症状・徴候のなかで初診時に認めたものに○を、経過中に認めたものに△を付記して下さい

【注 3】1994年CDCによる小児HIV感染症の臨床的分類 による

N:無症状

A:軽度の症候性感染症(以下の少なくとも2つ以上の症状あり)

リンパ節腫脹(3か所以上で0.5cm以上、左右対称は1か所とする)

肝腫大、脾腫大、皮膚炎、耳下腺炎

反復性/持続性の上気道感染、副鼻腔炎、または中耳炎

B:中等度の症候性感染症

30日以上続く貧血(8g/dL未満)、30日以上続く白血球減少(1000/mm³未満)、30日以上続く血小板減少(10万/mm³未満)

細菌性髄膜炎、肺炎、または敗血症(1回)、口腔カンジダ症(驚口瘡、生後6か月をこえる小児に2か月以上持続)

心筋症、サイトメガロウイルス感染症(生後1か月未満で発症)、再発性または慢性的の下痢

肝炎、ヘルペス口内炎(再発性で1年以内に2回以上)

単純ヘルペスウイルス気管支炎、肺炎、または食道炎(生後1か月未満で発症)

帯状疱疹(少なくとも2回以上もしくは皮膚節2か所以上)、平滑筋肉腫

リンパ球性間質性肺炎または肺のリンパ節過形成、腎 症、ノカルジア症

持続性の発熱(1か月以上)、トキソプラズマ症(生後1か月未満で発症)、播種性水痘(合併を伴う水痘)

C:重度の症候性感染症 (AIDS発症を示す病態)

多発性または再発性重度細菌性感染症

カンジダ症(食道または肺)

全身性コクシジオイデス症(肺または頸部・肺門リンパ節以外の部位)

クリプトコッカス症(肺外)

クリプトスポリジウム症またはイソスポラ症(1か月以上続く下痢)

サイトメガロウイルス感染症(生後1か月以降に発症)(肝臓、脾臓、リンパ節以外の部位)

脳症(2か月以上持続)

単純ヘルペスウイルス(1か月以上持続する皮膚粘膜潰瘍、気管支炎、肺炎、生後

1か月以降に発症する食道炎の原因となる)

ヒストプラズマ症(播種性、肺または頸部・肺門リンパ節以外の部位)

カポジ肉腫

原発性脳リンパ腫

非ホジキンリンパ腫(B 細胞型あるいは免疫フェノタイプ不明の、組織学的に切れ込みの

ない小細胞型リンパ腫[Burkitt]、免疫芽細胞リンパ腫および大細胞型リンパ腫)

全身性または肺外性結核群

結核以外の、あるいは菌種不明の全身性抗酸菌症

全身性Mycobacterium avium(トリ型結核菌)あるいはM. kansasii感染症

ニューモシスチス・カリニ肺炎

進行性多発性白質脳症

再発性サルモネラ敗血症(非チフス型)

トキソプラズマ脳症(生後1か月以降に発症)

消耗性症候群(通常の体重が10%以上減少した時、少なくとも年齢標準体重の2つの

パーセントイルの線をこえて減少した時、あるいは体重減少が5%未満でも30日以上慢性下痢または発熱が持続する時)

質問は以上です。

ご協力ありがとうございました。

表2 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	3	1	2	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	13	6	6	1
1994	13	3	10	0
1995	20	8	11	1
1996	15	3	11	1
1997	19	5	13	1
1998	24	3	17	4
1999	23	1	21	1
2000	24	4	15	5
2001	26	0	25	1
2002	28	1	20	7
2003	20	0	15	5
2004	22	0	13	9
2005	20	1	14	5
2006	25	1	18	6
2007	18	0	12	6
2008	20	0	9	11
2009	12	1	4	7
2010	17	2	14	1
2011	19	0	12	7
2012	22	0	18	4
2013	21	0	11	10
2014	11	0	6	5
不明*	1	0	1	0
合計	454	48	305	101

*：詳細な回答が得られなかった例