

特集：母子保健の最近の話題

HIV 母子感染をめぐって

兵 藤 智 佳

Issues regarding HIV maternal and child infection

Chika HYODO

1. 母子感染の広がり

日本では、まだ爆発的な感染の広がりを見せていないが、現在、世界の HIV 感染が深刻さを増している。その中でも、近年、特に生殖可能年齢にある女性の感染率の増加が、疫学的な傾向として世界中で報告されている。そして、それらの女性の感染にともなう、母子感染の広がりが各地で指摘され始めている。

母子感染の感染率は場所によって異なった報告がなされているが、一般的には感染した妊産婦 3 人に 1 人と言われている。現在、感染経路には、経胎盤、経産道、経母乳の 3 通りが考えられているが、HIV 感染は分娩時が感染の過半数を占め、3 割が経胎盤によると言われる。また、母乳による感染の広がりも否定できないことが指摘されており、WHO では、発展途上国における母乳推進プログラムと、HIV 母子感染予防とをどのように両立させるのかと

表 1 1997年12月31日現在の HIV 感染者及び AIDS 患者の国籍、性、感染経路別累積報告件数

診断区分	感染経路	日本国籍			外国国籍			合計			合計の%
		男	女	計	男	女	計	男	女	計	
HIV	異性間性的接触	443	182	625	124	472	596	567	654	1221	30.6
	同性間性的接触*1	495	0	495	78	0	78	573	0	573	14.4
	静注射物濫用	4	0	4	10	0	10	14	0	14	0.4
	母子感染	7	5	12	1	6	7	8	11	19	0.5
	その他*2	16	18	34	10	5	15	26	23	49	1.2
	不明	111	19	130	125	359	484	236	378	614	15.4
	小計	1076	24	1300	348	842	1190	1424	1066	2490	62.5
	凝固因子製剤*3*4	1475	20	1495				1475	20	1495	37.5
HIV合計		2551	244	2795				2899	1086	3985	100
AIDS	異性間性的接触	300	40	340	75	42	117	375	82	457	27.1
	同性間性的接触*1	227	0	227	37	0	37	264	0	264	15.7
	静注射物濫用	4	0	4	7	0	7	11	0	11	0.7
	母子感染	6	2	8	1	1	2	7	3	10	0.6
	その他*2	11	6	17	5	2	7	16	8	24	1.4
	不明	147	147	162	89	39	128	236	54	290	17.2
	小計	695	63	758	214	84	298	909	147	1056	62.7
	凝固因子製剤*3	619	9	628				619	9	628	37.3
AIDS合計		1314	72	1386				1528	156	1684	100

*1 両性間性的接触を含む

*2 輸血、臓器移植に伴う感染や可能性のある感染経路が複数あるケースを含む

*3 凝固因子製剤による感染者数は、1997年10月末現在における「HIV感染者発症予防・治療に関する研究班」からの中間報告である
出典：エイズ動向委員会 1997年

いった問題に直面している。

国連エイズ計画、WHOの報告によると、1997年末のHIV/AIDS推計感染者数は世界全体で3,060万人、そのうち15歳以下の小児感染は270万人と推測されている。そして、これらの小児エイズ感染は、その約85%が母子感染によるものと考えられている。現在、この母子感染の広がりが深刻なのはサハラ砂漠以南(70%)と東南アジア(30%)であり、特に、近年は東南アジアで感染の急増が危惧されている。東南アジアでもっとも感染の広がりが深刻なタイでは、母子感染による感染は感染全体の5%に及ぶとの報告がある(WHO 1998)。

現在、この地域における、女性感染者が急増していることを考慮するならば、今後、母子感染の広がりは益々深刻さを増していくことが予測される。

一方、日本のHIV感染者・エイズ患者数は、1997年12月現在、エイズ動向委員会の報告によると表1のように示される。母子感染については、HIV感染者19例、エイズ患者10例、合計29例が報告されているが、これはあくまで、報告された数にすぎない。感染に関する正確な数字を把握することは困難であるが、実際は女性の感染を含めてこれよりもかなり多いことが予測される。また、厚生省エイズ研究班母子感染グループが行った調査によると、1996年時点でHIV感染者の妊娠、分娩の報告は、それぞれ134件と、91件である。

発展途上国をはじめとする世界的な母子感染の流行と比較するならば、日本での母子感染はまだ、それほど深刻な様相を呈していない。しかし、近年、日本でも、女性の感染者の数が増加する傾向にあり、今後、益々母子感染の症例も増加することが考えられる。

2. 母子感染の対策

1994年に開催された国際エイズ会議において、アメリカ防疫センター(CDC)の研究チームが、AZT(アジトチミン)の投与によってHIVの母子感染率を通常の25.5%から8.3%に減らせることを報告した。近年、世界の母子感染の広がりが深刻さを増す中で、この結果は、効果的な母子感染予防対策に向けての方向性を示唆するものとして大きな注目を集めた。そして、それ以来、母子感染の対策は、「いかにして早い時期に妊産婦のHIV感染を知るか、どのようにAZTを投与するのが最も母子感染を予防する効果が高いか。」といった点に焦点がしばられ、そのための研究が多数積み重ねられてきている。

これらの取組みの重要性はいうまでもなく、今後も積極的に続けられる必要があることはまちがいない。しかし一方で、これらのHIV感染に関わる予防や治療の情報の提供といった側面については積極的に議論されてきていない。予防、治療、出産、中絶等、妊産婦の選択に関わる社会的、心理的要因やそれに対する支援等の研究の実績も少ないのが現状である。

近年、医療の現場において、Reproductive Health/Rights(性と生殖に関する健康と権利)の重要性が強く叫

ばれている。この概念は、「個人やカップルは、十分に情報を与えられた上で、自分の性や生殖に関する決定を自由に、責任を持って行うことができる権利を有する(UNFPA 1994)」というものであり、その重要性についてはすでに国際的な合意を得ている。HIVの母子感染は、出産という生殖活動に強く関わりを持っており、「子供を産む、産まない」といった選択を含めて、このReproductive Health/Rightsをいかに考え、実際に応用していけるかは対策上の大きな課題である。そして、そのためには、対策を進める上で、「母子感染の防止」という視点だけではなく、HIV感染者、妊産婦の「人権の尊重」という視点が非常に重要であると思われる。

これらの背景から、本稿では、現在の母子感染をめぐる問題について、医学的、疫学的な視点のみならず Reproductive Health/Rightsの視点での考察を行うことを目的とする。

3. 対策上の課題

(1) 妊産婦のHIV抗体検査

現在、世界各地の母子感染の流行にともなって積極的に妊産婦のHIV検査が奨励されているが、このHIV検査を行うことには、対策上、大きく2つの意味がある。一つは、出来るだけ早く感染を知ること、妊産婦へ特別なケアを行うことができ、また、適切にAZTを投与することで母子感染を予防できるという意味。そして、もう一つは、陽性の感染者へのケアを行う医療従事者の安全を守るという意味である。

この「妊産婦へ検査を実施することへの重要性」については、すでに広く認識されつつある一方で、現在、臨床の場では、この検査が、「強制されるべき」か、それとも「妊産婦の自発的な意志によるものであるべき」かといった議論がなされている。妊産婦のReproductive Rightsという視点では、すべての患者は十分に説明を受けた上で、「検査を受ける、受けないを決める権利」を有しており、そのためのカウンセリングなどのサービスの提供を受け、検査を自発的に受けれることが望ましいといえる。そして、その権利を尊重するためには、すべての医療従事者は、“Universal precaution”と言われる、すべての妊産婦がHIV陽性であることを前提に医療行為を行うことを目指す必要があるだろう。

しかしながら、実際は、母子感染の多くは非常に貧しい発展途上国で問題となっており、コスト、設備等の関係でUniversal precautionの実施は現実的に不可能である。そういった中で、ケアのコストをできるかぎり低く抑え、母子感染を予防し、医療従事者の安全を守るためにすべての妊産婦が義務として検査を受けるという考え方は、いちがいに批判できない。

この検査に関して、現在、日本では、多くの自治体、病院で「インフォームドコンセントにもとづいた検査の実施」が推奨されており、すでに妊産婦の検査を無料にしている

自治体も存在する。しかし、実際は、十分な説明や、カウンセリングを受けた上で、「自発的な意志で決定している」と思われる妊産婦は数多くないのが現状であろう。実際、なんの準備もなく、突然告知を受け、途方に暮れる妊婦の例もすでに存在している。

妊産婦が検査を受けることは重要である。しかし、その検査を実施するにあたり、「誰のために、なんのために検査をするのか」をはっきりとすることなしに、やみくもに検査を行うことは避ける必要がある。そして、検査の際、その意味を一番よく理解する必要があるのは、妊産婦自身であることを忘れない。

(2) AZT の投与について

AZT の投与が、母子感染の率を減らせることが報告されて以来、アフリカやアジアをはじめとする感染が深刻な地域では、積極的にこの対策を進める努力が進められている。西欧諸国の援助機関も、母子感染予防として、妊産婦へのAZTの提供に関するプロジェクトを援助しはじめている。また、それに関する研究も進められつつあり、妊娠のどの時期の、どの期間に投与することが、最も効果的かといった研究成果も報告されている。医療経済的な試算もすでに行われており、タイでは、AZTを全国規模で投与することが、子供の感染にかかわる医療費削減につながり、エイズ総予算の削減に効果的であることが研究によって指摘されている(Mansergh G 1996)。

子供の感染を防止するこれらの努力は重要であり、今後のさらなる努力が求められる。しかし、このAZTの投与に関しては、感染の防止だけではなく、妊産婦である女性感染者の視点も忘れてはならない。まず、妊娠、出産それ自体が、妊産婦の病状の進行に関連する危険があることである。そして、もちろんAZTの投与による頭痛、貧血等の副作用もある。「子供の感染を防ぐこと」と「母体の健康を守ること」は常にバランスを持って、考慮される必要がある。その際、妊産婦自身の意志が尊重されることが重要であることはいうまでもない。アメリカの都市部で行われた調査では、約80%の妊産婦が、もし、陽性だったら副作用があるとしても、感染防止のためにAZTを服用したいと述べている(Neil S, 1997)。これらの意志の決定に関しては、様々な要因が関連していると考えられ、今後、個々のケースに応じた対応が強く求められてくる。

また、AZTは、現在、免疫能力の低下をさまたげ、エイズの発症を遅らせる治療薬としても広く用いられている薬でもある。しかし、発展途上国では、いまだに高価な薬であり、多くの貧しい女性は、恒常的に用いることはできない。そのため、陽性妊産婦は、「母子感染を防ぐため」だけに、ある期間だけAZTが飲めることになる。多くの貧しい地域の妊産婦は、出産後、経済的にAZTはもう飲めないことをどう考えるのか。政策者、援助側は、その視点を考慮する必要があるだろう。

もともと、AZTの効果については、タイでの大規模な治療によって明らかとなった歴史がある。その治療のために、

多くの貧しい女性が実験対象となり、不利益を得た事実もある。その倫理的な側面については、今でも、様々に議論されており、対策に関しては、そういった側面を認識することも重要である。

現在、母子感染については、AZTが注目を集めているが、多額予算がついて、多くの妊産婦がAZTにアクセスできることで、この問題が解決するわけではない。母子感染に関するかぎり、「子供への感染の防止」という一つの事柄だけではなく、それに関連して起こりえるその他の問題を、包括的に考慮する対策への視点が求められる。

(3) 陽性妊産婦への医療サービスとサポートの提供

現在、陽性妊産婦が分娩を行う例があまり多くない場合、その分娩は特別なものとして扱われることがほとんどである。様々な危険がともなうため、その他の妊娠、分娩とは別の扱いを受ける。しかし、母子感染が深刻なタイでは、そのことによって陽性の妊産婦が、クリニックや病院等で差別を受けることが問題となっている。それらの反省にたち、現在タイでは、陽性の妊産婦も、その他の「危険を伴う分娩」と同等に扱われる必要があることが奨励され始めている(Phuapradit 1995)。今後、こういった妊産婦の医療を受ける上でのプライバシーと安全の問題をどう考えるかは、対策上の大きな課題のひとつである。

医療サービスに関しては、アメリカでの研究では、陽性の妊産婦は、陰性の妊産婦に比べて、妊娠中の医療サービスに自らアクセスする回数が少なく、社会的なサポートを受ける機会が少ないことが指摘されている(Williams AB 1997)。これは、もともと、HIVに感染する危険の高い人々は、様々な社会的サポートへのアクセスが低い人々であることがその要因の一つであることが考えられる。今後、これらの人々に、具体的にどのような方法で積極的に情報や、サービスを提供していけるのかは、支援を考える際の課題の一つである。

また、社会的、心理的なサポートに関しては、欧米では、すでに、陽性妊産婦の「生殖に関する決定、主に子供を産むか、産まないかに関する意志決定にかかわる要因」の分析が様々に行われている。その中で、母子感染の知識や恐怖、子供を持つことの願望が、深くかわりを持つこと、前回の妊娠による子供への感染は意志決定にかかわる要因ではないこと等があきらかとなっている(Cremieux 1993 Winznia 1989)。また、カウンセリングを受けることが、選択に大きな影響を与えることも指摘されている(Koetsawang 1997)。そして、このカウンセリングに関しては、中絶を選択した女性が、産むことを決めた女性よりもカウンセリングサービスを受けづらいことが指摘されていることは興味深い(Lester P 1995)。しかしながら、これらはすべて欧米での結果であり、今後、アジアの国々での調査、研究が待たれるところである。

その他、近年、女性感染者の増加にともない、妊産婦を含む女性感染者の自助グループも様々な国や地域で生まれつつある。「女性であることや妊産婦であること」による

ニーズや、悩みを共有できる場所として、これらのグループは、社会的、心理的なサポートに関する大きな役割を担っていることが様々に報告されている (Uebersfeld 1993他)。日本でも、民間のサポートグループが「女性感染者が集う日」を設定するなどの活動をすでに始めており、今後、益々こういった活動が積極的に支援されることが期待される。

(4) エイズ孤児

母子感染の流行に伴って、すでに多くの子供が HIV に感染して産まれたり、生後間もなく感染したりしている。乳幼児は大人と比較し、エイズの発症が早いといわれ、ほとんどの場合生殖可能な年齢まで生きることができない。免疫力が低下するため、日常生活も細心の注意が必要で、ケアを担う人、特に感染者である母親にとっても、大きな負担が伴う。

また、幸運にも母親からの感染をまぬがれた子供も、近い将来、母親の死という別の問題に直面しなくてはならない。フランスでの調査では、生後60カ月で37%の陽性の母親から産まれた乳幼児がなんらかの理由で母親と離れていることが報告されている (Stephane Blanche 1996)。また、多くの場合、父親も感染者であることが多く、必然的にこれらの子供たちは、孤児となる可能性が高くなる。現在、多くの地域では、両親を失うことは、すなわち、経済的な困窮状態にいたることを意味し、それは HIV 感染の危険が高くなることを意味する。アメリカではすでにこういった子供が2500人以上と予測されている (Micheals D 1992)。この悪循環はまさに、社会問題として、今後、益々深刻さを増してくると思われる。そして、さらに皮肉なことに、薬が発達し、母子感染を防ぐことができるようになれば、それだけこういったエイズ孤児が増えることになる。今後母子感染を考える時、この問題を無視して考えるわけにはいかないだろう。

現在、この問題については、援助機関は「エイズ孤児院」をつくるなどの取り組みを始めている。しかし、実際には、エイズ孤児院が社会的な差別を受けたり、その子供であるばかりに学校で差別されたりなどといった問題も存在している。一方すでに、孤児が問題となっているタイでは、大家族が子供の面倒を共同で見るといった文化的な特徴を生かし、祖母や、祖父への子供の養育のための援助を行うなどの活動を始めている。これらの取り組みは、「家族」という非常に社会的、文化的な要因が影響する分野にかかわるだけに、それぞれの文化や社会に応じたものであることが重要である。

多くの発展途上国では、孤児の問題は、なにもエイズに限ったことではないが、今後、母子感染が増えていく中で、孤児をめぐる問題がさらに複雑に、深刻になっていくことが予測されている。この問題に関する援助は、方法論を含めて、国境を越えての対策が急がれる。

5. おわりに

感染が広がるタイでは、多くの場合、妊娠にともな

HIV 検査を受け、その時点で妊産婦の感染が分かるという例が多い。そして、その後に妊産婦は「産むか、産まないか、治療はどうするか」といった選択をせまられる。日本でもそのような例がすでに報告されているが、過去、HIV 陽性の女性が自らの意志で妊娠を希望し、実際に妊娠、分娩を行ったという例も存在している。もちろん、夫への感染、母子感染の危険も覚悟の上での選択である。これは、女性やカップルの「子供を産みたいという意志」が尊重され、それにとまなうサポートが受けられた例であろう。

同じように、女性の感染が広がるアメリカでは、すでに陽性の女性のサポートグループが数多く存在しているが、その中の一つの団体では、定期的にニュースレターを発行し、妊娠、出産にかかわる情報や経験を共有するという試みを続けている。その中に、陽性の女性が妊娠、出産を経験した際の手記がよせられているが、母子感染に関しては「子供が感染することは、自分がエイズを発症して死を迎えることよりも辛い」といったコメントが載せられている。一方、妊娠し、子育てを経験することについては、「子供を持たない人生を選択することは、エイズで死を迎えることよりも悲しいことだろう」、「子供は、私に生ようという力を与えてくれる」といった積極的な意見を伺うことができる。一方で、自分の体力を考慮し、やむなく中絶を選択した例も紹介されている。これら当事者の声は、社会文化的な要因や、心理的な要因、そして、個人をめぐる環境等によって、陽性の妊産婦は、それぞれに異なったニーズを要することをあきらかにしている。今後、陽性の妊産婦が増加するに従って、医療従事者を含め、支援する立場にある人々は益々、こういった個々の異なったニーズに応じた対応が求められてくる。

HIV/AIDS の問題が、性感染症としての単なる公衆衛生的な側面だけではなく、様々な社会、文化的な要因と密接に結びついていることは、広く強調されるところである。母子感染に関しても、それは、単に疾病というだけでなく、Reproductive Health/Rights の問題であり、女性や子供の社会的な地位や立場の問題でもある。また、母子感染が、アジア、アフリカといった発展途上国で深刻さを増している背景には「北と南の経済格差」といった南北問題が存在している。それだけに、問題は複雑かつ深刻であり、対処療法的なアプローチが、根本的な解決につながらないことはあきらかである。

繰り返しになるが、「子供への HIV 感染を防ぐこと」のみが、母子感染対策の目的ではない。いかにして、陽性妊産婦の Reproductive Health/Rights を尊重することができるか、いかにして HIV に感染した妊産婦や子供、そしてエイズ孤児らの Quality of Life を向上させることができるかこそが今一度問われなくてはならない。

参考文献

- 1) 宮澤 豊 HIV 感染と妊娠 ―母子感染ならびに汚染事故予防を中心に―、日本医事新報、平成9年

- 2) 厚生省 HIV 疫学研究班, HIV の母子感染ならびに子宮頸部悪性化への影響に関する研究 平成 8 年度研究報告書
- 3) Cremieux N, HIV-seropositive pregnant women's choice to deliver or to terminate pregnancy *Int Conf AIDS* **9**(1) 462, 1998.
- 4) Koetsawang S Auamkul N HIV and women in Thailand: severity and services *International Journal of Gynaecology & Obstetrics* **58**(1) 121-7, 1997.
- 5) Lanner J A cohort study of factors associated with failure to return for HIV post-testing counselling in pregnant women: Kigali, Rwanda 1992-1993 *AIDS* **10**(1): 9-75 1996.
- 6) Mangclaviraj Y Risk factors and characteristics of HIV antenatal women, Bangkok, Thailand. Bangkok Perinatal HIV transmission Study *Int Conf AIDS* **10**(1) 308 (Abstract no. 162), 1994.
- 7) Michael D Levin C Estimates of the number of motherless youth orphaned by AIDS in the United States *JAMA* **268**: 3456-3461, 1992.
- 8) Neil S Silverman, et al, Attitudes toward health care, HIV infection, and perinatal transmission intervention in a cohort of inner-city, pregnant women. *American Journal of Perinatology*, Vol 14, November 6 1997.
- 9) Peter A Selwyn et al, Knowledge of HIV Antibody Status and Decision to Continue or Terminate Pregnancy Among Intravenous Drug Users *JAMA*, Vol **261**, 1989.
- 10) Phuapradit W Routine Voluntary antenatal anti-HIV screening in Bangkok, Thailand. *Australian & New Zealand Journal of Obstetric & Gynaecology*, **35**(2): 168-72, 1995.
- 11) Rey D Differences in HIV testing, knowledge and attitude in pregnant women who deliver and those who terminate: *Prevagest 1992- France AIDS Care* **7** Supple, 1, 1995.
- 12) Stephane Blanche et al, Stephane Separation between HIV-Positive Women and Their Children: The French Prospective Study, 1986 through 1993 *American Journal of Public Health* Vol.86 No.3, 1996.
- 13) Sowell RL Decision to have a baby by HIV- Infected women *Wester Journal of Nursing Research* **19**(1) 56-70, 1997.
- 14) Uebersfeld F Talk group for HIV positive pregnant women and HIV positive mothers *Int Conf AIDS* **9**(2) 807 (abstract no. PO-D03- 3537), 1993.
- 15) United Nations Programme of Action 1994.
- 16) US Public Health Service recommendation for human immunodeficiency Virus counseling and voluntary testing for pregnant women *Pediatric AIDS & HIV Infection* **6**(6) 397-406, 1995.
- 17) Weil Helpem F The strength of wishing pregnancy for HIV+ Women: Challenge, unawareness or specific psychological mechanisms *Int Conf AIDS* (Abstract no 4838), 1992.
- 18) Wiznia A Factors influencing maternal decision-making regarding pregnancy outcome in HIV infected women *Int Conf AIDS* (Abstract MBP7), 1989.
- 19) Williams AB at al, Social support for HIV infected mothers: relation to HIV care seeking *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care* **8**(1) 91-8, 1997.
- 20) World Health Organization Weekly Epidemiological Record December 5, 1997.
- 21) World, Women Organized to Response to Life threatening Diseases News Letter, Number 85, 1998.