

2012年報告数の上位10位は、HIV感染者では東京都、大阪府、愛知県、神奈川県、福岡県、千葉県、兵庫県、埼玉県、北海道、静岡県、AIDS患者では東京都、大阪府、愛知県、神奈川県、千葉県、兵庫県、埼玉県、福岡県、広島県、静岡県であった(表)。なお、人口10万対では、HIV感染者では福井県、沖縄県、和歌山県、岡山県、茨城県が、AIDS患者では栃木県、石川県、沖縄県、愛媛県、香川県が、上位に加わる。

2. まとめ

2012年のHIV感染者およびAIDS患者の報告数は前年より減少し、両者を合わせた新規報告件数は1,449件(前年1,529件)であった。

HIV感染者報告数は、2007年より年間1,000

件を超えており、2008年がピークで、2012年は過去6位の報告数であった。AIDS患者報告数は、過去最高の報告数であった前年より減少し、2012年は過去3位の報告数であった。報告例の大半を占める日本国籍男性のHIV感染者数は、2008年以降増加から横ばいに転じている。AIDS患者報告例も、日本国籍男性を中心に増加傾向が続いているが、2012年は前年より減少した。

感染経路では、HIV感染者の72.3%、AIDS患者の53.2%を同性間性的接触による感染例が占める。そのうち、日本国籍男性の同性間性的感染は、HIV感染者では2008年をピークとしてその後4年間は横ばいで、AIDS患者では2012年は減少したが増加傾向が続いている。HIV感染者で日本国籍男性の静注薬物使用の報告が5例と過去最多であった。

年齢では、HIV感染者は20歳代、30歳代に集中しており、AIDS患者では20歳以上に幅広く分布し、特に30歳代、40歳代に多い。

報告地では、HIV感染者については、東京都では増加がみられたが、他の地域では横ばいもしくは減少を示した。AIDS患者については、前年と比較して2012年は東京都、東京都を除く関東・甲信越、中国・四国などでは増加を、東海、九州、近畿などでは減少を示したが、全体としては減少傾向にあるとは言えない。

また、2012年の保健所等でのHIV検査件数は、131,235件(前年131,243件)と前年からほぼ横ばいとなり、相談件数は153,583件(前年163,006件)と、減少が続いている。HIV感染者、AIDS患者の早期発見、早期治療のために検査の必要性をこれまで以上に広報する事が求められる。また、陽性者への支援や医療・福祉等の整備もよりいっそう進める必要がある。

新規HIV感染者・エイズ患者報告数が毎年増加していた2000年代前半と比較して、ここ5年間の新規HIV感染者・エイズ患者報告数は横ばい傾向に見受けられる。しかし、年間1,500件前後の新規報告が続いている状況にあり、累積報告件数(凝固因子製剤による感染例を除く)は2万件を超えた。また、新規報告数に占めるAIDS患者の割合が未だ30%台と高い値を維持している。国においては、HIV感染の現状と正確な情報を広く国民に向けて広報し、また各自治体にあつては地域の発生状況に基づいたHIV感染対策に取り組むことが求められる。特に、男性同性間の性的接触による感染者や外国国籍の感染者については、エイズ予防指針を踏まえ、予防啓発・早期発見・早期治療に向けた対策、相談等の支援などの対策を進める必要がある。

表 HIV感染者・AIDS患者報告数 上位10位の自治体

a HIV感染者上位自治体					
	自治体	報告数		自治体	人口10万対
1	東京都	3721	1	東京都	2.819
2	大阪府	1242	2	大阪府	1.399
3	愛知県	793	3	愛知県	1.065
4	神奈川県	664	4	福井県	0.872
5	福岡県	435	5	沖縄県	0.857
6	千葉県	296	6	福岡県	0.847
7	兵庫県	277	7	神奈川県	0.729
8	埼玉県	258	8	和歌山県	0.603
9	北海道	209	9	岡山県	0.567
10	静岡県	1710	10	茨城県	0.541

b AIDS患者上位自治体					
	自治体	報告数		自治体	人口10万対
1	東京都	92	1	東京都	0.697
2	大阪府	56	2	大阪府	0.632
3	愛知県	40	3	栃木県	0.550
4	神奈川県	34	4	愛知県	0.539
5	千葉県	24	5	石川県	0.515
6	兵庫県	18	6	沖縄県	0.500
7	埼玉県	17	7	広島県	0.490
8	福岡県	17	8	愛媛県	0.422
9	広島県	14	9	香川県	0.403
10	静岡県	12	10	千葉県	0.386

C. わが国における HIV 感染妊娠の現状

前項エイズ動向委員会の報告にもあるように、日本国籍女性の異性間性的接触による HIV 感染者数は、近年年間 30～40 例程度であり、ここ数年は横ばい状態が続いている。

一方、母子感染による HIV 感染者の発生数は、HIV、AIDS ともにいずれも 1%以下にとどまっている。これは多くの産科施設で妊娠中に HIV 検査が行われ、陽性の妊婦に対し有効な母子感染予防対策が講じられるようになった結果でもある。

平成 24 年度厚生労働科学研究費補助金エイズ対策研究事業「HIV 母子感染の疫学調査と予防対策および女性・小児感染者支援に関する研究」班では、わが国の HIV 感染妊娠の現状に関し、その感染経路や感染妊婦の臨床経過、妊娠・分娩・出生後の母子感染予防対策、母子感染をきたした児の臨床経過など、詳細な全国実態調査を行ってきた。以下に同研究班の平成 24 年度研究報告書の概要を提示する。

なお、報告書の全文については、当研究班にお問い合わせいただきたい。

平成 24 年度厚生労働科学研究費補助金エイズ対策研究事業「HIV 母子感染の疫学調査と予防対策および女性・小児感染者支援に関する研究」班（研究代表者：塚原 優己）研究報告書

研究分担課題「HIV 感染妊婦とその児に関する臨床データの集積および HIV 感染妊婦データの解析」研究分担者：喜多 恒和

研究分担課題「HIV 感染女性から出生した児の実態調査と健康発達支援に関する研究」研究分担者：外川 正生

研究分担課題「HIV 感染妊婦とその出生児の動向および妊婦 HIV 検査実施率に関する全国調査」研究分担者：吉野 直人

（本文は上記から抜粋・一部改変した。）

報告書のまとめ

1. 産科と小児科の統合解析が行われた。平成 23 年 12 月までに、統合データベースには産婦人科・小児科の重複データを除き HIV 感染妊娠 777 例を集積した。双胎が 5 例含まれ、出生児数は 518 児となった。
2. HIV 感染妊娠の地域別分布をみると東京、千葉、愛知、神奈川、大阪と大都市からの報告が多い。国籍別の HIV 染妊婦数は、日本 307 例（39.5%）、タイ 196 例（25.2%）とこの 2 か国で全体の 6 割以上を占めていた。日本国籍症例の割合が増加している。平成 11 年以降毎年報告される HIV 感染妊婦の半数近くは日本国籍である。
3. 抗ウイルス薬の主流が HAART に移行した平成 12 年以降では、妊娠中に HIV 感染と診断された妊婦の約 8 割が抗ウイルス療法を受けており、ほぼ全例で帝王切開分娩が行われた。母児への抗ウイルス療法、予定帝王切開術と止乳のすべての母子感染予防対策がとられた群の母子感染率は 0.5%であった。分娩方法としては選択的帝王切開が推奨されてきたので帝王切開が多く 80～90%に及ぶ。経膈分娩数は極端に少ないが、多剤併用療法導入下では分娩様式による母子感染率に差はない可能性もある。
4. HIV 感染妊娠の転帰場所について、最近 5 年間（平成 19 年～23 年）の 271 分娩例について解析したところ、エイズ拠点病院が 154 例（90.1%）とその割合が以前より高くなった。
5. 妊婦の HIV 検査実施率は、病院調査で平成 11 年度の 73.2%から年々上昇し平成 24 年度には 99.9%となった。また、診療所での HIV 検査率は 99.5%であった。（平成 22 年 4 月からは、妊婦健診における公的補助の対象に組み入れられたため、今後は未受診妊婦を除きほぼ全例で HIV 検査が実施されることになっている。）

1. 研究方法

(1) 産婦人科小児科統合データベースの更新および解析

平成 23 年 12 月までに産婦人科全国調査により集積した HIV 感染妊娠 685 例と、小児科全国調査にて集積した HIV 感染妊娠女性からの出生児 383 例ののべ 1,068 例を対象として照合・解析した。

(2) 産婦人科調査

(i) 病院調査

独立行政法人福祉医療機構の病院・診療所情報に記載されている全国の産婦人科を標榜する病院 1,351 施設に対しアンケート調査を行った。

(ii) 診療所調査

独立行政法人福祉医療機構の病院・診療所情報に記載されている全国の産科または産婦人科を標榜する診療所 4,155 施設に対し、アンケート調査を行った。

(iii) 小児科調査

独立行政法人福祉医療機構の病院・診療所情報に記載されている全国の小児科を標榜する病院 2,526 施設に対し、アンケート調査を行った。

(iv) 倫理面への配慮

本研究は文部科学省・厚生労働省「疫学研究の倫理指針」を遵守しプライバシーの保護に努め実施した。この研究では『匿名・追跡可能』な症例登録が必要であることから、研究分担者および研究協力者が所属する施設倫理委員会の審査によって本研究に対する承認を得て、研究を推進し、症例のプライバシーと個人情報の保護徹底に努めた。個人の識別は本研究における通し番号を用い、各情報は登録番号のみで処理されるため個人情報が漏洩することはないと、またデータから個人を特定することも不可能である。

2. 成績

(1) HIV 感染妊婦の集計結果

(i) 産科・小児科統合解析結果

小児科研究分担班と産婦人科研究分担班のデータとを照合し、産婦人科小児科統合データベースを更新した。その結果を図 1 に示す。2011 年（平成 23 年）12 月までに妊娠転帰が明らかとなった症例の集積である。平成 24 年度統合データベースは 777 例となり、そのうち産婦人科小児科の重複データは 291 例で、産婦人科 394 例と小児科 92 例は各科独自のデータであった。双胎が 5 例含まれ、出生児数は 518 児となった。

(ii) 地域別・年次別分布

HIV 感染妊娠の報告都道府県別・年次別分布を示す。今だに報告のない都道府県は、和歌山・島根・徳島・佐賀・熊本・大分の 6 県のみで昨年度報告と同様であった。HIV 感染妊娠の報告都道府県別分布を図 2 に示す。東京が 188 例、次いで千葉 86 例、愛知 72 例、神奈川 69 例、大阪 56 例と大都市が続く（表 1）。

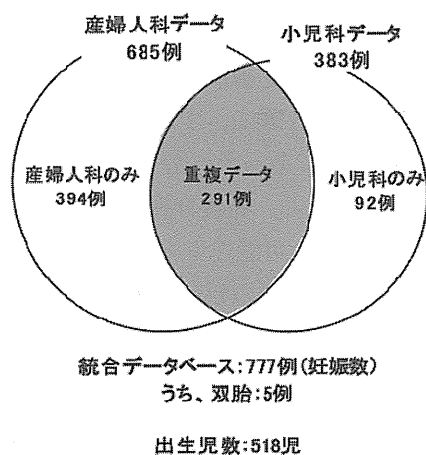


図 1. 平成 24 年度産婦人科小児科統合データベースの構成

(iii) 国籍別・年次別分布

HIV 感染妊婦の国籍別・年次別変動を示す。日本 307 例 (39.5%)、タイ 196 例 (25.2%) でこの 2 カ国で約 6 割以上を占めている。次いでブラジル 61 例 (7.9%)、フィリピン 31 例 (4.0%)、ケニア 18 例 (2.3%) であった。地域別にみると、日本を除くアジアが 299 例 (38.5%)、アフリカが 75 例 (9.7%)、中南米が 69 例 (8.9%) であった (表 2)。

(iv) 妊婦転帰の年次推移

HIV 感染妊娠の妊娠転帰別・年次別変動を示した。1996 年以降毎年 30 例から 50 例の報告が継続している。2007 年以降、緊急帝王切が増加傾向にあり、経膈分娩は減少傾向にある (図 2)。

表1. HIV感染妊娠の都道府県別年次報告数

地方ブロック	都道府県	妊娠転帰年																							不明	合計						
		S59 1984	S60 1985	S61 1986	S62 1987	S63 1988	H1 1989	H2 1990	H3 1991	H4 1992	H5 1993	H6 1994	H7 1995	H8 1996	H9 1997	H10 1998	H11 1999	H12 2000	H13 2001	H14 2002	H15 2003	H16 2004	H17 2005	H18 2006		H19 2007	H20 2008	H21 2009	H22 2010	H23 2011		
北海道・東北	北海道	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	3	1	1	2	0	2	3	1	3	0	3	0	2	1	0	0	6	29	3.7%	
	青森										1			1					1	1			1						1	5	0.6%	
	岩手													1																1	1	0.1%
	宮城															1			1	1	1	1				1				2	0.3%	
	秋田																		1	1	1									6	0.8%	
	山形																			1								3	4	0.5%		
	福島													2		1							1		2	1	1		2	9	1.2%	
関東・甲信越	茨城	1	0	0	2	1	2	1	4	8	17	13	20	22	25	31	29	26	22	20	20	30	24	30	25	24	17	26	12	50	502	64.6%
	栃木										2	1	3	2	2	2	4	1	1	2	1		2	1					4	28	3.6%	
	群馬											1		1	3	3				1	1	4	2	2	4	3		2	1	3	30	3.9%
	埼玉													1			1			1	1	2	1						1	8	1.0%	
	千葉									1	1	3	1		3	3	1	2			1	4	3	3	1	4	5	6	1	3	46	5.9%
	東京都	1			1	1	2	1		1	4	2	3	9	7	5	6	6	7	4		3	3	2	2	2	3	2	2	11	86	11.1%
	神奈川県									1	1	1		2	1	1	5	6	4	3	2	3	2	6	4	3	4	5	3	11	69	8.9%
	新潟																														7	0.9%
	山梨										1					2				1										1	6	0.8%
	長野											2	2	3	1	1	2	2	1	4	1	2	2	4	1	2	1			3	34	4.4%
北陸・東海	富山	0	0	0	0	0	2	0	2	0	1	4	5	4	8	6	1	3	4	7	6	3	9	11	7	9	5	3	12	11	123	15.8%
	石川															1														1	1	0.1%
	福井																													1	2	0.3%
	岐阜												2								1									3	0.4%	
	静岡県														1	1														1	6	0.8%
	愛知県						1					1			2	1													2	1	6	0.8%
	三重																													1	1	0.1%
近畿	京都	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	2	2	1	4	4	8	2	3	5	7	6	4	3	3	3	4	3	7	79	10.2%	
	大阪														1						1									3	0.4%	
	兵庫県														1	1		1	1			1						1	1	9	1.2%	
	奈良								1	1	1	1	2		2	2	3	6		1	2	1						3	4	56	7.2%	
	和歌山															2								1	1				2	7	0.9%	
中国・四国	岡山	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	2	0	2	0	1	2	1	0	2	1	0	2	0	17	2.2%	
	広島																														0	0.0%
	山口																													1	1	0.1%
	徳島																													1	1	0.1%
	香川																													4	0.5%	
	愛媛																													2	0.3%	
	高松																													0	0.0%	
	福岡																													4	0.5%	
	佐賀																													3	0.4%	
	熊本																													2	0.3%	
鹿児島																													1	1	0.1%	
九州・沖縄	福岡	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	0	1	4	2	2	1	1	0	0	2	2	1	1	3	1	3	27	3.5%
	佐賀																													1	7	0.9%
	熊本																													0	0.0%	
	大分																													1	1	0.1%
	宮崎																													0	0.0%	
	鹿児島																													0	0.0%	
全国	沖縄																													2	0.3%	
	鹿儿岛																													1	1	0.1%
	鹿児島																													1	1	0.1%
	沖縄	1	0	0	3	1	4	2	8	9	20	20	28	31	39	43	41	41	33	36	33	44	41	51	37	41	28	36	30	77	777	100.0%

表2. HIV感染妊婦の国籍別年次報告数

地方国籍	転帰年																							不明	合計							
	S59 1984	S60 1985	S61 1986	S62 1987	S63 1988	H1 1989	H2 1990	H3 1991	H4 1992	H5 1993	H6 1994	H7 1995	H8 1996	H9 1997	H10 1998	H11 1999	H12 2000	H13 2001	H14 2002	H15 2003	H16 2004	H17 2005	H18 2006			H19 2007	H20 2008	H21 2009	H22 2010	H23 2011		
日本	0	0	0	3	1	2	2	3	2	4	5	6	15	10	14	19	18	11	15	10	17	19	25	17	17	14	16	16	27	307	39.5%	
アジア	0	0	0	0	0	0	0	2	3	12	10	17	13	17	23	17	16	12	5	16	21	13	17	14	16	6	12	6	30	299	38.5%	
タイ								2	3	11	9	11	13	15	22	13	14	9	4	11	9	10	8	4	6	1	4	3	14	196	25.2%	
フィリピン													3		1	1		2		2	6		2	2	1		1		10	31	4.0%	
インドネシア																1							2	3	4	2	3	1	1	17	2.2%	
中国										1						1	2	1		2	3	1		1	1	1	1	1	1	16	2.1%	
ベトナム												1		1	1	1						1	1	1	2	3			1	12	1.5%	
ミャンマー								1					1	1							1		1			1				7	0.9%	
カンボジア																								1	1					2	5	0.6%
ラオス										1													1	1				1	1	1	5	0.6%
ウクライナ																						1	2								3	0.4%
韓国																				1	1			1							3	0.4%
ロシア																			1		1							1			2	0.3%
インド												1																			1	0.1%
マレーシア																						1									1	0.1%
アフリカ	1	0	0	0	0	2	0	3	2	1	3	4	0	5	3	2	3	3	8	4	1	4	3	2	3	5	7	3	3	75	9.7%	
ケニア	1							2	1	1	1	1		2	1	1	2	1	2			1	1							18	2.3%	
タンザニア						1					1			1	1		1	1	1	2		3		1		1				14	1.8%	
ウガンダ												2		1					2					2			1	1		9	1.2%	
エチオピア						1		1			1				1				1				1	1	1	1	1	1		9	1.2%	
カメルーン																						1				2	3		2	6	0.8%	
ザンビア																1	1		1	1										6	0.8%	
スーダン																										1	2	1		4	0.5%	
ガーナ																		2								1				3	0.4%	
ジンバブエ									1																					1	0.1%	
ナイジェリア																							1							1	0.1%	
ブルンジ												1																		1	0.1%	
マラウイ																		1												1	0.1%	
ルワンダ															1															1	0.1%	
レント王国																											1			1	0.1%	
中南米	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	2	1	2	5	3	2	4	5	6	2	3	5	6	2	4	3	1	4	6	69	8.9%	
ブラジル									2	1	2	1	2	4	2	1	4	5	5	2	2	5	5	2	3	3		4	6	61	7.9%	
ペルー																		1						1		1				4	0.5%	
ボリビア															1	1	1													2	0.3%	
アルゼンチン																					1									1	0.1%	
ホンジュラス																								1						1	0.1%	
北米	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0.1%	
アメリカ																														1	1	0.1%
欧州	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	3	0.4%	
ルーマニア																								1						2	0.3%	
イギリス																					1						1			1	0.1%	
不明	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	1	2	0	1	1	1	2	1	1	0	0	1	1	0	0	0	10	23	3.0%	
総計	1	0	0	3	1	4	2	8	9	20	20	28	32	39	43	41	41	32	36	33	44	41	51	37	41	28	36	30	77	777	100.0%	

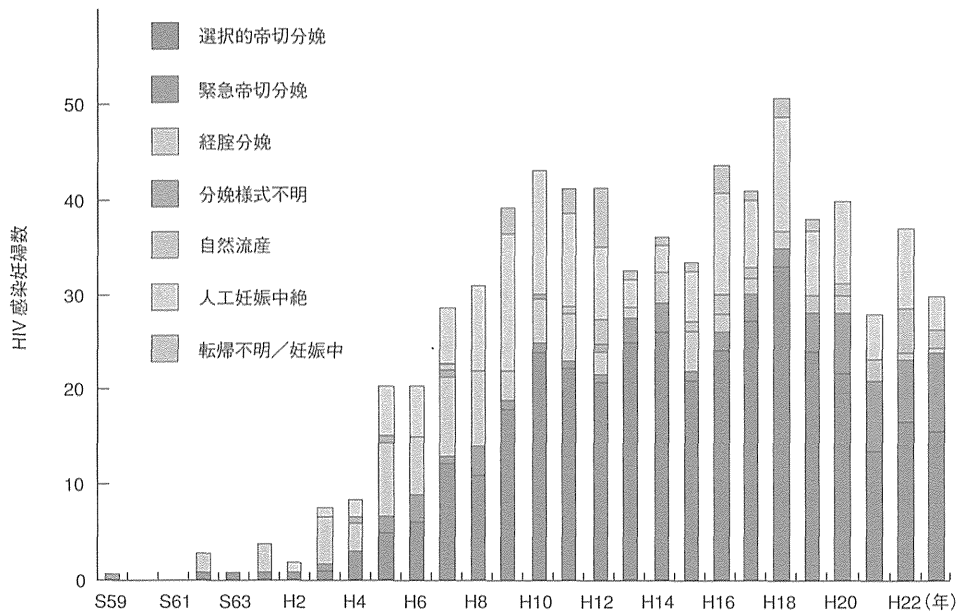


図2. HIV感染妊娠の妊娠転帰別・年次別変動 (産婦人科小児科統合データベース)

(2) HIV 母子感染予防対策の実施状況とその効果

(i) HIV 感染妊婦への抗ウイルス薬投与について

AZTのみの投与については平成10年をピークに年々症例数が減っており、平成19年以降は報告がない。AZT+3TCなど2剤の投与は、平成6～11年に数例みられたものの、近年は報告がない。現在HARRT(3剤以上投与)がほとんどである(図3)。2012年に妊娠の転帰が判明した32例のうち、抗ウイルス薬に関して、キードラッグとしてLPV/rの使用は18例(56%)であった。バックボーンの組み合わせはさまざまであったが、AZT+3TCが最も多かった(表3)。

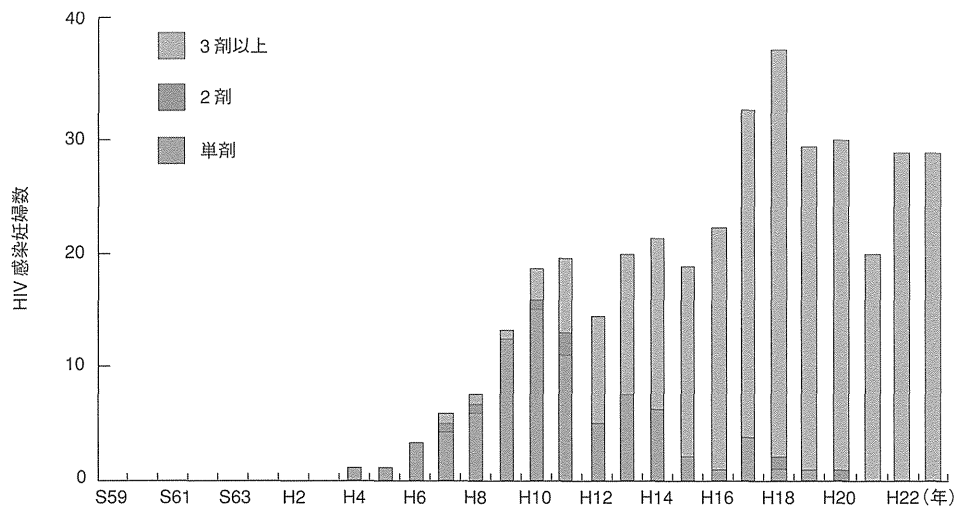


図3. 抗ウイルス薬のレジメン数の年次別推移

表 3. 2012 年妊娠転帰症例の抗ウイルス薬レジメン

レジメン	症例数	(%)	開始時期
AZT+3TC+LPV/RTV	11	34.4%	妊娠前から:4、妊娠中:6、不明:1
AZT+3TC+NfV	3	9.4%	開始時期不明:3
COM+LPV/RTV	2	6.3%	妊娠前から:2
ABC+3TC+LPV/RTV+RAL	1	3.1%	妊娠中(34w2d ~ 34w5d)
AZT+3TC+SQV+RTV	1	3.1%	妊娠前から
EPZ+LPV/RTV	1	3.1%	妊娠前から
EPZ+FPV+RTV	1	3.1%	妊娠前から、30wRTV100→200
EZC+ATV+RTV	1	3.1%	妊娠前から
EZC+ATV	1	3.1%	妊娠前から
TDF+3TC+NVP	1	3.1%	妊娠前から
MVC+3TC+DRV	1	3.1%	妊娠前から
ABC+3TC+LPV/RTV→ABC+3TC+RAL	1	3.1%	妊娠中、17w レジメン変更
AZT+3TC+LPV/RTV→ABC+3TC+LPV/RTV	1	3.1%	妊娠前から、18w レジメン変更
DRV+ETR+MVC+RTV→TDF+DDI+LPV/RTV	1	3.1%	妊娠前から、6w レジメン変更
TVD+ATV+RTV→AZT+3TC+LPV/RTV	1	3.1%	妊娠前から、14w レジメン変更
COM+LPV/RTV→AZT+3TC	1	3.1%	妊娠中、21w レジメン変更
AZT+3TC+LPV/RTV→3TC+LPV/RTV+TDF →3TC+TDF+ATV+RTV	1	3.1%	妊娠中、24w、25w レジメン変更
TDF+AZT+LPV/RTV→TDF+LPV/RTV+RAL→ ABC+RAL+LPV/RTV→TDF+ABC+LPV/RTV	1	3.1%	妊娠前から、16w、20w、30w レジメン変更
不明	1	3.1%	
	32	100.0%	

抗ウイルス薬の投与による血中ウイルス量の変化について、妊娠中に抗ウイルス薬が投与され、かつ血中のウイルス量が2回以上測定されている234例を解析した。そのうちウイルス量が1/100以下へ減少した例は82例(35.0%)で、全てが3剤以上のHAARTが行われていた症例であった(表4)。

表 4. 抗ウイルス薬投与による血中ウイルス量の変化

【産婦人科小児科・統合データベース】

薬剤数	血中ウイルス量の変化										
	1/100以下へ減少		1/10以下へ減少		やや減少		検出限界未満維持		増加		合計
単剤	—	—	6	18.8%	16	50.0%	4	12.5%	6	18.8%	
2剤	—	—	—	—	1	100.0%	—	—	—	—	1
3剤以上	82	40.8%	50	24.9%	13	6.5%	50	24.9%	6	3.0%	201
合計	82	35.0%	56	23.9%	30	12.8%	54	23.1%	12	5.1%	234

(ii) HIV 母子感染率

児の異常による医療機関の受診を契機に母親のHIV感染と母子感染が判明した症例を除き、子どもの感染の有無が判明している356例のうち母子感染した11例では、選択的帝王切開が285例中2例(0.7%)、緊急帝王切開が40例中1例(2.5%)、経膈分娩が31例中8例(25.8%)となった(表5)。HIV感染判明時期が「分娩後その他機会」「児から判明」および「不明」の群を除いた432例で母子感染率を再度検討した。抗ウイルス薬の主流がHAARTへ移行する平成12年以後全307例中270例(87.9%)に抗ウイルス薬が投与されていた。分娩様式別では選択的帝王切開が257例中230例(89.5%)、緊急帝王切開は39例中36例(92.3%)と高率で、経膈分娩では11例中4例(36.4%)であった。各群別の母子感染率は①0.5%、②4.8%、③0.0%、④20.0%であった。(表6)。

表 5. 分娩様式別母子感染率

【産婦人科データベース】

分娩様式	非感染	感染※	母子感染率
選択的帝王切開	283	2	0.7%
緊急帝王切開	39	1	2.5%
経膈分娩	23	8	25.8%
合計	345	11	3.1%

*児の異常のため分娩後に母親のHIV感染が判明した症例を除く。

表 6. HIV 感染判明時期よる分娩様式と抗ウイルス薬の投与状況（平成 12 年以降）

【産婦人科小児科・統合データベース】

分娩様式 母子感染	抗ウイルス薬投与あり				投与率	投与なし・ 不明	合計
	単剤	2 剤	3 剤以上	小計			
選択的帝切分娩	24	0	206	230	89.5%	27	257
非感染	22	0	175	197	90.8%	20	217
感染 (感染率)	0	0	1	1	50.0%	1	2
不明				① (0.5%)	—	② (4.8%)	
緊急帝切分娩	2	0	30	32	84.2%	6	38
非感染	1	0	35	36	92.3%	3	39
感染	1	0	31	32	91.4%	3	35
不明	0	0	0	0	0	0	0
経膣分娩	0	0	4	4	100.0%	0	4
非感染	0	0	4	4	36.4%	7	11
感染	0	0	3	3	42.9%	4	7
不明	0	0	0	0	—	1	1
(感染率)				③ (0.0%)		④ (20.0%)	
不明	0	0	1	1	33.3%	2	3
合計	25	0	245	270	87.9%	37	307

※ HIV 感染判明時期「分娩後その他機会」「児から判明」「不明」を除く

(iii) HIV 感染妊娠の転帰場所

最近 5 年間（平成 19 年～23 年）の HIV 感染妊娠の転帰場所を図 5 に示した。妊娠転帰不明の 1 例を除く 271 例について解析したところ、エイズ拠点病院が 154（90.1%）と図 4 よりも占める割合が高くなり、エイズ拠点以外の病院は 2 例（1.2%）に激減した。分娩様式は、エイズ拠点病院では選択的帝切分娩が 336 例（61.5%）に施行されているのに対し、エイズ拠点病院以外の病院では 23 例（42.6%）であった。経膣分娩はエイズ拠点病院では 25 例（4.6%）であったが、エイズ拠点以外の病院では 13 例（24.1%）、診療所・助産所では 10 例（76.9%）みられた（表 7）。抗ウイルス薬投与状況は、エイズ拠点病院では 340 例（62.3%）に抗ウイルス薬が投与されていたが、エイズ拠点病院以外の病院では 20 例（37.0%）、診療所・助産所では 1 例（7.7%）であった（表 8）。

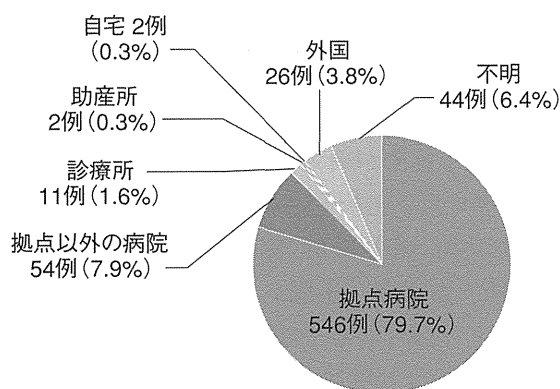


図 4. HIV 感染妊婦の転帰場所
(調査全期間：対象 685 例)
【産婦人科小児科・統合データベース】

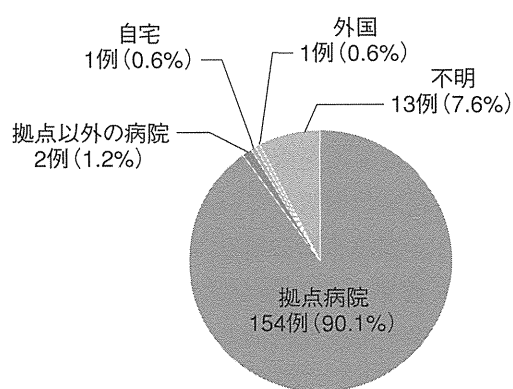


図 5. HIV 感染妊婦の転帰場所
(平成 19～23 年：対象 271 例)
【産婦人科小児科・統合データベース】

表 7. 妊娠転帰施設別の分娩様式

【産婦人科小児科・統合データベース】

施設区分	分娩様式・妊娠転帰										
	選択的帝切分娩		緊急帝切分娩		経膈分娩		自然流産		人工妊娠中絶		合計
拠点病院	336	61.5%	46	8.4%	25	4.6%	17	3.1%	122	22.3%	
拠点以外の病院	23	42.6%	1	1.9%	13	24.1%	0	—	17	31.5%	54
診療所・助産所	0	—	3	23.1%	10	76.9%	0	—	0	—	13

表 8. 妊娠転帰施設別の抗ウイルス薬投与状況

【産婦人科小児科・統合データベース】

施設区分	抗ウイルス薬投与あり						投与なし		合計
	3 剤以上		2 剤		単剤				
拠点病院	269	49.3%	7	1.3%	64	11.7%	206	37.7%	546
拠点以外の病院	8	14.8%	0	—	12	22.2%	34	63.0%	54
診療所・助産所	1	7.7%	0	—	0	—	12	92.3%	13

(3) 感染児 52 例の検討

(i) 母子感染 52 例の年次報告数

昭和 59 年に分娩様式不明、外国での分娩例で初めての母子感染が報告された。昭和 62 年は外国で経膈分娩となった症例で、国内での分娩による母子感染例は平成 3 年の 2 例が初めてである。その後妊婦への HAART が治療の主流になる平成 12 年まで毎年継続して報告され、それらの大部分の分娩様式は経膈分娩であった。その後は平成 14 年に転帰場所は不明で経膈分娩した 1 例、平成 17 年に外国で選択的帝切分娩した 1 例、平成 18 年に国内で経膈分娩した 1 例が報告された。さらに平成 20 年に経膈分娩、平成 21 年に緊急帝切分娩、平成 22 年は選択的帝切分娩と経膈分娩で各 1 例の母子感染例が報告された。平成 14 年、平成 18 年、平成 20 年および平成 22 年の経膈分娩 4 例は分娩後に母親の HIV 感染が判明したため、全例妊娠中抗ウイルス薬は投与されていない（図 6）。

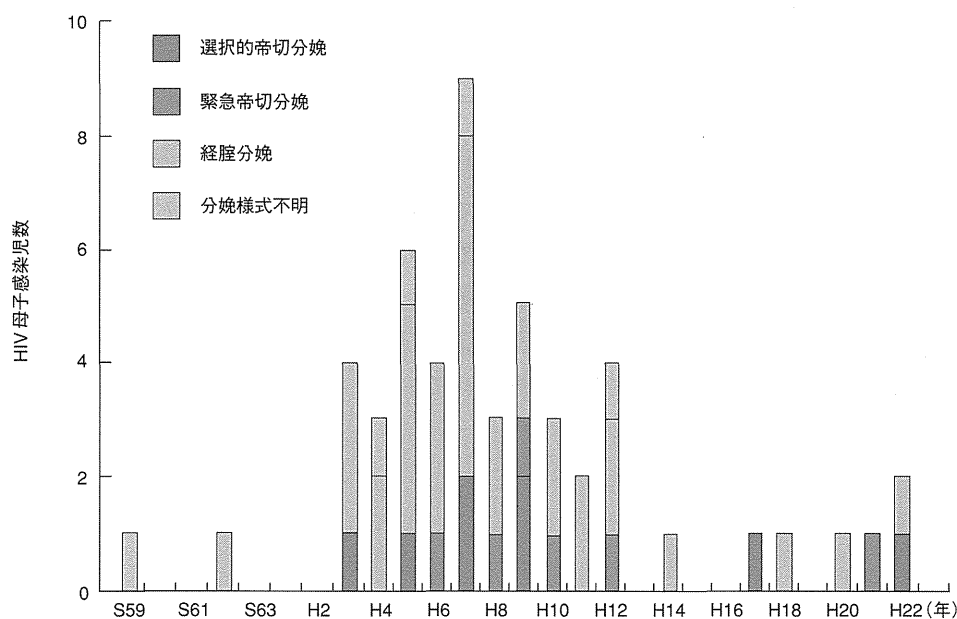


図 6. 母子感染 52 例の転帰年と分娩様式

(ii) 母子感染 52 例の都道府県別報告数

母子感染 52 例の出生地域は、外国が 15 例（28.8%）と最も多く、千葉県が 8 例（15.4%）、東京都が 6 例（11.5%）と続いた（表 9）。

表 9. HIV 母子感染 52 例の出生地域

【産婦人科小児科・統合データベース】

地域	都道府県	合計	
北海道・東北	北海道	1	1.9%
関東甲信越	茨城	5	9.6%
	埼玉	1	1.9%
	千葉	8	15.4%
	東京	6	11.5%
	神奈川	1	1.9%
北陸・東海	富山	1	1.9%
	静岡	1	1.9%
近畿	大阪	1	1.9%
中国・四国	広島	1	1.9%
九州・沖縄	沖縄	2	3.8%
不明		9	17.3%
外国		15	28.8%
合計		52	100.0%

(iii) 母子感染 52 例の妊婦の国籍

国籍は、タイが17例 (32.7%) と最も多く、日本13例 (25.0%)、ケニア8例 (15.4%) であった (表 10)。

表 10. HIV 母子感染 52 例の妊婦の国籍

【産婦人科小児科・統合データベース】

地域	都道府県	合計	
	日本	13	25.0%
アジア	タイ	17	32.7%
	中国	3	5.8%
	ミャンマー	2	3.8%
	インドネシア	1	1.9%
アフリカ	ケニア	8	15.4%
	タンザニア	3	5.8%
中南米	ブラジル	4	7.7%
不明		1	1.9%
合計		52	100.0%

(4) 妊婦 HIV 検査実施率 (病院および診療所調査)

病院調査における HIV 検査の実施率は、「各病院での分娩件数」×「各病院での検査実施率」=「各病院での検査件数」とし、「総検査件数」÷「総分娩件数×100(%)」をもって「検査実施率 (%)」とした。平成 24 年度の全国平均 HIV 検査実施率は 99.9% であった (図 7)。診療所調査の平均は 99.5% であった (図 8)。平成 22 年 4 月から HIV 検査は、妊婦健診における公的補助の対象に組み入れられた。今後は未受診妊婦を除きほぼ全例で HIV 検査が実施されている。

図 7. 妊婦 HIV 検査実施率（病院）の変遷

【産婦人科・病院一次調査】

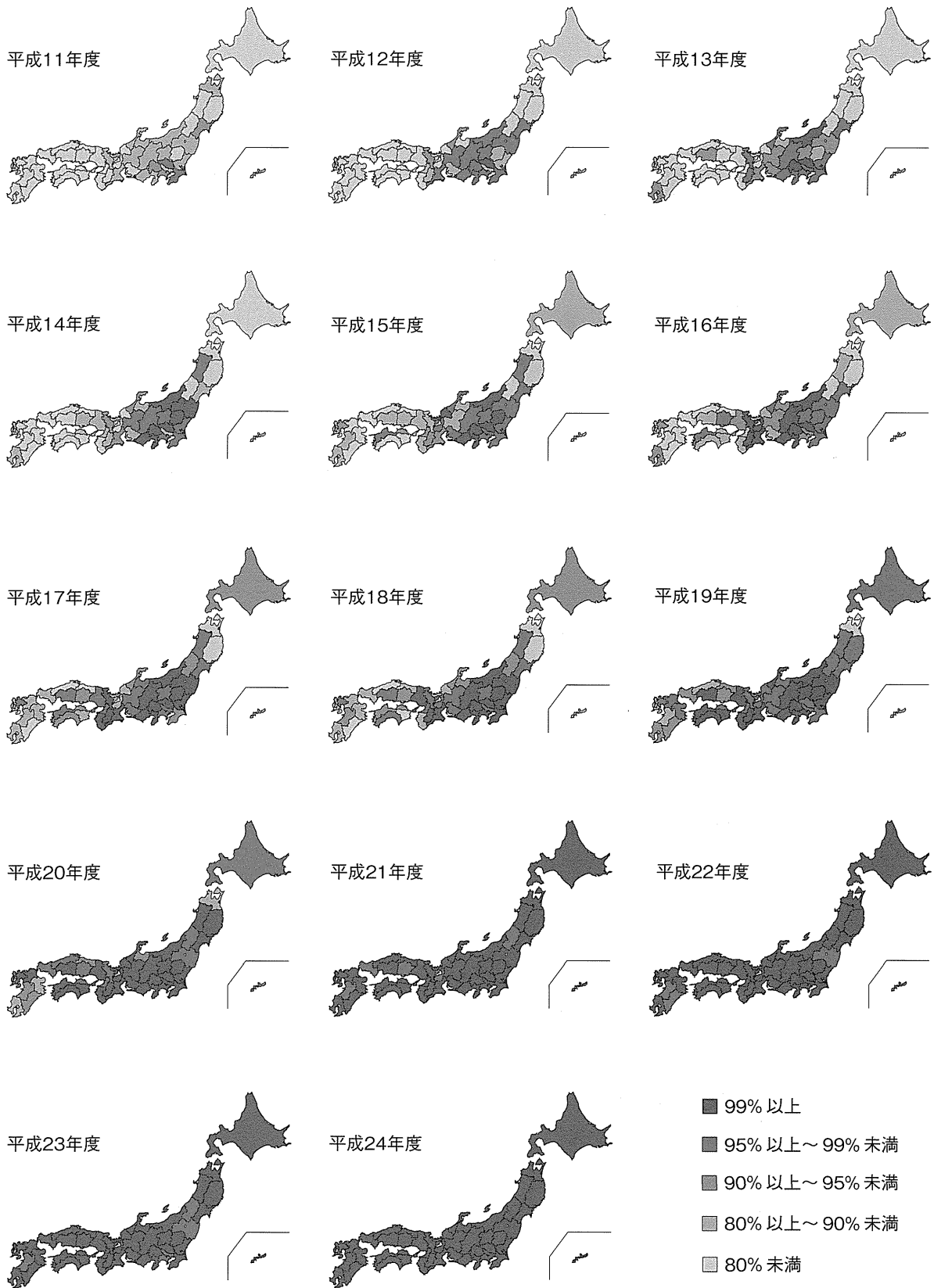
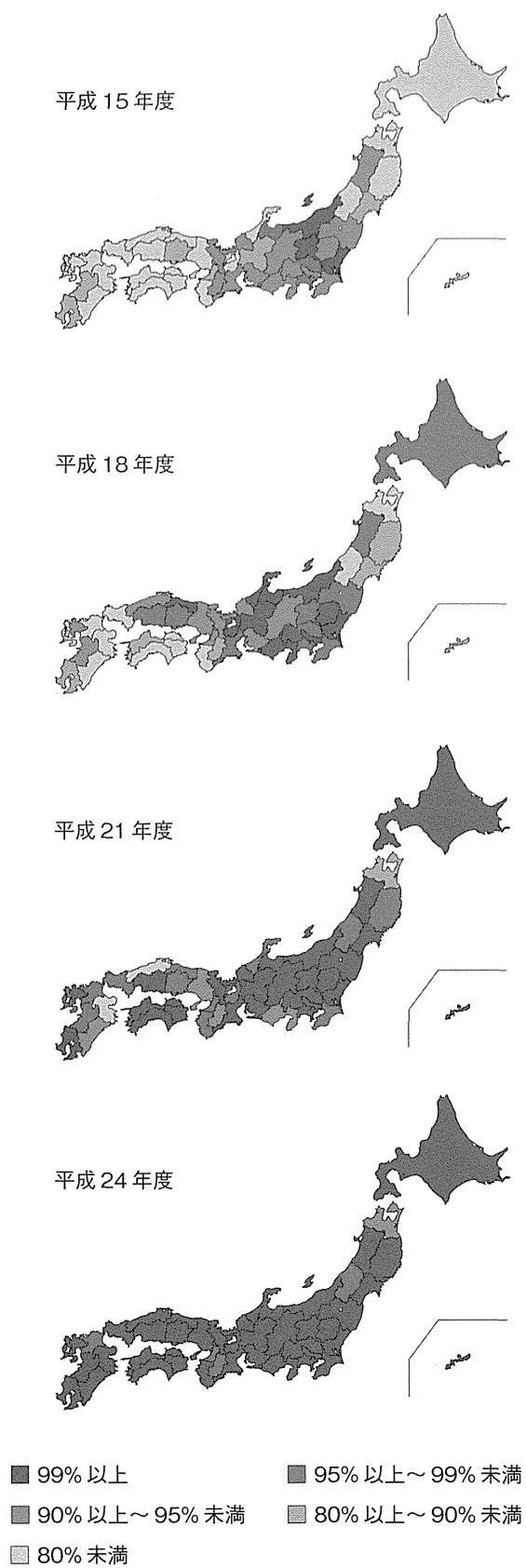


図8. 妊婦 HIV 検査実施率（病院）の変遷

【産婦人科・病院一次調査】





II. HIV 母子感染予防対策

(Prevention of Mother-To-Child Transmission of HIV, PMTCT)

A. 現時点での日本における HIV 母子感染予防の原則

第 I 章 C の研究報告書に述べたように、すでにわが国においては表 1 に示した母子感染予防対策を完全に施行すれば、HIV 母子感染をほぼ防止できるといって過言ではない。実際 1997 年以降、表 1 のすべての感染予防対策が確実に行われた症例から母子感染が成立したという報告はない。この母子感染予防対策を完全に施行することのできる国は極めて限られているが、幸いなことに日本はこれを遂行することのできる豊かな国の 1 つである。

現在の日本においては表 1 に示す母子感染予防対策を確実に施行すればよいのであるが、まずなすべきは、妊娠初期の HIV 検査を 100% の妊婦に対して実施することである。検査なくして母子感染予防対策は講じようがない。近年、妊婦の HIV 検査実施率は上昇してきており、平成 24 年度当研究班の諸表では 99.8% となった。しかしながら、まだ 100% には達せず HIV 母子感染をゼロとするには妊婦全例の HIV 検査の実施が必須であり、それが達成できれば HIV 母子感染をほぼ制圧することが可能であろう。残念ながら現在でも母子感染例が報告されており、産科医療機関への適切なアクセスができなかった例において HIV 母子感染が散見されている状態である。

このように HIV 検査を受けることが母子感染を予防することにつながるのではあるが、もちろん検査をすることそのものが HIV 感染の拡大を阻止するわけではない。HIV 感染の拡大を阻止するには HIV に対する正しい知識を得ることが必要である。妊娠して HIV 検査を受けることが、本人のみならず家族も正しい HIV の知識を得るきっかけになれば有意義であろう。

HIV 検査を受けることが母子感染予防の第一歩であることを重ねて強調したい。

表 1. HIV 母子感染予防対策

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. HIV 検査 (妊娠初期) 2. 母児に対する抗ウイルス療法
(ART; antiretroviral therapy)
妊娠中の ART
分娩時の AZT 投与
児への AZT 投与 3. 帝王切開による分娩 4. 止乳 (人工栄養) |
|--|

補足：ここに示した HIV 母子感染予防対策の項目は、それぞれ詳細に後述するようにあくまでも現時点において推奨されることであり、これらの予防対策のすべてが絶対的エビデンスに基いているわけではない。たとえば分娩時の AZT の投与、児への AZT の投与、血中ウイルス量が測定感度未満にコントロールされている場合における帝王切開などの予防対策は、将来において抗 HIV 療法の変遷とともに変更あるいは省略される可能性はある。

わが国では現時点でこれらの予防対策をすべて施行することによってほぼ完全といつてよいほどの HIV 母子感染防止の成績を残している。また、わが国は幸いなことにまだ絶対数としては HIV 感染妊婦が少なく、世界的にみればまれなことではあるがこれらの予防対策を社会的にも医療経済的にも計画的に比較的容易にかつ安全に遂行できる国である。したがって、骨子のひとつずつを検証すれば医学的なエビデンスが不十分な予防対策であるとしても、わが国の特色を考慮し当研究班としてはここに述べた母子感染予防対策のすべてを現時点では推奨する。

B. 妊婦 HIV 検査

1. 妊婦 HIV 検査の意義

～妊婦の HIV 感染の早期発見と胎児への感染予防の唯一の手立て～

産婦人科小児科統合データベースにおける全国調査（18 ページ参照）では、平成 24 年までに累計 52 例の HIV 母子感染例が報告された。平成 12 年（妊娠中の多剤併用療法が開始した）以降は、このなかの 3 例を除いて、妊娠中から母子感染予防対策がとられた例はなく、HIV 検査は分娩直前か、児の出生後あるいは児の発症後にはじめて行われている。

今日、HIV 感染症は新薬の開発や治療法の進歩により、疾病コントロールが可能となってきた。さらに母子感染については、適切な感染予防対策を講じることで、感染率を 1%以下にまで抑制することが可能となっている。

HIV 母子感染を予防するには、第一に妊婦の HIV 検査を行うことが必要不可欠である。産婦人科施設を対象とした全国調査（18 ページ参照）によれば、わが国の妊婦 HIV 検査実施率は、平成 12 年 79.4%、14 年 85.0%、16 年 91.1%、18 年 95.3%、20 年 98.5%、22 年 99.6%、24 年 99.8%と年々増加傾向にあり、現在では全例に施行される様になった。

諸外国も妊婦 HIV 検査実施率の増加を目指し、国情に適した方策を考案している。発展途上国で HIV 感染者数の減少が報告されているタイでは、HIV 検査は公費負担である。HIV 流行がもっとも深刻なサハラ以南のアフリカでもほぼすべての国で妊婦 HIV 検査は公費負担である。カナダ、アメリカでは、妊娠した全女性に HIV 検査を受けることが推奨されており、それに伴いプレテストカウンセリングおよびポストテストカウンセリングを行うカウンセラーが多数養成され、多くの場合カウンセリングを受けた後に分娩前のチェックが行われるようになった。

わが国においても、HIV 母子感染予防対策の根幹は妊婦 HIV 検査の施行であり、このことが全国に周知されてきていると考えられる。平成 22 年度より妊婦健診の中に HIV 検査がくみこまれたため、ほぼ全例で妊婦 HIV 検査が行われることになり、なおさらインフォームドコンセントの徹底が求められている。

2. 検査前の説明

(1) HIV 検査の現状

一般の HIV 検査希望者は保健所あるいは HIV 拠点病院などで検査を受けている。保健所は無料であるが、病院では費用は自己負担である。手術などの観血的処置を行う場合には前もって HIV 検査を勧めている施設が多いが、これもエイズ拠点病院など一部の施設を除き健康保険が適応を認めていない。

わが国の一般病院では臨床心理士など HIV カウンセリングの専門家を配置している施設が少なく、多くの産科施設では、妊婦に血算、B 型肝炎、梅毒など妊娠初期検査の一環として HIV 検査が含まれることを知らせるにとどめており、おのおの施設が独自の方法でインフォームド・コンセントを得ている。妊婦への検査説明には、現場の医師・看護師などが対応している。

(参考)

1. HIV/AIDS 検査における同意の必要性については、平成 5 年 7 月 13 日厚生省通知（エイズ予防情報ネット（<http://api-net.jfap.or.jp/>）参照。
2. 平成 18 年 3 月 2 日付厚生労働省告示第 89 号、平成 18 年 4 月 1 日から適用の後天性免疫不全症候群に関する特定感染症予防指針に記載されている。

(2) 妊婦 HIV 検査前の説明

治療効果を高めるとともに、感染の拡大を抑制するためには、医療従事者は患者等に対し、十分な説明を行い、理解を得るよう努めることが不可欠である。具体的には、医療従事者は医療を提供するにあたり、適切な療養指導を含む十分な説明を行い、患者の理解が得られるよう継続的に努めること

が重要である。説明の際には、わかりやすい説明資料を用意することが望ましい。また、患者が主治医以外の医師の意見を聞き、自らの意思決定に役立てることも評価される。

(参考)

妊婦に HIV 検査を実施する場合には、HIV スクリーニング検査では、一定の割合で偽陽性が生じうることをふまえ、確認検査の結果が出ていない段階での説明方法について、十分に工夫するとともに、検査前および検査後のカウンセリングを十分行うこととプライバシーの保護に十分配慮するよう周知徹底願いたい。

(平成 19 年 6 月 厚生労働省疾病対策課長通知より抜粋)

<妊婦 HIV 検査の説明に関する要点>

①検査の流れ

スクリーニング検査（一次検査）と確認検査があり、一次検査陽性の場合には確認検査をするまでは、結果が確定しないことを伝える。

②結果の意味

スクリーニング検査 → 陰性：感染していない、あるいはウィンドウ期
→ 陽性：確認検査が必要 → **確認検査** → 陰性：感染していない
→ 陽性：感染している

(注 1) 妊娠初期に行う他のスクリーニング検査と混同しないようにあえて一次検査と表記している。

(注 2) 検査実施前 3 ヶ月までの結果を保証。それ以降、現在までに感染の可能性のある行為があった場合は、3 ヶ月後に再検査が必要。

③ HIV 感染症の概要

一番多い感染経路は性的接触であり、他に血液製剤による感染や、母子感染が認められている。現在では輸血による感染はほとんど認められていない。

現在では、医学の進歩によりさまざまな治療薬が開発され、コントロール可能な疾患になっている。

④母子感染の感染経路と予防対策

感染経路：胎内感染、分娩時感染、母乳感染の可能性。

感染予防：抗 HIV 薬と選択的帝王切開術の併用で感染率は 1% 以下。

⑤結果が陽性だった場合の施設の対応

結果が陽性の場合には、その医療機関が受け入れ可能か、あるいは受け入れ不可能で他院に紹介するかを事前に決めておき、結果報告時に妊婦に伝える（他院紹介の場合は受診方法を具体的に提示する）。

⑥守秘義務

医療スタッフは患者の検査結果に対して守秘義務を負っており、受検者、感染者のプライバシーは確実に守られることを説明する。

参考 C-1：妊婦 HIV 一次検査実施マニュアル（抜粋）（後掲：参考資料）

参考 C-2：あなた自身の健康と赤ちゃんの健やかな誕生のために（後掲：参考資料）

参考 C-3：妊婦 HIV 検査（一次検査）で結果が陽性だった方へ（後掲：参考資料）

<コラム>

インフォームド・コンセントの必要性

HIV 検査を行う前には、原則として本人の同意が必要である。独自にインフォームド・コンセントにかかわる書類を作成している施設が多い。書類を作成し署名を得ておくことは、検査後のトラブルを回避するためにも有用である。やむを得ず口頭により同意を得た場合でも、その旨を

カルテに記載することが肝要である。

インフォームド・コンセントの書面内容

- ① HIV 検査の目的および結果の意味。
- ②検査は妊婦の自由意志で行われること。
- ③いつでも説明を受けたり相談をすることができること。
を明記されていることが必要で、さらに日付欄や署名欄を設けておく。

3. 検査結果の説明

HIV 一次検査の結果は、検査を受けた全員にもれなく通知すること。

(1) スクリーニング検査（一次検査）の結果が陰性の場合

スクリーニング検査が陰性であった場合、HIV には感染していないこと、および検査前 3 ヶ月の間に感染した場合には感染初期のため今回の検査結果が陰性となる可能性があること（ウィンドウ ペリオド）を説明しこの間に感染する可能性があった場合には 3 ヶ月後の再検査を勧める。

(2) スクリーニング検査（一次検査）の結果が陽性の場合

一次検査が陽性であった場合、妊婦がその結果を正しく理解する機会がないままに感染不安から混乱を示すケースが報告されている。そのため結果説明においては、以下の点をふまえて妊婦にわかりやすく説明するとともに、施設の対応の準備や守秘義務を提示する。

(i) スクリーニング検査（一次検査）の陽性的中率が低いこと

HIV 一次検査の陽性的中率（検査で陽性であった場合に真に陽性である確率）は極めて低く、スクリーニング検査結果が陽性となった妊婦の中での真の感染者は数%にすぎない。（平成 24 年度の調査では 6.5%）したがって一次検査結果の通知にあたっては、検査前の十分な説明に加え、「確認検査をするまでは感染しているかどうかはわからない」が「ほとんどの妊婦が確認検査で感染していなかったことが確認されている」ことを明確に伝えることが重要である。

(ii) 検査結果説明の実際

スクリーニング検査陽性となった妊婦への説明は以下の通りである。

①結果の意味

「今回は HIV 一次検査結果が陽性であり、このことは、確認検査が必要であるという結果を示しています」

「HIV 一次検査陽性妊婦のほとんどが確認検査で HIV に感染していないことがわかります。」

「万が一確認検査で感染がわかった場合でも、専門的治療により妊娠継続、出産が可能で、胎児への感染が予防できます」

②確認検査の方法

「確認検査の方法は、少量（5 cc）の血液を採取するだけです」

「確認検査の結果は、検査から 1～2 週間後に本人に直接伝えられます」

③確認検査実施施設への案内

（自施設が確認検査を実施していない場合は）確認検査を実施している機関への紹介状に加え、場所、受診方法（予約窓口や手続の仕方など）を具体的に妊婦に伝える。

紹介先病院に対し、HIV 一次検査で陽性だった妊婦の確認検査を依頼することを事前に連絡し、具体的な紹介方法を確認するなど、紹介先病院での妊婦対応が円滑に進むことを支援する。

④妊婦の不安や疑問への対応

結果を聞いた直後から確認検査受検までの妊婦の動揺にも配慮し、以下の資料や相談機関を紹介しながら妊婦の不安や疑問の解消に対応する。

- ・妊婦に結果説明時に手渡す資料
「妊婦 HIV 検査（一次検査）で結果が陽性だった方へ」（後掲：参考資料）
- ・医療スタッフの相談窓口
95 ページ、2. ACC と各ブロック拠点病院のウェブサイト（後掲：参考資料）

(3) 確認検査が陽性の場合

(i) 確認検査で陽性の妊婦に対する配慮

これまで HIV 感染診断のため検査法の基準は、ELISA 法によるスクリーニング検査と WB 法による確認検査であり、この組み合わせにより HIV 感染は 99% 以上正確に診断されるといわれている。

平成 24 年度の産婦人科施設を対象とした全国調査によれば、最近 5 年間の HIV 感染妊娠の転帰場所は約 9 割がエイズ拠点病院だった。多くの非拠点病院には、ブロック拠点病院・拠点病院と異なり、経験をつんだ臨床心理士・カウンセラー・感染症専門医師や看護師などは配置されてはおらず、他機関への紹介が困難な場合には、現場の医師、看護師などが対応せざるを得ないのが現状である。

一般の HIV 検査受検者に対する告知の場合でも、ショックや混乱、心理的外傷のような離断感、さらにパートナーへの告知などさまざまな問題への対応が要求されている。妊婦の場合は通常とは異なった身体状況と不安定な精神状態のうえに、HIV 感染の告知という大きな問題が加わる。さらに妊娠継続、抗 HIV 薬の服薬、パートナーへの告知などのさまざまな問題に対する決断や選択を、妊娠週数を考慮し短期間で行わなければならないことが多く、なお一層細やかな対応が必要となる。

(ii) 告知の実際

HIV 感染の診断がついた時点で、まず各施設で定められたマニュアルに則り、院内感染対策委員会をはじめ関係各部署、特に内科感染症専門医に連絡することが肝要である。

告知に際しては、あらかじめ日時を設定し妊婦個人に説明するのが原則であるが、本人が希望すればパートナーにも説明する。（本人が日を置いてパートナーへの説明を希望する場合がある。その際は本人の希望に添いパートナーへの説明を行う。）担当する内科医師・産科医師が同席のうえで告知する。また、小児科医師、カウンセラー、看護師、助産師、ソーシャルワーカーなどの関係者も必要に応じて同席することが望ましい。

告知時の主な説明内容

- ①確認検査が陽性であり、HIV に感染していること。
- ② HIV 感染症の概要
 - a. 治療法の進歩により HIV 感染症の予後は著しく改善しており、エイズ発症前に治療を開始すれば、ほとんどは慢性の経過をたどり、予後が改善していること。
 - b. 治療法は抗ウイルス薬の服用が主流であること。
 - c. HIV 感染経路および日和見感染症などの経過について。
 - d. 検査：CD4 値、ウイルス量等の免疫能の検査について。
 - e. 日常生活における注意事項等。

③母子感染の概要

- a. 最近の治療法の進歩により HIV 母子感染はこれまでの全国調査では格段に減少（1% 以下）していること。および母体の長期生存も可能であること。（わが国や諸外国の母子感染データをもとに説明）
- b. 母子感染のリスクファクター。（母体のウイルス量、抗 HIV 薬内服の滞り、前期破水、経膈分

娩、母乳栄養など)

c. 母子感染予防対策の概要。

特に妊娠中の抗 HIV 療法（選択肢とその副作用）について

- ・AZT 単剤：歴史的には就学期までの安全性が確認されている抗 HIV 薬であるが、耐性ウイルス出現の危険性も高く母体に対する治療としては推奨される治療法とはいえない。また、多剤併用療法と比較して母体ウイルス量を十分に下げることが困難であり、母子感染のリスクを高める可能性も考えられることから、現在は使用されることは少ない。
- ・多剤併用療法：母体のウイルス量を十分に下げることが可能であり母体の治療上好ましい。またウイルス量の低下により母子感染のリスクも低下するので妊婦も含め近年の治療の主流となっている。

④感染症法に基づき医師には患者が HIV 検査陽性であることを保健所へ届け出る義務がある（個人情報は一切報告されない）こと。

⑤カウンセリングの紹介

⑥治療費の説明

母子感染予防対策を行った際の治療費や検査の費用、および帝王切開術の費用などの説明も必要である。身体障害者手帳の交付や公的扶助の申請などが可能であることの情報提供や、外国籍妊婦には本国の治療状況・治療費などの情報提供も大切である。

⑦母子感染児に対する治療法とその予後

HIV 陽性妊婦から出生した児は、児の症状や検査成績を問わずに出生後直ちに母子感染予防対策に則り治療を開始することを説明し承諾を得る（AZT の内服を生後 6 週間、人工乳哺育）。予防対策を完遂した場合には日本国内における母子感染率は 1% 以下であるが、HIV 母子感染が成立した場合は成人同様に多剤併用療法による治療を行える現状であること、また、本治療を行うことで HIV 感染児の予後は改善されつつあるが、児の予後は CD4 値と血中ウイルス量によって規定され、疾患が急速に進行する場合もありうることを説明する。

⑧パートナーや長子の HIV 検査

パートナーや長子の HIV 検査については彼らの感染リスクを説明し、感染の可能性がある場合に同意を得た上で HIV 検査を行う。

平成 24 年度の産婦人科施設を対象とした全国調査によれば、わが国の HIV 陽性妊婦の分娩率は 84.4% であった。妊娠早期に HIV 検査を行い HIV 感染が判明した際にはすみやかに妊婦に情報を提供し、妊婦が自己決定していくことを支援していく。

以上がおおよその説明内容であるが、医療者が感染の事実や感染拡大にばかり心を奪われ妊婦が自暴自棄になるようなことがないように十分配慮することが重要である。

参考：妊婦 HIV スクリーニング検査偽陽性を回避する方法の例

（日本産科婦人科学会 HP でのお知らせ）（一部改訂）

妊婦 HIV スクリーニングにて陽性であった場合、現在の推奨案（日本エイズ学会）では、妊婦要精検者に「十分な説明をして」再採血を行い、確認試験（RT PCR, WB）を行うことになっている。しかし、これは妊婦自身にとってはかなりの精神的負担となる。

栃木県では、県内周産期施設および検査会社（22 社）の協力を得て、平成 20 年 10 月 1 日～21 年 9 月 30 日の 1 年間、いわゆる栃木方式を試行してきた。栃木方式では、妊婦採血時に二本のスピッツに分けて保存、1 本は抗原抗体同時検査に使用し、その検査結果陽性例のみ凍結保存されたペア血液にて確認検査（RT PCR, WB）を行う方式である。確認検査のための再採血が無

いため妊婦への再採血説明が省略でき、結果として妊婦が無用な不安・心配よりパニックに陥る事態が回避出来る。

栃木方式は、各検査会社、施設の中央検査部などの協力が不可避で、この面では今後、全国的に検査会社との協力体制を整備させる必要がある。

(獨協医科大学医学部・大学院 産科婦人科学講座 稲葉 憲之*、大島 教子**)

厚労省科研和田班オーガナイザー*、分担研究者**)

血液凍結保存に若干費用がかかり、割高になることが難点である。

(4) 未受診妊婦における HIV 緊急検査の必要性

わが国では母子健康手帳を取得し、妊婦健診を定期的を受診している妊婦の比率が諸外国に比べて非常に高い。しかし、妊婦健診を受診せず、分娩が開始してから突然医療機関を訪れる、いわゆる未受診妊婦（飛び込み分娩）も少なからず存在する。

大阪産婦人科医学会の2009年1年間の調査では¹⁾、大阪府内の未受診妊婦は152件であり、大阪府内の年間分娩数は7万6千件程度であるので500件に1件の分娩にあたるとしている。これをわが国の年間分娩数にあてはめると、年間約2,000人が未受診妊婦となる。前田は²⁾、過去の未受診妊婦の実態調査にて586名の未受診妊婦を調査し、未婚者が39%であり、来院から分娩までの所要時間は15分以内が11%、60分以内が17%と極端に短い例が多く、また、母体感染症ではHIV陽性例が4例、梅毒陽性例が10例、HCV陽性例が8例、HBsAg陽性例が8例と多く含まれていたとしている。

この様に未受診妊婦においてはHIV陽性率が高いにもかかわらず、分娩まで時間的余裕が少ないためHIV緊急検査は重要である。簡単に行えるHIV検査を以下に示す。これはイムノクロマト法による静脈血での検査方法で、血液を採取後15分程度で結果が判明する。

HIV抗体検査：ダイナスクリン・HIV-1/2 (アリーアメディカル株式会社)

HIV抗原抗体検査：エスプライン HIV Ag/Ab (富士レビオ株式会社)

上記の抗体検査でHIV陽性であった場合には早急に確認検査等へすすむ。

文 献

1. 妊婦健康診査の意義と未受診妊婦のリスク 中井章人 周産期医学 2009: 39: 175-179
2. 未受診妊婦の実態とその問題点 前田津紀夫 母子保健情報 2008: 58: 33-40