

②対応のポイント：

- ・妊婦の感情の起伏や過敏反応は、出産に関するストレスに起因するものが多く妊婦は無事出産した後は、通常の状態に戻る事が予測される。このような一過性の反応を援助者は理解し、妊婦の心理的にも孤立しやすい出産直前の状況では特に妊婦を見守る姿勢を持つことが肝要である。もし反応が長期間に継続した場合は、妊婦との面接を通し精神状態をアセスメントし、必要に応じて専門家に紹介することを考慮する必要がある。
- ・助産師の出産前後の支援が心理的な支えとなる事例もある。一般妊婦と分け隔てなく対応する助産師の姿勢が妊婦に安心感と安定をもたらす可能性がある。退院後の健診などで生活や心理的な部分を継続して見守ることが望ましい。
- ・しかし、一旦退院すると継続支援は難しくなる。本人の心理的な反動を予測し、本人がアクセスできる社会資源（カウンセリング情報を含み）を事前に本人に提供しておくことも早めの予防的な介入として望ましい。（98 ページ、4. エイズ派遣カウンセリング制度実施自治体一覧、100 ページ、5. 平成 25 年度 中核拠点病院相談事業実施機関一覧）

(iii) 感染に対する罪悪感や負い目

自身の感染への負い目が、妊娠から出産、育児までの長い経過のなかで強まる場面がある。そのような感情の高まり時には、妊婦の反応をみまもりつつ、過度の心配についてはその不安を緩和するための情報提供や心理的な支援が重要である。

①具体的な状況：

・妊娠中

抗 HIV 薬の服用について、安全な出産のためにと理解しつつも、胎児に影響はないかと心配を持ち、妊娠中に服薬しなければならない状況を作ったことへの自責感を持つ場合がある。妊婦が安心して妊娠を経過できるよう、服薬などについての治療の不安に丁寧に答えていく必要がある。

・出産直後～児の非感染が確定するまで

児の非感染は 3～4 カ月でほぼ明らかになるが、最終確認は 18 か月までまたなければならない。しかし、この 1 年以上の結果待ちの期間は非常に長く、その間に日常生活で児を新たに感染させるのではという不安感を抱き、それが結果として自身の感染への自責感を強める可能性もある。

・発達の問題や様々な成育上の問題

子どもの発達は個人差が大きいのが、児の発達に過敏になる患者も見受けられる。言語や知能の発達になんらかの問題があるのではと心配し、それを自身の感染と結びつけて苦しむ場面もある。発達の個人差を伝え、長期的な視点で子どもの発達を見守ることができる支援体制を整備していくことも母子両方の支援として大切である。

②対応のポイント：

妊娠中は胎児へ、また出産後は児への HIV 感染の影響を心配する声から妊婦から出されることがある。その奥には感染したことへの妊婦自身が持つ罪悪感も見受けられる。援助としては、この感情を打ち消すという一辺倒の対応よりも、本人の思いを聴きつつ、同時に、一般の妊婦同様の出産や育児が可能であることを機会あるたびに伝えていくことが重要である。母親として、子どもの反応に一喜一憂することなく、長期的な視野で子どもの生育を見守る姿勢が大切であることを伝えていくことも、母親としての準備のうえで重要と思われる。

また、母親の孤立感を防ぐ意味でも、地域の関係者の協力を得ながら、当事者である本人の考えに沿って本人の支援体制を作っていくことが大切である。環境整備は本人のメンタルヘルスにも大きな影響を与える。

(2) 支援の持ち方について

(i) 長期的な視野での関わりの重要性

① 出産は最終のゴールではない

- ・二次感染を防ぐことは医療上非常に重要であるが、妊婦にとっては、出産は、HIV 感染判明から始まり育児まで続く母親になる長い過程の一つの通過点である。分娩時の母子感染防止は母と子の両方にとって最優先であることはもちろんのこと、妊婦にとってそこは全ての決着点ではなく、中間地点であり、出産「後」も引き続き HIV とともに進む過程の一部である。
- ・医療の場で、このような長期的視点で患者をみるのは、ケアの立場で患者の体験を捉えるときに可能になる。妊婦が出産を経て母親になり、生まれてきた子とどう向き合っていくかという過程をみまもる視点も妊婦支援として重要である。

② 我が子に感染を打ち明けるということ

- ・育児中は、HIV 感染特有の課題も浮上する。その一つが、わが子にいつ自身の感染を打ち明けるかというテーマである。実際の打ち明けは年月が経過した後で行われるかもしれないが、育児相談のときに機会があれば、将来の課題として援助者が取り上げるのも一つのアプローチであろう。正解は無くても、そのテーマを語り合い、本人の気持ちを尊重するという対応は支援として大切である。このテーマについては、カウンセラーなど心理の専門家を紹介したり、ピアとして同じ経験を持つ母親同士の集まりへの参加を促すということも「つなぎ」としての支援となる。

(ii) 患者の生き方（女性として）を踏まえて

① 多様な女性の生き方

- ・妊婦の背景は現代の女性の生き方を反映して多様である。専業主婦から有職者（非常勤～常勤）と様々で、経済的な自立も異なる。治療費などの支出を申し訳なく思う主婦もいれば、転勤・異動・昇進と出産・育児の両立で悩む有職者もいる。それぞれが家族関係のなかで、また社会との接点のなかで日々生活しており、女性としての生き方が自ずとそこに表出されてくる。本人たちの対人関係や社会的な役割の取り方についても育児相談などと繋がったテーマで話題になる場合もあり、その際は各人の思いを聴きつつ、今後の生き方を共に考えるという姿勢も大切である。

② 家族を作っていく

- ・第二子、第三子の妊娠については、本人とパートナーの考えが尊重されるべきであるが、自身の考えを二義的に捉え、第二、第三子について自分の気持ちを明確にすることなく妊娠・出産に至る場合もある。家族の持ち方について、本人自身の気持ちに焦点づける支援が必要とされるときもある。

(iii) 多文化の視点

カップル、夫婦の形

- ・カップル、夫婦のどちらかが外国人であるケースが非常に多い。出身国は広くアジア圏からアフリカ圏まで及び、各人の文化が夫婦のあり方や子育てに影響を及ぼす。患者、あるいはパートナーの多様な文化背景を知ること、各人の価値観や考え方の理解のきっかけにもなるので、この多文化という視点は援助者も押さえておきたい。また、同じアジア圏と言ってもその価値は非常に多様であり、また個人レベルではその多様性が本人の信念、宗教やそれまでの教育によって一層複雑になる。患者や家族からその多様性を学ぶという姿勢も求められる領域である。

(iv) 援助者自身の支援体制

① 横の繋がりという支援

- ・感染妊婦のケアは、妊婦の数が限られているため援助者の経験も一部に留まっている。そのため、突然職場に感染妊婦が受診した場合、援助者自身の戸惑いも大きい。また感染症専門のスタッフも

限られているため、単独対応を求められるときもある。同職種の医療機関を越えてのネットワークはこのような状況時に、情報交換のレベルだけではなく援助者の孤立感を防ぐ意味でも有益である。現在、多様なネットワークが形成されており、その輪に加わるだけでも援助者の心理的負担は緩和される。

②他の専門職との連携やつなぎ

- ・妊婦のテーマは長期間に渡って展開される。限られた職種での対応には限界があり、心理職や福祉職、教育職と上手く連携を作っていくことで、妊婦と児の地域支援が確立していき、また援助者間の支え合いの機会ともなっていく可能性がある。

2. HIV 感染妊婦に対する支援

(1) 妊娠継続にかかわる自己決定の支援

妊婦の HIV 感染が判明した場合、はじめにすべきことは「妊娠を継続するか否についての自己決定」である。医療従事者は HIV 感染者自身が (1) HIV 感染症の病態や治療の概要を理解し、(2) 今後の療養の見通しのもとに妊娠を継続するか否かを自己決定できるように支援しなければならない。以下に妊娠継続の自己決定支援のポイントを示す。

①告知後の情報提供

- ・担当医師からの HIV 感染症告知後、できるだけ早期に HIV 感染症の病態や治療に関する情報提供を行い、今後の療養生活の見通しを立てられるように支援する。
- ・HIV 感染を告げられた妊婦は、しばしばエイズに対する恐怖感を抱き、妊娠・出産・育児に対する不安が増強し、そのことを理由に妊娠継続を躊躇するといった場面がみられる。担当医師からは、妊娠継続した場合と継続しない場合の両方の経過について説明する。妊娠継続した場合の経過については、母親については、抗 HIV 療法開始から選択的帝王切開により出産するまでの経過と出産後の療養経過について、児に関しては、AZT シロップの予防投与や診断のための抗体検査、発育発達などのフォローアップを行うことも説明する。
- ・妊娠継続に関する自己決定を支援する際は、母子感染予防の開始時期や中絶可能な時期にも配慮する。
- ・妊娠継続の可否について、最終的には妊婦本人が決定したことが尊重され、この決定に基づいた最善の医療が保障されることを説明する。

②パートナーへの対応

- ・パートナーに HIV 感染の事実を知らせることを迷う妊婦もいる。しかし、①「妊娠継続の可否」の話し合い、②「パートナー自身の HIV 抗体検査をすすめるうえで非常に重要なこと」であることを医療者は十分理解し、パートナーへの病名の打ち明けを患者自身が決定できるよう支援する必要がある。

③提供した情報に対する理解の確認と個別の問題に対する助言

- ・上記①の情報を提供した後に、妊婦とパートナーに対して、疾患の受け止め方や妊娠継続の可否を決定できる情報が整理されているかを必ず確認する。そのうえで、妊婦が自分自身の価値観に基づき決定できるように、個人的な問題（例：経済的な問題など）についても相談を受け対応する。

④支援体制（パートナー、家族など）の調整と確認

- ・HIV 感染を打ち明けられたパートナーや家族などの支援者が相談役となり、妊婦の自己決定を支えられるようにするために、支援者に対しても妊婦同様に情報提供を行う。
- ・母親の育児能力をふまえて生活基盤や支援者の有無等を考慮し、妊娠を継続する際の診療施設をはじめ、妊娠中および出産後の療養環境の調整を行う。

文 献

1. 大金美和、福山由美ら：「妊娠と同時に HIV 感染が判明したケースの支援から」、医学書院、助産雑誌、Vol11、57 No.12、2003 年 12 月

(2) サポート形成

(i) 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、かつ患者自身には長期にわたる厳しい自己管理が求められる。このような状況の中、家族やパートナー、友人などの応援が精神的な安定をもたらし、療養生活を円滑に営むことを可能にしているケースも多い（コラム「支援者保護について HIV 感染妊婦の声から」参照）。一方で、「HIV 感染症は誰にも話せない病気」と考える傾向が患者のみならず医療者にも存在する。患者の意向を確認しないまま「支援者への告白」病名の打ち明けを強引に推し進めることはつしむべきだが、支援者の必要性を十分に話し合ったうえで、患者自身がそれを望む場合は、打ち明ける相手や時期、方法の選定、医療者がどのようにサポートしていくか、について検討する。

妊娠継続決定後の支援の実際

- 初 診
- ①現在の身近な人間関係やキーパーソンの確認
 - ② HIV 感染を他者へ打ち明けることへの認識を確認
 - 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説明したうえでの十分な話し合い
 - ④ HIV 感染について打ち明ける対象者の選定*¹と打ち明ける時期*²
 - ⑤医療者と支援者の面接を設定
 - ⑥支援者への疾患や治療の説明、相談窓口の保証
 - ⑦先輩患者（すでに周囲に疾患について打ち明けた感染者）がどのようにサポートを形成しているかを紹介し希望に応じて、ピアカウンセリング*³を設定
- 出 産

*¹ 病名を打ち明けているパートナーから、妊娠、出産、育児を通して協力が得られにくい場合には、親、きょうだい等別の支援者も検討することが必要である。

*² 分娩にそなえて HIV 感染に関する知識があり医療者と話し合える存在が必要であること、また、出産後の母子感染予防（AZT シロップ投与、母乳禁止）対策に理解して協力していただくことが必要であることから、妊娠判明後の早い時期から、体制づくりをすることが重要である。

*³ 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等を通し、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。

<コラム>

「支援者の確保について HIV 感染妊婦の声から」

- (1) 2 人目出産時、夫が上の子どもの面倒をみていたが自分自身の入院が延長し上の子の世話が困難になった。上の子どもの面倒をみてもらうのに、自分の母親に HIV 感染をうち明け事情を説明し、上の子の面倒をサポートしてもらった。
- (2) HIV 感染については、夫婦で理解し合い、自分の両親には伝えなかつもりであったが、夫は外国人で通訳が必要であり、緊急時対応として動いてもらうには心配だった。入院してからその不安はつり、いざという時のために両親にうちあけることにした。両親はおどろいていたが協力的でもっと早くに話せばよかったと思った。

(ii) 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なく、療養上の問題や課題を解決するために地域の保健・医療・福祉のサービスを提供する保健所や福祉事務所などに所属する専門職も存在する。

妊婦が妊娠の届出を行った際、行政機関から身体的、精神的、経済的な状態などの聞き取り面接がある。そこで、支援が必要な場合は、保健師、助産師、看護師などが妊娠期から自宅訪問を行い、養育に関する不安や悩みに対する相談や、子育てに関する情報提供など関係機関と連携を図りながら支援をしている。HIV 感染妊婦が早期に保健師などの専門職と顔見知りになることは、地域の妊婦健康診査やサポートが受けやすくなり、子育ての孤立防止にもなる。そこで、HIV 感染妊婦の支援には、プライバシーに配慮しながら地域の専門職とネットワークを形成し、乳児の健全な育成環境を整えていくことが必要である。

HIV 感染妊婦に地域の支援を導入する際の留意点は、①妊婦と医療スタッフとが支援の必要性やプライバシー保護に関することを十分話し合い、妊婦の同意を得ること、②保健師や福祉担当者の突然の訪問は、妊婦が抵抗を示すこともあるため、初回面談は医療スタッフが同席の上行うこと、である。

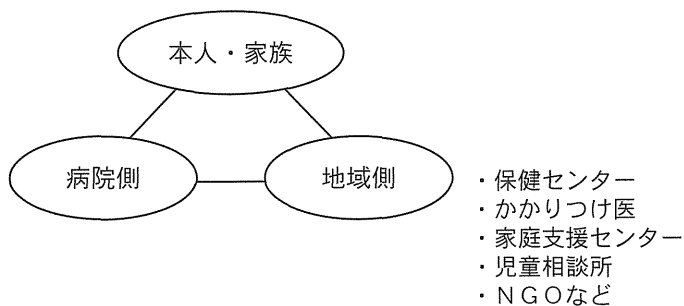


図 1. HIV 感染妊婦の支援ネットワーク

(iii) 経済基盤の確保（社会資源の活用）

HIV 感染症の診療では、高額な医療費がかかるため、治療の開始や継続に大きな影響を及ぼす。HIV 感染者には、医療費が払えないことを心配して受診を躊躇したり、治療を中断したりすることもあり、経済基盤を確保することは重要である。医療費負担の軽減のために社会資源を活用していくことになるが、HIV 感染者の中には、制度が複雑なことやプライバシーに関する不安から制度の活用を躊躇する方もいる。制度の活用を勧めるときは、制度の内容だけでなく、関係機関の役割や守秘義務が徹底されていることを説明する必要がある。

表 1. 利用可能な公的制度 医療費の助成制度

名称	制度の概要	申請窓口
高額療養費制度	健康保険の加入者が1か月に一定額を超える医療費を支払った場合、超えた分が後日返金される。	加入している健康保険
身体障害者手帳	一定の障害（免疫機能障害）のある人は、医療費の助成や税金の控除、交通費の割引などが受けられる。	住んでいる市区町村
重度心身障害者医療費助成	身体障害者手帳を持っている人のうち、医療費の一部を助成する。（市区町村によって所得制限がある）	住んでいる市区町村
障害者自立支援医療	18歳未満で障害のある人、または18歳以上の身体障害者手帳を持っている人が支払った医療費のうち、特定の治療（HIV治療）にかかる医療費を助成する。	18歳未満（育成医療）＝保健所 18歳以上（更生医療）＝住んでいる市区町村
食事療養費減額認定	所得の低い人が入院した場合に、病院給食費の自己負担額を減額する。	加入している健康保険

①医療保険

国民健康保険・健康保険・共済組合等があり、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その扶養家族は、被用者保険に加入する。また、被用者保険に加入している間や被用者保険の被扶養者、生活保護世帯を除いた自営業者や農業者などは、国民健康保険に加入する。外国人については、住民基本台帳に登録しているか、滞在期間が3か月以上あると国民健康保険の加入資格があるため、住民票のある市区町村で加入手続きを行う。医療保険に加入することで70歳未満の患者の自己負担額は、医療費の30%になる。ただし、医療機関に支払った医療費が1か月に一定の額を超えた場合、申請をすると超えた額が戻る「高額療養費制度」がある。この制度は、いずれかの医療保険に加入していることと自己負担のある患者が対象で、高額療養費の負担額が年齢と世帯の所得によって定められている。被保険者が70歳未満の場合、あらかじめ手続きをすると「限度額適用認定証」が発行され、それを医療機関で保険証とともに提示すると入院医療費の窓口負担は自己負担限度額までとなる。

国民健康保険または社会保険に加入している人が出産したときは、「出産育児一時金」が支給される。また、「直接支払制度」といって、出産育児一時金の額を限度として医療機関が被保険者に代わって出産育児一時金の支給申請及び受取を直接保険者と行い、医療機関の窓口で支払う経済的負担を軽減する制度がある。医療機関によっては、医療機関が被保険者に代わって保険者から出産育児一時金を受け取る「受取代理制度」が利用できることもあるが、この場合、被保険者が保険者に対して事前に申請を行う必要がある。

出産のため仕事を休んだ人には、出産手当金が支給される制度がある。

②母子健康手帳

母子健康手帳は、妊娠した人が市町村に届け出ると交付される。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り保健指導の基礎にもなる。

③妊産婦健康診査

妊産婦及び乳幼児に対して市町村が健康診査を行うもので、必要な回数（14回程度）の妊婦健康診査が公費負担される。公費負担回数は市町村に確認が必要である。

④入院助産制度

保健上必要があるにもかかわらず経済的に困窮し、出産費用を負担できない妊婦について、都道府県が指定する助産施設（病院、助産所）で出産しその費用が給付される制度。国籍や在留資格は問われず、申請は居住地の役所（子育て支援課など児童福祉法の所轄部署）になる。

⑤養育医療

出生時体重が2,000g以下や呼吸器系、循環器系、消化器系などに異常がある乳児で、医師が入院養育を必要とした場合に入院医療費が給付される。ただし、未熟児が医療保険各法の被扶養者等である場合、医療の給付が優先するため、養育医療の給付は自己負担分が対象となる。実施主体は平成25年4月から市町村になっている。人道的立場から国籍や滞在資格は問われないが、市町村に確認が必要である。

⑥自立支援医療（更生医療）

18歳以上で身体障害者手帳を持っている身体障害者の障害の軽減や除去することが可能な場合、医療費が給付される。自己負担額は、世帯の所得（市町村民税額）や本人の収入額により1か月あたりの上限額がある。ここでの世帯とは、同一の医療保険加入者または税制上の扶養関係にある人のことである。申請は住民票のある福祉事務所である。身体障害者手帳を持っているこ

とが前提の制度のため、在留資格のない外国人の適用は困難である。

⑦重度心身障害者医療費助成制度（自治体によって名称が異なる）

身体障害者手帳や精神障害者保健福祉手帳、知的障害重度の方を対象に、各種保険の自己負担分について医療費が助成される。自治体によって対象となる要件や助成される金額が異なる他、本人の所得で制限しているところもあるため確認が必要である。公的保険の自己負担分の助成のため、医療保険加入資格がない方は対象とならない。

＜参考：HIV/AIDS 医療体制における HIV 感染妊婦の受け入れについて＞

・背景

妊婦への HIV 検査率は徐々に向上し、平成 24 年度の調査では全国平均が 99% 以上と殆どの妊婦が検査を受けるようになり、さらに現在では妊娠初期に HIV 感染を発見して適切な治療を施行すれば母子感染率は 1% 未満に抑えることが可能である。一方、症例の発生はだんだんと特定の地域から全国へ分散する傾向にあり、また 10 代の性感染症の蔓延が社会問題となりつつある。このような状況下では、これまで HIV 感染者の治療の経験のない地域でも HIV 感染者が発生する可能性が高まっているが、その診療を担うべきは全国に配置されたエイズ拠点病院であり、平成 24 年度調査では分娩の 90.1% が拠点病院であった。しかしエイズ拠点病院はエイズ診療のために設定されたものであり、残念ながら HIV 母子感染妊婦の診療までは想定されておらず、しかも近年の産婦人科や小児科の医師不足により産婦人科閉鎖や新生児受け入れ中止のエイズ拠点病院も少なくない状況となっている。そこで、HIV 感染妊婦の医療体制について現在の状況と今後の展望についてアンケート調査の結果をもとに報告する。

・現在のエイズ拠点病院における受け入れ状況

2008 年に HIV 拠点病院の中で HIV 母子感染予防のための機能を有する施設を把握するために産科・小児科の標榜状況などについて 370 施設に対してアンケート調査を行った。251 施設から回答があり回答率は 67.9% であった。

そのうち産科標榜施設は 203 施設 80.8% であり、HIV 陽性妊婦をすべて受け入れるとの回答はわずかに 105 施設 51.7% であった。逆に条件に関わらず受け入れないと回答した施設が 69 施設 34.0% 存在した。

小児科標榜施設は 226 施設 90.0%（両科ともに標榜しているのは 199 施設 79.3%）であった。小児科標榜施設のうち HIV 陽性妊婦から出生した新生児をすべて受け入れると回答した施設は僅か 60 施設 26.5% であり、条件に関わらず受け入れないと回答した施設は 86 施設 38.1% 存在し、妊婦・新生児ともに条件によっては受け入れ可能と回答した施設は回答のあった 251 施設中 124 施設 49.4% であった（表 2）。

表 2. HIV 感染妊婦および新生児の両者受け入れ可能施設

ブロック	拠点病院数	受け入れ可能施設数
北海道	13	5(38.5%)
東北	30	12(40.0%)
北陸	13	6(46.2%)
関東・甲信越	73	38(52.1%)
東海	33	17(51.5%)
近畿	24	10(41.7%)
中国・四国	44	20(45.5%)
九州	21	15(71.4%)
計	251	124(49.4%)

受け入れ不能の理由について検討してみると、産科においても小児科においても、その多くは医師や看護スタッフのマンパワーや知識技術不足をあげる施設が多く、次に多かったのが各科の協力不足やカウンセラー不足などの病院の体制の不充実であった（図2）。産科側の理由として、産科を標榜していても休診状態や外来のみと答えた施設が8施設、HIV治療医不在で拠点病院返上を考慮中が2施設存在し、またそのため過去に受け入れ経験がありながら受け入れ不能との回答が9施設からあった。その一方で、特定の施設に症例を集中させるなどの前向きな工夫をしているため自施設では受け入れないとの回答が10施設あった（図3）。

図2. 受け入れ不能の理由の産科と小児科の比較

産科側の理由	
産科医師のマンパワー不足あるいは知識・技術不足など	42
助産師などの看護スタッフの知識・技術不足など	31
内科などのHIV症例担当科の協力が得られないなど	22(10)
カウンセラー不足などの病院の体制	24
その他	9
小児科側の理由	
小児科医師のマンパワー不足あるいは知識・技術不足など	57
看護スタッフなどの知識・技術不足など	39
産科の協力が得られないなど	26(10)
内科などのHIV症例担当科の協力が得られないなど	18
カウンセラー不足などの病院の体制	32
その他	8

図3. 産科に特徴的な理由

産科休診中、外来のみなど	8
HIV担当医不在	2
過去に受け入れの経験有るが現在は不能	9
地域で特定施設に集中(東京、愛知、愛媛など)	9
早産症例を地域で特定施設に集中(長野)	1

・今後の展望

わが国ではこれまでの所、HIV母子感染の発生例が殆どないが、その診療体制の実情は上記のように十分と言えるものではない。より確実に母子感染を防止していくには受け入れ施設の充実や人的資源の充実が理想ではあるが、現実的には極めて患者数の少ない日本では困難である。

その方策として、一つ目は東京や愛媛などの施設の回答にみられたようにいくつかの施設に症例を集める集約化である。そのためにはこれらの地域の対応を調査してその方法を広めてゆく必要があると考えられる。二つ目には施設内のコミュニケーションの充実である。HIV陽性妊婦の受け入れには産科・小児科とともにエイズ診療担当科の3者の協力が必要であるが、同じ施設内で産科・小児科の協力が得られないとの回答がいくつかみられた。このような施設で施設内コミュニケーションが計れば受け入れ可能施設は増加するものと考えられる。施設内での目的別の小委員会の設立なども有用と思われる。三つ目は情報の充実であり、HIV陽性妊婦の受け入れ可能な施設名のリストが掲載できれば、相談できる施設にすぐにアクセスすることが可能となる。今後は地域連携の方法や施設内コミュニケーションの提示、受け入れ可能施設のリスト掲載などの実現が必要と考えられる。

3. HIV 感染妊娠に必要な妊娠初期検査

妊娠継続を選択した場合には以下の項目について、検査することが望ましい（太字は HIV 感染症特有）。

血液検査：

血算（白血球分画を含む）、**CD4、CD8、HIV ウイルス量、凝固系**

生化学（腎機能、肝機能、血糖、脂質系）

他の感染症：梅毒スクリーニング、HBs 抗原、HCV 抗体、トキソプラズマ抗体、**抗 CMV IgG、HTLV-1 抗体**

血液型 不規則抗体スクリーニング検査、**HIV ウイルス耐性検査***

尿一般

子宮頸部腔部細胞診

膣分泌物培養

クラミジア検査

淋菌検査（必要時）

胸部 X 線検査

眼底検査（CMV 感染症の検査として）

*妊娠中の抗 HIV 薬の耐性検査について

- ・ HIV 薬剤耐性検査については、治療前のすべて感染妊婦に施行することが勧められている。
- ・すでに抗 HIV 薬が投与されていてもウイルス量がコントロールされていない症例には、耐性検査を施行する。
- ・母子感染予防の抗 HIV 薬治療は耐性検査結果を待つ時間がないことがあるので一般的な治療を開始してから耐性検査結果をみて必要があれば変更を行う。

4. 抗ウイルス療法

(1) 概 説

* AZT 単剤療法から多剤併用療法（HAART）への変遷

妊婦に対する抗ウイルス療法としては、PACTG 076（後述）の AZT 単剤療法が最初になされた治療であった。現在では薬剤耐性の観点より HIV 感染者には原則的に多剤併用療法（highly active antiretroviral therapy：HAART）が施行されているが、HIV 感染妊婦に対しても AZT 単剤療法ではなく、児に対する安全性への懸念はあるものの多剤併用療法が施行されているのが米国の現状である。これはわが国においても同様で近年では抗ウイルス療法をされた例のほとんどに多剤併用療法が施行されている。

文 献

1. Sperling RS, Shapiro DE, Coombs RW, et al. Maternal viral load, zidovudine treatment, and the risk of transmission of human immunodeficiency virus type 1 from mother to infant. Pediatric AIDS Clinical Trials Group Protocol 076 Study Group. *N Engl J Med*, 1996. 335(22):1621-9.
2. Antiretroviral Pregnancy Registry Steering Committee. Antiretroviral Pregnancy Registry International Interim Report for 1 January 1989 through 31 January 2003. Wilmington, NC: Registry Coordinating Center; 2003.
3. Culnane M, Fowler MG, Lee SS, et al. Lack of long term effects of in utero exposure to zidovudine among uninfected children born to HIV- infected women. *JAMA*, 1999. 281(2):151-7.
4. Hanson IC, Antonelli TA, Sperling RS, et al. Lack of tumors in infants with perinatal HIV-1 exposure and fetal/neonatal exposure to zidovudine. *J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retrovirol*, 1999. 20 (5):463-7.

(2) 抗 HIV 薬の選択

以下においては2012年7月に発表されている米国の HIV 母子感染予防ガイドライン (Recommendations for Use of Antiretroviral Drugs in Pregnant HIV-1-Infected Women for Maternal Health and Interventions to Reduce Perinatal HIV Transmission in the United States, July 31, 2012 <http://aidsinfo.nih.gov/guidelines/html/3/perinatal-guidelines/0>) から主要部分を抜粋し現在米国で行われている治療方針につき述べる。

(i) 抗 HIV 薬による HIV 母子感染予防

抗 HIV 薬は以下の機序により母子感染を防ぐ。

①分娩前の母体の血中ウイルス量を減少させること。

② HIV 曝露前と曝露後の胎児への予防投与

したがって母子感染予防には、分娩前、分娩中、分娩後の投与が必要である。

(ii) 抗 HIV 薬投与の基本

- ①初期評価には、HIV 感染症の進行度を評価し、いままでの抗 HIV 薬の使用歴や現在内服中の薬剤を参考に治療薬を選択する。
- ②母子感染予防としての抗ウイルス薬の投与は CD4、ウイルス量にかかわらずすべての感染妊婦に対して投与されるべきである。
- ③今までに副作用や耐性がなければ胎盤通過性の高い AZT、3TC、ABC を含む抗ウイルス薬を投与すべきである。
- ④ HIV ウイルス量が測定できる症例は、HIV 耐性検査を施行するべきである。
- ⑤治療開始前に抗ウイルス薬投与のベネフィットと可能性のあるリスクについて話し合う。
- ⑥抗ウイルス薬のアドヒアランスの重要性について説明する。

表 3. 主に使用される抗 HIV 薬とその安全性

	核酸系逆転写 阻害薬	非核酸系逆転写 阻害薬	プロテアーゼ 阻害薬	インテグラーゼ 阻害薬	CCR5 阻害 薬
推奨される	ジドブジン エビビル	ネビラビン	アタザナビル+リトナビル ロピナビル+リトナビル		
代替薬として 使用	アバカビル エムトリシタビン テノフォビル		ダルナビル+リトナビル サキナビル+リトナビル		
特殊な状況 のみで使用	ジダノシン スタブジン	エファビレンツ	インジナビル ネルフィナビル	ラルテグラビル	
データが不 十分で推奨 されない		エトラピリン リルピピリン	フォスアンプレナビル チプラナビル		マラビロク

抗ウイルス薬は、抗ウイルスの使用歴の有無、妊娠週数、抗ウイルス薬の胎児への影響を考慮して選択する (表 3、表 4 参照)。

表 4. 各種抗 HIV 薬の安全性：FDA（米国食品医薬品局）の基準 2012 年

抗ウイルス薬	FDA 基準	胎盤通過性 〔児/母血中濃度比〕	動物実験での 腫瘍原性	動物実験での 催奇形性	ヒトでの 催奇形性
○核酸系逆転写阻害薬 (NRTI)					
アバカビル (ABC) 商品名： ザイアジェン	C	する (ラット)	陽性 (人体投与量の6～32 倍の投与でメスのラットの肝 臓や甲状腺とマウスとラットの 包皮腺や陰核腺の悪性、 非悪性腫瘍)	陽性 (人体投与量の35倍量 の1,000mg/kgを器官形成 期投与で齧歯類に全身浮 腫、骨格系の異常出現、人 体投与量の8.5倍を投与した ウサギにはみられなかった)	陰性
ジダノシン (ddI) 商品名： ヴァイデックスEC	B	する (ヒト) 〔0.36〕	陰性	陰性	
エムトリシタピン (FTC) 商品名： エムトリバ錠	B	する (ヒト) 〔1.2〕	陰性	陰性	陰性
ラミブジン (3TC) 商品名： エピビル	C	する (ヒト) 〔0.86〕	陰性	陰性	陰性
サニルブジン (d4T) 商品名： ゼリット	C	する (ヒト) 〔0.5〕	陽性 (非常に高用量でラット とマウスに肝臓や膀胱の腫 瘍〔ラットのみ〕)	陰性 (しかし人体投与量の 399倍量でラットの胸骨のカル シウム低下と新生児死亡率 の増加がみられた)	陰性
ジドブジン (ZDV 別名AZT) 商品名：レトロビル	C	する (ヒト) 〔0.85〕	陽性 (高用量で陰腫瘍)	陽性 (人体投与量の300倍 量でラットの胎児の奇形が増 加した) (☆) 下記	陰性
テノフォビル (TDF) 商品名： ビルアード	B	する (ヒト) 〔0.6～1.03〕	人体投与量の16倍量でメス マウスに肝腺腫	サルで成長障害、骨形成異 常	陰性
○非核酸系逆転写阻害薬 (NNRTI)					
ネビラピン (NVP) 商品名： ビラミューン	B	する (ヒト) 〔～0.9〕	陽性 (人体投与量以下の投 与でマウスとラットの肝臓の 腺種と癌)	陰性	陰性
エファビレンツ (EFV) 商品名： ストックリン	D	する (サル、 ラット、ウサギ) 〔～1.0〕	陽性 (人体投与量の1.7倍 量でメスのマウスの肝臓の 腺種と癌と肺胞気管支腺 腫)	陽性 (サルに脳形成異常、 無眼球症、口蓋裂)	陽性 (神経管欠 損症無眼球症口 蓋裂)
エトラピリン 商品名： インテレンス	B	不明	陽性 (人体投与量の0.6倍の 投与でメスのマウスの肝臓 の腺種と癌。人体投与量の 0.5～0.6倍の投与のラットに は発症しなかった)	陰性	陰性
○プロテアーゼ阻害薬 (PI)					
アタザナビル (ATV) 商品名： レイアタツ	B	する (ヒト) 〔13～17%〕	陽性 (人体投与量の2.8～ 2.9倍の投与でメスのマウス に良性肝細胞腺種)	陰性	陰性 (胎児黄疸 もみられなかつ た)
ダルナビル (DRV) 商品名： プリジスタ	C	する (ヒト) 〔6～58%〕	陽性 (人体投与量の0.1～ 0.3倍と0.7～1.0倍の投与で オスのマウスの肝臓の腺腫と 癌、ラットに甲状腺腫瘍)	陰性	不明

(☆) 人体投与量の 66 ～ 226 倍でラット、12 ～ 87 倍でのウサギの死産が増加

フォスアンブレナビル 商品名： レクシバ	C	する(ヒト) 〔0.27〕	陽性(人体投与量の0.3～0.7倍の投与でマウスに、0.7～1.4倍の投与でラットに肝臓の腺腫と癌、ラットに甲状腺腺腫、子宮の間質細胞の過形成、子宮内膜癌)	陽性(ウサギの軽度の骨形成異常、大腿骨の骨化異常)	不明
インジナビル(IDV) 商品名： クリキシバン	C	わずか(ヒト) 〔12%〕	陽性(人体投与量の1.3倍の投与量でオスのラットで甲状腺腺腫)	陰性	陰性
ロピナビル・リトナビル配合剤 (LPV/RTV) 商品名： カレトラ	C	する(ヒト) 〔0.20±0.13〕	陽性(人体投与量の1.6～2.2倍でマウスに、0.5倍の投与でラットに肝臓の腺腫と癌)	陽性(人体投与量でウサギやイヌに変化はなかったが、ラットの中毒量にあたる人体投与量のロピナビル0.7倍、リトナビル1.8倍で投与したところ胎児のバリアビリティや体重減少や骨の石灰化の遅れ、骨格の変異がみられた)	陰性
ネルフィナビル(NFV) 商品名： ビラセプト	B	わずか(ヒト)	陽性(人体投与量の1～3倍の投与量でラットに甲状腺濾胞腺腫と癌)	陰性	陰性
リトナビル(RTV) 商品名： ノービア	B	わずか(ヒト)	陽性(人体投与量の0.3倍の投与量でオスのラットに肝臓の腺腫と癌)	**	陰性
サキナビル(SQV) 商品名： フォートベース	B	わずか(ヒト)	陰性	陰性	不明
チプラナビル(TPV) 商品名：	C	不明	陽性(人体投与量以下の投与量でマウスの肝臓の腺腫と癌、人体投与量でラットに甲状腺濾胞腺腫)	陰性	不明
○Fusion inhibitor					
Enfuvirtide 商品名： fuzeon	B	不明	データなし	陰性	不明
Maraviroc 商品名： シーエルセントリ	B	する(サル) 〔0.23〕	陰性	陰性	不明
○インテグラーゼ阻害薬					
Raltegravir 商品名： アイセントレス	C	する(ネズミ 〔1.5～2.5〕、 ウサギ〔0.02〕)	データなし (実験中)	陰性(ヒトの投与量の3倍量の投与で余分な肋骨形成がみられた)	不明

* FDA(米国食品医薬品局)基準

A: 1st trimester(妊娠0～14週)およびそれ以降に妊婦に投与しても胎児に危険のないことが、比較検討試験の結果明らかなもの。

B: 動物実験で胎児に影響がないことがわかっているが、ヒトでの比較検討試験の情報がないもの。

C: ヒトでの妊娠期間中の安全性が不明で、かつ動物実験で胎児への影響が認められるまたは未実施なもの。このカテゴリーの薬剤はその有益性が危険性を上回る場合にしか使用してはならない。

D: ヒトでの胎児への危険性が明らかとなっているもの。妊婦への使用による有益性が危険性を上回るなら、その使用を妨げるものではない。

X: ヒトでの妊娠期間中の使用による危険性が、どの有益性よりも上回るもの。

** 陽性 母体の中毒量[人体投与量の0.3倍まで]でラットに早期胎児死、体重減少、骨格の遅れや発達の変異がみられた。人体投与量の0.22倍で停留嚢丸がみられた。

HIV 母子感染予防に用いる ART についてのまとめ

<p>推奨薬</p> <p>核酸系逆転写阻害薬：ジドブジン+ラミブジン プロテアーゼ阻害薬：ロピナビル+リトナビル or アタザナビル+リトナビル 非核酸系逆転写阻害薬：ネビラピン</p> <p>注意：ネビラピンは、CD4 数 250 以上の場合は肝機能障害のリスクあり。 ロピナビル+リトナビルは妊娠後期に血中の濃度が低下する可能性あり。ウイルス量を注意深くモニターし可能であれば血中濃度の測定がのぞましい。</p>
<p>代替薬</p> <p>核酸系逆転写阻害薬：アバカビル、テノフォビル プロテアーゼ阻害薬：ダルナビル+リトナビル、サキナビル+リトナビル</p>
<p>特殊な場合にのみ使用</p> <p>非核酸系逆転写阻害薬：エファビレンツ インテグラーゼ阻害薬：ラルテグラビル</p>

(3) 抗 HIV 薬の開始時期

(i) 抗ウイルス薬を内服している HIV 感染者が妊娠した場合

- ①現在投与中の抗ウイルス薬へのアドヒアランスや治療効果を評価し、ウイルス量がコントロールされている場合はその薬剤を器官形成期であっても継続する。最新の DHHS ガイドラインでは、最近のメタアナリシスにより EFV の催奇形が増加しなかったことや、神経管欠損の奇形がでるのは妊娠 4～6 週でこのころにはまだ妊娠に気づいていないこと、不必要な変更によりウイルスコントロールが悪くなることの懸念より EFV は継続可能となった。
- ②ウイルス量が検出されている場合は、HIV ウイルスの耐性検査を必ず行い有効な薬剤への変更を検討する。
- ③ネビラピンを含んだ抗ウイルス薬を内服中でその治療が効果的であれば、CD4 数にかかわらず継続する。

(ii) 抗ウイルス薬を内服したことがない (Antiretroviral naive) HIV 感染者が妊娠した場合

成人の標準的な治療基準 (Guidelines for the Use of Antiretroviral Agents in HIV-1-Infected Adults and Adolescents February 12, 2013) を満たす場合は表 3 (妊娠中に使用する抗 HIV 薬の推奨度) や表 4 (各種抗 HIV 薬の安全性情報) を参考に多剤併用療法 (HAART) を開始する (内服期間が長い方が母子感染予防効果が高いので妊娠 12 週目以降すぐに開始することが望ましい)。もし患者の免疫状態が悪く早急に治療が必要な場合は、器官形成期でも抗 HIV 薬の催奇形成リスクのデータ (表 4) を参考に開始する。

ネビラピンは $CD4 > 250/\mu l$ の症例に用いると肝機能障害や皮疹といった副作用の出現リスクが高くなるので、 $CD4 > 250/\mu l$ に用いるときにはベネフィットがリスクを上回る場合にのみ使用する。

(iii) 抗ウイルス薬を以前に内服していたが現在無治療の HIV 感染者が妊娠した場合

いままで投与されたすべての治療薬を確認し、耐性検査を参考に薬剤を選択する。治療に反応が悪い場合は耐性検査を再度施行し専門家に相談し、治療内容の変更を行う。

(4) 抗ウイルス薬の中止方法

- ①非核酸系逆転写阻害薬を含む多剤併用療法を行っている場合で計画的に抗ウイルス薬を中止する場合には、非核酸系薬剤の半減期が長いいため血中濃度がたもたれるので単剤で投与が続いた状態とな

- り耐性を獲得するリスクが高い。そのため非核酸系逆転写阻害薬を先に中止し他の薬剤を少なくとも7日間投与後に中止する。エファビレンツは中止後3週間、血中に残るので中止する場合は、プロテアーゼ阻害薬に変更してからその他の核酸系2剤とともに30日間投与してから中止する。
- ②もし重症の妊娠悪阻が改善しない場合や生命に関わるような重篤な副反応が出現した場合などですぐに中止しなくてはならない場合は、すべての薬剤を同時に中止し同時に再開する。
- ③もしネビラピンを2週間以上中止して再開する場合は、ネビラピンは2週間ごとに増量する方法で再開する。

(5) 特殊な状況

(i) B型肝炎の合併

B型肝炎/HIV合併症例を診療時には専門家に相談することがのぞましい。

すべての妊婦にB型肝炎ウイルスの表面抗原(HBsAg)の検査を施行する。

○インターフェロンやペグインターフェロンは妊娠中には使用しない。

○B型肝炎/HIV合併症例のすべてに抗HBV効果のあるテノフォビルとラミブジンやエムトリシタビンによる抗HIV薬の投与が推奨される。

○B型肝炎/HIV合併症例に抗ウイルス薬を開始後は、肝機能悪化の症状や肝機能検査を2週間毎にモニターしその後最低1ヶ月毎にモニターする。

○出産後児にはB型肝炎免疫グロブリン(HBIG)を12時間以内に投与しB型肝炎のワクチンを接種する。(厚労省のB型肝炎予防指針ではHBIGの投与は生後できるだけ早く、遅くとも48時間以内)

(ii) C型肝炎の合併

○すべての妊婦にC型肝炎ウイルス(HCV)抗体の検査を施行する。

○ペグインターフェロンアルファは妊婦には推奨されず、リバビリンは使用禁忌である。

○抗HIV薬はCD4やHIVウイルス量にかかわらずすべてのHCV合併HIV陽性妊婦に投与されるべきである。本人のHIVの治療は必要ではなく母子感染予防として抗HIV薬を投与した場合は、出産後抗ウイルス薬を中止することが可能である。

○C型肝炎/HIV合併症例に抗ウイルス薬を開始後は、肝機能悪化の症状や肝機能検査を2週間毎にモニターしその後最低1ヶ月毎にモニターする。

○分娩方法の選択は、HIV感染予防のための方法に基づいて決定すべきである。

○出産後の児は、3～6ヶ月の間にHCV-RNAを、18ヶ月以降にHCV抗体を測定しHCVの感染の有無を確認する。

(6) 抗HIV薬投与後のモニタリングと対応

(i) 治療効果と副作用のモニタリング

抗HIV薬開始直後は1～2週間ごと、服薬が安定したら妊婦健診(23週までは4週毎、24～35週までは2週毎、36週以後は1週毎)に合わせて以下の項目をチェックする。

問診：副作用の有無、アドヒアランスの確認

内科的診察：

産科的診察：

血液検査：毎回行う項目…血算、生化学(肝機能、腎機能、脂質、アミラーゼ、血糖)

月1回行う項目…CD4、CD8、CD4/CD8比、HIVウイルス量

必要時に行う項目…鉄、TIBC、UIBC、フェリチン、乳酸、ピルビン酸

尿検査：尿糖、尿蛋白

(ii) ウイルスコントロールに失敗した場合

治療が成功している場合には抗 HIV 薬を開始後 4 週目までに HIV ウイルス量が少なくとも 1/10 以下低下し、初回治療の症例は 16 ～ 24 週後に検出限界以下に通常低下する。

十分な治療後にこのように HIV ウイルス量が抑制できないときは、薬剤耐性の有無とアドヒアランスを評価し HIV 感染症の専門家に相談する。出産の時期が近くなっても HIV ウイルス量が 1000 コピー/mL 以上の場合は、予定帝王切開を行うことが勧められる。

(iii) 注意が必要な薬剤

① エファビレンツの催奇形性

エファビレンツは、動物実験で中枢神経系の奇形が報告されていて、ヒトには少数例であるが神経管欠損も報告されているので妊娠の可能性のある女性や、妊婦には投与しない。エファビレンツを内服している HIV 感染者が妊娠した場合、ウイルスコントロール良好な場合は妊娠可能である (P40 参照)。

② ネビラピンの肝障害と皮疹

CD4 > 250 以上の HIV 感染者にネビラピンを投与すると、薬疹や肝障害の発症のリスクが高くなり、肝障害は重症になる可能性がある。したがって、そのような患者にネビラピンを投与するときは、ネビラピンを使用することのベネフィットがリスクを上回る場合にのみ投与する。とくに投与後 18 週間は肝機能を注意深くモニターする。

③ プロテアーゼ阻害薬の高血糖と脂質代謝異常

プロテアーゼ阻害薬で耐糖能異常、高脂血症が出現することがある。妊婦自体も耐糖能異常が出現しやすいため、血糖、尿糖、脂質をモニターする必要がある。HIV 感染妊婦は初期の随時血糖検査と中期 (24 ～ 28 週) の 50gGCT 法による妊娠糖尿病スクリーニングを行うべきである。一部の専門家は、妊娠以前に長期にプロテアーゼ阻害薬を投与している例や、肥満や 2 型糖尿病の家族歴のあるハイリスク症例は早めに糖尿病のスクリーニングを行うことを勧めている (P54 参照)。

なお、プロテアーゼ阻害薬を投与中に早産のリスクが高くなるとの報告があるが、患者本人の健康や母子感染予防効果が大きいいため使用を控える必要はない。

④ 核酸系逆転写阻害薬とミトコンドリア障害

核酸系逆転写阻害薬がミトコンドリアの γ アミノ酪酸を阻害することにより乳酸アシドーシスを起こすことがわかっている。起こしやすい薬剤は、ddC > ddI > d4T > AZT > 3TC > ABC > テノフォビルの順である。乳酸アシドーシスにより末梢神経障害、肝脂肪壊死、膵炎、ミオパチー、心筋症などを発症する。全体的な頻度は不明であるが d4T と ddI を使用していた妊婦 3 例で死亡例があり可能な限り両者の併用はさける。しびれ、嘔気、倦怠感といった臨床症状や肝機能異常、アミラーゼ上昇の有無をモニターし、疑わしい症例はすみやかに乳酸を測定し薬剤を中止するなどの処置をとることが重要である。

⑤ AZT による貧血

投与早期は起こりにくく、1 ヶ月以上経過してから発症し、大球性貧血を呈する。突然の急激なヘモグロビンの低下をきたすこともあり、その場合は AZT の中止が必要である。妊娠中は鉄欠乏性貧血になりやすいため鉄の補充を行いヘモグロビンをモニターする。急激に低下した場合は AZT を他の薬剤 (ABC など) に変更する。

⑥嘔気、嘔吐などの消化器症状

すべての抗ウイルス薬で起こりえるが、プロテアーゼ阻害薬で出現しやすい。抗ウイルス薬以外の要因（消化器病変の有無、肝機能異常、乳酸アシドーシスの有無など）をチェックする。慣れてくることもあるので強い場合は制吐薬を併用しながら内服を継続する。また、薬物血中濃度を測定し高値になっていないかを確認する。

（iv）妊娠中の抗ウイルス薬投与時に考慮すべきこと

妊娠による生理的な変化のために薬剤の投与量の調整が必要になる場合がある。ロピナビル・リトナビル配合剤（LPV/RTV）は、妊娠中に血中濃度が低下する可能性があり、可能であれば血中濃度を測定するかウイルス量がきちんと低下するかを注意深くモニターする。専門家によっては第3期に3錠、1日2回の投与に増量する場合もある。

（v）服薬アドヒアランス育成に対する支援

感染妊婦の治療と母子感染リスクの低減には、血中のウイルス量を検出感度未満に抑え込み続けることが必要である。そのためには、服薬を確実に継続することが求められる。一般的にも服薬継続が困難な中、妊婦にとってもつわりのある中、内服を継続することは容易なことではない。（表5）。

表5. 一般的に服薬継続が困難な理由

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ①確実な服薬が必要（定時、服薬率95%以上維持） ②生涯継続しなければならない ③副作用が出現することがある ④食生活の調整が必要（食後薬との関係や高脂血症対策） ⑤薬剤の形状が大きく、量が多い ⑥薬剤費が高額 |
|--|

確実な服薬を維持できなければ、投与中の薬剤に対する耐性ウイルスが出現し、血中のウイルス量を抑え込むことができず、妊婦に対する治療効果と児への感染予防効果を失う危険も生じる。さらに、薬剤耐性のウイルスは他の抗HIV薬にも交叉耐性を生じる可能性があり、将来の治療の選択肢を失うことになりかねない。この困難な服薬を継続するためには、妊婦自身が治療の重要性を理解し、継続することの困難さを十分認識し、主体的な意思に基づいたアドヒアランス※を維持し続けることが重要である。その服薬アドヒアランス形成のため、一般的には数ヵ月にわたる支援プロセスを経て服薬を開始しているが、妊娠14週以降の場合には早急に服薬を開始することが必要なため、病気の説明、服薬オリエンテーション、服薬アセスメントまでを短期間で行う必要がある（HIV感染妊婦に対するケアフローチャート46、47ページ参照）。妊婦の理解度を確認しながらも、計画性をもって支援していくことが医療従事者に求められる。また、服薬を開始すると副作用をはじめ、さまざまな困難に直面することが考えられる。担当者は妊婦がその困難な状況を医療従事者に相談できる関係作りに努め、早期に対処できるよう常に心がけることが必要である。

表 6. HIV 感染妊婦に対するケアフローチャート

HIV/AIDS担当看護師:

	患者目標	アセスメント項目
HIV感染症について	<input type="checkbox"/> 疾患について客観的に述べるができる	<input type="checkbox"/> HIV感染症の経過がわかる <input type="checkbox"/> 日 和 見 感 染 症 の 予 防 や 治 療 の 概 要 が わ か る <input type="checkbox"/> 検査データの意味、読み方がわかる <input type="checkbox"/> 感染ルートと感染予防方法がわかる
	<input type="checkbox"/> HIV感染症に対し前向きな発言が聞かれる	<input type="checkbox"/> 病気に対する思いを打ち明けたり、相談ができる <input type="checkbox"/> 将来の見通しが立てられる <input type="checkbox"/> 睡眠状況は良好である
	<input type="checkbox"/> 日常生活の過ごし方が理解できる	<input type="checkbox"/> 自身の病状を把握し日常生活を送ることができる <input type="checkbox"/> 食事はバランスよく食べている <input type="checkbox"/> 生もの・生水の摂取に気をつけている <input type="checkbox"/> 疲労感が強いときには休息を取るようにしている <input type="checkbox"/> 生活のリズムが形成されている <input type="checkbox"/> 動物などのペットへの接し方がわかる <input type="checkbox"/> 衣類・物品などへの血液付着時の消毒方法・処理方法がわかる
	<input type="checkbox"/> 二次感染予防ができる	<input type="checkbox"/> 自身の体液や血液が他者に触れないようにできる <input type="checkbox"/> コンドームの使用などSafer sexを心がけている <input type="checkbox"/> 自尊心をなくすようなドラッグ使用や多量飲酒はしない <input type="checkbox"/> 性感染症にかかっていない <input type="checkbox"/> 性行動に関する話を医療者に相談できる <input type="checkbox"/> パートナーには感染について打ち明け、性交渉を持っている <input type="checkbox"/> パートナーは抗体検査を受けた
サポート形成について	<input type="checkbox"/> 療養の場が確保されている	<input type="checkbox"/> 通院可能な距離に居宅がある(住民票がある) <input type="checkbox"/> 療養の場に適した居宅である <input type="checkbox"/> 通院に適した施設への紹介受診ができる
	<input type="checkbox"/> 経済的な基盤が確立されている	<input type="checkbox"/> 本人・またはパートナーが就労している <input type="checkbox"/> 社会資源を活用している <input type="checkbox"/> 障害者手帳を取得している <input type="checkbox"/> 医療費助成を受けている
	<input type="checkbox"/> 病気について知っている支援者を確保している	<input type="checkbox"/> 病気について打ち明けるメリットがわかる <input type="checkbox"/> 病気について打ち明けるデメリットがわかる <input type="checkbox"/> 病気について打ち明けられる身近な支援者がいる <input type="checkbox"/> 病気について打ち明けた身近な支援者がいる <input type="checkbox"/> 妊娠中・産後・育児を支援してくれる支援者がいる <input type="checkbox"/> 妊娠中・産後・育児を支援してくれる支援者に病気について打ち明けられる
	<input type="checkbox"/> 地域の保健・医療・福祉の支援を受けられる	<input type="checkbox"/> 身近な支援者がいないため、地域スタッフの支援を必要とし介入してもらえる
HIV感染症の治療について	<input type="checkbox"/> 抗HIV療法について述べるができる	<input type="checkbox"/> 新しいガイドラインに基づいた治療の開始時期がわかる <input type="checkbox"/> 抗HIV療法についてわかる <input type="checkbox"/> 抗HIV薬の副作用がわかる <input type="checkbox"/> 抗HIV薬の服用・保存方法がわかる <input type="checkbox"/> 定時の服用がウイルス抑制には重要であることがわかる <input type="checkbox"/> 治療効果の判定についてわかる <input type="checkbox"/> 耐性ウイルスの出現は治療薬の選択を減らすことがわかる
	<input type="checkbox"/> 服薬継続できる環境が整えられる	<input type="checkbox"/> 療養のための安定した生活環境である <input type="checkbox"/> 自分の生活リズムと服薬時間をすり合わせられる
	<input type="checkbox"/> 自分が服薬を開始するかどうか意思表示できる	<input type="checkbox"/> 事前に必要な治療が受けられる(併存疾患等) <input type="checkbox"/> 服薬継続できる意思が固まっている <input type="checkbox"/> 処方された薬剤の服薬方法・保存方法についてわかる
母子感染予防について	<input type="checkbox"/> 母子感染とその予防法について述べるができる	<input type="checkbox"/> 母子感染ルートは「子宮内・経産道・経母乳」であることを知っている <input type="checkbox"/> 母子感染予防は「選択的予定帝王切開術」「抗HIV療法」「母乳禁止」であることを知っている <input type="checkbox"/> 母子感染予防対策の有無による感染率がわかる
	<input type="checkbox"/> 母子感染予防のための抗HIV療法について述べるができる	<input type="checkbox"/> 母子感染予防のための抗HIV療法は免疫状態が良くても開始することがわかる <input type="checkbox"/> 母子感染予防の場合の抗HIV療法は、14週以降に開始することが望ましいとわかる <input type="checkbox"/> 母子感染予防に使用できない抗HIV薬がわかる <input type="checkbox"/> 抗HIV薬による妊娠中の母体への副作用などの影響がわかる
	<input type="checkbox"/> 選択的予定帝王切開術について述べるができる	<input type="checkbox"/> 選択的予定帝王切開術についてわかる <input type="checkbox"/> 選択的予定帝王切開術に関する術前・術後の点滴・処置がわかる
	<input type="checkbox"/> 母乳の禁止について述べるができる	<input type="checkbox"/> 母乳にはウイルスが混入しているため禁止であることがわかる <input type="checkbox"/> 人工ミルクで哺育することを知っている
	<input type="checkbox"/> 児への抗HIV療法の影響について	<input type="checkbox"/> 妊娠中に服用した薬剤が児に及ぼす影響がわかる <input type="checkbox"/> 出生後の児は、感染予防薬を6週間服用することがわかる <input type="checkbox"/> 児が服用する薬剤の副作用についてわかる <input type="checkbox"/> 児における薬剤の将来的な影響について、現在わかっていることには限界のあることがわかる <input type="checkbox"/> 出生後の児における薬剤の影響をフォローアップする必要があることがわかる
妊娠継続の自己決定	患者目標 <input type="checkbox"/> 自分が妊娠を継続するかどうか意思表示できる	アセスメント項目 <input type="checkbox"/> HIV感染症と妊娠経過の見通しをたてることができる <input type="checkbox"/> 母子感染予防やその方法、母体や児への影響がわかる <input type="checkbox"/> パートナーと話し合っている <input type="checkbox"/> 妊娠継続をどうするのか、自身の意思が固まっている
HIV診療フォローアップ	患者目標 <input type="checkbox"/> 定期受診ができる <input type="checkbox"/> 服薬が継続できる <input type="checkbox"/> 自分から相談できる	アセスメント項目 <input type="checkbox"/> 定期的にデータを確認し病状を把握できる <input type="checkbox"/> 服薬が困難な状況がない(服薬時間・副作用など) <input type="checkbox"/> 医療者に必要時、相談できる
院内連携について	患者目標 <input type="checkbox"/> スムーズに診療を受けられる	アセスメント項目 <input type="checkbox"/> それぞれの診療科で適切な指導を受けたり相談が行える

看護計画	～13週	14週～21週	22週～37週	分娩	分娩後
<input type="checkbox"/> HIV感染症の概要について説明 <input type="checkbox"/> 日和見感染症発症予防と治療の説明 <input type="checkbox"/> 検査データの見方の説明 <input type="checkbox"/> 感染ルートと2次感染予防法について説明 <input type="checkbox"/> 話がしやすい関係づくり、面接の環境を整える <input type="checkbox"/> 個別の問題に対応する <input type="checkbox"/> 適宜、精神科、カウンセリングを紹介 <input type="checkbox"/> 病状にあった日常生活の指導や相談 <input type="checkbox"/> 栄養指導・相談 <input type="checkbox"/> 免疫機能低下に対する日常生活指導 <input type="checkbox"/> 体調の観察と対処法について説明 <input type="checkbox"/> 規則正しい生活を心がけるよう説明 <input type="checkbox"/> 感染源と感染予防について説明 <input type="checkbox"/> 体液汚染時の消毒方法・処理方法を説明	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> 他者への感染予防について説明 <input type="checkbox"/> Safer sex と Un safe sex について説明 <input type="checkbox"/> 薬物使用・嗜好品への注意 <input type="checkbox"/> 他者からの感染予防について説明 <input type="checkbox"/> 話がしやすい関係づくり、面接の環境を整える <input type="checkbox"/> パートナーとの性交渉に関する指導や相談 <input type="checkbox"/> 抗体検査の勧めと実施機関の紹介	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
看護計画	～13週	14週～21週	22週～入院時	分娩	分娩後
<input type="checkbox"/> 居宅からの通院が困難ではないか確認する <input type="checkbox"/> 居宅が妊娠中・育児に安心して過ごせる環境かどうかを確認 <input type="checkbox"/> 地元病院の紹介施設との連携・調整をはかる <input type="checkbox"/> 就労支援 <input type="checkbox"/> 社会資源の活用説明、MSWへの紹介、福祉への相談の勧め	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> 支援者獲得の説明 <input type="checkbox"/> 支援者に病気について打ち明けるタイミングや方法を検討 <input type="checkbox"/> 病気について打ち明けた支援者に対する指導・相談 <input type="checkbox"/> 療養しながらの育児を支援してもらうことの必要性を説明 <input type="checkbox"/> 支援者に病気について打ち明けるタイミングや方法を検討 <input type="checkbox"/> 病気について打ち明けた支援者に対する指導・相談 (必要時) <input type="checkbox"/> 在宅療養支援導入のアセスメント <input type="checkbox"/> " オリエンテーション <input type="checkbox"/> " 同意(本人・家族) <input type="checkbox"/> 支援者(保健師・訪問Ns・ヘルパー等)への情報提供 <input type="checkbox"/> 3者(本人・支援者・Ns)面談・在宅ケアプラン立案 <input type="checkbox"/> 訪問・評価	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
看護計画	～13週	14週～21週	22週～入院時	分娩	分娩後
<input type="checkbox"/> 服薬オリエンテーション <input type="checkbox"/> 一般的な治療の開始時期 <input type="checkbox"/> 抗HIV療法について <input type="checkbox"/> 抗HIV薬の副作用 <input type="checkbox"/> 抗HIV薬の服用方法・保存方法 <input type="checkbox"/> 治療効果の判定 <input type="checkbox"/> 耐性ウイルス・交差耐性の説明 <input type="checkbox"/> 居宅の確保・経済的安定・支援者の確保の調整 <input type="checkbox"/> 服薬スケジュール立案・服薬シミュレーションの実施説明 <input type="checkbox"/> 併存疾患の治療方針の決定 <input type="checkbox"/> 服薬開始・継続への意思決定確認 <input type="checkbox"/> 服薬指導	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
看護計画	～13週	14週～21週	22週～入院時	分娩	分娩後
<input type="checkbox"/> 母子感染とその予防方法の概要について説明 <input type="checkbox"/> 母子感染予防の場合の抗HIV療法について説明 <input type="checkbox"/> 選択的予定帝王切開術について説明 <input type="checkbox"/> 母乳に関する注意 <input type="checkbox"/> 児に対する薬剤の影響について説明	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
看護計画	～13週	14週～21週	22週～入院時	分娩	分娩後
<input type="checkbox"/> 本人とパートナーのそれぞれに対し、情報提供や相談を行う <input type="checkbox"/> 本人への最終的な意思確認	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
看護計画	～13週	14週～21週	22週～入院時	分娩	分娩後
<input type="checkbox"/> 定期受診の必要性を説明 <input type="checkbox"/> 服薬開始後フォローアップ <input type="checkbox"/> 定期的な面接の機会を設ける	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
看護計画	～13週	14週～21週	22週～入院時	分娩	分娩後
<input type="checkbox"/> 本人へHIV担当Nsから産科PNs紹介 <input type="checkbox"/> 各診療科スタッフと情報交換 <input type="checkbox"/> 合同カンファレンス <input type="checkbox"/> 内科・産科・小児科と方針決定	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

参考：アドヒアランスとコンプライアンス

アドヒアランス (adherence) は、患者が積極的に治療方針の決定に参加し、自らの決定に従って、治療を実行することを目指す姿勢を重視した考え方である。

アドヒアランスは、内服開始に至るまでの過程に、より焦点があてられている。

コンプライアンス (compliance) は、「服薬遵守」と訳されており、患者が医療提供者の決定に従って服薬するという印象があり、処方するまでの患者の関与については関心がおかれていない。

文 献

1. 石原美和ら：「エイズクオリティケアガイド」日本看護協会出版会，2001年12月
2. 渡辺恵：分担研究「HIV/AIDS患者の療養継続への看護支援に関する研究」平成14年度厚生科学研究報告書
3. 池田和子：主任研究「エイズ患者に対するコーディネーターなどの活動の効果的介入に関する研究」平成13年度エイズ共同研究
4. 国立国際医療センターエイズ治療・研究開発センター「抗HIV療法と服薬支援－服薬支援ビデオ読本－」vol.2-1, 2002年6月

5. 分娩時期と分娩方法

(1) 分娩時期

①分娩時期は陣痛発来前が望ましい。

②妊婦の妊娠分娩歴、内診所見や子宮収縮の頻度などの切迫早産徴候や胎児の発育などを考慮しながら決定する。具体的には妊娠37週頃を目安に分娩時期を決定する。

(i) 帝王切開術の時期に関する解説

わが国では当初、子宮収縮に伴う母児間輸血により胎内感染をきたす危険を回避する目的で、可能な限り早期に児を娩出することが望ましいと考えられており、本マニュアル初版(2000年)でも「妊娠36週以降」を推奨していた。

しかし、2002年発刊の改訂版においては、①欧米では、わが国のように分娩時期を早めに設定してはいなかったが、母子感染率は約1%とわが国と同等の成績が得られていること、②妊娠36週以前の帝王切開術により出生した新生児に、沐浴による低体温・出生時の処置による呼吸障害・AZTシロップの経口摂取困難などが認められたこと、を考慮し分娩時期の決定には子宮収縮による母子感染の危険よりもむしろ児の未熟性の回避を第一として妊娠週数にはあえて触れずに、「陣痛発来前に帝王切開術を予定する」と記載するにとどめた。

改訂版発行以後、利用者から分娩時期に関する問い合わせが多数寄せられたことから、第3版より帝王切開術の時期を具体的に「妊娠37週頃」と提示した。妊娠37週を推奨する科学的根拠はないが、妊娠38週以降では手術の予定日以前に自然破水や陣痛発来をきたしやすく、緊急帝王切開術を余儀なくされる危険が増すものと考えられるからである。破水や陣痛がHIV母子感染の危険因子であることに加え、現在行われているHIV感染妊婦の帝王切開術が特別な準備と多くのスタッフを必要とすることから、緊急の帝王切開術を避け予定通りの手術を遂行することが肝要であり、したがって妊娠38週に比べ陣痛発来・破水・羊水感染症などのリスクが少なく、かつ児の未熟性も回避できる妊娠37週の帝王切開術を推奨することとした。

今後、わが国のデータの集積や各国からの報告により、「妊娠37週」という数字が変更される可能性は十分に考えられる。さらに、全例で妊娠37週の帝王切開術を目指すのではなく、子宮収縮が完全に抑制できない例では妊娠37週以前の帝王切開術を、またウイルス量が十分に減少していない例では妊娠38週以降の帝王切開術を検討することも必要である。あくまでも、現時点でわれわれが奨める「一般的に考えられる最良の時期」に過ぎないことにご留意いただきたい。