

により母体ウイルス量の抑制が期待できることから、2.と同様に児に対する抗 HIV 薬予防投与の必要性も議論されているところである。

HIV 母子感染予防対策 マニュアル第3版⁴⁾

わが国の現状における標準的な HIV 感染妊娠の管理については、前述の研究班より「HIV 母子感染予防対策マニュアル第3版（エイズ予防財団ホームページよりダウンロード可能：http://api-net.jflap.or.jp/siryous/siryous_Frame.htm）」が刊行されており、そちらを参照いただきたい。第3版では初版以来の大改訂を行っており、本誌1冊あれば誰でも HIV 感染妊娠に関わるすべてが理解可能となることを目標に、その実地臨床に関わる実用性の向上をめざした。

主な改訂点は、

- 1) 世界・日本における HIV/AIDS 感染の概要と、わが国における母子感染の現状につき概説を加えた。
- 2) HIV スクリーニング検査前の説明内容を具体的に記載した。とくに高率に出現する偽陽性例への配慮に関し解説を加えた。
- 3) 感染妊婦への告知と、妊娠継続に関する妊婦の苦悩に対し医療従事者が援助すべき助言のあり方を追加した。
- 4) 母子感染予防のための抗 HIV 薬投与の実際を、CDC のガイドライン⁵⁾に沿って紹介した。さらに副作用対策や服薬支援の項を設けこれらの詳細を提示した。
- 5) 分娩方法は妊娠 37 週頃を目安に選択的帝王切開術を推奨した。また、経膈分娩を選択せざるを得ない場合にも配慮し、その対応と注意点について提示した。
- 6) 院内での感染予防対策につき解説し、処置の実際や用意する物品を具体的に明示した。

7) 帝王切開術の実際につき詳述し、手術室の準備等を具体的に明示した。

8) HIV 陽性妊婦から生まれた新生児に対する AZT シロップ投与方法と副作用、および妊娠 35 週未満の早産児への AZT 投与方法について提示した。さらに、新生児・乳幼児期における HIV 感染の診断および治療についても明示した。

9) HIV 感染妊婦の産後の性生活と家族計画に関する指導のあり方を説明した。

10) 妊娠を希望する感染者カップルに対し、パートナーへの感染を回避可能な妊娠手段を紹介した。

11) HIV 感染妊婦が利用可能な社会支援に関し具体的に解説した。

妊婦 HIV スクリーニング検査 実施率³⁾

前述の厚労省研究班の全国調査報告によると、妊婦 HIV スクリーニング検査実施率は、平成 11 年度調査の 73.2% から毎年右肩上がり、平成 16 年度には 91.1% まで上昇した。この数字は、全国的に公費負担が行われている妊婦の梅毒や B 型肝炎検査の実施率（約 100%）には及ばないものの、C 型肝炎検査の実施率とほぼ同等と報告されている。調査を開始した 1999 年に問題視されていた実施率の地域較差（関東・甲信越ブロック 90.2% vs 九州ブロック 37.7%、中国・四国ブロック 49.9%）は、2004 年の調査では関東・甲信越ブロック 97.3%、九州ブロック 69.6%、中国・四国ブロック 80.2% と徐々に解消されつつある（図 4）。

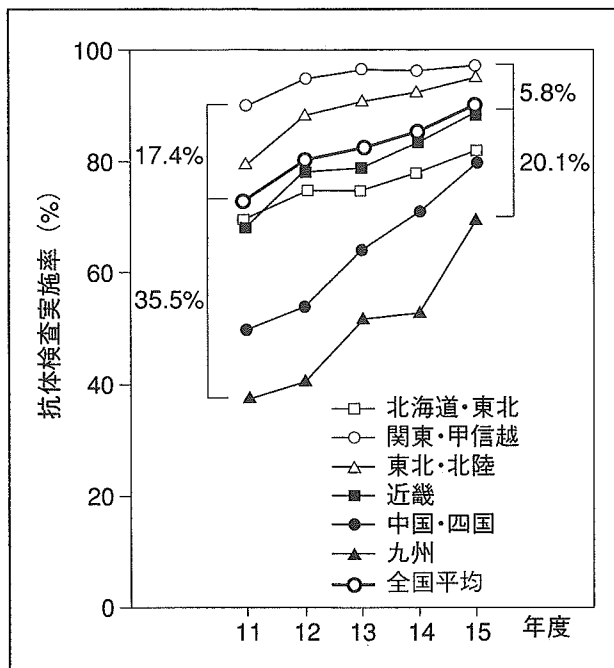


図4 HIV/AIDS 診療ブロック別抗体検査実施率の推移³⁾

HIV スクリーニング検査における偽陽性⁶⁾

前述の HIV 母子感染予防対策を講じるためには、妊婦に対する HIV スクリーニング検査が必要である。現在一般的に繁用されている HIV スクリーニング検査法は、献血検体などにおける偽陰性の回避を主眼として開発され改良が重ねられてきた。平成 16 年度厚労省研究班報告書によると、現在繁用されている検査キットを用い一般妊婦を対象に HIV 感染スクリーニングを行った場合、スクリーニング検査の陽性率はおよそ 0.1% 弱 (1 人/1,000 人以下) であり、スクリーニング検査の陽性的中率 (確認検査でも陽性) は 3 ~ 10% 程度と報告されている。すなわち、HIV スクリーニング検査陽性妊婦 100 人のなかで、真の感染者は 3 ~ 10 人程度であり、残りの 90 ~ 97 人はスクリーニング検査偽陽性で本来非感染の妊婦ということになる。「HIV 感染の疑いあり」との結果を聞かされた妊婦およびその家族の心理的重圧は計り知れず、スク

リーニング結果陽性の報告に際しては、多くの場合、偽陽性であることを踏まえた説明が肝要と考える。

おわりに

現在、多剤併用療法により母体血中ウイルス量を測定感度以下まで低減し、他の 3 項目も含めた予防対策を完遂できた場合、ほとんどの症例で HIV 母子感染を防ぐことが可能と考えられる。有効な母子感染予防対策を妊娠中より講じるためにも、妊婦 HIV スクリーニング検査の全国的な浸透が望まれる。

文献

- UNAIDS: 2004 Report on the global AIDS epidemic, http://www.unaids.org/bangkok2004/GAR2004_html/ExecSummary_en/Execsumm_en.pdf.
- エイズ動向委員会: エイズ動向委員会報告 2005 年 1 月, http://api-net.jfap.or.jp/aids/aids_Frame.htm.
- 平成 15 年度厚生労働科学研究費補助金エイズ対策研究事業「HIV 感染妊婦の早期診断と治療および母子感染予防に関する基礎的・臨床的研究」班 (主任研究者: 獨協医科大学附属病院院長 稲葉憲之) 報告書, 2004.
- 平成 15 年度厚生労働科学研究費補助金エイズ対策研究事業「HIV 感染妊婦の早期診断と治療および母子感染予防に関する基礎的・臨床的研究」班・分担研究「わが国独自の HIV 母子感染予防対策マニュアルの作成・改訂に関わる検討」班 (分担研究者: 国立成育医療センター周産期診療部産科 塚原優己) 編: HIV 母子感染予防対策マニュアル第 3 版, 2004.
- 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 February 24, 2005,
http://aidsinfo.nih.gov/guidelines/perinatal/PER_022405.pdf.

- 6) 平成16年度厚生労働科学研究費補助金エイズ対策研究事業「HIV感染妊婦の早期診断と治療および母子感染予防に関する臨床的・疫学的研究」

班(主任研究者:獨協医科大学附属病院院長 稲葉憲之)報告書, 2005(印刷中).

著者連絡先

(〒157-8535)
東京都世田谷区大蔵2-10-1
国立成育医療センター周産期診療部産科
塚原優己

第21回 日本糖尿病・妊娠学会開催のお知らせ

日時 2005年11月25日(金), 26日(土)
会場 岡山コンベンションセンター(ままかりフォーラム)
〒700-0024 岡山市駅元町14-1 Tel: 086-214-1000, Fax: 086-214-3600
会長 平松祐司(岡山大学大学院医歯薬学総合研究科産科・婦人科学教授)
演題締切 平成17年7月31日
プログラム:
特別講演 『インスリン抵抗性に関する最近の知見』(門脇 孝教授, 東京大学)
招請講演 『Recent Progress in Understanding the Molecular Causes of Diabetic Embryopathy』
Mary R. Loeken 博士
シンポジウム 『糖尿病合併妊婦の分娩前後の取り扱い』
ワークショップ, 一般演題, ランチョンセミナー

学会事務局 第21回日本糖尿病・妊娠学会事務局
岡山大学大学院医歯薬学総合研究科 産科・婦人科学教室
担当幹事: 増山 寿 (e-mail: masuyama@cc.okayama-u.ac.jp)
電話: 086-235-7320(直通), FAX: 086-225-9570

詳細は学会ホームページ (<http://202.238.86.111/jsdp/>) または事務局までお問い合わせください。

第18回日本エイズ学会シンポジウム記録

HIVと妊娠をめぐる諸問題

塚原 優己¹⁾, 矢永由里子²⁾, 稲葉 憲之³⁾, 喜多 恒和⁴⁾, 稲葉 淳一⁵⁾, 山田 里佳⁶⁾,
蓮尾 泰之⁷⁾, 源河いくみ⁸⁾, 外川 正生⁹⁾, 大金 美和¹⁰⁾, 川戸美由紀¹¹⁾

¹⁾ 国立成育医療センター周産期診療部産科

²⁾ エイズ予防財団研修・研究部門

³⁾ 獨協医科大学産婦人科

⁴⁾ 防衛医科大学校病院産婦人科

⁵⁾ 国立国際医療センター産婦人科

⁶⁾ 金沢大学医学部産婦人科

⁷⁾ 国立病院機構九州医療センター産婦人科

⁸⁾ 国立国際医療センターエイズ治療・研究開発センター内科

⁹⁾ 大阪市立総合医療センター小児内科

¹⁰⁾ 国立国際医療センターエイズ治療・研究開発センターケア支援室

¹¹⁾ 藤田保健衛生大学医学部衛生学

日本エイズ学会誌 7: 93-98, 2005

はじめに—シンポジウムの趣旨—

国立成育医療センター周産期診療部産科 塚原 優己
エイズ予防財団研修・研究部門 矢永由里子

1987年、血友病のパートナーから感染した妊婦の帝王切開が行われた。妊娠中より母児に対する感染対策が講じられた本邦第1例のHIV感染妊娠の出産であった。今日までに、HIV感染症の治療薬は飛躍的な進歩を遂げ、母子感染予防対策も効果的な方法が確立された。厚生省研究班のアンケート調査によれば、現在90%以上の妊婦に対しHIVスクリーニング検査が行われており、一方で毎年約30名の感染妊娠が発生している。1990年代に多数を占めていた外国籍感染妊婦は減少傾向にあり、代わって日本国籍妊婦の感染例が増加しつつある。

中国をはじめ東アジアにおいて急増しはじめたHIV感染のわが国への波及が危惧されるなか、わが国のHIV感染者数はいまだ少数ながら増加傾向にあり、特に10代・20代前半の感染者数では女性が男性を凌駕している。彼女たちの感染経路のほとんどが、異性間性的接触によるものと推察されている。有効な対策が講じられない限り、若年女性の感染者は増加し続ける。妊娠し初めてHIV感染が判明する例も増加し、やがては母子感染例も増加する。これを回避するために、我々はどのような対策を講じることができるのだろうか。

著者連絡先：塚原優己（〒157-8535 東京都世田谷区大蔵 2-10-1
国立成育医療センター周産期診療部産科）
Fax：03-3416-2222

2005年4月25日受付

まず、現状を把握し、これを基にわが国のHIV感染妊娠の将来を予測した。隣国中国の現状を稲葉憲之先生、日本の現状を喜多恒和先生から報告していただき、これまでのデータを基に川戸美由紀先生にわが国のHIV感染妊娠の将来予測をお願いした。

日常臨床の現場では、HIV感染と妊娠に関して様々な立場から数多くの問題が指摘されているが、これらすべてを正確に認識している関係者は少ない。問題解決のためには問題の理解からはじめなければならない。様々な分野の学会員が問題点を共通認識として理解することを目的に、時間の許す限り多くの問題について解説していただき、可能であればその対応策の試案を提示していただくことにした。

問題点を整理するために下記の二つの視点により分類した(図)。

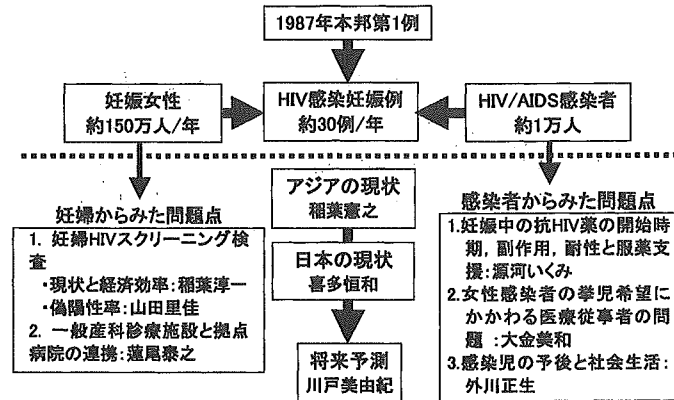
HIV感染の有無にかかわらず妊婦支援の視点から：

妊婦HIVスクリーニング検査の現状と経済効率を稲葉淳一先生、多発している妊婦HIVスクリーニング検査偽陽性の問題を山田里佳先生、HIV検査陽性妊婦が発生した際の一般産科診療施設とエイズ拠点病院の連携を蓮尾泰之先生に取り上げていただいた。

またHIV感染者支援の視点から：

妊娠中の抗HIV薬投与について特に副作用を中心に源河いくみ先生、感染児の予後と社会生活に関する問題を外川正生先生、女性感染者が抱える性行動と育児希望に関する問題を大金美和先生をお願いした。

以下、各演者の方々から寄せられたシンポジウムのまとめを掲載させていただく。



1. わが国を取巻く世界の現状とわが国の将来予測

(1) 周産期における HIV 感染症—特にアジア・アフリカ地域を中心に—

獨協医科大学産婦人科 稲葉 憲之

2004 年度末における世界の HIV 感染状況と中国遼寧省並びにアフリカ、ウガンダ共和国における周産期 HIV 感染状況について述べた。

日本は先進国の中で唯一 HIV 感染者が増加し続けている国であるが、昨年末の HIV 感染者の分布状況は世界ではどうであろうか。100 万人以上の感染者が見込まれる地域は、北米 (100 万人)、南米 (170 万人)、サハラ砂漠以南のアフリカ (254 万人)、中国周囲 (110 万人)、東南アジア (710 万人)、東・中央アジア (140 万人) である。

さて、中国とウガンダ共和国である。先ず、演者が客員教授を務める遼寧省大連医科大学婦産科の成績を紹介する。87 人の HIV 感染妊婦よりの出生児 97 名を登録、その内 80 名が経時的にフォローアップされ、25 名 (35%) が母子感染を生じた。この高い母子感染率は妊婦 HIV スクリーニングの未実施、その結果必然的に抗 HIV 薬投与や帝王切開などの適切な予防対策がなされなかった事に因る。一方、ウガンダ共和国では 24 年前に初めてエイズ患者が報告されて以来、200 万人が HIV に感染し、80 万人がエイズにより死亡、現在 120 万人が生存している (人口 2,450 万人)。その内、60 万人が 10-24 歳に分布、その 4/5 が女性感染者である。妊婦死亡の 1/3 がエイズに起因し、正確な母子感染率は把握されていないものの毎年約 23,000 人の HIV 感染児が出生していると推測されている。この原因として「経済的事情」とその結果生じる「低栄養状態」が挙げられる。

政府は現在 HIV 関連研究への助成金の削減を実行しつつあるが、隣の中国や遠き国、ウガンダ共和国における周産期 HIV の実状を考えると、HIV 母子感染に関する広報・

啓発活動と妊婦 HIV スクリーニングの完全実施はむしろ国家の義務ともいべきものである。

(中国遼寧省、ウガンダ共和国における成績は厚労省班研究稲葉班の研究協力者、大連医科大学婦産科熊曙康助教授、Makerere 医科大学 Mugerwa KY 講師のご好意による)

(2) HIV 母子感染：わが国の現状

防衛医科大学校病院産婦人科 喜多 恒和

本邦における HIV 感染妊婦の年次的発生動向を把握し、その疫学的・臨床的情報から HIV 母子感染のメカニズムを解析し、母子感染予防対策を確立することを目的として、平成 10 年度から 15 年度までの 6 年間、厚労省の助成のもと HIV 感染妊婦とその出生児を対象とした全国調査を継続してきたので、その成績を本シンポジウムで提示した。

全国 1,600 箇所以上の病院産婦人科より HIV 感染妊婦 303 例が集積された。関東甲信越ブロックからの報告が 205 例と 68% を占める一方で、HIV 感染妊娠例の報告がない県は 13 まで減少した。関東ブロック以外の道府県においても HIV 抗体検査 10 万件あたりの陽性数が 10 以上の自治体が多く、人口の多少による絶対数の差はあるものの、陽性であることのリスクは都道府県の間で差はないものと考えられる。日本人が 110 人、タイ人が 101 人と全体の 3 分の 2 を占めた。1999 年以降の年間発生数の平均は 32.5 人で、日本人は 14.5 人で最も多かった。母子感染率は帝切分娩 1.5%、経膈分娩 25.0% と経膈分娩の感染率が有意に高く、また後者では分娩時週数による感染率の差はなかった。抗 HIV 薬は帝切分娩例では 70%、経膈分娩例では 9% のみに投与されていた。HAART は AZT + 3TC + NFV が主流で、67% の症例で血中ウイルス量は良好にコントロールされたが、AZT 単剤では 26% の症例でウイルス量が増加した。

以上、HIV 抗体検査による HIV 感染妊娠の早期診断、

HAARTによる血中ウイルス量のコントロールおよび陣痛発来前の選択的帝王切開術は、本邦において推奨されるべきHIV母子感染予防対策であると考えられた。しかし今後はHIV感染妊婦の発生数そのものを減少させるべく、若年層を対象とした性感染症としてのHIV感染症についての啓発・教育活動の改善が必要であると考えられる。

(3) わが国のHIV感染妊娠の将来予測

藤田保健衛生大学医学部衛生学 川戸美由紀

わが国のHIV感染妊婦数について、5年程度先までの予測(近未来予測)を試みるとともに、それ以上先の予測(中長期展望)のための方法を検討した。近未来予測として、2003~2007年の日本国籍のHIV感染妊婦数の予測を試みた。基礎資料として1998~2002年の5年間の全国産婦人科調査データに基づく分娩数、HIV検査実施割合とHIV感染妊婦数、および、2003~2007年の推計分娩数を用いた。調査の回収状況を考慮し、1998~2002年の全国のHIV感染妊婦割合(HIV感染妊婦数/分娩数)を推計した。その割合に直線モデル(年次で一定の増加)を当てはめ、これを先に延ばして、将来のHIV感染妊婦割合を予測した(外挿法)。将来のHIV感染妊婦割合の予測値に推計分娩数を乗じて、2003~2007年のHIV感染妊婦数の予測値を算定した。推計・予測値は使用したデータの不確実性に伴う最小値~最大値とした。2003年~2007年において、HIV感染妊婦数の予測値は上昇傾向であり、2002年の推計値は25~64人、2007年の予測値は34~92人であった。中長期展望としては、10年程度先を想定して日本国籍のHIV感染妊婦数の予測方法について検討し、予測のためのシステムモデルを設定した。設定する状態としては妊娠可能な非HIV女性、妊娠可能な未自覚のHIV女性、未自覚HIV妊婦、妊娠可能な自覚HIV女性、自覚HIV妊婦などであり、推移確率はHIV感染率、HIV検査実施率、妊婦検査率、未自覚・自覚HIVの妊娠率、未自覚・自覚HIVの母子感染率、未自覚・自覚HIVの人工妊娠中絶率などであった。現在の各状態の人数と推移確率のデータの有無をまとめ、システムモデルの適用可能性を検討した。今後の課題としては、近未来予測では予測値の見直し・精密化が、中長期展望では、情報の収集・整理と予測実施が挙げられる。

2. 妊婦支援の視点から

(1) 妊婦HIVスクリーニング検査の現状と経済効率に関する問題

国立国際医療センター産婦人科 稲葉 淳一

【目的】 HIV感染母体に対してHIV母子感染予防を行う場合の有益性について、HAARTによるものを含む代表的なHIV母子感染予防手法について、HIV陽性妊娠の頻度

と生まれてきたHIV陽性児への治療費を主パラメータとして、主として医療経済的な観点からその効果を検討した。

【結果】 HIV陽性児への治療費と治療期間を300万円20年間と仮定した場合、シミュレーションによれば妊婦におけるHIV陽性頻度が0.03%を超えると明らかな経済的利点が認められ、HAARTによるHIV母子感染予防は、ACTG076と選択的帝王切開を組み合わせた日本における従来の手法とほぼ同等の費用対効果を示すことが示された。HIV陽性頻度が0.03%未満であった場合にも、HIV母子感染予防を行った場合でも行わなかった場合でも、その費用の差は1妊娠分娩あたり2,000円未満であった。この費用差はそのほとんどがスクリーニング検査費用によるものであった。スクリーニング検査費用が500円程度になると、妊婦1万人あたり0.4人程度のHIV陽性率でもHAARTによる母子感染予防を行う方が経済的であると計算された。

【考察】 HIV母子感染予防を行うための妊婦HIVスクリーニング検査は、HIV感染未自覚婦人を発見し適切な治療やケアを開始する良いチャンスである。日本の1妊娠分娩の平均費用が50万円以上である状況からして、上記の費用差は十分許容できるものと考えられ、日本における妊婦に対する全数HIVスクリーニング検査を支持する結果であると考えられる。HIV陽性頻度の上昇が懸念されている現在、HIV母子感染予防システムを整備する必要は明らかである。本研究により現在の低いHIV陽性頻度の現状でも経済的負担にほとんど差が無いことが示されたことから、HIV母子感染予防システムを積極的に構築し、将来のHIV陽性頻度の上昇に備えるべきであると考えられる。

(2) 妊婦HIVスクリーニング検査偽陽性に関する問題

金沢大学医学部産婦人科 山田 里佳

【目的】 妊婦HIVスクリーニング検査偽陽性の発生状況を調査し、妊婦HIV検査体制の確立に寄与する。

【方法】 全国のエイズ拠点病院314施設と年間分娩件数1,000件以上の一般産科施設43施設を対象に、2003年の妊婦HIVスクリーニング検査陽性件数、確認検査実施件数、確認検査陽性件数などを調査した。

【成績】 拠点病院125施設、一般病院22施設より回答を得た(回収率41.2%)。妊婦HIVスクリーニング検査実施施設の分娩数総和は拠点病院58,825件、一般病院30,140件で、検査実施率は拠点病院89.4%、一般病院98.5%だった。病院毎のスクリーニング検査実施率と分娩件数より概算した検査件数は、拠点病院で52,601件、一般病院で29,689件となる。うちスクリーニング検査陽性件数は拠点病院58件、一般病院26件だった。拠点病院のスクリーニング検査

陽性例に対して行われた確認検査にて真の陽性 (= 感染例) が 6 件 (0.011%), 偽陽性率は 0.1% (52/52,601), スクリーニング検査の陽性的中率は 10.3% (6/58) と低率であった。一般病院では, スクリーニング検査陽性 26 件中, 確認検査陽性 1 件 (0.0034%), 偽陽性率は 0.08% (25/29,689), 陽性的中率は 3.8% (1/26) とさらに低率だった。**【結論】** HIV スクリーニング検査陽性妊婦の大多数は偽陽性である。これら妊婦が被る多大な心理的重圧を考慮し, 検査の実施に際しては, 事前に結果の評価法に関する十分な説明を行っておくことが肝要と考えられた。また, 確認検査実施後の結果告知等の配慮や偽陽性の発生率が低減された検査法の開発も必要と考えられた。

(3) HIV 陽性妊婦の病診連携体制に関する研究

国立病院機構九州医療センター産婦人科 蓮尾 泰之
現在, 妊婦への抗体検査率は徐々に向上し, 陽性者が全国へ分散化する傾向があらわれている。しかし, 抗体検査率の地域差は依然大きく, このような状況においては陽性者未経験地区での発生が予測され, 地域の HIV 拠点病院の果たす役割は大きい。一方, 成果発表会等で耳にする地域医師の声のなかには拠点病院の対応に関する不安の声が少なくないのも現状である。そこで我々は各拠点病院と地域医師との連携の円滑化の一助とすべく本研究を開始した。

【目的】 拠点病院の受け入れ態勢の把握

【方法】 全国の HIV 拠点病院 365 施設に対してアンケート調査を依頼し, 拠点病院内の体制, とくに産科と担当科との連携について調査した。

【成績と考察】 回収数は, 産科 209 (57.2%), 担当科 211 (57.8%) であった。産科アンケートを回収できた 209 施設の約 10% にあたる 18 施設で産科が取り扱われていないことが分かった。また, アンケートの内容には含まれていないが, 産科はあっても新生児の受け入れが出来ない施設も実際には存在し, 母子感染予防の立場からは拠点病院として機能している施設はさらに限られることが分かった。

HIV 抗体検査陽性例の診療経験は産科で偽陽性例を含む 105 施設 (45.7%), 陽性例 54 施設 (28.4%) であった。担当科では偽陽性を含む 60 施設 (28.7%) であった。

施設内の体制に付いての質問に対しては (産科施設のみに送付), 陽性症例への説明などのパンフレットなどを準備している 65 施設 (34.0%), 手術場などと取り扱いのシミュレーションを行っている 79 施設 (41.4%), 産科内で専門担当医師を決めている 37 施設 (19.4%) といずれも半数に至っていない。

産科と担当科との連絡体制についての質問では産科施設からの回答では, 担当科への連絡を全例連絡する 79 施設

(41.4%), 真の陽性例のみ連絡する 77 施設 (40.3%), 連絡しない 22 施設 (11.5%), 不明 13 施設 (6.8%) であった。また, 担当科からの連絡は全例連絡がある 75 施設 (39.3%), 真の陽性のみ連絡がある 56 施設 (29.3%), 全然連絡がない 17 施設 (8.9%), 回答なし 43 施設 (22.5%) であった。一方担当科からの回答では産科へ全例報告する 30 施設 (14.2%), 真の陽性のみ連絡する 37 施設 (17.5%), 連絡しない 1 施設 (0.5%), 回答無し 144 施設 (68.2%) であった。このように産科と担当科との間にかんがりの意識の差が認められる。

今後, 母子感染予防の位置づけの明確化, 院内連絡体制の整備が必要と思われた。

3. 感染者支援の視点から

(1) 妊娠中の抗 HIV 薬投与に関する問題

国立国際医療センターエイズ治療・研究開発センター
源河いくみ

当センターでは, 1997 年から現在までに 17 例の HIV 感染妊婦症例の出産を経験し, 抗 HIV 薬 (ART) については 17 例全例に単剤または HAART の投与が行われている。母子感染予防のために投与された ART の開始時期, 内容, 副作用について調査を行い問題点やその対処法について検討を行った。

患者の平均年齢は 29 歳 (21~38 歳) で, 日本国籍が 10 例, 外国籍が 7 例 (タイ: 3 例, フィリピン: 3 例, ベトナム: 1 例) であった。日本国籍患者のパートナーの 6 例も外国人で, どちらかが外国人というカップルが多くを占めていた。妊娠判明時, または当院受診時の CD4 数の平均は 407/ μ l で, HIV-RNA 量は, 妊娠時に検出限界 (UD) 以下が 8 例, UD でなかった症例の平均は 3.8×10^4 copies/ml であった。

ART の開始時期は, 7 例が妊娠前から ART が投与されており, これらの症例は妊娠後の器官形成期の間も継続された。14~34 週が 8 例, 出産直前が 2 例であった。ART の内容は AZT+3TC+NfV の組み合わせがもっとも多く, 分娩中は全例に AZT の点滴を行った。

自覚的な副作用は, 下痢: 1 例 (6%), 嘔気 2 例 (12%) と軽度で止痢剤 (ロペラミド) や制吐剤 (メトクロプラミド) の投与でコントロール可能で妊娠中の ART のアドヒアランスは全例良好であった。検査値異常はグレード 2 以上の貧血: 6 例 (35%) で鉄剤の投与で対応し, AZT の中止や輸血を要した症例はなかった。そのほか肝機能異常: 2 例 (12%), 耐糖能異常: 1 例 (6%) であったが高乳酸血症の発生例はなかった。

分娩様式は 35~38 週での選択的帝王切開が 14 例, 前期破水後の自然分娩が 3 例であった。現時点で 17 症例の児

への感染はみられていない。

HIV 感染妊婦に ART を使用する場合には、受診または妊娠判明時期、HIV 感染症の進行度、今までの ART 使用歴などを考慮し、患者自身の HIV 感染症の治療に対して有効であり、且つ母子感染予防として安全性のある薬剤を選択することが重要である。今回の調査でも妊婦に対して安全性の高い AZT+3TC+NfV が多く使用されていた。ART に多い副作用である消化器症状は比較的低頻度だったが、症状出現時には薬剤以外の原因検索も行った上で、症状が強い場合には止痢剤や制吐剤を用いた。血液検査値の異常では、貧血が数多く見られたが鉄剤の内服のみで対応可能であり AZT よりも妊娠に伴う鉄欠乏性貧血の要因が大きいと思われる。今回の調査では乳酸アシドーシスの出現はみられなかったが、妊娠中に出現すると重篤化しやすいことが報告されており、症状や検査を定期的にモニターすることが重要である。

(2) 感染児の予後と社会生活に関する問題

大阪市立総合医療センター小児科 外川 正生
わが国では、HIV 感染妊婦の分娩とその新生児、あるいは偶然発見された小児 HIV/AIDS を、全数登録して前向き調査する制度が存在しないことから、感染児の正確な動向と予後や問題点を把握することは困難である。厚生省研究班では、5 年間の全国小児科診療施設調査から 35 例の感染児を把握した。35 例の転帰は、無症状ないし中等度免疫低下が 15 例 (43%)、帰国または不明が 4 例 (11%)、AIDS が 7 例 (20%)、死亡が 9 例 (26%) であった。AIDS または死亡の率は、初診年齢が 2 歳以下では 56%、5 歳以上では 0%、また初診年代が 1999 年以前では 56%、2000 年以降では 20% と対照的であった。生存 22 例における、発育段階別検討課題は以下の通りであった。

1. 乳幼児期：生ワクチン接種の可否と、接種者とのコミュニケーション。HAART における薬剤の選択肢が限定されることや、至適投与量の決定が難しいこと。
2. 就園～学童期：免疫を守るために定期通院し、検査を受け、服薬することの意味の伝え方。集団生活でケガをして、出血した場合にとるべき行動についての躰。
3. 思春期周辺：告知と性教育。告知後のサポート体制をどこまで揃えることができるか。
4. 全年齢で：母の AIDS 6 例、死亡 6 例の現状による問題。薬剤耐性や副作用、ミトコンドリア機能障害（心筋障害、ミオパチー、脂肪肝、乳酸アシドーシス）出現時の対応策。

以上を要約すると、本人・親族・地域社会および一般医療者に対する告知、支援体制および治療薬の長期展望に関する問題である。小児 HIV/AIDS とその家族を孤立させな

いように支援し、本人のみならず周囲にまで告知を徹底することができるまでには多くのステップを慎重に踏み越える必要がある。そのために医師・看護師・薬剤師・MSW・種々のカウンセラー（公的・NGO・NPO・同病者）の連携が必須である。また感染症に対する標準的予防と HIV/AIDS の概念が一般化するように、医療の専門家が学校教育現場に働きかけることも日本社会の成熟にとって重要と思われる。

(3) 女性感染者が抱える性行動と挙児希望に関する問題

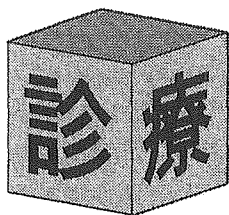
国立国際医療センターエイズ治療・研究開発センター
ケア支援室
大金 美和

女性の性行動において「感染予防」と「避妊」が行われなければ、「性行為感染」とともに「妊娠」の可能性が生じるのは自明のことではあるが、その予防について広く世間に周知徹底されてはいない。従って、女性感染者の受診契機の特徴でもある妊娠判明と同時期に HIV 感染が判明するケースが後を絶たない。一般の女性に対し、感染以前から「性感染」と「妊娠」に関する情報提供することが望ましく、特に HIV 感染症がリプロダクティブヘルスに影響を及ぼす女性特有の問題に発展し得る、ということを認識してもらうことが重要である。すでに感染した女性に対しては、計画的な妊娠を勧めるためにも、適切なタイミングで妊娠・出産に関わる情報提供を行うことが重要である。今回、女性感染者の性行動や挙児希望への支援に関わる医療者側の問題点を整理することを目的に、看護職を対象にアンケートを行い、妊娠前の女性感染者に対する妊娠・出産に関する情報提供の必要性に関する調査を行った。「感染予防」「避妊（計画的妊娠）」「妊娠（挙児希望）」に関する指導/相談の実施については、「感染予防」に関する指導/相談はほとんどの看護職が行っていたが、「妊娠（挙児希望）」に関する指導/相談の実施率は低く、妊娠前の女性感染者と話し合い検討する必要性の認識が不足していると考えられた。また、看護職が「妊娠（挙児希望）」に関する指導/相談時に情報提供すべき点につき質問したところ、母子感染やその予防に関する項目に集中し、その他の項目を指摘する割合が低かったことから、女性感染者の「妊娠（挙児希望）」に対する、妊娠前からのトータルケアの不足が懸念された。以上より、女性感染者の性行動や挙児希望への支援に関する知識の普及と実践に向けた、医療者向けのガイドとなる教材の作成および活用が必要と考えられた。そのためには現在繁用されている母子感染予防対策マニュアルの中で、リプロダクティブヘルスを重視した「女性特有の問題」を取り上げ、女性感染者の性行動や挙児希望への支援に対する解説を加えることも有効な手段と思われる。

おわりに

HIV/AIDS と妊娠に関わる問題の中から、特に近年噴出してきた問題を中心にシンポジウムを構成したため、問題の提起に終始し効果的な対策を提案するまでには至らない課題も多かった。しかし眼前の様々な問題について、HIV/AIDS と妊娠に携わる各方面の方々から共通した理解を得

ること、また研究の方向性を提示することには成功したと思う。今後各々の研究が進み、近い将来必ずや問題解決に導かれることを期待している。稿を終えるにあたり、本テーマをご選択下さいました三間屋純一会長およびプログラム委員の皆様、およびお忙しい中座長の指定した課題に真剣に取り組んでいただきましたシンポジストの皆様にご心より御礼申し上げます。(塚原優己, 矢永由里子)



わが国における妊婦 HIV 抗体検査の 実施状況

—依然続く地域較差—

(厚労省エイズ対策事業分担研究「HIV 母子感染予防の
臨床的研究」全国調査より)

塚原 優己* 和田 裕一* 吉野 直人*
喜多 恒和* 稲葉 憲之* 戸谷 良造*

近年、HIV 母子感染のきわめて効果的な予防対策が確立されたが、この感染予防対策を講じるためには、まず始めに HIV 感染の有無を検査することが必須である。厚労省エイズ対策事業分担研究「HIV 母子感染予防の臨床的研究」班は、1999 (平成 11) 年度から 4 年間全国の産婦人科標榜施設を対象にアンケートを行い、妊婦 HIV 抗体検査の実施率を調査した。抗体検査実施率は、1999 (平成 11) 年度 73.2%、2000 (12 年) 度 79.7%、2001 (13 年) 度 82.6%、2002 (14 年) 度 85.0%と年を追うごとに増加していた。都道府県別の検討では、47 都道府県中 43 都道府県で検査実施率が上昇していたが、依然大きな地域較差が認められた。

はじめに

HIV/AIDS は、完治にいたる治療法がまだまだ開発されておらず、人類にとって最大の問題のひとつである。2003 年 UNAIDS (国連エイズ合同計画) の報告¹⁾によれば、HIV/AIDS 感染者数はいまだ増加し続けており、世界中の HIV/AIDS 感染者数は、2002 年末で 4,200 万人に及んだと推定されている。うち 1,920 万人が女性で 320 万人は 15 歳未満の小児である。また、この 1 年間に世界中で 500 万人が新たに HIV に感染し、310 万人が HIV/AIDS により

命を落としたとも報告されている。HIV の主たる感染経路である異性間あるいは同性間の性的接触に関しては、いまだにコンドームの使用以外に確実な防御策が考案されていない。一方、感染経路のひとつである母子感染は、①妊娠中の抗 HIV 薬内服、②選択的帝王切開術、③母乳投与の禁止、④出生時の抗 HIV 薬予防投与からなる感染予防対策を講じることで、約 30%といわれる自然感染率を 1~2%程度まで低下させることが可能となった^{2)~4)}。これを受け、2002 年 3 月社団法人日本産婦人科学会は「妊婦健診時の HIV 抗体検査推奨に関するお知らせ」を公表し⁵⁾、全国の学会員に妊婦 HIV 抗体検査を推奨している。すでに HIV 母子感染が予防可能となった現在、その感染予防対策を講じるためには妊婦に対する HIV 抗体検査が必須である。厚労省エイズ対策事業分担研究「HIV 母子感染予防の臨床的研究」班

*Yuki TSUKAHARA, Yuichi WADA, Naoto YOSHINO, Tsunekazu KITA, Noriyuki INABA, Ryoza TOTANI
国立成育医療センター周産期診療部産科
〒157-8535 東京都世田谷区大蔵 2-10-1

(分担研究者：国立名古屋病院産婦人科 戸谷良造)は、わが国における妊婦 HIV 抗体検査の実態把握を目的に、1999 (平成 11) 年度から 4 年間、全国の産婦人科標榜施設を対象に妊婦 HIV 抗体検査に関するアンケート調査を行った⁶⁾。以下にその報告書の内容につき解説させていただく。なお報告書の全文は、エイズ予防財団ホームページ中のエイズ予防情報ネット予防関連資料室 (<http://api-net.jfap.or.jp/siryou/siryou-Frame.htm>) にも掲載されており、そちらを参照されたい。

I. 調査対象および方法

厚生労働省編「全国病院要覧」に記載された個人開設を除く産婦人科標榜病院施設 (平成 14 年度は 1,645 施設) を対象とした。1999 (平成 11) 年度から 2002 (平成 14) 年度までの 4 年間、毎年 10 月に各施設に ① 妊婦に対する HIV 抗体検査実施率と ② 年間分娩件数を問うアンケート用紙を郵送し、返信された回答を集計し解析した。なお、抗体検査実施率は、(各施設での「抗体検査実施率」×「年間分娩数」の総和) を (「各施設の年間分娩数」の総和) で除した数字を % で表した。

II. 結 果

1. 全国の HIV 抗体検査実施率 (表 1)

2002 (平成 14) 年度のアンケートは 1,645 施設に送付された。産婦人科廃止などで返信された 13 件を差し引いた有効件数 1,632 件に対して、回答のあった葉書の数から算出した有効回答率は 76.0% だった。また、1999 (平成 11) 年度、2000、2001 年度の回答率はそれぞれ 81.6%、77.5%、64.3% であった。

2002 (平成 14) 年度の調査は計算上、2001 (平成 13) 年全国年間分娩総数 1,190,337 件の 40.2% (478,749 件) を補足したことになる。うち妊娠中に HIV 抗体検査を実施していた分娩数は 405,948 件、抗体検査実施率は 85.0%

(平成 13 年度比 2.4% 増) であった。このなかからのべ 32 例の HIV 感染妊娠が報告された²⁾ (表 2)。1999 (平成 11) 年度から 2002 (平成 14) 年度までの調査結果を統合すると、4 年間の全国総分娩数 4,789,664 件中、調査により補足した分娩数は 1,942,246 件で、うち 1,550,193 分娩で HIV 抗体検査が行われていた。

2. 都道府県別 HIV 抗体検査実施率 (表 3)

妊婦 HIV 抗体検査実施率をもっとも高率だったのは静岡県 (100.0%) で、もっとも低率だったのは宮崎県 (32.5%) だった。1999 (平成 11) 年度の調査以来、依然として地域による実施率のばらつきがみられるが、この地域較差は年ごとに徐々に狭まっていた。各県ごとの抗体検査実施率を昨年度の結果と比較すると、47 都道府県中 29 道府県で検査実施率が上昇していた。2001 (平成 13) 年度の調査から 2002 (平成 14) 年度にかけて検査実施率が 20% 以上上昇した県は、佐賀県 [2001 (平成 13) 年度 0.1% → 2002 (平成 14) 年度 33.9%]、徳島県 (50.3% → 79.3%)、秋田県 (68.9% → 96.0%)、山口県 (38.0% → 64.6%)、福井県 (54.1% → 75.6%)、島根県 (21.3% → 42.8%) の 6 県であった。逆に検査実施率が 10% 以上減少した県は、大分県 (74.6% → 50.2%)、宮崎県 (47.0% → 32.5%)、愛媛県 (73.1% → 61.4%) の 3 県であった。

さらに 2002 (平成 14) 年度と 1999 (平成 11) 年度の HIV 抗体検査実施率の比較では (図 1)、47 都道府県中 43 都道府県で実施率が上昇しており、とくに和歌山県・徳島県での上昇が顕著であった。逆に抗体検査実施率が減少した県はわずか 4 県だった。

3. 公的補助中止の影響 (図 2)

妊婦 HIV 抗体検査実施率が減少した 4 県のなかで、青森県を除く 3 県の減少率は 3% 未満とわずかだったが、青森県の抗体検査実施率は 1999 (平成 11) 年度 87.8% → 12 年度 69.0% → 2001 (平成 13) 年度 42.6% → 2002 (平成 14) 年度 41.1% と調査開始以降著明に減少し続けていた。青森県では、1999 (平成 11) 年 4 月

表 1 都道府県別調査回答率の年次推移

(産婦人科一次)

都道府県	回 答 率			
	平成 14 年度	平成 13 年度	平成 12 年度	平成 11 年度
北海道	75.6%	56.7%	76.7%	73.9%
青森県	59.1%	45.5%	68.2%	90.9%
岩手県	77.8%	55.6%	71.4%	78.6%
宮城県	73.5%	65.6%	75.7%	77.8%
秋田県	61.9%	76.2%	95.2%	90.5%
山形県	84.6%	61.5%	77.8%	81.5%
福島県	69.7%	57.6%	63.9%	72.2%
茨城県	61.8%	73.5%	88.6%	77.1%
栃木県	68.4%	65.0%	72.7%	70.8%
群馬県	73.1%	55.6%	78.6%	67.9%
埼玉県	71.9%	50.8%	66.7%	72.1%
千葉県	72.3%	42.9%	62.7%	76.5%
東京都	70.4%	61.9%	72.3%	77.1%
神奈川県	74.7%	63.3%	79.7%	84.1%
新潟県	86.4%	63.6%	88.6%	97.7%
山梨県	75.0%	66.7%	86.4%	77.3%
長野県	73.2%	54.8%	60.7%	89.3%
富山県	81.0%	68.2%	70.6%	77.8%
石川県	80.8%	59.3%	66.7%	83.3%
福井県	76.5%	64.7%	83.3%	79.1%
岐阜県	77.8%	77.8%	92.9%	86.7%
静岡県	77.1%	74.3%	73.0%	89.5%
愛知県	80.2%	71.0%	86.0%	79.2%
三重県	91.3%	73.9%	91.3%	79.2%
滋賀県	75.0%	47.6%	68.2%	77.3%
京都府	75.0%	70.7%	82.9%	88.1%
大阪府	81.6%	72.0%	79.8%	89.1%
兵庫県	83.3%	75.0%	80.8%	81.8%
奈良県	93.8%	75.0%	87.5%	100.0%
和歌山県	88.2%	64.7%	88.2%	88.2%
鳥取県	54.5%	45.5%	81.8%	63.6%
島根県	88.2%	70.6%	88.2%	88.9%
岡山県	72.7%	60.6%	74.3%	80.0%
広島県	70.5%	75.0%	81.8%	93.2%
山口県	62.5%	64.0%	84.0%	96.0%
徳島県	91.7%	76.9%	84.6%	84.6%
香川県	80.0%	65.0%	85.0%	85.0%
愛媛県	77.3%	63.6%	78.3%	75.0%
高知県	76.9%	69.2%	78.6%	73.3%
福岡県	86.4%	86.7%	85.1%	89.8%
佐賀県	80.0%	70.0%	90.0%	90.0%
長崎県	92.3%	64.3%	80.0%	86.7%
熊本県	65.2%	54.2%	70.8%	92.0%
大分県	80.0%	66.7%	76.2%	76.2%
宮崎県	61.5%	53.8%	35.7%	60.0%
鹿児島県	66.7%	58.3%	60.0%	80.8%
沖縄県	72.2%	54.5%	63.6%	68.2%
合 計	76.0%	64.3%	77.6%	81.6%

表 2 都道府県別 HIV 感染妊婦累積症例数

(産婦人科一次)

ブロック	都道府県	症例数	構成割合	ブロック別 症例数	ブロック別 構成割合
北海道・東北	北海道	4	1.1%	18	5.0%
	青森県	2	0.6%		
	岩手県	2	0.6%		
	宮城県	6	1.7%		
	秋田県	2	0.6%		
	福島県	2	0.6%		
関東・甲信越	茨城県	28	7.8%	237	65.8%
	栃木県	7	1.9%		
	群馬県	6	1.7%		
	埼玉県	20	5.6%		
	千葉県	46	12.8%		
	東京都	82	22.8%		
	神奈川県	30	8.3%		
	新潟県	3	0.8%		
	山梨県	4	1.1%		
	長野県	11	3.1%		
東海・北陸	石川県	2	0.6%	49	13.6%
	福井県	4	1.1%		
	岐阜県	2	0.6%		
	静岡県	11	3.1%		
	愛知県	26	7.2%		
	三重県	4	1.1%		
近畿	滋賀県	4	1.1%	37	10.3%
	京都府	8	2.2%		
	大阪府	18	5.0%		
	兵庫県	4	1.1%		
	奈良県	3	0.8%		
中国・四国	広島県	1	0.3%	9	2.5%
	香川県	3	0.8%		
	愛知県	4	1.1%		
	高知県	1	0.3%		
九州・沖縄	福岡県	5	1.4%	10	2.8%
	長崎県	1	0.3%		
	鹿児島県	4	1.1%		
合 計		360	100.0%	360	100.0%

より県による HIV 抗体検査の公的補助が中止されており、これが検査率減少の一因と推測される。一方、青森県同様に県が公費負担の削減を行った埼玉県は抗体検査実施率の減少を免れ

ている。埼玉県では 2002 (平成 14) 年度に、これまで県が全額負担していた検査費用を、県負担 4 割、市町村負担 6 割 (一部の市では個人負担) に変更した。このような費用負担の配分

表 3 都道府県別 HIV 抗体検査率

(産婦人科一次)

都道府県	平成 14 年度		抗体検査率			
	分娩件数	検査件数	平成 14 年度	平成 13 年度	平成 12 年度	平成 11 年度
静岡県	12,509	12,504	100.0%	98.4%	98.4%	88.4%
山梨県	3,092	3,090	99.9%	100.0%	95.7%	94.8%
福島県	7,271	7,235	99.5%	92.8%	96.0%	89.9%
新潟県	13,507	13,437	99.5%	99.9%	95.1%	88.4%
栃木県	6,887	6,838	99.3%	87.4%	90.2%	75.0%
埼玉県	22,627	22,407	99.0%	99.1%	99.6%	96.1%
群馬県	6,562	6,492	98.9%	94.2%	95.7%	87.1%
茨城県	9,612	9,488	98.7%	98.4%	94.7%	91.2%
長野県	10,856	10,572	97.4%	95.1%	98.4%	82.8%
岐阜県	6,899	6,692	97.0%	94.9%	97.0%	80.6%
秋田県	3,894	3,740	96.0%	68.9%	72.1%	65.0%
神奈川県	33,958	32,604	96.0%	95.8%	97.0%	93.1%
千葉県	10,992	10,445	95.0%	98.6%	97.5%	95.1%
石川県	5,817	5,522	94.9%	97.3%	92.1%	89.3%
京都府	10,303	9,736	94.5%	95.1%	91.5%	81.4%
三重県	6,616	6,212	93.9%	90.8%	96.5%	83.6%
東京都	50,154	47,049	93.8%	96.5%	91.5%	88.8%
愛知県	28,311	25,438	89.9%	90.9%	83.6%	73.8%
富山県	4,910	4,384	89.3%	81.3%	79.4%	80.7%
鹿児島県	7,114	6,325	88.9%	85.6%	71.6%	55.2%
宮城県	10,260	9,109	88.8%	95.7%	95.1%	91.5%
奈良県	5,588	4,867	87.1%	96.4%	85.2%	68.7%
大阪府	44,775	38,949	87.0%	81.1%	83.3%	74.0%
岡山県	7,318	6,237	85.2%	75.8%	69.2%	66.6%
香川県	4,241	3,565	84.1%	76.9%	45.8%	44.2%
兵庫県	23,188	18,554	80.0%	68.9%	73.0%	58.5%
北海道	25,106	20,072	79.9%	71.5%	69.8%	64.0%
徳島県	3,001	2,381	79.3%	50.3%	50.1%	37.9%
広島県	10,468	8,233	78.6%	81.1%	76.8%	65.0%
滋賀県	3,534	2,710	76.7%	71.5%	75.6%	73.0%
福井県	2,953	2,233	75.6%	54.1%	71.7%	65.3%
熊本県	5,333	3,655	68.5%	68.0%	60.8%	49.7%
和歌山県	4,568	3,094	67.7%	48.9%	34.5%	13.9%
山形県	6,927	4,593	66.3%	64.2%	49.7%	34.5%
山口県	4,051	2,617	64.6%	38.0%	32.2%	29.9%
愛媛県	4,694	2,880	61.4%	73.1%	40.8%	45.6%
長崎県	4,993	2,936	58.8%	59.7%	56.5%	55.2%
岩手県	6,445	3,757	58.3%	58.9%	56.6%	46.9%
鳥取県	2,052	1,072	52.2%	49.6%	59.6%	52.2%
大分県	2,931	1,470	50.2%	74.6%	31.0%	31.2%
高知県	2,876	1,357	47.2%	53.9%	33.4%	40.0%
島根県	3,677	1,575	42.8%	21.3%	20.5%	17.6%
青森県	4,576	1,879	41.1%	42.6%	69.0%	87.8%
福岡県	10,783	4,364	40.5%	34.8%	36.0%	32.7%
沖縄県	8,347	3,074	36.8%	30.3%	6.3%	5.1%
佐賀県	1,535	520	33.9%	0.1%	0.1%	2.3%
宮崎県	2,640	856	32.5%	47.0%	22.0%	34.0%
全 国	478,749	406,821	85.0%	82.6%	79.7%	73.2%

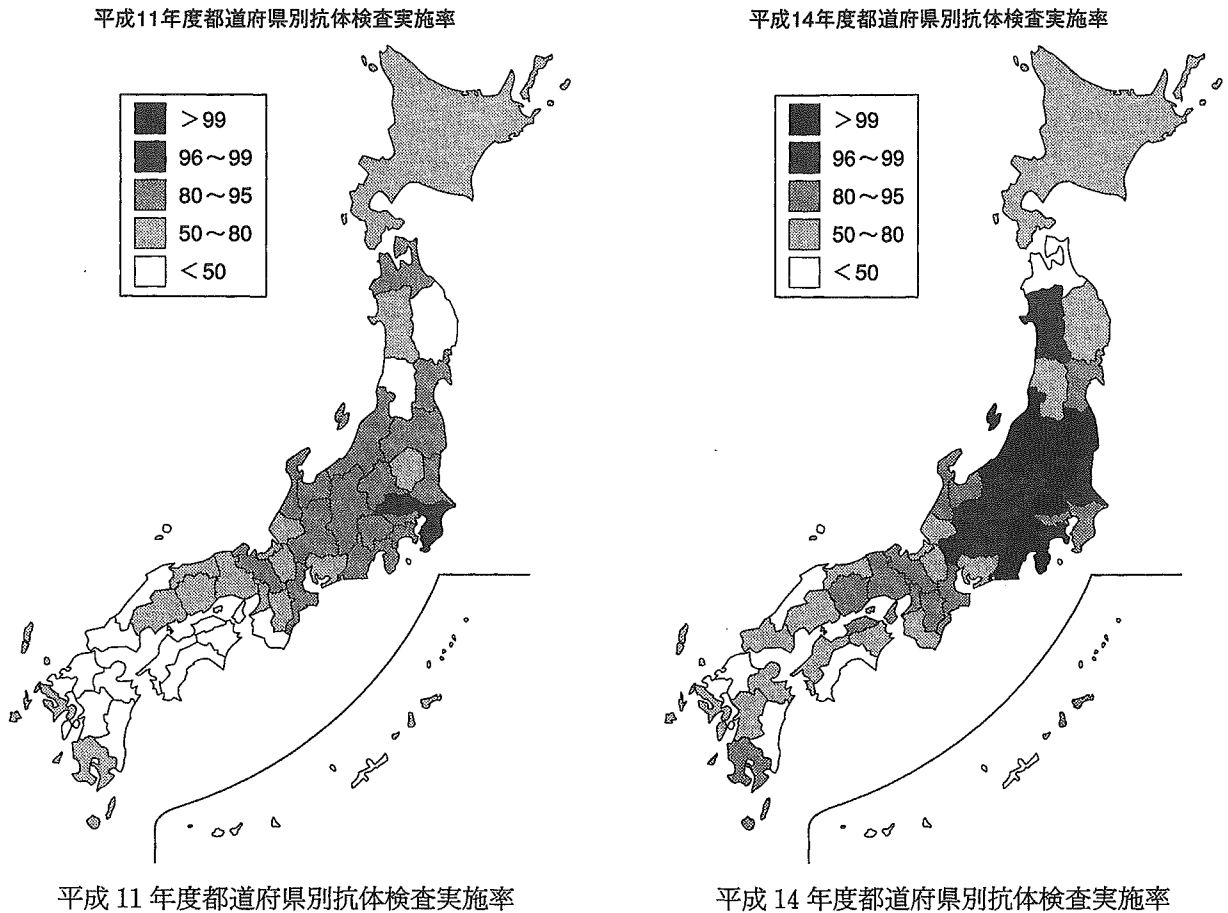


図 1 都道府県別抗体検査実施率の推移

が行われた埼玉県では、検査実施率は減少せず、また6割の検査費用が個人負担となった市でも、2001（平成13）年度97%，2002（平成14）年度98%と抗体検査実施率の減少は認められていない。

4. エイズ診療ブロック別 HIV 抗体検査実施率（表4・5）

エイズ診療ブロック別の集計では、4年間の調査をつうじて関東甲信越および東海・北陸ブロックは平均値を上回っており、九州ブロックは平均値を大きく下回っていた（表4）。2002（平成14）年度と1999（平成11）年度の調査結果をブロック別に比較すると、関東甲信越ブロックの抗体検査実施率がわずか6.3%の増加にとどまったのに対し、検査実施率が比較的低い近畿ブロック16.3%、中国四国ブロック20.7%、九州ブロック15.4%と著しい増加が認められ、したがってブロック間の較差も狭ま

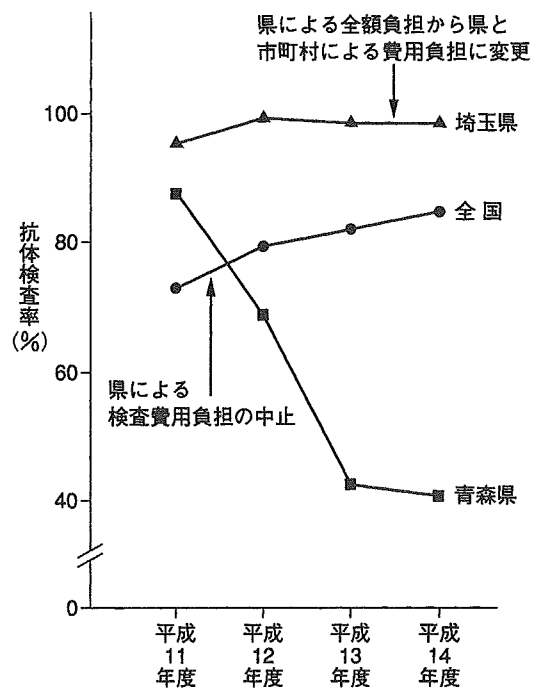


図 2 青森県・埼玉県・全国における抗体検査実施率の年次推移

表 4 ブロック別 HIV 抗体検査率

(産婦人科一次)

ブロック	平成 14 年度 分娩件数	検査件数	抗体検査率			
			平成 14 年度	平成 13 年度	平成 12 年度	平成 11 年度
北海道・東北	64,479	50,385	78.1%	75.0%	74.8%	69.3%
関東・甲信越	168,247	162,422	96.5%	96.6%	95.1%	90.2%
東海・北陸	68,015	62,985	92.6%	90.8%	88.4%	79.6%
近畿	91,954	77,910	84.7%	79.0%	79.3%	68.4%
中国・四国	42,378	29,917	70.6%	64.1%	53.8%	49.9%
九州・沖縄	43,676	23,202	53.1%	51.5%	40.5%	37.7%
全国	478,749	406,821	85.0%	82.6%	79.7%	73.2%

表 5 ブロック別全症例実施病院数および未実施病院数

(産婦人科一次)

ブロック	有効件数	全症例実施		未実施	
		病院数	率	病院数	率
北海道・東北	182	91	50.0%	33	18.1%
関東・甲信越	359	286	79.7%	20	5.6%
東海・北陸	193	137	71.0%	17	8.8%
近畿	215	132	61.4%	19	8.8%
中国・四国	145	74	51.0%	29	20.0%
九州・沖縄	141	31	22.0%	55	39.0%
全国	1,235	751	60.8%	173	14.0%

ってきた。

全妊婦に対して抗体検査を実施している病院数の割合と、全く抗体検査を行っていない病院数の割合を、エイズ診療ブロック別に比較した(表5)。全国の統計では、全例に抗体検査を実施している病院が60.8%、全く抗体検査を行っていない病院が14.0%であり、医療施設としての対応に大きな差があることも明らかとなった。ブロック別に比較すると、関東甲信越ブロックでは約8割の病院が妊婦全例に抗体検査を実施しており、抗体検査を行わない病院はわずか5.6%に過ぎないのに対し、九州ブロックでは逆に39%の病院で抗体検査を全く実施しておらず、妊婦全例に抗体検査を実施している病院はわずか22%であることが明らかになった。

III. 考 察

わが国の妊婦 HIV 抗体検査実施率は年々上昇傾向にある。都道府県別の検討では、47 都道府県中 43 都道府県で増加が認められていたが、検査実施率の較差は徐々に改善しつつあるものの依然として地域間の隔たりは大きい。HIV/エイズ診療ブロック別の検討では、関東・甲信越および東海・北陸ブロックが抗体検査実施率の全国平均値を上回っており、北海道・東北、中国・四国および九州・沖縄ブロックは平均値を下回っていた。ブロック間の較差も年を追って狭まってはいるが、いまだに改善の余地が残されている。

厚労省エイズ対策事業分担研究「HIV 母子感染予防の臨床的研究」班では、同班の調査結果から、わが国では HIV 抗体検査を行った妊

婦 10 万人に対し 10.5 人の HIV 感染妊婦が発生していると報告²⁾している。また、妊婦 HIV 抗体検査を経済効果の面から検討した稲葉らの報告⁶⁾によると、妊婦 10 万人に 10 人の HIV 感染妊婦が発見された場合、抗体検査にかかるコストと母子感染による感染児への医療費を削減できる額とはほぼ同等であるという。これらの数字から考え、HIV 感染妊娠例の少ないわが国でもすべての妊婦に対し HIV 抗体検査を行うことの意義はきわめて大である。妊婦に対する HIV 抗体検査普及のためにはいくつかの対策が考えられるが、全国的な普及のための原動力として公的補助の導入は大いに期待される場所である。経済的な公的介入が非常に重要であることは、公的補助を打ち切った青森県と、県と各市町村が分担することで打開策を見いだした埼玉県における HIV 抗体検査実施率の年次推移の比較 (図 2) から明らかである。

従来、HIV 抗体検査実施率が低かった都道府県やブロックにおいても、近年 HIV 感染妊婦の報告が散見されている²⁾ (表 2)。すでに HIV 感染妊娠の発生はある一定の地域に限局されるものではなくなっており、今後地方都市を中心に全国各地で HIV 感染妊娠が増加する危険性を示唆するものである。さらに 1999 (平成 11) 年以降、HIV 感染妊娠例の国籍は日本国籍感染者が約 50% を占めており、すでに“HIV 感染妊婦は外国人に多い”から日本人は大丈夫といった考えは通用しない。

一方、クラミジアをはじめとする性行為感染症の増加と低年齢化が進行しているわが国の一般社会では、HIV 感染も近い将来同様の結果となることが危惧されている⁷⁾。したがって今後妊婦の HIV 抗体検査実施率が上昇しなければ、未検査の HIV 感染妊娠が増加する危険性が高い。母子感染予防対策を講じることなく、自然経過で経膈分娩となった HIV 感染妊娠から約 30% の確率で母子感染を来す。すべて

の妊婦に対する HIV 抗体検査の実施が望まれる。

(本稿は、2002 (平成 14) 年度厚生省エイズ対策事業分担研究「HIV 母子感染予防の臨床的研究」班 (分担研究者: 国立名古屋病院産婦人科戸谷良造医長) 研究報告書から、HIV 抗体検査実施率についての報告を抜粋し改変させていただいた。ご指導いただきました研究班の方がたにこの場をお借りして深謝いたします。)

文 献

- 1) UNAIDS : AIDS epidemic update : December 2002.
- 2) 平成 14 年度厚生科学科学研究費補助金 (エイズ対策研究推進事業) 「妊産婦の STD 及び HIV 陽性率と妊婦の STD 及び HIV の新生児に与える影響に関する研究」班 (主任研究者: 田中憲一) 分担研究「HIV 母子感染予防の臨床的研究」班 (分担研究者: 戸谷良造) 研究報告書, 2003 年 3 月.
- 3) The European Mode of Delivery Collaboration : Elective caesarean-section versus vaginal delivery in prevention of vertical HIV-1 transmission : a randomised clinical trial. *Lancet*, **353** : 1035-1039, 1999.
- 4) The International Perinatal HIV Group : The mode of delivery and the risk of vertical transmission of human immunodeficiency virus type 1. *N Eng J Med*, **340** : 977-987, 1999.
- 5) 日本産科婦人科学会 : 妊婦健診時の HIV 抗体検査推奨に関するお知らせ. *日産婦誌*, **54** : 28-29, 2002.
- 6) 稲葉淳一, 他 : シミュレーションにより検討した日本における最適な HIV 母子感染予防対策. *日本エイズ学会誌*, **4** : 27-35, 2002.
- 7) 平成 12 年度厚生科学科学研究費補助金 (新興・再興感染症研究事業) 「性感染症センチネル・サーベイランス研究」班 (主任研究者: 熊本悦明) : 日本における性感染症 (STD) 流行の実態調査. *日性感染症学会誌*, **12** : 32-67, 2001.

* * * *

女性診療のための感染症のすべて

C. 性感染症

1. 性感染症の最近の動向

1. Sexually transmitted disease (STD); A trend in recent years

塚原 優己

TSUKAHARA Yuki

国立成育医療センター周産期診療部産科

21世紀に入り、新規整備された法体系の下で性行為感染症に関する予防指針が提示され、国を挙げてその抑制に取り組んできた。その結果少しずつ歯止めがかかり始めている性行為感染症も見受けられるが、一方で HIV/AIDS はいまだ増加の一途を示している。性感染症抑制に向けてさらなる努力が必要と考えられる。

Key Words 性感染症, 感染症新法, クラミジア感染症, 淋菌感染症, 梅毒, HIV/AIDS

はじめに

性（行為）感染症は、生殖年齢にある男女の多くが感染の危険性を有するため、その増加は社会的な大問題となりかねない。

近年のわが国の統計によれば、クラミジア感染症は女性を中心に、また淋菌感染症は男性を中心に増加の一途にある。また、現時点で人類最大の脅威のひとつでもある HIV 感染症も、わが国の感染者数はいまだ少数ではあるが右肩上がりの増加傾向を示しており、その感染経路のほとんどが性的接触によるものと考えられている。

一方近年、従来の伝染病予防法、性病予防法など感染症にかかわる法令が抜本的に見直され、現代社会に適合した「感染症の予防および感染症の患者に対する医療に関する法律」（いわゆる感染症新法）として再整備された。さらに、性感染

症・後天性免疫不全症候群に関しては、国を挙げて取り組む方向性を「特定感染症予防指針」として告示されている。

本稿においては、HIV 感染症も含め性感染症にかかわる法令を解説し、これら性行為感染症のわが国における現状についてお示ししたい。

感染症新法における性感染症の位置づけ

1999年（平成11年）4月より、わが国の感染症のさまざまな変化に対応することを目的に、「感染症の予防および感染症の患者に対する医療に関する法律」¹⁾（いわゆる感染症新法）が施行された。従来の伝染病予防法、性病予防法、（通称）エイズ予防法は廃止され、これらすべてが感染症新法の中に盛り込まれている。その目的は、類型の再整備と感染者の人権尊重である（表1）。

感染症新法では、感染症を社会的、医学的重要

表1 感染症の予防および感染症の患者に対する医療に関する法律（前文）

人類は、これまで、疾病、とりわけ感染症により、多大の苦難を経験してきた。ペスト、痘そう、コレラ等の感染症の流行は、時には文明を存亡の危機に追いやり、感染症を根絶することは、正に人類の悲願と言えるものである。

医学医療の進歩や衛生水準の著しい向上により、多くの感染症が克服されてきたが、新たな感染症の出現や既知の感染症の再興により、また、国際交流の進展等に伴い、感染症は、新たな形で、今なお人類に脅威を与えている。

一方、我が国においては、過去にハンセン病、後天性免疫不全症候群等の感染症の患者等に対するいわれのない差別や偏見が存在したという事実を重く受け止め、これを教訓として今後に生かすことが必要である。

このような感染症をめぐる状況の変化や感染症の患者等が置かれてきた状況を踏まえ、感染症の患者等の人権を尊重しつつ、これらの者に対する良質かつ適切な医療の提供を確保し、感染症に迅速かつ適確に対応することが求められている。

ここに、このような視点に立って、これまでの感染症の予防に関する施策を抜本的に見直し、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する総合的な施策の推進を図るため、この法律を制定する。

表2 感染症新法における性感染症の発生動向調査

疾患	調査対象
梅毒 後天性免疫不全症候群 (無症候性感染者も含む)	すべての症例を調査 診断したすべての医師は7日以内に保健所に届け出を行う
性器クラミジア感染症 性器ヘルペスウイルス感染症 淋菌感染症 尖圭コンジローマ	定点調査 約900の医療機関から定期的に都道府県を通して厚生労働省に報告される

度から5つに類型化しており、性感染症のほとんどは第5類に分類されている。国が行っている発生動向調査の対象となる性感染症を表2に示す。梅毒とHIV/AIDSは全国で発生する感染例すべてが調査対象であり、性器クラミジア感染症、性器ヘルペスウイルス感染症、尖圭コンジローマ、淋菌感染症は、約900の医療施設における症例を調査対象とした定点調査である。

特定感染症予防指針

性感染症（性器クラミジア感染症、性器ヘルペスウイルス感染症、尖圭コンジローマ、梅毒、淋菌感染症が対象）と後天性免疫不全症候群についてはその重要性に鑑み、「性感染症に関する特定

感染症予防指針」²⁾（平成12年2月2日告示）「後天性免疫不全症候群に関する特定感染症予防指針」³⁾（平成11年10月4日告示）が作成されている。（医学界では「性行為感染症 Sexually Transmitted Disease」の範疇にHIV感染症（後天性免疫不全症候群）も含め、性器クラミジア感染症、性器ヘルペスウイルス感染症、尖圭コンジローマ、梅毒、淋菌感染症等が包括されているが、法体系上は性器クラミジア感染症、性器ヘルペスウイルス感染症、尖圭コンジローマ、梅毒、淋菌感染症を対象とした「性感染症」と、HIV感染症の「後天性免疫不全症候群」に分けられている）

「性感染症に関する特定感染症予防指針」の中では「総合的に予防のための施策を推進するために、国、地方公共団体、医療関係者、民間団体等

表3 性感染症に関する特定感染症予防指針の骨子

第1 原因の究明
1 基本的考え方
2 発生動向の調査の活用
3 発生動向の調査以外の調査等
4 発生動向の調査等の結果の公開及び提供の強化
第2 発生の予防及びまん延の防止
1 基本的考え方
2 予防方法としてのコンドームの使用の推奨
3 検査の推奨と検査機会の提供
4 対象者の実情に応じた対策
5 相談指導の充実
第3 医療の提供
1 基本的考え方
2 医療関係者への情報の提供の強化
3 学会等の関係団体との連携
第4 研究開発の推進
1 基本的考え方
2 検査や治療等に関する研究開発の推進
3 発生動向等に関する疫学研究の推進
4 社会面と医学面における性の行動様式等に関する研究
5 研究評価等の充実
第5 国際的な連携
1 基本的考え方
2 諸外国との情報交換の推進
3 国際的な感染拡大抑制への貢献
第6 関係機関等との連携の強化等
1 関係機関等との連携の強化
2 本指針の進捗状況の評価及び展開

が連携して取り組んでいくべき課題について、発生の予防及びまん延の防止、良質かつ適切な医療の提供、正しい知識の普及等の観点から新たな取組の方向性」(原文より)が提示されている。

「後天性免疫不全症候群に関する特定感染症予防指針」では、「わが国における HIV 感染の拡大の抑制、患者等に対する人権を尊重した良質かつ適切な医療の提供等といった後天性免疫不全症候群に応じた予防の総合的な推進を図るため、国、地方公共団体、医療関係者及び NGO 等が共に連携して進めていくべき新たな取組の方向性」(原文より)が示されている。

いずれの指針も紙面の都合上全文を提示することはできないが、その骨子を表3,4に提示する。詳細については厚生労働省のホームページにて閲覧いただきたい。

表4 後天性免疫不全症候群に関する特定感染症予防指針の骨子

第1 原因の究明
1 エイズ発生動向調査の強化
2 個別施策層に対する施策の実施
3 国際的な発生動向の把握
第2 発生の予防及びまん延の防止
1 基本的な取組
2 個別施策層に対する施策の実施
3 性感染症対策との連携
4 検査体制の維持及び強化
5 検査時の相談(カウンセリング)体制の充実
6 保健医療相談体制の充実
第3 医療の提供
1 医療提供体制の確保
1) 医療機関の確保
2) 総合的な診療体制の確保
3) 十分な説明と同意に基づく医療の推進
4) 主要な合併症及び併発症への対応の強化
5) 情報ネットワークの整備
6) 在宅療養支援体制の整備
7) 外国人に対する医療への対応
8) 人材の活用
9) 治療薬剤の円滑な供給確保
2 個別施策層に対する施策の実施
3 日常生活を支援するための保健医療サービスと福祉サービスの連携強化
第4 研究開発の推進
1 研究の充実
2 特効薬等の研究開発
3 研究評価の充実
第5 国際的な連携
1 諸外国との情報交換の推進
2 国際的な感染拡大抑制への貢献
3 国内施策のためのアジア諸国等への協力
第6 人権の尊重
1 人権の擁護及び個人情報保護
2 偏見や差別の撤廃への努力
3 十分な説明と同意に基づいた個人を尊重した保健医療サービスの提供
第7 普及啓発及び教育
1 感染予防のための普及啓発の強化
2 患者等及び個別施策層に対する普及啓発の強化
3 医療従事者等に対する教育
4 関係機関との連携の強化
第8 関係機関との新たな連携
1 省庁、NGO等を含めた関係機関の連携の強化
2 保健所の役割の強化
3 本指針の進捗状況の評価と展開

性感染症の最近の動向

最近の性感染症の特徴を表5に示す¹⁾。従来の梅毒、淋菌などに加え、クラミジアやヘルペス、