こども家庭科学研究費補助金

（成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業）

総合研究報告書

HTLV-1 キャリア妊産婦の支援体制の構築に関する研究

研究代表者

内丸　薫　　昭和医科大学客員教授

研究要旨：　ウェブサイトを用いたキャリア妊産婦の意識調査では、半数はたとえ児の感染率が上昇しなくても少しでもリスクのあることはしたくないとの考えで完全人工乳を選択すると考えている一方で感染率に差がないのであれば短期授乳を選択したいという母親も 40%前後いることを踏まえ、改めて経母乳感染を防ぐ最も確実な方法は完全人工乳であるという情報をきちんとキャリア妊産婦に伝えることが重要であり、短期授乳を希望する母親を支援する体制の整備が必要である。実態調査の結果、短期授乳を選択したキャリア妊産婦の 60%程度は現状では支援を受けられていない。今後、授乳支援体制の整備が必要であるとともに、支援体制にどのようなことが求められるかの標準を示すことが必要 HTLV-1 キャリア妊産婦の短期授乳栄養における人工栄養移行マニュアルが作成された。今後これを参考に HTLV-1 キャリア妊産婦支援体制が整備されることが必要である。地域ごとに体制を整備するためには行政による体制整備が必要で、都道府県母子感染対策協議会などが活用されることが望まれる。医療関係、保健行政担当者に向けた研修はオンラインによるものが望ましく、オンデマンド形式の要望が強いが、オンデマンドの場合の形式についてはさらに検討が必要と考えられる。

分担研究者

関沢昭彦　　昭和大学医学部　産婦人科学　教授

小出馨子　　昭和大学医学部　産婦人科学　准教授

谷垣伸治　　杏林大学　産婦人科学　教授

三浦清徳　　長崎大学　産婦人科学　教授

宮沢篤生　　昭和大学医学部　小児科学　准教授

森内浩幸　　長崎大学高度感染症研究センター・教授

根路銘安仁　鹿児島大学　医学部保健学科成育看護学　教授

井村真澄　　日本赤十字看護大学　看護学部　特任教授
有森直子　　新潟大学　看護学分野　教授
柘植　薫　　香川大学　腫瘍内科学　臨床教授
山野嘉久　　聖マリアンナ医科大学　神経内科学　教授

研究協力者
板橋家頭夫　茨城医療福祉センター長
齋藤　滋　　富山大学　学長
渡邉俊樹　　聖マリアンナ医科大学　医療情報実用化マネジメント学　特任教授
下敷領須美子　前神戸女子大学看護学部　教授
小杉純子　　伊集院産婦人科　看護部長
納富理絵　　秋田大学医学部附属病院
北村　愛　　鹿児島中央助産院
時田彰史　　日本小児科医会　公衆衛生委員会委員・クリニックばんびぃに　院長
木暮菊江　　前国立高崎医療センター　副看護師長
谷口光代　　宮崎大学　医学部看護学科
田村康子　　兵庫医科大学　看護学部
稲田千晴　　日本赤十字看護大学　母性看護学
笠井靖代　　日赤医療センター　第 2 産婦人科
馬目裕子　　日赤医療センター　看護部
重松環奈　　日赤医療センター　看護部

A.研究目的

2011 年に開始された HTLV-1 総合対策により、妊婦全例の公費負担による抗 HTLV-1 抗体スクリーニングが開始され、陽性者に対する授乳指導を行うことにより HTLV-1 母子感染予防に成果を上げてきた。一方、政策開始から 10 年余りを経て、残された課題も次第に明らかになりつつある。その中の一つが HTLV-1 キャリア妊産婦に対する授乳指導方針である。当初キャリア妊産婦の授乳法として、完全人工乳、3 か月以下の短期授乳、凍結母乳を提示するところから始まったが、エビデンスが不十分として、2017 年以降原則として完全人工乳を推奨するよう改められた。先行研究班である厚生労働科学研究「HTLV-1 母子感染予防に関するエビデンス創出のための研究」（代表　板橋家頭夫）により、3 か月以下の短期授乳では、完全人工乳に比べて児の感染率は上昇しないことが明らかになったが、一方、適切な授乳支援がないと短期授乳選択者の 20%程度は 3 か月での人工乳への切り替えができていないことも明らかになった。厚生労働科学研究「HTLV-1 母子感染対策および支援体制の課題の検討と対策に関する研究」（代表　内丸薫）ではこれらの成果を検討し、感染予防の観点に加えて、妊娠・出産・育児の観点からキャリア妊産婦自らが短期

授乳を含めた選択を行うことが可能となるよう、乳房管理・授乳支援を十分行うことを必須条件として、短期授乳を選択肢の一つとして挙げた改訂版 HTLV-1 母子感染予防対策マニュアルを 2022 年に作成して発行した。

上記板橋班、内丸班によるキャリア妊婦のウェブ調査ではこれらの授乳支援が不十分である実態が浮き彫りになり、キャリア妊産婦が短期授乳を選択できるようになるためには、出産後の授乳支援体制の一層の整備が必要であると考えられるが、産婦人科、小児科、助産師がどのように連携して、体制を整備していくのか、そのために必要な施策は何かは明らかになっていない。また前記調査では心理的支援の必要性求める声が強く、完全人工乳を選んだ妊産婦も含めた包括的な支援体制の構築が必要である。本研究では、これらの支援体制の構築をおもな目的とし、そのために必要な調査研究と、その成果の普及のための対策の検討を行うことを目的とする。

また、地域ごとの HTLV-1 母子感染予防対策のモデルケースとしての東京プログラムの運営を継続し、地域における予防対策ネットワークの構築における問題点の検討を行う。HTLV-母子感染予防のための研修の在り方についても検討し、望まれる研修体制についても提言を行う。

B.研究方法

1)　HTLV-1 キャリア妊産婦に対する授乳指導の実態調査

1-1）産婦人科医会を対象とした実態調査（関沢明彦、井村真澄）

3 年に一度行われてきた日本産婦人科医会の HTLV-1 抗体陽性妊婦に関する調査を 2023 年度に実施した。主要な項目は前回 2020 年と共通としたが、産後の授乳支援の実態を調査する目的で助産師の立場から井村が質問項目の検討に加わり、短期授乳を選択したキャリア妊産婦に対する支援の実態により焦点を絞った質問の設定を行い、また短期授乳を選択したキャリア妊産婦が実際に 3 か月以下で完全人工乳に移行できたか（フォローされていない事例も含めて）どうかの質問も加えた。質問用紙を関沢分担報告書に示す通りである。2023 年 8～10 月に全国の分娩取扱施設を対象にアンケート調査用紙を 2,010 施設に送付しこれらの項目についての調査を行い集計、解析を行った。

1-2）行政を対象とした支援実態調査（内丸　薫、渡邉俊樹）

行政側の支援の調査として、厚生労働行政推進調査研究「HTLV-1 総合対策進捗の現状把握と「普及・啓発・相談対応」の改善・強化のための課題把握とその解決策の検討（渡邉班)」との連携により同班の調査に保健所のキャリア妊産婦に対する相談、授乳支援の相談の実績についての項目を加えて調査を行った。調査は全国 461 か所の保健所、一部保健センターに事前に質問項目について郵送し、回答はウェブ入力する方式とし、2024 年 12 月 15 日までに回答入力を依頼した。

1-3）ウェブサイトを用いたキャリア対象実態調査（内丸　薫）

支援の受け手側のキャリアを対象とした実態調査はキャリア登録ウェブサイトキャリねっと登録者を対象にアンケート調査を実施した。支援実態調査については 2024 年 9 月 12 日より開始し、2026 年 1 月 31 日まで実施してデータを固定、有効回答数 91 名分について集計解析を実施した。

２）短期授乳を選択した HTLV-1 キャリア妊産婦に対する授乳支援体制の構築

2-1）ウェブサイトを用いた HTLV-1 キャリア妊産婦の授乳についての意識の調査（内丸　薫）

キャリア登録ウェブサイトキャリねっとの登録者を対象緒に授乳についての意識調査を実施した。2021 年 12 月 1 日より開始し、2026 年 1 月 23 日にデータ固定、有効回答数 185 名分について解析を行った。

2-2）短期授乳を選択した母親の人工乳移行マニュアルの作成と普及（井村真澄、根路銘安仁、有森直子、柘植　薫）

マニュアル作成にあたり、作成の土台となる事例検討を行った。「短期母乳栄養を選択した HTLV-1 陽性妊産婦への支援」に関する令和 3 年度研究報告書（JSPS16K12186.下敷領.2021）により、詳細データが得られている鹿児島県における助産師の家庭訪問継続支援を受けた短期母乳栄養 16 事例・長期母乳栄養 1 事例等のデータを班会議等で検討し、ほぼ助産師家庭訪問事例データのため、鹿児島以外の産科施設における授乳外来フォロー事例情報を補完する必要性があると判断し、東京都にある日本赤十字社医療センターにおける事例を追加した。研究分担者/協力者 3 名からなるコアメンバーによる組織化と意思決定ルートを整え、新たに、鹿児島チームには兵庫医科大学看護学部教員を、東京チームには日本赤十字社医療センター・日本赤十字看護大学等から研究協力者を追加したチームを編成した。コアメンバーによるマニュアル作成方針案（支援者向けマニュアル・母親等当事者向けマニュアル、短期母乳栄養からの人工乳移行支援マニュアル・完全人工栄養選択者支援等のマニュアル等）は各チームメンバーと双方向的に情報共有し、効果的・効率的にマニュアル作成を行うことができるよう組織化した。

鹿児島県における訪問事例及び東京における授乳外来事例を、妊娠期・分娩期・産後入院中・退院後 1 か月、2 か月、3 か月（産後 89 日まで）の育児期間の人工乳移行、90 日以降の母乳栄養終了後の乳汁産生抑制期間別に、乳房や母子（家族）の特徴的状況と支援ついて分析を開始し、時期別一覧表を作成した。短期母乳栄養の複数バリエーション（例：初乳のみ、産後しばらくは母乳のみ、産後から混合栄養等）ごとの状況と支援ポイント一覧表を作成した。さらに、産科施設内における妊娠期、産後入院中の医師と助産師の具体的かかわりや、産後の授乳外来フォローに関する補足データを収集と整理を実施した。

これらの検討を元に各課題ごとに鹿児島チーム、日赤チームで基本原稿を作成し、33 回におよぶコアミーティングで内容の検討を行った。2026 年 1 月 14 日に初稿を完成、内容を整えた上で、2026 年 2 月 27 日から 3 月 23 日まで日本 HTLV-1 学会、日本産科婦人科学会、日本産婦人科医会、日本小児科学会、日本助産学会会員を対象にパブリックコメントを募集し、寄せられた意見を元に修正を加えた。

３）東京プログラムの運用と産科拠点病院ネットワークの課題の抽出（関沢明彦、小出馨子、谷垣伸治）

先行研究班である厚生労働科学研究「HTLV-1 母子感染対策および支援体制の課題の検討と対策に関する研究」（厚労科研内丸班）で構築された東京地区の産科拠点施設、小児科協力施設による連携体制を強化して東京プログラム(15 産科拠点施設、東京小児科医会 16 施設を組織化)を運営し、拠点施設による妊産婦、産科施設を対象とする相談対応、キャリア妊産婦の授乳支援などの遂行上の問題点の抽出のため検討会を開催した。

４）HTLV-1 母子感染予防に関する研修事業の改善の方策にかかる提言の検討（内丸　薫）

HTLV-1 母子感染予防に関する研修事業の在り方について検討するために、全国研修会を現地開催するとともに、ライブ配信、オンデマンド配信などのさまざまなモダリティを用意して、それぞれの参加実績、アンケート調査などを通じて研修事業の開催形態についての在り方について検討を行った。

（倫理面への配慮）

分担研究毎に分担研究者により、必要に応じて施設倫理委員会などに倫理審査申請を行い、委員会の承認のもとで研究を実施した。具体的には以下の通りである。

1）日本産婦人科医会　HTLV- 1 抗体陽性妊婦に関する調査

調査実施にあたって日本産婦人科医会の倫理委員会で、この調査研究についての実施承認を得た上で実施した。また、集計結果のまとめの開示にあたっては都道府県単位ではなく、ブロック単位での数字の提示にとどめることで、特定の地域の実態が公表されないように配慮した。

２）ウェブサイト「キャリねっとを用いたキャリア妊産婦の意向調査

本調査研究については東京大学ライフサイエンス委員会倫理審査専門員会による審査を受け承認されている（審査番号 18-36)。今回の研究についてもキャリねっとの運営の範囲内と判断され、新たな倫理審は行っていない。

３）鹿児島県における HTLV-1 キャリア妊産婦に対する医療および行政との連携の現状と課題の調査

鹿児島大学桜ヶ丘地区疫学研究等倫理委員会で承認（230108 疫）

４）HTLV-1 母子感染予防に関する全国研修の開催及び調査にあたり、ウェブによる参加申

し込み者の個人情報保護の観点から、業務委託企業と個別契約書および個人情報取り扱い覚書を取り交わして個人情報の保護に努めた。

C.研究結果

1）HTLV-1 キャリア妊産婦に対する授乳指導の実態調査

1-1）産婦人科医会を対象とした実態調査（資料１）

調査票を送付した2010施設のうち1290施設から回答があり、回収率は64.4%であった。出生数ベースで50%以上のデータが回収されており、わが国の現状を反映する結果であると考えられた。スクリーニング検査での抗体陽性率は0.22%であり、前回2020年調査よりさらに減少していた。今回の調査でも、前回妊婦健診で抗体陰性で、今回の妊婦健診で抗体が陽性化した事例が288人中21人（7.3%）認められた。完全人工乳を選択したキャリア妊産婦は77.4%、短期授乳を選んだキャリア妊産婦は12.8%と、産科婦人科学会ガイドラインの浸透に伴い完全人工乳哺育を選択する母親が増加しているが、一定数の短期授乳選択者も存在していた。今回の調査では、特に短期授乳選択者の人工乳移行達成率を調査したところ全体の4分の1が人工乳移行までフォローされていないこと、フォローされたキャリア妊産婦では全員が3か月以下での完全人工乳移行に成功していたことが明らかになった。母乳育児ケアの主体となっているのは助産師などの看護スタッフであり、退院後の母子のフォローも80%弱が母乳外来/助産師外来でフォローされていた。HTLV-1キャリアと判明した妊産婦に対する説明として、経母乳感染については85.7%の施設で説明しているが、短期母乳哺育では完全人工乳と母子感染率が同等であることを説明しているのは約半数の46.4%にとどまった。児の3歳時における抗体検査については20.1%の施設で特に考慮していないという回答であった。

1-2）行政を対象とした支援実態調査（資料２）

全国保健所調査は461か所の保健所を対象に調査票を送付、ウェブにより2024年12月15日までに、保健センターを含めて全部で374件の回答を得た。保健所のみでの回収率は65.5%、全体の83.2%が保健所、14.7%が保健センターの回答であった。参考資料として回答者向け最終集計報告を資料２に示す。

HTLV-1母子感染予防対策マニュアルの認知度については41.5%であった。地方別にみると関東地方、中部地方、関西地方と大都市圏を抱える地方ですべて30%台とやや認知度が低い傾向が見られた。HTLV-1キャリア妊婦からの相談を受けたことがあると回答したのは全国平均では6.1%であった。地方別でみるとやはり九州地区では15.2%とやはり高く、全施設において自施設で対応したと回答している点が目立った。その他中国・四国地方でも12.9%と比較的比率が高かった。その他の地方は0〜2.5% であった。授乳法についての相談件数については5.2%の施設で相談を受けた経験があったが、1.1%は対応は不可能と回答していた。九州地区では15.4%が対応経験を持っており、対応が不可能と回答

した施設はなかった。母子手帳発行時に HTLV-1 についての説明を行っているかという質問に対しては、説明を行う、ないしリーフレットなどを配布している施設は全体の 14%と少なかった。保健所では 10.7%、保健センターでは 22.7%であり、こちらは有意差を持って保健センターの方が対応している施設の比率が高かった（p=0.026)。

1-3）ウェブサイトを用いたキャリア対象実態調査（資料３～５))

支援実態の調査については、調査機関 1 年 4 か月で有効回答数は 91 名であった。回答の内訳の詳細をグラフィックプレゼンテーションとして表示したものを資料 3 に、そのうちの一部の集計表を資料４、５に示す。短期授乳を選択した妊産婦のうち授乳支援を受けられなかったと回答したのは、産後 1 か月までの期間で 45.0%、1～3 か月で 65.0%、3 か月以降で 87.5%であった（資料４)。支援受けられなかったと回答した妊産婦のうち、支援を希望したのは産後 1 か月までの期間で 55.5%、1～3 か月で 61.5%、3 か月以降で 51.4%であった（資料５)。一方完全人工乳を選択した母親のうち支援を受けられなったのは、産後 1 か月までで 56.8%、1～3 か月で 72.5%、3 か月以降で 74.5%で、高率に支援を受けられていなかった。3 か月以降については完全人工乳選択者の方が比率が低いが有意差はなかった（p=0.0919)。支援を受けられなかった母親のうち支援を希望した割合は産後 1 か月までの期間で 31.0%、1～3 か月で 23.0%、3 か月以降で 19.7%であった（資料４，５)。

２）短期授乳を選択した HTLV-1 キャリア妊産婦に対する授乳支援体制の構築

2-1）ウェブサイトを用いた HTLV-1 キャリア妊産婦の授乳についての意識の調査（資料６）

HTLV-1 キャリア妊産婦の授乳に対する考え方の調査は回答の背景知識としてキャリア妊産婦には人工乳哺育が推奨されていること、一方、3 か月以下の短期授乳と人工乳哺育を比べた場合赤ちゃんの感染率は増加しないという調査結果があることを提示した上で、「3 か月以下の授乳であれば赤ちゃんの感染率が上がらないのであれば、3 か月以下の母乳哺育を望みますか(すでに授乳を終えた母親に対しては､もしそうであれば望んだか？)」という質問により、授乳の希望と授乳による感染リスクのバランスについての考え方を質問した。厚生労働科学研究費補助金成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業（健やか次世代育成総合研究事業)「HTLV-1 母子感染対策および支援体制の課題の検討と対策に関する研究」(研究代表者　内丸　薫）で開始した調査を引き続き継続して約 4 年間で 185 名の有効回答を得た。「3 か月以下であれば赤ちゃんの感染率が変わらないのなら、3 か月以下の母乳哺育をした」と回答したのが 40.5%、「少しでも感染のリスクがあることはしたくないので、人工乳哺育にしたい」と回答したのが 49.7%であった。人工乳哺育を選択した母親の方がやや多かったが、統計学的には p=0.102 と有意差はなく、短期授乳であれば

児の感染率が上昇しないとしても、短期授乳栄養を選択する母親とそれでも完全人工栄養を選択する母親は合い半ばするという結果であった。

2-2）短期授乳を選択した母親の人工乳移行マニュアルの作成と普及（資料７）

事例を詳細に検討することにより、分娩後短期授乳を選択した HTLV-1 キャリア妊産婦に対して各時期ごとに必要とされる支援について抽出して「HTLV-1 キャリア妊産婦の短期授乳栄養における人工栄養移行マニュアル」を作成した。

３）東京プログラムの運用と産科拠点病院ネットワークの課題の抽出

東京プログラムの概要を資料８に示す。都内に HTLV-1 についての産科基幹施設を定める。産科基幹施設は 14 の総合周産期医療センターと日本医大多摩永山病院の 15 カ所とした（資料９）。産婦人科の一次施設で診断や説明が適切にできない、説明に不安のある施設、または、妊婦が詳しい説明を求めた場合に基幹施設を紹介する体制とし、産科基幹施設では基本的に必要な検査結果を確認したうえで、その結果について説明することとした。「HTLV-1 母子感染を防ぐために」というリーフレット（資料 10）を班内で作成して説明に利用するほか、産婦人科の一次施設にも配布しておき、必要に応じて一次施設でも活用できるようにした。産婦人科の一次施設の説明で納得した場合の紹介は原則的に必要ないが、必要に応じて積極的に基幹施設への受診を促した。

また、HTLV-1 キャリア妊婦には、東京産婦人科医会の HP にアクセスを促こととし、HP には「一般の方へ」と「医療機関の方へ」に分かれていて、一般の方のサイトには、「HTLV-1 情報ポータルサイト」の情報、東京プログラムの説明、相談に行ける施設の一覧、各施設の受診方法、が記されている。産婦人科医療機関向けのページでは、基幹施設の予約を取る方法が記載されている（資料９）。また、母子感染の確認のために小児科に依頼する場合の紹介状の見本も掲載している。詳しい説明を聞きたいということで産婦人科の基幹施設に来たキャリア妊産婦に対しての説明用の資料も研究班で作成し、その資料を各施設に配布した（資料 11）。

４）HTLV-1 母子感染予防に関する研修事業の改善の方策にかかる提言の検討

班会議において標準研修会の形態についての検討を行った。開催の形態としては 1）対面型　2）オンライン型　およびそのハイブリッドが、またオンラインの期間の設定として 1) リアルタイム型　2) オンデマンド型　などが挙げられた。対面型はライブ感があり、またその場で直接質疑応答、意見交換ができるところが大きな利点であるが、全国研修とした場合の参加者の現地参加の時間的、費用的な制約が出てくることから、広く研修参加者を募るためにオンラインとのハイブリッド開催形式が望ましいとの結論になった。参加者の業務上の都合などを勘案すると、オンラインについては、リアルタイムのみではなく、

録画のオンデマンド配信が望ましいが、研修会として位置付けるためには一定の期間限定型とすることが望ましいという結論となった。

これらの議論を踏まえ、2025 年 3 月 8 日に第 1 回の HTLV-1 母子感染予防に関する全国研修会を東京都品川区で開催した（資料 12)。現地会場参加の他、オンラインによる参加も可能とした。また、研修会終了後、約 1 か月オンデマンドで録画を視聴できるように、HTLV-1 情報ポータルに録画をアップロードすることとした。申し込みは各形態の参加ともウェブによる事前申し込み制として、登録時に施設名、医師・助産師・行政担当者など役職も入力するシステムとして、どの地域のどのような属性の担当者が、どのような形態で研修に参加したかの情報を取り、解析を実施することとした。開催にあたり、こども家庭庁からの事務連絡により都道府県母子保健主管部に周知、また全国 461 か所の保健所、保健センターに郵送により案内状を送付した。広く周産期領域の関係者に周知するため、日本産科婦人科学会、日本産婦人科医会、東京産婦人科医会、日本周産期・新生児医学会、日本助産学会、日本助産師会の各学会、学術団体から後援をえて、各学会のホームページで開催の周知を図った。また、HTLV-1 情報ポータルによる開催周知も行った。

開催当日、会場での参加者は演者を除いて 6 名で、うち 3 名は研究班班員であったので、実質的には 3 名であった。ライブ配信には 168 名の登録があり、そのうち実際に視聴したのは 96 名であった。講演会終了後 3 月 17 日から 4 月 30 日まで期間限定でオンデマンド配信を実施したが、視聴者数 259 名、総再生回数は 323 回であった。オンデマンド配信終了後、参加者の解析を実施した（資料 13)。参加者の属性については、オンデマンド配信の視聴者の分析では、地域的には関東 27.0%、中部東海 14.8%、近畿 23.0%と大都市圏を含む地域で半数を超え、九州・沖縄地区は 11.1%であった。所属・職種では助産師が 77.0%と圧倒的多数を占め、医師が 6.7%、看護師（助産師除く）が 3.0%であった。また保健センター・保健所が 11.9%、都道府県母子保健担当者が 1.5%で行政関係からも一定の参加があった。今後の研修会の形式については現地開催とのハイブリッドがよいと回答したのが 82.5%、オンラインのみがよいと回答したのが 14.8%であった。オンデマンド配信については全員が今後とも継続が望ましいと回答していた。

D.考察

1）HTLV-1 キャリア妊産婦の授乳栄養法の選択と授乳指導について

2023 年度日本産婦人科医会調査によれば、確認検査、PCR 陽性例は 288 例で、調査対象となった妊婦のスクリーニング件数 424,847 件であった。同年の出生数が 727,288 人であることから、全例でスクリーニングが行われたと仮定して概数の見積もりで全国で 680 名の HTLV-1 キャリア妊産婦の出産があったと推定され、キャリア妊産婦の数は確実に減少してきている。そのうち完全人工乳を選択した妊産婦は 77.4%、短期授乳を選択した妊産婦は 12.8%と、日本産科婦人科学会のガイドラインの浸透に伴い短期授乳の選択者は減少してき

ていると思われるが、一定数は短期授乳を選択していることがわかる。同調査では短期授乳を選択した母親のうち生後 3 か月までフォローできた事例では全例が 3 か月以下での完全人工栄養が達成されていたが、24.8%がフォローされておらず、産科としてのフォローが 1 か月健診までとする施設が 32%あり、これらの事例において完全人工栄養への移行に失敗している事例が含まれていることが懸念される。一方ウェブを用いた HTLV-1 キャリア妊産婦を対象とした調査では 1 か月から 3 か月の間に支援を受けられなかったと回答した妊産婦が 60%程度存在しており、短期授乳を選択したキャリア妊産婦に対する授乳支援まだまだ十分ではないことが推定される。

2022 年厚生労働科学研究「HTLV-1 母子感染対策および支援体制の課題の検討と対策に関する研究」班から発行された HTLV-1 母子感染予防対策マニュアルでは、先行する厚生労働科学研究「HTLV-1 母子感染予防に関するエビデンス創出のための研究」（板橋班）の 3 か月以下の短期授乳では児の感染率は完全人工栄養と比較して上昇しないこと、短期授乳を選択した妊産婦のうち 20〜30%が 3 か月以下での完全人工栄養への移行に失敗していると推定されるデータをもとに、人工栄養への移行の支援体制が整備されていることを必須条件として選択肢にあげ得ることを記載した。感染予防のために最も確実で推奨される方法は完全人工栄養であることに変更はないが、感染リスク、母乳授乳の利点などをキャリア妊産婦に説明した上で Shared Decision Making の観点から授乳法の選択を行うとしている。ウェブサイトを用いたキャリア妊産婦の授乳に対する意識調査では、仮に短期授乳であれば児の感染率が果然人工乳と変わらないとしても、少しでもリスクのあることはしたくないので完全人工乳を選択するという母親が約半数であり、感染予防の観点から最も推奨される方法は完全人工乳であるという情報をきちんと伝えることは大変重要であると考えられる。一方で、板橋班の研究を踏まえ、もし児の感染率が完全人工乳と比べて上昇しないなら 3 か月以下でも母乳の授乳をしたいというキャリア妊産婦が約半数いることを考慮すると、母子感染予防の観点に加えて、妊娠、出産、育児の観点からも各栄養法のメリットとデメリットを十分に説明した上で、母親が自らの意思で授乳法を選択できるように共有意思決定支援を行う体制を整備することが重要であると考えられる。現状ではその支援体制は十分ではなく、安易に短期授乳を選択肢にあげることはできないが、今後支援体制を整備していくことが必要である。

支援体制を整備するにあたり、経験の乏しい地域などではどのような体制を整えることが必要なのか、具体的なイメージを浮かべることが困難な地域もあると考えられる。そこで本研究では、先行研究班で作成された HTLV-1 母子感染予防対策マニュアルを補完する位置づけで HTLV-1 キャリア妊産婦における人工栄養移行マニュアルを作成して、標準的な支援体制の提言を行った。HTLV-1 キャリア妊産婦が多い鹿児島地区での経験を元にした先行研究をベースに東京地区など他地域での経験も検討した上で、妊娠、出産、授乳の各時期ごとに医師、助産師、行政支援などそれぞれの立場でどのような支援が求められるかについて検討した。本マニュアルが今後支援体制を構築しようという医療機関、地域にとって具体的な指針となって支援体制が整備されることが望まれる。また、すでに支援体制を構築している地域においても、改めて体制の検証を行う上で参考になるものと期待される。地域ごとにこれ

らの体制が整備されるには個別の医療機関のみでの取り組みのみでは不十分であり、子育て支援の枠組みなどを利用した行政における体制のサポートが今後重要であり、都道府県母子感染対策協議会などが活用されることが必要と考えられる。

2）東京プログラムの運用と産科拠点病院ネットワークの課題

東京プログラムは先行する厚労科研板橋班において構想され、厚労科研内丸班「HTLV-1母子感染対策および支援体制の課題の検討と対策に関する研究」によって東京産婦人科医会、東京小児科医会により体制の構築が行われ、おもに東京産婦人科医会によって東京地区における HTLV-1 キャリア妊産婦対策の拠点化とネットワークの構築が行われた。本研究では先行研究班で構築された枠組み具体的な運用を行った。2023 年 10 月から本格的運用を開始し、東京産婦人科医会臨床研究会における講演、医会誌への講演要旨の掲載などの広報活動を行ったが、現時点までに拠点施設への紹介が増加したという実績は得られていない。その理由について、東京地区では HTLV-1 キャリア妊産婦が少ないからなのか、本ネットワークで作成したキャリア妊産婦向けリーフレットや、医療機関向けの説明用資料を用いることで、1次機関で十分に対応が可能になったからなのか、あるいはプログラムの受診体制などにも課題があるのか現時点では不明である。東京地区は実数的には HTLV-1 キャリア妊産婦数は全都道府県中 2 位であり、これらの妊産婦がどのような行動をとったのか、改めて地域として検証する必要がある。地域としての取り組みのためには、やはり都道府県母子感染対策協議会による実態調査などが必要で、東京地区では一度も開催された実績がないことから東京都においても都道府県母子感染対策協議会が開催されることが求められる。

3）HTLV-1 母子感染予防に関する研修事業

コロナ禍を経て、オンラインによる会議、学会、講演会などが社会的に定着している。一方で、改めて対面による議論などの重要性なども改めて指摘され、学会などではオンライン参加を可能にしつつ、対面開催を重視する方向に戻りつつあるのが現状である。HTLV-1 母子感染予防に関する研修についても、かつては各都道府県単位で現地開催方式で行われていたが、近年ではオンライン開催が主流となりつつある。各地域ごとの実情にあわせた研修事業の重要性は論を待たないが、全国レベルでの研修を行うことにより一定の標準化を図ることも重要である。これらを踏まえてモデルケースとして全国研修会を開催したが、開催地である東京も含めて現地参加者はほとんどおらず、ほぼライブ配信またはオンデマンド視聴によるオンライン参加であった。参加者を対象とした調査ではライブ配信併用のハイブリッド開催がよいとの声もあったが、実際的には現地参加者がほとんどない実情を踏まえると、今後の研修会はオンライン配信で行うことが望ましいと考えられる。オンデマンド配信に対する要望は強いが、研修期間を設けるべきかどうか、さらに検証が必要であると考えられる。

E.結論

人工栄養移行支援体制が整備されていることを必須条件に短期母乳を選択肢の一つに

あげる HTLV-1 母子感染予防対策マニュアル改訂版が発行されたが、キャリア妊産婦の半数はたとえ児の感染率が上昇しなくても少しでもリスクのあることはしたくないとの考えで完全人工乳を選択すると考えている。改めて経母乳感染を防ぐ最も確実な方法は完全人工乳であるという情報をきちんとキャリア妊産婦に伝えることが重要であり、一方、感染率に差がないのであれば短期授乳を選択したいという母親も 40%前後いることを踏まえ、短期授乳を希望する母親を支援する体制の整備が必要である。支援体制にどのようなことが求められるかの標準を示すために HTLV-1 キャリア妊産婦の短期授乳栄養における人工栄養移行マニュアルが作成され、今後これを参考に HTLV-1 キャリア妊産婦支援体制が整備されることが必要である。地域ごとに体制を整備するためには行政による体制整備が必要で、都道府県母子感染対策協議会などが活用されることが望まれる。医療関係、保健行政担当者に向けた研修はオンラインによるものが望ましく、オンデマンド形式の要望が強いが、オンデマンドの場合の形式についてはさらに検討が必要と考えられる。

F.健康危険情報

本研究に関連しては特にない。

G.研究発表　（本研究に直接関連するもののみ）

1.論文発表

1. Uchimaru K. Itabashi K. Measures for the Prevention of Mother-to-Child Human T-Cell Leukemia Virus Type 1 Transmission in Japan: The Burdens of HTLV-1-Infected Mothers. Viruses. 2023 Sep 26;15(10):2002. doi: 10.3390/v15102002. PMID: 37896779 Free PMC article. Review.

2. Itabashi K, Miyazawa T, Uchimaru K. How Can We Prevent Mother-to-Child Transmission of HTLV-1 Int J Mol Sci. 2023 Apr 9;24(8):6961. doi: 10.3390/ijms24086961. PMID: 37108125 Free PMC article. Review.

3. Ogoyama M, Sekizawa A., Suzuki S. , Hoshi S, Koide K., Miura K., Sagara Y. Ishiwata I. Decline in Human T-Cell Leukemia Virus Type 1 Pregnant Carriers and Emerging Concerns About Horizontal Transmission: A Nationwide Survey in Japan. J Obstet Gynaecol Res. 2025 Nov;51(11):e70145.

4. 内丸薫、ウェブ調査から見えてくる HTLV-1 キャリアマザーの思い、日本母乳哺育学会雑誌 17(1), 55－62, 2023

5. 井村真澄（2023）.特集号企画 HTLV-1 母子感染予防の新方針.助産雑誌.vol.77 no5.医学書院.426-465.

6. 井村真澄（2023）.②SDM における NBM と心理的サポート.助産雑誌.vol.77 no5.医学書院.446-451.

7. 柘植薫. HTLV-1 キャリアへのカウンセリングの意義と問題点-HTLV-1 専門外来の経験

から-. 日本母乳哺育学会雑誌. 17 巻 1 号. 63-68. 2023.
8. 柘植薫. 【事例から学ぶ HTLV-1 キャリアの母親へのサポート①】完全人工栄養を選んだ母親へのサポート. 助産雑誌. 77 巻 5 号. 458-460. 2023.
9. 宮沢篤生：「HTLV-1 母子感染予防対策マニュアル（第 2 版)」改訂の経緯と概要. 助産雑誌 77(5); 426-431, 2023
10. 宮沢篤生:【妊娠に影響する感染症の最新知識】HTLV-1. 産婦人科の実際 72(7); 737-743, 2023
11. 関沢明彦、小出馨子、谷垣伸治、HTLV-1 東京プログラムについて. 東京産婦人科医会誌
2024 年 4 月発刊
12. 関沢明彦、小出馨子、谷垣伸治. HTLV-1 東京プログラムについて. 東京産婦人科医会誌 57 号, p55-59, 2024
13. 宮沢篤生. 【母子感染の最新知識】ウイルス感染症 HTLV-1. 周産期医学 54 巻 5 号：581-585, 2024
14. 根路銘安仁. HTLV-1 感染対策における水平感染対策の重要性. 小児保健研究 84(1):2-6, 2025.
15. 井村真澄. 写真で早わかり＆すぐ実践！乳腺炎・授乳トラブル解決ガイド.プランナー. ペリネイタルケア 2025.44(1).9.
16. 井村真澄. 乳腺炎・膿瘍切開術のケアが診療報酬に収載.ペリネイタルケア.2025.44.(1).10-12.
17. 井村真澄. 乳房緊満による授乳困難への対処と支援.ペリネイタルケア.2025.44.(1).43-50.
18. 井村真澄. HTLV- 1 キャリアの母親への授乳意思決定支援とケア.ペリネイタルケア.2024.43.(4).106-112
19.小出馨子 産科からみた周産期感染症 HTLV-1. 周産期医学 第 55 巻 増刊号 周産期感染症 2026. Page130-134
20.井村真澄.HTLV-1 キャリアの母親（母子と家族）への産後支援.東京母性衛生学会誌.42.Suppl.1. p .17-18.2025.

２.学会発表

1. 宮沢篤生、板橋家頭夫、内丸薫. HTLV-1 母子感染予防対策の現状. 第 10 回日本 HTLV-1 学会学術集会、一橋講堂（東京)、2024 年 11 月 10 日
2. 根路銘安仁, 水野昌美,佐々木つぐ美,若松美貴代. 鹿児島県の HTLV-1 母子感染対策における児のフォローアップ体制整備に向けた質問紙調査. 第 71 回日本小児保健協会学術集会 2024 年 6 月（札幌市）
3. 根路銘安仁, 水野昌美, 佐々木つぐ美, 若松美喜代. 鹿児島県における HTLV-1 母子感染の小児フォローアップ体制構築の質問紙調査. 第 10 回日本 HTLV-1 学会. 2024 年 11 月（東

京都).
4. 根路銘安仁,石川祥子,田中みゆき. 鹿児島県内保健所での HTLV-1 検査体制および迅速検査導入に向けての課題調査. 第 10 回日本 HTLV-1 学会　2024 年 11 月(東京都).
5. 根路銘安仁. 鹿児島県 HTLV-1 感染対策体制の現状調査. 鹿児島大学保健医療研究会第 17 回合同研究発表会　2024 年 12 月(鹿児島市)
6. 柘植薫　末岡榮三朗　HTLV-1 キャリア、患者における感染の受け止め方の変化に関する考察 第 10 回日本 HTLV-1 学会学術集会　2024 年 11 月 8 日～10 日
7. 井村真澄.第 10 回日本 HTLV-１学会学術集会　学術シンポジウム 3「感染予防とキャリア診療」HTLV-１キャリアの母親（母子と家族）への授乳支援 2024 東京
8. 田村康子、片田千尋、谷口光代、岡本恵、下敷領須美子：兵庫県と大阪府における HTLV-1 キャリア妊産婦の看護実践に関する実態調査、第 11 回日本 HTLV-1 学会学術集会、鹿児島、2025 年 11 月 8 日

3. 講演会・シンポジウム

1. 山野嘉久. 「HTLV-1 母子感染の予防と対策」. 令和 5 年度山梨県 HTLV-1 母子感染予防策研修会, 2023 年 8 月 8 日.
2. 山野嘉久. HTLV-1 母子感染の予防と対策. 令和 5 年度 神奈川県 性と健康の相談支援者研修会, 2024 年 2 月 19 日, Web 配信 .
3. 山野嘉久. HAM の基礎知識から最新情報まで. 2024 年長崎県 HTLV-1 母子感染防止に関する講演会, 2024 年 2 月 23 日, ハイブリッド .
4. 内丸薫、「厚労科研研究班による HTLV-1 母子感染予防対策マニュアルの改訂について」、2024 年長崎県 HTLV-1 母子感染防止に関する講演会、長崎県医師会館(ハイブリッド開催)、長崎、2024 年 2 月 23 日
5. 内丸薫 「ＨＴＬＶ－1 母子感染予防対策」～基礎知識、求められる体制整備と各立場での役割」山口県母子保健研修、山口県健康づくりセンター（ハイブリッド）2023 年 6 月 27 日～29 日
6. 宮沢篤生：出生後の栄養方法による HTLV-1 母子感染予防について. 第 22 回新生児栄養フ
ォーラム, 2023 年 6 月 18 日（WEB 開催）
7. 関沢明彦. HTLV-1 キャリア妊婦の現状と母子感染予防：産婦人科・小児科・内科の連携でキャリア女性をサポートする東京プログラムについて. 第 310 回東京産婦人科医会臨床研究会 2023 年 10 月 28 日 東京
8. 関沢明彦. HTLV-1 東京プログラムと HTLV-1 キャリアの母乳育児支援の充実に向けた取り組み. 第 38 回母乳哺育学会学術集会シンポジウム「母乳育児に関する医学的諸問題」2024

年 9 月 15 日　東京　日赤医療センター
9. 谷垣伸治：HTLV-1 キャリア妊婦の現状と母子感染予防　産婦人科・小児科・内科の連携でキャリア女性をサポートする東京プログラムについて．第 181 回日本産婦人科医会記者懇談会 2024 年 1 月 10 日 東京
10. 三浦清徳.2024 年 2 月 2 日、令和 5 年度 第 2 回福岡県産婦人科医会臨時研修会（福岡)、特別講演、「産婦人科診療ガイドライン産科編 2023 の変更ポイント」
11. 三浦清徳.2024 年 2 月 23 日、2024 年長崎県 HTLV-1 母子感染防止に関する講演会（長崎)、特別講演、「長崎県における HTLV-1　母子感染防止事業の現状」
12. 三浦清徳 2024 年 4 月 21 日、第 76 回日本産科婦人科学会学術講演会（横浜)、産婦人科診療ガイドライン産科編 2023「解説講演会」プログラム、「産婦人科診療ガイドライン産科編 2023 改訂版「改訂のポイント」について」
13. 三浦清徳 2024 年 6 月 22 日、第 246 回熊本産科婦人科学会学術講演会（熊本)、特別講演、「産婦人科診療ガイドライン産科編 2023 の改訂のポイント」
14. 三浦清徳 2024 年 7 月 6 日、第 339 回青森県臨床産婦人科医会（青森)、特別講演、「産婦人科診療ガイドライン産科編 2023 の改訂のポイント」
15. 三浦清徳 2024 年 7 月 29 日、おきなわ貧血治療セミナー（沖縄)、特別講演、産婦人科診療ガイドライン産科編 2023 改訂のポイント～妊婦の鉄欠乏性貧血を含めて～
16. 三浦清徳 2024 年 9 月 28 日、第 443 回神奈川産科婦人科学会学術講演会（神奈川)、特別講演、産婦人科診療ガイドライン産科編 2023 改訂のポイント
17. 三浦清徳 2024 年 10 月 26 日、第 27 回長野県母子衛生学会学術講演会（長野)、特別講演、産婦人科診療ガイドライン産科編 2023：改訂のポイント
18. 三浦清徳 2024 年 11 月 8 日、第 20 回香川周産期カンファレンス（香川)、特別講演、産婦人科診療ガイドライン産科編 2023 改訂のポイント
19. 宮沢篤生．改訂版母子感染予防対策マニュアルについて．HTLV-1 母子感染予防に関する全国研修会、TKP 品川カンファレンスセンター（東京)、2025 年 3 月 8 日
20. 根路銘安仁. HTLV-1 で苦しむ人を早く少なくするための感染対策. 令和 6 年度鹿児島県 HTLV- 1 対策講演会. 2025 年 1 月（鹿児島市）
21．根路銘安仁. HTLV-1 母子感染対策のこれまでとこれから.令和 6 年度鹿児島市産婦人科医会研修会. 2025 年 1 月（鹿児島市）
16.山野嘉久. HTLV-1 母子感染の予防と対策, 令和 6 年度神奈川県性と健康の相談支援者研修, 2025 年 2 月
17. 山野嘉久. HTLV-1 の基礎知識とキャリア妊産婦・患者への支援. 令和 6 年度山梨県 HTLV-1 母子感染予防対策研修会, 2024 年 7 月
18. 内丸　薫　長崎県 HTLV-1 母子感染防止に関する講演会　2026.2.11.　長崎市

19. 内丸　薫　北海道 HTLV 1 母子感染予防対策研修会　2026.2.14　札幌市
20. 柘植　薫　岩手県令和 7 年度 HTLV-1 対策医療従事者等研修会（岩手・対面・オンライン)、「HTLV-1 母子感染予防対策における心理的アプローチについて～HTLV-1 母子感染対策マニュアルを踏まえて～」2025 年 10 月 4 日、盛岡市
21. 小出馨子　HTLV-1 キャリア妊婦への支援.　第 38 回福井県母性衛生学会　特別講演　2025 年 7 月 6 日
22. 井村真澄.HTLV-1 キャリアの母親（母子と家族）への産後支援.第 43 回東京母性衛生学会学術集会シンポジウム.東京.東京慈恵会医科大学.2025 年 5 月 18 日

H.知的財産権の出願・登録状況

なし

資料１

HTLV-1抗体陽性妊婦に関する調査

調査対象	:日本産婦人科医会に登録されている全国の分娩取り扱い施設
実施時期	:2023年9月～11月
調査目的	:妊婦のHTLV-1キャリアのスクリーニング検査の状況および HTLV-1キャリアのケアについての実態を把握すること
送付数	:2,010　施設　（うち、有効総数　2,002　施設）
回答施設数	:1,290施設（回答率64.4%）

日本産婦人科医会 母子保健部会

締め切り：2023年●月●●日

«施設番号»	«施設名»

（FAX：03-6685-3718）

迅速に集計処理を行うため、できるだけ Web での回答をお願いします。
回答フォームは、医会ホームページ【ホーム 〉 産婦人科医会のこと 〉 部会別資料 〉 母子保健部会】からアクセスできます。右記 QR コードからもできます。
FAX 利用時（FAX：03-6685-3718）は回答記入した用紙のみ返信ください。

HTLV-1 抗体陽性妊婦に関する調査

ご注意 ※ **2022年1月1日より2022年12月31日に貴施設で実施した HTLV-1抗体関連検査についてご記入ください。なお、年度での回答を希望する場合には2022年度でご回答ください。**

Q01. 2022年1月1日より2022年12月31日に貴施設で実施した HTLV-1抗体関連検査の実施数についてご記入ください

スクリーニング	前医で陽性のため未実施	実施			未実施
	（　）人	（　）人			（　）人
スクリーニングの結果	（　）人	陽性		陰性	
		（　）人		（　）人	
確認検査	実施		未実施※1	未実施※2	
	（　）人		（　）人	（　）人	
確認検査の結果	陽性	判定保留		陰性	
	（　）人	（　）人		（　）人	
PCR		実施		未実施※2	
		（　）人		（　）人	
PCRの結果		陽性	判定保留	陰性	
		（　）人	（　）人	（　）人	

未実施の理由
※1：すでに HTLV-1 キャリアと診断されているため
※2：転院のため

Q02. Q1で HTLV-1キャリアと診断された妊婦の中で、前回妊娠時に陰性であった経産婦はいましたか。

□ いなかった　□ いた ⇒ （　　）人

Q03. Q1で HTLV-1キャリアと診断された妊婦の出産後の最初の栄養方法の選択はどのようなものでしたか。症例数でご回答ください。

□ 短期母乳栄養	例	➡ Q04 へ
□ 人工栄養	例	➡ Q09 へ
□ 凍結解凍母乳栄養	例	
□ 母乳栄養（長期）	例	
□ その他（　　）	例	

Q03で HTLV-1キャリアが短期母乳栄養を選択した場合についてお伺いします。

Q04. 結果的に短期母乳栄養が達成できましたか。施設で把握できている範囲でお答えください。

□ 短期母乳栄養として 3 か月で断乳できた（完遂できた）	例	□ 3 か月より前から人工栄養になった	例
□ 短期母乳栄養の終了が出来ず、長期母乳栄養になった	例	□ 短期母乳栄養中に長期母乳栄養に選択変更して実践した	例
□ フォローできていない	例		

Q05. 貴院では主に誰が妊娠中や分娩で入院中の母体の母乳育児中のケアを担っていますか？（複数回答可）

□ 産婦人科医師　□ 助産師などの看護スタッフ　□ 保健師など行政スタッフ
□ 小児科医師　□ 母乳ケアの専門家のいる施設に紹介している
□ 本人に委ねている　□ わからない
□ その他（　　）

Q06. 貴院では主に誰が退院後の母体の母乳育児中のケアを担っていますか？（複数回答可）

□ 産婦人科医師　□ 助産師などの看護スタッフ　□ 保健師など行政スタッフ
□ 小児科医師　□ 母乳ケアの専門家のいる施設に紹介している
□ 本人に委ねている　□ わからない
□ その他（　　）

Q07. 貴院では退院後、母子はどこでフォローされていますか？（複数回答可）

□ 母乳外来/助産師外来　□ 医師外来
□ 乳児健診外来　□ 地域の助産所／母乳相談室など
□ フォローしていない
□ その他（　　）

Q08. 貴院では母乳育児中の相談・ケアはいつ頃まで行っていますか？

□ 1か月健診まで　□ 断乳終了まで（3～4か月頃まで）
□ 断乳後も必要に応じて継続的に　□ フォローしていない
□ その他（　　）

Q09. 妊婦が HTLV-1キャリアと診断された場合、貴院ではどのような授乳法を原則的に勧めますか。並列で複数提示している場合には複数選択してください。（複数回答可）

□ 人工栄養　□ 短期母乳栄養　□ 凍結解凍母乳栄養
□ 母乳栄養（長期）　□ その他（　　）

Q10. HTLV-1キャリアと診断された妊婦から出生した児のフォローアップはどのようにしていますか？

□ 小児科（自施設も含）等に紹介する　□ 自施設でフォローアップする
□ 妊婦の選択に委ねる　□ フォローアップしていない
□ その他（　　）

Q11. HTLV-1キャリアから出生した児の母子感染を確認するために3歳ころの抗体検査が勧められています。貴院では抗体検査について、どのように対応していますか？

□ 特に考慮していない　□ 必要性について説明している
□ かかりつけ（自院含む）小児科医に紹介する　□ 地域の HTLV-1 専門施設に紹介する
□ その他（　　）

Q12. HTLV-1キャリアと診断された妊婦に対してどのような説明を行っていますか？（複数回答可）

□ 主に母乳で母子感染すること
□ 短期母乳栄養での母子感染率は人工栄養と同等なこと
□ 関連疾患とその発症率
□ キャリアの頻度には地域差があること
□ 母乳栄養のメリットと限界
□ 母子感染の確認検査の必要性について
□ その他（　　）

Q13. HTLV-1キャリア妊婦自身が HTLV-1感染症についての専門的な診療を希望された場合に、専門施設に紹介するシステムが地域にありますか？

□ ある　□ ない　□ わからない

Q14. HTLV-1キャリア女性の分娩後のフォローアップについて、貴院に当てはまるのはどれですか？

□ 自施設で対応している　□ 地域の HTLV-1 専門施設に紹介している
□ 特に何もしていない
□ その他（　　）

Q15. 貴院では HTLV-1キャリアと診断された妊婦の心のケアについてはどのようにしていますか？（複数回答可）

□ 基本的に十分な説明で解決する　□ 不安があれば再診を促す
□ 不安があれば HTLV-1 専門施設にケアを依頼する　□ 精神科を含めたケア体制を整備している
□ 説明とは別に、自施設で対応している　□ 地域の保健師に依頼する
□ 特になにもしていない
□ その他（　　）

Q16. HTLV-1キャリア妊婦の診療を充実させるために希望することはありますか？（複数回答可）

□ 専門家による講習会の開催　□ 管理マニュアルの作成
□ 専門施設への紹介システムの構築　□ 専門家との相談窓口の設置
□ その他（　　）

Q17. HTLV-1キャリア妊婦の診療で困っていることはありますか？

□ ない
□ ある ⇒ 具体的にご記載ください

ご協力ありがとうございました。

図1

回答施設の区分

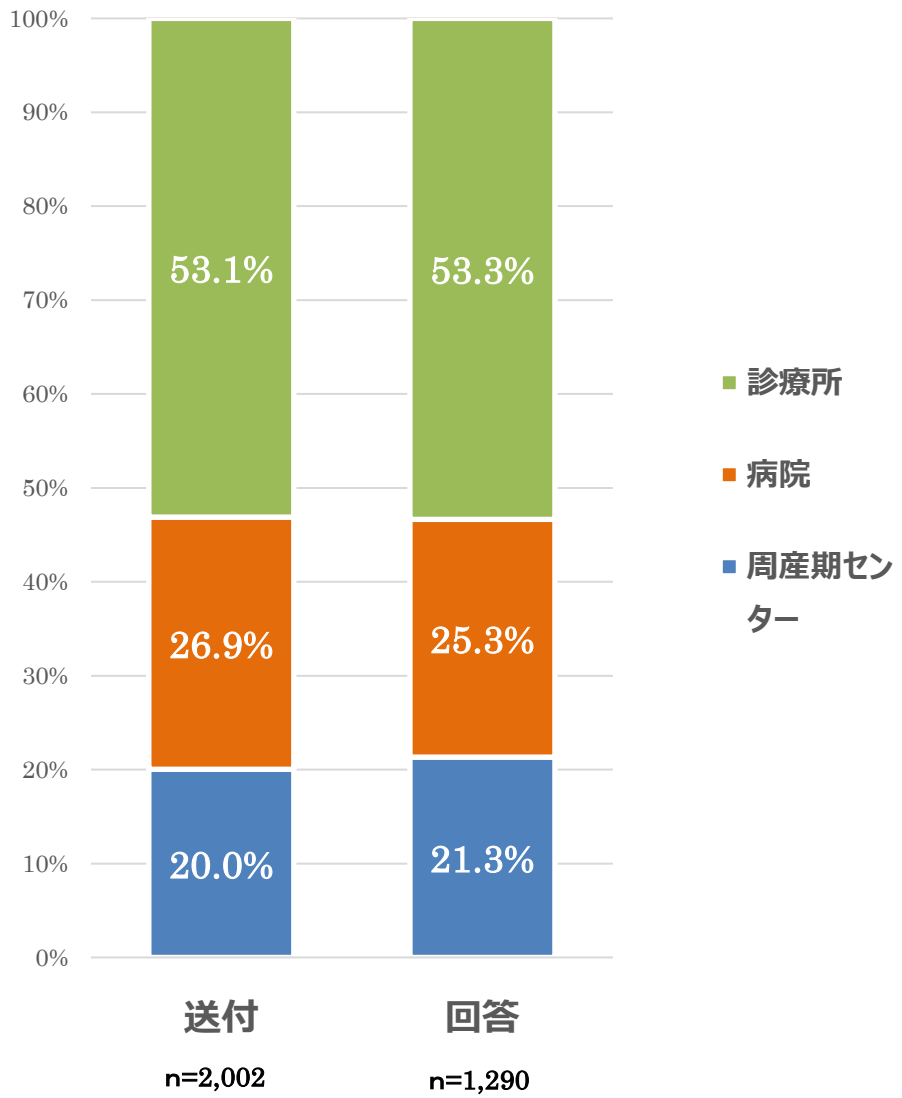

100%
90%
80%
70%
60%
50%
40%
30%
20%
10%
0%
53.1%
26.9%
20.0%
53.3%
25.3%
21.3%
診療所
病院
周産期センター
送付
回答
n=2,002
n=1,290

図2

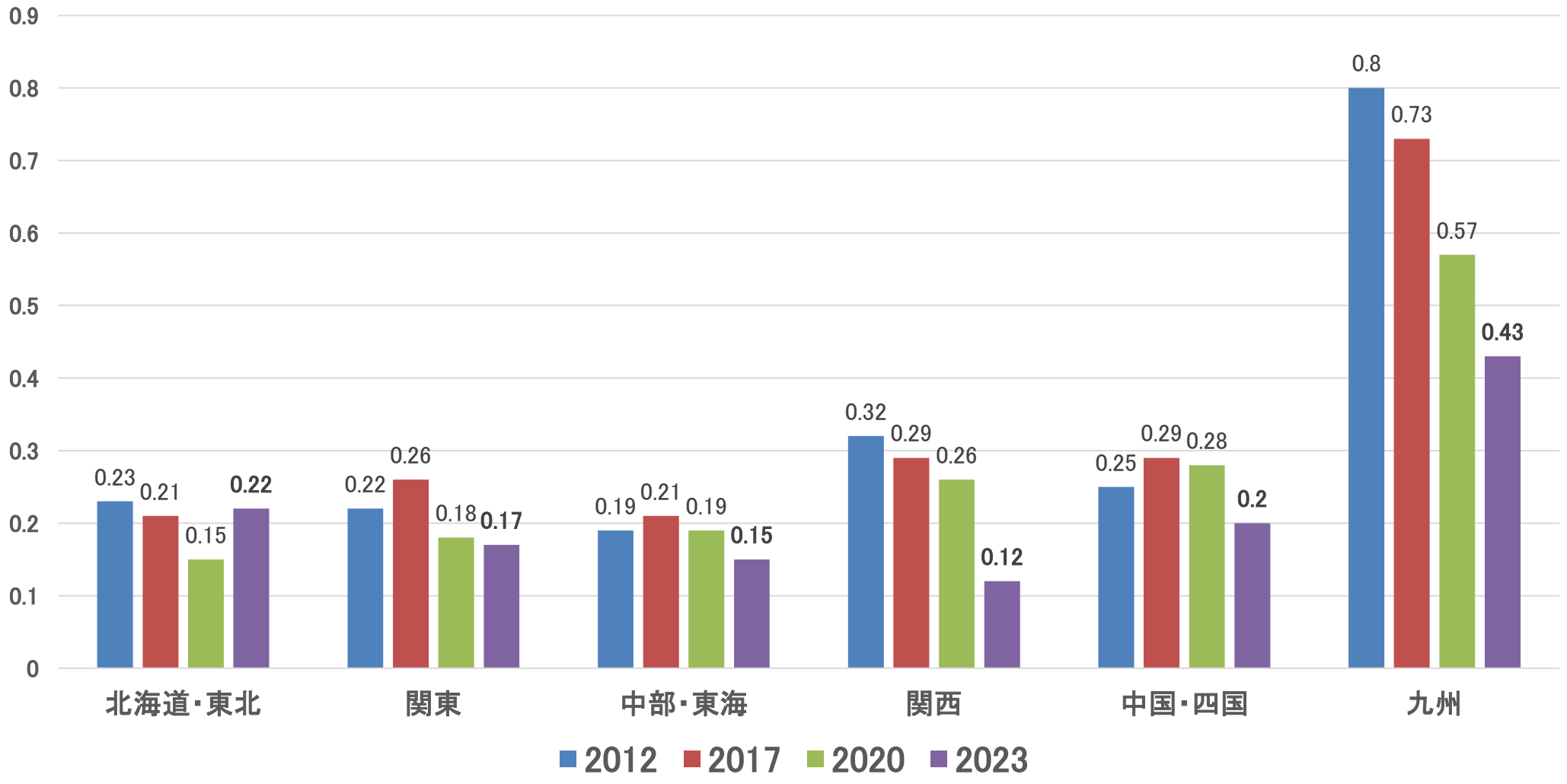
HTLV-1スクリーニングおよび確定検査の実施状況

2023年調査	スクリーニング検査			確認検査（LIA法）					PCR検査				
	検査数	陽性数	%	実施数	陽性数	%	判定保留数	%	実施数	陽性数	%	判定保留数	%
北海道・東北	35,479	78	0.22	69	22	31.9	12	17.4	11	0	0.0	0	0.0
関東	162,000	274	0.17	258	55	21.3	42	16.3	49	8	16.3	2	4.1
中部・東海	60,039	88	0.15	82	31	37.8	14	17.1	15	3	20.0	0	0.0
関西	64,161	154	0.12	135	24	17.8	6	4.4	8	1	12.5	1	12.5
中国・四国	40,509	79	0.20	71	16	22.5	8	11.3	9	0	0.0	0	0.0
九州	62,659	272	0.43	199	120	60.3	14	7.0	11	8	72.7	0	0.0
合　　計	424,847	945	0.22	814	268	32.9	96	11.8	103	20	19.4	3	2.9

2020年調査	スクリーニング検査			確認検査（LIA法）					PCR検査				
	検査数	陽性数	%	実施数	陽性数	%	判定保留数	%	実施数	陽性数	%	判定保留数	%
北海道・東北	50,413	74	0.15	74	34	45.9	4	5.4	5	0	0.0	1	20.0
関東	201,649	372	0.18	344	120	34.9	40	11.6	42	8	19.0	0	0.0
中部・東海	104,984	198	0.19	191	56	29.3	12	6.3	18	4	22.2	2	11.1
関西	80,717	212	0.26	186	77	41.4	11	5.9	10	4	40.0	2	20.0
中国・四国	48,063	134	0.28	119	55	46.2	8	6.7	10	3	30.0	1	10.0
九州	82,800	476	0.57	360	239	66.4	14	3.9	19	6	31.6	2	10.5
合　　計	568,626	1,466	0.26	1,274	581	45.6	89	7.0	104	25	24.0	8	7.7

図3

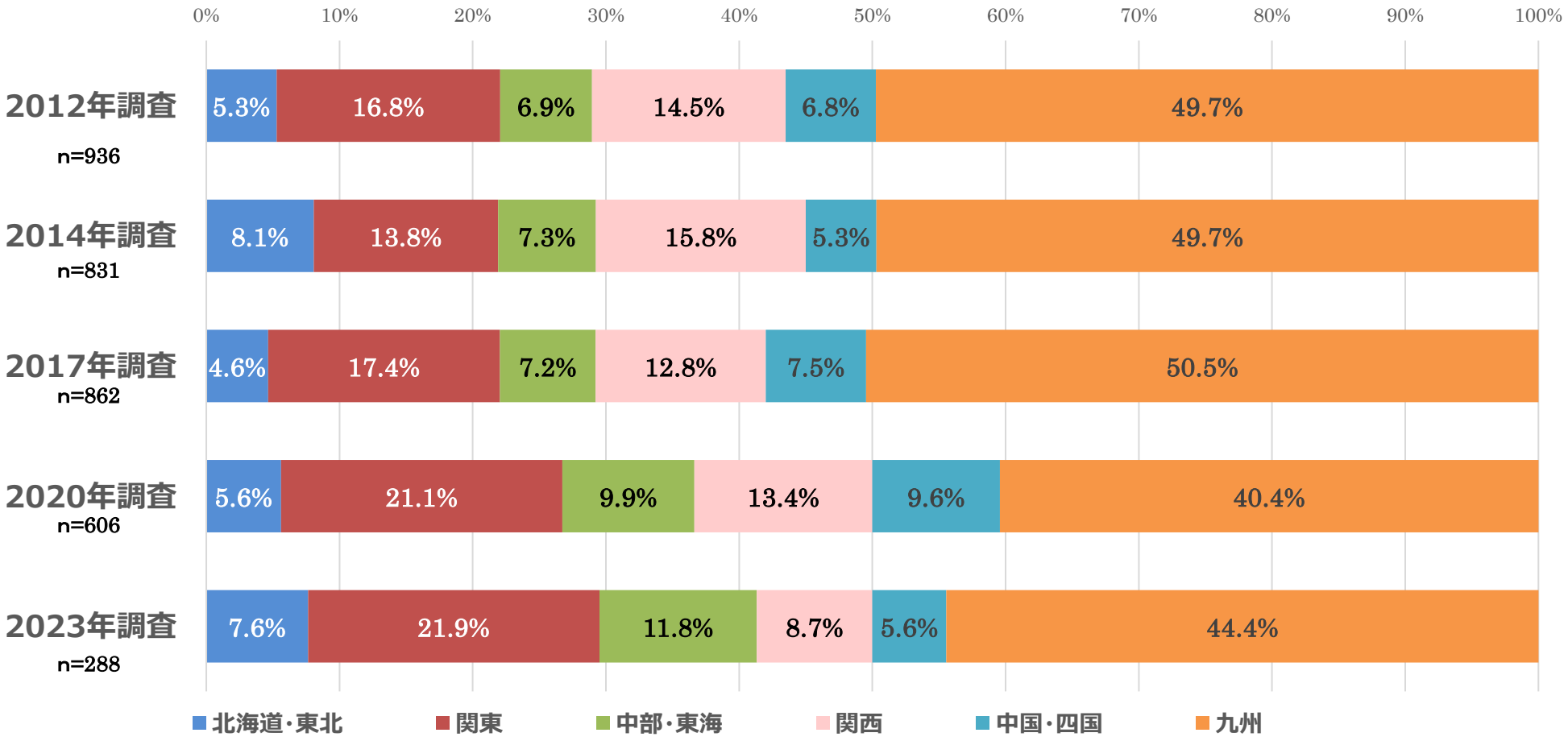
HTLV-1スクリーニング検査の地域別陽性率の推移



- 九州では陽性率が確実に低下してきている。関西でも減少傾向にある。

図4

HTLV-1キャリア妊婦の地域別割合の年次変化



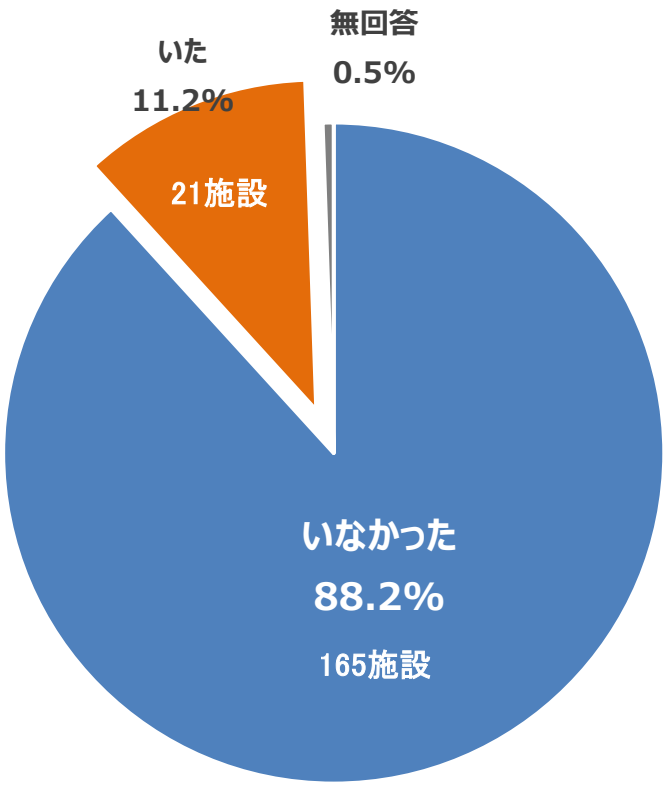
HTLV-1キャリアは関東、中部・東海地方でその割合が増加傾向にある

図5

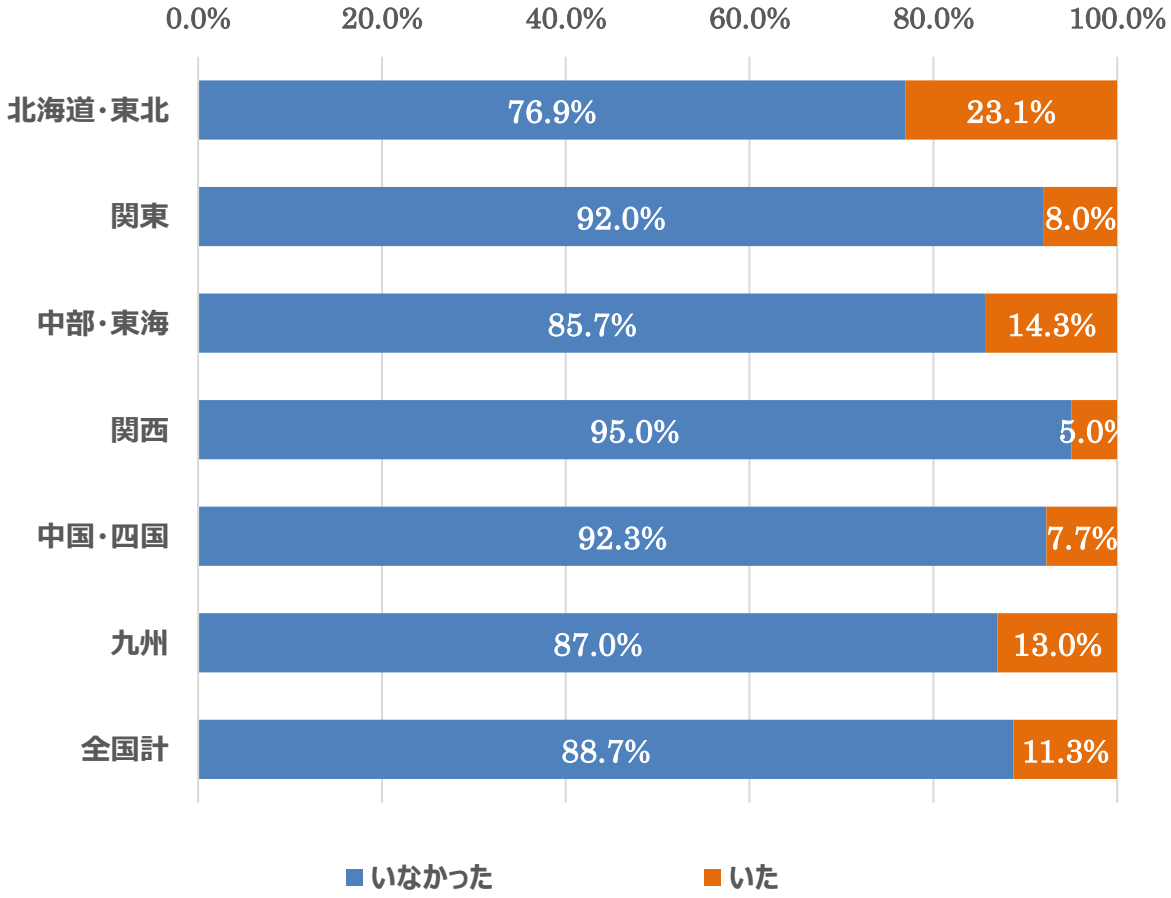
HTLV-1キャリアと診断された妊婦に前回妊娠時に陰性の経産婦はいましたか

HTLV-1の水平感染を疑う妊婦がいた施設

HTLV-1キャリアがいた施設：187施設



※HTLV-1キャリアと診断された妊婦=確認検査で陽性＋PCR検査で陽性

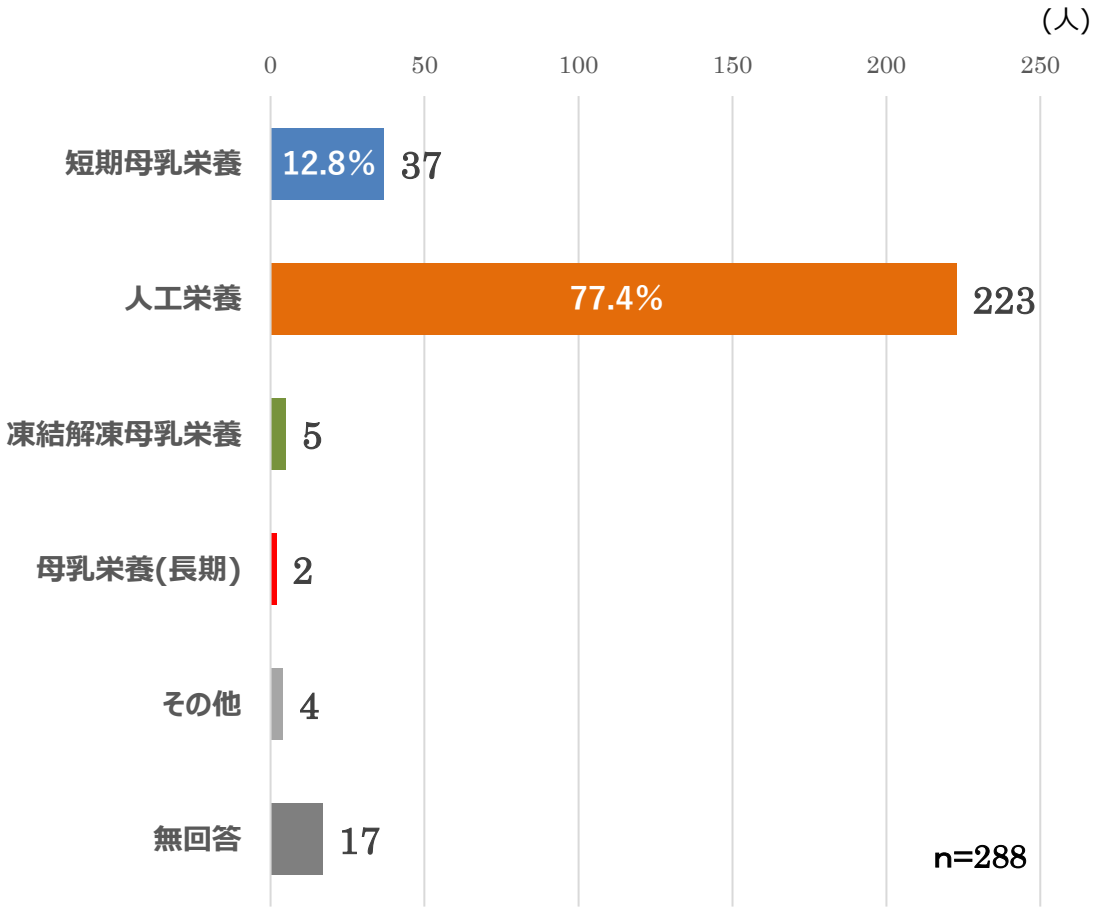


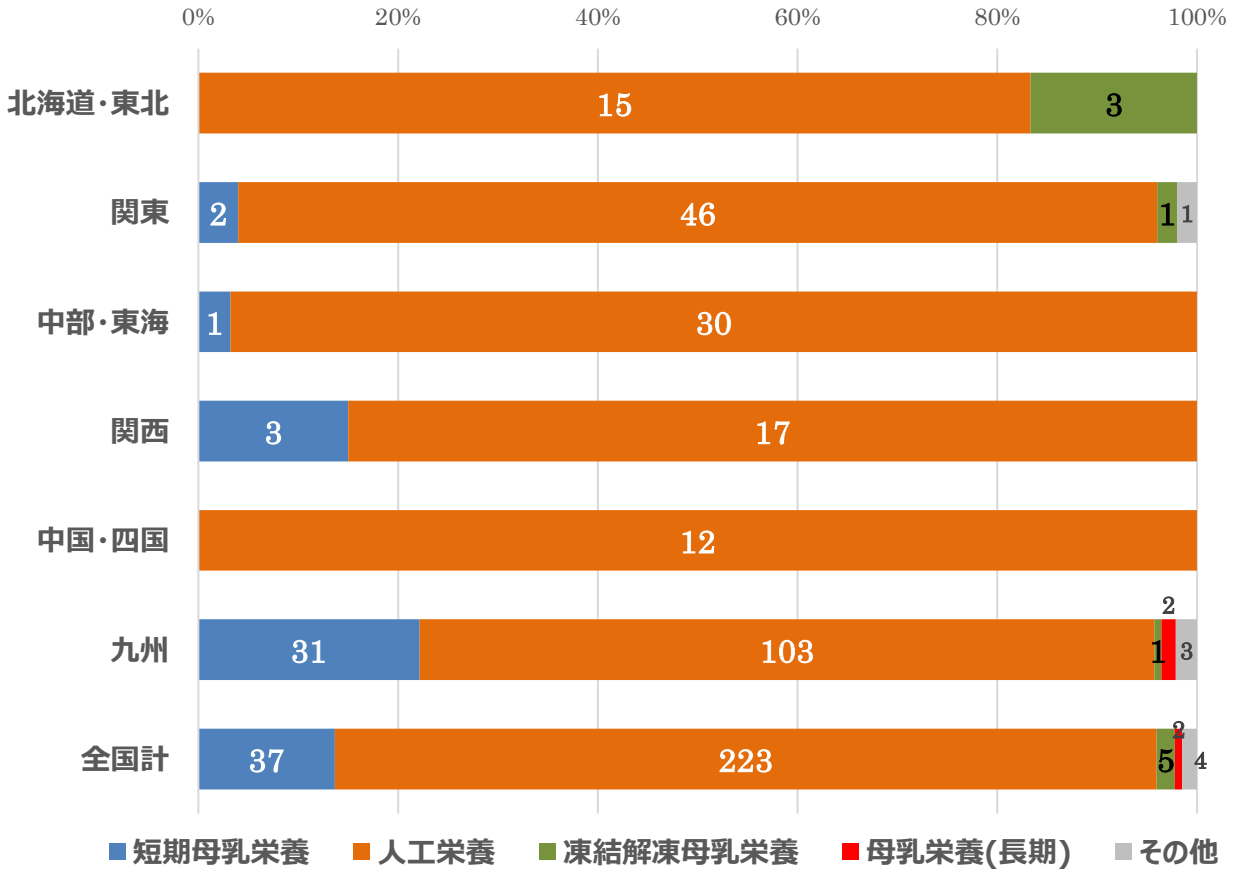
•HTLV-1キャリアと診断された妊婦288人のうち、前回陰性であった妊婦 21人(7.3%)は水平感染の可能性がある。

図6

HTLV-1キャリアと診断された妊婦の出産後の最初の栄養方法の選択

※HTLV-1キャリアと診断された妊婦=確認検査で陽性＋PCR検査で陽性





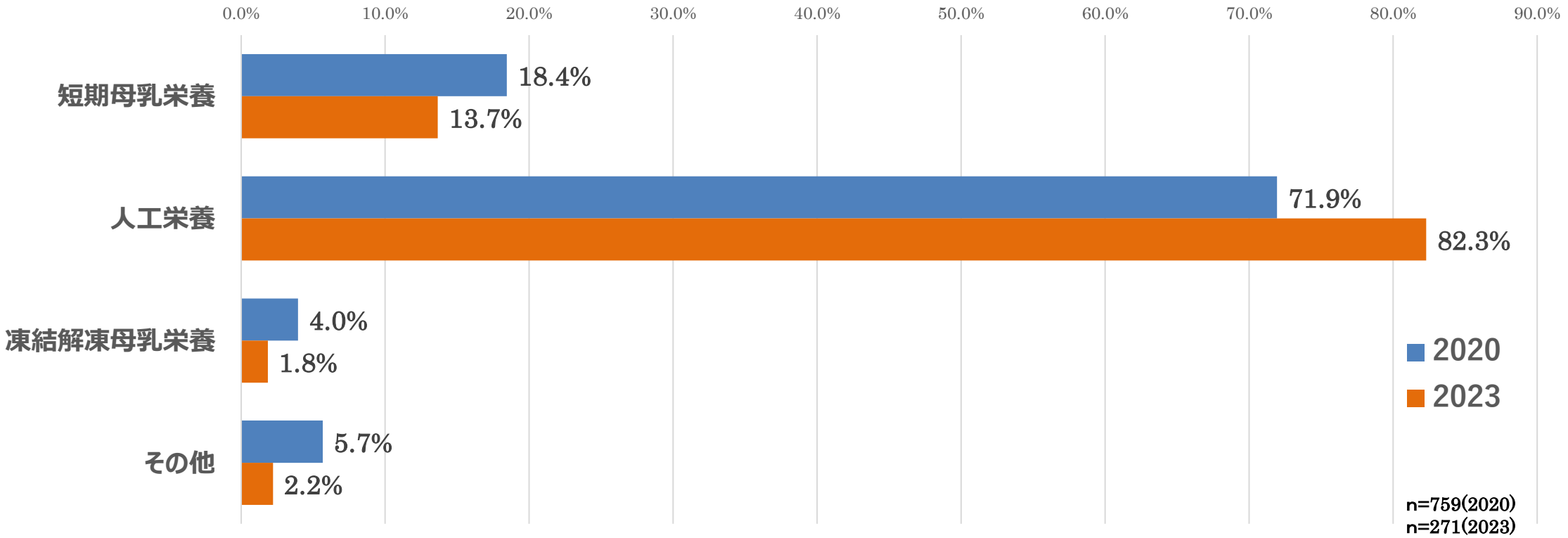
HTLV-1キャリア妊婦の栄養方法の選択

- 77.4%が人工栄養を選択しており、短期母乳栄養の選択は12.8%であった。
- 短期母乳栄養は九州地方や関西地方で選択されることが比較的多い傾向にある。

図7

HTLV-1キャリアと診断された妊婦の出産後の最初の栄養方法の選択

※HTLV-1キャリアと診断された妊婦=確認検査で陽性＋PCR検査で陽性

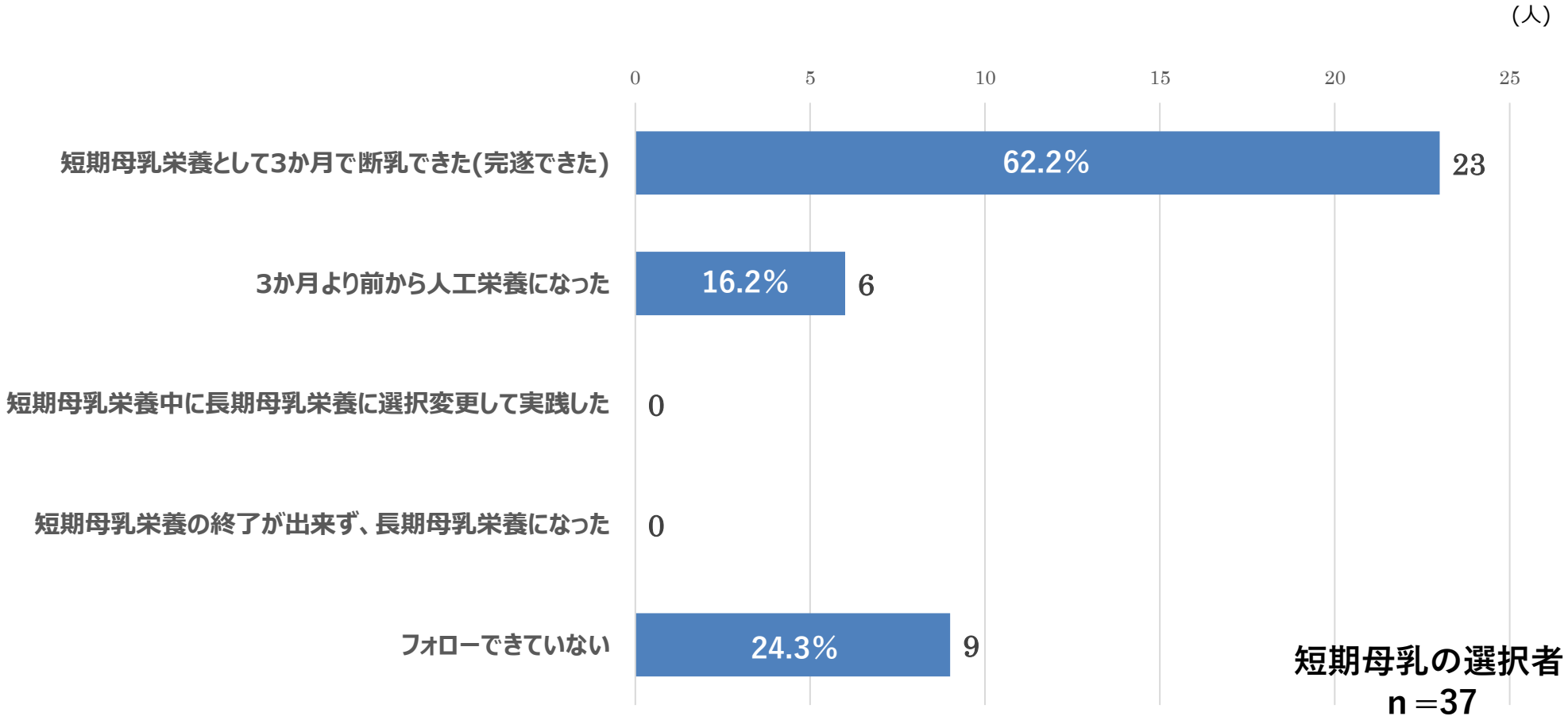


- 「産婦人科診療ガイドライン産科編2020」からHTLV-1キャリアの栄養方法として、人工栄養が推奨されたこともあり、人工栄養を選択する割合が増加している。

図8

【HTLV-1キャリアが短期母乳栄養を選択した妊婦の場合】

結果的に短期母乳栄養が達成できましたか



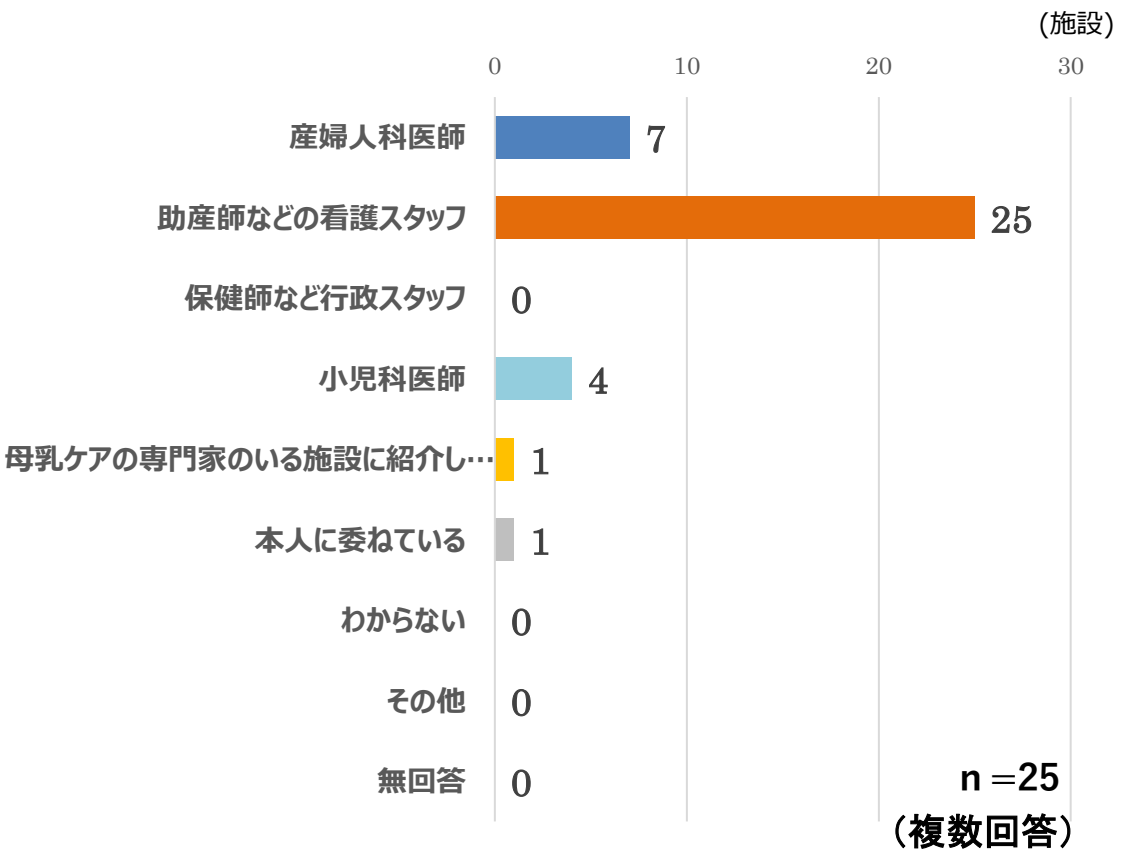
- 短期母乳栄養の選択者は37名と少ないものの24.3%はその後のフォローが出来ていない結果であった。
- 今回の調査では、短期母乳栄養をフォローした中では、長期母乳に移行した症例はなかった。

図9

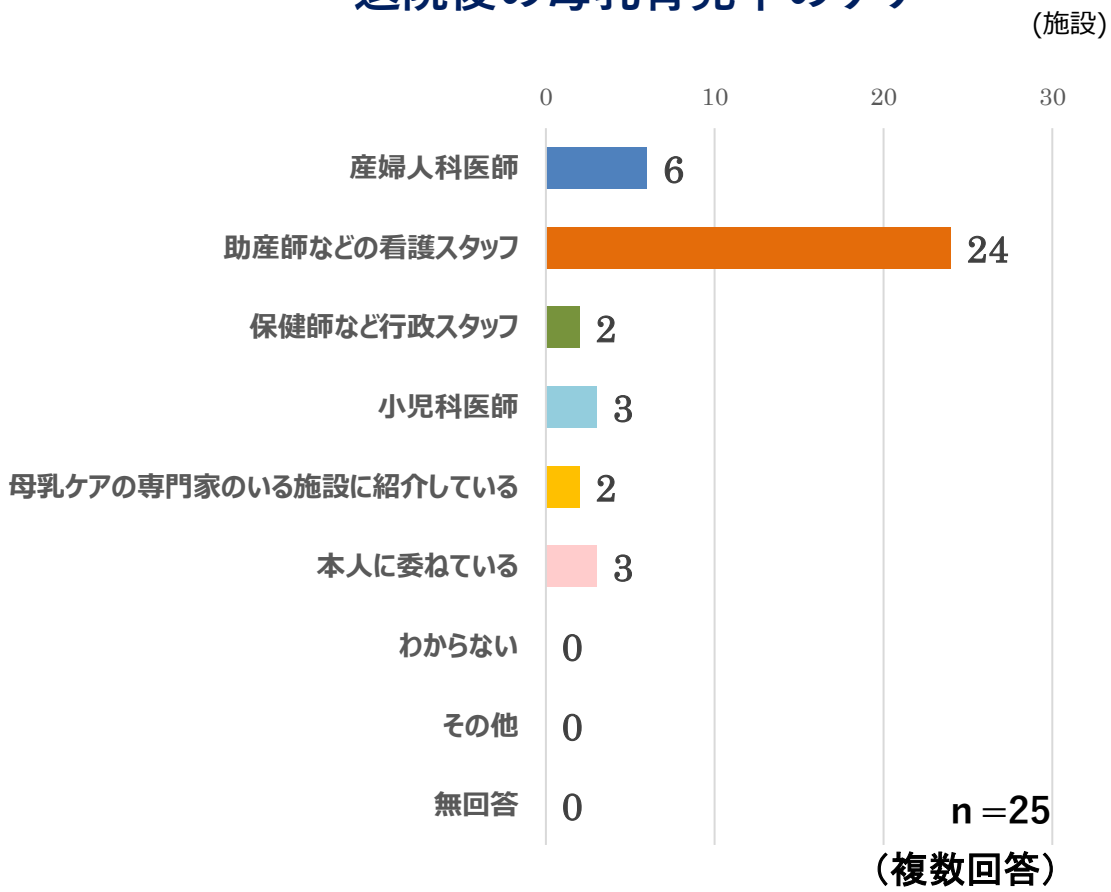
【HTLV-1キャリアが短期母乳栄養を選択した妊婦の場合】

貴院では主に誰が母体の母乳育児中のケアを担っていますか？

妊娠中や分娩で入院中のケア



退院後の母乳育児中のケア

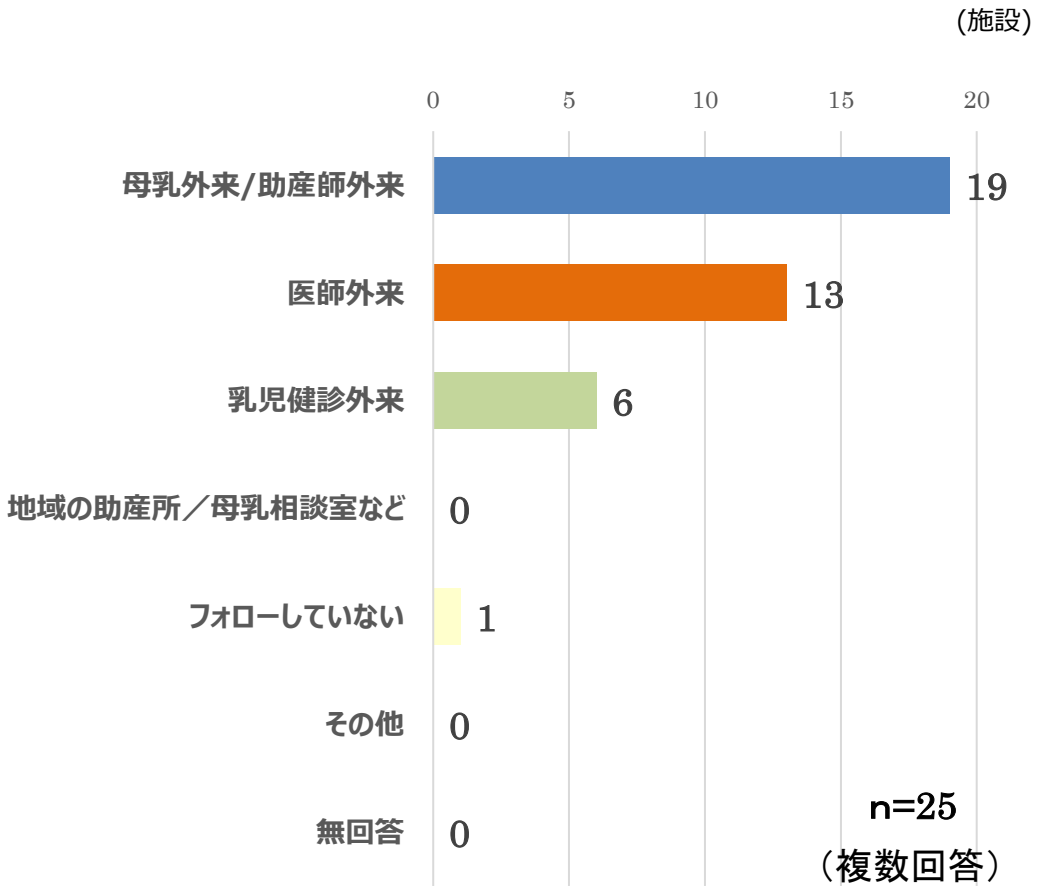


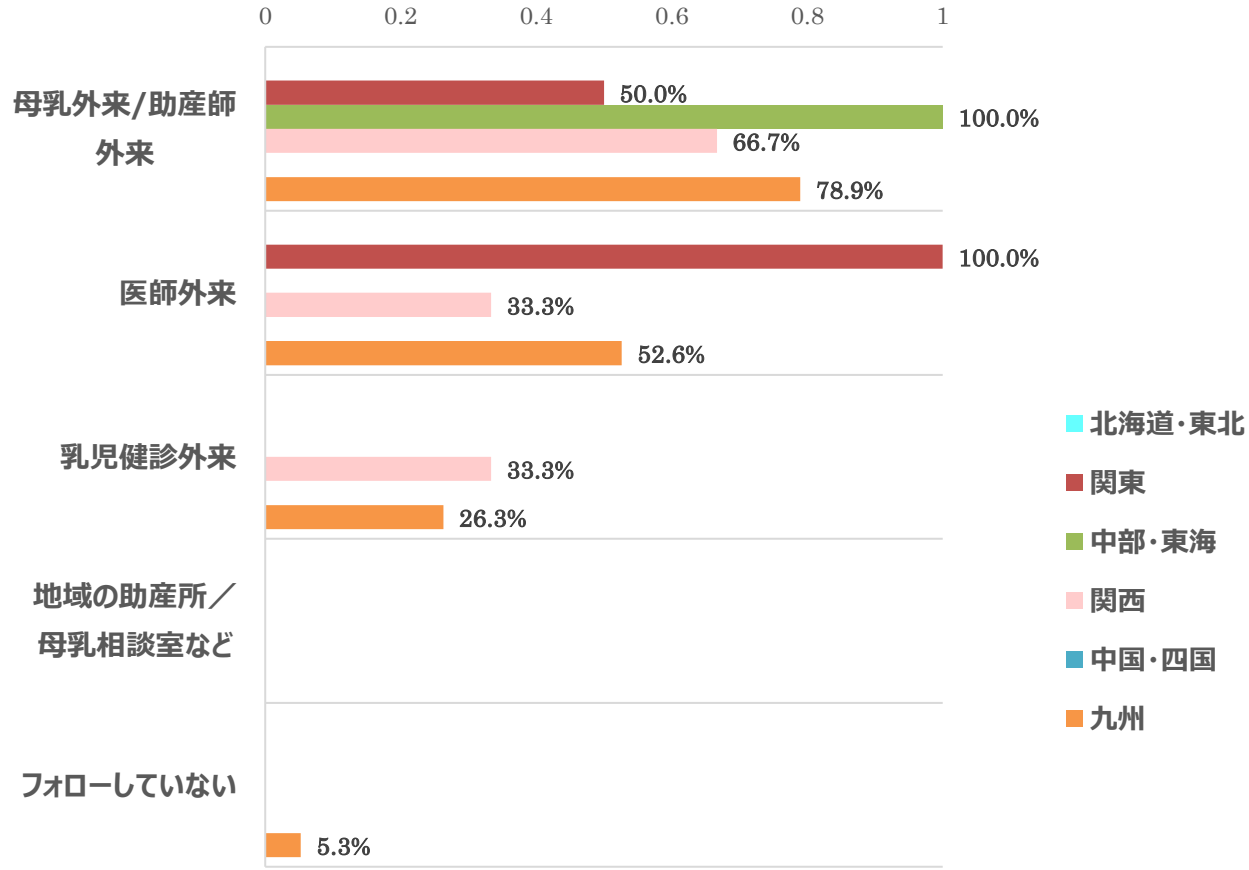
- 短期母乳栄養の母乳育児のケアは全施設で助産師などの看護スタッフが担っている。また、退院後も看護スタッフが担っている。
- 妊娠中から産後まで地域の母乳ケアの専門家に委託することもあり、また、産後は行政に紹介する場合もある。

図10

【HTLV-1キャリアが短期母乳栄養を選択した妊婦の場合】

貴院では退院後、母子はどこでフォローされていますか？



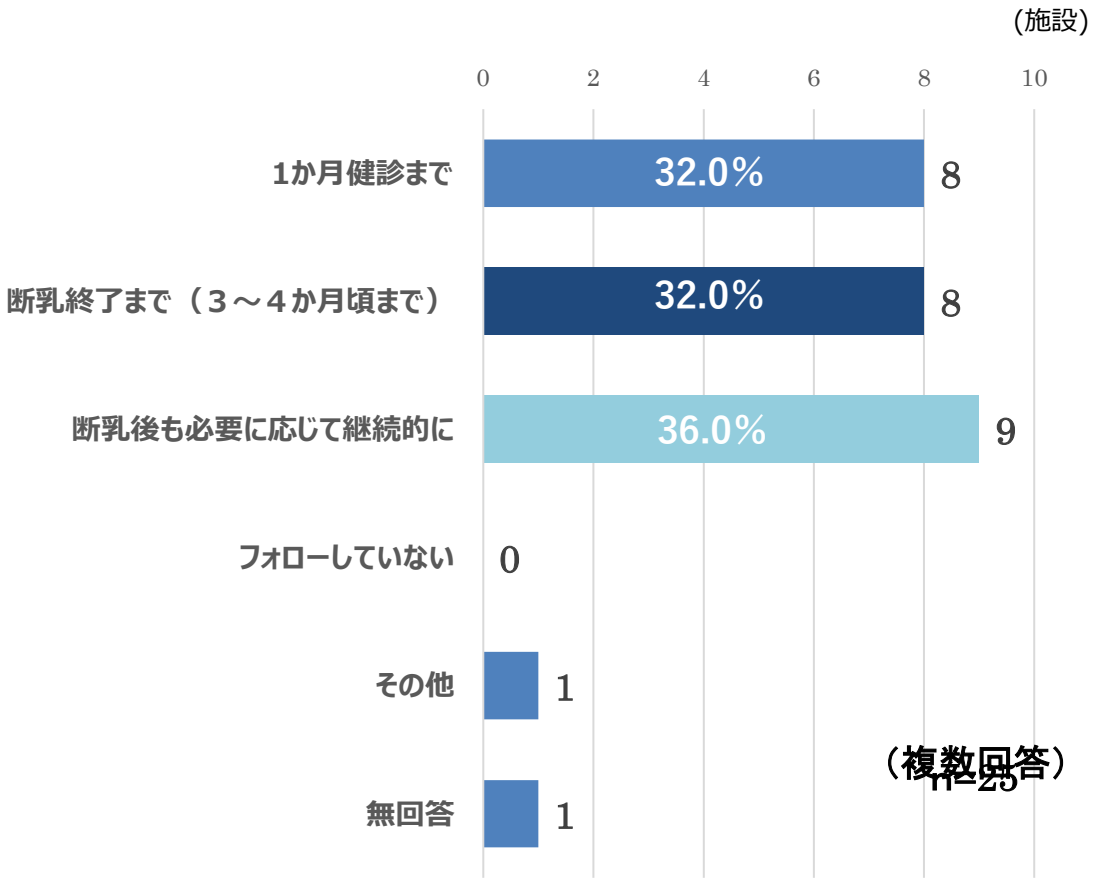


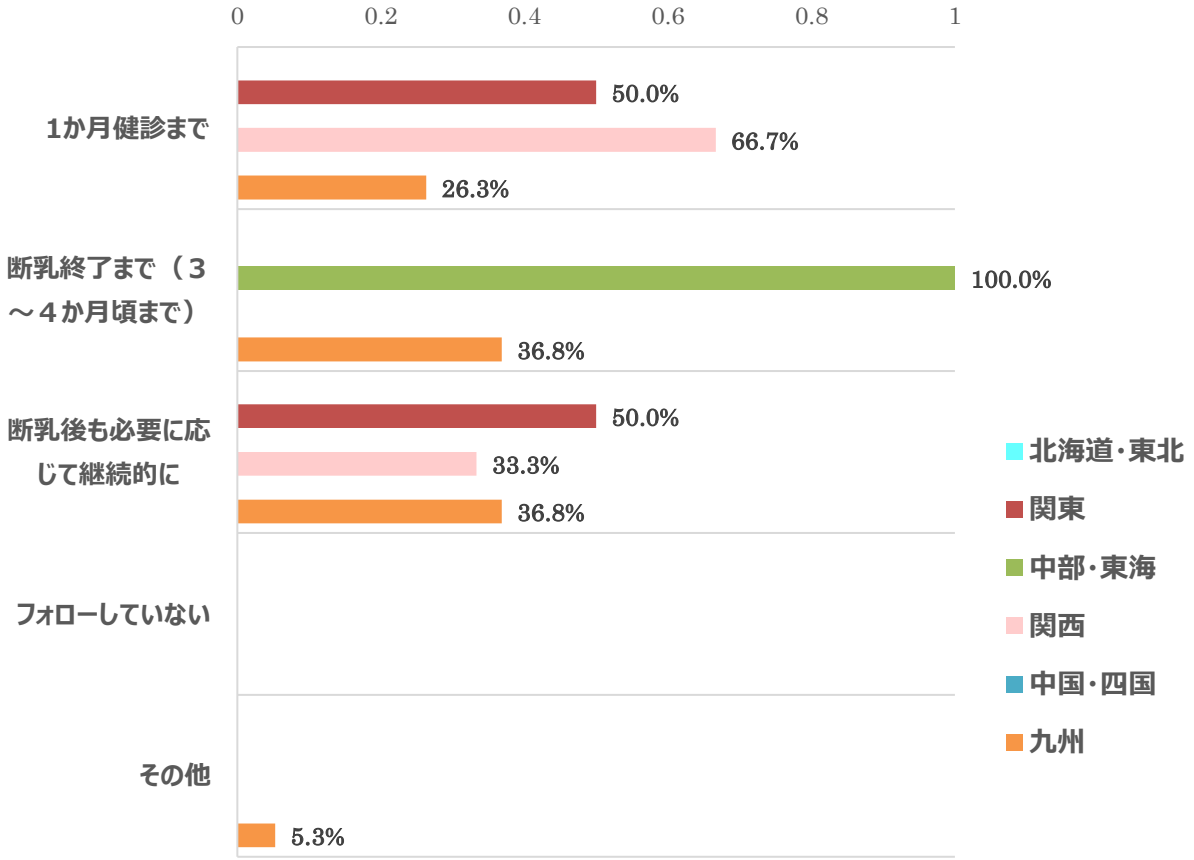
- 退院後の母子は、母乳外来/助産師外来や医師の外来、乳児検診外来などでフォローされている

図11

【HTLV-1キャリアが短期母乳栄養を選択した妊婦の場合】

貴院では母乳育児中の相談・ケアはいつ頃まで行っていますか？

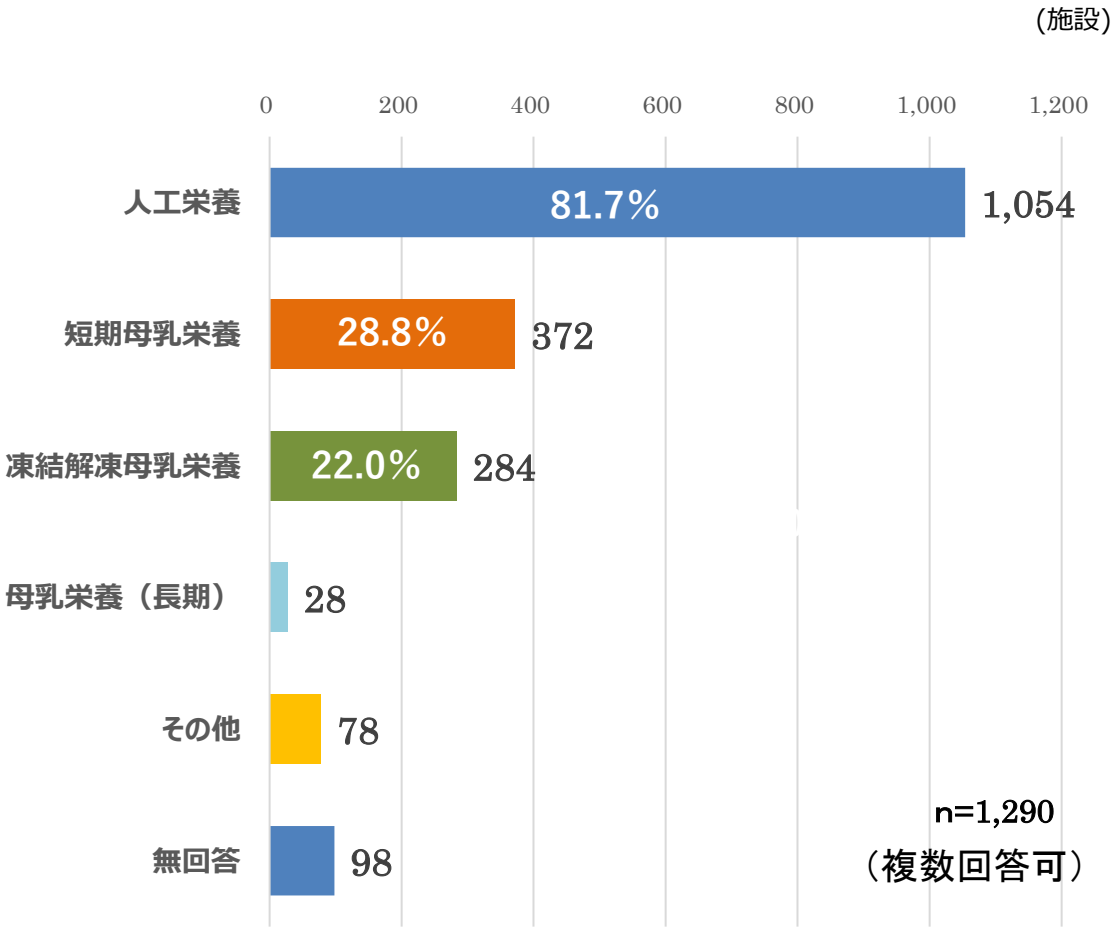


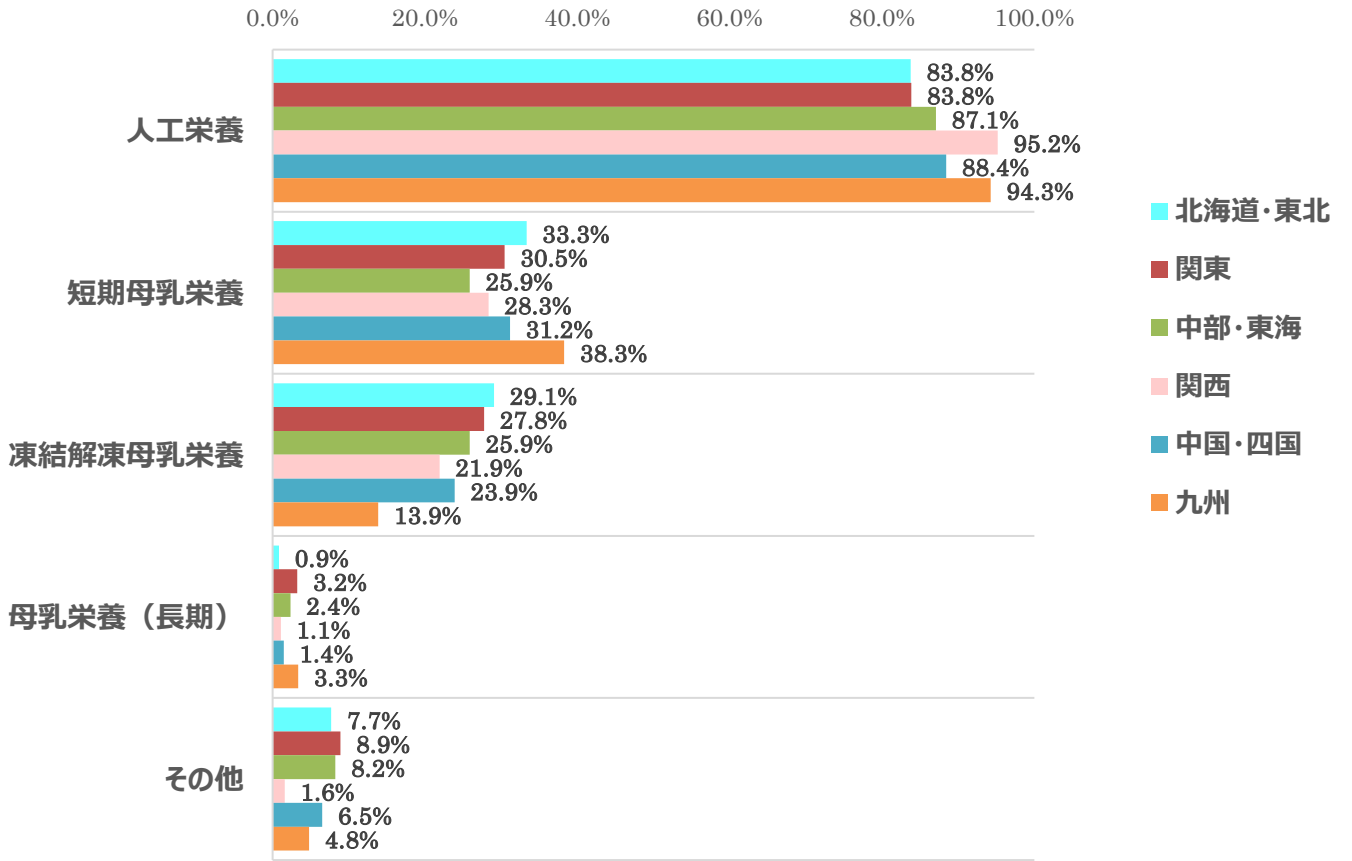


短期母乳栄養中のケア
- 1か月健診でケアを中断する施設が32%あった。
- 逆に、68%は断乳までは継続的にケアを行っている。

図12

HTLV-1キャリア妊婦に貴院ではどのような授乳法を原則的に勧めますか。

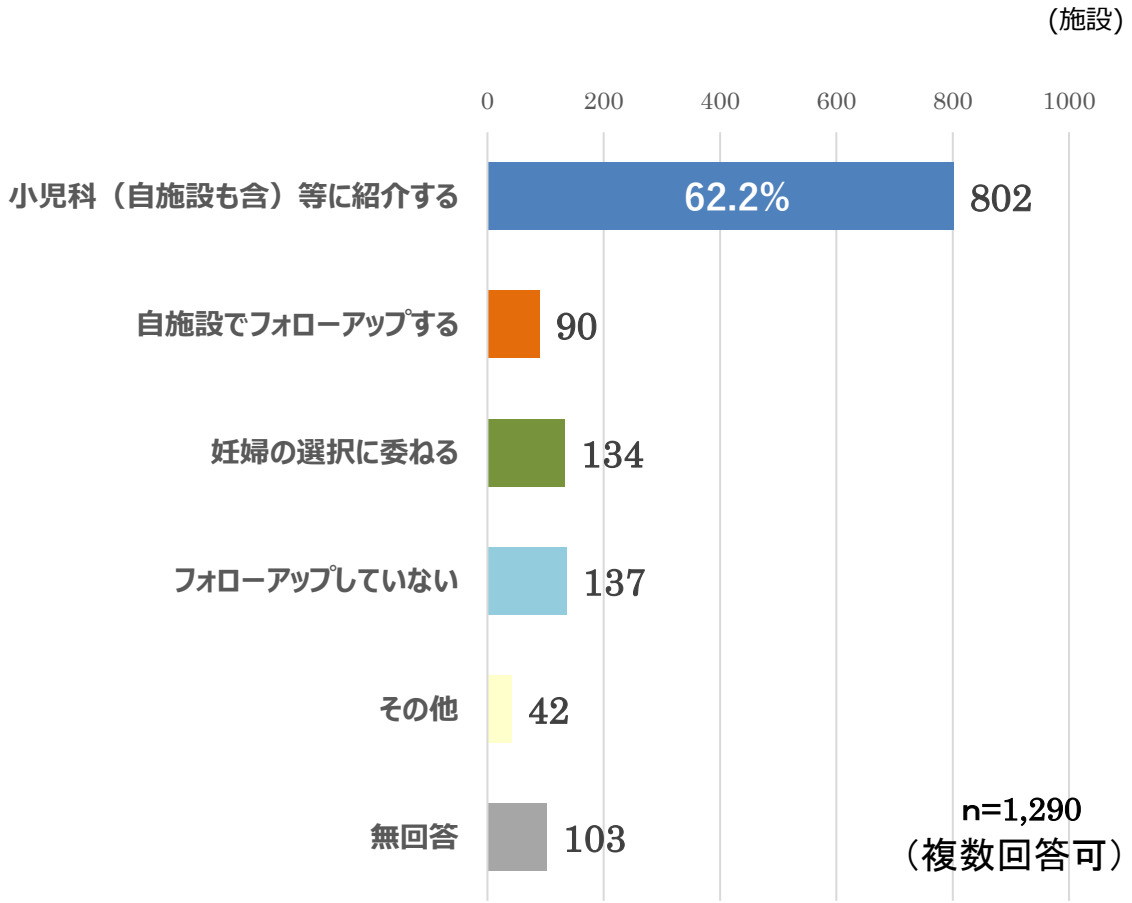


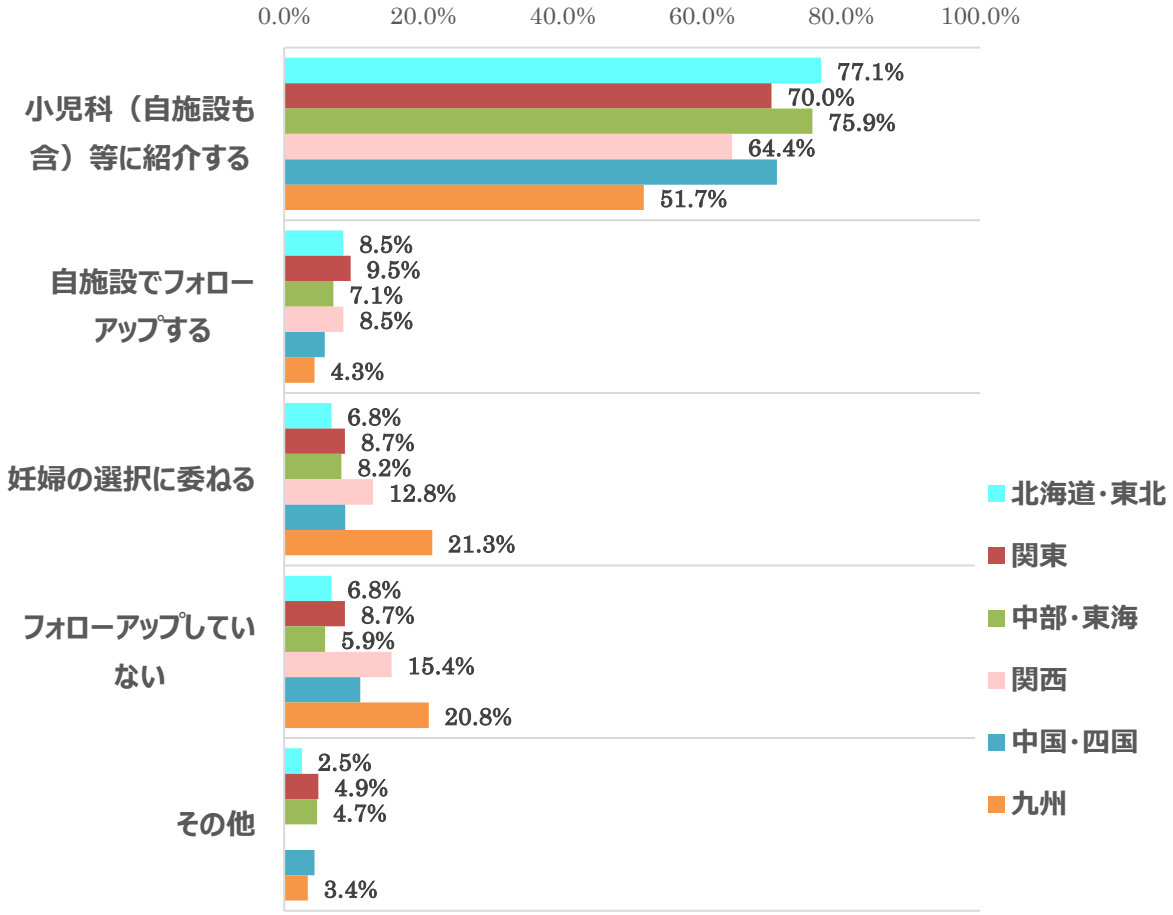


- HTLV-1キャリアへの授乳方法の推奨は、人工栄養が80%、短期母乳栄養が約30%、凍結解凍母乳栄養が約20%であった。
- 授乳方法の推奨における地域差は、九州で短期母乳栄養を推奨する施設が若干、多い傾向にある。

図13

HTLV-1キャリア妊婦から出生した児のフォローアップはどのようにしていますか

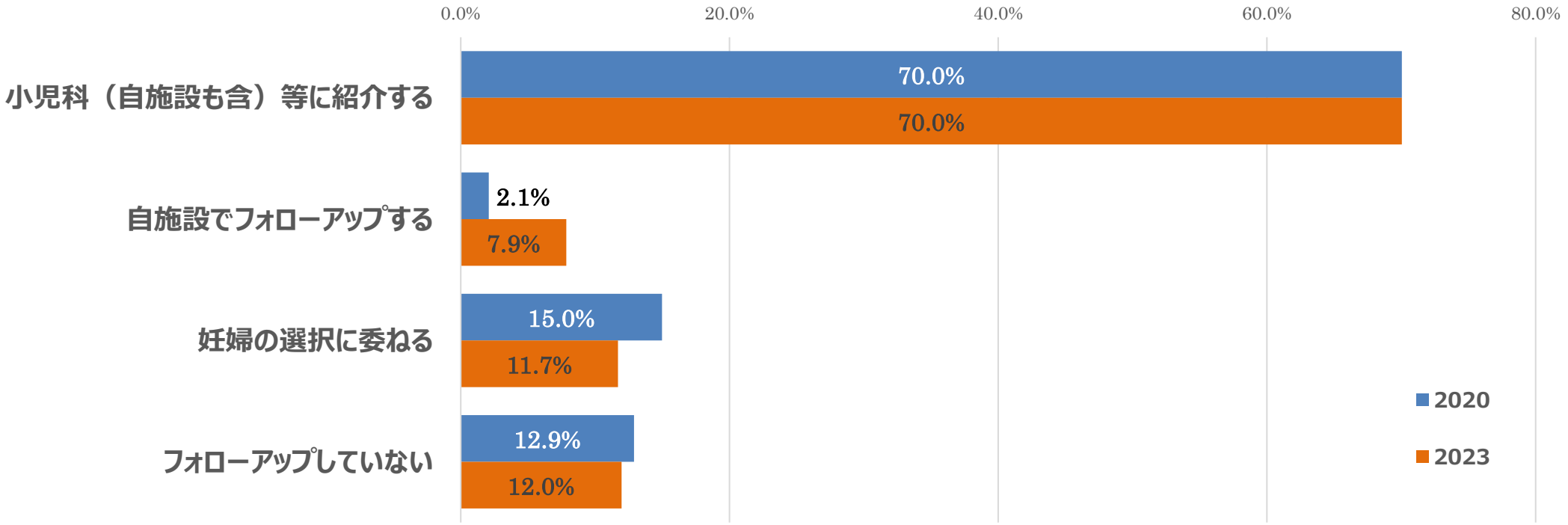




- キャリア妊婦から出生した児のフォローは小児科等に依頼して対応することが多い
- 九州では妊婦の選択に任せる・フォローアップしていないという割合が若干多い

図14

HTLV-1キャリア妊婦から出生した児のフォローアップはどのようにしていますか



n=1,482(2020)
n=1,145(2023)

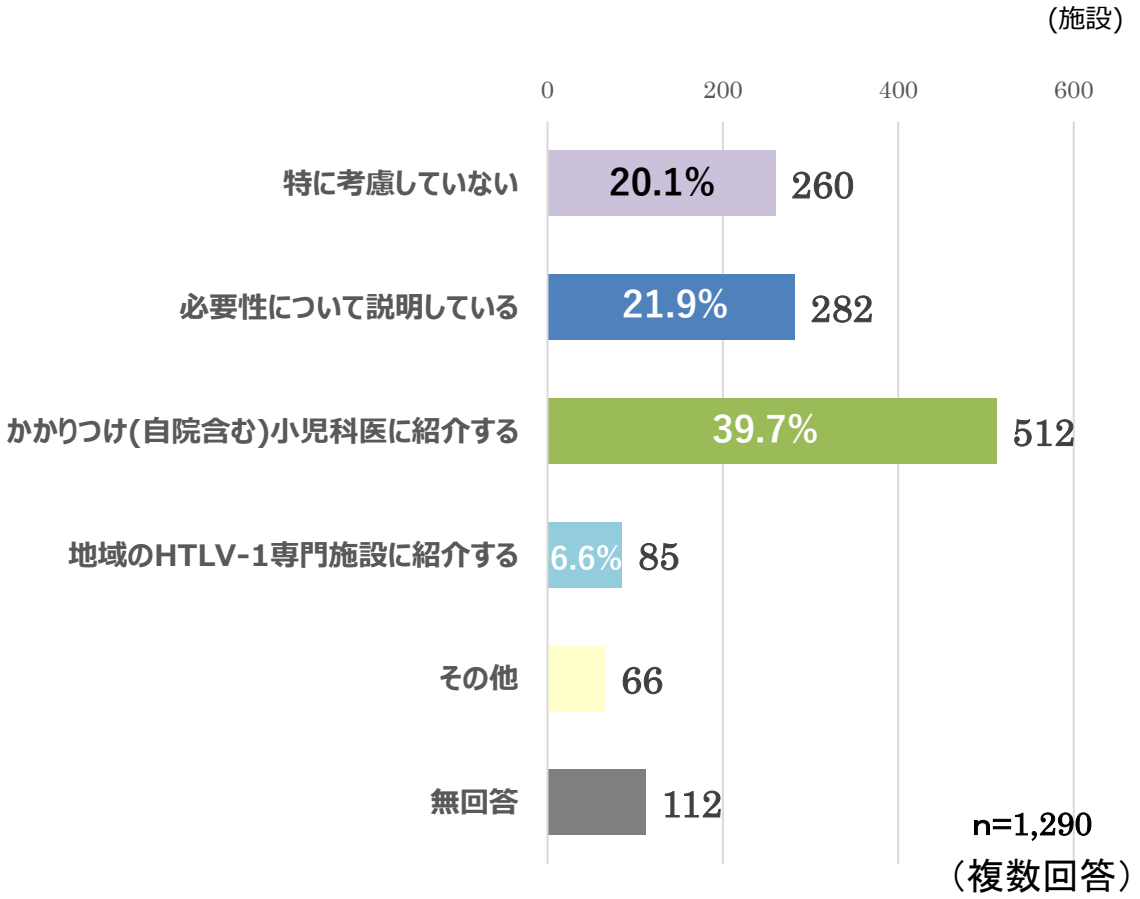
（複数回答可）

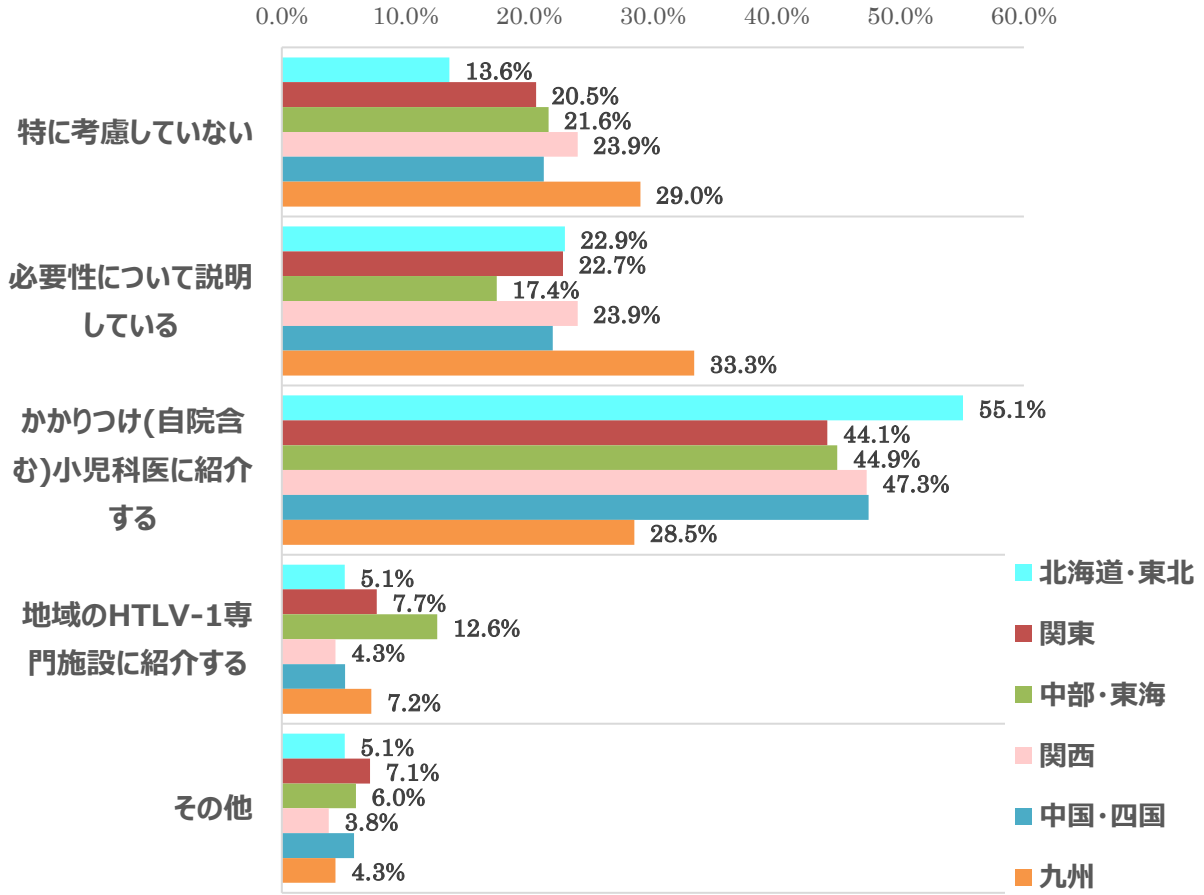
＊回答のあった施設で解析

- キャリア妊婦から出生した児のフォローの実施率は若干上昇している

図15

HTLV-1キャリアから出生した児の母子感染の確認のため、貴院では抗体検査についてどのように対応していますか

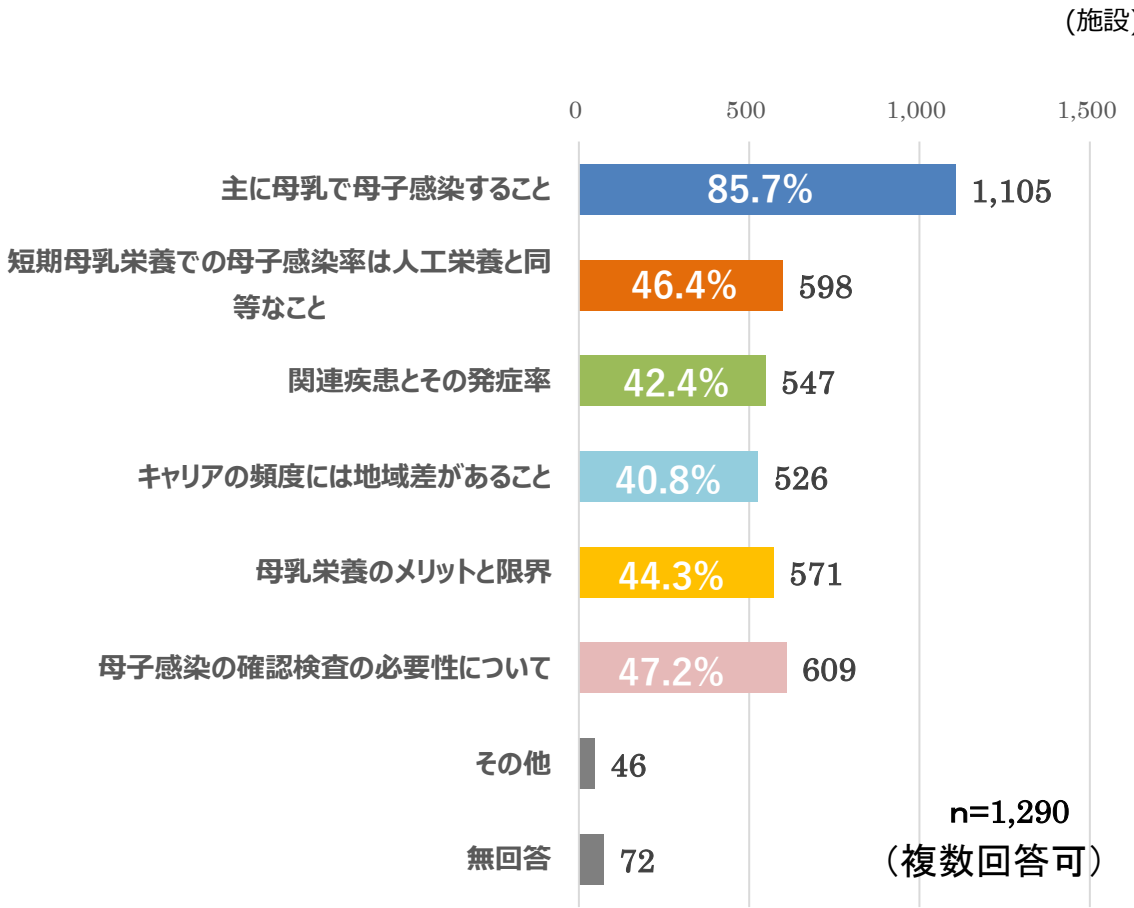


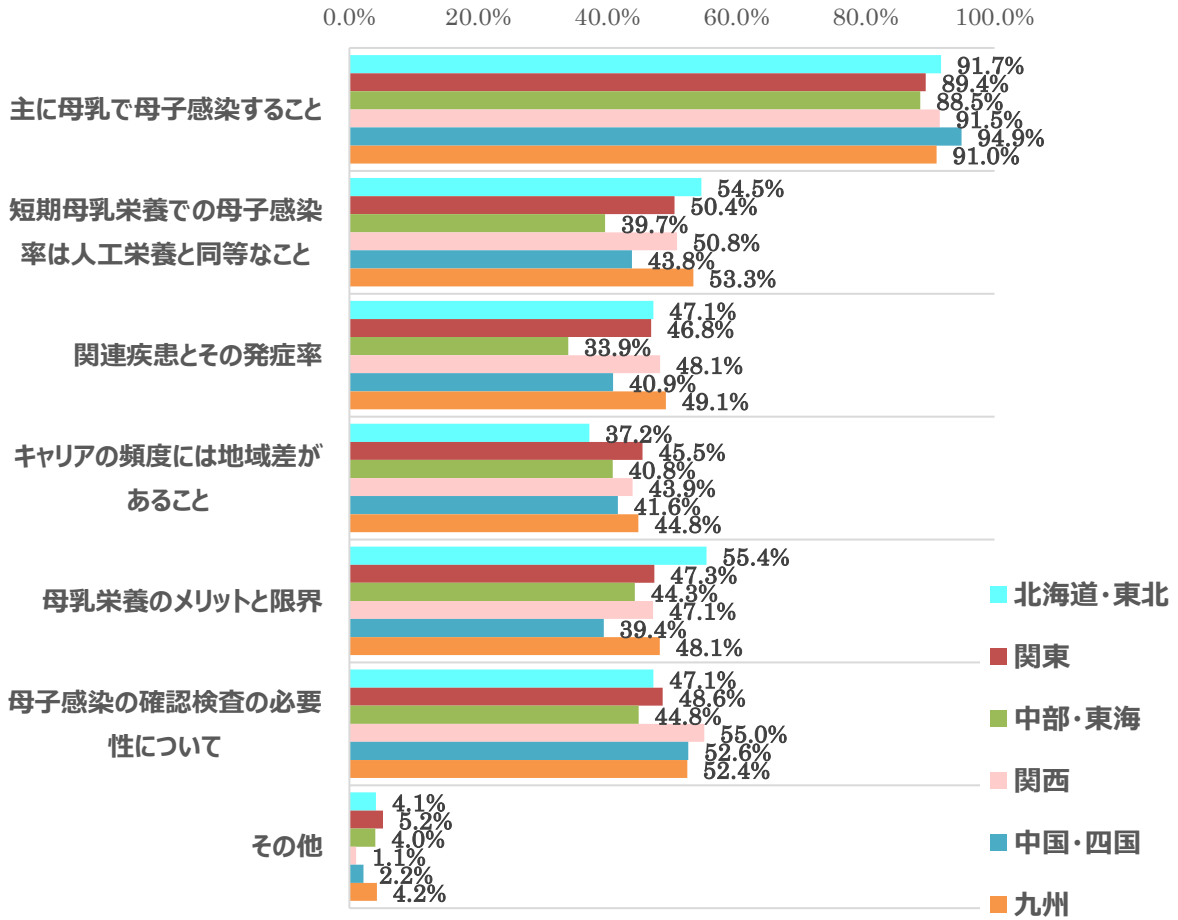


・母子感染の確認については20%の施設で特段の考慮はされていない

図16

HTLV-1キャリアと診断された妊婦に対してどのような説明を行っていますか

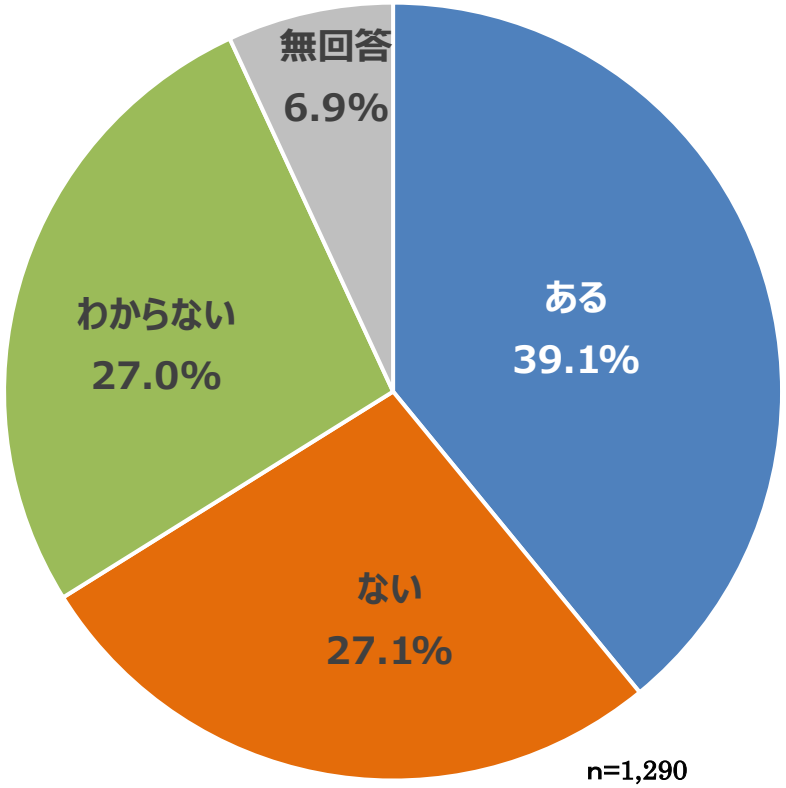


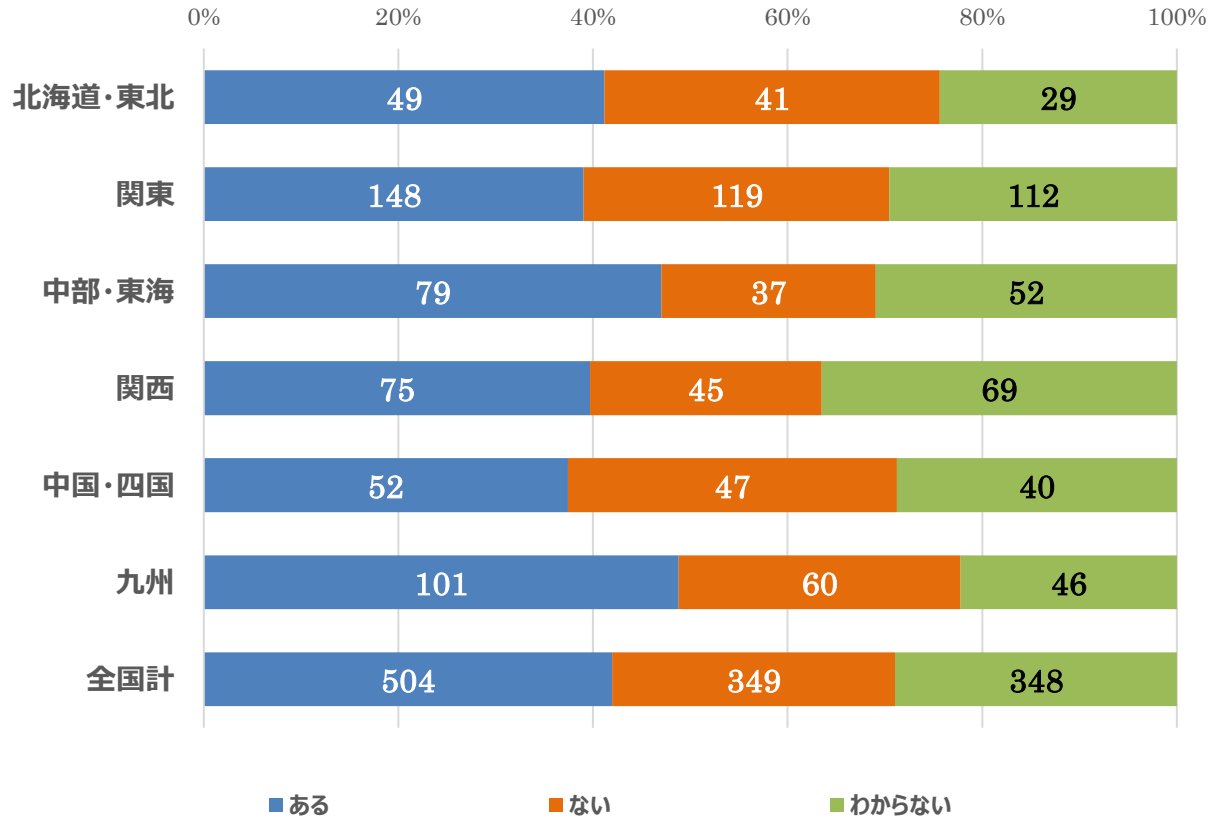


•短期母乳栄養と人工栄養の母子感染率が同等であることはおおよそ半分の施設で説明されている

図17

HTLV-1感染症についての専門的な診療を希望された場合、専門施設に紹介するシステムが地域にありますか

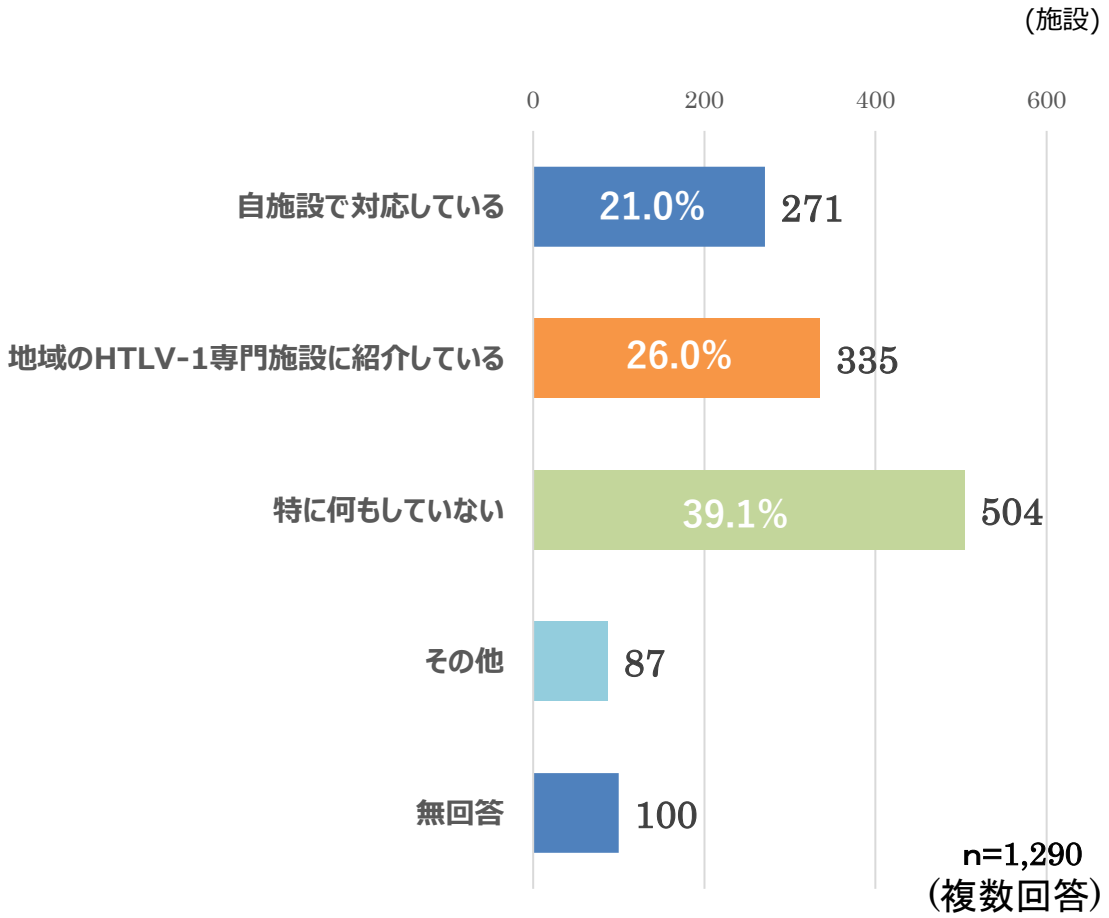


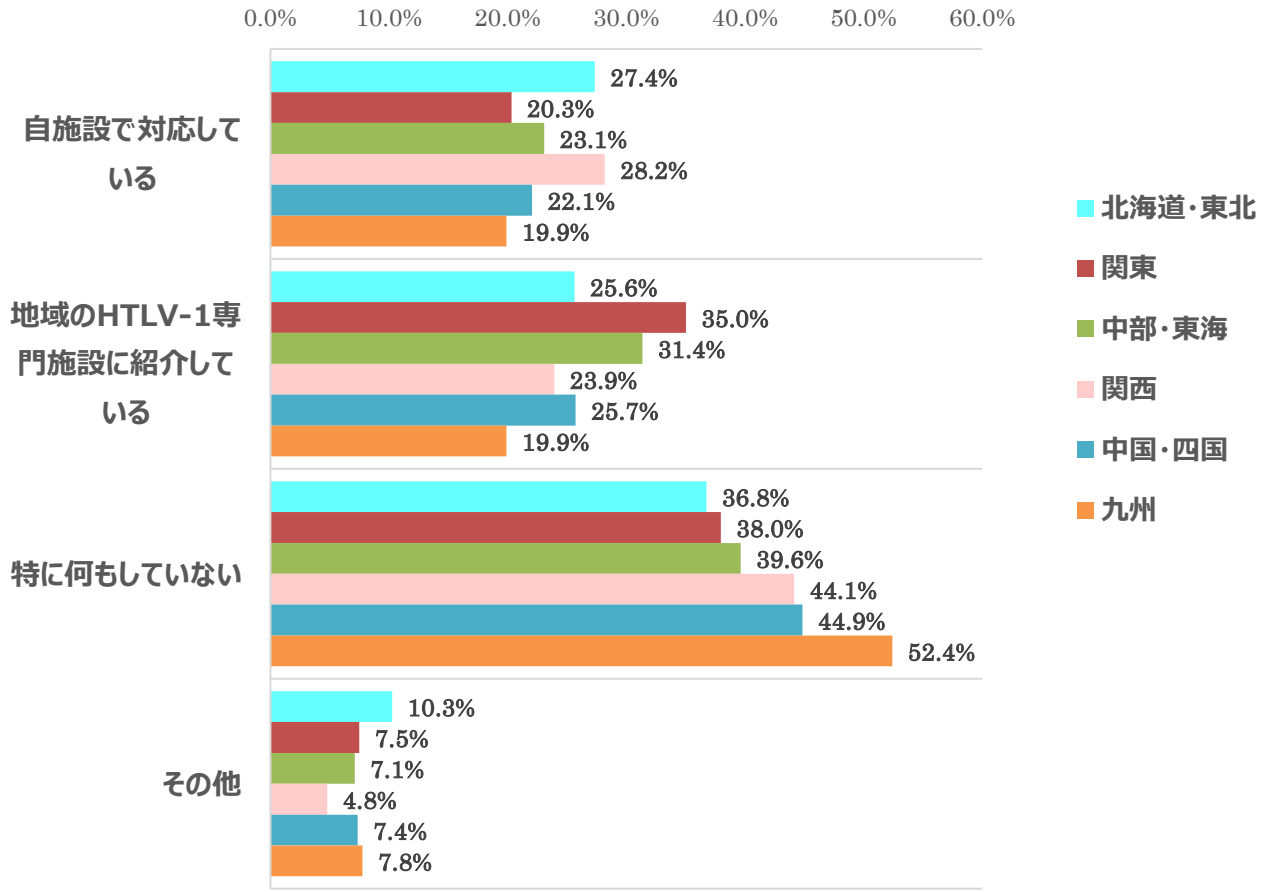


・約4割の地域にHTLV-1感染症についての専門的診療を行う施設に紹介するシステムがある。

図18

HTLV-1キャリア女性の分娩後のフォローアップについて、貴院に当てはまるのはどれですか

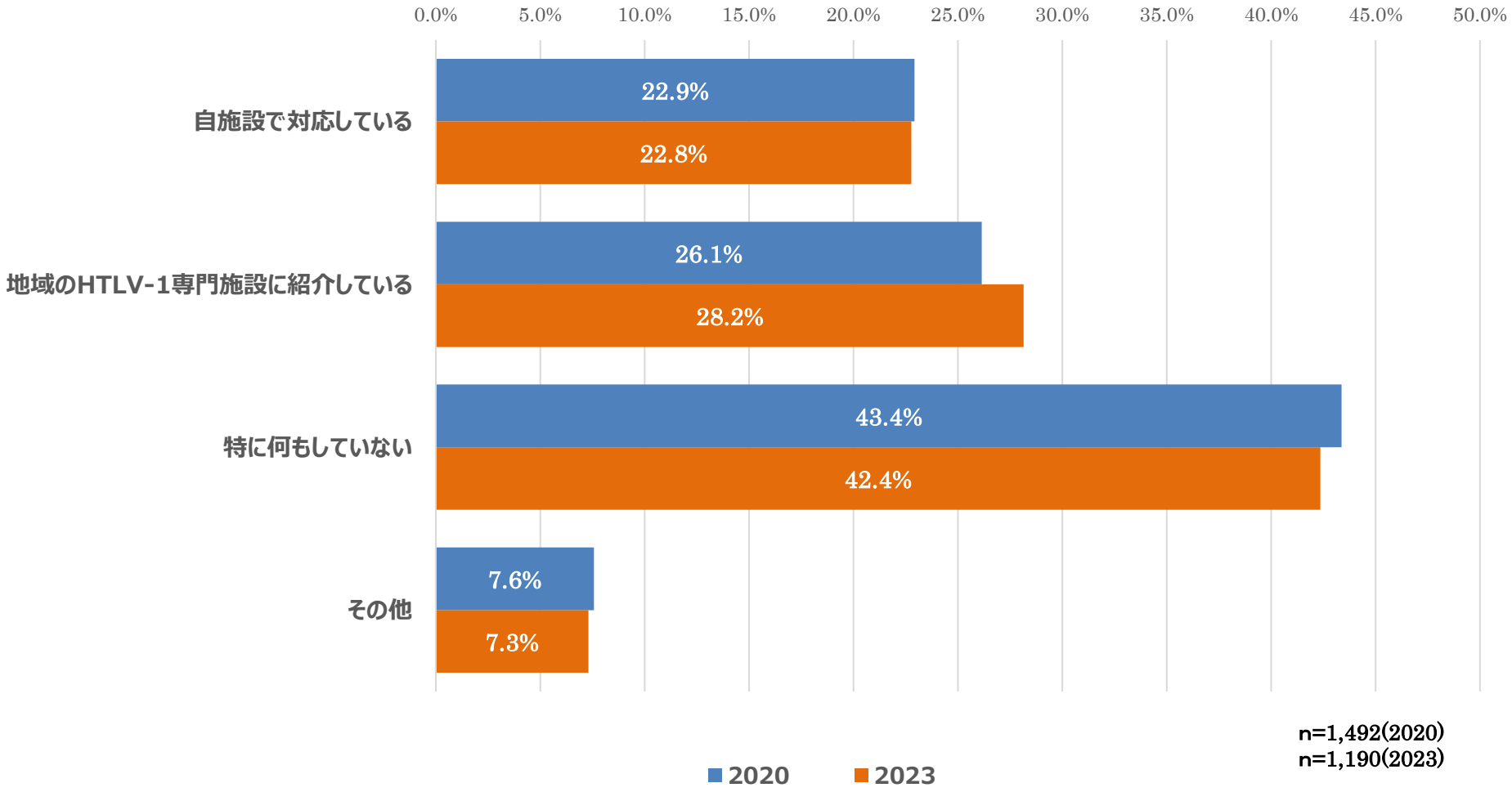




- 分娩後にキャリア女性に対するフォローは4割の施設では何も行っておらず、その割合は九州でやや多い。

図19

HTLV-1キャリア女性の分娩後のフォローアップについて、貴院に当てはまるのはどれですか



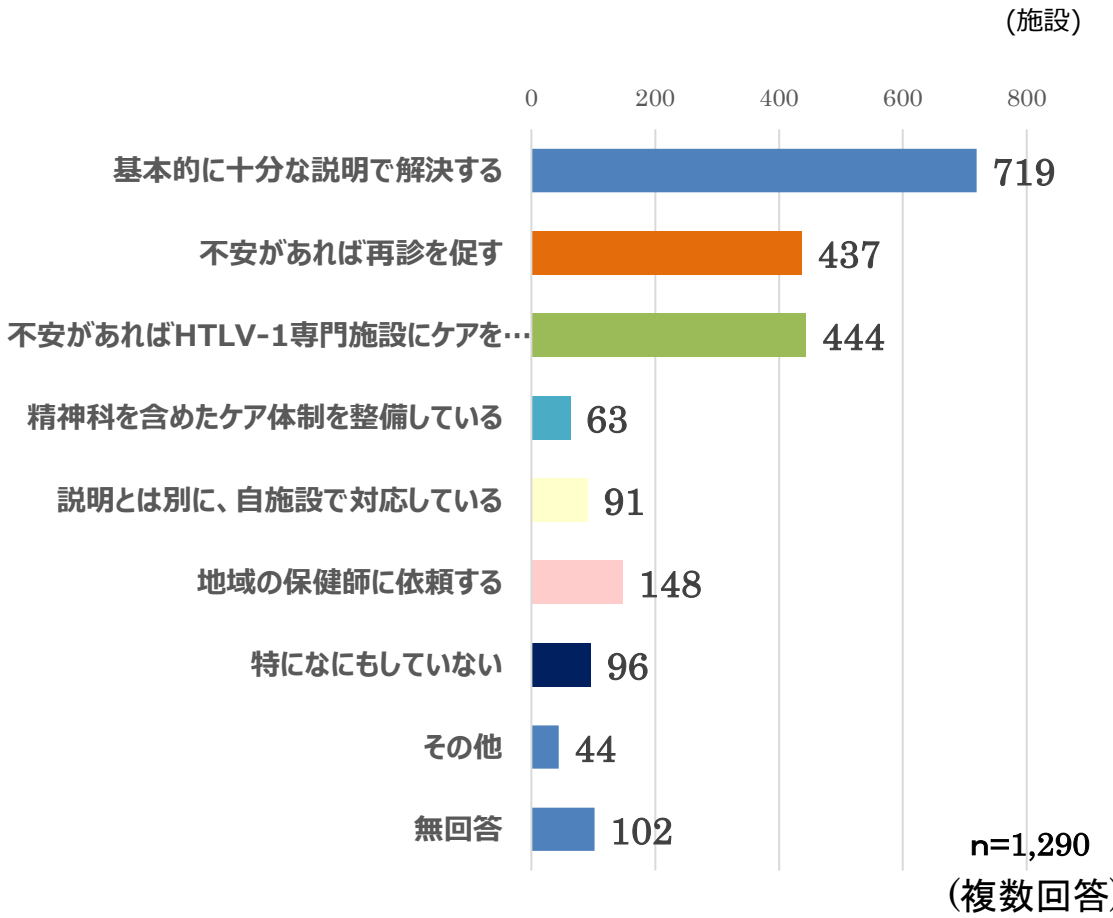
n=1,492(2020)
n=1,190(2023)

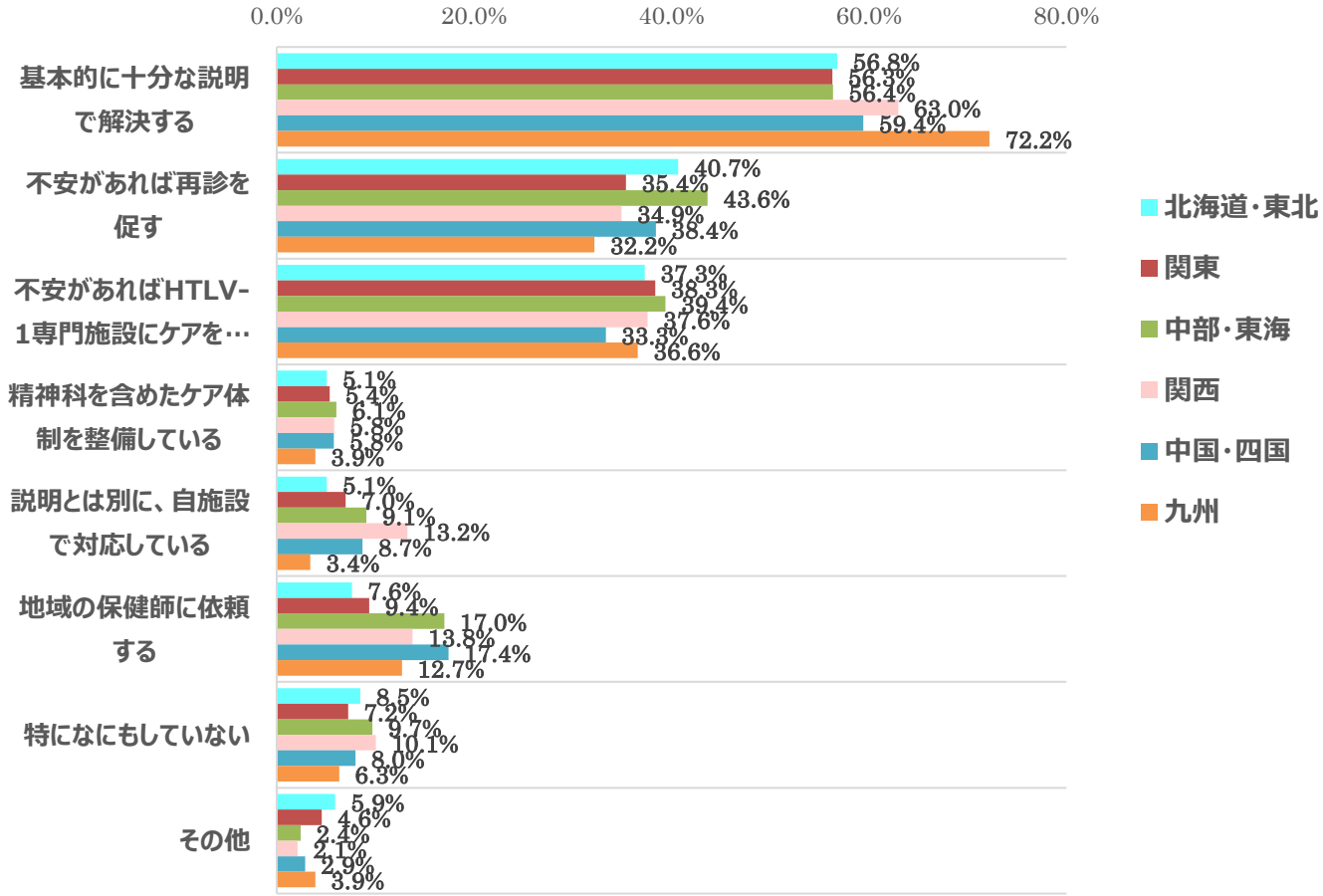
(複数回答)

- 地域のHTLV-1専門施設に紹介している割合が若干増加したものの、何も対応していない施設も多い。

図20

貴院ではHTLV-1キャリア妊婦の心のケアについてはどのようにしていますか

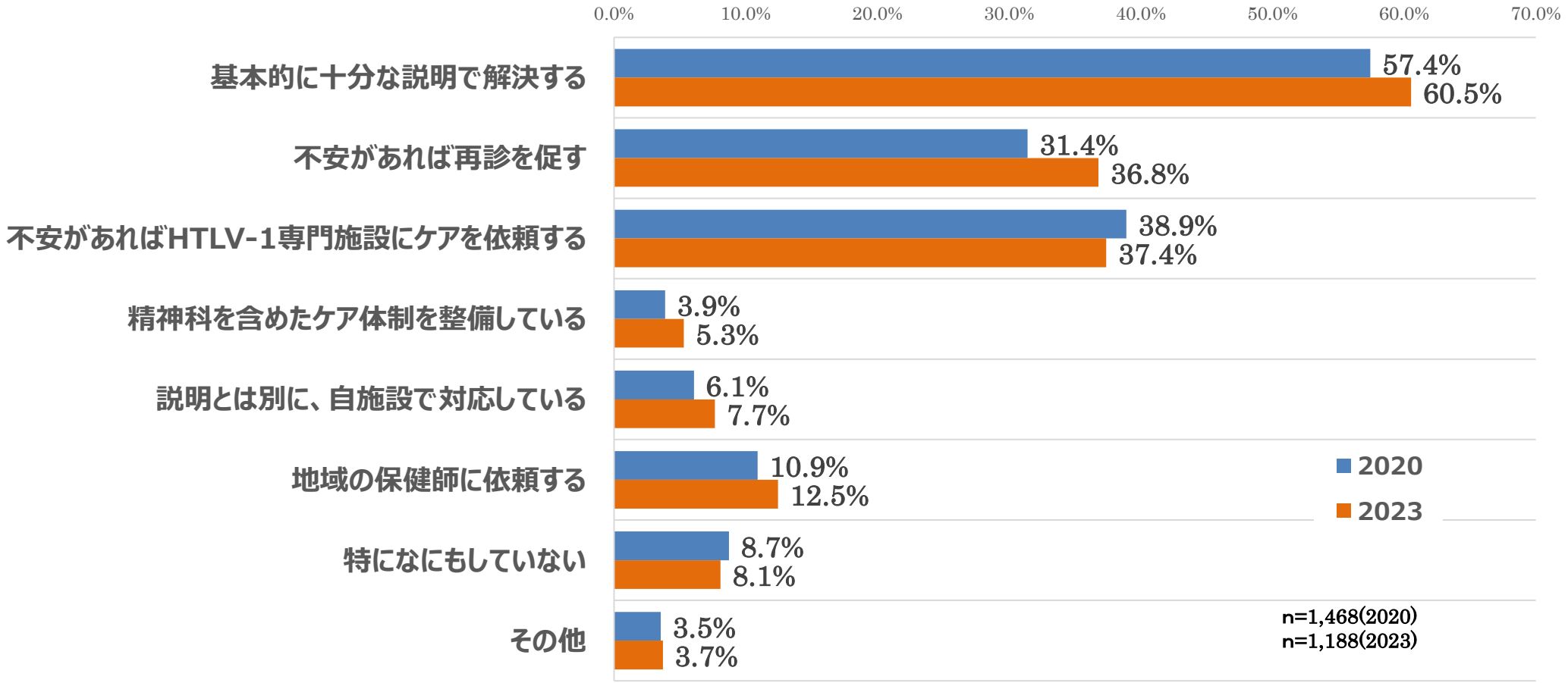




・こころのケアに関しては、ケア体制が整備されているのは63施設(4.9%)のみで、不安に対して対応されているのみである。

図21

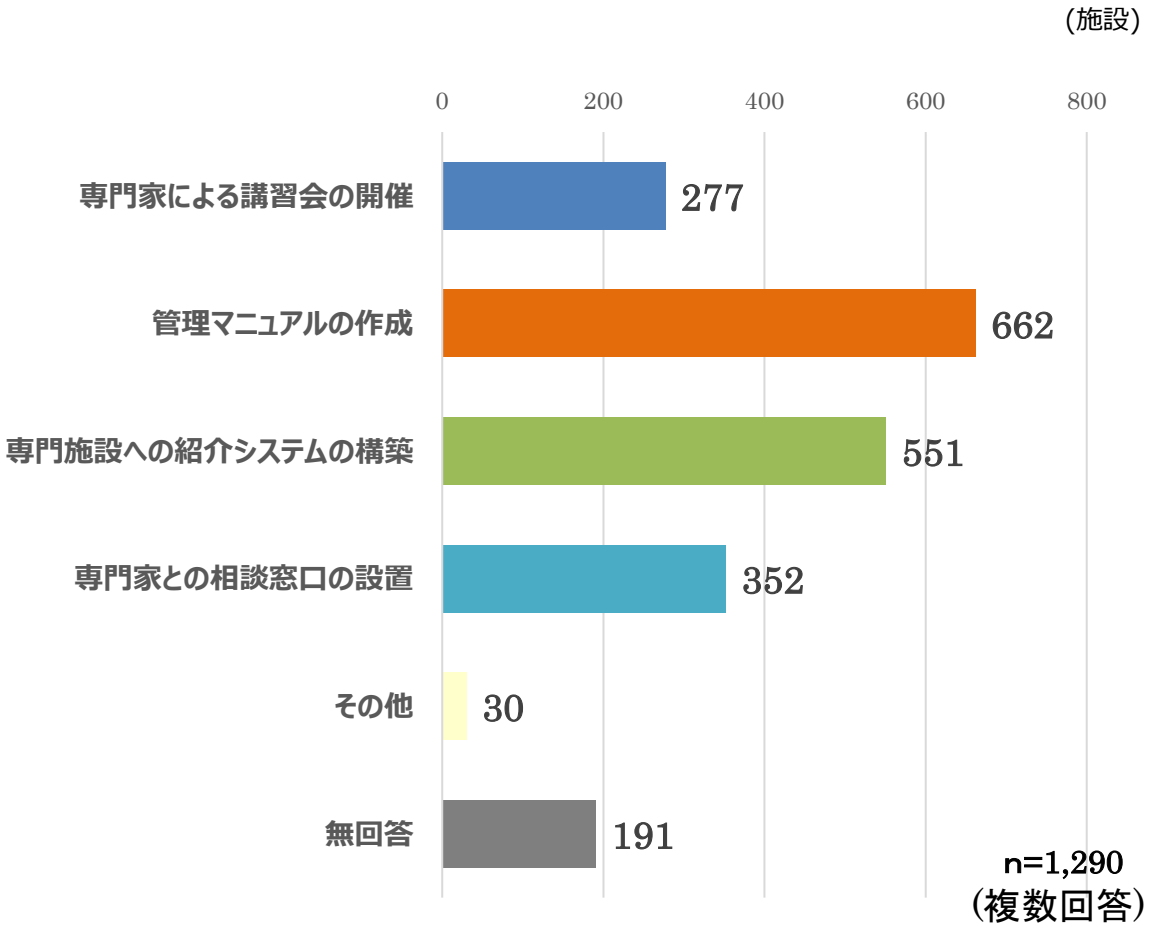
貴院ではHTLV-1キャリア妊婦の心のケアについてはどのようにしていますか

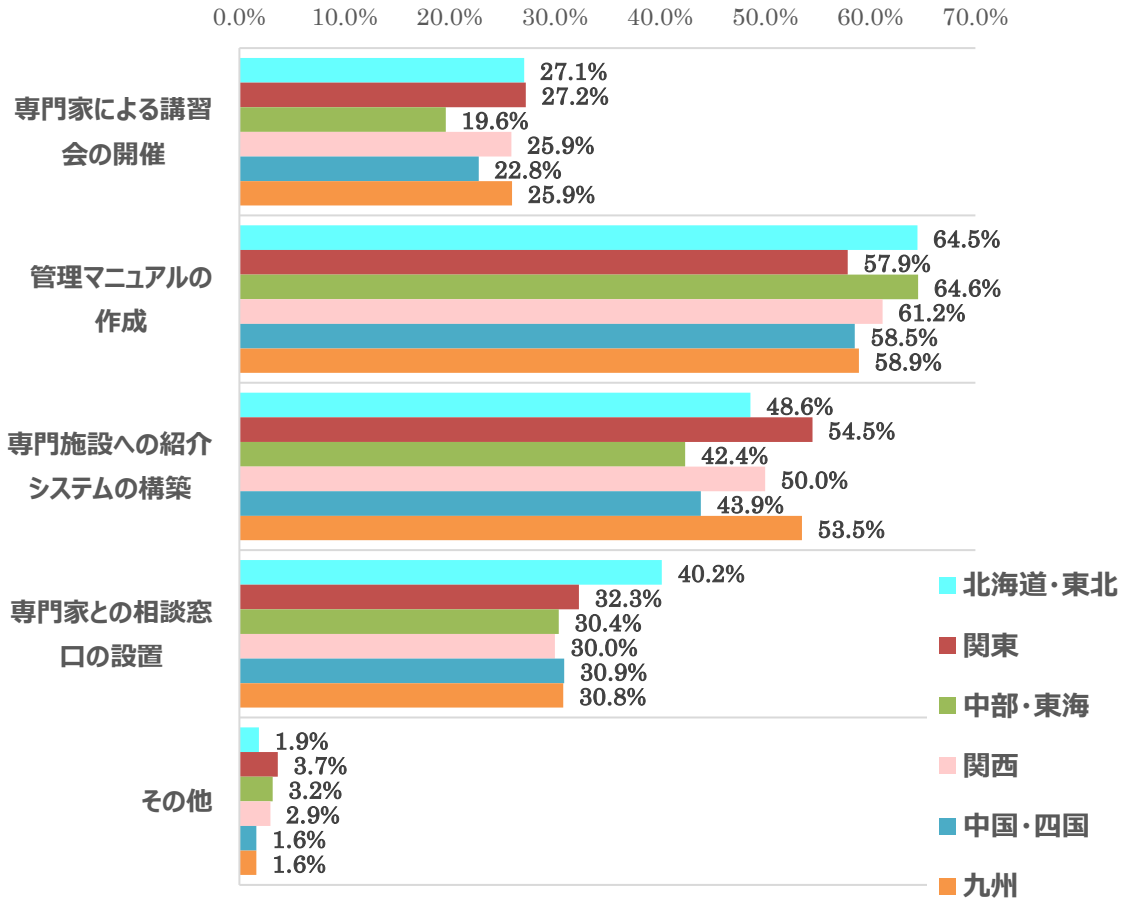


(複数回答)

図22

HTLV-1キャリア妊婦の診療を充実させるために希望することはありますか





・診療充実のために、管理マニュアルの作成、専門施設への紹介システムの構築、専門家との相談窓口の設置、専門家による講習会の開催などを求める意見があった。

図23

HTLV-1キャリア妊婦の診療を充実させるために希望することはありますか

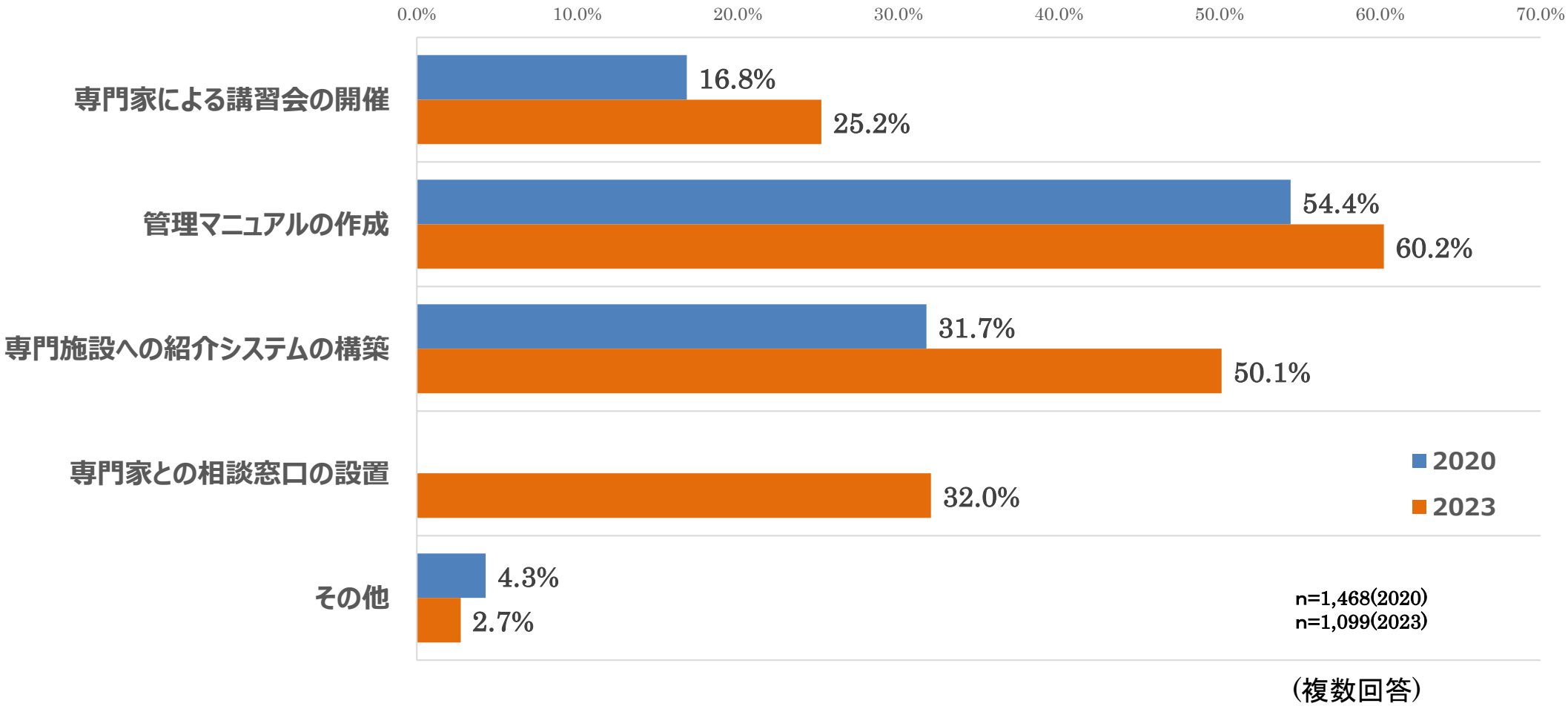
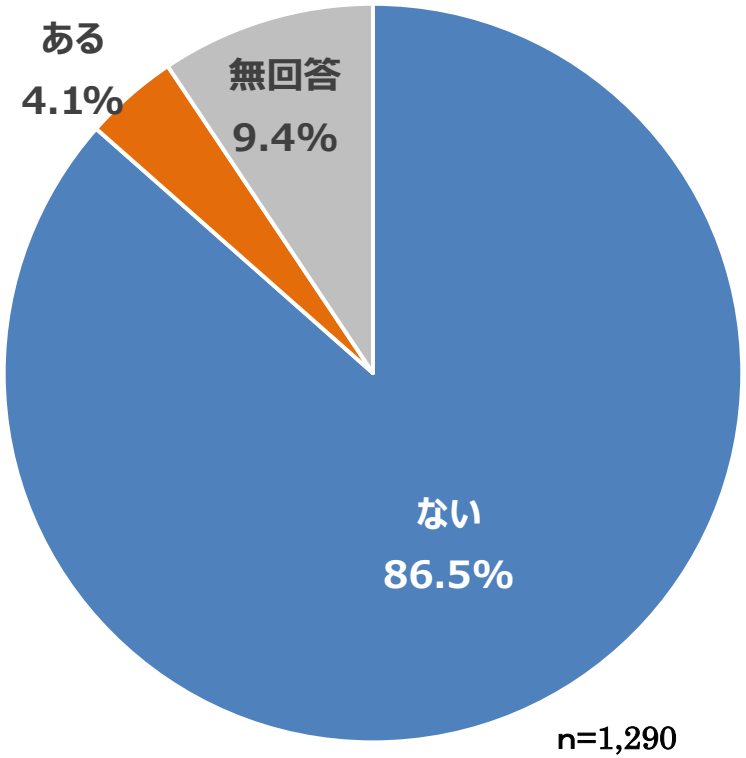


図24

HTLV-1キャリア妊婦の診療で困っていることはありますか



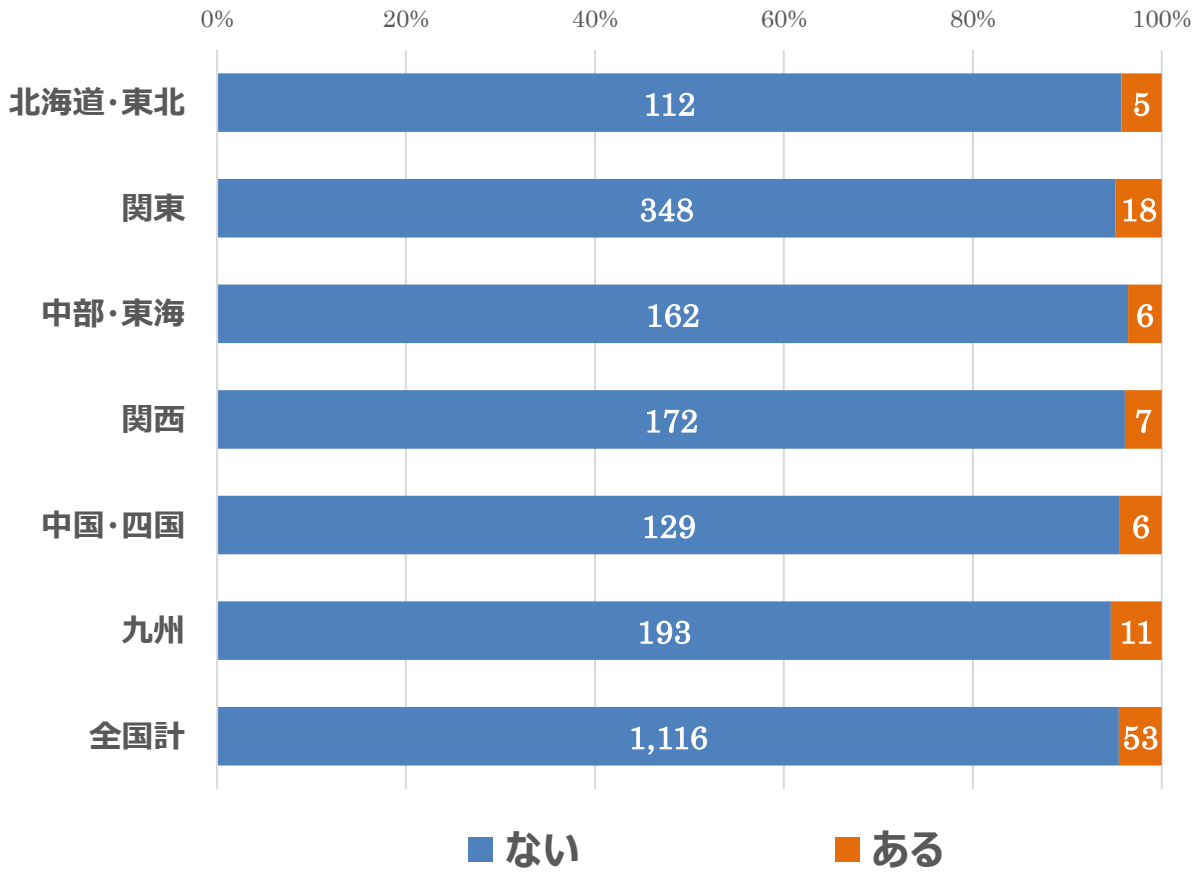
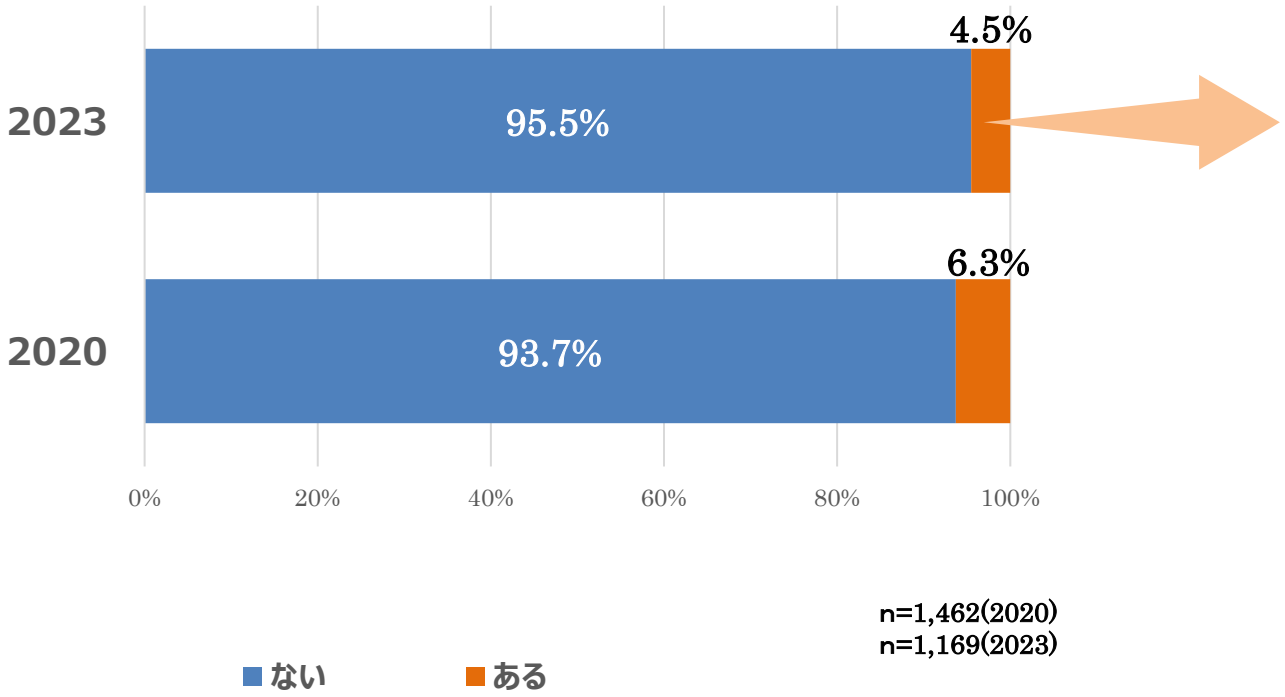


図25

HTLV-1キャリア妊婦の診療で困っていることはありますか



「ある」の具体的記載内容

（件）

分娩後のフォローについて	16
妊婦や家族への説明について	7
検査について	7
紹介先について	6
母乳栄養について	4
紹介システムや相談窓口について	3
ガイドラインについて	3
費用について	2
その他	3

まとめ

- HTLV-1のスクリーニングは広く行われており、陽性率は九州では高いものの明らかに低下傾向にある。
- 水平感染の可能性のあるHTLV-1キャリアが7.3%いることが確認された。
- HTLV-1キャリアの77.4%は人工栄養を選択しており、短期母乳栄養は12.8%である。
- HTLV-1キャリアと診断された妊婦のこころのケアについて配慮する施設もある。
- 短期母乳栄養の選択者について
  - 九州と関西で多い傾向にある。
  - 母乳ケアは助産師を中心に担われている
  - 3分の1は1か月健診でケアが中断されている
  - 4分の1ではフォローが行われていない
- HTLV-1キャリアから生まれた児のフォローは小児科医に依頼されることが多く、フォローアップされていないことも1割以上ある。
- 産後のHTLV-1キャリア女性のフォローアップを専門施設に紹介したり、自施設で行うのは50%以下である。
- 約40%の施設地域にHTLV-1専門施設に紹介するシステムがある。

資料２

HTLV-1 関連のマニュアル・ガイドラインの認知度を含む現状調査

調査結果報告書（速報）

本調査には、多くの施設様よりご回答いただき、御礼申し上げます。
ご回答をもとに速報をまとめましたので、ご参考にしていただければ幸いです。
なお、その他の項目やクロス集計については、追って学会や研究論文にて発表する予定ですので、
そちらをご参照ください。

内容

集計結果のサマリー 3
1. 施設概要 4
1） 回答内容 4
2） 回答施設の所在する都道府県 5
3） 回答施設の所在する地域 7
4） 回答者の所属部署 7
2. HTLV-1 対応 9
1） HTLV-1 についての相談の有無（令和 5 年度） 9
2） 紹介できる医療機関の有無 10
3） 紹介できる医療機関がない理由 11
3. HTLV-1 の検査対応 13
1） HTLV-1 抗体検査の実施経験（令和 5 年度） 13
2） HTLV-1 抗体検査を行っている場所 15
3） HTLV-1 抗体検査実施を断った理由 17
4） HTLV-1 は性感染するウイルスの一種として、感染予防対策が国際的に進められていることを知っていたか 20
5） 梅毒検査または HIV 検査を受けた方に対して、HTLV-1 の情報提供を行ったか（令和 5 年度） 21
6） 梅毒検査または HIV 検査を受けた方が、HTLV-1 検査も希望したことがあったか 22
4. HTLV-1 に関するガイドライン・マニュアル等について 23
1） 『HTLV-1 感染の診断指針』が第 3 版として改訂されたことを知っているか 23
2） 『HTLV-1 感染の診断指針　第 3 版』を知った機会 24
3） 『HTLV-1 キャリア診療ガイドライン2024』を活用していただいている場合は、ご意見・ご感想 25
1） HTLV-1 感染診断にあたり、一次検査陽性の場合は、その後に確認検査が必要であることを知っていたか 26
1） 『HTLV-1 キャリア診療ガイドライン 2024』を知っているか 27
2） 『HTLV-1 キャリア診療ガイドライン 2024』を知ったきっかけ 28
3） 『HTLV-1 キャリア診療ガイドライン2024』を活用していただいている場合は、ご意見・ご感想 29

1) 『HTLV-1 の基礎知識 Q&A　HTLV-1 キャリア診療ガイドライン 2024 別冊』を知っているか 30
2) 『HTLV-1 の基礎知識 Q&A　HTLV-1 キャリア診療ガイドライン 2024 別冊』を知ったきっかけ 31
3) 『HTLV-1 の基礎知識 Q&A HTLV-1 キャリア診療ガイドライン 2024 別冊』について、相談対応の参考になると思うか 32
4) そのように回答した理由 32
5) 『HTLV-1 の基礎知識 Q&A HTLV-1 キャリア診療ガイドライン 2024 別冊』を活用していただいている場合は、ご意見・ご感想 33
6) 『HTLV-1 の基礎知識 Q&A HTLV-1 キャリア診療ガイドライン 2024 別冊』について、現状は PDF 形式でのみ公開されていますが、製本された冊子体の方が検査希望者等への対応時に有用だと思うか 34
1) 『HTLV-1 母子感染予防対策マニュアル　第 2 版』を知っているか 35
2) 『HTLV-1 母子感染予防対策マニュアル 第 2 版』を活用していただいている場合は、ご意見・ご感想 36
3) HTLV-1 キャリア妊婦からの相談に対応したことがあるか（令和 5 年度） 37
4) HTLV-1 キャリアの母親から授乳（栄養法）についての相談を受けたことがあるか（令和 5 年度） 39
5) 母子健康手帳発行時に HTLV-1 母子感染について説明しているか 41
5. HTLV-1 に関する各種啓発活動について 43
1) 世界 HTLV デーについて知っていたか 43
2) 日本では、「世界 HTLV デー」に合わせて、「世界 HTLV デー記念講演会」を行っている取り組みを知っていたか 43
3) HTLV-1 情報ポータルサイト「ほっとらいぶ」を閲覧したことがあるか 44
4) HTLV-1 無料電話相談を知っていたか 45
5) HTLV-1 オンライン相談を知っていたか 45
6. HTLV-1 関連の講習会・講演会開催について 46
1) 都道府県などが主催した HTLV-1 関連の講習会や講演会のリアルタイム配信やオンデマンド配信動画を見たことがあるか 46
2) 講習会や講演会を開催するか（令和 6 年度） 46

集計結果のサマリー

集計結果を簡単にご紹介いたします。詳細は、p3 以降をご参照ください。なお、無回答は割合の算出から除きました。

本調査においては、都道府県 指定都市 中核市 政令市 特別区の保健所 461 施設に回答を依頼しました。HTLV-1 に関する実態を前回よりも正確に調査するため、保健所管轄の保健センターからもご回答いただけるようお願いを添えました。2024 年 12 月 15 日までに 374 件のご協力をいただきました（保健所に限定した回答率は 65.5%）。そのうち 83.2%が「保健所が自施設について回答」、5.6%が「保健所が、管轄する保健センターを代理して回答」、9.1%が「保健センターが自施設について回答」であり、合わせて　14.7%が保健センターに関する回答でした。なお、施設種別の集計にあたっては、「その他」の回答内容を確認し、保健所と見なして集計に入れた施設があります。

回答施設の分布は、関東地方からの回答がもっとも多く、続いて九州・沖縄地方、中国・四国地方となりました。

令和 5 年度に HTLV-1 についての相談があったのは保健所 26.8%、保健センター10.9%でした。紹介できる医療機関があるのは保健所 65.5%、保健センター49.1%でした。令和 5 年度に HTLV-1 抗体検査を実施した経験があるのは、保健所 13.4%%、保健センター0%でした。

『HTLV-1 感染の診断指針』が第 3 版として改訂されたことを知っていたのは保健所 13.1%、保健センター0%でした。HTLV-1 感染診断にあたり、一次検査陽性の場合は、その後に確認検査が必要であることを知っていたのは保健所 64.9%、保健センター47.3%でした。

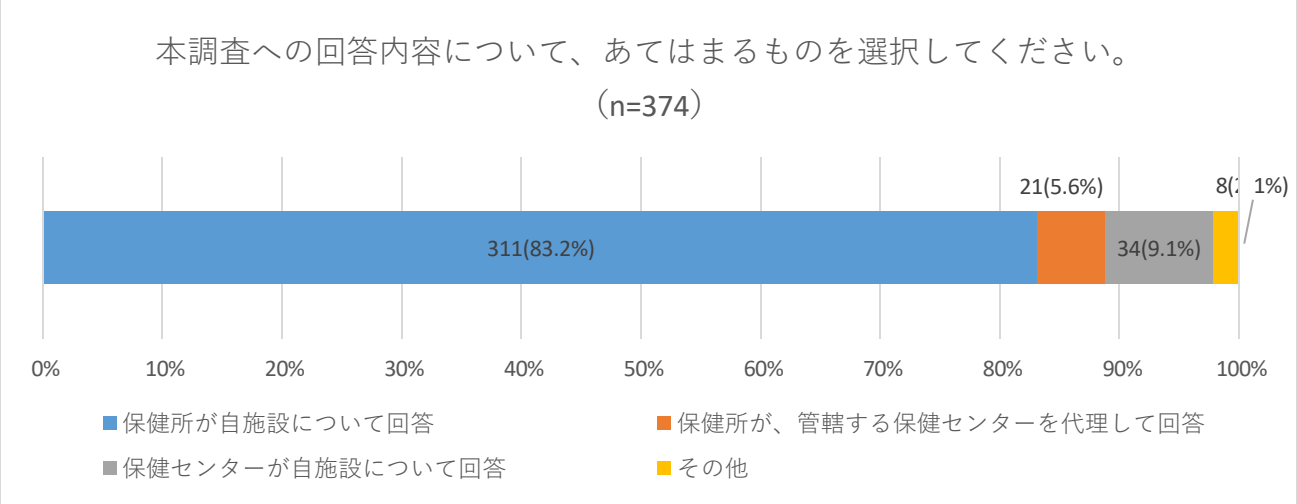
世界 HTLV デーについて知っていたのは 43.6%でした。HTLV-1 情報ポータルサイト「ほっとらいぶ」を閲覧したことがあるのは保健所 61.3%、保健センター21.8%でした。

＊ 本研究は、「厚生労働行政推進調査事業費新興・再興感染症及び予防接種政策推進研究事業「HTLV-1 総合対策進捗の現状把握と「普及・啓発・相談対応」の改善・強化のための課題把握とその解決策の検討」研究班　（研究代表：渡邉 俊樹)、および「こども家庭科学研究費補助金成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業「HTLV-1キャリア妊産婦の支援体制の構築に関する研究」（研究代表：内丸　薫）により行われました。

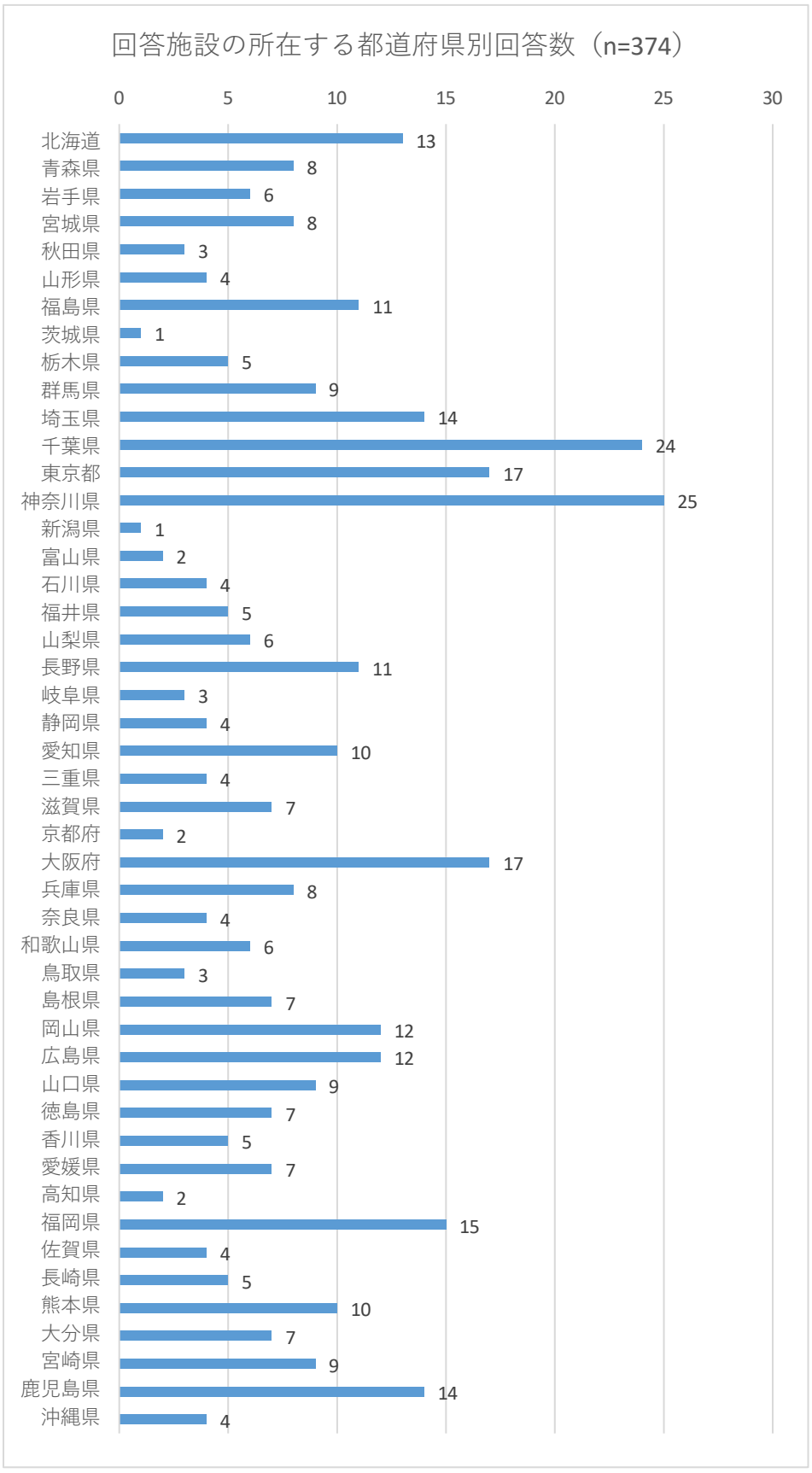
1.　施設概要

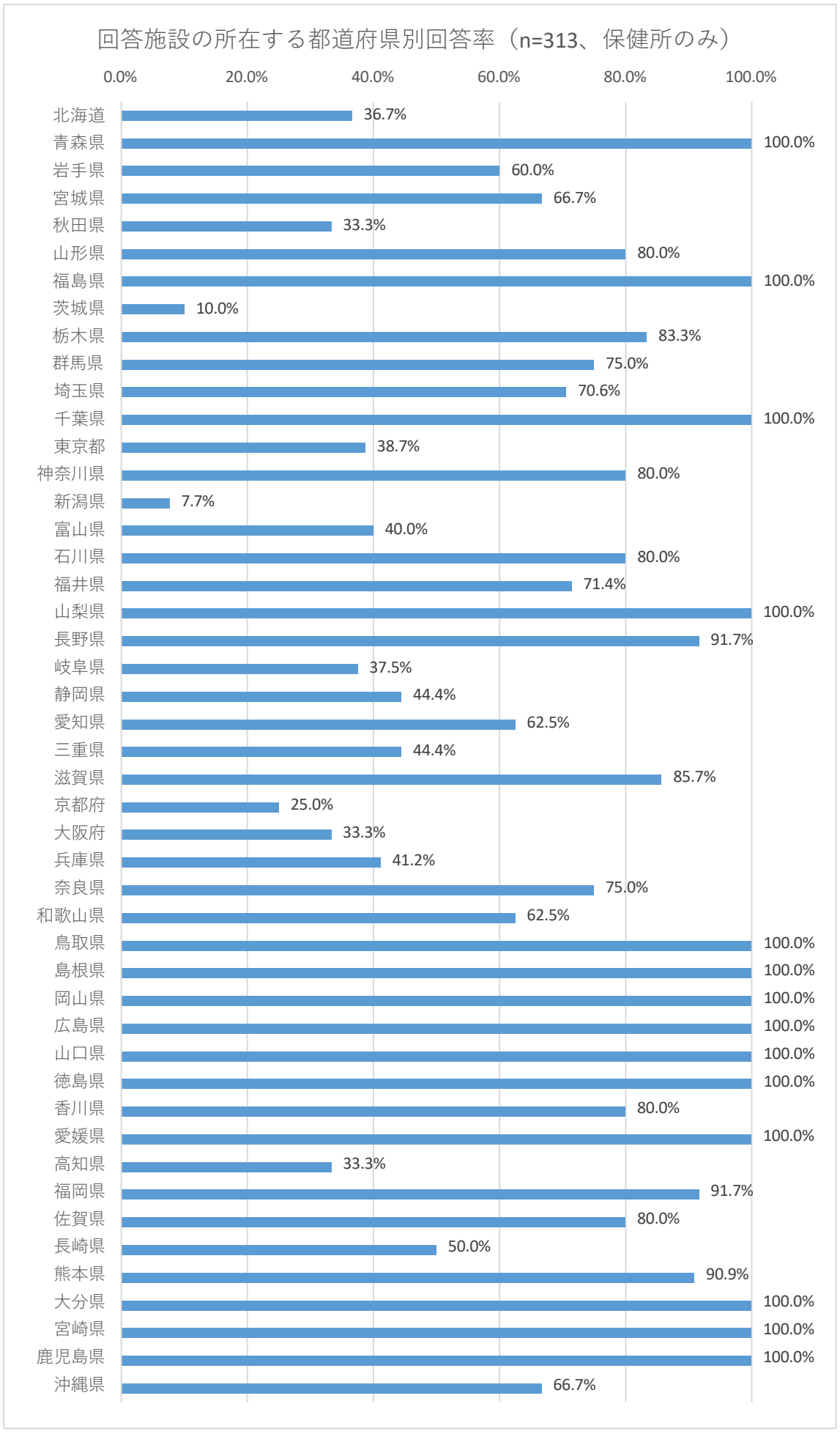
今回の調査では、2024 年 12 月 15 日までに 374 件のご協力をいただきました（保健所に限定した回答率は 65.5%）。
回答いただいた施設の概要は以下です。

1)　回答内容

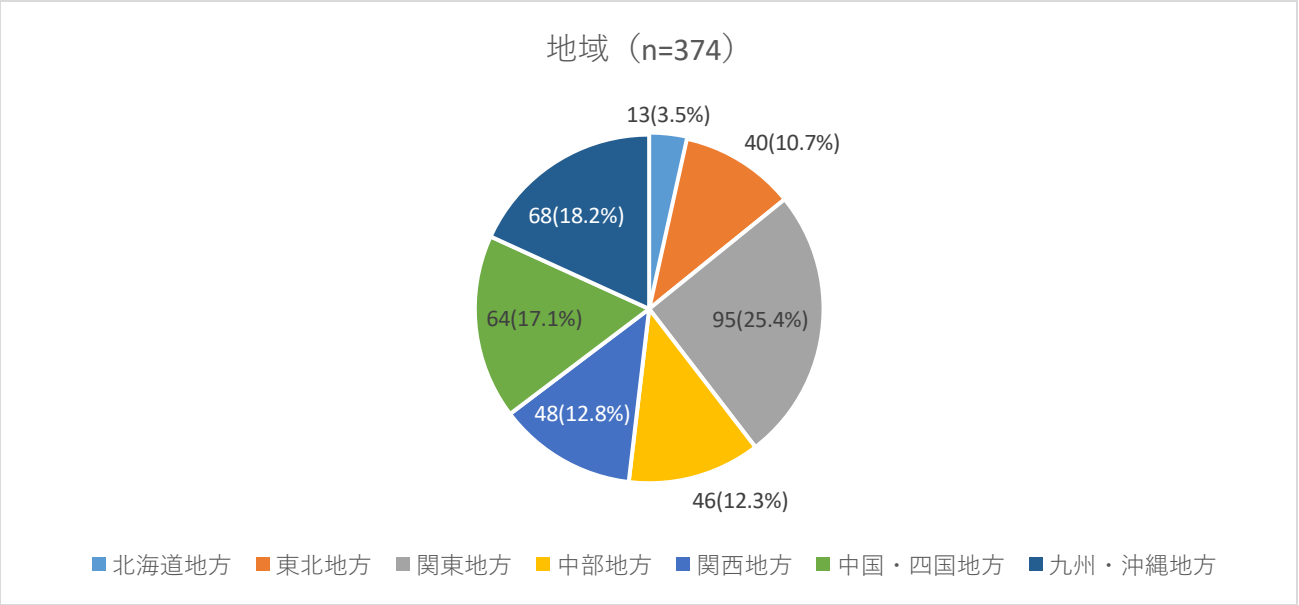


2)　回答施設の所在する都道府県

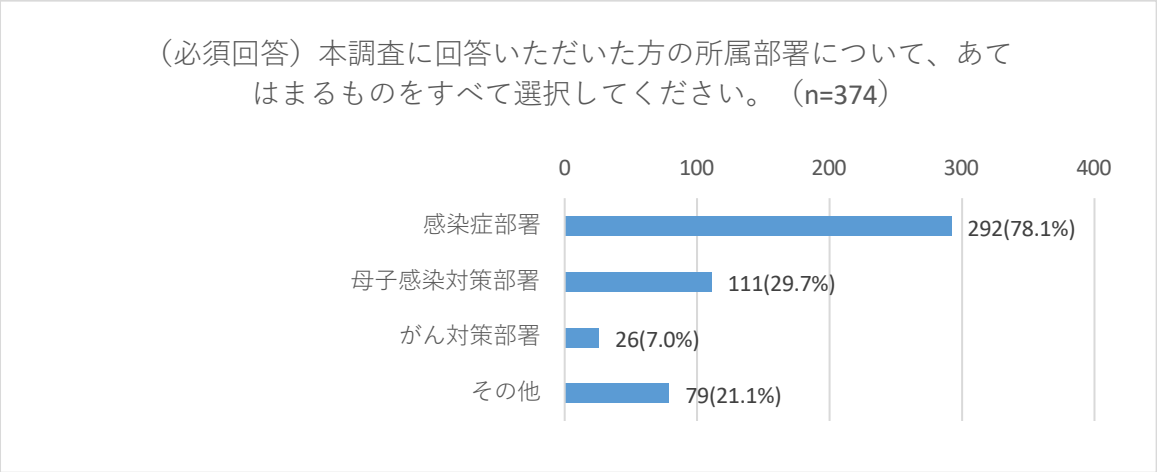



回答施設の所在する都道府県別回答率（n=313、保健所のみ）
0.0%
20.0%
40.0%
60.0%
80.0%
100.0%
北海道 36.7%
青森県 100.0%
岩手県 60.0%
宮城県 66.7%
秋田県 33.3%
山形県 80.0%
福島県 100.0%
茨城県 10.0%
栃木県 83.3%
群馬県 75.0%
埼玉県 70.6%
千葉県 100.0%
東京都 38.7%
神奈川県 80.0%
新潟県 7.7%
富山県 40.0%
石川県 80.0%
福井県 71.4%
山梨県 100.0%
長野県 91.7%
岐阜県 37.5%
静岡県 44.4%
愛知県 62.5%
三重県 44.4%
滋賀県 85.7%
京都府 25.0%
大阪府 33.3%
兵庫県 41.2%
奈良県 75.0%
和歌山県 62.5%
鳥取県 100.0%
島根県 100.0%
岡山県 100.0%
広島県 100.0%
山口県 100.0%
徳島県 100.0%
香川県 80.0%
愛媛県 100.0%
高知県 33.3%
福岡県 91.7%
佐賀県 80.0%
長崎県 50.0%
熊本県 90.9%
大分県 100.0%
宮崎県 100.0%
鹿児島県 100.0%
沖縄県 66.7%

3)　回答施設の所在する地域



4)　回答者の所属部署



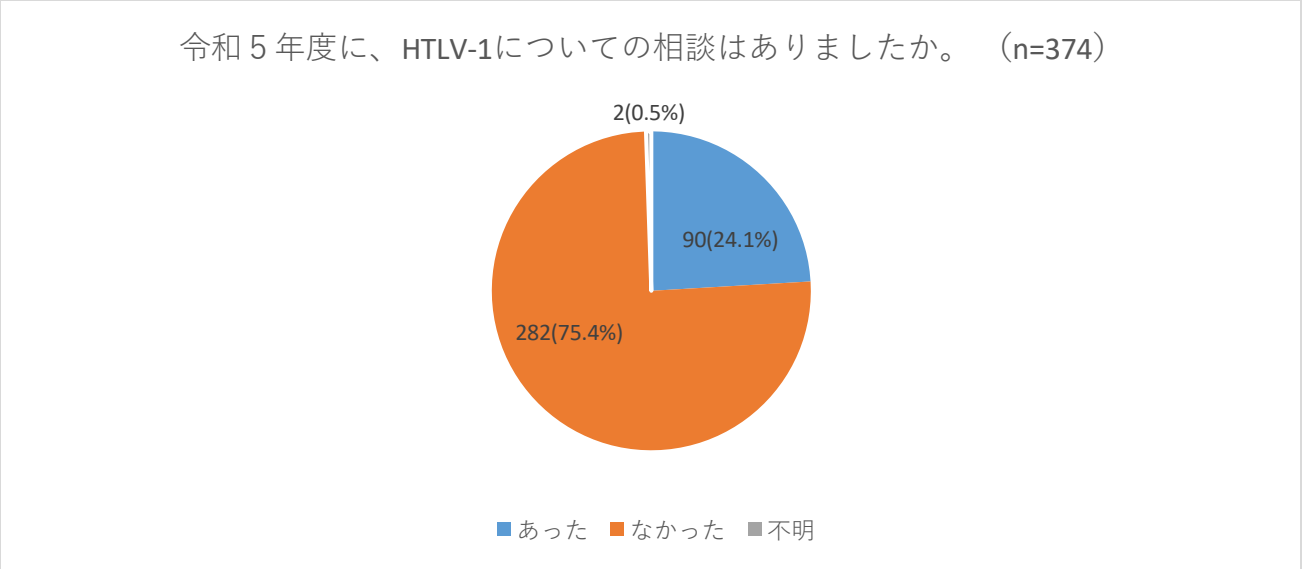
回答者の所属部署その他自由記載（n=74）

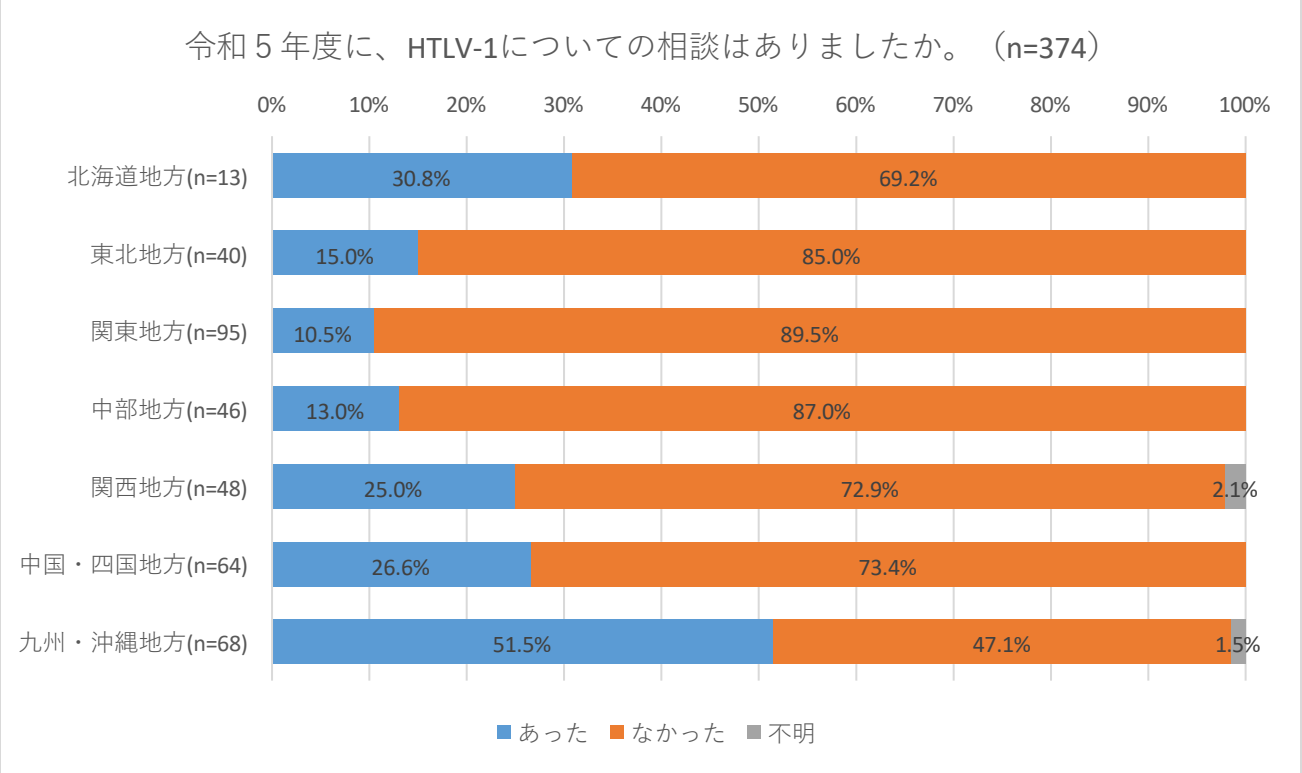
記載	n
母子保健	7
母子保健担当部署	6
母子保健部署	5
母子保健・健康増進部署	4
地域保健活動担当部署	3
母子保健対策部署	3
総合相談担当部署	2
総務企画課	2
地域保健活動	2
難病母子保健部署	2
すこやか相談所	1

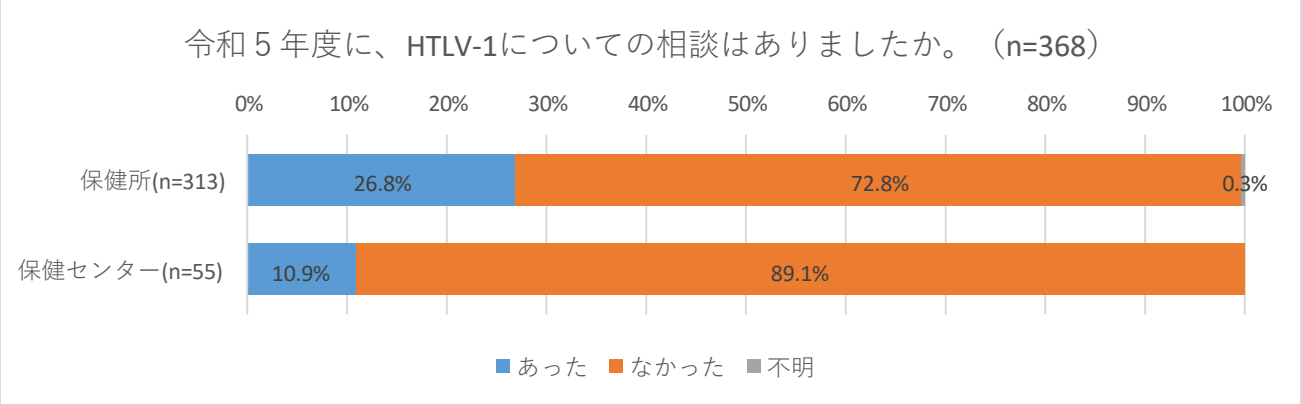
記載	n
荻窪保健センター　藤代	1
環境衛生、薬事担当も兼務	1
企画調整部門	1
健康・予防課	1
健康づくり推進部署	1
健康支援課地域保健グループ	1
健康増進課	1
健康増進部署、調整窓口部署	1
県型保健所健康支援部署	1
県型保健所保健部門	1
高井戸保健センター	1
上井草保健センター	1
成人健康診査関係等	1
地域保健グループ母子保健担当	1
地域保健センター	1
地域保健課	1
地域保健活動業務担当	1
地域保健係	1
当保健所は、担当部署は分かれていません。	1
難病対策、特定健診対策部署	1
難病担当	1
妊婦健診に関わる部署	1
保健センター保健福祉課	1
保健所	1
保健福祉センター	1
母子・難病・地域ケアチーム	1
母子・保健対策係	1
母子担当	1
母子担当課	1
母子班	1
母子保健に関する部署	1
母子保健事業担当部署	1
母子保健担当	1
母子保健担当の部署	1
母子保健担当課	1
母子保健部署、企画調整部署	1
和泉保健センター（母子保健）	1

2. HTLV-1 対応

1) HTLV-1 についての相談の有無（令和 5 年度）

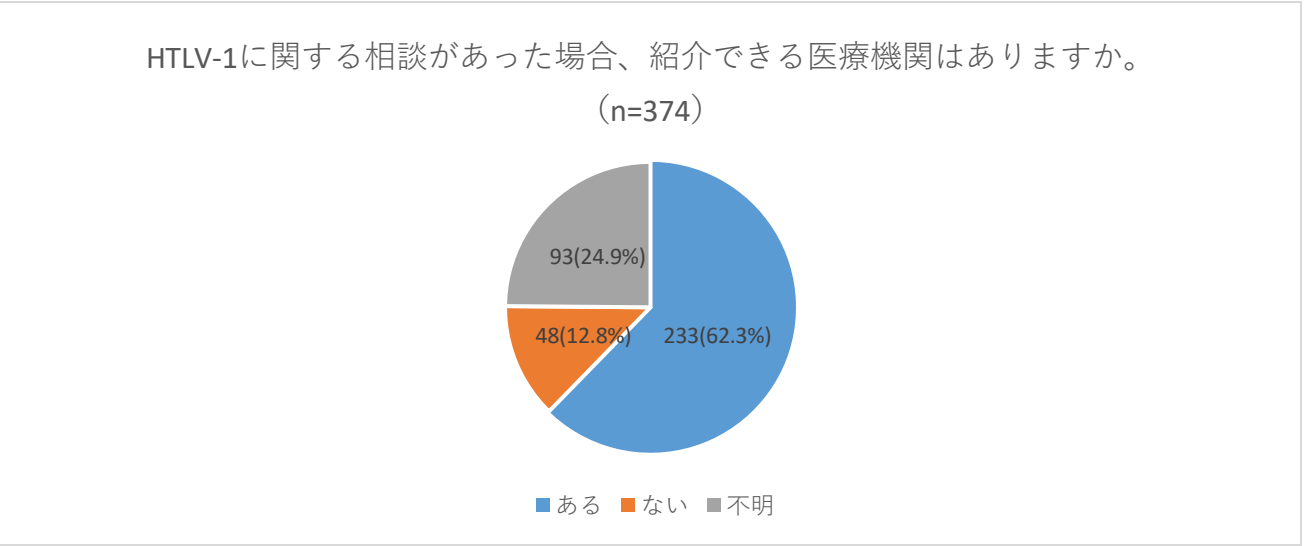


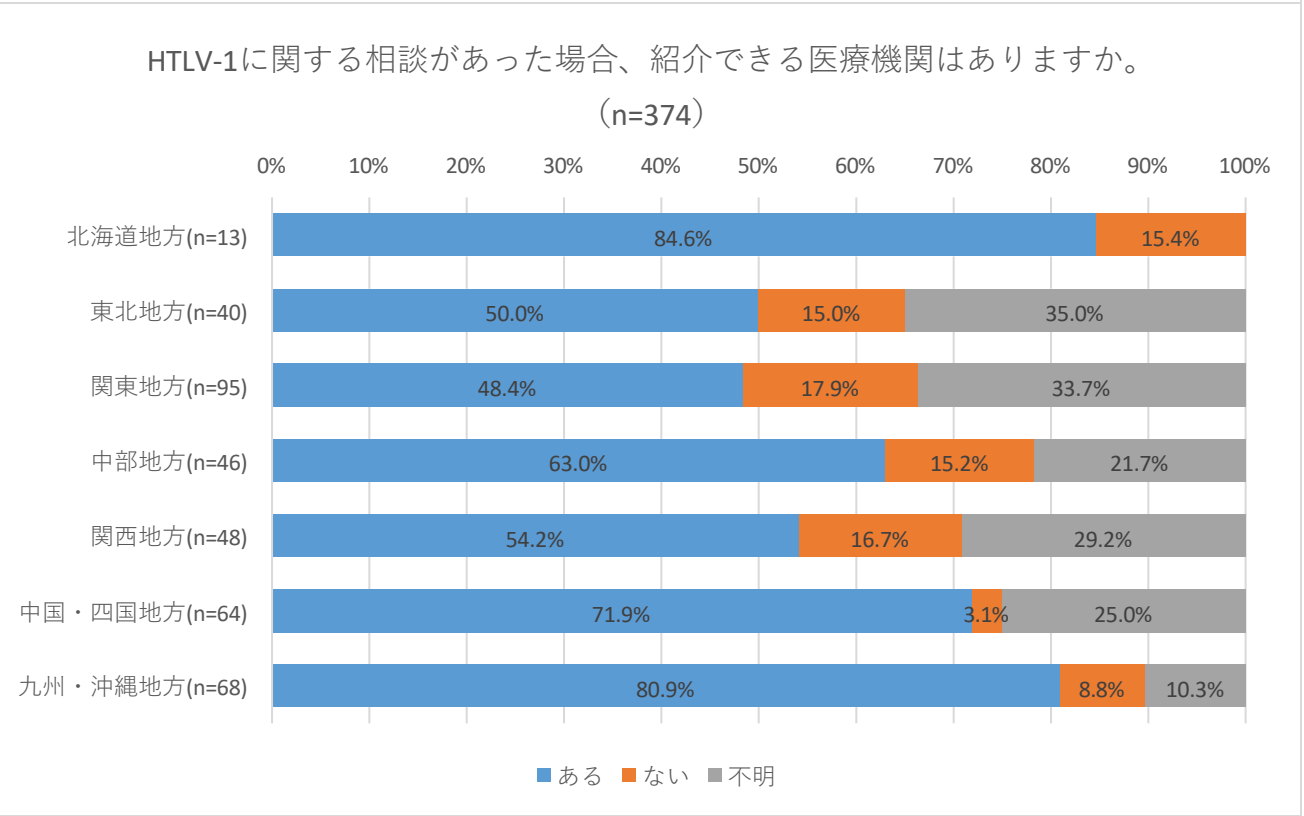


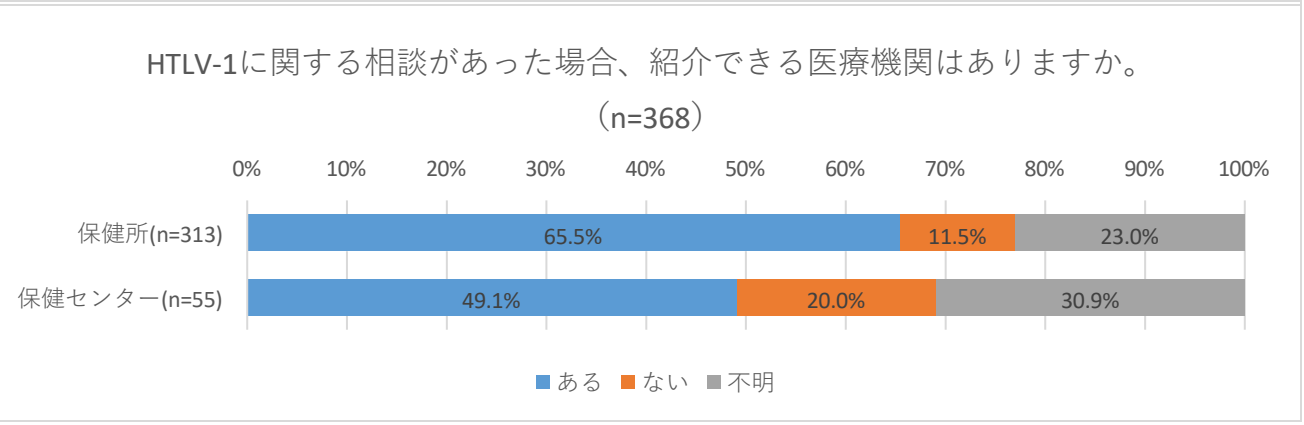


HTLV-1 についての相談があった場合のみ

2)　紹介できる医療機関の有無

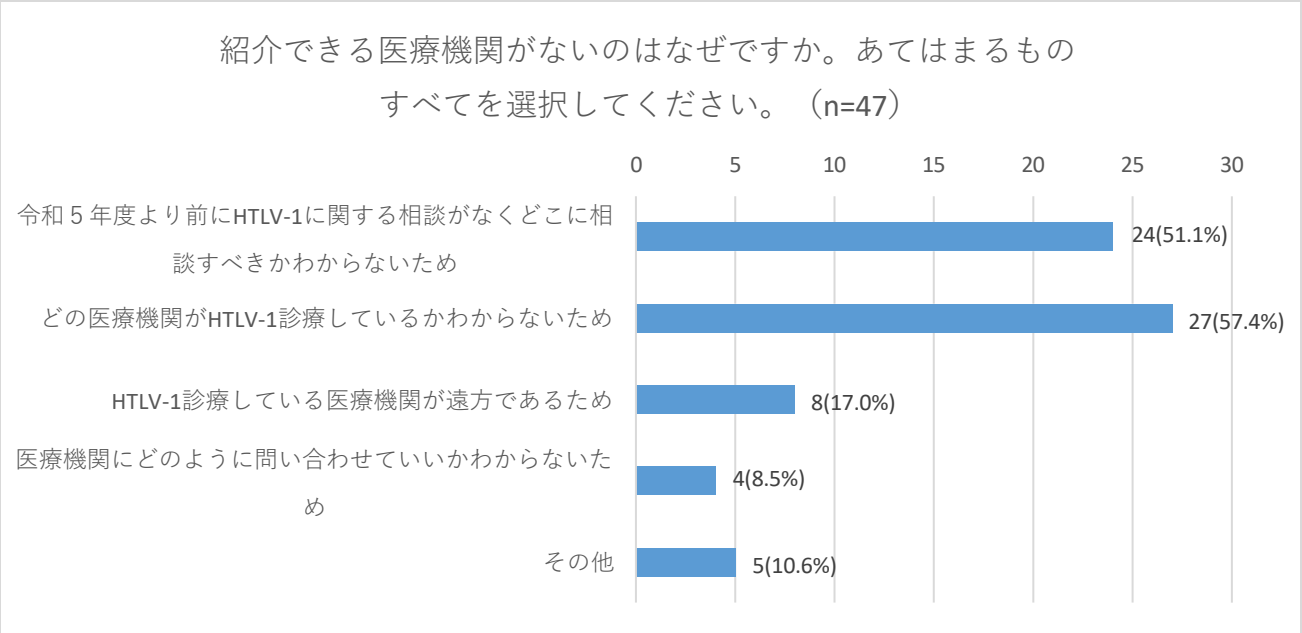


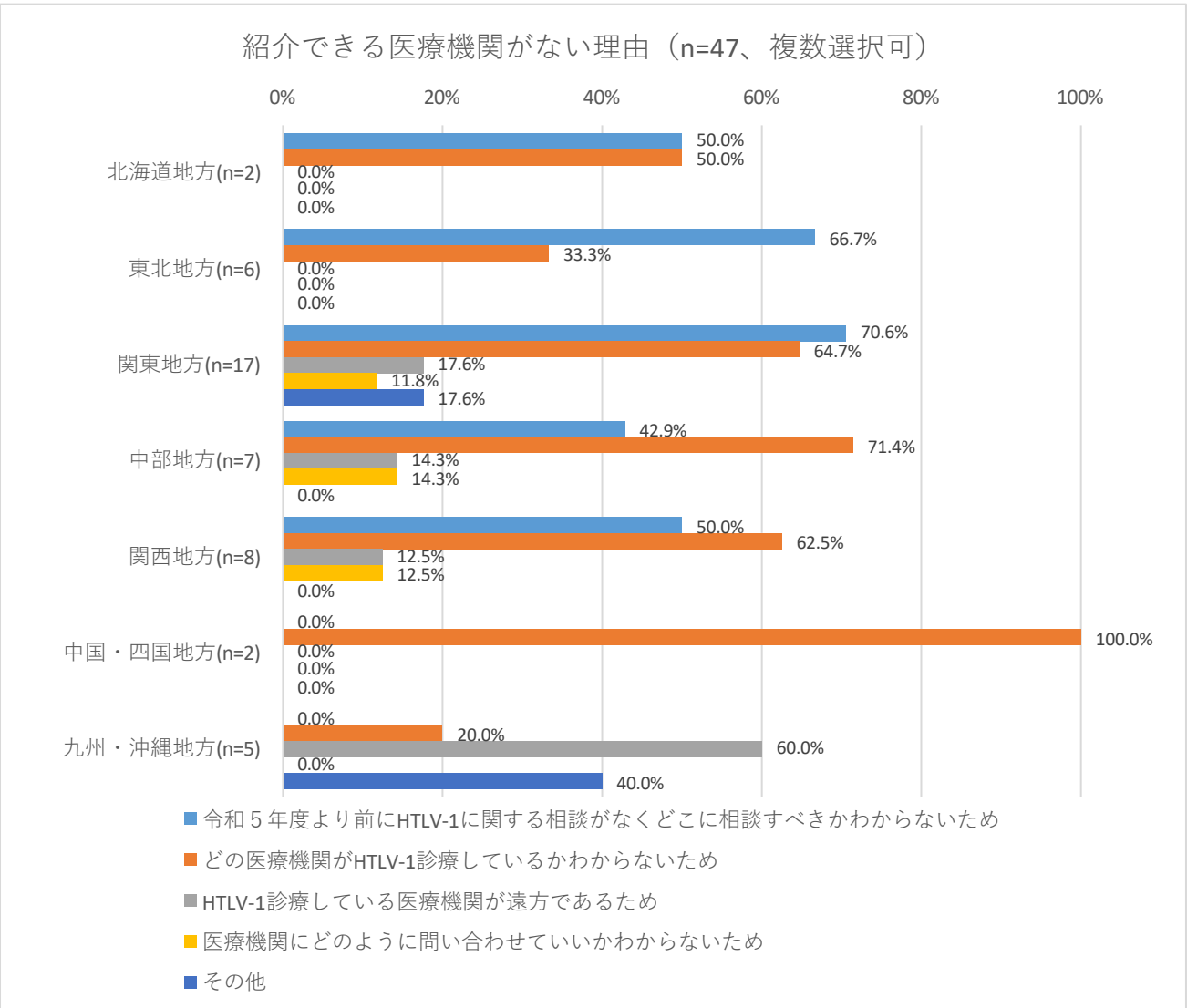


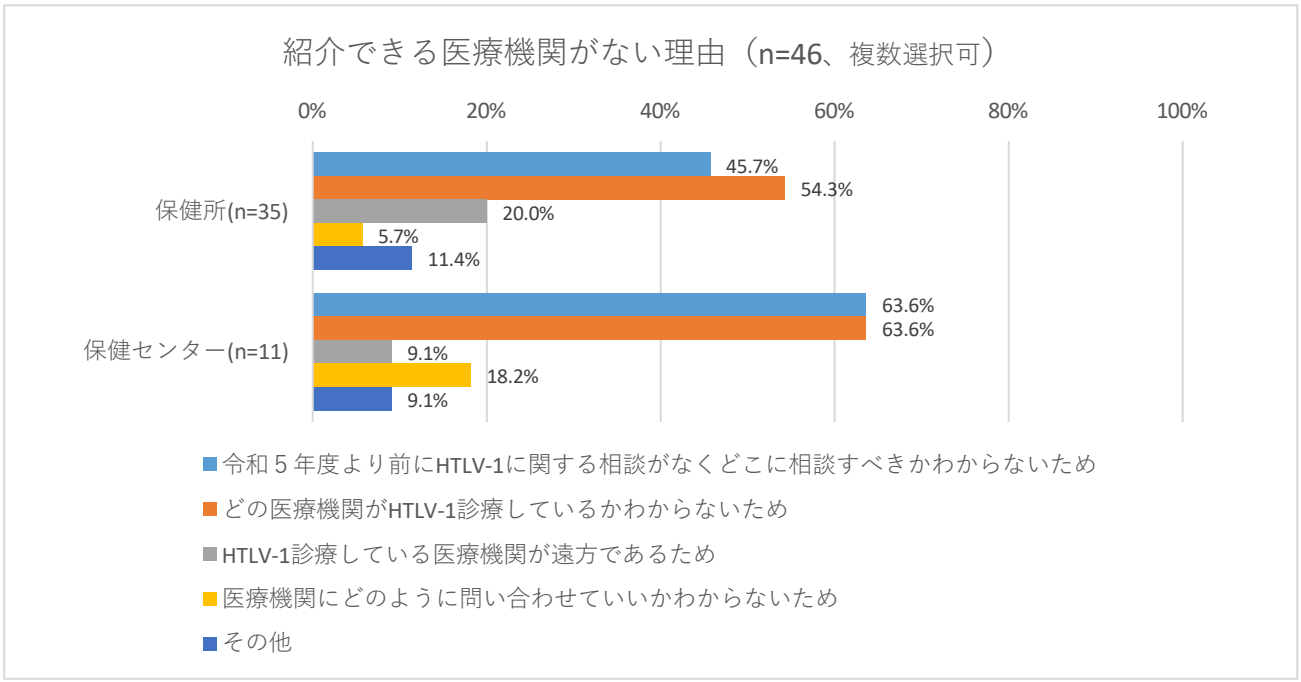


紹介できる医療機関がない場合のみ

3)　紹介できる医療機関がない理由

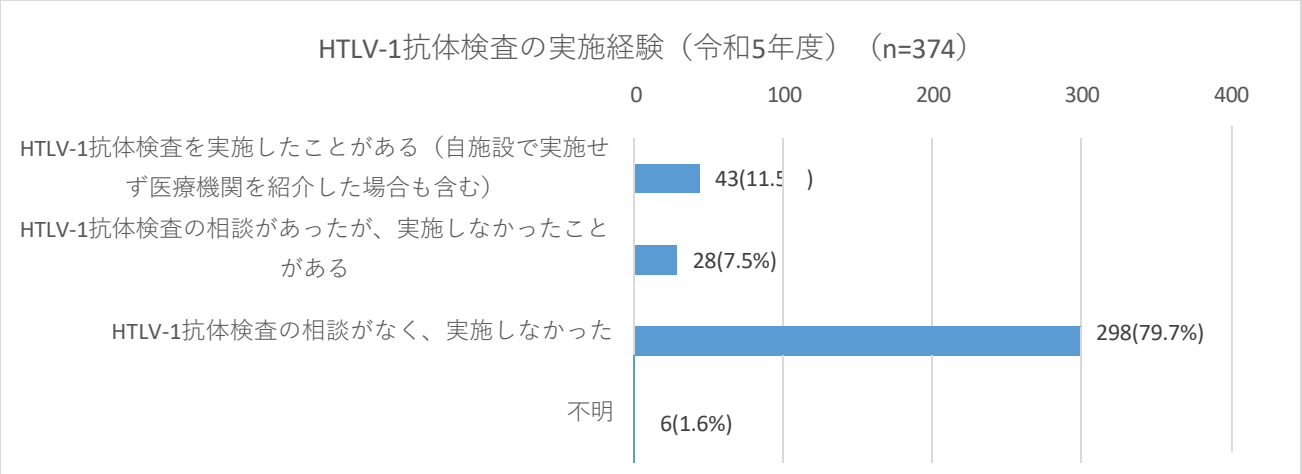


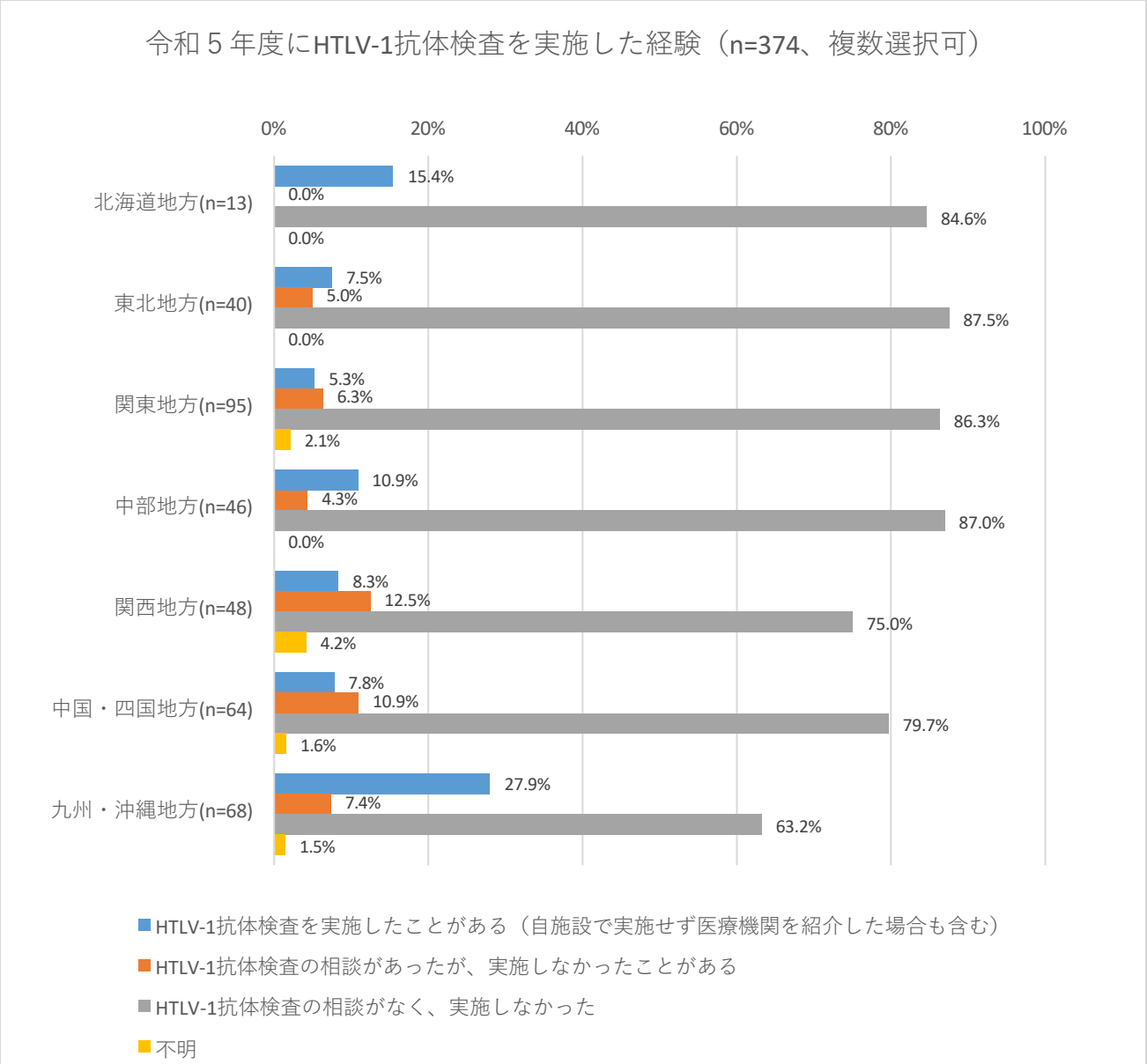


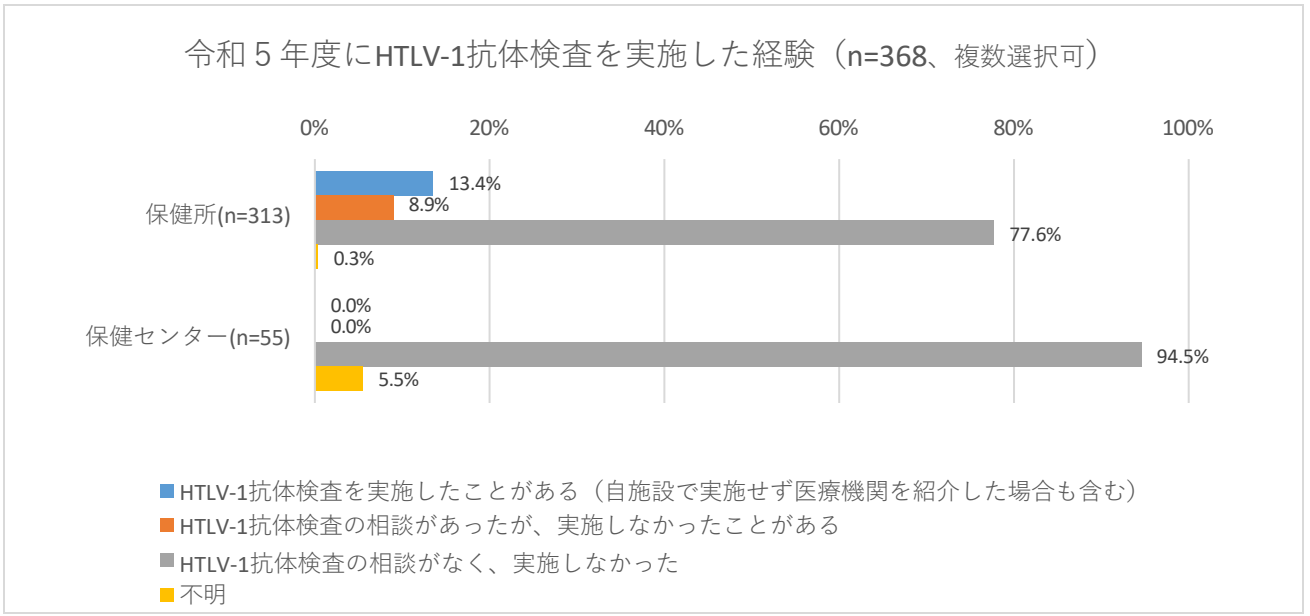

紹介できる医療機関がない理由（n=46、複数選択可）
0%
20%
40%
60%
80%
100%
保健所(n=35)
45.7%
54.3%
20.0%
5.7%
11.4%
保健センター(n=11)
63.6%
63.6%
9.1%
18.2%
9.1%
令和５年度より前にHTLV-1に関する相談がなくどこに相談すべきかわからないため
どの医療機関がHTLV-1診療しているかわからないため
HTLV-1診療している医療機関が遠方であるため
医療機関にどのように問い合わせていいかわからないため
その他

3. HTLV-1 の検査対応

1) HTLV-1 抗体検査の実施経験（令和 5 年度）

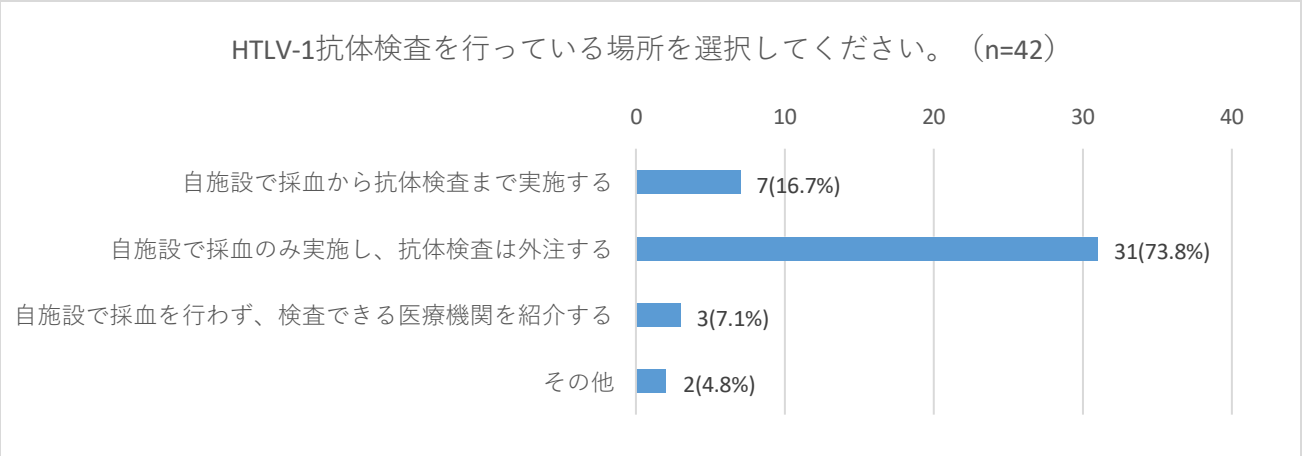


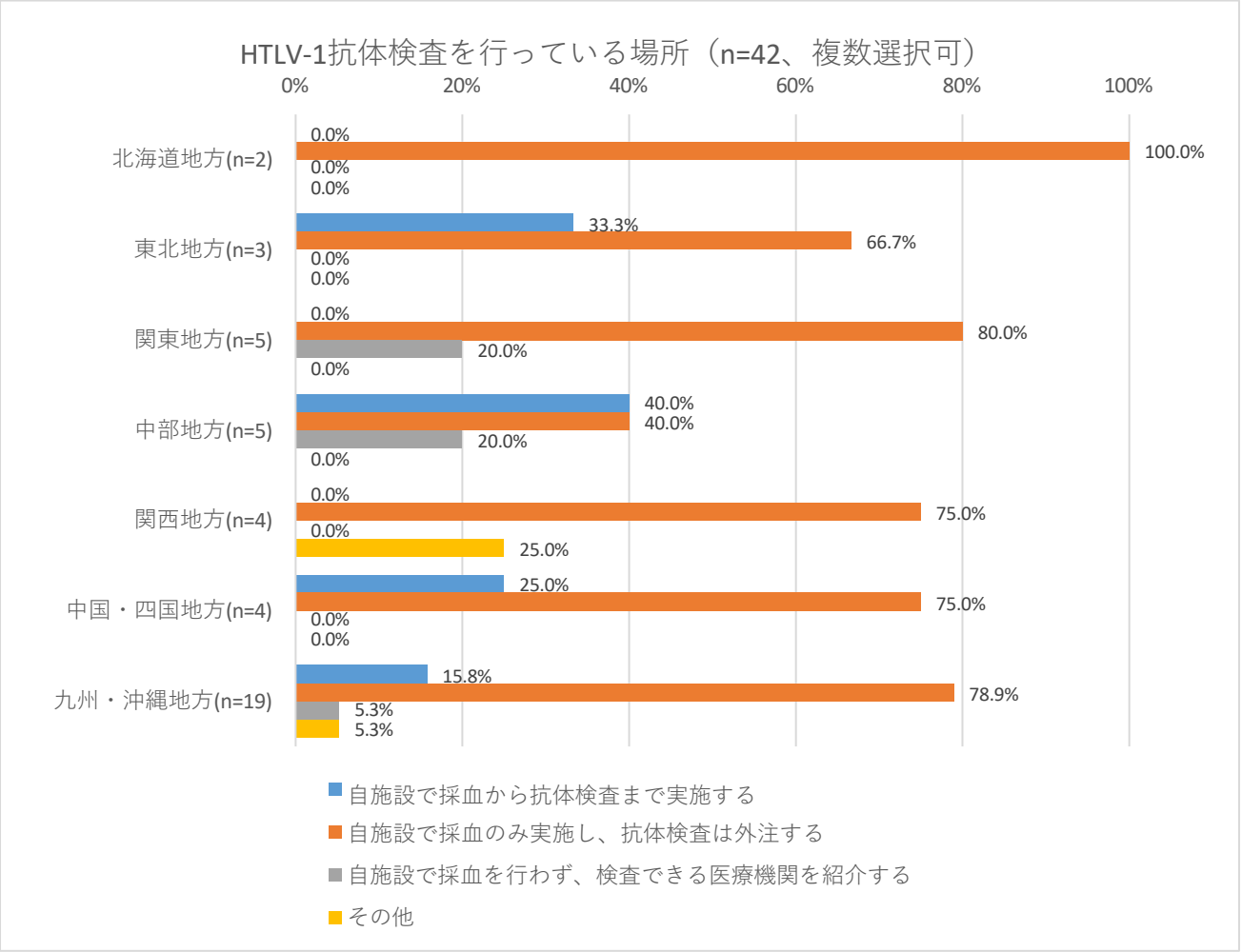


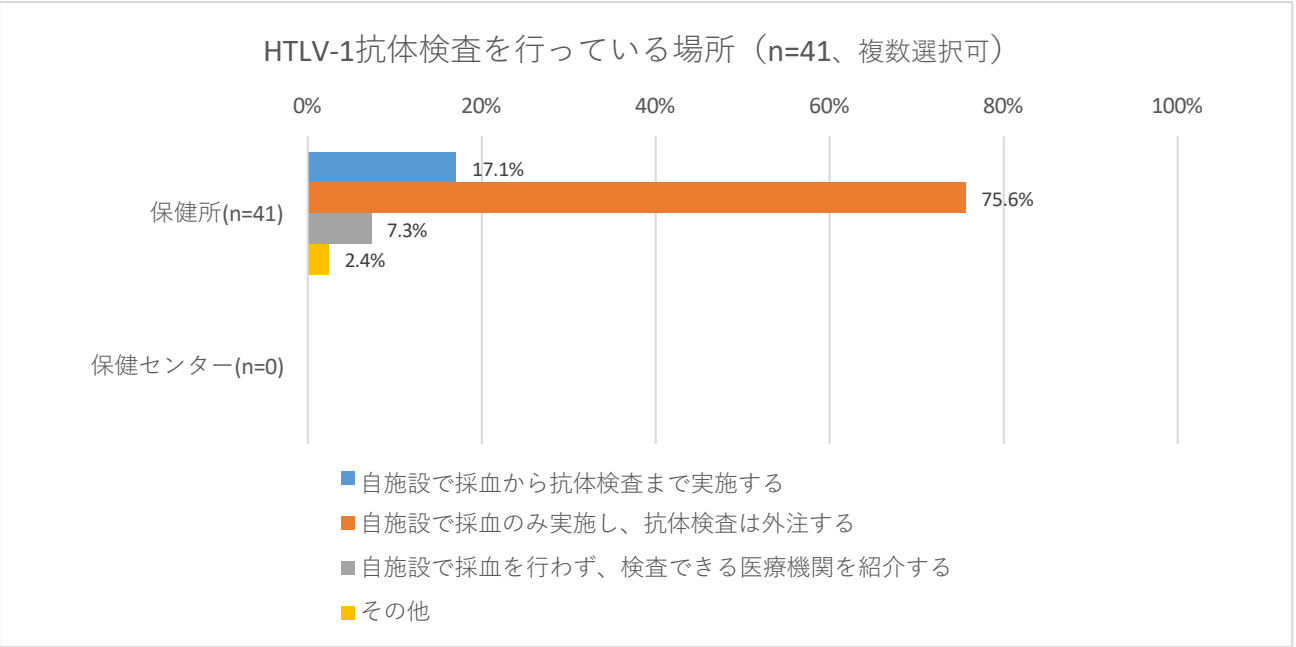

令和５年度にHTLV-1抗体検査を実施した経験（n=368、複数選択可）
0%
20%
40%
60%
80%
100%
保健所(n=313)
13.4%
8.9%
77.6%
0.3%
保健センター(n=55)
0.0%
0.0%
94.5%
5.5%
HTLV-1抗体検査を実施したことがある（自施設で実施せず医療機関を紹介した場合も含む）
HTLV-1抗体検査の相談があったが、実施しなかったことがある
HTLV-1抗体検査の相談がなく、実施しなかった
不明

HTLV-1 抗体検査を実施した経験がある場合のみ

2)　HTLV-1 抗体検査を行っている場所





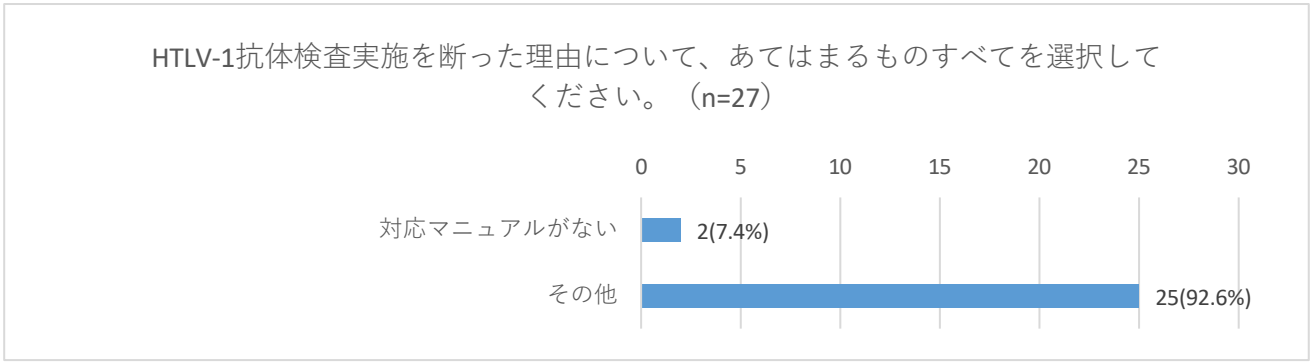


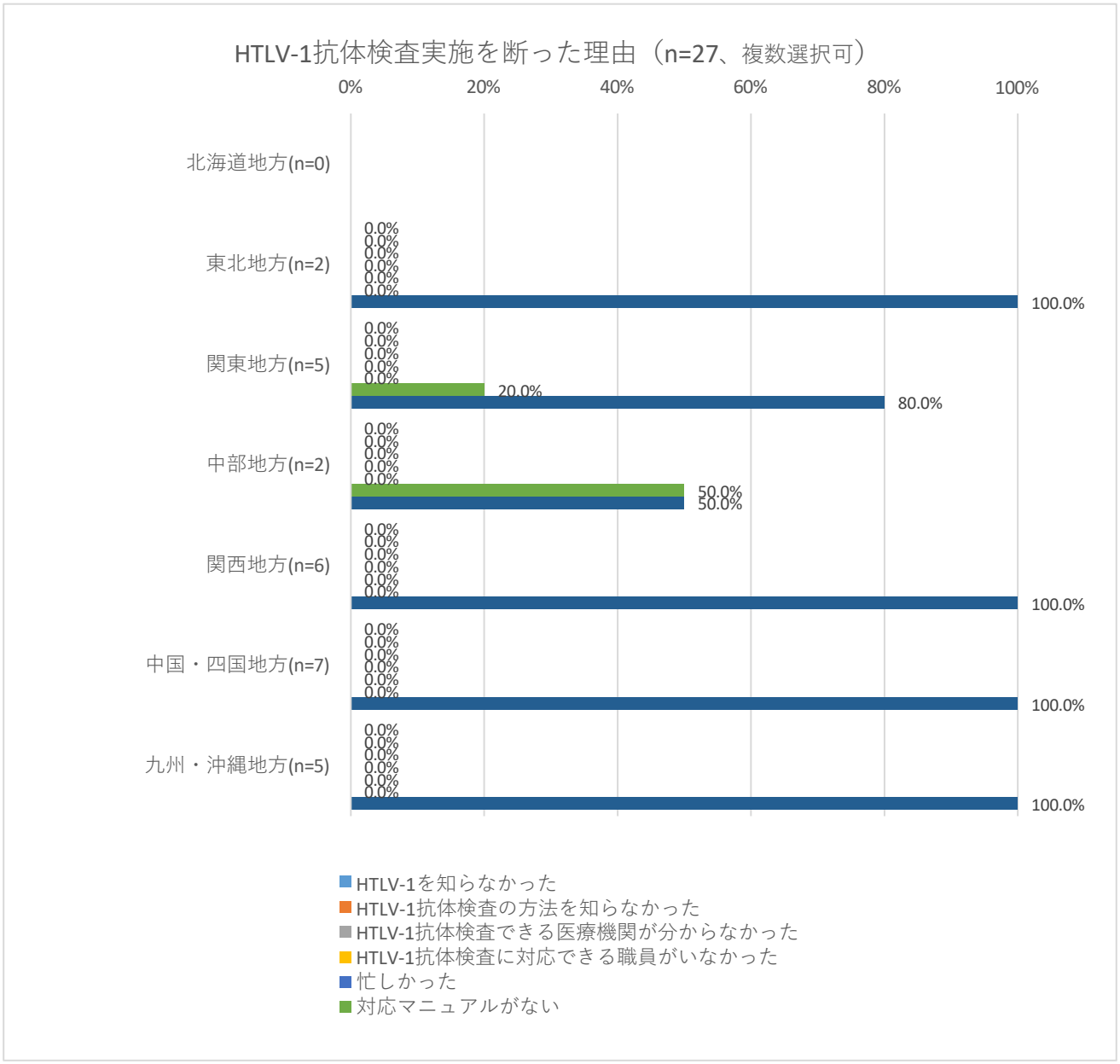
HTLV-1 抗体検査を行っている場所その他自由記載（n=2）

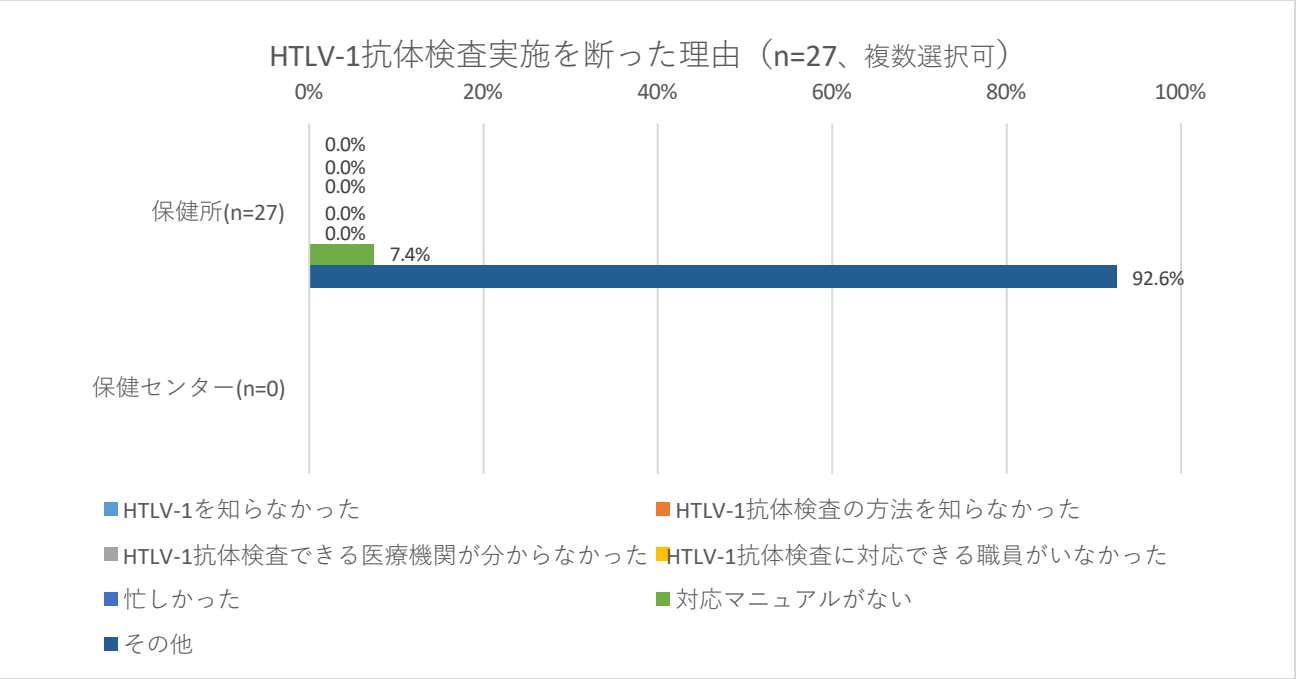
記載	n
妊婦健康診査の検査項目に入れている。各医療機関で実施。	1
R6.8 月より保健所で抗体検査キットを用いてスクリーニング検査を実施，確認検査は外注	1

HTLV-1 抗体検査の相談があったが、実施をしなかったことがある場合のみ

3)　HTLV-1 抗体検査実施を断った理由





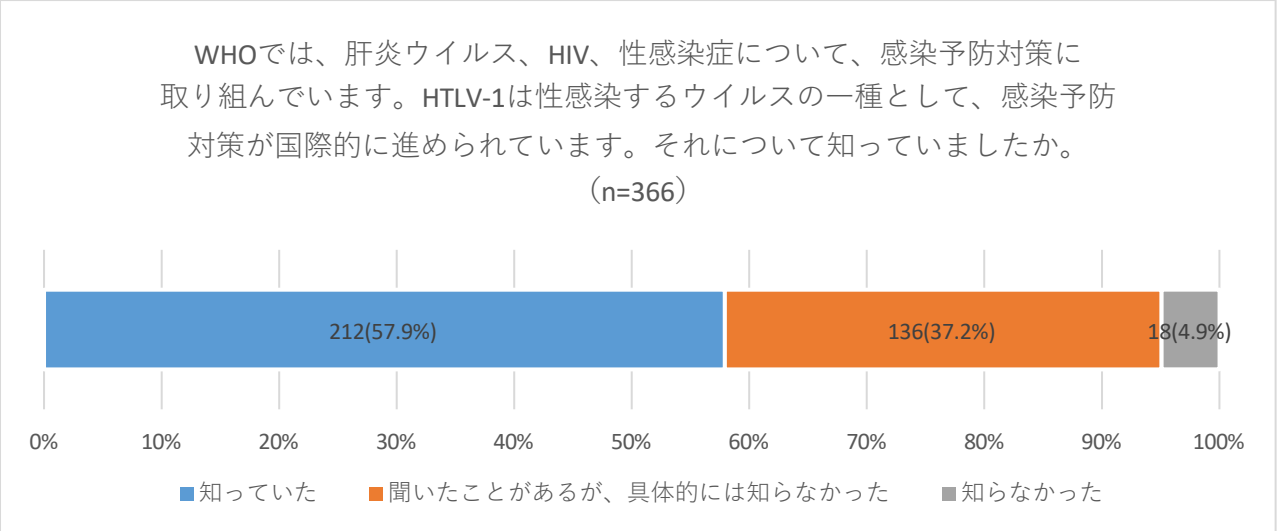


HTLV-1 抗体検査実施を断った理由その他自由記載（n=25）

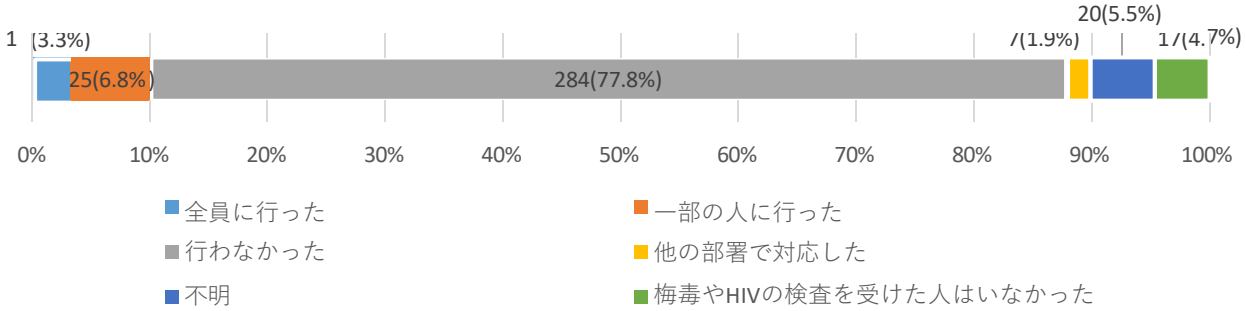
記載	n
かかりつけ医療機関での相談を促した	1
そもそも、検査を実施していない	1
検査について情報提供したが、相談者が検査を希望しなかったため。	1
検査の希望はなかったため	1
検査可能か確認するため、再度別日に連絡するように伝えていたが不通。※検査予約は匿名のため、連絡先は聞かず、再度かけなおしてもらう形式。	1
検査休止期間であったため、HAM ねっとの医療機関一覧を案内した	1
検査条件に該当しないため	1
検査体制の確認のため、改めて翌日連絡いただくように依頼したが、連絡がなかったため。	1
香川県では保健所での検査は実施していないため	1
子どもの HTLV－1 検査が受けられる医療機関についての相談だったため、電話相談窓口の情報提供を行った。	1
事業対象に当てはまらなかった	1
実施していない、医療機関を紹介	1
受検希望者の身近な方には陽性者おらず、受検希望者に陽性だった場合、治療法がないことを説明したところ、検査希望せず。	1
申込者が来所しなかった	1
千葉県では相談・検査受付機関と検査(採血)機関がそれぞれ異なる保健所になっているため、当所では実施していない。	1
相談はあったが、検査の予約をされなかったため	1
相談者が他の医療機関を受診したため。	1
相談者は既に献血にてスクリーニング検査と確認検査を実施しており、改めて保健所での検査をする必要性がない旨を説明し、相談ののちキャンセルとなった。	1

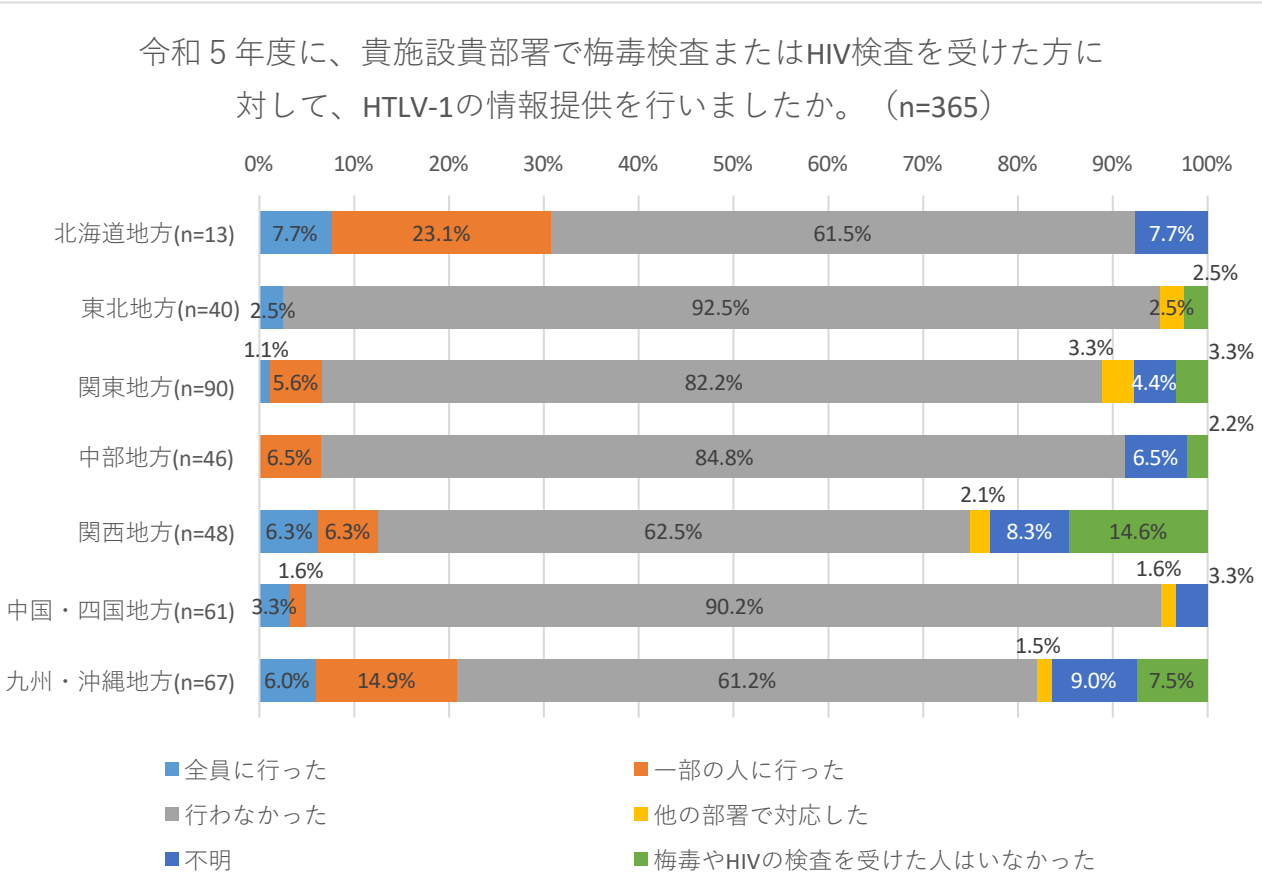
大阪市では HTLV-1 抗体検査を実施しておらず、検査希望があれば医療機関もしくは大阪府の相談窓口を紹介している。	1
当所では検査を実施していないため。	1
当所では HTLV- 1 抗体検査を実施していない。抗体検査の相談には、検査できる医療機関をお伝えしたが、検査を受けたかは不明。	1
日程調整ができなかった	1
不明	1
HTLV-1 の抗体検査を実施していないため	1
HTLV-1 の項目に関する検査を行っていないため。	1

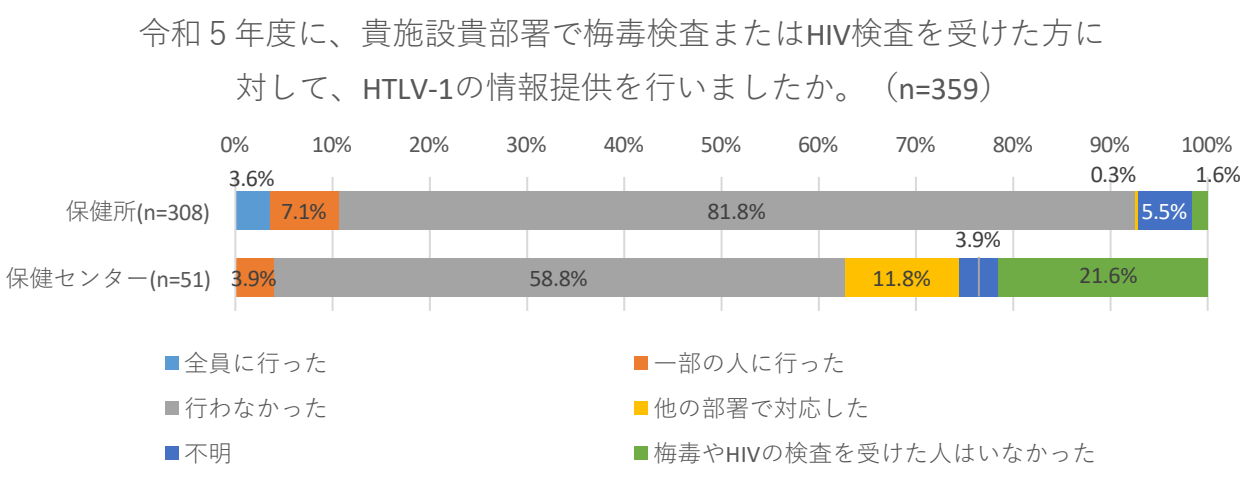
4)　HTLV-1 は性感染するウイルスの一種として、感染予防対策が国際的に進められていることを知っていたか



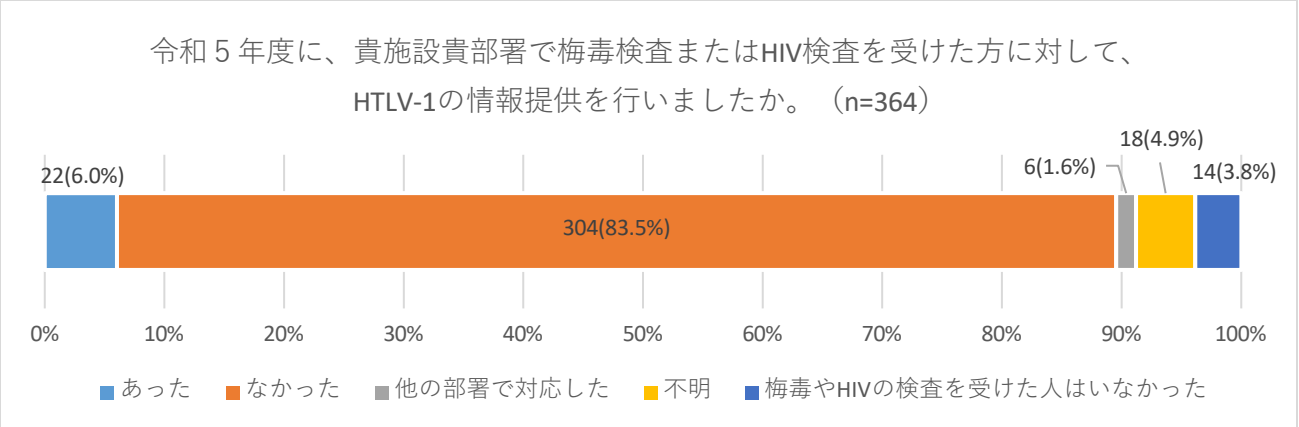
5)　梅毒検査または HIV 検査を受けた方に対して、HTLV-1 の情報提供を行ったか（令和 5 年度）







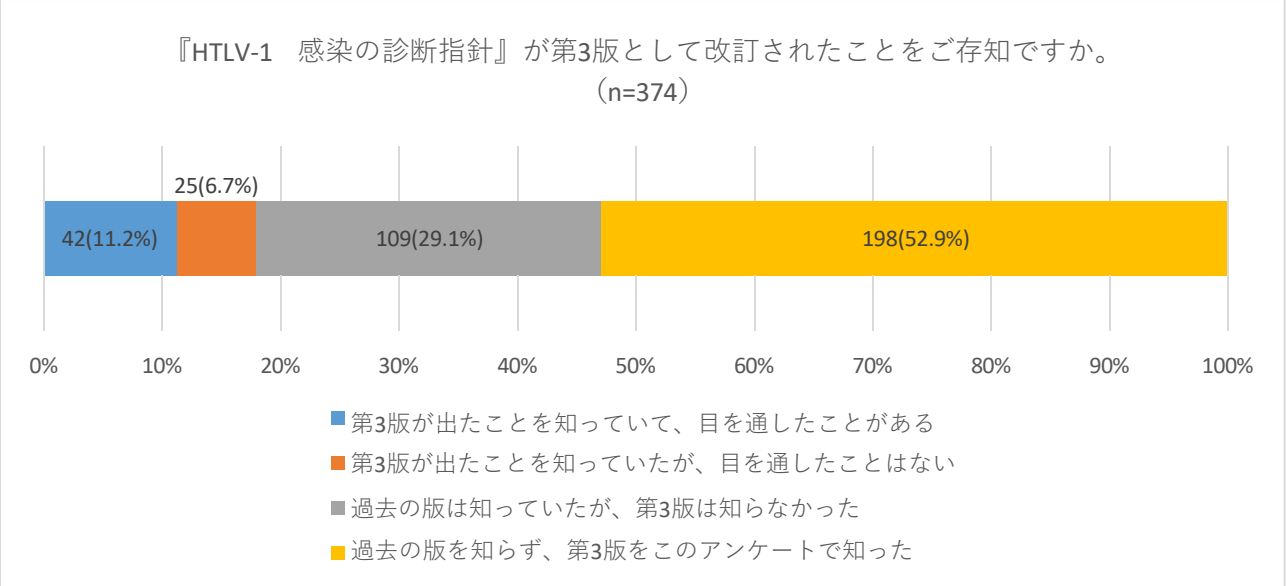
6)　梅毒検査または HIV 検査を受けた方が、HTLV-1 検査も希望したことがあったか

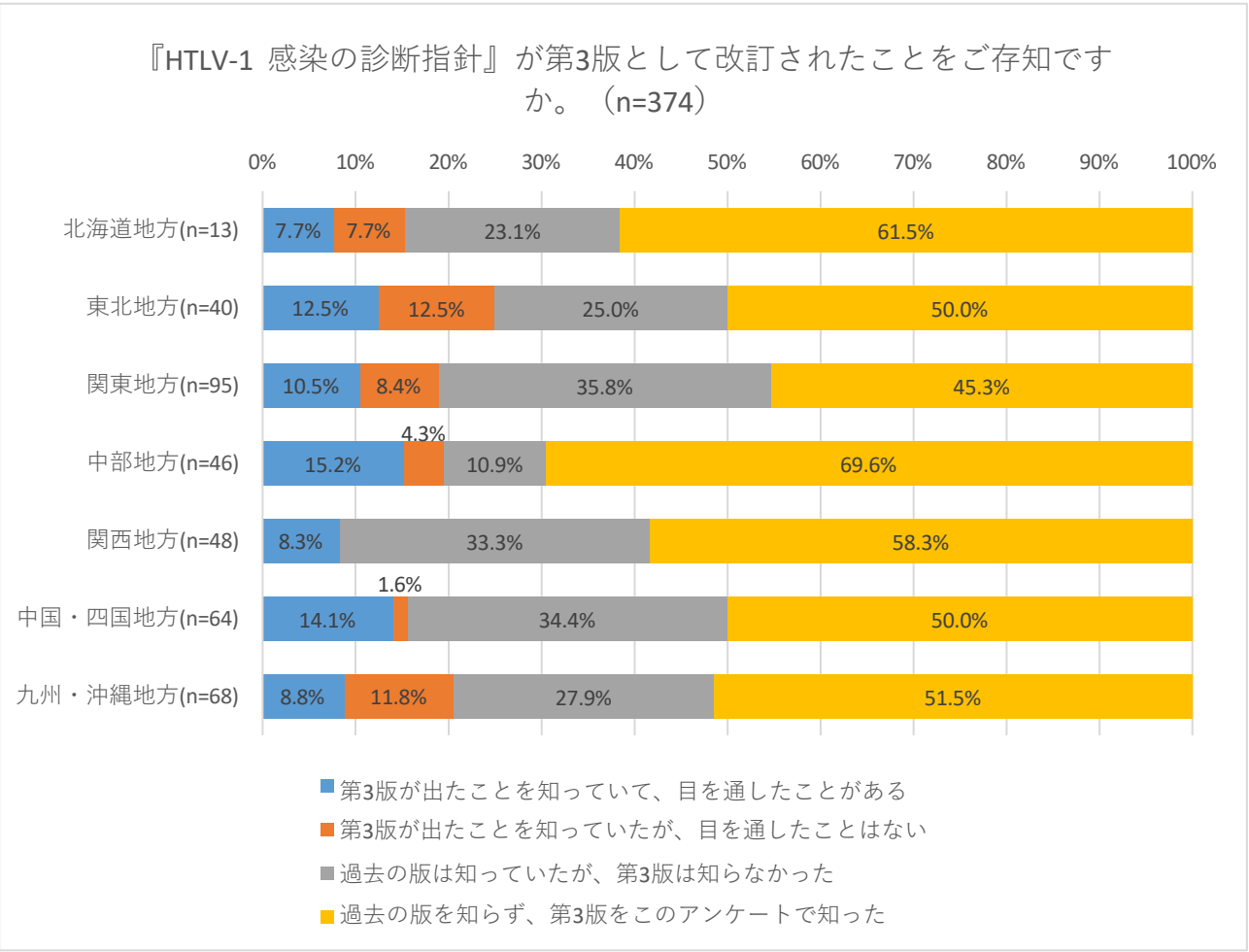


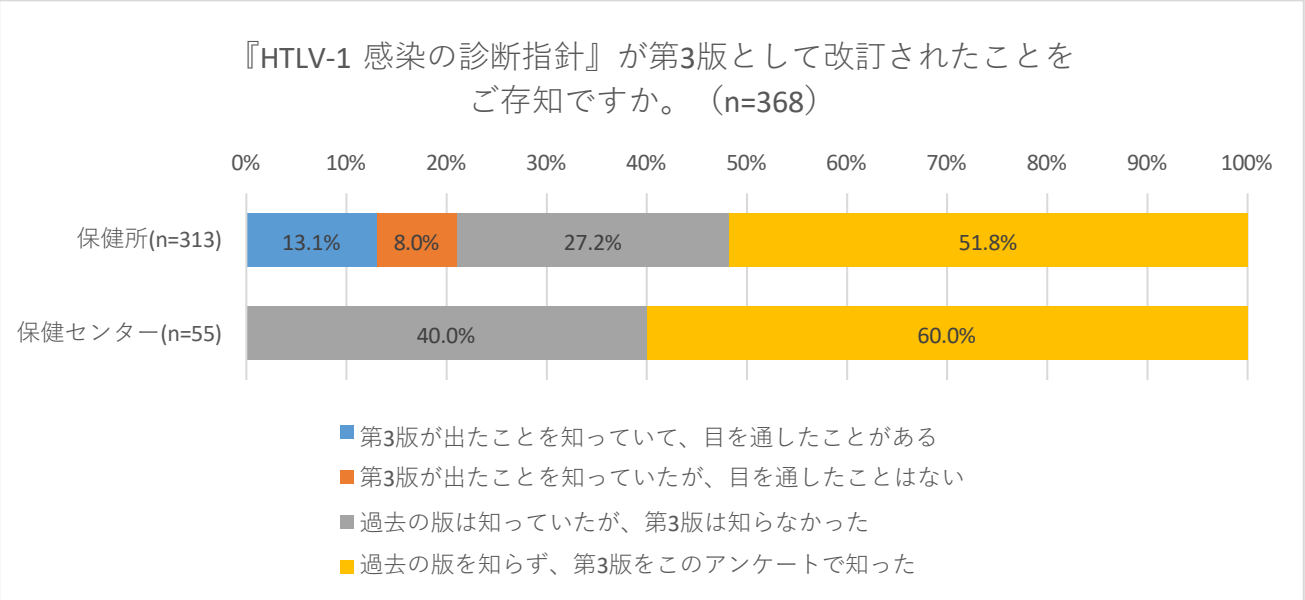
4. HTLV-1 に関するガイドライン・マニュアル等について

『HTLV-1 感染の診断指針』について

1) 『HTLV-1 感染の診断指針』が第 3 版として改訂されたことを知っているか

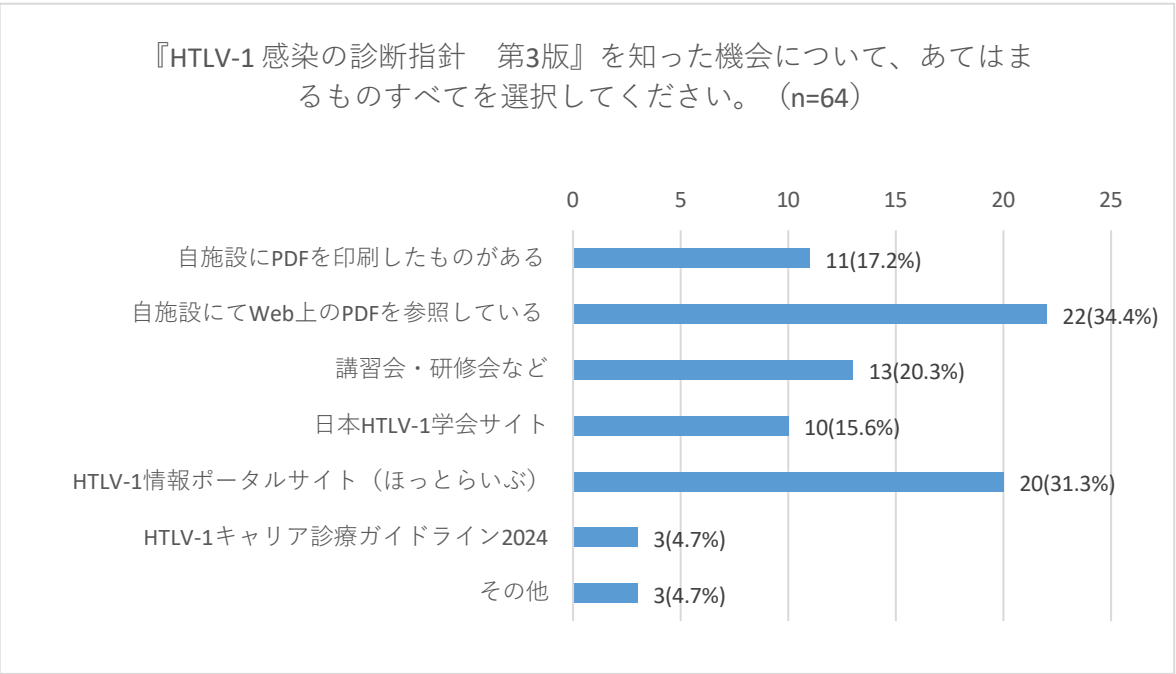






『HTLV-1 感染の診断指針　第 3 版』を知っている場合のみ

2)　『HTLV-1 感染の診断指針　第 3 版』を知った機会



『HTLV-1 感染の診断指針　第 3 版』を見た機会その他自由記載（n=3）

記載	n
研究班からの周知メール	1
聖マリアンナ医科大学渡邊様からのメールにて、日本 HTLV-1 学会サイト、ガイドライン等を知りました。（５月１日「HTLV-1 キャリア診療ガイドライン２０２４」オンライン公開のお知らせ」）	1
妊婦健康診査で検査費用を助成しており、検査方法について調べたため。	1

『HTLV-1 感染の診断指針　第 3 版』に目を通したことがある場合のみ

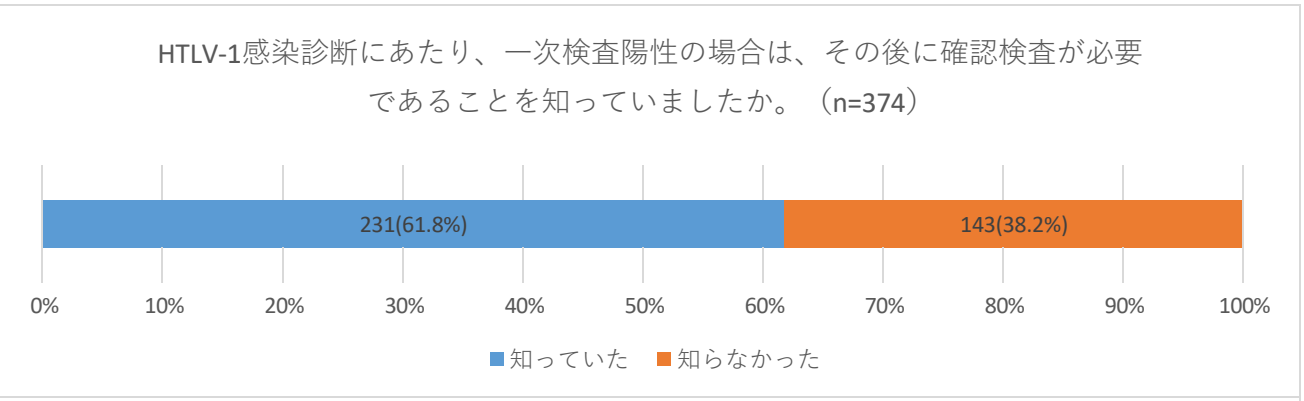
3)　『HTLV-1 キャリア診療ガイドライン 2024』を活用していただいている場合は、ご意見・ご感想

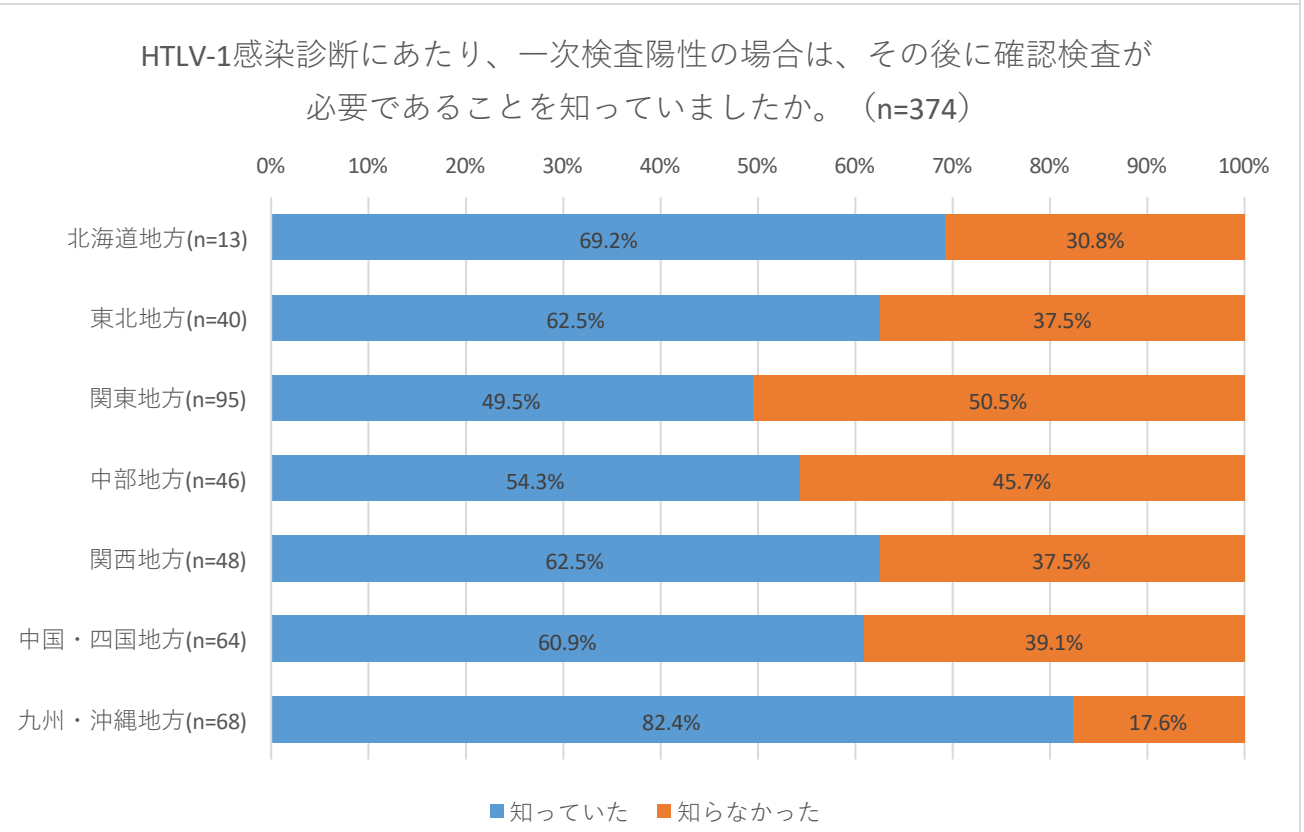
『HTLV-1 キャリア診療ガイドライン 2024』を活用していただいている場合のご意見・ご感想自由記載（n=9）

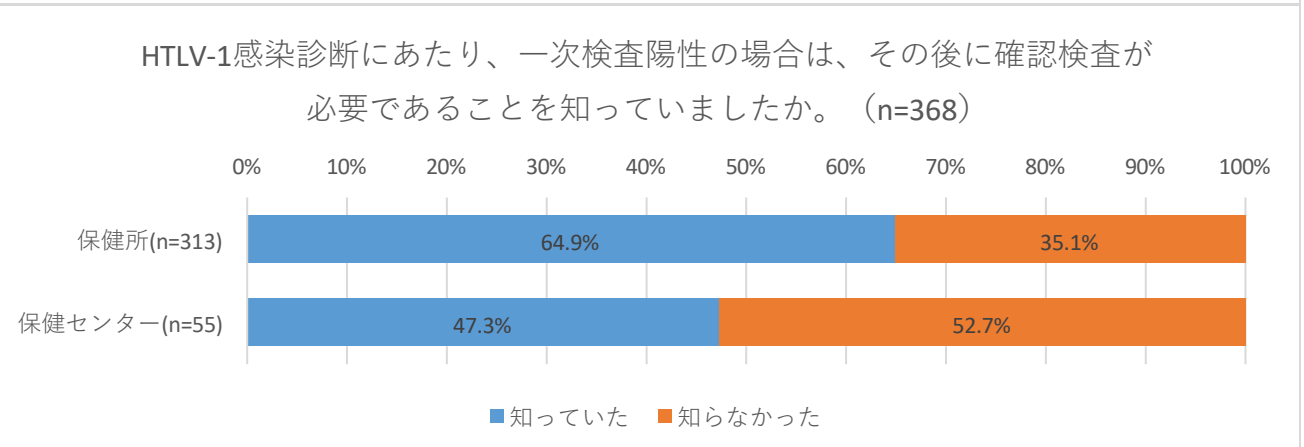
記載	n
なかなか保健所で検査の相談を受けることがなく、記憶が薄れてしまうと感じます。	1
一次検査や確認検査の方法や判定方法などが理解しやすい	1
検査時の内容が端的にまとめられており、分かりやすい。	1
参考になります。	1
静岡県内の保健所（浜松市、静岡市除く）では昨年度まで PA 法で検査を実施していたが、今年度から IC 法に変更となった。変更に伴い、検査案内等を修正するにあたって、本ガイドイドラインが非常に参考になった。	1
相談がないので、活用する場面は少ない。	1
相談が無いため、活用場面なし。	1
特になし	1
特になし。	1

「HTLV-1 感染の診断のための検査フローチャート　第 3 版」について

1)　HTLV-1 感染診断にあたり、一次検査陽性の場合は、その後に確認検査が必要であることを知っていたか

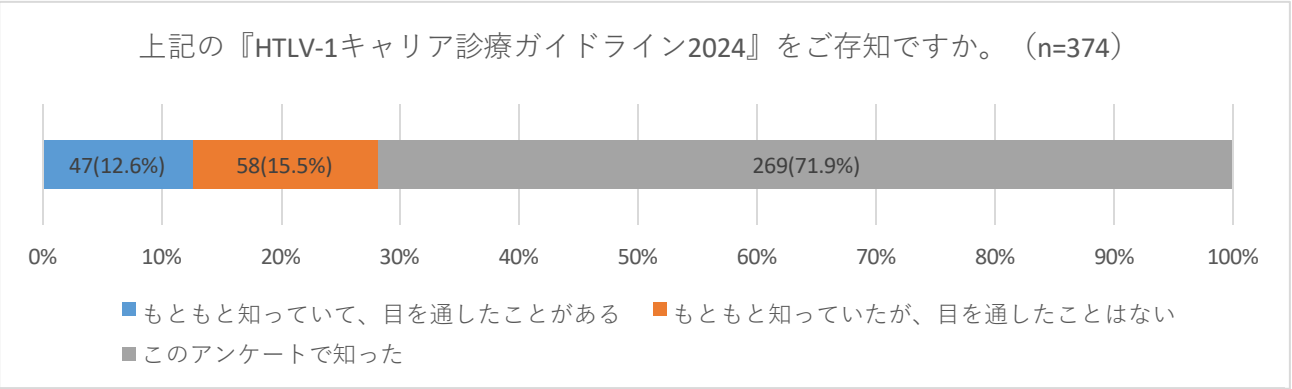


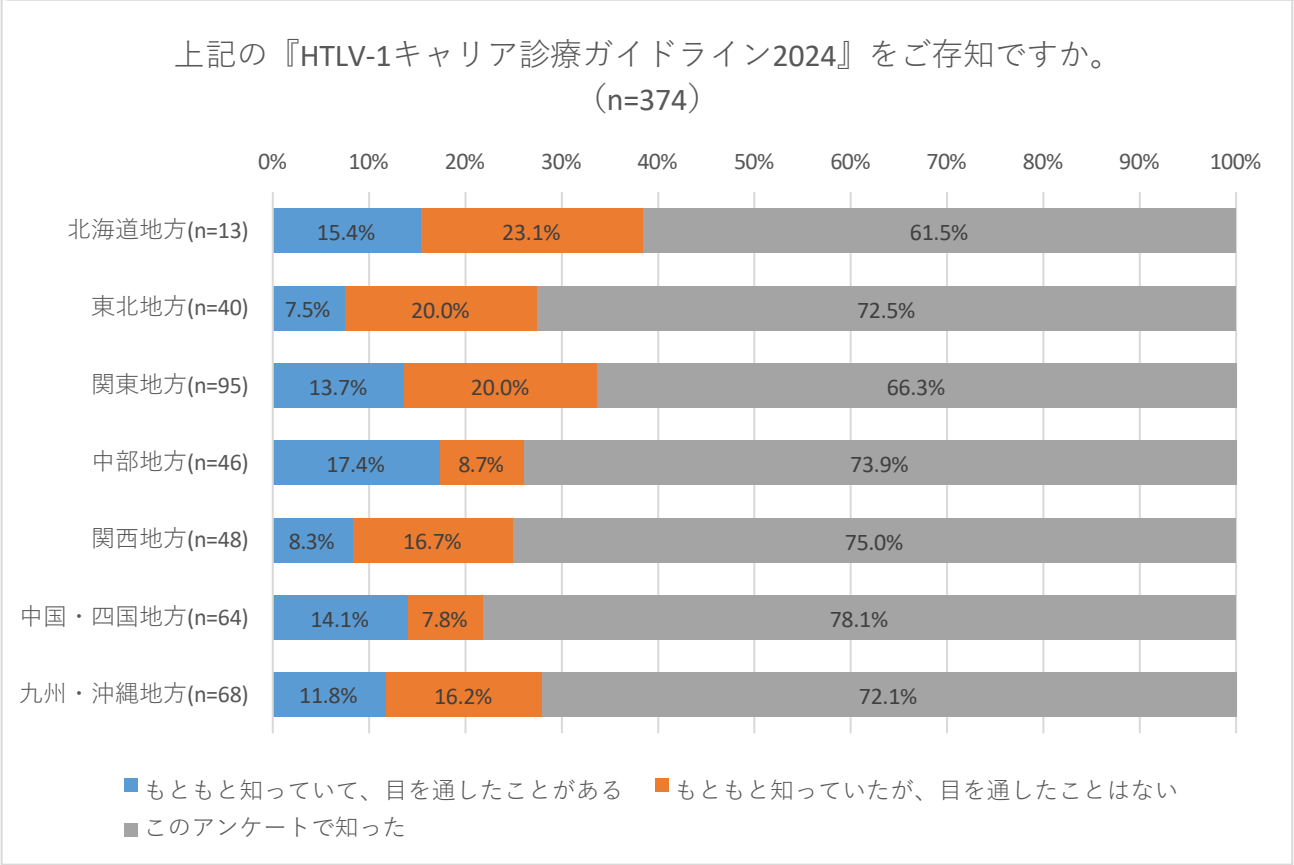


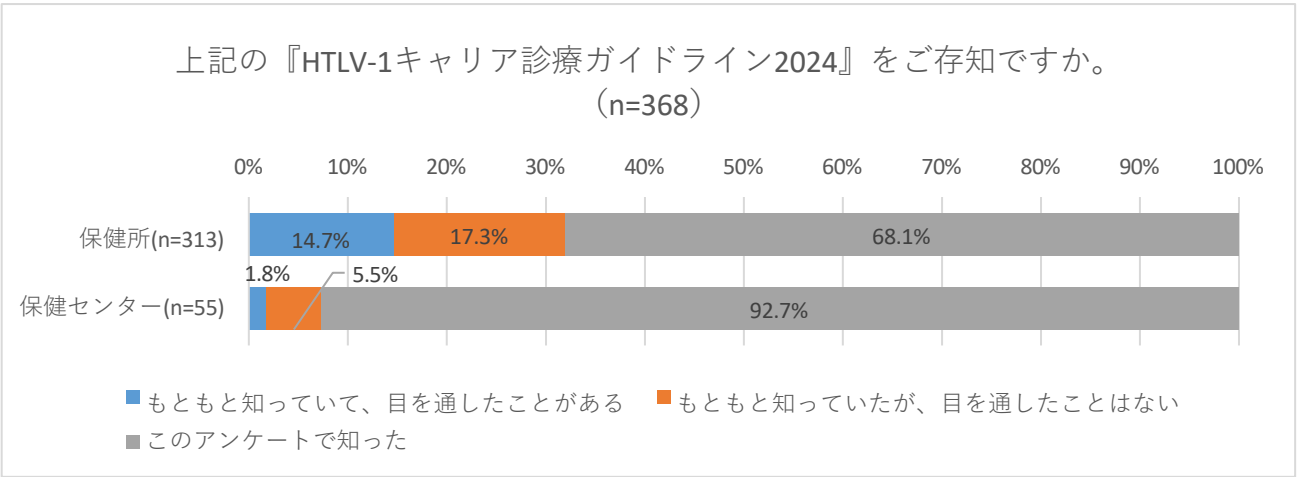


『HTLV-1 キャリア診療ガイドライン 2024』について

1)　『HTLV-1 キャリア診療ガイドライン 2024』を知っているか

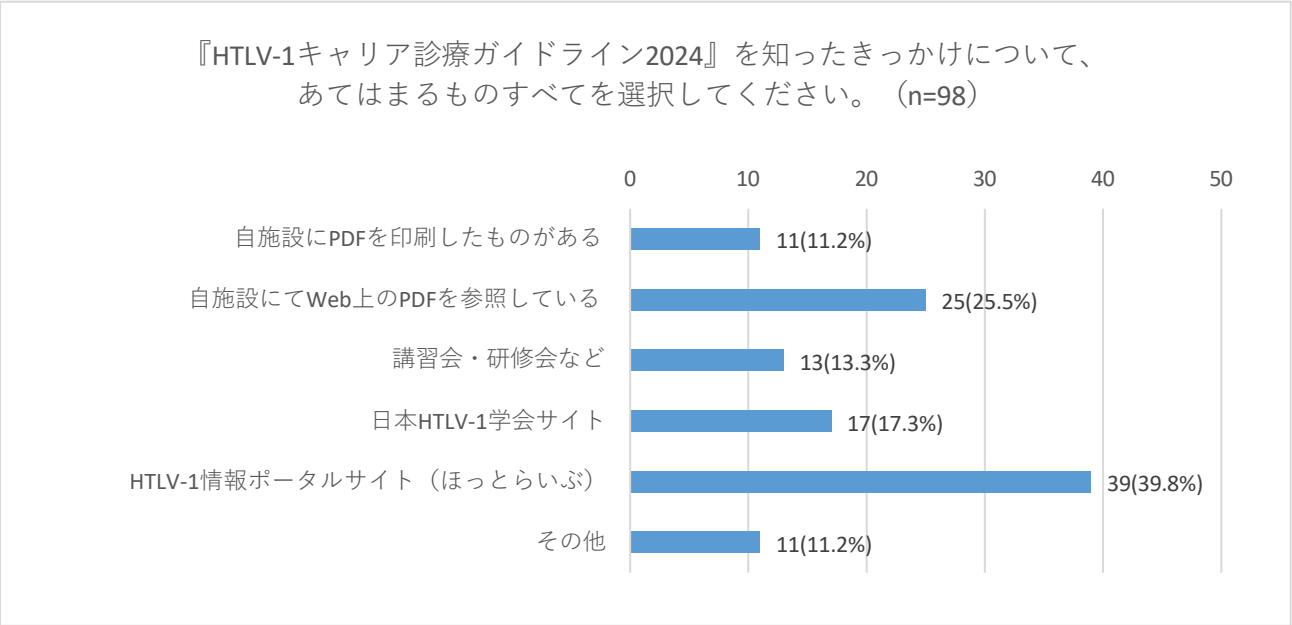






『HTLV-1 キャリア診療ガイドライン 2024』を知っている場合のみ

2)　『HTLV-1 キャリア診療ガイドライン 2024』を知ったきっかけ



『HTLV-1 キャリア診療ガイドライン 2024』を知ったきっかけその他自由記載（n=10）

記載	n
「「HTLV-1 総合対策」推進におけるキャリア対策の基盤整備と適正な研究開発の推進に資する包括的評価と提言のための研究」班からの情報提供	1
「「HTLV-1 総合対策」推進におけるキャリア対策の基盤整備と適正な研究開発の推進に資する包括的評価と提言のための研究」班からメール送付があった。	1
アンケート回答の御礼メールで知った。（R6.5.1）	1
メールにてオンライン公開のお知らせを受領したため	1
貴研究班からの送付により把握	1
研究班からのお知らせメール	1
研究班からの周知メール	1
研究班からメールで情報提供があった。	1
聖マリアンナ医科大学渡邊様からのメールにて、日本 HTLV-1 学会サイト、ガイドライン等を知りました。（５月１日「HTLV-1 キャリア診療ガイドライン２０２４」オンライン公開のお知らせ」）	1
保健所に郵送されてきた	1

『HTLV-1 キャリア診療ガイドライン 2024』に目を通したことがある場合のみ

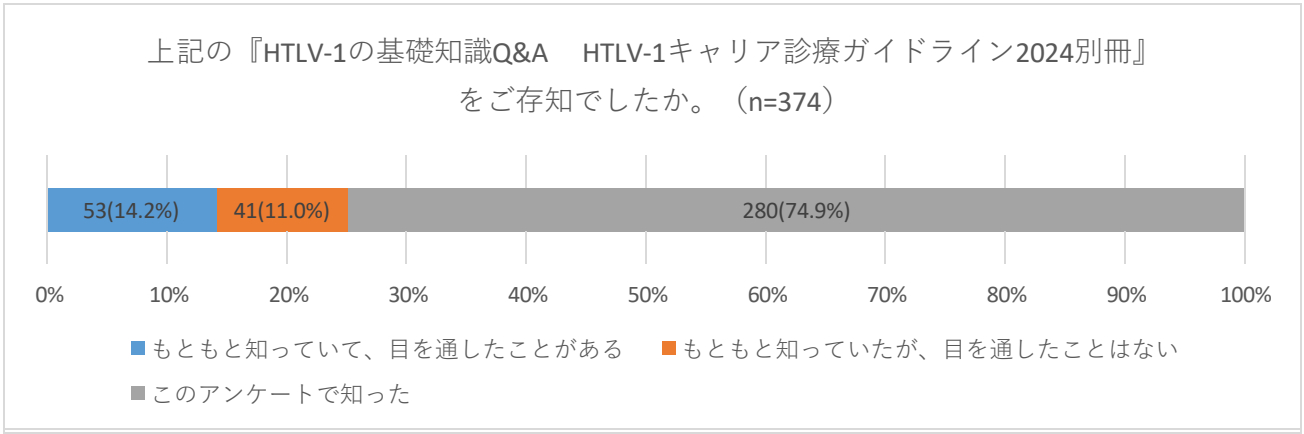
3)　『HTLV-1 キャリア診療ガイドライン 2024』を活用していただいている場合は、ご意見・ご感想

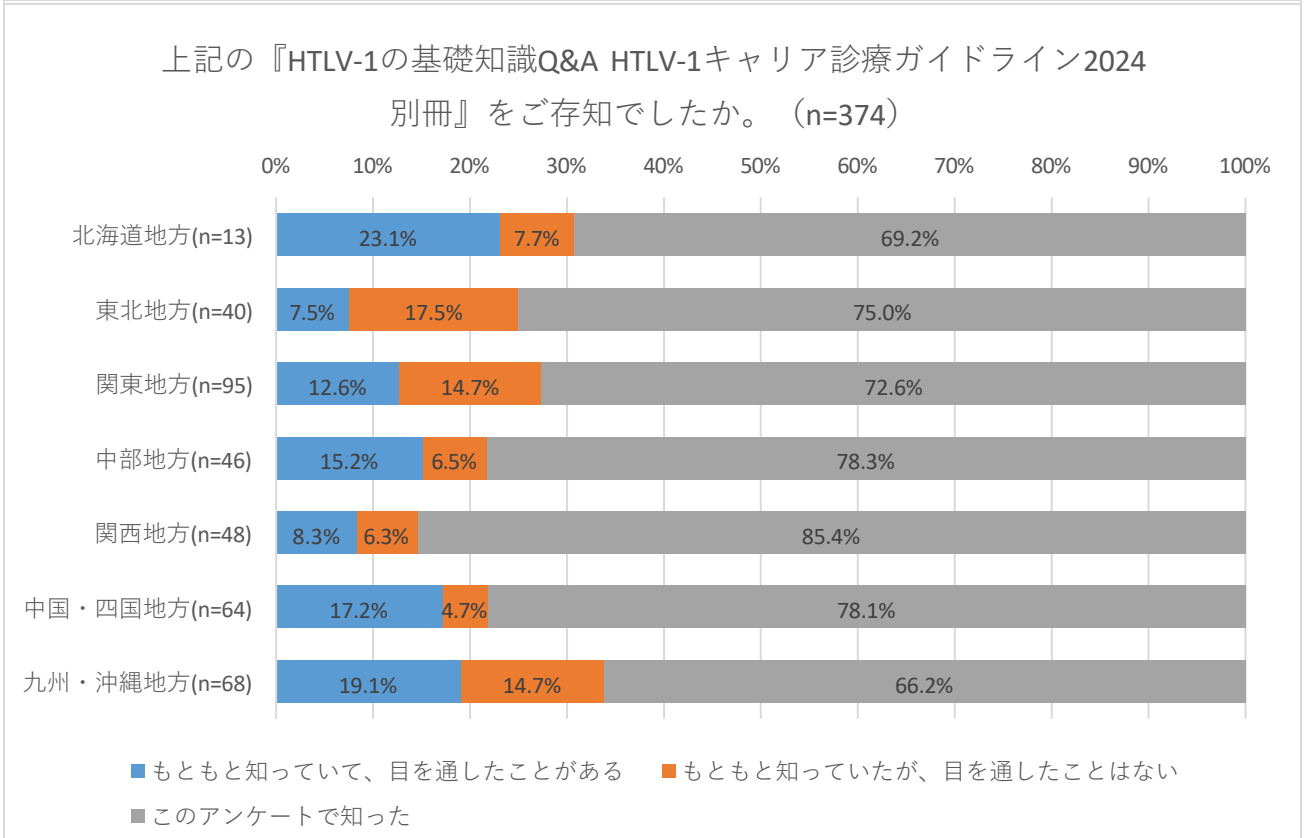
『HTLV-1 キャリア診療ガイドライン 2024』を活用していただいている場合のご意見・ご感想自由記載（n=10）

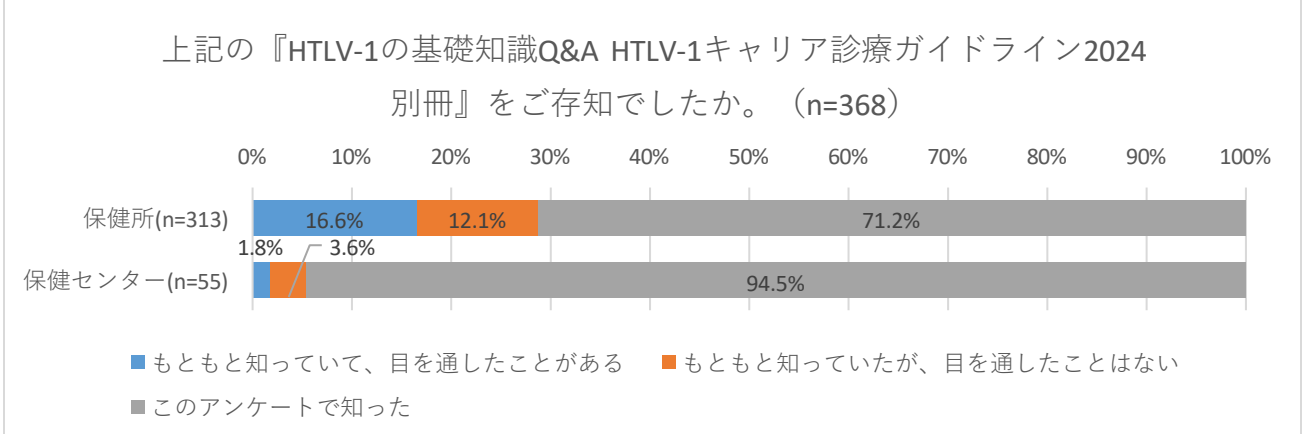
記載	n
これまで業務で HTLV-1 の相談対応時に、診療について関わることがなかったので、一読したくらいです。医療機関の医師には参考になると思います。	1
検査や発症リスクが分かりやすく図示されていた。	1
参考になります。	1
静岡県内の保健所（浜松市、静岡市除く）では昨年度まで PA 法で検査を実施していたが、今年度から IC 法に変更となった。変更に伴い、検査案内等を修正するにあたって、本ガイドイドラインが非常に参考になった。	1
専門的でとてもわかりやすい。治療方針や対応などが理解できた。相談があったときに活用したい。	1
相談ないため、活用場面なし。	1
特になし	1
HTLV-1 キャリアに対しての治療方針や課題等、専門的な内容が記載されていて、詳細な情報が知りたいときに活用している。	1
HTLV-1 に関する基礎知識を学習するために活用した。	1
Q＆A は具体的に記載されており、分かりやすい。しかし、ページ数が多いため印刷しておらず、ネットで閲覧している状況である。	1

『HTLV-1 の基礎知識 Q&A　HTLV-1 キャリア診療ガイドライン 2024 別冊』について

1)　『HTLV-1 の基礎知識 Q&A　HTLV-1 キャリア診療ガイドライン 2024 別冊』を知っているか

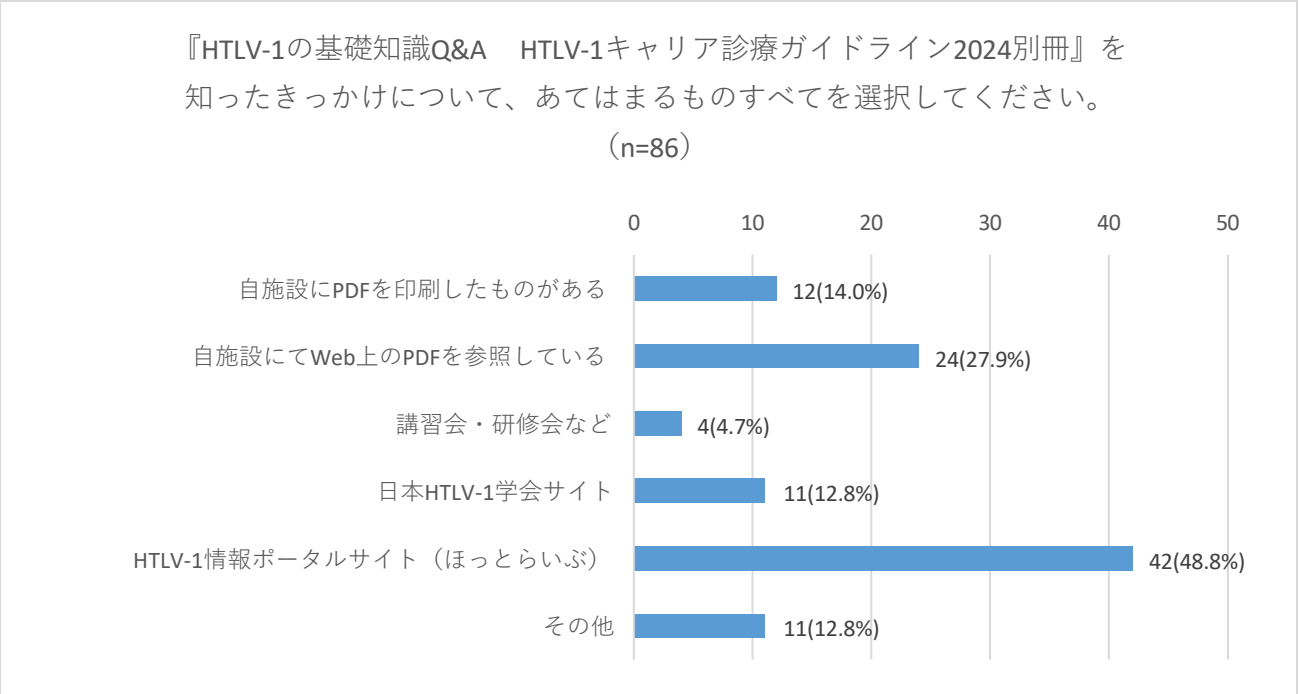






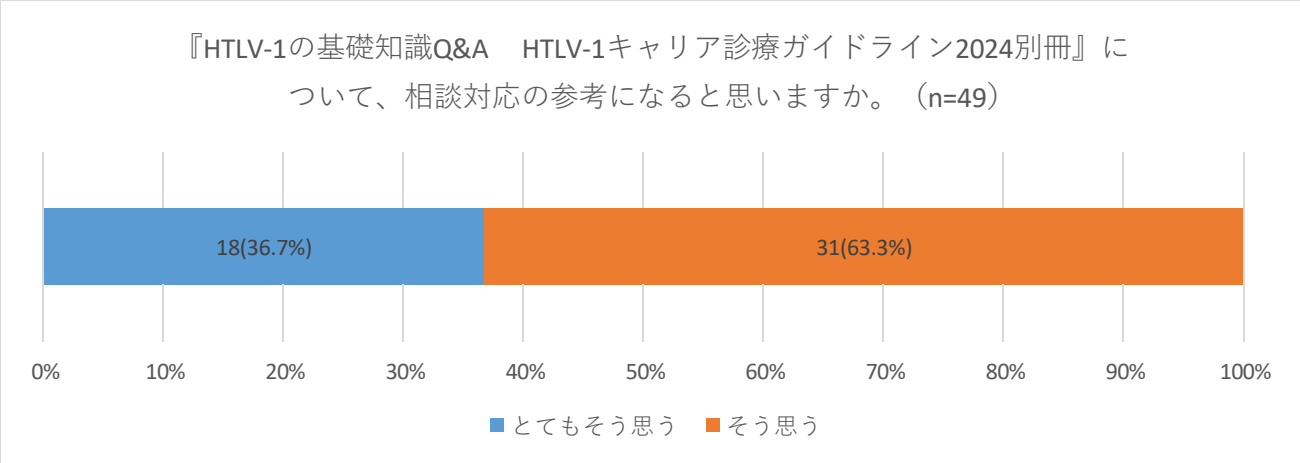
『HTLV-1 の基礎知識 Q&A　HTLV-1 キャリア診療ガイドライン 2024 別冊』を知っている場合のみ

2)　『HTLV-1 の基礎知識 Q&A　HTLV-1 キャリア診療ガイドライン 2024 別冊』を知ったきっかけ



『HTLV-1 の基礎知識 Q&A　HTLV-1 キャリア診療ガイドライン 2024 別冊』を目を通したことがある場合のみ

3)　『HTLV-1 の基礎知識 Q&A　HTLV-1 キャリア診療ガイドライン 2024 別冊』について、相談対応の参考になると思うか



『HTLV-1 の基礎知識 Q&A　HTLV-1 キャリア診療ガイドライン 2024 別冊』を目を通したことがある場合のみ

4)　そのように回答した理由

「とてもそう思う」と回答した n=17

回答の理由	n
ポータルサイトは目次の分類がわかりやすく、相談者のお尋ねの内容を探しやすい	1
わかりやすく記載されているため	1
検査相談の参考になるため。	1
項目ごとに分かれており、どこを見ればよいかすぐに分かるため。	1
正確な情報を得ることができるから	1
相談・質問の多い内容が網羅されているから。	1
対応に必要な知識を得ることができるため。	1
丁寧にわかりやすく解説されていた。	1
普段 HTLV－１についての相談自体がほぼないため、相談対応時の参考になるものがあると助かります。	1
令和５年度に相談を受けた際に、HTLV －１情報ポータルサイト「ほっとらいぶ」に掲載されている Q＆A の内容を参考に対応させていただいたため。	1
HTLV-1 に関する基礎的な知識が簡潔にわかりやすくまとめられているため。	1
HTLV-1 の基本的な知識について詳しく説明されているため。	1
HTLV-1 の正しい知識を得ることができるため。	1
Q＆A 形式で記載されているため、分かりやすい。	1
Q&A 方式で、基本的なことから説明してくれているので、わかりやすい。	1
QA 形式でわかりやすいので	1
R5 年度に相談があった内容に対する回答が Q&A に記載されており、参考になった。	1

「そう思う」と回答した n=20

回答の理由	n
よく受けそうな質問に対しての回答が分かりやすくまとめられているから	1
基礎的な知識から掲載されているため。	1
基本的なことから詳細に記載されているため	1
詳細な内容が記載されていたため	1
相談があればまず調べることになるため	1
相談対応者の知識向上を図ることができる。	1
相談内容と載っているＱ＆Ａの内容が類似しているため参考にしやすい。	1
妊婦健診、妊娠期面接での活用	1
必要な時に目を通すようにしています。参考になります。	1
頻度の高い質問が記載されており、受検希望者に正しい知識を提供できるため。	1
保健所の検査時、手元にあると相談者の不安や疑問に対して丁寧に回答することができるため。	1
理解しやすい内容かつ疑問に思う点に関して Q＆A になっており、勉強になっております。	1
Q＆A が一般の方が読んでも分かりやすいため。	1
Q＆A が小項目で細分化されており、相談に活用しやすいと思うため。	1
Q&A が網羅されており、相談があった際に回答しやすいため。	1
Q&A なのでわかりやすい	1
Q&A の形式で対象者にわかりやすい言葉でまとまっていたため	1
Q&A 形式で見やすいため	1
Ｑ＆Ａ形式は、特定の疑問に対する明確な回答を得やすく、実際の相談時にも役立つと思うため。	1
QA 形式で分かりやすいです	1

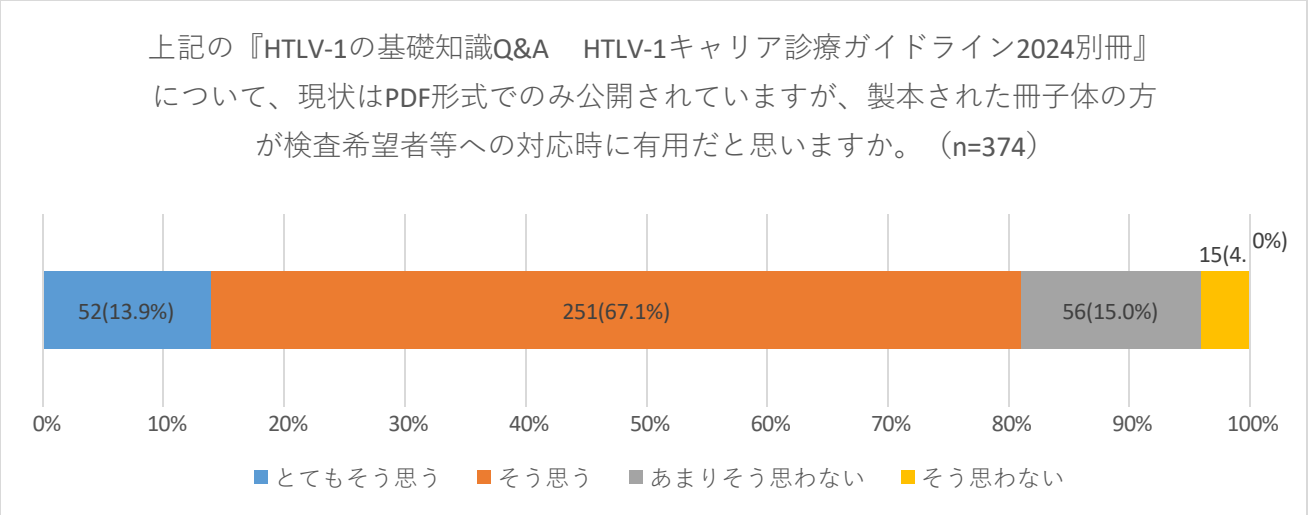
『HTLV-1 の基礎知識 Q&A　HTLV-1 キャリア診療ガイドライン 2024 別冊』を目を通したことがある場合のみ

5)　『HTLV-1 の基礎知識 Q&A　HTLV-1 キャリア診療ガイドライン 2024 別冊』を活用していただいている場合は、ご意見・ご感想

『HTLV-1 の基礎知識 Q&A HTLV-1 キャリア診療ガイドライン 2024 別冊』を活用していただいている場合のご意見・ご感想自由記載（n=6）

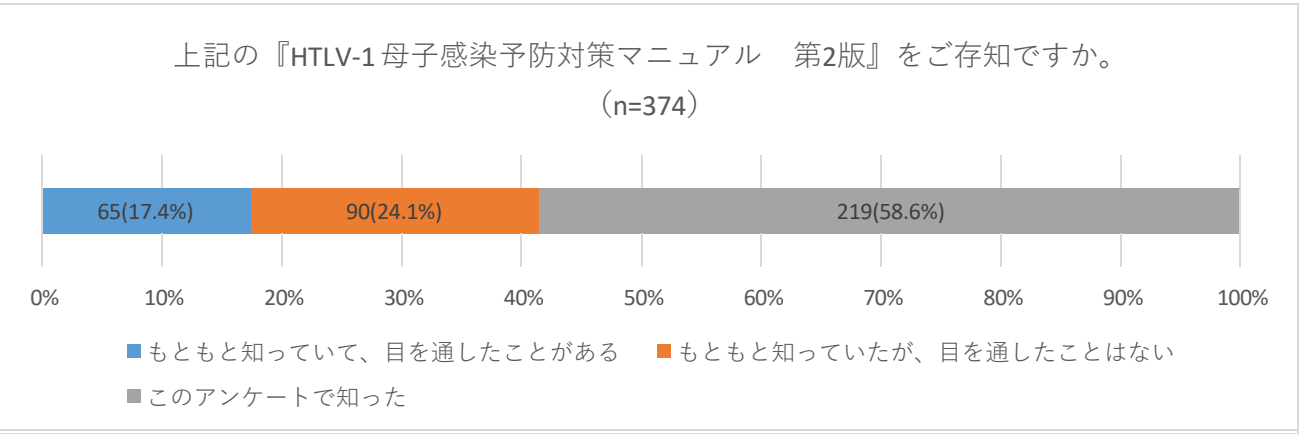
記載	n
一般の方のみならず、病院スタッフも HTLV-1 を知らない方が多いため、病院説明時にも活用している。	1
相談はないため活用はありません	1
相談や検査に来られた方に説明をする際に活用させていただきました。 分かりやりやすく記載されていたいため、活用しやすかったです。	1
当所ホームページ上に、HTLV-1 について記載するときに、参考にしました。	1
特になし	1
判定保留で保険適応外のケースにどのように言葉かけ、助言をすれば良いかを知りたいです	1

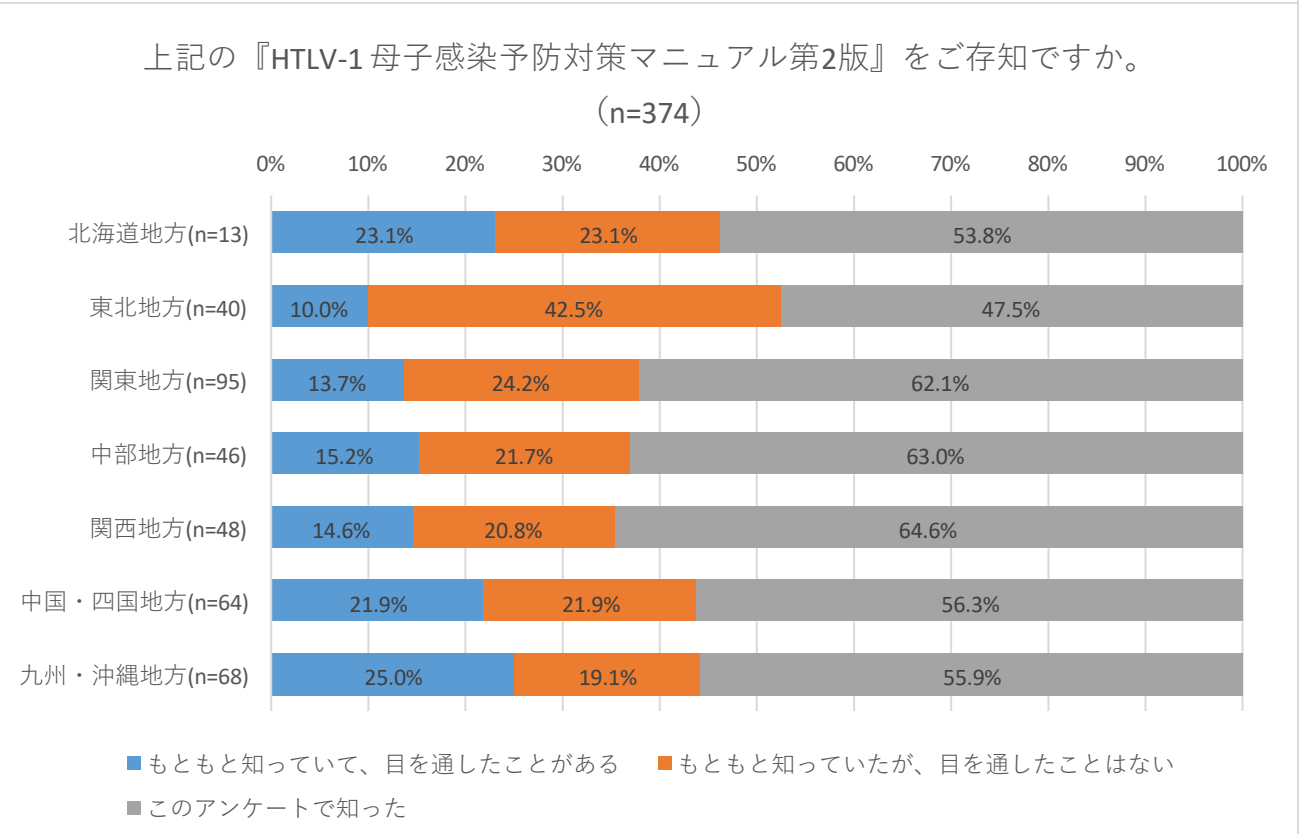
6) 『HTLV-1 の基礎知識 Q&A HTLV-1 キャリア診療ガイドライン 2024 別冊』について、現状は PDF 形式でのみ公開されていますが、製本された冊子体の方が検査希望者等への対応時に有用だと思うか

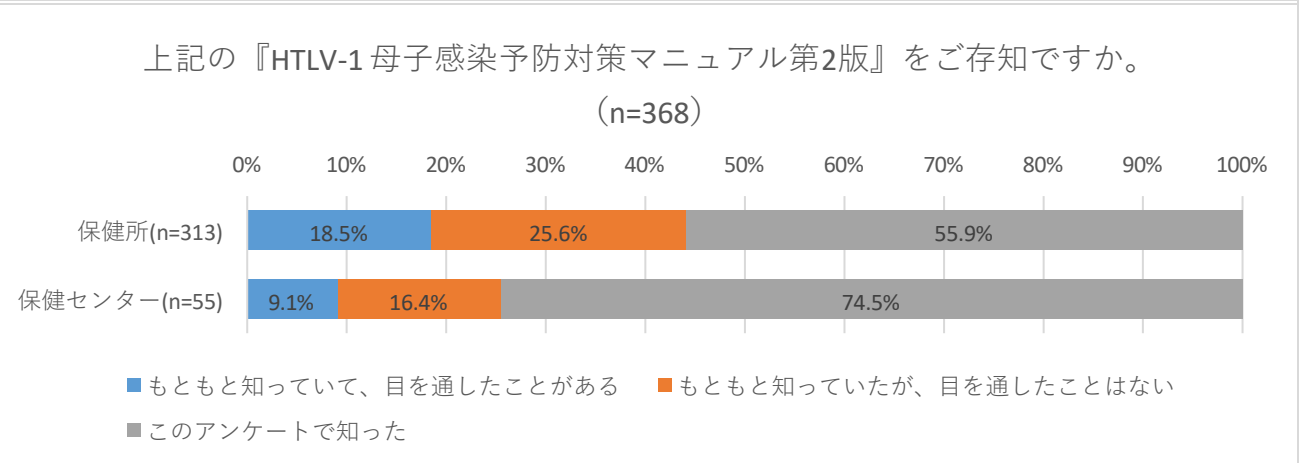


『HTLV-1 母子感染予防対策マニュアル　第 2 版』について

1)　『HTLV-1 母子感染予防対策マニュアル　第 2 版』を知っているか







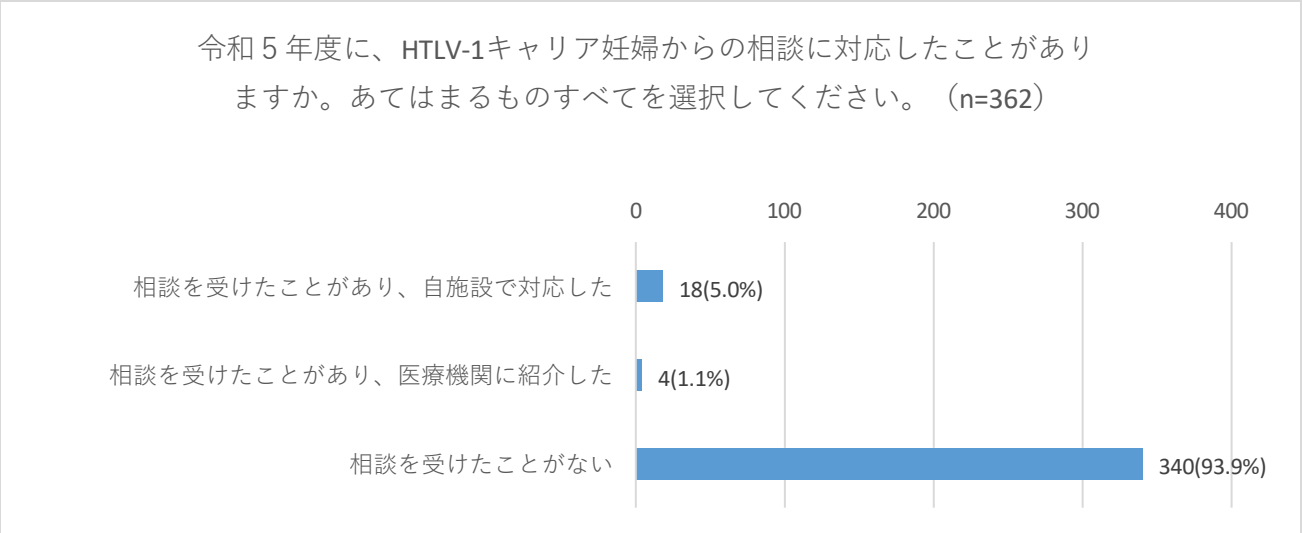
『HTLV-1 母子感染予防対策マニュアル　第 2 版』に目を通したことがある場合のみ

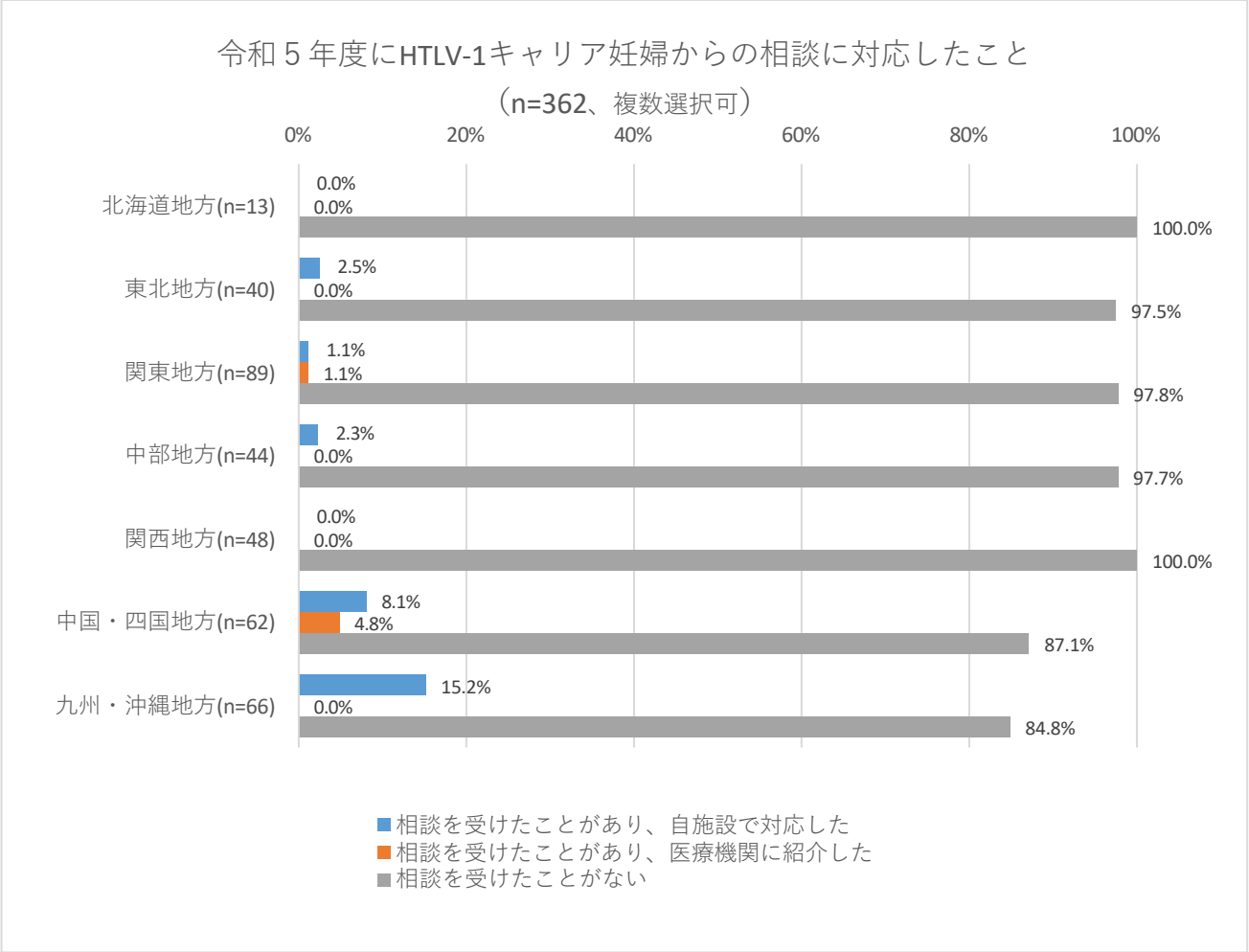
2)　『HTLV-1 母子感染予防対策マニュアル　第 2 版』を活用していただいている場合は、ご意見・ご感想

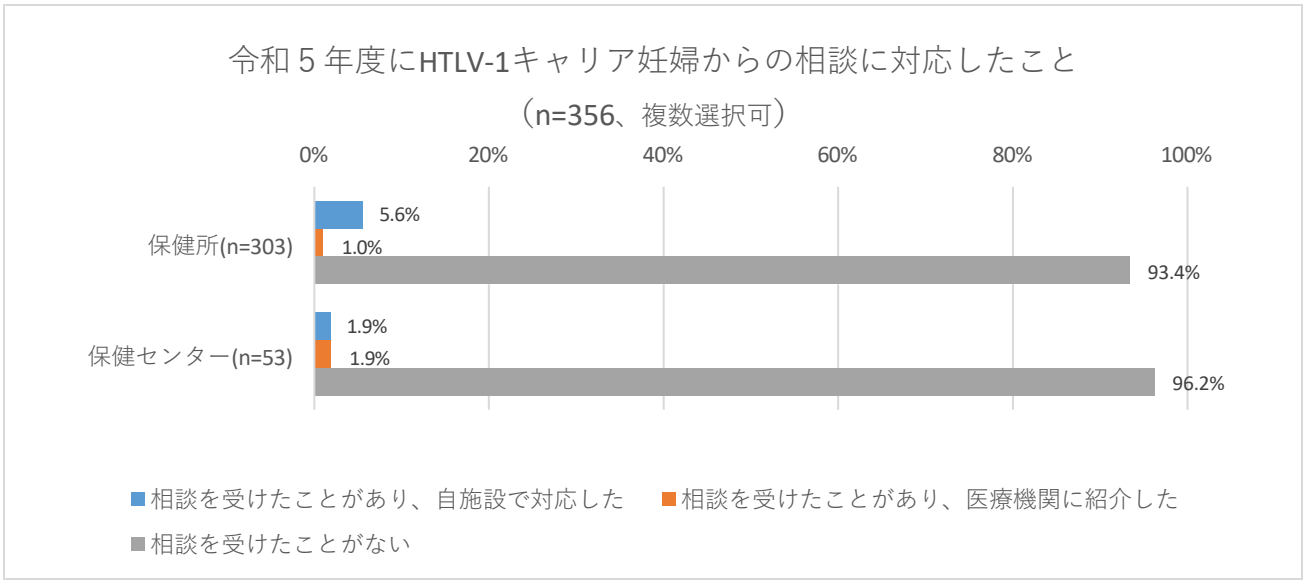
『HTLV-1 母子感染予防対策マニュアル 第 2 版』を活用していただいている場合は、ご意見・ご感想をご記載ください。（n=13）

記載	n
特になし	2
ページ数や字が多く、少し読みにくさや探しにくさを感じている。健やか親子 21 が作成している HTLV-1 母子感染予防対策マニュアルはページ数も少なく読みやすいため、実際はそちらを使用していることが多い。	1
わかりやすい。	1
わかりやすい内容であった。	1
わかりやすくまとめられているので相談に活用したい。	1
参考になります。	1
出生後のフォローアップの内容に関して、フォローアップの対応が記載されているため対応時に確認している。	1
相談を受ける機会はほとんどないが、母乳栄養について相談を受けた際に、本マニュアルに基づいて説明を行った経験がある。	1
特に各栄養方法の特徴が詳しく記されており，相談対応時に活用させていただいています。	1
妊婦に対する心理的サポートやカウンセリング内容について参考になった。	1
母乳の移行など参考にした。	1
母乳育児からの切替等についても詳しいエビデンスが掲載されていて指導の参考になりそうだと思った。	1

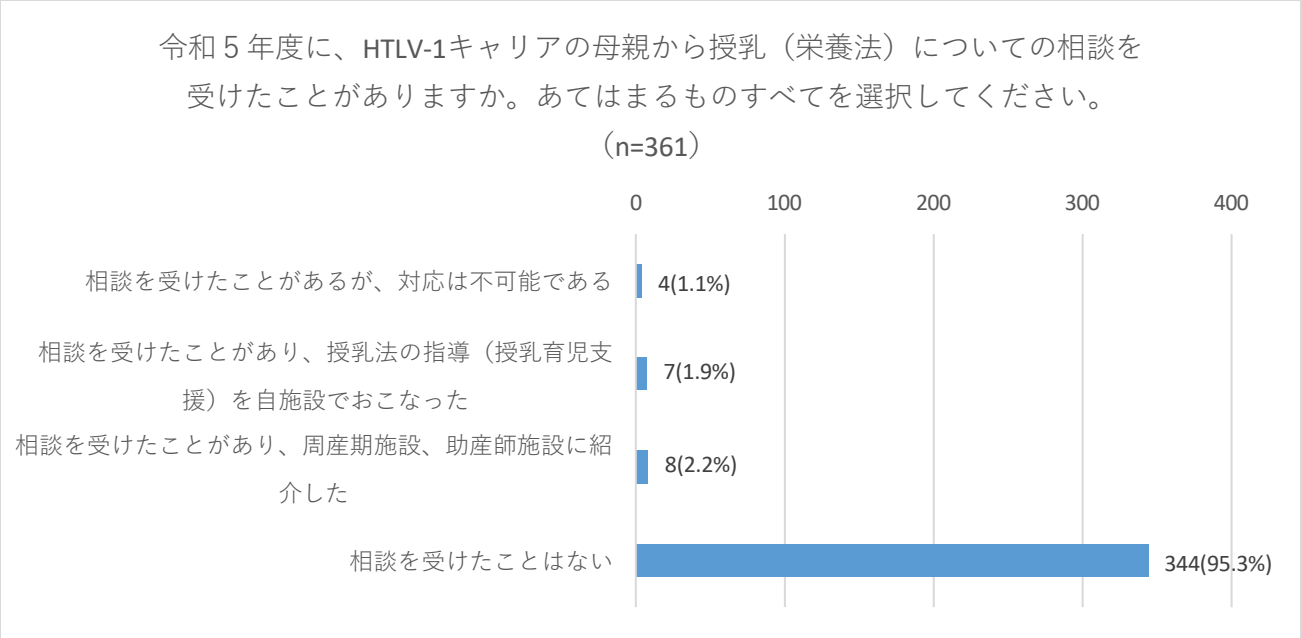
3)　HTLV-1 キャリア妊婦からの相談に対応したことがあるか（令和 5 年度）

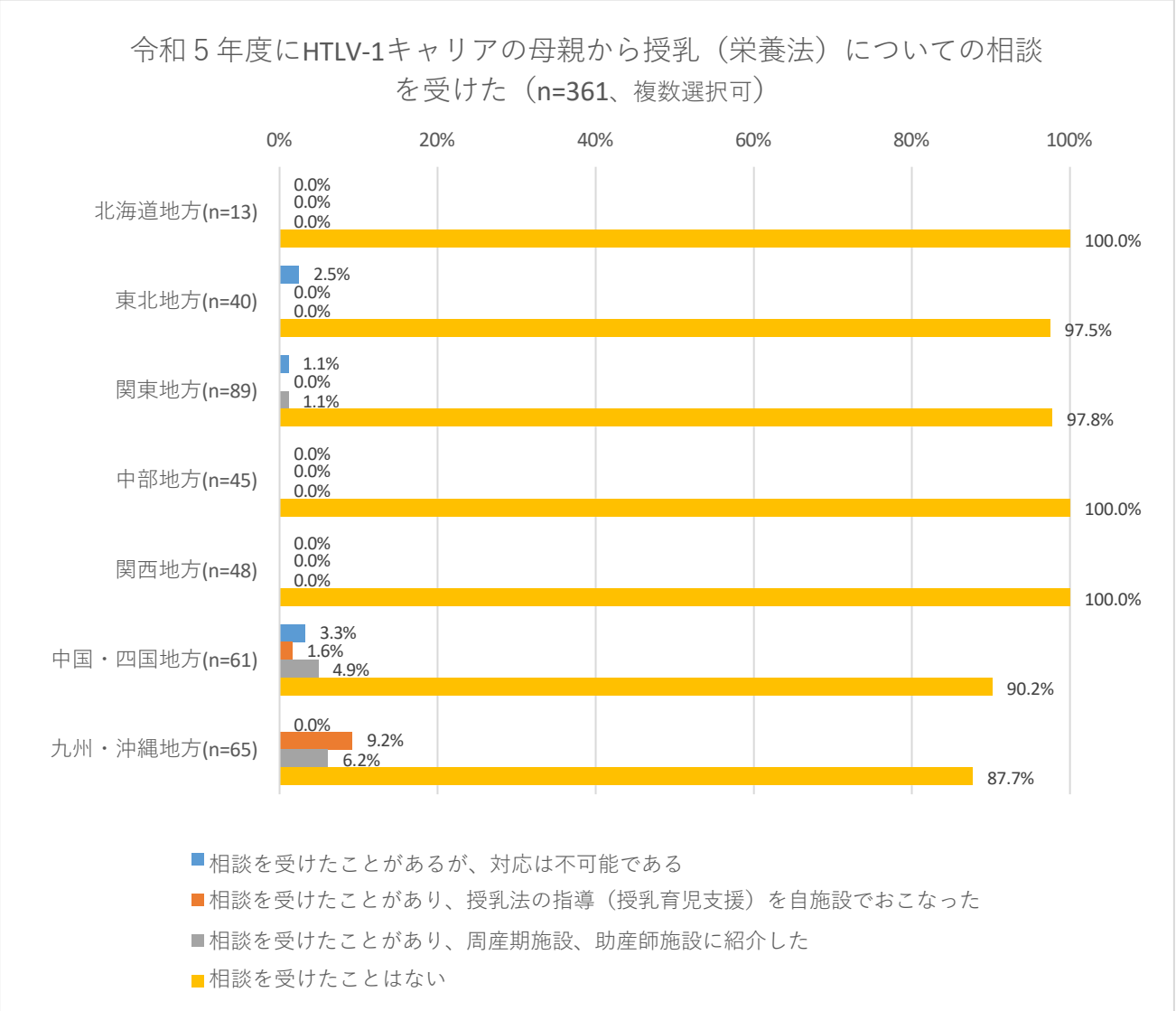


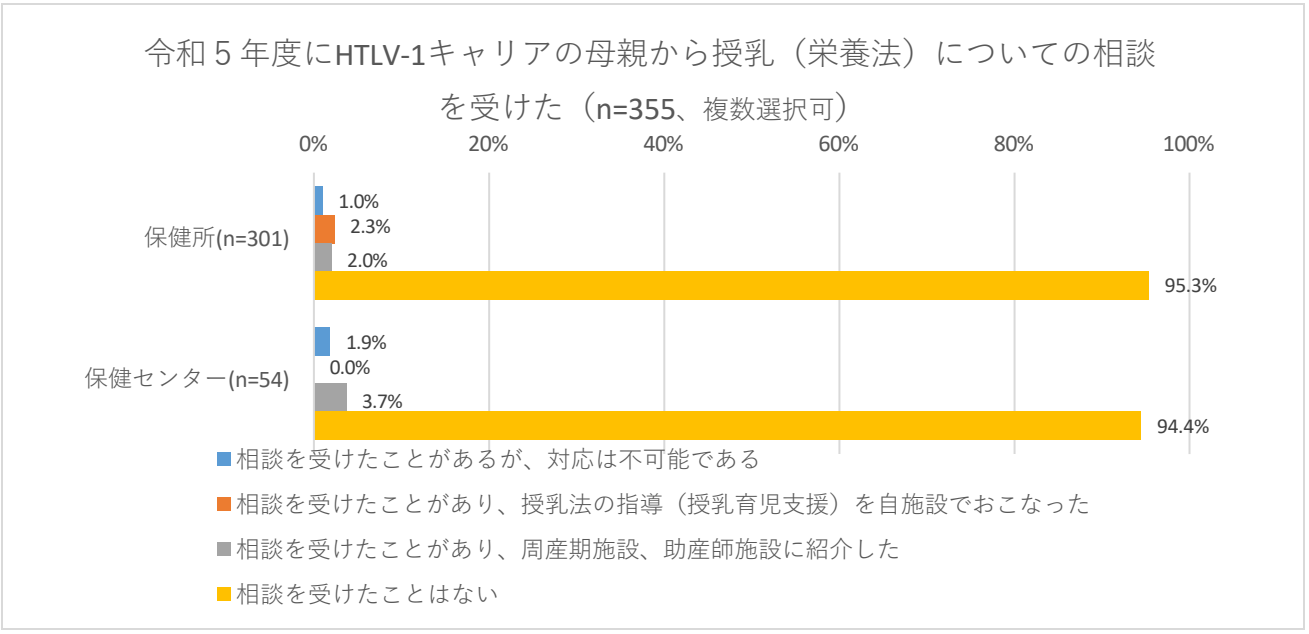



令和５年度にHTLV-1キャリア妊婦からの相談に対応したこと
（n=356、複数選択可）
0%
20%
40%
60%
80%
100%
保健所(n=303)
5.6%
1.0%
93.4%
保健センター(n=53)
1.9%
1.9%
96.2%
相談を受けたことがあり、自施設で対応した
相談を受けたことがあり、医療機関に紹介した
相談を受けたことがない

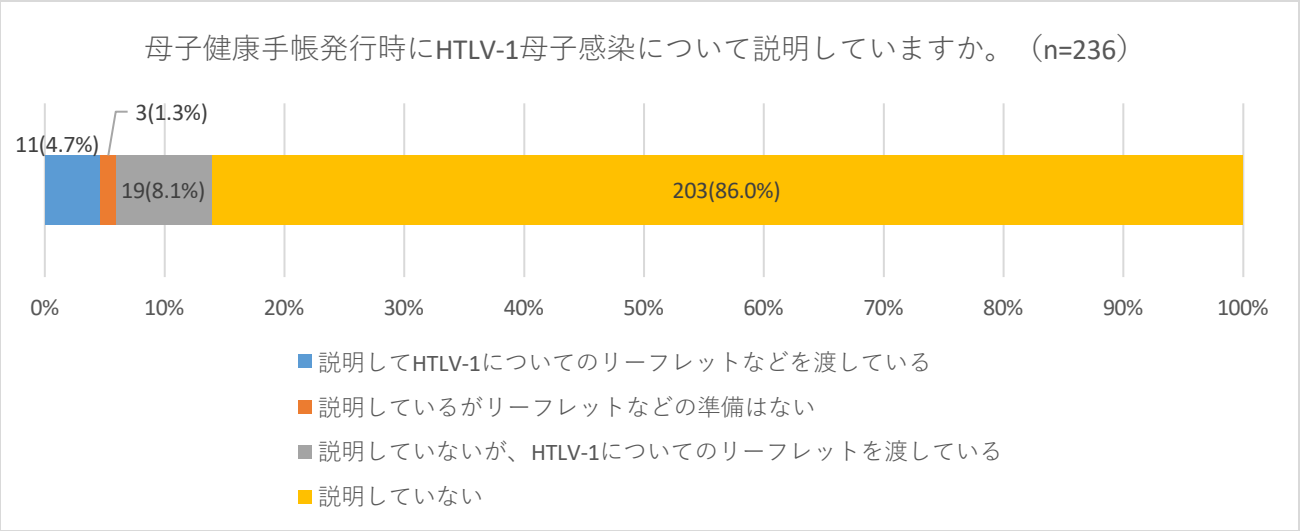
4)　HTLV-1 キャリアの母親から授乳（栄養法）についての相談を受けたことがあるか（令和 5 年度）

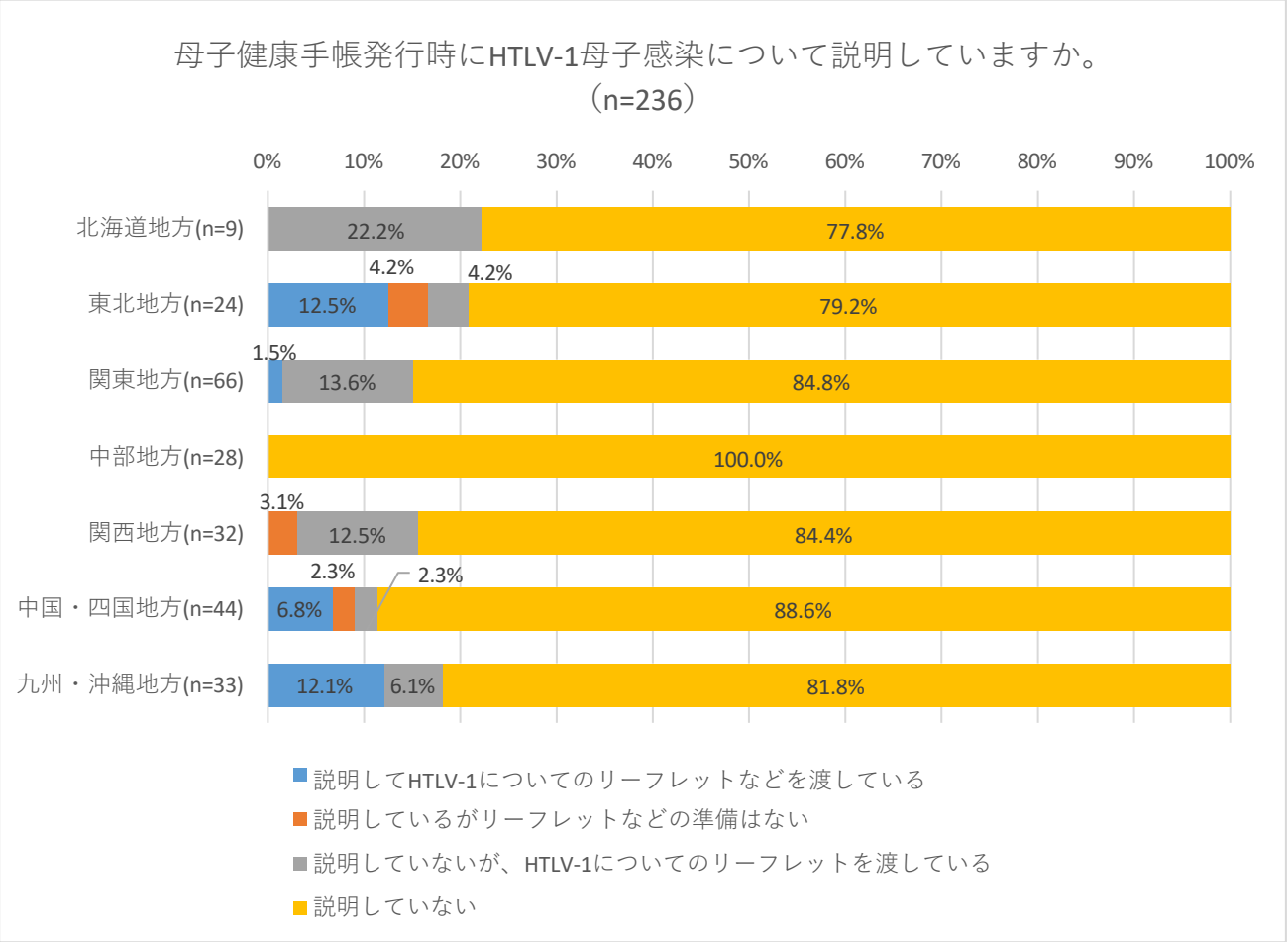


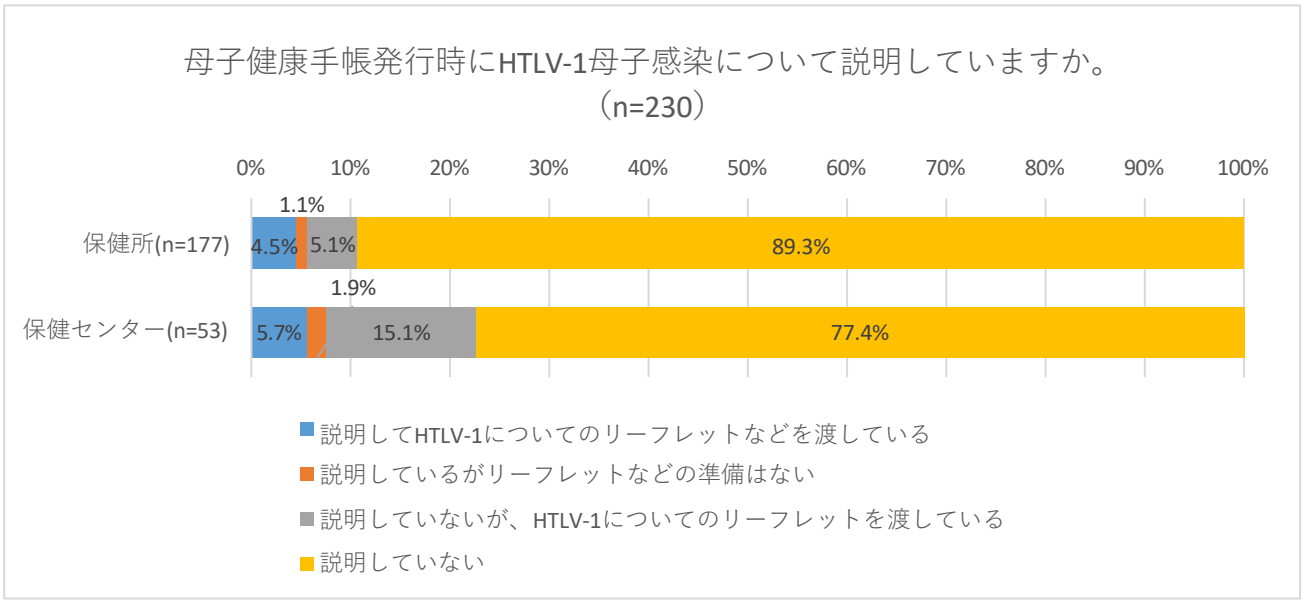



令和５年度にHTLV-1キャリアの母親から授乳（栄養法）についての相談を受けた（n=355、複数選択可）
0%
20%
40%
60%
80%
100%
保健所(n=301)
1.0%
2.3%
2.0%
95.3%
保健センター(n=54)
1.9%
0.0%
3.7%
94.4%
相談を受けたことがあるが、対応は不可能である
相談を受けたことがあり、授乳法の指導（授乳育児支援）を自施設でおこなった
相談を受けたことがあり、周産期施設、助産師施設に紹介した
相談を受けたことはない

5)　母子健康手帳発行時に HTLV-1 母子感染について説明しているか

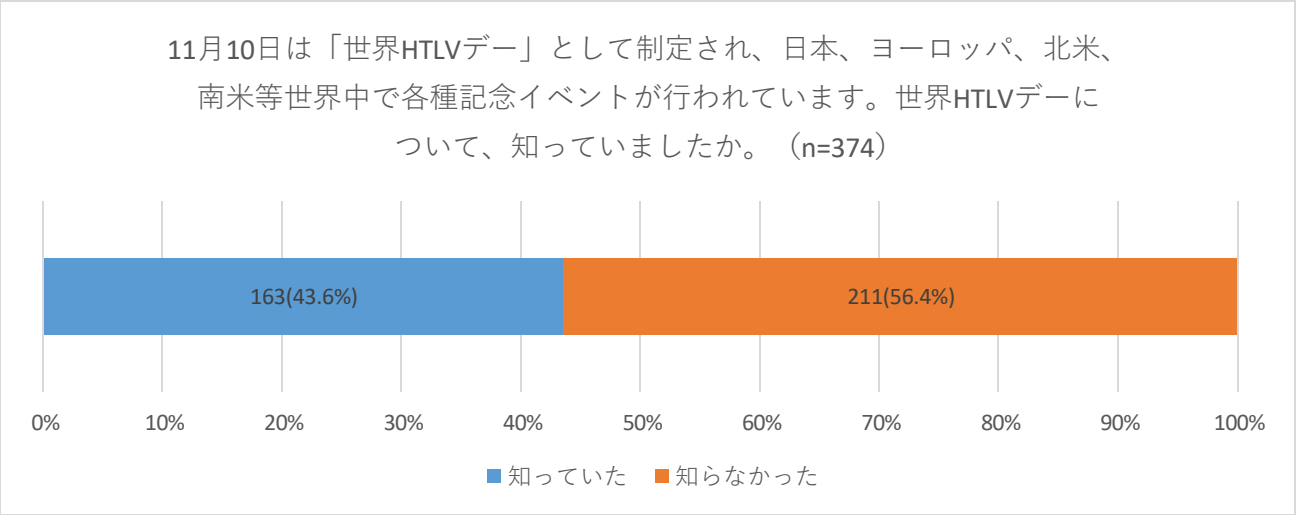




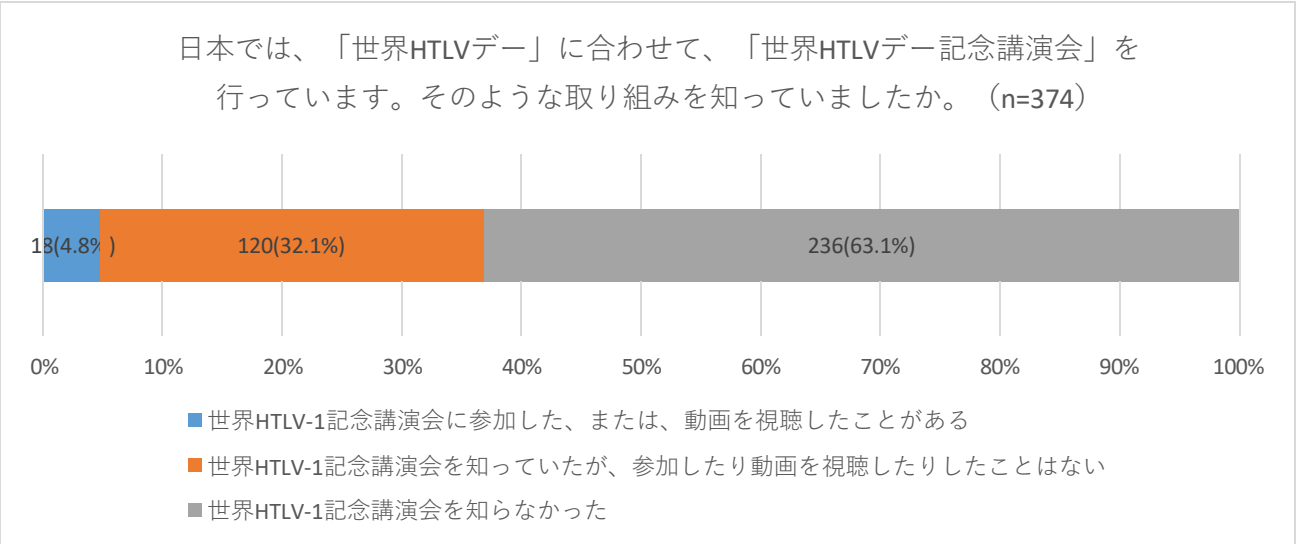

母子健康手帳発行時にHTLV-1母子感染について説明していますか。
（n=230）
0%
10%
20%
30%
40%
50%
60%
70%
80%
90%
100%
保健所(n=177)
4.5%
1.1%
5.1%
89.3%
保健センター(n=53)
5.7%
1.9%
15.1%
77.4%
説明してHTLV-1についてのリーフレットなどを渡している
説明しているがリーフレットなどの準備はない
説明していないが、HTLV-1についてのリーフレットを渡している
説明していない

5. HTLV-1 に関する各種啓発活動について

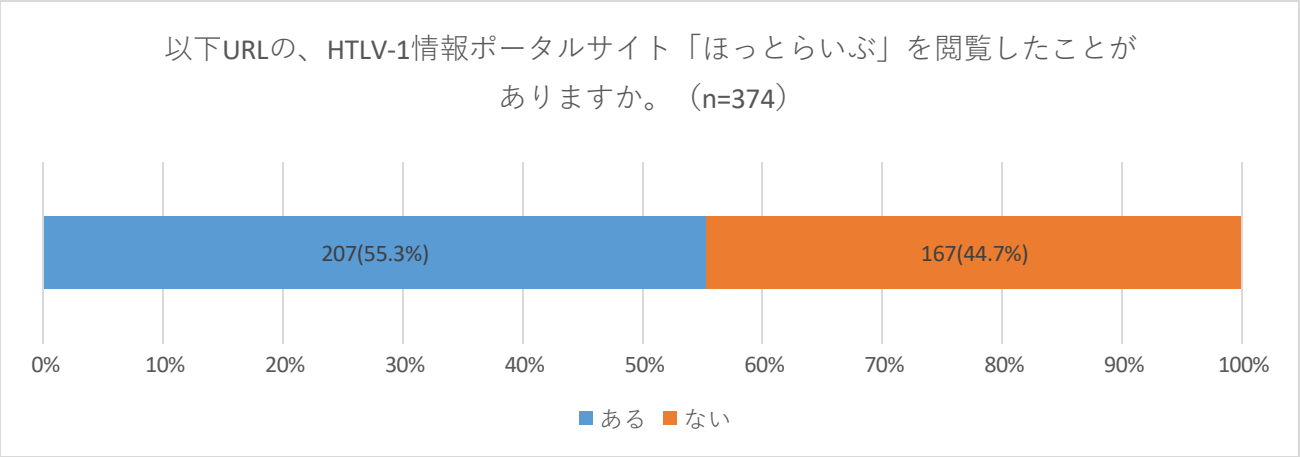
1) 世界 HTLV デーについて知っていたか

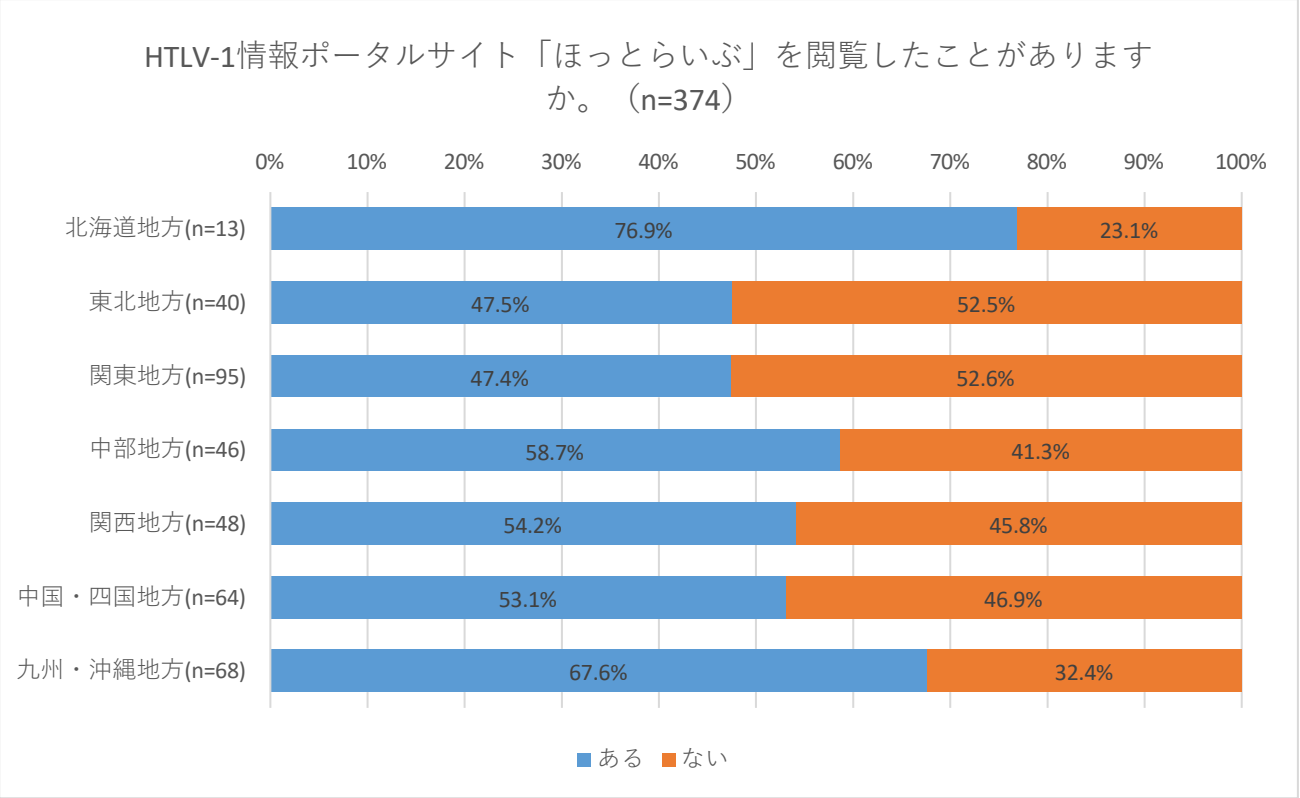


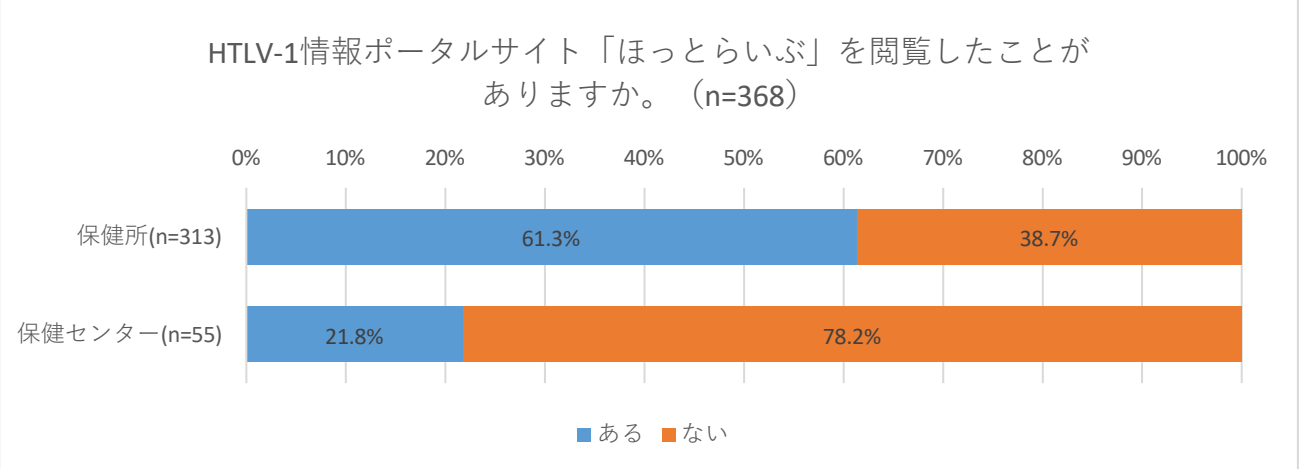
2) 日本では、「世界 HTLV デー」に合わせて、「世界 HTLV デー記念講演会」を行っている取り組みを知っていたか



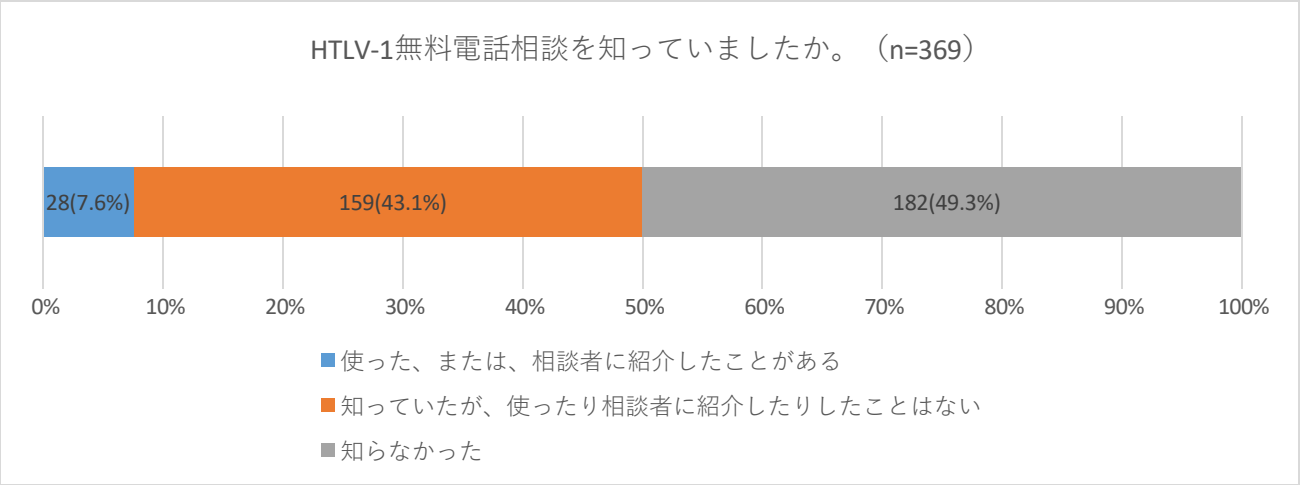
3)　HTLV-1 情報ポータルサイト「ほっとらいぶ」を閲覧したことがあるか



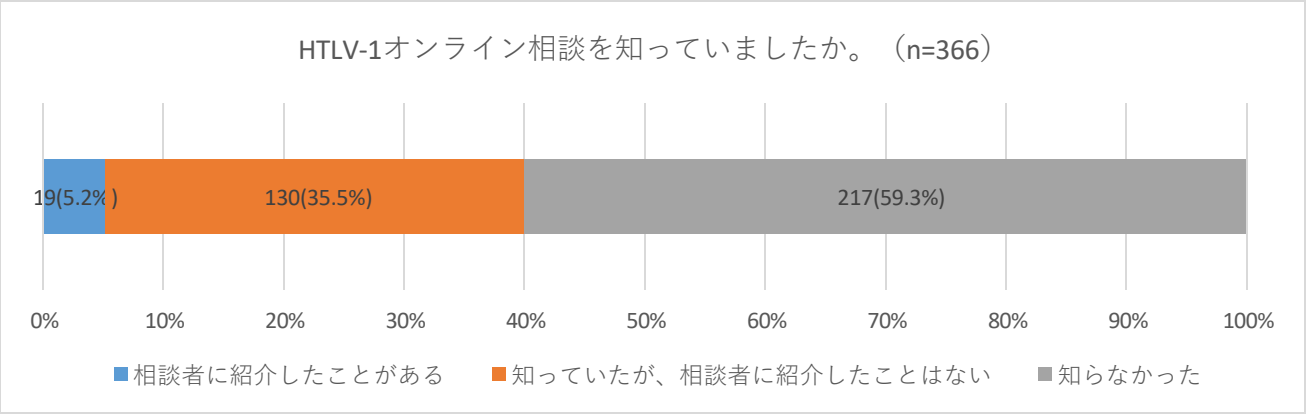




4)　HTLV-1 無料電話相談を知っていたか

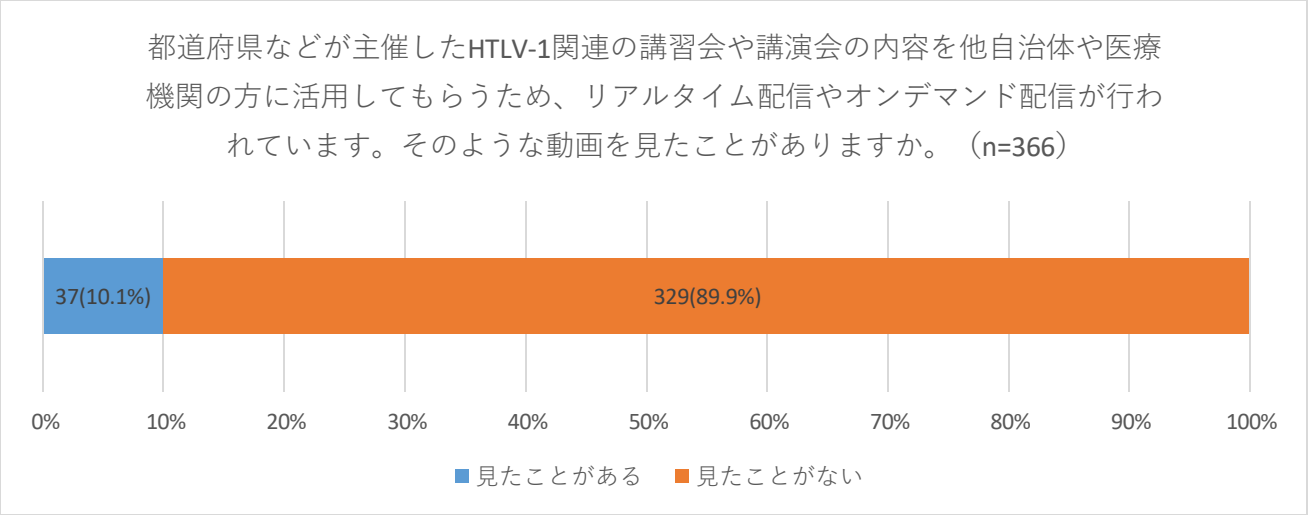


5)　HTLV-1 オンライン相談を知っていたか

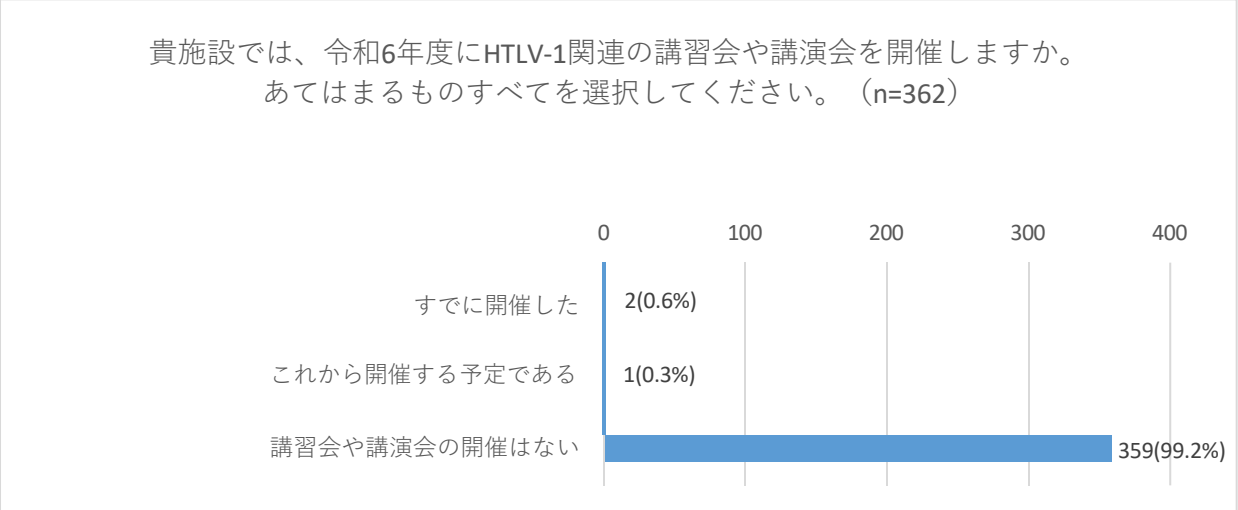


6. HTLV-1 関連の講習会・講演会開催について

1) 都道府県などが主催した HTLV-1 関連の講習会や講演会のリアルタイム配信やオンデマンド配信動画を見たことがあるか



2) 講習会や講演会を開催するか（令和 6 年度）



2025 年 3 月 31 日発行

発行者　厚生労働行政推進調査事業費新興・再興感染症及び予防接種政策推進研究事業
「HTLV-1 総合対策進捗の現状把握と「普及・啓発・相談対応」の改善・強化のための課題把握とその解決策の検討」
研究代表　聖マリアンナ医科大学大学院　特任教授　渡邉 俊樹

研究協力　株式会社アクセライト

資料３

キャリねっとアンケート調査３

基本集計

2026年1月31日作成

分析に用いたデータ：2026年1月31日時点までに回答を完了したもの

母集団：キャリねっと（HTLV-1キャリア登録サイト）に登録した946名

アンケート3回答者：104名

分析対象者：104名のうち、自身がHTLV-1キャリアと判明後に出産をした91名

アンケートのお願い

- **キャリねっと登録者へ、サイト上の依頼とメルマガによる案内を行った。サイト上の案内文は下記の通りである**

キャリねっと登録時に入力していただいた情報は、集計、解析の上でHTLV-1対策を検討していくための重要なデータとして利用させて頂いています。これらの基本的な調査項目に追加して、必要に応じて追加の調査が必要な時に、こちらのアンケートページで追加のご入力をお願いしています。もしアンケート対象に該当するようであれば、是非ご入力ください。
HTLV-1キャリア対応を検討する上で必要な調査の対象として、キャリねっとに登録して頂いている皆さんは重要な存在です。
「あなたの声を届けよう」
宜しくお願いします。
現在、以下の3つのアンケートが実施されています。調査対象に該当する方はご入力をお願いします。
アンケート１）
HTLV-1キャリアと判明している妊婦さん、お子さんをお持ちのお母さんを対象とした授乳方法の選択や授乳方法の指導を受けた経験についての調査
アンケート２）
HTLV-1キャリアと判明している妊婦さん、お子さんをお持ちのお母さんを対象とした授乳に関する考え方、お子さんの抗体検査に関する考え方についての調査
アンケート３）
HTLV-1キャリアでお子さんをお持ちのお母さんが、出産後に授乳についての支援を受けられたかどうかの実態についての調査
※アンケート１）２）は従来から行われていたアンケートです。すでにご回答いただいている場合、該当する方はアンケート３）にも追加でご入力ください。

キャリねっと運営責任者
東京大学大学院新領域創成科学研究科　教授
内丸　薫

アンケートについて

2024年9月12日に新たにアンケート３を追加した。

- アンケート対象者

  HTLV-1キャリアでお子さんをお持ちのお母さん

- 設問内容

  １.出産時期（2010年まで ,2011年から2016年の間, 2017年以降 ）

  ２. 選択した授乳法

  ３． 出産後の時期別の授乳についての指導（サポート）の有無

  →あった場合：誰から受けたか（複数回答）、費用

  →なかった場合：指導（サポート）を受けたいと思ったことはあるか

  4. 子どもの抗体検査についての説明の有無

  →あった場合：誰から受けたか（複数回答）

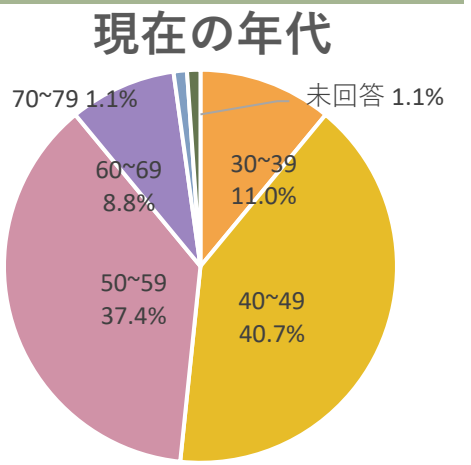
- 集計方法

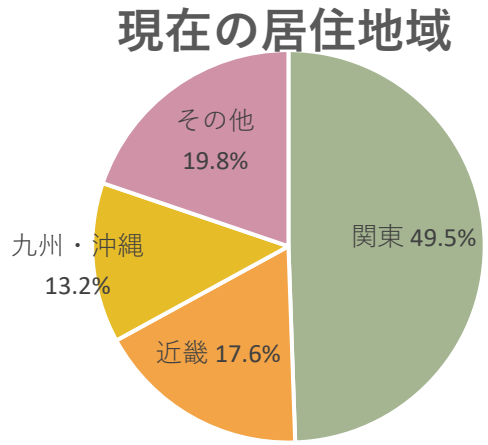
  出産時期授乳法別に各項目の度数分布、割合を算出した

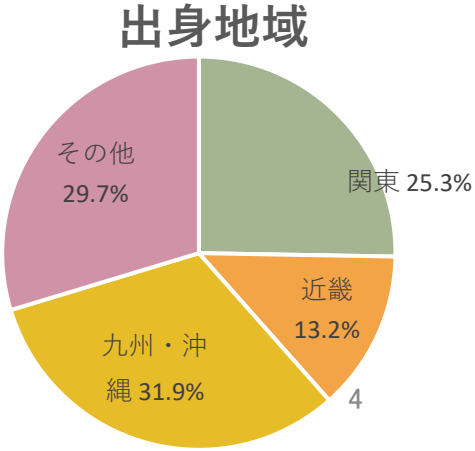
アンケート３回答者の基本属性 ①（n = 91）

		n	%	平均	SD
現在の年齢※				49.3	8.5
現在の年代※	20~29	0	0.0		
	30~39	10	11.0		
	40~49	37	40.7		
	50~59	34	37.4		
	60~69	8	8.8		
	70~79	1	1.1		
	未回答	1	1.1		
診断時年齢				29.2	7.6
居住地域	関東	45	49.5		
	近畿	16	17.6		
	九州・沖縄	12	13.2		
	その他	18	19.8		
出身地域	関東	23	25.3		
	近畿	12	13.2		
	九州・沖縄	29	31.9		
	その他	27	29.7		

※年齢、年代は2026年1月31日時点で算出。



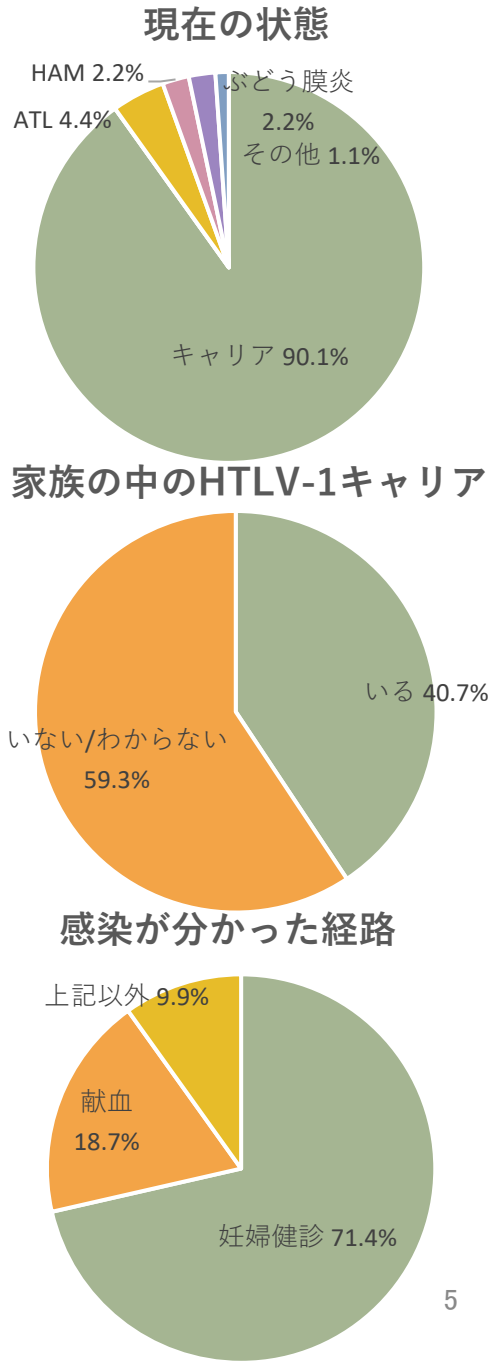




アンケート３回答者の基本属性 ②（n = 91）

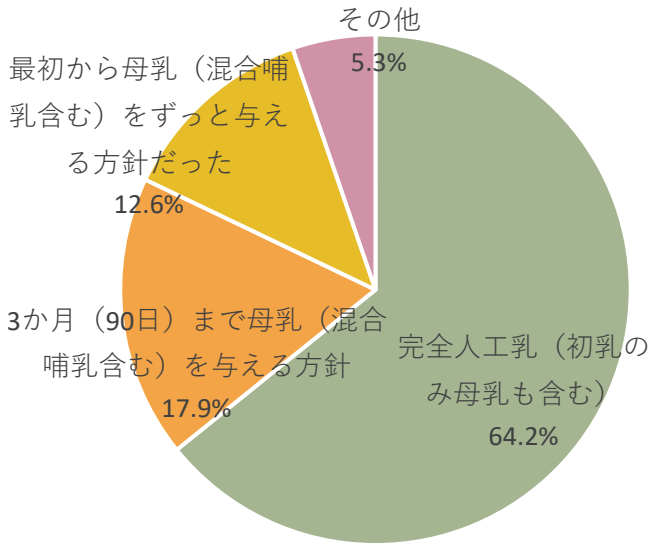
		n	%
現在の状態	キャリア	82	90.1
	確認検査判定保留	0	100.0
	ATL	4	4.4
	HAM	2	2.2
	ぶどう膜炎	2	2.2
	その他	1	1.1
家族の中のHTLV-1キャリア	いる	37	40.7
	いない/わからない	54	59.3
感染が分かった経路	妊婦健診	65	71.4
	献血	17	18.7
	上記以外	9	9.9
出産回数	1回	13	38.5
	2回	35	45.1
	3回	41	14.3
	4回	13	2.2

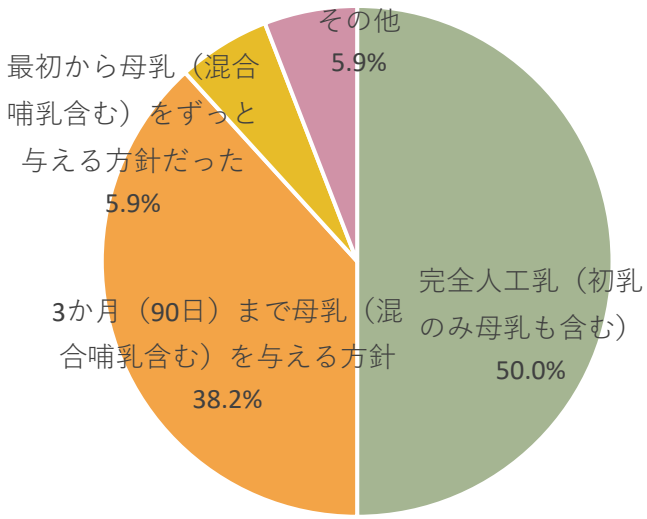
以降の分析は、出産延べ回数164回を分析対象とする

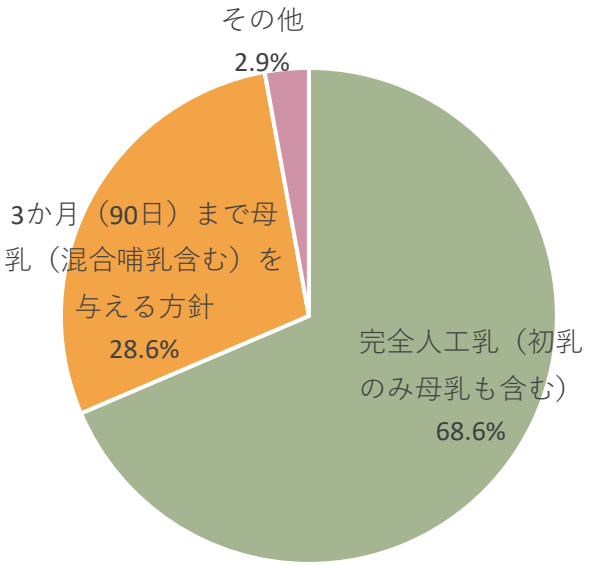


出産時期別授乳方法

2010年までの出産	95/164名（57.9%）
2011年から2016年の間の出産	34/164名（20.7%）
2017年以降の出産	35/164名（21.3%）





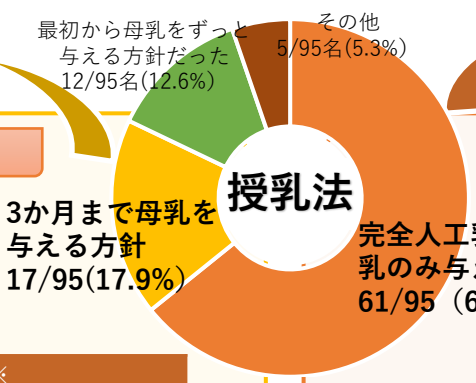


授乳に関する指導（サポート）について

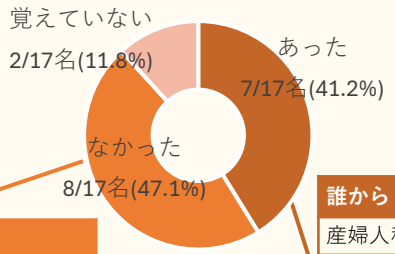
授乳方法別集計

2010年までの出産

2010年までの出産 95/164名（57.9%）



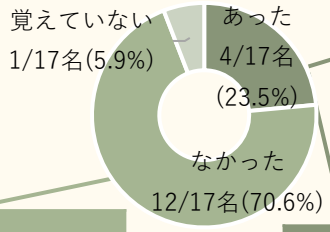
産後1か月の間の授乳指導（サポート）



サポート希望	
ある	6/8名(75.0%)
ない	0/8名(0.0%)
わからない、覚えていない	2/8名(25.0%)

誰から（複数回答）※	
産婦人科医	7/7名(100.0%)
助産師/看護師	6/7名(85.7%)
小児科医	0/7名(0.0%)
保健所、母子保健センターなどの行政機関	0/7名(0.0%)

出産後1か月以降3か月までの授乳指導（サポート）



サポート希望	
ある	8/12名(66.7%)
ない	1/12名(8.3%)
わからない、覚えていない	3/12名(25.0%)

誰から（複数回答）※	
産婦人科医	0/4名(0.0%)
助産師/看護師	4/4名(100.0%)
小児科医	0/4名(0.0%)
保健所、母子保健センターなどの行政機関	0/4名(0.0%)

指導（サポート）の経費	
有料だった（保険診療－健康保険がきいた）	0/4名(0.0%)
無料だった	3/4名(75.0%)
わからない、覚えていない	1/4名(25.0%)

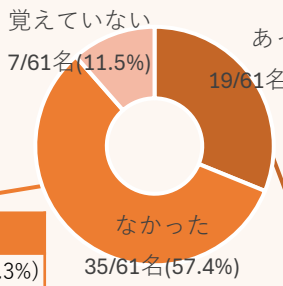
3か月以降の授乳指導（サポート）

サポート希望	
ある	11/17名(64.7%)
ない	3/17名(17.6%)
わからない、覚えていない	3/17名(17.6%)

※授乳指導（サポート）「誰から」について

「その他」「覚えていない」という選択肢も提示したが、回答者がいなかったものは記載を省略した。

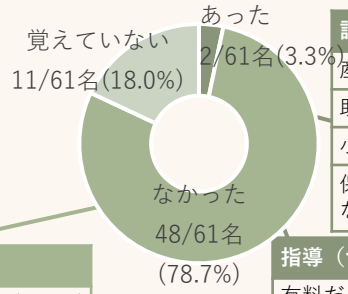
産後1か月の間の授乳指導（サポート）



サポート希望	
ある	12/35名(34.3%)
ない	19/35名(54.3%)
わからない、覚えていない	4/35名(11.4%)

誰から（複数回答）※	
産婦人科医	12/19名(63.2%)
助産師/看護師	11/19名(57.9%)
小児科医	1/19名(5.3%)
保健所、母子保健センターなどの行政機関	1/19名(5.3%)
覚えていない	1/19名(5.3%)

出産後1か月以降3か月までの授乳指導（サポート）

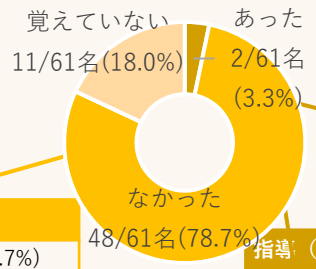


サポート希望	
ある	11/48名(22.9%)
ない	32/48名(66.7%)
わからない、覚えていない	5/48名(10.4%)

誰から（複数回答）※	
産婦人科医	1/2名(50.0%)
助産師/看護師	0/2名(0.0%)
小児科医	1/2名(50.0%)
保健所、母子保健センターなどの行政機関	0/2名(0.0%)

指導（サポート）の経費	
有料だった（保険診療－健康保険がきいた）	0/2名(0.0%)
無料だった	0/2名(0.0%)
わからない、覚えていない	2/2名(100.0%)

3か月以降の授乳指導（サポート）

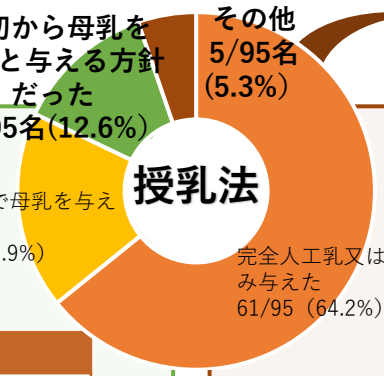


サポート希望	
ある	8/48(16.7%)
ない	35/48(72.9%)
わからない、覚えていない	4/48(8.3%)
無回答	1/48(2.1%)

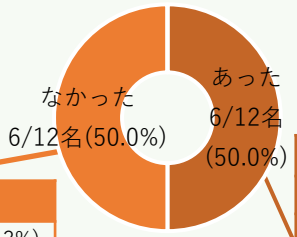
誰から（複数回答）※	
産婦人科医	1/2名(50.0%)
助産師/看護師	1/2名(50.0%)
小児科医	1/2名(50.0%)
保健所、母子保健センターなどの行政機関	0/2名(0.0%)

指導（サポート）の経費	
有料だった（保険診療－健康保険がきいた）	0/2名(0.0%)
無料だった	0/2名(0.0%)
わからない、覚えていない	2/2名(100.0%)

2010年までの出産 95/164名（57.9%）



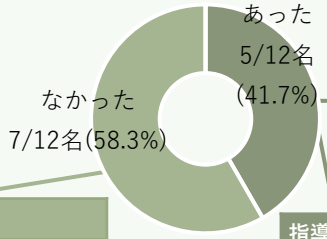
産後1か月の間の授乳指導（サポート）



サポート希望	
ある	2/6名(33.3%)
ない	4/6名(66.7%)
わからない、覚えていない	0/6名(0.0%)

誰から（複数回答）※	
産婦人科医	1/6名(16.7%)
助産師/看護師	5/6名(83.3%)
小児科医	1/6名(16.7%)
保健所、母子保健センターなどの行政機関	0/6名(0.0%)

出産後1か月以降３か月までの授乳指導（サポート）

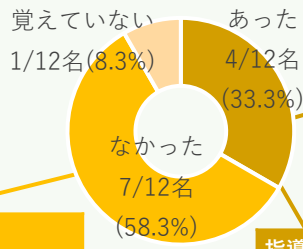


サポート希望	
ある	3/7名(42.9%)
ない	4/7名(57.1%)
わからない、覚えていない	0/7名(0.0%)

誰から（複数回答）※	
産婦人科医	0/5名(0.0%)
助産師/看護師	5/5名(100.0%)
小児科医	0/5名(0.0%)
保健所、母子保健センターなどの行政機関	0/5名(0.0%)

指導（サポート）の経費	
有料だった（保険診療－健康保険がきいた）	2/5名(40.0%)
無料だった	3/5名(60.0%)
わからない、覚えていない	0/5名(0.0%)

３か月以降の授乳指導（サポート）

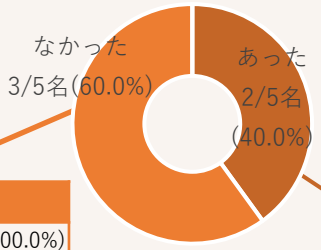


サポート希望	
ある	3/7名(42.9%)
ない	4/7名(57.1%)
わからない、覚えていない	0/7名(0/0%)

誰から（複数回答）※	
産婦人科医	0/4名(0.0%)
助産師/看護師	4/4名(100.0%)
小児科医	0/4名(0.0%)
保健所、母子保健センターなどの行政機関	4/4名(100.0%)

指導（サポート）の経費	
有料だった（保険診療－健康保険がきいた）	2/4名(50.0%)
無料だった	2/4名(50.0%)
わからない、覚えていない	0/4名(0.0%)

産後1か月の間の授乳指導（サポート）



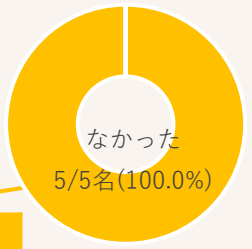
サポート希望	
ある	3/3名(100.0%)
ない	0/3名(0.0%)
わからない、覚えていない	0/3名(0.0%)

誰から（複数回答）※	
産婦人科医	1/2名(50.0%)
助産師/看護師	1/2名(50.0%)
小児科医	0/2名(0.0%)
保健所、母子保健センターなどの行政機関	0/2名(0.0%)

出産後1か月以降３か月までの授乳指導（サポート）

サポート希望	
ある	4/5名(80.0%)
ない	1/5名(20.0%)
わからない、覚えていない	0/5名(0.0%)

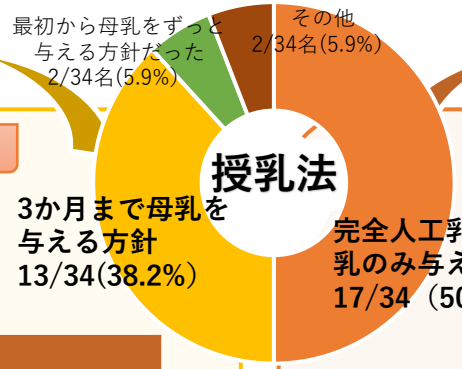
３か月以降の授乳指導（サポート）



サポート希望	
ある	4/5名(80.0%)
ない	1/5名(20.0%)
わからない、覚えていない	0/5名(0.0%)

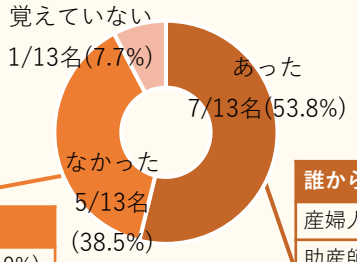
2011年から2016年の間の出産

2011年から2016年の間の出産 34/164名（20.7%）



3か月まで母乳を与える方針 13/34(38.2%)

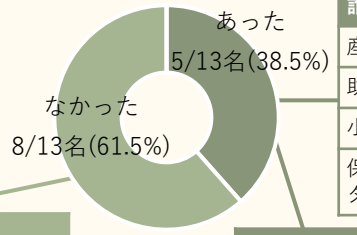
産後1か月の間の授乳指導（サポート）



サポート希望	
ある	2/5名(40.0%)
ない	3/5名(60.0%)
わからない、覚えていない	0/5名(0.0%)

誰から（複数回答）※	
産婦人科医	1/7名(14.3%)
助産師/看護師	5/7名(71.4%)
小児科医	0/7名(0.0%)
保健所、母子保健センターなどの行政機関	2/7名(28.6%)

出産後1か月以降3か月までの授乳指導（サポート）

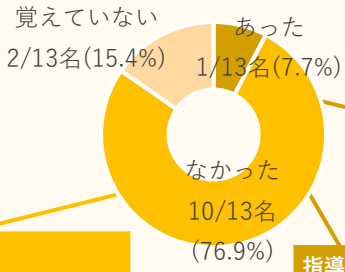


サポート希望	
ある	5/8名(62.5%)
ない	3/8名(37.5%)
わからない、覚えていない	0/8名(0.0%)

誰から（複数回答）※	
産婦人科医	2/5名(40.0%)
助産師/看護師	4/5名(80.0%)
小児科医	0/5名(0.0%)
保健所、母子保健センターなどの行政機関	1/5名(20.0%)

指導（サポート）の経費	
有料だった（保険診療－健康保険がきいた）	1/5名(20.0%)
無料だった	1/5名(20.0%)
わからない、覚えていない	3/5名(60.0%)

3か月以降の授乳指導（サポート）



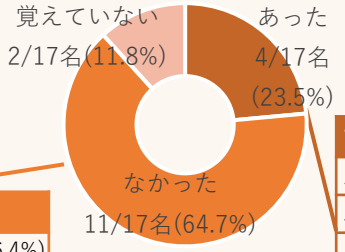
サポート希望	
ある	4/10名(40.0%)
ない	6/10名(60.0%)
わからない、覚えていない	0/10名(0.0%)

誰から（複数回答）※	
産婦人科医	0/1名(0.0%)
助産師/看護師	1/1名(100.0%)
小児科医	0/1名(0.0%)
保健所、母子保健センターなどの行政機関	0/1名(0.0%)

指導（サポート）の経費	
有料だった（保険診療－健康保険がきいた）	0/1名(0.0%)
無料だった	0/1名(0.0%)
わからない、覚えていない	1/1名(100.0%)

完全人工乳又は初乳のみ与えた 17/34（50.0%）

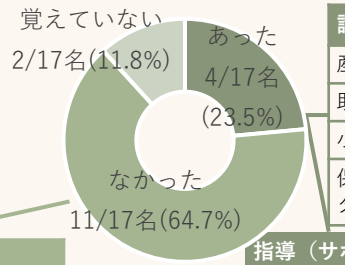
産後1か月の間の授乳指導（サポート）



サポート希望	
ある	4/11名(36.4%)
ない	7/11名(63.6%)
わからない、覚えていない	0/11名(0.0%)

誰から（複数回答）※	
産婦人科医	3/4名(75.0%)
助産師/看護師	4/4名(100.0%)
小児科医	2/4名(50.0%)
保健所、母子保健センターなどの行政機関	0/4名(0.0%)

出産後1か月以降3か月までの授乳指導（サポート）

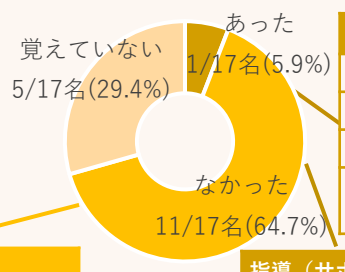


サポート希望	
ある	4/11名(36.4%)
ない	7/11名(63.6%)
わからない、覚えていない	0/11名(0.0%)

誰から（複数回答）※	
産婦人科医	3/4名(75.0%)
助産師/看護師	0/4名(0.0%)
小児科医	0/4名(50.0%)
保健所、母子保健センターなどの行政機関	1/4名(25.0%)

指導（サポート）の経費	
有料だった（保険診療－健康保険がきいた）	0/4名(0.0%)
無料だった	4/4名(100.0%)
わからない、覚えていない	0/4名(0.0%)

3か月以降の授乳指導（サポート）

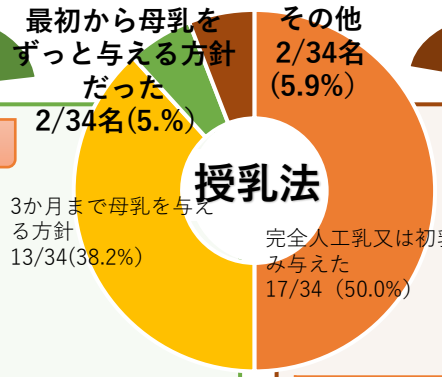


サポート希望	
ある	4/11名(36.4%)
ない	7/11名(63.6%)
わからない、覚えていない	0/11名(0.0%)

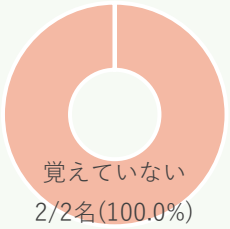
誰から（複数回答）※	
産婦人科医	0/1名(0.0%)
助産師/看護師	0/1名(0.0%)
小児科医	1/1名(100.0%)
保健所、母子保健センターなどの行政機関	0/1名(0.0%)

指導（サポート）の経費	
有料だった（保険診療－健康保険がきいた）	0/1名(0.0%)
無料だった	1/1名(100.0%)
わからない、覚えていない	0/1名(0.0%)

2011年から2016年の間の出産 34/164名（20.7%）



産後1か月の間の授乳指導（サポート）



出産後1か月以降３か月までの授乳指導（サポート）

３か月以降の授乳指導（サポート）

産後1か月の間の授乳指導（サポート）

サポート希望	
ある	0/2名(0.0%)
ない	0/2名(0.0%)
わからない、覚えていない	2/2名(100.0%)

出産後1か月以降３か月までの授乳指導（サポート）

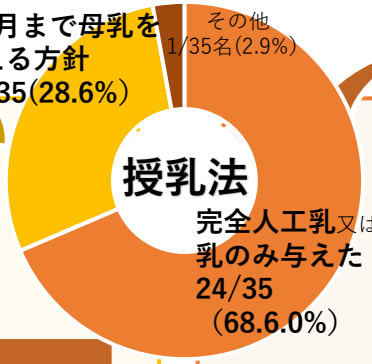
サポート希望	
あった	1/2名(50.0%)
ある	1/2名(50.0%)
わからない、覚えていない	0/2名(0.0%)

３か月以降の授乳指導（サポート）

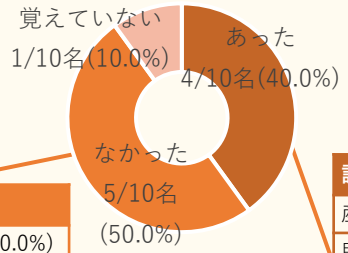
サポート希望	
ある	2/2名(100.0%)
ない	0/2名(0.0%)
わからない、覚えていない	0/2名(0.0%)

2017年以降の出産

2017年以降の出産 35/164名（21.3%）



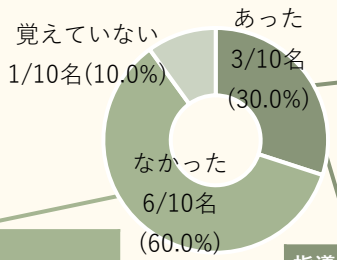
産後1か月の間の授乳指導（サポート）



サポート希望	
ある	2/5名(40.0%)
ない	3/5名(60.0%)
わからない、覚えていない	0/5名(0.0%)

誰から（複数回答）※	
産婦人科医	1/4名(25.0%)
助産師/看護師	4/4名(100.0%)
小児科医	0/4名(0.0%)
保健所、母子保健センターなどの行政機関	1/4名(25.0%)

出産後1か月以降３か月までの授乳指導（サポート）

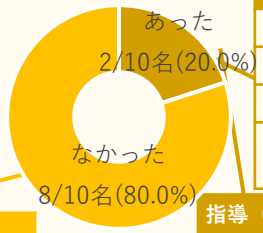


サポート希望	
ある	3/6名(50.0%)
ない	2/6名(33.3%)
わからない、覚えていない	1/6名(16.7%)

誰から（複数回答）※	
産婦人科医	0/3名(0.0%)
助産師/看護師	2/3名(66.7%)
小児科医	0/3名(0.0%)
保健所、母子保健センターなどの行政機関	1/3名(33.3%)

指導（サポート）の経費	
有料だった（保険診療－健康保険がきいた）	1/3名(33.3%)
無料だった	1/3名(33.3%)
わからない、覚えていない	1/3名(33.3%)

３か月以降の授乳指導（サポート）

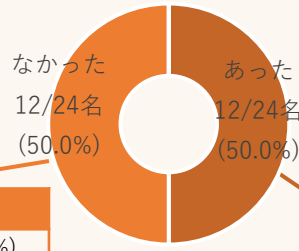


サポート希望	
ある	3/8名(37.5%)
ない	4/8名(50.0%)
わからない、覚えていない	1/8名(12.5%)

誰から（複数回答）※	
産婦人科医	1/2名(50.0%)
助産師/看護師	1/2名(50.0%)
小児科医	0/2名(0.0%)
保健所、母子保健センターなどの行政機関	0/2名(0.0%)

指導（サポート）の経費	
有料だった（保険診療－健康保険がきいた）	1/2名(50.0%)
無料だった	1/2名(100.0%)
わからない、覚えていない	0/2名(0.0%)

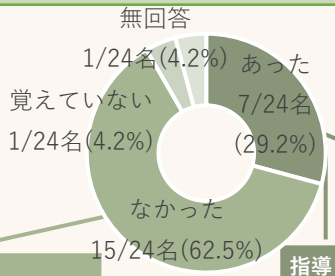
産後1か月の間の授乳指導（サポート）



サポート希望	
ある	2/12名(16.7%)
ない	10/12名(83.3%)
わからない、覚えていない	0/12名(0.0%)

誰から（複数回答）※	
産婦人科医	1/12名(8.3%)
助産師/看護師	11/12名(91.7%)
小児科医	0/12名(0.0%)
保健所、母子保健センターなどの行政機関	3/12名(25.0%)

出産後1か月以降３か月までの授乳指導（サポート）

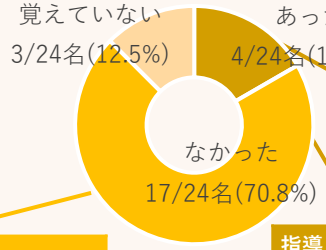


サポート希望	
ある	2/15名(13.3%)
ない	12/15名(80.0%)
わからない、覚えていない	1/15名(6.7%)

誰から（複数回答）※	
産婦人科医	1/7名(14.3%)
助産師/看護師	0/7名(0.0%)
小児科医	0/7名(0.0%)
保健所、母子保健センターなどの行政機関	7/7名(100.0%)

指導（サポート）の経費	
有料だった（保険診療－健康保険がきいた）	0/7名(0.0%)
無料だった	7/7名(100.0%)
わからない、覚えていない	0/7名(0.0%)

３か月以降の授乳指導（サポート）

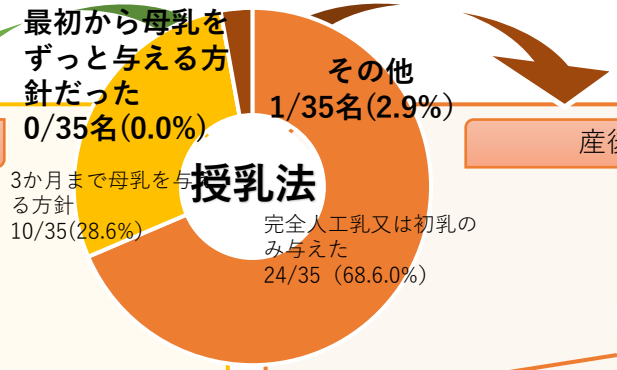


サポート希望	
ある	3/17名(17.6%)
ない	14/17名(82.4%)
わからない、覚えていない	0/17名(0.0%)

誰から（複数回答）※	
産婦人科医	0/4名(0.0%)
助産師/看護師	0/4名(0.0%)
小児科医	2/4名(50.0%)
保健所、母子保健センターなどの行政機関	2/4名(50.0%)

指導（サポート）の経費	
有料だった（保険診療－健康保険がきいた）	0/4名(0.0%)
無料だった	4/4名(100.0%)
わからない、覚えていない	0/4名(0.0%)

2017年以降の出産	35/164名（21.3%）



産後1か月の間の授乳指導（サポート）

該当者なし（0名）

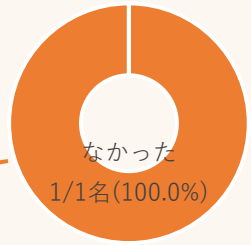
出産後1か月以降３か月までの授乳指導（サポート）

該当者なし（0名）

３か月以降の授乳指導（サポート）

該当者なし（0名）

産後1か月の間の授乳指導（サポート）



サポート希望	
ある	0/1名(0.0%)
ない	0/1名(0.0%)
わからない、覚えていない	1/1名(100.0%)

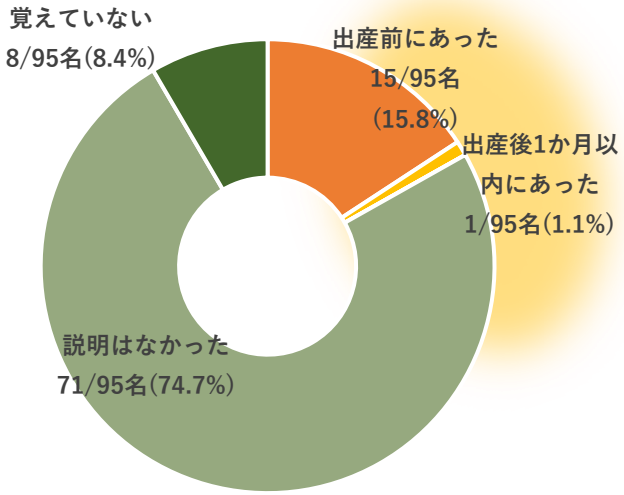
出産後1か月以降３か月までの授乳指導（サポート）

サポート希望	
ある	0/1名(0.0%)
ない	0/1名(0.0%)
わからない、覚えていない	1/1名(100.0%)

３か月以降の授乳指導（サポート）

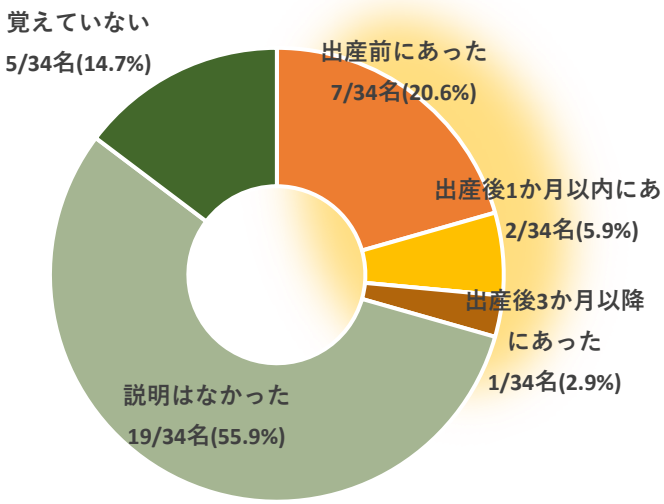
お子さんの抗体検査に関する説明について

2010年までの出産	95/164名 (57.9%)



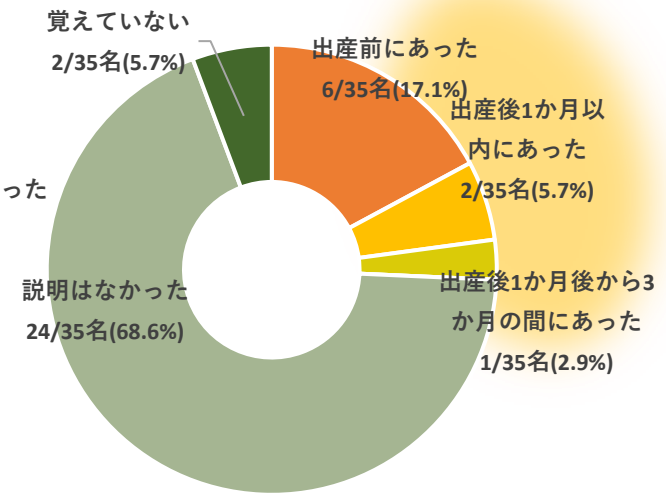
誰から（複数回答）	
産婦人科医	15/16名(93.8%)
助産師/看護師	4/16名(25.0%)
小児科医	1/16名(6.3%)
その他	0/16名(0.0%)

2011年から2016年の間の出産	34/164名 (20.7%)



誰から（複数回答）	
産婦人科医	5/10名(50.0%)
助産師/看護師	3/10名(30.0%)
小児科医	5/10名(50.0%)
その他	2/10名(20.0%)

2017年以降の出産	35/164名 (21.3%)



誰から（複数回答）	
産婦人科医	2/9名(22.2.%)
助産師/看護師	1/9名(11.1%)
小児科医	6/9名(66.7%)
その他	1/9名(11.1%)

説明があった場合（出産前/出産後1か月以内/出産後1か月から3か月の間/出産後3か月以降）

自由記述1-1

キャリア妊産婦の授乳に関して、どのような支援があれば良かったと思いますか？

生れたあかちゃんに感染があるかどうかがすぐにわかれば、よかった。もし感染していることが初期にわかれば、母乳を与えても与えなくても同じかな、と思えたから。

完全人工乳を選択したので特に必要としませんでした。

1人目の病院では、3か月まで授乳しても問題ないと言われたが、二人目の病院では、母乳は一切与えてはいけないと言われ、対応の違いに驚き不安になった。20年以上前のことなので今は分かりませんが、全国で見解を統一してほしいと思いました。

出産後3ヶ月ほどの間だけ、搾乳後、冷凍保存したものを解凍して与えていました。当時、担当して下さった先生や助産師さんが方法を丁寧に教えて下さったので、そんなに不安は感じませんでした。
が、今思い返せば、夫に対しても具体的に詳しい説明があってもよかったのかも、と思います。

授乳できない自責に加え、親族や全く知らない人にまで「母乳？」と聞かれる辛さを吐き出せる場所
病院では皆さんお忙しそうなので、言い出しにくく、同じキャリアの人と知り合うこともない中、とても孤独を感じていました

全体から見ると完全人工乳を選択する母親はかなり少数派なのではないかと思います。最善の選択だと頭ではわかっているものの、特に第一子の産後は、入院中はもちろん、退院して自宅に戻ってからもかなり葛藤がありました。
出産直後、母乳を止める薬を処方してもらい、またミルクの授乳方法も丁寧に教えてもらったので、そういった点では問題なかったです。一方精神的な点で、例えばSNSのような場などで、この選択は自分だけじゃないと実感や共感ができれば、かなり心強かったなと思います。

母乳を中断するときの胸のはりを抑える対処法など事前に予測される困難について説明や支援があるとよかった。

1回目も2回目も、初乳を凍結し授乳しその後人工栄養に切り替えました。周囲の理解も支援もなかったので辛かったです。訪問や電話の相談の機会があればよかったです。産後余裕はないので自分からは相談する気力はありません。外部からの働きかけが必要だと思います。

当時は自分で調べた以上の情報がなく、スクリーニング検査もなかった。日赤からの感染通知を受けたあと自分で調べ、妊娠がわかった時もキャリアであることをこちらから伝えた。授乳については直接専門医に連絡を取って哺育方法を選択した。当時はそれで良かったが、今何があれば良いのかはわからない。いずれにせよ、最終的な決定は結局当事者に委ねられ、どんな授乳方法を選択しても誰も責任は取ってくれない。支援があったとしても結局は他人事何だろうな、という思いは払拭できない。

母乳指導をやめてほしい。キャリアであることが申し送られておらず、事情を話すたびに悲しい思いでした。

2人目の出産時は、人工栄養を選択した、母乳を止める薬を飲んでいたが副作用が辛く、服薬している間は止まっていたが、薬が切れると胸が刺すように痛くなり苦痛であった。母乳を止めるとこんな風になる、、みたいな説明があれば良かった。
ちなみに1人目は冷凍母乳を選択した。

母乳はいつまでどの程度まで大丈夫か？など、きめ細かな指導があれば安心だった

自由記述１-2

キャリア妊産婦の授乳に関して、どのような支援があれば良かったと思いますか？（続き）

二人出産しましたが、最初から断乳をして人工乳で育てたので授乳の悩みはありませんでした。子どもたちも、今だに検査をしていません。私自身もその後献血するのを控えて、検査もしたことはありません。キャリアと言われても何をどうしたらいいのか今だにわからないままです。

1人目の時はキャリアだと言われなかったので母乳だった。
なので2人目妊娠の際にキャリアなので母乳禁止と言われ、メンタルがやられた。
出産後2ヶ月で仕事に復帰したので完全ミルクであることを肯定的に考えようとして思い込んだが、やはり母乳神話の日本の中で完全ミルクは心がやられる。
思った以上に心の支援を考えてほしい。

ミルク代の補助
貧乏だったので母乳で育てました。
4/3の確率に賭けましたが子供は2人共 陽性でした

第一子出産時、周囲は母乳で育ててこそ、という環境だった。母乳を与えられない劣等感や、子供の免疫や、愛着形成の不利が起きるのでは、と不安があった。
出産前に、担当医師が、完全ミルクでも全く問題なく育つから問題ない、と言ってくれ、気持ちが楽になった。あの言葉がなかったら、違う授乳法の選択をしたり、周囲の言葉に落ち込んだりしていたと思う。

母乳栄養を選択した場合の見通しを詳しく教えて欲しかったです。

産婦人科で選択肢として凍結母乳を提案され、自分で納得して凍結母乳を授乳してましたが、搾乳が負担で次第に搾乳量が減り、3カ月で断念しました（2人とも）。
授乳に限らずHTLV-1についての情報を得る場や相談できる場を紹介してもらえると良かったです。
どこにも相談せず子どもの抗体検査もしないまま年月が過ぎてしまいました。

担当してくれた助産師さんや医師は、初乳を与えたい私の意志を尊重してくれたので助かった。
「htlv-1キャリアだと母乳をあげられませんよね？」と言ってくる方も中にはいて、とても傷付いたことがあった。

2ヶ月でもら断乳は大変でした。それでも産道感染などリスクはありますが授乳のメリットとリスクなどしっかりした根拠の説明があると嬉しい。

第一子出産後に知ったので、人工乳になるとは思ってなくて、哺乳瓶などの準備ができなかった。

親友が助産師で、相談に色々のってもらいながら授乳したが、母乳で育てたかったので母乳オンリーで3歳くらいまで飲ませた。娘達も大人になり、抗体検査で2人ともキャリアでなくてホッとしたが、判明するまではドキドキした。結果良かったが、万が一母子感染していたら罪悪感あったかもしれない。

初めてわかったときは、母乳はあげられない。と言われたのみで、なぜなのか、キャリアとはなんなのか、HTLV-1に関する話は全くなかったので、ちゃんと説明がほしかった。または説明できる人へつないでほしかったです。

自由記述1-3

キャリア妊産婦の授乳に関して、どのような支援があれば良かったと思いますか？（続き）

徐々に人工乳に移行し、断乳ができるような心身のケアがあると安心です。
母乳を欲しがる赤ちゃんに対して自己嫌悪で精神的に不安定になったこと、急な断乳で、乳腺炎になってしまった記憶があります。

搾乳のサポート(様々な器具を試してから自分に合うものを見つけたかった)
断乳時の胸の張りが辛かったので、マッサージなど受けられると良かったです

３ヶ月まで完全直接母乳で、その後は搾乳した母乳を冷凍してから哺乳瓶で飲ませ、母乳の分泌がなくなるのを待った。３ヶ月まで完全母乳だと、日にちを超えたときに母乳をどうしたら良いか悩んだ。薬で止めることも考えたが、どこを受診しようか悩んだし、母乳を止めることに悲しさや抵抗があった。３ヶ月を迎える頃に授乳の相談を聞いてもらいたかった。

定期的な発症前診断など無料で受けたい。現時点での治療法など、情報発信してほしい。支援は期待していない。この25年間、なにも変わっていない気がする。結局は発症したら死んでしまうことに変わりない。

授乳して結果的に子どもが陽性者となってしまった時の、子どもへの成長に応じた対処法。

母乳がよく出る方だったので、搾乳についてや断乳について苦労しました。
このあたりの支援があったらありがたかったと思います。

私は３回出産していますが、３人目の妊婦健診で陽性であることを告げられました。当時とにかく全く知識が無かったのでもっと、妊婦に情報を与えて欲しい

授乳に関して、深く考えていなかったので何も思っていなかったと思う。

今も不明なのですが、子供がキャリアになっていないのか。それをどこでどのように検査してもらったら良いのか、ずっと気になっています。

担当の産婦人科医がキャリアの授乳期間について大変見識のある先生で、出産前に私や家族に対して丁寧に説明があり、選択肢を与えて下さいました。また、それを婦長さんや助産師さんにも共有していただき、出産後も断乳まで丁寧に指導してもらい大変ありがたかったです。

まず、産院で「あなたはATLだから」と言われることが苦痛でした。htlv-1のキャリアであって、ATLではないのにと、センシティブになりました。医療従事者なのだから、そこの違いの理解や言葉の配慮をしてほしかったです。
ミルク育児以外の選択肢はなかったので、ミルクの補助があれば助かります。二人目出産時は一人目の時よりミルクもかなり高くなっていて、家計への負担がありました。
特に夜、泣き止まないときに、次のミルクまでの三時間が果てしなく長く感じます。「母乳なら間隔を気にせずあげられるのに、、」と一緒に泣いていました。二人目の産院では、「今のミルクはほぼ母乳に近く作られているから厳密に三時間あいてなくてもあげていいよ」と言われたので気持ちが楽でした。

哺乳瓶の乳首を嫌がる赤ちゃんに対して母乳からミルクへのスムーズな移行方法や適切なタイミングなど、細かく相談できる相手が欲しかった。また、母乳がよく出ていたので、第一子(H18年生)のときに母乳を止める薬があれば自分の身体のコントロールも容易だったと思う。

自由記述1-4

キャリア妊産婦の授乳に関して、どのような支援があれば良かったと思いますか？（続き）

卒乳をする方法の内服薬や乳腺炎予防法を教えて欲しかったことと、授乳をしたい気持ちを批判せず、一旦は受け入れて欲しい。 後、人工乳にすることを否定する考え減るような周知
粉ミルク代の助成があると嬉しかったかなと思います。
詰まったらすることがあり助産師さんにお世話になっていて、90日で授乳を辞める時にも詰まらないように指導を受けました。助産師さんのお世話にならない人もいると思うので授乳をやめるときに指導を受けるような体制があったらいいと思います。
可能性をゼロにするために完全人工乳にしました。しかし産後に「母乳をあげている時は幸せでしょう？」と知らない人から声をかけられることもあり、また自分でなくても育てられるという気持ちから精が神的に不安定になりました。 そういう場面をカバーしてくれる人が身近にいたら、吐き出せる場があれば心強いと思います。
キャリアではない人に、病気のために授乳が出来ない人がいることを知ってもらう機会を増やすこと
出産前に説明があっただけで、出産後母乳が出にくかったこともあり、混合から完全ミルクに変えていいのかもわからないまま不安のまま過ごしたことがあったので、その場面ですぐに相談できる人がいたらよかったと思った。
人工乳の購入支援が１歳前後まであればよかったと思います。
このウイルスのことを、陽性になって初めて知った。主治医に言われて、何のことかととても戸惑った。妊婦健診では沢山の血液検査項目があって、何の検査か良く知らないのものも多かったように思う。検査の時に検査項目について分かりやすく説明のあるリーフレットなどがあると良い。事前に知識としてあるのと、無いのとでは最初の受け止め方が違ったかもしれない。
妊産婦の心のケア
まず、この病についての詳細の説明はなく産前産後安心出来なかったです。精神的サポート、実際にどのような授乳を選択すべきかの指導がなく、悩んだ結果自分で完全人工乳を選びました。ただでさえ産後の育児で精神的不安定になるのに、専門の相談窓口がなぜこの街には無いのか…
短期母乳を希望する場合、断乳までのサポートがあると良い。
完全人工乳を選択した為、ミルク代がかさみ、その間は生活が厳しかった。助成がある地域もあるとのことで、全国に広まれば良いなと思います。
当時私の環境は母乳で育てるのが当たり前に思われていた為完全ミルクに対して批判を受けキャリアへの理解が乏しかったので辛い思いをしました
子供がキャリアにならない最善の方法を教えていただければ十分です。

自由記述1-5

キャリア妊産婦の授乳に関して、どのような支援があれば良かったと思いますか？（続き）

母乳過多だった為、90日での断乳の辛さを経験。産院へ電話相談したが大したサポートがなかった。（キャリア妊婦と周知されていない）自力で何とか対応した。初産で里帰り出産だった為、母乳外来に頼る知識や術もなく誰にも相談できなかった。断乳トラブルの有無に関わらず、定期的な母乳サポートのプログラムがあれば良かったと思う。また、一部の地域では取り組んでいるミルク代の助成や支援があって欲しかった。母子ケア訪問の無料など手厚い支援を、期待したい。

病気についての詳しい説明を受ける機会

昔なので、病院の先生ですら確実な情報がなかったので正確な情報や相談できる場所ふす

当時はまだあまり認知もされておらず、相談できる窓口も分からなかったので、結構不安でした。現在の状況は分かりませんが、HTLV専門の相談窓口があると安心できると思います。

詳しく色々説明が欲しかった。何がなんだかわからないままとにかく母乳をあげたらいけないと必死でした、夜あげられない辛さで泣いていたことを思い出す。初めて聞いたことばかりで動揺しました。多分みなさん同じ思いだと思います

キャリアとわかって、授乳に関してなどの説明はありましたが、キャリアとしてその後どうすれば良いのかは、一切説明がなかったので、今になって動き始めた

授乳の指導が欲しかったです。一昨日ありませんでした。

子供に感染させない方法。

短期授乳の際に（特に第一子の場合）、断乳の仕方について出産までに詳しく説明を受けたかった。私の場合、授乳方法の説明はあってもその後の断乳までの流れについて全く説明がなかった為、知識がないままいきなり断乳してしまい乳腺炎になりかけた。その際に地域の保健所の方に来てもらい、断乳までの流れを教えてもらい、スケジュールを組んでもらってうまく断乳することができた。

自由記述2-1

出産後の授乳支援に関すること、または今回のアンケートについてお気づきの点がございましたら、ご自由にお書きください。

私が出産した時は、母乳を冷凍して与えたら感染率が減ると言われたのでいつも母乳を搾乳して冷凍して与えてたが、最近のコラムを読む限りそういったことがかかれてないので、冷凍しても意味なかったのか知りたいです。

20年近く前の出産ですが、辛かったことを思い出します
このアンケートが、これから出産される方のお役に立てますよう願っています

大きめの病院で出産しましたがそれでも人手が足りず皆様忙しそうにされていました。もし、短期だけ母乳を与えて人工乳に切り替えるという要望を出したとして、支援してもらうのは難しかったのではないかと思います。また、里帰り出産では、授乳支援は里帰り先と居住地と両方で必要になってしまいます。
子供の乳幼児期に複数回転居した身としては、日本全国で同様の支援を受けるのは厳しいことだと感じました。
ウイルス関係なく母乳と人工乳どちらを選ぶかと問われれば母乳ですし、わが子に母乳をあげてみたかったという思いはもちろんあります。ですが母乳から人工乳への切り替えの大変さや短期授乳でも感染させてしまうかもしれないという不安を考えると、完全人工乳にしたことに後悔はありません。

産後の授乳については完全人工乳だと特にトラブルもなかったです。それが逆に疎外感を感じたりコンプレックスになり、とにかく産後はセンシティブでした。
家族、特に子供の抗体検査については全く考えていなかったので、今後機会があれば受けたいと思いました。

当時は医師を含め産院のスタッフも行政保健師や助産師も、自分以上の情報を持っていなかったため、専門医の情報に基づき自分で判断するしかなかった。
その状況が今も変わっていない気がする。一部の関連疾患患者のみが公的に手厚くカバーされているのに、それ以外の制度は進まないのも納得いかない。
キャリアとわかっても発症しない限り何もないと言われるだけで、キャリアは声をあげても届かないので、ほとんど諦めている。

出産した医院は母乳育児に熱心な助産師がいて母乳の大切さの説明があったが、キャリアのような少数派妊婦むけに、授乳の説明があれば良かったと思う。
母乳が絶対では無く粉ミルクでも育つと言って欲しかった。

完全人工乳を選択したものの、ミルクを飲ませる量について、看護師、保健師、粉ミルク会社の相談員それぞれ、意見が違っていた。
体重に応じて一日量を設定していたが、離乳食が始まるまでは、不安だった。

抗体検査を無料でできる機関を増やして欲しい（子供が保健所で検査しようと相談したところ小学生以下は無理と断られたため）

htlv-1キャリア妊婦を支えて下さる方がいて、とても嬉しいです。
ありがとうございます。

母子感染以外でも感染の可能性はあるので、早く発症した時の特効薬が出来ればいいなと思います。協力出来る事があればいつでも声掛けしてください。

授乳方法によって、子供がどうなったかの実際の数値を知りたいです。

抗体検査ができるとは、今しりました。産科医助産師に、周知していただきたい。

自由記述2-2

出産後の授乳支援に関すること、または今回のアンケートについてお気づきの点がございましたら、ご自由にお書きください。（続き）

キャリアであり、地域の保健師として働いてる身としては、産後の授乳支援に携わりたいと思っている。というのも、身近にキャリアの人がおらず、気持ちを共有できる人がいなくて寂しかったという思い出があるから。今はオンラインでもつながれる時代になったので、支援できるなら支援したいと思う。なかなか、キャリア故の悲しさを共感してもらえることはない。行政保健師の介入も、産後すぐと４ヶ月健診頃には手厚いが、３ヶ月という時点は行政サービスも手薄になりやすいので、キャリアの母親もなかなか相談に出向くのが難しいだろうなと思っている。

授乳しても構わないと言われても、もし何かあったときに誰が責任を取ってくれるのか。それよりも子ども達（既に成人している）がキャリアかどうか検査するのはどこに行けば良いか知りたい。

キャリアで出産した者として、母親側の気持ちを社会にわかってもらえる良い機会の一つだと思います。
個人的にも同じような立場の方々の気持ちを知る機会が日常的には無いのでありがたいです。

先生によって全く考え方が異なる印象があります。
検査で判明した病院では「母乳は絶対禁止」と強く言われました（それ以前に結果報告を半年以上告知されていませんでしたが）し、その後引っ越して別の産婦人科で出産しましたが、その先生は「別に大して気にすることはない」と、卒乳まで母乳 or 混合でも問題ないと言われました。
産後は引っ越してまた違う地域に居て、HTLV-1については「聞いたことがある程度」という先生が多かったです。
たまたま大学病院にかかっていたので、縁あって擬陽性の可能性もあるからと再検査（判明から15年後くらい）してもらい、そこで初めて血液内科の先生から詳細をうかがうことができました。
もう少し全体的な知見が平準化して広まっていたらいいのになと思います。特に看護師さんはほぼご存じなかったです。

30年前とは今は違うと思いますが、世間の知らない人に情報を広げることは大切だと思います

その時は先生から母乳は3ヶ月までと言われただけで、特に気をつけることとか何も言われていないように思う。本当にこれでよかったのかと今でも考えることはあるが…。

私の検査陽性に伴う妊娠中の注意点などは、お医者さん側へ向けられた資料のコピーを渡されざっと説明されただけでした。
授乳などについてもほとんど自分でネットなどで調べた記憶があります。
妊婦への検査だけで、後のフォローがなさすぎるということは感じておりました。

現在は、産まれてきた子はキャリアなのかを調べるのはいつしたらよいか、どこで診てもらうべきか悩んでいます。検査については知るのが怖いので積極的には受けたくない気持ちもあるのですが、、
上記で記載した出産時の担当の先生が転院してしまったので相談できる馴染みの先生がおらず不安です。。

将来的に、母乳外来の中で継続的な支援が増えていくことを望みます。

こどもは感染している程で生きているが、発症をさせないためにウィルス量を増加させない方法など教えてほしい。

自由記述2-3

出産後の授乳支援に関すること、または今回のアンケートについてお気づきの点がございましたら、ご自由にお書きください。（続き）

私は母乳過多だったため、完全人工乳にする選択がなかったです。
完全人工乳は母子感染のリスクは少なくなるが、経済的にも負担がある、ただ、産後3ヶ月目以降は母乳をあげるとリスクがありなど教えてもらい、なくなくと言う状況でした。
なぜ人工乳を選んだのかの質問もあってもいいのかなと思いました。

私が出産した当時は、医師からの説明も看護師、助産師からの説明も、曖昧な部分が多く、おそらくとか、だろうが含まれたお話が多く、説明を受ける私自身はそれ以上にもっと不明な事が多く、初産の身に多大なストレスでした。出産はそれきりなので、今出産される方のケアが改善されている事を祈ります。

産院では人工乳しか選択肢がありませんでしたし、それでいいと思います。

初めての出産だとわからないことが多いので、ある程度大きくなるまではしっかり支援して、わからないことを質問できる環境づくりをしてほしいと思った。

第一子出産時は病院側も世間の知識も不十分だったので断乳しか選択肢はかなった。
短期母乳の知識も第三子出産時には病院からの説明はなかったので病院としては断乳の方が安心なのかと思った。
初めての妊娠でナーバスな中、母乳があげられない、世間の認識が乏しかったので理解が得られない
出産直後で体調が思わしくない中哺乳瓶の消毒作業の負担がつらかった。
第三子出産時は東日本大震災翌年だった為、ミルクと水の確保に神経質になった。
保健所にたまたま行った時に日本HTLV-1学会の冊子を見て今は情報が豊富にあり、社会の理解も得られているのでよかった。

各都道府県市町村に全国一律機関を設けて欲しいです。
産婦人科にはそれを義務付けて頂きたい。私のような医療機関に不信感を抱くお母さんを増やしたくないです。
みんな平等に安心して子育て出来る社会にして欲しい。
願い続けるしか私には出来ません。

抗体検査について、子どもたちに受けさせたい気持ちはあるが、周りには「受けさせなくてよい。キャリアだと分かったところで（何も出来ないのに）どうするのだ」と言われる。
どこで検査が出来るのか、いつから受けられるのか、どこに相談すれば良いかも分からない。

産婦人科や医療機関にhtlv感染について目につく様な対処があるといい

2人目（1993年）は初めての出産の時と違う大学病院での出産だったので、妊婦健診で自分がキャリアだとわかったのは、その頃にしてはラッキーだったと思います。

相談窓口が分かりづらい。どの程度で相談してよいのかわからない。
子連れでの受診はハードルが高いため、訪問してもらえるなどのサポート体制があればいい。

資料４

授乳法	短期授乳選択者					完全人工乳選択者				
期間	～2010	2011～2016	2017～	合計	比率	～2010	2011～2016	2017～	合計	比率
出産後1か月まで	8/17	5/13	5/10	18/40	45.0%	35/61	11/17	12/24	58/102	56.8%
1～3か月	12/17	8/13	6/10	26/40	65.0%	48/61	11/17	15/24	74/102	72.5%
3か月以降	17/17	10/13	8/10	35/40	87.5%	48/61	11/17	17/24	76/102	74.5%

資料５

授乳法	短期授乳選択者					完全人工乳選択者				
期間	～2010	2011～2016	2017～	合計	比率	～2010	2011～2016	2017～	合計	比率
出産後1か月まで	6/8	2/5	2/5	10/18	55.5%	12/35	4/11	2/12	18/58	31.0%
1～3か月	8/12	5/8	3/6	16/26	61.5%	11/48	4/11	2/15	17/74	23.0%
3か月以降	11/17	4/10	3/8	18/35	51.4%	8/48	4/11	3/17	15/76	19.7%

資料６

キャリねっとアンケート調査２
基本集計

2026年1月31日作成

分析に用いたデータ：2026年1月23日時点までに回答を完了したもの
母集団：キャリねっと（HTLV-1キャリア登録サイト）に登録した946名
アンケート２回答者：192名
分析対象者：192名のうち男性,性別不明の回答を除いた185名

アンケートのお願い

- キャリねっと登録者へ、サイト上の依頼とメルマガによる案内を行った。サイト上の案内文は下記の通りである

キャリねっと登録時に入力していただいた情報は、集計、解析の上でHTLV-1対策を検討していくための重要なデータとして利用させて頂いています。これらの基本的な調査項目に追加して、必要に応じて追加の調査が必要な時に、こちらのアンケートページで追加のご入力をお願いしています。もしアンケート対象に該当するようであれば、是非ご入力ください。

HTLV-1キャリア対応を検討する上で必要な調査の対象として、キャリねっとに登録して頂いている皆さんは重要な存在です。

「あなたの声を届けよう」

宜しくお願いします。

現在、以下の２つのアンケートが実施されています。調査対象に該当する方はご入力をお願いします。

アンケート１）
HTLV-1キャリアと判明している妊婦さん、お子さんをお持ちのお母さんを対象とした授乳方法の選択や授乳方法の指導を受けた経験についての調査

アンケート２）
HTLV-1キャリアと判明している妊婦さん、お子さんをお持ちのお母さんを対象とした授乳に関する考え方、お子さんの抗体検査に関する考え方についての調査

※アンケート１）は従来から行われていたアンケートです。すでにご回答いただいている場合、アンケート２）にも追加でご入力ください。

キャリねっと運営責任者
東京大学大学院新領域創成科学研究科　教授
内丸　薫

アンケート構造

2021年12月2日に新たにアンケート２を追加した。アンケート２の対象者はこれまでと同じであるが、内容は以下のとおりである。

アンケート対象者

これまでにキャリアと診断された妊婦さんやお母さんを対象とした

設問

１.授乳に関する考え方について

２.お子さんの抗体検査に関する考え方について

※お子さんの抗体検査に関する考え方については、3歳以上のお子さんがいるお母さんに尋ねた

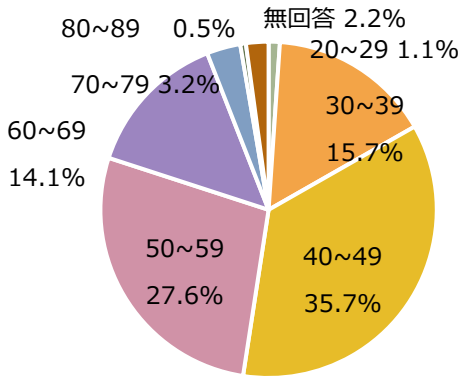
この２つの設問について集計を行った。

アンケート２回答者の基本属性 ① (n = 185)

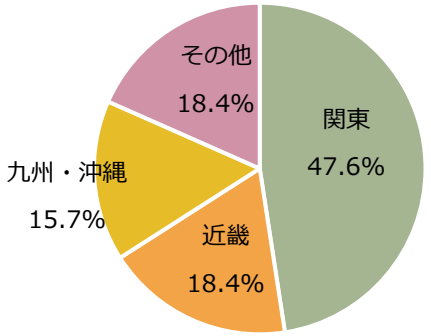
		n	%	平均	SD
現在の年齢※				49.6	10.5
現在の年代※	20~29	2	1.1		
	30~39	29	15.7		
	40~49	66	35.7		
	50~59	51	27.6		
	60~69	26	14.1		
	70~79	6	3.2		
	80~89	1	0.5		
	無回答	4	2.2		
診断時年齢				32.3	11.0
居住地域	関東	88	47.6		
	近畿	34	18.4		
	九州・沖縄	29	15.7		
	その他	34	18.4		
出身地域	関東	45	24.3		
	近畿	23	12.4		
	九州・沖縄	53	28.6		
	その他	64	34.6		

※年齢、年代は2026年1月31日時点で算出。

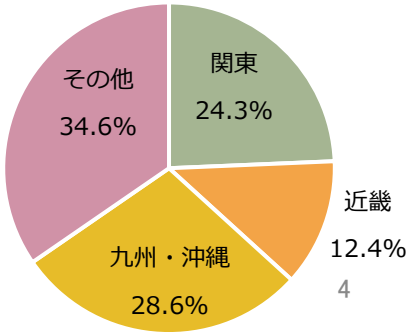
現在の年代



現在の居住地域

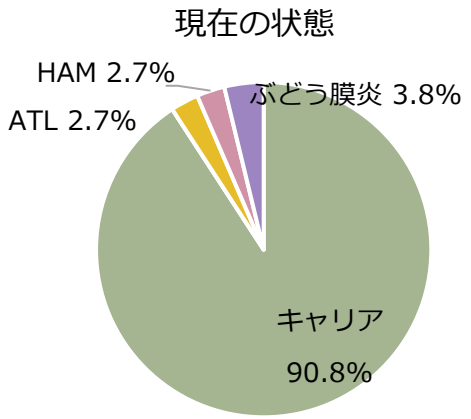


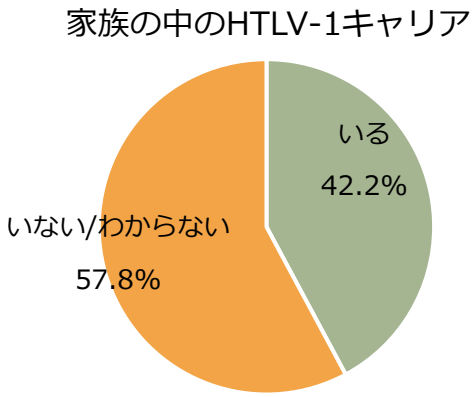
出身地域

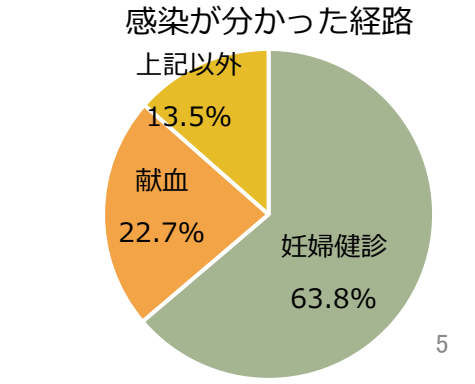


アンケート２回答者の基本属性 ② (n = 185)

		n	%
現在の状態	キャリア	168	90.8
	確認検査判定保留	0	2.7
	ATL	5	2.7
	HAM	5	3.8
	ぶどう膜炎	7	100.0
家族の中のHTLV-1キャリア			
	いる	78	42.2
	いない/わからない	107	57.8
感染が分かった経路	妊婦健診	118	63.8
	献血	42	22.7
	上記以外	25	13.5







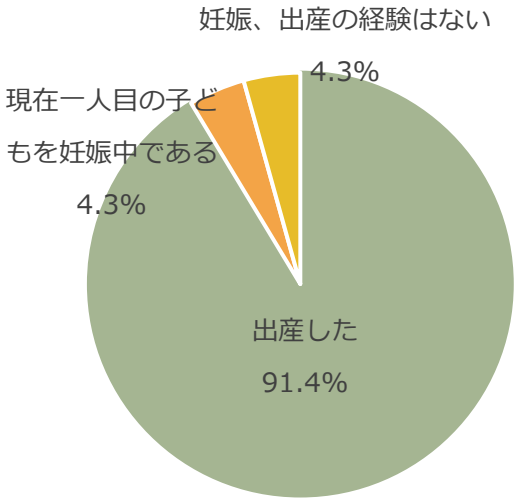
1．授乳についての考え方について伺います。

HTLV-1のおもな母子感染ルートは母乳です。そのため、HTLV-1キャリアのお母さんは人工乳による哺育が推奨されています。一方、感染リスクを説明してもなおお母さんの強い希望がある場合にのみ、短期母乳あるいは凍結母乳が選択肢に挙げられています。人工乳で哺育しても3%の赤ちゃんが感染することが知られています。また、調査数は十分とはいえませんが、3か月以下の短期授乳と人工乳哺育を比べた場合赤ちゃんの感染率は増加しないという調査結果もあります。

1．授乳についての考え方について伺います。

1-1) あなたはお子さんを出産しましたか？

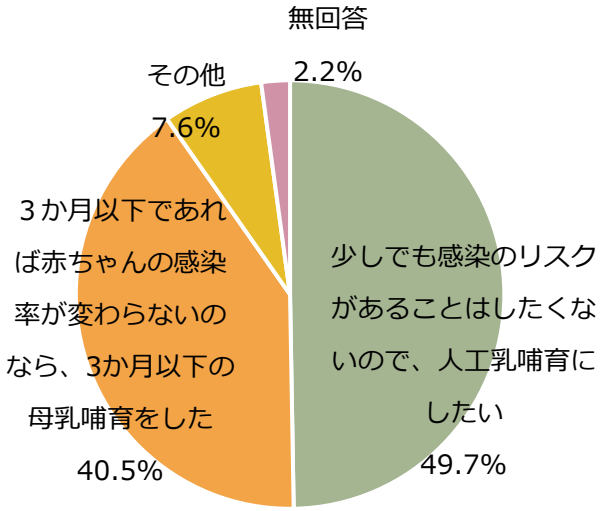
出産した	169	91.4
現在一人目の子どもを妊娠中である	8	4.3
妊娠、出産の経験はない	8	4.3
合計	185	100.0



1．授乳についての考え方について伺います。

1-2) もし3か月以下の授乳であれば赤ちゃんの感染率が上がらないのであれば、3か月以下の母乳哺育を望みますか（望みましたか）？

	n	%
少しでも感染のリスクがあることはしたくないので、人工乳哺育にしたい	92	49.7
３か月以下であれば赤ちゃんの感染率が変わらないのなら、3か月以下の母乳哺育をした	75	40.5
その他	14	7.6
無回答	4	2.2
合計	185	100.0



1．授乳についての考え方について伺います。

1-2) もし3か月以下の授乳であれば赤ちゃんの感染率が上がらないのであれば、3か月以下の母乳哺育を望みますか（望みましたか）？

＜その他の自由回答＞

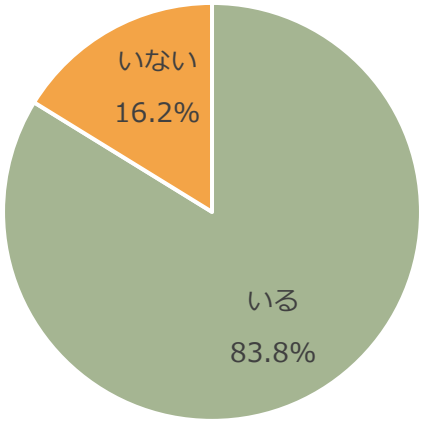
3ヶ月以内の授乳でリスクがないのなら授乳したいと思いました。最初の母乳には免疫があるとか、母乳は凄い良いなどの話を聞くたび、少し辛く思っていました。
できればあげたいが感染は怖い。
わからない
確率が変わらないのであれば母乳保育もしたかったが、３ヶ月で人工乳哺育に切り替えるのが大変そう。
感染のリスクがあることはしたくないのと、3ヶ月で母乳を辞めることは母子ともに辛くなるかもしれないと思い、完全ミルクで育てました。
感染リスクはゼロにしたかったが、1度だけ授乳した。
気にはなりましたが、ミルクも飲まない子だったので祈りながら母乳を飲ませました。娘が妊娠した際、感染なしだったのでホッとしました。
私が出産した病院ではキャリアでも母乳をすすめると言われたのでその通りにしたが、今は後悔してる
初乳だけはあげたい

2．お子さんが３歳以上のお母さんを対象に、子どもの抗体検査についての補足のご意見を伺います。

出生からの期間が短いと子どもの抗体検査を行っても、疑陽性（感染していないのに検査が陽性になる）や偽陰性（感染していても検査が陰性になる）となることがあり、検査を行うなら３歳以降と言われています。

2-1）３歳以上のお子さんがいらっしゃいますか。

	n	%
いる	155	83.8
いない	30	16.2
合計	185	100.0



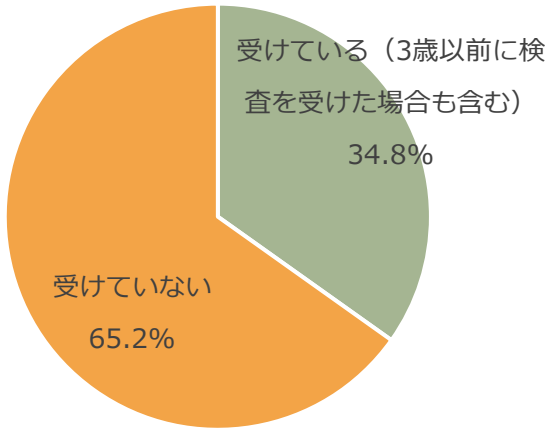
以降の集計は、「いる」と回答した155名を対象としている。

2．お子さんが３歳以上のお母さんを対象に、子どもの抗体検査についての補足のご意見を伺います。

2-2）３歳以上のお子さんは抗体検査を受けていますか？

	n	%
受けている（3歳以前に検査を受けた場合も含む）	54	34.8
受けていない	101	65.2
合計	155	100.0

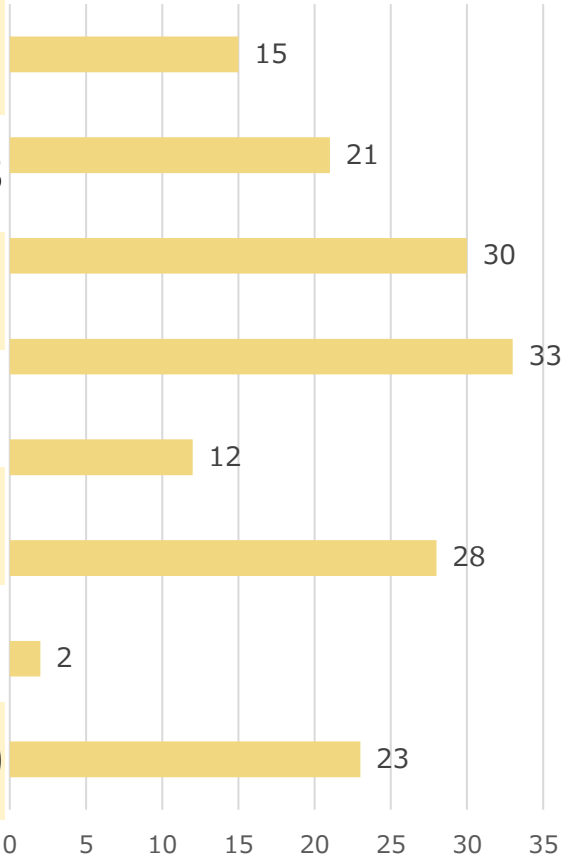
３歳以上の子どもが「いる」と回答した155名が対象



2．お子さんが３歳以上のお母さんを対象に、子どもの抗体検査についての補足のご意見を伺います。

2-3) 上の質問で「受けていない」と回答したお母さんにお尋ねします。検査をしなかった理由は何ですか？（複数選択可）

	n	%
仮に陽性でもすることがないので、検査をする必要がないと思ったから	15	14.9
もし陽性と判明したら怖いから	21	20.8
子どもの抗体検査について聞いたことがなかったから	30	29.7
検査をできる場所がなかったから（どこで検査を受けられるかわからなかったから）	33	32.7
採血で痛い思いをさせたくなかったから	12	11.9
子どもが意思決定できる年齢まで待ちたかったから	28	27.7
単に忘れていた	2	2.0
その他	23	22.8



３歳以上の子どもが抗体検査を「受けていない」と回答した101名が対象。％は101名を分母として算出

２．お子さんが３歳以上のお母さんを対象に、子どもの抗体検査についての補足のご意見を伺います。

2-3) 上の質問で「受けていない」と回答したお母さんにお尋ねします。検査をしなかった理由は何ですか？

＜その他の自由回答＞

1年母乳をあげたので確実に陽性だと思うから
キャリアであったとしても何の対処もできないから
コロナもあり、急がなくていいと考えたため
コロナ禍で病院への受診を控えていた
もう成人なので本人には伝えました。中学生の息子はいつか検査しようと話してあります
もし、検査して陽性だった時、子の将来に不安
医者に必要ないと説明されたから。感染源であろう母や感染している可能性がある兄姉も検査の必要ないと説明受けました。
初めて診察を受けた担当医の先生に、キャリアと判明しても何も治療など出来る事がないので、子供が成人になってから検査をしたいと本人が思うならば、20歳以降に検査を受けるようにしたらいいのでは…との説明を伺ったから。

２．お子さんが３歳以上のお母さんを対象に、子どもの抗体検査についての補足のご意見を伺います。（続き）

2-3) 上の質問で「受けていない」と回答したお母さんにお尋ねします。検査をしなかった理由は何ですか？

＜その他の自由回答＞

小学校に上がった頃になったらぜひ検査したい
人工乳、帝王切開のためリスク少ないかと思われる
断乳したので感染していないと思っている
当時は飲ませなければ感染はしないと言われていた。
母子感染ではないので
母乳を与えていないから
無料で受けられる保健所では、小児は受けることができないと言われたため
陽性判明した場合、子への説明ぶりが難しいが、実際に子に告知した体験談などがほぼないことから、検査に踏み切れない。また、近隣にHTLV-1に理解のある小児科があるかという情報がないため、受診しづらい。

資料 7

HTLV-1 キャリア妊産婦の短期母乳栄養における
人工栄養移行マニュアル

こども家庭科学研究事業　次世代育成基盤研究事業
HTLV-1 キャリア妊産婦の支援体制の構築に関する研究

研究代表者　昭和医科大学客員教授
東京大学名誉教授
内　丸　　薫

研究代表者序文

ヒト T 細胞白血病ウイルス 1 型 (Human T-cell leukemia virus type 1: 以下 HTLV-1) は成人 T 細胞白血病リンパ腫（Adult T-cell Leukemia-lymphoma: ATL)、HTLV-1 関連脊髄症（HTLV-1 Associated Myelopathy: HAM)、HTLV-1 ぶどう膜炎（HTLV-1 Uveitis：HU）などの腫瘍性、炎症性疾患を長期の潜伏期を経て一部の感染者に発症する。これらはいずれも難治な疾患であり、感染を予防することが最も重要な対策の一つである。

HTLV-1 の重要な感染ルートの一つである経母乳感染を防ぐためには HTLV-1 感染授乳婦に対する授乳指導が重要な手段である。2010 年 11 月の厚生労働省母子保健課長通達以降、本格的に国による HTLV-1 母子感染予防対策が実施され、2017 年には厚生労働行政推進調査事業費補助金・成育疾患克服等次世代育成基盤研究事「HTLV-1 母子感染予防に関する研究 :HTLV-1 抗体陽性妊婦からの出生児のコホート研究」（代表　板橋家頭夫）により「HTLV-1 母子感染予防対策マニュアル」が作成され、2022 年 11 月には改訂第 2 版（厚生労働科学研究「HTLV-1 母子感染対策および支援体制の課題の検討と対策に関する研究」(代表　内丸　薫)）が発行されている。同改訂第 2 版マニュアルでは HTLV-1 経母乳感染を防ぐために完全人工栄養が最も確実な方法であり、最もエビデンスが確立した方法として推奨されているが、上記板橋班の研究による 90 日未満の短期授乳では完全人工栄養と母子感染率に有意差が見られなかったという結果を踏まえ、短期授乳を選択肢の一つにあげ、母子感染予防の観点に加えて、妊娠、出産、育児の観点から十分な説明を受けた上で、母親が自らの意思で授乳法の選択ができるように共有意思決定支援を行うとされている。一方、同研究では 90 日未満の短期授乳を選択したものの 90 日未満で母乳を終了できなかった母親の割合の高さが指摘され、適切なカウンセリング、乳房ケアなどを含む支援の体制が整っていることが、短期授乳を選択肢にあげる上での必須条件としている。

本研究班による妊娠出産を経験した HTLV-1 キャリアを対象としたウェブ調査では、児の感染率に差がないのであれば短期授乳を選択したいと 40％の母親が回答している。一方、短期授乳を選択した母親のうち 65.7％は産後 1 ～ 3 か月後に支援を受けられなかったと回答しており、支援体制の整備が十分でないことが短期授乳選択者の人工栄養移行失敗の大きな理由の一つであると考えられる。90 日未満の短期授乳を選択肢にあげるのであれば、今後 HTLV-1 キャリアの妊産婦に適切な支援体制を構築していくことが急務と考えられるが、具体的な支援体制については経験が少ないこともあり、各医療機関、自治体ともどのような支援が必要かについて必ずしも明確な情報を持っていないのが実情であろうと考えられる。

本マニュアルは「厚生労働科学研究班による HTLV-1 母子感染予防対策マニュアル第 2 版」に記載された短期授乳を選択肢にあげるための必須条件とされた人工栄養移行への必要な支援体制について時期を追ってまとめたものである。その意味で本マニュアルは「厚生労働科学研究班による HTLV-1 母子感染予防対策マニュアル第 2 版」と対をなすものであり、授乳方法の選択にあたっては同マニュアルを参照されたい。本研究班のおもに助産領域に関わる分担研究者、研究協力者により実際の経験に基づいて作成された本マニュアルが、これから HTLV-1 キャリア妊産婦の支援体制を構築していこうと考えている医療機関、自治体にとってその指針となることを期待するとともに、現在すでに HTLV-1 キャリア妊産婦の支援にあたっている医療機関、自治体においてはあらためて支援体制の検証を行う参考になることも期待される。マニュアルという形式での本研究班からの提言が今後に活かされることを期待するとともに、医療機関、支援機関からの忌憚のないご批判も仰ぎ、今後さらによいものになっていくことを祈念している。

令和８年３月

こども家庭科学研究事業　次世代育成基盤研究事業
HTLV-1 キャリア妊産婦の支援体制の構築に関する研究
研究代表者　昭和医科大学客員教授　東京大学名誉教授　内丸　薫

編集代表者序文

厚生労働科学研究班による「HTLV-1 母子感染予防対策マニュアル第 2 版」（2022）では、HTLV-1 経母乳感染を防ぐためには完全人工栄養が最もエビデンスが確立した確実な方法として推奨されていることに加えて、90 日未満の短期母乳栄養が選択肢として提案された。さらに、この選択肢を成立させるには、助産師外来や授乳支援外来等で適切な乳房ケアを含む支援を行うことが必須であることが併記されている。

また、HTLV-1 の経母乳母子感染ゼロリスクを目指す観点に加えて、妊娠、出産、育児の観点から母親（家族）が各栄養方法のメリットとデメリットに関して十分な説明を受けた上で、自らの意思で児の授乳法を選択できるよう共有意思決定支援を行うことも提案されている。

本マニュアルは、「HTLV-1 母子感染予防対策マニュアル第 2 版」（2022）の内容に準拠しつつ、短期母乳栄養を選択した HTLV-1 キャリア妊産婦（母子・家族）が、90 日未満の母乳育児をつつがなく完了して、より順調に完全人工栄養に移行できるための具体的授乳支援を提案している。現在の日本では、すべての妊産婦（母子・家族）に対する妊娠期・出産期（産科施設入院中）・産後の子育て期を通した、個別的で継続的な支援提供体制の整備が喫緊の課題とされている。さらにきめ細やかな支援が求められる HTLV-1 キャリア妊産婦（母子・家族）に対するテーラーメイドの切れ目ない支援もまた未だ道半ばであるが、本マニュアルが、実践現場における個別的・継続的支援の一助となれば幸いである。

こども家庭科学研究事業　次世代育成基盤研究事業
HTLV-1 キャリア妊産婦の支援体制の構築に関する研究
分担研究者　日本赤十字看護大学　看護学部母性看護学
大学院看護学研究科国際保健助産学専攻　井村　真澄

はじめに

本マニュアル（仮称）は、「HTLV-1 母子感染予防対策マニュアル第 2 版」（2022）のうち、おもに「第 4 章：出生後の母子感染予防のための栄養方法の選択」と 4 章に関連する巻末資料内容に準拠して作成している。

これまで HTLV-1 キャリアの母親（母子・家族）を多く担当してきた医師・助産師・保健師等もおられる一方で、初めて当該者の支援を担当するために本マニュアルを手に取る方々も想定して、現場活用性が高まるよう具体的な支援技術や方法を掲載している。

また、原則的なことはこのマニュアル 1 冊で完結できるよう、第 1、2、3 章には HTLV-1 キャリアの母親への支援に必要な基礎知識、第 4、5 章には短期母乳栄養を選択した HTLV-1 キャリアの母親に対する実践的な支援方法、加えて 6 章として具体的事例を紹介、解説している。

妊娠期の突然の HTLV-1 キャリア告知に始まり、「短期母乳栄養」の選択、出生直後の早期母子接触と早期授乳、母乳育児の立ち上げと継続、90 日未満の母乳育児終了とその後の乳汁産生抑制や児の卒乳への対応という HTLV-1 キャリアの母親の体験は、当然のことながら、キャリアではない母親の体験とは大きく異なる（第 2 章参照）。そのため、HTLV-1 キャリアの母親（母子・家族）に対しては、個別的・継続的に繊細できめ細やかな支援が求められる。

いっぽうで、「短期母乳栄養」を選択した場合も、母乳育児を順調に軌道に乗せるための基本的支援と、いずれかの時期に母乳を終了する卒乳に関する母子への基本的支援の原則は、通常の母乳育児とほぼ同様の基本的原理を活用することができる。

その意味において、「短期母乳栄養」を選択した母親（母子・家族）への支援に携わる保健医療者は自ら支援へのハードルを高く上げすぎることなく、基本的な母乳育児促進 / 終了支援と共有意思決定支援・心理支援・家族支援等を土台に据えて、HTLV-1 キャリアの母親（母子・家族）への個別的なケアを加えるイメージを持って支援に臨んでいただけると幸いである。

執筆者一覧

■監修

こども家庭科学研究事業　次世代育成基盤研究事業

HTLV-1 キャリア妊産婦の支援体制の構築に関する研究（研究代表者　内丸　薫）

■編集

井村　真澄　日本赤十字看護大学　看護学部母性看護学　大学院看護学研究科国際保健助産学専攻

■執筆者（五十音順）

有森　直子　新潟大学大学院　保健学研究科看護学分野
稲田　千晴　日本赤十字看護大学　看護学部母性看護学　大学院看護学研究科国際保健助産学専攻
井村　真澄　日本赤十字看護大学　看護学部母性看護学　大学院看護学研究科国際保健助産学専攻
内田　朱音　兵庫医科大学　看護学部　家族支援看護学分野　助産学・母性看護学
内丸　　薫　昭和医科大学
笠井　靖代　日本赤十字社医療センター 第二産婦人科
北村　　愛　鹿児島中央助産院
木暮　菊江　助産院 umie
重松　環奈　日本赤十字社医療センター周産母子・小児センター
下敷領須美子（元）神戸女子大学看護学部　成育看護領域
谷口　光代　宮崎大学医学部看護学科　子育て世代・子ども健康看護科学講座
田村　康子　兵庫医科大学　看護学部　家族支援看護学分野　助産学・母性看護学
柘植　　薫　香川大学医学部附属病院腫瘍内科／がんセンター
根路銘安仁　鹿児島大学医学部保健学科
馬目　裕子　日本赤十字社医療センター看護部
山森佳奈子　日本赤十字社医療センター周産母子・小児センター

■執筆協力者（五十音順）

アタライフ株式会社　平山佑三子

人工乳移行マニュアル

CONTENTS

第 1 章　HTLV-1 の基礎知識 …… 08

Ⅰ. HTLV- 1 ウイルスとは …… 08
Ⅱ. わが国における HTLV-1 感染者数および分布 …… 08
Ⅲ. HTLV-1 ウイルスによって引き起こされる疾患 …… 08
Ⅳ. HTLV-1 抗体検査と確定診断 …… 09
Ⅴ. HTLV-1 の母子感染における各栄養方法別特徴 …… 10

第 2 章　HTLV-1 キャリアの母親への支援技法 …… 12

Ⅰ. HTLV-1 キャリアの母親と家族が抱える特徴的な状況 …… 12
Ⅱ. 共有意思決定 …… 12
Ⅱ. 心理的支援 …… 15
Ⅲ. 夫婦間・家族間調整支援 …… 16

第 3 章　母乳育児の基本 …… 19

Ⅰ. 母乳育児のメリット …… 19
Ⅱ. 母乳育児がうまくいくための 10 のステップと
HTLV-1 キャリア母親における考え方 …… 20

第 4 章　HTLV-1 キャリア母親における短期母乳栄養への支援 …… 26

Ⅰ. 短期母乳栄養とは …… 26
Ⅱ. 共通する支援 …… 26
1. 妊娠期の支援 …… 26
2. 分娩後の支援 …… 28
3. 人工栄養移行期間における支援 …… 32
4. 完全人工栄養移行後の支援 …… 42

第 5 章　短期母乳栄養方法別の特徴と具体的支援の進め方 …… 44

Ⅰ．短期母乳栄養の種類と特徴 …… 44

1. 短期全母乳栄養 …… 44

2. 短期混合栄養 …… 44

Ⅱ．短期母乳栄養方法における具体的支援 …… 46

1. 短期全母乳栄養 …… 46

2. 短期混合栄養 …… 47

第 6 章　事例紹介 …… 48

Ⅰ．各事例概要 …… 49

事例 1―周産期医療機関による妊娠期から移行まで一連の支援を行い、短期全母乳栄養を達成した初産婦の事例 …… 49

事例 2―診療所と訪問助産師が連携支援して短期全母乳栄養を達成した経産婦の事例 …… 53

事例 3―診療所と訪問助産師が連携支援して短期混合栄養を達成した経産婦の事例 …… 56

事例 4―上子の長期母乳を経て、移行日直前まで長期母乳栄養と葛藤しながら、宿泊型産後ケア利用により短期母乳栄養を達成した経産婦の事例 …… 59

巻末資料 …… 66

本マニュアルの全体構成

第１章－第３章
HTLV-1 キャリア母親への支援のための基礎知識

P8～ **第１章**
HTLV-1 の基礎知識

P12～ **第２章**
HTLV-1 キャリアの
母親への支援技法

P19～ **第３章**
母乳育児の基本

第４章
HTLV-1 キャリアへの実践的支援内容

P26～ **第４章**
HTLV-1 キャリア母親における
短期母乳栄養への支援

妊娠

↓

HTLV-1 陽性

↓

共有意思決定

↓

栄養方法の選択

↓

出産
授乳スタート

↙ ↓

短期混合栄養

第５章
短期母乳栄養方法別の特徴と
具体的支援の進め方

P44～ Ⅰ. 短期母乳栄養の種類と特徴

短期全母乳栄養

P46～
短期全母乳から
完全人工栄養への移行
①パス

P47～
全母乳確立後から
混合栄養を経て
完全人工栄養
②パス

P47～
産褥早期から
混合栄養を経て
完全人工栄養
③パス

P47～
早期母子接触・早期授乳
から完全人工栄養
④パス

↓

完全人工栄養への移行完了
移行後のフォローアップ

心理ケア、乳房ケア、児のケア

第 1 章
HTLV-1 の基礎知識

I HTLV-1 ウイルスとは

HTLV-1 はおもにヒトの CD4 陽性 T 細胞と呼ばれるリンパ球に感染するウイルスである。レトロウイルスに分類され、遺伝子情報は DNA ではなく RNA の形で保持している。感染細胞の中で RNA から DNA に逆転写され、感染細胞の DNA の中に組み込まれて感染が成立する。HTLV-1 感染細胞は HIV ウイルスと異なり、基本的に感染細胞からウイルス粒子を放出することはない。感染 CD4 陽性リンパ球が非感染 CD4 陽性リンパ球に体内で接触することによりウイルスが受け渡されるという様式で感染が成立する。HTLV-1 感染が成立するためには感染細胞が生きたまま大量に体内に入ってくるという状況が必要である。従って感染が起こり得るのはきわめて限られた状況のみであり、具体的には HTLV-1 キャリアの授乳婦からの母乳（HTLV-1 感染リンパ球が含まれている）の授乳、および HTLV-1 キャリアとの性交渉である。

本マニュアルの主題である母子感染予防という観点からは、母乳の授乳を制限することにより児への感染リスクを大幅に減少させることができる。HTLV-1 キャリア授乳婦から長期に母乳哺育を受けた児の感染率は 20%前後と報告されているが、完全人工栄養にすることで感染率は 3%程度に減少する。ここで感染率がゼロではないのは母乳以外のルートによる母子感染が一部存在すると考えられるからで、詳細は不明だが経胎盤感染と考えられている。また母乳の授乳を 90 日未満の短期として人工栄養に移行することにより、児の感染率は完全人工栄養の場合と有意差がないことが報告されている。

II わが国における HTLV-1 感染者数および分布

わが国における HTLV-1 感染者数は献血者における抗体陽性率から推定されている。2020 年から 2021 年の献血者のデータからはわが国の感染者数は 65 万 8 千人と推定されているが、献血者からの推定は一般人口における感染者数より低くなることが知られているため、実際の感染者数はこれよりかなり多いと推定される。国内において九州、沖縄などに感染者が多いことはよく知られているが、それ以外にも東北地方の太平洋沿岸地域など感染者の多い地域があり、また人口の移動に伴い、特に大都市圏へ分布が変化してきていることから、九州、沖縄地方以外でも HTLV-1 キャリア妊婦を診療する機会があることに留意すべきである。

III HTLV-1 ウイルスによって引き起こされる疾患

HTLV-1 は感染したのみでは無症状であり、このような感染者のことを無症候性キャリア（以下キャリア）と呼ぶ。キャリアのほとんどは一生涯を無症状のままで過ごすが、一部のキャリアが通常数十年の後におもに以下の 3 つの疾患を引き起こす。

1）成人 T 細胞白血病リンパ腫（ATL）

HTLV-1 感染細胞ががん化して発症する。キャリアのうちの ATL の生涯発症率は 5%程度である。発症年齢中央値は 70 歳くらいであり、化学療法（抗がん剤）と抗体医薬などの分子標的療法による治療成績は不十分なため、若年者では同種の造血細胞移植（骨髄移植など）が行われるが、現在でも難治な血液がんである。

2）HTLV-1 関連脊髄症（HAM）

HTLV-1 感染細胞が脊髄に浸潤して脊髄炎を起こすことにより神経障害を発症する。おもな症状は下肢の痙性対麻痺、感覚障害、膀胱直腸障害（排尿や排便の異常）などである。生涯発症率は 0.25%程度、発症年齢中央値は 40 歳代後半とされている。現在でも根本的な治療法がなく、疾患の進行のコントロール、リハビリなどが中心である。

3）HTLV-1 ぶどう膜炎（HU）

HTLV-1 感染細胞がぶどう膜に浸潤して炎症を起こすことにより発症する。おもな症状は片眼または両眼性の羞明、飛蚊症、霧視などで発症率に関するデータはないが、HAM よりやや多い程度と推定されている。発症年齢中央値は 50 歳代であるが、近年水平感染による若年発症者が注目されている。ステロイドの点眼、重症例ではステロイドの内服により一般的に治療反応は良好であるが、半数近い症例で再発がみられる。視力予後は一般に良好とされている。

その他いくつかの疾患との関連が疑われているが、明確には証明されていない。ATL や HAM などの重大かつ難治な疾患の原因となるため、HTLV-1 の感染を予防することが重要である。

Ⅳ HTLV-1 抗体検査と確定診断

HTLV-1 の感染の有無は血清抗体の測定により行われ、スクリーニング検査と確認検査にわかれる。スクリーニング検査としては化学発光酵素免疫測定（CLEIA）法、化学発光免疫測定（CLIA）法、電気化学発光免疫測定（ECLIA）法などがあるが、いずれの測定法でも偽陽性の可能性があるため、スクリーニング検査陽性でもただちに陽性と判断せず、必ず確認検査を行う必要がある。確認検査はラインブロット（LIA）法で行われる。LIA 法で陽性の場合には HTLV-1 キャリアと診断されるが、一部 LIA でも判定保留となるケースがある。この場合、妊婦においてはウイルス遺伝子を確認する PCR 法が保険適応となっている。

妊婦健診において HTLV-1 感染の有無を診断するためのフローチャートを図 1 に示す。妊婦の HTLV-1 抗体スクリーニング検査は、妊娠初期～ 30 週までに実施する。スクリーニング陽性の場合には必ず確認検査を行うことが産婦人科診療ガイドライン 産科編 2023 に記載されている。

陽性の場合における、母親への告知に際し、説明する医師は看護師等以降の母親への支援に関わる支援者同席のもと、母親が母子感染と出生後の児への栄養法について正確に理解できるよう、2 版 HTLV-1 母子感染予防対策マニュアル の「第 4 章 出生後の母子感染予防のための栄養法の選択・I 出生した児への栄養方法による母子感染率，II 栄養法の選択，III 栄養法の特徴」を用いて説

明することが推奨される。

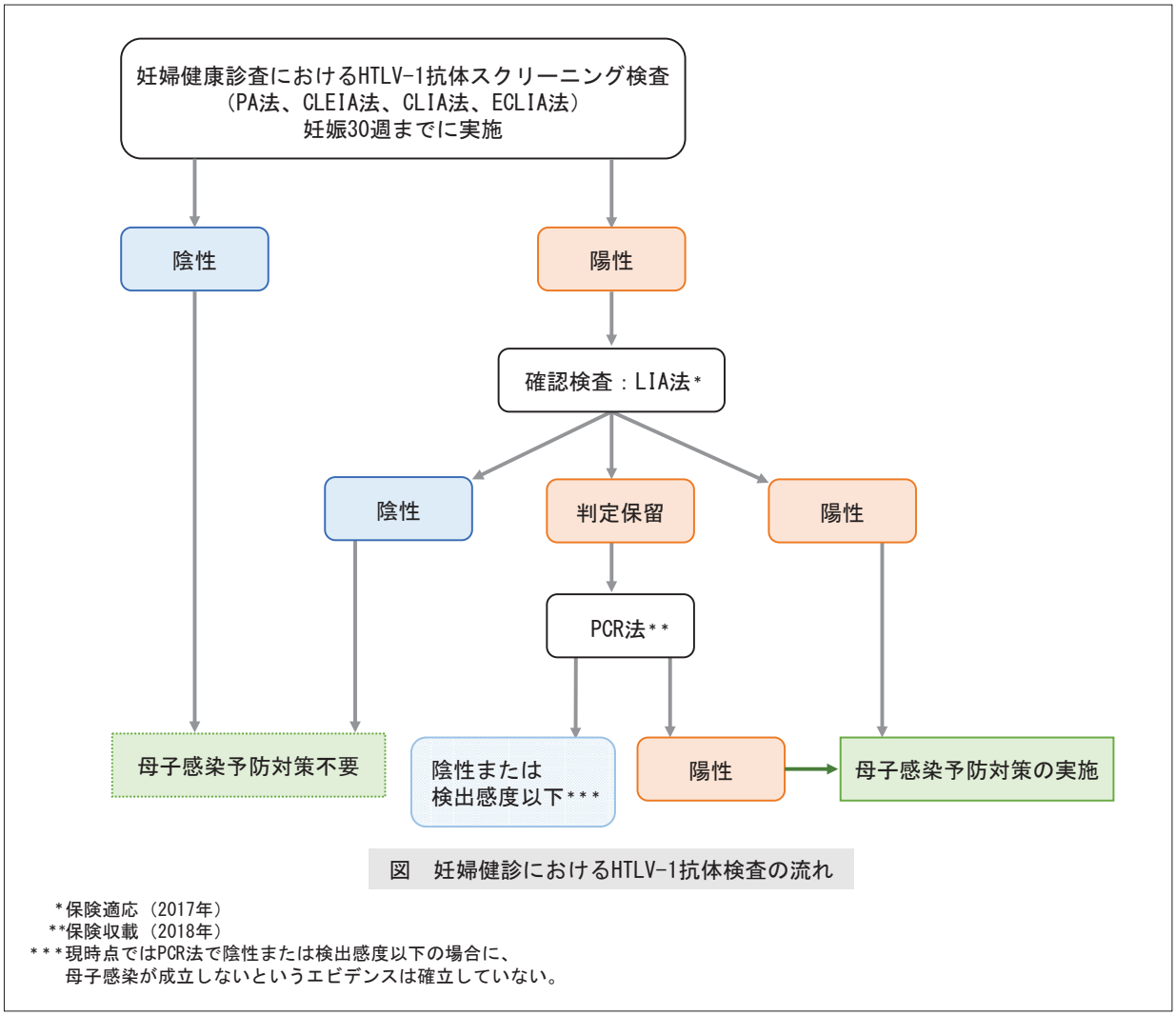


図　妊婦健診におけるHTLV-1抗体検査の流れ

図 1 . 妊婦検診における HTLV-1 抗体検査の流れ

1)　HTLV-1 母子感染予防対策マニュアル　第 2 版 2022.

V HTLV-1 の母子感染における各栄養方法別特徴

母子感染のリスクを低減させる栄養方法の選択肢として、完全人工栄養、90 日未満の短期母乳栄養がある。そのうち、経母乳母子感染予防の観点から、完全人工栄養が最も確実な方法であり、最もエビデンスが確立した方法として推奨される [3]。

2012 年から 2019 年にかけて実施された HTLV-1 キャリア妊婦を対象とした厚生労働科学研究班による多施設共同コホート研究では、母親が自ら選んだ栄養方法と母子感染率との関連が検討された。その結果、栄養方法別にみた母子感染率は短期母乳栄養 2.3%、完全人工栄養 6.4% であり、両者に統計学的な差は認められなかった [4]。コホート研究を含む国内外の調査を対象としたメタアナリシスにおいても、母乳栄養を 3 か月以下に制限した場合と完全人工栄養では母子感染リスクに有意差がないことが示された一方、母乳栄養を 6 か月以下に制限した場合は完全人工栄養と比較して母子感染リスクが 3 倍は高くなることが示されている [5]。

したがって、栄養選択の際、それぞれの栄養方法の特徴を伝え、母親が自らの意思で選択できるよう共有意思決定支援を行う。HTLV-1 母子感染予防対策マニュアル第 2 版[6] 第 4 章に他の栄養方法の比較が表として整理され（表 1）、コホート研究、各栄養方法の特徴の詳細な説明があるため参照されたい。

表 1 各栄養方法の特徴（Itabashi ら、20214）より引用一部改変）[7]

栄養方法	母子感染予防効果	コメント
完全人工栄養	・母子を介した母子感染を予防するためには最も確実な方法	・母乳の利点を得ることができない ・産後うつやボンディング障害のリスクが上昇する可能性がある
短期母乳栄養（90 日未満）	・完全人工栄養と比較して明らかな差がない	・母乳による利点をある程度は得ることができる ・母乳栄養期間が長期化する可能性がある ・完全人工栄養への移行に向けた準備と支援が必要 ・産後うつやボンディング障害の予防効果は不明
6か月以下の母乳栄養	・完全人工栄養と比較して3倍母子感染のリスクが高い	・母乳感染予防対策としては推奨されない
凍結解凍母乳栄養	・蓄積された症例数が少なくエビデンスとしては不十分	・時間と手間がかかる ・NICU に入院するハイリスク新生児に対して考慮する ・産後うつやボンディング障害の予防効果は不明
混合栄養	・不明	・理論的には腸管粘膜の障害により母子感染リスクが上昇する可能性が懸念される
ドナーミルク	・データは存在しないが、 完全人工栄養と同等の効果が期待される	・ドナーは HTLV-1 のスクリーニング陰性が確認されている ・産後うつやボンディング障害の予防効果は不明

参考文献
1) HTLV-1 母子感染予防対策マニュアル　第 2 版 2022.
2) 産婦人科診療ガイドライン産科編 2023.
3) HTLV-1 キャリアガイドライン 2024. 日本 HTLV-1 学会 , 2024 年 3 月 , Q12「HTLV-1 キャリアマザーにおける児の栄養方法として、どのようなものが推奨されるか？」, p.123. https://square.umin.ac.jp/htlv/data/HTLV-1_guidelines2024.pdf. 2025.10.30 アクセス .
4) Itabashi, K., Miyazawa, T., Nerome, Y., Sekizawa, A., Moriuchi, H., Saito, S., & Yonemoto, N. (2021). Issues of infant feeding for postnatal prevention of human T-cell leukemia/lymphoma virus type-1 mother-to-child transmission. Pediatrics international : official journal of the Japan Pediatric Society, 63(3) , 284–289. https://doi.org/10.1111/ped.14356)
5) Miyazawa T, Hasebe Y, Murase M, et al. The Effect of Early Postnatal Nutrition on Human T Cell Leukemia Virus Type 1 Mother-to-Child Transmission: A Systematic Review and Meta-Analysis. Viruses 2021; 13: 819
6) 宮沢篤生，板橋家頭夫，関沢明彦，三浦清徳 . 出生後の母子感染予防のための栄養方法の選択 .　厚生労働科学研究班による HTLV-1 母子感染予防対策マニュアル第 2 版 (宮沢篤生　編）. 2022:37-42. https://htlv.umin.jp/data/HTLV-mother-to-child.pdf　2025.10.18 アクセス
7) Itabashi K, Miyazawa T: Mother-to-child transmission of human T-cell leukemia virus type 1: mechanisms and nutritional strategies for prevention. Cancers 13: 4100, 2021.

第 2 章
HTLV-1 キャリアの母親への支援技法

本章では、はじめに HTLV-1 キャリアの母親と家族が抱える特徴的な状況と、支援者にとって重要な「共有意思決定支援」について概説する。

次に、各論としてオタワ意思決定ガイド、心理支援、家族支援に関する具体的技法やポイントについて紹介する。

Ⅰ HTLV-1 キャリアの母親と家族が抱える特徴的な状況

HTLV － 1 母子感染に関わる各栄養方法の選択は、当事者（主に母親）にとっては、子どもへの感染のリスクと母乳栄養のメリットとを天秤にかけて行う難しい意思決定となる。加えて、将来発症するかもしれない不確実な数値としての確率（%）をもとに、わが子とは言え別の人生を歩む個人に代わって「代理意志決定」を行う責任を負わざるを得ない難しい選択に迫られる。情報の理解や整理・認知的決断の難しさ・不安や葛藤等への対処・家族間調整等、さまざまな課題が生じる。

そのため、支援者（特に助産師）は、最新のエビデンスに基づく情報提供と、短期母乳栄養を選択した母親への具体的な支援技法 / 方法を習得して、当事者の自律的な意思決定と短期母乳栄養の実践を支えることが求められる。

Ⅱ 共有意思決定 [5)]

意思決定とは、複数の選択肢がある中から個人が選び取る行為である。医療においては、かつて医療者が主導して治療方針を決定する「パターナリズム」的姿勢が一般的であったが、当事者の意思を尊重する「自己決定」が重視されてきた。

しかし、自己決定は、当事者に大きな負担となる場合もある。そこで、近年注目されているのが、医療者と当事者が情報を共有しながら共に考える「共有意思決定（Shared Decision Making: SDM）[1)]である。

HTLV-1 キャリアの母親への支援においては、母親できる限り納得して主体的に栄養方法を選択することができるよう、母親と支援者がお互いに力を分かち持ち、心を開いて尊重し合う協働的パートナーシップと、対話に基づくシェアード・ディシジョン・メイキング（共有意思決定 / 協働的意思決定）（shared decision making：以下、SDM）によるアプローチが重要となる。

1 . SDM とは

SDM とは、「患者と医療専門職が、エビデンスと患者個人の好みを踏まえて、検査・治療・管理・支援パッケージを選択するために協働するプロセスである。」（NICE/NHS.2016）

2. SDM では何を共有するのか

SDM では、母親と支援者は情報・目標・責任を共有する。

初めからどのような方法や道筋で、どこに着地できるのか明確に定まっているわけではなく、両者が協働するプロセスの中で、情報が共有され、目指す目標、方法、分け持つ責任範囲が調整され共有されていく。これらは、強いエビデンスが少ない場合や、母子や家族の持つ多様性を踏まえて支援する場合には特に重要となる。

母親と保健医療者が SDM を進めるためには、傾聴・共感に基づくコミュニケーションと、協働的パートナーシップに基づく対話が必要不可欠となる。

Figure.The Interdependence of Evidence-Based Medicine and Shared Decision Making and the Need for Both as Part of Optimal Care

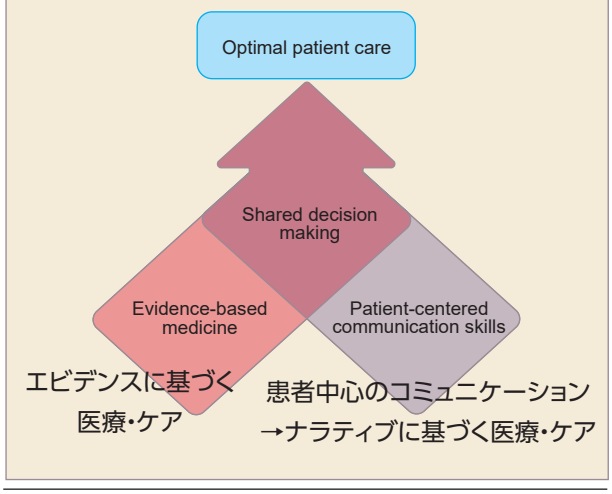


図 2．EBM・NBM と共有意思決定の相互関係性（Hoffmann, TC, et al. 2014. P13 一部改変）[2)]

3. 共有意思決定技法

HTLV-1 キャリアの母親（夫や家族）への SDM においては、認知的な課題と感情的な課題に対処することが求められる。主に認知的な課題に対応する意思決定においては、各選択肢に関する科学的根拠（エビデンス）とともに、当事者の価値観や信念を踏まえた判断が重要である。

具体的な意思決定支援に活用できるツールとして「オタワ個人意思決定ガイド Ottawa Personal Decision Guide（図 3 ）」がある。

本ガイドは、カナダのオタワ大学で開発されたもので、個人が複数の選択肢の中から自らの価値観に基づいて最適な決定を行うことを支援するツールである。健康や生活に関する重要な選択

において、情報の整理と価値の明確化を通じて意思決定の葛藤（decisional conflict）を軽減することを目的としている。

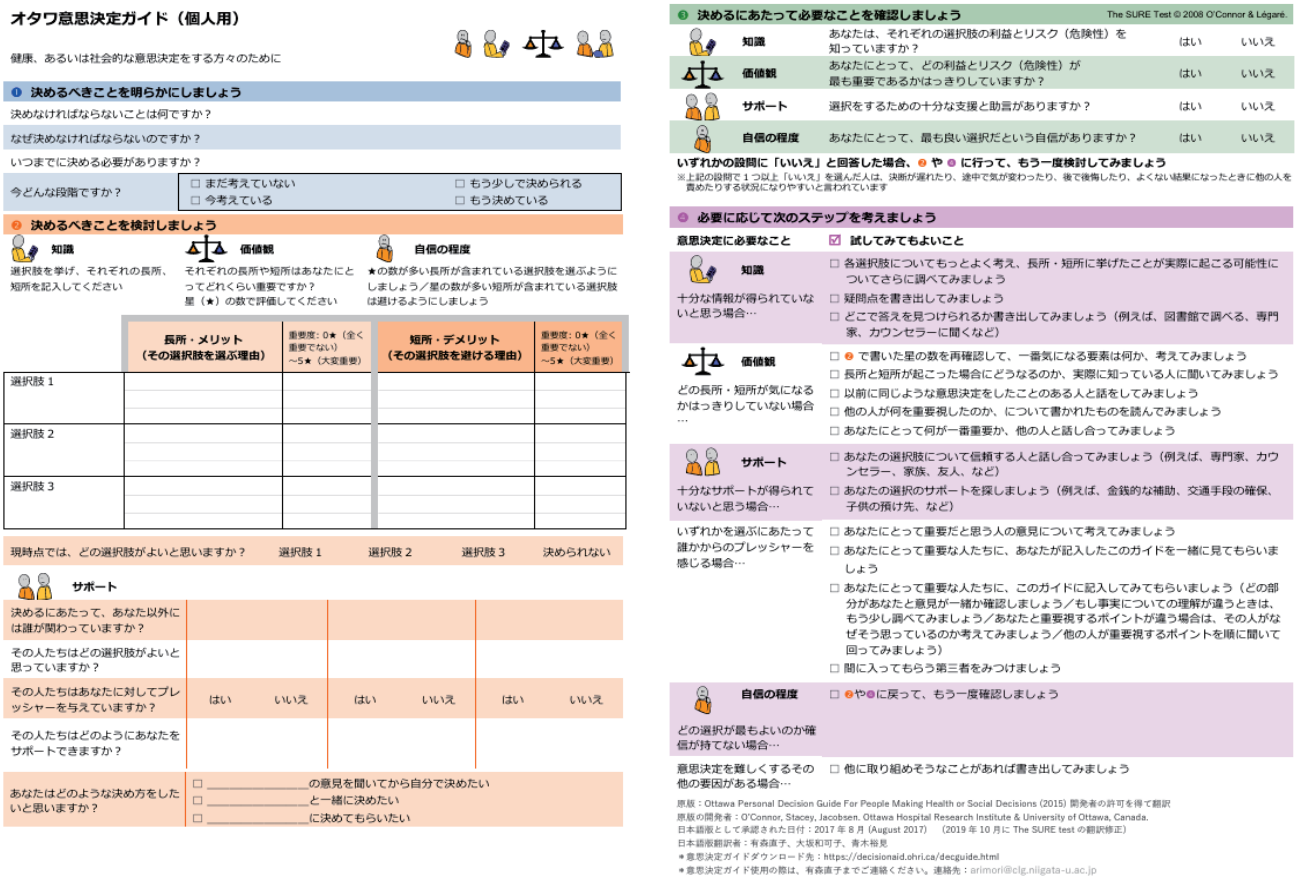
本ガイドの構成要素は以下の通りである。

1）決定内容の明確化 – どのような選択を行う必要があるか、選択肢を整理する。
2）情報の理解 – 各選択肢の利点・欠点・影響などを理解する。
3）価値の明確化 – 自分にとって何が最も大切か（価値観や優先順位）を振り返る。
4）支援ニーズの明確化 – 意思決定を進めるための準備状況を整理する。
5）次の行動計画 – 自分の決定を実行するための具体的なステップを立てる。

本ガイドは、がんの治療の選択や出生前検査の選択など、さまざまな状況に活用できる汎用性の高い支援ツールである。質問に沿って、順に考えを整理していく形式で、個人で使用しても、支援者とともに用いてもよい。

HTLV-1 母子感染予防に関しては、医療者から各選択肢の特徴や、エビデンスを説明された後に活用することで、より納得した栄養方法の選択につながる。

看護職が本ガイドを相談支援に用いる際には、まず自らがこれまでに経験した「困難な意思決定」の状況を思い起こし、実際にガイドに記入してみることを勧めたい。また、可能であれば、ロールプレイを通して、「支援する」「支援される」両方の立場を経験することで、実践的理解を深めることができる。



オタワ意思決定ガイド（個人用）

健康、あるいは社会的な意思決定をする方々のために

❶ 決めるべきことを明らかにしましょう

決めなければならないことは何ですか？
なぜ決めなければならないのですか？
いつまでに決める必要がありますか？
今どんな段階ですか？ □ まだ考えていない □ 考えている □ もう少しで決められる □ もう決めている

❷ 決めるべきことを検討しましょう

知識：選択肢を挙げ、それぞれの長所、短所を記入してください
価値観：それぞれの長所や短所はあなたにとってどれくらい重要ですか？ 星（★）の数で評価してください
自信の程度：★の数が多い長所が含まれている選択肢を選ぶようにしましょう／星の数が多い短所が含まれている選択肢は避けるようにしましょう

	長所・メリット（その選択肢を選ぶ理由）	重要度：0★（全く重要でない）～5★（大変重要）	短所・デメリット（その選択肢を避ける理由）	重要度：0★（全く重要でない）～5★（大変重要）
選択肢 1				
選択肢 2				
選択肢 3				

現時点では、どの選択肢がよいと思いますか？ 選択肢 1 / 選択肢 2 / 選択肢 3 / 決められない

サポート

決めるにあたって、あなた以外には誰が関わっていますか？						
その人たちはどの選択肢がよいと思っていますか？						
その人たちはあなたに対してプレッシャーを与えていますか？	はい	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ
その人たちはどのようにあなたをサポートできますか？						

あなたはどのような決め方をしたいと思いますか？
□ _____の意見を聞いてから自分で決めたい
□ _____と一緒に決めたい
□ _____に決めてもらいたい

❸ 決めるにあたって必要なことを確認しましょう The SURE Test © 2008 O'Connor & Légaré.

知識	あなたは、それぞれの選択肢の利益とリスク（危険性）を知っていますか？	はい	いいえ
価値観	あなたにとって、どの利益とリスク（危険性）が最も重要であるかはっきりしていますか？	はい	いいえ
サポート	選択をするための十分な支援と助言がありますか？	はい	いいえ
自信の程度	あなたにとって、最も良い選択だという自信がありますか？	はい	いいえ

いずれかの設問に「いいえ」と回答した場合、❷ や ❸ に行って、もう一度検討してみましょう
※上記の設問で 1 つ以上「いいえ」を選んだ人は、決断が遅れたり、途中で気が変わったり、後で後悔したり、よくない結果になったときに他の人を責めたりする状況になりやすいと言われています

❹ 必要に応じて次のステップを考えましょう

意思決定に必要なこと	☑ 試してみてもよいこと
知識 十分な情報が得られていないと思う場合…	□ 各選択肢についてもっとよく考え、長所・短所に挙げたことが実際に起こる可能性についてさらに調べてみましょう □ 疑問点を書き出してみましょう □ どこで答えを見つけられるか書き出してみましょう（例えば、図書館で調べる、専門家、カウンセラーに聞くなど）
価値観 どの長所・短所が気になるかはっきりしていない場合…	□ ❷ で書いた星の数を再確認して、一番気になる要素は何か、考えてみましょう □ 長所と短所が起こった場合にどうなるのか、実際に知っている人に聞いてみましょう □ 以前に同じような意思決定をしたことのある人と話をしてみましょう □ 他の人が何を重要視したのか、について書かれたものを読んでみましょう □ あなたにとって何が一番重要か、他の人と話し合ってみましょう
サポート 十分なサポートが得られていないと思う場合…	□ あなたの選択肢について信頼する人と話し合ってみましょう（例えば、専門家、カウンセラー、家族、友人、など） □ あなたの選択のサポートを探しましょう（例えば、金銭的な補助、交通手段の確保、子供の預け先、など）
いずれかを選ぶにあたって誰かからのプレッシャーを感じる場合…	□ あなたにとって重要だと思う人の意見について考えてみましょう □ あなたにとって重要な人たちに、あなたが記入したこのガイドを一緒に見てもらいましょう □ あなたにとって重要な人たちに、このガイドに記入してみてもらいましょう（どの部分があなたと意見が一緒か確認しましょう／もし事実についての理解が違うときは、もう少し調べてみましょう／あなたと重要視するポイントが違う場合は、その人がなぜそう思っているのか考えてみましょう／他の人が重要視するポイントを順に聞いて回ってみましょう） □ 間に入ってもらう第三者をみつけましょう
自信の程度 どの選択が最もよいのか確信が持てない場合…	□ ❷や❸に戻って、もう一度確認しましょう
意思決定を難しくするその他の要因がある場合…	□ 他に取り組めそうなことがあれば書き出してみましょう

原版：Ottawa Personal Decision Guide For People Making Health or Social Decisions (2015) 開発者の許可を得て翻訳
原版の開発者：O'Connor, Stacey, Jacobsen. Ottawa Hospital Research Institute & University of Ottawa, Canada.
日本語版として承認された日付：2017 年 8 月 (August 2017)　(2019 年 10 月に The SURE test の翻訳修正)
日本語版翻訳者：有森直子、大坂和可子、青木裕見
＊意思決定ガイドダウンロード先：https://decisionaid.ohri.ca/decguide.html
＊意思決定ガイド使用の際は、有森直子までご連絡ください。連絡先：arimori@clg.niigata-u.ac.jp

図 3. オタワ意思決定ガイド（https://decisionaid.ohri.ca/docs/das/OPDG_Japanese.pdf）

II 心理的支援[3) 5)]

ここでは SDM における心理的な課題に対処するための心理技法として、傾聴、共感、そして、葛藤への共感について具体的な方法を説明する。

支援者は、傾聴と共感を通して、母親をより深く理解し、母親が自身の問題状況を明確化し、解決するために、母親が自身の能力を使えるように支援する。

■ 傾聴とは

母親の世界に触れる技能である。母親を理解するために、母親の言おうとしていることを言語的にも非言語的にも注意深く耳を傾けることであり、母親が「話したいが話せないでいること」に聴き入る作業である。

■ 共感とは

支援者が母親の世界を理解していることを伝える技能である。母親の心の世界に入って理解し、その理解したことを母親に伝える能力であり、母親が自分のことを「分かってもらえた」と感じられることが重要である。

■ 傾聴と共感のポイント

傾聴するポイントは、母親の語りの中にある経験・行動（思考）・感情である。人は、経験したことをもとに行動し（思考）、その結果として感情が生じる。母親の語りの中から、経験・行動（思考）・感情の流れを読み取り、経験や行動（思考）と深くかかわっている感情に深く耳を傾ける。

支援者が理解したこと、とりわけ、重要な感情に焦点を当てて、それらを母親に伝える。

母親が過去の経験として表現した感情は､現在にまで引き続いている「今の感情」であることも多い。そのため、支援者は感情を現在形で表現することも考慮する。

母親は、自身の感情が的確に表現され、共感された時、心理的な安定を得ることができる。

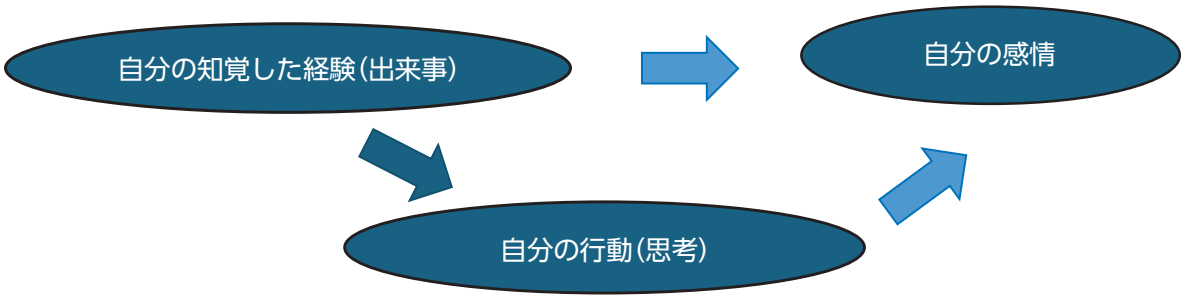


図 4.　経験→行動（思考）→感情の流れ図（北村 .2013. p .65 一部改変）[4)]

基本的共感の例

○○さんは、A1（経験）をなさり、A2（行動、思考）なので、(その結果)、A3（感情）と【今】感じている / 思っている / お気持ちなのですね。

■ 葛藤への共感

葛藤とは、複数の状況や感情が発生することである。母親や家族に、相反する、あるいは不一致な状況、考え、感情が交錯することがある。

葛藤が強く持続すると、心理的に不安定になり母親の苦悩は増大する。相反するいずれの感情にも、その感情が生じることになった先行する経験と行動（思考）があることに着目する。

基本的共感を組み合わせて、葛藤への共感を丁寧に行うことにより、母親の自己洞察が深まり、解決への道筋を見出す支援の一助となる。

表 2．葛藤への共感技法の基本的構造の例

第 1 の共感	○○さんは、A1（経験）をなさり、そして A2（行動 / 思考）をとり / 考え、そして A3（感情）と感じられたのですね。
第 2 の共感	○○さんは、B1（経験）をなさり、そして B2（行動 / 思考）をとり / 考え、そして B3（感情）と感じられたのですね。
葛藤の共感	○○さんは、A1（経験）をなさり、そして A2（行動 / 思考）をとり / 考え、そして A3（感情）と感じられたのですね。いっぽう、○○さんは、B1（経験）をなさり、そして B2（行動 / 思考）をとり / 考え、そして B3（感情）と感じられたのですね。そして、この両者の折り合いがつかないから X と感じておられるのですね。

（北村 .2013. p .88 一部改変）[4)]

III 夫婦間・家族間調整支援

HTLV-1 の母親への支援には、母親を中心に置いた夫や家族へのきめ細やかな支援が不可欠である。ここでは、HTLV-1 陽性情報の告知範囲の確認、児への栄養方法の選択、順調な短期母乳栄養とその後の人工栄養への移行を進めるうえでの家族の協力等、母親本人と家族との良好な関係性を支援するためのポイントについて説明する。

1. 家族支援について

HTLV-1 キャリア妊婦および出産後・子育て期にある母親を対象に、本人や家族との関わり方が多様であることを前提として、支援者が取るべき支援の視点と具体的な対応について整理する。

妊娠中に HTLV-1 キャリアであることが判明した際、自身の感染について夫や家族に伝えるかどうかは、本人の意思が最優先される。キャリアである情報を家族と共有することで、出産前後において家族からの協力を得られやすくなるという利点がある一方で、家族自身が HTLV-1 キャリアである可能性がある点にも留意する必要がある。家族が自身の感染に不安を抱く場合には、本人のみならず家族も含めて適切な情報提供を行うとともに、必要に応じて地域の専門的診療を行う血液内科などの医療機関に紹介することが望ましい。

2. 支援の基本姿勢

支援にあたっては、以下の点を共通の前提とする。

- キャリアである情報を本人が家族と共有するか否かは、母親自身が選択する。
- 共有する選択、共有しない選択のいずれも尊重される。
- 支援者は判断や決定を代行せず、母親の選択に伴走する。
- 支援の最終目的は、母親が孤立せずに妊娠・出産・子育て期を過ごせるようにすることである。

3. 家族との情報共有と支援

■ 家族との情報共有状況の把握

家族との関わり方は一様ではなく、大きく以下の二つの状態がみられる。状況と特徴について以下に挙げる。

ただし、これらは妊娠経過や心理状態の変化により移行する可能性があることを理解しておく。

1）共有している場合

- 夫や実母など、家族が HTLV-1 キャリアであることを理解している
- 母親が家族に対して不安や疑問を表出できている
- 家族が育児や意思決定の支援者となっている

2）共有していない場合

- 感染のきっかけが家族である可能性があり、家族に相談しづらい状況がある
- 世代間感染に対する罪責感を抱えている
- 家族関係を壊さないために、あえて問題を共有しない選択をしている

■ 家族との情報共有の有無による支援

1）共有している場合

ポイント

- 母親本人と家族の双方に対し、正確な情報を提供する
- 家族が母親に代わって意思決定を行わないよう留意する
- 家族が過度に管理的な役割を担わないよう調整する
- 家族内で役割が固定化し、母親の負担が増大していないかを確認する

目　標

家族と問題を共有できている状態を安定して維持し、母親が安心して妊娠・出産・子育てに向き合える環境を整える。

2）共有していない場合

ポイント

- ✦家族に伝えないという選択を尊重し、無理に開示を勧めない
- ✦「一人で抱えていること」を問題行動として扱わない
- ✦母親が孤立していないかを定期的に確認する
- ✦母親が安心して気持ちを表出できる場を支援者が提供する
- ✦家族に代わる支援的関係として、継続的に関わる体制を整える

目　標

家族に頼らない選択をしている場合であっても、母親が孤立せず、安心して妊娠・出産・子育て期を過ごせる支援体制を維持する。

4. 支援における留意点

- ✦家族と問題を共有するか否かは、妊娠経過や心理状態により変化する可能性がある
- ✦現時点での選択を尊重しつつ、将来的な変化の可能性を常に念頭に置く
- ✦支援者の価値観や「家族は支え合うべき」という前提を押し付けない

5. まとめ

HTLV-1 キャリア妊婦および子育て期の母親に対する家族支援では、本人に正確な情報提供を行いながら、家族と問題を共有するか否か、どのように共有するかに関して、本人の意思決定を尊重することが重要である。

支援者は、家族との関係性に応じた柔軟な支援を提供し、母親が孤立しない状態を維持することを支援の中心に据える。また、家族構成員それぞれの行動や反応を個別に評価するのではなく、それらがどのような相互作用の中で生じているかに着目し、家族構成員間の関係性の調整を通して母親の孤立や負担の軽減を図る。

参考文献
1) https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2019/01/shared-decision-making-summary-guide-v1.pdf
2) Hoffmann, TC., Montori, VM., Del Mar, C.:The connection between evidence-based medicine and shared decision making. JAMA, 312(13), 1295-6. 2014.
3) イーガン G. 鳴澤實・飯田栄訳：カウンセリングテキスト - 熟練カウンセラーをめざす. 創元社 .91-156. 1998.
4) 北村俊則：周産期メンタルヘルススタッフのための心理介入教本 . 北村メンタルヘルス研究所 .57-90. 2013.
5) https://htlv1.jp/guidelines/manual-video/HTLV-1
HoT LiVes ほっとらいぶ　HTLV-1 情報ポータルサイト
HTLV-1 母子感染予防マニュアル（第 2 版）動画一覧

第３章
母乳育児の基本

HTLV-1 キャリアの母親と児にとって「90 日未満の短期母乳栄養」が選択肢の一つとなった。90 日未満という限定的な期間であるからこそ、母乳育児を希望する母親（父親・家族）にとって、その期間の母乳育児が順調に進み、充実して満足いく体験となるよう支援することが求められる。ここでは、母乳育児の子ども・母親・家族・社会へのメリットを改めて確認するとともに、「母乳育児がうまくいくための 10 のステップ」[1]（WHO.UNICEF.2018）（以下、10 のステップ）および HTLV-1 キャリアの母子に対する 10 のステップの支援について紹介する。

Ⅰ 母乳育児のメリット [2) 3) 4) 5)]

1. 概論

乳児の成長発達に最適な母乳

哺乳類に属するヒトの子どもを同種のヒトの母乳で育てることは、早産児を含む子どもの栄養、免疫、成長、発達、母子の健康、心理、社会、経済、環境にとって利益がある[1]。

最近では、小児期はもとより思春期、成人期まで及ぶ母乳育児の長期効果や、母乳分泌に深く関与するプロラクチン、オキシトシンの子育て支援効果も報告されている。

母乳の量依存効果「母乳育児の効果の 2 大原則」[3]。

- 母乳のみで育つことによる効果 Effects of Breastfeeding Exclusivity [4]
  母乳以外のものを補足するより、母乳のみで育てるほうが母乳育児のメリットが大きい。
- 母乳で育つ期間による効果 Effects of Breastfeeding Duration
  より長く母乳育児を続けるほうが（より多く母乳を飲むほうが）母乳育児のメリットは大きい。

2. 子どもへのメリット

母乳が持つ免疫因子をはじめ免疫力強化機能、抗炎症機能、感染防御機能、細胞成長促進機能などにより、多くの疾患リスクを低減させる。また、良好な神経学的予後や知能指数も報告されている。

- 新生児死亡・乳児死亡
- 幼児突然死症候群（Sudden Infant Death Syndrome: SIDS）
- 中耳炎・呼吸器感染症・消化管感染症（重度 / 遷延性下痢症を含む）
- アレルギー疾患：喘息・アトピー性皮膚炎・湿疹
- 肥満（小児～成人期肥満）
- 1 型・2 型糖尿病
- 小児白血病、リンパ腫

- 早産児：死亡率、壊死性腸炎、重症未熟児網膜症、メタボリックシンドローム（思春期）
- 神経学的予後：知能指数、学業成績

3. 母親へのメリット

授乳をしている母親への母乳育児のメリットも多く、産後早期の子宮収縮効果や、妊娠・出産間隔調整効果、疾病予防効果等が報告されている。

- 乳がん、子宮体がん、卵巣がん
- 代謝性疾患（2 型糖尿病）・心血管系疾患（高血圧・高脂血症・心血管疾患等）
- 関節リウマチ
- 閉経後の骨粗しょう症、大腿骨頚部骨折
- 子宮内膜症、鉄欠乏症
- 産後うつ等
- その他、母乳分泌に必須のホルモンであるプロラクチンの母性行動誘発作用、オキシトシンの抗不安・抗ストレス作用、社会的相互交流促進作用、社会的サイン解釈能力向上作用、母性行動や母子愛着形成促進作用等

4. 災害対応へのメリット

電気・ガス・水道その他のライフラインが途絶える発災時には、母乳育児は子どもの衛生的な食糧確保と生命維持等の危機管理方法となる。

5. 社会・経済的メリット [2)]

医療費の削減、温室効果ガス排出削減等

II 母乳育児がうまくいくための 10 のステップと HTLV-1 キャリア母親における考え方

「母乳育児がうまくいくための 10 のステップ」（WHO/UNICEF.2018）（以下、10 のステップ）[1)] は、短期母乳栄養を選択した HTLV-1 キャリアの母親にとっても重要である。施設全体、関係する支援者間で母乳育児支援の方針を共有することにより、母親は限られた授乳期間であっても安心して授乳を開始・継続できる。

10 のステップのうち、ステップ 1 ～ 2 は施設要件、ステップ 3 ～ 10 は臨床実践要件である。さらに、ステップ 3 は妊娠期の支援、ステップ 4 ～ 9 は出産直後から始まる母乳育児における支援、ステップ 10 は退院後を見据えた計画や支援（退院調整）である。

はじめに WHO/UNICEF から示された 10 のステップを示し、次に HTLV-1 キャリアの母親に配慮した 10 のステップに基づく臨床実践の要点を示す。

母乳育児がうまくいくための 10 のステップ
「母乳育児成功のための 10 カ条」2018 年改訂版
WHO/UNICEF: The Ten Steps to Successful Breastfeeding, 2018

施設として必須の要件

1 a. 「母乳代用品のマーケティングに関する国際規準」と世界保健総会の関連決議を完全に順守する。
1 b. 乳児栄養の方針を文書にしスタッフと親にもれなく伝える。
1 c. 継続したモニタリングとデータ管理システムを確立する。
2. スタッフが母乳育児を支援するための十分な知識、能力、スキルを持つようにする。

臨床における必須の実践

3. 母乳育児の重要性とその方法について、妊娠中の女性およびその家族と話し合う。
4. 出産直後からのさえぎられることのない肌と肌との触れ合い(早期母子接触)ができるように、出産後できるだけ早く母乳育児を開始できるように母親を支援する。
5. 母親が母乳育児を開始し、継続できるように、また、よくある困難に対処できるように支援する。
6. 医学的に適応のある場合を除いて、母乳で育てられている新生児に母乳以外の飲食物を与えない。
7. 母親と赤ちゃんがそのまま一緒にいられるよう、24 時間母子同室を実践する。
8. 赤ちゃんの欲しがるサインを認識しそれに応えるよう、母親を支援する。
9. 哺乳びん、人工乳首、おしゃぶりの使用とリスクについて、母親と十分話し合う。
10. 親と赤ちゃんが継続的な支援とケアをタイムリーに受けられるよう、退院時に調整する。

翻訳：NPO法人日本ラクテーション・コンサルタント協会　2018年9月

施設要件

施設として必須の要件

1 a. 「母乳代用品のマーケティングに関する国際規準」と世界保健総会の関連決議を完全に順守する。
1 b. 乳児栄養の方針を文書にしスタッフと親にもれなく伝える。
1 c. 継続したモニタリングとデータ管理システムを確立する。

スタッフは、母子と家族を商業的販売促進の圧力から守るため、母乳代用品のマーケティングに関する国際規準等[6)]を順守する。施設の母乳育児支援方針とその文書をスタッフ間で共有し、それらを母親に伝える。施設として母乳育児の実態や支援に関する継続モニタリングを行い、データ管理システムを作る。

実際の支援では、カンファレンスなどで HTLV-1 キャリアの母親（家族）への支援方針を確認し共有する。
また、母親（家族）にも支援方針を分かりやすく伝えるようにする。 そして、 支援の経過を記録に残し、支援の評価に繋げ、 それらを施設として管理する。

2. スタッフが母乳育児を支援するための十分な知識、能力、スキルを持つようにする。

スタッフは、適切な母乳育児支援を行えるよう、学習会や事例検討会、臨床実践等を通じて、母乳育児支援の基本的な知識・能力・スキルを習得する。

スタッフは、適切な教材（＊注）を使用し、HTLV-1 キャリアの母親への母乳育児支援の知識・能力・スキルを習得する。

＊注　適切な教材の例として以下を参照
・「HTLV-1 母子感染予防対策マニュアル第２版」（厚生労働科学研究班）
・Hot LiVes　ほっとらいぶ　https://htlv1.jp
・厚生労働省　HTLV-1
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/kenkou/kekkaku-kansenshou/htlv1.html

臨床実践要件

3. 母乳育児の重要性とその方法について、妊娠中の女性およびその家族と話し合う。

妊娠中の女性に向けて、母乳育児の重要性や産後の生活に向けた準備について、科学的根拠に基づいた情報を提供し、十分な話し合いの中で、母乳育児に関する意思決定を支援する。

HTLV-1 キャリアの母親に対しては、母子感染リスクと栄養方法の選択肢（人工栄養・短期母乳栄養など）を提示し、科学的根拠に基づいて協働的な意思決定（shared decision-making）を支援する。
短期母乳栄養を選択した場合には、栄養方法のイメージを共有し、具体的な計画を母親（家族）とともに立案する。
（＊第6章妊娠期の支援：短期母乳栄養の授乳方法について参照）

4. 出産直後からのさえぎられることのない肌と肌との触れ合い（早期母子接触）ができるように、出産 後できるだけ早く母乳育児を開始できるように母親を支援する。

出産直後のさえぎられることのない早期母子接触（early skin to skin contact）を促し、母子が安心して初めての授乳を体験できるように支援する。

HTLV-1 キャリアの母親が栄養方法の選択にかかわらず早期母子接触をすることは児にとって胎外生活への適応のために必須の支援である。
短期母乳栄養を選択した場合には、スタッフは出産後できるだけ早期に母乳育児を開始できるように支援する。
スタッフは、完全人工栄養を決めている母親には、児が乳頭に吸着せず直接母乳を飲まない方法で、早期母子接触ができるように支援する。

5. 母親が母乳育児を開始し、継続できるように、また、よくある困難に対処できるように支援する。

抱き方・含ませ方を一緒に確認し、「できている」実感を母親が持てるよう声をかけ、母乳栄養が軌道に乗るように支援する。搾乳を希望する母親には、搾乳方法を説明し、慣れるまで支援する。乳房のトラブル、乳汁産生の問題、哺乳の困難などが生じた際には、母親自身で対処できる方法を伝える。搾乳の方法ついては乳房のトラブルや乳汁産生の維持・促進の手段として、どの母親にも伝えることが勧められる。

HTLV-1 キャリアの母親が短期母乳栄養を選択した場合には、 人工栄養への移行にあたり、 具体的乳汁産生抑制方法とそれに伴う授乳方法や乳房のケア、 児の哺乳の練習などの対応が必要であることも、 事前に母親（家族）と話し合い、 継続した支援をする。

6. 医学的に適応のある場合を除いて、母乳で育てられている新生児に母乳以外の飲食物を与えない。

出生後数日間、新生児に母乳以外の食物や水分の補足は、乳汁産生の確立を妨げる可能性がある。さらに、人工栄養の補足は疾病リスクを高め、腸内細菌叢を変化させるなどの児の健康リスクへの懸念が生じる。

これらの理由から、産後早期に赤ちゃんのサインに応じて授乳することで、十分な乳汁産生を図ることが重要である。赤ちゃんが十分な母乳摂取ができることで、低血糖や高ビリルビン血症の予防につながるため、母乳以外の補足を避けて、十分な母乳が飲めるような支援が必要である。また、十分な乳汁産生を助け、母乳育児が軌道に乗るように支援をすることが重要である。

HTLV-1 キャリアの母親が短期母乳栄養を選択した場合は、 90 日には人工栄養に移行する必要がある。人工栄養移行時には乳汁産生抑制に向けた支援や、児が人工栄養や人工乳首からの哺乳が行えるためのきめ細かい支援を行う。

7. 母親と赤ちゃんがそのまま一緒にいられるよう、24 時間母子同室を実践する。

母と子は、感染予防といった安全だけでなく、養育者の適切な応答による基本的信頼観の構築のために、一緒に過ごすことは必須である。母子同室によって赤ちゃんのことをよく知り、赤ちゃんのサインを見逃さず授乳につなげられることを説明する。母子が安全に安心して一緒に過ごせる環境づくりを支える。

HTLV-1 キャリアの母親への支援もまったく同様に行われる。

8. 赤ちゃんの欲しがるサインを認識しそれに応えるよう、母親を支援する。

赤ちゃんの欲しがるサインとは、口をペロペロしたり、もぞもぞしたり、クー、ハーなどの声をあげたりする啼泣前のわずかな動きを指す。

「時間で区切るのではなく、赤ちゃんのサインに応える」大切さを母親と共有する。これにより、産後の母乳育児によくあるトラブル、たとえば、母乳の分泌不足、乳房のトラブル、赤ちゃんの体重増加不良を予防することができる。

HTLV-1 キャリアの母親への支援もまったく同様に行われる。

9. 哺乳びん、人工乳首、おしゃぶりの使用とリスクについて、母親と十分話し合う。

授乳開始時は、まず直接授乳の確立を優先する。哺乳びんや人工乳首、おしゃぶりを早期に使用すると、直接授乳が難しくなる可能性があるため、そのリスクを事前に母親と丁寧に共有する。

HTLV-1 キャリアの母親が短期母乳栄養を選択した場合、90 日以降は人工乳首や哺乳びんを使用して人工栄養に移行することになる。その導入にあたっては、乳汁産生量が安定し、直接授乳が十分に確立していることを確認したうえで開始するなど、母親とともに適切な時期を検討する。

10. 親と赤ちゃんが継続的な支援とケアをタイムリーに受けられるよう、退院時に調整する。

退院後も授乳支援、乳房ケア、地域助産師による支援、ピアサポート等を継続して利用できるよう、事前に支援体制を整え、母親が孤立せず安心感して母乳育児を行えるように支援する。

HTLV-1 キャリアの母親が短期母乳栄養を選択した場合は、90 日で確実に人工栄養へ移行できるよう、継続支援の体制とフォローアップを明確にし、母親と共有する。

母親が希望する場合は、ピアサポートの情報を提供し、必要に応じて支援団体とつながれるようにする。

転院や担当スタッフの変更がある場合は、短期母乳栄養に関する意思決定や計画を母親自身が転院先のスタッフに説明できるよう支援する。

母親の意思を尊重しつつ、スタッフ間で情報を共有し、切れ目のない支援を提供できるよう調整する。

参考文献
1) https://jalc-net.jp/wp/wp-content/uploads/2024/10/10steps_2018_1989.pdf
2) American Academy of Pediatrics: Breastfeeding and the use of Human Milk.Pediatrics.115.(2).496-506.2005.
3) 甘利昭一郎：1. 母乳育児の重要性 . 日本ラクテーション・コンサルタント協会（編）. 母乳育児スタンダード第 3 版 . 医学書院 . 東京 .pp2-17, 2025.
4) American Academy of Pediatrics: Breastfeeding and the use of Human Milk.Pediatrics.129.(3).e827-e841.2012.
5) WHO:Michael S. Kramer, Risuka Kakuma: The optimal duration of exclusive breastfeeding. A systematic review.WHO.Geneva.2001.
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67208/1/WHO_NHD_01.08.pdf?ua=1
〔2026.2.4. 閲覧〕
6) https://jalc-net.jp/wp/wp-content/uploads/2024/10/Code_summary.pdf〔2026.2.4. 閲覧〕

第 4 章
HTLV-1 キャリアの母親における短期母乳栄養への支援

Ⅰ 短期母乳栄養とは

短期母乳栄養では出生後 90 日未満で母乳を中止し人工栄養への移行の完了を行う。母子感染を予防しながら母乳育児のメリットをある程度得ることができる。

短期母乳栄養を行うには、乳汁産生を抑制することや児が哺乳びん授乳に慣れること等いくつかのポイントがあり、これらを含む継続した適切な支援を行うことが求められる。

短期母乳栄養は、妊娠期からの医療者による情報提供と母親や家族の考えや思いをもとに選択される。その具体的な実施計画や実際の経過は個別性に富み、画一的なものではない。支援者は乳汁産生抑制の状態や授乳方法に伴う児の反応も考慮にいれ、その時々の母親の意向も確認しながら、柔軟な個別計画に沿って完全人工栄養への移行と移行後の適応のための支援を提供する。

Ⅱ 共通する支援

1. 妊娠期の支援

HTLV-1 抗体検査結果および告知前後の支援

1）内容理解への支援方法

多くの場合、母親はスクリーニング検査を受けて、確定検査の結果、突然、HTLV-1 抗体陽性であることを知ることになる。検査結果の告知に先だって、医師、助産師等、スタッフは、説明内容の確認・役割分担、理解を助ける資料の準備などの事前準備を行う。できるだけ継続支援する看護職が同席することが望ましいが、困難な場合は、継続看護情報用紙などを用いて情報共有し支援が途切れず継続するように工夫する。

支援者は告知に同席し、妊婦の理解や反応を確認すると共に、妊婦の気持ちに寄り添い、情緒が不安定になることも考慮し対応する。支援者は、時間的ゆとりを持って母親からの疑問や不安に耳を傾け、平易な言葉でやりとりを重ねて、母親が理解を深められるよう支援する。

2）支援者間での情報共有の範囲と連携方法

HTLV-1 感染については社会的認知が低く、まだ一部の地域では“遺伝病”“風土病”という間違った認識の偏見や、性感染症の側面からの偏見への配慮も必要である。母親にとって、HTLV-1 陽性であることを誰に知らせ、共有するかは重要な問題で、家族の中でも知らせている人、知らせてない人が混在している。そのため、母親の同意を得た上で、家族や関係する支援者間（施設内：他職種間、他部署間、施設外：他機関、地域支援機関）情報共有する。（p.27 参考例参照）

母子健康手帳を上手に活用することが推奨される。ただし、母子健康手帳は妊婦、医療従事者以外の人の目に触れる可能性があるので、活用する際は個人情報保護に配慮する必要がある。「検査結果のコピーを取り外しのしやすい形式（ホッチキス止めなど）で添付する」、「キャリアであ

ることを記載した付箋を貼っておく」、といったように、母親が使用用途によって母子健康手帳の保持する情報を適宜取捨選択できるような形、で母子手帳に情報を残しておくなどの工夫も可能である。自身がキャリアであるという情報を夫・家族と共有していない場合はさらなる配慮が必要である。母子健康手帳は育児に携わる人の目に触れる機会が多いことを説明したうえで、母子健康手帳に情報を付加するか否かは妊婦本人と相談して決定する。[1)]

特に里帰り出産の場合の連携は、慎重かつ確実に行う。

HTLV-1 抗体検査結果の情報共有範囲と意思確認項目（参考例）

1. HTLV-1 抗体検査結果が陽性であることを知らせている人
   （　　）
2. 抗体検査結果説明を一緒に受けた人（　　）
3. 市町村保健センター、県の保健所等との情報の共有について
   a. 行政の母子支援サービスを受けるにあたって情報共有することを承諾する。
   b. 原則、情報共有はしない。
   c. 現時点では決められない。

■ 栄養方法選択への共有意思決定支援

栄養方法の選択（HTLV-1 母子感染予防対策マニュアル 2022. 第 4 章栄養方法の種類 、出生後の母子感染予防のための栄養方法の選択）[5)] は母親が自らの意思で選択できるよう共有意思決定支援を行う。具体的にはオタワの意思決定ガイドを利用することもできる。

栄養方法の選択は、母親自身の健康ではなく、児の将来的な健康にかかわる代理意思決定であるため､決定や心情は複雑かつ葛藤が生じやすい。傾聴･共感･葛藤への支援（第 2 章 HTLV-1 キャリアの母親への支援技法）を丁寧に繰り返し行い、母親が自ら決定できるよう支援する。できるだけ、同じ担当者（助産師等）が継続して支援する体制を整える。

■ 人工栄養移行計画の立案

支援者は短期栄養方法の種類と具体的方法（第 5 章短期母乳栄養方法別の特徴と具体的支援の進め方）ついて説明し、母親からの質問や疑問に対応する。それぞれの移行のプロセスを妊婦が理解できたか確認し、希望する栄養方法を行うために、母親と共に個別の授乳計画を相談・立案する。

家族構成や産後の生活の状況、仕事復帰予定、母親自身の価値観や希望を反映した個別計画を立案し実現可能な人工栄養移行を準備する。この個別計画は立案以降の経過と母親の考えや気持ちによっていつでも変更できることを母親に伝える。立案からの変更など、経過は全て記録し、関係する支援者間で共有する。

2. 分娩後の支援

■分娩第 4 期（早期母子接触・早期授乳）の支援[1) 2) 3)]

出産直後の早期母子接触は、児の体温・呼吸・血糖の安定や常在菌の獲得を促し、胎外生活への適応を促す必要不可欠なケアである。母親の HTLV-1 感染の有無、児への栄養方法の選択にかかわらず、すべての母子に保障される。

また、出生後の母と子が共に過ごし、養育者が子どもの欲求に応答することは、子どもの権利として尊重され保障する。

1）早期母子接触（Early Skin to Skin Contact：ESSC）

ESSC とは、出産直後に裸の新生児を母親の裸の胸に直接置いて、母子が肌と肌で触れ合うことをさす。

出生直後からさえぎられることなく、少なくとも 1 時間、または、出産後の 2 時間（分娩第 4 期）は継続されることが望ましい。

2）ESSC の効果と意義

HTLV-1 キャリアの母親が選択する栄養方法のいずれにおいても、出生直後から母子が肌と肌を触れ合わせて共に過ごすことは、子どもの権利でもあり、すべての母子と家族に保障されることが重要である。

- ✦児にとって

  新生児の体温・呼吸・循環・血糖等や児の状態（state）を安定させ、児の泣きを抑制し（血糖値低下予防）皮膚の常在菌の獲得を促すなど、児の生存と胎外生活への適応を促す基本的なケアである。

- ✦母親にとって

  母親のオキシトシン分泌が促され、子宮収縮と胎盤娩出を促し、産後出血を少なくする。母親が五感を通して児を感じることで、母子相互作用と愛着形成を促す。

3）ESSC に向けた準備

- ✦産科医療機関として

  ESSC の必要性と意義、安全確保について習熟し、チームとして動けるよう早期母子接触の適応基準・中止基準・実施手順を作成しておく。

  帝王切開術施行時の ESSC については、実施可能性を目指して、各施設において検討を重ねるとよい。

- ✦支援者として

  妊娠期にかかわる支援者は、母親と家族に妊娠期から ESSC の必要性・意義、具体的方法を伝えて、家族の立ち合いを含め実施計画を相談しておく。

  出産にかかわる支援者は、出産直前 / 直後にも母親に、ESSC 実施を確認して同意を得る。

4）分娩室の環境整備（帝王切開時も同様）

- ✦室　温：26 ～ 28 度程度とする。
- ✦照　明：観察可能な照度とする。母子に強い光を当てない。
- ✦　音　：医療者の大声や強い医療器材の音を発生させず、静けさを保つ。
- ✦においい：新生児にとって母親のにおいが最も大切である。
  消毒剤の強いにおいは除去する。芳香剤等の使用は避ける。

5）出産後の実施手順

ESSC は親子の最初の出会いであり家族の出発点であり、支援者は母親や父親が、わが子が無事誕生して、自分で様々な動きをする能力があることに気づけるよう支援する。

①分娩台のギャッチアップ角度は 30 度～ 45 度程度、ファーラー位（リクライニング姿勢）とする。

②全身の羊水のふき取りを行い、第 1 呼吸確認後には、できるだけ早く児を母親のからだの上に乗せる。サチュレーションモニターを開始する。

③出生後の手順は医療機関により異なる（臍帯切断時期は施設により異なる。出生後そのまま児を母親の腹部から胸の上に乗せる～インファントウォーマーに寝かせるなど）が、すぐ行わなくてもよい体重測定などの計測や点眼等の処置は ESSC 終了後に行う。

④児は伏臥位姿勢、手足は WM とする。児の手足が母体から離れないように留意する。（離れていると、新生児行動がとりづらく、母体の上を移動しづらくなる。母体から落下する危険も生じる。）

1）写真でわかる母性看護技術アドバンス 新訂第 2 版 . インターメディカ (2026) .

⑤温められたバスタオルを児にかける（頭も覆うが、顔、特に口元は見えるようにする。）

⑥児の顔は横を向ける（多くの場合、自分で横を向く。）

⑦母親は、自身の腕で児を取り囲む柵を作るようにして、児のお尻に直接両手をあてる（バスタオル越しではなく、直接触れるようにする）。

1）写真でわかる母性看護技術アドバンス
新訂第２版．インターメディカ(2026)．

⑧支援者は、母親（父親）に、一緒に児の動きを楽しみながら見守るよう促す。
（早期授乳を行う場合は、これから自分で動いて乳房に到達して、自ら乳房に吸着して吸啜を始めることを伝える。）
⑨支援者は、基本的にハンズオフ支援を行い、親子の相互作用に介入しない。
⑩児のポジションが安定していて落下の危険が無いか、落ち着いた呼吸ができているか顔色や呼吸状態、児のからだの動きなど確認する。
⑪母親に鏡を渡して、母親も児の顔色や動きをみられるようにする。時折、児が今何をしているのか解説してもよい。

1）写真でわかる母性看護技術アドバンス
新訂第２版．インターメディカ(2026)．

3. 出生直後の新生児の動きについて

出生直後から遮られることなく、児が静かに穏やかに母親に抱かれていると、児は自発的に哺乳前行動（pre-feeding behaviors）と呼ばれる一連の探索的行動１）を開始して乳房に到達し、自ら母親の乳房に吸着して初乳を飲む（早期授乳）。（表３）

出生直後の児は、わずかに泣いて肺呼吸を開始した後、新しい環境で落ち着くために、覚醒状態で口・頭・手は動かさずに静かに休む。しばらくして頭・肩・四肢を動かし始め、目を開け、口を動かす。目を開けて母親や乳房を見たり、口をもぐもぐさせるなどの探索的動きが多くなり、声も出すようになる。手を口にもっていったり、手で乳頭に触れたり、乳房の色の濃い部分をじっ

と見たりする。

その後、探索的活動の合間に休んだりするが、口の動きはみられている。母親の身体を這い、乳房のにおいに触発され、横滑りしたり跳ねたりしながら乳房に向かう。乳輪や乳頭を舐めて母親と乳房になじむ。あっという間に吸着・吸啜し始めることもあれば、何度も吸着を試みてやっと大きな口を開けて吸着・吸啜に至ることもある。しばらくの間吸啜をしたのちに、眠りに入る。ここに至るまで、たいてい生後 1 時間以上は経過していて、母親も眠気を感じることも多い。

1）写真でわかる母性看護技術アドバンス新訂第 2 版 . インターメディカ (2026).

表 3.　出生直後の新生児の動き 9 ステージ（Widström A-M. et al. 2011.）[2)]

ステージ	生後分数 中央値 (25-75IQR)	動き
1. The Birth Cry 出生時啼泣	0	出生直後強く泣く（肺呼吸開始）
2. Relaxation リラクセーション期	2 (2-4)	口・頭・四肢は動かさず、じっとしている
3. Awakening 覚醒期	2.5 (1-5)	頭・肩・四肢を動かす 眼を開け、口を動かす
4. Activity 活動期	8 (4-12)	眼を開けている、母親や乳房を見る口をもぐもぐさせ、探索的動きが増える 甘えるような声を出す soliciting（sound）
5. Rest 休憩期	18 (13-27)	活動の合間に休む、口の動きはみられる
6. Crawling 匍匐期	36 (18-54)	這い、横滑りし、跳ねて、乳房に向かう
7. Familiarization 親和期	43 (29-62)	乳輪や乳頭を舐めて母親と乳房になじむ
8. Suckling 吸啜期	62 (44-90)	口を開けて吸着・吸啜する
9. Sleeping 睡眠期	70 (52-79)	入眠する

Column

人工栄養を選択して早期母子接触のみを行う場合の支援

短期母乳栄養の場合同様、支援者が出生直後から児を母親の胸～腹部に置き、母親が児を抱いて、児の自発的な新生児行動を見守り、穏やかな母子と家族の出会いの時間を保証する。

唯一異なるのは、早期授乳を行わないことである。児が直接母親の乳房に吸着しないよう、早期母子接触以前にあらかじめ医療用フィルムドレッシング材（例：高透湿性フィルムドレッシング　カテリープラスTM等）を、母親の左右両乳房（特に乳頭乳輪部を覆う）に貼付しておく。

出産前には、必ず人工栄養選択の確認ドレッシング材を貼付することへの了解を得ておく。

3. 人工栄養移行期間における支援 [1) 2) 4) 5) 6)]

1）乳汁生成に関する基本的知識

乳汁産生抑制計画を立てる際には、産生抑制を開始するその時が、以下の乳汁生成の何期に当たり、どのような乳汁産生状態かを考慮して、具体的産生抑制方法を選択する。

表４　乳汁生成：ラクトジェネシス Lactogenesis [4)]

フェーズ	時　期	主な乳汁	特　徴
乳腺発育期 Mammogenesis	妊娠初期～中期	なし	エストロゲン・プロゲステロン等の作用で、乳管や乳腺組織が増殖
乳汁生成Ⅰ期 Lactogenesis Ⅰ	妊娠中期～産後２日目	初乳	乳腺細胞が分泌細胞に分化 プロラクチン等により、乳腺腺房分泌上皮細胞から乳汁産生開始
乳汁生成Ⅱ期 Lactogenesis Ⅱ	産後３日目～８日目	移行乳	（胎盤娩出後）プロゲステロンの急劇な減少によるプロラクチン作用の発現
乳汁生成Ⅲ期 Lactogenesis Ⅲ	産後９日目～退縮期	成乳	ホルモン調整に加え、乳房局所のオートクリン等による、時間単位での乳汁産生抑制、需給バランス調整
乳房退縮期 Involution	最終授乳～約 40 日	初乳様乳汁	乳房局所での乳汁産生抑制

Wambach K., Spencer B., editor: Breastfeeding and human lactation.6th ed. Sudbury, Mass: Jones and Bartlett ; 2021. Anatomy and physiology of lactation; p.55 より一部改変

2）乳汁産生抑制方法

乳汁産生抑制には、薬物を用いない方法であるホルモン分泌を調整する方法、乳汁産生抑制因子等を活用する方法と薬物による方法がある。

乳汁生成期別、乳汁産生状態 / 人工乳の補足状態、乳房のトラブル状態等により、母親の意向や児の哺乳状態を踏まえてより適切な方法を選択する。

✦**乳汁生成Ⅱ期・Ⅲ期**に母乳の授乳回数と授乳量を減らす方法

－全体的な授乳回数や時間を減らす

母乳の授乳回数と授乳量を徐々に減らすことにより、乳頭乳輪部への刺激によるプロラクチン・オキシトシン等のホルモン分泌を抑制し（エンドクリン・コントロール）、同時に、乳房に乳汁を残す（充満する）ことによる乳房局所の乳汁産生を抑制する（ローカルコントロール）。

＊乳房の局所的乳汁産生調整（ローカルコントロール）には、種々の乳汁産生抑制因子（Feedback Inhibitor of Lactation：FIL による自己分泌調整；オートクリンコントロール）やプロラクチン受容体数の増減等が関与していると言われている。

全体的な授乳回数や時間を減らす方法

授乳回数 10 回程度、授乳時間 15 ～ 20 分（その間 2 回射乳反射あり）だったところを、授乳回数 8 回、授乳時間 10 分程度とする等である。

✦**乳汁生成 II 期・III 期**に母乳の授乳回数と授乳量を減らす方法

－ブロック授乳（一定時間内片側授乳）

授乳回数と授乳量を減らす方法の一つであるが、特に、授乳していない反対側の乳房に乳汁を貯留させ続けることにより乳汁産生抑制を促す。

ブロック授乳

1 回の授乳につき、児が満足して離すまで片方の乳房のみから飲ませる。次に母乳を欲しがった時、一定時間内であれば同じ乳房から授乳して、反対側の乳房を刺激せず、かつ、乳房内に乳汁が溜まっている時間を長引かせる。これにより、乳汁産生が抑制される。

例えば、2 時間（または 3 時間）までの間に授乳するときには、必ず同じ側の乳房から授乳する。ただし、授乳していない側の乳房のうっ滞が著しくて乳房の張りや痛みが強い場合には、乳腺炎予防のため痛みの強い側からの授乳を行うことも必要となる。

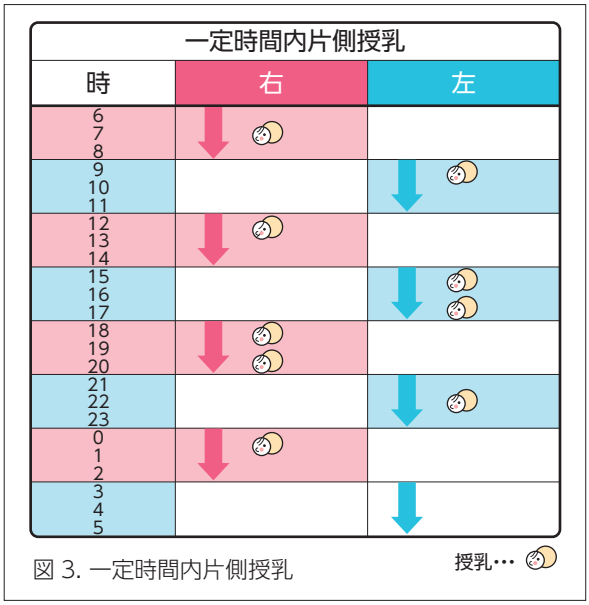


図 3. 一定時間内片側授乳

5)　HTLV-1 母子感染予防対策マニュアル　第 2 版 2022.

✦**乳汁生成 I 期**に産生抑制する場合も、乳汁産生が本格的に開始されていないが、産生抑制調整機序は乳汁産生 II 期・III 期とほぼ同様である。乳房や乳頭乳輪部への直接刺激は避ける。基本的に搾乳は行わない。乳房緊満が強く痛みを伴う場合には、フラワーホールドにより少量乳汁を排出する。

授乳（積極的搾乳）をしなければ、出産後 7 日までに血中プロラクチン濃度は非妊時レベルに低下する。

✦薬剤による方法

速やかに乳汁産生を抑制したい場合や、比較的多量の乳汁産生を抑制したい場合には、薬剤を使用する。薬物療法として、カベルゴリン（カバサール ®）1mg 1 回、ブロモクリプチン（パーロデル ®）2.5mg、2 錠 / 分 2 、14 日間投与などがある。これらの薬剤は、心臓弁に異

常のある女性、妊娠高血圧症候群、産褥期高血圧の患者などに対しては使用禁忌である。（産婦人科ガイドライン産科編 2023、CQ419 授乳に関する注意点は？ p. 276）

完全人工栄養の場合や早期母子接触時のみ直接授乳する場合は、分娩後 48 時間以内服開始することで乳汁産生抑制効果は高くなる。いずれの時期でも、薬物を利用して乳汁産生を抑制することができるが、使用に際しては禁忌や副作用に留意し、母親の疑問や不安に対応する。

✦補足的方法

乳房緊満や熱感等がある場合、母親が心地よいと感じる限りにおいて、冷湿布を行ってもよい。その際気化熱による冷却が可能な冷却ジェルシート等が望ましく、冷凍された基材による過冷却は避ける。

3）児・授乳支援

✦哺乳びん授乳になれるための支援

直接授乳と人工乳首から哺乳する場合では、吸啜・嚥下・呼吸のパターンが異なり、舌の使い方も大きく異なる。そのため、直接授乳中心で母乳を哺乳していた児が突然、哺乳びんでの人工栄養へ移行する際には、人工乳首にうまく吸いつけず哺乳が難しくなることが多い。反応の程度には個人差があり、１～３日間吸いつけない児もいれば、速やかに哺乳びんで哺乳できる児もいる。

完全人工栄養移行時に哺乳びん（人工乳首）で哺乳できるようにするためには、生後 90 日未満のうちに人工乳首を導入することを検討する。支援者は、哺乳びんを使用することについて、母親がどのような思いでいるのかについても確認することが大切である。また、人工栄養と併用する場合には、母乳の欲しがり方、尿・便排泄状況、体重増加などを総合的に判断しながら、人工栄養の量を調整する。

✦直接授乳時における哺乳びん授乳の導入方法

哺乳びん（人工乳首）を使用することにより、児が人工乳首に慣れ、直接授乳できなくなることがある。この場合、意図せず早期に母乳育児が終了してしまう可能性にもつながる。人工乳首の導入時には、哺乳びんを使った授乳方法（直接授乳に近い口の動かし方）や人工乳首の選択について情報を提供し、一緒に児の反応を確認するなど丁寧に実施する。具体的なポイントを以下に示す。

【直接授乳を妨げない哺乳びん授乳のポイント】

- 欲しがるサインに合わせて飲ませる。（応答的授乳）人工乳首で児の舌を刺激し、児が大きく開口して舌が前方に出たタイミングで乳首を深く含むようにする。
- 安直に多量な乳汁が流入しないよう人工乳首を調整する。（人工乳首の硬さと穴のサイズを流出量が少ないものにする。）
- １～２回／日程度とし、多用しないように留意する。

✦哺乳びん（人工乳首）での哺乳困難時の工夫

人工乳首や人工栄養を受け付けない場合、授乳のタイミング、授乳の場所や姿勢、授乳者を工夫する。具体的なポイントを以下に示す。

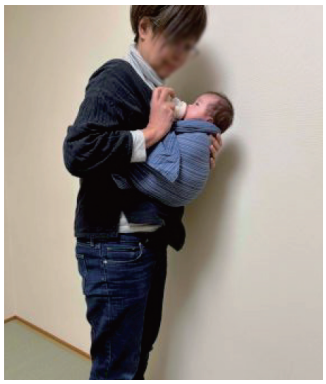
【哺乳困難時の哺乳びん授乳のポイント】

①授乳のタイミング

- ウトウトしているタイミングを選ぶ

②授乳の場所や姿勢

- おくるみの使用
- 授乳姿勢を変える
- 立って揺らしながら、歩きながら授乳する。（抱っこ紐やスリングを使用、または動きを加えて授乳する）



③人工乳首の調整

- びんの乳首（人工乳首）の硬さやサイズを流出量が多いもの（飲みやすいもの）に変える。
- 人工乳首を人肌程度にあたためる。

④授乳者を変える

- 哺乳びん授乳は、父親やほかの家族など、母親以外の誰かが行う。

⑤その他の工夫

- カップ、またはスプーン授乳を行う。

カップ授乳の方法

小さな小鉢や小さなコップ（市販のカップ授用カップでなくてもよい）を用意する。

小さなカップに、搾母乳か人工乳を入れる（飲みながらこぼすことを想定して、必要量より多く準備する）。

母親の膝の上などで児の上体を起こして座らせる（誤飲予防のため寝かせた体勢では授乳しない）。

タオルで児を包むと体勢が安定して授乳しやすい。

カップの先端を児の下唇に軽く乗せ、カップの縁を上唇の外側に触れるようにする。

カップを傾けて、乳汁が児の唇に届くようにする。

児が舌を前に出して、乳汁を捉えて飲み取ろうとする動きを誘発する。

カップを傾けすぎて、乳汁が児の口の中に流入しすぎないよう注意する（誤飲リスクになる）。

1）写真でわかる母性看護技術アドバンス新訂第 2 版．インターメディカ（2026）．

参照動画：小さな赤ちゃんのためのカップ授乳

学習のためのリソース紹介｜日本ラクテーション・コンサルタント協会

https://jalc-net.jp/breastfeeding/information/breastfeeding/p5649/

✦親子の心理的ストレスをやわらげる方法

直接授乳以外の安心感を得られるよう、スキンシップ、抱っこ、語りかけ、視線を合わせるなどを増やす。また、さまざまな親子遊びを取り入れ親子のリラックス時間をつくる。

タッチケアについて（スキンシップの一例として）

頭の先からつま先の中で、児の好む体の部位を中程度の力でやさしくなでたり、手足を曲げたり伸ばしたりする。児が落ち着いたりニコニコ喜ぶ部位を探して行うとよい。なでているときは、児の視線を捉えて母子の視線を合わせ、にこやかな表情で接し、「マザリーズ」（注）で語りかけたり、簡単な歌を歌ったりするとよい。

日本タッチケア研究会　タッチケア　マニュアルⅡ　乳・幼児編より引用

ゆびの腹と手のひら全体を使って赤ちゃんの肌にぴったりつけ、少し圧をかけてゆっくりマッサージを行いましょう。

日本タッチケア協会編(2017). だれでもできるやさしいタッチケア . 合同出版 .

かお：赤ちゃんの目をよく見つめ、語りかけながらマッサージします。はじめに顔の両側を優しく包み、ゆっくりとした動作で始めましょう。

日本タッチケア協会編(2017). だれでもできるやさしいタッチケア . 合同出版 .

むね・おなか：赤ちゃんを仰向けに寝かせます。目をみつめ、声を掛けながらリラックスしてマッサージしましょう。

注：マザリーズとは：

母親や養育者が乳幼児に「語り掛ける」言葉を総称してマザリーズ（motherese) という。高い抑揚のある声、短い言葉、ゆっくりと相手の反応を待つような語り掛けや、リズミカルに（体を動かし）表情豊かに歌うような口調で児に語り掛けることにより、児との親密なコミュニケーションを図り、安心感、優しさ、信頼をもたらす。

マザリーズ出典　志村洋子(2000). マザリーズがもたらすもの . チャイルド・ヘルス .3.6.p56-59.

4）乳房トラブルへの支援

✦乳汁うっ滞・乳腺炎予防のためのセルフケア方法

全母乳栄養継続中の場合、混合栄養継続中の場合、そして、母乳栄養完全終了後（人工栄養完全移行）の場合のいずれにおいても、乳汁うっ滞のために乳房が過度に張ること（病的乳房緊満）がある。

乳汁うっ滞は乳腺炎発症の主要因となるため、支援者は母親の乳房の状態を注意深く観察し、乳汁うっ滞が解消されるよう支援する。

同時に、母親自身が日ごろから乳房の状態を観察でき、乳腺炎症状（全身の発熱、乳房局所の発赤・しこり・疼痛・熱感・乳汁の性状）に気づけること、そして、うっ滞解消のための直接授乳や搾乳方法を身に着けておく等、母親自身が観察し、ある程度対処できるように支援する。

乳汁うっ滞を解消する場合、乳汁産生を促進／維持するのか、または、乳汁産生抑制するのか、目指す方向（目標）により、選択する具体的ケアは異なる（以下参照）。

（1）全母乳栄養・混合栄養継続中：乳汁産生を積極的に促したい場合

乳房内に溜まっている乳汁をできる限り乳房から外に出す。その第１選択肢は、児への直接授乳を十分行うことである。この際、児が乳房に深く吸着して適切に母乳を飲み取っていることを確認する。

直接授乳だけで乳汁うっ滞が解消されない時には、乳汁うっ滞箇所を特定して、支援者または母親が手による搾乳を行い、うっ滞箇所につながる乳管口からの排乳を促す。

（2）混合栄養（人工乳移行中）・母乳栄養完全終了後（移行完了）：乳汁産生を抑制したい場合

乳房内にあえて乳汁を溜め置くため、（1）の場合よりも、乳腺炎発症リスクが生じやすい。そのため、微細な乳房の違和感や硬さなど乳腺炎症状は特に注意深く観察する。

人為的にうっ滞を作ることと同時に乳頭乳輪部への刺激は最小限にしたいため、直接授乳や積極的な排乳を促す搾乳は行わず、フラワーホールド法（FL 法）（以下参照）等による少量の排乳を促す手技を用いるとよい。乳房に張りや硬さがあっても、痛みを伴わなければ FL 法で対処できる。

ただし、FL 法による少量の排乳で、乳汁うっ滞が増悪する場合には、うっ滞箇所から十分に搾乳することに切り替える判断も必要となる。

なお乳腺炎の症状へのケアは乳腺炎ケアガイドライン 2020. を参照することとする。

十分に搾乳を行う必要がある場合：

乳房全体が緊満していて部分的に硬さがあり、母親の自覚的な局所の違和感や熱感が増して痛みを感じる時には、必要十分量を搾乳して乳腺炎を予防する。

その際、うっ滞個所に通じている乳管を特定して搾乳し、うっ滞の改善を図る。

搾乳し過ぎないよう留意し、乳房に多少の張りや硬さがあっても、母親が痛みを感じなくなった時点で搾乳を終了する。

【乳汁うっ滞が強い場合のセルフケア】

乳汁うっ滞が強い場合は、乳房緊満による苦痛軽減と乳腺炎予防のために搾乳を行う。

搾乳時の注意点は、搾りすぎないことである。目安としては、乳房に硬さはあるが痛みは感じない程度搾乳する。

母親が心地よいと感じる場合は、乳房局所への冷湿布も有効である。

①母乳栄養期間（乳汁分泌促進時）におけるケア

- 第一選択肢は児への直接授乳を十分に行う。
- 搾乳後には可能な限り直接授乳を行う。

②移行期および完全人工栄養移行移行（乳汁分泌抑制時）におけるケア

- 乳汁産生を促進させるような刺激を低減する搾乳方法として、刺激 5 本の指先で乳頭に触れないように乳輪を囲み軽く圧迫するフラワーホールドによる搾乳を行う。

フラワーホールド法　5)

乳房の強い緊満や乳頭乳輪部の浮腫、直接授乳が困難な場合、乳頭や乳輪部の浮腫を軽減するリバース・プレッシャー・ソフトニング reverse pressure softening（以下、RPS 法）がある。この方法の一つであるフラワーホールド法は乳頭への刺激を最小限にして搾乳する方法で、乳汁抑制期における乳汁うっ滞を解消する対処法として有用である。

（出典）Cotterman, KJ. : Reverse Pressure Softening. Simpler RPS instruction sheet. Drawn by Kyle Cotterman

1)　HTLV-1 母子感染予防対策マニュアル　第 2 版 2022.

【乳房の状態の確認手順】

支援者が行う場合の事前準備

乳房観察・触診の目的、必要性を伝え、乳房に触れることへの許可を得る。
母親に仰臥位になり、上衣を開くよう依頼する。
支援者は手を温めておき、グローブを装着する。
母親が触診により痛みを感じたら、支援者に知らせるよう依頼する。
＊留意点：支援者の触診所見と、母親の主観的感覚を照合させながら触診を行う。

①腋窩からスペンスの尾部の観察

- 腋窩リンパ節の腫脹、しこり、副乳、乳汁分泌の有無を確認する。

②乳房全体の観察

- 乳房の表面全体の視診・触診を行う。
- 乳房の色調、張り、しこり、えくぼ（乳癌を疑わせる dimpling）の有無等を確認する。

＜方法＞

- 乳房を 1/4 に区分（4 半分領域法）して、各区分の乳腺組織等内部の状態を触診する。
- 片手で乳房全体を支え、もう一方の手指で乳房を軽く挟んで左右にやさしく動かして内部の状態を確認する。

1）写真でわかる母性看護技術アドバンス新訂第 2 版 . インターメディカ(2026).

③乳頭・乳輪部の観察

哺乳時に児の口の中に入る乳頭から連なる乳輪部（乳頭乳輪体 nipple-areola complex）の硬さや伸展性、乳汁分泌、内部の乳腺の硬さ等を確認する。

1）写真でわかる母性看護技術アドバンス新訂第 2 版 . インターメディカ(2026).

注意として、乳頭をつまむ・引っ張る・ひねる・しごくなどは行わない。

- 乳頭上の開口数や乳頭や乳輪部から乳汁の出方や傷（発赤、亀裂、水疱、血水疱、白斑〔通称〕等）等も確認する。
- 片手で乳房全体を支え、もう一方の手の拇指と示指を乳輪部に置き、胸壁に向かってそっと押し入れる。
- 乳頭直下で拇指と示指の指の腹を合わせて乳頭方向に力を移動させる。実施する際の注意点として、皮膚に接している指の力点のみ移動させ、乳頭乳輪部の皮膚の表面は決して擦らない。

5）人工栄養移行計画の見直し・変更への支援

人工栄養移行計画は、支援者と母親の間で合意し立案する。支援者は各タッチポイントで継続して母親の意向、母子の状態に変化が生じていないか確認する。

栄養方法は、母親、児、その他の要因で調整・変更が必要となるケースがあり、以下にその例を示す。

✦調整が生じる要因と調整の例

①母親の要因

- 乳汁分泌量
  - 想定していたより少ない場合：短期全母乳→短期混合
  - 想定していたより多い場合：短期混合→短期全母乳栄養
- 繰り返される乳房トラブル
  - 短期混合→短期全母乳
  - 短期全母乳→短期混合、完全人工栄養への早期移行
- 現行の計画による過労・睡眠不足
  - 短期混合→短期全母乳、完全人工栄養への早期移行
- 授乳禁忌薬：抗悪性腫瘍薬、アミオダロン（抗不整脈薬）、コカイン、放射性物質（一時的に授乳を避ける）の使用
  - 短期全母乳→短期混合、完全人工栄養への早期移行

②児の要因

- 体重増加不良
  - 短期全母乳栄養→短期混合栄養
- アレルギー
  - 短期混合栄養→短期全母乳栄養
- びん哺乳授乳困難
  - 混合栄養移行時期の修正
- 入院による母子分離
  - 短期全母乳栄養→完全人工栄養への早期移行

③心理・社会的要因（各状況により変更・調整）

- 気持ちの変化
- 夫、祖父母との方針の相違

④環境・経済要因（各状況により変更・調整）

- 家族支援不足
- 人工栄養への金銭的負担
- 上子への対応
- 仕事復帰・保育施設への入所

人工栄養移行計画の変更や調整は常に母親の意向を優先して行う。支援者は調整が必要な要因が見落とされることのないよう、諸要因を把握しながら母親にとって無理のない計画調整への支援を行う。

4. 完全人工栄養移行後の支援[5)]

1）リフレクション

リフレクション（reflection）とは、「振り返り、反省、内省」と訳される。

単に経験するだけではなく、経験したことを振り返って、どういう意味があったのか、どういうことに気がついたのかと考えることがリフレクションとなり、学びとなる。

HTLV-1 キャリアの母親が経験する短期母乳栄養では、完全人工栄養完遂まで母親がこれまでのプロセスを頑張ってきたことを労い、授乳体験の振り返りを行う。母親自身の意思決定に基づき選択した栄養法を様々な葛藤をしながらも完遂できたことを肯定的に受け止め、達成できたことに対して自信につながるよう支援する。

また、途中で感じた不安や迷い、工夫したことなどについても支援者と振り返ることで、母親自身が育児への前向きな気持ちが持てるよう支援する。

2）連携支援

母親にとって移行後にも継続して必要とされる施設内外の診療科、医療機関、公的機関については、継続して支援が受けられるよう、母親の同意のうえ、情報共有する。

3）児へのフォローアップ

児のフォローアップについて考慮すべき点を以下の通りとしている。（HTLV-1 母子感染予防対策マニュアル第 2 版 2022.）。

児のフォローアップを行う医療機関や公的機関への情報共有を行い、支援や対応の在り方については、HTLV-1 母子感染予防対策マニュアル第 2 版に基づき行われることが推奨される。

- HTLV-1 キャリアの母から出生した児のフォローアップは、小児かかりつけ医療機関における乳幼児健診が中心となるので、キャリアである母親および出生した児の情報は、分娩施設から診療情報提供書などで伝達されることが望ましい。
- 児の抗体検査の必要性、陽性であった場合の対応については、現時点は意見の分かれるところで、ひとりひとりの母親および家族の価値観に判断をゆだねることになる。
- 児に抗体検査をうけさせるかどうかの意思決定の支援も必要になることがある。
- 成人期以降は必ずしもフォローアップの必要はないと考えられている。

参考文献
1) 新田真弓・喜多里己監修（2026）. 写真でわかる母性看護技術アドバンス新訂第 2 版 . インターメディカ . p.64-70.（早期母子接触） p.188.（カップ授乳） p.127-128.（乳房触診）
2) NPO 法人日本ラクテーション・コンサルタント協会編」（2025）. 母乳育児支援スタンダード第 3 版 . 医学書院 . p.138-150.
3) Widström AM., Lilja G., Aaltomaa-Michalias P., et al.(2011). New born behaviour to locate the breast when skin-to-skin: a possible method for enabling early self-regulation. Acta Paediatrica, 100（1）: 79–85.
4) 江藤宏美編集 (2026). 助産師基礎教育テキスト第 6 巻産褥期のケア . 新生児期・乳幼児期のケア .2026 年版 . 日本看護協会出版会 . p.59-67.
5) HTLV-1 母子感染対策マニュアル第 2 版 2022.
6) 日本助産師会・日本助産学会 (2020). 乳腺炎ケアガイドライン 2020. 日本助産師会出版 .

第５章
短期母乳栄養方法別の特徴と具体的支援の進め方

Ⅰ 短期母乳栄養の種類と特徴

完全人工栄養に切り替える時期、方法については、母乳を与える期間、分泌量や直接母乳の回数、母乳と人工栄養のバランスによって具体的方法が異なる。いずれの栄養方法においても、90 日未満で完全人工栄養への切り替えを行うことは共通しており、量や期間は様々だが、母乳のメリットが得られる方法となる。

図４に短期母乳栄養の種類を示す。

1. 短期全母乳栄養

短期母乳栄養期間中に決めた移行日まで母乳栄養のみで授乳を行い、90 日未満の移行日に母乳を中止し人工栄養に切り替える。

2. 短期混合栄養

母乳栄養から段階的に人工栄養を導入し、乳汁産生抑制を行い、人工乳首に慣れて完全人工栄養に移行する方法である。

人工栄養を導入する時期を計画的に設定することで、段階的に乳汁産生を抑制していく。

混合栄養に移行する時期により大きく３つのパターンに分かれる。

１）パターン１：母乳栄養成立後、混合栄養

一定期間母乳栄養のみで授乳を行った後に混合栄養を行い、段階的に完全人工栄養に移行する方法。

混合栄養への移行は産後１～２か月の時期に計画し、徐々にびん哺乳に慣れ、段階的に人工栄養の回数を増やし、乳汁産生抑制しながら人工栄養に移行する。

２）パターン２：産褥早期より混合栄養

分娩後の産褥早期から混合栄養を行う方法で、段階的に人工栄養の回数を増やし、90 日未満に完全人工栄養に移行する。

３）パターン３：早期母子接触・早期授乳後、人工栄養

母乳栄養は分娩第Ⅳ期の早期母子接触・早期授乳に限定し、その後完全人工栄養に移行する。

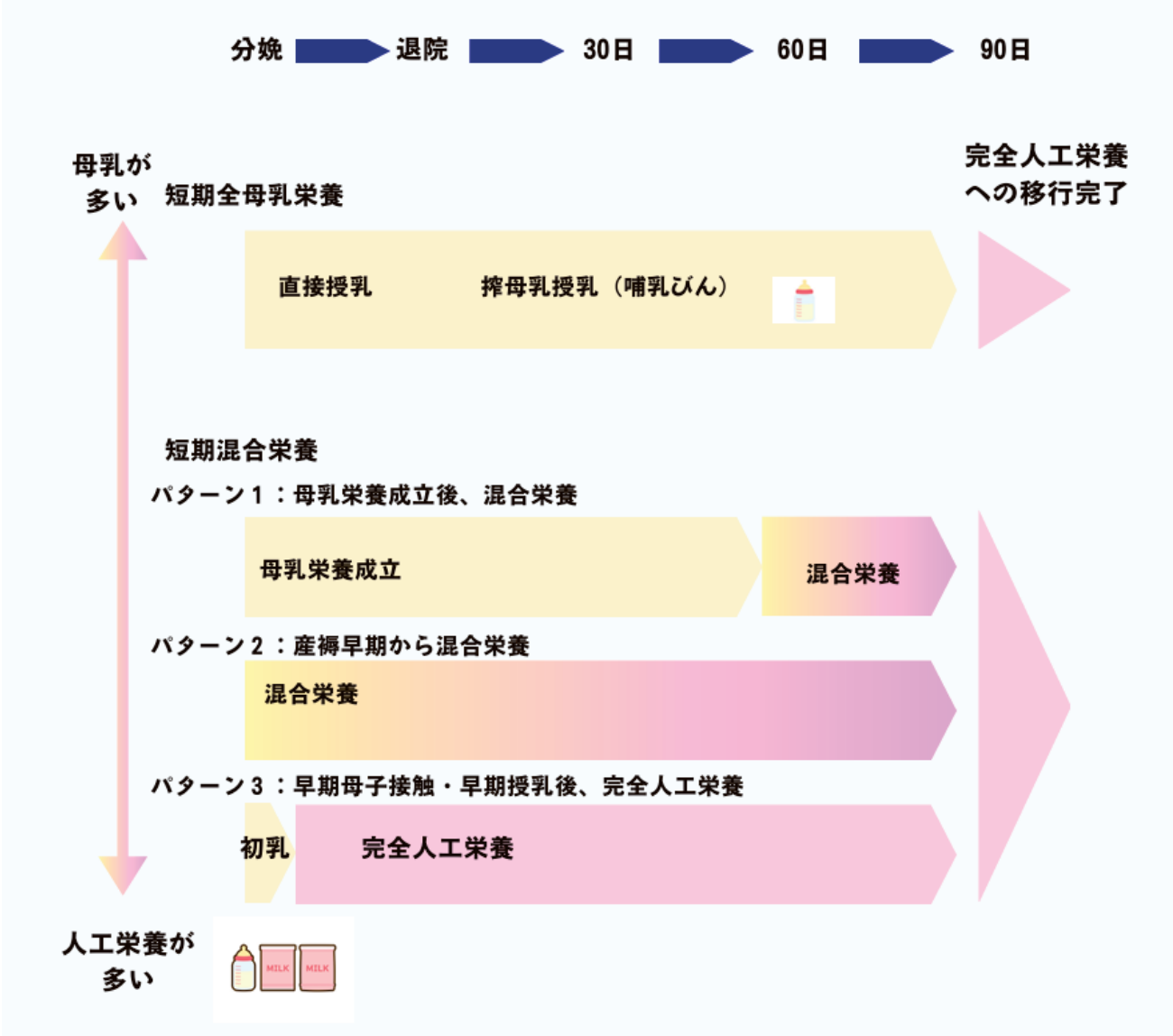


図４. 短期母乳栄養の種類

II 短期母乳栄養方法における具体的支援

短期母乳栄養での授乳方法は、短期全母乳に短期混合栄養に大別できるが、実際の授乳の展開は多様性に富む。ここでは、短期母乳栄養方法別の支援方法をパスとして示す。

パスは各栄養方法における移行日（全母乳栄養においては完全人工栄養移行日、短期混合栄養においては人工栄養導入日およびその後の完全人工栄養移行日）を仮に設定し、それを前提とした支援内容とタイミングが示されている。

実際の支援は、個別の事例により移行日が設定されることとなるため、その移行日および個別の状況に合わせて、重視すべき支援内容と支援タイミングの調整が必要となる。

1. 短期全母乳栄養

【パスの要旨】

①母乳栄養期間における支援のポイント

- 全母乳栄養が成立するための支援
- 移行しやすくするための搾母乳の哺乳びんの移行途中での導入

②移行日前後における支援のポイント

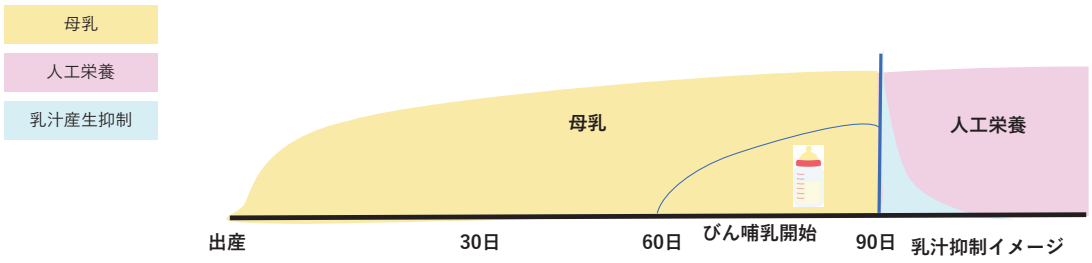
- 目安として産後 60 日ごろから移行後 10 日間にかけての移行日前後、特に移行日を挟む 1 週間の期間は重点的に支援
- 授乳方法の大きな変化に伴う、母子の身体的・心理的に急な変化、葛藤状況への支援
- 移行日前後の支援体制（家族、訪問助産師、授乳外来、産後ケア施設等）の準備

③完全人工栄養移行後の支援ポイント

- 乳汁産生抑制支援
- 児への哺乳びん授乳への支援

短期全母乳栄養

パス①　母乳および人工栄養の授乳割合と乳汁抑制イメージ図（短期全母乳栄養）



2. 短期混合栄養

【パスの要旨】

短期混合栄養として重要となるポイントは下線部分

①分娩後～人工栄養導入前における支援のポイント

- 全母乳栄養が成立するための支援
- 母親の意向および乳汁分泌状況に応じた人工栄養導入計画への支援

②人工栄養導入時期における支援のポイント

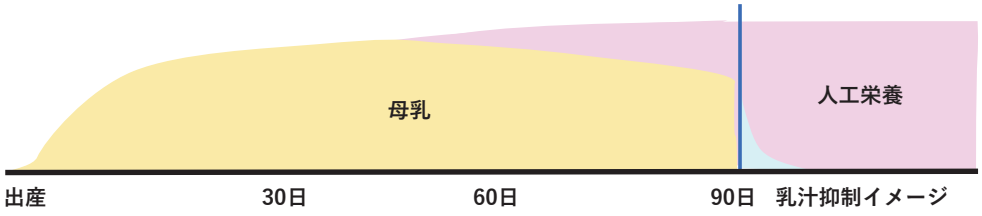
- 乳汁分泌状況に合わせた人工栄養量の調整と段階的な乳汁分泌抑制への支援
- 児の哺乳びん授乳への支援
- 移行日前後の支援体制（家族、訪問助産師、授乳外来、産後ケア施設等）の準備

③完全人工栄養移行後の支援ポイント

- 乳汁産生抑制支援
- 児への哺乳びん授乳への支援

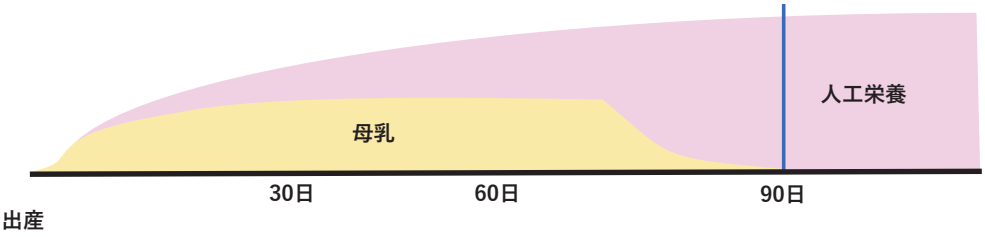
パス②

パターン１：母乳栄養成立後、混合栄養
母乳および人工栄養の授乳割合と乳汁抑制イメージ図（パターン１）



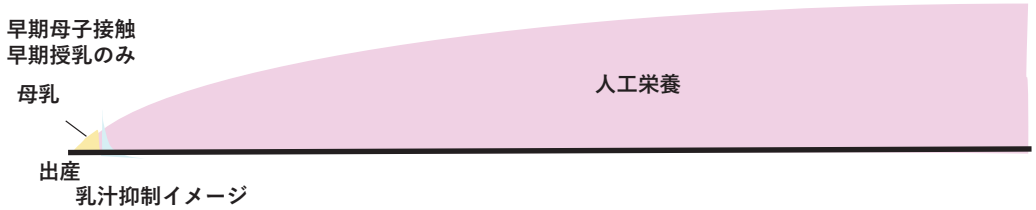
パス③

パターン２：産褥早期より混合栄養
母乳および人工栄養の授乳割合と乳汁抑制イメージ図（パターン２）



パス④

パターン３：早期母子接触・早期授乳後、人工栄養
母乳および人工栄養の授乳割合と抑制イメージ図（パターン３）



第 6 章
事例紹介

本章で紹介している事例概要

本章では過去にあった何例かの事例を紹介する。クリニカルパスと合わせて今後の支援の参考になれば幸いである。

事例 1　50 ページ

周産期医療機関による妊娠期から移行まで一連の支援を行い、短期全母乳栄養を達成した初産婦の事例

【事例の特徴】

初めて HTLV-1 キャリアであることを告知された母親と夫に対する正確な情報提供、授乳方法に関する十分な説明、および短期母乳栄養計画をスムーズに進めるための支援が重点となっている事例。

移行日までに母親の気持ちが整理でき、家族の支援を受けながら問題なく移行ができた。

事例 2　54 ページ

診療所と訪問助産師が連携支援して短期全母乳栄養を達成した経産婦の事例

【事例の特徴】

移行直前の児の哺乳困難、母親の不安や葛藤に対する重点的な支援を行った事例。

上子２人とも短期全母乳で移行できた経験があった。今回移行までは哺乳びんを受け入れていたが、移行前にびん哺乳への嫌がり、それに伴う母親の葛藤や不安があり、移行前後にタッチポイントを増やし無事移行ができた。

事例 3　57 ページ

診療所と訪問助産師が連携支援して短期混合栄養を達成した経産婦の事例

【事例の特徴】

できる限り母乳を長く与えたいという母親の意向を考慮しながら、段階的な移行計画を重点的に支援した事例。

母親の葛藤に傾聴・共感しながら、段階的な移行計画を提案。無理のない移行を支援した。

事例 4　60 ページ

上子の長期母乳を経て、移行日直前まで長期母乳栄養と葛藤しながら、宿泊型産後ケア利用により短期母乳栄養を達成した経産婦の事例

【事例の特徴】

移行直前まで長期母乳栄養との葛藤があり、母親への心理的ケアと意思決定支援を重点的に必要とした事例。

意思決定確定までの間は、母親の想いへの傾聴・共感を継続的に行い、母乳育児の充実を図り、短期母乳栄養への意思決定を支援した。母親の不安や葛藤が一番強くなる移行日から移行後は夜間も支援できる環境で十分な支援を行うことで、母親が落ち着いて移行できた。

Ⅰ 各事例概要

事例 1　周産期医療機関による妊娠期から移行まで一連の支援を行い、短期全母乳栄養を達成した初産婦の事例

1. 支援機関

妊娠期～移行完了：周産期医療機関

2. 基本情報

A 氏は 40 歳代、初産婦。夫と二人暮らし。体外受精による妊娠であった。

キャリアであることは夫のみ伝えている。

3. 共有意思決定・栄養方法選択

短期全母乳

A 氏は「自分のお腹で育てた子どもに母乳をあげることは自然なこと」と語り、短期母乳栄養を選択。

パートナーは妊娠中、意思決定に迷いを示していた。

4. 継続支援体制

周産期医療施設内の A 氏担当の助産師の固定チーム（外来、分娩室、産前・産後ユニットに勤務する助産師約 3 名で構成）妊娠期から分娩、産後、その後の移行まで継続支援。

■ 施設内連携

担当助産師チーム：妊娠中から産後まで担当し、必要な各部署間（医師、外来ユニット、授乳外来）への連絡調整も対応。

5. 経過紹介（下線部が支援者の支援内容）

妊娠期

妊娠 13 週 - 告知

助産師立ち会いのもと、医師より HTLV-1 キャリアの告知を受けた。

本人は「妊娠しなければ感染もわからなかった」と落ち着いた反応を示していた。

児の栄養法は代理意思決定となるため、本人はパートナーとも十分に話し合うことを望み、パートナーにも情報提供が行われた。

妊娠 23 週

担当助産師との面談で、本人は「90 日未満の短期母乳栄養」を希望していた。

パートナーは、短期母乳栄養と完全人工栄養で母子感染率に差がない点に疑問を示したため、担当助産師が再度説明の機会を設定し、医師から追加説明が行われた。

医師・助産師は意思決定を急がず、本人とパートナーの熟考を支えていた。

以降の妊婦検診時

担当助産師が産後の短期母乳育児に関する意思を健診ごとに継続的に確認した。

本人は「仕事が忙しく、自分が HTLV-1 であることを忘れていた」と話す一方で、「母乳がうまく出るのか」「90 日間トラブルなく全母乳で過ごせるのか」と母乳育児がうまくいくか、という心配も表出していた。

その都度、助産師から母乳育児がうまくいくためのポイントや、短期母乳栄養では予定日に授乳を終了できることについて、具体的な説明が行われ、本人と担当助産師の間で、授乳計画が共有されていた。

担当助産師との面談で、本人は「90 日未満の短期母乳栄養」を希望していたが、迷いがあり確定できていなかった。

分娩期

妊娠高血圧症候群の適応で緊急帝王切開となり男児を出生（在胎週数 38 週　2400g 台）した。

帝王切開準備中に担当助産師が栄養方法の意思確認として、本人、パートナーともに短期全母乳栄養であることを確認した。

担当助産師は、本人の授乳計画に対して「母乳育児がうまくいくための 10 のステップ」に基づき、早期母子接触を行う支援を行った。パートナーは帝王切開に立ち会い、初回授乳を見守っていた。児の状態は安定しており、初回哺乳も良好であった。

入院中 －母子同室　担当助産師チームの助産師が継続してケアにあたった。

産後 2 日目	
（児・授乳）	児の体重減少と低血糖対応として、母親から児に搾母乳をカップで補足した。 人工栄養は使用せず直接授乳と搾母乳の栄養のみ。

産後 7 日目－退院、移行計画再確認	
（児・授乳）	直接授乳と搾母乳の補足で母乳育児が確立した順調に経過していること、 自分で搾乳ができることを確認した。
（移行計画再確認）	担当助産師より人工栄養移行の選択肢を再提示したうえで、本人は短期全母乳栄養を選択した。 生後 1 か月以降を目安に哺乳びんで搾乳を与える練習を開始する計画を提案、本人も理解を示した。

退院後～産後 1 か月

産後 14 日目：授乳外来	
（児・授乳）	直接授乳のみで体重増加良好。
（乳房）	乳房トラブルなし。

産後 19 日目：産科外来 - 血圧フォロー	
（児・授乳）	直接授乳のみで経過が良好であることを確認。
（心理）	本人から「90 日ですね」と授乳期間を再確認する発言があった。

産後 28 日目：児の 1 か月健診

（児・授乳）	直接授乳のみで児の体重増加であることを確認。
（心理）	乳房トラブルなし。本人から「90 日ですね」と授乳期間を再確認する発言があった。
（移行計画再確認）	担当助産師が今後の栄養方法と人工栄養移行方法について再度選択肢を確認し、本人は 90 日まで全母乳栄養を継続し、移行日から授乳を中止して自然に乳汁分泌を低下させる方法を選択した。 本人と担当助産師で人工栄養移行日の具体的な日付を確認した。

産後 2 か月～ 3 か月

産後 40 日目：産後健診

（児・授乳）	担当助産師は母乳育児が安定していると判断し、哺乳びんでの搾母乳授乳開始を提案した。
（心理）	乳房トラブルなし。
（移行計画再確認）	移行日を 90 日目にすることを母親と意思確認し、移行に向けた心理的準備と具体的なスケジュールを共有した。

産後 61 日目：児の 2 か月健診

（児・授乳）	担当助産師が哺乳びんの導入の状況を確認すると、本人は「1 日に何回か哺乳びんの練習をして飲めている」と話していた。
（乳房）	乳房トラブルなし。
（移行計画再確認）	担当助産師は、以下の母乳から人工栄養への移行時の注意点が記載された用紙を渡し、記載内容を説明しながら確認していった。 ・母乳を終了する前後には母親の体調や乳房の状態を整えておくこと ・終了後の乳房緊満時には軽く搾乳をすること ・協力してくれる支援者を頼んでおくこと ・児への様々な対応方法 ・自分で対処できない時には助産外来へ連絡すること 担当助産師から、人工栄養移行日は支援体制を整えることが提案され、本人は助産師外来を利用できる日程で、パートナーの休暇に合わせて設定し、移行日の後の乳房ケアのための助産師外来の予約を取って帰宅した。

産後 3 か月（完全人工栄養移行日以降）

産後 90 日目：移行日

（児・授乳）	前日まで母乳を飲ませ、この日に完全人工栄養へ移行した。 夫婦で協力し、パートナーが哺乳びん授乳や家事を担って過ごしていた。 児は哺乳びんを使用し、人工栄養をスムーズに受け入れた。
（心理）	本人は哺乳びんを嫌がったら、授乳をやめることをとてもつらいと感じるだろうと思っていたため、「拍子抜けした」と振り返っていた。

産後 94 日目：授乳外来

(児・授乳)	児の哺乳状況も良好であることを確認した。 移行日は軽く搾乳をしながら過ごしたと話す。乳房緊満がみられ、助産師の乳房ケアにより軽減した。
(心理)	本人は「外来があると思って痛みを耐えた」「データ（短期母乳栄養の根拠）を拠り所に頑張った」と語っていた。

産後 101 日目：授乳外来

(児・授乳)	本人のみ受診した。 助産師とともに乳汁分泌が順調に低下をしていることを確認し、計画通り次回 2 週間後のケアの予約を行なった。 児は哺乳のトラブルはなく、元気に過ごしているとのことだった。

産後 115 日目：授乳外来

(児・授乳)	乳汁分泌は順調に低下しており、本人は「乳腺炎にならなくてよかった」と話していた。 児の状態も安定していた。

産後 137 日目：授乳外来－リフレクション

(児・授乳)	乳汁分泌がほぼ停止していることを確認した。児も元気に過ごしていることを確認した。
(心理)	本人は、「胎盤を通してうつっているかもしれないし、あとは運を天に任せるしかない」と感染への不安を話す一方で、「3 か月だけでも母乳をあげられて満足」と語り、充実した様子であった。

事例 1 のマトリックス

事例 2　診療所と訪問助産師が連携支援して短期全母乳栄養を達成した経産婦の事例

1. 支援機関

妊娠期～分娩・褥婦：診療所

退院後：訪問助産師

2. 基本情報

B 氏は 30 代、経産婦（今回第 3 子）。核家族。

キャリアであることは夫（30 代）、実母、義母、実姉へ伝えている。

3. 共有意思決定・栄養方法選択

短期全母乳（途中から搾母乳の哺乳びん授乳導入）

上子 2 人とも短期全母乳選択し、完全人工栄養へ順調に移行できた経験から、今回も短期全母乳を選択。

4. 継続支援体制

母親は退院後に訪問助産師からの支援を希望

■ 診療所から訪問助産師への連携

妊娠 24 週時：診療所からの連絡を受けて、妊婦健診の機会を用いて、訪問助産師が継続支援への本人の意思を確認するために B 氏と面談を行った。

分娩後入院中（産褥 4 日頃）：

B 氏の出産に関する情報、分娩前後の栄養法の選択に変化がないこと、入院中に直接授乳が順調であること。訪問助産師は B 氏と相談し、第 1 回訪問日を調整した。

5. 経過紹介（下線部が支援者の支援内容）

退院後～産後 1 か月

産後 18 日目（訪問助産師による訪問 1 回目）	
（児・授乳）	B 氏は直接授乳（8 ～ 10 回／日）で、児の体重増加は良好であった。この日は計画通り初めて搾母乳の哺乳びん授乳を行い、助産師は児が哺乳びんで適切に哺乳できていることを確認した。
（乳房）	乳頭痛がみられ、助産師は授乳姿勢や深い吸着の工夫と、搾乳による刺激によって乳汁分泌過多にならないよう、どの程度の搾乳をすれば良いのか助言をした。
（心理）	B 氏は短期母乳栄養について「3 か月でやめると思うと寂しいが、今はよく飲んでくれるので深く考えないようにしている」と話した。

産後 32 日目（診療所で 1 か月健診）

（児・授乳）	母児共に順調な経過で特に問題はなかった。

産後 2 か月～ 3 か月

産後 44 日目（訪問助産師による訪問 2 回目）– 移行計画の再確認

産後 38 日目　事後確認－（保健センターで授乳相談）

（乳房）	右乳房の硬結が出現し、母親自ら保健センターの授乳相談に訪問し、乳房ケアを受けた。
（児・授乳）	授乳は直接授乳 10 ～ 12 回 / 日で、児の体重増加も良好であった。児を家族に預けるときなど哺乳びんを時々使用し、児は人工乳首で哺乳できていた。 助産師は、移行に向けて哺乳びん授乳の回数を徐々に増やすことを提案し、B 氏は 1 日 1 回程度ならできると話した。 助産師は B 氏と一緒に移行計画を再確認し、産後 70 日頃に次回訪問を予定した。
（心理）	3 児の育児と家事で毎日忙しいが、「おいしそうにおっぱいを飲む姿が愛おしい」と語り、直接授乳の時間を心地よく感じていた。

産後 65 日目（訪問助産師による訪問日の確認）

（児・授乳）	哺乳びん授乳も順調であり、乳房トラブルがないことを確認し、予定通りの訪問とすることを B 氏と確認。

産後 80 日目（訪問助産師による電話訪問）－移行日の確定

（児・授乳）	家族の支援が得られる日を人工栄養移行日に決めたこと、児の哺乳びん授乳ができていることを確認した。
（乳房）	産後 75 日目に乳腺炎を発症したが近医で乳房ケアを受け改善した。

産後 84 日目（訪問助産師による訪問 3 回目）

（児・授乳） （乳房）	哺乳びん使用がしばらく途切れており、「実母など児を時々預けるとき上手に哺乳びんで飲んでいたので大丈夫だと思っていた。母乳終了日が近くなって哺乳びんで飲まないので焦ってきた」「実母が手伝いにきて一緒に哺乳びんで授乳してもうまくできず、（児と）一緒に泣いてしまった」と助産師に訴えた。 助産師は、スリング使用など具体的な方法を助言し、夫が授乳を担うことの有効性も説明した。

産後 88 日目（訪問助産師による電話、メール対応）

（児・授乳）	電話とメールで「哺乳びんを嫌がり大泣きで切ないです。かわいそうなことをしてしまった。入浴後ならなんとか飲んでくれるけど、あとは泣いて押し切られます」との訴えがあった。 助産師の罪責感を傾聴し、明日の移行日は訪問でのサポートができることを伝える。

産後 89 日目（訪問助産師による電話対応、訪問 4 回目）- 移行日

（児・授乳）	夜間に電話があり「ミルクを 30 分格闘するけど飲んでくれない」とのこと。 助産師は訪問、人工乳首やミルク温度を調整し、抱っこやスリングを用いた授乳を行った結果、児は 30 分ほど啼泣し続け人工乳首を嫌がっていたが、次第にウトウトしたタイミングで 100ml を哺乳できた。続けて 2 回目の授乳を B 氏と共に行い、短時間で哺乳できた。母子に寄り添いながら声かけを行うことや関わりの大切さを伝えた。
（心理）	「もし陽性になっていたら自分のせいだと責めてしまいそう」「本当に甘く考えていて、哺乳びんで飲ませたほうがいいって言われていたのに…」

産後 3 か月（完全人工栄養移行日以降）

産後 90 日目（B 氏よりメール連絡）

（児・授乳）	夫と協力して哺乳がうまくいったとメールで報告があった。
（乳房）	乳房痛があるとメール相談があり、助産師は冷罨法やフラワーホールド法による軽く排乳するなどの助言をした。

産後 91 日目（訪問助産師による訪問 5 回目）

（乳房）	産後 90 日目はメール対応だったので、助産師は訪問して B 氏の乳房の発赤や痛みの増強がないことを確認した。

産後 92 日目（訪問助産師による訪問 6 回目）

（児・授乳）	児の哺乳びんによる授乳状況や活気、体重増加、睡眠状況など問題がないことを確認した。 助産師より搾乳手技や児がぐずる際のおしゃぶりの活用を助言した。
（乳房）	乳房の発赤や痛みの増強がないことを確認。

産後 96 日目（訪問助産師による訪問 7 回目）－リフレクション

（児・授乳）	児の哺乳びん授乳も上手にできていることを確認した。
（乳房）	B 氏の乳房緊満は軽減していることを確認した。
（心理）	「さみしいが、母乳をあげられてよかった。かわいさ倍増」と、母乳終了に伴う寂しさと達成感を語った。助産師は家族の協力を得ながら完全人工栄養へ移行できたことを確認した。 助産師は B 氏に今後の連絡方法を相談した。

事例 2 のマトリックス

事例 3　診療所と訪問助産師が連携支援して短期混合栄養を達成した経産婦の事例

1. 支援機関

妊娠期～分娩・褥婦：診療所

退院後：訪問助産師

2. 基本情報

C 氏は 40 代、経産婦（今回第 2 子）。核家族。

キャリアであることを夫（50 代）・実父母・義父母へ伝えている。

3. 共有意思決定・栄養方法選択

短期混合母乳栄養（産褥早期から混合栄養）

第 1 子の時は短期母乳栄養を選択し 90 日未満で人工栄養へ移行できた。母乳分泌が少なく、人工栄養が増えていったので人工栄養移行時も困難感はあまりなかった。

今回も、「母乳に対して量や回数にはこだわりはないが、おっぱいをあげられる期間はおっぱいをあげたい」という思いから、家族には相談せず、はじめから混合栄養でいくことを C 氏自身で選択。

4. 継続支援体制

退院後は地域の訪問助産師による支援を希望

■ 診療所から訪問助産師への連携

妊娠期間中：C 氏が出産したら、診療所から地域の助産院に連絡予定とすること。

分娩入院中（産褥 4 日頃）：

C 氏が出産したこと。乳房トラブルもなく、入院中から人工栄養を開始、退院時も混合栄養であること。訪問助産師は、C 氏と相談し退院後の第 1 回訪問日を調整した。

5. 経過紹介（下線部が支援者の支援内容）

退院後～産後 1 か月

産後 13 日目（訪問助産師による訪問 1 回目）－移行計画の再確認	
（児・授乳）	毎回母乳を飲ませた後に人工栄養を追加していた（母乳 6 ～ 7 回 / 日、人工栄養 6 回 / 日（40 ～ 50ml ／回））。児は直接授乳と哺乳びんびんのいずれの方法も良好に哺乳できていた。児の体重増加や健康状態も良好であった。
（心理）	C 氏は児が「母乳をよく飲んでくれて満足」していたが、第 1 子の人工栄養移行時の母乳による授乳を終了する寂しさなどを思い出すだけで涙が出そうと話した。 助産師は上子の授乳時の辛い体験に耳を傾けた。
（移行計画再確認）	C 氏と一緒に移行計画を再確認した。89 日まで混合栄養を続けたいという C 氏の意思を再確認し、母子にとって満足のいく 3 か月間になるよう支援することを伝えた。

産後 45 日目（訪問助産師による訪問 2 回目）－移行計画の再確認

（児・授乳）	混合栄養を継続し、授乳回数は 1 日 5 回、直接授乳後に人工栄養（120ml/ 回）を追加していた。助産師は、直接授乳および児が哺乳びん授乳を上手に行えていることを確認した。 C 氏のできるだけ移行日まで母乳を与えたいという思いを踏まえ、産後 70 ～ 80 日頃を目安に直接授乳回数を 3 ～ 4 回 / 日に減らし、人工栄養を 5 ～ 6 回 / 日に増やしていく方針を C 氏と共有した。
（乳房）	乳汁分泌状況が良好で、乳房トラブルがないことを確認した。 今後の直接授乳回数の減少に伴う乳房緊満への対応として、C 氏自身で対応できるよう知識と搾乳方法や冷湿布などのセルフケアについて確認をした。 C 氏は「前回はお風呂場で時々絞ったら大丈夫だったので今回も大丈夫だと思う」と話した。
（心理）	C 氏が「おっぱいを上手に飲んでくれて嬉しい」と授乳に満足していた。 C 氏は母乳について「欲を言えばあと半年くらい飲ませたい。3 か月って短いな。」と話した。助産師は、C 氏が母乳を継続したい思いを抱きながらも、移行日に向けた準備もできていると判断し、次回訪問は移行日 3 日前に行うこととした。

産後 86 日目（訪問助産師による訪問 3 回目）

（児・授乳）	移行計画どおり、産後 80 日頃より直接授乳の回数を減らしていた（母乳 3 ～ 4 回 / 日、人工栄養 5 回 / 日（160ml/ 回）。
（乳房）	助産師は、乳房を触診および授乳の観察から、乳汁分泌は減少してきており、乳房トラブルもないことを確認した。 移行日（産後 90 日）以降の乳房のセルフケアとして、第 1 子の移行時と同様に、乳房緊満時には自己搾乳を行うことにした。
（心理）	C 氏は「途中からミルク主体だが、おっぱいを好きでよく吸ってくれるので嬉しい」「3 か月まで母乳を飲ませて終わりにしたい」「もっと母乳をあげられたらなと思うけど、ごめんね。」と語った。 助産師は、C 氏と児の様子から完全人工栄養移行に向けた準備ができており、移行を困難にする要因はないと判断し、移行日は電話による移行状況の確認をすることにした。

移行日当日：産後 90 日目（訪問助産師による電話訪問）

（児・授乳）	C 氏が朝から母乳を中止し、人工栄養のみで授乳していること、また児がびん哺乳も問題なくできていることを確認した。
（乳房）	これまで乳房トラブルなく経過していることも踏まえ、移行日 11 日後の産後 100 日頃に電話による授乳状況や乳汁産生状況、乳房の緊満、乳汁うっ滞、硬結の有無などの確認とセルフケア状況の確認をすることを C 氏と共に決めた。 助産師は、今後、乳房トラブルや児の反応、C 氏自身のことで困ったことがあれば、いつでも連絡するよう伝えた。
（心理）	C 氏の声は穏やかであり、落ち着いてこの日を迎えていた。

完全人工栄養移行日以降

産後 100 日目（訪問助産師による訪問 4 回目）－リフレクション

助産師は、移行日以降の C 氏および児の状況を確認するため、電話訪問を行った。

（児・授乳）	C 氏は 90 日目に完全人工栄養へ移行し、人工栄養 140ml/ 1 回× 7 ～ 8 回 / 日で授乳していた。児は哺乳びん哺乳も上手にできており、体重増加など健康状態は良好だった。
（乳房）	C 氏は、移行日当日の夕方頃に強い乳房緊満があったため自己搾乳を行い、3 日程度で緊満は軽減していた。乳房緊満以外には乳房トラブルは認められず経過は良好であった。 C 氏は、移行日以降について「おっぱいを吸わせられないため、おっぱいを吸わせなくても児が入眠できるか心配だった」と話したが、実際には入眠に問題はなかった。
（心理）	母乳をあげられるだけあげられた満足感を語り、そして「子どもに絶対感染させたらダメと思って、自分が母乳をあげたい気持ちよりも、子どものためを優先して短期母乳の期間で母乳を終えました」と話した。 助産師は C 氏の思いを傾聴し、これまでの経過を C 氏とともに振り返り、短期母乳栄養を母児・家族とともに完遂できた達成感、安心感を共有した。 今後の連絡方法についても確認した。

事例 3 のマトリックス

事例 4　上子の長期母乳を経て、移行日直前まで長期母乳栄養と葛藤しながら、宿泊型産後ケア利用により短期母乳栄養を達成した経産婦の事例

1. 支援機関

助産所と宿泊型産後ケア施設は同一施設であり、所属する助産師も兼務している。

妊娠期～分娩・褥婦：
助産所（第 2 子の時に知った助産所）の担当助産師、第 2 子の時に支援してもらった地域の助産師（D 氏が個人的に相談）

退院後：助産所の担当助産師、新生児訪問担当の訪問助産師、第 2 子の時に支援してもらった地域の助産師（D 氏が個人的に相談）

宿泊型産後ケア施設入所中（助産所と同じ建物、助産師）：
助産所の担当助産師

宿泊型産後ケア施設退所後：
助産所の担当助産師、第 2 子の時に支援してもらった地域の助産師（D 氏が個人的に相談）

2. 基本情報

D 氏（30 代）、経産婦（今回第 3 子）。核家族。

キャリアであることを、夫、両親、義父母に伝えている。D 氏の実母は HTLV-1 陽性、姉は陰性。

3. 共有意思決定・栄養方法選択

短期全母乳栄養

短期母乳栄養を選択した経験者と話す機会を得て母子感染予防のため短期母乳栄養で進めていこうと思ったが、移行日直前まで、止められるか、止めたくないなど揺れる気持ちは変わらなかった。

4. 継続支援体制

退院後は地域の訪問助産師による支援を希望

■ 助産所から新生児訪問の訪問助産師への連携

- 分娩入院中（産褥 5 日目）：心理状態として気持ちは揺れていること、3 か月での人工栄養切り替えまで納得のいく母乳育児ができるよう支援していること。分泌増加の支援を依頼。

■ 宿泊型産後ケア施設から地域の助産師（D 氏が個人的に相談）への連携

- 宿泊型産後ケア施設での移行状況として、D 氏の心理状況、児の授乳状況、乳汁分泌状況など。

5. 経過紹介（下線部が支援者の支援内容）

【第 1 ～ 2 子の栄養方法の背景】

第 1 子：長期母乳栄養（1 歳 10 か月まで母乳栄養）

201X 年に第 1 子の妊娠時、HTLV-1 陽性と判明したときに初めて HTLV-1 について知った。専

門医から資料を用いて説明を受け、夫婦で情報収集を行ったが、感染率に関する数値は理解が難しく、何が正解かわからない状況であった。人工栄養でも 5%程度は感染するのであれば、「子どもにとって最もいい」「自分の身体で作った母乳をあげたい」と思い、長期母乳栄養を選択した。

出産後は、母乳分泌が少なく混合栄養となったが、産後約 1 ヵ月頃に全母乳となった。退院後は医療職の支援なく、相談する人もなく孤独だった。母乳は 1 歳 10 か月までと決めて完全人工栄養へ移行した。その理由は、2 歳まで母乳を飲んだ自分だけ陽性で 2 歳を超えなかった姉は陰性だったからである。D 氏自身も「根拠はないと」理解していたが、身近な事実として意思決定に大きく影響していた。

第 2 子：長期母乳栄養（1 歳 10 か月まで母乳栄養）

妊婦健診時に医師・助産師から『HTLV-1 母子感染予防対策マニュアル』に基づく説明を受け、当初は短期母乳栄養を選択した。妊娠中に第 1 子が陰性と判明し、同様の期間児に母乳をあげても大丈夫ではないかと考えるようになった。一方で感染への不安もあり、生後 3 か月頃までは気持ちが揺れていた。「心のどこかで止めた方がいい」「いっそ母乳がでなければいい」と思うが、「ミルクは母乳には勝てない」という強い信念を持っていた。

母乳分泌は第 1 子と同様に産後約 1 か月で全母乳となった。D 氏は「母乳授乳時の幸福感、母乳を飲む児のかわいさ」「止めれば子どもがかわいそう」と感じていた。訪問助産師にキャリアママの話を聞きたいと伝え情報提供を受けたものの、「長期母乳はいけないこと」の意識があり、参加には至らなかった。

産後 89 日を前に長期母乳栄養へ変更する意思を固め、その後も訪問助産師が意思確認を行ったが変更はなく、1 歳 10 か月で完全人工栄養へ移行した。

第 3 子の経過

妊娠 21 週　助産院での初診　栄養法・短期母乳栄養の説明	
（移行計画・意思決定支援）	短期母乳栄養を考えているが、直母すると決心が揺らぎそう。完全人工栄養か搾母乳の哺乳びん授乳も考えている。傾聴し、葛藤への共感。 助産師より短期であっても母乳を早くからしっかり飲ませることで母乳栄養を充実させることができると提案。

妊娠 24 週　助産院での妊婦健診	
（移行計画・意思決定支援）	第 1・2 子の授乳を助産師と振り返り、「これまで（第 1・2 子）は産む前に授乳のことを決めず、産んでからのなりゆきで決めていた。今回はどんな選択にしろ、納得してやりたい」 「HTLV-1 キャリアママの会にも行ってみる気になった」

妊娠 30 週　助産院での妊婦健診	
（移行計画・意思決定支援）	「今回は、短期母乳にしようかな（気持ち 6 割くらい）」「2 番目の子が抗体（+）だったらどうしようという不安を常に抱えているから」「なんで 1 人目が抗体（−）だったから 2 人目も長期で飲ませてしまったのか、という後悔の気持ちもある」 助産師は、傾聴、共感し、継続していい方法を探っていこうと伝えた。

妊娠 32 週　助産院での妊婦健診

（移行計画・意思決定支援）	夫に「お産前後の段取りや授乳のことは話せていない」夫は「すきにしていいよ」と言ってくる。助産師は夫婦で気持ちを共有し、一緒に考えてもらうことを提案する。 「第 2 子が 3 歳の時に抗体検査陽性だったらどうしようと、一人で悩んだりドキドキしていた。夫にも自分の気持ちを伝えて一緒に考えてもらいます」

妊娠 36 週　助産院での妊婦健診

（移行計画・意思決定支援）	35 週の医療施設での健診で医師より「今回はおっぱいだめだからね」と言われた。「え～と思ったりしたが、今は 3 か月母乳（短期母乳）を考えている」

妊娠 37 週　助産院での妊婦健診　助産師のアレンジで短期母乳経験者と面談

（移行計画・意思決定支援）	短期母乳経験者 Y さんが来院され、D さんと HTLV-1、短期母乳栄養、抗体検査について楽しそうにおしゃべりされる。 Y さんの話 • 3 人目を助産院で産んで母乳分泌が良くて、もう少し母乳をあげたいと初めて思った • 子の記憶として直母している写真を撮っておく • 上の子たちがびん哺乳させてあげられることのメリット • 確率の問題だから、どれを選択しても 100%安全ではないが、できるだけ確率を低くしたいと思う • 良い面をいつも考えて、3 か月で母乳を止めた D さんは、Y さんと話せてとてもよかったと話される。

分娩期　正常出産（38 週）男児　生下時体重 3040 g

陣痛発来・破水で入院。家族全員で来院し、夫と上の子 2 人が立ち会う。四つん這い姿勢で出産。

（児・授乳）	早期母子接触実施、早期授乳はスムーズで断続的に吸い続ける
（乳房）	初乳分泌あり
（心理）	胎盤をみんなで見ながら「今回、すごく赤ちゃんを感じながらのお産だった。“生まれてきたい”感じがよく分かった。第 1 子がすごく立ち会いしたがっていたから、この時間帯に生まれてきてくれたこの子にすごく感謝」「とても安心してお産ができた」「自分で産んだという達成感がある」などいろいろ話される。助産師は傾聴、共感した。

助産所入院中　産後 0 日目

夕方から家族全員で来所

（児・授乳）	夕方以降頻回直母　夫は抱っこやおむつ交換実施
（移行計画・意思決定支援）	今回は 3 か月で人工栄養に移行するため、早い時期にしっかり母乳あげた実感と、児にとってもしっかりもらえた実感を持てるようにしよう、と目標を共有した。

産後 2 日目	
（児・授乳）	児の体重減少 6.9%　頻回直母　授乳スムーズ
（乳房）	乳房うっ滞なし　乳房温かく変化しているが射乳まだ

産後 3 日目　授乳計画について	
（児・授乳）	児の体重減少は前日より－ 20 g 頻回直母　ミルク 20ml を 1 回、30ml を 1 回、初めての哺乳びん授乳
（乳房）	乳房うっ滞なし　射乳あり
（移行計画・意思決定支援）	助産師と短期母乳について話し合った。短期母乳 100%の決心ではないが、短期母乳にする気持ちは大きくなっている様子（準備を進めている言動を見て）。 • 断乳のときの大変さや葛藤が大きくならないためにも、びん哺乳を 1 回／日程度していくことを提案。びん哺乳をミルクにするか、搾母にするかはもう少し一緒に考えてみる。 • 搾乳はいままでやったことがないので、搾乳の練習を予定した。

産産後 4 日目　授乳計画について補足	
（児・授乳）	母乳のみで児の排泄も増え、体重増加しており、黄疸も正常範囲。 搾乳の練習、希望で搾乳器での搾乳も練習した。 「1 日 1 回哺乳びんで授乳って決めると大変そう」

産後 5 日目　退院	
（児・授乳）	母乳のみで体重増加あり。 乳汁産生量増加のため、D さんの休息、上の子たちとの時間や世話と授乳の両立について助産師と一緒に考える。
（乳房）	乳汁分泌良好、乳頭乳房トラブルなし
（家族支援）	夫に妻の休息と乳汁産生量増加について説明し、夫婦での協力を伝える。
（連携支援）	地域の訪問助産師に早めに訪問依頼をする。
（移行計画・意思決定支援）	移行計画は 2 週間健診や 1 か月健診で、母子の状況に合わせ調整していく。

退院後～産後 1 か月

退院後、臍や黄疸のことで電話があり、その際に母乳育児が軌道に乗り、母子の状態が順調であることを確認

産後 18 日目　地域の助産師が新生児訪問	
（児・授乳）	母乳栄養のみで、児の体重は退院時より 52g ／日一増加。
（乳房）	乳房状態異常なし

産後 32 日目　産後 1 か月健診（助産所）

（児・授乳）	児は母乳のみで体重 68g ／日　増加。搾母の哺乳びん授乳 1 回 / 日。 吸いたい欲求が強く頻回直母になっている状況のため、おしゃぶりの使用を提案。 ママは睡眠不足気味だが疲労感は強くなく、イライラもあまりない。食事よく摂れている。 D さんと一緒に、紙に日付を書きながら、「D さん授乳 plan」を一緒に立てる。 32 日～ 60 日、61 ～ 90 日に分け具体的に直母、搾母のびん哺乳、ミルクのびん哺乳の進め方（回数・量）、乳房のセルフケア方法について説明し、一緒に立案する。 産後 89 日目の移行後の乳房セルフケアについて話す。 移行時の産後ケア利用について再度、説明し申請書類を渡す。 心配なこと、気持ちが揺らぐとき、何か話したいことがあるときには、継続して支援することを伝える。
（乳房）	乳房状態異常なし
（心理）	「上子断乳（1 歳 10 か月）時、いつまでもおっぱいに執着していて、それが大変だしきつかった。哺乳びんでも飲んでくれず、困った経験の記憶が大きい」と話される。

産後ケアで助産所入所　産後 89 ～ 92 日目　本人から産後ケアの電話予約があり入所

（児・授乳）	産後ケア入所前に母乳栄養は最後と決めて、授乳を終えて入所する。 児の体重増加、排便、排尿順調。 移行日が近づき、それまで哺乳びん授乳（1 回 / 日）していたが、母乳をあげたくて直母だけになっていた。児の哺乳びん授乳困難、母親の葛藤へのサポートのため、夜間は助産師が対応したが、児の哺乳びん授乳困難はなし。 児が哺乳びん授乳に順応できない時の対応をサポートする。児のぐずりは軽減し、D さんが哺乳びん授乳し母子で過ごす時間が増える。その後、児のぐずり泣きもママが対応。児がおっぱいを探すような仕草はあるが、ママは抱っこであやす。 母乳なしで寝かしつけることができ「自信になった」と話す。
（乳房）	強い乳汁うっ滞に対して冷罨法、軽く搾乳しながら乳汁産生抑制する。 乳腺炎症状はなく、産後ケア 4 日目には乳房緊満感はかなり緩和する。 自宅でのセルフケア方法を説明。
（連携支援）	地域の訪問助産師と連携（本人の判断で顔見知りの訪問助産師に連絡する）

産後ケアで助産所入所　産後 89 ～ 92 日目　本人から産後ケアの電話予約があり入所	
（心理）	**入所時** 「上の子たちと一緒にいるときは気が紛れていたけど、この子と二人になったら、気持ち揺れますね～。やっぱりおっぱいを止めたくない気持ちが出てくる」 「予約（産後ケア）の電話しているとき感情が揺れて涙出てきそうだった」 「予約したから（母乳を止める）覚悟きまった」という。ぐっすり眠れる環境、話したいことを話せるよう傾聴、共感、葛藤への支援をおこなう。 「地域の助産師は産後ケアを使わなくても自宅で卒乳できると言っていたが、２人目のときの訪問助産師は私の迷いや葛藤がわかるからか、産後ケア使った方がいいと背中を押してくれた」「哺乳びんも 1 日 1 回あげていたが、この数日は 1 回もあげなかった」 「助産院でお産できたこと、家族と一緒に過ごせたこと、幸せだと実感している。みんなに自慢している。助産院でお産できた流れは、きっと 3 か月で断乳する流れなのかなぁ～と考えている」「3 か月母乳がんばったから自信もっていいですよね！」 **移行日夜の訪室時** 「おっぱいが今日で最後だと思ったら寂しくて泣けてきて、産後ケアにくる前に、子どもたちの前で泣いてしまいました」助産師は母乳だけでなく愛情を伝える方法があること、抱きしめる、目を合わせるなどについて話す。D氏は笑顔で「おっぱい以外でも愛情を感じる方法はたくさんあるんですね」と話す。 **移行翌日朝** 「おっぱいを今回 3 か月でちゃんと止められることに今はほっとしています。やっと悩みから離れられる…みたいな」 「気持ち落ち着いてきた。思ったより大丈夫」 **退所時** 「自信を持てた」

産後ケア退所後

産後 110 日目　D さんから電話	
（児・授乳）	完全人工栄養での授乳。児の体重増加も良好。
（乳房）	乳房トラブルなし。
（心理）	短期母乳で人工栄養に切り替えてよかったと思っていると明るい声で話される。

事例 4 のマトリックス

あとがき

本マニュアルでは、HTLV-1 キャリアと診断された妊産婦が、母子感染予防のための授乳法として 90 日以下の短期授乳を選択した場合に必要な支援をまとめている。

一口に短期授乳と言っても 90 日以内に完全に人工栄養にするようにと指導すれば済むものではなく、90 日以内に完全人工栄養に移行するためのスケジュールなども本マニュアルに示したように様々なバリエーションがあり、選択した移行パターンに応じて移行計画を立てるとともに、立案した計画に従って適切な時期に適切な対応を取ることが必要になる。そのためには出産前から様々に検討しておく必要があり、また出産後授乳を開始してからも、様々な予期せぬ状況、困難に直面する可能性もある。これらに妊産婦が 1 人で対応していくのは困難と思われ、時期ごとに適切な支援が継続的に受けられることが、短期授乳を選択する上で必須である。厚生労働科学研究班による HTLV-1 母子感染予防対策マニュアルでは、これらの支援体制が整備されていることを必須条件として短期授乳を選択肢にあげることができると記載している。

これらの支援において中心になるのはおもに助産師と考えられるが、地域によっては経験が乏しいと考えられ、各時期に必要な具体的な支援について、改めて本マニュアルを参考に支援体制を構築していっていただければ幸いである。また時期に応じて、看護職、医師、助産師、心理職など多職種が連携して対応にあたることも重要である。これらの支援は個別の助産師、医療施設のみの対応では限界があり、地域としての支援体制を俯瞰的にとらえ、伴走的に支援を提供できる行政的なサポート体制や制度などの構築が今後重要である。本マニュアルに記載された各種支援を体系的に行えるような行政システムの構築にも本マニュアルが資することを期待する。

令和 8 年 3 月

こども家庭科学研究事業　次世代育成基盤研究事業
HTLV-1 キャリア妊産婦の支援体制の構築に関する研究
研究代表者　昭和医科大学客員教授　東京大学名誉教授　内丸　薫

◎ 確認重点項目
確認項目

パス①-短期全母乳から完全人工栄養への移行

時期			妊娠期 初期	妊娠期 中期	妊娠期 後期	分娩第4期	産後 入院 分娩後1日	産後 入院 2日～5日	産後 入院 退院時	産後 退院後 30日	産後 退院後 60日	産後 退院後 89日	産後 退院後 90日	産後 退院後 移行後1週間	産後 退院後 100日
母親とのタッチポイント（意思決定・移行計画）			告知	栄養方法選択肢提示 意思決定・移行計画立案	栄養方法確認	早期母子接触 早期授乳 確認・実施	栄養方法・計画調整		栄養方法・計画調整	栄養方法・計画調整	栄養方法・計画調整	移行日・移行方法確認 重点支援期間（状況次第でタッチポイントを増やす）	移行日	移行後方針確認	リフレクション
乳汁分泌状況															
母乳						直母	直母	直母	直母	直母	直母・搾母乳哺乳びん授乳導入	直母と搾母乳哺乳びんを併用		なし	なし
人工栄養													人工栄養	完全人工栄養	
母親への直接的支援 児・授乳関連	支援・ケアポイント			・母乳育児への準備 （10のステップ 3）		・母乳育児への支援 （10のステップ4）	・母乳育児継続への支援 （10のステップ5-9）		・母乳育児継続への支援 （10のステップ10）	・全母乳育児への継続支援 （乳汁分泌促進）	・移行に向けた哺乳びん授乳 への支援	・人工栄養導入への支援 ・移行日に向けた支援 （緊急時の連絡先の説明を含む）		完全人工栄養継続支援	
	確認項目	直母状態							◎	◎	◎				
		びん哺乳状態									◎	◎	◎	◎	
		児の泣きへの対応							◎			◎	◎	◎	
		体重増加・排泄状態							◎	◎		◎	◎	◎	
母親への直接的支援 乳房関連	支援・ケアポイント			・母乳育児への準備 （10のステップ 3）			・乳汁分泌促進	・乳房トラブル防止		・乳房トラブル防止		・移行日以降の乳汁産生抑制の 予測的ガイダンス		乳汁産生抑制支援	
	確認項目	直母回数					◎	◎	◎	◎	◎	◎			
		乳汁分泌状態					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	
		乳房状態					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	
		セルフケア（分泌促進）					◎	◎	◎	◎	◎	◎			
		セルフケア（分泌抑制）											◎	◎	
母親への心理的支援 （不安・恐怖・葛藤・罪悪感・母乳への想い）	傾聴・共感 葛藤状況への共感		・児への感染、恐怖 ・児への罪悪感	・栄養方法選択 への葛藤と不安	・栄養方法選択 への葛藤と不安			・母乳不足への 不安・心配	・退院後の授乳 への不安	・母乳不足/充足状況による 不安/満足感	・移行できるかの不安 ・移行に向けての葛藤	・完全人工栄養ができるか不安 ・母乳継続できない罪悪感 ・母乳育児終了のさみしさ		・哺乳拒否への不安・焦り ・児の泣き等による葛藤 ・喪失感Vs満足感の複雑な感情	・児への感染、発達への不安
家族支援	夫婦・家族間調整支援		・夫、家族の理解の確認	・母乳育児への準備 （10のステップ 3） ・キャリア情報共有者 の把握 ・妊婦健診同行の声掛け （本人に同意・確認））					・退院後の家族支援 の確認	・泣きへの対応、抱っこの仕方	・哺乳びん授乳方法の説明 ・児のなだめ方、あやし方 ・直母以外のサポート方法の説明	・移行日前後の 授乳・育児への説明 ・葛藤や不安等の 母親の感情への共感		・葛藤や不安等の母親の感情の共感 ・授乳、育児へのサポート体制への協力	
支援者間の連携調整 （関係する支援者間引継ぎ）	連携内容 （経過を 正確に確実に連 携）	HTLV-1抗体検査結果の共有範囲				連携	連携			連携					連携
		意思決定状況・方針の共有													
		母親の心理的状況													
		連携先施設の情報													
		分娩時の状況													
		児の哺乳状態（直母）													
		授乳状態（乳汁分泌状態、直母頻度等）													
		乳房の状態とケア（トラブルとセルフケア状態等）													
		休日・夜間も含めた支援場所と体制													
		退院後の母親の生活・育児環境													
		家族およびその他の支援体制													
		緊急時（移行日等）の連絡先（施設・担当者）													
		児のフォローアップ場所													
想定される施設内外の 連携対象機関・職種	施設内：他職種間、他部署間		産婦人科、血液内科/脳神経内科等のHTLV-1専門診療科、医師・助産師・看護師			分娩室（担当助産師）、産褥棟（医師、助産師、看護師）				産婦人科・乳房外来（医師、助産師、看護師）				HTLV-1専門診療科等	
	施設外：他機関、地域支援機関		他機関（里帰り先医療機関など）、HTLV-1専門医療機関			里帰り医療機関				産後ケア施設、助産院（訪問助産師など） 里帰りから戻りフォローする医療機関、地域の助産院（訪問助産師）、保健センター等の保健師など				乳幼児健診担当小児科	

◎ 確認重点項目
確認項目

パス②-全母乳確立後から混合栄養を経て完全人工栄養

時期			妊娠期			産後									
							入院			退院後					
			初期	中期	後期	分娩第4期	分娩後1日	4日～5日	退院時	30日	60日	89日	90日	移行後1週間	100日
母親とのタッチポイント（移行計画・意思決定）			告知	栄養方法選択肢提示 意思決定・移行計画立案	栄養方法確認	早期母子接触 早期授乳 確認			栄養方法・計画調整	栄養方法・計画調整 人工栄養導入時期の相談	栄養方法・計画調整 人工栄養導入時期確定	移行日・移行方法確認	移行日	移行後方針確認	リフレクション
乳汁分泌状況											重点支援機関（直母と人工栄養との調整、段階的な乳汁産生抑制）				
											母　乳		人工栄養 乳汁抑制イメージ		
母乳						直母	直母	直母	直母	直母	搾母乳哺乳びん授乳導入	直母		なし	なし
人工栄養											人工栄養導入	人工栄養	人工栄養	完全人工栄養	
母親への直接的支援 児・授乳関連	支援・ケアポイント			・母乳育児への準備 （10のステップ３）		・母乳育児への支援 （10のステップ4）	・母乳育児継続への支援 （10のステップ5-9）		・母乳育児継続への支援 （10のステップ10）	・人工栄養導入に向けた支援 ・びん哺乳への支援	・乳汁産生抑制への支援 ・直母と人工栄養の回数調整	・移行日に向けた支援 （緊急時の連絡先の説明を含む）		完全人工栄養継続への支援	
	毎確認項目 （重点部分は◎）	直母状態				◎	◎	◎	◎	◎	◎				
		びん哺乳状態									◎	◎			
		児の泣きへの対応									◎		◎	◎	
		体重増加・排泄状態							◎	◎	◎	◎	◎	◎	
母親への直接的支援 乳房関連	支援・ケアポイント			・母乳育児への準備 （10のステップ３）			・乳汁分泌促進への支援	・乳房トラブル防止への支援		・乳汁増加に伴う トラブル防止への支援	・乳汁産生抑制のセルフケア ・トラブル防止への支援			乳汁産生抑制への支援	
	毎確認項目 （重点部分は◎）	直母回数							◎						
		乳汁分泌状態							◎		◎	◎	◎	◎	
		乳房状態							◎		◎	◎	◎	◎	
		セルフケア（分泌促進）					◎	◎	◎	◎					
		セルフケア（分泌抑制）									◎	◎	◎	◎	
母親への心理的支援 （不安・恐怖・葛藤・罪悪感・母乳への想い）	傾聴・共感 葛藤状況への共感		・児への感染、恐怖 ・児への罪悪感	・栄養方法選択への 葛藤と不安	・栄養方法選択への 葛藤と不安			・全母乳栄養への不安・心配	・退院後の授乳への不安	・母乳授乳の状況による （不安・満足感）	・移行できるか不安 ・移行に向けての葛藤	・完全人工栄養ができるか不安 ・母乳継続できない罪悪感 ・母乳育児終了のさみしさ		・哺乳拒否への不安・焦り ・児の泣き等による葛藤 ・喪失感Vs満足感の複雑な感情	・児への感染、発達への不安
家族支援	夫婦・家族間調整支援		・夫、家族の理解の確認	・母乳育児への準備 （10のステップ３） ・キャリア情報共有者 の把握 ・妊婦健診同行の声掛け （本人に同意・確認））					・退院後の家族支援の確認	・泣きへの対応、抱っこの仕方 ・直母以外のサポート方法の説明	・哺乳びん授乳方法 ・児のなだめ方、あやし方の説明	・移行日前後の 授乳・育児への説明 ・葛藤や不安等の 母親の感情への共感		・葛藤や不安等の母親の感情の共感 ・授乳、育児へのサポート体制への協力		
支援者間の連携調整 （関係する支援者間引継ぎ）	連携内容 （経過を 正確に確実に連携）	HTLV-1抗体検査結果の共有範囲													
		意思決定状況・方針の共有													
		母親の心理的状況													
		連携先施設の情報													
		分娩時の状況													
		児の哺乳状態（直母）													
		授乳状態（乳汁分泌状態、直母頻度等）													
		乳房の状態とケア（トラブルとセルフケア状態等）													
		休日・夜間も含めた支援場所と体制													
		退院後の母親の生活・育児環境													
		家族およびその他の支援体制													
		緊急時（移行日等）の連絡先（施設・担当者）													
		児のフォローアップ場所													
想定される施設内外の 連携対象機関・職種	施設内：他職種間、他部署間		産婦人科、血液内科/脳神経内科等のHTLV-1専門診療科、医師・助産師・看護師			分娩室（担当助産師）、産褥棟（医師、助産師、看護師）				産婦人科・乳房外来（医師、助産師、看護師）				HTLV-1専門診療科等	
	施設外：他機関、地域支援機関		他機関（里帰り先医療機関など）、HTLV-1専門医療機関			里帰り医療機関				産後ケア施設、助産院（訪問助産師など） 里帰りから戻りフォローする医療機関、地域の助産院（訪問助産師）、保健センター等の保健師など				乳幼児健診担当小児科	

◎ 確認重点項目
確認項目

パス③-産褥早期から混合栄養を経て完全人工栄養

時期			妊娠期 初期	妊娠期 中期	妊娠期 後期	分娩第4期	産後 入院 分娩後1日	産後 入院 2日～5日	産後 入院 退院時	産後 退院後 30日	産後 退院後 60日	産後 退院後 89日	産後 90日	産後 移行後1週間	産後 100日
母親とのタッチポイント（移行計画・意思決定）			告知	栄養方法選択肢提示 意思決定・移行計画立案	栄養方法確認	早期母子接触 早期授乳 確認		重点支援期間（直母と人工栄養の調整、段階的な乳汁分泌抑制）	栄養方法・計画調整 直母・人工の調整	栄養方法・計画調整 直母・人工の調整	栄養方法・計画調整 直母・人工の調整	移行日確認	移行日	移行後方針確認	リフレクション
乳汁分泌状況								母　乳						人工栄養	
母乳						直母	直母	直母	直母	直母	直母	直母		なし	なし
人工栄養								人工栄養導入	人工栄養	人工栄養	人工栄養	人工栄養	人工栄養	完全人工栄養	
母親への直接的支援 児・授乳関連	支援・ケアポイント			・母乳育児への準備（10のステップ 3）		・母乳育児への支援（10のステップ4）	・母乳育児継続への支援（10のステップ5-9）	・人工栄養導入支援	・母乳育児継続への支援（10のステップ10）	・直母と人工栄養の回数調整	・乳汁産生抑制への支援 ・直母と人工栄養の回数調整	・移行日に向けた支援 （緊急時の連絡先の説明を含む）		完全人工栄養継続への支援	
	毎確認項目（重点部分は◎）	直母状態				◎	◎	◎	◎						
		びん哺乳状態						◎	◎	◎					
		児の泣きへの対応											◎	◎	
		体重増加・排泄状態							◎	◎	◎	◎	◎	◎	
母親への直接的支援 乳房関連	支援・ケアポイント			・母乳育児への準備（10のステップ 3）			・乳汁分泌促進への支援	・乳房トラブル防止への支援		・乳汁増加に伴うトラブル防止への支援	・乳汁産生抑制のセルフケア ・トラブル防止への支援			乳汁産生抑制への支援	
	毎確認項目（重点部分は◎）	直母回数							◎						
		乳汁分泌状態							◎		◎	◎	◎	◎	
		乳房状態							◎		◎	◎	◎	◎	
		セルフケア（分泌促進）					◎	◎	◎	◎					
		セルフケア（分泌抑制）									◎	◎	◎	◎	
母親への心理的支援（不安・恐怖・葛藤・罪悪感・母乳への想い）	傾聴・共感 葛藤状況への共感		・児への感染、恐怖 ・児への罪悪感	・栄養方法選択への葛藤と不安	・栄養方法選択への葛藤と不安			・母乳不足への不安・心配	・退院後の授乳への不安		・移行できるかの不安 ・移行に向けての葛藤	・完全人工栄養ができるか不安 ・母乳継続できない罪悪感 ・母乳育児終了のさみしさ		・哺乳拒否への不安・焦り ・児の泣き等による葛藤 ・喪失感Vs満足感の複雑な感情	・児への感染、発達への不安
家族支援	夫婦・家族間調整支援		・夫、家族の理解の確認	・母乳育児への準備（10のステップ 3） ・キャリア情報共有者の把握 ・妊婦健診同行の声掛け（本人に同意・確認））					・退院後の家族支援確認 ・哺乳びん授乳方法 ・児のなだめ方、あやし方の説明	・泣きへの対応、抱っこの仕方	・直母以外のサポート方法の説明	・移行日前後の授乳・育児への説明 ・葛藤や不安等の母親の感情への共感		・葛藤や不安等の母親の感情の共感 ・授乳、育児へのサポート体制への協力	
支援者間の連携調整（関係する支援者間引継ぎ）	連携内容（経過を正確に確実に連携）	HTLV-1抗体検査結果の共有範囲			連携		連携			連携					連携
		意思決定状況・方針の共有													
		母親の心理的状況													
		連携先施設の情報													
		分娩時の状況													
		児の哺乳状態（直母）													
		授乳状態（乳汁分泌状態、直母頻度等）													
		乳房の状態とケア（トラブルとセルフケア状態等）													
		休日・夜間も含めた支援場所と体制													
		退院後の母親の生活・育児環境													
		家族およびその他の支援体制													
		緊急時（移行日等）の連絡先（施設・担当者）													
		児のフォローアップ場所													
想定される施設内外の連携対象機関・職種	施設内：他職種間、他部署間		産婦人科、血液内科/脳神経内科等のHTLV-1専門診療科、医師・助産師・看護師			分娩室（担当助産師）、産褥棟（医師、助産師、看護師）				産婦人科・乳房外来（医師、助産師、看護師）				HTLV-1専門診療科等	
	施設外：他機関、地域支援機関		他機関（里帰り先医療機関など）、HTLV-1専門医療機関			里帰り医療機関				産後ケア施設、助産院（訪問助産師など） 里帰りから戻りフォローする医療機関、地域の助産院（訪問助産師）、保健センター等の保健師など				乳幼児健診担当小児科	

◎ 確認重点項目
確認項目

パス④-早期母子接触・授乳から完全人工栄養

時期			妊娠期 初期	妊娠期 中期	妊娠期 後期	分娩第4期	産後 入院 分娩後1日	産後 入院 4日～5日	産後 入院 退院時	産後 退院後 30日	産後 退院後 60日	産後 退院後 89日	産後 退院後 90日	産後 退院後 移行後1週間 100日
母親とのタッチポイント（移行計画・意思決定）			告知	栄養方法選択肢提示 意思決定・移行計画立案	栄養方法確認	早期母子接触 早期授乳 確認	栄養方法・計画調整 移行確認	栄養方法・計画調整	リフレクション	リフレクション				リフレクション
乳汁分泌状況						母　乳	乳汁抑制イメージ			人工栄養				
母乳						直母	なし							
人工栄養							人工栄養	人工栄養	人工栄養	人工栄養	人工栄養	人工栄養	人工栄養	完全人工栄養
母親への直接的支援 児・授乳関連	支援・ケアポイント			・母乳育児への準備（10のステップ 3）		・母乳育児への支援（10のステップ4）	・母乳育児継続への支援（10のステップ5-9） ・人工栄養導入に向けた支援 ・乳汁産生抑制支援	・哺乳びん授乳への支援	・母乳育児継続への支援（10のステップ10）	・人工栄養の回数調整				
	毎確認項目（重点部分は◎）	直母状態				◎								
		びん哺乳状態					◎	◎	◎					
		児の泣きへの対応												
		体重増加・排泄状態							◎					
母親への直接的支援 乳房関連	支援・ケアポイント			・母乳育児への準備（10のステップ 3）			・乳汁分泌促進への支援	・乳房トラブル防止への支援	・乳汁産生抑制のための セルフケア					
	毎確認項目（重点部分は◎）	直母回数						◎	◎					
		乳汁分泌状態						◎	◎					
		乳房状態												
		セルフケア（分泌促進）												
		セルフケア（分泌抑制）					◎	◎	◎					
母親への心理的支援（不安・恐怖・葛藤・罪悪感・母乳への想い）	傾聴・共感 葛藤状況への共感		・児への感染、恐怖 ・児への罪悪感	・栄養方法選択への葛藤と不安	・栄養方法選択への葛藤と不安	・完全人工栄養ができるか不安 ・母乳継続できない罪悪感 ・母乳育児終了のさみしさ		・全人工栄養への不安・心配	・退院後の授乳への不安	・意思決定への後悔/納得 ・喪失感				・児への感染、発達への不安
家族支援	夫婦・家族間調整支援		・夫、家族の理解の確認	・母乳育児への準備（10のステップ 3） ・キャリア情報共有者の把握 ・妊婦健診同行の声掛け（本人に同意・確認））			・葛藤や不安等の母親の感情への共感	・哺乳びん授乳方法の説明 ・泣きへの対応、抱っこの仕方	・退院後の家族支援の確認					・葛藤や不安等の母親の感情の共感 ・授乳、育児へのサポート体制への協力
支援者間の連携調整（関係する支援者間引継ぎ）	連携内容（経過を正確に確実に連携）	HTLV-1抗体検査結果の共有範囲				連携	連携		連携					連携
		意思決定状況・方針の共有												
		母親の心理的状況												
		連携先施設の情報												
		分娩時の状況												
		授乳状態（乳汁分泌状態、直母頻度等）												
		乳房の状態とケア（トラブルとセルフケア状態等）												
		休日・夜間も含めた支援場所と体制												
		退院後の母親の生活・育児環境												
		家族およびその他の支援体制												
		児のフォローアップ場所												
想定される施設内外の連携対象機関・職種	施設内：他職種間、他部署間		産婦人科、血液内科/脳神経内科等のHTLV-1専門診療科、医師・助産師・看護師			分娩室（担当助産師）、産褥棟（医師、助産師、看護師）				産婦人科・乳房外来（医師、助産師、看護師）				HTLV-1専門診療科等
	施設外：他機関、地域支援機関		他機関（里帰り先医療機関など）、HTLV-1専門医療機関			里帰り医療機関				産後ケア施設、助産院（訪問助産師など） 里帰りから戻りフォローする医療機関、地域の助産院（訪問助産師）、保健センター等の保健師など				乳幼児健診担当小児科

事例 1

医療者とのタッチポイント　下線部：対面　その他：メール、電話

※本事例では医療機関内で妊娠期から移行後までの継続支援を行った。当該医療機関の体制として、A 氏担当助産師固定チーム（助産師チーム）が主に A 氏を担当

	妊娠期（週数）			分娩・褥婦入院（日）	産後 1 か月（日）			2 か月（日）		移行日（日）	移行後（日）			
医療者との タッチポイント	13W 告知	23W	健診時	0- 7	14	19	28	40	61	90	94	101	115	137
移行計画の意思確認		●	●	●	●	●	●	●	●					
支援内容	HTLV-1 に関する正確な情報提供 意思決定への見守り							ビン哺乳開始を指導			94 日：乳房ケアとして 排乳、全体的に軽くなる。			
母乳				ESSC-EF				びん授乳開始						
人工栄養														
児・授乳状況					児の体重増加良好			びん哺乳問題なし		びん哺乳への移行スムーズ				
乳房状態				分泌良好 搾乳確認	乳房トラブルなし			乳房トラブルなし		乳房痛みあり	94 日：乳房緊満 137 日：分泌ほぼ停止			
母親の心理状況	妊娠しなかったら感染しているか分からないようなもの 母乳育児がちゃんとできるか			安心した 母乳が出て嬉しい				自身で目標を再確認した		悲しい あっけない	達成感、充実感 感染の可能性は運を天にまかせる			
家族支援	夫同席　　説明機会の設定							移行日の協力体制調整		移行支援できる体制				
支援者間連携支援 施設内連携※	助産師チーム 医師・外来ユニット			助産師チーム 分娩産褥ユニット	助産師チーム 医師・外来ユニット 授乳外来			助産師チーム 授乳外来		助産師チーム 授乳外来	助産師チーム 授乳外来			

事例 2

医療者とのタッチポイント欄　下線部：対面　下線なし：メール、電話、細字：担当助産師以外　細字：事後確認した情報

	妊娠期（W）	分娩 褥棟	産後 1 か月（日）	2 か月（日）		3 か月（日）					移行日（日）	～移行後（日）			
医療者とのタッチポイント	24		18	38	44	65	75	80	84	88	89	90	91	92	96
移行計画の意思確認	●		●		●			●							
支援内容			授乳姿勢の工夫 直母方法の工夫 搾乳のアドバイス	ケア	哺乳びん授乳 回数を少し ずつ増やす アドバイス		ケア		スリングの利用 夫の授乳等 具体的アドバイス	人工乳首とミルクの温度調整方法を試し 一緒に授乳		90 日：冷罨法 フラワーホールド法を説明 92 日：搾乳手技や児がぐずる際のおしゃぶりの活用を助言			
母乳			8~10 回/日		10～12 回/日										
人工栄養															
児・授乳状況		直接授乳	びん哺乳良好		びん哺乳良好 体重増加良好				びん哺乳できず	びん哺乳できず	ミルク・ 人工乳首 嫌がり	90 日：抱っこ紐で哺乳 96 日：びん哺乳問題なし			
乳房状態		分泌良好	硬結、乳頭痛	硬結			乳腺炎					90 日：乳房痛 91 日：発赤 痛み悪化なし 96 日：乳房緊満は軽減 苦痛も緩和			
母親の心理状況			3 か月で止めると思うと寂しい		おいしそうにおっぱいを飲む姿が愛おしい				焦ってきた。 かわいそう :ことをしてしまった			さみしいけれど、母乳をあげられてよかった かわいさ倍増			
家族支援								協力体制調整			夫との 協力体制				
支援者間連携支援	診療所			他	訪問助産師		他	訪問助産師							

事例 3

医療者とのタッチポイント欄　下線部：対面　下線なし：メール、電話、細字：担当助産師以外

	妊娠期（W）	分娩褥棟	産後 1 か月（日）	2 か月（日）	3 か月（日）	移行日（日）	移行後（日）
医療者とのタッチポイント			13	45	86	90	100
移行計画の意思確認			●	●			
支援内容			傾聴	乳汁分泌・児の哺乳状況・母親の思いから、直接授乳回数を減らす時期については、産後 70〜80 日を目途として母親と合意 授乳回数の減少に伴う、乳房緊満の症状とその際のセルフケア方法の説明	移行後の乳房セルフケアについて説明		
母乳			6~7 回/日	10〜12 回/日	3〜4 回/日		
人工栄養			6 回/日　40-50ml/回	母乳後 120ml/回	5 回/日 160ml/回		7〜8 回/日　140ml/回
児・授乳状況		混合	直接授乳・びん哺乳良好 体重増加良好	直接授乳・びん哺乳問題良好 体重増加良好	問題なし	問題なし	びん哺乳問題良好
乳房状態					乳汁分泌は減少		移行日に乳房緊満あり、セルフケアにより 3 日程度で改善
母親の心理状況			母乳をよく飲んでくれて満足 終了する寂しさを思い出すだけで涙が出そう	おっぱいを上手に飲んでくれて嬉しい 欲を言えばあと半年くらい飲ませたい 3 か月って短いな	途中からミルク主体だが、おっぱいを好きでよく吸ってくれるので嬉しい 3 か月まで、とにかく（母乳を）飲ませて終わりにしたい もっと（母乳を）あげられたらなと思うけど、ごめんね	穏やか	子どもに絶対感染させたらダメだと思って、自分が母乳をあげたいっていう気持ちよりも、子どものためと思って短期母乳の期間で母乳は終えた
家族支援							
支援者間連携支援※	クリニック→訪問助産師			訪問助産師	訪問助産師		

事例 4

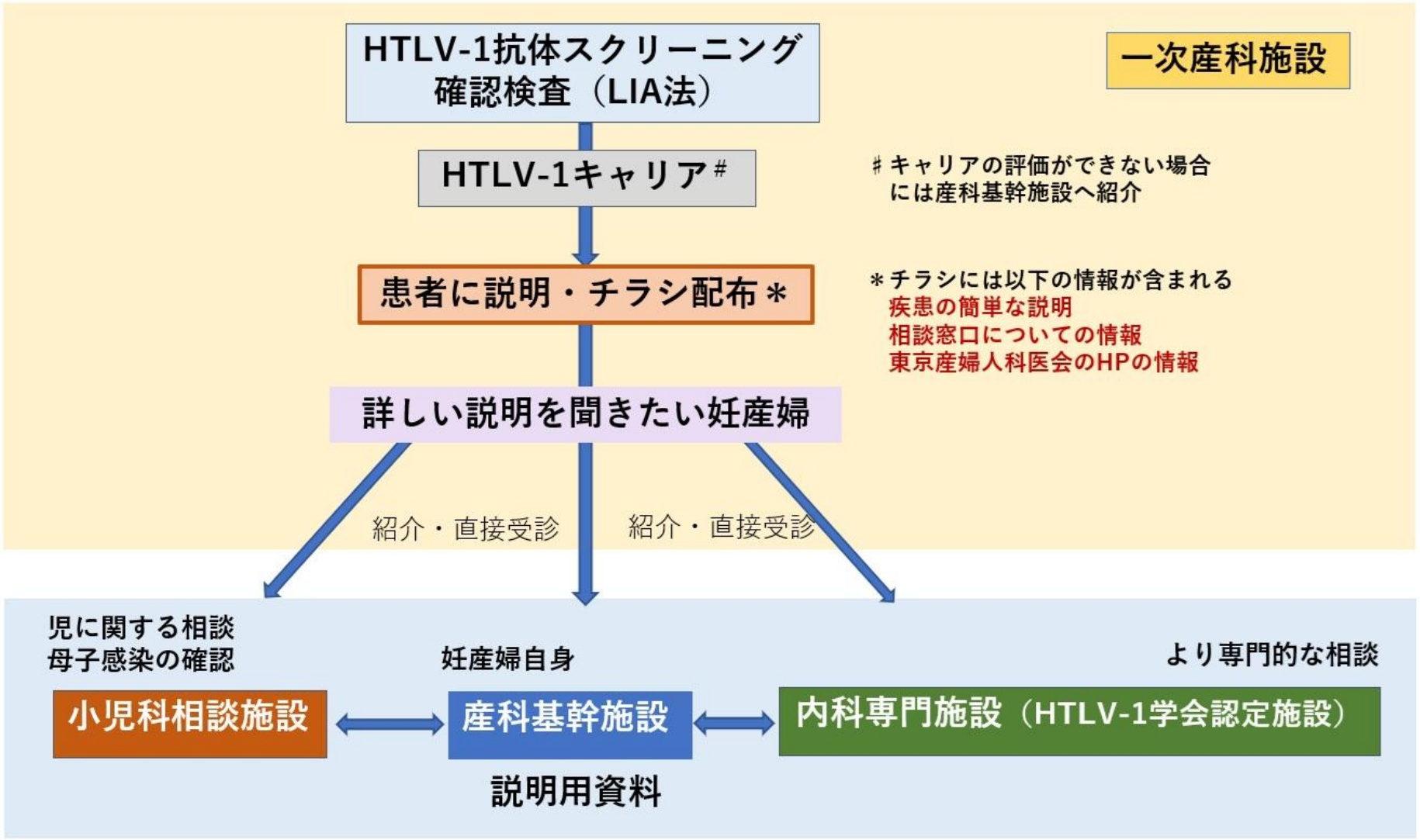
医療者とのタッチポイント欄　下線部：対面　下線なし：メール、電話、細字：担当助産師以外

	妊娠期（W）						分娩産褥（日）	産後移行日まで（日）		移行日～移行後（日）
医療者との タッチポイント	21	24	30	32	32	36	0-5	18 新生児 訪問	32 1 か月健診	89-92 宿泊型産後ケア施設
移行計画の意思確認	●	●	●	●	●	●	●		●	
支援内容	傾聴・葛藤への共感 短期でも母乳を早くからしっかり飲ませることで母乳栄養を充実させることができると提案			傾聴・共感 夫婦での気持ちの共有、一緒に考えてもらうことを提案 短期母乳経験者との面談のアレンジ			傾聴・共感 母乳育児が充実できるようサポート ビン哺乳を 1 回／日程度していくことを提案		傾聴・共感 授乳計画を一緒に立てる 乳房のセルフケア支援 産後ケア施設利用の紹介 継続支援を伝える	児の哺乳びん授乳困難時の対応 母親の葛藤への共感 乳汁うっ滞のケア、乳房のセルフケア方法の説明
母乳							ESSC-EF			
人工栄養										
母親の心理状況	短期母乳栄養を考えているが、直母すると決心が揺らぎそう。完全人工栄養か搾母乳の哺乳びん授乳も考えている 今回はどんな選択にしろ、納得してやりたい			短期母乳にしようかな（気持ち 6 割くらい） なんで 1 人目が抗体（−）だったから 2 人目も長期で飲ませてしまったのか、という後悔の気持ちもある お産前後の段取りや授乳のことは話せていない 経験者と話せてよかった			自分で産んだという達成感がある等、出産への満足感 短期母乳 100％の決心ではないが、短期母乳にする気持ちは大きくなっている様子		「上子断乳（1 歳 10 か月）時、いつまでもおっぱいに執着していて、それが大変だしきつかった 哺乳びんでも飲んでくれず、困った経験の記憶が大きい」 （宿泊型産後ケア施設入所時の情報） 移行日が近づき、それまで哺乳びん授乳（1 回/日）していたが、母乳をあげたくて直母だけになっていた	「やっぱりおっぱいを止めたくない気持ちが出てくる」 「おっぱいを今回 3 か月でちゃんと 止められることに今はほっとしています」 「おっぱい以外でも愛情を感じる方法はたくさんあるんですね」「気持ち落ち着いてきた」
家族支援				夫：授乳方法を一緒に考える						
支援者間連携支援 施設内連携	助産院の担当助産師 地域の助産師（D 氏が個人的に相談）						助産院の担当助産師	地域の 助産師	助産院の担当助産師 地域の助産師（D 氏が個人的に相談）	助産院の担当助産師

※本症例では、児・授乳、乳房状態については大きな課題なく経過したため、この事例の主たる支援ポイントである、母親の意向計画および心理的支援を中心としたマトリックスとした。

資料８

HTLV-1東京プログラムの概要



説明用資料

HTLV-1東京プログラム

産科医療機関

資料９

HTLV-1に関する最新の情報を確認する場合は、以下をご覧ください。

HTLV-1情報ポータルサイト
└ https://htlv1.jp

厚生労働科学研究班による HTLV-1 母子感染予防対策マニュアル （第2版）
└ 厚労省HP｜https://www.mhlw.go.jp/bunya/kodomo/boshi-hoken16/
└ マニュアルのPDF｜https://www.mhlw.go.jp/bunya/kodomo/boshi-hoken16/dl/06.pdf

● HTLV-1東京プログラム

HTLV-1キャリアと診断された妊婦さんとその主治医をサポートする目的で設置されたプログラムです。

このプログラムは、東京産婦人科医会、東京小児科医会と厚生労働科学研究費健やか次世代育成総合研究事業（研究代表者 内丸薫）によって企画され、運用されています。

HTLV-1キャリアの妊婦さんの理解をサポートする目的で、妊婦さんへ配布する資料※を作成しました。ダウンロードしてご活用ください。

※本資料は、最新情報を取得次第、修正する予定です。ダウンロードしてご自由に使用いただいて構いませんが、使用する毎にダウンロードしていただきますようお願いいたします。

ダウンロード

キャリアと診断された妊婦さん/褥婦さんへの説明や対応に苦慮する場合は、下記のHTLV-1東京プログラム基幹施設にご紹介ください。

※紹介される際は事前予約（次ページ参照）および診療情報提供書の作成をお願いします。

HTLV-1東京プログラム基幹施設

産科医療機関

● HTLV-1東京プログラム基幹施設の予約方法

紹介される際は、事前予約および診療情報提供書の作成をお願いします。

施設名	住所	対応可能日	医療機関からの予約方法（診療情報提供書の作成は必須です）
総合母子保健センター 愛育病院	港区芝浦1-16-10	金曜 9:00～12:00	地域医療連携室に電話(03-6453-7300　平日 8:30～16:50)して予約を入れてください。予約時にHTLV-1についてのカウンセリングである旨をお伝えください。
杏林大学医学部 付属病院	三鷹市新川6-20-2	月曜 14:00～16:00	病院代表番号(0422-47-5511)に電話し医療連携室経由で，もしくは医療連携室にFAX(0422-44-6897)を送信し，超音波外来に予約を入れてください(平日9:00～16:30，土曜9:00～12:00)。予約時にHTLV-1についてのカウンセリングである旨をお伝えください。
国立成育医療 研究センター	世田谷区大蔵1-10-2	金曜 13:00～14:00	医療連携室に電話(03-5494-5486　平日8:30～16:30)して予約調整をしてください。
昭和大学病院	品川区旗の台1-5-8	月曜 午後	医療連携室に電話(03-3784-8400　平日8:30～18:00，土曜8:30～17:00)もしくはFAX(03-3784-8822　24時間受信可)を送信し，予約を入れてください。予約時にHTLV-1に関する受診である旨をお伝えください。
帝京大学医学部 附属病院	板橋区加賀2-11-1	診療時間で 適宜対応	医療連携室に電話(03-3964-1498　平日8:30～17:00，土曜8:30～12:30)して予約を入れてください。 https://www.teikyo-hospital.jp/hospital/section/support/support01/support02.html
東京慈恵会医科大学 附属病院	港区西新橋3-19-18	金曜 13:30~15:30	医療連携室にFAX(03-5401-1879　平日9:00～18:30，土曜9:00～17:00)を送信し，金曜13:30～15:30のプレコンセプション外来に予約を入れてください(慈恵医大附属病院のHPを参照)。
東京女子医科大学病院	新宿区河田町8-1		地域連携室に電話(03-5269-7538　平日9:00～16:30，土曜9:00～12:30(第3除く))もしくはFAX(03-5269-7387　平日9:00～17:00，土曜9:00～12:00(第3を除く))を送信して予約を入れてください。
東京大学医学部 付属病院	文京区本郷7-3-1		予約センター（03-5800-8630　平日10:00～17:00 ）に電話して予約を入れてください。
東京都立大塚病院	豊島区南大塚2-8-1	適宜調整	地域連携担当に電話(03-3941-7468　平日9:00～17:00，土曜9:00～12:00)し，連携外来枠に予約を入れてください。
東京都立 多摩総合医療センター	府中市武蔵台2-8-29	木曜 14:00～16:00	医療連携室にFAX(042-323-9205［地域連携支援グループ］平日・土曜9:00～17:00)を送信して予約を入れてください。備考欄に「産婦人科 本多医師　HTLV-1外来希望」とご記載ください。
東京都立墨東病院	墨田区江東橋4-23-15		病院代表番号(03-3633-6151)もしくは予約センター(03-3633-5511　平日・土曜8:30～17:00)に電話し「産科の予約を取りたい。HTLV-1東京プログラムの患者です。」と伝えてください。予約調整担当者に転送されます。
東邦大学 医療センター大森病院	大田区大森西6-11-1	金曜 9:00～11:00	地域医療連携室「パートナー」経由で予約を入れてください（電話：03-3762-6616　平日8:30～17:00，土曜8:30～14:00，FAX：03-5763-6573　平日8:30～16:30，土曜8:30～13:30)。
日本医科大学 多摩永山病院	多摩市永山1-7-1	月～金曜 9:00～16:00	平日15:00～16:30，土曜14:00～15:30に病院代表(042-371-2111)に電話してください。『女性診療科・産科外来(内線2207)』で対応致します。電話でご希望をお伺いし，予約日時を折り返しご連絡します。 『予約センター』では予約できませんのでご注意下さい)。
日本赤十字社医療センター	渋谷区広尾4-1-22	月曜 13:00～15:00	医療連携室にFAX(03-3400-0193　24時間受信可，17:00以降の到着分は翌営業日に返信)を送信して予約を入れてください。
日本大学医学部 附属板橋病院	板橋区大谷口上町30-1	月・火・木 午前中	医療連携センターに電話(03-3972-8197　平日8:30～19:00，土曜8:30～12:00)して予約を入れてください。

HTLV-1関連ウェブサイト

産科医療機関

● HTLV-1に関する相談・HTLV-1キャリアの方の受診先

東京大学医科学研究所附属病院 血液腫瘍内科（日本 HTLV-1 学会認定施設）

本HTLV-1学会ではHTLV-1に関連した相談対応が可能な施設を認定しています。
上記施設を含め、認定施設のリストは学会ホームページ上に公開されています。

└ http://htlv.umin.jp/info/hospital_ichiran.html

● HTLV-1キャリアのためのウェブサイト

キャリねっと

└ https://htlv1carrier.org/

HTLV-1キャリアのみなさんのニーズを政策に反映していくため、厚生労働省の研究班が中心となって運営し、みなさんの情報を集約するために作られたウェブサイトです。他のHTLV-1キャリアの方の様子を知ることができたり、HTLV-1の専門医師からの情報提供のニュースを受信することができます。

HTLV-1に関する相談先（小児科）

産科医療機関

● HTLV-1キャリアのお母さんから出生したお子さんのフォローについて

キャリアのお母さんから出生したお子さんは、選択した栄養方法に関わらず、母子感染が起こる可能性があります。母子感染の有無を評価する場合は**3歳以降**に検査することが推奨されています。

一般的に、分娩施設とは異なる施設で乳幼児健診をうけるケースが多いので、**お子さんを担当する小児科医への正確かつ確実な情報共有に努めてください。**

小児科医へ伝達する情報の内容については「厚生労働科学研究班によるHTLV-1 母子感染予防対策マニュアル(第2版)」に掲載されている、「**小児科宛て診療情報提供書のモデル(マニュアル p.63)**」（**次ページ参照**）を参考にしてください。

● HTLV-1キャリアのお母さんから出生したお子さんのフォローが可能な小児科施設

以下は、東京小児科医会により指定された施設で、出生後のお子さんの経過観察や母子感染の確認検査ができます。紹介の際は診療情報提供書（次ページ参照）を作成してください。

足立区	ちばこどもクリニック — ⑧ 和田小児科医院 — ⑨ 千葉小児科内科医院 — ⑩ 曙町クリニック— ⑪
大田区	大川こども＆内科クリニック— ⑰ 神川小児科クリニック— ⑯
板橋区	萩原医院 — ⑥ すがやこどもクリニック — ⑦
葛飾区	的場医院 — ⑫
国分寺市	くろさわ子ども＆内科クリニック — ①
小平市	いとう小児科 — ②

渋谷区	かずえキッズクリニック — ⑱
台東区	柴田小児科医院 — ⑬
豊島区	アルパカ小児科耳鼻科クリニック — ⑲
練馬区	沼口整形外科・小児科 — ④ 内田こどもクリニック — ⑤ 牧田医院 — ⑳
文京区	細部小児科クリニック — ⑭
町田市	はやしクリニック — ㉑
三鷹市	あきやま子どもクリニック — ③
港区	クリニックばんびいに — ⑮

（紹介先医療機関の所在地及び名称）

殿

年　　月　　日

（紹介元医療機関の所在地及び名称）

診療科

医師氏名　　印

患者氏名	
患者住所	性別　男　・　女
電話番号	
生年月日　令和　　年　　月　　日（　　歳）	職業

傷病名　HTLV-１キャリア母親から出生した児（HTLV-1感染疑い）

紹介目的　児のフォローアップ（定期健診・3歳以降の抗体検査の相談等）

1　母の情報

母氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　年齢　（　　歳）

○既往症の有無　　：無・有（　　）

○妊娠中の異常の有無：無・有（　　）

○出産後の異常の有無：無・有（　　）

○これまでの分娩歴（本児の分は２以降に記載）

出生年月日	性別	HTLV-1検査	栄養法
年　月　日	男・女	陽性・陰性・未実施	人工栄養・短期母乳・その他
年　月　日	男・女	陽性・陰性・未実施	人工栄養・短期母乳・その他
年　月　日	男・女	陽性・陰性・未実施	人工栄養・短期母乳・その他

2　児の情報

○在胎週数（　　週　　日）　○出生時体重（　　g）　身長（　　cm）

○アプガースコア（1分　　点、5分　　点）

○新生児期の特記する事項　無・有（　　）

○スクリーニング検査実施　妊娠週数（　　週　　日）

陽性結果：　定性・定量（　　倍（PA））

○確認検査（LIA 法）実施　妊娠週数（　　週　　日）

結果（陽性・判定保留・陰性）・未実施（前回確認検査陽性・その他（　　））

○PCR 法結果（確認検査判定保留者のみ記載）（陽性・陰性）

3　説明状況

○キャリア妊婦であることを知っている家族の範囲

母親・夫（パートナー）・母方祖父母・父方祖父母・その他（　　）

○選択栄養法

人工栄養・短期母乳（90 日未満）・その他（　　）

4　退院時点での栄養方法

人工栄養・完全母乳栄養・混合栄養・その他（　　）

備　　考：短期母乳選択時授乳支援先等

HTLV-1 母子感染を防ぐために

資料10

HTLV-1 ウイルスについて

HTLV － 1 ウイルスは日本語ではヒト T 細胞白血病ウイルス－ 1 型と呼ばれ、成人 T 細胞白血病・リンパ腫などの病気の原因であることが分かっています。日本は先進国の中で HTLV － 1 感染者数が最も多く、100 万人近くいると考えられています。以前は西日本に多くみられましたが、人口の移動とともに大都市圏を中心に全国でみられる傾向にあります。

HTLV-1 ウイルスの感染経路

生きた感染細胞が大量に体内に移入された場合に感染する可能性があります。おもな感染経路は、①母乳を介する母子感染、②性行為による感染、③輸血や臓器移植を介した感染、④出生前の感染です。授乳，性交渉を除いた日常生活における感染の機会はありません。

HTLV-1 ウイルスによっておこる病気

HTLV-1 に感染しただけでは無症状で、ほとんどの人はそのまま無症状で一生を過ごします（無症候性キャリアと言います）。感染が原因の疾患 (HTLV-1 関連疾患) を発症する人は HTLV-1 に感染した人の約 5% で、残りの約 95% の人は特に HTLV-1 関連疾患を発症することなく一生を過ごします。

成人 T 細胞白血病・リンパ腫（ATL）

白血球のうちの一種であるリンパ球の中の T 細胞に HTLV － 1 ウイルスが感染してがん化することで発症する血液のがんです。リンパ節が腫れたり、皮膚の発疹などの症状の他、強い免疫不全となり、ATL を発症すると白血病の中でも予後が不良といわれています。無症候性キャリアでの生涯発症率は約５%であり、40 歳以前に発症することは稀で、60 歳代後半での発症が多いです。

HTLV-1 関連脊髄症（HAM）

30 ～ 50 歳代の発症（平均 40 歳）が多く、無症候性キャリアでの生涯発症率は 0.3%と推定されていて発症はきわめてまれです。下肢のつっぱり感や歩行時の足のもつれなどが最初の症状で、進行性に両下肢の痙性不全麻痺を起こし、日常生活が著しく制限される難病です。

HTLV-1 関連ぶどう膜炎（HU）

50 ～ 60 歳代の発症が多く、眼のぶどう膜に炎症が起こる病気です。霧視 (かすんで見える)、飛蚊症 (眼の前に虫やゴミが飛んでいるように見える)、視力の低下、眼の充血、眼痛，羞明感といった症状が両眼あるいは片眼に急に発生します。

HTLV-1（ヒト T 細胞白血病ウイルス 1 型）に関する情報

HTLV-1 についての情報は下記サイトで入手できます。

HTLV-1 情報ポータルサイト

https://htlv1.jp

キャリねっと

https://htlv1carrier.org/

厚生労働省

HTLV- 1 についての基本情報

http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekkaku-kansenshou29/

HTLV- 1 の母子感染予防に関する情報

http://www.mhlw.go.jp/bunya/kodomo/boshi-hoken16/index.html

HTLV-1 に関する専門的な相談窓口

ご自身の将来のことなどで不安や心配なことがある場合は、かかりつけの産婦人科や地域の保健センター（保健所）、地域の拠点病院の相談窓口などに相談して下さい。地域の保健センターでは専門医療機関を紹介しているところもあります。日本 HTLV-1 学会登録医療機関では、専門医が相談に対応する HTLV-1 キャリア外来を設置しています。HTLV-1 キャリアで ATL などの発症を防ぐ有効な方法はまだありませんが、ご希望があれば定期的に医師と相談しながら正しい知識を得て、経過をみていくなどにより不安の解消に役立つこともあります。

日本 HTLV-1 学会登録医療機関

http://htlv.umin.jp/info/hospital.html

妊娠中に HTLV-1 キャリアと診断されて、心配されている方が専門的な相談を希望される場合に対応可能な医療機関を整備しています。自身の健康、出産後の授乳方法など心配なことがありましたら、お近くの相談可能な医療機関を予約して受診してください。また、出生後の赤ちゃんの経過観察、母子感染の確認検査について相談可能な医療機関があります。お近くの相談可能な医療機関を予約して受診してください。

東京都内での母子感染についての相談窓口

東京産婦人科医会

https://www.taog.gr.jp/wp/wp-content/uploads/2023/06/ippan.pdf

赤ちゃんへの感染経路

子宮内での感染することと出生後に経母乳を介して感染することがありますが、圧倒的に母乳を介することが多いことがわかっています。

出生した赤ちゃんについて

HTLV-1 ウイルスに赤ちゃんが感染しても乳幼児期に特別な健康上の問題を生じることはありません。また、赤ちゃんの日常生活（栄養法を除く）の中では HTLV-1 の感染予防に特別な配慮は必要ないとされています。

母子感染予防

現時点では HTLV-1 感染予防のワクチンは存在しませんし、HTLV-1 の治療法（感染細胞からウイルスを除去するなど）や HTLV-1 関連疾患の発症を予防する方法も分かっていません。そのため HTLV-1 の「母子感染を予防すること」はとても重要です。

経母乳感染への対策

キャリアであるお母さんの母乳中には HTLV-1 ウイルスに感染したリンパ球が存在します。これが赤ちゃんの体内に入ることにより赤ちゃんが感染する可能性があります。母乳栄養の場合の母子感染率は約 20% と報告されています。現時点では、母乳はあげずに人工乳をあげる方法（完全人工乳栄養）が最も信頼できる経母乳感染の予防法とされています。もし母乳栄養を希望される場合は、短期母乳栄養や凍結母乳栄養という選択肢も考えられます。いずれの栄養方法にも表 1 に示すようなメリットとデメリットがあるため、分娩までに担当医や医療スタッフ、ご家族と話し合っておくことが大切です。

出生前の感染

3 ～ 6%の赤ちゃんでは、お母さんの子宮の中にいる間やお産の間に感染すると考えられていますが、その感染を予防する方法は残念ながらありません。

表 1．栄養方法別の長所と短所

栄養方法	完全人工栄養	短期母乳栄養	凍結解凍母乳栄養
考え方	母乳中のウイルス感染細胞を子どもに一切与えない	母乳中のウイルス感染細胞を子どもに与える期間を制限する	母乳中のウイルス感染細胞を破壊してから子どもに与える
長所	母乳を介した感染の予防法として最も確実	短期間であるが、母乳栄養の利点を活かすことができる 直接授乳することができる	ある程度母乳栄養の利点を活かすことができる
短所	初乳も含め、母乳を全く飲ませることができない 母乳分泌抑制のための治療が必要になる	赤ちゃんが嫌がったり、周囲の理解が得られないことで短期（90 日）で断乳することが困難になることがある（母乳の期間が長くなるほど感染の危険は高くなる） 断乳時に母乳分泌抑制のための治療が必要になることがある	搾乳、凍結、解凍などに手間がかかる 4 時間以上の凍結が必要なので、出生後 24 時間は人工栄養か糖水を与える 近年の cell alive system（CAS）の冷凍庫は予防効果が期待できない可能性がある まだ安全性の確証がない

栄養方法による母子感染率

2019 年度厚生労働科学研究（研究代表者：板橋家頭夫）では 2012 ～ 2015 年までに登録された HTLV-1 キャリア妊婦から出生した赤ちゃんの追跡調査を行い、その結果を公表しました。この調査での各栄養方法別の赤ちゃんへの感染率は表 2 の通りでした。また、この調査を含めて、今までに報告されている赤ちゃんへの感染率の調査結果を集計して解析した結果においても、3 か月以内の短期母乳栄養と完全人工栄養では赤ちゃんへの感染のリスクに明らかな差がないことが分かりました。一方で、授乳期間が 6 か月まで延びると完全人工栄養と比べて約 3 倍感染リスクが高いことも分かりました。このことからも、短期母乳栄養を選択する場合には、確実に 3 か月で母乳を中止できるようにあらかじめ準備しておくことが重要と考えられます。

表2．栄養方法別の母子感染率（2019 年度厚生労働科学研究：「HTLV-1 抗体陽性妊婦からの出生児のコホート研究」より）

栄養方法	人数	赤ちゃんへの感染数(率)＊
長期母乳栄養（90 日以上）	12 人	2 人（16.7%）
短期母乳栄養（90 日未満）	172 人	4 人（2.3%）
凍結解凍母乳栄養	19 人	1 人（5.3%）
完全人工栄養	110 人	7 人（6.4%）

赤ちゃんのフォローアップ予定

出生までに	栄養方法を決定しておきましょう
生後 1 か月	栄養方法が実施できていることの確認
生後 2 か月	栄養方法が実施できていることの確認（短期母乳を希望される場合、母乳中断準備の確認・相談）
生後 3 か月	栄養方法が実施できていることの確認（短期母乳を希望される場合、断乳の確認・相談）
生後 4 か月以降	通常の健診スケジュールで受診しましょう
3 歳	確実に母子感染の判定ができるのは 3 歳以降とされています。3 歳になった頃に医療機関を受診し、抗体検査について相談して検査を受けるかどうかを決めてください。

作成：令和 4 年度 厚生労働科学研究費補助金（成育疾患等次世代育成基盤事業）「HTLV-1 母子感染対策及び支援作成の課題の検討と対策に関する研究」

資料11

こども家庭科学研究費健やか次世代育成総合研究事業
「HTLV-1 キャリア妊産婦の支援体制の構築に関する研究」（研究代表者　内丸薫）

HTLV-1

キャリアと診断された妊婦さんへ

HTLV-1とは？

- HTLV-1とは, ヒトT細胞白血病ウイルス (**H**uman **T**-cell **L**eukemia **V**irus Type **1**) の略で, レトロウイルスの1種です.
- 一般にレトロウイルスの感染力は弱いとされています.

- 血液中の白血球の1つであるCD4陽性T細胞に感染し, 感染細胞のDNA中に組み込まれます.
- 感染細胞から感染性をもつウイルス粒子が産生されることはほぼなく, 血中に感染性を持つウイルス粒子そのものが存在することはありません.
- HTLV-1は感染したT細胞を介した細胞同士の接触により伝播されます. つまり, 大量の生きた感染細胞が体内に移入された場合に 感染する可能性があります.

HTLV-1に感染するとどうなるの？

- HTLV-1に感染しても**約95%**の人は特にHTLV-1感染が原因の疾患（HTLV-1関連疾患）を発症することなく一生を過ごします.
- ウイルスに感染していても発病していない人を「**（無症候性）キャリア**」といいます.

- HTLV-1関連疾患を発症する人は, HTLV-1に感染した人の約5%です.

HTLV-1関連疾患

- 成人T細胞白血病 ・リンパ腫(Adult T-cell Leukemia: ATL)
- HTLV-1関連脊髄症（HTLV-1 associated myelopathy: HAM）
- HTLV-1関連ぶどう膜炎（HTLV-1 associated uveitis: HU）

感染経路

- 大量の生きた感染細胞が体内に移入された場合, 感染する可能性があります.

主な感染経路

① 母乳を介する母子感染
② 性行為感染
③ 輸血や臓器移植を介した感染
④ 出生前の感染（経胎盤感染, 産道感染）

授乳, 性交渉を除いた
日常生活における感染の機会はありません

妊婦健診におけるHTLV-1抗体検査

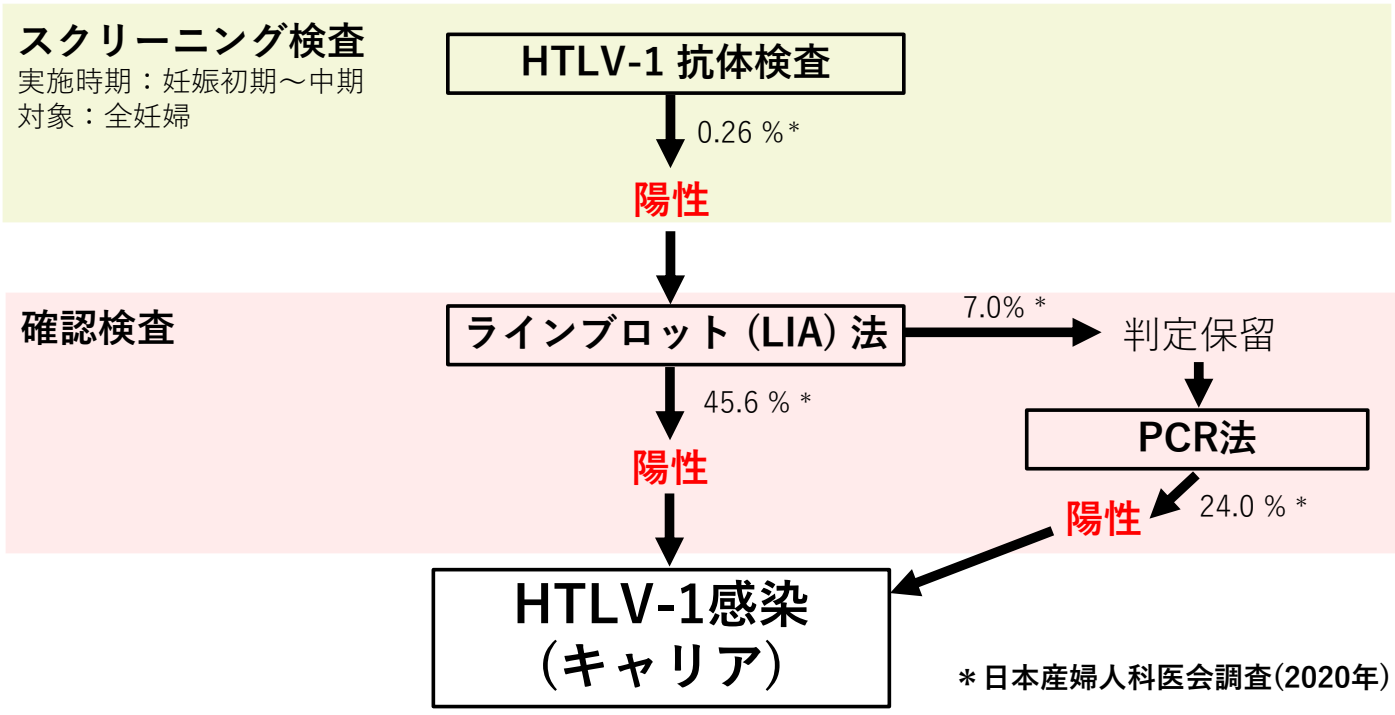
- 妊婦健診では妊娠初期～中期にHTLV-1抗体検査が行われます.

全ての妊婦さんが検査対象である理由

- 現時点では以下について確立していないため, HTLV-1の「**母子感染を予防すること**」はとても重要です.
  - HTLV-1感染予防のワクチン
  - HTLV-1の治療法 (感染細胞からウイルスを除去するなど)
  - HTLV-1関連疾患の発症予防法

- お母さんがHTLV-1キャリアの場合, 母乳を介してお子さんが感染する可能性があります.
- キャリアである妊婦さんには, 自身の状況をご理解いただくとともに, 授乳を開始するまでの間にお子さんの栄養方法について十分にご検討いただく必要があります.

妊婦健診におけるHTLV-1キャリアの診断



関連疾患①　成人T細胞白血病（ATL）

- HTLV-1に感染したT細胞が，長い年月をかけてがん化する病気です．
- 感染してからATLを発症するまでに40年以上の長い年月を要するので，40歳を超えるまではほとんど発症しません（発症年齢の中央値：67歳）．
- キャリアがATLを発症する割合：40歳以上のキャリアでおよそ1,000人に1人
  生涯発症率は，男性でおよそ15人に1人
  女性でおよそ50人に1人
- 症状：
  - ✓ 強い倦怠感，1週間以上持続する高熱
  - ✓ リンパ節が腫れる，肝臓や脾臓が腫大する
  - ✓ なかなか治らない皮膚の発疹（形態はさまざま）
  - ✓ 意識障害（おもに高カルシウム血症による）
  - ✓ 無症状の時期に，検診の血液検査異常により発見されることもあります
- 治療：抗がん剤による化学療法，骨髄移植など

関連疾患②　HTLV-1関連脊髄症（HAM）

- 主に脊髄でHTLV-1感染細胞に起因する慢性炎症が発生し，脊髄性神経障害を来す疾患です．
- 発症年齢：10歳代～60歳以上（中央値：40歳代後半）
- キャリアがHAMを発症する割合：生涯発症率0.25%程度
- 症状：
  - ✓ 下肢のツッパリ感・しびれ感，歩行時の足のもつれ，走ると転びやすい
  - ✓ 頻尿，残尿感，尿意があってもなかなか尿が出ない，などの排尿障害
  - ✓ 便秘などの直腸障害
- 病気の進行速度は個人差があり，約8割の患者さんで病気はゆっくり悪化します．
- 病状を回復させるのは非常に難しく，進行すると歩行に杖や車椅子が必要となり，重症例では寝たきりとなる場合があります．
- 治療：対症療法が中心で根本的な治療はありません．

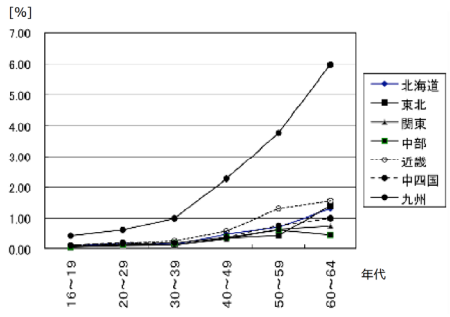
関連疾患③　HTLV-1関連ぶどう膜炎 (HU)

- HTLV-1感染が原因となって眼のぶどう膜に炎症が起こる病気です.
- 発症年齢：10歳代～60歳以上 (中央値：50歳代)
- 男女比： 1 ：2～3で女性に多い
- キャリアがHUを発症する割合：生涯発症率は不明
- 症状 (両眼あるいは片眼に急に発生)：
  - ✓ 霧視 (かすんで見える)
  - ✓ 飛蚊症 (眼の前に虫やゴミが飛んでいるように見える)
  - ✓ 視力の低下
  - ✓ 眼の充血
  - ✓ 眼痛, 羞明感

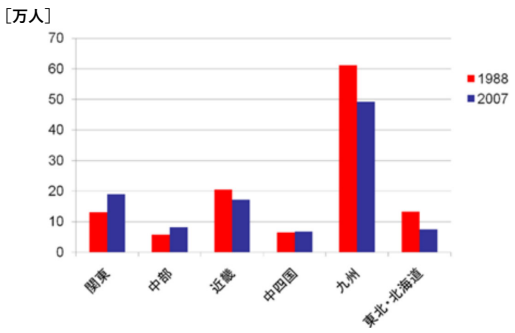
- 治療：ステロイド点眼、内服など
  一般に治療によって回復しますが繰り返す症例もあります.

疫学

- 日本全国のキャリア数：推定72-82万人 (2014-2015年の調査より)
- 日本全国の抗体陽性率：平均0.32% (男性 0.30%, 女性 0.34%)
- 妊婦の抗体陽性率：0.26％
- 地域別抗体陽性率：九州・沖縄地方で高い. 近年は関東地方で増加傾向にあり, 全国で2番目に多い.
- 近年は九州地方から全国, 特に首都圏へと人口の移動によりキャリアは拡散していると考えられています.



【地域別・年代別抗体陽性率】



【地域別キャリア数の推移】

キャリアと診断された妊婦さんにお伝えしたいこと

1. 母子感染予防　～栄養方法の選択～
2. 出生したお子さんのフォローアップ
3. 日常生活に関して
4. ご自身のフォローアップ
5. HTLV-1専門外来/情報提供元

母乳育児の利点

児にとっての利点

- ✓乳児に最適な栄養成分
- ✓代謝負荷が少ない
- ✓免疫機能を向上させる
- ✓顔全体の筋肉やあごを発達させる
- ✓いつも新鮮で適温
- ✓消化管の発達を促す
- ✓児の突然死が少ない

母体にとっての利点

- ✓子宮収縮ホルモン(オキシトシン)を分泌させる
- ✓乳汁分泌作用のあるホルモン(プロラクチン)を分泌させる
- ✓母体の体調を整える
- ✓妊娠前への体重への回復を促す
- ✓排卵を抑制する
- ✓精神的な安定をもたらず
- ✓衛生的
- ✓経済的
- ✓手間がかからない

キャリアと診断された妊婦さんにお伝えしたいこと

1. 母子感染予防 (1)

- これまでに母子感染予防効果が検証された栄養方法として「完全人工栄養」,「短期母乳栄養(90日未満)」,「凍結解凍母乳栄養」,「長期母乳栄養 (90日以上)」があります.
- **完全人工栄養**は, 感染細胞を含む母乳を飲まないことで, **出生後**の母子感染予防として理論的に**最も確実な方法**といえます.
- 頻度は低いですが, 出生前に母子感染が起こることがあります（経胎盤感染, 産道感染). この**出生前**の母子感染を予防する方法はありません.
- 母子感染予防の観点に加え, 妊娠・出産・育児の観点からも各栄養方法のメリットとデメリットを十分に理解したうえで, ご自身の意思で栄養方法を選択することをお勧めします.
- 出産後すぐに授乳をすることになります. 出産までに栄養方法を選択しておくことをお勧めします.

キャリアと診断された妊婦さんにお伝えしたいこと

1. 母子感染予防 (2) ～完全人工栄養の特徴～

メリット

- ✓ 出生後の母子感染予防法として理論的に最も確実な方法
  - 母乳以外の経路(経胎盤感染, 産道感染)による母子感染は予防できない.
  - 完全人工栄養を選択しても約3%で母子感染が成立することが報告されている

デメリット

- ✓ 母乳育児によるメリットを得られない
- ✓ 育児用ミルクを購入する費用がかかる
- ✓ 心理的ストレス
  - 授乳による充実感が得られにくい
  - 周囲から母乳を与えない理由を聞かれたり責められたりする, など
- ✓ 産後早期のボンディング (母と子の絆の形成) への影響
  - 授乳の際,「赤ちゃんをしっかり抱く」,「赤ちゃんの目をしっかり見る」,「優しく声をかける」などを心がけることにより, 母子の愛着形成は促進されることが分かっています.
  - 完全人工栄養での授乳の際にも同様に、心がけることが重要です.

キャリアと診断された妊婦さんにお伝えしたいこと

1. 母子感染予防 (3) ～短期母乳栄養 (90日未満)の特徴～

メリット

- ✓ 一時的ではあるが, 直接授乳を行うができる
- ✓ 母乳栄養のメリットを一定程度受けることができる
- ✓ 長期母乳栄養と比較し, 出生後の母子感染率が低く, 母子感染を一定程度防止できる
  - 母子感染予防効果は完全人工栄養と同等であることが報告されています。
  - その機序は不明ですが, ① 妊娠中に胎盤を介してお母さんから移行したHTLV-1に対する中和抗体は生後しばらくはお子さんの体内に残っていること, ② 長期母乳栄養と比べて感染細胞への曝露が短期間であること, などが推定されています。
  - 母乳栄養が90日を超えて長期化した場合, その期間が6ヶ月以下であっても母子感染リスクは約3倍上昇する可能性があります. よって「生後90日までに母乳栄養を終了」することが重要です。

デメリット

- ✓ 生後90日までに母乳栄養を終了して完全人工栄養に移行することは必ずしも容易ではない
  - 赤ちゃんが嫌がったり, 周囲の理解が得られないことで短期（90日）での母乳栄養終了が困難になることがある
  - 母乳が出るのにあげられない葛藤, 母乳分泌可能な乳房の活動を抑制するためのケアなど, 心身ともに負担がかかります. 専門医, 助産師によるサポートを受けられることをお勧めします.
- ✓ 育児用ミルクを購入する費用がかかる

キャリアと診断された妊婦さんにお伝えしたいこと

1. 母子感染予防 (4) ～凍結解凍母乳栄養の特徴～

母乳を搾乳し, -20°C以下の家庭用冷凍庫で24時間以上冷凍後に解凍して用いる方法

メリット

- ✓ 母乳栄養のメリットをある程度付与することが可能
- ✓ 長期母乳栄養と比較し, 出生後の母子感染率が低い可能性がある
  - 母子感染予防効果の機序として, 母乳を凍結処理することにより感染細胞が破壊されることで感染性が失活すると考えられている.
  - 現時点では母子感染予防についての科学的なエビデンスは確立しておらず, 早産児など特殊な状況以外での選択は推奨されません.

デメリット

- ✓ 搾乳, 凍結, 解凍といったプロセスが必要であり, 手間がかかる
- ✓ 直接母乳を行うことはできない
- ✓ 母子感染予防効果について, 現時点では科学的なエビデンスがない

キャリアと診断された妊婦さんにお伝えしたいこと

1. 母子感染予防 (5) ～長期母乳栄養 (90日以上)の特徴～

メリット

- ✓ 直接授乳を行うことができる
- ✓ 母乳栄養のメリットを付与することができる

デメリット

- ✓ 出生後の母子感染リスクがあがる
  (母子感染率 15-20%, 母子感染リスクが最も高い方法)

キャリアと診断された妊婦さんにお伝えしたいこと

2. 出生したお子さんのフォローアップ

- HTLV-1関連疾患の多くは成人期以降の発症であり, 小児期に何らかの徴候が出現することは極めて稀です.
- 乳幼児健診・予防接種ともに通常通りに受けてください. 日常生活における制限もありません.
- 小児科主治医に, ① お母さんがキャリアであること, ② 選択した栄養方法と実施状況を伝えてください.
- どの栄養方法を選択しても母子感染が起こる可能性がありますが, 通常の乳幼児健診のみではお子さんの感染の有無を知ることはできません.
- お子さんの感染の有無は, お子さんの抗体検査を実施することで知ることができます. 3歳以降に検査を受けられることをお勧めします.
- お子さんの検査を受けるかどうかはご夫婦で十分に相談して決めてください.
- 仮にお子さんの抗体検査が陽性であった場合でも通園・通学先へ報告する必要はありません.

キャリアと診断された妊婦さんにお伝えしたいこと

3. 日常生活に関して

- HTLV-1の感染力は極めて弱く, 感染細胞が生きたままの状態で他の人の体内に入らないと感染しません. 感染細胞は乾燥・熱・洗剤で簡単に死滅します.
- 授乳, 性交渉以外の日常生活において他の人に感染する可能性はありませんので心配しないでください.

- 以下のことにより他の人に感染することはありません.
  - ✓ 同じ浴槽・プールに入る
  - ✓ 衣服・食器・寝具などの共有
  - ✓ 咳, くしゃみ
  - ✓ キス, 唾液
  - ✓ 蚊
  - ✓ 子ども同士の接触
  - ✓ 歯科治療, 鍼灸治療

キャリアと診断された妊婦さんにお伝えしたいこと

4. ご自身のフォローアップ

- 今後も通常の妊婦健診を受けてください.
- 分娩施設や分娩様式を変更する必要はありません.

- 分娩後に1年に1回など定期的に検査を受けても必ずしもHTLV-1関連疾患の早期発見にはつながりません.
  - 現時点ではHTLV-1の治療法およびHTLV-1関連疾患の発症を予防する方法は確立していません.

- HTLV-1関連疾患を疑う症状を認めた場合は速やかに病院を受診してください.
- 気になる症状がなくても, 不安や相談したいことがある場合は専門外来を受診してください.

キャリアと診断された妊婦さんにお伝えしたいこと

6. HTLV-1専門外来(東京都)/情報提供元ー１

日本 HTLV-1 学会ではHTLV-1 に関連した相談対応が可能な施設を認定しています. 認定施設のリストは学会ホームページ上に公開されています.

● HTLV-1・HTLV-1キャリアに関する情報

✓HTLV-1情報ポータルサイト（ https://htlv1.jp ）

✓キャリねっと （ https://htlv1carrier.org ）

✓厚生労働省 HP （ https://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekkaku-kansenshou29 ）

● 栄養方法の選択・産後の乳房ケアに関する相談・受診先【産婦人科】

- ✓ 愛育病院
- ✓ 杏林大学医学部附属病院
- ✓ 国立成育医療研究センター
- ✓ 昭和大学病院
- ✓ 帝京大学医学部附属病院
- ✓ 東京慈恵会医科大学病院
- ✓ 東京女子医科大学病院
- ✓ 東京大学医学部附属病院
- ✓ 東京都立大塚病院
- ✓ 東京都立多摩総合医療センター
- ✓ 東京都立墨東病院
- ✓ 東邦大学医療センター大森病院
- ✓ 日本医科大学多摩永山病院
- ✓ 日本赤十字社医療センター
- ✓ 日本大学医学部附属板橋病院

キャリアと診断された妊婦さんにお伝えしたいこと

5. HTLV-1専門外来(東京都)/情報提供元ー２

● ご自身に関する相談・受診先【内科】

✓東京大学医科学研究所附属病院 血液腫瘍内科（日本HTLV-1学会認定施設）

✓上記施設以外の認定施設のリストは日本HTLV-1学会ホームページ上に公開されています.

● お子さんのフォローアップに関する相談・受診先【小児科】

- ✓ 曙町クリニック
- ✓ いとう医院
- ✓ 的場医院
- ✓ 内田こどもクリニック
- ✓ くろさわ子ども＆内科クリニック
- ✓ 柴田小児科医院
- ✓ すがやこどもクリニック
- ✓ クリニックばんびいに
- ✓ 千葉小児科内科医院
- ✓ ちばこどもクリニック
- ✓ アルパカ小児科
- ✓ 沼口整形外科・小児科
- ✓ 細部小児科クリニック
- ✓ 牧田小児科内科医院
- ✓ 和田小児科医院
- ✓ 萩原医院（小児科・内科）

資料12

HTLV-1 母子感染予防に関する全国研修会

現地参加 先着80名様まで

参加登録はこちら

日時 令和7年 3月8日(土) 13:00▼15:00

開催場所 TKP品川カンファレンスセンター
東京都港区高輪3-25-23 京急第2ビル
(JR、京急品川駅　徒歩3分)

開催形式 現地会場およびZoomによるライブ配信を用いたハイブリッド開催となります。
いずれも事前登録をお願いします。
開催1週間後から2週間オンデマンド配信

事前参加登録用URL
https://form.qooker.jp/Q/auto/ja/htlv1R6/form/

対象 医師、看護師、助産師、保健師、保健行政担当者

プログラム

13:00〜13:05	開会挨拶 こども家庭科学研究事業　次世代育成基盤研究事業 HTLV-1キャリア妊産婦の支援体制の構築に関する研究　研究代表者	内丸 薫　東京大学新領域創成科学研究科 メディカル情報生命専攻教授
13:05〜13:25	HTLV-1、関連疾患の基礎	内丸 薫　東京大学新領域創成科学研究科 メディカル情報生命専攻教授
13:25〜13:35	母子感染予防対策の動向 — 総合対策開始から、2017年のマニュアル改訂、今回の改訂までの動向について	板橋 家頭夫　愛正会記念 茨城医療福祉センター長
13:35〜13:50	改訂版母子感染予防対策マニュアルについて	宮沢 篤生　昭和大学小児科准教授
13:50〜14:05	産婦人科診療ガイドラインにおけるHTLV-1	三浦 清徳　長崎大学産婦人科教授
14:05〜14:35	助産師による　意思決定・授乳支援	井村 真澄　日本赤十字看護大学大学院 国際保健助産学特任教授
14:35〜15:00	総合討論	

主催 こども家庭科学研究事業　次世代育成基盤研究事業
HTLV-1キャリア妊産婦の支援体制の構築に関する研究
(研究代表者　内丸 薫)

後援 日本産科婦人科学会、日本産婦人科医会、東京産婦人科医会、日本周産期・新生児医学会、日本助産学会、日本助産師会

HTLV-1母子感染予防に関する全国研修会

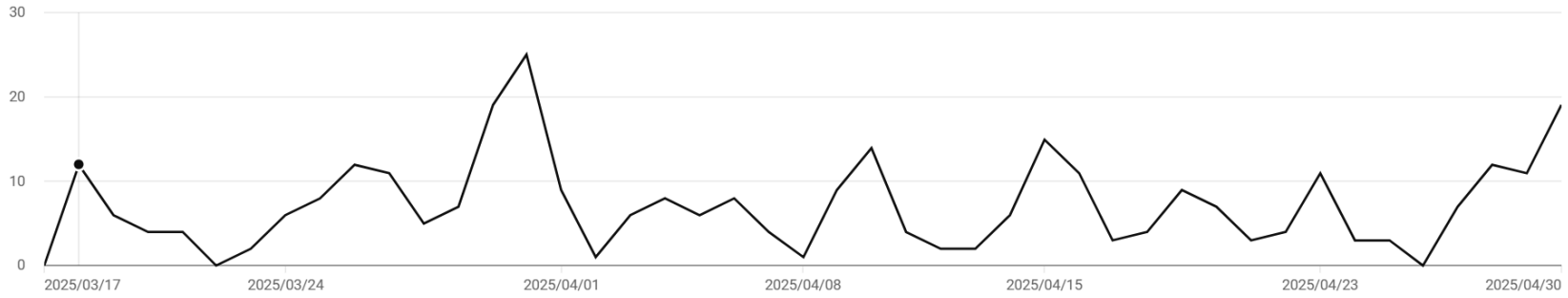
-2025年3月17日～4月30日-

動画視聴・アンケート分析レポート

動画視聴分析①

-YouTube アナリティクスより-

総再生回数	323回	動画が再生された合計回数です。同じ視聴者が複数回視聴した場合も、その都度カウントされます。
ユニーク視聴者数	259名	動画を視聴した異なる視聴者の数です。同じ視聴者が何回視聴しても、1人としてカウントされます。
総再生時間	175.5時間	すべての再生回数を合計した総視聴時間です。動画の視聴ボリュームや関心度を示す指標として使用します。
平均視聴時間	32分	1回の再生あたりの平均視聴時間です。

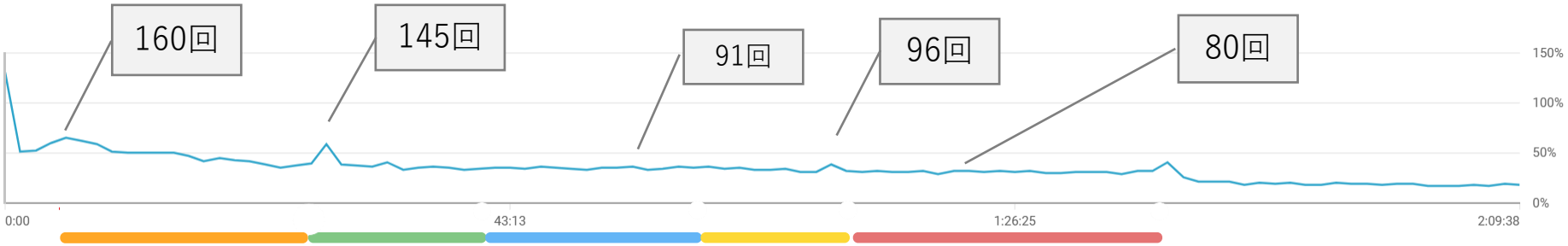


配信期間中の視聴回数の推移

動画視聴分析②

-YouTube アナリティクスより-

各セッション視聴者維持率最高時点の視聴回数推定値



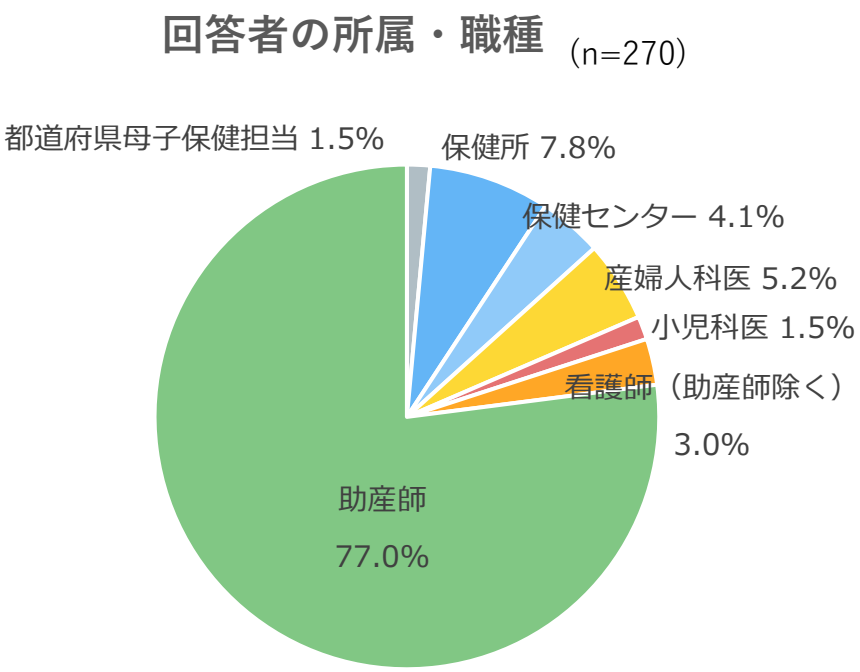
開会挨拶	HTLV-1、関連疾患の基礎 **内丸 薫**	母子感染予防対策の動向 **板橋 家頭夫**	改定版母子感染予防対策マニュアルについて **宮沢 篤生**	産婦人科診療ガイドラインにおけるHILV-1 **三浦 清徳**	助産師による 意思決定・授乳支援 **井村 真澄**	総合討論

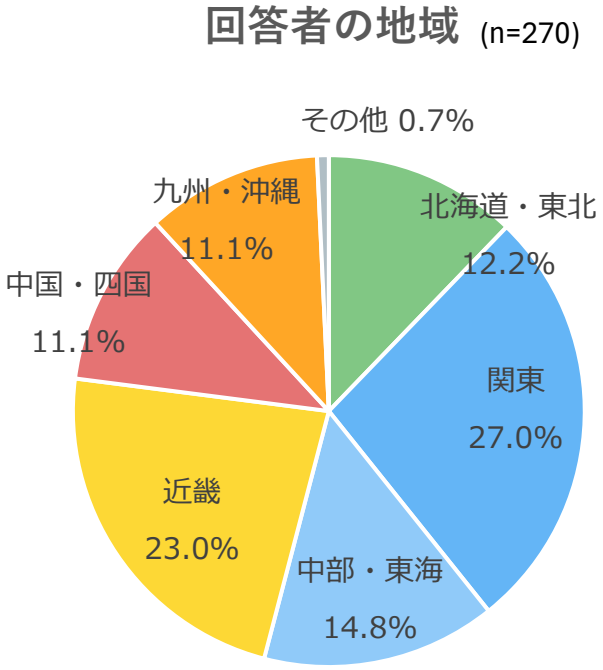
※視聴者維持率は、再生開始時点を基準に各時点の視聴状況を示す指標です。
ここでは、総再生回数（323回）を「開始直後（維持率ピーク時）」の再生回数とみなし、
次の計算式で各時点の再生回数を推定しています。

各時点の再生回数 ≈ 総再生回数 ×（その時点の維持率 ÷ 開始直後の維持率）

視聴前アンケート

視聴回数1回目の回答者270名

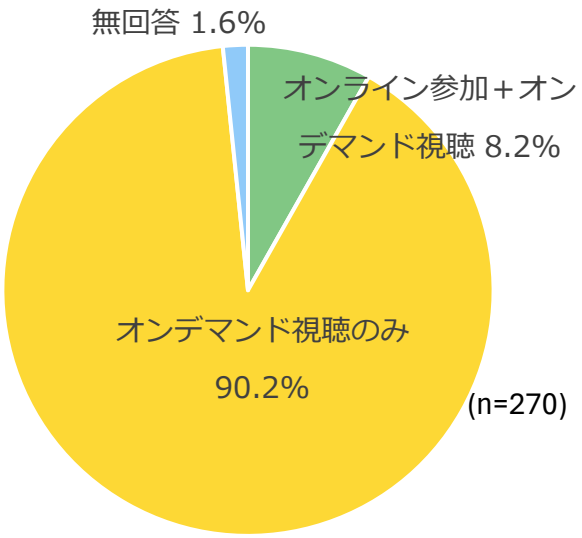




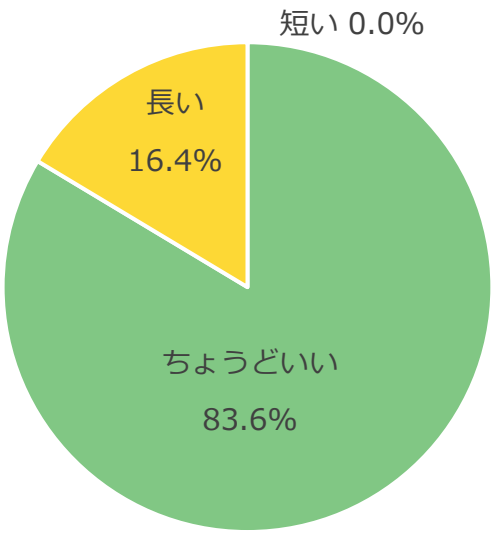
視聴後アンケート①

回答者61名

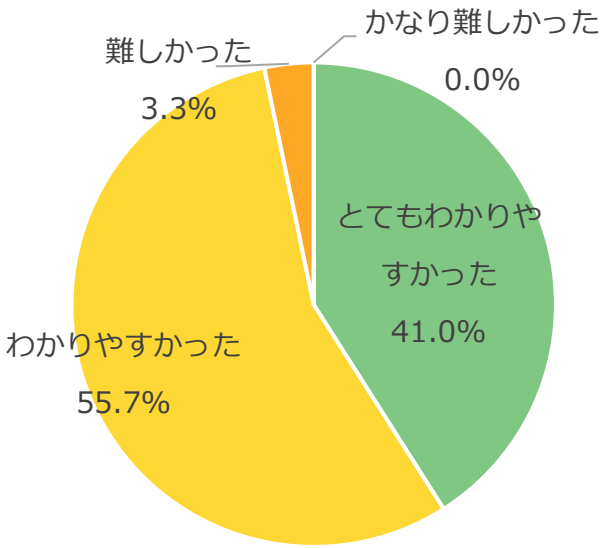
全国研修会参加方法 (n=61)



プログラムの時間の長さ (n=61)



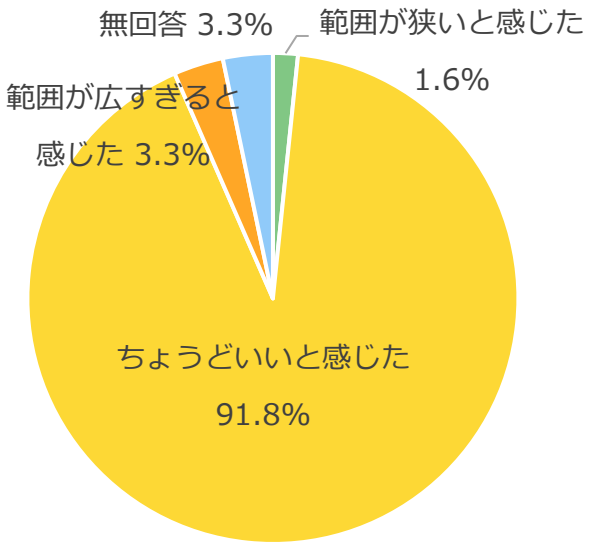
研修内容のわかりやすさ (n=61)



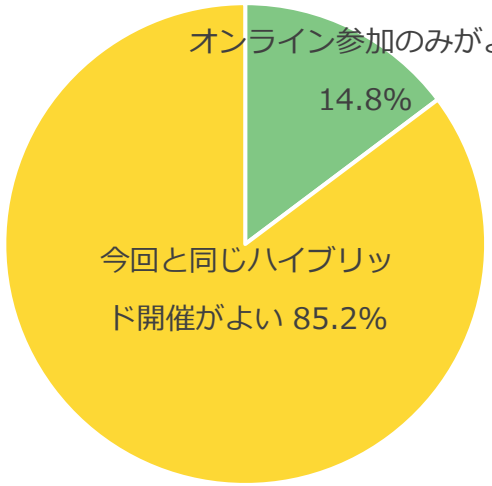
視聴後アンケート②

回答者61名

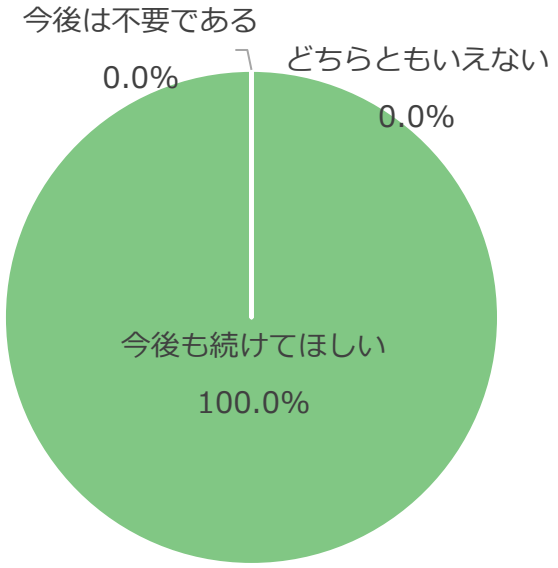
研修内容の範囲 (n=61)



今後の研修会について希望する形式 (n=61)



オンデマンド配信について (n=61)



視聴後アンケート③

自由記述

２時間の中で講義ごとに細かく分かれている方が見やすいと思いました。
HTLについての理解が深まった。
このように母子感染を予防するための普及啓発は繰り返し行ってほしい。
研究データ等が出て、日々アップデートされていますので、最新の情報を得て臨床実践に活かせるようにしたいと思います。 ありがとうございました。
現況が各分野からでてて参考になりました 進行の仕方、先生！気持ちよかったです
助産師として、今後キャリア妊婦さんの対応、短期授乳の乳房の管理など具体的に講演していただいて、とても勉強になりました。
大変勉強になり、有意義でした。ありがとうございました。 少し講師の先生の声が聞きづらいところがあり、残念でした。
大変勉強になりました。確かに母乳の利点はあるのですが、確率は僅かですが発症した場合の状況を周知することが重要と思いました。ありがとうございました。
知識のアップデートができ受講できて良かったです。
地域で働く助産師です。 今回、初めてこのようなＨＴＬＶ-1専門的研修会をオンデマンド視聴させていただき、たいへん勉強になりました。30年以上前にいた臨床の場でもキャリア妊婦さんは年にひとりいたかなと思い出すのも難しいほどで、知識もまったく上書きされないままでした。今回、医学的な知識に加えて、助産師の立場で具体的なケアについても聞けて、理解が深まりました。マニュアルについてもアクセスしやすくなっており、とてもありがたいです。 ありがとうございました。
臨床ではあまり多くはないのですが、短期授乳を選択した場合のフォローについて、理解を深めることができました。助産師として母子感染を防ぐためにも、きちんと90日未満で短期授乳を終えることができるような意思決定と授乳支援を行っていきたいと思いました。