

10. 手術室のあとかたづけ

手術室で使用したものは手術室で処理することが基本。

HIV 感染に特別な消毒を施す必要はない。各施設での消毒方法に準拠して行う。

(IV. 2. (5) 器材の消毒参照)

以下に 1 例を示す。

物品など	掃除, 消毒方法
室内床, 備品, 光学機器など 麻酔機, インファントウォーマ, 沐浴槽も含む	2% グルタラルールもしくは 0.1% 次亜塩素酸ナトリウムにて清拭
喉頭鏡 蛇管 バイトブロック エアウエイ スタイレット	洗浄後, 2% グルタラルールもしくは 0.1% 次亜塩素酸ナトリウムに 30 分間 浸す
バッグ (ディスポーザブル) マスク (ディスポーザブル)	破棄
胎盤	諸計測・検体採取の後, 二重の感染症ビニル袋に入れ破棄する。

VI. 児への対応

1. 出生後の新生児に対する AZT 予防投与

(1) AZT シロップ投与法¹⁾

生後8～12時間までにAZTの経口投与(AZTシロップ(Retrovir™ Syrup) 2mg/kgを6時間毎)を開始し、生後6週まで継続する。

シロップの内服が不可能な児では、AZT注射薬 1.5 mg/kgを6時間毎に経静脈投与する。

AZTシロップの入手方法については前項を参照のこと。なお、本シロップは常温で保存可能である。

(2) 妊娠35週未満の早産児に対する投与法^{2, 3)}

AZTは肝臓でグルクロン酸抱合を通じて不活発な代謝物となるが、新生児ではグルクロン酸抱合の代謝酵素機構がまだ未熟なため、AZTの半減期は延長する。早産児では、その代謝機構はさらに未熟であり、AZTのクリアランスはさらに延長していると考えられる。米国においては妊娠35週未満の早産児に対し、次の投与法が推奨されている。

- ・生後2週までは、AZT 1.5mg/kg (経静脈) または 2mg/kg (経口) を12時間毎に投与。
- ・それ以後は、①妊娠30週以上の児では生後2週以降、②妊娠30週未満の児では生後4週以降、上記と同じ薬容量を8時間毎に投与する。

(3) AZT 投与による副作用

AZT投与による合併症として、貧血が報告されているため、血液一般検査をAZT投与前、投与終了後に行う。特に、出生時すでに貧血が認められる場合や、未熟児への投与の際にはさらに注意が必要である。また、母体が多剤併用療法を受けていた場合は、それらの薬剤による児への影響を考慮して検査を追加することが望ましい。

文 献

1. Connor EM. et al. Reduction of maternal-infant transmission of human immunodeficiency virus type 1 with zidovudine treatment. Pediatric AIDS Clinical Trials Group Protocol 076 Study Group. New Eng J Med. 331:1173-80, 1994.
2. Public Health Service Task Force Recommendations for Use of Antiretroviral Drugs in Pregnant HIV-1 Infected Women for Maternal Health and Interventions to Reduce Perinatal HIV-1 Transmission in the United States. Perinatal HIV Guidelines Working Group Members (November 22 2003)
3. Capparelli EV et al. Pharmacokinetics and tolerance of zidovudine in preterm infants. J Pediatr, 142: 47-52, 2003.

参考：Pneumocystis carinii pneumonia (PCP) の予防に関して^{4～7)}

HIV母子感染症例では、PCPの予防投薬を行わなければ、1歳(特に生後3～6ヵ月)までに少なくとも12%の症例がニューモシスチス・カリニ肺炎(Pneumocystis carinii (jiroveci) pneumonia: PCP)を発症すると推定される。PCPはいったん発症すると急速に進行し致命率も高いため、予防投薬は極めて重要でありかつ有益であると考えられる。(母子感染率が2%以下のわが国では不要との考えもあるが)

参考：最近、ニューモシスチス・カリニ肺炎(Pneumocystis carinii pneumonia: PCP)の英語名称が(Pneumocystis jiroveci pneumonia: PCP)に変更された。

(1) 対 象

PCPの予防投薬は、原則、HIVに感染した母親から出生した児の全例(非感染児は除く)を対象とする。しか

しながら、前述したHIVの母子感染予防策（妊娠中の抗HIV薬の内服+選択的帝王切開術+分娩時の抗HIV薬投与+新生児のAZT予防内服+人工栄養）が完遂され、かつ母体のウイルス量も少ない場合には、国内での児の感染率が極めて低値であることも考慮し、PCPに対する予防投薬は主治医の判断に任せるものとする。

(2) 方法

AZTによる母子感染予防策の終了する生後6週から開始し、HIV非感染が確認されない限り、1歳まではCD4値陽性細胞数にかかわらず継続する。ただし後述するように、ほとんどの症例では、生後4ヵ月を越えた時点でHIV非感染の診断は可能となるため、HIV非感染と考えられた時点でST合剤を中止してもよい。なお、一度PCPを発症した場合には予防投薬を生継続ける必要がある。

予防投薬の第一選択剤はST合剤であり、TMPとして150mg/m²/日を分2で3投4休（あるいは同量を分1で3投4休、分2で連日、分2で隔日）の経口投与を行う。

文献

4. CDC: 1995 revised guidelines for prophylaxis against *Pneumocystis carinii* pneumonia for children infected with or perinatally exposed to human immunodeficiency virus. MMWR 44(RR-4): 1-11, 1995
5. USPHS/IDSA: 2001 USPHS/IDSA Guidelines for the Prevention of Opportunistic Infection in Persons Infected with Human Immunodeficiency Virus. 2001
6. Preventing *Pneumocystis carinii* pneumonia in Human Immunodeficiency Virus-Infected Children. *Pediatr. Infectious Disease J*: 15, 165-168, 1996
7. American Academy of Pediatrics, Committee on Pediatric AIDS. Evaluation and Medical Treatment of the HIV-Exposed Infant. *Pediatrics*. 99: 909-17, 1997

2. 新生児・乳幼児における診断基準

HIVに感染した母親からの出生児に対しては、母子感染予防策として生後6週までのAZT単剤投与を行いつつ、感染の有無を診断するためのウイルス学的検査（RT-PCRによるHIV RNA定量やDNA-PCR、あるいはウイルス分離培養）を進める。

(1) 検査時期

上記検査は、①生後48時間以内、②生後14日、③生後1～2ヵ月、④生後3～6ヵ月の計4回行う。さらにHIV非感染を確定するため、生後18ヵ月にウイルス抗体検査を行う。

(2) 感染の診断

感染の成立は、2回の異なる時期の血液検査で上記項目のうち2つ以上が陽性の場合（ただし臍帯血を除く）とする。検査結果が陽性であった場合には直ちに新たな検体を用いて再検し診断を確定する。生後48時間で38%、生後14日目には93%の症例で診断可能と報告されている。

(3) 非感染の診断

生後1ヵ月以降に行った2回以上の抗原検査（1回は生後4ヵ月以降）が陰性であった場合にはHIVの感染はほぼ否定できる。生後18ヵ月で低ガンマグロブリン血症がなく、HIV IgG抗体陰性で、かつHIV感染による症候がなくウイルス学的検査も陰性の場合、感染は完全に否定できる。

文献

8. Scarlatti G. Paediatric HIV infection. *Lancet* 1996 Sep 28;348(9031):863-8

参考：

表 1. 小児（1歳未満）における抗 HIV 薬治療の開始基準

臨床病期		CD4 陽性 細胞の比率	血漿中 ウイルス量	推 奨
有症状 (臨床病期 A, B, or C)	あるいは	<25% (免疫学的病期 2 or 3)	ウイルス量に関係なし (どんな値でも)	治療を行う
無症状 (臨床病期 N)	かつ	≥ 25% (免疫学的病期 1)	ウイルス量に関係なし (どんな値でも)	治療を検討

表 2. 小児（1歳以上）における抗 HIV 薬治療の開始基準

臨床病期		CD4 陽性 細胞 の比率		血漿中 ウイルス量	推 奨
AIDS (臨床病期 C)	ある いは	<15% (免疫学的病期 3)		無関係 (どんな値でも)	治療
軽症～中等症 (臨床病期 A or B)	ある いは	15～25% (免疫学的病期 2)	ある いは	>100,000 コピー /ml	治療を検討
無症状 (臨床病期 N)	かつ	≥ 25% (免疫学的病期 1)	かつ	<100,000 コピー /ml	治療は延期し、 臨床・免疫学的 病期やウイルス 量を注意深く観 察する

表 3. 13歳未満の HIV 感染児の臨床病期分類 (CDC)

-
- ・ カテゴリー E：周産期の曝露
 - ・ カテゴリー N：無症状
 - ・ カテゴリー A：軽度
 - ・ カテゴリー B：中等度
 - ・ カテゴリー C：重度
-

MMWR 1994: 43: 1-10

表4. HIV感染児のCD4値陽性細胞数に基づく免疫学的病期分類 (CDC)

病期	年齢		
	1歳未満	1～5歳	>6歳
	細胞数/μL (%)	細胞数/μL (%)	細胞数/μL (%)
カテゴリー1	>1,500 (>25%)	>1,000 (>25%)	>500 (>25%)
カテゴリー2	750～1,499 (15～24%)	500～999 (15～24%)	200～499 (15～24%)
カテゴリー3	<750 (<15%)	<500 (<15%)	<200 (<15%)

MMWR 1994; 43: 1-10

注意：核酸系逆転写酵素阻害剤 (NRTI) に曝露した非感染児を追跡観察する必要性について

HIV母子感染対策の結果、出生児は胎内から生後6週までHAARTあるいはAZTの曝露を受け、短・長期的影響を受ける可能性が指摘されている。AZTによる新生児期の貧血の多くは自然軽快するがHAART曝露例で輸血が考慮された症例が国内で散見されている。長期的にはミトコンドリア機能障害に由来する神経・筋疾患の発症リスクが増加することに留意すべきであるとする海外報告があり、乳幼児期を越えて児が順調に発育・発達を遂げているかを観察することも小児科医療の今後の課題と思われる。

文 献

- Persistent mitochondrial dysfunction in HIV-1-exposed but uninfected infants: clinical screening in a large prospective cohort Beatrice Barret, Marc Tardieu, Pierre Rustin, Catherine Lacroix, Brigitte Chabrol, Isabelle Desguerre, Catherine Dollfus, Marie-Jeanne Mayaux and Stephane Blanche for the French Perinatal Cohort Study Group AIDS 2003, 17: 1769-1785
- Nucleoside Exposure in the Children of HIV-Infected Women Receiving Antiretroviral Drugs: Absence of Clear Evidence for Mitochondrial Disease in Children Who Died Before 5 Years of Age in Five United States Cohorts The Perinatal Safety Review Working Group JAIDS 2000, 25: 261-268

Ⅶ. 母乳への対応

1. 断乳の必要性

母乳中には多量のHIVが含まれるため、母乳を与えることで児に感染が及ぶ危険性が極めて高いことを両親に説明し、断乳を行う¹⁻⁴⁾。

2. 乳房緊満への対処

わが国で止乳に使われている薬剤は、いずれもHIVプロテアーゼ阻害剤との併用により副作用が増強される危険性が高いため、可能であれば薬剤を使用せず乳房の冷却のみで止乳をめざす。多くは冷却のみで止乳可能であるが、止乳困難な例に下記の薬剤を投与する際には、投与量を少なくするなどの配慮が必要である。

参考：

乳房緊満が強い場合は圧抜きを行う（乳房緊満が改善しても、乳汁貯留や緊満感が持続する場合には、搾乳し減圧する方法もある）。

高カロリーの食品は避ける。

血栓症を予防する意味からも、できるだけ水分制限は行わない。

3. 止乳に使われる薬剤

テルグリド（テルロン[®] 錠0.5mg）

メチル酸プロモクリプチン（パーロデル[®] 錠2.5mg）

カベルゴリン（カバサル[®] 錠0.25mg, 1.0mg）

相互作用：上記3剤のいずれも、その代謝にCYP3A4が関与している。これらの薬剤をプロテアーゼ阻害薬と併用すると、CYP3A4に対し競合的に作用するため代謝が阻害され血液中濃度が上昇する可能性がある。このため、消化器症状（嘔気、悪心、嘔吐、便秘）、精神・神経症状（頭痛・めまい）などの副作用には十分な注意が必要である^{2,3)}。

文 献

1. Miotti PG, Taha TET, Kumwenda NI, et al., HIV transmission through breastfeeding - a study in Malawi. JAMA, 1999. 282: p. 744-749.
2. Francisco J Caballero-Granado et.al: Ergotism Related to Concurrent Administration of Ergotamine Tartrate and Ritonavir in an AIDS Patient. Antimicrobial Agents and Chemotherapy 41(5): 1207,1997.
3. Eric Rosenthal et al: Ergotism Related to Concurrent Administration of Ergotamine Tartrate and Indinavir . JAMA 281(11): 987, 1999.
4. Human milk, breastfeeding, and transmission of human immunodeficiency virus type 1 in the United States. American Academy of Pediatrics Committee on Pediatric AIDS. Pediatrics. 2003 Nov;112(5):1196-205.

Ⅷ. 産後の性生活と家族計画

1. 産後の性生活

従来わが国では産褥指導の一環として、子宮復古と家族計画の面から避妊についての指導が行われてきたが、最近ではHIVをはじめSTDの予防に関する指導も行われるようになった。HIVに感染した産褥婦に対しても同様の指導が行われる。

(1) 性交の開始時期

一般的な帝王切開術後と同様、子宮復古を考慮し悪露の状態が良好でも悪露が続く間は性交渉を控えるよう説明する。

(2) 避妊の必要性和その方法

現在のガイドラインでは母子感染の予防を目的に授乳を禁止していることから、授乳婦に比べ比較的早期に排卵が起きる可能性がある。産後月経が発来していない時期でも妊娠の可能性があり、避妊に関しては厳重な注意を促すことが大切である。避妊法にはいくつかあるが、HIV感染を含めた性感染症の予防効果も併せ持つ避妊法はコンドームのみである。コンドームの装着は比較的簡便ではあるが、着脱の方法や時期の間違え、破損、滑落などにより効果が減少することから、患者に対する正しい使用方法の指導も必要である。コンドームには、男性用以外に女性用コンドームもあり、女性が自分の意思で使用することも可能である。どちらの方法を選択するかはケースにより異なるが、どちらか一方だけが避妊と性感染症予防を意識するのではなく、夫婦間で協力することが必要である。

たとえ感染者同士のカップルでも、感染しているウイルスのタイプが異なる場合には、性行為により相手のウイルスを獲得する危険もありコンドームの使用が大切である。

2. 今後の家族計画に対する支援（挙児希望される感染者夫婦への対応）

無事出産を終えた感染者が次の挙児を希望される場合には、次項を参照のうえ、夫婦の意思決定の過程をサポートする。

次回妊娠の時期は、基本的には帝王切開術後を考慮して1年以上経過していることが望ましい。

(IX. これから妊娠を希望される感染者への対応 1) 感染者カップルの意思決定に対する支援を参照)

日常生活に役立つコンドーム情報

(社) 地域医療振興協会ヘルスプロモーション研究センター長
厚木市立病院泌尿器科医長
岩室 紳也

はじめに

コンドームは避妊, HIV感染予防, 性感染症予防, といったさまざまな効用があることは知られています。しかし, 性感染症に感染した人にとっても, HIVに感染している人にとっても重要な道具です。これは単に感染していないパートナーにうつさないためだけでなく, HIVに感染している人同士であっても, 自分も持っているウイルスとパートナーが持っているウイルスが異なるタイプ(薬剤耐性の違い, HIV-1, HIV-2, など)をお互いが交換しないことで, 現在, あるいは将来の治療が順調に行くようにするためにも重要です。

ここではコンドームに関する基本的な情報を紹介します。さらに詳しい情報を希望される方は最後に紹介した文献, インターネットなどを参照してください。

購入

コンドームは薬局, スーパー, ディスカウントショップ, コンビニ, 通信販売をはじめ, 近年では100円ショップにもおいてあります。

品質

JISマークがある製品であればどこで購入しても製品に問題はありません。価格差は性能の差をあらわすものではありません。ただ, 薄いタイプから厚手のタイプがありますので破れやすい方は厚手のものをおすすめします。

保管

コンドームはラテックスゴムやポリウレタンでできています。保管する際には温度の大きな変化はもちろんのこと, 防虫剤などにさらされて品質が劣化することがあるので注意が必要です。

使用期限

コンドームの使用期限は外装に表示されています。

コンドームの副作用

コンドーム使用によりペニス, 膣, 肛門, などがかぶれることがあります。ラテックスゴム, ゼリー, などでアレルギー反応が出ている可能性がありますので, その際はポリウレタン製のものや, 他種のゼリーを用いている製品を使ってください。

マイコンドーム選び¹⁾

コンドームには, 形, サイズ, ゼリーの量, ゼリーのタイプ, などの違いがあるため, 最良の装着感や脱落, 損傷を避けるため, 可能であれば複数の製品を試した上で「マイコンドーム」を選ぶくらいの慎重さが望まれます。特に, ペニスが細い方は脱落防止のためにスモールサイズ製品を, ペニスが太い方は破損防止にラージサイズを選択します。

潤滑剤も様々な種類が出ています。疼痛を伴うセックスでは性器などの損傷が起こり, その部位から様々な炎症や感染症の危険性が高まります。

コンドームの運搬

コンドームを使用するのは必ずしも買い置きがある場所とは限りません。持ち運ぶ場合に財布などに入れておく方が多いのですが, 損傷を避けるためにはハードケースや傷つける可能性が少ないバッグなどに入れることが必要です。

爪にも注意

爪が伸びていたり, 爪を切った直後だと爪でコンドームを傷つける可能性があります。爪を切った後は必ずやすりで角を取っておきます。

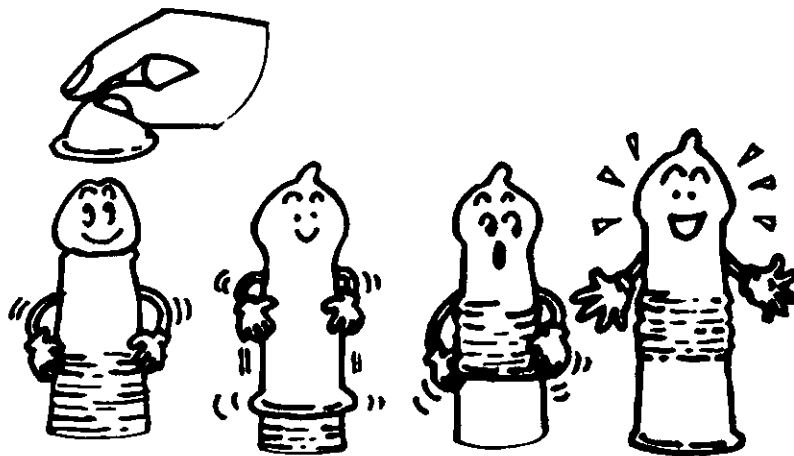


図1. 男性用コンドームの正しい装着法^{1)~3)}

- 1) 袋を開けるときは、コンドームを端に寄せてから。
- 2) 袋を開けた部分は完全に切り離す（中途半端にすると出すときにコンドームを傷める）。
- 3) コンドームの端を触っただけで裏表がわかるようにしておく。
（暗い部屋では間違えることがある）
（間違えて裏返しにするとすでに出ているカウパー腺液に精子や病原体が付着してしまう）
- 4) 爪を立てずに精液だめの空気を抜く。
- 5) 勃起したペニスの皮を根本まで手繰り寄せる。
- 6) 毛を巻き込まないようにして、コンドームを途中まで巻きおろす。
- 7) かぶせた部分を龟头方向に寄せ、根元で余っていた皮膚が張るようにして根元までおろす。
- 8) 射精したら、コンドームを押さえながら、膣、肛門からペニスを抜く。
- 9) コンドームは生ゴミとして処理する。
- 10) 続けてセックスをするときは、必ずからだを洗う。

破損、脱落時の注意

コンドームはゴム製品であり、時には破れる、脱落するということが起こります。その際には、お互いの体についたパートナーの体液を速やかに洗い流すことが必要です。

- ・ペニスを挿入していた男性はペニスを洗うと共に、排尿する。
- ・ペニスを膣内に挿入されていた女性は速やかに立ち上がり、体液を排泄すると共に、ビデで膣内を洗浄する。
- ・口腔内に射精を受けた場合は速やかに精液を出しうがいをする。
- ・直腸内に射精を受けた場合は速やかに浣腸、もしくは排便する。

参考引用文献・インターネット

- 1) <http://homepage2.nifty.com/iwamuro/>
- 2) 岩室紳也：思春期の生と性—わたしたちのエイズ，日本家族計画協会，2000，東京
- 3) 岩室紳也：エイズ—いま，何を，どう伝えるか，大修館書店，1996，東京

IX. これから妊娠を希望される感染者への対応

1. 感染者カップルの意思決定に対する支援

- ① 近年行われている母子感染予防対策により、児への感染の危険性は減少（母子感染率は1～2%程度）したものの、いまだ皆無ではない。
- ② 性行為にはパートナーへの感染の危険性もつきまとう。

したがって、医療従事者は妊娠の問題に関して、その善し悪しを判断すべきではなく、医療者にできることは、現時点で選択できる医療についての情報提供と、意思決定過程のサポートにとどめるべきである。

妊娠の問題については、夫婦であらゆる事態（例えば児が感染など）を想定し、検討したうえで決定する。もし児が感染していた場合には、患者自身の治療のみならず、児の療養生活のサポートも必要となる。薬の副作用などで患者自身の体調がすぐれない場合でも、夫や他の家族のサポートを受けながら、児の養育や治療を継続しなければならない。

夫婦がどちらの判断を下しても、医療従事者は夫婦の決定をサポートし、その意思を尊重して最善を尽くすことが重要である。

2. 妊娠前の感染者への対応

適切な避妊方法の指導を行い、母子感染のリスクや垂直感染予防の方法についても説明を行い、望まない妊娠やパートナーへのHIVの感染、さらには母子感染の危険を回避することが最も重要である。

挙児希望の患者には、可能であれば催奇形性が報告されている薬剤（エファビレンツなど）は使用しないようにする（他に変更可能な抗HIV薬があればあらかじめ変更しておく）。

3. 性交による感染を回避でき得る妊娠

(1) 女性がHIV感染者で男性は感染していないカップル

人工授精（artificial insemination with husband's semen : AIH）

注射器などを用い男性の射精により採取した精液を子宮内に注入し授精させる操作で、男性へのHIV感染を回避することが可能である。現在、国立国際医療センターなどで行われている。なお、国立国際医療センターでは不妊症のカップルに対しての体外受精も検討中である。

お問合せ先； 国立国際医療センター
産婦人科（担当：五味淵秀人医師）
内 科（担当：源河いくみ医師）
〒162-8655 東京都新宿区戸山1-21-1
電話：03-3202-7181（代）
FAX：03-3207-1038

(2) 男性がHIV感染者で女性は感染していないカップル

体外受精（*in vitro* fertilization : IVF）

卵子と精子を取り出し、体外（*in vitro*）にて受精させることで、女性へのHIV感染を回避することが可能となる。現在、荻窪病院血液科花房秀次医師を中心に数施設で行われている。

お問合せ先；
医療法人財団荻窪病院 血液科外来（担当：花房秀次医師）
〒167-0035 東京都杉並区今川3-1-24
電話：03-3399-1101（代）内線3095
FAX：03-3399-1107

4. 感染女性診察上の注意点（内科，婦人科）

（1）内科

女性患者を診察時には、男性患者と同様にCD4値やウイルス量を測定し、日和見感染症やその他の性感染の有無について評価を行い治療の時期について検討する。男性患者に比してウイルス量が低いというデータはあるが、現時点では治療の開始は通常の治療ガイドラインと同様である^{1,2)}。ただし、拳児希望のある患者には、催奇形性が報告されている薬剤（エファビレンツ）はあらかじめ使用しないようにする。女性特有のエイズ指標疾患として子宮頸癌のリスクが高いため子宮腔部細胞診は定期的に行う（婦人科の項参照）。

適切な避妊方法の指導を行い、望まない妊娠やパートナーへのHIVの感染を避けることが重要である。妊娠、出産はその後の治療に大きく影響するため、母子感染のリスクや感染予防の方法についての十分な情報提供を行うことも重要である。

文 献

1. Sterling TR, Vlahov D, Astemborski J, et al. Initial Plasma HIV-RNA level and progression to AIDS in women and men. N.Engl J Med, 2001. 344(10):720-5
2. Guidelines for the use of Antiretroviral Agents HIV-1 infected Adults and Adolescents. Nov 10, 2003. <http://AIDS.info.nih.gov>

（2）婦人科

初診：性感染症の合併を念頭に置いた診察

検査項目：子宮腔部細胞診，腔分泌物培養，クラミジア，淋菌などの抗原スクリーニング
可能であればHPV-DNA型判定(*)。

その他婦人科的な症状がある場合は，症状にあわせた検査，処置。

(*) 子宮腔部の擦過検体を用いたリスク別DNA型の診断キットがすでに市販されている。

再診：初診時の検査結果に応じて。

子宮腔部細胞診の検査間隔は，通常よりも短縮したほうがよい。可能であればHPV感染の有無，HPV-DNA型も参考にして診察の間隔を決定する。

HIV感染者は非感染者に比べ，子宮頸部異形成になりやすいこと，HPV感染合併率が高いこと，腔分泌物での細菌，真菌などの感染が合併しやすいことが知られている。

診察時の注意点

プライバシーの保護：産婦人科診療室が個室ではない場合，HIVやAIDSという言葉を使わないなどの配慮が必要である。

診察時：「IV. 2 産科患者への対応」を参照

文 献

3. High prevalence of human papillomavirus (HPV) infections and high frequency of multiple HPV genotypes in human immunodeficiency virus-infected women in Brazil. J Clin Microbiol. 2002 Sep;40(9):3341-5.
4. Human papillomavirus prevalence, viral load and cervical intraepithelial neoplasia in HIV-infected women. Braz J Infect Dis. 2002 Jun; 6(3):129-35.
5. Human papillomavirus infection in women infected with the human immunodeficiency virus. N Engl J Med. 1997 Nov 6;337(19):1343-9.
6. Correlates of HIV-1 shedding in cervicovaginal secretions and effects of antiretroviral therapies. AIDS. 2003 Oct 17;17(15):2169-76.

X. 感染妊婦に対する支援

1. サポート形成の支援

(1) 病気を知っている支援者の獲得

HIV 感染症は、治療法を決定するまでの過程が複雑であり、かつ感染者に長期にわたる厳しい自己管理が求められる。したがって、家族やパートナー、友人などの応援が療養生活の安定につながる場合が多い。しかしながら、患者のみならず医療者も「HIV 感染症は誰にも話せない病気」と考える傾向がある。もちろん病気はプライベートな問題であり、誰かまわらず告白する必要はない。ただ感染者の中には、誰にも打ち明けられない秘密を保持することに耐えきれず抑うつ的な方もある。感染者に無理強いして「援助者への告白」を積極的に推し進めることは禁物だが、感染者自身が告白する相手や時期を選定し、時間をかけて快適な療養環境づくりができるように支援する。

支援の実際

- ① 現在の身近な人間関係やキーパーソンの有無について聞く。
- ② 感染者自身が他者への HIV 感染の告白をどのように考えているか聞く。
- ③ サポートを得ることが長期にわたる療養生活の支えになることを紹介し、このことについて十分話し合う。
- ④ 先輩感染者（すでに周囲に病名を告白した感染者）の体験談を紹介し、希望があれば、ピアカウンセリング（*注1）を設定する。
- ⑤ 感染者本人から支援者に病名を告白することが基本で、その後に医療者から支援者に病状の説明などを行いフォローする。
- ⑥ 医療者は病名を告白された支援者に対しても、感染者と同様に病気や治療の説明を行い、支援者からの相談にも対応する。

(*注1) ピアカウンセリング

ピアとは、「仲間」や「対等な立場」といった意味で用いられる。

ここでは、医療者が病状経過や治療経過が似ている先輩患者と後輩患者に了解を得て、両者を紹介し、先輩患者から後輩患者へ体験談などを通し、仲間意識をもって行われる相談をいう。医療者は両者の背景や病状、治療経過等を十分考慮し、紹介する目的、相談の意図を明確にして、慎重に対応することが求められる。

(2) 支援ネットワークの拡大

HIV 感染妊婦の支援者はパートナーや家族などの身近な存在だけではない。療養上の問題や課題を解決するために、外来通院中に地域の保健・医療・福祉サービスを利用することも多く、保健所や福祉事務所の果たす役割は大きい。

地域の保健・医療・福祉サービス

- ① 保健師による個別の母子保健指導
 - ② 訪問看護師による併存疾患コントロールや抗 HIV 薬の服薬管理
 - ③ ホームヘルパーによる家事援助や通院介助、身体介護
- ・・・など

「免疫機能障害による障害認定」を受けることで

地域の福祉サービスが利用可能となり、妊婦を取り巻く支援ネットワークを広げる手段ともなる。

地域サービスを導入する際の留意点

- | |
|---|
| <p>①医療機関側と妊婦がその必要性を十分話し合っ
て検討し、プライバシーなど妊婦側の
合意を得る過程を踏むことが不可欠である。</p> <p>②初対面の保健師や障害福祉の担当者が突然訪問することに抵抗のある感染者も多く、
強い信頼関係を築くためには、まず医療スタッフ同席の上で感染者と保健師や障害
福祉担当者などの面談の機会を設けることが望ましい。</p> |
|---|

(3) 経済基盤の確保（社会資源の活用）

HIV 感染症の診療では、高額な抗 HIV 薬に掛かる費用も治療の開始・継続に大きな影響を及ぼしている。医療費が支払えないことを心配して受診を躊躇したり、治療を中断するケースもあるため、経済基盤の確保は重要である。医療費捻出のためには社会資源の積極的な活用が望ましいが、医療保障制度が複雑な上にプライバシーに関する不安から活用を躊躇する場合も少なくない。プライバシーに関する守秘義務はどの行政機関でも徹底されているはずである。診療現場で妊婦に医療保障制度の活用を勧める際には、制度の内容だけでなく担当機関の役割の説明も必要である。手続きを進めるうえで、プライバシーの保護に十分配慮することが大切であることはいうまでもない。

現在利用可能な母子保健に関する医療保障制度

① 健康保険

社会保険に加入している事業所に雇用されている従業員と扶養家族は雇用関係によって社会保険に加入する。患者は医療費の30%を負担する。自営業者などの社会保険未加入者は国民健康保険に加入する。1年以上の滞在資格を持っている外国人も加入資格がある。公的保険のため、居住地（外国人登録地）の役所で加入手続きを行い保険料を支払う。患者は医療費の30%を負担する。健康保険について世帯の所得に応じて高額療養費の限度額が定められているので、それを超える分については健康保険から還付される。

② 入院助産

出産費用の支払いが困難な妊婦に対して都道府県が指定した入院助産施設（病院）での出産費用が給付される。国籍や滞在資格は問われない。居住地の役所（子育て支援課など児童福祉法の所管部署）に申請する。

③ 養育医療

出生時体重が2,000g以下である場合や呼吸器系や消化器系などに異常がある場合など、医師が入院養育を必要と認めた場合に入院医療費が給付される。国籍や滞在資格は問われない。居住地の保健所に申請する。

④ 更生医療

身体障害者の障害除去、軽減のための医療について、都道府県が指定した医療機関での医療費が給付される。本人または扶養義務者の所得に応じて負担金がある。居住地（外国人登録地）の福祉事務所（身体障害者福祉法を所管する部署）に申請する。身体障害者手帳を所持していることが前提になっているので、滞在資格のない外国人の適用は困難である。

⑤ 心身障害者医療費助成

身体障害者手帳1～2級（自治体によっては3級まで）に該当する場合、各種保険の自己負担分について医療費が給付される。本人の所得によって制限している自治体もある。居住地（外国人登録地）の福祉事務所（身体障害者手帳を交付している部署）に申請する。公的健康保険の自己負担分についての助成であり、健康保険加入資格のない外国人には適用されない。

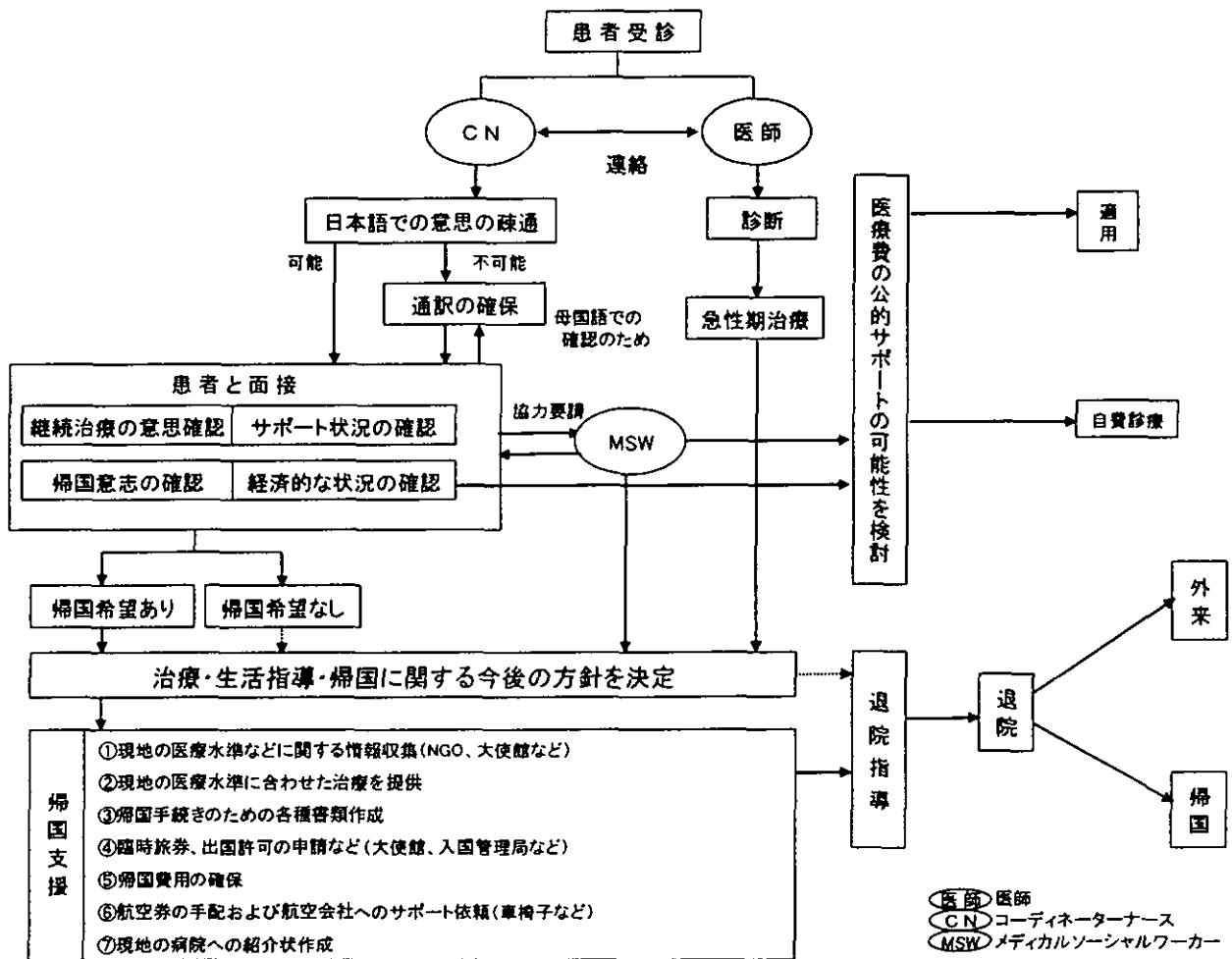
⑥ 母子健康手帳の交付

母子健康手帳は、妊娠、出産、育児に関する一貫した健康記録である。妊娠の診断を受けたら居住地の役所に届け出ると交付される。国籍、滞在資格は問われない。

（4）外国人に対する支援

以下は外国人HIV感染者の診療の流れを示している。患者が受診した際に、まず確認すべきこととして、治療を継続する意思があるかどうか、もう1点は日本での生活基盤があるかどうかである。もちろん、これらの確認をする前に日本語での意思の疎通が可能かどうかを判断するの必要があり、不可能な場合には通訳の確保（－追記－（4）主なHIV感染者支援団体連絡先：100ページ参照）が最優先となる。患者自身が継続治療の意思、サポート状況、経済基盤、母国での医療事情、療養環境などを踏まえて、今後の診療の方針を決定できるよう支援する。帰国の意思がある場合は、帰国の諸手続が円滑に行われ、母国の医療機関へつながるよう支援する。

参考：国立国際医療センターにおける外国人 HIV/AIDS 患者の診療の流れ（一部改訂）



なお、外国人で現に滞在資格のない妊婦であっても、パートナーが日本国籍で婚姻関係があれば、特別在留許可の申請をすれば在留資格が認められる場合もある。また、婚外妊娠の場合、児（胎児）の父親に胎児認知を求めていく必要があるが、特に父親が日本人の場合には、児の国籍を左右することにもなるため、胎児認知の届け出は重要である。出産後は居住地または出生地の役所に出生届を提出する。

*平成14年度厚生労働科学研究費補助金エイズ対策研究事業、主任研究「HIV感染症の医療体制に関する研究」の分担研究「在日外国人 HIV 医療についての研究」による「外国人診療ガイドライン」も併せて参照されたい。

2. 医療機関の診療体制

(1) 院内の他科・他部門との連携

HIV 感染妊婦の妊娠・出産・育児には、内科・産科・小児科の連携・協力が不可欠である。合併症や併存疾患の治療のためには、他科の専門的医療を必要とする場合もあり、HIV 感染者診療に関しては、診療科すべての好意的な連携姿勢が望まれる。各科の連携を図る際には、プライバシーの保持と情報共有の効率化を目的として、各部署で窓口となる担当者を配置するなどの体制作りも必要である。また、内科・産科・小児科の3科合同カンファレンスを開き、出産に向けて担当各科が責任を持って自己の職務を遂行できるよう、事前に具体的な打ち合わせをすることも重要である。

(2) 院外他施設との連携

HIV 感染妊婦が居住地近傍の医療施設に通院し、同施設の医師が専門施設の意見を取り入れながら HIV 感染症の診療を行っている例もある。

自施設の診療可能範囲を知り、範囲外の診療について専門施設と連携を図ることはとても重要である。相談を受ける専門施設の窓口役が定まっていない場合には、専門施設との情報交換が繁雑になり、結果的に自施設で困難なケースを抱え込んでしまうことにもなりかねない。

職種や施設間の壁を取り払い、お互いの専門性を生かし協力することが求められる。

追 記

1. 医療事故後の HIV 感染防止のための予防服用マニュアル

国立国際医療センター病院 エイズ治療・研究開発センター（2003年9月：改訂版）

このマニュアルは、1999年8月に作成された「針刺し事故後の HIV 感染防止のための予防服用マニュアル」を改訂したものです。

このマニュアル（改訂版）には、以下の項目が含まれています。

● 職業的曝露を受けた医療従事者用チャート	85 ページ
● 針刺し・切創チャート	86 ページ
● 粘膜・皮膚チャート	87 ページ
● 予防内服薬決定チャート	88 ページ
● 責任者用チェックリスト例：AZT/3TC の場合	89 ページ
● 責任者用チェックリスト例：AZT/3TC/NFV の場合	90 ページ
● 本人用例：服用のための説明文書と同意書（AZT/3TC の場合）	91 ページ
● 本人用例：服用のための説明文書と同意書（AZT/3TC/NFV の場合）	93 ページ
● 医療事故後の初期フローチャート	95 ページ

注：

治療薬の選択に関しては、米国 DHHS より 2003 年 7 月 14 日に「Guidelines for the Use of Antiretroviral Agents in HIV-Infected Adults and Adolescents - July 14, 2003」が出されています。必要時はこちらも参照してください (<http://www.aidsinfo.nih.gov/>)。

職業的曝露を受けた医療従事者用チャート

質問 曝露した部位は何処ですか？

- ① 針刺し・切創事故で部位は皮下組織 → 「針刺し・切創チャート」へ進む。
- ② 粘膜 }
③ 傷(損傷のある)皮膚 } → 「粘膜・皮膚チャート」へ進む。
- ④ 正常な皮膚 → 予防内服必要なし。

針刺し・切創チャート

= チェック欄（にチェックを入れ、確認しながら進んでください。）

このチャートは「針刺し・切創事故」を起こした場合の早見指針です。

「曝露の状態」を以下のどれかに区別してください。

① 曝露源患者の HIV 抗体陽性が確認されている。

→→→この場合は以下の class 1, class 2 に区別してください。

class 1: 「無症候性 HIV 感染症者」や「血中 HIV RNA 量が 1,500 コピー / ml 未満」

class 2: 「AIDS 発症者」や「急性感染者」や「血中 HIV RNA 量が高値」

② 曝露源患者の HIV 抗体の状態が不明または未確定。

③ 曝露源検体の由来患者が不明（誰の検体か分からない）。

④ 曝露源患者の HIV 抗体陰性が確認されている。

「曝露の軽傷, 重傷」を区別してください。

曝露が軽傷とは、以下などの例である。

- 非中空針による浅い傷

曝露が重傷とは、以下などの例である。

- 太い中空針による針刺し
- 肉眼で血液付着が確認できる針・器具による針刺し・切創
- 血管に刺入された針による針刺し
- 深い針刺し

「曝露源の状態」と「曝露の軽傷, 重傷」で以下の表に従い判断してください。

表 経皮的 HIV 曝露時の感染予防

	軽傷	重傷
HIV 感染者 (class 1)	2 剤併用 を勧める。	3 剤併用 を勧める。
HIV 感染者 (class 2)	3 剤併用 を勧める。	
曝露源患者の HIV 抗体不明	通常予防内服は不必要。 しかし HIV 陽性患者由来が考えられ得る場合には 2 剤併用 を考慮する。 HIV 陰性が判明したら中止。	
曝露源患者が不明	通常予防内服は不必要。 しかし HIV 陽性患者由来が考えられ得る場合には 2 剤併用 を考慮する。	
HIV 抗体陰性	予防不要。	

予防内服が勧められた (recommend), 考慮された (consider) 場合には、さらに先の「予防内服薬決定チャート」へ進んでください。

粘膜・皮膚チャート

= チェック欄 (にチェックを入れ、確認しながら進んでください。)

- このチャートは「粘膜または損傷した皮膚への曝露」を起こした場合の早見指針です。
- 皮膚曝露に関しては、正常ではない皮膚（皮膚炎、擦過傷、開放創など）への曝露の場合のみ、予防内服の検討が必要であり、フォローアップが必要です。
- 「曝露源の状態」を以下のどれかに区別してください。
 - ① 曝露源患者の HIV 抗体陽性が確認されている。
 - この場合は以下の class 1, class 2 に区別してください。
 - class 1 : 「無症候性 HIV 感染症者」や「血中 HIV RNA 量が 1,500 コピー /ml 未満」
 - class 2 : 「AIDS 発症者」や「急性感染者」や「血中 HIV RNA 量が高値」
 - ② 曝露源患者の HIV 抗体の状態が不明または未確定。
 - ③ 曝露源検体の由来患者が不明（誰の検体か分からない）。
 - ④ 曝露源患者の HIV 抗体陰性が確認されている。
- 「曝露検体量の少量，多量」を区別してください。
 - 曝露検体量が少量とは、以下などの例である。
 - 2～3 滴の体液
 - 曝露検体量が多量とは、以下などの例である。
 - 噴き出した体液
- 「曝露源の状態」と「曝露検体量の少量，多量」で以下の表に従い判断してください。

表 粘膜および正常でない皮膚への HIV 曝露時の感染予防

	少量	多量
HIV 感染者 (class 1)	2 剤併用を考慮する。	2 剤併用を勧める。
HIV 感染者 (class 2)	2 剤併用を勧める。	3 剤併用を勧める。
曝露源患者の HIV 抗体不明	通常予防内服は不必要。 しかし HIV 陽性患者由来が考えられ得る場合には 2 剤併用を考慮する。 HIV 陰性が判明したら中止。	
曝露源患者が不明	通常予防内服は不必要。 しかし HIV 陽性患者由来が考えられ得る場合には 2 剤併用を考慮する。	
HIV 抗体陰性	予防不要。	

予防内服が勧められた (recommend), 考慮された (consider) 場合には、さらに先の「予防内服薬決定チャート」へ進んでください。