

研究ノート

HIV 感染児の診療に関する全国調査

吉野 直人¹⁾, 田中 瑞恵²⁾, 岩動ちず子³⁾, 伊藤 由子⁴⁾,
大里 和広⁵⁾, 小山 理恵³⁾, 杉浦 敦⁶⁾, 喜多 恒和⁷⁾

¹⁾ 岩手医科大学医学部微生物学講座感染症学・免疫学分野,

²⁾ 国立研究開発法人国立国際医療研究センター病院小児科, ³⁾ 岩手医科大学医学部産婦人科学講座,

⁴⁾ 国立病院機構長良医療センター看護部,

⁵⁾ 市立四日市病院産婦人科,

⁶⁾ 奈良県立病院機構奈良県総合医療センター 産婦人科, ⁷⁾ 同 周産期母子医療センター

目的: HIV 感染児の多くは HIV 感染妊婦の分娩を行う病院に集積している傾向にあるが, これらの病院以外で HIV 感染児の診療対応の現状は不明であった。本研究では小児診療における HIV 感染症へのさらなる対策を検討する観点から, HIV 感染児の診療の現状を把握することを目的とした。

方法: 全国の小児科を標榜する 2,322 病院に調査用紙を送付し, 1,268 件の回答を得た。

結果: 15.5% の病院で HIV 感染児の診療が可能であると回答した。病院区分別で HIV 感染児の診療可とした病院はそれぞれ, 大学病院 70.6%, 小児専門病院 16.7%, 療育・福祉病院 8.3%, それ以外の病院 12.2% であった。さらに, 診療可とした病院の割合は, 小児科常勤医師数が多いほど高かった。また, 地域別では自施設で診療すると回答した病院が鳥取県と佐賀県にはなかった。

結論: HIV 感染児の診療は専門性を有するため, すべての病院で HIV 感染児の診療ができるようにするのは現実的でない。本調査で HIV 感染児を自施設で診療する病院の特徴や診療を行う病院が存在しない県があることが判明した。HIV 感染児がどの地域においても診療体制が整った医療機関にアクセスできるようにするために, 地域において HIV 感染児を診療できる病院の増加や常勤医師数に応じた病院間の連携などを促進する必要がある。

キーワード: HIV 母子感染, HIV 感染小児, 診療対応

日本エイズ学会誌 23: 33-38, 2021

序 文

ヒト免疫不全ウイルス (HIV) は, 感染した母から妊娠中や分娩中または授乳中に見へと母子感染する^{1,2)}。主な HIV 母子感染予防対策として「妊娠初期 HIV スクリーニング検査」「妊婦への多剤併用療法」「児への人工栄養」がある。これらの母子感染予防対策が施行されない場合の母子感染率は 15~35% であるが^{2~4)}、予防対策によりこの率は 2% 未満に大幅に低下させることが可能性である^{5,6)}。日本など多くの先進国の医療環境では, HIV 母子感染はさらに低いレベル (1% 未満) に抑えられている^{4,6,7)}。

日本において最初に HIV 母子感染予防対策下で分娩が行われたのは 1987 年で^{7,8)}、その後 HIV 感染妊婦症例数および HIV 母子感染児症例数は増加した。HIV 感染妊婦症例数は 1998 年には年間 40 例を超え, HIV 母子感染児症例数は 2000 年には累積で 30 例となった⁷⁾。HIV 感染妊婦は現在に至るまで年間 30~50 例程度で推移しており横ばいの

傾向が続いているが, HIV 母子感染症例は 2001 年以降では散発的な発生に留まっている⁷⁾。日本では, HIV 母子感染予防対策として「妊娠初期 HIV スクリーニング検査」「選択的帝王切開分娩」「母体への多剤併用療法」「児への抗 HIV 薬の予防投与」「断乳」のすべてを施行した症例で 2000 年以降に母子感染は報告されておらず⁷⁾、現行の HIV 母子感染予防対策^{9,10)} が機能しているためだと考えられる。しかし, HIV 母子感染は完全に制圧されておらず, 散発的であるが 2017 年に 3 例, 2018 年に 1 例の母子感染症例が報告されている¹¹⁾。

近年の日本での HIV 母子感染は妊娠初期スクリーニング検査が陰性もしくは妊婦健診を未受診で母子感染予防対策が完全に施行されていなかった症例がほとんどであり, 家族内での HIV 感染判明や AIDS 発症などにより児の HIV 感染が判明する症例が報告されている^{7,12,13)}。HIV 感染児の診療は HIV 感染妊婦の分娩施設が主に担っているが, 現状での診療体制では近年多く見られる妊婦の HIV 感染が判明していない症例での HIV 感染児の診療に対応できない状況になりつつある。このような現状を鑑み, HIV 感染児が適切な診療を提供できる病院にアクセスできるようにすることは HIV 母子感染対策として重要な課題である。

著者連絡先: 吉野直人 (〒028-3694 岩手県紫波郡矢巾町医大通 1-1-1 岩手医科大学医学部微生物学講座感染症学・免疫学分野)

2020 年 7 月 6 日受付; 2020 年 11 月 27 日受理

小児診療における HIV 感染症への対策を検討する上で、本研究ではその端緒として全国の小児科を標榜する病院に対し HIV 感染児に対する診療の現状を調査し基礎的な情報を収集することを目的とした。

方 法

調査を行った 2018 年 9 月時点で日本国内の小児科を標榜する 2,322 病院を対象とした。調査用紙を送付し、返信ハガキにより回答を得た。質問項目は、「HIV 感染児の診療の可否（選択肢式）」、「小児科常勤医師数」を質問した。さらに、HIV 感染児の診療の可否に関しての意見を自由記載で求めた。以上の質問に対して有効回答の解析を行った。

エイズ拠点病院は厚生労働科学研究費補助金エイズ対策研究事業拠点病院診療案内¹⁴⁾に記載されている病院とした。HIV 感染者数は平成 29 (2017) 年エイズ発生動向年報¹⁵⁾から引用した。

本研究は HIV 感染児の診療状況を調査対象としており、HIV 感染妊婦や HIV 感染児の個別の診療情報を問う内容は含まれていない。回答者の情報等に関しては、各病院が回答した選択肢を個別には示さず集計結果として提示することで個人情報保護に配慮した。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た研究である（番号：MH2018-061，承認年月日：平成 30 年 7 月 5 日）。

統計解析では二変数間の回帰分析には両側ピアソン検定を用い、独立性の解析にはフィッシャーの正確確率検定を用いた。非正規分布の 2 つの母集団間の有意差検定にはマン・ホイットニーの *U* 検定を用いた。有意水準を $p=0.05$ とした。

結 果

全国の小児科を標榜する 2,322 病院からの回答数は 1,268 件で、回答率は 54.6%であった。回答のあった病院の都道府県別回答率は、佐賀県 (36.4%)～和歌山県 (83.3%)であった。回答した病院の都道府県別の構成比は佐賀県 (0.6%)～東京都 (7.4%)であった。

小児科での HIV 感染児の診療対応について調査を行ったところ、「自施設で診療する」が 15.5%、「状況により診療する」が 15.1%、「他施設に紹介する」が 66.0%存在した。「他施設に紹介する」と回答した主な理由としては、「知識がない」「経験がない」「マンパワー不足」などがあげられた。また、「専門施設、基幹病院等に集約することになっている」といった理由もあった。エイズ拠点病院と拠点以外の病院で比較すると、「自施設で診療する」とした病院がエイズ拠点病院では 40.5%であったのに対し、拠点以外の病院では 7.8%であった（表 1）。また、「自施設で診療する」と「状況により診療する」を合わせて診療すると回答したエイズ拠点病院は 169 病院 (59.5%)、「他施設に紹介する」と回答したのは 106 病院 (37.3%)であった。一方、拠点以外の病院ではそれぞれ 202 病院 (21.7%)と 695 病院 (74.7%)であった。HIV 感染児を診療すると回答した割合がエイズ拠点病院で有意に高かった（表 1， $p<0.0001$ ，オッズ比=5.485）。

病院を、①大学病院、②小児専門病院、③療育・福祉病院、④一般病院（①～③以外の病院）に区分したところ、「自施設で診療する」とした病院はそれぞれ、大学病院 70.6%、小児専門病院 16.7%、療育・福祉病院 8.3%、一般病院 12.2%であった（表 1）。また、「自施設で診療する」と「状況に

表 1 HIV 感染児の診療対応

		a) 自施設で診療する		b) 状況により診療する		a) + b)		c) 他施設に紹介する		d) その他		有意差 a) + b) vs c)
全国		188	15.5%	183	15.1%	371	30.6%	801	66.0%	42	3.5%	—
拠点区分	拠点病院	115	40.5%	54	19.0%	169	59.5%	109	37.3%	9	3.2%] <0.0001
	拠点以外の病院	73	7.8%	129	13.9%	202	21.7%	695	74.7%	33	3.5%	
病院区分	大学病院	48	70.6%	7	10.3%	55	80.9%	13	19.1%	0	0.0%] <0.0001
	小児専門病院	2	16.7%	3	25.0%	5	41.7%	6	50.0%	1	8.3%	
	療育・福祉病院	1	8.3%	3	25.0%	4	33.3%	6	50.0%	2	16.7%	
	一般病院	137	12.2%	170	15.2%	307	27.4%	776	69.2%	39	3.5%	
常勤医師数区分 (一般病院)	常勤医なし	9	7.4%	12	9.9%	21	17.4%	98	81.0%	2	1.7%] <0.0001
	1 人	14	4.2%	45	13.6%	59	17.8%	258	77.9%	14	4.2%	
	2 人	13	8.0%	24	14.7%	37	22.7%	121	74.2%	5	3.1%	
	3～5 人	35	12.6%	44	15.8%	79	28.4%	189	68.0%	10	3.6%	
	6～10 人	39	25.3%	37	24.0%	76	49.4%	74	48.1%	4	2.6%	
	11 人以上	27	36.0%	8	10.7%	35	46.7%	36	48.0%	4	5.3%	

より診療する」を合わせて診療すると回答した大学病院は55病院(80.9%)、「他施設に紹介する」と回答したのは13病院(19.1%)であった。一方、一般病院ではそれぞれ307病院(27.4%)と776病院(69.2%)であった。HIV感染児を診療すると回答した割合が大学病院で有意に高かった(表1, $p < 0.0001$, オッズ比=10.69)。

本調査で一般病院での小児科の常勤医師数の中央値は2人(四分位範囲:1~5人)であった。一般病院での小児科常勤医師数と「自施設で診療する」とした病院の割合を比較すると常勤医師数0人7.4%, 1人4.2%, 2人8.0%, 3~5人12.6%, 5~10人25.3%, 11人以上36.0%となり、常勤医師数が多いほど「自施設で診療する」とした病院の割合は高かった(表1)。また、「自施設で診療する」と「状況により診療する」を合わせて診療すると回答した常勤医師数が3~5人の一般病院は79病院(28.4%)、「他施設に紹介する」と回答したのは189病院(68.0%)であった。一方、常勤医師数が6~10人の一般病院ではそれぞれ76病院(49.4%)と74病院(48.1%)であった。HIV感染児を診療すると回答した割合は常勤医師数が3~5人の病院で有意に低かった($p < 0.0001$, オッズ比=0.4070)。常勤医師数が6~10人の病院と常勤医師数が11人以上の病院では診療すると回答した割合に有意差はなかった($p = 0.8861$, オッズ比=1.056)。

次にエイズ拠点病院および大学病院で診療すると回答した病院と常勤医師数の関係を検討した。エイズ拠点病院で「自施設で診療する」と「状況により診療する」を合わせて診療すると回答した病院の常勤医師数の中央値は10人(四分位範囲:5~21人)、「他施設に紹介する」と回答した病院では5.5人(四分位範囲:2~10人)で診療すると回答したエイズ拠点病院の常勤医師数は有意に多かった(data not shown, $p < 0.0001$)。一方、大学病院では診療すると回答した病院の常勤医師数の中央値は24人(四分位

範囲:20~29人)、「他施設に紹介する」と回答した病院では25人(四分位範囲:17.5~34人)で両者の常勤医師数に有意差はなかった(data not shown, $p = 0.6680$)。

HIV感染児の受け入れ態勢には図1に見られるように地域的な偏りはないと考えられたが、都道府県別に見ると大分県や宮崎県では「自施設で診療する」とした病院が30%以上であったのに対し、鳥取県と佐賀県には「自施設で診療する」とした病院が存在しなかった。また、これらの県以外に8県で「自施設で診療する」とした施設が10%未満であった。都道府県別に「自施設で診療する」とした病院の割合とその都道府県での2017年までの累積HIV感染者数の10万対に有意な相関関係はなかった(図2, $r = -0.05836$, $p = 0.6968$, 実線:回帰直線, 破線:95%信頼区間)。同様に「自施設で診療する」とした病院の割合と2017年報告のHIV感染者数の10万対にも有意な相関関係はなかった(図2, $r = -0.08343$, $p = 0.5771$, 実線:回

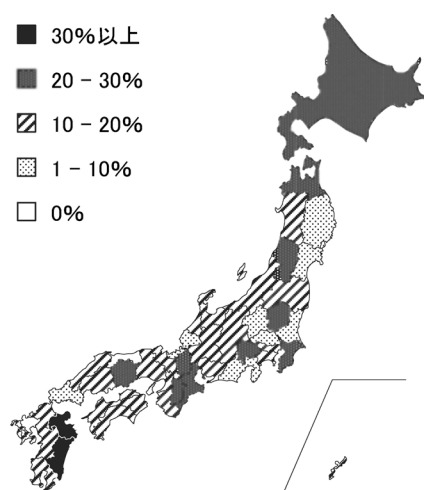


図1 都道府県別の「自施設で診療する」病院の割合

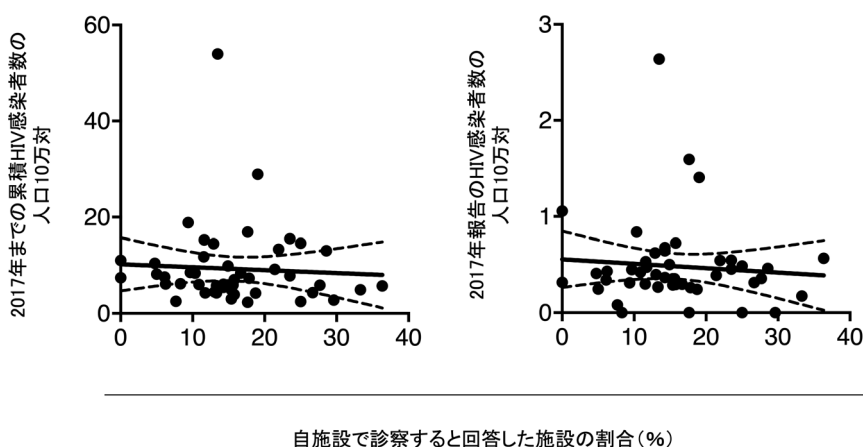


図2 都道府県別の「自施設で診療する」病院の割合と HIV 感染者数

婦直線、破線：95%信頼区間)。

考 察

本研究では小児科医に対してアンケート調査を行った。そのため、小児科医が「自施設で診療する」としても他の医療スタッフによる反対で自施設での診療が不可となる可能性も考えられる。たとえば、HIV 感染妊婦の経膈分娩の可否に関する調査では、産科で感染妊婦の経膈分娩は可能であると判断しても「小児科の協力が得られない」や「助産師・看護スタッフの協力が得られない」といった理由から HIV 感染妊婦の経膈分娩はできないとの回答がある¹⁶⁾。本研究のデータの解釈にはこの点に留意する必要がある。しかし、小児科からの回答に限定されるが、本調査により全国の小児科での HIV 感染児の診療受け入れ状況が初めて明らかになったことは特筆すべきである。本調査は初段階としての全国調査であり「自施設で診療する」と「状況により診療する」と回答した施設に対し詳細な二次調査を行うことで、HIV 感染小児の診療を行える施設を明確にすることが可能になると考えられる。

HIV 感染児の診療は、15.5%の施設が「自施設で診療する」と回答した。この15.5%が実際に日本における HIV 感染児の診療において十分な値なのか明確な判断はできないが、全国調査により「自施設で診療する」と回答した病院の特徴が明らかになった。HIV 感染児を「自施設で診療する」との回答が多かったのは、エイズ拠点病院、大学病院、6人以上の常勤医のいる病院であった。しかし、40.3%のエイズ拠点病院および19.1%の大学病院では他施設に紹介するとの回答があり、必ずしもすべてのエイズ拠点病院や大学病院で HIV 感染児の診療を受け入れるわけではなかった。エイズ拠点病院では「他施設に紹介する」と回答した病院の常勤医師数は有意に少なく、またこれらの病院で他施設に紹介する理由は「マンパワー不足」が多かった。一方、大学病院では受入に関して常勤医師数に有意差はなく、「他施設に紹介する」と回答した病院での理由に「マンパワー不足」との記載はなかった。主な理由として「経験がないため」や「近隣に治療経験の多い施設があるため」であった。小児診療における HIV 感染症への対策および診療を可とする病院の整備を検討する上で、HIV 感染児を自施設で診療する病院の目安はエイズ拠点病院、大学病院、6人以上の常勤医のいる病院であるが、これらの条件が絶対ではないことに留意する必要がある。

都道府県別に解析を行ったところ、各都道府県での成人を含めた全 HIV 感染者の発生状況と自施設で診療すると回答した施設の割合に相関関係はなかった。すなわち、病院のある都道府県での HIV 感染者の発生状況は HIV 感染児の受け入れ態勢には影響を及ぼさないことが明らかに

なった。都道府県別の解析で特筆すべきは「自施設で診療する」と回答した施設が存在しない県（鳥取県および佐賀県）があることが明らかになった点である。佐賀県ではこれまでに HIV 感染妊婦症例が報告されていない。しかし、HIV 感染妊婦症例が報告されていない県は全部で3県あり、和歌山県と徳島県では「自施設で診療する」とした施設はそれぞれ3施設（16.7%）、2施設（15.4%）存在した。鳥取県では2008、2011、2012年に各1例ずつ HIV 感染妊婦症例が報告されている⁷⁾。最後の HIV 感染妊婦症例から本調査まで7年が経過しており診療体制に変化が生じた可能性が考えられるが詳細は本調査では明らかではない。小児・青年期における抗 HIV 療法の継続には、成長・発達や児がおかれる学校等の社会活動に配慮した診療が必要であり、小児特有の専門性が要求される¹⁷⁾。そのため、すべての病院で HIV 感染児の診療ができるようにすることは現実的でなく、専門施設や基幹病院等に集約することを取り決めている地域もあり1施設の対応ではなく医療圏として対応している地域も存在した。「自施設で診療する」とした施設に地域的な偏りはみられなかったが、全国どこでも医療機関にアクセスできるようにするために、受け入れ空白地域において HIV 感染児を診療できる施設の増加や集約化の取り決めなどの整備が必要であると考えられた。

本調査で、HIV 感染児に関して「知識がない」「経験がない」との意見が多くある点にも注目すべきである。近年の日本での HIV 母子感染は妊娠初期スクリーニング検査が陰性もしくは妊婦健診の未受診であり、HIV 感染妊婦やその児の診療経験の多い病院で出産しているとは限らない^{7,12,13)}。感染経路が母子感染である症例は2018年末までに HIV 感染者43例、AIDS患者19例の報告があり¹¹⁾、日本において小児 HIV 感染症は希少疾患であると考えられる。しかし、希少ではあるが HIV 母子感染は散発的に報告例があり地域偏在性はない。小児 HIV 感染症限定ではないが、欧州連合 (EU) では希少疾患に対する戦略として診断、情報、患者の診療アクセスの改善を目標としている。具体的な対策としては希少疾患患者の情報を適切に集積・追跡できるシステムを構築し、EU 域内での共有および専門医間のネットワーク作成に努めている¹⁸⁾。わが国の小児 HIV 感染症の発生状況から、HIV 感染小児の診療経験を積むことは困難であり、今後診療体制を拡大・確立するためには各施設での診療体制の整備よりも地域での相談体制を構築することが重要である。この課題に対し、現在日本では HIV 感染小児のコホートシステム構築が進められており⁷⁾、将来的に日本においても恒久的な相談体制や診療体制が構築されるものと考えられる。そして、各地に HIV 感染小児診療の拠点を形成し、感染小児の診療施設間で情報の共有やネットワークの拡充を図ることでこの課題に対応

できると考えられる。

HIV 感染児の一部はすでに思春期から成人期に入っており¹⁹⁾、HIV 感染児の診療体制、特に抗ウイルス薬レジメンの変更やアドヒアランス、病名告知を検討する上で小児科と内科の連携および小児科から内科への移行は重要であると考えられている²⁰⁾。本研究は全国規模での小児科における診療体制の把握のための一次調査であるが、今後の HIV 感染児の診療体制の構築にあたっては診療経験のある施設においての小児科-内科間の連携の調査も必要であると考えられる。また、先にも述べたが本調査では小児科のみを調査対象としたが、小児科医だけでなく内科医、専門の看護師および薬剤師やソーシャルワーカー、カウンセラーなど各施設での医療従事者の現状を踏まえて HIV 感染児の診療体制を構築する検討をすべきである。本調査結果より HIV 感染小児に対応可能な施設の特徴が明らかになったことから、これらの施設の中から全国画一的なものではなく地域の実情に即した診療体制の構築が必要であると考えられた。

謝辞

本調査にご回答いただきました小児科医の皆様にご心より感謝申し上げます。また、事務業務を担当していただいた高橋尚子女史（岩手医科大学）、藤田綾子女史（奈良県総合医療センター）ならびに榎本美喜子女史（奈良県総合医療センター）に感謝いたします。なお、本調査は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（H30-エイズ一般-005）」（研究代表者：喜多恒和、研究分担者：吉野直人）の一環として実施した。

利益相反：本研究において利益相反に相当する事項はない。

文 献

- 1) Cowan MJ, Hellmann D, Chudwin D, Wara DW, Chang RS, Ammann AJ : Maternal transmission of acquired immune deficiency syndrome. *Pediatrics* 73 : 382-386, 1984.
- 2) Connor EM, Sperling RS, Gelber R, Kiselev P, Scott G, O'Sullivan MJ, VanDyke R, Bey M, Shearer W, Jacobson RL, Jimenez E, O'Neill E, Bazin B, Delfraissy J-F, Culnane M, Coombs R, Elkins M, Moye J, Stratton P, Balsley J : Reduction of maternal-infant transmission of human immunodeficiency virus type 1 with zidovudine treatment. *N Engl J Med* 331 : 1173-1180, 1994.
- 3) De Cock KM, Fowler MG, Mercier E, de Vincenzi I, Saba J, Hoff E, Alnwick DJ, Rogers M, Shaffer N : Prevention of mother-to-child HIV transmission in resource-poor countries : translating research into policy and practice. *JAMA* 283 : 1175-1182, 2000.
- 4) Brocklehurst P : Interventions for reducing the risk of mother-to-child transmission of HIV infection. *Cochrane Database Syst Rev* 1 : CD000102, 2002.
- 5) Barker PM, Mate K : Eliminating Mother-To-Child HIV transmission will require major improvements in maternal and child health services. *Health Aff (Millwood)* 31 : 1489-1497, 2012.
- 6) Read JS, Cohen RA, Hance LF, Machado ES, Mussi-Pinhata MM, Ceriotto M, Santos B, Succi R, Pilotto JH, Alarcon JO, Kreitchmann R ; NISDI Perinatal/LILAC Study Group : Missed opportunities for prevention of mother-to-child transmission of HIV-1 in the NISDI Perinatal and LILAC cohorts. *Int J Gynaecol Obstet* 119 : 70-75, 2012.
- 7) 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」（研究代表者：喜多恒和）：HIV 母子感染全国調査研究報告書 平成 30 年度。（全国調査集計局：吉野直人編）NCID, BB04313723, 2019.
- 8) 相良祐輔：ウイルスの垂直感染とその対策 HIV キャリア妊婦の垂直感染. *産婦人科の実践* 37 : 51-55, 1988.
- 9) 山田里佳, 喜多恒和：HIV 母子感染予防対策マニュアル 第 8 版. 2019. <http://hivboshi.org/manual/manual8.pdf> (2020 年 6 月 20 日閲覧)
- 10) 谷口晴記, 喜多恒和：HIV 感染妊娠に関する診療ガイドライン 初版. 2018. http://hivboshi.org/manual/guideline/2018_guideline.pdf (2020 年 6 月 20 日閲覧)
- 11) 厚生労働省エイズ動向委員会：平成 30 (2018) 年エイズ発生動向年報. 2019. <https://api-net.jfap.or.jp/status/japan/nenpo.html> (2020 年 6 月 20 日閲覧)
- 12) 鶴見寿：出生後の感染と推定された HIV 母子感染例. *IASR* 33 : 70-71, 2012.
- 13) 大熊香織, 赤平百絵, 大熊喜彰, 田中瑞恵, 兼重昌夫, 佐藤典子, 細川真一, 松下竹次：HIV 母子感染予防が無効であった 1 例. *日本小児科学会雑誌* 117 : 1625-1629, 2013.
- 14) 厚生労働科学研究費補助金エイズ対策研究事業拠点病院診療案内. <https://hiv-hospital.jp/> (2020 年 6 月 20 日閲覧)
- 15) 厚生労働省エイズ動向委員会：平成 29 (2017) 年エイズ発生動向年報. 2018. <https://api-net.jfap.or.jp/status/japan/nenpo2017.html> (2020 年 6 月 20 日閲覧)

- 16) 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」(研究代表者：喜多恒和)：平成30年度総括・分担研究報告書。2019.
- 17) 四本美保子：抗HIV治療ガイドライン。2020。 <https://www.haart-support.jp/pdf/guideline2020.pdf> (2020年6月20日閲覧)
- 18) European Commission : Implementation report on the commission communication on rare diseases : Europe's challenges and council recommendation of 8 June 2009 on an action in the field of rare diseases. 2014. https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/rare_diseases/docs/2014_rarediseases_implementationreport_en.pdf (2020年8月12日閲覧)
- 19) 厚生労働科学研究費補助金エイズ研究対策事業「HIV母子感染の疫学調査と予防対策および女性・小児感染者支援に関する研究」(研究代表者：塚原優己)：HIV母子感染全国調査研究報告書 平成24年度。(全国調査集計局：吉野直人編) NCID, BB04313723, 2013.
- 20) 辻麻理子, 山本政弘, 外川正生, 井村弘子, 和田裕一, 塚原優己：HIV母子感染児の告知支援に関する解析と対策の評価。日本エイズ学会誌 16：176-184, 2014.

Nationwide Survey on the Current State of Medical Care for HIV-Infected Children

Naoto YOSHINO¹⁾, Mizue TANAKA²⁾, Chizuko ISURUGI³⁾, Yuko ITO⁴⁾, Kazuhiro OSATO⁵⁾, Rie OYAMA³⁾, Atsushi SUGIURA⁶⁾ and Tsunekazu KITA⁷⁾

¹⁾ Division of Infectious Diseases and Immunology, Department of Microbiology, School of Medicine, Iwate Medical University,

²⁾ Department of Pediatrics, Center Hospital of National Center for Global Health and Medicine,

³⁾ Department of Obstetrics and Gynecology, School of Medicine, Iwate Medical University,

⁴⁾ Department of Nursing, Nagara Medical Center,

⁵⁾ Department of Obstetrics and Gynecology, Yokkaichi Municipal Hospital,

⁶⁾ Department of Obstetrics and Gynecology, and

⁷⁾ Perinatal Medical Center, Nara Prefecture General Medical Center

Objective : Most HIV-infected children in Japan tend to be treated at hospitals that have delivered infants of HIV-infected pregnant women, but the current status of medical treatment for HIV-infected children at other hospitals is unknown. The purpose of this study was to understand the current state of medical care for HIV-infected children.

Method : The survey form was sent to 2,322 hospitals nationwide, and 1,268 responses were obtained.

Results : Of the hospitals that responded, 15.5% said that they have the capability to treat HIV-infected children. By hospital type, 70.6% of university hospitals, 16.7% of children's hospitals, 8.3% of developmental disabilities hospitals, and 12.2% of other hospitals were capable of treating HIV-infected children. In addition, the proportion of hospitals with the capability to treat HIV-infected children was higher among hospitals with more full-time pediatric doctors. Furthermore, there were no hospitals in Tottori and Saga Prefectures to treat HIV-infected children.

Conclusions : Due to the specialized nature of care required for HIV-infected children, it is not practical to treat HIV-infected children at all pediatric facilities. We found differences in hospital characteristics and regional differences in treating children infected with HIV. In order to make it easier for HIV-infected children to access hospitals, it is necessary to increase the number of hospitals that can treat HIV-infected children in each region and facilitate cooperation among the hospitals depending on the number of full-time doctors.

Key words : mother-to-child transmission of HIV, HIV-infected children, HIV medical care system