

第20回日本エイズ学会シンポジウム記録

感染女性の妊娠・出産・育児支援

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

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

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

¹⁾ 国立成育医療センター周産期診療部産科,

²⁾ 横浜市立市民病院感染症部,

³⁾ 帝京大学医学部産婦人科,

⁴⁾ 神奈川県衛生研究所微生物部,

⁵⁾ 東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科政策科学分野,

⁶⁾ 財団法人エイズ予防財団研修・研究部,

⁷⁾ 大阪市立総合医療センター小児救急科,

⁸⁾ 国立国際医療センターエイズ治療・研究開発センター,

⁹⁾ 獨協医科大学産婦人科,

¹⁰⁾ 平成18年度厚生労働科学研究費補助金エイズ対策研究事業

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

シンポジウムの趣旨

塚原優己, 相楽裕子

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

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

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

2007年5月25日受付

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

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

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

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

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

1. HIV 感染妊娠と母子感染予防対策の現状

喜多恒和

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

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

2. スクリーニング検査偽陽性の現状と対策

嶋 貴子

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

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

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

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

リーニング検査陽性例への対応の整備が急務と思われた。

3. 妊婦 HIV 検査陽性への対応の問題点

矢永由里子

(1) 調査結果について

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

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

(2) 今後の対応について

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

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

(3) まとめ

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

4. 感染妊婦から出生した児の成育に関わる問題点

外川正生

【感染妊婦から出生した児の現状】

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

【非感染児の状況と問題点】

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

神運動発達遅延や神経系の問題がわずかながら報告されている。

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

【感染児 41 例の状況と問題点】

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

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

5. HIV 感染女性の妊娠・出産希望に対する支援の問題

大金美和

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

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

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

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

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

ま と め

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