

230万人、2006年のAIDSによる死亡者数は290万人(子ども38万人)に昇ります。世界の各地域(表1)とわが国(表2)を比較すると、感染数こそ小さいですが、日本国籍男性の顕著なHIV/AIDS増加を筆頭に、毎年、年間報告件数が前年を更新していることが問題とされます。静注薬物濫用や母子感染によるものはHIV/AIDSともにいずれも1%以下にとどまっています。

母子感染率

自然状態の母子感染率⁴⁾は30～45%におよび、発生する時期と確率は、胎内5～10%・周産期10～15%・母乳栄養期5～20%と推定されています(表3)。一方、ARTの開始によって妊娠母体のCD4値が高く、血中ウイルス量(Viral Load:VL)が低いほど、また陣痛から分娩のプロセスで母体血の児への曝露が少ないほど、母子感染は減少します。従って先進国の母子感染予防は、妊婦へのART、陣痛発来前の予定帝王切開による分娩、新生児へのARTおよび人工乳栄養の全てを実施することが標準となり、その結果母子感染は1%内外に抑制されています。

母子感染の診断

HIV感染症の診断には、血清中の抗HIV抗体(粒子凝集法・ELISA法・WB法など)が用いられますが、生後18か月までは母体移行抗体の存在から、RT-PCR法によってHIV-

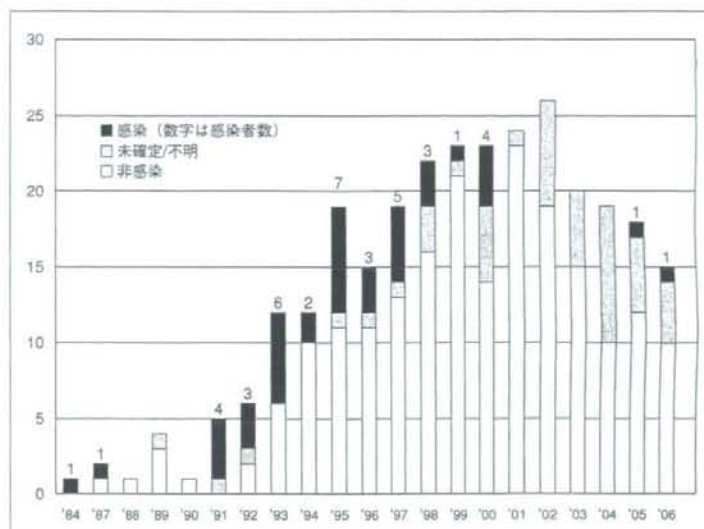


図1 年次別出生数と感染状況²⁾

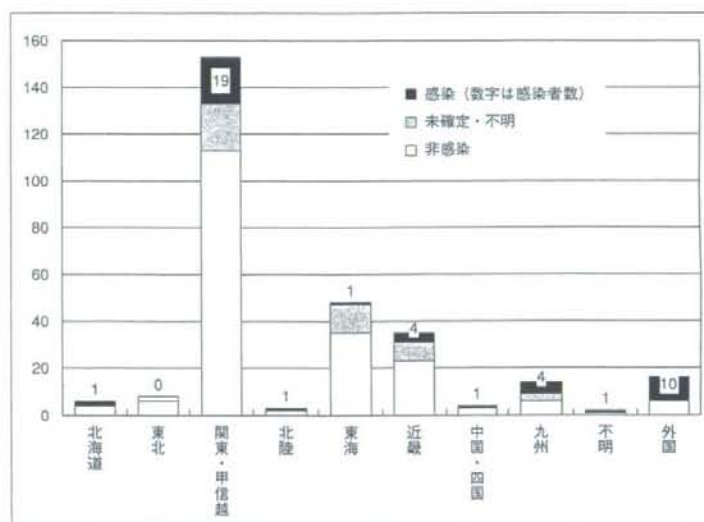


図2 児の出生地域と感染状況²⁾

RNAを検出します。検査時期は生後48時間以内、14日、1～2か月、3～6か月の計4回を基本とします。2回の異なる時期の血液検査が陽性の場合(ただし臍帯血を除く)は感染、生後1か月以降に行なった2回以上のPCR(1回は生後4か月以降)が陰性であれば非感染と診断します。生後18か月で低ガンマグロブリン血症がなく、HIV抗体陰性で、しかもHIV感染による症候がなく、さらにウイルス学的検査も陰性の場合、感染は完全に否定されます。

母子感染児の自然経過

成人同様CD4とVLが病勢予測因

子ですが、VLは出生から数週間まで $10^5 \sim 10^7$ コピーまで急増し1～3か月でピークに達した後、2～3歳までに約 10^5 まで減少します。無治療では1歳までに10～50%が重篤化ないし死亡し、5～6歳まで年間数%ずつAIDSを発症しますが、この年齢を超えると進行が緩慢となり、5～10%は軽症ないし無症状のまま思春期を迎えることができます⁵⁾。乳幼児期のAIDS指標疾患は、カリニ肺炎、反復重篤細菌感染症、消耗症候群、脳症、カンジダ食道炎、サイトメガロウイルス疾患、非定型抗酸菌症などです。他に特有な症状は乳児期の体重増加不良、遷延する

カンジダ口内炎、リンパ節や肝脾の腫大、湿疹、1歳以降の歩行障害や耳下腺腫脹、リンパ様間質性肺炎などです。

母子感染児の治療

小児診療に有用なガイドラインがオンラインで参照できます。

- ・ [AIDS Info (DHHS)]
<http://www.aidsinfo.nih.gov/>
- ・ [Women, Children, and HIV (International Antiretroviral Treatment Guidelines and Reports)]
<http://www.womenchildrenhiv.org/>

表4 母親の国籍と児の感染状況²⁾

地域	国籍	人数(人)	比率	感染(人)	感染率	非感染(人)	未確定・不明(人)
東アジア	日本	123	42.9%	12	9.8%	85	26
	中国	10	4.5%	3	30.0%	5	2
東南アジア	タイ	74	33.5%	11	14.9%	53	10
	フィリピン	11	5.0%	0	0.0%	8	3
	ミャンマー	3	1.4%	2	66.7%	1	0
	インドネシア	1	0.5%	1	100.0%	0	0
	カンボジア	1	0.5%	0	0.0%	1	0
	ベトナム	1	0.5%	0	0.0%	1	0
アフリカ	ケニア	16	7.2%	8	50.0%	8	0
	タンザニア	7	3.2%	2	28.6%	5	0
	エチオピア	4	1.8%	0	0.0%	3	1
	ガーナ	1	0.5%	0	0.0%	0	1
	ザンビア	2	0.9%	0	0.0%	2	0
	ブルンディ	1	0.5%	0	0.0%	1	0
南米	ブラジル	24	10.9%	3	12.5%	19	2
	ボリビア	2	0.9%	0	0.0%	2	0
	ペルー	1	0.5%	0	0.0%	1	0
不明		5	2.3%	0	0.0%	4	1
合計		287	100.0%	42	14.6%	199	46

わが国における HIV 感染女性から出生した乳児の現状²⁾

厚労科研班調査の結果、HIV 感染女性から出生した乳児（図1）は1984年の第1例から2006年度までに287例あり、うち42例に母子感染を認めました。感染例は1984年から2000年、および2005年と2006年に分布し、1995年の7人がピークでした。出生地域（図2）は東京64例、千葉30例、大阪28例、愛知27例と大都市に集中する一方、北海道から九州まで全国に分布していました。感染例は関東甲信越19例、外国出生10例、その他の順でした。

母親の国籍（表4）は、日本、タイを筆頭に、アジア、アフリカ、南米に分布しました。

わが国では HIV 陽性妊婦の母子感

染予防策が1996年ごろから普及し、これまでに感染率0.6%まで下げられることが実証されました（表5）。

感染児42例の転帰は無症状23例、中等症1例、AIDS 3例、死亡11例、転帰不明4例でした。初診年齢は0から12歳で、免疫不全の発症時期が分散していました。初診時症状は、無症状17例、呼吸障害13例、カンジダ症4例、体重増加不良・歩行障害・肝脾腫・耳下腺腫脹

がそれぞれ2例、その他でした。

初診から最終観察までの年齢・臨床症状が全て把握できた症例の経過を図示しました（図3-1、3-2）。初診時3歳以下では高率にAIDSまたは死亡の転帰を取りましたが、多剤併用療法（Highly Active Antiretroviral Therapy: HAART）（+）15例中12例は良好に経過していました。一方、初診4歳以上の群はHAART（-）でも3例中2例が、さらにHAART（+）では8例中7

表5 予定帝王切開群における母子感染予防効果²⁾

	症例数	感染	非感染	未確定・不明	感染率 (%)
投薬不明	10	1		9	10.0
母児とも投薬なし	26	3		23	11.5
母のみ投薬	13	1		12	7.7
児のみ投薬	9	1		8	11.1
母と児に投薬	154	1		153	0.6
予定帝王切開合計	212	7		205	

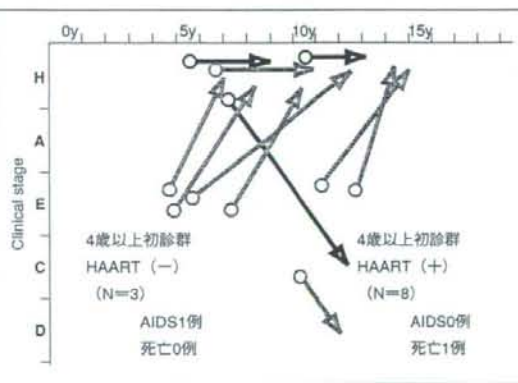
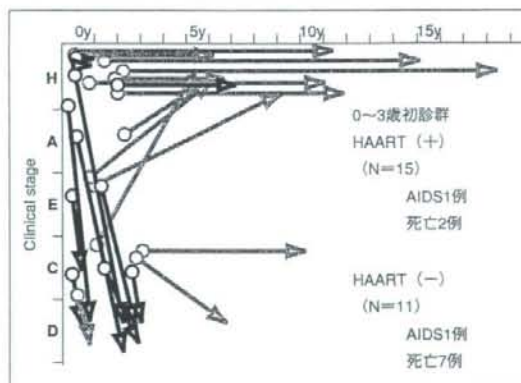


図3-1 母子感染児の予後〈初診時年齢が0から3歳の群〉²⁾ 図3-2 母子感染児の予後〈初診時年齢が4歳以上の群〉²⁾

図の横軸は年齢を、縦軸はCDCによる小児HIV感染症の臨床分類による病期を示し、N（無症状）A（軽症）B（中等症）C（エイズ発症）D（死亡）と下へ進むほど重症化する。○→は各症例をさし、黒色線はHAART施行なし群、灰色線はHAART施行あり群を示す。初診時を起点●で、最終観察時を矢印で表し、症例ごとの経過と転帰を示す。

例が良好に経過していました。

* * *

HIV 母子感染例が減り、HAART の普及によって、多くの小児 HIV / AIDS が日和見感染症との戦いから解放されつつあります。しかし、AIDS の ART は生涯に渡って継続する必要があるといわれ、その副作用や耐性出現を克服できるかどうかは大きな課題です。また、日本では小児 HIV / AIDS が極めて少ないために、患者・診療者間の情報交換は難しく、個々の現場にはワクチン接種の可否、水平感染予防、告知とカウ

ンセリングの方法などをめぐって、悩みが絶えません。

幼稚園・学校などの教育者は、血液を媒介する感染症の存在を想定して、出血の場面では、どんな子どもに対しても同じ方法で決められた処置をしなければならないことを再確認すべきと思われます。

◎引用・参考文献◎

- 1) エイズ動向委員会報告：API-Net エイズ予防情報ネット
<http://api-net.jfap.or.jp/>
- 2) 平成 18 年度厚生労働科学研究費補助金エイズ対策研究事業「周産期・

小児・生殖医療における HIV 感染対策に関する集学的研究」(主任研究者：稲葉憲之) 平成 18 年度総括・分担研究報告書、2007 年 3 月

- 3) AIDS epidemic update: special report on HIV/AIDS, December 2006. http://www.unaids.org/en/HIV_data/epi2006/default.asp
- 4) De Cock KM, Fowler MG, Mercier E, et al: Prevention of mother-to-child HIV transmission in resource-poor countries: Translating research into policy and practice. *JAMA* 283:1175-1182, 2000
- 5) The European Collaborative Study: Fluctuations in symptoms in human immunodeficiency virus-infected children: The first 10 years of life. *Pediatrics* 108:116-122, 2001

見たい情報がパツ! より使いやすくなった ツムラ漢方スクエア

●トップページから見たい情報へ、スムーズに誘導します。

1 職種、目的、レベルに応じてナビゲーション。
トップページからメニューを選んで、スムーズな情報選びをサポート。

2 サイト内検索に Google エンジンを搭載しました。
世界最高水準の検索エンジン「Google」を使って必要とする情報をより的確に、スピーディーに探し出せるユーザーインターフェイスを実現しました。

3 講師が語りかける、わかりやすいムービー形式。
ナマの講義をビデオ収録して、ご利用しました。聴いてわかる、見てわかる。ツムラ漢方スクエアならではのコンテンツです。

4 文献・学会情報を約11万件収録。
漢方を中心とした文献・学会情報のデータベースをご利用いただけます。

医療に携わる先生方にお役立ていただけるよう漢方の古典から最新研究まで豊富にコンテンツを揃え、随時情報を追加、更新しています。ぜひ会員登録をしてご利用たまりますようお願い申し上げます。

株式会社 ツムラ

<http://www.tsumura.co.jp/>

●資料請求・お問い合わせは弊社MR、またはお客様相談窓口まで。 ☎0120-329-970 (2007年8月制作)

最新漢方情報が、カンタン操作で、今すぐ手に入る。

ツムラ漢方スクエア

HIV 感染

—新生児科医の立場から—

國方 徹也

はじめに

小児の HIV 感染症はその 80%以上が母子感染であるとされており、小児の HIV 感染を考える際母子感染を防止することが最も大切である。厚生労働省エイズ動向委員会¹⁾の報告によると、我が国ではその対策の充実により母子感染による小児の HIV 感染者は未だ極めて少なく、累積で 49 例と報告されている。また、厚生労働省「周産期・小児・生殖医療における HIV 感染対策に関する集学的研究」班の報告では累積 42 例と報告されている²⁾。今回はこの厚生労働省班研究の報告をもとに、新生児科医の立場から意見を述べたいと思う。

日本における小児 HIV 感染の現状

日本は先進国の中で数少ない HIV 感染者が増加している国であり、感染者は累積で 1 万 3,000 人を超えていると報告されている¹⁾。しかも、実際の HIV 感染者はその報告数の 3~4 倍ともいわれている。その増加が爆発的になる前に十分な対策をとることは非常に大切である。また、日本における最近の小児の HIV 感染はほぼ全例が母子感染である。日本における母子感染の現状を述べ、国立国際医療センターでの経験をまじえて対策を考えてみたい。

UNAIDS (国連エイズ計画) が 2006 年 12 月に発表した AIDS epidemic update (<http://www.unaids.org/epi/2006/doc/report.asp>) に

くにかた てつや 埼玉医科大学総合医療センター新生児科 〒350-8550 川越市鴨田辻道町 1981

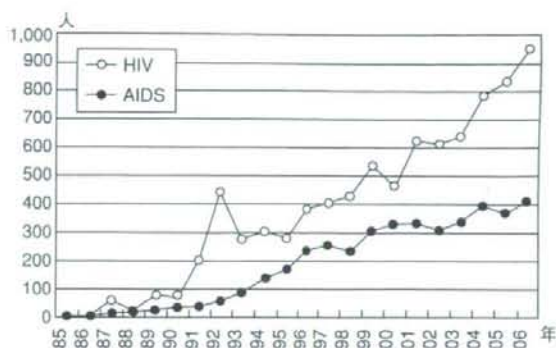


図1 HIV感染者およびAIDS患者報告数の年次推移

よると、2006年の新規小児(15歳未満)HIV感染が53万人、死亡が38万人と推定されている。また、最近では東アジアから南アジアにかけて新規感染の増加傾向が目立つとされている。さらに、同レポートではHIV感染女性の増加に警鐘を鳴らしており、今後HIV感染女性から小児への感染の重要性が増すことは間違いない。我が国のHIV感染者は未だ少ないが図1で示すように確実に増加しており、日本における爆発的なAIDSの蔓延を阻止するのは、今を置いてないと考える。その対策の中でもHIVの母子感染を断ち切ることは最も大切なことの一つであろう。

HIV 母子感染の疫学

上記の厚生労働省研究班の報告によるHIV陽性妊婦より出生した児の年次別出生数を図2に示す。日本においては最近では年間約25例のHIV陽性妊婦からの出生があるものと思われる。

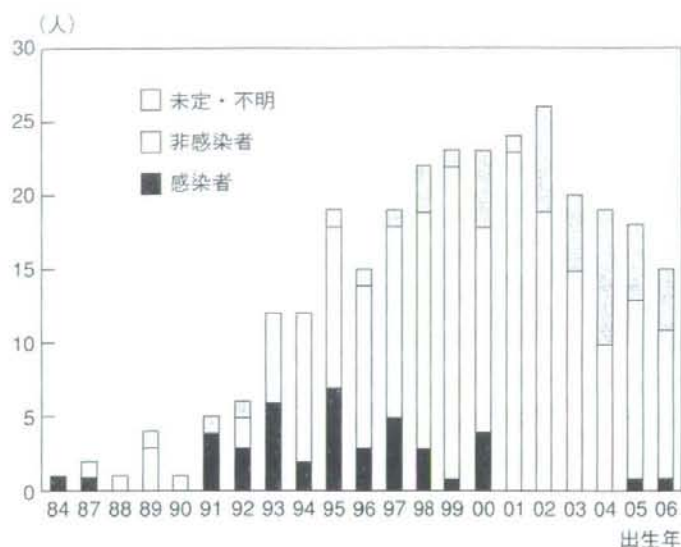


図2 HIV陽性妊婦より出生した児の年次推移

また、感染児の報告は2000年以後なかったが、2005年、2006年（自験例）と1例ずつ認められている（感染例は累計42例）。

日本における HIV 母子感染対策

現時点における日本での HIV 母子感染対策は以下のようなものである。そのすべての対策がなされたケースでの感染は154例中1例のみであり、対策さえ完全にとられれば母子感染率は非常に低く抑えることができる。

- 1) 妊婦に ART を施行し、分娩時のウイルス量を可能な限り少なくする。
- 2) 陣痛発来前の予定帝王切開
- 3) 分娩時の母親に AZT の点滴投与
- 4) 母乳中止（止乳）
- 5) 出生児への AZT の 6 週間予防内服

一般的に、母子感染の児は年長になってから感染する児に比べて進行が速いとされる。無治療の母子感染児の予後は、15%が1歳までに急速に進行して AIDS を発症するか死亡し、その他の多くは6歳頃までに AIDS を発症する。以上より、

HIV の母子感染は予防することが非常に大切だということが理解できる。現在日本における HIV 母子感染予防対策はそのマニュアル（平成17年度版）が出され、実際的なことも書かれているので、その一読を勧めるとともにベッドサイドに置いておくのがよいであろう。詳細はマニュアル³⁾を参照されたい。

HIV 母子感染の母体側危険因子

最も大切なことは分娩時の母体血中ウイルス量（viral load：VL）であろう。上記に示した母子感染対策のうち、母に対する抗ウイルス療法を的確に施行し、VL を下げることが大切である。CD4 低値、破水後の長い経過時間、母乳投与時の高い VL、乳腺炎の存在などが母子感染率を上げる。しかし分娩時のウイルス学的・免疫学的指標が良好であっても母子感染は皆無にはならない。

HIV 母子感染の検査・治療

1. 診断方法

母体の移行抗体の存在から、基本的には生後 18 カ月までは RT-PCR 法により HIV-RNA 遺伝子を検出する方法がよい。ウイルス量で 50 コピー/mL という高感度で検出できる。母子感染児におけるこの検査の感度の目安は生後 6 週で 95%、6 カ月で 100%である⁴⁾。

2. 検査時期

RNA-PCR を生後 48 時間以内、14 日、1~2 カ月、3~6 カ月の合計 4 回は行う。最終的な HIV 非感染を確定するためには生後 18 カ月にウイルス学的検査の陰性を確認するとともに、低ガンマグロブリン血症や感染に伴う症状がなく、抗 HIV 抗体検査が陰性であれば母子感染は完全に否定できる。

3. カリニ肺炎 (*Pneumocystis jiroveci* pneumonia: PCP) の予防について

生後 4 ないし 6 週から投薬を開始して母子感染が否定されるまで続ける。PCP は乳児期の死亡原因として最も多いものである。TMP/SMX (ST 合剤) を、TMP として 150 mg/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。母子感染の予防対策がすべてとられた場合は日本においてはその感染率が低いために投与しなくてもいいという意見もある。国立国際医療センターではリスクを認めない児に関してはその低い感染率ゆえ投与していない。

4. HIV 感染乳児の治療開始基準

乳児期の HIV 感染は急速に進行することが多く、基本的には全例多剤併用療法 HAART (highly active anti-retroviral therapy) を行う。しかし、乳児期から一生にわたって内服を続ける

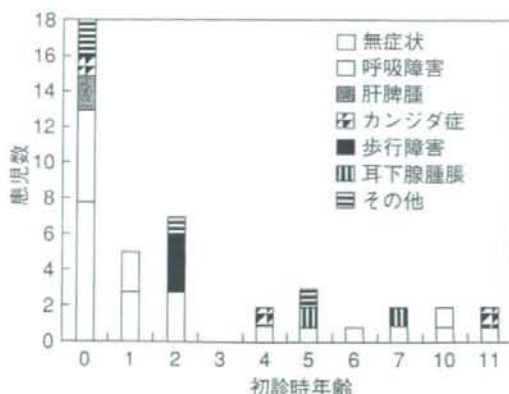


図 3 HIV 感染小児の初診時の年齢と症状の有無

表 1 一般診療において小児 HIV 感染症を疑う因子

1. 児の危険因子
発育・発達不全
易感染性
反復性の重症細菌感染症
日和見感染
輸血歴
母親の HIV 感染歴
2. 母親の危険因子
薬物中毒
売春婦
輸血歴
夫の HIV 感染歴
同性愛者

ことの困難さを鑑み、症状が全くなくて CD4 \geq 25%の時はその状況により無投薬で経過観察することもある⁵⁾。どちらにせよ、一旦感染してしまえば、その一生にはさまざまな困難な問題が待ち構えることになり、予防の重要性が再認識される。

当院での経験

1. 母子感染例

厚生労働省研究班の報告による我が国の 42 例の初診時の症状を図 3 に示す。AIDS で発見されている症例が多く、表 1 に示す因子には十分に注

表2 当院でフォローしている HIV 感染小児

	初診時 年齢	初診時免疫 学的分類 (CD4/ μ I)	臨床分類 ⁶⁾	合併症など	HAART	社会的背景
7 歳、男	5 カ月	中等度低下 (949)	C	ネフローゼ、PCP、 CMV 肺炎・網膜炎	ABC、NFV	姉：心身症
9 歳、男	6 カ月	高度低下 (28)	C	CMV 肺炎・網膜炎	AZT、3TC	なし
9 歳、男	4 歳	中等度低下 (525)	B	リンパ性間質性肺炎	AZT、3TC、NFV	経済的困窮、母：タンザ ニア人
11 歳、女	10 歳	高度低下 (2)	死亡	もやもや病、脳梗塞、 脳出血、IQ74	d4T、3TC、LPV/r	母：タイ人
13 歳、男	6 歳	正常 (574)	N	血小板低下、IQ91	ATV、3TC、RTV	ネグレクト、母：中国人、 姉：摂食障害
14 歳、男	10 歳	中等度低下 (253)	N	てんかん	3TC、ATV	両親：ブラジル人
15 歳、女	12 歳	高度低下 (10)	B	IQ76	ATV、3TC、RTV	母：ケニア人、HIV 脳症 後

意する必要がある。

当院での HIV 陽性小児例を表 2 に示す。1998 年に最初の例を経験し以来現在まで 7 例経験しており、すべて他院で出生した母子感染例である。小児では血液製剤を介する HIV 感染の可能性がほぼなくなった現在、母子感染が唯一の感染ルートであろう。表からわかるように、偏見をもってはいけませんが親に外国人が多く、また社会的に問題を抱えているケースがほとんどである。

2. HIV 陽性母体からの分娩

エイズ動向委員会報告¹⁾でわかるように、20 歳代、30 歳代の日本国籍女性の異性間の HIV 感染は近年増加してきている。これに伴い HIV 陽性妊婦からの出生の増加が懸念されるが、幸い HIV 母子感染の小児の数は未だ増加してきているとはいえない。国立国際医療センターでは 1999 年以来、HIV 陽性妊婦からの出生を 28 例経験してきた。幸い、そのうち 1 例も母子感染は認めていない。しかし、以下のような危険因子を有する分娩が当院でも認められてきており、未だ対策は十分とはいえない。

- 1) 妊娠中 HIV 抗体検査が施行されていない、あるいは検査され陽性であっても放置されている。
- 2) 母体の抗ウイルス量が分娩時に感度以下まで下げられなかった。
- 3) 自然破水してしまった。
- 4) 陣痛が発来して帝王切開が間に合わなかった。

HIV 母子感染児への援助と感染予防の重要性

現在では頻度は未だ低いとはいえ、小児にかかわる医療従事者であれば、HIV 感染児の治療・ケアする機会にいつ遭遇しても不思議ではない。また、母子感染という特殊な状況に配慮し、母子感染児とその周囲の人々への援助は困難であるが、非常に大切であることを最後に述べたい。

母子感染児の両親は外国人も多く、社会的な立場が弱い人が多い。また、母親も患者であり、母親自身の健康が脅かされている場合もある。また、児の集団生活・社会生活にも配慮しなければなら

ない点多々あり、また児が思春期になれば性教育の問題も出てくる。このように、一旦感染してしまえばその児の一生の生活に与える影響ははなはだ多く、母子感染予防対策を円滑に遂行していくためにも、ぜひとも妊娠中の母親の HIV 抗体検査を全妊婦に行うことが肝要であるが、2006年の調査でも全国平均では95.3%である²⁾。年々上昇してきてはいるが、この検査率を100%に近づけ、その背景に十分注意を払いながら上記の母子感染予防対策を万全にとることにより、HIV 母子感染の児を1人も出さないことが我々の責務だと考える。

情報の収集

HIV・AIDSに関する知見は急速に集積されている。以下に非常に役に立つと思われるホームページを記しておくので、アクセスされたい。

- I. 日本におけるエイズの現状
エイズ予防情報ネット <http://api-net.jfap.or.jp/>
- II. 世界におけるエイズの現状 <http://www.unaids.org/epi/2006/doc/report.asp>
- III. どの病院にかかればいいのか
ブロック拠点病院一覧 http://www.acc.go.jp/mlhw/mlhw_frame.htm
- IV. HIV 感染者のための福祉制度
社会保障・福祉制度関連情報 <http://www.lap.jp/lap1/sakuin/dlfukusi.html>
- V. HIV 感染症治療の手引き
HIV 感染症「治療のてびき」(Ver. 10)

<http://www.hivjp.org/>

- VI. アメリカの治療ガイドライン
AIDS info (英語) <http://www.aidsinfo.nih.gov/>
- VII. HIV 母子感染予防対策マニュアル第4版
http://api-net.jfap.or.jp/siryou/boshi/2006/2006_manual.pdf

文献

- 1) エイズ動向委員会報告：http://api-net.jfap.or.jp/mhw/survey/mhw_survey.htm
- 2) 平成18年度厚生労働科学研究費補助金(エイズ対策事業)「周産期・小児・生殖医療における HIV 感染対策に関する集学的研究」班(主任研究者：稲葉憲之)分担研究「HIV 感染妊婦より出生した児の実態調査とその解析および HIV 感染妊婦とその出生児に関するデータベースの構築」平成18年度報告(分担研究者：外川正生)研究報告書, 2007
- 3) 平成17年度厚生労働科学研究費補助金エイズ対策事業「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」(主任研究者：稲葉憲之)分担研究「わが国独自の HIV 母子感染予防対策マニュアル作成・改訂に関わる検討」(分担研究者：塚原優己)編：HIV 母子感染予防対策マニュアル, 4版. http://api-net.jfap.or.jp/siryou/boshi/2006/2006_manual.pdf
- 4) Cunningham CK, Charbonneau TI, Song K, et al: Comparison of human immunodeficiency virus 1 DNA polymerase chain reaction and qualitative and quantitative RNA polymerase chain reaction in human immunodeficiency virus 1-exposed infants. *Pediatr Infect Dis J* 18: 30-35, 1999
- 5) <http://www.aidsinfo.nih.gov/guidelines/>
- 6) Caldwell MB, Oxtoby MJ, Simonds RJ, et al: 1994 revised classification system for human immunodeficiency virus infection in children less than 13 years of age. *MMWR* 43 (RR-12): 1-10, 1994

* * *

III 治療

navi
156

関連項目
155

HIV 母子感染

—予防を中心に—

國方徹也

Tetsuya Kunikata

UNAIDS (国連エイズ計画) が 2006 年 12 月に発表した AIDS epidemic update によると、2006 年の新規小児 (15 歳未満) HIV 感染者が 53 万人、死亡者が 38 万人と推定されている。また、最近では東アジアから南アジアにかけて新規感染者の増加傾向が目立つとされている。さらに、同レポートでは HIV 感染女性の増加に警鐘を鳴らしており、今後 HIV 感染女性の重要性がさらに増すことは想像に難くない。

幸い、我が国の HIV 感染者はまだまだ少ないが、**図 1** で示すように確実に増加しており、日本における爆発的なエイズの蔓延を阻止するのは、今を置いていないと考える。その対策の中でも HIV の母子感染を断ち切ることは最も大切なことの一つであろう。

小児の HIV 感染症はその 80~90% が母子感染であるとされており、小児の HIV 感染を考える際、母子感染を防止することが最も大切である。厚労省エイズ動向委員会の報告¹⁾によると、我が国ではその対策の充実により母子感染による小児の HIV 感染者はまだ極めて少なく、累積で 49 例と報告されている。今回、厚労省「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」班の報告をもとに、予防対策の現状を中心に HIV 母子感染について述べたい。

● HIV 母子感染の疫学

HIV は妊娠中・周産期・母乳栄養期に母子感染を起こす。いずれの時期に感染するかは鑑別は技術的に困難であるが、その予防対策をまったく行わなかった場合、**図 2** に示すように、妊娠中に 5~10%、周産期に 10~15%、母乳栄養期に 5~20% 感染し、HIV の治療の介入のない自然状態での母子感染率は約 40% と推測されている²⁾。

上記の厚労省研究班が 1999 年より毎年郵送法に

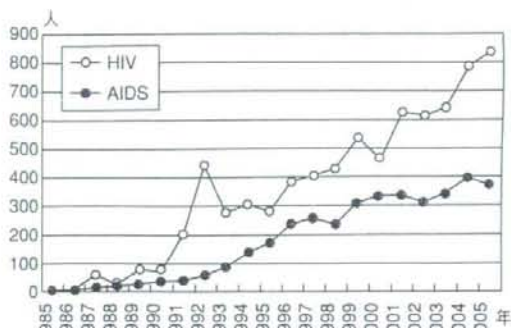


図 1 HIV 感染者および AIDS 患者報告数の年次推移



図 2 母子感染時期の推定

治療しなければ HIV の母子感染は約 40% に起こる。約 5% は子宮内感染、約 15% は分娩時感染で、その約半分は産道感染。出生後母乳を介しての感染は約 20% と考えられる。

よってアンケート調査を実施している。研究班の報告による HIV 陽性妊婦より出生した児の年次別出生数を **図 3** に示す。アンケート調査の限界はあるが、経年的に増加傾向があり、最近では年間約 25 例の HIV 陽性妊婦からの出生があるものと思われる。また、感染児は 2000 年以後いなかったが、2005 年、2006 年 (自験例) と 1 例ずつ認められている (合計 42 例)。現在における HIV 母子感染対策の骨子を表に示す。そのすべての対策がなされたケースでの感染は 154 例中 1 例のみであり、対策さえとられれば母子感染率は非常に低く抑えることができる。

一般的に、母子感染の児は年長になってから感染

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

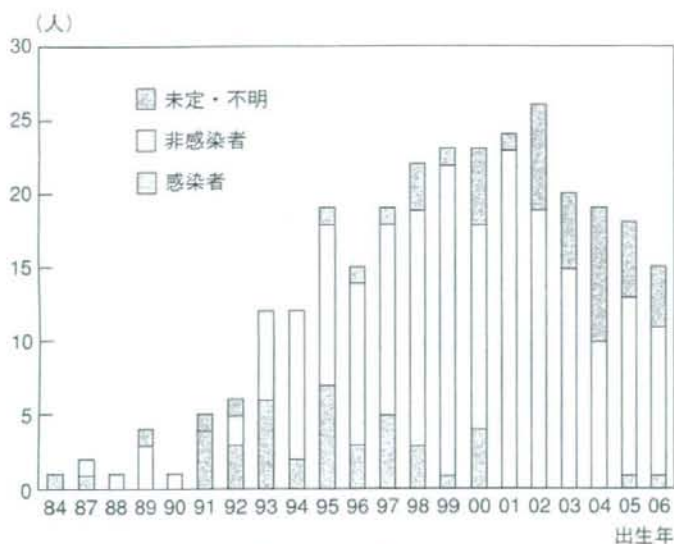


図3 年次別出生数

表 HIV 母子感染対策の骨子

1. 妊婦に ART を施行し、分娩時のウイルス量を可能な限り少なくする。
2. 陣痛発来前の予定帝王切開
3. 分娩時の母親に AZT の点滴投与
4. 母乳中止(止乳)
5. 出生児への AZT の 6 週間予防内服

ART : anti-retroviral therapy

する児に比べて進行が早いとされる。無治療の母子感染児の予後は、15%が1歳までに急速に進行し AIDS を発症するか死亡し、その他の多くは6歳頃までに AIDS を発症する。8~10歳まで無症状で経過する感染児はごくわずかである。厚生省研究班の調査による感染児42例の初診時と終診時の病期分類を図4に示す。0歳時発症児で無治療であれば予後が非常に悪いことが理解できる。

以上より、HIVの母子感染は予防することが非常に大切だということがいえる。現在日本における HIV 母子感染予防対策はそのマニュアル(平成17年度版)が出され、実際的なことも書かれているので、その一読を薦めるとともにベッドサイドに置いておくのがよいであろう。詳細はマニュアル³⁾を参照されたい。

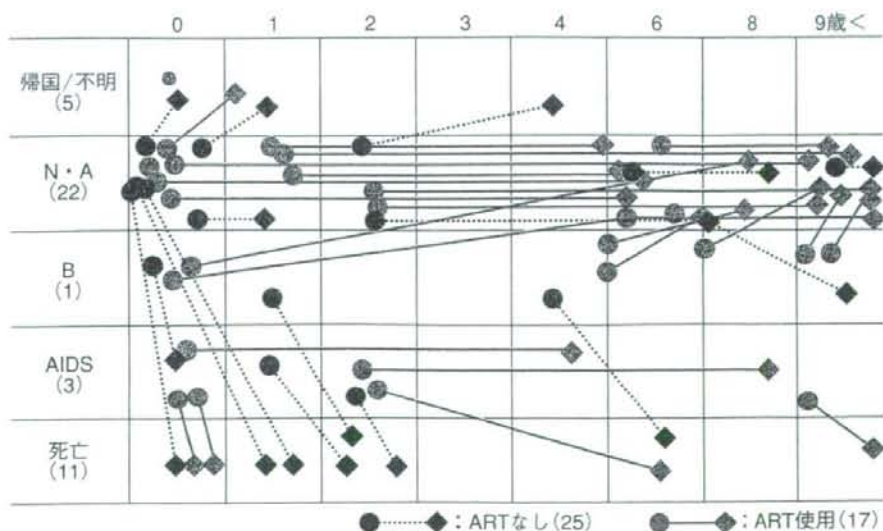


図4 HIV 感染児41例の初診時と終診時病期

● HIV 母子感染の母体側危険因子

最も大切なことは妊娠中の母体血中ウイルス量 (viral load; VL) であろう。CD4 低値、破水後の長い経過時間、母乳投与時の高い VL、乳腺炎の存在などが母子感染率を上げるが、分娩時のウイルス学的、免疫学的指標が良好であっても母子感染は皆無にはならない。

● HIV 母子感染の検査・治療

1. 診断方法

母体の移行抗体の存在から、基本的には生後 18 カ月までは RT-PCR 法により HIV-RNA 遺伝子を検出する方法がよい。ウイルス量で 50 コピー/mL という高感度で検出できる。母子感染児におけるこの検査の感度の目安は、生後 6 週で 95%、6 カ月で 100%である⁴⁾。

2. 検査時期

RNA-PCR を生後 48 時間以内、14 日、1~2 カ月、3~6 カ月の合計 4 回は行う。最終的な HIV 非感染を確定するためには生後 18 カ月にウイルス学的検査の陰性を確認するとともに、低ガンマグロブリン血症や感染に伴う症状がなく、抗 HIV 抗体検査が陰性であれば母子感染は完全に否定できる。

3. カリニ肺炎 (Pneumocystis jiroveci pneumonia; PCP) の予防について

生後 4 ないし 6 週から投薬を開始して、母子感染が否定されるまで続ける。PCP は乳児期の死亡原因として最も多いものである。TMP/SMX (ST 合剤) を、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。母子感染の予防対策がすべてとられた場合は、日本においてはその感染率が低いために投与しなくてもいいという意見もある。

4. HIV 感染乳児の治療開始基準

乳児期の HIV 感染は急速に進行することが多く、基本的には全例多剤併用療法 HAART (highly active anti-retroviral therapy) を行う。しかし、乳児期から一生にわたって内服を続けることの困難さを鑑み、

症状が全くなくて CD4 \geq 25%の時はその状況により無投薬で経過観察することもある⁵⁾。どちらにせよ、いったん感染してしまえば、その一生にはさまざまな困難な問題が待ち構えることになり、予防の重要性がより大切と考えられる。

5. HIV 母子感染児への援助と感染予防の重要性

頻度は低いとはいえ、小児に携わる医療従事者であれば、HIV 感染児の治療・ケアする機会にいつ遭遇しても不思議ではない。また、母子感染という特殊な状況に配慮し、母子感染児とその周囲の人々への援助は困難であるが、非常に大切であることを最後に述べたい。

母子感染児は外国人も多く、社会的な立場が弱い人が多い。また、母親も患者であり、母親自身の健康が脅かされている場合もある。また、児の集団生活・社会生活にも配慮しなければならない点多々あり、また児が思春期になれば告知の問題、性教育の問題も出てくる。このように、いったん感染してしまえばその児の一生の生活に与える影響ははなはだ多く、母子感染予防対策を円滑に遂行していくためにも、ぜひとも妊娠中の母親の HIV 抗体検査を全妊婦に行うことが肝要であるが、2005 年の調査でも全国平均では 94.7%である⁶⁾。検査率を可能な限り 100%に近づけ、HIV 陽性妊婦を確実にピックアップして表の対策を万全にとることにより、HIV 母子感染の児を 1 人も出さないことが我々の責務だと考える。

● 情報の収集

HIV・AIDS に関する知見は急速に集積されている。以下に非常に役に立つと思われるホームページを記しておくので、アクセスされたい。

- I. 日本におけるエイズの現状
エイズ予防情報ネット
<http://api-net.jfap.or.jp/>
- II. 世界におけるエイズの現状
<http://www.unaids.org/epi/2006/doc/report.asp>
- III. どの病院にかかればいいのか
ブロック拠点病院一覧
http://www.acc.go.jp/mlhw/mlhw_frame.htm

III. 治療

- IV. HIV 感染者のための福祉制度
社会保障・福祉制度関連情報
<http://www.lap.jp/lap1/sakuin/dlfukusi.html>
- V. HIV 感染症治療の手引き
HIV 感染症「治療のてびき」(Ver. 10)
<http://www.hivjp.org/>
- VI. アメリカの治療ガイドライン
AIDS info (英語) <http://www.aidsinfo.nih.gov/>
- VII. HIV 母子感染予防対策マニュアル第 4 版
http://api-net.jfap.or.jp/siryouboshi/2006/2006_manual.pdf

文献

- 1) http://api-net.jfap.or.jp/mhw/survey/mhw_survey.htm
- 2) De Cock KM, Flower MG, Mercier E, et al : Prevention of mother-to-child HIV transmission in resource-poor countries. *JAMA* **283** : 1175–1182, 2000
- 3) 平成 15 年度厚生労働科学研究費補助金エイズ対策事業「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」(主任研究者：稲葉憲之) 分担研究「わが国独自の HIV 母子感染予防対策マニュアル作成・改訂に関わる検討」(分担研究者：塚原優己) 編：HIV 母子感染対策マニュアル, 3 版
- 4) Cunningham CK, Charbonneau TT, Song K, et al : Comparison of human immunodeficiency virus 1 DNA polymerase chain reaction and qualitative and quantitative RNA polymerase chain reaction in human immunodeficiency virus 1-exposed infants. *Pediatr Infect Dis J* **18** : 30–35, 1999
- 5) <http://www.aidsinfo.nih.gov/guidelines/>
- 6) 平成 16 年度厚生労働科学研究費補助金エイズ対策事業「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」(主任研究者：稲葉憲之) 分担研究「妊婦 HIV 検査実施率の全国調査と費用対効果および検査普及のための啓発に関する研究 平成 16 年度報告 1, 「全国における妊婦 HIV 検査率」」(分担研究者：和田裕一) 研究報告書, 2005 年 3 月

Key Words

HIV, HAART (highly active anti-retroviral therapy), AZT (レトロビル), カリニ肺炎

* * *

第20回日本エイズ学会シンポジウム記録

感染女性の妊娠・出産・育児支援

Medical and Social Problems of Supporting HIV Infected Pregnant Women and Their Families

塚原 優己^{1),10)}, 相楽 裕子^{2),10)}, 喜多 恒和^{3),10)}, 嶋 貴子^{4),5),10)},
矢永由里子^{6),10)}, 外川 正生^{7),10)}, 大金 美和^{8),10)}, 稲葉 憲之^{9),10)}

Yuki TSUKAHARA^{1),10)}, Hiroko SAGARA^{2),10)}, Tsunekazu KITA^{3),10)}, Takako SHIMA^{4),5),10)},
Yuriko YANAGA^{6),10)}, Masao TOGAWA^{7),10)}, Miwa OGANE^{8),10)}, Noriyuki INABA^{9),10)}

¹⁾ 国立成育医療センター周産期診療部産科,

²⁾ 横浜市立市民病院感染症部,

³⁾ 帝京大学医学部産婦人科,

⁴⁾ 神奈川県衛生研究所微生物部,

⁵⁾ 東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科政策科学分野,

⁶⁾ 財団法人エイズ予防財団研修・研究部,

⁷⁾ 大阪市立総合医療センター小児救急科,

⁸⁾ 国立国際医療センターエイズ治療・研究開発センター,

⁹⁾ 獨協医科大学産婦人科,

¹⁰⁾ 平成18年度厚生労働科学研究費補助金エイズ対策研究事業

「周産期・小児・生殖医療における HIV 感染対策に関する集学的研究」班（主任研究者：稲葉憲之）

シンポジウムの趣旨

塚原優己, 相楽裕子

わが国では既に HIV 母子感染の予防対策が確立しており、全国各地の産婦人科施設で実施されている。また妊婦 HIV 検査も、妊娠初期ルチン検査の一環として高率（約95%）に行われるようになった。このように妊娠中の HIV 検査が広く一般に周知されている状況下、新たに妊婦スクリーニング検査における偽陽性と検査陽性妊婦への対応が問題となっている。また、母子感染予防対策では経膈分娩の妥当性も議論の対象となってきた。児は既に就学期から思春期にあり、感染児・非感染児ともにその成育に関しては様々な問題を抱えている。一方で感染者の社会生活が改善したなか、妊娠・出産を望む感染者も少なくはない。

自然感染率約20~30%といわれる母子感染に関し、わが国では極めて有効な感染予防対策が既に講じられており、完遂すれば母子感染はほぼ回避可能といえよう。喜多恒和先生に、わが国における HIV 感染妊娠の現状につき、厚労省研究班の調査結果について、国外で検討され始めた経膈分娩の可能性と、わが国が帝王切開分娩を推奨することの妥当性を含めて概説をお願いした。

母子感染予防対策を講じるためには妊娠中の HIV 感染の診断が必須であり、その意味からも妊娠中の HIV スクリーニング検査が求められる。妊婦 HIV スクリーニング検査実施率が上昇するとともに偽陽性の発生数も増加している。わが国における妊婦 HIV スクリーニング検査実施率の推移と、同検査での偽陽性発生状況およびその改善策について、嶋貴子先生から研究班の成果をもとに提示していただいた。

また、突然 HIV スクリーニング検査結果陽性と伝えられた妊娠女性の動揺は計り知れない。一般産科施設で行なうスクリーニング検査陽性の結果報告に際しての問題、確認検査で感染が判明した妊婦への告知に際しての問題について、その対策も含め矢永由里子先生に紹介していただいた。

母子感染を回避できた児の成育過程では、親の HIV 感染が重大問題である。様々の理由から母子感染を来した感染児にとって、問題は更に重たくかつ複雑多岐に渡る。HIV 感染母体から出生した児の成育にかかわる問題を外川正生先生に整理していただいた。感染児では孤児の問題・社会の受け入れに関わる問題点、非感染児ではフォローアップデータの解析から示された問題点を明示していただいた。

感染者の生活の質が向上した現在、治療中の感染女性が妊娠する例も増加している。通常妊娠には性的接触が必要

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）

2007年5月25日受付

であり、感染女性はパートナーへの感染回避とのジレンマに悩まされる。感染女性の妊娠・出産・育児に対する考え方と医療側の支援の問題点と対策について、大金美和先生から紹介していただいた。

1. HIV 感染妊娠と母子感染予防対策の現状

喜多恒和

われわれはわが国における HIV 感染妊娠の現状を把握するために、平成 10 年度より毎年診療所を除く約 1,600～1,800 の産婦人科を標榜する病院を対象に全国調査を実施し、平成 17 年度までに 380 例の HIV 感染妊娠の臨床的・ウイルス学的情報を解析した。さらに小児科全国調査の結果と照合することにより、わが国において報告された HIV 感染妊娠総数は 468 例であることがわかった。日本人感染妊娠の増加が認められるが、抗ウイルス療法と選択的帝王切開術 (ECS) により、母子感染率は 0.6% にまで抑制可能であった。

本邦において現在推奨されている HIV 母子感染予防対策は、①妊娠早期の HIV スクリーニング検査による感染の診断、② HAART による抗ウイルス療法、③陣痛発来前の ECS による分娩、④帝王切開時の AZT 点滴投与、⑤出生児への AZT シロップの予防投与および⑥児への人工栄養である。上記①②については母体の健康を維持し、母子感染を予防する上で不可欠であり、⑥についても本邦の経済状況から十分可能である。しかし④および⑤の効果については、それぞれ単独の効果を証明する報告はみあたらない。HAART による血中ウイルス量の良好なコントロールが可能な現在、④の効果や必要性は低いと考えられる。また⑤については児の副作用を考慮すると省略したい項目である。ただ③については、2005 年の Cochrane Database では、抗ウイルス療法が行われていないか AZT 単独療法の妊婦に限っては ECS が母子感染予防に有効であるが、ウイルス量が低い妊婦ではその有用性は不明であるとしている。しかし 2005 年ヨーロッパの 1983 例もの大規模な前方視的コホート研究により、HAART によってウイルス量が測定感度以下となった 560 例においても、ECS は経膈分娩や緊急帝王切開と比べて母子感染予防に有用であったと報告されている。一方 2006 年のインドの報告では、AZT 単独療法の 222 例の母子感染率は ECS174 例で 1.1%、経膈分娩 48 例では 2.1% で差は無かったとしており、ランダム化やインフォームド・チョイスによる前方視的臨床試験が必要であろう。しかし帝王切開を行うことによる合併症を含めた医療事情、経済事情、少子化などを考慮すると、本邦において現時点では選択的帝王切開術を推奨する意義は十分存在すると考えられる。

2. スクリーニング検査偽陽性の現状と対策

嶋 貴子

現在、日本全国での年間分娩数は約 115 万件で、そのうち妊娠初期の HIV スクリーニング検査の実施率は 90% 以上と報告されており、妊婦健診における「HIV 検査」が健診の一項目として広く実施されてきている。しかし一方で、妊婦集団における HIV スクリーニング検査の偽陽性の問題や、現場における対応の問題が指摘されている。本シンポジウムでは、妊婦 HIV スクリーニング検査実施率の全国病院および診療所調査の結果 (厚労省分担研究「妊婦 HIV 検査実施率の全国調査と検査普及のための啓発に関する研究 (分担研究者: 国立病院機構仙台医療センター和田裕一)」班の調査結果) と、これまで実態が調査されていなかった妊婦集団における偽陽性の出現状況についてのアンケート調査結果と前方視的調査結果の報告および今後の課題等を提示した。

平成 17 年度の全国病院調査による妊婦 HIV スクリーニング検査実施率の全国平均は 94.7% となっており、地域別でも一番実施率の低い九州地域で 81.3% であり、実施率が高い関東・甲信越地方との差が縮まってきている。また平成 18 年度の全国病院・診療所調査速報においても実施率は 90.5% と、平成 15 年度の 80.8% から 9.7 ポイント増加しており、一般診療所においても HIV スクリーニング検査が普及・定着していることがわかった。

妊婦の HIV 検査結果に関しては、全国のエイズ拠点病院、一般産科施設に行ったアンケート調査の結果から、妊婦における HIV 陽性率は拠点病院で 0.01%、一般病院で 0.003%、偽陽性率は拠点病院で 0.1%、一般病院で 0.08% となり、陽性的中率はそれぞれ 10.3%、3.8% と低率であった。また、妊婦健診受診者について前方視的調査を実施したところ、調査集団の陽性率は 0.02%、スクリーニング検査の偽陽性率は 0.27% となり、陽性的中率は 7.7% であった。HIV スクリーニング検査の偽陽性率は PA 法や EIA 法が約 0.3% であるのに対し、妊婦集団の HIV 陽性率が 0.02% と低率であることから、妊婦スクリーニング検査の陽性例のほとんどが偽陽性によるものであることがわかった。

妊婦健診時の HIV スクリーニング検査の陽性結果を受診者に通知することは、被検者に非常に大きな心理的重圧を与えることとなる。検査の立場からは、スクリーニング検査において、偽陽性をできるだけ除外するシステムの構築を急ぐとともに、産科施設においては、HIV 検査施行時の受診者への説明・同意の充実、スクリーニング検査が陽性的の場合、偽陽性である可能性についても十分認識して、検査結果や確認検査の必要性について説明を行う等、スク

リーニング検査陽性例への対応の整備が急務と思われた。

3. 妊婦 HIV 検査陽性への対応の問題点

矢永由里子

(1) 調査結果について

妊婦への HIV スクリーニング検査の普及が9割を越した現在、その検査体制の質が問われている。妊婦にとっての HIV 検査体験については、電話相談や医療従事者から妊婦の混乱と衝撃が語られるが、その報告は単発的で検査の全体像を把握する機会が無かった。今回母子感染の研究班において、HIV スクリーニングで陽性と出た妊婦を紹介されてきた医師や看護師を中心に、妊婦の検査体験について聞き取り調査を行い、その結果報告と検査体制の提言をシンポジウムで行った。調査からは、検査についての課題が一連の流れとして見えてきた。まず、①検査実施機関の課題として、(1)検査の説明不足(2)検査を実施する担当者の検査についての誤解・知識不足(スクリーニング検査の結果を最終結果と誤解する；HIV感染を「エイズ」と受け止める；・妊婦検査に偽陽性が多いことを知らない)(3)HIVへの偏見という点が判明した。②このような対応を受けた妊婦は、(1)心身へのストレスの加重(感染や胎児への不安感が極度に強まる)(2)夫婦関係へのマイナスの影響(夫へ不信感が高まる場合もある)(3)過去の性行為に対する自責感や罪悪感(4)両親や夫も巻き込んでのパニック状態(5)特に外国人妊婦の場合、言葉による障害などで混乱が深刻化などの経験をしていた。③よって、このような妊婦を受け入れた被紹介医は、単に確認検査対応というよりも、(1)精神的に非常に不安定になった妊婦や家族への対応(2)妊婦検査についての再教育(「検査とは」を最初から説明)が求められる結果になり、妊婦のスクリーニング検査体験へのフォローも含めた検査対応となっており各医師の負担感も大きかった。

一方、確認検査で HIV 陽性が確定した妊婦は、出産に関する課題に直面する。母子感染を低率に抑えることが可能になった現在、「出産」が妊婦にとって極自然な選択になってきたが、その選択を決意するまでのプロセスは、一旦「産む」ことを決めた後は医療体制(助産師の支援も含めて)が整備されている状況と比較すれば、孤立した状況にあると言える。また、出産が整備されてきていると言っても、HIV 偏見が強い地方では妊婦が都市部まで定期健診から出産まで長期間に渡る受診を余儀なくされたケースもあり、妊娠・出産の支援体制も万全とは言えない。

(2) 今後の対応について

スクリーニング陽性妊婦を受け入れた医療者からは、今後の対応として、検査実施機関に検査を十分に理解しうえでの妊婦への検査説明を望む声が多かった。今後は時間

的な制限のある検査実施者の検査理解を促す資料や「忙しい対応の中でもこれだけは必ず妊婦に検査前に伝えて欲しい」という内容の情報提供が必要であろう。特に外国人妊婦に対しては、母国語で検査の基礎知識を提供する機会をどのように作っていくかが重要で、多言語の検査のちらしなどが求められる。一方、受け入れ機関では、妊婦や家族の動揺や混乱に対応できるスタッフの存在が求められており、医師と役割分担しながら妊婦のメンタル面の支援ができる体制作りも今後重要であろう。

(3) まとめ

本調査を通し、改めて妊婦検査体制については「誰のための検査か」という原点を確認することの重要性を痛感した。この原点を踏まえることで、今後の検査の具体的な改善策は自ずと明白になるであろう。また、妊婦検査を HIV 感染の有無を確認するだけではなく、性感染症を含めた予防の貴重な機会としても捉えることが可能ではないだろうか。今後、検査への幅広い対応が求められているように思える。

4. 感染妊婦から出生した児の育成に関わる問題点

外川正生

【感染妊婦から出生した児の現状】

平成17年度厚生労働省「周産期・小児・生殖医療における HIV 感染対策に関する集学的研究」(稲葉班)分担研究「HIV 感染妊婦より出生した児の実態調査とその解析および HIV 感染妊婦とその出生児に関するデータベースの構築」班が、全国小児科施設への郵送アンケートによって、通算7年目になる HIV 感染妊婦から出生した児の実態調査を行った。回収率は一次アンケートが53.1%、二次アンケートが65.8%であり、22例の新規報告を得た。過去の報告と合わせ小児科調査による出生児の累計は270例となり、感染41例、非感染188例、未確定・不明41例であった。HIV 母子感染(MTCT)予防対策は1996年以降十分に機能し、母児への抗ウイルス薬療法(ART)、予定帝王切開分娩、断乳の全てを行った例では0.7%(1/140)と MTCT は殆ど「elimination」されていた。しかし、1例において妊娠前から母体感染事実が把握されていたにもかかわらず、MTCT 予防対策実施不十分から母子感染が成立した。

【非感染児の状況と問題点】

非感染の診断は、生後4-6カ月までに血清(漿)中 HIV の高感度 PCR 法によって実質上可能である。ART が児に及ぼす乳児期早期の問題として、貧血があり、ART の選択・投与期間が論議される一方、治療として輸血・エリスロポイエチン投与・鉄剤投与が試みられている。ART の関与が明らかではないが、今後とも発生頻度をモニターする必要があるものとして、口蓋裂・合指症などの奇形、精

神運動発達遅延や神経系の問題がわずかながら報告されている。

父母や同胞の感染事実の非感染児への告知は、児の健康にとって直接の関係はなくとも、発育や心の成長に影響を及ぼす可能性があり、ある程度の年齢に達すれば、相応の配慮のもとに行う必要がある。

【感染児 41 例の状況と問題点】

感染児の初診時の訴え・症状は、0歳 17例：検査または無症状(7)、呼吸障害(4)、体重増加不良(2)、反復性中耳炎・カンジダ症・肝機能障害・肝脾腫(各1)。1～3歳 12例：検査または無症状(6)、呼吸障害(3)、歩行障害(2)、カンジダ症・被虐待(各1)。4～8歳 8例：検査または無症状・呼吸障害(各3)、耳下腺とリンパ節の腫脹(2)、カンジダ症・肝機能障害・肝脾腫・帯状疱疹(各1)。9～12歳 4例：呼吸障害(2)、検査または無症状・反復性中耳炎・カンジダ症(各1)。一方、最終観察時臨床病期は、N 21例、A 1例、B 1例、AIDS 3例、死亡 11例、帰国または不明 4例であり、22例に HAART が導入されていた。ウイルス学的・免疫学的に安定を得た今日、水平感染予防・告知・性教育が焦点の課題とされている。

本人への告知については、7、12、13、16歳の1例ずつに実施され(4/22:18%)、反応として、理解不十分、内向的・逃避的になった、抑うつ状態、意外に平静、などが報告された。性教育の連関については、小学校高学年、思春期までに告知と合わせ実施すべき、との考えが多い。また、本人の周囲に対する告知は、保育園あるいは幼稚園に対して行った例において、受容が困難であった上に登園制限が課せられたことから、かえってストレスを生む結果になった例も報告された。しかしながら、カウンセリングの実施状況を見ると、本人を除く家族のみ 4例、本人と家族の両方 8例、ともに未 10例である一方、14歳以上では全例両方が受けており、着実に支援体制は浸透していると考えられた。

5. HIV 感染女性の妊娠・出産希望に対する支援の問題

大金美和

近年、HIV 治療の進歩から学業や仕事等の社会生活と治療の両立が可能になり、女性患者では、家庭や子供を持つことを希望するケースが増えている。平成 17 年度に実施した女性患者へのアンケート調査では、「育児希望あり」は 20 代の 13 人中 6 人 (46%)、30 代の 21 人中 6 人 (29%)、40 代の 11 人中 1 人 (9%) であった。また、育児希望のあった 13 人の性行動について調べたところ、「性行為なし」が 1 人、「時々コンドーム使用」が 2 人、他 10 人は、

「常にコンドーム使用」であった。この結果から、生殖年齢にある女性患者に育児希望はあるが、パートナーへの感染予防を講じることが、育児希望と相反する性行動となり苦慮していることが示唆された。平成 16 年度に実施した看護職へのアンケート調査では、「妊娠(育児希望)」に関する指導/相談の実施率が「感染予防・避妊に関する指導/相談」に比べて低いこと、「妊娠(育児希望)」に関する知識不足があることから、女性患者に対する情報提供の問題が明らかとなっている。

現在は、女性から男性への感染を回避し妊娠する方法として、女性 HIV 陽性者と男性 HIV 陰性者での配偶者間人工授精(AIH)が行われている施設がある。これまで育児について、悩んでいた夫婦が、これらの情報提供を受けることで、即実行にいたらなくとも、将来的な選択の幅を見いだせたことで救われる気持ちになったケースも少なくない。

医療者の支援として重要なのは、単なる AIH 実施に関する情報提供や、妊娠を勧めるということではなく、AIH の実施は、HIV 感染症の治療方針と自身の状態と合わせて検討することで、場合によっては、計画的な妊娠が可能になってきているという情報提供と、その意思決定の過程を支援することである。支援内容は、① HIV 感染症の病状や治療状況のモニタリング、② 本人とパートナーに対する HIV 感染症と妊娠・出産・育児に関する情報提供、③ 両者個別の指導や相談の場の提供、④ 提供した情報に対する理解の確認と、個別的な問題に対する助言、⑤ サポートの獲得・環境調整(人・物・場所)があげられる。

医療者は HIV 感染症の病状や背景が異なる女性患者の全体像を総合的に判断し、妊娠・出産希望に対応することが求められている。また、受診早期から積極的に面接機会を設け、相談しやすい環境や関係を作り、継続して支援することが、リプロダクティブヘルス向上と、HIV 感染症治療・療養生活の安定につながると考えられる。

ま と め

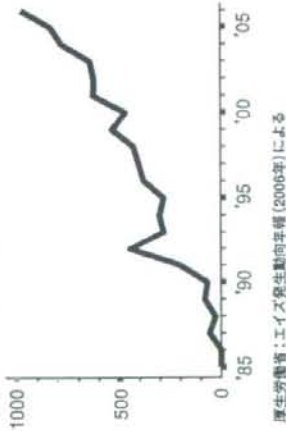
近年の HIV 治療の目覚ましい進歩は、生命予後の改善のみならず、HIV 陽性者の社会生活の幅を格段に広げ、生き方そのものも様々な選択が可能となっている。陽性者の Quality of Life が向上する中で、女性の妊娠・出産・育児を取り巻く環境には、様々な視点・側面から解決すべき問題が数多く残されている。今回は、今まさに感染女性が直面している問題を取り上げ、解決に向けての方向性を検討していただいた。陽性者であっても「結婚し子供を産み育てる」というごく自然な望みが、安心してかなえられる時が一刻も早く訪れることを願ってやまない。

日本のHIV感染の動向



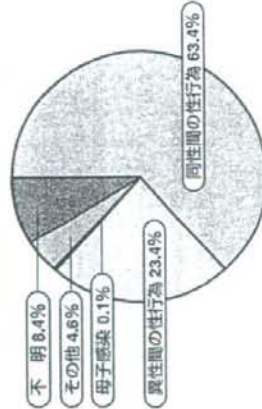
- 日本の感染者数は諸外国に比べて、まだ、きわめて少数ですが、先進国なかでは唯一、増加傾向にあります。

日本国内のHIV感染者年間報告数



- HIVの感染経路は8割が性行為です。女性の感染は若い人に多い傾向にあります。

HIVの感染経路 (2006年までの累計)



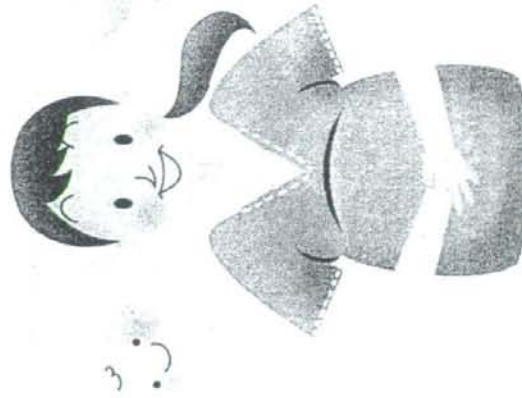
ご妊娠おめでとございます

あなた自身の健康と
赤ちゃんの

健やかな誕生のために—

当院では

妊娠初期検査の一環として
HIV検査を実施しています



HIV感染者の社会生活全般を支援するために、医療・福祉・保健分野でさまざまなサービスが用意されています。たとえば、福祉制度を利用すれば、医療費の負担を軽減することができます。申請方法など詳しいことは、市区町村の担当窓口や病院のソーシャルワーカーなどが相談のつてくれます。カウンセラーを派遣してくれる自治体もあります。

このほかにも、ボランティア団体・感染者の交流会などが、悩みごとの相談や情報交換の場を提供しています。

HIVについて知りたいときには

- ・エイズ予防情報ネット(API-Net)：
<http://api-net.jp/>
- ・HIV検査・相談マップ：<http://www.hivkensa.com>
- ・エイズ予防回電話相談：0120-177-812 (フリーダイヤル)

■このリーフレットはインターネットからもダウンロードできます。エイズ予防情報ネット(API-Net)の資料室・HIV母子感染予防策マニュアルの「あなた自身の健康と赤ちゃんの健やかな誕生のために」

編集/発行

平成19年度厚生科学研究費補助金エイズ対策研究事業「周産期・小児・生殖医療におけるHIV感染対策に関する集学的研究」班(主任研究者:稲葉泰之)分担研究「わが国独自のHIV母子感染予防策マニュアルの作成・改訂に関する研究」班(分担研究者:塚原優己)

〈問い合わせ先〉

〒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

HIV検査とは

エイズの原因となるHIV（ヒト免疫不全ウイルス）に感染していないかどうかを調べる検査です。
妊婦さんの健康を守り、母子感染を防ぐために、梅毒・B型肝炎などの検査とともに実施しています。

どうして妊婦さんのHIV検査が重要なのか

検査を受けてHIV感染を早期発見すれば、それだけ予防・治療効果があります。

感染に
一赤ちゃんの感染率は約30%
一お母さんの治療も遅れる

妊娠初期に
一赤ちゃんの感染率は0.5%
一お母さんも適切な治療が受けられる

出産は、分娩時の赤ちゃんへの感染を防ぐため、帝王切開が推奨されています。

帝王切開

感染しなかった 193人 (99.5%)
感染した 1人 (0.5%)



経産分娩

感染しなかった 19人 (79.2%)
感染した 5人 (20.8%)



平成16年度厚生労働省研究報告による

◎ お母さんは妊娠中から、赤ちゃんは生後6週間、抗ウイルス薬を内服します。

◎ 母乳からの感染を防ぐため、人工栄養(ミルク)を使います。

妊婦HIV検査の手順

一次検査 (スクリーニング検査)

採血して、血液中のウイルスやHIV抗体の有無を調べます。

陰性

HIVには感染していません。

陽性

少数ですが、HIVに感染している人が含まれます。

一次検査の陽性は「感染している」という意味ではありません。

◎ 感染しているかどうかは二次検査で初めてわかります。必ず二次検査を受けてください。

◎ これまでの調査では、一次検査で陽性となった妊婦さんの約95%は、二次検査で「感染していない」ことが確認されています。

◎ 日本国内でHIVに感染している妊婦さんは1万人に1人です。一次検査は、このわずかな感染を見落とさないように実施しています。その際、感染していない方も一定の割合(0.3%)で陽性となってしまうことをご理解ください。

二次検査 (確認検査)

より精密な検査を行い、HIVに感染しているかどうかを判断します。



もし、HIVに感染していたら

◎ 治療法はめざましい進歩をとげました。現在では、きちんとした治療さえ受ければ、エイズ発症を予防することができま

◎ 日常生活の中でまわりの人に感染することはありません。血液や体液の取り扱いに注意していただくほかは、今までと変わりなく生活することができます。

★ 検査結果は本人に直接お伝えします。

★ 検査にかかる費用や結果がわかるまでの日数は、担当の医師にお聞きください。

★ 二次検査をどここの医療施設で受けるかは、担当の医師とご相談ください。

妊婦HIVスクリーニング検査(一次検査)で 結果が陽性だった方へ

陽性はHIV感染を意味しているわけではありません。
ほとんどの方(約95%)は、このあとの二次検査で
HIVに感染していないことが判明します。

しかし、陽性の方の中には、
わずかながらHIVに感染している方がいらっしゃいます。



必ず、確認検査(二次検査)をお受けください。

確認検査(二次検査)

一次検査で陽性だった方を対象に、
HIVに感染しているかどうかを判定
する精密検査を行います。

- 検査は、少量の血液を採取するだけです。
- 結果がわかるまでには、1~2週間かかります。
- 検査結果はご本人に直接お伝えします。
- 確認検査を実施していないクリニックや病院もありますので、その場合は、一次検査を担当した医師が、確認検査のできる施設をご紹介します。

Q&A

Q なぜ、感染していない人も 一次検査で「陽性」に?

A HIVに感染していないのに「陽性」となってしまう理由
はわかっていませんが、1000人の妊婦さんに
HIV一次検査を実施すると3人の割合(0.3%)で、実際には
感染していないのに「陽性」となってしまうことがわか
っています。HIVにかぎらず、ウイルスや細菌に感染して
いるかどうかを調べる検査は、100%正確というわけに
はいかないのです。ただし、HIVに感染している方が「陰
性=感染していない」となることはありません。*

*HIV感染から2か月以内に検査をすると、正確な結果が
得られないことがあります。

Q 二次検査は 受けなくてもいいかしら…

A 確率が低いからといっても、絶対に感
染していないとは言いきれません。必
ず二次検査を受けて、感染しているか感染
していないかをはっきりさせてください。
これは、ご本人だけでなく、お腹の赤っ
ちゃんのためにも必要なことなのです。

Q 一次検査「陽性」の人のうち、 実際に感染しているのは何人くらい?

A 現在のところ、日本国内の妊婦さんのHIV感染は1
万人に1人で、非常に少ないのです。このため、
1万人の妊婦さんに検査をすると、統計上は31人が「陽性」
となり、そのうち実際に感染している方は1人となります。

一次検査1万人中

一次検査陽性31人

感染者1人(二次検査で判明)

感染に
気づかないでいると
— 赤ちゃんの感染率は約30%
— お母さんの治療も遅れる

妊娠初期に
感染がわかると
— 赤ちゃんの感染率は0.5%程度
— お母さんも適切な治療が受けられる