

HIV 母子感染全国調査研究報告書

令和6年度 (2024年)

令和6年度 厚生労働科学研究費補助金エイズ対策政策研究事業
HIV感染者の妊娠・出産・予後に関するコホート調査を含む疫学研究と
情報の普及啓発方法の開発および診療体制の整備と均てん化のための研究

研究分担

HIV感染妊娠に関する臨床情報の集積と解析および母子感染根絶に向けた検討

HIV 感染女性と出生児の臨床情報の集積と解析およびコホート調査の全国展開と出生児の健康・発達支援の検討

HIV感染妊婦とその出生児の発生動向およびHIV母子感染の臨床背景に関する全国調査

編集・全国調査集計局

— 令和7年8月 発行 —

令和7年度 厚生労働科学研究費補助金エイズ対策政策研究事業
HIV感染者の妊娠・出産・予後に関するコホート調査を含む疫学研究と
情報の普及啓発方法の開発および診療体制の整備と均てん化のための研究

研究代表者 吉野 直人 愛知県立大学 看護学部

研究分担

HIV感染妊娠に関する臨床情報の集積と解析および母子感染根絶に向けた検討

研究分担者 杉浦 敦 武蔵野赤十字病院 産婦人科
〒180-8610 東京都武蔵野市境南町1-26-1

HIV感染女性と出生児の臨床情報の集積と解析
およびコホート調査の全国展開と出生児の健康・発達支援の検討

研究分担者 田中 瑞恵 国立健康危機管理研究機構 国立国際医療センター 小児科
〒162-8655 東京都新宿区戸山1-21-1

HIV感染妊婦とその出生児の発生動向
およびHIV母子感染の臨床背景に関する全国調査

研究分担者 吉野 直人 愛知県立大学 看護学部
〒463-8502 愛知県名古屋市守山区上志段味字東谷

HIV感染妊娠と母子感染予防
<https://hivboshi.org>



巻頭言

本報告書は、令和6年度厚生労働科学研究費補助金エイズ対策政策研究事業「HIV感染者の妊娠・出産・予後に関するコホート調査を含む疫学研究と情報の普及啓発方法の開発および診療体制の整備と均てん化のための研究」(研究代表者：吉野直人)の全国調査に関わる3つの研究分担班である「HIV感染妊娠に関する臨床情報の集積と解析および母子感染根絶へ向けた検討」班(研究分担者：杉浦敦)、「HIV感染女性と出生児の臨床情報の集積と解析およびコホート調査の全国展開と出生児の健康・発達支援の検討」班(研究分担者：田中瑞恵)および「HIV感染妊婦とその出生児の発生動向およびHIV母子感染の臨床背景に関する全国調査」班(研究分担者：吉野直人)の研究成果をまとめたものです。

HIV母子感染全国調査は、そのルーツである「HIV感染症の疫学研究」班(研究代表者：木原正博)の母子感染に関する研究グループ(グループ長：喜多恒和、故・戸谷良造)が1998年(平成10年)に開始しました。詳しくは「日本におけるHIV母子感染に関する研究のあゆみ」(https://hivboshi.org/trivia/research_details.pdf)をご覧ください。

HIV母子感染全国調査研究報告書は平成10年度版を皮切りに、最新のHIV母子感染に関する情報を届けるべく毎年発刊しています。この間、妊婦のHIV検査実施率は1999年の73.2%から2024年には99.9%と大幅に上昇しました。平成10年度報告書では当時の累積HIV感染妊婦数は全国で112例でしたが、最新の累積HIV感染妊婦数は1,217例となりました。さらに、HIV母子感染は63例が確認されています。HIV感染妊婦症例数は2006年に52例のピークがあり、近年では30例前後で推移しています。一方で、若年女性の梅毒感染報告数が近年増加しています。“梅毒の影にHIVあり”とも言われますように、今後のHIV感染妊婦症例を注意深くフォローしてゆく必要があります。

これまで研究班では継続してHIV母子感染の現状調査し、HIV母子感染に関する臨床情報の発信を行い、全国調査で集積されたデータをもとに日本の医療体制に則したHIV母子感染予防のためのマニュアル・ガイドラインの作成を行ってきました。その成果として、研究班が提唱した感染予防策である「妊娠初期HIVスクリーニング検査」「妊婦への3剤以上の抗ウイルス薬投与」「選択的帝王切開分娩」「子どもへの抗ウイルス薬投薬」「断乳」の全てを施行すると2001年以降現在に至るまでHIV母子感染症例はありません。しかしながら、近年は妊娠初期HIV検査陰性の妊婦からの母子感染の報告が増加傾向にあります。

本研究班では将来のHIV母子感染根絶に向け、1) HIV母子感染根絶のための方法を検討し対策の策定・提言をすること、2) HIV感染妊婦およびその児の健康・発達を支援すること、3) HIV母子感染根絶のために将来のHIV感染妊婦を減らすことを目的として研究を行っています。最後に、本全国調査は日本における妊娠・周産期・小児HIV感染症に関する唯一の総合的な臨床的疫学調査であり、今後とも調査を続け情報発信してゆく予定です。調査の対象となる施設の皆様には引き続き調査にご協力くださいますようお願い申し上げます。

2025年5月吉日

研究代表者 吉野 直人
愛知県立大学

目 次

2024年全国調査 HIV母子感染主要データ一覧	1
HIV母子感染全国調査研究報告書 2024年 図表一覧	2
研究要旨	5
I. 目的	8
II. 方法	9
III. 成績(全国調査)	12
III.1. 産婦人科一次調査・二次調査	12
III.2. 小児科一次調査・二次調査	16
III.3. 妊婦HIVスクリーニング検査実施率調査	17
III.4. HIV感染妊婦の診療時の対応と分娩施設の均てん化	23
IV. 考察(全国調査)	30
IV.1. HIV感染妊婦の解析	30
IV.2. HIV感染女性から出生した子どもの解析	30
IV.3. 妊婦HIVスクリーニング検査実施率	31
IV.4. HIV感染妊婦の診療時の対応と分娩施設の均てん化	32
V. 成績(データベース)	35
V.1. 産婦人科小児科・統合データベースの更新および解析	35
V.2. HIV母子感染例の詳細(2023年末までの症例による解析)	54
VI. 考察(データベース)	60
VII. 成績(コホート調査)	61
VIII. 考察(コホート調査)	86
IX. 結語	88
資料1 産婦人科二次調査用紙	89
資料2 小児科二次調査用紙	95

2024年全国調査 HIV母子感染主要データ一覧

HIV 感染妊婦症例（産婦人科小児科・統合データベース）…………… 1,217例
(2023年12月まで)

👉 35ページ参照

HIV 感染小児（母子感染）症例（産婦人科小児科・統合データベース）…………… 63例
(2023年12月まで)

👉 54ページ参照

妊婦 HIV スクリーニング検査実施率（病院）…………… 99.9%

妊婦 HIV スクリーニング検査実施率（診療所）…………… 99.7%

👉 17ページ参照

近年、抗ウイルス薬による HAART (highly active antiretroviral therapy) が cART (combination antiretroviral therapy) とも呼ばれるようになったため、本報告書では併用療法を cART の略語で統一した。

HIV母子感染全国調査研究報告書 2024年 図表一覧

III 成績(全国調査)

III.1. 産婦人科一次調査・二次調査

1) 産婦人科病院一次調査

表1 産婦人科病院一次調査の回答率

2) 産婦人科診療所一次調査

表2 産婦人科診療所一次調査の回答率

3) 産婦人科二次調査

表3 2024年調査でのHIV感染妊婦の報告都道府県

表4 2024年調査でのHIV感染妊婦の国籍

表5 2024年調査でのパートナーの国籍

表6 2024年調査での妊婦とパートナーの国籍組み合わせ

表7 2024年調査での妊娠転帰例の抗ウイルス薬レジメン

表8 2024年調査での妊娠転帰例のHIV感染判明時期

表9 2024年調査での妊娠転帰例のHIV感染判明時期と妊娠転帰

表10 2024年調査での妊娠転帰例の妊娠方法

III.2. 小児科一次・二次調査

1) 小児科一次調査

表11 小児科一次調査の回答率

2) 小児科二次調査

3) 2024年調査での報告症例に関する解析

III.3. 妊婦HIVスクリーニング検査実施率調査

表12 病院調査でのHIVスクリーニング検査実施率

図1 病院調査での妊婦HIVスクリーニング検査実施率の推移

表13 診療所調査でのHIVスクリーニング検査実施率

図2 診療所調査での妊婦HIVスクリーニング検査実施率の推移

表14 2024年調査での妊婦HIVスクリーニング検査実施率のまとめ

表15-1 病院調査での分娩取り扱いの有無と妊婦HIVスクリーニング検査実施率

表15-2 診療所調査での分娩取り扱いの有無と妊婦HIVスクリーニング検査実施率

表16 エイズ拠点病院区分での妊婦HIVスクリーニング検査実施率

表17 エイズ拠点病院区分での分娩取り扱い施設の妊婦HIVスクリーニング検査実施率

III.4. HIV感染妊婦の診療時の対応と分娩施設の均てん化

表18-1 病院調査でのHIV感染妊婦の診療時の対応

表18-2 診療所調査でのHIV感染妊婦の診療時の対応

図3 HIV感染妊婦の診療時の対応(「自施設で妊娠管理および出産を行う」と回答した施設の割合)

表19-1 病院調査でのHIV感染妊婦の他施設紹介のタイミング

表19-2 診療所調査でのHIV感染妊婦の他施設紹介のタイミング

図4 他施設に紹介するタイミング(「HIVスクリーニング検査で陽性判明した時」と回答した施設の割合)

表20-1 病院調査でのHIV感染妊婦の紹介先

表20-2 診療所調査でのHIV感染妊婦の紹介先

図5 HIV感染妊婦の紹介先(「決まっている」と回答した施設の割合)

表21-1 病院調査でのHIV感染妊婦紹介先施設の医療圏

表21-2 診療所調査でのHIV感染妊婦紹介先施設の医療圏

図6 HIV感染妊婦の紹介先が決まっている場合(周産期医療圏が同じと回答した施設の割合)

図7 HIV感染妊婦分娩施設の均てん化に関する自由記述意見の分析

IV 考察(全国調査)

V 成績（データベース）

V.1. 産婦人科小児科・統合データベースの更新および解析

- 1) HIV 感染妊婦の報告都道府県別分布
 - 図 8 HIV 感染妊婦の年次報告数
 - 図 9 わが国における分娩数と分娩 10 万件あたりの HIV 感染妊娠数
 - 図 10 報告都道府県別 HIV 感染妊婦の分布
 - 表 22 年次別での HIV 感染妊婦の都道府県報告数
- 2) HIV 感染妊婦およびパートナーの国籍と HIV 感染状況
 - 表 23 年次別での HIV 感染妊婦の国籍別報告数
 - 図 11 HIV 感染妊婦の国籍の推移
 - 表 24 パートナーの国籍と HIV 感染率
 - 図 12 パートナーの HIV 感染率の推移
 - 図 13 HIV 感染妊婦とパートナーの国籍組み合わせの推移
- 3) 妊娠転帰と HIV 母子感染
 - 図 14 HIV 感染妊婦の年次別妊娠転帰報告数
 - 図 15 分娩様式の推移
 - 表 25 在胎週数と出生児体重の平均
 - 表 26 妊娠転帰と HIV 母子感染数
 - 表 27 妊娠転帰別 HIV 感染妊婦の年次報告数
- 4) HIV 感染妊婦への抗ウイルス薬投与
 - 図 16 抗ウイルス薬の薬剤数の年次推移
 - 図 17 抗ウイルス薬投与例の薬剤数別の年次推移
- 5) 母体の HIV 感染判明時期
 - 図 18 HIV 感染妊婦における感染判明時期の推移
 - 図 19 HIV 感染妊婦における感染判明契機の推移
- 6) 妊娠中・分娩後に母体の HIV 感染が初めて判明した症例
 - 図 20 妊娠中・分娩後に母体の HIV 感染が初めて判明した症例の母子感染例
- 7) HIV 感染判明後の再妊娠
 - 図 21 HIV 感染判明の有無と妊娠時期の年次推移（2014～2023 年）
 - 図 22 HIV 感染判明の有無と妊娠時期の割合の推移（2014～2023 年）
 - 図 23 HIV 感染判明後妊娠の妊婦国籍（2014～2023 年）
 - 図 24 HIV 感染判明後妊娠のパートナー国籍（2014～2023 年）
 - 表 28 HIV 感染判明後の妊娠予定（2014～2023 年）
 - 表 29 HIV 感染判明後妊娠の血中ウイルス量の最高値（2014～2023 年）
- 8) HIV 感染妊婦の妊娠転帰場所
 - 図 25-1 HIV 感染妊婦の妊娠転帰場所
 - 図 25-2 HIV 感染判明後妊娠の妊娠転帰場所（2014～2023 年）
 - 表 30 施設別の妊娠転帰
 - 図 26 転帰場所別分娩様式の変動
 - 表 31 施設別の抗ウイルス薬投与状況
 - 表 32 日本で経膈分娩した 78 例

V.2. HIV 母子感染例の詳細（2023 年末までの症例による解析）

- 表 33 HIV 母子感染 63 例のまとめ
- 図 26-1 HIV 母子感染例の分娩様式の推移
- 図 26-2 HIV 母子感染例の分娩様式の推移（日本転帰 41 例）
- 図 26-3 HIV 母子感染例の分娩様式の推移（外国転帰 19 例）
- 表 34 HIV 母子感染例の妊婦国籍と妊娠転帰場所
- 図 27 HIV 母子感染例の分娩様式
- 図 28 HIV 母子感染例の妊娠転帰場所
- 図 29 HIV 母子感染例の母体 HIV 感染判明時期
- 図 30 HIV 母子感染例における妊娠初期スクリーニング検査陰性例

VI 考察 (データベース)

VII 成績 (コホート調査)

1) 調査の現況

図 31 コホート調査の同意取得者 (HIV 感染女性) 数の推移

2) 基本情報

図 32-1 コホート登録女性の年齢と妊娠転帰の有無

図 32-2 コホート登録女性の年齢と子どもの有無

3) 妊娠歴

図 33-1 コホート登録女性の既往妊娠と妊娠転帰

図 33-2 コホート登録女性の妊娠転帰施設

図 34 コホート登録女性から出生した児の年齢分布

4) 妊娠・分娩経過

図 35-1 コホート登録女性の妊娠中の抗ウイルス薬の種類 (キードラッグ)

図 35-2 コホート登録女性の妊娠中の抗ウイルス薬の種類 (バックボーン)

図 36-1 コホート登録女性の妊娠中検査値の推移 (白血球数)

図 36-2 コホート登録女性の妊娠中検査値の推移 (ヘモグロビン値)

図 36-3 コホート登録女性の妊娠中検査値の推移 (リンパ球%)

図 36-4 コホート登録女性の妊娠中検査値の推移 (リンパ球数)

図 36-5 コホート登録女性の妊娠中検査値の推移 (CD4%、CD8%)

図 36-6 コホート登録女性の妊娠中検査値の推移 (CD4 数、CD8 数)

図 36-7 コホート登録女性の妊娠中検査値の推移 (CD4/CD8 比)

図 37-1 コホート登録女性の妊娠中ウイルス量の推移 (カテゴリー)

図 37-2 コホート登録女性の妊娠中ウイルス量の推移

5) コホート登録女性の内科的経過

図 38 コホート登録女性の生存状況

図 39 コホート登録女性の嗜好品

表 35 コホート登録女性のフォロー期間に診断された非 HIV 関連疾患

表 36 コホート登録女性の常用薬 (抗ウイルス薬以外)

図 40 コホート登録女性の現在の病期 (フォローアップ時)

図 41-1 コホート登録女性の現在の抗ウイルス薬投与の有無

図 41-2 コホート登録女性の現在の抗ウイルス療法

図 41-3 コホート登録女性の現在の抗ウイルス療法 (STR)

図 41-4 コホート登録女性の現在の抗ウイルス療法 (MTR・キードラッグ)

図 41-5 コホート登録女性の現在の抗ウイルス療法 (MTR・バックボーン)

図 42 コホート登録女性の日和見感染の予防治療

図 43-1 コホート登録女性の初診時の血中ウイルス量

図 43-2 コホート登録女性のフォロー時の血中ウイルス量

図 43-3 コホート登録女性の血中ウイルス量

図 43-4 コホート登録女性の DD4 陽性細胞数

6) 出生児 (子ども) の経過

図 44 コホート登録女性の子どものフォローアップ状況

図 45-1 コホート登録女性の子どもの検査値 (ヘモグロビン値)

図 45-2 コホート登録女性の子どもの検査値 (好中球数)

図 45-3 コホート登録女性の子どもの検査値 (血小板数)

図 46-1 コホート登録女性の子どもの体重の推移

図 46-2 コホート登録女性の子どもの身長推移

7) 感染児

8) コホート登録女性 (対象者) へのアンケート調査結果

9) JWCICS II 参加施設の拡大について

表 37 コホート調査参加依頼結果

VIII 考察 (コホート調査)

HIV感染妊娠に関する臨床情報の集積と解析および母子感染根絶へ向けた検討

研究分担者：	杉浦 敦	武蔵野赤十字病院産婦人科
研究協力者：	市田 宏司	伊東レディースクリニック
	小林 裕幸	筑波大学附属病院水戸地域医療教育センター水戸協同病院総合診療科
	高野 政志	防衛医科大学校病院産科婦人科
	竹田 善紀	日本大学医学部病態病理学系微生物分野
	中西 美紗緒	国立国際医療センター病院産婦人科
	箕浦 茂樹	新宿区医師会区民健康センター
	湊 怜子	武蔵野赤十字病院産婦人科
	桃原 祥人	横浜市立みなと赤十字病院産婦人科
	山中 彰一郎	奈良県立医科大学産婦人科

本研究班へのHIV感染妊婦報告数は、2023年12月までで1,217件となった。年間報告数は30例前後で推移していたが、本邦での全分娩数減少に伴い年間報告数も減少することが予想される。しかし、妊娠10万件あたりのHIV感染妊娠の報告数は2018～2022年では3.9、3.8、3.1、4.5、2.5と推移してきており、現時点ではほぼ横ばいで推移している。近年は梅毒感染の著明な増加やコロナ禍によるHIV保健所検査の減少等が報告されており、今後のHIV感染妊婦の報告数に注視する必要がある。

分娩様式は母子感染予防を目的とした帝王切開分娩が大多数を占めていることに変わりはないが、近年は母体の血中ウイルス量コントロールが良好な例に対する経膈分娩例も散見され、2018～2023年で経膈分娩は全体の6.9%と2012～2017年の5.7%と比較しやや増加傾向にあった。今後、ウイルス量のコントロールが良好な例に対する経膈分娩例は増加することが予想される。本邦で安全な経膈分娩を行うために本研究班として帝王切開分娩と同様に、HIV感染妊娠の経膈分娩に関するマニュアル作成をすすめていく必要がある。

2024年調査では母子感染例は報告されなかったが、近年の母子感染は妊娠初期スクリーニング検査陰性例からの報告が多く、HIV感染が妊娠初期・中期に判明した例からは母子感染が生じていない。今後母子感染根絶へ向けて医療者・妊婦ともに、HIV感染を含めた感染症は妊娠中・産褥期を含め常に生じ得るということを啓発することが重要であり、またHIV感染を疑う場合は躊躇せずスクリーニング検査を複数回施行することを医療者へ推奨していくべきである。

本邦における出生数は著減しており、HIV感染妊婦の背景に関しても変化していく可能性が高い。今後HIV母子感染根絶へ向け、社会の変遷に合った形でのHIV母子感染予防対策の再構築を進めていくことが必須と考え、そのためには本研究の長期的な継続が必要である。

HIV感染女性と出生児の臨床情報の集積と解析 およびコホート調査の全国展開と出生児の健康・発達支援の検討

研究分担者：	田中 瑞恵	国立国際医療研究センター病院小児科
研究協力者：	外川 正生	医療法人医誠会医誠会病院小児科
	兼重 昌夫	国立国際医療研究センター病院小児科
	前田 尚子	国立病院機構名古屋医療センター小児科
	岡田 陽子	国立病院機構大阪医療センター小児科
	中河 秀憲	大阪市立総合医療センター感染症内科
	北島 浩二	国立国際医療研究センター臨床研究センター JCRAC 運営部臨床データ管理室
	佐々木 泰治	国立国際医療研究センター臨床研究センター JCRAC 運営部臨床データ管理室

全国病院小児科に対して、通算26年目となるHIV感染女性から出生した児(子ども)の診療実態を調査した。一次調査の結果およびコホート登録施設からのデータ移行を受けて、子どもを診療した21施設(うち1施設は2023年度報告があったが対象期間以降だったため2024年度調査に追加、1施設は2023年まで未回答の施設)に対して二次調査を行った。21施設のうち16施設(76.1%)から27例の回答を得た。27例のうち4例の既報と1例の重複を含んだため、新規症例22例(うち2023年3月以前の症例6例：以下同)について検討した。子どもの感染状況は、全例で非感染であった。新生児への抗ウイルス薬は20例(5例)で投与され、2例(1例)が不明であった。全例で抗ウイルス薬はAZT単剤だった。貧血は16(2)例で認められ、2例は抗ウイルス薬投与を中止した。母乳投与は2例で施行されていた。

コホート調査はパイロット調査開始から7年が経過し、パイロット調査(THE JAPAN WOMEN AND CHILDREN HIV COHORT STUDY (JWCICS))を多施設コホート調査(JWCICSII)に移行完了し、2024年度から統合データとして解析を開始した。2024年10月14日現在、累計42例(2例は脱落)が登録されている。2024年度は2例の新規登録があった。登録女性および子どもの生命予後は良好であるが、女性についてはHIV非関連疾患の合併、子どもにおいては先天形態異常や発達、頭部画像異常、発達検査異常の例を一定数認めており今後も症例の蓄積が必要である。

HIV感染妊婦とその出生児の発生動向 およびHIV母子感染の臨床背景に関する全国調査

研究分担者：	吉野 直人	岩手医科大学医学部微生物学講座感染症学・免疫学分野
研究協力者：	岩動 ちず子	岩手医科大学医学部産婦人科学講座
	伊藤 由子	国立病院機構鈴鹿病院看護部
	小山 理恵	岩手医科大学医学部産婦人科学講座
	菊池 琴佳	岩手医科大学医学部産婦人科学講座
	幅野 涉	岩手医科大学薬学部医療薬科学講座薬物代謝動態学分野
研究補助員：	高橋 尚子	岩手医科大学医学部

全国の産婦人科・産科を有する病院1,054施設、診療所2,616施設と小児科を有する病院2,152施設に対し、HIV感染妊婦とその出生児の動向と妊婦におけるHIVスクリーニング検査（以下、HIV検査）実施率の現状を把握するため調査を行った。現在、日本でのHIV母子感染は、適切な予防対策でその感染率を1%未満に低下させることが可能になっている。しかし、感染予防対策は妊婦がHIVに感染していることが確認されて初めて施行される。そこで、妊婦におけるHIV検査実施率の現状を調査した。産婦人科病院での妊婦HIV検査実施率は99.9%であり（2023年調査：99.6%）、病院調査を開始した1999年（73.2%）と比較すると26.7%の上昇が認められた。地域別では、全例で検査が実施されていたのは45都道府県（2023年調査：41道府県）であった。産婦人科診療所での妊婦HIV検査実施率は99.7%（2021年調査：99.8%）であった。さらに都道府県別では、全例で検査が実施されていたのは41都道府県（2021年：42都道府県）であった。

近年の周産期医療の現状、産婦人科施設の減少およびHIV感染妊婦数の推移から本研究班では全ての地域でHIV感染妊婦に対応できる地域（周産期医療圏）での均てん化を視野に入れるべきであると考えている。そこで、2024年調査ではHIV感染妊婦の診療時の対応、他施設に紹介するときのタイミング、紹介先（周産期医療圏の内外）を調査した。自施設でHIV感染妊婦の妊娠管理および出産を行う病院は166施設あり、診療所では7施設あった。他施設に紹介するタイミングで最多であったのは病院で確認検査陽性時であったのに対し、診療所ではスクリーニング検査陽性時であった。HIV感染妊婦の紹介先が紹介元と同一周産期医療圏であったのは病院60.9%、診療所76.5%であった。HIV感染妊婦の分娩施設の均てん化に関する意見を自由記述分析したところ、均てん化に否定的または集約的に肯定的な意見が病院・診療所ともに最多であった。

妊娠初期の検査によってHIV感染が明らかになった場合、適切な予防対策でほとんど母子感染が予防できることが明らかになっている。HIV再検査に関する情報の提供を含め日本におけるHIV母子感染の現状調査・啓発活動を継続していくことにより「HIV母子感染根絶」に到達できると考えられる。

I. 目的

I.1. HIV 感染妊娠に関する臨床情報の集積と解析および母子感染根絶へ向けた検討

日本におけるHIV 感染妊婦とその出生児に関するデータベースを更新する。さらに、現行のHIV 母子感染予防対策の妥当性と問題点を検証し予防対策の改訂および母子感染率のさらなる低下を図る。

I.2. HIV 感染女性と出生児の臨床情報の集積と解析およびコホート調査の全国展開と出生児の健康・発達支援の検討

HIV 母子感染の有無にかかわらず可能な限りのHIV 感染女性から出生した子どもの症例数、子どもの家族情報、周産期情報、薬剤情報、罹病と生育の正確な状況を把握し、母子感染率を検討する。日本の国情に合った子どもの健康管理および発達支援に必要なデータベースを構築・更新する。

従来の小児科二次調査では、子どもの長期予後についての調査は困難なため、コホートシステムの開発によりHIV 感染女性から出生した子どもの長期予後を調査することを目的とした。現在4施設である研究施設を更に拡大することを検討する。HIV 感染女性症例の集積を図り、妊娠した女性およびその出生児の長期予後についてデータを集積する。また、システムを通じた患者支援ツールについて検討する。

I.3. HIV 感染妊婦とその出生児の発生動向および妊婦HIVスクリーニング検査等に関する全国調査

HIV 母子感染の予防対策を講ずるためにはその実態を把握しなければならないが、その中でも患者数と臨床像は最も基本的な情報である。これまでの研究により、HIV 感染妊婦への抗ウイルス薬の投与、選択的帝王切開分娩、子どもへの人工栄養を行うことで、母子感染率を1%未満に低下させることが可能であることを明らかにしてきた。しかしながら、大前提として妊婦がHIVに感染していることが確認されて、初めてこれらの医療介入を行うことができる。そのため、全国の産婦人科・産科施設における妊婦HIVスクリーニング検査（以下、HIV 検査）実施率を調査し、検査実施率上昇のための啓発活動を行うことはHIV 母子感染予防の第一歩となる。

本研究班によるHIV 感染妊婦数およびHIV 感染女性からの出生児数の実態把握は日本国内で唯一の疫学調査であり、HIV 感染妊婦とその出生児の全国規模での発生動向の調査および妊婦HIV 検査実施率の把握を目的とした。

II.5. 小児科二次調査

全国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不可能型の詳細な二次調査(資料2)を行った。本調査はHIV感染女性から出生した児の全数把握を目指し、出生前～出生後の短期的な予後を調査した。また、少数ではあるが感染児について母子感染に至った状況などを把握し問題点を抽出した。

II.6. 産婦人科小児科・統合データベースの更新

産婦人科と小児科それぞれの2023年の全国調査で報告された症例を新たに追加し、2024年産婦人科小児科・統合データベースを作成した。

II.7. コホートシステムの開発

2018～2020年にHIV感染女性からの出生した子どもの長期予後、罹病、成長・発達についてのコホート調査を国立国際医療センターでのパイロット研究(THE JAPAN WOMEN AND CHILDREN HIV COHORT STUDY (JWCICS))から多施設コホート研究(JWCICSII)に拡大し開始した。

HIV感染女性(対象者)を対象に調査はwebで症例登録を行い、医療者(医師)および対象者に健康調査を行った。登録された対象症例は、現況、罹病、成長・発達(子どものみ)について半年もしくは1年に1回、対象者および医師によるweb入力を行い、データセンターでデータ管理した。対象者のフォロー中に妊娠があれば、その時点で妊娠・出産の状況を登録し子どもも登録した。集計されたデータをもとに1年に1回解析を行い報告した。コホート調査は長期的な継続が必要な調査ではあるが、蓄積されたデータを基にHIVおよび抗ウイルス薬の児への影響についてデータを集積した。

II.8. 倫理面への配慮

一次調査：本研究はHIV感染妊婦とその出生児の症例数把握のための一次調査であり、患者個人の情報は取り扱わない。本研究は岩手医科大学医学部倫理委員会において承認され、研究機関の長の許可を得た研究である。(承認番号：MH202-035、承認年月日：2024年7月25日)

産婦人科二次調査：臨床研究においては、「人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針」を遵守しプライバシーの保護に努めた。症例の識別は本研究における通し番号を用い、各情報は登録番号のみで処理されるため個人情報漏洩することなく、またデータから個人を特定することも不可能である。

小児科二次調査およびコホート調査：本調査は「人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針」及びヘルシンキ宣言を遵守して実施した。本調査の扱う課題はHIV感染を中心に、その周産期・小児医療、社会医学との関わりであり、基本的に「倫理面への配慮」は欠くべからざるものであり、細心の注意をもって対処した。本研究は国立国際医療研究センター倫理委員会承認された研究(研究名：ヒト免疫不全ウイルス陽性女性と出生した児の長期予後に関する多施設コホート研究「THE JAPAN WOMEN AND CHILDREN HIV COHORT STUDY II (JWCICSII)」)である。(承認番号：NCGM-S-003469-01、承認年月日：2021年9月10日)。

III. 成績（全国調査）

III.1. 産婦人科一次調査・二次調査

1) 産婦人科病院一次調査

産婦人科病院調査は2024年8月23日に岩手医科大学から全国に発送した。2025年3月31日現在で送付病院数は1,054件であり回収数は778件、産婦人科廃止等による無効回答は24件であり有効送付数1,030件、回答数は754件、有効回答率は73.2%（2023年調査：76.6%、比：3.4%減）であった。都道府県別有効回答率は100%（滋賀県）～47.8%（新潟県）であった（表1）。

2024年産婦人科病院一次調査でのHIV感染妊婦報告数は、2022年4月1日から2023年3月31日の間に受診したHIV感染妊婦が全国18病院のべ29例（2023年調査：18病院のべ28例）であった。2023年3月以前の本調査に未報告であったHIV感染妊婦は8病院のべ10例（2023年調査：5病院のべ7例）であった。これら症例に対し産婦人科二次調査が行われた。

2) 産婦人科診療所一次調査

産婦人科診療所調査は2024年8月23日に岩手医科大学から全国に発送した。2025年3月31日現在で送付診療所数は2,616件であり回収数は1,533件、産婦人科廃止・閉院等による無効回答は245件であり有効送付数2,371件、回答数は1,288件であった。有効回答率は54.4%（2021年調査：42.8%、比：11.5%増）であった。都道府県別有効回答率は81.3%（徳島県）～33.3%（鳥取県）であった（表2）。

2024年診療所一次調査のHIV感染妊婦報告数は、2021年以降に受診したHIV感染妊婦は全国の9診療所のべ9例（2021年調査：6診療所のべ7例）であった。2021年7月以前に受診し本調査に未報告であったHIV感染妊婦は7診療所のべ8例（2021年調査：13診療所のべ11例）であった。これら症例に対し産婦人科二次調査が行われた。

3) 産婦人科二次調査

産婦人科二次調査は、2024年9月6日に初回発送した。一次調査で追加報告されるごとに二次調査用紙を随時発送した。2025年3月27日現在、病院二次調査は対象の26施設中21施設（80.8%）から回答を得た。複数施設からの同じ症例に対する重複回答を除き、2024年調査報告症例数は30例であった。そのうち2023年4月から2024年3月までに受診した妊娠転帰症例が17例、2023年3月以前の妊娠転帰症例で本研究班へ未報告の症例が7例、本研究班に既に報告されていた症例が5例であった。2024年調査で回答があった21施設のうち、紙面での回答が2施設（9.5%）、web上での回答が19施設（90.5%）であった。診療所二次調査は対象の13施設中6施設（53.8%）から回答を得た。そのうち3施設からの回答が「詳細不明」などの無効回答であった。診療所からの報告症例は3例で、そのうち本研究班に既に報告されている症例が2例、他院に紹介された症例が1例であった。

複数施設からの同じ症例に対する重複回答を除き、病院と診療所を合わせた産科診療施設からの報告症例数は36例であった。そのうち2024年3月以前に受診したが本研究班へ未報告の症例が7例、2023年4月から2024年3月までに受診した妊娠転帰症例が17例、本研究班に既に報告されている症例が10例、妊娠中または他院に紹介された症例が1例、転帰不明が1例であった。

4) 新規・未報告妊婦症例の解析

2024年調査でのHIV感染妊婦報告数（新規・未報告）は24例であった。報告都道府県は、東京都が8例

表1 産婦人科病院一次調査の回答率

【2024年産婦人科・病院一次調査】

都道府県	送付数	回収数	回収率	返還等無効	有効送付数	回答数	回答率
北海道	59	42	71.2%	1	58	41	70.7%
青森	12	9	75.0%	0	12	9	75.0%
岩手	12	10	83.3%	1	11	9	81.8%
宮城	16	13	81.3%	1	15	12	80.0%
秋田	17	10	58.8%	1	16	9	56.3%
山形	15	14	93.3%	1	14	13	92.9%
福島	17	9	52.9%	1	16	8	50.0%
茨城	24	16	66.7%	0	24	16	66.7%
栃木	11	8	72.7%	0	11	8	72.7%
群馬	19	13	68.4%	0	19	13	68.4%
埼玉	34	30	88.2%	0	34	30	88.2%
千葉	39	28	71.8%	0	39	28	71.8%
東京	97	74	76.3%	3	94	71	75.5%
神奈川	59	41	69.5%	1	58	40	69.0%
新潟	23	11	47.8%	0	23	11	47.8%
山梨	8	7	87.5%	0	8	7	87.5%
長野	27	21	77.8%	0	27	21	77.8%
富山	16	13	81.3%	1	15	12	80.0%
石川	20	12	60.0%	0	20	12	60.0%
福井	10	8	80.0%	0	10	8	80.0%
岐阜	16	12	75.0%	1	15	11	73.3%
静岡	26	17	65.4%	0	26	17	65.4%
愛知	51	32	62.7%	1	50	31	62.0%
三重	14	11	78.6%	0	14	11	78.6%
滋賀	10	10	100.0%	0	10	10	100.0%
京都	30	24	80.0%	1	29	23	79.3%
大阪	65	48	73.8%	0	65	48	73.8%
兵庫	42	31	73.8%	1	41	30	73.2%
奈良	13	9	69.2%	2	11	7	63.6%
和歌山	11	9	81.8%	1	10	8	80.0%
鳥取	6	5	83.3%	0	6	5	83.3%
島根	12	9	75.0%	0	12	9	75.0%
岡山	18	16	88.9%	0	18	16	88.9%
広島	26	23	88.5%	0	26	23	88.5%
山口	18	14	77.8%	0	18	14	77.8%
徳島	10	9	90.0%	0	10	9	90.0%
香川	15	9	60.0%	0	15	9	60.0%
愛媛	11	7	63.6%	0	11	7	63.6%
高知	10	7	70.0%	1	9	6	66.7%
福岡	32	25	78.1%	2	30	23	76.7%
佐賀	5	3	60.0%	0	5	3	60.0%
長崎	14	12	85.7%	0	14	12	85.7%
熊本	11	6	54.5%	1	10	5	50.0%
大分	5	3	60.0%	0	5	3	60.0%
宮崎	13	10	76.9%	1	12	9	75.0%
鹿児島	18	15	83.3%	1	17	14	82.4%
沖縄	17	13	76.5%	0	17	13	76.5%
全国	1,054	778	73.8%	24	1,030	754	73.2%

表2 産婦人科診療所一次調査の回答率

【2024年産婦人科・診療所一次調査】

都道府県	送付数	回収数	回収率	返還等無効	有効送付数	回答数	回答率
北海道	64	39	60.9%	10	54	29	53.7%
青森	22	14	63.6%	3	19	11	57.9%
岩手	22	12	54.5%	2	20	10	50.0%
宮城	58	32	55.2%	4	54	28	51.9%
秋田	26	13	50.0%	0	26	13	50.0%
山形	17	10	58.8%	2	15	8	53.3%
福島	34	25	73.5%	6	28	19	67.9%
茨城	35	23	65.7%	2	33	21	63.6%
栃木	42	24	57.1%	3	39	21	53.8%
群馬	42	29	69.0%	3	39	26	66.7%
埼玉	112	53	47.3%	13	99	40	40.4%
千葉	94	55	58.5%	9	85	46	54.1%
東京	350	192	54.9%	34	316	158	50.0%
神奈川	195	99	50.8%	18	177	81	45.8%
新潟	28	14	50.0%	1	27	13	48.1%
山梨	18	10	55.6%	0	18	10	55.6%
長野	41	24	58.5%	2	39	22	56.4%
富山	19	13	68.4%	0	19	13	68.4%
石川	29	16	55.2%	3	26	13	50.0%
福井	15	12	80.0%	3	12	9	75.0%
岐阜	43	26	60.5%	7	36	19	52.8%
静岡	77	55	71.4%	9	68	46	67.6%
愛知	156	90	57.7%	13	143	77	53.8%
三重	42	28	66.7%	3	39	25	64.1%
滋賀	34	23	67.6%	5	29	18	62.1%
京都	46	26	56.5%	5	41	21	51.2%
大阪	215	110	51.2%	14	201	96	47.8%
兵庫	118	77	65.3%	12	106	65	61.3%
奈良	25	10	40.0%	1	24	9	37.5%
和歌山	30	14	46.7%	1	29	13	44.8%
鳥取	13	5	38.5%	1	12	4	33.3%
島根	9	5	55.6%	0	9	5	55.6%
岡山	39	21	53.8%	2	37	19	51.4%
広島	58	42	72.4%	7	51	35	68.6%
山口	27	18	66.7%	3	24	15	62.5%
徳島	17	14	82.4%	1	16	13	81.3%
香川	17	11	64.7%	0	17	11	64.7%
愛媛	28	18	64.3%	6	22	12	54.5%
高知	12	7	58.3%	0	12	7	58.3%
福岡	121	78	64.5%	9	112	69	61.6%
佐賀	21	12	57.1%	0	21	12	57.1%
長崎	43	28	65.1%	5	38	23	60.5%
熊本	44	37	84.1%	12	32	25	78.1%
大分	26	19	73.1%	3	23	16	69.6%
宮崎	31	14	45.2%	2	29	12	41.4%
鹿児島	38	24	63.2%	3	35	21	60.0%
沖縄	23	12	52.2%	3	20	9	45.0%
全国	2,616	1,533	58.6%	245	2,371	1,288	54.3%

(33.3%)と最も多く、次いで愛知県が4例(16.7%)であった(表3)。妊婦国籍では、日本が19例(79.2%)であった(表4)。パートナーの国籍は、日本が16例(66.7%)であった(表5)。妊婦とパートナーの組み合わせは、日本人同士のカップルが最も多く12例(50.0%)であった(表6)。

表3 2024年調査でのHIV感染妊婦の報告都道府県

【2024年産婦人科二次調査】

地方ブロック	都道府県	都道府県別報告数	地方ブロック別報告数
北海道・東北	北海道	2 8.3%	3 12.5%
	青森	1 4.2%	
関東甲信越	栃木	1 4.2%	11 45.8%
	千葉	1 4.2%	
	東京	8 33.3%	
	神奈川	1 4.2%	
東海	静岡	2 8.3%	6 25.0%
	愛知	4 16.7%	
近畿	大阪	2 8.3%	2 8.3%
中国四国	愛媛	1 4.2%	1 4.2%
九州	福岡	1 4.2%	1 4.2%
合計		24 100.0%	24 100.0%

表5 2024年調査でのパートナーの国籍

【2024年産婦人科二次調査】

地域	パートナー国籍	国別報告数	地域別報告数
	日本	16 66.7%	16 66.7%
アジア	ベトナム	1 4.2%	1 4.2%
アフリカ	リビア	1 4.2%	3 12.5%
	エジプト	1 4.2%	
	シエラレオネ	1 4.2%	
北米	アメリカ	1 4.2%	1 4.2%
欧州	イタリア	1 4.2%	1 4.2%
不明		2 8.3%	2 8.3%
合計		24 100.0%	24 100.0%

表4 2024年調査でのHIV感染妊婦の国籍

【2024年産婦人科二次調査】

地域	妊婦の国籍	国別報告数	地域別報告数
	日本	19 79.2%	19 79.2%
アジア	ベトナム	1 4.2%	2 8.3%
	ミャンマー	1 4.2%	
アフリカ	マラウイ	1 4.2%	3 12.5%
	リビア	1 4.2%	
	ギニア	1 4.2%	
合計		24 100.0%	24 100.0%

表6 2024年調査での妊婦とパートナーの国籍組み合わせ

【2024年産婦人科二次調査】

国籍組み合わせ(妊婦)-(パートナー)	報告数
♀日本-♂日本	12 50.0%
♀日本-♂外国	4 16.7%
♀外国-♂日本	2 8.3%
♀外国-♂外国	3 12.5%
不明	3 12.5%
合計	24 100.0%

分娩様式は、選択的帝王切開分娩18例(75.0%)、自然流産3例(12.5%)、人工妊娠中絶2例(8.3%)、転帰不明1例(4.2%)であった。在胎週数と出生児体重の平均は、37週2日、2,831gであった。妊婦の妊娠転帰場所は、22例(91.7%)でエイズ拠点病院が妊娠転帰場所となっていた。抗ウイルス薬は24例中19例(79.2%)でcARTが行われていた(表7)。パートナーとの婚姻関係は、婚姻あり20例(83.3%)、婚姻なし・不明4例(16.7%)であった。

表7 2024年調査での妊娠転帰例の抗ウイルス薬レジメン

【2024年産婦人科二次調査】

抗ウイルス薬レジメン	症例数	開始時期等
TDF/FTC+RAL	7 29.2%	妊娠前:6例、妊娠12週:1例
BIC/TAF/FTC	4 16.7%	妊娠前:4例
TAF/FTC+RAL	3 12.5%	妊娠前:3例
ABC/3TC+RAL	2 8.3%	妊娠前:2例
ABC+3TC+RAL	1 4.2%	妊娠5週:1例
TAF/FTC+DTG	1 4.2%	妊娠前:1例
TDF+3TC+EFV	1 4.2%	妊娠前:1例
不明	5 20.8%	
合計	24 100.0%	

妊婦のHIV感染判明時期は、感染が判明した後に1回目の妊娠した症例が11例(45.8%)、感染が判明した後に2回以上妊娠した症例が8例(33.3%)であった。人工妊娠中絶1例では中絶後に初めて感染が判明していた(表8)。HIV感染判明後に妊娠した19例の妊娠回数は1回目12例(63.2%)、2回目以降が7例(36.8%)であった。HIV感染判明時期と妊娠転帰は、人工妊娠中絶例で中絶後に感染が判明した1例(4.2%)、感染判明後3回目以降妊娠1例(4.2%)であった(表9)。妊娠方法と不妊治療の有無では、不妊治療を行なった症例は4例(16.7%)であった。また、予定内の妊娠が19例(79.2%)であった(表10)。分娩に至った18例全例が妊婦健診等の定期受診を行っていた。

表8 2024年調査での妊娠転帰例のHIV感染判明時期
【2024年産婦人科二次調査】

HIV感染判明時期	症例数	
感染分らずに分娩	0	-
感染分らずに妊娠	5	20.8%
感染判明後初めての妊娠(前回妊娠時に感染判明)	6	25.0%
感染判明後初めての妊娠(妊娠前に感染判明)	5	20.8%
感染判明後2回目妊娠	5	20.8%
感染判明後3回目以降妊娠	3	12.5%
合計	24	100.0%

表9 2024年調査での妊娠転帰例のHIV感染判明時期と妊娠転帰

【2024年産婦人科二次調査】

妊娠転帰	感染分らずに分娩		感染分らずに妊娠		感染判明後1回目の妊娠 前回妊娠時判明		感染判明後 2回目の妊娠		感染判明後 3回目以降妊娠		合計				
選択的帝切分娩	-	-	1	4.2%	6	25.0%	4	16.7%	5	20.8%	2	8.3%	18	75.0%	
緊急帝切分娩	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0	-	
経膈分娩	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0	-	
自然流産	-	-	2	8.3%	-	-	1	4.2%	-	-	-	-	3	12.5%	
人工妊娠中絶	-	-	1	4.2%	-	-	-	-	-	1	4.2%	1	4.2%	2	8.3%
妊娠転帰不明	-	-	1	4.2%	-	-	-	-	-	-	-	-	1	4.2%	
合計	0	-	5	20.8%	6	25.0%	5	20.8%	5	20.8%	3	12.5%	24	100.0%	

表10 2024年調査での妊娠転帰例の妊娠方法

【2024年産婦人科二次調査】

妊娠転帰	不妊治療あり				不妊治療なし (自然妊娠)		不明	合計					
	人工授精	体外受精	タイミング法	注射器抽入									
予定内妊娠	0	-	4	100.0%	0	-	0	15	88.2%	0	-	19	79.2%
選択的帝切分娩	-	-	4	100.0%	-	-	-	13	76.5%	-	-	17	70.8%
緊急帝切分娩	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0	-
経膈分娩	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0	-
自然流産	-	-	-	-	-	-	-	1	5.9%	-	-	1	4.2%
人工妊娠中絶	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0	-
妊娠転帰不明	-	-	-	-	-	-	-	1	5.9%	-	-	1	4.2%
予定外妊娠	0	-	0	-	0	-	0	1	5.9%	0	-	1	4.2%
選択的帝切分娩	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0	-
緊急帝切分娩	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0	-
経膈分娩	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0	-
自然流産	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0	-
人工妊娠中絶	-	-	-	-	-	-	-	1	5.9%	-	-	1	4.2%
不明	0	-	0	-	0	-	0	1	5.9%	3	100.0%	4	16.7%
選択的帝切分娩	-	-	-	-	-	-	-	1	5.9%	-	-	1	4.2%
緊急帝切分娩	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0	-
経膈分娩	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0	-
自然流産	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	66.7%	2	8.3%
人工妊娠中絶	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	33.3%	1	4.2%
合計	0	-	4	100.0%	0	-	0	17	100.0%	3	100.0%	24	100.0%

III.2. 小児科一次調査・二次調査

1) 小児科一次調査

小児科病院調査は2024年8月23日に岩手医科大学から全国に発送した。2025年3月31日現在で送付施設数は2,152件であり回収数は1,292件、小児科廃止等による無効回答は18件であり有効送付数2,134件であった。また、回答数は1,274件、有効回答率は59.7%（2023年調査：61.0%、比：1.3%減）であった。都道府県別回答率は87.5%（鳥取県）～32.3%（徳島県）であった（表11）。

2024年小児科一次調査で、2023年4月1日から2024年3月31日までの間にHIV感染女性より出生した小児は、全国13病院のべ18例（2023年調査：9病院のべ16例）であった。2023年3月以前の本調査に未報告であったHIV感染女性より出生した小児が6病院のべ8例（2023年調査：5病院のべ6例）であった。これらの症例に対し小児科二次調査が行われた。

2) 小児科二次調査

全国の病院小児科に対して通算26年目となるHIV感染妊婦から出生した子どもの診療実態を調査した。2023年度一次調査でHIV感染女性より出生した子どもの診療経験ありと回答した21施設31例に対して二次調査を行った。内訳は、2023年4月1日から2024年3月31日に出生した子ども19例、2023年3月31日以前に出生した子ども12例であった。

子どもを診療した21施設に対して多施設コホート調査（JWCICSII）からのデータ移行もしくは二次調査を行い、16施設（76.1%）から27例の回答を得た。27例のうちJWCICSIIからデータ移行し二次調査に登録した症例は7例（2施設）であった。以上の結果、2024年度調査では16施設27例の回答を得たが、4例が既報、1例が重複症例であったため、新規症例22例となり（うち2023年3月31日以前の症例6例：以下同）これらの症例について検討した。感染例はなかった。

調査方法として電子症例報告書（eCRF）での回答を希望した施設はJWCICSIIに参加施設している2施設を除いた全施設（11施設）であった。

表11 小児科一次調査の回答率

【2024年 小児科一次調査】

都道府県	送付数	回収数	回収率	返還等無効	有効送付数	回答数	回答率
北海道	126	84	66.7%	1	125	83	66.4%
青森	31	14	45.2%	0	31	14	45.2%
岩手	32	14	43.8%	1	31	13	41.9%
宮城	36	22	61.1%	0	36	22	61.1%
秋田	22	17	77.3%	0	22	17	77.3%
山形	23	17	73.9%	0	23	17	73.9%
福島	32	16	50.0%	0	32	16	50.0%
茨城	63	35	55.6%	0	63	35	55.6%
栃木	34	17	50.0%	0	34	17	50.0%
群馬	32	25	78.1%	1	31	24	77.4%
埼玉	92	48	52.2%	1	91	47	51.6%
千葉	92	43	46.7%	2	90	41	45.6%
東京	150	91	60.7%	0	150	91	60.7%
神奈川	92	59	64.1%	0	92	59	64.1%
新潟	45	29	64.4%	0	45	29	64.4%
山梨	24	14	58.3%	0	24	14	58.3%
長野	62	38	61.3%	1	61	37	60.7%
富山	29	20	69.0%	0	29	20	69.0%
石川	30	20	66.7%	0	30	20	66.7%
福井	29	13	44.8%	0	29	13	44.8%
岐阜	40	27	67.5%	0	40	27	67.5%
静岡	50	31	62.0%	1	49	30	61.2%
愛知	94	54	57.4%	0	94	54	57.4%
三重	29	14	48.3%	0	29	14	48.3%
滋賀	28	20	71.4%	0	28	20	71.4%
京都	54	35	64.8%	1	53	34	64.2%
大阪	117	65	55.6%	2	115	63	54.8%
兵庫	77	48	62.3%	1	76	47	61.8%
奈良	22	17	77.3%	0	22	17	77.3%
和歌山	24	18	75.0%	0	24	18	75.0%
鳥取	16	14	87.5%	0	16	14	87.5%
島根	21	16	76.2%	0	21	16	76.2%
岡山	44	28	63.6%	0	44	28	63.6%
広島	48	31	64.6%	1	47	30	63.8%
山口	30	17	56.7%	0	30	17	56.7%
徳島	31	10	32.3%	0	31	10	32.3%
香川	26	17	65.4%	0	26	17	65.4%
愛媛	28	17	60.7%	1	27	16	59.3%
高知	28	16	57.1%	0	28	16	57.1%
福岡	75	49	65.3%	2	73	47	64.4%
佐賀	19	12	63.2%	0	19	12	63.2%
長崎	33	18	54.5%	1	32	17	53.1%
熊本	39	19	48.7%	0	39	19	48.7%
大分	26	15	57.7%	0	26	15	57.7%
宮崎	17	11	64.7%	0	17	11	64.7%
鹿児島	34	22	64.7%	0	34	22	64.7%
沖縄	26	15	57.7%	1	25	14	56.0%
全国	2,152	1,292	60.0%	18	2,134	1,274	59.7%

3) 2024年調査での報告児症例に関する解析

カッコ内の症例数は2023年3月31日以前に出生した症例を示す。2024年度調査での新規症例22例中の子どものHIV感染については非感染21例(6例)、未確定1例であった。

HIV感染女性から出生した子どもの性別は、男児が13例(3例)で女児が9例(3例)であった。新生児への抗ウイルス薬は20例(5例)に投与され、不明2例(1例)であった。薬剤は投与があった全例でAZT単剤(静注含む)であった。AZTの1日の投与回数は1回/日1例、2回/日18例(5例)、4回/日1例であった。投与期間は6週間以上8例(3例)、4週間以上6週間未満11例(2例)、2週間以上4週間未満1例であった。母乳栄養はあり2例、なし15例(3例)、不明5例(3例)で、母乳栄養の2例の授乳期間は6か月まで1例、9か月まで1例であった。

新生児期に異常があった子どもは6例(2例)であった。新生児一過性多呼吸3例(1例)、新生児呼吸窮迫症候群1例、重症新生児仮死1例、新生児呼吸障害1例(1例)、新生児無呼吸2例(1例)、消化管アレルギー(FPIES)1例だった。このうち、新生児一過性多呼吸、新生児呼吸窮迫症候群、重症新生児仮死が同一症例、新生児呼吸障害、新生児無呼吸が同一症例だった。

貧血は16例(3例)で認められ、最低ヘモグロビン値は7.5～10.4g/dLに分布し、最低ヘモグロビン値であった時期は生後0か月4例(1例)、生後1か月9例(2例)、生後3か月2例、生後7か月1例であった。貧血の治療は経過観察9例(1例)、鉄剤投与7例(2例)であった。経過観察を行なった症例で中止2例、終了後7例(1例)であった。好中球減少は12例(2例)で認められ888～1,450/ μ Lに分布し、発症時期は生後0か月2例(2例)、生後1か月4例、生後2か月2例、生後3か月2例、生後8か月1例、生後9か月1例であった。治療内容は全例で経過観察であった。抗ウイルス薬内服は継続3例(1例)、終了後9例(1例)であった。運動発達障害、精神発達障害および成長障害はともに21例(6例)で認められなかった。

III.3. 妊婦HIVスクリーニング検査実施率調査

妊婦HIVスクリーニング検査実施率は、「各施設での分娩件数」×「各施設でのHIVスクリーニング検査実施率」=「各施設での検査件数」、「総検査件数」÷「総分娩件数」×100=「検査実施率(%)」とした。

産婦人科病院調査におけるHIV検査実施率は全国で99.9%(2023年調査:99.6%)であった。全例(100%)に検査を行っていた地域は45都道府県(2023年調査:41府県)あり、愛知県、大阪府の2府県では全例には検査が行われていなかった。最も検査実施率の低かった地域は、愛知県の98.5%であった(表12)。1999年調査から2024年調査までの病院での都道府県別HIV検査実施率の推移を図1に示す。

産婦人科診療所調査におけるHIV検査実施率は全国で99.7%(2021年調査:99.8%)であった。全例(100%)に検査を行っていた地域は41都道府県(2021年調査:42都道府県)あり、栃木県、三重県、京都府、兵庫県、佐賀県、熊本県は全例には検査が行われていなかった。最も検査実施率の低かった地域は、熊本県の92.7%であった(表13)。2003年調査から2024年調査までの診療所での都道府県別HIV検査実施率の推移を図2に示す。

産婦人科病院調査と診療所調査を合計すると2024年調査では510,365人の妊婦のHIV検査状況把握したことになる。2023年の出生数は727,288人(厚生労働省「令和5年(2023)人口動態統計(確定値)の概況」)であり、本研究は日本国内の約7割(70.2%)を調査したことになる。全国でのHIV検査実施率は99.8%である(表14)。

妊婦健診は行方が分娩は取り扱わない施設があることから、本調査では妊婦健診を行っているかどうかを質問し、妊婦健診は行っているが分娩を取り扱わない施設を特定した。2024年産婦人科病院調査では、妊婦健診は行っているが分娩を取り扱わない病院でのHIV検査は100%に実施されていた(2023年調査:100%)。

表 12 病院調査でのHIVスクリーニング検査実施率

【2024年産婦人科・病院調査】			
都道府県	分娩件数	検査件数	検査実施率
北海道	14,551	14,551	100.00%
青森	2,852	2,852	100.00%
岩手	2,678	2,678	100.00%
宮城	6,881	6,881	100.00%
秋田	2,125	2,125	100.00%
山形	4,006	4,006	100.00%
福島	2,548	2,548	100.00%
茨城	6,799	6,799	100.00%
栃木	2,595	2,595	100.00%
群馬	4,700	4,700	100.00%
埼玉	19,698	19,698	100.00%
千葉	10,945	10,945	100.00%
東京	40,773	40,773	100.00%
神奈川	20,703	20,703	100.00%
新潟	2,707	2,707	100.00%
山梨	2,359	2,359	100.00%
長野	7,717	7,717	100.00%
富山	2,127	2,127	100.00%
石川	895	895	100.00%
福井	2,383	2,383	100.00%
岐阜	2,294	2,294	100.00%
静岡	5,551	5,551	100.00%
三重	3,865	3,865	100.00%
滋賀	2,926	2,926	100.00%
京都	7,396	7,396	100.00%
兵庫	12,234	12,234	100.00%
奈良	1,597	1,597	100.00%
和歌山	2,414	2,414	100.00%
鳥取	1,233	1,233	100.00%
島根	2,310	2,310	100.00%
岡山	5,943	5,943	100.00%
広島	8,044	8,044	100.00%
山口	4,184	4,184	100.00%
徳島	2,186	2,186	100.00%
香川	2,375	2,375	100.00%
愛媛	2,613	2,613	100.00%
高知	1,506	1,506	100.00%
福岡	9,071	9,071	100.00%
佐賀	943	943	100.00%
長崎	2,406	2,406	100.00%
熊本	4,359	4,359	100.00%
大分	855	855	100.00%
宮崎	2,166	2,166	100.00%
鹿児島	4,121	4,121	100.00%
沖縄	6,949	6,949	100.00%
大阪	25,337	25,283	99.79%
愛知	11,962	11,782	98.50%
全国	296,882	296,648	99.92%

表 13 診療所調査でのHIVスクリーニング検査実施率

【2024年産婦人科・診療所調査】			
都道府県	分娩件数	検査件数	検査実施率
北海道	3,983	3,983	100.00%
青森	2,347	2,347	100.00%
岩手	1,990	1,990	100.00%
宮城	2,598	2,598	100.00%
秋田	291	291	100.00%
山形	1,382	1,382	100.00%
福島	3,777	3,777	100.00%
茨城	5,351	5,351	100.00%
群馬	4,843	4,843	100.00%
埼玉	10,142	10,142	100.00%
千葉	11,734	11,734	100.00%
東京	17,228	17,228	100.00%
神奈川	9,815	9,815	100.00%
新潟	2,126	2,126	100.00%
山梨	1,686	1,686	100.00%
長野	2,852	2,852	100.00%
富山	2,917	2,917	100.00%
石川	2,943	2,943	100.00%
福井	1,460	1,460	100.00%
岐阜	4,994	4,994	100.00%
静岡	5,630	5,630	100.00%
愛知	14,018	14,018	100.00%
滋賀	4,961	4,961	100.00%
大阪	11,051	11,051	100.00%
奈良	865	865	100.00%
和歌山	1,983	1,983	100.00%
鳥取	743	743	100.00%
島根	1,239	1,239	100.00%
岡山	3,035	3,035	100.00%
広島	7,170	7,170	100.00%
山口	2,147	2,147	100.00%
徳島	1,479	1,479	100.00%
香川	400	400	100.00%
愛媛	2,688	2,688	100.00%
高知	530	530	100.00%
福岡	16,163	16,163	100.00%
長崎	4,180	4,180	100.00%
大分	3,438	3,438	100.00%
宮崎	1,846	1,846	100.00%
鹿児島	3,938	3,938	100.00%
沖縄	1,887	1,887	100.00%
兵庫	9,846	9,844	99.98%
京都	3,055	3,053	99.95%
三重	5,296	5,277	99.65%
佐賀	2,957	2,928	99.01%
栃木	3,894	3,694	94.86%
熊本	4,585	4,251	92.72%
全国	213,483	212,898	99.73%

表 14 2024年調査での妊婦 HIV スクリーニング検査実施率のまとめ

【2024年 産婦人科調査】

都道府県	合計			病院調査			診療所調査		
	分娩件数	検査件数	検査実施率	分娩件数	検査件数	検査実施率	分娩件数	検査件数	検査実施率
北海道	18,534	18,534	100.00%	14,551	14,551	100.00%	3,983	3,983	100.00%
青森	5,199	5,199	100.00%	2,852	2,852	100.00%	2,347	2,347	100.00%
岩手	4,668	4,668	100.00%	2,678	2,678	100.00%	1,990	1,990	100.00%
宮城	9,479	9,479	100.00%	6,881	6,881	100.00%	2,598	2,598	100.00%
秋田	2,416	2,416	100.00%	2,125	2,125	100.00%	291	291	100.00%
山形	5,388	5,388	100.00%	4,006	4,006	100.00%	1,382	1,382	100.00%
福島	6,325	6,325	100.00%	2,548	2,548	100.00%	3,777	3,777	100.00%
茨城	12,150	12,150	100.00%	6,799	6,799	100.00%	5,351	5,351	100.00%
栃木	6,489	6,289	96.92%	2,595	2,595	100.00%	3,894	3,694	94.86%
群馬	9,543	9,543	100.00%	4,700	4,700	100.00%	4,843	4,843	100.00%
埼玉	29,840	29,840	100.00%	19,698	19,698	100.00%	10,142	10,142	100.00%
千葉	22,679	22,679	100.00%	10,945	10,945	100.00%	11,734	11,734	100.00%
東京	58,001	58,001	100.00%	40,773	40,773	100.00%	17,228	17,228	100.00%
神奈川	30,518	30,518	100.00%	20,703	20,703	100.00%	9,815	9,815	100.00%
新潟	4,833	4,833	100.00%	2,707	2,707	100.00%	2,126	2,126	100.00%
山梨	4,045	4,045	100.00%	2,359	2,359	100.00%	1,686	1,686	100.00%
長野	10,569	10,569	100.00%	7,717	7,717	100.00%	2,852	2,852	100.00%
富山	5,044	5,044	100.00%	2,127	2,127	100.00%	2,917	2,917	100.00%
石川	3,838	3,838	100.00%	895	895	100.00%	2,943	2,943	100.00%
福井	3,843	3,843	100.00%	2,383	2,383	100.00%	1,460	1,460	100.00%
岐阜	7,288	7,288	100.00%	2,294	2,294	100.00%	4,994	4,994	100.00%
静岡	11,181	11,181	100.00%	5,551	5,551	100.00%	5,630	5,630	100.00%
愛知	25,980	25,800	99.31%	11,962	11,782	98.50%	14,018	14,018	100.00%
三重	9,161	9,142	99.80%	3,865	3,865	100.00%	5,296	5,277	99.65%
滋賀	7,887	7,887	100.00%	2,926	2,926	100.00%	4,961	4,961	100.00%
京都	10,451	10,449	99.99%	7,396	7,396	100.00%	3,055	3,053	99.95%
大阪	36,388	36,334	99.85%	25,337	25,283	99.79%	11,051	11,051	100.00%
兵庫	22,080	22,078	99.99%	12,234	12,234	100.00%	9,846	9,844	99.98%
奈良	2,462	2,462	100.00%	1,597	1,597	100.00%	865	865	100.00%
和歌山	4,397	4,397	100.00%	2,414	2,414	100.00%	1,983	1,983	100.00%
鳥取	1,976	1,976	100.00%	1,233	1,233	100.00%	743	743	100.00%
島根	3,549	3,549	100.00%	2,310	2,310	100.00%	1,239	1,239	100.00%
岡山	8,978	8,978	100.00%	5,943	5,943	100.00%	3,035	3,035	100.00%
広島	15,214	15,214	100.00%	8,044	8,044	100.00%	7,170	7,170	100.00%
山口	6,331	6,331	100.00%	4,184	4,184	100.00%	2,147	2,147	100.00%
徳島	3,665	3,665	100.00%	2,186	2,186	100.00%	1,479	1,479	100.00%
香川	2,775	2,775	100.00%	2,375	2,375	100.00%	400	400	100.00%
愛媛	5,301	5,301	100.00%	2,613	2,613	100.00%	2,688	2,688	100.00%
高知	2,036	2,036	100.00%	1,506	1,506	100.00%	530	530	100.00%
福岡	25,234	25,234	100.00%	9,071	9,071	100.00%	16,163	16,163	100.00%
佐賀	3,900	3,871	99.25%	943	943	100.00%	2,957	2,928	99.01%
長崎	6,586	6,586	100.00%	2,406	2,406	100.00%	4,180	4,180	100.00%
熊本	8,944	8,610	96.27%	4,359	4,359	100.00%	4,585	4,251	92.72%
大分	4,293	4,293	100.00%	855	855	100.00%	3,438	3,438	100.00%
宮崎	4,012	4,012	100.00%	2,166	2,166	100.00%	1,846	1,846	100.00%
鹿児島	8,059	8,059	100.00%	4,121	4,121	100.00%	3,938	3,938	100.00%
沖縄	8,836	8,836	100.00%	6,949	6,949	100.00%	1,887	1,887	100.00%
全国	510,365	509,546	99.84%	296,882	296,648	99.92%	213,483	212,898	99.73%

図1 病院での妊婦 HIV スクリーニング検査実施率の推移

【2024年 産婦人科・病院調査】

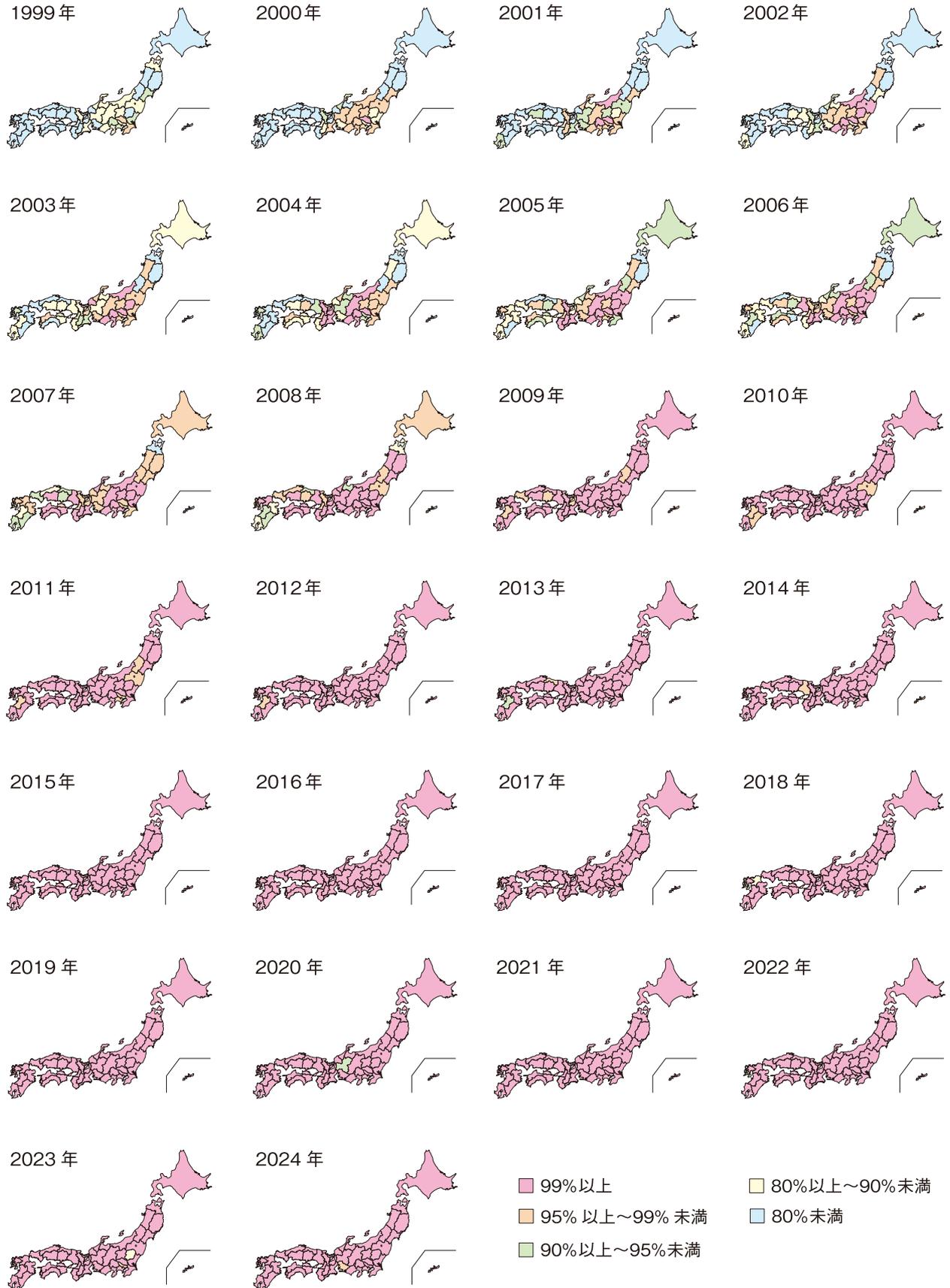
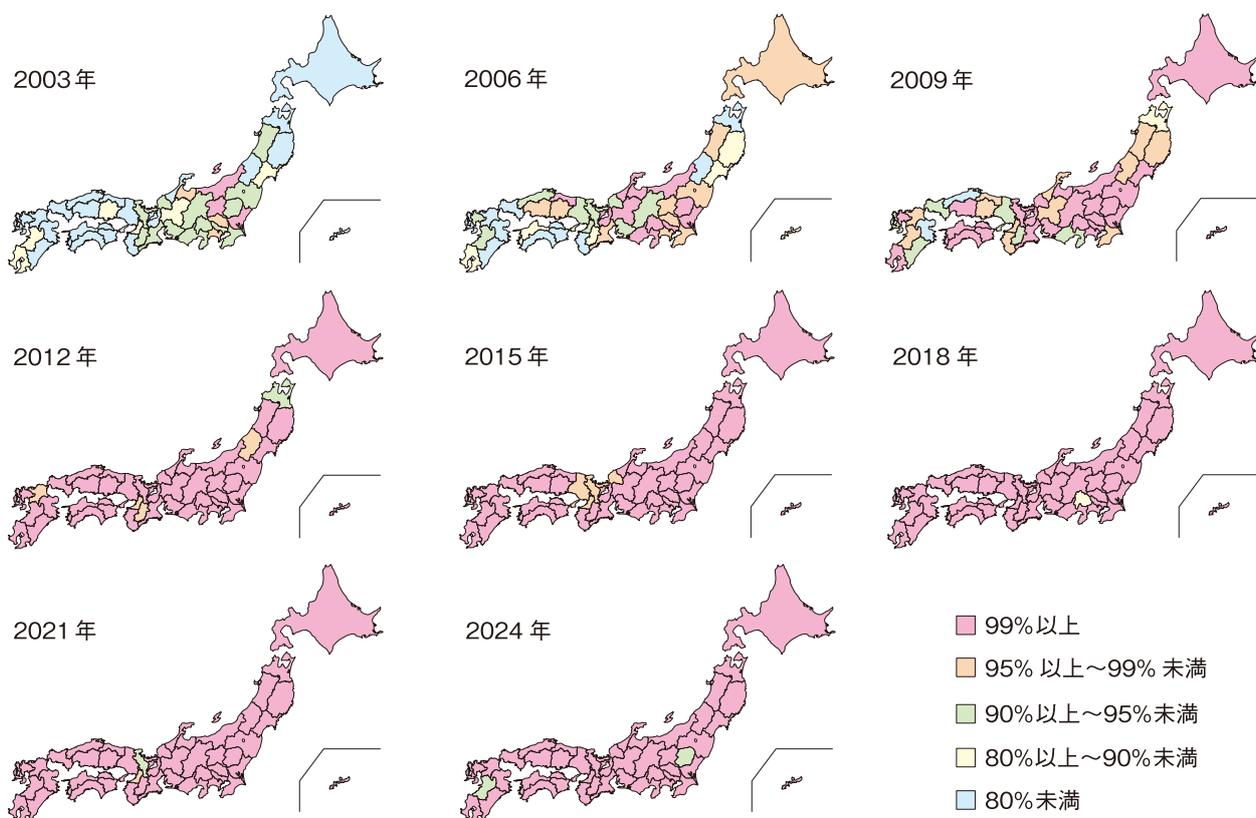


図2 診療所での妊婦 HIV スクリーニング検査実施率の推移

【2024年 産婦人科・診療所調査】



一方、分娩を取り扱う病院で HIV 検査を全例には実施していない病院は0.3% (2023年調査：1.2%)、全例に実施している病院の割合は99.7% (2023年調査：98.8%)であった(表15-1)。HIV 検査を全例には実施していない病院で、分娩を取り扱っているのは2病院(2023年調査：9病院)であった。1病院は90%以上95%未満、他の1病院は80%以上90%未満の実施率(2023年調査：6病院90%以上100%未満)であった。詳細は「習慣的に初期流産・中絶/中期中絶では行っていない」、「前医で検査済の場合」であった。2024年診療所調査では、妊婦健診は行っているが分娩を取り扱わない診療所で、HIV 検査を全例には実施していない診療所の割合は3.3% (2021年調査：2.1%、2018：4.0%、2015：6.53%、2012：9.2%)、全例に実施している診療所の割合は96.7% (2021年調査：97.9%、2018：96.0%、2015：93.5%、2012：90.8%)であった。一方、分娩を取り扱う診療所では、HIV 検査を全例には実施していない診療所の割合は1.0% (2021年調査：0.9%、2018：0.3%、2015：1.3%、2012：2.6%)、全例に実施している診療所の割合は99.0% (2021年調査：99.1%、2018：99.7%、2015：98.7%、2012：97.3%)であった(表15-2)。HIV 検査を全例には実施していない診療所で分娩を取り扱っているのは6診療所であった。詳細は不明であるが、2診療所は0%であった。

エイズ拠点病院・拠点以外の病院区分による HIV 検査実施率は、エイズ拠点病院で100% (2024年調査：99.0% (98.97%))、エイズ拠点以外の病院では99.9% (2023年調査：100% (99.97%))であり、エイズ拠点病院・拠点以外の病院間に大きな差はなかった(表16)。調査に回答のあったエイズ拠点病院で、分娩を取り扱っている231病院で HIV 検査を全例に実施していた (2023年調査：244病院中4病院1.6%)。エイズ拠点以外の病院では、分娩を取り扱っている464病院のうち2病院(0.4%)が HIV 検査を全例には実施しなかった(2023年調査：502病院中5病院1.0%) (表17)。

表 15-1 病院調査での分娩取り扱いの有無と妊婦 HIV スクリーニング検査実施率

【2024年 産婦人科・病院調査】

HIV 検査率	分娩なし		分娩あり		合計	
	施設数		施設数		施設数	
100% (全例実施)	57	100.0%	695	99.7%	752	99.7%
99%以上100%未満	0	-	0	-	0	-
95%以上99%未満	0	-	0	-	0	-
90%以上95%未満	0	-	1	0.1%	1	0.1%
80%以上90%未満	0	-	1	0.1%	1	0.1%
50%以上80%未満	0	-	0	-	0	-
50%未満	0	-	0	-	0	-
0% (実施なし)	0	-	0	-	0	-
合計	57	100.0%	697	100.0%	754	100.0%

表 15-2 診療所調査での分娩取り扱いの有無と妊婦 HIV スクリーニング検査実施率

【2024年 産婦人科・診療所調査】

HIV 検査率	分娩なし		分娩あり		合計	
	施設数		施設数		施設数	
100% (全例実施)	651	96.7%	609	99.0%	1260	97.8%
99%以上100%未満	1	0.15%	1	0.2%	2	0.2%
95%以上99%未満	3	0.45%	1	0.2%	4	0.3%
90%以上95%未満	1	0.15%	0	-	1	0.1%
80%以上90%未満	1	0.15%	1	0.2%	2	0.2%
50%以上80%未満	2	0.3%	1	0.2%	3	0.2%
50%未満	2	0.3%	0	-	2	0.2%
0% (実施なし)	12	0.0178306	2	0.3%	14	1.1%
合計	673	100.0%	615	100.0%	1288	100.0%

表 16 エイズ拠点病院区分での妊婦 HIV スクリーニング検査実施率

【2024年 産婦人科・病院調査】

病院区分	分娩件数	検査件数	検査実施率
拠点病院	104,244	104,244	100.0%
拠点以外の病院	192,638	192,404	99.9%
合計	296,882	296,648	99.9%

表 17 エイズ拠点病院区分での分娩取り扱い施設の妊婦 HIV スクリーニング検査実施率

【2024年 産婦人科・病院調査】

HIV 検査率	エイズ拠点病院		拠点以外の病院		合計	
	施設数		施設数		施設数	
100% (全例実施)	231	100.0%	464	99.6%	695	99.7%
99%以上100%未満	0	-	0	-	0	-
95%以上99%未満	0	-	0	-	0	-
90%以上95%未満	0	-	1	0.2%	1	0.1%
80%以上90%未満	0	-	1	0.2%	1	0.1%
50%以上80%未満	0	-	0	-	0	-
50%未満	0	-	0	-	0	-
0% (実施なし)	0	-	0	-	0	-
合計	231	100.0%	466	100.0%	697	100.0%

III.4. HIV 感染妊婦の診療時の対応と分娩施設の均てん化

全国の産婦人科病院調査で HIV 感染妊婦の診療時の対応は、「①自施設で妊娠管理および出産を行う」166 施設 (22.3%)、「②他施設に紹介する」518 施設 (69.4%)、「③状況により①または②で対応する」62 施設 (8.3%) であった (表 18-1)。都道府県別に解析すると、①を選択した病院の割合が 50% 以上だったのは大分県 (66.7%)、滋賀県 (55.6%)、栃木県 (50.0%) であった。一方、①を選択した病院が無かった都道府県は秋田県、奈良県、熊本県であった。全国の産婦人科診療所では、①7 施設 (0.6%)、②1,216 施設 (97.5%)、③24 施設 (1.9%) であった。41 道府県で①を選択した施設が無かった (表 18-2)。図 3 に都道府県別の自施設で HIV 感染妊婦の妊娠管理および出産を行う施設の割合を示した。病院と診療所での①と②の施設数に有意差があり (フィッシャーの正確確率検定 $p < 0.0001$ 、オッズ比 55.67)、診療所では病院と比較して有意に自施設で妊娠管理および出産を行う施設が少なかった。

診療時の対応で「②他施設に紹介する」および「③状況により①または②で対応する」と回答した施設に対し、HIV 感染妊婦を他施設に紹介する時期を調査した。全国の産婦人科病院調査で HIV 感染妊婦を他施設に紹介する時期は、「a スクリーニング陽性」127 施設 (21.7%)、「b 確認検査陽性」442 施設 (75.7%)、「c 妊娠後期」9 施設 (1.5%)、「d その他」6 施設 (1.0%) であった (表 19-1)。都道府県別に解析すると、a を選択した施設の割合が最も高かったのは栃木県 (75.0%) であった。一方、秋田県、山形県、山梨県、鳥取県、大分県では a を選択した施設はなく、全施設で b と回答した。全国の産婦人科診療所では、a 638 施設 (51.2%)、b 596 施設 (47.8%)、c 8 施設 (0.6%)、d 4 施設 (0.3%) であった (表 19-2)。図 4 に都道府県別の HIV スクリーニング検査で陽性と判明した時に他施設に紹介すると回答した施設の割合を示した。病院と診療所での a と b の施設数に有意差があり (フィッシャーの正確確率検定 $p < 0.0001$ 、オッズ比 0.2684)、診療所では病院と比較して有意にスクリーニング陽性時に HIV 感染妊婦を他施設に紹介する施設が多かった。

診療時の対応で「②他施設に紹介する」および「③状況により①または②で対応する」と回答した施設に対し、HIV 感染妊婦の紹介先を調査した。全国の産婦人科病院調査で HIV 感染妊婦の紹介先は、「ア決まっている」267 施設 (46.1%)、「イ決っていない」307 施設 (53.0%)、ウその他 5 施設 (0.9%) であった (表 20-1)。都道府県別に解析すると、青森県、富山県、愛媛県、佐賀県では全施設がアと回答した。全国の産婦人科診療所では、ア 561 施設 (45.1%)、イ 665 施設 (53.5%)、ウ 17 施設 (1.4%) であった (表 20-2)。鳥取県、島根県では全施設がアと回答した。図 5 に都道府県別の HIV 感染妊婦の紹介先が決まっている施設の割合を示した。病院と診療所でのアとイの施設数に有意差はなかった (フィッシャーの正確確率検定 $p = 0.7998$ 、オッズ比 1.031)。

HIV 感染妊婦の紹介先が決まっている施設で、紹介元および紹介先施設の周産期医療圏の同異を調査した。周産期医療圏は周産期医療圏-市区町村対応表 (厚生労働省. 令和 6 年 4 月 1 日. <https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/001238147.pdf>) に基づいて解析した。全国の産婦人科病院調査で周産期医療圏は、「同じ」162 施設 (60.9%)、「異なる」90 施設 (33.8%) であった。都道府県別に周産期医療圏の同異を解析した。茨城県、東京都、福井県、三重県、岡山県、広島県、香川県、高知県、福岡県、宮崎県の 1 都 9 県で紹介元および紹介先施設の周産期医療圏は全て同じだった。一方、栃木県、鳥取県、島根県では周産期医療圏は全て異なっていた (表 21-1)。全国の産婦人科診療所では、「同じ」416 施設 (76.5%)、「異なる」89 施設 (16.4%) であった。秋田県、新潟県、福井県、静岡県、宮崎県、沖縄県の 6 県で紹介元および紹介先施設の周産期医療圏は全て同じだった。周産期医療圏が全て異なった地域はなかった (表 21-2)。図 6 に都道府県別の周産期医療圏が同じ施設の割合を示した。

表 18-1 病院調査でのHIV感染妊婦の診療時の対応

【2024年産婦人科・病院調査】

都道府県	①自施設で 妊娠管理および 出産を行う	②他施設に 紹介する	③状況により 「①または②」で 対応する	合計
北海道	10	28	3	41
青森	3	6	0	9
岩手	2	6	1	9
宮城	1	10	1	12
秋田	0	8	1	9
山形	5	5	3	13
福島	1	7	0	8
茨城	3	10	3	16
栃木	4	4	0	8
群馬	4	8	1	13
埼玉	1	25	4	30
千葉	9	18	0	27
東京	19	42	8	69
神奈川	6	30	3	39
新潟	3	7	1	11
山梨	2	5	0	7
長野	7	10	3	20
富山	2	9	1	12
石川	1	11	0	12
福井	2	6	0	8
岐阜	2	9	0	11
静岡	6	8	3	17
愛知	4	26	1	31
三重	3	7	1	11
滋賀	5	3	1	9
京都	7	11	5	23
大阪	4	42	1	47
兵庫	6	22	2	30
奈良	0	7	0	7
和歌山	1	6	1	8
鳥取	2	3	0	5
島根	3	5	1	9
岡山	4	10	2	16
広島	6	14	2	22
山口	3	11	0	14
徳島	2	7	0	9
香川	3	4	2	9
愛媛	2	5	0	7
高知	2	4	0	6
福岡	6	15	2	23
佐賀	1	2	0	3
長崎	1	10	1	12
熊本	0	5	0	5
大分	2	0	1	3
宮崎	3	6	0	9
鹿児島	2	12	0	14
沖縄	1	9	3	13
全国	166	518	62	746

表 18-2 診療所調査でのHIV感染妊婦の診療時の対応

【2024年産婦人科・診療所調査】

都道府県	①自施設で 妊娠管理および 出産を行う	②他施設に 紹介する	③状況により 「①または②」で 対応する	合計
北海道	0	28	0	28
青森	0	11	0	11
岩手	0	10	0	10
宮城	0	28	0	28
秋田	0	13	0	13
山形	0	8	0	8
福島	0	15	2	17
茨城	0	18	2	20
栃木	0	21	0	21
群馬	1	25	0	26
埼玉	0	39	1	40
千葉	0	40	1	41
東京	1	152	2	155
神奈川	1	77	2	80
新潟	0	11	0	11
山梨	0	10	0	10
長野	0	22	0	22
富山	0	13	0	13
石川	1	11	1	13
福井	0	8	1	9
岐阜	0	18	0	18
静岡	0	43	1	44
愛知	0	73	1	74
三重	0	23	1	24
滋賀	0	18	0	18
京都	0	21	0	21
大阪	0	88	4	92
兵庫	0	64	0	64
奈良	0	9	0	9
和歌山	0	11	0	11
鳥取	0	4	0	4
島根	0	5	0	5
岡山	0	16	1	17
広島	0	30	0	30
山口	0	14	0	14
徳島	0	13	0	13
香川	0	11	0	11
愛媛	0	11	0	11
高知	0	7	0	7
福岡	0	68	1	69
佐賀	0	12	0	12
長崎	1	20	1	22
熊本	0	24	1	25
大分	0	15	1	16
宮崎	0	11	0	11
鹿児島	2	18	0	20
沖縄	0	9	0	9
全国	7	1,216	24	1,247

表 19-1 病院調査でのHIV感染妊婦の
他施設紹介のタイミング

【2024年 産婦人科・病院調査】

都道府県	a スクリーニング 陽性	b 確認検査 陽性	c 妊娠後期	d その他
北海道	9	22	0	0
青森	2	4	0	0
岩手	2	4	0	1
宮城	3	8	0	0
秋田	0	9	0	0
山形	0	8	0	0
福島	2	5	0	0
茨城	3	9	0	1
栃木	3	1	0	0
群馬	4	5	0	0
埼玉	3	26	0	0
千葉	3	15	0	0
東京	7	42	0	1
神奈川	1	32	0	0
新潟	3	4	1	0
山梨	0	5	0	0
長野	3	9	1	0
富山	1	9	0	0
石川	5	7	0	0
福井	1	4	1	0
岐阜	2	7	0	0
静岡	1	9	0	0
愛知	7	21	0	0
三重	1	7	0	1
滋賀	1	3	0	0
京都	2	14	0	0
大阪	8	34	1	0
兵庫	5	19	0	0
奈良	2	5	1	0
和歌山	2	4	0	1
鳥取	0	3	0	0
島根	2	4	0	0
岡山	4	7	1	0
広島	5	10	1	0
山口	5	6	0	0
徳島	1	6	0	0
香川	2	4	0	0
愛媛	1	4	0	0
高知	1	2	1	0
福岡	6	11	0	0
佐賀	0	2	0	0
長崎	4	7	0	0
熊本	2	3	0	0
大分	0	0	0	1
宮崎	1	5	0	0
鹿児島	4	8	0	0
沖縄	3	9	1	0
全国	127	442	9	6

表 19-2 診療所調査でのHIV感染妊婦の
他施設紹介のタイミング

【2024年 産婦人科・診療所調査】

都道府県	a スクリーニング 陽性	b 確認検査 陽性	c 妊娠後期	d その他
北海道	14	14	0	0
青森	6	5	0	0
岩手	5	5	0	0
宮城	20	8	0	0
秋田	3	10	0	0
山形	4	4	0	0
福島	10	6	1	0
茨城	10	10	0	0
栃木	8	13	0	0
群馬	15	9	0	1
埼玉	23	16	1	0
千葉	24	17	0	0
東京	70	86	0	0
神奈川	42	37	0	0
新潟	9	2	0	0
山梨	6	4	0	0
長野	15	7	0	0
富山	8	5	0	0
石川	7	5	0	0
福井	8	1	0	0
岐阜	10	9	0	0
静岡	23	21	0	0
愛知	40	33	0	1
三重	12	12	0	0
滋賀	12	6	0	0
京都	5	15	0	1
大阪	55	37	0	0
兵庫	26	36	2	0
奈良	7	2	0	0
和歌山	6	5	0	0
鳥取	2	3	0	0
島根	1	4	0	0
岡山	6	10	1	0
広島	13	17	0	0
山口	6	8	0	0
徳島	9	3	1	0
香川	5	6	0	0
愛媛	6	5	0	0
高知	5	2	0	0
福岡	35	33	2	0
佐賀	4	8	0	0
長崎	6	15	0	0
熊本	8	18	0	0
大分	6	10	0	0
宮崎	9	2	0	0
鹿児島	11	6	0	1
沖縄	3	6	0	0
全国	638	596	8	4

表20-1 病院調査でのHIV感染妊婦の紹介先

【2024年産婦人科・病院調査】

都道府県	ア 決まっている	イ 決まっていない	ウ その他
北海道	13	18	0
青森	6	0	0
岩手	6	1	0
宮城	10	1	0
秋田	7	2	0
山形	1	7	0
福島	5	2	0
茨城	5	8	0
栃木	2	2	0
群馬	4	5	0
埼玉	6	22	1
千葉	3	14	1
東京	6	43	1
神奈川	15	18	0
新潟	4	4	0
山梨	4	1	0
長野	9	4	0
富山	10	0	0
石川	9	3	0
福井	3	3	0
岐阜	3	6	0
静岡	5	5	0
愛知	15	11	0
三重	3	5	0
滋賀	3	1	0
京都	2	14	0
大阪	17	26	0
兵庫	7	17	0
奈良	3	4	0
和歌山	3	4	0
鳥取	1	2	0
島根	3	3	0
岡山	4	8	0
広島	8	8	0
山口	5	6	0
徳島	4	3	0
香川	3	3	0
愛媛	5	0	0
高知	2	1	1
福岡	10	7	0
佐賀	2	0	0
長崎	6	5	0
熊本	4	1	0
大分	0	1	0
宮崎	4	2	0
鹿児島	8	4	0
沖縄	9	2	1
全国	267	307	5

表20-2 診療所調査でのHIV感染妊婦の紹介先

【2024年産婦人科・診療所調査】

都道府県	ア 決まっている	イ 決まっていない	ウ その他
北海道	15	12	1
青森	9	2	0
岩手	7	1	2
宮城	16	12	0
秋田	12	1	0
山形	5	3	0
福島	10	7	0
茨城	13	6	1
栃木	7	13	1
群馬	11	13	1
埼玉	10	30	0
千葉	15	26	0
東京	32	120	3
神奈川	29	49	1
新潟	6	5	0
山梨	5	5	0
長野	13	9	0
富山	8	5	0
石川	7	5	0
福井	2	7	0
岐阜	9	9	0
静岡	18	24	2
愛知	31	42	1
三重	12	11	1
滋賀	9	9	0
京都	6	15	0
大阪	25	65	2
兵庫	21	44	0
奈良	6	3	0
和歌山	9	2	0
鳥取	4	0	0
島根	5	0	0
岡山	7	10	0
広島	17	13	0
山口	9	5	0
徳島	9	4	0
香川	5	6	0
愛媛	9	2	0
高知	6	1	0
福岡	33	36	0
佐賀	9	3	0
長崎	19	3	0
熊本	19	6	0
大分	9	7	0
宮崎	7	4	0
鹿児島	14	4	0
沖縄	2	6	1
全国	561	665	17

表 21-1 病院調査でのHIV感染妊婦紹介先施設の医療圏

【2024年 産婦人科・病院調査】

都道府県	同じ	違う	複数	無記入	合計
北海道	9	3	0	1	13
青森	4	2	0	0	6
岩手	3	3	0	0	6
宮城	8	2	0	0	10
秋田	6	1	0	0	7
山形	0	1	0	0	1
福島	4	1	0	0	5
茨城	5	0	0	0	5
栃木	0	2	0	0	2
群馬	3	1	0	0	4
埼玉	0	3	1	1	5
千葉	2	1	0	0	3
東京	6	0	0	0	6
神奈川	12	2	0	1	15
新潟	3	1	0	0	4
山梨	1	2	0	1	4
長野	6	3	0	0	9
富山	4	5	0	1	10
石川	5	4	0	0	9
福井	3	0	0	0	3
岐阜	1	2	0	0	3
静岡	3	1	0	1	5
愛知	7	8	0	0	15
三重	3	0	0	0	3
滋賀	1	2	0	0	3
京都	1	1	0	0	2
大阪	8	8	0	1	17
兵庫	4	3	0	0	7
奈良	1	2	0	0	3
和歌山	2	1	0	0	3
鳥取	0	0	1	0	1
島根	0	2	0	1	3
岡山	4	0	0	0	4
広島	8	0	0	0	8
山口	1	4	0	0	5
徳島	1	3	0	0	4
香川	3	0	0	0	3
愛媛	2	3	0	0	5
高知	2	0	0	0	2
福岡	9	0	1	0	10
佐賀	1	0	0	1	2
長崎	2	4	0	0	6
熊本	3	1	0	0	4
大分	0	0	0	0	0
宮崎	4	0	0	0	4
鹿児島	4	4	0	0	8
沖縄	3	4	0	2	9
全国	162	90	3	11	266

表 21-2 診療所調査でのHIV感染妊婦紹介先施設の医療圏

【2024年 産婦人科・診療所調査】

都道府県	同じ	違う	複数	不祥	無記入	合計
北海道	14	1	0	0	0	15
青森	7	0	0	0	2	9
岩手	5	2	0	0	0	7
宮城	14	0	0	1	1	16
秋田	12	0	0	0	0	12
山形	4	1	0	0	0	5
福島	10	0	0	0	1	11
茨城	12	1	0	0	0	13
栃木	4	3	0	0	0	7
群馬	5	5	0	0	1	11
埼玉	8	1	0	0	1	10
千葉	14	2	0	0	0	16
東京	27	1	0	3	0	31
神奈川	22	4	0	0	1	27
新潟	8	0	0	0	0	8
山梨	2	1	0	0	1	4
長野	8	4	0	0	0	12
富山	4	3	0	1	0	8
石川	3	3	0	0	0	6
福井	2	0	0	0	0	2
岐阜	3	3	0	0	0	6
静岡	17	0	0	0	0	17
愛知	18	8	1	1	2	30
三重	11	1	0	0	0	12
滋賀	2	6	0	0	0	8
京都	4	0	0	1	0	5
大阪	18	7	0	0	1	26
兵庫	12	6	1	0	2	21
奈良	1	3	0	0	1	5
和歌山	7	1	1	0	0	9
鳥取	3	1	0	0	0	4
島根	1	3	0	0	0	4
岡山	6	0	0	0	1	7
広島	14	1	0	1	1	17
山口	7	0	0	0	2	9
徳島	7	1	0	1	0	9
香川	4	0	0	1	0	5
愛媛	8	1	0	0	0	9
高知	4	1	0	0	0	5
福岡	30	2	0	1	0	33
佐賀	3	3	0	2	0	8
長崎	15	2	0	1	0	18
熊本	9	4	0	2	1	16
大分	7	1	1	0	0	9
宮崎	7	0	0	0	0	7
鹿児島	11	2	0	0	0	13
沖縄	2	0	0	0	0	2
全国	416	89	4	16	19	544

図3 HIV 感染妊婦の診療時の対応
 (「自施設で妊娠管理および出産を行う」と回答した施設の割合)

【2024年 産婦人科調査】

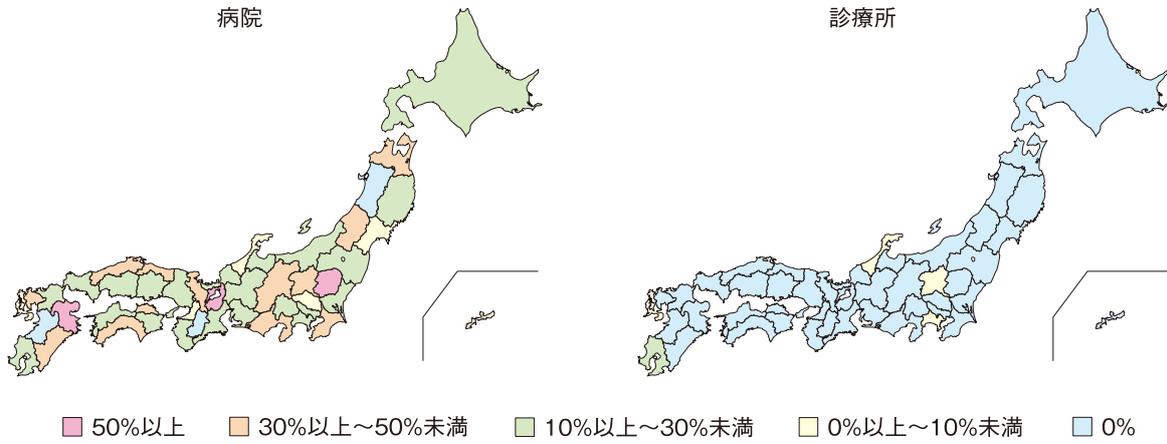


図4 他施設に紹介するタイミング
 (「HIV スクリーニング検査で陽性判明した時」と回答した施設の割合)

【2024年 産婦人科調査】

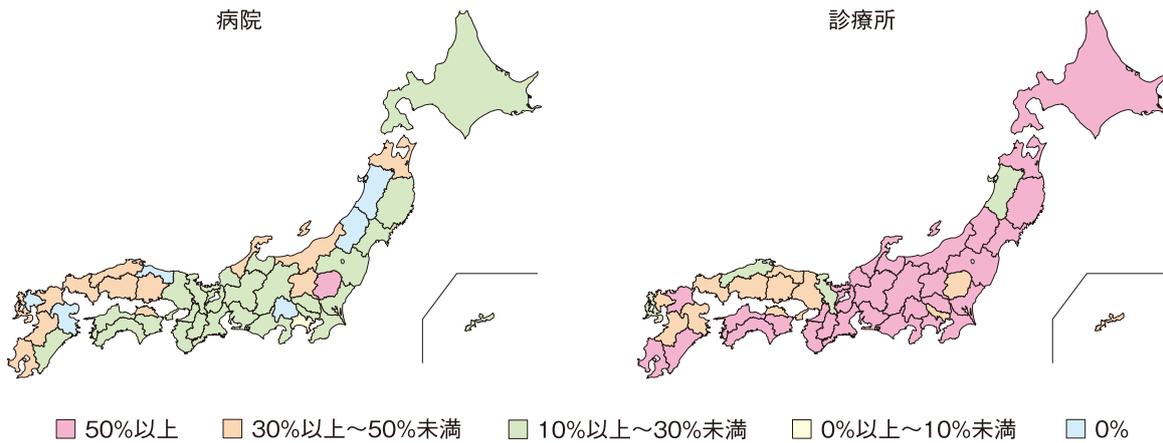


図5 HIV 感染妊婦の紹介先 (決まっていると回答した施設の割合)

【2024年 産婦人科調査】

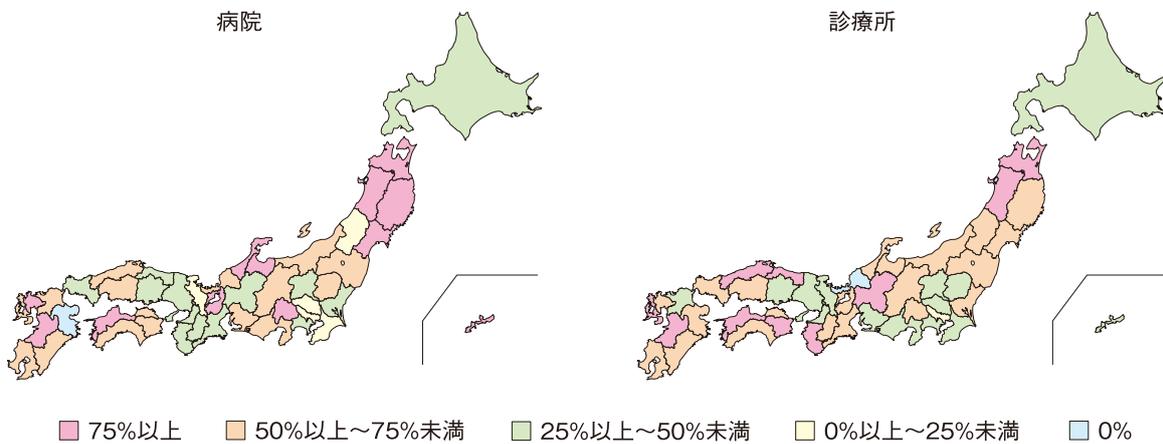
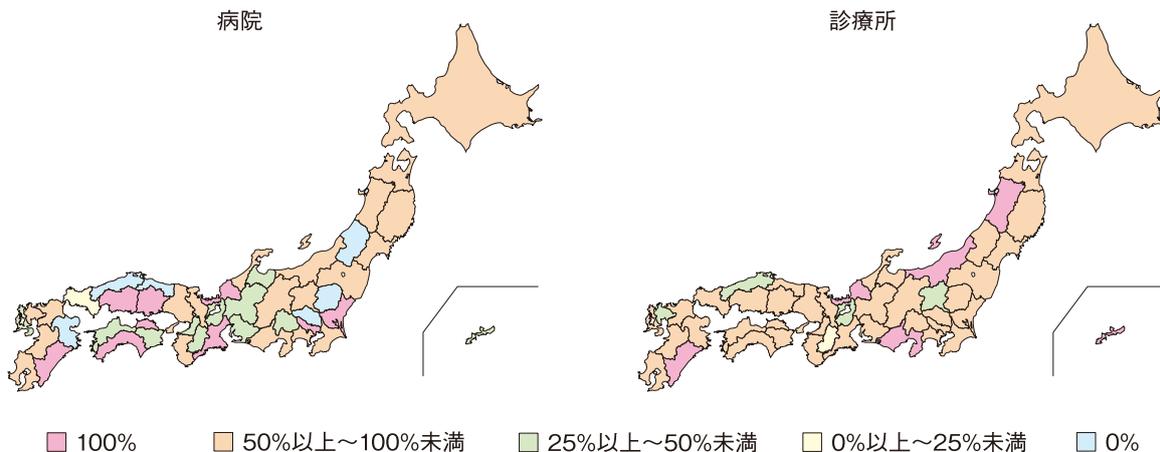


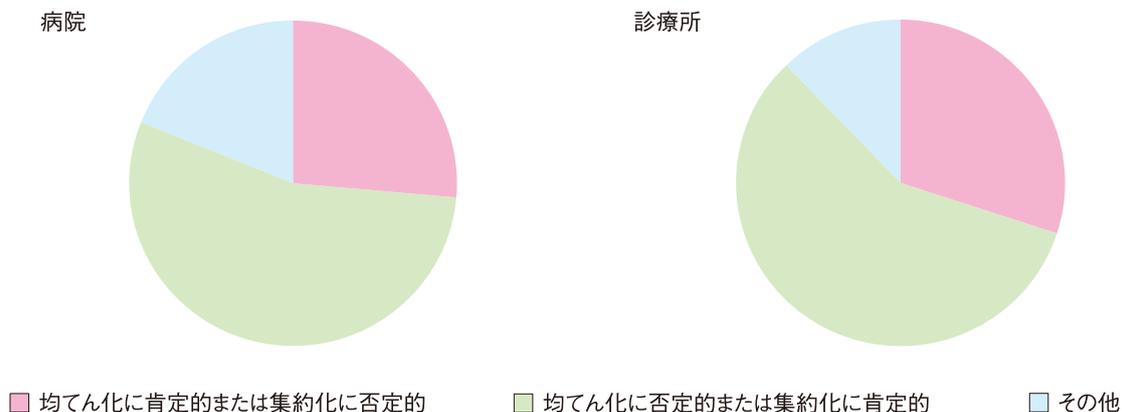
図6 HIV 感染妊婦の紹介先が決まっている場合（周産期医療圏が同じと回答した施設の割合）【2024年 産婦人科調査】



HIV 感染妊婦の分娩施設の均てん化に関する自由記載をアフターコーディングした。集計に用いた意見は「特になし」、「なし」を除いた病院126件、診療所170件を分析した。分娩施設の均てん化に関する意見を「均てん化に肯定的または集約化に否定的」、「均てん化に否定的または集約化に肯定的」、「その他」に分類した。均てん化に肯定的または集約化に否定的は病院33件（26.2%）と診療所52件（30.6%）、均てん化に否定的または集約化に肯定的は病院69件（54.8%）と診療所98件（57.6%）であった（図7）。

図7 HIV 感染妊婦の分娩施設の均てん化に関する意見の自由記述分析

【2024年 産婦人科調査】



IV. 考察（全国調査）

IV.1. HIV 感染妊婦の解析

2024年の産婦人科二次調査での新規症例は17例であり、明らかに減少傾向にある。本邦での分娩数減少に伴い絶対数は減少していくことが予想されるが、割合としては一定数HIV感染妊娠が報告され続けることが予想される。母子感染例の報告はなく、全例分娩様式は帝切分娩であった。また初産婦が63.2%、HIV感染が判明した上での妊娠が79.2%を占めていた。

IV.2. HIV 感染女性から出生した子どもの解析

2024年度の回答率は76.1%と例年と比較しやや低値であったが、前年度に二次調査回答なかった施設へも再送付しており、繰り返し回答が得られないため、低下している可能性も考えられた。しかし、依然として高水準は維持しており、調査として有効と考えられる。また、2021年度から導入したeCRFでの回答は2024年度も100%と高水準であった。データクリーニングの簡便さ、データの質管理においてもeCRFでの回答は有効であり今後も推進する。

2024年度は新たに5施設から報告を受けた。新規報告施設は、地域に偏りはなく、均てん化がすすんでいると考えられる。報告施設のうち実際に症例のあった診療施設は累計177施設となり、徐々に診療施設の増加を認めている。

2024年度の報告は、新規症例は22例、そのうち2024年度出生例は16例であった。昨年よりは微増しているものの、例年と比較して報告数が減少している。また、2024年度は感染児の報告はなかった。小児HIV感染症は希少疾患であるため、日常診療で遭遇することは稀である。そのため疾患名は知っていても鑑別診断に挙げづらい状況にある。希少ではあるが、近年はほぼ毎年報告例があること、そのほぼ全例で母体の妊娠初期スクリーニングは陰性であること、様々な状況で診断されていることなどをより広く社会に情報拡散することで、日常診療でのHIV感染症の鑑別が迅速に行われるようになる可能性がある。一方非感染児例のほとんどは母体ウイルスコントロール良好例であり、母体コントロールが良好で、予防法が確実に行われれば、母子感染予防は可能であることも重要な点である。

2024年度は、児の予防投与は全例AZT単剤投与であった。妊娠初期のHIVスクリーニングの実施、早期母体ARTが適切に行われている例がほとんどであるが、困難例も散見され、今後も動向を注視し、それぞれの症例について詳細を検討していく必要がある。

子どもへのAZTの投与回数は、全例で2回/日となっており、「厚生労働科学研究費補助金エイズ対策政策研究事業「HIV感染者の妊娠・出産・予後に関する疫学的・コホートの調査研究と情報の普及啓発法の開発ならびに診療体制の整備と均てん化に関する研究」班 分担研究「HIV感染妊娠に関する診療ガイドラインとHIV母子感染予防対策マニュアルの改訂」班 HIV感染妊娠に関する診療ガイドライン(第2版)2021年3月」に従った投与が行われるようになっていた。投与期間については、母体情報から全例で母子感染リスクは低く、4週間の投与でも許容されると考えられたが、6週間投与を8例と40%に認めた。2021年3月のガイドライン改定以後、徐々にリスクにより、投与期間を短縮可能であることの認知が拡大しているもののまだ不十分である。

子どもへのAZT投与の副作用によるものと考えられる貧血報告例は、22例中16例(72.2%)と高頻度であった。輸血症例は認めなかったが、16例中2例(12.5%)では貧血によりAZTを中断もしくは中止としていた。2024年度は好中球減少を認める例が22例中12例(54.5%)と近年と比較して頻度は同程度であった。今後も貧血、好中球減少を含む骨髄抑制はAZTの副作用として注視する必要がある、本研究班の調査結果を踏まえてより安全かつ有効な母子感染予防を検討する必要がある。

児への母乳投与については、近年、米国をはじめ関心が高まってきている。2020年のケースシリーズでは、カナダにおけるHIV感染妊婦から出生した3児の母乳育児が報告されている。それ以降に発表された8件の観察研究では、ドイツ、イタリア、スイス、米国およびカナダにおいて、合計184～214人の母乳育児中の乳児について報告している。出産後に低レベルのウイルス血症が数例報告され、そのほとんどの例で授乳が中止された。乳児の抗ウイルス薬予防投与は、投与なし、AZTおよび／またはNVPを出生後4～6週間投与、または離乳後1ヵ月まで予防を継続するなど、さまざまであった。一部の施設では、出生後4～6週間または離乳までの間、3剤併用ARTレジメンによる治療投与を選択した。いずれの研究でも母乳育児に関連したHIV感染の症例は確認されていないが、これらの研究は感染を評価するには設計されておらず、参加した乳児の数が少なく、参加者全員の追跡調査が完了していない。授乳中の課題-乳腺炎、粉ミルクの補充が必要な不十分な母乳供給、検出可能なウイルス量のエピソード、離乳困難などについては、最適な管理を行うためにさらなる研究が必要であると報告している。わが国でも外国人妊婦を中心に、母乳育児の希望が増加してきている。2024年度は2例の母乳投与例を認め、いずれも外国人妊婦から出生した児であり、経過中、母子感染は認めていない。また、投与期間は、6～9か月とやや短い期間であったことから、母子感染に配慮された可能性がある。

完全にHIV母子感染予防策が遂行された症例では、感染例はないことから現行の予防策は有効であり、いかに早期に母体のHIV感染症を把握するかが重要である。さらに、HIV感染のみならず他の母子感染症の予防のために妊婦健診の重要性と健診を補助する仕組みづくりが重要である。小児HIV感染症の症例は稀であるが、2015年以降はほぼ毎年報告を認めるようになり増加傾向にあり、今後の発生動向に注意が必要な状況である。近年の母子感染報告例の多くは複雑なケースが多く、母子感染ゼロにすることが困難な状況であるが、症例毎に丁寧に検討し問題点を抽出していく必要がある。さらに、多くの小児科医はHIV感染児の診療の経験がなく、経験を積むことも日本の現状では困難な状況にあり診療体制が整っていない。HIVは一度感染すると長期の通院が必要であることから医療機関の集約には限界があり、相談システムを確立することでスムーズな診療が行えるようにすることも今後の課題である。

IV.3. 妊婦HIVスクリーニング検査実施率

2024年の産婦人科病院一次調査、小児科病院一次調査、産婦人科診療所一次調査の回答率はそれぞれ73.2%、59.7%、54.3%であり、産婦人科病院調査では14年連続で70%を超え、小児科病院調査では7年ぶりに60%を下回った。産婦人科診療所一次調査は初めて50%を上回った。全国調査の信頼性の1つに回答率が考えられ今後も回答率を維持・向上する方法を検討する必要がある。

全国的にHIV検査実施率の上昇が認められ、地域間での差は無くなったと言える。過去の研究班では2001年から2010年までエイズ予防財団主催による研究成果等普及啓発事業研究成果発表会（市民公開講座）を毎年全国3都市で行ってきた。開催地のある都道府県の翌年のHIV検査実施率上昇や発表会の際に行う来場者へのアンケート調査により、HIV検査実施率の上昇には啓発活動が有効であると考えられた。過去に急激にHIV検査実施率が低下した青森県は、1999年調査では検査実施率が87.8%であったが、妊婦HIV検査の公費負担が廃止され検査実施率が減少傾向にあった。2002年調査では41.1%まで検査実施率が低下したが、全国的な妊婦HIV検査実施率の向上気運に伴い検査実施率は次第に回復していき、本研究班が啓発活動を行った翌年である2008年調査では1999年の水準に並ぶ85.4%まで回復した。さらに、2009年は産婦人科病院調査における検査実施率が100%となり、その後も2024年調査まで病院での全例検査が維持されていた。全国的にも市民公開講座開催晩年の2009年にはHIV検査実施率は99%を超え、現在まで高水準（99%以上）を維持している。

2024年産婦人科病院調査ではHIV検査が全例に実施されていたのは45都道府県であり、2023年調査での41府県から増加していた。一方で産婦人科診療所調査では全例にHIV検査が実施されていたのは41都道府県、2021年調査での42都道府県から減少していた。現状としては、HIV検査実施率の急激な減少傾向は認められないが、HIV検査実施率の推移は今後も注視すべき項目であると考えられた。

産婦人科病院調査では、妊婦健診を行なっている施設での分娩取り扱いの有無によるHIV検査実施率の解析を行なっている。統計を開始した2007年では、分娩を取り扱わない病院でHIV検査を全例には実施していない病院が23.4%、分娩を取り扱う病院でも17.5%存在した。一方でHIV検査を全例に実施している病院は、分娩を取り扱わない病院で76.7%、分娩を取り扱う病院で82.5%であった。全例にHIV検査を実施している病院は年々増加し、2009年には分娩を取り扱う病院で90%を超え、2010年には分娩を取り扱わない病院でも90%を超えた。以前は分娩を取り扱う病院に比べて、分娩を取り扱わない病院でまったくHIV検査を実施していない病院の割合は高かったが、2016年と2017年には分娩の取り扱いに関係なく、HIV検査を全例には実施していない病院は報告されなかった。2024年では分娩を取り扱っている病院のうち、0.3%でHIV検査を全例には実施していなかった。妊娠初期でのHIV検査の未実施は、HIV感染が判明した妊婦の血中ウイルス量やCD4陽性T細胞数のモニタリング、母子感染防止のための投薬の機会を遅らせることにもなりかねない。感染妊婦へ適切な医療行為を行えるためには、分娩の取り扱いに関係なく全例にHIV検査を行うことが望まれる。

妊婦が訪れる病院は、当然のことながらエイズ拠点病院のみではない。すなわち、エイズ拠点病院であろうとエイズ拠点病院以外の施設であろうと妊婦に対するHIV検査の必要性、重要性は変わらない。1999年から2004年までの調査では、エイズ拠点病院とエイズ拠点以外の病院での検査実施率の差は6~9%程度あったが、2009年調査以降これらの病院間での実施率の差は解消された。エイズ拠点病院以外の施設でも広くHIV検査が行われるようになったことが明らかになった。

IV.4. HIV感染妊婦の診療時の対応と分娩施設の均てん化

令和5(2023)年3月31日に厚生労働省からの通知「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について(医政地発第0331第14号)」での「周産期医療の体制構築に係る指針」には「都道府県は、これらを踏まえつつ、「第3構築の具体的な手順」に則して、地域の現状を把握・分析し、分娩のリスクに応じて必要となる医療機能を理解した上で、地域の実情に応じて周産期医療圏を設定し、その周産期医療圏ごとの医療機関とそれらの医療機関相互の連携の検討を行い、最終的には都道府県全体で評価を行えるようにすること」とある。本研究班ではこれまでにHIV母子感染予防対策の確立とともに、全ての分娩施設でHIV感染妊婦に対し予防対策の対応が可能になるようにHIV感染妊娠に関する診療ガイドラインおよびHIV母子感染予防対策マニュアルを作成し発信してきた。しかし、昨今の周産期医療の現状、産婦人科施設の減少およびHIV感染妊婦数の推移から本研究班では全ての地域でHIV感染妊婦に対応できる地域(周産期医療圏)での均てん化を視野に入れるべきであると考えている。そこで、2024年調査ではHIV感染妊婦の診療時の対応、他施設に紹介するときのタイミング、紹介先(周産期医療圏の内外)を調査した。

HIV感染妊婦を自施設で妊娠管理および出産を行う(HIV感染妊婦の診療経験がない場合は推定)と回答した病院は全国で166施設あった。近年のHIV感染妊婦の報告数は30例程度でありこの施設数が妥当であるか、また、偏在性・遍在性を検討する必要がある。HIV感染妊婦を自施設で妊娠管理および出産を行うと回答した施設が無かった都道府県は秋田県、奈良県、熊本県であった。ただし、これまでHIV感染妊婦を受け入れてきた施設から回答がなかった可能性があり、単純にこの3県には自施設で管理・出産を行う施設が無いということではない。また、HIV感染妊婦を自施設で妊娠管理および出産を行う(推定を含む)診療所が全国で7施設あることも本調査で明らかになった。

HIVの感染を確定するためにはスクリーニング検査後の確認検査が必要である。妊婦HIVスクリーニング検査での偽陽性問題は厚生労働省から「妊婦に対するHIV検査について」が平成19(2007)年6月29日に通知されており、それには、「妊婦に対するHIV検査については、(中略)、近時、HIV検査において妊婦に対するカウンセリングが十分に行われていないことが指摘されており、特にHIVスクリーニング検査における陽性症例に対し、確認検査の結果が出る以前に、適切な説明やカウンセリングを行わず陽性告知し、妊婦の健康等に支障を及ぼしている事例が報告されている。については貴職におかれても、貴管下医療機関に対し、妊婦に対してHIV検査を実施する場合には、HIVスクリーニング検査では一定の割合で偽陽性が生じうることをふまえ、確認検査の結果が出ていない段階での説明方法について、十分工夫するとともに、検査前及び検査後のカウンセリングを十分に行うこととプライバシーの保護に十分配慮するよう周知徹底願いたい。」と記されている。しかし、2024年調査では他施設を紹介するタイミングとして「HIVスクリーニング検査で陽性判明した時」と回答した病院と診療所のそれぞれの割合は21.7%、51.2%であった。ただし、他施設への紹介時にどのような説明やカウンセリングが行われているかといった詳細は本研究では調査していない。今後、この点に関する調査が必要であると考えているが、スクリーニング検査偽陽性問題に関しての啓発活動は今後も継続していく必要がある。

診療時の対応で他施設を紹介すると回答した施設のうち、紹介先が決まっている病院および診療所はそれぞれ267施設(46.1%)、561施設(45.1%)あった。病院と診療所ともに約半数がHIV感染妊婦を診療した場合の紹介先を事前に決めていることが明らかになった。さらに、紹介元の施設と紹介先の施設が同一の周産期医療圏であるかを検討した。診療所調査結果を都道府県別で解析すると6県で、すべての紹介元の施設と紹介先の施設が同一の周産期医療圏であった。一方、紹介元の施設と紹介先の施設が同一の周産期医療圏であった施設の割合が50%未満だったのは群馬県(45.5%)、佐賀県(37.5%)、滋賀県(25.0%)、島根県(25.0%)、奈良県(20.0%)であった。また、大都市を擁していない地方では紹介先とした施設が三次医療圏(北海道を除き各都府県に1つ)内に1施設である場合が多かった。また、少数ではあるが県境の自治体にある施設では他県の施設を紹介先としている診療所も存在した。これらの結果から、HIV感染妊婦の年間報告数の少なさやHIV感染に対応する周産期医療の提供を考慮すると、周産期医療圏内で完結させることは困難であると考えられた。厚生労働省およびこども家庭庁では「妊婦に対する遠方の分娩取扱施設への交通費及び宿泊費支援事業」を令和6(2024)年4月1日から実施している。「妊婦に対する遠方の分娩取扱施設への交通費及び宿泊費支援事業 Q&A」には支援対象として「比較的高度な医学管理が必要である合併症妊娠や妊娠合併症があること、出生直後から高度な新生児医療を行う必要があること、精神疾患を合併する妊婦であること、若年妊婦等の社会的ハイレスクと考えられる妊婦であること等」とあり対象妊婦は「市町村において判断」となっている。妊婦のHIV感染症が該当するかは明確には記載されていないが、周産期医療圏内で診療を受けられないHIV感染妊婦に対して当該事業を活用すべきであるとする。

最後に、HIV感染妊婦の分娩施設の均てん化に関する意見(自由記載)を解析した。集積した意見を自由記述分析したところ、病院調査と診療所調査ともに「均てん化に否定的または集約化に肯定的」が多数を占めた。病院調査では「均てん化は必要なことではあるが症例数が少なすぎると診療の質は保てない」、「現在の症例数であれば均てん化は不要、むしろ集約化すべきである」、「設備やマンパワー、専門医がないなど色々考慮すると全国どこでもというのは難しいだろうと考えます」、「HIVの診療が可能な施設で行った方がよい。またはその体制を整える」などが主な意見であった。診療所調査では「施設での持ち出しが多くなることが予想されるため賛成できない(金銭的、教育的な事を含め)」、「均てん化は理想ではあるが現実的ではない。実際、当院では不可能である」、「分娩ができない地域すらあるのにナンセンス」などの意見とともに「HIV感染を扱える病院に集約した方がよいと思います」といった集約化を望む意見が多かった。一方で、

「均てん化に肯定的または集約化に否定的」な意見が病院調査で約2割、診療所調査で約3割あった。病院調査では「患者の負担を考えると均てん化が良い」、「HIV陽性のみで当院に搬送されることがあり(他県からも)、均てん化につとめて欲しい」、「治る時代なので均てん化すべきです」などの意見が、診療所調査から「患者さんの利便性は向上すると思います」、「HIV妊婦もなるべく日常を保てるよう均てん化をお願いします」、「当然目指すべき目標、そのための体制整備は国の責務」などの意見があった。このように、本調査では臨床現場の貴重な意見を得ることができた。これらの意見をもとに、「分娩施設均てん化(全ての施設でHIV感染妊婦に対応)」と「地域均てん化(全ての地域でHIV感染妊婦に対応)」を研究班として考えていくべきである。

他の意見として、病院から「マニュアル的なものがあれば可能かもしれません」や「ガイドラインがあるといいと思います」、診療所から「HIVを含め高次病院へ紹介する地域ごとのサイトがあるとより良い」や「地域ごとに紹介する病院を特定しHP等で明記していただけると良いかもしれません」といった意見があった。本研究班ではHIV感染妊娠に関する診療ガイドラインおよびHIV母子感染予防対策マニュアルを作成してきた。また、HIV感染妊婦の分娩受入施設も本研究班ホームページ上で公開している。これらの意見には真摯に向き合い情報発信をさらに強化すべきであると思われた。

少数ではあるが、「(均てん化は)良いことです。いつまでもHIVを特別視せず他のHCV,HBVなどと同じようになって欲しいです」(病院調査)、「根気強く情報発信。今だにモンスターイメージが大きいと思います」(病院調査)、「なぜHIVだけが腫れものにさわる様な対応になってしまうのですか。改めるべきかと。」(診療所調査)といった意見もあった。「分娩施設均てん化」や「地域均てん化」を推進していく上で、医療(科学的)、経済的、人材の問題点だけでなくHIV/AIDSに対する偏見が障壁になる可能性も考慮するべきであると考えられた。

V. 成績（データベース）

V.1. 産婦人科小児科・統合データベースの更新および解析

産婦人科全国調査と小児科全国調査の2023年12月末までの転帰データを照合し、産婦人科小児科統合データベースとして更新した。2023年末までのHIV感染妊婦の症例報告総数は1,217例、出生児数は863児で双胎が12例、品胎が1例含まれた。

調査結果の概要は以下の通りであった。

- ・2023年12月までのHIV感染妊婦の報告数は1,217例となった。
- ・2020～2022年の年次別報告数は27例（2020年）、37例（2021年）、20例（2022年）であり、妊婦10万件あたりのHIV感染妊婦の報告数は3.1、4.5、2.5と増減はなかった。
- ・近年の母子感染例では、妊娠初期スクリーニング陰性例を多く認めた。
- ・分娩様式は帝王切開分娩がほぼ100%を占めているが、コントロール良好例での経膈分娩例が増加しつつあった。
- ・ほぼ全例に妊娠中cARTが施行され、40.6%の妊婦で妊娠中最高ウイルス量は検出感度未満となりコントロール良好な状態で妊娠する症例が増加していた。
- ・妊娠がHIV感染判明契機となる例は減少傾向にあり、感染が判明した上での妊娠例が増加していた。
- ・分娩時母体へのAZT投与例は減少傾向にあった。

1) HIV感染妊婦の報告都道府県別分布

HIV感染妊婦の年間報告数は、1997年の39例以降年間30例前後で推移していた。2004年から2015年にかけて、2009年と2011年を除き年間40例以上で推移していたが、2020年以降では2020年27例、2021年37例、2022年は20例、2023年9例（調査対象期間の変更に伴い2023年の報告数は減少しているが、2024年の報告数と併せた上で最終症例数とする予定）であった（**図8**）。全分娩10万件あたりのHIV感染妊婦の報告数は2018～2022年では3.9、3.8、3.1、4.5、2.5と推移しほぼ増減はなかった（**図9**）。HIV感染妊婦の報告は、東京都、愛知県、大阪府といった大都市圏を含む地域が中心となっていた。HIV感染妊婦の報告都道府県別分布では、東京都が321例、次いで愛知県118例、神奈川県117例、千葉県98例、大阪府77例と大都市圏が多数を占めた（**図10、表22**）。

図8 HIV 感染妊婦の年次報告数

【2024年 産婦人科小児科・統合データベース】

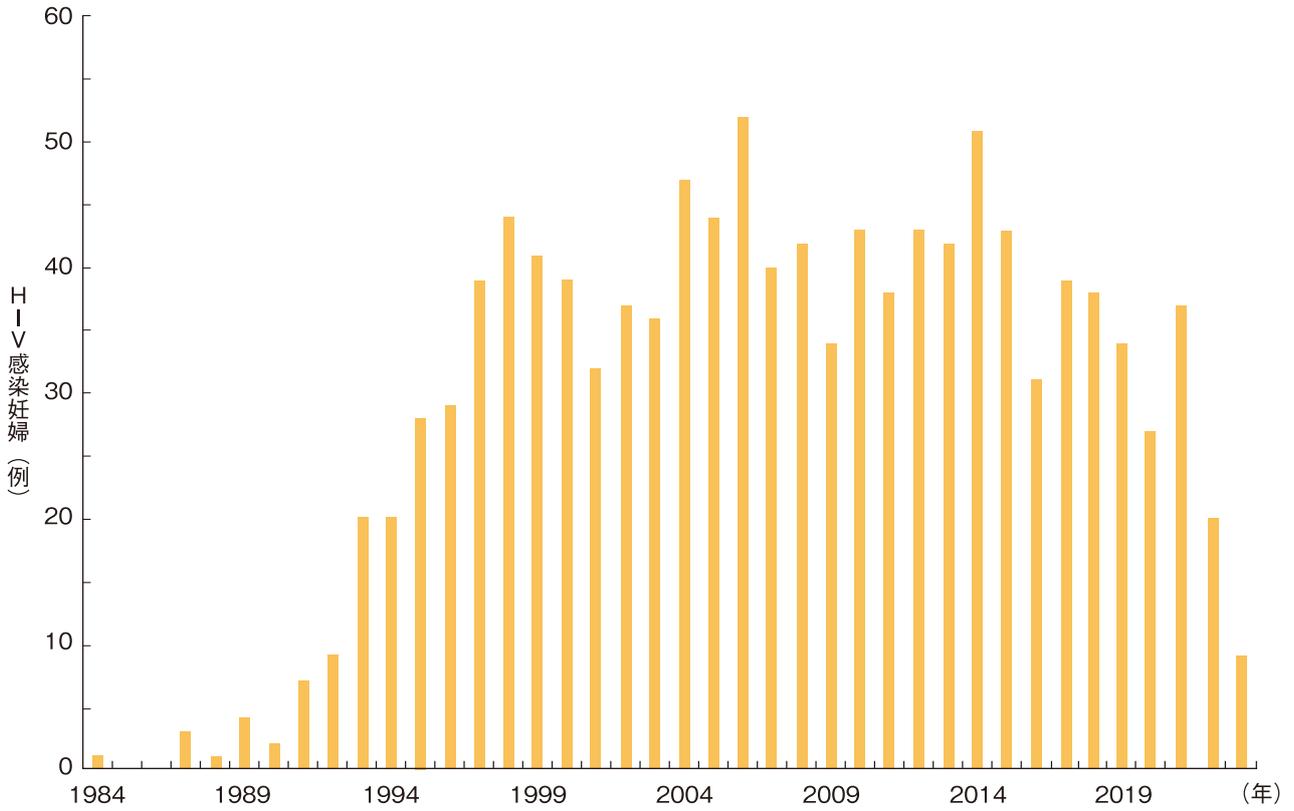


図9 わが国における分娩数と分娩10万件あたりのHIV感染妊娠数

【2024年 産婦人科小児科・統合データベース】

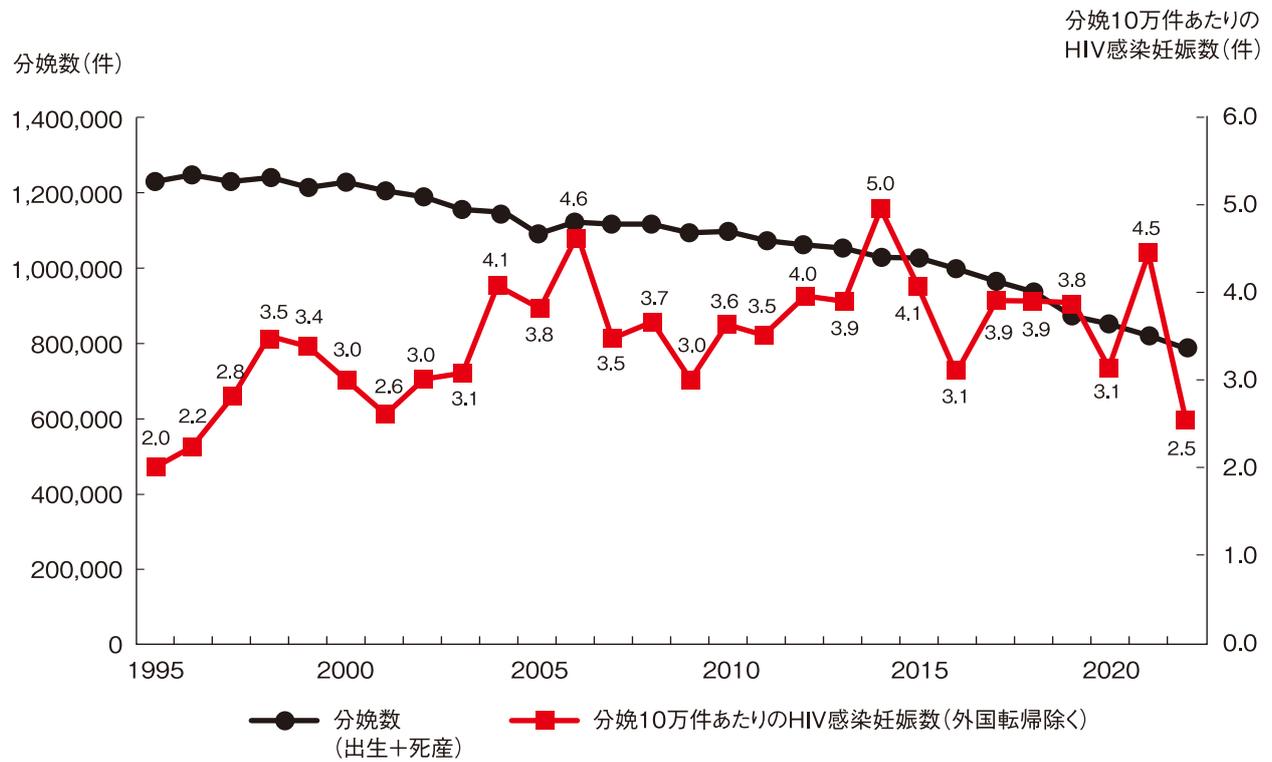
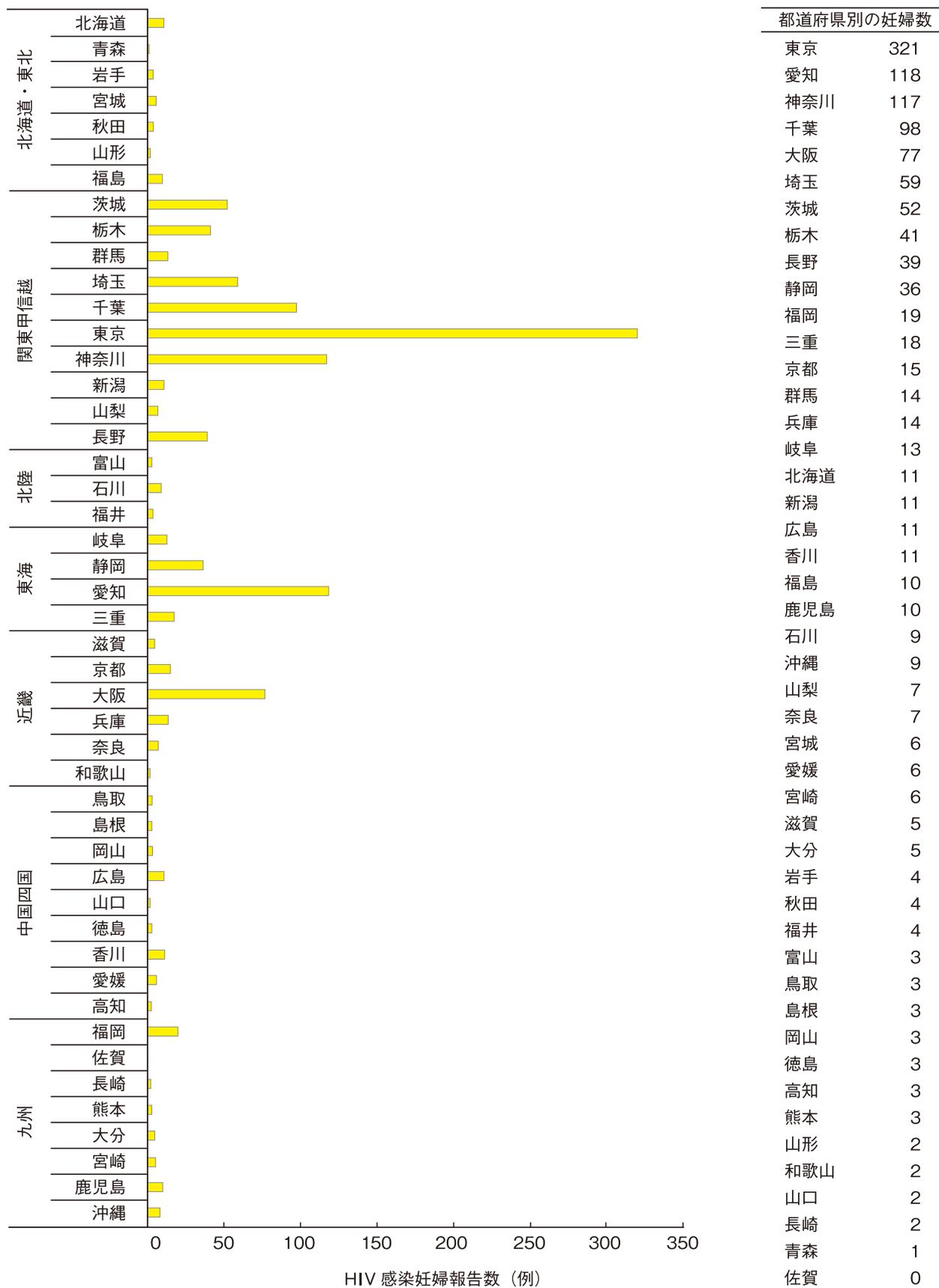


図 10 報告都道府県別 HIV 感染妊婦の分布

【2024年 産婦人科小児科・統合データベース】



2) HIV 感染妊婦およびパートナーの国籍とHIV 感染状況

HIV 感染妊婦の国籍は、日本 544 例 (44.7%)、タイ 238 例 (19.6%) の 2 か国で 6 割以上を占めていた。地域別にみると、日本を除くアジア 414 例 (34.0%)、アフリカ 129 例 (10.6%)、中南米 96 例 (7.9%) であった (表 23)。HIV 感染妊婦国籍の変動は、日本が増加の一途をたどり 1999 年以前では全体の 4 割程度であったが 2018 ~ 2023 年には全体の 56.4% を占めるようになった (図 11)。

パートナーの国籍は日本が 633 例 (52.0%) で最も多く、次いでブラジル 68 例 (5.6%)、タイ 31 例 (2.5%) であった。HIV 感染が不明なパートナーを除いて HIV に感染しているパートナーの割合を算出した。症例数が 10 例未満の国を除くとベルーが 88.9% と最も高く、次いでフィリピンが 87.5% で、日本は 29.1% と最も低率であった。症例数が 10 例以下の欧州や中東を除く地域別ではアフリカが 59.6% と最も高く、次いでアジア 58.0%、中南米 57.4%、北米 26.7% であった (表 24)。パートナーの感染率は不明例を除き 1999 年以前は 47.0% であったが、徐々に減少傾向にあり 2018 ~ 2023 年では 31.2% に減少していた (図 12)。HIV 感染妊婦とパートナーの国籍の組み合わせの推移では、HIV 感染妊婦とパートナーともに日本国籍が増加していることから、「妊婦-パートナー」が「日本-日本」である組み合わせが 1999 年以前は 20.6% であったが、2018 ~ 2023 年では 45.5% へ増加していた。それに伴い特に「外国-日本」の組み合わせは 47.1% から 15.4% に減少していた (図 13)。

図 11 HIV 感染妊婦の国籍の推移

【2024 年 産婦人科小児科・統合データベース】

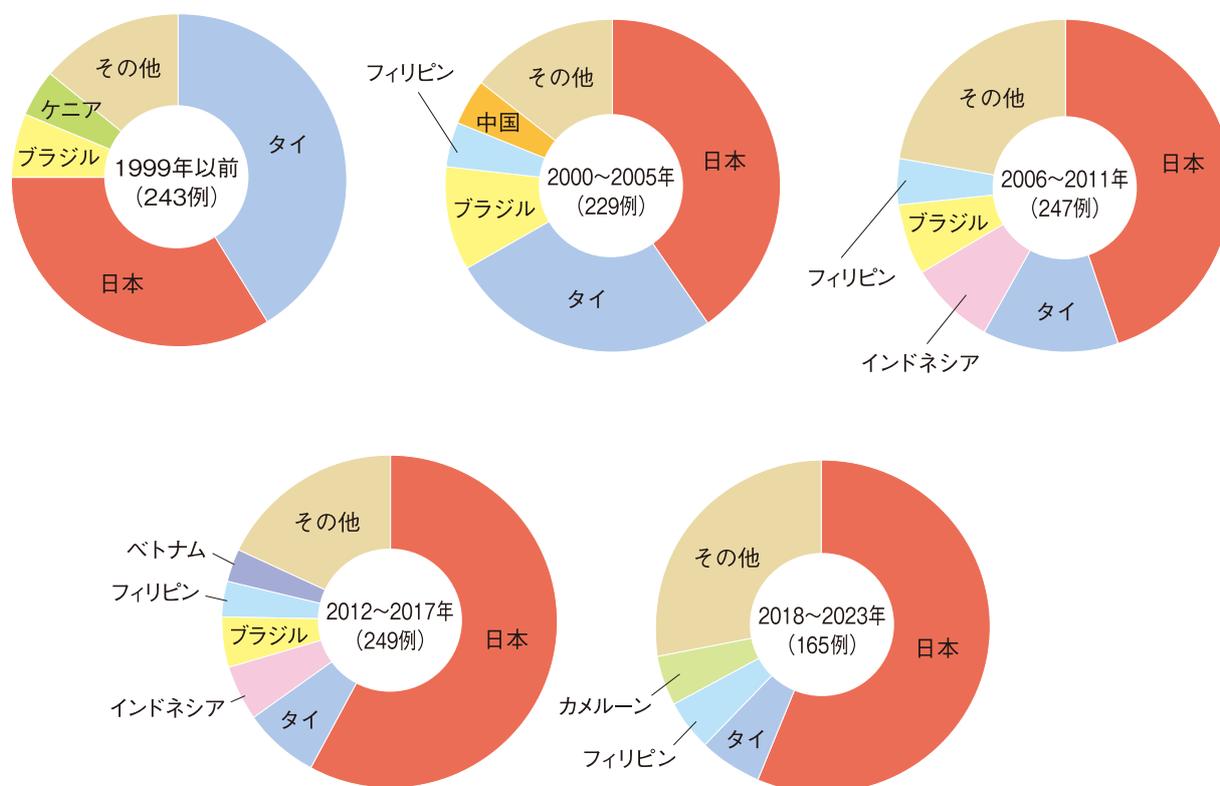


表 24 パートナーの国籍と HIV 感染率

【2024 年 産婦人科小児科・統合データベース】

地域 パートナー国籍	HIV 感染			合計		
	感染	非感染	不明			
日本	144	29.1%	351	138	633	52.0%
アジア	40	58.0%	29	32	101	8.3%
タイ	11	55.0%	9	11	31	2.5%
インドネシア	8	53.3%	7	5	20	1.6%
フィリピン	7	87.5%	1	3	11	0.9%
ベトナム	3	42.9%	4	2	9	0.7%
中国	-	-	3	3	6	0.5%
インド	1	50.0%	1	2	4	0.3%
マレーシア	4	100.0%	-	-	4	0.3%
ミャンマー	3	75.0%	1	1	5	0.4%
カンボジア	1	100.0%	-	3	4	0.3%
ネパール	1	100.0%	-	1	2	0.2%
バングラデシュ	1	50.0%	1	-	2	0.2%
韓国	-	-	-	1	1	0.1%
パキスタン	-	-	1	-	1	0.1%
ラオス	-	-	1	-	1	0.1%
中東	2	50.0%	2	2	6	0.5%
イラン	-	-	2	1	3	0.2%
トルコ	2	100.0%	-	-	2	0.2%
イラク	-	-	-	1	1	0.1%
アフリカ	53	59.6%	36	27	116	9.5%
ナイジェリア	11	61.1%	7	5	23	1.9%
ガーナ	5	35.7%	9	5	19	1.6%
ケニア	10	71.4%	4	-	14	1.2%
カメルーン	6	85.7%	1	5	12	1.0%
ウガンダ	4	100.0%	-	3	7	0.6%
マラウイ	4	80.0%	1	1	6	0.5%
エジプト	1	25.0%	3	1	5	0.4%
タンザニア	2	40.0%	3	-	5	0.4%
エスワティニ	-	-	3	-	3	0.2%
ジンバブエ	1	50.0%	1	1	3	0.2%
チュニジア	2	66.7%	1	-	3	0.2%
セネガル	1	100.0%	-	1	2	0.2%
コートジボワール	-	-	1	1	2	0.2%
シェラレオネ	1	100.0%	-	1	2	0.2%
リベリア	-	-	-	2	2	0.2%
モザンビーク	-	-	1	1	2	0.2%
リビア	2	100.0%	-	-	2	0.2%
コンゴ民主共和国	1	100.0%	-	-	1	0.1%
ザンビア	1	100.0%	-	-	1	0.1%
ボツワナ	-	-	1	-	1	0.1%
南アフリカ	1	100.0%	-	-	1	0.1%
中南米	35	57.4%	26	28	89	7.3%
ブラジル	24	49.0%	25	19	68	5.6%
ペルー	8	88.9%	1	6	15	1.2%
ボリビア	2	100.0%	-	2	4	0.3%
ドミニカ	1	100.0%	-	-	1	0.1%
メキシコ	-	-	-	1	1	0.1%
北米	4	26.7%	11	8	23	1.9%
アメリカ	4	28.6%	10	7	21	1.7%
カナダ	-	-	1	1	2	0.2%
欧州	1	33.3%	2	4	7	0.6%
イタリア	-	-	1	1	2	0.2%
ルーマニア	-	-	-	2	2	0.2%
ウクライナ	-	-	-	1	1	0.1%
フランス	-	-	1	-	1	0.1%
ベルギー	1	100.0%	-	-	1	0.1%
不明	15	62.5%	9	218	242	19.9%
合計	294	38.7%	466	457	1,217	100.0%

図 12 パートナーの HIV 感染率の推移

【2024年 産婦人科小児科・統合データベース】

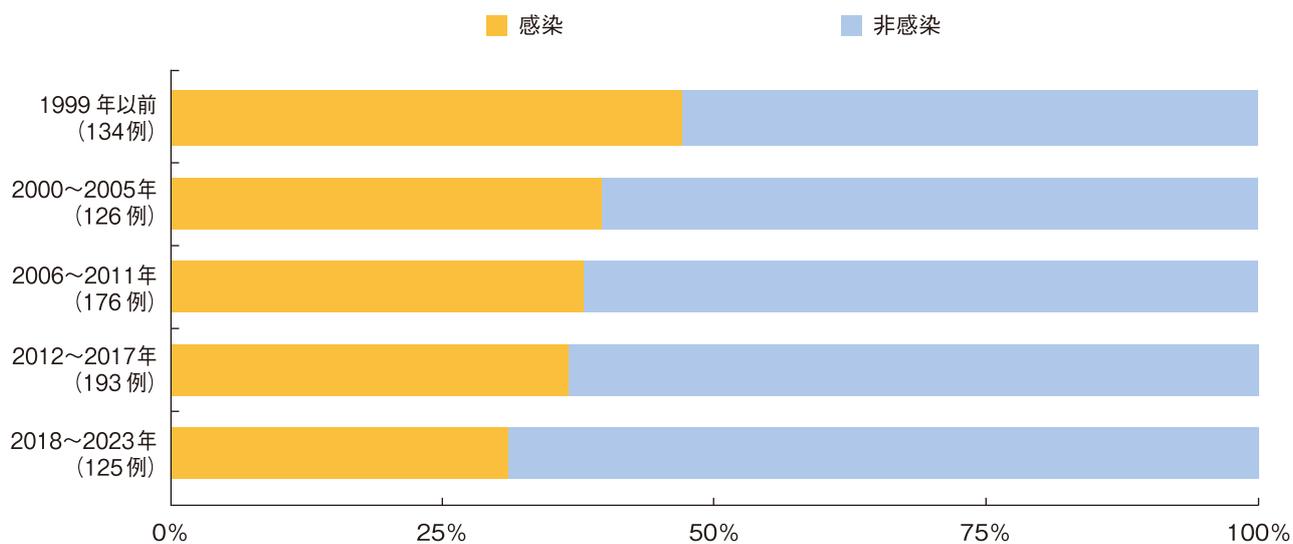
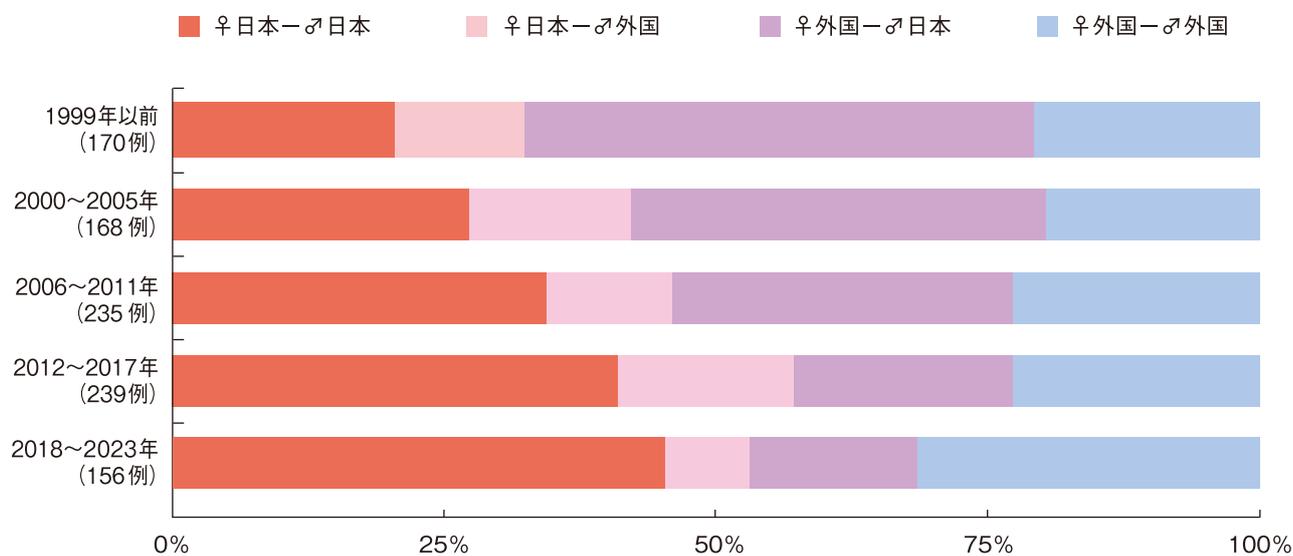


図 13 HIV 感染妊婦とパートナーの国籍組み合わせの推移

【2024年 産婦人科小児科・統合データベース】



3) 妊娠転帰とHIV母子感染

HIV感染妊婦の年次別の症例数と妊娠転帰では、1995年以降毎年30~40例程度の報告が継続していた(図14)。分娩に至った症例の分娩様式の推移では、選択的帝王切開分娩の割合が8割前後で推移していた(図15)。在胎週数と出生児体重の平均は、36週6日、2,668gであった(表25)。

図14 HIV感染妊婦の年次別妊娠転帰報告数

【2024年 産婦人科小児科・統合データベース】

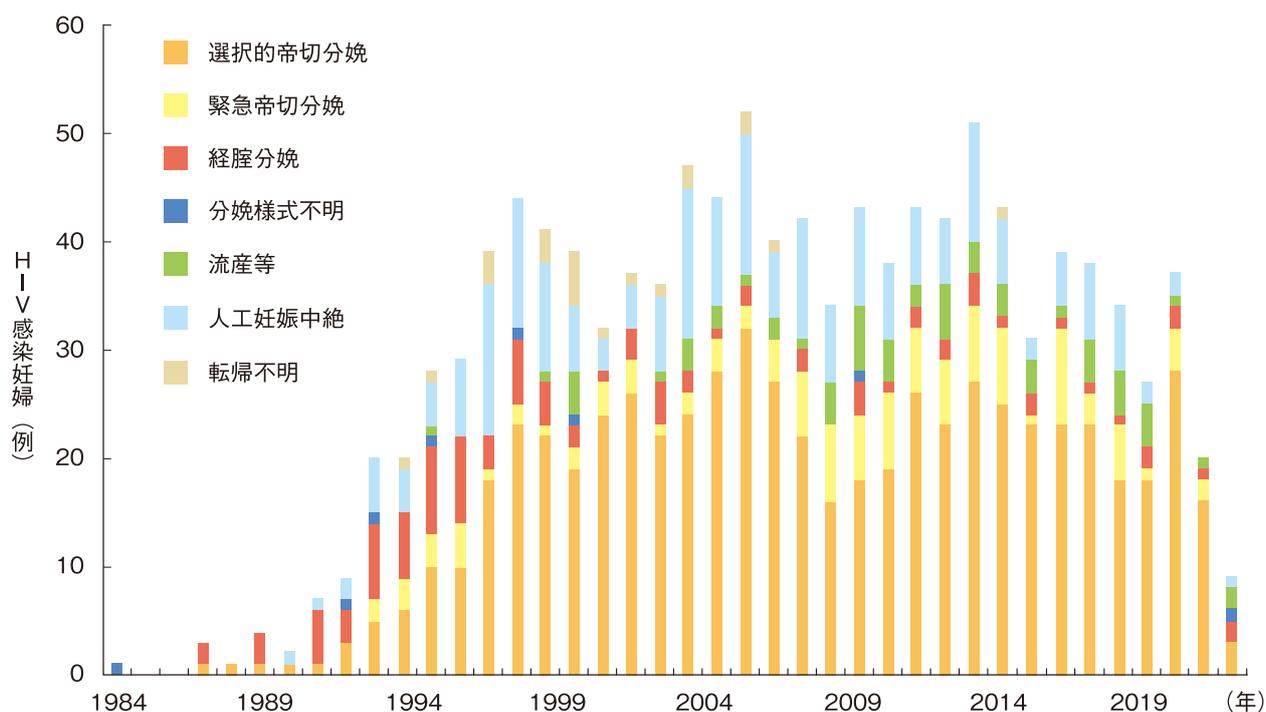


図15 分娩様式の推移

【2024年 産婦人科小児科・統合データベース】

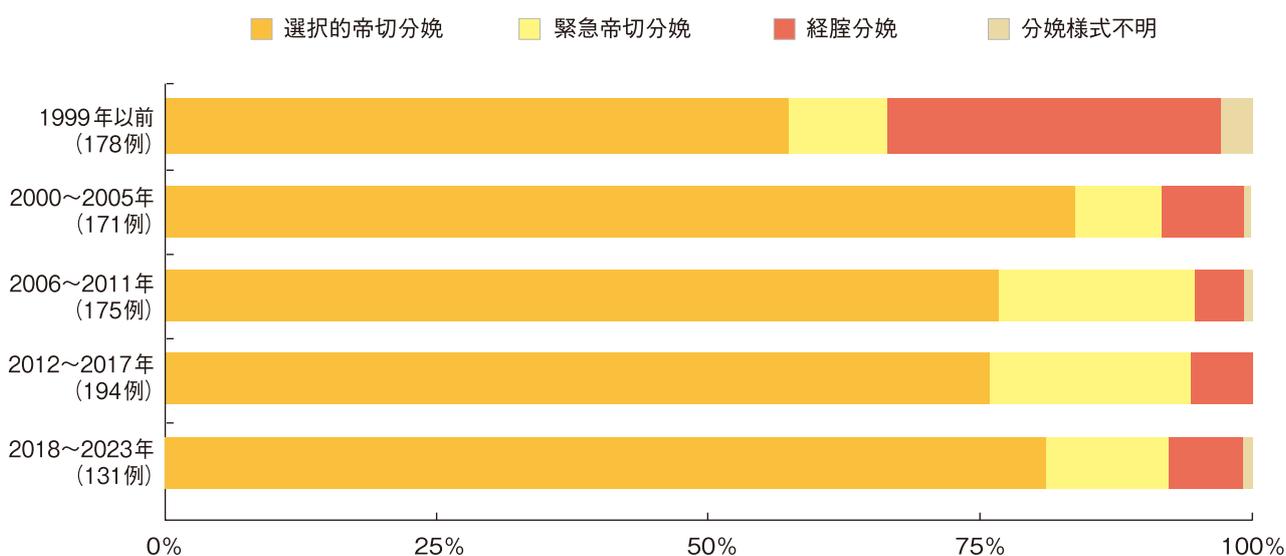


表25 在胎週数と出生児体重の平均

【2024年 産婦人科小児科・統合データベース】

転帰年	分娩様式								
	選択的帝王切開分娩			緊急帝王切開分娩			経陰分娩		
	症例数	在胎週数	児体重	症例数	在胎週数	児体重	症例数	在胎週数	児体重
1999年以前	102	36週3日 ±1.7週	2,619g ±423g	16	36週5日 ±2.8週	2,641g ±611g	55	38週3日 ±2.3週	2,917g ±477g
2000～2005年	143	36週4日 ±0.8週	2,599g ±337g	14	35週4日 ±2.5週	2,590g ±742g	13	37週3日 ±2.5週	2,853g ±415g
2006～2011年	134	36週6日 ±0.9週	2,601g ±348g	32	34週2日 ±3.2週	2,212g ±684g	8	39週0日 ±1.2週	2,978g ±355g
2012～2017年	147	37週1日 ±0.6週	2,729g ±360g	36	34週6日 ±2.2週	2,245g ±622g	11	37週3日 ±3.5週	2,597g ±431g
2018～2023年	106	37週2日 ±0.6週	2,806g ±392g	15	35週3日 ±2.7週	2,895g ±744g	9	37週1日 ±4.2週	2,895g ±744g
合計	632	36週6日 ±1.0週	2,668g ±378g	113	35週1日 ±2.8週	2,873g ±504g	96	38週1日 ±2.8週	2,873g ±504g

HIV 母子感染は選択的帝王切開分娩8例、緊急帝王切開分娩9例、経陰分娩40例、分娩様式不明6例で合計63例が確認された(表26)。母子感染は、cARTが普及していなかった1991～2000年までは毎年数例発生していた。2001年以降も散発的であるが報告されており、特に近年は妊娠初期HIV検査陰性の妊婦からの母子感染の報告が増加傾向にあった(表27)。他方、感染予防策として「妊娠初期HIVスクリーニング検査」「選択的帝王切開分娩」「抗ウイルス薬3剤以上」「子どもの投薬あり」「断乳」全てを施行した308例での母子感染例はなかった。

4) HIV 感染妊婦への抗ウイルス薬投与

HIV 感染妊婦へ投与された抗ウイルス薬の薬剤数は1998年をピークに単剤の投与は減少した(図16)。2006年以降は90%以上がcARTとなり、過去5年間では全例がcARTであった(図17)。

5) 母体のHIV 感染判明時期

2003年以前は感染が分からずに分娩・妊娠した例が63.6%を占めていたが、2004～2013年では36.7%、2014～2023年では25.8%と明らかに減少していた(図18)。感染判明の契機は、2003年以前は妊娠初期スクリーニング検査で初めて判明する例が87.6%を占めていたが、2014～2023年では56.6%まで減少し、さらに妊娠して初めて感染が判明した例は72.1%から30.0%まで減少していた。代わって2014～2023年では保健所検査や術前検査にて初めて感染が判明した例が21.3%を占めた(図19)。

表26 妊娠転帰とHIV 母子感染数

【2024年 産婦人科小児科・統合データベース】

妊娠転帰	HIV 母子感染			合計	
	感染	非感染	不明		
選択的帝王切開分娩	8	566	58	632	51.9%
緊急帝王切開分娩	9	93	11	113	9.3%
経陰分娩	40	45	11	96	7.9%
分娩様式不明	6	2	0	8	0.7%
流産等	-	-	-	64	5.3%
人工妊娠中絶	-	-	-	216	17.7%
転帰不明	-	-	-	88	7.2%
合計	63	706	80	1,217	100.0%

表27 妊娠転帰別HIV感染妊婦の年次報告数

【2024年 産婦人科小児科・統合データベース】

転帰年	妊娠数	分娩数	妊娠転帰															
			選択的帝切分娩			緊急帝切分娩			経膈分娩			分娩様式不明			流産等	人工妊娠中絶	転帰不明	
			分娩数	感染	非感染	分娩数	感染	非感染	分娩数	感染	非感染	分娩数	感染	非感染				
1984	S59	1	1	0	-	-	0	-	-	0	-	-	1	1	-	0	-	-
1985	S60	0	0	0	-	-	0	-	-	0	-	-	0	-	-	0	-	-
1986	S61	0	0	0	-	-	0	-	-	0	-	-	0	-	-	0	-	-
1987	S62	3	3	1	-	1	0	-	-	2	1	-	0	-	-	0	-	-
1988	S63	1	1	1	-	1	0	-	-	0	-	-	0	-	-	0	-	-
1989	H1	4	4	1	-	1	0	-	-	3	-	3	0	-	-	0	-	-
1990	H2	2	1	1	-	1	0	-	-	0	-	-	0	-	-	0	1	-
1991	H3	7	6	1	1	-	0	-	-	5	3	1	0	-	-	0	1	-
1992	H4	9	7	3	-	3	0	-	-	3	2	1	1	1	-	0	2	-
1993	H5	20	15	5	1	4	2	-	1	7	4	2	1	1	-	0	5	-
1994	H6	20	15	6	-	6	3	1	2	6	3	3	0	-	-	0	4	1
1995	H7	28	22	10	1	9	3	1	1	8	6	2	1	1	-	1	4	1
1996	H8	29	22	10	-	10	4	1	3	8	2	5	0	-	-	0	7	-
1997	H9	39	22	18	2	15	1	1	-	3	2	1	0	-	-	0	14	3
1998	H10	44	32	23	-	19	2	1	-	6	2	3	1	-	1	0	12	-
1999	H11	41	27	22	-	21	1	-	1	4	2	-	0	-	-	1	10	3
2000	H12	39	24	19	-	17	2	1	1	2	2	-	1	1	-	4	6	5
2001	H13	32	28	24	-	22	3	-	3	1	-	1	0	-	-	0	3	1
2002	H14	37	32	26	-	21	3	-	3	3	1	2	0	-	-	0	4	1
2003	H15	36	27	22	-	19	1	-	1	4	-	3	0	-	-	1	7	1
2004	H16	47	28	24	-	23	2	-	1	2	-	2	0	-	-	3	14	2
2005	H17	44	32	28	1	25	3	-	3	1	-	1	0	-	-	2	10	-
2006	H18	52	36	32	-	30	2	-	2	2	1	1	0	-	-	1	13	2
2007	H19	40	31	27	-	23	4	-	3	0	-	-	0	-	-	2	6	1
2008	H20	42	30	22	-	19	6	-	6	2	1	-	0	-	-	1	11	-
2009	H21	34	23	16	-	15	7	2	5	0	-	-	0	-	-	4	7	-
2010	H22	43	28	18	1	17	6	-	6	3	3	-	1	1	-	6	9	-
2011	H23	38	27	19	-	19	7	-	5	1	-	1	0	-	-	4	7	-
2012	H24	43	34	26	-	23	6	-	5	2	1	1	0	-	-	2	7	-
2013	H25	42	31	23	-	21	6	-	6	2	1	1	0	-	-	5	6	-
2014	H26	51	37	27	-	24	7	-	7	3	-	2	0	-	-	3	11	-
2015	H27	43	33	25	-	21	7	-	6	1	1	-	0	-	-	3	6	1
2016	H28	31	26	23	-	22	1	-	1	2	1	-	0	-	-	3	2	-
2017	H29	39	33	23	-	22	9	1	8	1	-	1	0	-	-	1	5	-
2018	H30	38	27	23	-	18	3	-	3	1	-	1	0	-	-	4	7	-
2019	R1	34	24	18	-	18	5	-	5	1	-	1	0	-	-	5	5	-
2020	R2	27	21	18	-	17	1	-	1	2	1	1	0	-	-	4	2	-
2021	R3	37	34	28	-	25	4	-	3	2	-	2	0	-	-	1	2	-
2022	R4	20	19	16	1	11	2	-	1	1	-	1	0	-	-	1	-	-
2023	R5	9	6	3	-	3	0	-	-	2	-	2	1	-	1	2	1	-
不明		71	0	0	-	-	0	-	-	0	-	-	0	-	-	0	5	66
合計		1,217	849	632	8	566	113	9	93	96	40	45	8	6	2	64	216	88

図 16 抗ウイルス薬の薬剤数の年次推移

【2024年 産婦人科小児科・統合データベース】

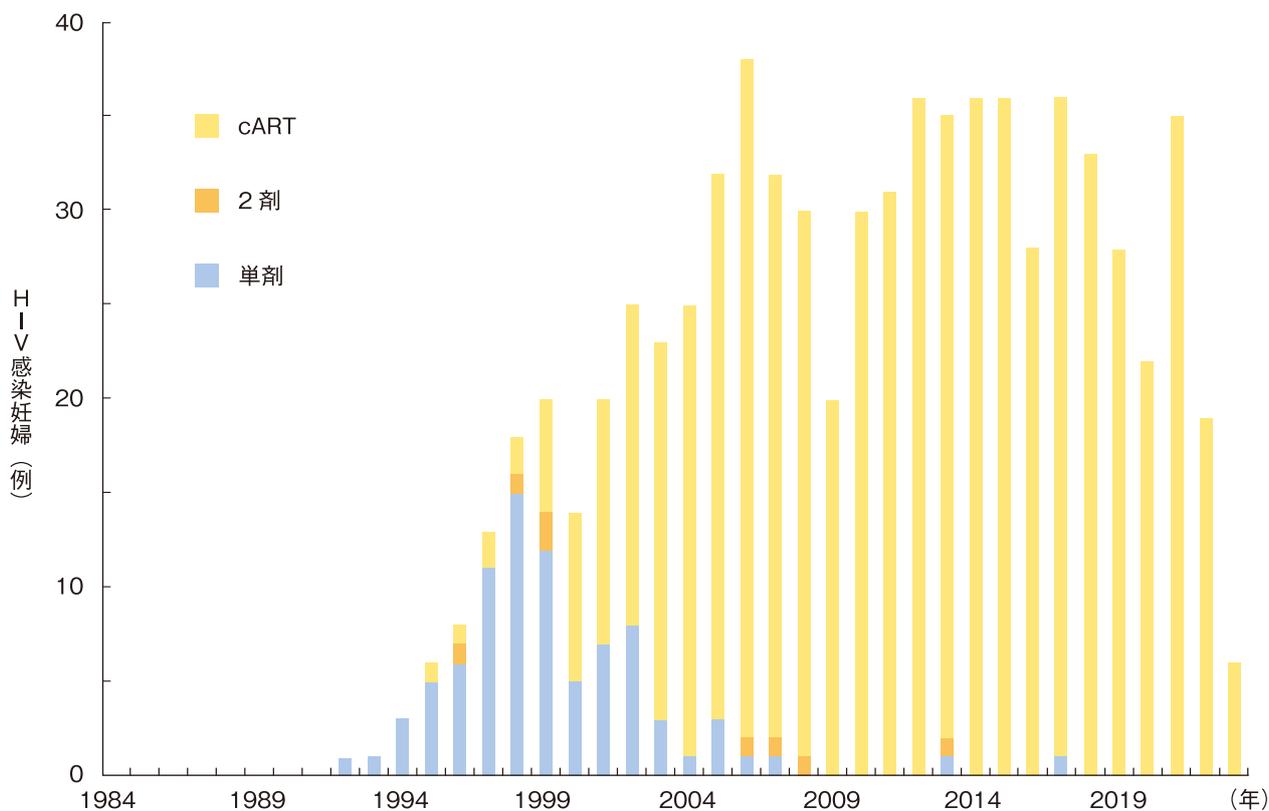


図 17 抗ウイルス薬投与例の投与薬数別の年次推移

【2024年 産婦人科小児科・統合データベース】

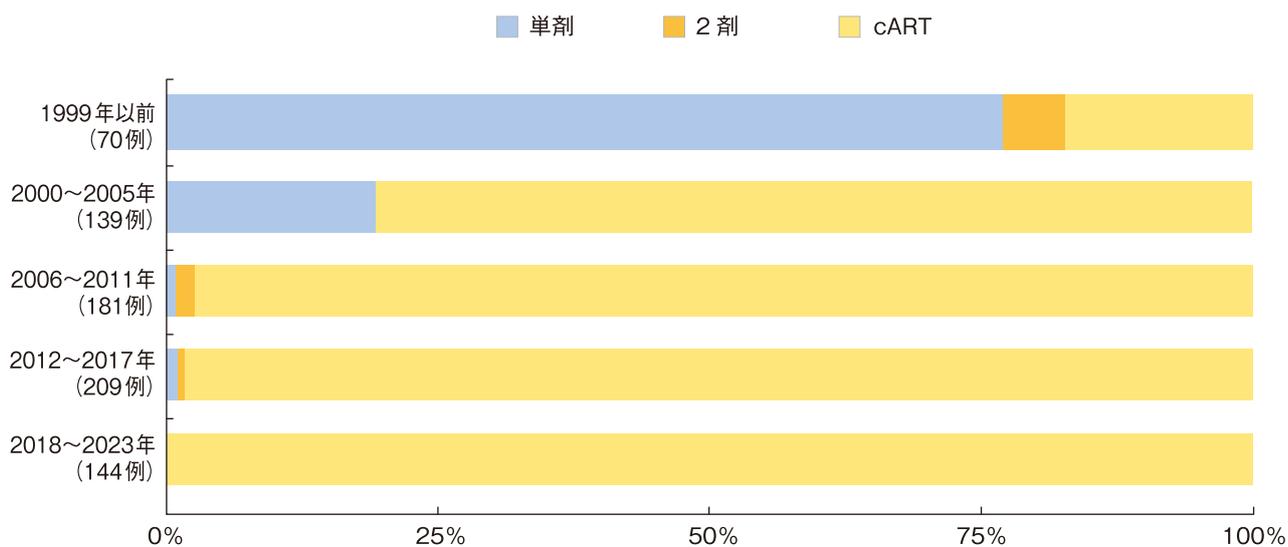


図18 HIV感染妊婦における感染判明時期の推移

【2024年産婦人科小児科・統合データベース】

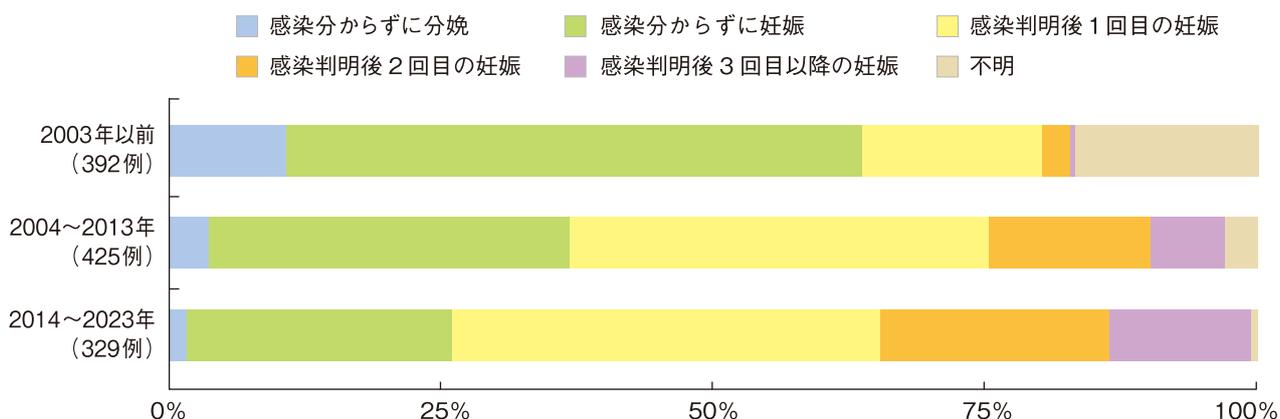
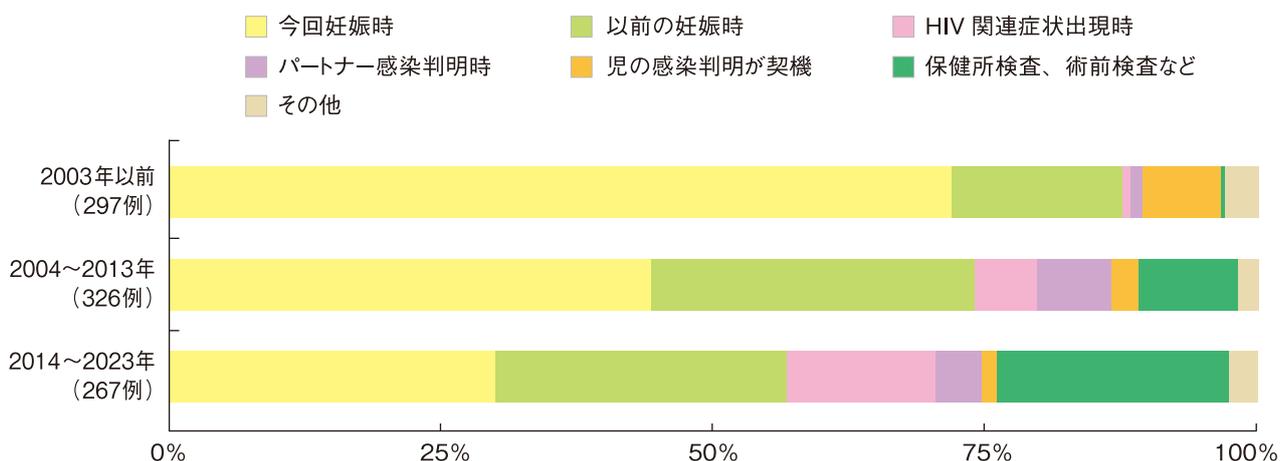


図19 HIV感染妊婦における感染判明契機の推移

【2024年産婦人科小児科・統合データベース】

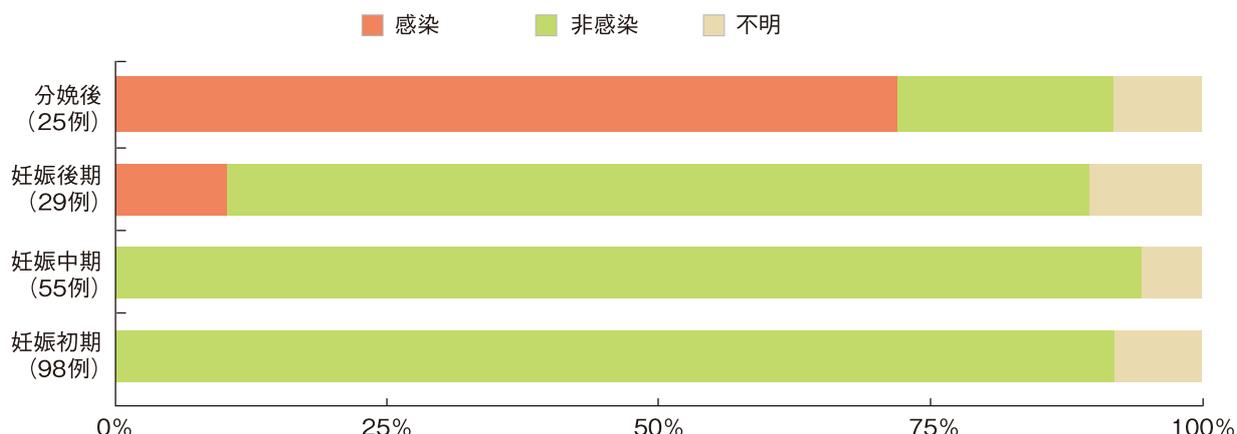


6) 妊娠中・分娩後に母体のHIV感染が初めて判明した症例

妊娠中・分娩後に初めてHIV感染が判明し転帰が明らかな症例（初回判明群）は、2000～2023年では320例が報告された。近年HIV感染判明後妊娠が増加している。初回判明群において、妊娠初期にHIV感染が判明している例は半数に過ぎず、感染判明時期が遅れるにつれ血中ウイルス量のコントロールは不良になっていた。実際に2000年以降に生じたHIV母子感染22例は1例を除き初回判明群から生じており、さらに全て妊娠後期や分娩後に初めてHIV感染が判明した例であった（図20）。

図20 妊娠中・分娩後に HIV 感染が初めて判明した症例の母子感染例

【2024年 産婦人科小児科・統合データベース】



7) HIV 感染判明後の再妊娠

HIV 感染が判明した後に妊娠した症例 (感染判明後妊娠) の妊娠回数は、1回 224例、2回 92例、3回 37例、4回 14例、5回 1例、6回 1例であった。2014～2023年の10年間での感染が判明した後の妊娠は242例であった。感染判明後の妊娠は2014～2018年では72.8%、2019～2023年では74.8%を占め、2023年単年では100%であった (図21)。また、2014～2023年の10年間で感染が判明した後に1回目の妊娠した130例のうち、前回の妊娠時に感染が判明した症例は39例 (30.0%) であった (図22)。

2013年以降で感染が判明した後に妊娠した妊婦の国籍は日本が59.9%と過半数を占めた (図23)。同様に、パートナーの国籍も日本が57.9%と過半数を占めた (図24)。予定内妊娠と考えられた症例は59.5%存在した (表28)。感染判明後妊娠の症例での血中ウイルス量は最高値が1,000コピー/mL以上の症例は6.6%存在した (表29)。

図21 HIV 感染判明の有無と妊娠時期の年次別推移 (2014-2023年)

【2024年 産婦人科小児科・統合データベース】

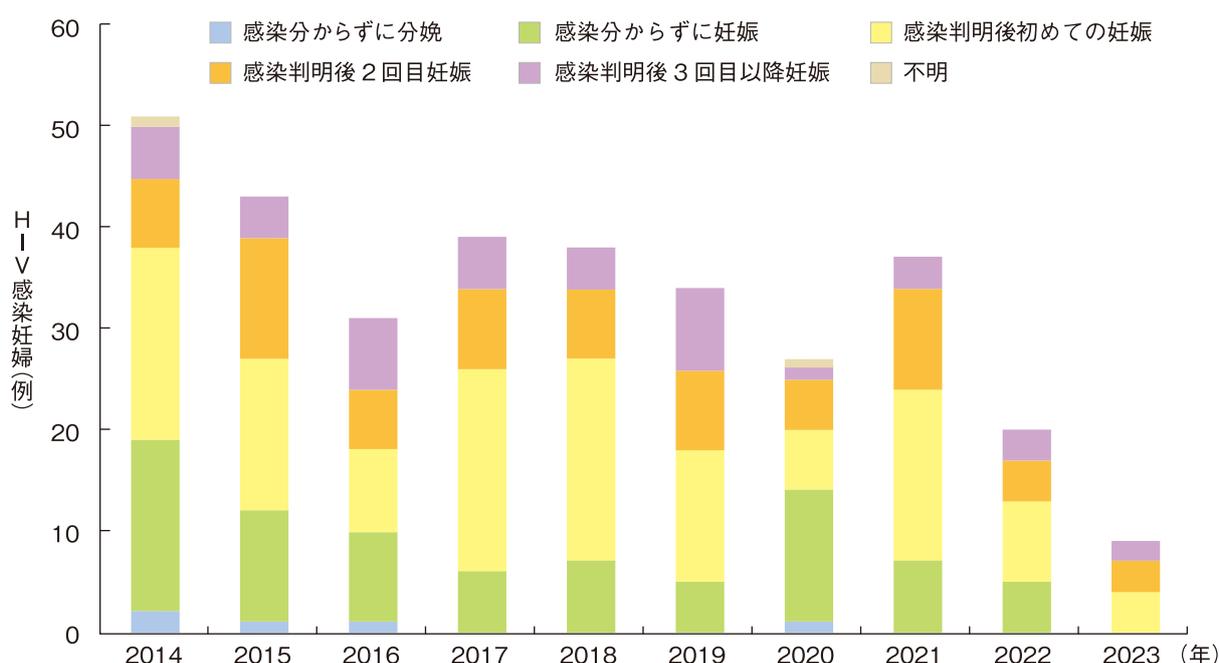


図22 HIV 感染判明の有無と妊娠時期の割合の推移 (2014-2023年)

【2024年 産婦人科小児科・統合データベース】

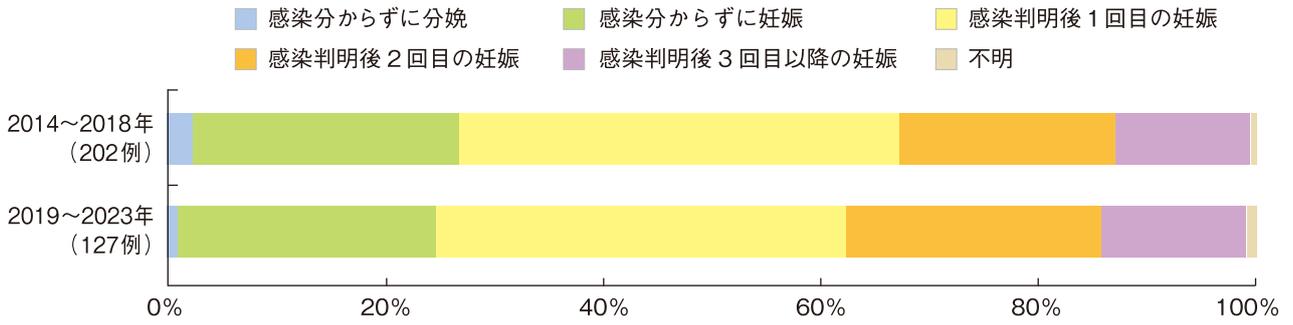


図23 HIV 感染判明後妊娠の妊婦国籍 (2014-2023年)

【2024年 産婦人科小児科・統合データベース】

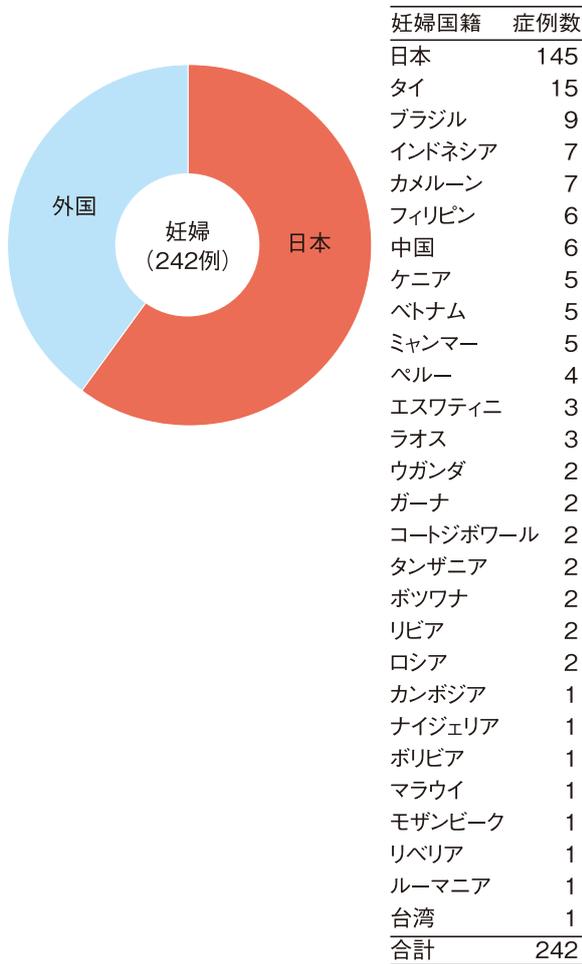


図24 HIV 感染判明後妊娠のパートナー国籍 (2014-2023年)

【2024年 産婦人科小児科・統合データベース】

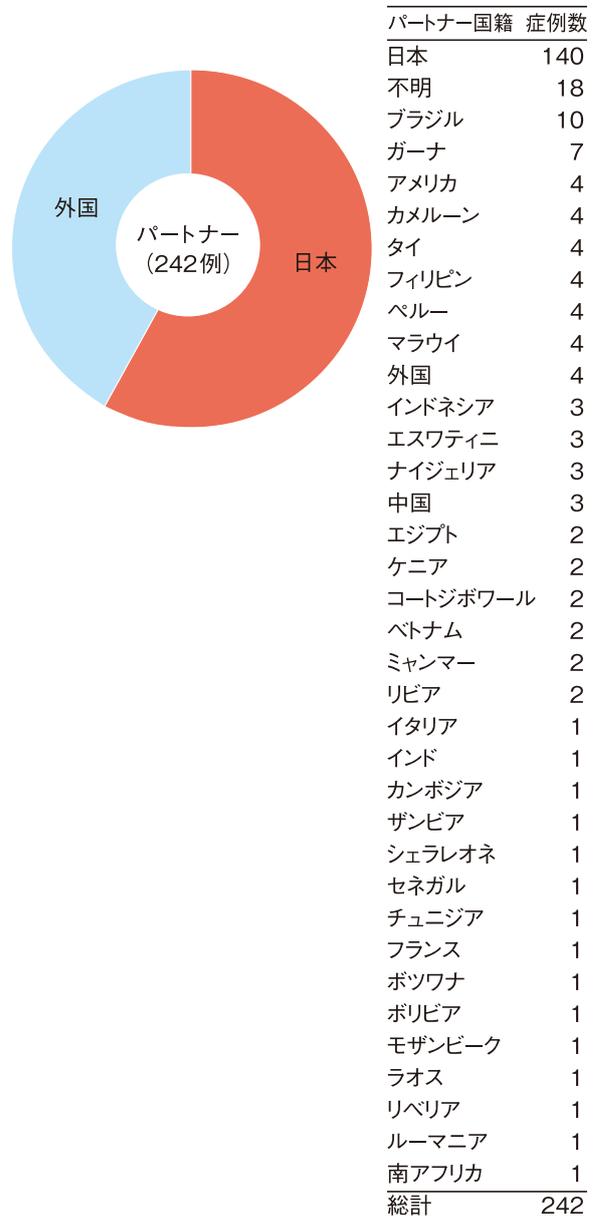


表28 HIV感染判明後の妊娠予定(2014-2023年)

【2024年産婦人科小児科・統合データベース】

妊娠方法	妊娠の予定			合計
	予定内	予定外	不明	
体外受精(IVF)	9	-	-	9
人工授精(AIH)	17	-	-	17
シリンジ法	12	-	-	12
タイミング法	2	-	-	2
自然	88	75	11	174
不明	-	-	1	1
合計	128	75	12	215
	59.5%	34.9%	5.6%	

表29 HIV感染判明後妊娠の
血中ウイルス量の最高値(2014-2023年)

【2024年産婦人科小児科・統合データベース】

血中ウイルス量(コピー/mL)	症例数	
100,000以上	0	-
10,000以上100,000未満	7	4.2%
1,000以上10,000未満	4	2.4%
検出限界以上1,000未満	21	12.6%
検出限界未満	135	80.8%
合計	167	100.0%

8) HIV感染妊婦の妊娠転帰場所

HIV感染妊婦の転帰場所は、エイズ拠点病院が83.9%と約8割を占めた。エイズ拠点以外の病院6.3%、診療所1.5%、助産所0.2%、自宅0.5%、外国3.2%、妊娠転帰場所不明4.3%であった(図25-1)。最近5年間(2019~2023年)のHIV感染妊婦127例の転帰場所では、エイズ拠点病院が122例(96.1%)と全症例でのエイズ拠点病院が占める割合より高くなり、エイズ拠点以外の病院は4例(3.1%)であった(図25-2)。転帰場所別の分娩様式は、エイズ拠点病院では選択的帝王切開分娩が587例(61.9%)に施行され、エイズ拠点以外の病院では28例(39.4%)であった。一方、経膈分娩はエイズ拠点病院では31例(3.3%)、エイズ拠点以外の病院では17例(23.9%)、診療所・助産所では17例(44.7%)であった(表30)。2012~2017年、2018~2023年のエイズ拠点病院とエイズ拠点以外の病院での分娩様式を比較すると、経膈分娩が増加していた。その背景は拠点病院ではウイルス量コントロール良好な経膈分娩が増加しており、エイズ拠点以外の病院では妊娠初期スクリーニング検査が陰性であったことによる経膈分娩が増加していた(図26)。

図25-1 HIV感染妊婦の妊娠転帰場所
(妊娠転帰不明・妊娠中例を除く)

【2024年産婦人科小児科・統合データベース】

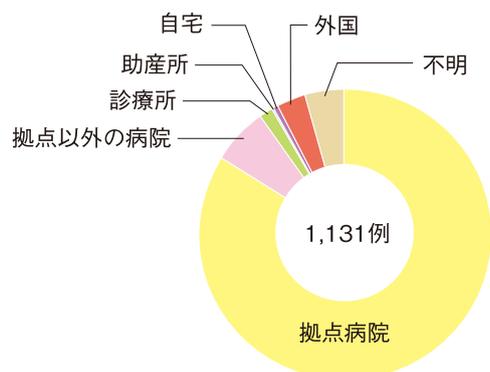


図25-2 HIV感染妊婦の妊娠転帰場所(2019-2023年)
(妊娠転帰不明・妊娠中例を除く)

【2024年産婦人科小児科・統合データベース】

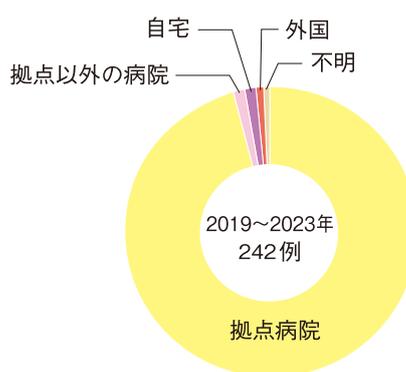


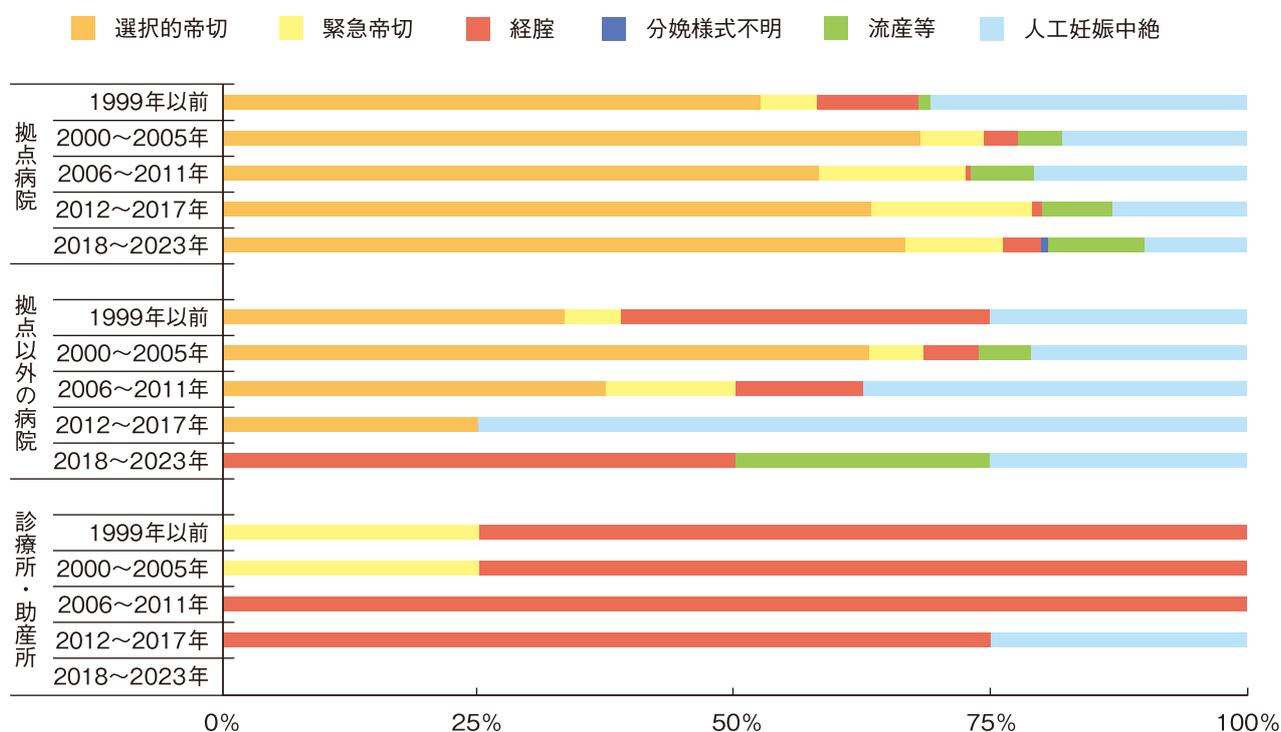
表30 施設別の妊娠転帰

【2024年 産婦人科小児科・統合データベース】

妊娠転帰	施設区分					
	エイズ拠点病院		拠点以外の病院		診療所・助産所	
選択的帝王切開	587	61.9%	28	39.4%	0	0.0%
緊急帝王切開	102	10.7%	4	5.6%	3	7.9%
経膣分娩	31	3.3%	17	23.9%	17	44.7%
分娩様式不明	1	0.1%	0	0.0%	14	36.8%
流産等	54	5.7%	2	2.8%	2	5.3%
人工妊娠中絶	174	18.3%	20	28.2%	2	5.3%
合計	949	100.0%	71	100.0%	38	100.0%

図26 転帰場所別分娩様式の変動

【2024年 産婦人科小児科・統合データベース】



転帰場所別での妊娠中の抗ウイルス薬投与状況は、エイズ拠点病院では702例(74.0%)に抗ウイルス薬が投与されていたが、エイズ拠点以外の病院では25例(35.2%)、診療所・助産所では1例(5.3%)であった(表31)。日本で経膣分娩症例は78例報告されており、詳細を表32に示した。妊娠中に抗ウイルス薬が投与されていた症例が13例あり、飛び込み分娩が19例(24.4%)を占めていた。

表31 施設別の抗ウイルス薬投与状況

【2024年 産婦人科小児科・統合データベース】

投与薬剤	施設区分					
	エイズ拠点病院		拠点以外の病院		診療所・助産所	
cART	625	65.9%	12	16.9%	1	5.3%
2剤	7	0.7%	0	-	0	-
単剤	70	7.4%	13	18.3%	0	-
投与なし・不明	247	26.0%	46	64.8%	18	94.7%
合計	949	100.0%	71	100.0%	19	100.0%

表32 日本で経膈分娩した78例

【2024年 産婦人科小児科・統合データベース】

NO.	分娩年	母子感染	妊婦国籍	在胎週数	妊娠中のウイルス量 (コピー/mL)	妊婦への抗ウイルス薬	児への抗ウイルス薬	母乳投与	母体HIV感染判明時期	分娩場所	備考
1	1987	不明	日本	36週	不明	なし	不明	なし	今回妊娠時	病院	
2	1989	非感染	外国	36週	不明	不明	なし	なし	分娩直後	病院	
3	1989	非感染	日本	38週	不明	不明	不明	なし	不明	不明	
4	1989	非感染	外国	不明	不明	不明	なし	あり	不明	不明	
5	1991	感染	外国	41週	不明	不明	なし	あり	児から判明	病院	
6	1991	不明	外国	35週	不明	不明	なし	なし	不明	診療所	
7	1992	感染	日本	40週	不明	不明	なし	なし	児から判明	不明	
8	1992	非感染	外国	40週	不明	不明	なし	あり	不明	病院	
9	1992	感染	日本	40週	不明	不明	なし	あり	児から判明	病院	
10	1993	感染	外国	36週	不明	不明	不明	不明	児から判明	自宅	
11	1993	非感染	日本	43週	不明	不明	なし	なし	分娩直後	病院	
12	1993	感染	外国	36週	不明	なし	なし	なし	分娩直後	病院	飛び込み分娩
13	1993	感染	外国	36週	不明	不明	なし	あり	児から判明	診療所	
14	1993	不明	外国	不明	不明	不明	不明	不明	今回妊娠時	病院	
15	1994	非感染	外国	39週	不明	なし	不明	なし	分娩直後	病院	飛び込み分娩
16	1994	感染	日本	29週	不明	不明	なし	あり	児から判明	不明	
17	1994	感染	日本	41週	不明	不明	不明	なし	児から判明	診療所	
18	1994	非感染	外国	37週	不明	不明	なし	不明	不明	病院	
19	1994	感染	外国	39週	不明	なし	なし	不明	分娩後その他機会	病院	
20	1995	非感染	外国	39週	不明	なし	不明	なし	前回妊娠時	病院	飛び込み分娩
21	1995	感染	外国	39週	不明	不明	なし	あり(1週)	分娩直後	診療所	
22	1995	感染	外国	37週	不明	なし	なし	なし	分娩直後	病院	飛び込み分娩
23	1995	非感染	外国	40週	不明	なし	なし	なし	分娩直前	病院	飛び込み分娩
24	1995	感染	日本	34週	不明	なし	なし	なし	分娩直後	病院	飛び込み分娩
25	1995	感染	外国	38週	不明	なし	不明	不明	分娩直前	病院	飛び込み分娩
26	1995	感染	外国	39週	不明	なし	あり(6月)	なし	分娩後その他機会	不明	
27	1996	非感染	日本	38週	不明	なし	不明	なし	分娩直前	病院	飛び込み分娩
28	1996	不明	日本	不明	不明	不明	なし	なし	分娩直後	病院	墮落分娩
29	1996	感染	日本	38週	不明	不明	なし	あり(3週)	前回妊娠時	不明	
30	1996	非感染	外国	39週	不明	なし	不明	なし	今回妊娠時	病院	
31	1996	非感染	外国	39週	不明	不明	不明	不明	今回妊娠時	病院	
32	1996	非感染	外国	41週	不明	なし	不明	なし	分娩直前	病院	飛び込み分娩
33	1996	感染	日本	39週	不明	不明	なし	あり	児から判明	不明	
34	1996	非感染	外国	不明	不明	不明	不明	不明	妊娠前	病院	
35	1997	感染	外国	不明	不明	不明	不明	あり	児から判明	診療所	
36	1997	感染	外国	39週	不明	不明	あり	なし	前回妊娠時	不明	
37	1998	非感染	外国	37週	不明	AZT (妊娠35-37週)	あり	なし	前回妊娠時	病院	
38	1998	非感染	外国	39週	不明	不明	不明	不明	分娩直前	病院	
39	1998	感染	日本	40週	不明	不明	なし	あり	分娩後その他機会	不明	次子妊娠時にHIV感染判明
40	1998	不明	外国	39週	不明	なし	不明	不明	前回妊娠時	病院	飛び込み分娩
41	1998	非感染	外国	40週	不明	なし	なし	不明	分娩後その他機会	診療所	
42	1999	感染	外国	40週	不明	なし	なし	あり	分娩後その他機会	病院	次子妊娠時にHIV感染判明
43	1999	不明	外国	38週	不明	なし	不明	不明	前回妊娠時	病院	飛び込み分娩
44	1999	不明	日本	36週	19週:14,000 35週:800	AZT	不明	不明	今回妊娠時	病院	
45	1999	感染	外国	39週	不明	不明	不明	なし	児から判明	病院	飛び込み分娩
46	2000	感染	日本	38週	不明	なし	なし	あり	児から判明	病院	
47	2001	非感染	日本	33週	18週:64,000 22週:50未満 32週:100	AZT+3TC+NVP (妊娠20週~)	AZT	なし	今回妊娠時	病院	自然陣痛、 前期破水
48	2002	非感染	外国	35週	不明	なし	AZT	なし	分娩直前	病院	飛び込み分娩

表32 日本で経膈分娩した78例(つづき)

【2024年産婦人科小児科・統合データベース】

NO.	分娩年	母子感染	妊婦国籍	在胎週数	妊娠中のウイルス量(コピー/mL)	妊婦への抗ウイルス薬	児への抗ウイルス薬	母乳投与	母体HIV感染判明時期	分娩場所	備考
49	2002	非感染	外国	38週	31週:1200 35週:50未満	AZT+3TC+NFV (妊娠31週~35週)	AZT	なし	今回妊娠時	病院	陣痛誘発、人工破膜
50	2002	感染	不明	不明	不明	不明	AZT	不明	分娩後その他機会	不明	
51	2003	非感染	不明	40週	不明	不明	不明	あり(6カ月)	分娩直前	病院	飛び込み分娩
52	2003	非感染	外国	39週	39週:40,000	AZT点滴+NVP (分娩時)	AZT、NVP (1回のみ)	なし	今回妊娠時	病院	飛び込み分娩
53	2003	非感染	日本	不明	不明	不明	なし	不明	分娩後その他機会	助産所	
54	2003	不明	外国	不明	不明	なし	不明	不明	分娩直後	診療所	
55	2004	非感染	日本	33週	不明	AZT点滴 (分娩時)	AZT、NVP NFV、3TC	なし	分娩直前	病院	飛び込み分娩
56	2004	非感染	外国	40週	不明	なし	なし	なし	分娩後その他機会	診療所	
57	2006	感染	外国	39週	不明	なし	AZT	なし	分娩直後	病院	母乳「なし」 (人工栄養が守られたかは不明)
58	2006	非感染	日本	39週	不明	AZT+3TC+NFV (妊娠20-39週)	不明	不明	前回妊娠後	助産所	
59	2008	不明	外国	36週	不明	なし	AZT	なし	分娩直後	自宅	
60	2008	感染	外国	不明	不明	不明	不明	不明	分娩後その他機会	診療所	本妊娠時のHIV抗体検査は陰性。次子妊娠時にHIV感染判明
61	2010	感染	日本	39週	不明	なし	なし	なし	児から判明	病院	飛び込み分娩
62	2011	非感染	日本	40週	不明	不明	不明	不明	妊娠前	自宅	
63	2012	感染	外国	38週	不明	なし	不明	あり (3年2月)	分娩後その他機会	病院	本妊娠時のHIV抗体検査は陰性。次子妊娠時にHIV感染判明
64	2013	感染	日本	37週	不明	なし	不明	不明	分娩後その他機会	診療所	本妊娠時のHIV抗体検査は陰性。次子妊娠時にHIV感染判明
65	2013	非感染	日本	40週	不明	なし	なし	あり(3月)	分娩後その他機会	診療所	
66	2014	非感染	日本	41週	不明	なし	AZT+NVP+3TC→ AZT+NFV+3TC	なし	分娩直前	病院	未妊健 飛び込み分娩
67	2014	非感染	日本	40週	不明	不明	不明	不明	妊娠前	自宅	
68	2014	不明	外国	35週	不明	不明	不明	不明	妊娠前	自宅	墮落分娩
69	2016	不明	日本	不明	不明	TVD+RAL (妊娠前から)	AZT	なし	妊娠前	自宅	
70	2016	感染	日本	35週	不明	なし	なし	あり(10月)	児から判明	診療所	墮落分娩
71	2019	非感染	外国	39周	39週:56,000	なし	AZT+NVP+3TC	なし	分娩直前	拠点	飛び込み分娩
72	2020	感染	日本	38週	不明	なし	なし	あり	分娩後その他機会	不明	次子妊娠時にHIV感染判明
73	2020	非感染	日本	39週	37週: 検出限界未満	TDF/FTC+ DTG	AZT	なし	妊娠前	拠点	ウイルス量検出以下で感染リスクが少ないと考えたため
74	2021	非感染	日本	38週	7週:354 20,33,36週: 検出限界未満	TDF+FTC+ DRV+TRV	AZT	なし	妊娠前	拠点	妊婦の希望
75	2021	非感染	外国	25週	17週: 検出限界未満	TVD/FTC+RAL	AZT	なし	妊娠前	拠点	帝王切開分娩が間に合わなかった
76	2022	非感染	外国	38週	38週: 検出限界未満	DTG+3TC+FTC	AZT	なし	妊娠前	拠点	妊婦の希望
77	2023	非感染	外国	38週	23週: 検出限界未満	不明	AZT	なし	前回妊娠時	拠点	妊婦の希望
78	2023	非感染	外国	38週	不明	BIC/TAF/FTC→ TAF/FTC+DTG	AZT	なし	妊娠前	拠点以外の病院	HIV RNAが検出限界感度以下に制御されていたため

V.2. HIV 母子感染例の詳細 (2023 年末までの症例による解析)

2023 年までの妊娠転帰例で HIV 母子感染は 63 例の報告があった。母子感染症例は、1984 年に分娩様式不明で外国で分娩した症例が報告された (表 33、図 26-1～26-3)。治療の主流が cART になる 2000 年まで毎年継続して母子感染は報告され、それらの大部分の分娩様式は経膈分娩であった。その後も散発的に母子感染は報告され続け、2002 年、2006 年、2008 年、2009 年、2010 年、2012 年、2013 年、2015 年、2016 年および 2020 年の経膈分娩例は分娩後に母親の HIV 感染が判明しており、14 例とも抗ウイルス薬は投与されていなかった。

妊婦国籍は、日本が 18 例 (28.6%) と最も多く、次いでタイ 17 例 (27.0%) ケニア 8 例 (12.7%) であった (表 34)。日本で妊娠転帰の 41 例での分娩場所別の妊婦国籍は日本が 16 例 (39.0%) であった。分娩様式は、経膈分娩が 40 例 (63.5%) と 6 割以上を占め、次いで緊急帝王切開分娩 9 例 (14.3%)、選択的帝王切開分娩 8 例 (12.7%)、分娩様式不明 6 例 (9.5%) であった (図 27)。日本で妊娠転帰の 41 例でも経膈分娩が 27 例 (65.9%) と最多であった。妊婦の転帰場所は、外国が 19 例 (30.2%) と最も多く、エイズ拠点病院 14 例 (22.2%)、エイズ拠点以外の病院 10 例 (15.9%)、診療所 10 例 (15.9%)、自宅 1 例 (1.6%)、不明 9 例 (14.3%) であった (図 28)。

HIV 感染判明時期は、妊娠前に判明していた症例が 3 例 (4.8%) で、今回妊娠時 9 例 (14.3%)、分娩直前 1 例 (1.6%)、分娩直後 6 例 (9.5%)、子どもから判明 21 例 (33.3%)、分娩後その他の機会 18 例 (28.6%) であった (図 29)。また、日本で妊娠転帰の 41 例では妊娠前に判明していた症例が 1 例 (2.4%) で、今回妊娠時 7 例 (17.1%)、分娩直前 1 例 (2.4%)、分娩直後 6 例 (14.6%)、子どもから判明 16 例 (39.0%)、分娩後その他機会 9 例 (22.0%)、不明 1 例 (2.4%) であった。母子感染例は、妊婦の感染判明時期が遅れた症例が多いことが明らかになった。特に、2000 年以降に母子感染が生じた 22 例のうち 8 例では、妊娠初期の妊婦 HIV 検査は陰性であった (図 30)。このような症例では HIV 陰性の妊婦として扱われるため妊娠・出産に関する情報を収集することが非常に困難であり、今後の母子感染予防対策を検討する上での課題である。

図 26-1 HIV 母子感染例の分娩様式の推移

【2024 年 産婦人科小児科・統合データベース】

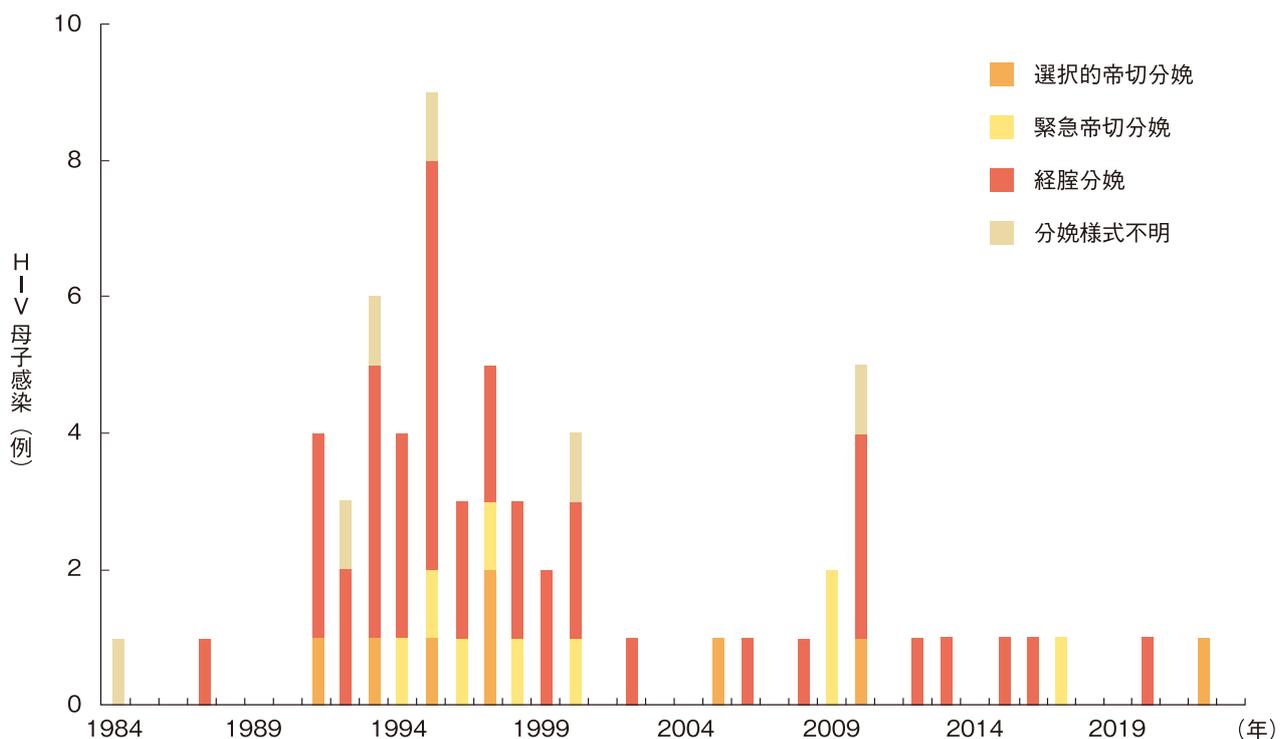


図 26-2 HIV 母子感染例の分娩様式の推移 (日本転帰 41 例)

【2024年 産婦人科小児科・統合データベース】

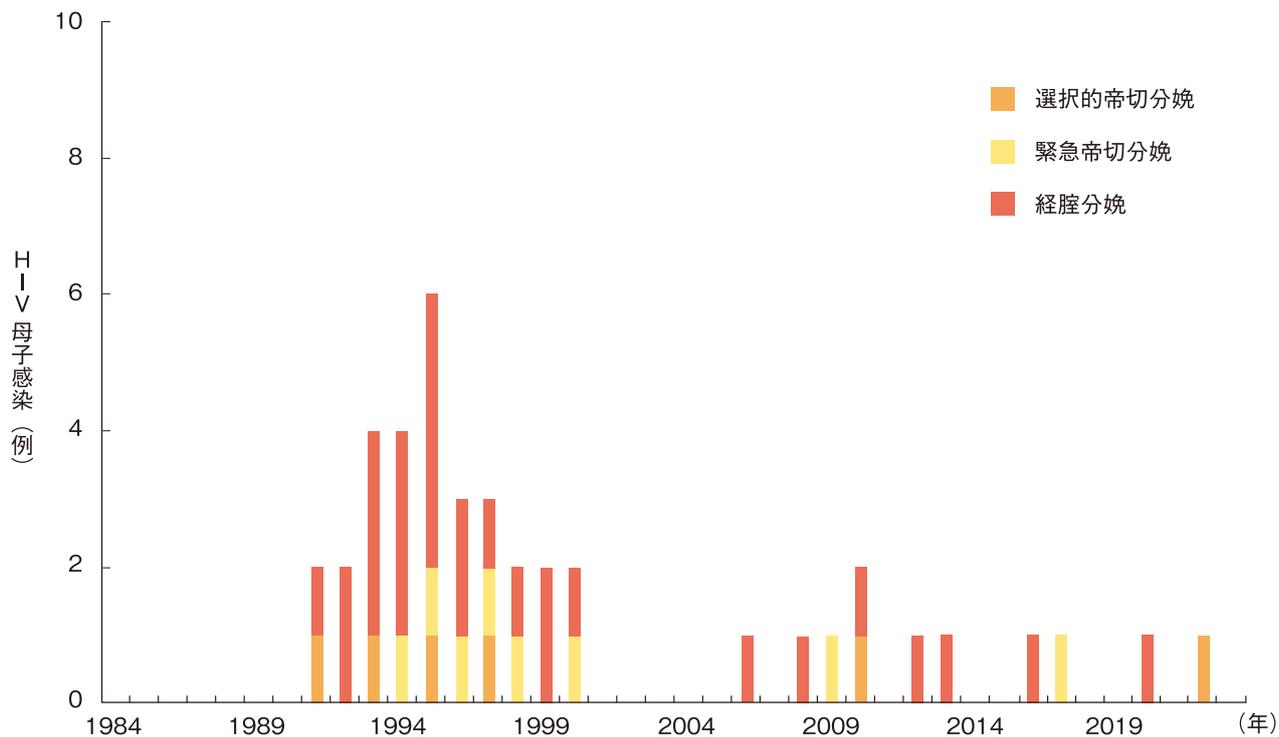


図 26-3 HIV 母子感染例の分娩様式の推移 (外国転帰 19 例)

【2024年 産婦人科小児科・統合データベース】

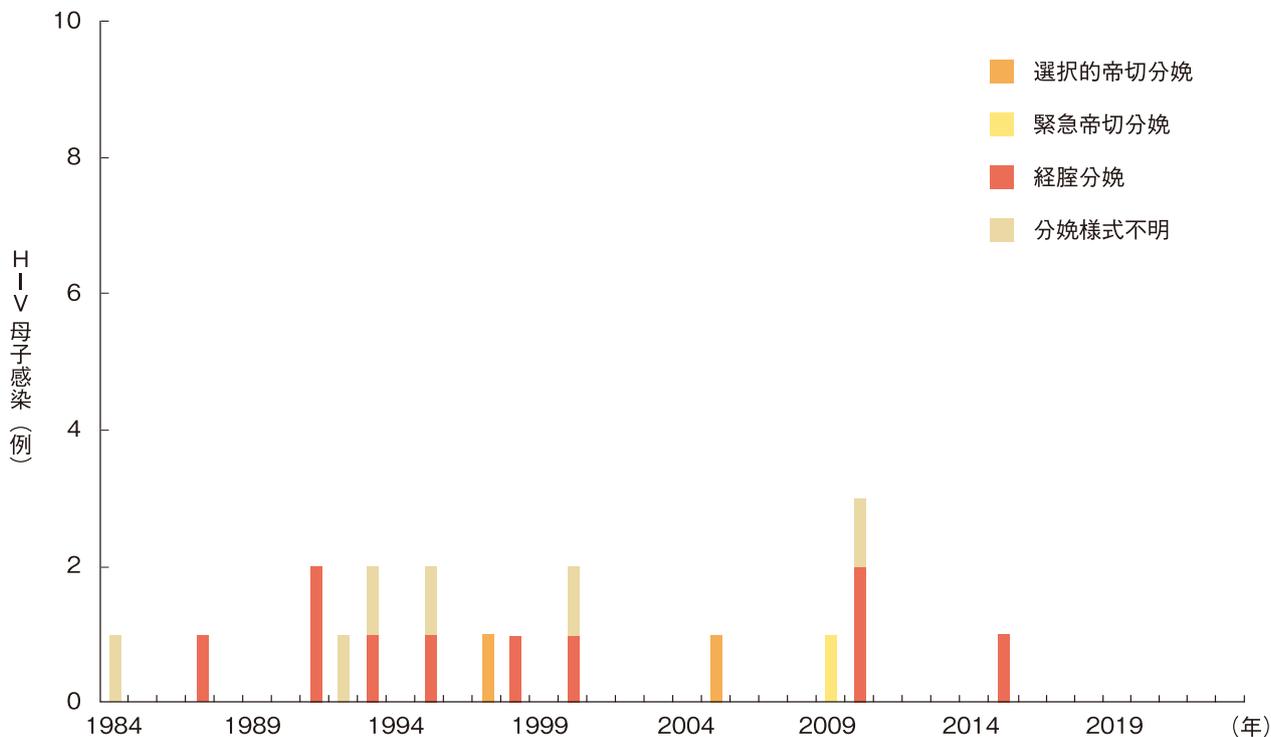


表33 HIV母子感染63例のまとめ

【2024年産婦人科小児科・統合データベース】

NO.	分娩年	妊婦国籍	分娩様式	分娩場所	在胎週数	母親のHIV感染判明時期	妊娠中の抗ウイルス薬投与	母乳栄養	備考
1	1984	外国	分娩様式不明	外国	不明	不明	不明	不明	
2	1987	日本	経膣	外国	38週	不明	不明	あり	
3	1991	日本	選択的帝王切	不明(日本)	40週	分娩後その他機会	不明	あり	
4	1991	外国	経膣	病院	41週	児から判明	不明	あり	
5	1991	外国	経膣	外国	不明	不明	不明	なし	
6	1991	外国	経膣	外国	不明	今回妊娠時	不明	不明	
7	1992	日本	経膣	不明(日本)	40週	児から判明	不明	なし	
8	1992	日本	経膣	病院	40週	児から判明	不明	あり	
9	1992	外国	分娩様式不明	外国	不明	分娩後その他機会	不明	不明	
10	1993	外国	経膣	自宅	36週	児から判明	不明	不明	
11	1993	外国	経膣	病院	36週	分娩直後	投与なし	なし	飛び込み分娩
12	1993	外国	経膣	診療所	36週	児から判明	不明	あり	
13	1993	外国	選択的帝王切	病院	36週	不明	不明	不明	
14	1993	外国	分娩様式不明	外国	不明	不明	不明	不明	
15	1993	外国	経膣	外国	40週	分娩後その他機会	不明	なし	
16	1994	外国	緊急帝王切	病院	40週	分娩直後	不明	なし	
17	1994	日本	経膣	不明(日本)	29週	児から判明	不明	あり	飛び込み分娩
18	1994	日本	経膣	診療所	41週	児から判明	不明	なし	
19	1994	外国	経膣	病院	39週	分娩後その他機会	投与なし	不明	
20	1995	外国	経膣	診療所	39週	分娩直後	不明	あり	初診時に梅毒検査陽性のためHIV抗体検査施行、分娩後にHIV感染判明
21	1995	外国	選択的帝王切	病院	36週	今回妊娠時	不明	なし	
22	1995	外国	経膣	病院	37週	分娩直後	投与なし	なし	飛び込み分娩
23	1995	日本	経膣	病院	34週	分娩直後	投与なし	なし	飛び込み分娩
24	1995	外国	緊急帝王切	病院	35週	今回妊娠時	30週～AZT	あり	
25	1995	外国	経膣	病院	38週	分娩直前	投与なし	不明	飛び込み分娩
26	1995	外国	分娩様式不明	外国	不明	今回妊娠時	不明	不明	
27	1995	外国	経膣	外国	40週	児から判明	不明	あり	
28	1995	外国	経膣	不明	39週	分娩後その他機会	投与なし	あり	
29	1996	外国	緊急帝王切	病院	36週	今回妊娠時	不明	なし	
30	1996	日本	経膣	不明(日本)	38週	前回妊娠時	不明	あり	
31	1996	日本	経膣	不明(日本)	39週	児から判明	不明	あり	
32	1997	外国	経膣	診療所	不明	児から判明	不明	あり	
33	1997	外国	選択的帝王切	病院	不明	今回妊娠時	AZT+3TC+NFV	なし	言葉の問題で服薬指示が守られなかった可能性あり
34	1997	日本	緊急帝王切	診療所	39週	児から判明	不明	あり	
35	1997	外国	選択的帝王切	外国	40週	児から判明	不明	なし	
36	1997	外国	経膣	不明	39週	前回妊娠時	不明	あり	

表33 HIV母子感染63例のまとめ(つづき)

【2024年産婦人科小児科・統合データベース】

NO.	分娩年	妊婦国籍	分娩様式	分娩場所	在胎週数	母親のHIV感染判明時期	妊娠中の抗ウイルス薬投与	母乳栄養	備考
37	1998	外国	緊急帝王切	診療所	37週	児から判明	不明	あり	
38	1998	日本	経膣	不明(日本)	40週	分娩後その他機会	不明	あり	
39	1998	外国	経膣	外国	不明	児から判明	不明	不明	
40	1999	外国	経膣	病院	40週	分娩後その他機会	投与なし	あり	
41	1999	外国	経膣	病院	39週	児から判明	不明	なし	母帰国後に児HIV感染判明
42	2000	日本	経膣	病院	38週	児から判明	不明	あり	
43	2000	外国	緊急帝王切	診療所	41週	児から判明	不明	あり	
44	2000	外国	経膣	外国	不明	児から判明	不明	不明	
45	2000	外国	分娩様式不明	外国	不明	分娩後その他機会	不明	あり	
46	2002	不明	経膣	不明	不明	分娩後その他機会	不明	不明	
47	2005	外国	選択的帝王切	外国	37週	前回妊娠時	不明	なし	
48	2006	外国	経膣	病院	39週	分娩直後	不明	不明	児への人工栄養の指示守られたか不明
49	2008	外国	経膣	診療所	不明	分娩後その他機会	不明	不明	第2子妊娠時検査で母体HIV感染判明。第1子妊娠中検査はHIV陰性。第1子が感染
50	2009	日本	緊急帝王切	病院	不明	分娩後その他機会	投与なし	不明	妊娠初期のスクリーニング検査陰性
51	2009	外国	緊急帝王切	外国	不明	児から判明	不明	不明	
52	2010	日本	経膣	病院	39週	児から判明	不明	なし	陰性の検査報告を持参して受診、HIV陰性の妊婦として対応
53	2010	外国	選択的帝王切	病院	37週	今回妊娠時	34週～37週 AZT+3TC+RAL	なし	
54	2010	日本	経膣	外国	40週	分娩後その他機会	不明	不明	第2子妊娠中に母体のHIV感染判明。第1子が感染
55	2010	外国	分娩様式不明	外国	不明	分娩後その他機会	投与なし	不明	
56	2010	外国	経膣	外国	不明	分娩後その他機会	投与なし	あり	
57	2012	外国	経膣	病院	38週	分娩後その他機会	不明	あり	第2子妊娠中に母体HIV感染判明。第1子妊娠19週のHIV抗体検査陰性。母体感染経路不明。第1子が感染
58	2013	日本	経膣	診療所	37週	分娩後その他機会	投与なし	不明	第2子妊娠中に母体HIV感染判明。第1子妊娠18週のHIV抗体検査陰性。その後異常なく第1子正常経膣分娩。第1子が感染
59	2015	外国	経膣	外国	29週	分娩後その他機会	投与なし	あり	
60	2016	日本	経膣	診療所	35週	児から判明	投与なし	あり	
61	2017	外国	緊急帝王切	病院	31週	分娩直前	帝王切開直前のみAZT	なし	妊娠27週前医受診。31週採血でHIV陽性。意識障害あり搬送。同日緊急帝王切開
62	2020	日本	経膣	病院	38週	分娩後その他機会	投与なし	あり	次子妊娠時に母体HIV感染判明
63	2022	外国	選択的帝王切	病院	39週	今回妊娠時	38週～DTG+DVY	なし	妊娠23週の初診時検査HIV陰性。36週の後期検査でHIV陽性。

表 34 HIV 母子感染例の妊婦国籍と妊娠転帰場所

【2024年 産婦人科小児科・統合データベース】

地域	妊婦国籍	妊娠転帰場所			合計			
		日本転帰	外国転帰	不明				
	日本	16	39.0%	2	10.5%	—	18	28.6%
アジア	タイ	15	36.6%	1	5.3%	1	17	27.0%
	ミャンマー	4	9.8%	—	—	—	4	6.3%
	インドネシア	1	2.4%	2	10.5%	—	3	4.8%
	中国	1	2.4%	2	10.5%	—	3	4.8%
	ベトナム	1	2.4%	—	—	—	1	1.6%
	ネパール	—	—	1	5.3%	—	1	1.6%
	アフリカ	ケニア	1	2.4%	6	31.6%	1	8
タンザニア		1	2.4%	2	10.5%	—	3	4.8%
中南米	ブラジル	1	2.4%	3	15.8%	—	4	6.3%
不明		—	—	—	—	1	1	1.6%
合計		41	100.0%	19	100.0%	3	63	100.0%

図 27 HIV 母子感染例の分娩様式

【2024年 産婦人科小児科・統合データベース】

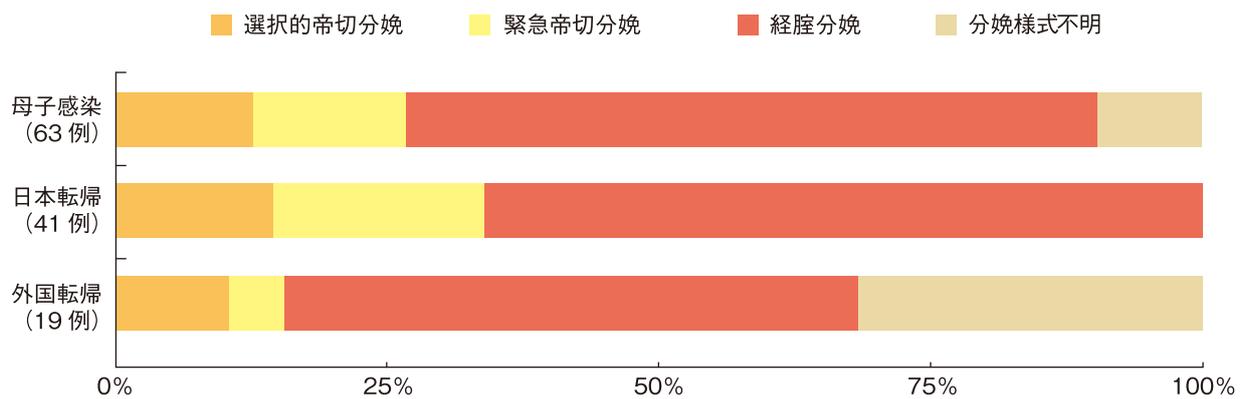


図 28 HIV 母子感染例の妊娠転帰場所

【2024年 産婦人科小児科・統合データベース】

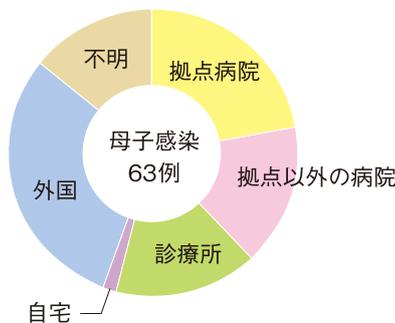


図 29 HIV 母子感染例の母体 HIV 感染判明時期

【2024年 産婦人科小児科・統合データベース】

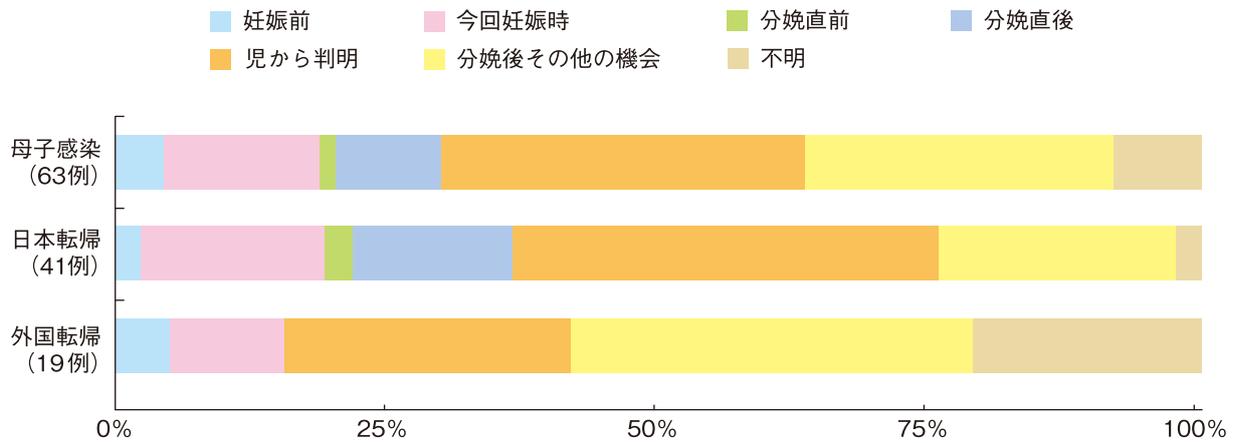
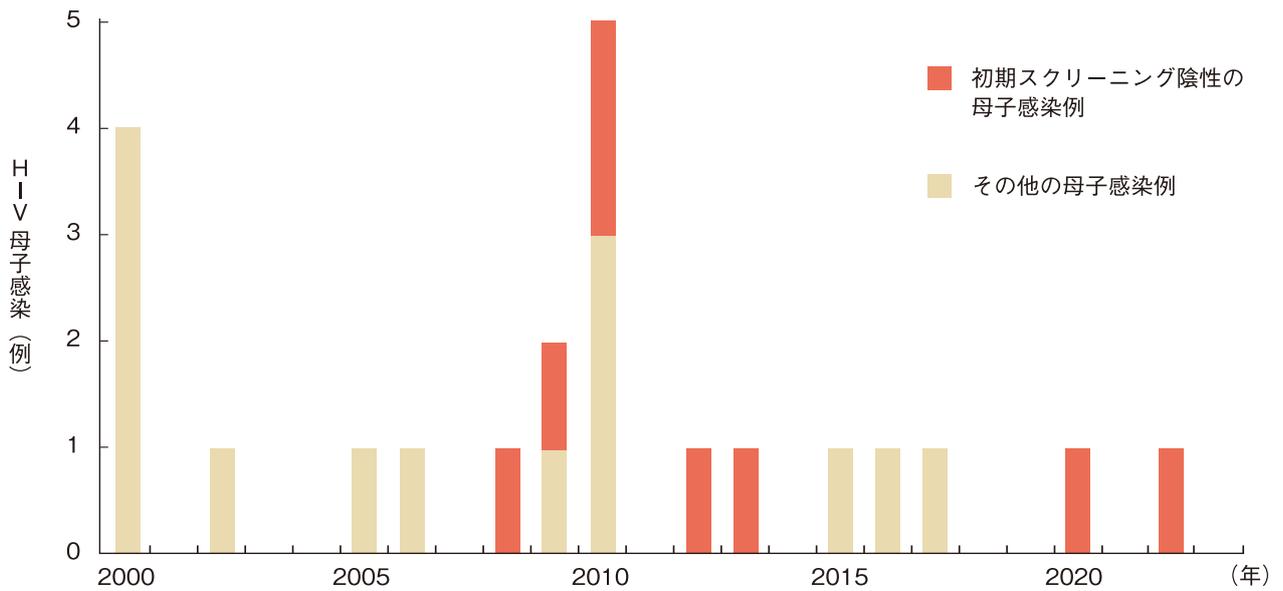


図 30 HIV 母子感染例における妊娠初期スクリーニング検査陰性例

【2024年 産婦人科小児科・統合データベース】



VI. 考察（データベース）

HIV 感染妊娠数は、減少傾向にある。しかし梅毒の激増など性感染症の全体数は増加傾向にあり、今後も引き続き感染妊娠数は減少していくか注視する必要がある。

母子感染例は本年度の報告はなかったが、今後も近年問題となっている妊娠初期スクリーニング検査陰性例からの母子感染が報告される可能性が高い。今後医療者・妊婦ともに HIV 感染を含めた性感染症は、妊娠中・産褥期を含め常に生じ得るということを啓発するとともに、HIV 感染を疑う場合は、躊躇せずスクリーニング検査を複数回施行することを医療者へ推奨していくことで、母子感染根絶を目指す必要がある。

分娩様式は近年、母体の HIV ウイルス量コントロールが良好なために経膈分娩を選択する症例が増加傾向にある。HIV 感染が妊娠時に初めて判明する例は 30% まで減少し、以前の妊娠時や保健所検査等で感染が判明した上で妊娠する例が 70% を占めている。それにより過去 10 年では分娩前ウイルス量が検出限界未満の症例が 60% 以上とコントロールは良好になっている。今後も同様の傾向が進む可能性があり、経膈分娩に特化した感染予防マニュアルの策定が必要と思われる。

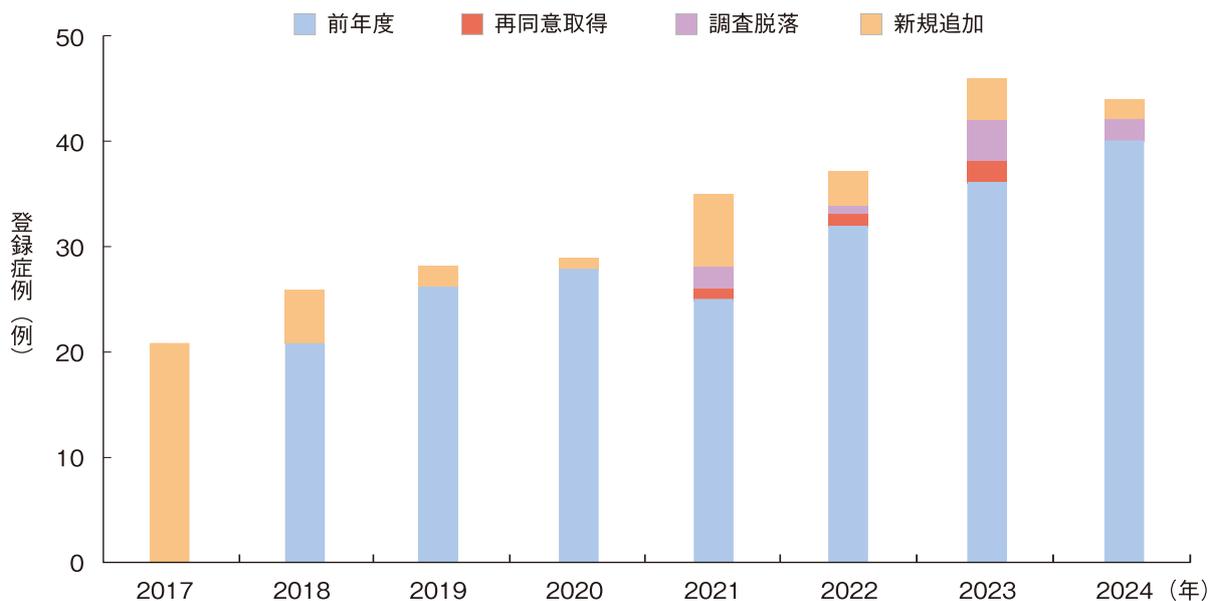
VII. 成績（コホート調査）

1) 調査の現況

パイロット調査（JWCICS）対象者がほぼ多施設コホート調査（JWCICSII）に移行したことより、JWCICSIIにデータを統合し解析した。2017年8月23日より開始したパイロット調査では累計28例の登録があったが、追跡中に2例が転院のため脱落した。多施設コホート調査はHIV感染女性（女性）およびその非感染出生児を対象としたJWCICSII（女性）、感染児を対象としたJWCICSII（感染児）に分けて調査を行った。JWCICSIIの開始に伴い、JWCICSの対象者には再度説明同意を行いJWCICSIIへの移行を図った。JWCICSに登録されていた症例のうち出生児が感染児であった症例については、JWCICSII（女性）およびJWCICSII（感染児）の両方について説明し同意を得た。JWCICSからの移行例を除き、JWCICSII（女性）では2021年10月14日までに7例、2021年10月15日から2022年10月14日までに3例、2022年10月15日から2023年10月14日までに4例、2023年10月15日から2024年10月14日までに2例の新規登録があった。よって、2024年10月15日現在でJWCICSおよびJWCICSIIの登録者は43例であるが、1例転院により重複しているため登録者は42例であった（図31）。JWCICSII（感染児）の登録例は累計で1例であった。なお、女性の基本情報および妊娠歴（GPAC）については脱落2例を含む44例で解析した。

図31 コホート調査同意取得者（HIV感染女性）数の推移

【2024年 コホート調査】



2) 基本情報

JWCICS調査とJWCICSII（女性）では次の4項目について同意を取得した。

- ①医療者が、あなたの過去の診療状況および現在の状態の調査に回答すること
 - ②医療者が、あなたのお子さんの過去の診療状況および現在の状態の調査に回答すること
 - ③あなたが、あなたの現在の状態の調査に回答すること
 - ④あなたが、あなたのお子さんの状態の調査に回答すること
- ③と④の同意には、対象者もしくは代諾者からのメールアドレス提供が必要である。

2024年10月15日現在JWCICSとJWCICSII（女性）の登録者44例の①～④の同意取得数（%）は、43例（97.7%）、42例（95.5%）、37例（84.1%）、37例（84.1%）であった。

JWCICSII(感染児)では次の項目について同意を取得した。

- ①医療者が、お子さん(感染児)の過去の診療状況および現在の状態の調査に回答すること
- ②あなた(親権者)が、お子さん(感染児)の現在の状態の調査に回答すること

対象1例については、①のみ同意を得た。

医療者が回答すべきCRFは回答率100%であった。「③あなたが、あなたの現在の状態の調査に回答すること」「④あなたが、あなたのお子さんの状態の調査に回答すること」に同意し2023年4月の調査対象者であった34人の回答状況は55.9%、2023年10月の調査対象者であった36人の回答状況は50.0%であった。

登録例の国籍は日本が36例、タイ3例、中国1例、エチオピア1例、インドネシア1例、ミャンマー1例、ギニア1例であった。登録例は全例生存していた。2024年10月15日現在の妊娠転帰または子どもの有無で区分した年齢分布を図32-1～32-2に示した。

図 32-1 コホート登録女性の年齢と妊娠転帰の有無 【2024年 コホート調査】

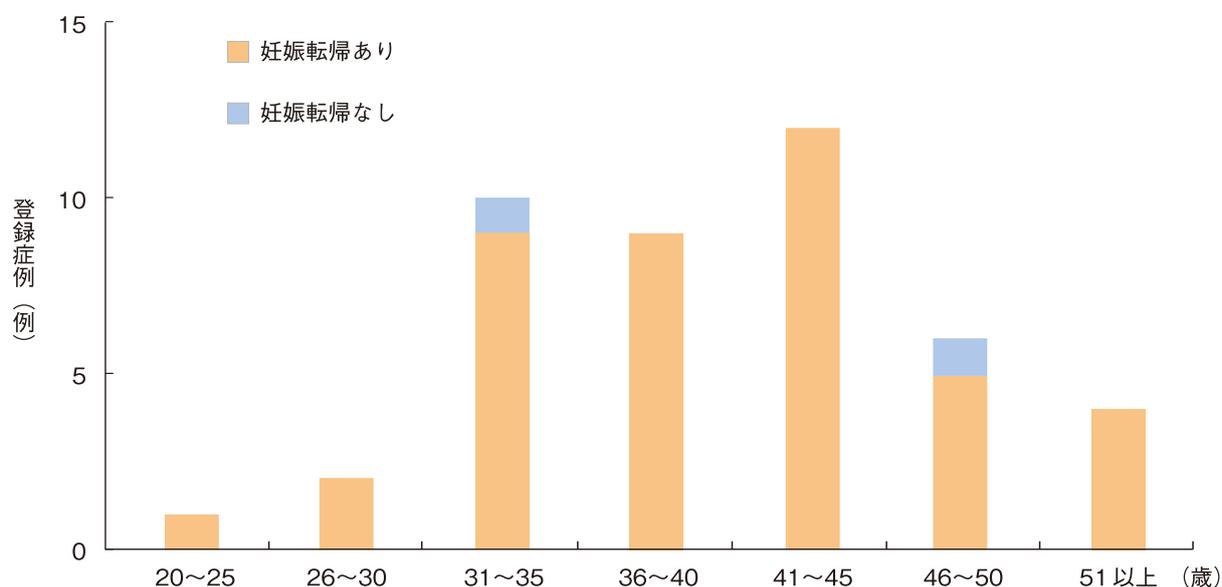
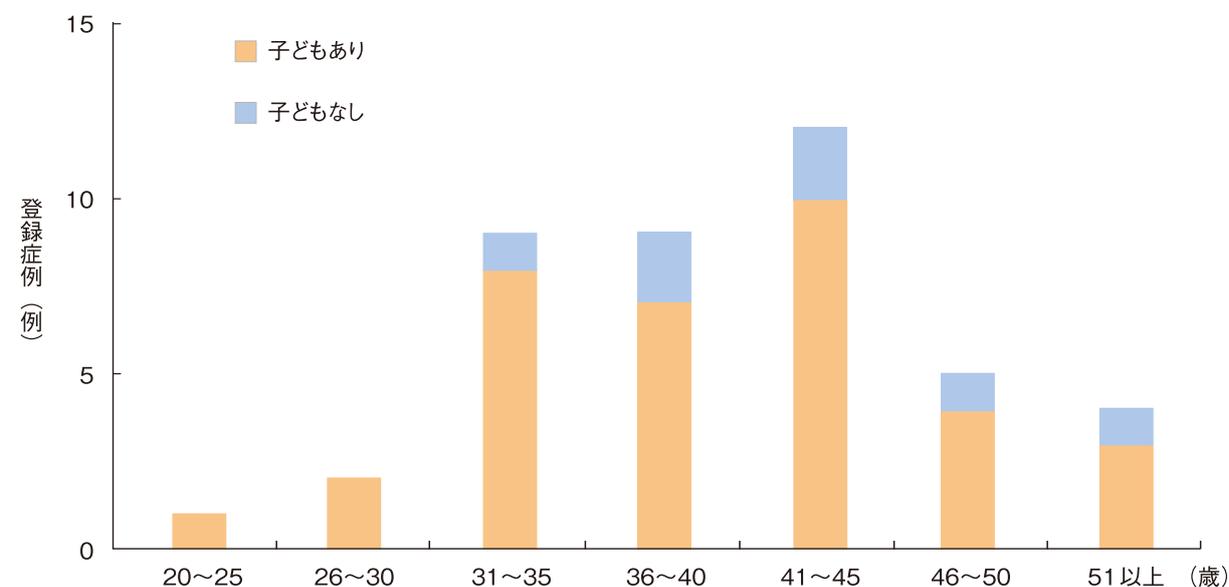


図 32-2 コホート登録女性の年齢と子どもの有無 【2024年 コホート調査】



3) 妊娠歴

2024年10月15日までに妊娠歴に登録された既往妊娠の転帰はのべ96例であった。転帰の内訳は、選択的帝王切開分娩49例（うち1例転院のため重複）、緊急帝王切開分娩9例、経膈分娩6例、自然流産8例（うち2例転院のため重複）、人工中絶23例、詳細不明の分娩1例であった（図33-1）。妊娠転帰施設は61例（うち4例が転院のため重複）がコホート登録施設であった（図33-2）。

登録女性一人当たりの出生児の数は1～4例であった。妊娠歴に登録された子どもの数は65例で、感染児1例（JWCICSII（感染児）に登録）、非感染児45例、未確定15例、不明4例であった。性別の内訳は男児32例、女児32例、性別不明1例であった。2024年10月15日現在の子どもの年齢分布は、0歳が4例、1～3歳未満が12例、3～6歳未満が15例、6歳以上が33例、年齢不明が1例であった（図34）。

図 33-1 コホート登録女性の既往妊娠と妊娠転帰 【2024年 コホート調査】

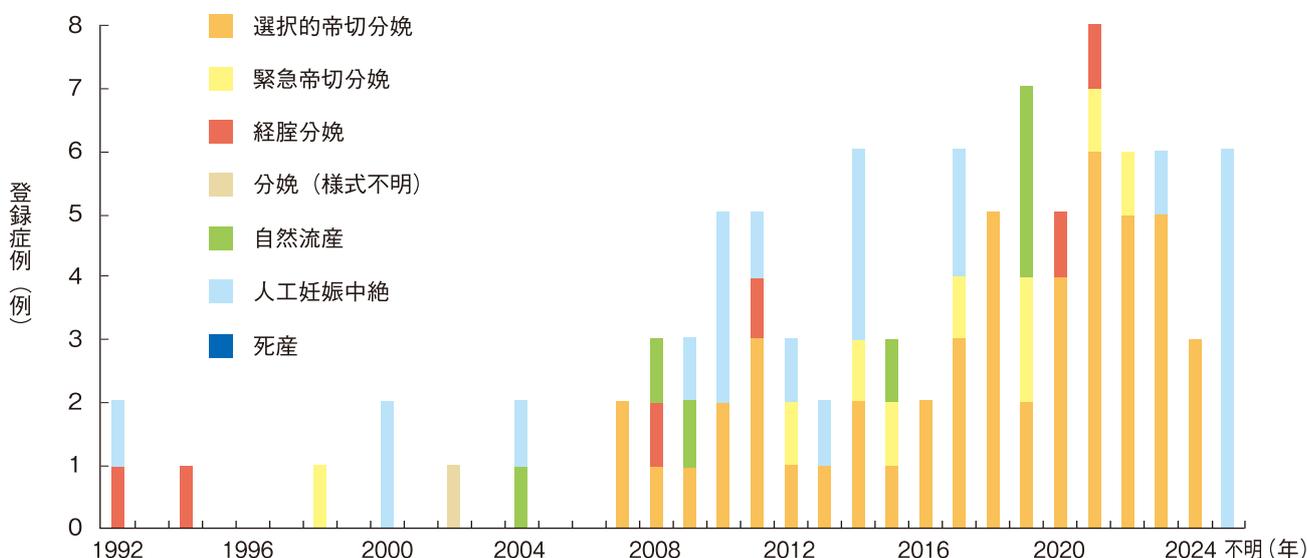


図 33-2 コホート登録女性の妊娠転帰施設 【2023年 コホート調査】

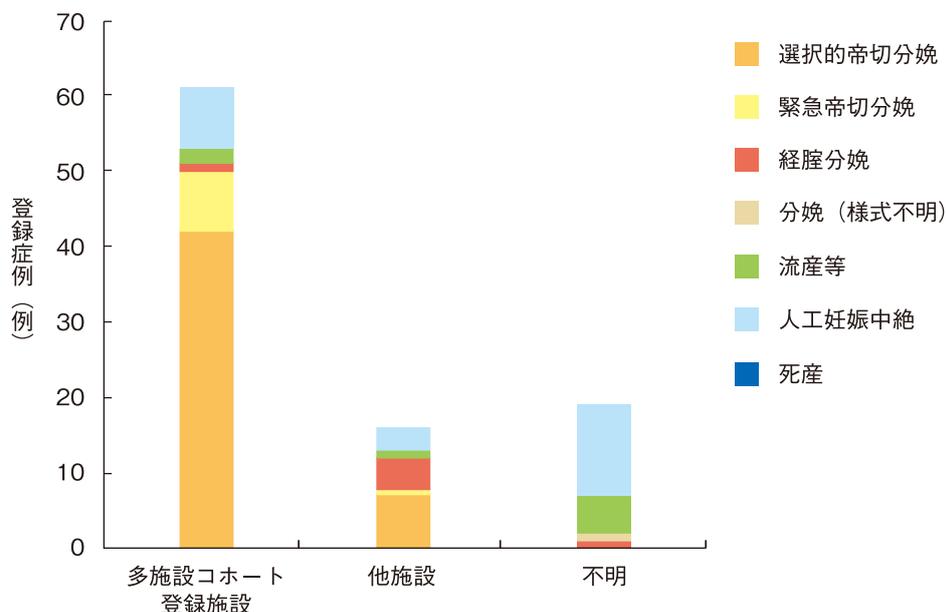
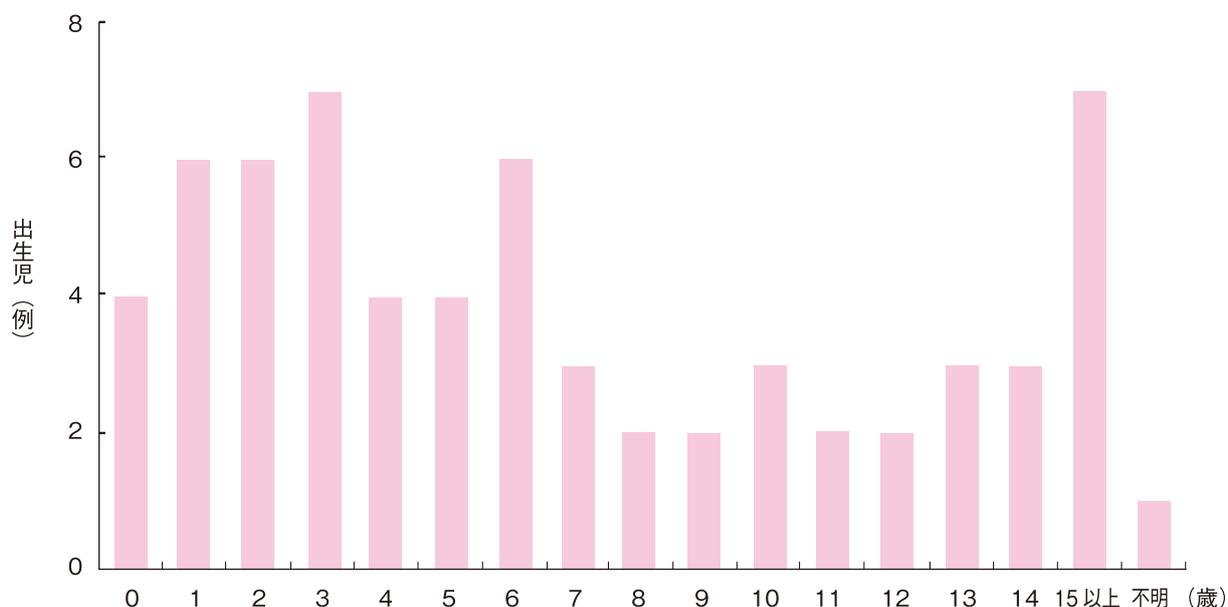


図34 コホート登録女性から出生した児の年齢分布

【2024年 コホート調査】



4) 妊娠・分娩経過

解析対象は、2024年10月14日までに登録のあった妊娠転帰症例35例で出生例31例、その他に人工中絶3例、死産1例であった。以下の項目については35例で解析した。

新規妊娠の初診時妊娠週数は妊娠5～10週未満が20例、妊娠10～13週未満が8例、妊娠13～20週未満が5例、20週以上2例であった。20週以上の2例は、妊娠34週での飛び込み分娩の未受診妊婦と外国より妊娠34週で来日し34週6日に初診の妊婦であった。30例は妊娠中の定期診療を受けていた。母体のHIV感染判明時期は今回の妊娠時が4例、その内訳は妊娠9週1例、妊娠10週1例、妊娠13週1例、妊娠33週1例であった。残りの31例は今回の妊娠以前に感染判明していた。初診時のHIV関連症状は、未受診妊婦1例を除く34例で記載があり、1例でHIV関連血小板減少性紫斑病 (ITP) を認めた。妊娠経緯は拳児希望 (予定内妊娠) が26例、予定外妊娠が7例、不明2例であった。妊娠方法は自然妊娠24例、シリンジ妊娠1例、人工授精4例、体外受精6例であった。分娩様式は選択的帝王切開分娩25例、緊急帝王切開分娩5例、経陰分娩1例であった。妊娠中の抗ウイルス薬の投薬は全例で行われたが、1例は未受診で分娩直前 (妊娠34週) からの服薬であった。投薬開始時期は妊娠前から服薬が27例、妊娠中開始は8例であった。妊娠中の投薬開始週は妊娠5週2例、8週1例、14週1例、15週1例、16週1例、20週1例、34週1例であった。

抗ウイルス薬レジメンはSTR (シングルタブレットレジメン) が6例で、GEN (EVG/COBI/FTC/TAF) 1例、BVY (BIC/TAF/FTC) 5例であった。MTR (マルチタブレットレジメン) は29例であった。キードラッグの種類はRALが17例と最も多く、次いでDRV 5例、DTG 5例、PCX (DRV/c) 1例、EFV1例であった。薬剤の変更はなかった (図35-1)。バックボーンは、初診時にはABC/3TC 10例、TDF/FTC 9例、DVY 8例、ABC+3TC 1例、TDF+3TC 1例であった。妊娠11週、妊娠14週、妊娠15週でABC/3TCをABC+3TCに変更した症例が3例、妊娠25週でTDF/FTCをDVYに変更した症例が1例あったため、分娩時にはABC/3TC 7例、TDF/FTC 8例、DVY 9例、ABC+3TC 4例、TDF+3TC 1例であった (図35-2)。妊娠中の検査データは妊娠初期 (0～15週6日)、妊娠中期 (16週0日～27週6日)、妊娠後期 (28週0日～41週6日)、分娩直前 (分娩4週間まで)、分娩直後 (分娩日～1週未満) に分類しデータを取得した。検査データ (白血球数 (図36-1)、ヘモグロビン値 (図36-2)、リンパ球百分率 (図36-3)、リンパ球数 (図36-4)、CD4およびCD8

陽性細胞率 (図 36-5)、CD4 および CD8 陽性細胞数 (図 36-6)、CD4/CD8 比 (図 36-7)) のデータ数と中央値をそれぞれの図に示した。妊娠初期にウイルス量が 1,000 コピー/mL 以上の症例は 5 例、200 以上 1,000 コピー/mL 未満が 1 例、20 以上 50 コピー/mL 未満が 2 例、20 コピー/mL 未満が 16 例であった。妊娠中期では 1,000 コピー/mL 以上 1 例、20 以上 50 コピー/mL 未満 4 例、20 コピー/mL 未満 20 例であった。妊娠後期では 50 以上 200 コピー/mL 未満 3 例、20 以上 50 コピー/mL 未満 3 例、20 コピー/mL 未満 19 例で、分娩直前では 20 以上 50 コピー/mL 未満 2 例、20 コピー/mL 未満 20 例であった (図 37-1)。検出限界未満を除き、ウイルスが検出された症例でのウイルス量分布は妊娠初期 (8 例) 18,200 コピー/mL、妊娠中期 (7 例) 26.4 コピー/mL、妊娠後期 (8 例) 34.1 コピー/mL、分娩直前 (5 例) 20 コピー/mL であった (図 37-2)。

出生に至らなかった 4 例の詳細は、中期流産 1 例、異所性妊娠 1 例、人工妊娠中絶 2 例であった。中期流産例は人工授精により妊娠成立したが、妊娠 15 週で子宮内胎児死亡が確認された。抗ウイルス薬投与は妊娠前から継続しており、コントロールは良好であった。HIV 感染症との関連は不明であった。異所性妊娠例も妊娠前より抗ウイルス薬は投与されており、コントロール良好であった。HIV 感染症との関連は不明であった。人工妊娠中絶 2 例は同一母体であった。

図 35-1 コホート登録女性の妊娠中の抗ウイルス薬の種類 (キードラッグ)

【2024 年 コホート調査】

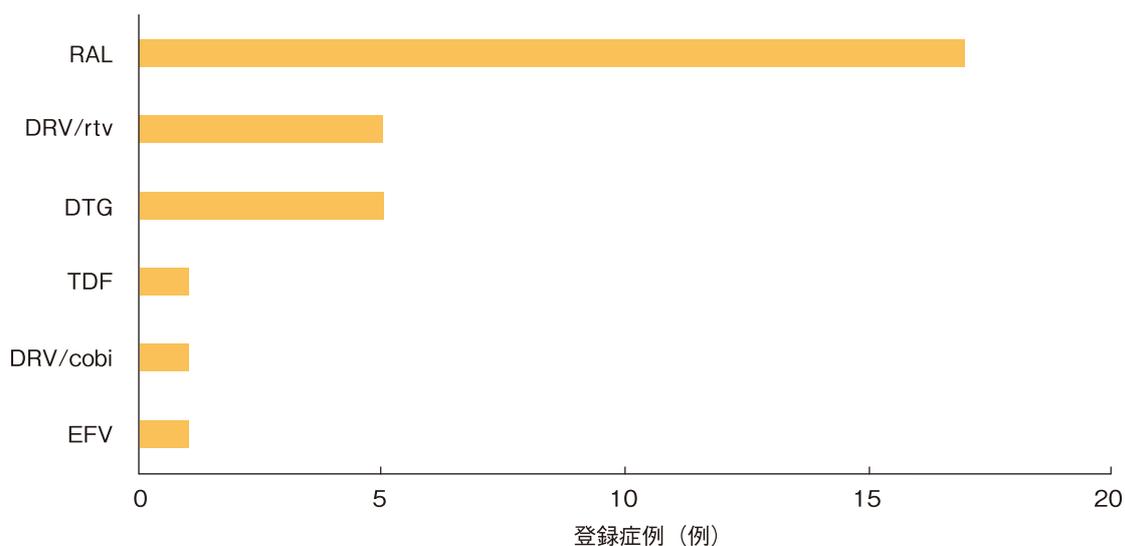


図 35-2 コホート登録女性の妊娠中の抗ウイルス薬の種類（バックボーン）

【2024年 コホート調査】

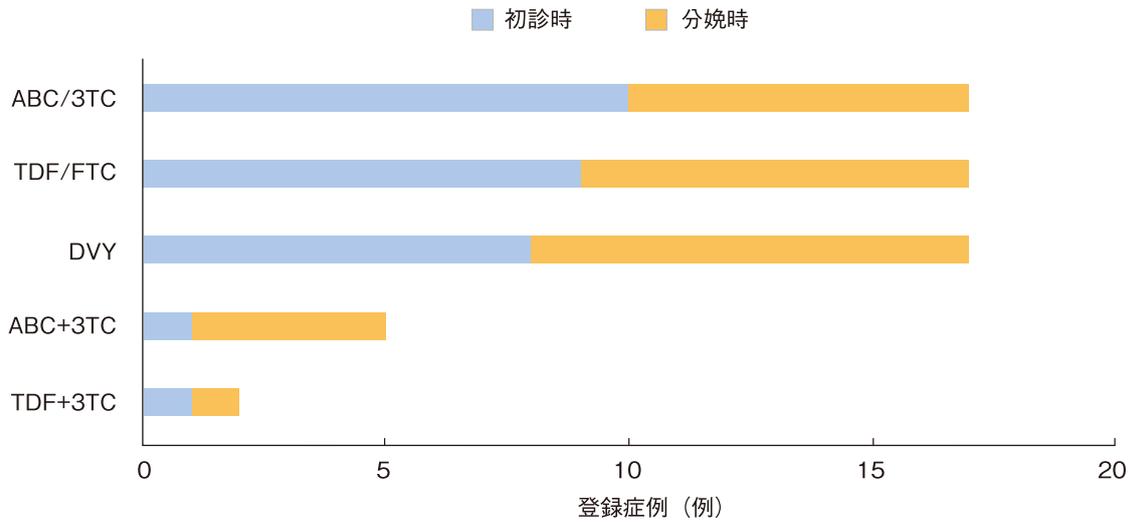


図 36-1 コホート登録女性の妊娠中検査値の推移（白血球数）

【2024年 コホート調査】

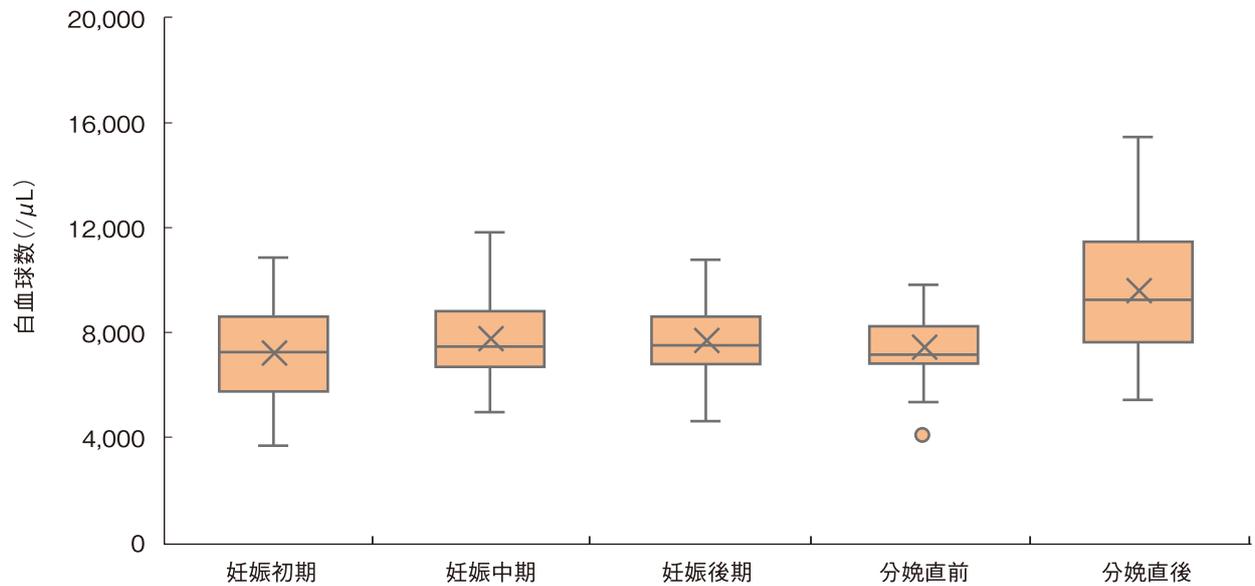


図 36-2 コホート登録女性の妊娠中検査値の推移（ヘモグロビン値）

【2024年 コホート調査】

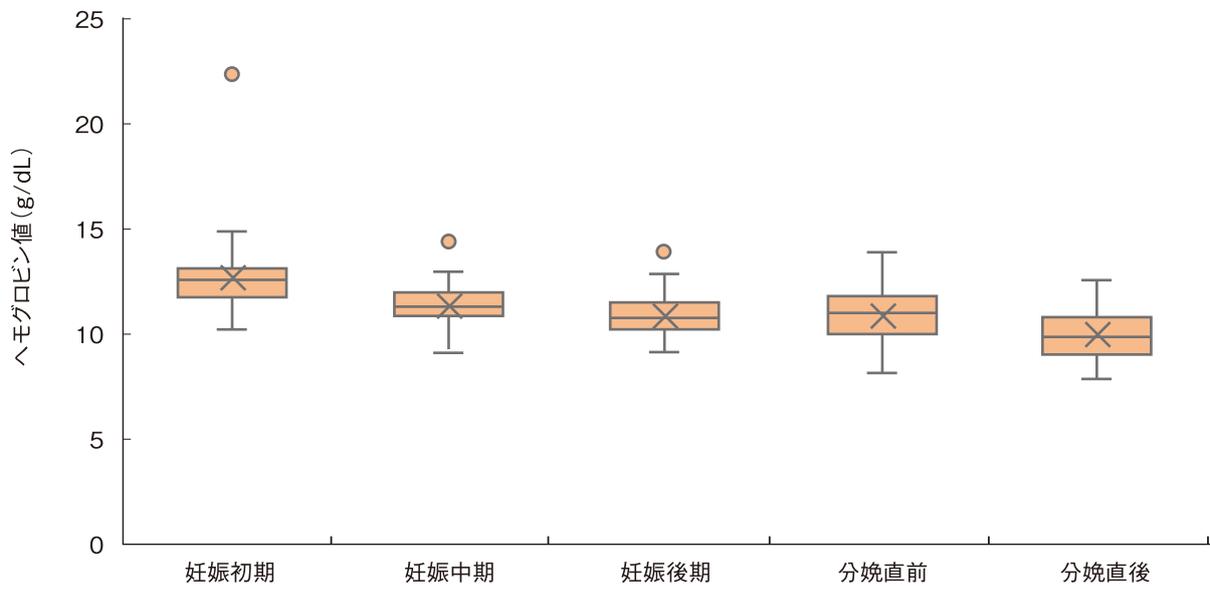


図 36-3 コホート登録女性の妊娠中検査値の推移（リンパ球 %）

【2024年 コホート調査】

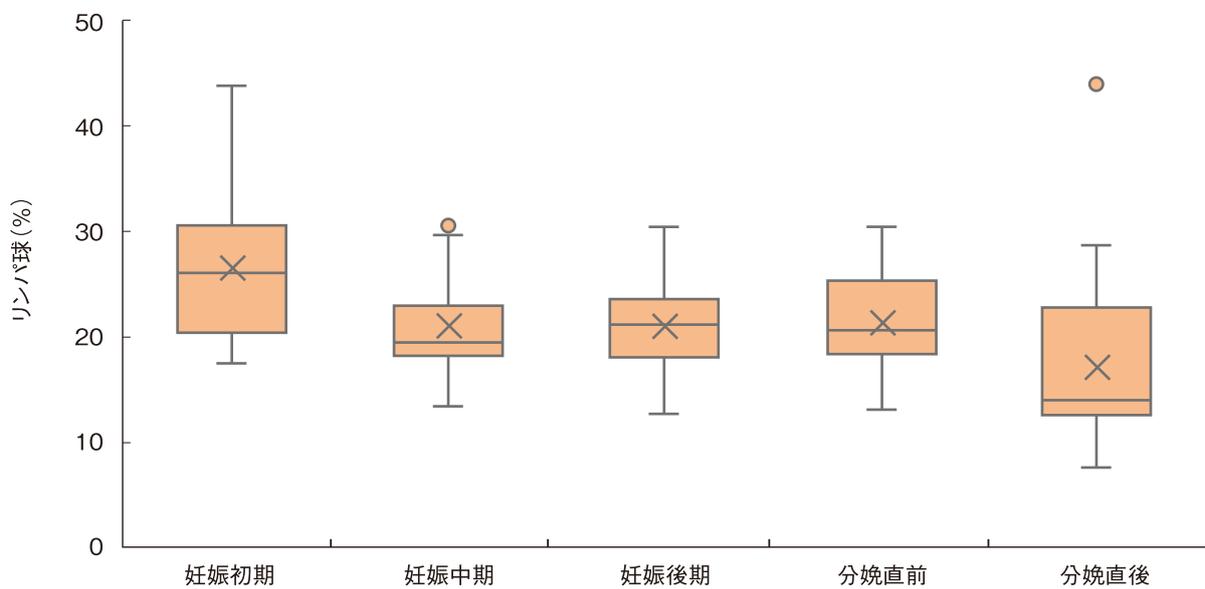


図 36-4 コホート登録女性の妊娠中検査値の推移 (リンパ球数)

【2023年 コホート調査】

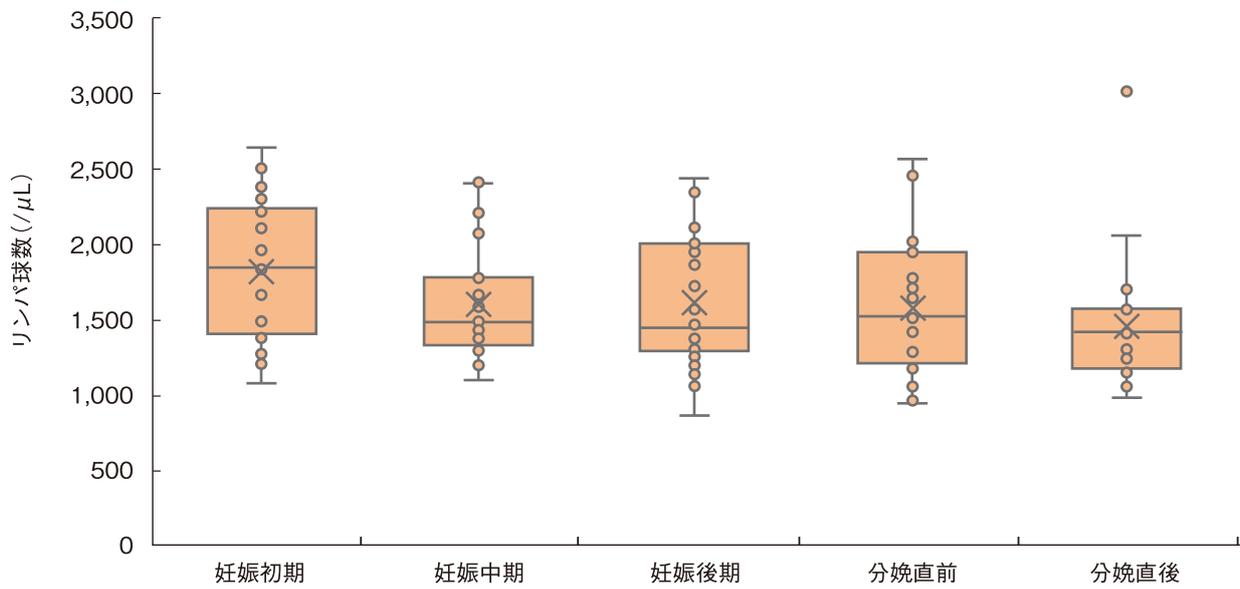


図 36-5 コホート登録女性の妊娠中検査値の推移 (CD4、CD8%)

【2023年 コホート調査】

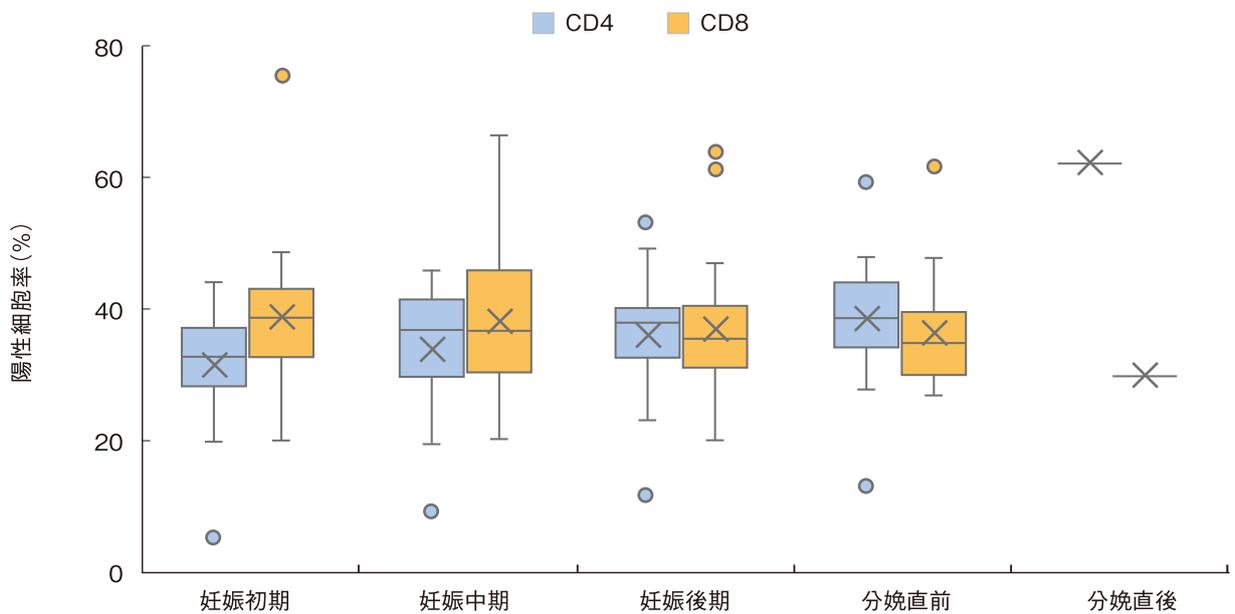


図 36-6 コホート登録女性の妊娠中検査値の推移 (CD4、CD8 数)

【2024年 コホート調査】

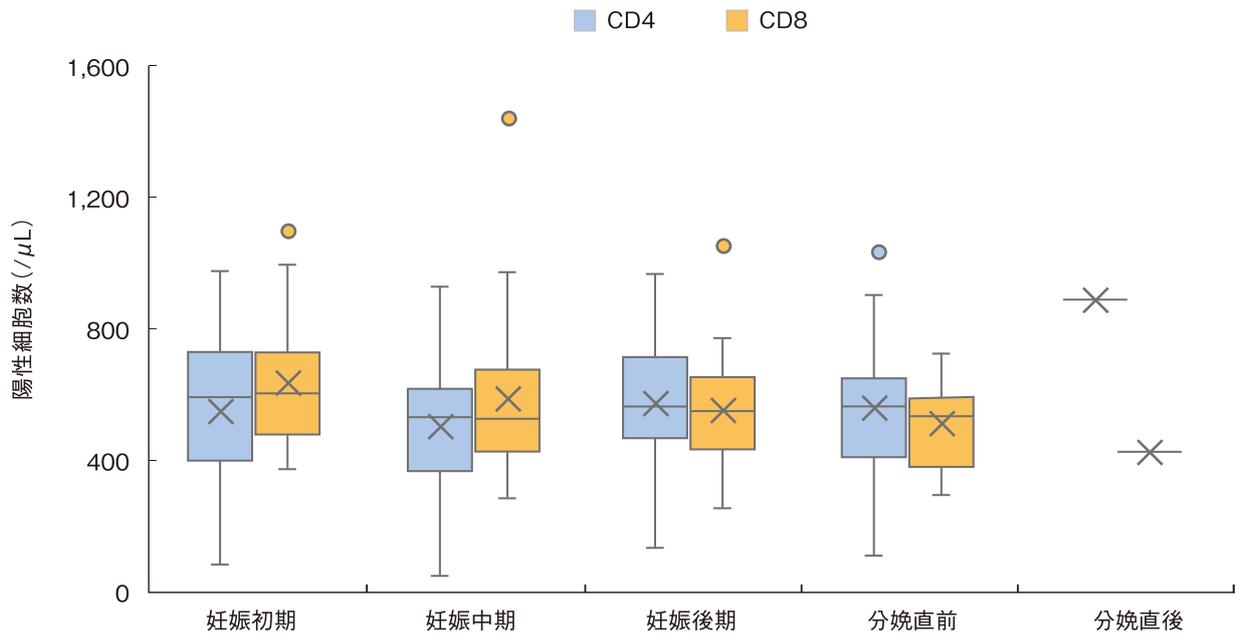


図 36-7 妊娠中検査値の推移 (CD4/CD8 比)

【2024年 コホート調査】

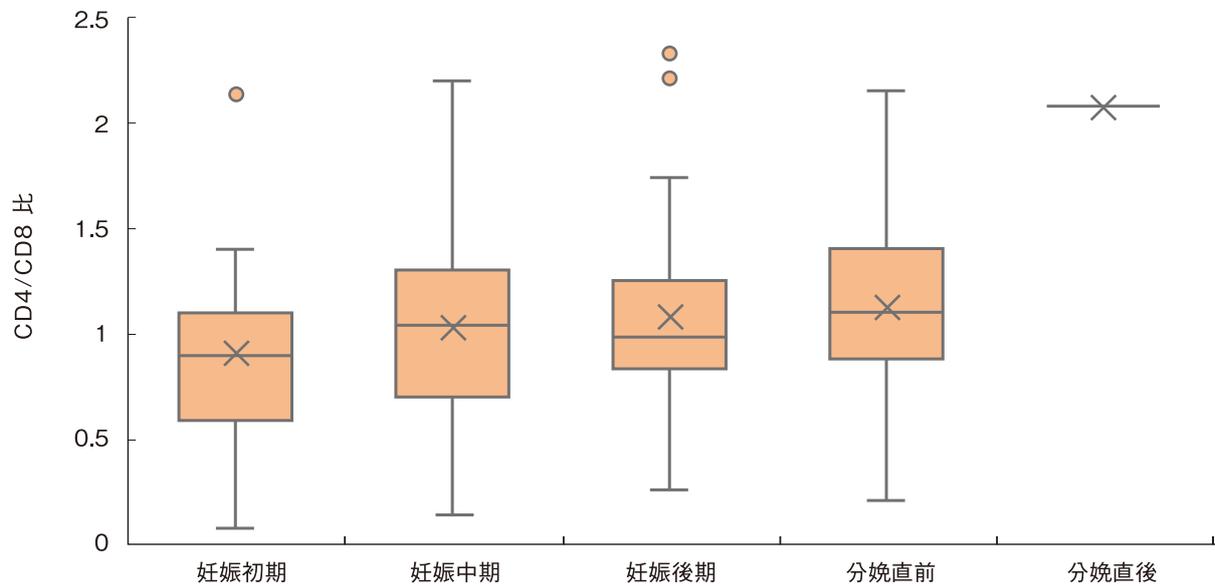


図 37-1 コホート登録女性の妊娠中の血中ウイルス量の推移 (カテゴリー)

【2024年 小児科・多施設コホート調査】

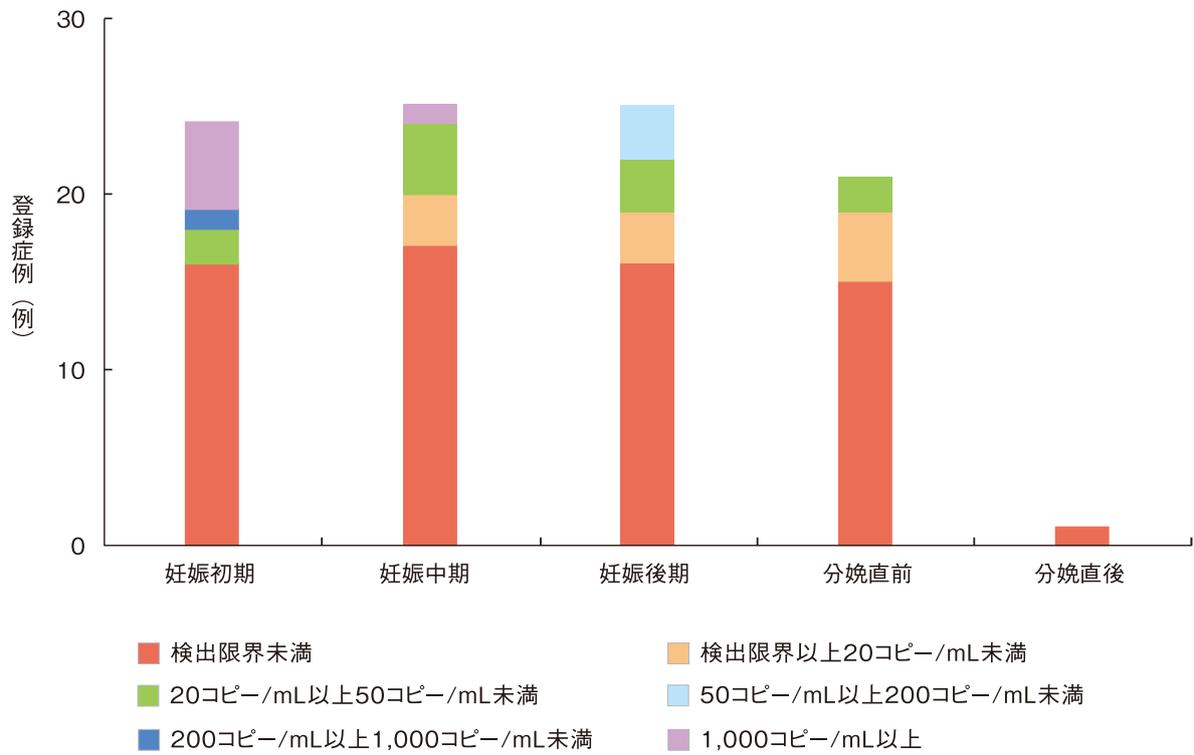
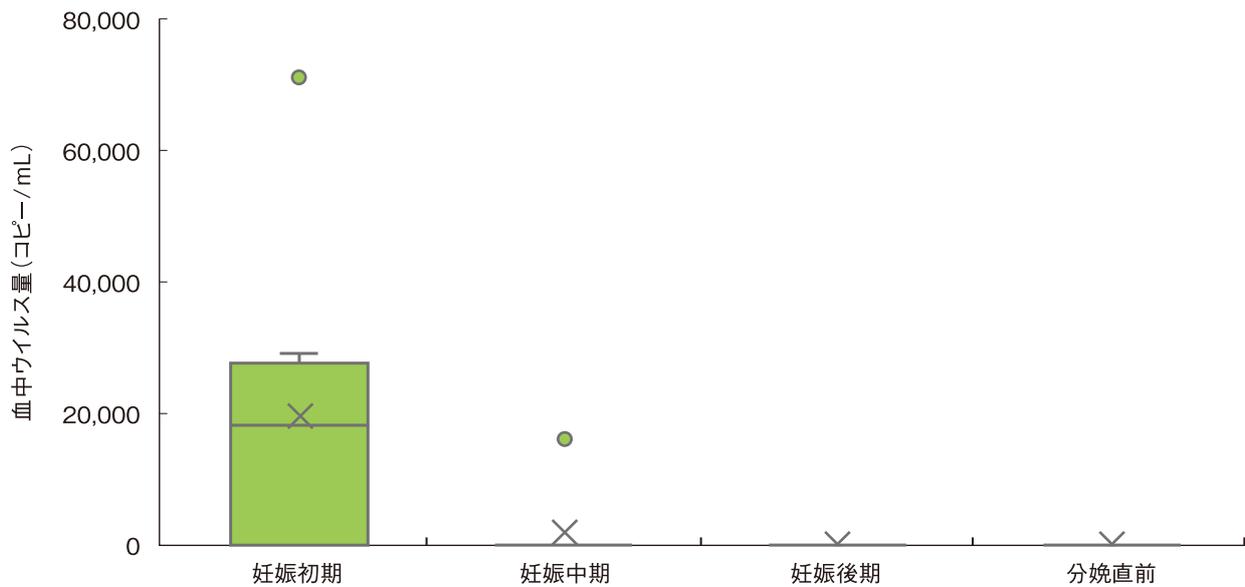


図 37-2 コホート登録女性の妊娠中の血中ウイルス量の推移

【2024年 コホート調査】



5) コホート登録女性の内科的経過

内科的経過については、国立国際医療センターでの対象者のみで登録を行っているため、2024年10月14日までの対象者は35例であった。また、フォローアップは同意取得日以降のフォローアップより入力されるため、対象者は2017年12例、2018年26例、2019年28例、2020年28例、2021年30例、2022年32例、2023年34例であった。

生存状況は2021年の転院2例、2022年の転院1例、2022年の転院3例による追跡不能6例を除き、全例で生存を確認していた(図38)。初診時年齢は初診日不明4例を除く31例のうち、10歳以上20歳未満が2例、20歳以上30歳未満が15例、30歳以上40歳未満が13例、50歳以上が1例であった。

嗜好品の調査ではアルコールが2017年4例、2018年6例、2019年2例、2020年2例、2021年6例、2022年6例、2023年7例、タバコが2017年1例、2018年2例、2019年2例、2020年1例、2021年2例、2022年4例、2023年5例であり、薬物、その他はいなかった(図39)。

HIVの感染経路は性的接触(異性)33例、母子感染1例、不明1例であった。急性感染症状は、発熱が1例であった。HIV関連疾患の既往は、あり5例、なし30例であった。内訳はトキソプラズマ脳症2例、ニューモシス肺炎2例、サイトメガロウイルス網膜炎(右)1例であった。HIV非関連合併症の既往は、あり4例、なし30例、未記載1例であった。内訳は尖圭コンジローマ1例、性器ヘルペス1例、B型肝炎1例、パニック障害1例であった。登録時でのHIV非関連合併症の有無では、あり3例、なし31例、未記載1例であった。内訳は、アトピー性皮膚炎1例、バセドウ病1例、うつ病1例、高血圧1例であった。フォロー期間で診断された非HIV関連疾患を表35に示した。薬剤アレルギーは、あり3例、なし32例で、原因薬剤はアモキシシリン1例、抗菌薬(詳細不明)1例、ヨード1例であった。初回登録時での抗ウイルス薬以外の常用薬は、あり8例、なし27例であった。初回登録時とフォローアップ時の抗ウイルス薬以外の常用薬について服用していた症例数と常用薬の詳細を表36に示した。

図38 コホート登録女性の生存状況

【2024年 コホート調査】

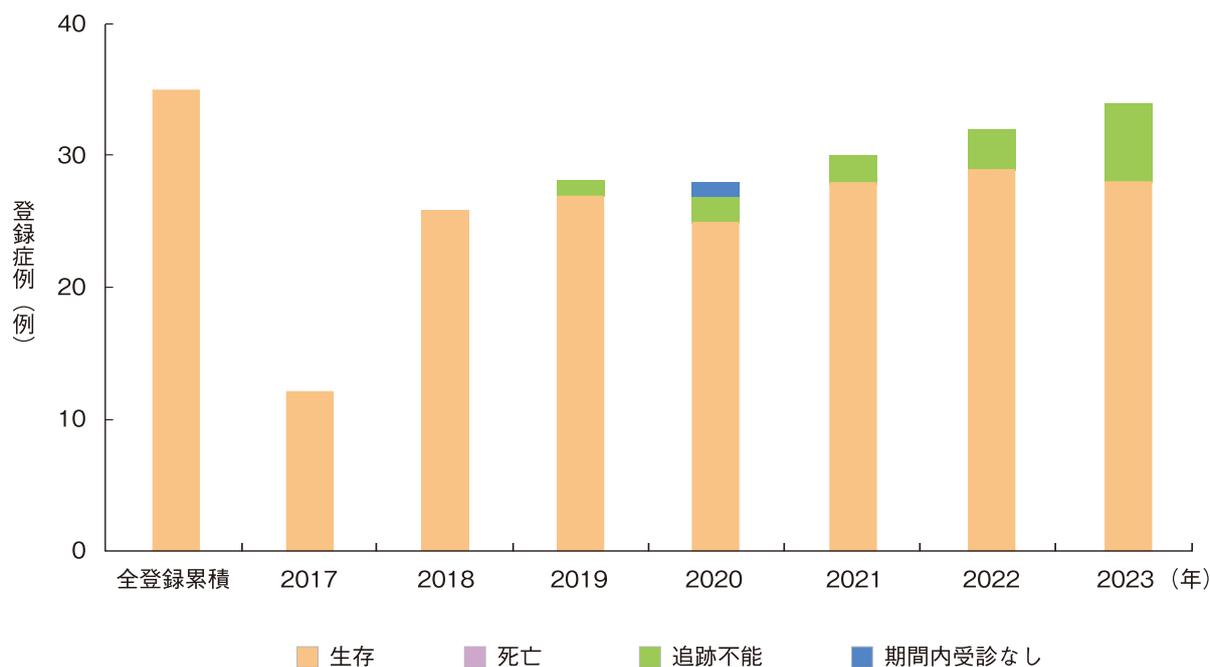


図 39 コホート登録女性の嗜好品

【2024年 コホート調査】

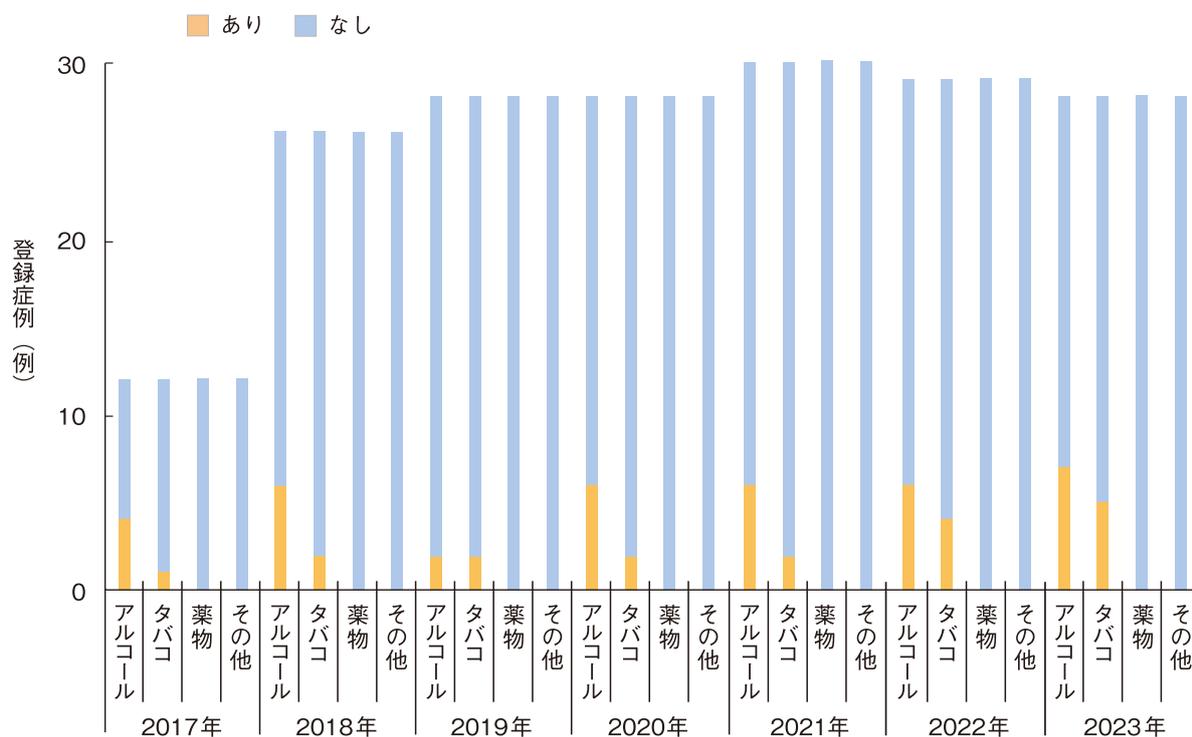


表 35 コホート登録女性のフォロー期間に診断された非HIV関連疾患

【2024年 コホート調査】

2017年		2018年		2019年		2020年	
疾患名	症例数	疾患名	症例数	疾患名	症例数	疾患名	症例数
副鼻腔炎	1	膀胱炎	1	バセドウ病	1	バセドウ病	2
原発性卵巣機能不全	1	無月経	1	無月経	1	無月経	1
2型糖尿病	1	鉄欠乏性貧血	2	鉄欠乏性貧血	1	鉄欠乏性貧血	2
		2型糖尿病	1	2型糖尿病	1	甲状腺機能亢進症	1
		慢性頭痛	1	甲状腺亢進症	1	脂質異常症	1
		バセドウ病	1	脂質異常症	1		
		脂質異常症	1				
2021年		2022年		2023年			
疾患名	症例数	疾患名	症例数	疾患名	症例数		
鉄欠乏性貧血	1	鉄欠乏性貧血	1	三日熱マラリア	1		
肺炎	1	腰痛	2	交通事故後右大腿痛	1		
逆流性食道炎	1	高度肥満・耐糖能異常	1	鉄欠乏性貧血	1		
腹痛	1	脂質異常症	1	不正性器出血	1		
		ラムゼイハント症候群	1	脂質異常症	1		
		アレルギー性鼻炎	1	子宮筋腫	1		
		腰椎椎間板ヘルニア	1	糖尿病	1		
		花粉症	1				
		COVID-19	4				

表36 コホート登録女性の常用薬の内訳(抗ウイルス薬以外)

【2024年 コホート調査】

	症例登録時	2022年度 (2021年10月～2022年2月)	2023年度 (2022年10月～2023年2月)	2024年度 (2023年10月～2024年2月)
ニューモシスチス肺炎	ダラプリム、ロイコボリン			
トキソプラズマ脳炎	サルファジアジン			
アトピー性皮膚炎	ヒルドイドローション ヒルドイドソフト アンテベート軟膏	アンテベート軟膏、ヒルドイド リンデロンVGローション 白色ワセリン	アンテベート、ヒルドイド リンデロン(ローション) 白色ワセリン	アンテベート軟膏 ヒルドイド、リンデロン 白色ワセリン
皮膚炎	オイラックスクリーム			
鉄欠乏性貧血①			フェルム クエン酸第一鉄Na錠	
鉄欠乏性貧血②			フェルム クエン酸第一鉄Na錠	クエン酸第一鉄Na錠
鉄欠乏性貧血③		鉄剤(詳細不明)	フェルム クエン酸第一鉄Na錠	鉄剤(詳細不明)
鉄欠乏性貧血④				フェルム
鉄欠乏性貧血⑤	フェルム			
無月経	デュファストン錠			
尖圭コンジローマ	ジスロマック			
不正性器出血				当帰芍薬散エキス顆粒
多嚢胞性卵巣症候群 (PCOS)				デュファストン
甲状腺機能亢進症		チウラジール錠		
双極性障害	クエチアピン リーマス			
片頭痛			アマージ、ロキソプロフェン	アマージ、ロキソプロフェン
うつ病		セロクエル セルシン、デパス	デパス	デパス
不眠症				ゾルピデム酒石酸塩OD錠
バセドウ病	チウラジール			
更年期障害		ジュリナ錠、プロベラ錠		
2型糖尿病	ジャヌビア、メトグルコ	リベルサス、メトグルコ フォシーガ	リベルサス、メトグルコ フォシーガ	ジャヌビア、フォシーガ メトグルコ
脂質異常症	クレストール	ロスバタチン錠 メインテート錠 ベラパミル塩酸塩錠	ロスバスタチン	ロスバスタチン メインテート、ベラパミル
脂質異常症				ロスバスタチン
高度肥満・耐糖能異常 脂質異常症			プレマリン錠 デュファストン錠 メホルミン塩酸塩錠	
高血圧	アダラート ロキソプロフェン テブレノン		アダラート	
糖尿病				ジャディアンス、アダラート エピナスチン、ロキソニン テブレノン
アレルギー性鼻炎①			アレジオン点眼液	
アレルギー性鼻炎②	エピナスチン		アレジオン点眼液 ルバフィン、エピナスチン	
慢性蕁麻疹	ザイザル	ザイザル	ザイザル	ザイザル、ラミシールクリーム
首・腰痛			ロキソプロフェンNaテープ	ロキソプロフェンNaテープ
腰椎椎間板ヘルニア 胃炎			ロキソニン、テブレノン	
便秘	酸化マグネシウム			

入力年を含む過去3年間の抗ウイルス薬の薬歴は、あり29例、なし4例、未記載2例であった。登録前3年間で薬剤変更があったのは15例で、そのうち2回変更があったのが7例、1回変更があったのが8例であった。副作用のため薬剤変更が行われていたのは7例（8レジメン）で、黄疸1例（ATV+RTV+ABC/3TC）、嘔気4例（TRI 1例、DTG+TDF+ABC 1例、DTG+ABC+DVY 1例、RAL+ABC/3TC 1例）、めまい1例（DTG+ABC/3TC）、下痢1例（LPV/RTV+TDF/FTC）、貧血1例（LPV/RTV+AZT+3TC）であった。

初回登録時の病期は、AC（無症候性キャリア期）30例、AIDS 5例であった。フォローアップ時は、2023年はACで変化なし26例、前回調査時と今回ともAIDS 2例であった。期間内来院なし3例、追跡不能3例であった（図40）。初回登録時のAIDS 指定疾患はトキソプラズマ脳症2例、ニューモシスチス肺炎2例、サイトメガロウイルス網膜炎（右）1例であった。フォローアップ時は2017年ニューモシスチス肺炎1例、2018～2023年はなかった。

初回登録時の抗ウイルス薬による治療は、あり34例、なし1例であった（図41-1）。STRレジメン12例、MTRレジメン22例、治療なし1例であった（図41-2）。初回登録時のSTRはTRI 5例、GEN 4例、CMP 1例、BIC/TAF/FTC 2例であった。2023年は、BIC/TAF/FTC 16例、TRI 2例、ODF 1例、DTG/3TC 1例であった（図41-3）。初回登録時のMTRにおけるキードラッグは、RAL 9例、DRV+rtv 3例、LPV/rtv 2例、DTG 7例、DRV/cobi 1例であった。2022年は、RAL 5例、DTG 3例であった（図41-4）。バックボーンは初回登録時がDVY 9例、ABC/3TC 7例、TVD 3例、ABC+3TC 2例、AZT+3TC 1例であった。2023年はABC/3TC 2例、ABC+3TC 1例、DVY 3例、EPZ 2例であった（図41-5）。

初回登録時の日和見感染症予防治療は、あり1例、なし33例、未記載1例であった。フォローアップ時の日和見感染症の予防治療の状況を図42に示した。

図 40 コホート登録女性の現在の病期（フォローアップ時）

【2024年 コホート調査】

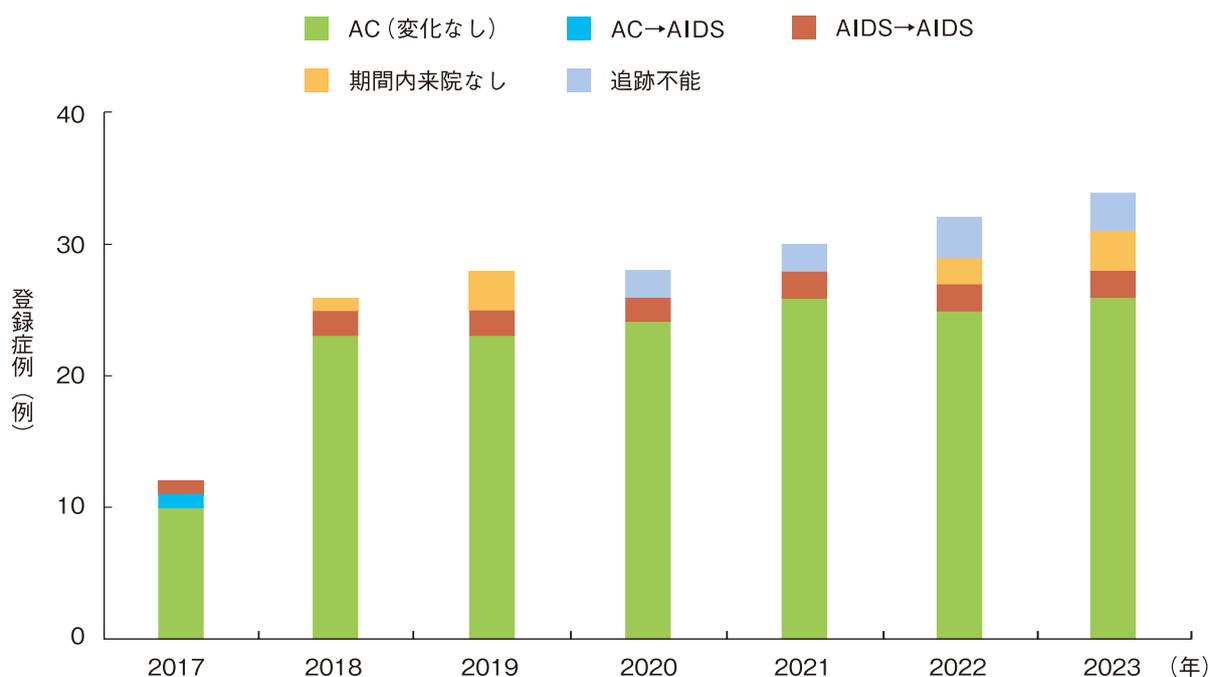


図 41-1 コホート登録女性の現在の抗ウイルス薬投与の有無

【2024年 コホート調査】

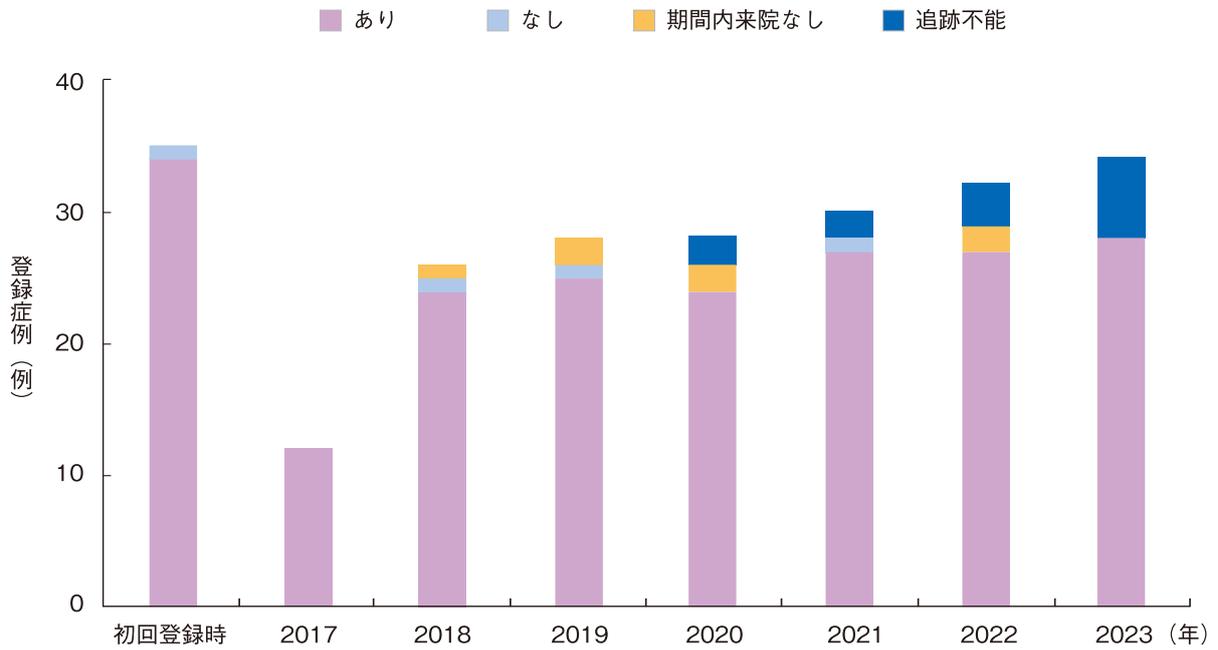


図 41-2 コホート登録女性の現在の抗ウイルス療法

【2024年 コホート調査】

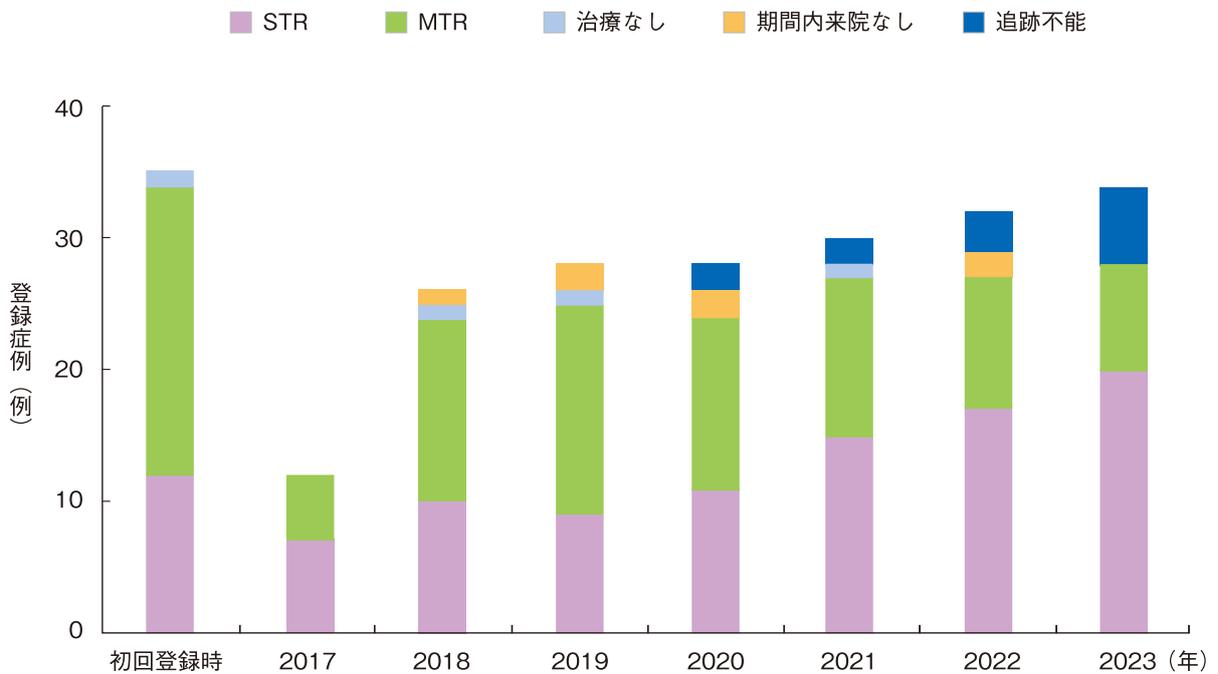


図 41-3 コホート登録女性の現在の抗ウイルス療法 (STR)

【2024年 コホート調査】

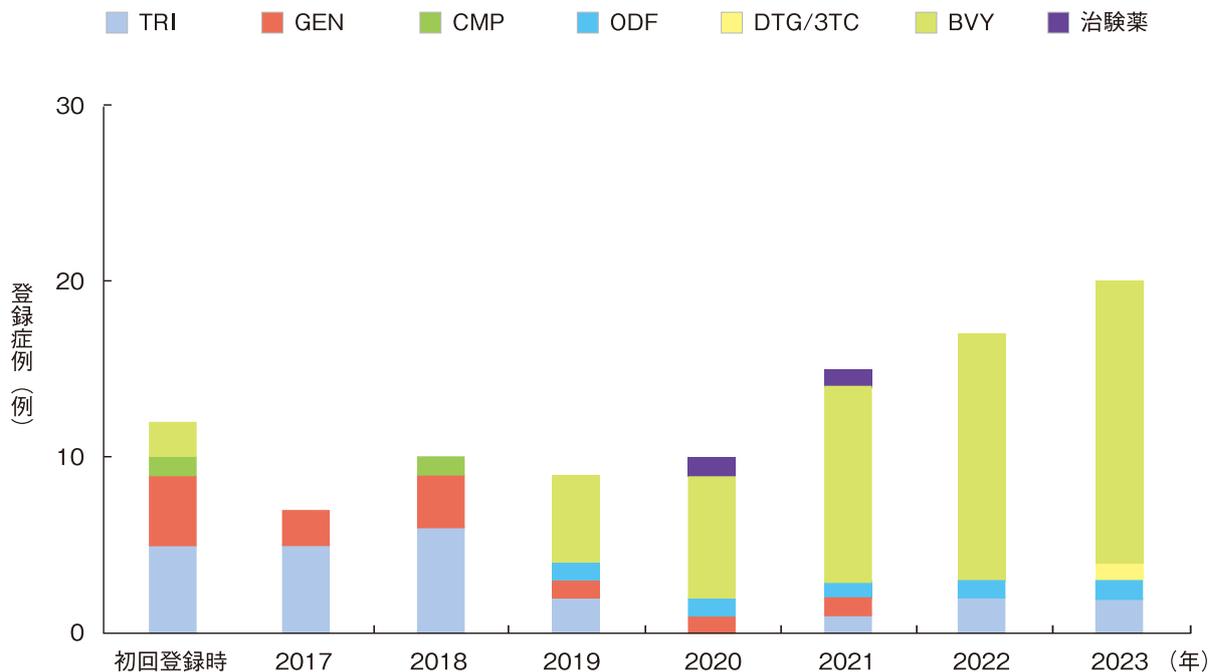


図 41-4 コホート登録女性の現在の抗ウイルス療法 (MTR・キードラック)

【2024年 コホート調査】

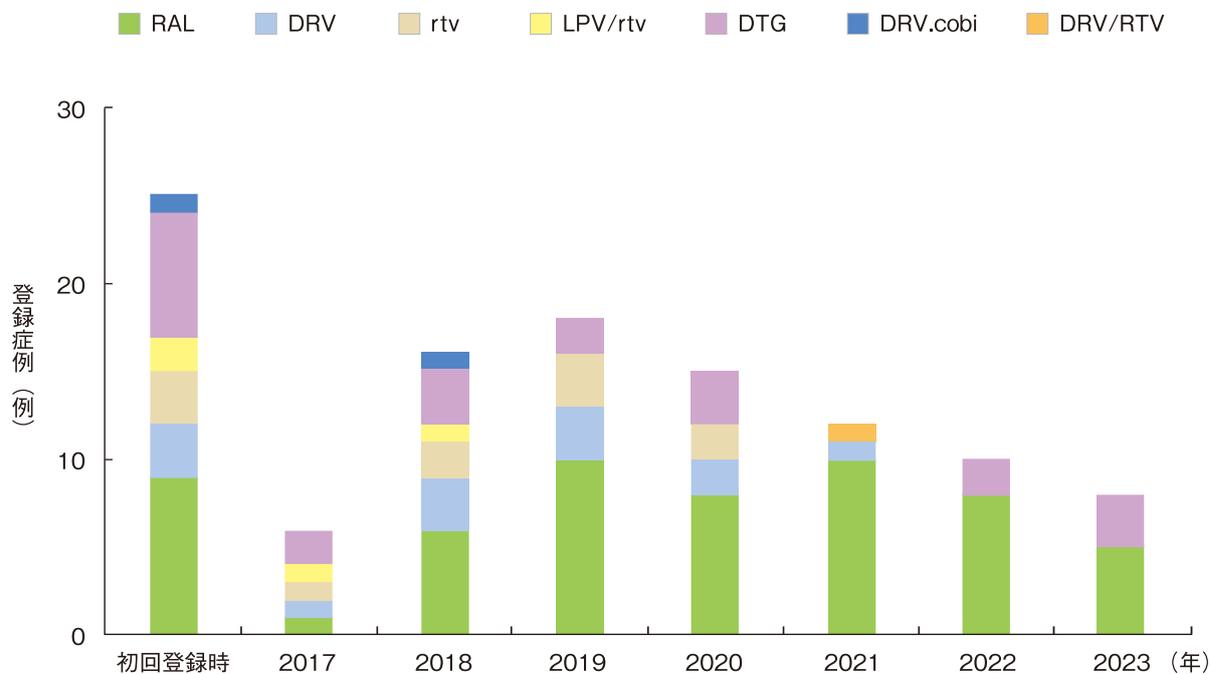


図 41-5 コホート登録女性の現在の抗ウイルス療法 (MTR・バックボーン)

【2024年 コホート調査】

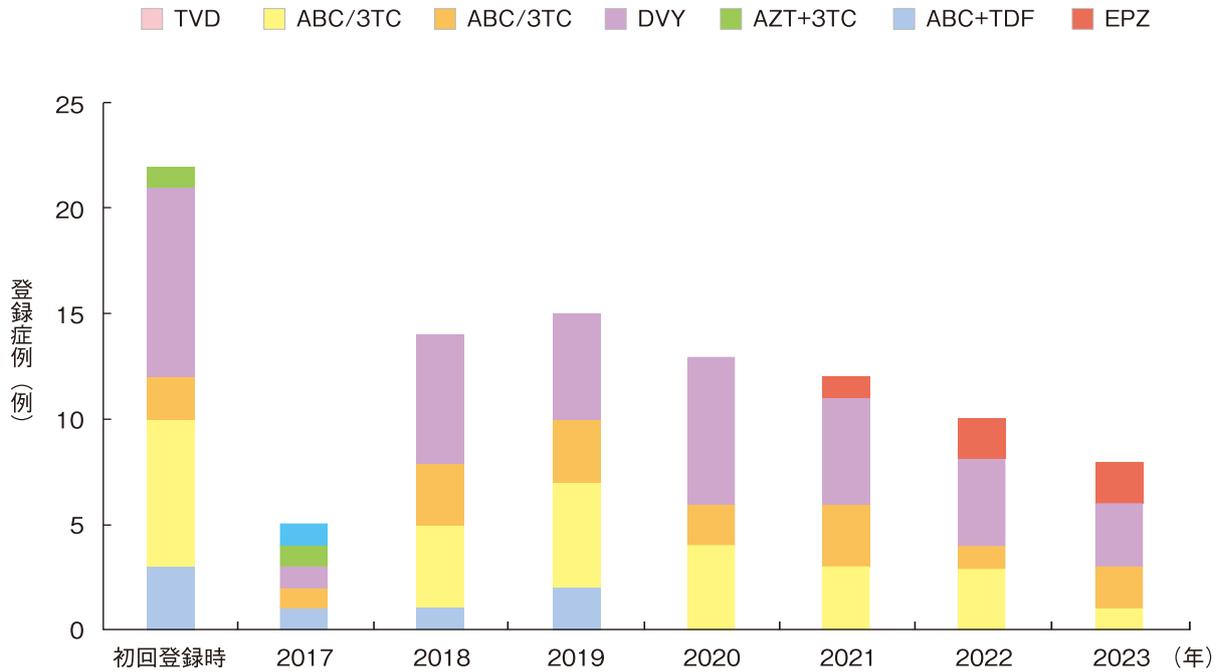
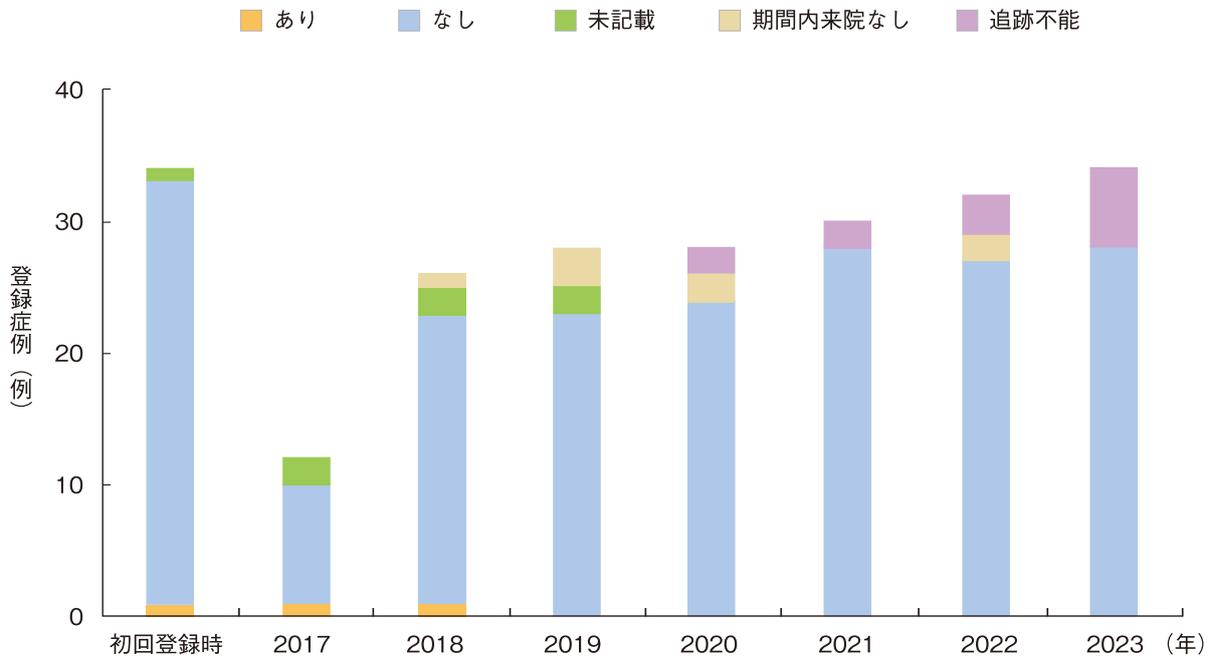


図 42 コホート登録女性の日和見感染の予防治療

【2024年 コホート調査】



初診時のウイルス量は、検出限界未満12例、検出限界以上20コピー/mL未満2例、20以上50コピー/mL未満1例、200以上1,000コピー/mL未満3例、1,000コピー/mL以上15例、不明が2例であった。検出限界未満12例の内訳は、初診2例、他施設より紹介10例（内1例は自施設他科より紹介）であった。他施設より紹介された全10例は治療開始後の紹介であった。検出限界未満と不明の症例を除いたウイルス量の中央値は11,000コピー/mLであった。初回登録時のウイルス量は、検出限界未満25例、検出限界以上20コピー/mL未満3例、20以上50コピー/mL未満5例、50以上200コピー/mL未満1例、1,000コピー/mL以上1例であった。検出限界未満の症例を除いたウイルス量の中央値は25.9コピー/mLであった。2023年は検出限界未満25例、検出限界以上20コピー/mL未満2例、20以上50コピー/mL未満1例、追跡不能1例であった（図43-1）。初回登録時とフォローアップ時のウイルス量別症例数を図43-2に示した。2023年のウイルス量の中央値は20コピー/mLであった（図43-3）。初診時、初回登録時、2023年のCD4陽性細胞数の中央値はそれぞれ380/ μ L、642/ μ L、666/ μ Lであった（図43-4）。

眼底検査について初回登録時は、施行2例、未施行29例、不明3例、未記載1例であった。2023年は未施行28例、追跡不能6例であった。婦人科検診について初回登録時は、施行21例、未施行11例、不明2例、未記載1例であった。施行21例のうち、検査周期は3か月に1度2例、6か月に1度1例、12か月に1度13例、24か月に1度2例、未記載3例であった。Papスミアはclass1 1例、class2 16例、class3 2例、未記載2例であった。2023年は施行9例、未施行19例、追跡不能6例であった。検査周期は3か月に1度1例、12か月に1度5例、24か月に1度2例、36か月に1度1例あった。Papスミアはclass II 7例、不明2例であった。症例登録時から現在まで婦人科検診未施行は5例であった。

図 43-1 コホート登録女性の初診時ウイルス量

【2024年 コホート調査】

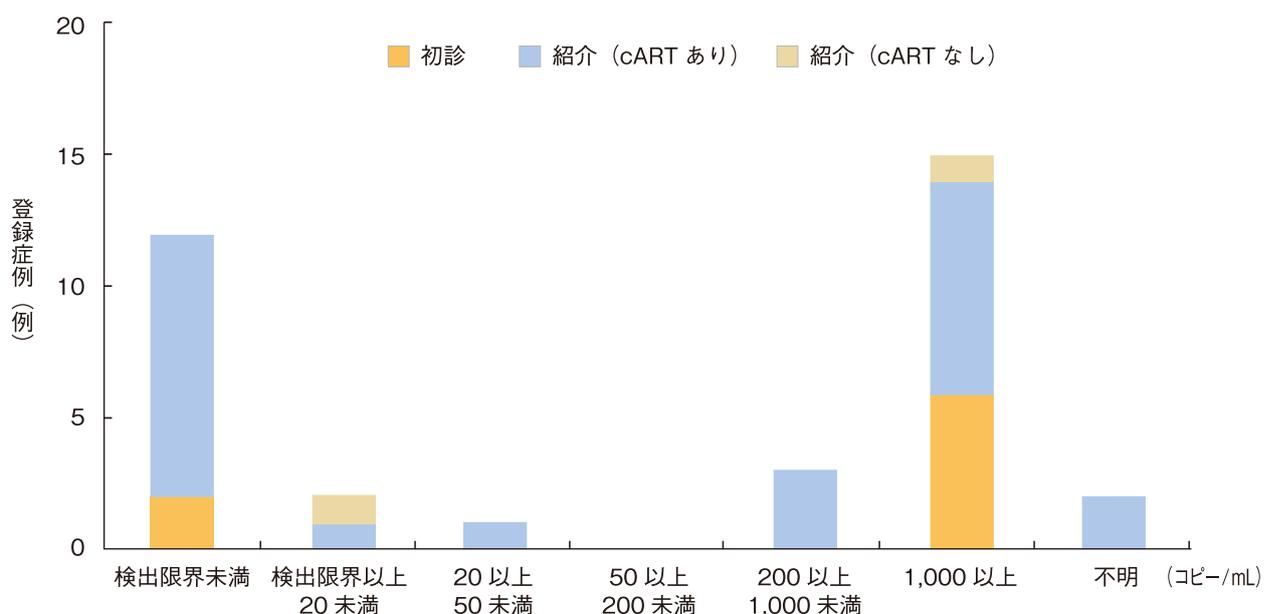


図 43-2 コホート登録女性の登録およびフォローアップ時のウイルス量

【2024年 コホート調査】

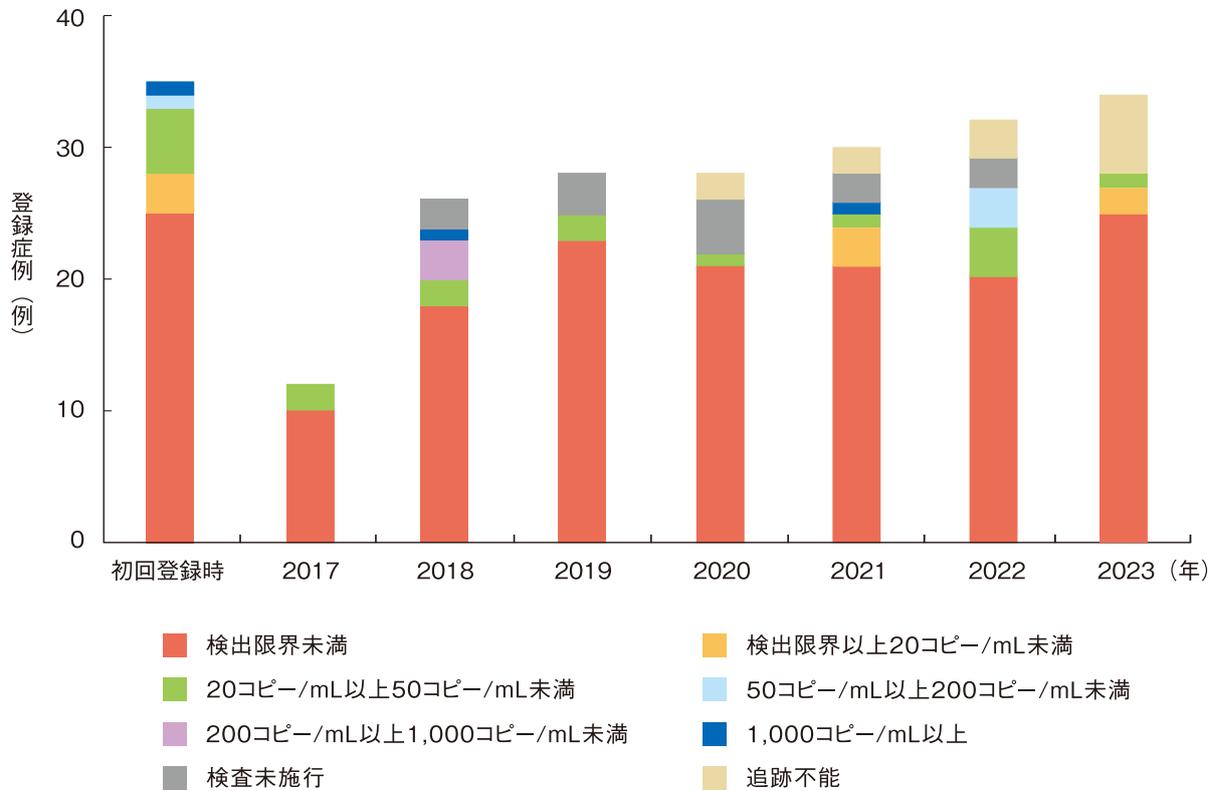


図 43-3 コホート登録女性の血中ウイルス量

【2024年 コホート調査】

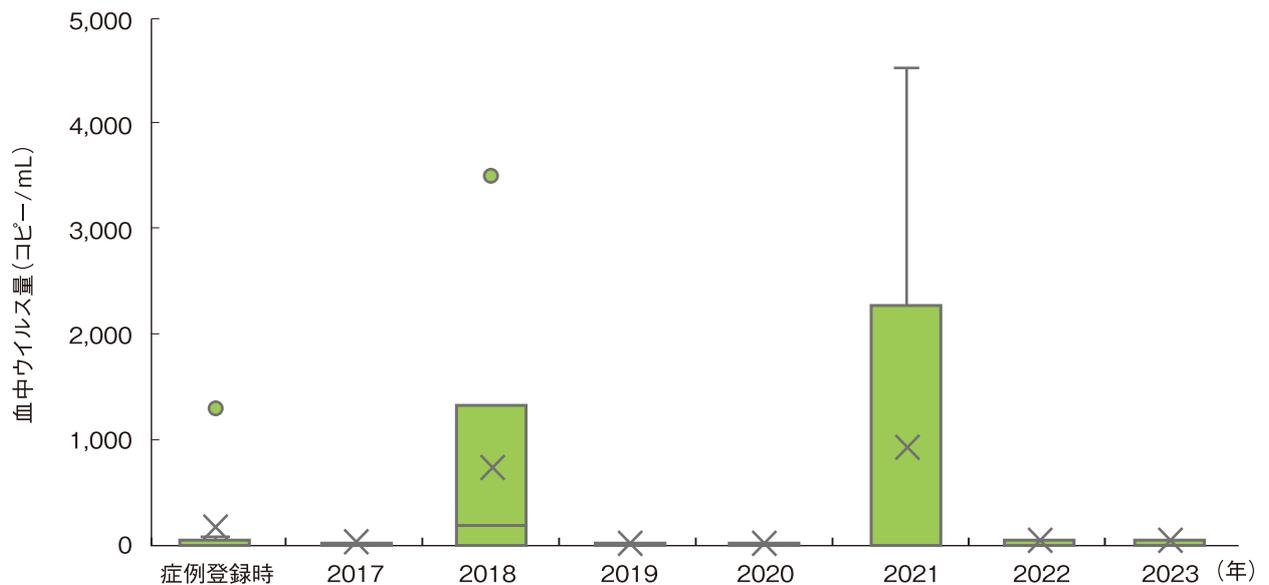
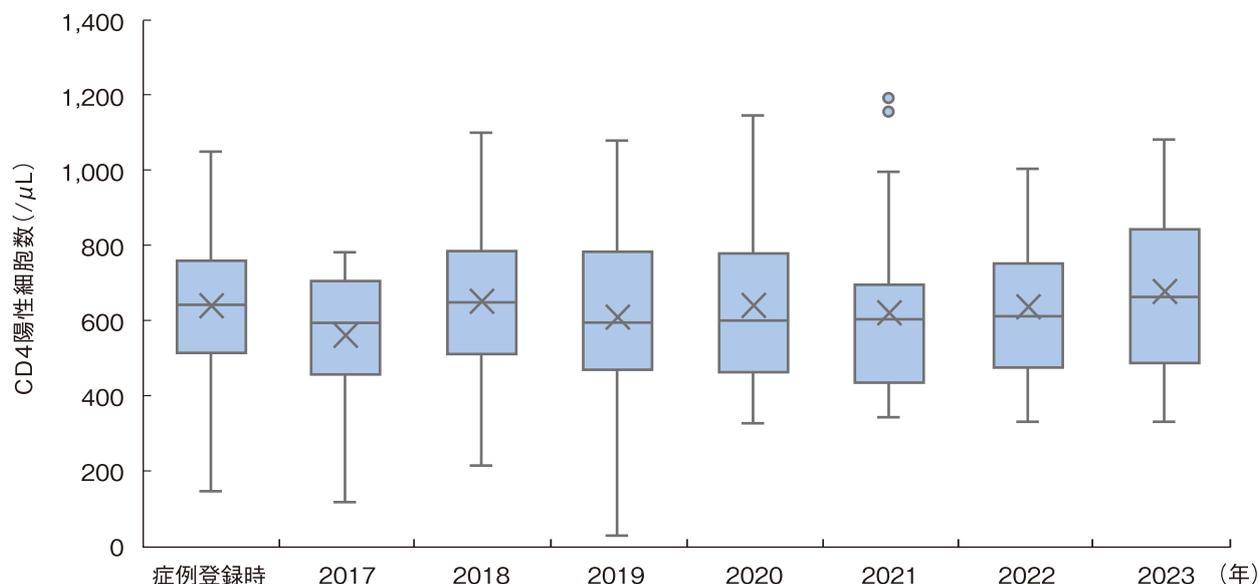


図 43-4 コホート登録女性の CD4 陽性細胞数

【2024年 コホート調査】



6) 出生児(子ども)の経過

調査期間内のコホートに登録のある子ども58例について、症例登録時、生後1～2か月、3～5か月、6～8か月、9～12か月、13～18か月、および年1回のフォローアップ(2017～2023年)を解析した。

子どものフォローアップとしてデータの取得状況は登録総数58例、生後1～2か月29例(うち2例重複)、3～5か月27例、6～8か月28例(うち1例重複)、9～12か月22例(うち1例重複)、生後13～18か月25例(うち1例重複)であった。登録時期は2017年5例、2018年5例、2019年4例、2020年4例、2021年7例、2022年7例、2023年8例であった(図44)。2017～2023年のフォローアップの状況は各年4～8名で推移しており、期間内受診なしの症例数が多かった。生後18か月を過ぎると次の検診は3歳になるため、その間には受診なしという症例が多かった。子どもの診断については感染1例、非感染51例、未確定6例(確定前に転院した症例を含む)であった。診断時期は、感染児例は出生直後、非感染児50例は、生後3～5か月7例、6～8か月24例、9～12か月4例、1歳6か月～1歳9か月11例、4歳1例、6歳1例、8歳1例、不明2例であった。

子どもへの予防投薬は、不明の4例を除き54例で予防投与が行われていた。投与薬剤の種類は、AZT単剤投与53例、多剤投与(AZT+3TC+NVP)1例であった。AZT単剤投与53例における投与回数は2回/日が50例、4回/日が3例であった。2回/日投与の50例のうち、2例は生後14日、17日から3回/日に変更していた。投与日数は4～6週未満が37例と最も多く、次いで6週間以上が11例、2週間未満で中止が5例であった。

生後6～8か月のフォローアップ以降では血液検査未施行の症例が多くあった。子どもの貧血は45例で認め、発症時期は生後0～1か月に多かった。ヘモグロビン値の中央値を図45-1に示した。貧血治療法は鉄剤投与13例、エリスロポエチン投与3例、鉄剤+エリスロポエチン投与1例であった。好中球減少は30例で認め、発症時期は生後0～1か月に多かった。好中球数の中央値を図45-2に示した。好中球減少が認められた症例は全て経過観察であった。抗ウイルス薬を中断もしくは中止した症例は6例で、好中球値の中央値は1,117/μLであった。血小板減少は生後1～2か月、3～5か月のフォローアップ時にそれぞれ1例ずつ認められた。血小板数の中央値を図45-3に示した。

図 44 コホート登録児のフォローアップ状況

【2023年 コホート調査】

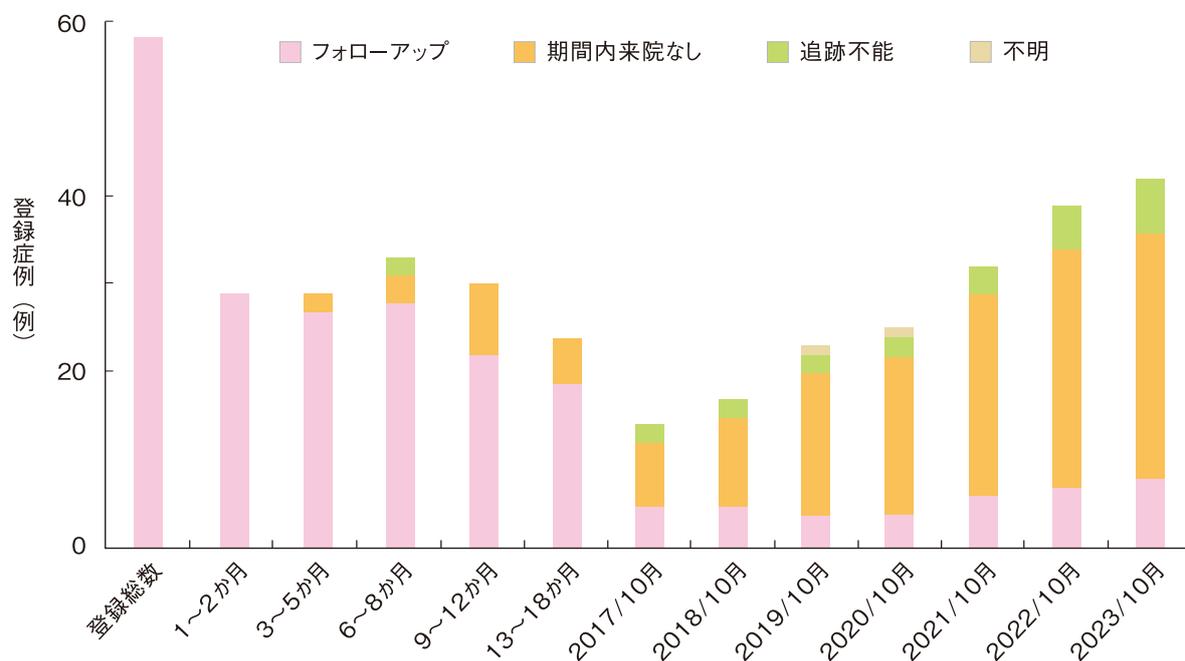


図 45-1 コホート登録女性の子どもの検査値 (ヘモグロビン値)

【2024年 コホート調査】

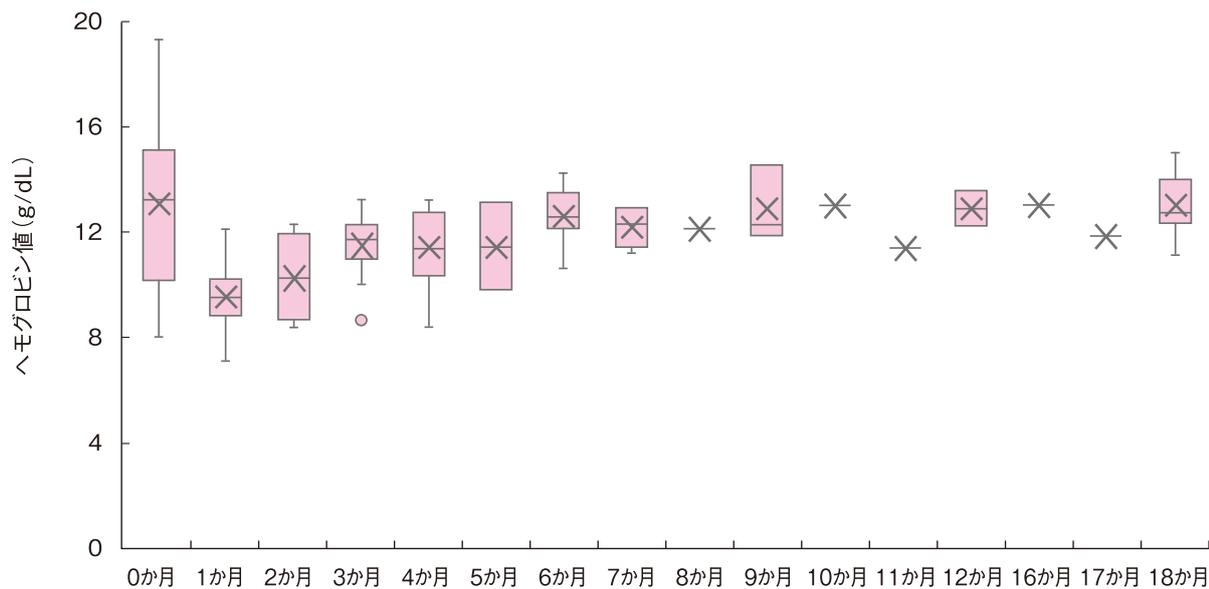


図 45-2 コホート登録女性の子どもの検査値（好中球数）

【2024年 コホート調査】

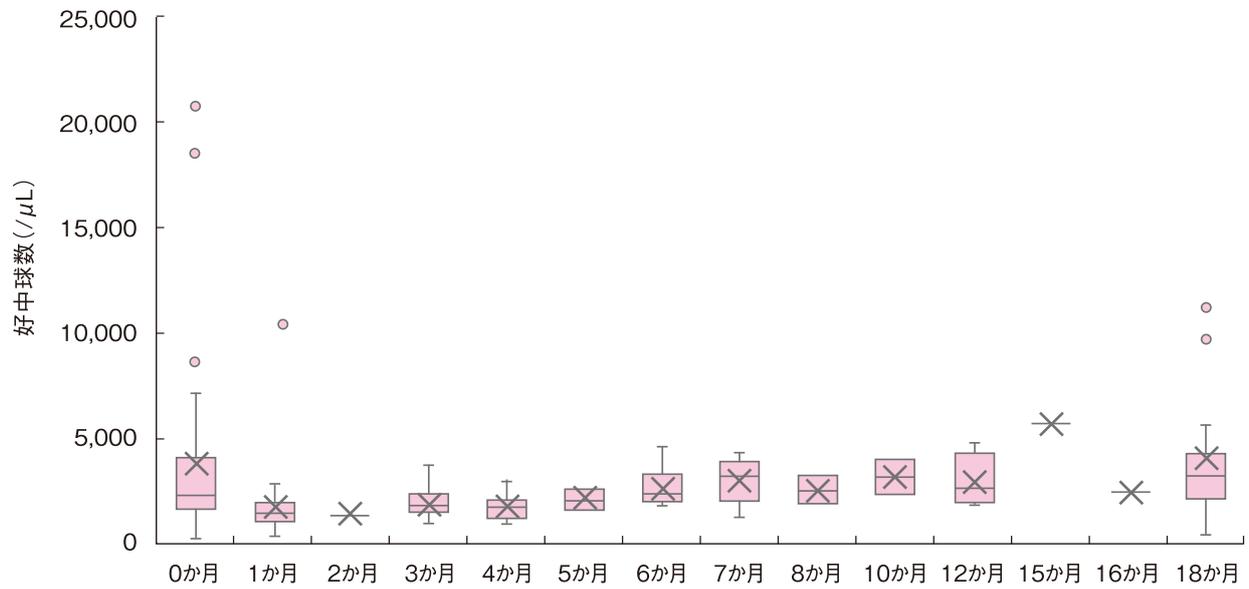
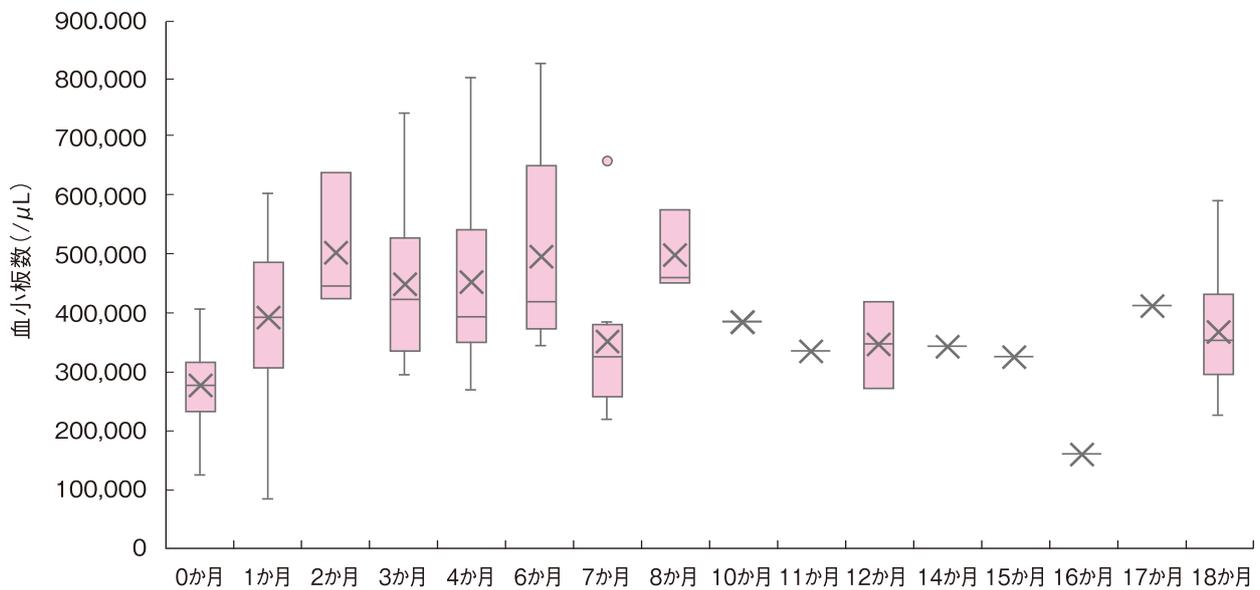


図 45-3 コホート登録女性の子どもの検査値（血小板数）

【2024年 コホート調査】



頭部MRIは31例、CTは1例で施行されていた。実施件数は頭部MRIのべ42件、CTのべ2件であった。23例に異常はなかった。異常所見は8症例で認めた。症例1：生後6～8か月のMRI検査で前頭部くも膜下腔の軽度開大を認め、生後13～18か月でも同様の所見があった。症例2：生後4か月のCT検査で左頭頂骨骨折、左頭頂部皮下血腫があった。生後18か月のMRI検査ではFrairでT2延長領域はあるが、HIV感染予防処置を受けた症例に時々いるような所見的意義は不明との所見があった。症例3：3歳のMRI検査で左脳頭頂葉白質に斑状のT2延長域を認めた。症例4：3歳のMRI検査で両側小脳半球や大脳半球にT2低信号域を認めた。微小出血後変化ベースに海綿状血管奇形の可能性があった。症例3と症例4は兄弟児である。症例5：3歳0か月のMRI検査で髄鞘化は年齢相応であった。両側小脳半球や大脳半球にT2低信号域を認めた。微小出血後変化とベースに海綿状血管奇形の可能性ありとの所見があった。症例6：生後7か月のMRI検査で硬膜下腔の拡大が見られるも現時点では発達問題はなかった。症例5と症例6は兄弟児である。症例7：生後7か月のMRI検査で右側脳室上衣下に嚢胞を認めた。症例8：3歳0か月のMRI検査で左脳頭頂葉白質に斑状のT2延長域がみられた。

知能検査は38例で実施されており、実施例数はのべ59例であった。新版K式48例、WISC 4例、WPPSI、IPU巧緻動作検査1例、遠城寺式・乳幼児分析的発達検査4例、田中ビネー V 1例であった。15例で知能検査異常が認められ、1例は田中ビネー Vで評価されIQは27であった。1例はWISCで評価され、全検査IQ 85、言語理解91、知覚推理94、ワーキングメモリー 91、処理速度73であった。これらの症例以外の13例については新版K式で評価されており、各項目の平均値は全領域84、姿勢・運動100.2、認知・適応87.5、言語・社会73であった。

体重および身長中央値をそれぞれ図46-1～46-2に示した。成長障害は3例で認められた。症例1：生後3か月の検査で身長-2.7SD、体重-1.1SDであったが、生後6～8か月時のフォローアップでは身長-1.2SD、体重-1.5SDであった。症例2：ダウン症の症例で3歳の時点で身長-1.4SD、体重-1.3SDであった。症例3：生後13～18か月の検査で身長-2.3SDであったが、出生時は在胎不当過小（SGA）の基準を満たしていなかった。

図 46-1 コホート登録女性の子どもの体重の推移

【2024年 コホート調査】

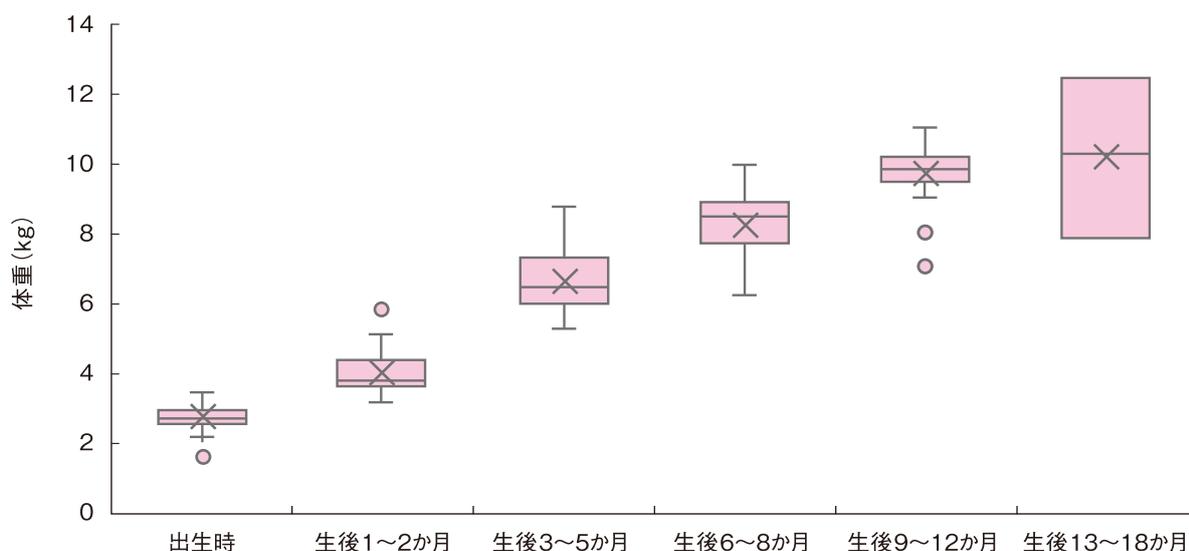
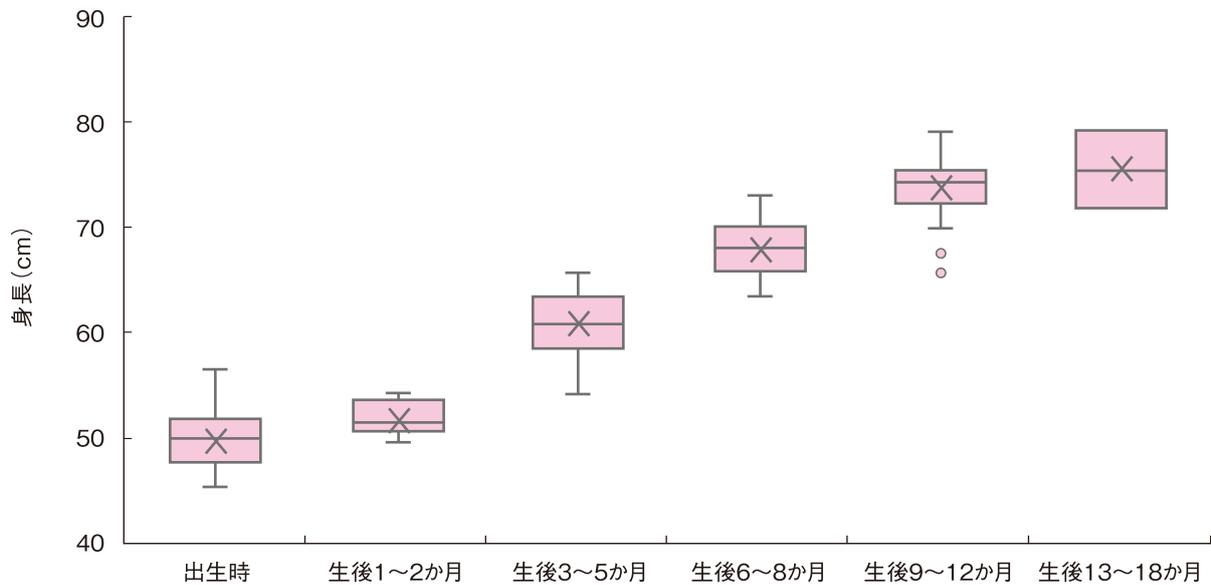


図 46-2 コホート登録女性の子どもの身長推移

【2024年 コホート調査】



7) HIV 感染児

JWCICS II (感染児) は累計で1例の登録であり、JWCICSに登録されていた感染児と同一である。子どもは日齢2で感染が判明し、その後から抗ウイルス薬の投与が開始されていた。以後、経過は良好である。12歳2か月までABC+3TC+NVPを内服していた。その後、成長に伴いDTG/3TCへ変更された。同時期に病名告知も行っており、理解良好であった。

8) コホート登録女性(対象者)へのアンケート調査結果

対象者の健康状態、最終学歴、子どもの健康状態、子どもの成長・発達について、2017年10月から2024年10月まで計16回のアンケートを行い解析した。

対象者の健康状態について回答があったのは、2024年4月21例、10月21例であった。不健康と回答した症例は2021年4月に1例、2021年10月に1例、2023年4月に1例、2024年4月に2例あった。詳細は2021年4月が頭痛、2021年10月が下痢、2023年4月が職場のパワハラによる心的外傷後ストレス障害(PTSD)、2024年4月が可逆性脳血管攣縮症候群(RCVS)の疑いによる通院と職場のパワーハラスメントによる複雑性PTSD・コロナ後遺症であった。頭痛、下痢の症例は続けて不健康と回答しなかったが、PTSDの症例は、職場でHIV感染者であることに対してハラスメントを受けており、症状が持続していると回答していた。対象者の最終学歴については、2024年は高卒4例、高専・短大卒3例、専門学校卒3例、大学・大学院卒12例、未回答4例であった。

子どもの健康状態について、回答があったのは2024年4月16例、10月14例であった。2024年4月に1年間で大幅な体重増加により不健康との回答が1例あったが、他は全例で健康であった。子どもの成長・発達については、回答があったのは2024年4月16例、10月14例であった。今まで異常の指摘のあった4例の詳細は、ダウン症候群1例、多動性発達障害1例、言語発達遅滞2例であった。言語遅滞の1例は、2021年10月のアンケートでは通常通りになったと記載があった。もう1例はそれまで指摘なしと回答していたが、2021年4月のアンケートで指摘有と回答していた。多動性発達障害のあった症例については、2017年10月のアンケート以降回答を得られないため、その後の状況は不明である。

9) JWCICSII参加施設の拡大について

2022年度から毎年コホートへの参加依頼に関する調査を行っている。結果を表37に示した。参加不可の理由として、「当院産婦人科では、今後HIV陽性妊婦の分娩は扱わないとの意向のため」、「非感染児は1才半までのフォローで終了となっており、2才以降のデータが当院には残らないため」、「症例数が少ないため、倫理委員会を通すのが大変」、「受診拒否のため」、「他院に患者を紹介しているため」、「調査回答の項目が多く負担が大きすぎる」、「症例数は少ないが、小児だけなら対応可能。成人は、他科診療への確認が必要なため難しい」などの回答が得られた。

表37 コホート調査への参加依頼結果

	【2024年 コホート調査】		
	2022年度	2023年度	2024年度
依頼送付移設	23	14	16
回答数	5	4	1
参加可	2	2	0
参加不可	4	1	1
詳細を確認の上判断	0	1	0

VIII. 考察（コホート調査）

コホート調査はパイロット調査開始から通算7年目となった。現在、少数ではあるが蓄積された症例は全例で生存が確認されており、数年の経過では生命予後良好であった。

登録症例のHIV感染女性は、1例を除き抗ウイルス療法が施行されていた。この1例が治療を躊躇している理由には、「手続きをすることで地元でHIVについて知らされる」という周囲からのスティグマを懸念していると思われる。本症例は現状では健康状態には問題がないものの、抗ウイルス療法を受けないことでの将来的な身体的リスクが高いと考えられた。そのため、HIVの治療をより受けやすくするように情報の秘匿性を高めること、さらには国民に対してHIVへのスティグマがなくなるような取り組みが必要である。治療中の症例はコントロール良好であったが、本研究に登録している対象症例は通院状況が良好である例が多いため、実際のHIV感染女性の一般的なコントロール状況を反映していない可能性があり、データの解釈に注意が必要である。

cARTの治療レジメンについては、妊娠可能年齢の女性が多く含むためRALが多く使用されていたが、STRの採用が2022年以降増加している。特に、BIC/TAF/FTCの使用増加が目立っていた。今後もアドヒアランス維持のためにSTRが増加することが見込まれるが、妊娠の希望がある年齢にも使用可能なSTRの開発や妊婦におけるSTRの安全性が明らかになることが望まれる。

本研究で蓄積された妊娠転帰はのべ96例であったが、人工中絶23例と約24%を占めた。厚労省の報告では、平成30年の人工中絶は女性1000人あたり6.4となっており、HIV感染女性の人工中絶率がかなり高い可能性があり、今後検討が必要である。その一方で、複数児を出産している女性も増加している結果であり、近年言われているU=Uが浸透してきていることや、過去妊娠を安全に行えたことから複数妊娠を希望されているものとする。HIV感染女性の妊娠を取り巻く環境は変化してきており、出産方法の選択、母乳育児などが国ではまだ整備すべき点が多い。今後も心身共に安全安心に妊娠・出産できる環境や心理的フォローの体制づくりが必要と考える。

妊娠中のcARTでは、RALを用いたレジメンが48.5%と最多であったが近年減少傾向にある。DTGを使用している例もあったが、子どもに神経管欠損は認めなかった。妊娠中の血液検査データではCD4陽性細胞数は妊娠中に大きな変化はなかった。

コホート登録されている子どものうち54例に児への予防投与がされており、感染児と非感染児1例を除きAZT単剤投与であった。AZT投与回数は2回4週間程度が最も多く、ガイドラインを反映していると考えられた。AZTの副作用と考えられる貧血は高頻度に出現し、時期は生後2か月までが多く、生後3か月以降に改善していた。ヘモグロビン値の中央値は出生直後から比較して4g/dL程度低下していた。また、好中球減少は51.7%と従来小児科二次調査で報告していた頻度より高かったが、2024年度の小児科二次調査報告とは同頻度程度であった。いずれも生後1～2か月で生じやすく、生後2か月までは慎重な経過観察が必要と考えられた。

頭部画像異常は8例で認め、うち2例で発達障害の指摘があった。この2例は兄弟例であることから、母の状況や家庭環境の影響がある可能性もあるが、今後症例を蓄積しなんらかのリスク因子が判明することが望まれる。また、頭部画像異常がある7例のうち発達検査でも1項目以上で有意に低下がみられる例は5例であり、頭部画像異常の所見は一定していないものの関連がある可能性がある。発達での遅滞の指摘は2例であるが、この2例を除く15例で検査異常が認められた。言語・社会の領域および認知・適応の領域で低い傾向が認められた。母親が外国人である症例も登録されており言語環境の影響の可能性もあるが、認知・適応領域については言語に関わらないものであることから、HIVの影響が関連している可能性があった。

HIV感染女性から出生した非感染児（HEU児）において、少なくとも14/51例（27.4%）に発達検査もしくは頭部画像検査で異常を認めた。頭部画像所見異常では、白質病変が17%と多く、HEUの生後早期のMRIにおいて記憶や言語等を司る白質路の微細構造に変化がみられた報告に一致した（*Tran et al, Medicine 2016*）。発達検査では、11/51例（21.5%）に境界～知的障害に相当する低下を認めた。知的障害に相当する＜70も4/51例（7.8%）と一般（2～3%）に比して高かった。本検討では、母の国籍に関わらず言語・社会の領域での遅れが全例にみられ、過去の報告と一致した（*Catherine J Wedderburn et al, Lancet Child Adolesc Health 2022*）。HEU児において、一般に比して発達の遅れの頻度が高い可能性はあるが、HIVに関連する因子以外にも社会的・経済的因子、家庭環境など関連因子が多く、明らかな関連因子の解析は困難である。本検討では、低出生体重や貧血が影響している可能性も考えられるが、これらが胎内でのHIV暴露や抗ウイルス薬の影響であるか判断はできない。コホート研究は予後や関連因子の検討に有用であるが、症例数も少ないため今後更なる症例の蓄積が重要であり、コホート調査参加施設を増やす必要があると考える。より正確に評価するには、発達/知能検査や頭部画像を含めた多角的な評価を一定期間統一のプロトコールで行っていくことも検討が必要であると考えられた。

コホート調査におけるデータ収集率の維持は研究遂行において最も重要であると考えますが、医療者からの情報収集については医師の入力作業は困難で、研究補助者による入力作業や医師による確認に変更したところ、100%の入力を達成した。また、対象者からのメールでの回答率は80%程度を維持していたが、2024年度は50%程度に減少した。要因として、2023年度は送信先メールアドレスの変更があったことから、事前にお知らせメールを送付していた。2024年度で回答率が下がったことより、事前のリマインドメールが回答率維持に有効であることが示唆された。しかし、多施設コホートでは施設に研究補助者がいるとは限らず、医師への入力依頼をいかに効率的に行うかは重要な問題であると考えます。一方で対象者の回答率はリマインドメールを送付することである程度高い水準を維持できる可能性があることから、対象者への質問項目を困難でない範囲で増やすことでより質の高い調査が可能になると考えられた。また、リマインドメールにて、女性や出生児に有用な情報を追加することで、回答率の上昇のみならずHIV感染女性と出生児のサポートにつながる可能性もある。

情報管理については、対象者のメールアドレスを対象者の目前で入力、確認、対象者に登録確認メールが到着するまでを確認することで安全に管理されている。医師から収集する情報についてもアカウントの登録者に限定となっており、パスワード複数回間違いによるロックなど行われており安全に設定されている。多施設での調査拡大に伴い個人情報の取り扱いについては各施設の倫理規約に従うこととし、カルテIDの入力ではなく施設で独自に設定した番号での登録や誕生日についても生年月までは必須とし日については任意の日付を許容することとした。また、事務局からはカルテIDもしくは施設番号は確認できない仕様にし、個人情報の取り扱いは安全に管理されている。

コホート調査は横断的研究とは異なり、女性および子どもの長期的動向が明らかとなるものである。本研究でも短期間ではあるものの横断的研究である小児科・産婦人科調査とは異なり、女性の加齢、経年による変化や治療の選択のトレンド、子どもの成長・発達の過程が検討できた。治療の継続の状況やコントロール状況など横断的調査では取得困難なデータも含まれることからコホート研究は重要である。コホート研究において症例数を増やすことで研究データの精度が上がることから参加施設を増やすことが急務であると考えます。二次調査の結果からもわかるように、近年、HIV感染妊婦の診療・出産はエイズ拠点病院のみならず全国で行われており、施設選定も困難が多いと考える。現在、日本では多くの施設がHIV感染女性およびその出生児に関わっており、年間20例程度であることも鑑みると各施設の症例数はごくわずかがかつ隔年や数年に1度などの施設も多い。このような状況から、全施設のコホート調査参加は難しいと考えるが、定期的に出生児の報告がある施設に対しては繰り返し依頼を行い、少しずつでも参加施設を増やしていく必要がある。

IX. 結語

HIVによる母子感染がcARTや帝王切開での分娩により十分に予防可能であることが周知されるようになったことで、妊婦におけるHIV検査が妊娠初期の重要な検査のひとつとして認知され、多くの自治体で公的補助もなされ、日本におけるHIV感染妊婦の諸問題に関しての啓発活動が実を結びつつある。その一方で、未受診妊婦の存在やHIV感染児の診療体制、HIV母子感染の啓発など改善の余地がある分野も残っている。本研究班は、HIV検査実施率上昇のための啓発活動を推進するとともに、これらHIV感染妊婦やHIV感染児に対する諸問題に関しても十分に取り組む必要がある。母子感染根絶に向けた新たな母子感染予防対策の構築と、経膈分娩におけるマニュアル作成は、今後対応すべき課題と考えられる。また梅毒増加と同様にHIV感染妊娠も増加する可能性があり、より注意深く経過を追っていく必要があると考える。コホート研究と横断的研究はいずれも疫学調査であるものの、データの収集の手法は大きく異なるためコホート研究から横断的研究にデータを移行する仕組みの構築は容易ではなかった。しかし、産婦人科・小児科二次調査およびコホート調査のデータを全体としてデータベース化することや質の高いデータの蓄積を行う体制を開始することができた。日本のHIV感染女性およびその出生児に関するデータは本調査が唯一であり貴重であることから、今後も丁寧なデータの蓄積とデータ管理が必要とされる。

母子感染二次調査用紙 (2024年調査)

令和6年度厚生労働科学研究費補助金エイズ対策政策研究事業
「HIV感染者の妊娠・出産・予後に関するコホート調査を含む疫学研究と情報の普及啓発方法の開発
および診療体制の整備と均てん化のための研究」

研究分担「HIV感染妊娠に関する臨床情報の集積と解析および母子感染根絶へ向けた検討」

妊婦統合症例番号
(当方記入欄)

HIV 母子感染二次調査用紙

記入日 年 月 日

記入者氏名				記入者メールアドレス			
医療機関名							
妊婦生年月日	西暦	年	月	今回妊娠初診時年齢	歳		
今回妊娠の初診日	西暦	年	月	初診時妊娠週数	週 日		
回答いただく症例は妊娠中ですか?	はい → 調査終了です。調査用紙をご返送下さい。 次年度調査へのご協力をお願いいたします。 いいえ → 引き続き回答をお願いいたします。						

今回妊娠の 初診時について	エイズ 関連症状	特になし ・ 症状あり 「症状あり」の場合は具体的な症状をご記入ください。
	感染経路	性的接触 ・ 薬物使用 ・ 輸血 ・ 母子感染 ・ 不明 ・ その他 ()
	感染 判明時期	今回妊娠時 (週) ・ 今回分娩直後 ・ 児の感染判明後 今回の妊娠以外の機会 { 以前の妊娠時 ・ 次子の妊娠時 ・ 保健所検査 ・ HIV関連症状発症 (エイズ発症) } その他 () ・ 不明 ※今回分娩直後:飛び込み分娩、未受診などでHIVの検査結果が分娩前に判明せず、 分娩後に陽性判明した場合など
	初診時の 治療状況	治療なし ・ 治療あり 「治療あり」の場合は治療開始時期・治療病院など具体的な内容をご記入ください。 治療開始時期: 西暦 年 月 治療病院 ()
妊婦について	国籍 (出生国)	日本 ・ 外国 ・ 不明 「外国籍妊婦」の場合にご記入ください。 国名:
	婚姻関係	あり ・ なし ・ 不明
	医療保険	あり ・ なし ・ 不明
	職業など その他情報	
パートナーに ついて	国籍	日本 ・ 外国(国名:) ・ 不明
	HIV感染 について	感染 ・ 非感染 ・ 不明

今回の妊娠について

妊娠経緯	予定内妊娠(挙児希望) ・ 予定外妊娠					
妊娠方法	自然 ・ 人工授精 ・ 体外受精 ・ その他 () ・ 不明					
分娩までの受診歴	定期受診 ・ 最終受診から分娩まで3ヶ月以上受診なし ・ 3回以下 ・ 全く受診していない					
妊娠合併症	なし・切迫早産・切迫流産・HDP・GDM・その他 ()・双胎・品胎・不明					
子宮がん・その他 性感染症について	子宮頸部細胞診	NILM ・ ASC-US ・ LSIL ・ ASC-H ・ HSIL ・ SCC ・ AGC ・ Adenoca ・ Other ・ 不明				
	HBV	(-) ・ (+) ・ 不明	HCV	(-) ・ (+) ・ 不明	淋菌	(-) ・ (+) ・ 不明
	クラミジア	(-) ・ (+) ・ 不明	梅毒	(-) ・ (+) ・ 不明	GBS	(-) ・ (+) ・ 不明
	その他					
分娩日(転帰日)	西暦	年	月	(妊娠週数:	週	日)
妊娠転帰	分娩 ・ 自然流産 ・ 人工妊娠中絶 ・ 不明					
分娩場所	貴施設 ・ 他施設 ・ 不明					
	「他施設」へ紹介された場合はご記入ください。					
	紹介先:					
	紹介日: 西暦 年 月					
担当医師名:						
分娩様式	経膣 ・ 緊急帝王切開 ・ 選択的帝王切開 ・ 不明					
分娩様式を 選択した理由	経膣	妊婦の希望 ・ 帝王切開が間に合わなかった ・ 分娩後に感染が判明した その他 ()				
	緊急帝王切開	胎児機能不全 ・ 破水 ・ 切迫子宮破裂 ・ 陣痛発来 ・ その他 ()				
	選択的帝王切開	既往帝王切開 ・ 感染予防 ・ その他 ()				
陣痛について	自然陣痛 ・ 誘発陣痛 ・ 陣痛なし ・ 不明					
破水から分娩までの時間	時間	分				
破水について	陣痛開始前に自然破水 ・ 陣痛開始後に自然破水 ・ 人工破膜 ・ 不明					
分娩時間	時間	分				
アプガースコア	1分:	点	/5分	点		
羊水混濁	あり ・ なし ・ 不明					
分娩時の点滴	AZT投与 ・ 投与なし ・ その他投薬 ()					
児について	HIV感染	感染 ・ 非感染 ・ 未確定 ・ 不明				
	性別	男児 ・ 女児 ・ 不明				
	出生時体重	g				
	母乳	投与あり (期間 月) ・ 投与なし ・ 不明				
	AZT シロップの 投与	投与あり ・ 投与なし ・ その他投薬 () 「投与あり」の場合はご記入ください。 副作用: あり ・ なし ・ 不明 症状 { } 投与の中止: あり ・ なし ・ 不明 理由 { }				

妊婦の治療について

妊娠中の 投薬について	投薬あり ・ 投薬なし ・ 不明
	<p>「投薬あり」の場合はご記入ください。</p> <p>投与期間： 妊娠前から ・ 妊娠 週 ～ 週</p> <p>薬剤レジメン： {</p>
	<p>薬剤変更した場合： 期間（妊娠 週 ～ 週）</p> <p>薬剤レジメン {</p>
産後の 投薬について	投薬あり ・ 投薬なし ・ 不明
	<p>「投薬あり」の場合はご記入ください。</p> <p>投与期間： 産後 週 ・ 日 ～ 週 ・ 日 ・ 現在も継続中</p> <p>薬剤レジメン： {</p>
	<p>薬剤変更した場合： 期間（産後 週 ・ 日 ～ 週 ・ 月 ・ 現在も継続中）</p> <p>薬剤レジメン {</p>

妊婦ラボデータ

妊娠週数		妊娠前・	妊娠初期 (0~15w6d) 妊娠 週 日	妊娠中期 (16w0d~27w6d) 妊娠 週 日	妊娠後期 (28w0d~41w6d) 妊娠 週 日	分娩直前 (分娩4w前まで) 妊娠 週 日	分娩直後 (分娩日~1w未満) 産後 日	産褥 (分娩後1w~4w) 産後 週
採血年月日		年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月
血算	白血球数 (/μl)							
	ヘモグロビン (g/dL)							
	リンパ球 (%)							
	リンパ球数 (/μl)							
リンパ球 分画	CD4(%)							
	CD8(%)							
	CD4数 (/μl)							
	CD8数 (/μl)							
	CD4/8							
ウイルス 量	RNA (コピー/ml)							

産科最終受診日	西暦 年 月 ・ 現在も受診中
産科終診後 内科等 でのフォローの有無	フォローあり ・ フォローなし
その他 特記事項	感染妊婦・パートナー・児を含め、できるだけ多くの情報をご記入ください。

ご協力ありがとうございました

症例登録番号：

HIV感染妊婦から出生した児の症例報告用紙

調査にご協力いただきありがとうございます。

☆全症例共通項目(p2～6)にご回答頂いた後

- ・非感染症例（未確定・不明も含む）は「非感染児について」（p7～10）
- ・感染症例は「感染児について」（p11～18）に回答用紙が分かります。

☆薬剤名と臨床病期・症状については別紙の一覧より番号を選択しご記入ください。

◎分娩直前母体について（分娩前4週間以内）		
26	分娩直前ラボデータ	<input type="checkbox"/> なし（→35へ） <input type="checkbox"/> あり
27	検査時 妊娠週数	（ 週）
28	ヘモグロビン（g/dl）	（ g/dl）
29	リンパ球（%）	（ %）
30	リンパ球数（/μL）	（ /μL）
31	白血球数（/μL）	（ /μL）
32	CD4数（%）	（ %）
33	CD4数（/μL）	（ /μL）
34	ウイルス量RNA	<input type="checkbox"/> TND(未検出) <input type="checkbox"/> TND~<20 <input type="checkbox"/> 20~<50 <input type="checkbox"/> 50~<200 <input type="checkbox"/> 200~<1000 <input type="checkbox"/> ≥1000
	ウイルス量実数（TND以外）	（ ）コピー/ml
◎分娩について		
35	分娩様式とその選択の理由	<input type="checkbox"/> 経腔分娩 <input type="checkbox"/> 緊急帝王切開 <input type="checkbox"/> 予定（選択的）帝王切開 <input type="checkbox"/> 不明
	→経腔分娩	<input type="checkbox"/> 妊婦の希望 <input type="checkbox"/> 帝切分娩に間に合わなかった <input type="checkbox"/> 分娩後に感染が判明した <input type="checkbox"/> その他（ ）
	→緊急帝王切開	<input type="checkbox"/> 胎児機能不全 <input type="checkbox"/> 破水 <input type="checkbox"/> 切迫子宮破裂 <input type="checkbox"/> 陣痛発来 <input type="checkbox"/> その他（ ）
	→予定（選択的）帝王切開	<input type="checkbox"/> 既往帝切 <input type="checkbox"/> 感染予防 <input type="checkbox"/> その他（ ）
36	陣痛について（経腔分娩のみ）	<input type="checkbox"/> 自然陣痛 <input type="checkbox"/> 誘発陣痛 <input type="checkbox"/> 陣痛なし <input type="checkbox"/> 不明
37	破水について	<input type="checkbox"/> 陣痛開始前に自然破水 <input type="checkbox"/> 陣痛開始後に自然破水 <input type="checkbox"/> 人工破膜 <input type="checkbox"/> 帝王切開（破水なし） <input type="checkbox"/> 不明
38	破水から分娩までの時間 ※「帝王切開」「不明」選択時は不要	<input type="checkbox"/> （ 時間 分）
39	羊水混濁	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明
40	分娩時の点滴	<input type="checkbox"/> 投与なし <input type="checkbox"/> AZT投与あり <input type="checkbox"/> その他投薬あり（ ） <input type="checkbox"/> 不明

◎出生した児について		
41	在胎週数	<input type="checkbox"/> わかる (週 日) <input type="checkbox"/> 不明
42	出生児の体重	<input type="checkbox"/> わかる (g) <input type="checkbox"/> 不明
43	アプガースコア1分	<input type="checkbox"/> わかる (点) <input type="checkbox"/> 不明
44	アプガースコア5分	<input type="checkbox"/> わかる (点) <input type="checkbox"/> 不明
45	新生児期の異常	<input type="checkbox"/> あり(病名) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明
46	奇形(体表奇形・心骨奇形含む)	<input type="checkbox"/> あり(病名) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明

【新生児期の扱いについて】		
47	新生児期における抗HIV薬の投与	<input type="checkbox"/> なし (→52へ) <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明 (→52へ)
<p>※HIV陽性児の場合は判明前までの投薬を選択してください※ (陽性判明後の投薬は「感染児について」のページにご記載ください)</p>		
48	薬剤名1 (※1剤のみ選択)	<input type="checkbox"/> レトロビル/AZT <input type="checkbox"/> レトロビル静注/AZT <input type="checkbox"/> エピビル/3TC <input type="checkbox"/> ビラミューン/NVP <input type="checkbox"/> アイセントレス/RAL <input type="checkbox"/> その他()
	薬剤1について	◎投与量 () mg/kg/日 ※1日量でお答え下さい ◎投与回数 1日 () 回 ◎投与期間 生後 () 日 ~ () 日
49	薬剤名2 (※1剤のみ選択)	<input type="checkbox"/> レトロビル/AZT <input type="checkbox"/> レトロビル静注/AZT <input type="checkbox"/> エピビル/3TC <input type="checkbox"/> ビラミューン/NVP <input type="checkbox"/> アイセントレス/RAL <input type="checkbox"/> その他()
	薬剤2について	◎投与量 () mg/kg/日 ※1日量でお答え下さい ◎投与回数 1日 () 回 ◎投与期間 生後 () 日 ~ () 日
50	薬剤名3 (※1剤のみ選択)	<input type="checkbox"/> レトロビル/AZT <input type="checkbox"/> レトロビル静注/AZT <input type="checkbox"/> エピビル/3TC <input type="checkbox"/> ビラミューン/NVP <input type="checkbox"/> アイセントレス/RAL <input type="checkbox"/> その他()
	薬剤3について	◎投与量 () mg/kg/日 ※1日量でお答え下さい ◎投与回数 1日 () 回 ◎投与期間 生後 () 日 ~ () 日

62	好中球減少 *好中球1500/μl以下	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし →あり、なしの場合その検査日と検査時年齢 検査日 (年 月 日) 年齢(*) (歳 ヶ月 日) ※1ヶ月未満の場合のみ「日」まで記入 好中球最低値 (/μl) <input type="checkbox"/> 検査未施行 <input type="checkbox"/> 不明
	好中球減少あり→治療法	<input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> G-CSF <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 不明
	好中球減少あり→ 抗ウイルス薬投与	<input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 中止 (そのまま終了) <input type="checkbox"/> 中断 (回復後再開) <input type="checkbox"/> 終了後 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 不明
63	血小板減少 *新生児期100,000/μl未満、 それ以外は150,000/μl未満	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし →あり、なしの場合その検査日と検査時年齢 検査日 (年 月 日) 年齢(*) (歳 ヶ月 日) ※1ヶ月未満の場合のみ「日」まで記入 血小板最低値 (/μl) <input type="checkbox"/> 検査未施行 <input type="checkbox"/> 不明
	血小板減少→治療法	<input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 輸血 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 不明
	血小板減少→抗ウイルス薬投与	<input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 中止 (そのまま終了) <input type="checkbox"/> 中断 (回復後再開) <input type="checkbox"/> 終了後 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 不明
64	乳酸持続高値 (>25mg/dl)	<input type="checkbox"/> あり (乳酸値 mg/dl) →ありの場合その検査日と検査時の年齢 検査日 (年 月 日) 年齢(*) (歳 ヶ月 日) ※1ヶ月未満の場合のみ「日」まで記入 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 検査未施行 <input type="checkbox"/> 不明
	乳酸持続高値→抗ウイルス薬投与	<input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 中止 (そのまま終了) <input type="checkbox"/> 中断 (回復後再開) <input type="checkbox"/> 終了後 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 不明

感染児について

【児の最終観察日について】		
79	児の最終観察日と年齢	観察日（ 年 月 日） 生後(※)（ 年 ヶ月 日） ※1ヶ月未満の場合のみ「日」まで記入
80	最終観察日の児の身長	（ cm） <input type="checkbox"/> 未測定 <input type="checkbox"/> 不明
81	最終観察日の児の体重	（ kg） <input type="checkbox"/> 未測定 <input type="checkbox"/> 不明
82	児の生存確認	<input type="checkbox"/> 生存(※) ※現在フォロー中で、死亡が確認されていない児も含む <input type="checkbox"/> 死亡（死亡日： 死亡理由： ） <input type="checkbox"/> 追跡不能
	→追跡不能の理由	<input type="checkbox"/> 終診（医師の判断で通院が終了） <input type="checkbox"/> 自己中断（医師の了承なしに通院が終了） <input type="checkbox"/> 転院（病院名 ） <input type="checkbox"/> 帰国 <input type="checkbox"/> 不明
【新生児～最終観察日の状況】		
83	貧血 ※早期新生児期（生後7日まで）： 13g/dl以下、 日齢7～生後6か月まで： 10g/dl以下。 ※低出生体重児の場合 生後1～3か月まで：8g/dl以下、 生後6か月～6歳まで：11g/dl以下、 6歳～12歳まで：12g/dl以下	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし →あり・なしの場合その検査日と検査時年齢 検査日（ 年 月 日） 年齢(※)（ 歳 ヶ月 日） ※1ヶ月未満の場合のみ「日」まで記入 Hb最低値（ g/dl） <input type="checkbox"/> 検査未施行 <input type="checkbox"/> 不明
	貧血あり→治療法	<input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 鉄剤投与 <input type="checkbox"/> エリスロポエチン投与 <input type="checkbox"/> 輸血 <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> 不明
	貧血あり→抗ウイルス薬投与	<input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 中止（そのまま終了） <input type="checkbox"/> 中断（回復後再開） <input type="checkbox"/> 終了後 <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> 不明

84	好中球減少 *好中球 1,500/μl以下	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし →あり、なしの場合その検査日と検査時年齢 検査日 (年 月 日) 年齢(*) (歳 ヶ月 日) ※1ヶ月未満の場合のみ「日」まで記入 好中球最低値 (/μl) <input type="checkbox"/> 検査未施行 <input type="checkbox"/> 不明
	好中球減少あり→治療法	<input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> G-CSF <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 不明
	好中球減少あり→ 抗ウイルス薬投与	<input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 中止 (そのまま終了) <input type="checkbox"/> 中断 (回復後再開) <input type="checkbox"/> 終了後 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 不明
85	血小板減少 *新生児期100,000/μl未満、 それ以外は150,000/μl未満	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし →あり、なしの場合その検査日と検査時年齢 検査日 (年 月 日) 年齢(*) (歳 ヶ月 日) ※1ヶ月未満の場合のみ「日」まで記入 血小板最低値 (/μl) <input type="checkbox"/> 検査未施行 <input type="checkbox"/> 不明
	血小板減少→治療法	<input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 輸血 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 不明
	血小板減少→抗ウイルス薬投与	<input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 中止 (そのまま終了) <input type="checkbox"/> 中断 (回復後再開) <input type="checkbox"/> 終了後 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 不明
86	乳酸持続高値 (>25mg/dl)	<input type="checkbox"/> あり (乳酸値 mg/dl) →ありの場合その検査日と検査時の年齢 検査日 (年 月 日) 年齢 (歳 ヶ月 日) (*) ※1ヶ月未満の場合のみ「日」まで記入 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 検査未施行 <input type="checkbox"/> 不明
	乳酸持続高値→抗ウイルス薬投与	<input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 中止 (そのまま終了) <input type="checkbox"/> 中断 (回復後再開) <input type="checkbox"/> 終了後 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 不明

87	運動発達障害	<input type="checkbox"/> あり（詳細 ） <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 未確認 <input type="checkbox"/> 不明
	→ ありの場合その後の状況	<input type="checkbox"/> 回復 <input type="checkbox"/> 未回復 <input type="checkbox"/> 不明
88	精神発達障害	<input type="checkbox"/> あり（詳細 ） <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 未確認 <input type="checkbox"/> 不明
	→ ありの場合その後の状況	<input type="checkbox"/> 回復 <input type="checkbox"/> 未回復 <input type="checkbox"/> 不明
89	2回以上の痙攣	<input type="checkbox"/> あり（ <input type="checkbox"/> 熱性 <input type="checkbox"/> 無熱性 <input type="checkbox"/> 不明） →（詳細 ） <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 未確認 <input type="checkbox"/> 不明
	→ ありの場合その後の状況	<input type="checkbox"/> 回復 <input type="checkbox"/> 未回復 <input type="checkbox"/> 不明
90	麻痺	<input type="checkbox"/> あり→（ <input type="checkbox"/> 片麻痺 <input type="checkbox"/> 対麻痺 <input type="checkbox"/> 四肢麻痺 <input type="checkbox"/> その他） →（詳細 ） <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 未確認 <input type="checkbox"/> 不明
	→ ありの場合その後の状況	<input type="checkbox"/> 回復 <input type="checkbox"/> 未回復 <input type="checkbox"/> 不明
91	ミオパチー	<input type="checkbox"/> あり（詳細 ） <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 未確認 <input type="checkbox"/> 不明
	→ ありの場合その後の状況	<input type="checkbox"/> 回復 <input type="checkbox"/> 未回復 <input type="checkbox"/> 不明
92	心疾患	<input type="checkbox"/> あり（詳細 ） <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 未確認 <input type="checkbox"/> 不明
	→ ありの場合その後の状況	<input type="checkbox"/> 回復 <input type="checkbox"/> 未回復 <input type="checkbox"/> 不明
93	1歳未満の死亡	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ありの場合→SIDS（乳幼児突然死症候群）の有無 <input type="checkbox"/> あり（発症日 年 月 日） <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明
94	ALTE（乳幼児突然性危篤状態） 及びBRUE	<input type="checkbox"/> あり（発症日 年 月 日） <input type="checkbox"/> なし
95	頭部CT or MRI	<input type="checkbox"/> 施行 <input type="checkbox"/> 未施行 <input type="checkbox"/> 不明
	→ 施行の場合	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI 施行年月日（ 年 月 日） 所見（ ）

96	知能検査異常	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 検査未施行 <input type="checkbox"/> 不明
	→あり・なしの場合 検査種類 検査施行年月日 検査結果所見	<input type="checkbox"/> 新版K式 <input type="checkbox"/> WISC <input type="checkbox"/> WPPSI <input type="checkbox"/> その他 () 検査施行年月日 (年 月 日) 検査所見 ()
97	成長障害	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 検査未施行 <input type="checkbox"/> 不明
	ありの場合	体重 (kg) (SD) 身長 (cm) (SD) 検査施行年月日 (年 月 日)
98	その他疾患	<input type="checkbox"/> あり (詳細) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明

【HIV感染の診断時の状況について】 ※他院で診断された場合、貴院での初診時の状況		
99	診断時の年齢	生後(※)(年 ヶ月 日) ※1ヶ月未満の場合のみ「日」まで記入
100	診断契機	<input type="checkbox"/> 次子妊娠初期スクリーニング検査 <input type="checkbox"/> 家族のHIV感染判明後 →判明発端者 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 (詳細) <input type="checkbox"/> 母体出生児のフォローアップの経過中 → <input type="checkbox"/> 妊娠前 <input type="checkbox"/> 妊娠中 (週) <input type="checkbox"/> 出産直後 <input type="checkbox"/> 児のHIV/AIDS発症 (詳細) <input type="checkbox"/> その他 ()
◎HIV母子感染予防策について		
101	妊娠中のスクリーニング検査実施	<input type="checkbox"/> あり (週) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明
	→「あり」の場合判定結果	<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 不明

【最終観察時の状況（現在の状況）について】		
113	最終観察日と年齢	最終観察日（ 年 月 日） 生後(※)（ 年 ヶ月 日） ※1ヶ月未満の場合のみ「日」まで記入
114	症状または診断	<input type="checkbox"/> 症状なし <input type="checkbox"/> 症状あり →具体的な症状・診断名（別紙一覧より選択） （ ） <input type="checkbox"/> 不明
115	臨床病期CDC	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> 不明
116	臨床病期CDC特記事項 別紙「臨床病期一覧」参照	
【最終観察時ラボデータ】		
117	採血日と採血時年齢	採血日（ 年 月 日） 生後(※)（ 年 ヶ月 日） ※1ヶ月未満の場合のみ「日」まで記入
118	リンパ球（%）	（ %） <input type="checkbox"/> 不明
119	リンパ球数（/μL）	（ /μL） <input type="checkbox"/> 不明
120	白血球数（/μL）	（ /μL） <input type="checkbox"/> 不明
121	CD4数（%）	（ %） <input type="checkbox"/> 不明
122	CD4数（/μL）	（ /μL） <input type="checkbox"/> 不明
123	HIVウイルス量RNA	<input type="checkbox"/> TND（未検出） <input type="checkbox"/> TND~<20 <input type="checkbox"/> 20~<50 <input type="checkbox"/> 50~<200 <input type="checkbox"/> 200~<1000 <input type="checkbox"/> ≥1000
	ウイルス実数（TND以外）	（ ）コピー/ml

【治療について】		
124	現在の治療の状況	<input type="checkbox"/> 治療中→薬剤名記入へ <input type="checkbox"/> 未治療 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 不明
	→未治療の理由	<input type="checkbox"/> 家族の拒否 <input type="checkbox"/> 児の内服困難 <input type="checkbox"/> 経済的理由 <input type="checkbox"/> 導入準備中 <input type="checkbox"/> その他()
	→中止の理由	<input type="checkbox"/> コンプライアンス不良 <input type="checkbox"/> 治療効果不良 <input type="checkbox"/> 薬剤耐性出現 <input type="checkbox"/> 副作用出現 <input type="checkbox"/> 家族の拒否 <input type="checkbox"/> 児の内服困難 <input type="checkbox"/> 経済的理由 <input type="checkbox"/> その他()
※別紙一覧をより1剤ずつ薬剤を選択して下さい		
125	HIV薬剤名-1	() ※1剤のみ記入
	開始	<input type="checkbox"/> 生後(年 力月 日) ※1ヶ月未満の場合のみ「日」まで記入 <input type="checkbox"/> 不明
	終了	<input type="checkbox"/> 生後(年 力月 日) ※1ヶ月未満の場合のみ「日」まで記入 <input type="checkbox"/> 継続中 <input type="checkbox"/> 不明
126	HIV薬剤名-2	() ※1剤のみ記入
	開始	<input type="checkbox"/> 生後(年 力月 日) ※1ヶ月未満の場合のみ「日」まで記入 <input type="checkbox"/> 不明
	終了	<input type="checkbox"/> 生後(年 力月 日) ※1ヶ月未満の場合のみ「日」まで記入 <input type="checkbox"/> 継続中 <input type="checkbox"/> 不明
127	HIV薬剤名-3	() ※1剤のみ記入
	開始	<input type="checkbox"/> 生後(年 力月 日) ※1ヶ月未満の場合のみ「日」まで記入 <input type="checkbox"/> 不明
	終了	<input type="checkbox"/> 生後(年 力月 日) ※1ヶ月未満の場合のみ「日」まで記入 <input type="checkbox"/> 継続中 <input type="checkbox"/> 不明
128	HIV薬剤名-4	() ※1剤のみ記入
	開始	<input type="checkbox"/> 生後(年 力月 日) ※1ヶ月未満の場合のみ「日」まで記入 <input type="checkbox"/> 不明
	終了	<input type="checkbox"/> 生後(年 力月 日) ※1ヶ月未満の場合のみ「日」まで記入 <input type="checkbox"/> 継続中 <input type="checkbox"/> 不明
129	HIV薬剤名-5	() ※1剤のみ記入
	開始	<input type="checkbox"/> 生後(年 力月 日) ※1ヶ月未満の場合のみ「日」まで記入 <input type="checkbox"/> 不明
	終了	<input type="checkbox"/> 生後(年 力月 日) ※1ヶ月未満の場合のみ「日」まで記入 <input type="checkbox"/> 継続中 <input type="checkbox"/> 不明

130	HIV薬剤名-6	() ※1剤のみ記入
	開始	<input type="checkbox"/> 生後(年 力月 日) ※1ヶ月未満の場合のみ「日」まで記入 <input type="checkbox"/> 不明
	終了	<input type="checkbox"/> 生後(年 力月 日) ※1ヶ月未満の場合のみ「日」まで記入 <input type="checkbox"/> 継続中 <input type="checkbox"/> 不明
131	HIV薬剤名-7	() ※1剤のみ記入
	開始	<input type="checkbox"/> 生後(年 力月 日) ※1ヶ月未満の場合のみ「日」まで記入 <input type="checkbox"/> 不明
	終了	<input type="checkbox"/> 生後(年 力月 日) ※1ヶ月未満の場合のみ「日」まで記入 <input type="checkbox"/> 継続中 <input type="checkbox"/> 不明
132	その他の主要治療薬剤 (例: ST合剤)	
【感染の告知について】		
133	感染児への告知の有無	<input type="checkbox"/> あり(告知時の年齢 歳) →児の反応() <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明
134	周囲への告知の有無	<input type="checkbox"/> あり(児の年齢 歳) →どこへ?() →周囲の反応() <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明
【児の状況について・その他】		
135	養育上(教育・家族)の問題点	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明
	ありの場合詳細	<input type="checkbox"/> 発達発育異常 <input type="checkbox"/> 母子水平感染 <input type="checkbox"/> 集団生活での怪我の処置 <input type="checkbox"/> その他()
136	その他特記事項(自由記載)	

質問は以上です。
ご協力いただきありがとうございました。

(別紙1) 抗HIV薬剤一覧

Ver1.0 (2021年7月19日作成)

※1剤ずつ番号でご記入ください

※「その他」を選択した場合は具体的な薬剤名をご記入ください

	薬剤名	略称
1	アイセントレス	RAL
2	インテレンス	ETR
3	エジュラント	RPV
4	エピビル	3TC
5	エブジコム	ABC/3TC
6	エムトリバ	FTC
7	オデフシイ	ODF
8	カレトラ	LPV/RTV
9	ゲンボイヤ	GEN
10	コムプレラ	CMP
11	コンビビル	AZT/3TC
12	ザイアジェン	ABC
13	シーエルセントリ	MVC
14	シムツーザ	SMT
15	ジャルカ	DTG/RPV
16	スタリビルド	STB
17	ストックリン	EFV
18	ゼリット	d4T
19	ツルバダ	TDF/FTC
20	デシコビ	TAF/FTC
21	テビケイ	DTG
22	ドウベイト	DTG/3TC
23	トリーメク	TRI
24	ノービア	RTV
25	ビクタルビ	BIC/TAF/FTC
26	ピフェルトロ	DOR
27	ビラセプト	NFV
28	ビラミューン	NVP
29	ビリアード	TDF
30	プリジスタ,プリジスタナイーブ	DRV
31	プレジコビックス	PCX
32	ラバミコム	EPZ
33	レイアタツ	ATV
34	レクシヴァ	FPV
35	レトロビル	AZT
36	レトロビル静注(静注)	AZT(静注)
37	レトロビルシロップ(シロップ)	AZT(シロップ)
0	その他(薬剤名をご記入ください)	

(別紙2) 臨床病期CDC による具体的な症状・診断一覧

※当てはまる症状全てをご記入ください。

1	N	無症状
2	A	リンパ節腫脹（3ヵ所以上で0.5cm 以上、左右対称は1ヵ所とする）
3	A	肝腫大
4	A	脾腫大
5	A	皮膚炎
6	A	耳下腺炎
7	A	反復性/持続性の上気道感染
8	A	反復性/持続性の副鼻腔炎
9	A	反復性/持続性の中耳炎
10	B	30日以上続く貧血（8g/dL未満）
11	B	30日以上続く白血球減少（1000/mm ³ 未満）
12	B	30日以上続く血小板減少（10万/mm ³ 未満）
13	B	細菌性髄膜炎（1回）
14	B	細菌性肺炎（1回）
15	B	細菌性敗血症（1回）
16	B	細菌性口腔カンジダ症（鵝口瘡、生後6ヵ月をこえる小児に2ヵ月以上持続）
17	B	心筋症
18	B	サイトメガロウイルス感染症（生後1ヵ月未満で発症）
19	B	再発性または慢性の下痢
20	B	肝炎
21	B	ヘルペス口内炎（再発性で1年以内に2回以上）
22	B	単純ヘルペスウイルス気管支炎（生後1ヵ月未満で発症）
23	B	単純ヘルペスウイルス肺炎（生後1ヵ月未満で発症）
24	B	単純ヘルペスウイルス食道炎（生後1ヵ月未満で発症）
25	B	帯状疱疹（少なくとも2回以上もしくは皮膚節1ヵ所以上）
26	B	平滑筋肉腫
27	B	リンパ球性間質性肺炎/肺リンパ節過形成
28	B	腎症
29	B	ノカルジア症
30	B	持続性の発熱（1ヵ月以上）
31	B	トキソプラズマ症（生後1ヵ月未満で発症）
32	B	播種性水痘（合併を伴う水痘）

(次ページへ続く→)

33	C	多発性または再発性重度細菌性感染症（6歳未満で発症したもの）
34	C	カンジダ症（気管、気管支、肺、食道）
35	C	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）
36	C	クリプトコッカス症（肺外）
37	C	クリプトスポリジウム症（1ヵ月以上続く下痢）
38	C	サイトメガロウイルス感染症 （生後1ヵ月以降に発症したもので肝臓,脾臓,リンパ節以外の部位）
39	C	サイトメガロウイルス網膜症（視力消失を伴うもの）
40	C	HIV 脳症（2ヵ月以上持続）
41	C	単純ヘルペスウイルス （生後1ヵ月以降に発症したもので1ヵ月以上持続する皮膚粘膜潰瘍、気管支炎、肺炎、生後1ヵ月以降に発症する食道炎の原因となる）
42	C	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）
43	C	インスポラ症（1ヵ月以上続く下痢を伴ったもの）
44	C	カポジ肉腫
45	C	原発性脳リンパ腫
46	C	非ホジキンリンパ腫（a,大細胞型・免疫芽球型、b,Burkitt型）
47	C	全身性または肺結核または肺外性結核
48	C	結核以外の、あるいは菌種不明の全身性抗酸菌症
49	C	全身性Mycobacterium avium（トリ型結核菌）あるいはM.kansasii 感染症
50	C	ニューモシスチス・カリニ肺炎
51	C	6歳以上の反復性肺炎
52	C	進行性多巣性白質脳症
53	C	再発性サルモネラ敗血症（非チフス型）
54	C	トキソプラズマ脳症（生後1ヵ月以降に発症）
55	C	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）

令和6年度 厚生労働科学研究費補助金エイズ対策政策研究事業

HIV感染者の妊娠・出産・予後に関するコホート調査を含む疫学研究と
情報の普及啓発方法の開発および診療体制の整備と均てん化のための研究

研究代表者：吉野 直人（岩手医科大学微生物学講座 感染症学・免疫学分野）

研究分担

○ HIV感染妊婦とその出生児の発生動向

およびHIV母子感染の臨床背景に関する全国調査

研究分担者：吉野 直人（岩手医科大学微生物学講座 感染症学・免疫学分野）

○ HIV感染妊娠に関する臨床情報の集積と解析および母子感染根絶へ向けた検討

研究分担者：杉浦 敦（奈良県総合医療センター産婦人科）

○ HIV感染女性と出生児の臨床情報の集積と解析およびコホート調査の全国展開と
出生児の健康・発達支援の検討

研究分担者：田中 瑞恵（国立国際医療研究センター 小児科）

○ HIV感染妊娠の全国調査と母子感染予防に関する研究方法の評価と今後に向けた提案

研究分担者：喜多 恒和（奈良県総合医療センター 周産期母子医療センター 兼 産婦人科）

○ 多様な世代の国民向けHIV感染妊娠の情報啓発アプローチの実践と
基盤開発に向けた研究

研究分担者：高野 政志（防衛医科大学校病院 産科婦人科）

○ 医療従事者へのHIV感染妊娠に関する情報の普及啓発と診療体制の整備と均てん化

研究分担者：出口 雅士（神戸大学 大学院医学研究科地域社会医学健康科学講座
地域医療ネットワーク学分野）

HIV 母子感染全国調査研究報告書 令和6年度

Annual Report of Mother-to-Child HIV Transmission in Japan, 2024

2025年8月8日 発行

令和7年度厚生労働科学研究費補助金エイズ対策政策研究事業
HIV感染者の妊娠・出産・予後に関するコホート調査を含む疫学研究と
情報の普及啓発方法の開発および診療体制の整備と均てん化のための研究
The National Cooperative Study Group on HIV Infected Pregnant Women and Mother-to-Child Transmission

研究代表者：吉野直人 愛知県立大学 看護学部
〒463-8502 愛知県名古屋市守山区上志段味字東谷
<全国調査集計局：pmtctshiv@nrs.aichi-pu.ac.jp>

HIV感染妊娠と母子感染予防
<https://hivboshi.org>

