

# HTLV-1母子感染予防

(適切な新生児栄養方法の選択のために)

平成25年4月10日 記者懇談会

公益社団法人 日本産婦人科医会 幹事  
(葛飾赤十字産院 副院長)  
鈴木俊治

1

## HTLV-1母子感染予防研究の背景

- 平成23年度より、HTLV-1の抗体確認検査で陽性または判定保留であった妊婦から出生した児の栄養法の違いによる感染の有無に関して、全国の妊婦を対象として行う厚労省研究(研究代表者:昭和大学小児科学教室 板橋教授)が行われている。
- 日本産婦人科医会は、公益社団法人としての事業の一環として、本研究に協力している。



支えよう。  
母と子の未来を。



国立感染症研究所 伝染病発生原因調査センター感染症監視研究事業 (H23年度内閣府・国研・国研)  
[HTLV-1母子感染予防に関する研究] HTLV-1抗体陽性妊婦から出生児のフォローアップ研究  
調査 研究代表者:昭和大学医学部小児科 板橋教授

<http://htlv-1mc.org/>

2

## HTLV-1 (human T-cell leukemia virus type 1)

- ・1981年に京都大学の日沼頼夫らにより発見された成人T細胞性白血病(ATL: adult T-cell leukemia)、HTLV-1関連脊髄症(HAM: HTLV-1 associated myelopathy)、HTLV-1関連ぶどう膜炎などの原因ウイルスである。
- ・2009年に元宮城県知事の浅野史郎さんが急性型のATLを発症したことを公表され、その原因が母子感染であると考えられたこと、患者団体の活動などから、HTLV-1の母子感染予防対策が全国的に注目された。

3

## ATLの症状と予後

- ・HTLV-1キャリア(感染)になってから発症するまで40年くらいの潜伏期がある。その後、年間1000人に1人の頻度で発症する(男:女=3:1、生涯発症率 男6%、女2%)。
- ・初発症状は、発熱・倦怠感・リンパ節腫脹・発疹が多い。(キャリアでないと、皮膚科を受診したりして、診断まで時間がかかることがある。)
- ・早急な治療を必要としない「慢性型」や「くすぶり型」と急速に進行する「急性型」「リンパ腫型」に分かれ、後者では抗がん剤治療を行っても、殆どが1~2年で亡くなってしまふほど予後が不良である。
- ・抗がん剤治療の他に、造血幹細胞移植、2012年承認された再発難治性ATLに対する抗CCR4ヒト化モノクローナル抗体「ポテリジオ」などが使用されている。

4

## HAMの症状と予後

- ・ HTLV-1に感染したTリンパ球が脊髄に炎症を起こすことで神経症状がおこる。
- ・ 30～50歳に多く、年間にキャリア数万人に1人の割合で発症する。(男:女=1:2、生涯発症率:0.3%)。
- ・ 初診時の主訴は下肢のつっぱり感による歩行障害が多い。頻尿、排尿困難、尿失禁、あるいは慢性の便秘などの排尿排便障害を伴っていることが多い。多くは数年～数十年で緩徐に進行するが、急性の尿閉で受診しHAMと診断される例もある。
- ・ 生命予後は悪くないが、症状によってQOLが悪くなる。
- ・ 脊髄でおこっている炎症を抑えるためにステロイドパルス療法やインターフェロン療法を行う。

5

## 浅野史郎さんのATL診断・治療経過

2005年、献血をした際の血液検査で、HTLV-1キャリアと診断される。

お母さまもHTLV-1キャリアであったことから、母子感染が原因と考えられた。

その後、「くすぶり型」ATLであると診断され、定期検診を受けていたが、2009年6月に、「急性型」ATLを発症し、治療開始時に病気を公表。

抗がん剤治療後、造血幹細胞移植を受け、自宅療養中。

西日本新聞HP  
がんサポート情報センターHP、Wikipedia などより

6

## HTLV-1の疫学

- ・ HTLV-1は数十万年前から人類集団に棲みついたウイルスであり、人の移動とともに世界各地に広く分布している。
- ・ 特にキャリアの頻度が高い地域は、赤道アフリカ、南インド、メラネシア、日本の九州・沖縄地方、サハリン、カナダ北西部、カリブ海アンデス高地先住民、南アメリカ沿岸部などである。

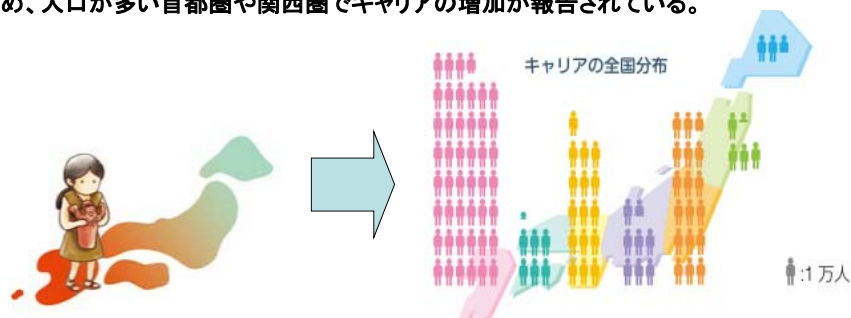


HTLV-1母子感染予防対策保健指導マニュアル(厚労省)より

7

## 日本でのHTLV-1キャリアの分布と対策

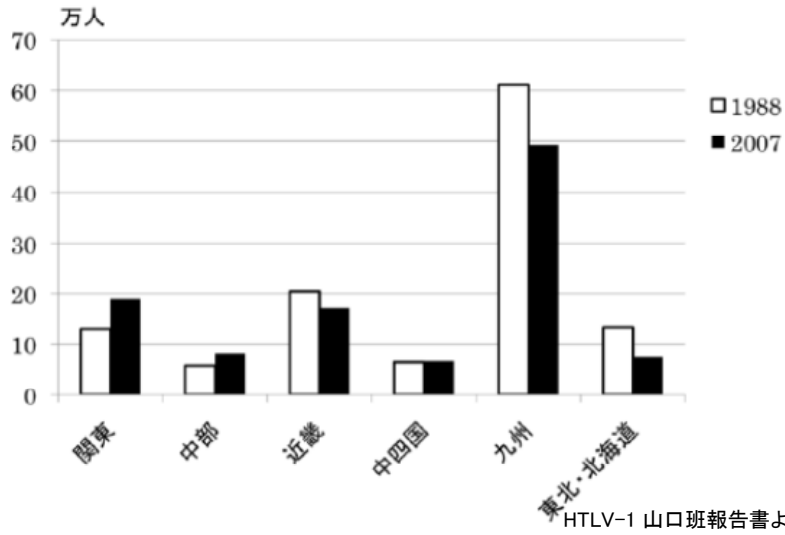
- ・ わが国では、いわゆる縄文人と考えられている集団にHTLV-1キャリアが存在したと考えられている。
- ・ 主として九州・沖縄地方に分布していたが、産業構造の変化による人の移動のため、人口が多い首都圏や関西圏でキャリアの増加が報告されている。



平成20年度の厚労省班研究によってHTLV-1キャリアは全国に拡散している傾向が明らかとなり、平成22年10月6日より、妊婦健診におけるHTLV-1抗体スクリーニング検査をすべて公費で受けられるようになった。

8

地域別キャリア数の推移 1988年と2007年の比較  
0~99歳のキャリア数

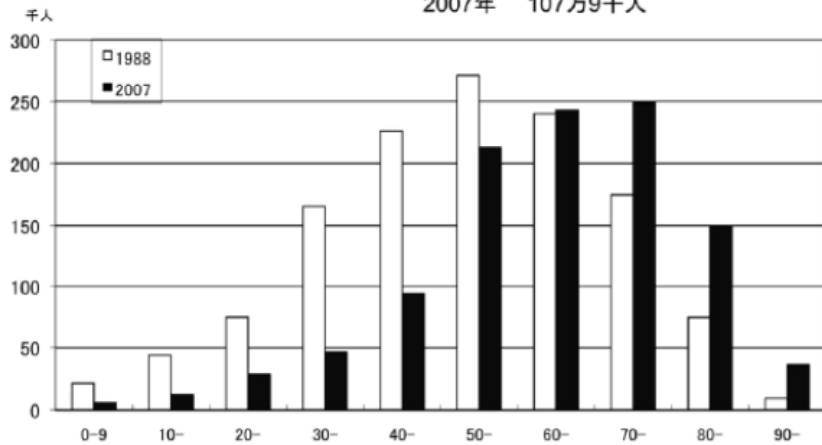


推定されるキャリアの年齢別分布の推移

HTLV-1 山口班報告書より

1988年 120万人

2007年 107万9千人



母乳栄養の比率が低下したことによって若年層のキャリアは減少した。

日本人の高齢化によって人口が増加した分、キャリアも増加し、ATLの発症数も増加した。

10

## 母子感染にかかわる諸検査実施状況

日本産婦人科医学会母子保健部(2010年2月全国調査)

	実施施設数	未実施施設数	計	検査実施施設率%
B型肝炎*	2,048	10	2,058	99.51
C型肝炎*	2,043	12	2,055	99.42
HIV*	2,040	12	2,052	99.42
風疹*	2,003	51	2,054	97.52
<b>HTLV-1**</b>	<b>1,834</b>	<b>189</b>	<b>2,023</b>	<b>90.66</b>
トキソプラズマ	1,075	865	1,940	55.41
サイトメガロ	123	1,666	1,789	6.88
麻疹	110	1,696	1,806	6.09
水痘	71	1,731	1,802	3.94
流行性耳下腺炎	37	1,755	1,792	2.06

\* 自治体において公費負担の対象となる検査

\*\* 一部の自治体で公費負担の対象となる検査

11

厚生労働大臣  
長 妻 昭 殿

社団法人日本産婦人科医学会  
会長 寺尾 俊彦

### 妊婦健診でのHTLV-1抗体検査に対する 公的補助の要望書

ヒト白血病ウイルス-1型 (HTLV-1) は成人T細胞白血病 (ATL) やHTLV-1関連脊髄症 (HAM) の原因ウイルスであり、主に母乳を介して母親から子どもへ感染します。現在これらの疾患に効果的な予防薬や治療薬がありません。妊婦健診の現場で母親の感染状況を把握し、保健指導により母乳を一定期間制限することが母児感染のリスクを大幅に低減させる唯一の方法です。

しかしながら、妊婦健診でのHTLV-1抗体検査に対する公的補助がなく、医師の自主的な説明と同意のもとに希望者に抗体検査が自費で行われているのが現状です。平成22年度日本産婦人科医学会の内部調査では、90.7%の施設で検査が施行されていますが、これは、公的補助が有る梅毒、B型肝炎、HIV検査がほぼ100%であることに比べ明らかに低くなっています。日本には約108万人のHTLV-1キャリアがいると推定されており、母子感染予防は国民の健康を守るためにも極めて重要です。全国の全ての妊婦がHTLV-1抗体検査を受けられるよう、妊婦健診でのHTLV-1抗体検査につき公費補助をいただきますようお願い申し上げます。

平成21年度厚生労働科学研究補助金(厚生労働科学特別研究事業)「HTLV-1の母子感染予防に関する研究」報告書において、「HTLV-1キャリアが全国に拡散しているという研究報告があるので、妊婦に対するHTLV-1抗体スクリーニングを全国で行い、母子感染を予防することを検討する時期に来ている。」と提言されています。これらの提言を含む報告は平成22年6月8日に厚生労働省雇用均等・児童家庭局母子保健課長通知の一部として、全国の地方自治体にも提供されています。日本産科婦人科学会/日本産婦人科医学会では、来年4月に改訂される産婦人科診療ガイドライン産科編において、妊娠時に行う血液検査項目の中でHTLV-1抗体検査を従来の推奨レベルC(実施することが考慮される)からB(実施することが勧められる)に変更することが、改訂案を作成するコンセンサスミーティングで既に承認されています。

ATLやHAMの撲滅のためにHTLV-1母子感染の防止の意義は極めて甚大であり、全妊婦がHTLV-1抗体検査を受けられるよう、妊婦健診でのHTLV-1抗体検査につき公費補助をいただけますよう格別なご配慮をお願い申し上げます。

2010年9月

日本産婦人科医学会、日本産科婦人科学会、日本産科・新生児医学会からそれぞれ要望書が提出された

12

2010年10月  
HTLV-1抗体検査が公費負担の対象として  
課長通知があった。

厚生労働省雇用均等・児童家庭局母子保健課長

妊婦健康診査の実施について

(略)

記

1 公費負担回数及び実施時期の考え方について (略)

2 妊婦健康診査の内容について (略)

(1)～(3) (略)

(4)各回実施する基本的な妊婦健診の項目以外の各種の医学的検査について、標準的な検査項目を以下に例示するので、市町村における公費負担の対象となる検査項目の設定にあたって参酌されたい。

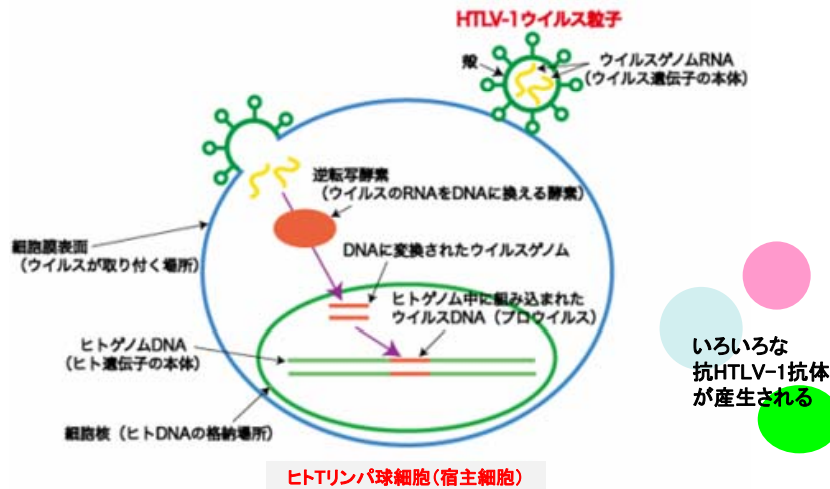
(医学的検査の例)

①血液検査

- ・妊娠初期に1回、血液型(ABO血液型・Rh血液型、不規則抗体)、血算、血糖、B型肝炎抗原、C型肝炎抗体、HIV抗体、梅毒血清反応、風疹ウイルス抗体の検査を実施。
- ・妊娠24週から35週までに1回、血算、血糖の検査を実施。
- ・妊娠36週以降に1回、血算の検査を実施。
- ・**妊娠30週までにHTLV-1抗体検査を実施。**

13

## HTLV-1の感染様式

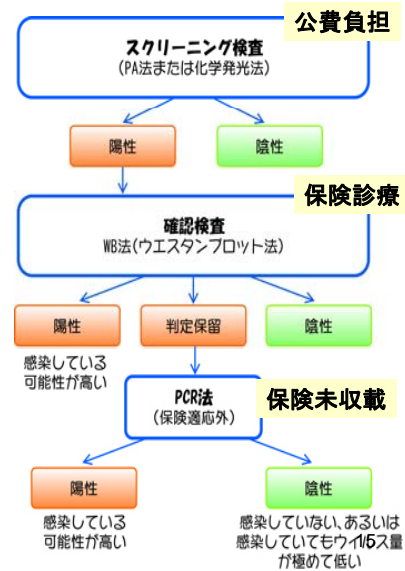


HTLV-1母子感染予防対策保健指導マニュアル(厚労省)より

14

## HTLV-1キャリアの診断

- HTLV-1感染(キャリア)診断は、スクリーニング検査(血中HTLV-1抗体測定)と陽性例に対する確認検査という2段階の手順を踏む。
- スクリーニング検査で陽性と判定されたら、ウェスタンブロット(WB)法を用いて確認検査を行う。
- 確認検査で陽性であった場合に初めて結果を説明する。
- 確認検査であるWB法でも診断がつかず「判定保留」となる例がある。この場合の診断のためにPCR法(保険未収載)の結果が参考になることがあるが、絶対的ではない。



## 児のHTLV-1キャリア化(感染)の診断

- 3歳を過ぎてから、スクリーニング検査を実施する。

出生直後は母体からの移行抗体があり、通常3~6カ月でなくなる。

キャリア化した児の抗体が陽性としてでてくるのは、人工栄養児では2歳まで、母乳栄養児では3歳までにおこるとされている。



## HTLV-1の感染経路

- ・ HTLV-1は感染力が極めて弱く、HTLV-1に感染したTリンパ球が生きたまの状態で**大量に体内に入らなければ感染は起こらない。**
- ・ 細胞同士が接着することで細胞から細胞に感染する感染様式であり、HTLV-1は血液中にfree virusとしてほとんど存在しない。

### 主な感染経路

- ① 母子感染 60～70%  
主に**母乳**による。(その他、稀に産道や子宮内感染)
- ② 性交渉による感染 20～30%  
主に男性から女性  
(参考)夫が感染者の場合、数年以内に20～25%の妻が感染する。
- ③ 輸血による感染  
1986年以降は、献血された血液がHTLV-1に感染しているかを検査するようになったため、**現在では輸血による新たな感染はない。**

針刺しによる感染はきわめて稀。傷口を洗浄・消毒し、1、2、6ヵ月後に抗体検査する。 17

### —これまでの報告による感染率のまとめ— 詳細は後に解説

感染ルート	対策等	感染頻度
母乳	*長期間(6ヵ月以上)母乳栄養	20 %
	*6ヵ月未満の母乳栄養	8 %
	*短期(3ヵ月以内)母乳栄養	3 %
	*凍結母乳栄養	3 %
	*母乳を与えない(完全人工栄養)	2～3 %
性行為	*夫から妻	60 %
	*妻から夫	0.4 %
輸血	*抗体スクリーニング検査	0 %

庵原ら 18

## 人工栄養

(メリット)

感染したリンパ球を子どもが飲むことがなく、これまでに1,500例以上のデータがあり最も確実に母子感染を防ぐことが証明されている方法である。

しかし約3%に母乳感染以外の感染ルートが見られたことから、完全には母子感染を予防できない。

(デメリット)

母子間の母乳哺育を介したスキンシップや愛情形成が不十分となる可能性がある。

母乳中に含まれるIgA抗体などが補給されない。

分娩後に薬物療法で母乳分泌を止める必要がある。

19

## 短期(3カ月以内)母乳栄養のメリット

この期間は、感染曝露期間が短く、中和抗体が存在するため母子感染が生じにくいと考えられている。

直接自分の乳房から哺乳できるため、母親の満足感が高く、母子間愛情形成にも有利に働くと思われる。

母体血中には感染を中和する抗体(IgG, IgM, IgA, IgE)が存在するが、このうちIgG抗体は胎盤を通過して胎児に移行するため、胎児は生まれた際に母体と同量の母体由来の感染中和抗体を持っている。この半減期は1カ月であるため、出生後3カ月までは感染中和抗体は少なくとも8分の1以上存在する。3カ月までの短期授乳では、感染曝露期間も短くなり、中和抗体も存在するため母子感染が生じにくいと考えられている。

20

## 短期(3カ月以内)母乳栄養のデメリット

現時点では症例数が少ない小規模な研究のデータをもとにしているため、十分なエビデンスとは言えないとの意見がある。

母乳中の感染T細胞の量、母親からの移行抗体の個人差が大きい？

(注意すべき点)

3カ月頃は母子ともに授乳を止めにくい時期である。

⇒ズルズルと長期母乳になるケースが散見される。

(注意すべき点の解決策)

助産師や保健師のサポートを受けながらの断乳。

母乳期間は、個々人の事情に合わせてフレキシブルに決める。

「ATL制圧10年計画報告書」より  
県内に居住するHTLV-1抗体陽性妊婦から生まれた乳幼児に対して行った抗体検査結果

授乳方法	断乳 (人工栄養)群		短期3カ月群		長期母乳群		計	
	人数	陽性率	人数	陽性率	人数	陽性率	人数	陽性率
計	陽性者数	3	1	1.09%	3	6.67%	7	3.26%
	被験者数	78	92		45		215	

(鹿児島県ATL制圧委員会)

受検者数

実施期間中の抗体検査受検者数は、1,193名であったが、その中で生後18カ月以降のHTLV-1抗体検査結果がある376名のみを解析対象とした。

授乳方法	人工		短期		長期		不明		計	
	人数	率 (%)	人数	率 (%)	人数	率 (%)	人数	率 (%)	人数	率 (%)
計	陽性者数	14	1	1.52%	6	22.22%		0.00%	21	5.59%
	被験者数	281	66		27		2		376*	

\*授乳方法が不明であった2名も含む。

(鹿児島県大学)

鹿児島県HPより

22

## 凍結(冷凍)母乳栄養とは？

母乳パックに入れ家庭用冷凍庫(-18℃)に入れ、1日間母乳を凍らせ、自然あるいは流水で解凍し、その後、室温と同じくらいに温めて哺乳瓶で母乳を与える方法。

凍結させることでウイルスに感染したリンパ球を壊して感染性を無くすことが期待できる。

(メリット)

母乳中の細胞成分は凍結解凍によって失われるが、栄養学的には母乳と全く同じであり、その他の母乳成分も損なうことなく乳児に与えることができる。(IgA抗体も補給される上に、3か月以上の長期母乳も可能?)

(デメリット)

症例数が少なく、エビデンスが弱いこと、手間がかかること、直接母乳を与えることができないという不満感が残る点などがあげられる。また、この方法を成功させるためには、助産師らによる正しい搾乳・凍結・解凍方法の指導が望まれる。

23

### 凍結母乳のHTLV-1感染性

母乳例数	母乳細胞中のHTLV-1 抗原陽性細胞(%)	混合培養後のHTLV-1 抗原陽性細胞(%)	
		cell-	fluid-
凍結(15例)	<0.1	<0.1	<0.1
未処理(5例)	2~20	5~40	<0.1

### 凍結母乳哺育児のHTLV-1母乳感染成績

	臍帯血	1M	6M	1Y	2Y(生後)
例数	54	54	47	39	33
HTLV-1抗原	0(0%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)
HTLV-1抗体	54(100%)	54(100%)	19(40%)	0(0%)	0(0%)

母乳を搾乳で得ることから、実際の分泌期間は2~3ヶ月くらい(2週間~6ヶ月)であった。

安藤ら、1996&2004

24

## 新生児栄養法選択における問題点

- ・ 母乳栄養でも20% (将来ATLになる確率は1%)、人工栄養でも2~3%の感染率 (将来ATLになる確率は0.1~0.2%)がある。
- ・ 短期母乳や凍結母乳栄養での正確な感染率のデータがない。
- ・ 母乳栄養は母子にとってよいものである。
- ・ HTLV-1診断判定保留者がいる。

森内ら、厚労省提出資料より 25

## 新生児栄養法選択における問題点を解決するために

- ・ 短期母乳や凍結母乳栄養での正確な感染率のデータを出す必要がある。
- ・ 母乳栄養を諦めることによっておこってくる問題点を解析・解決する必要がある。
- ・ HTLV-1の判定保留者への対応を確定する。

26

## 平成23年における HTLV-1抗体陽性妊婦に関する調査

- 日本産婦人科医会に登録されている分娩取扱施設2642にアンケート調査を依頼し、1857施設(70.3%)より回答があった。

	調査対象 総施設数	総分娩数	回答のあった 施設数	(%)	HTLV-1 スクリーニング数	(%)
北海道・東北	320	110,978	225	70.3	67,906	61.2
関東	826	363,296	553	66.9	250,752	69.0
北陸・東海	368	145,990	273	74.2	100,955	69.2
近畿	425	161,732	284	66.8	109,852	67.9
中国・四国	283	93,493	209	73.9	64,626	69.1
九州	420	138,056	313	74.5	100,778	73.0
全国	2,642	1,013,545	1,857	70.3	694,869	68.6

27

## HTLV-1スクリーニング結果と ウェスタンブロット確認検査の実施率

	HTLV-1スクリーニング			ウェスタンブロット検査	
	実施数	陽性数	(%)	実施数	実施率(%)
北海道・東北	67,906	157	0.23	129	82.2
関東	250,752	547	0.22	527	96.3
北陸・東海	100,955	189	0.19	142	75.1
近畿	109,852	348	0.32	282	81.0
中国・四国	64,626	159	0.25	139	87.4
九州	100,778	802	0.80	620	77.3
全国	694,869	2,202	0.31	1,839	83.5

28

## ウェスタンブロット確認検査結果

	実施数	陽性数	(%)	陰性数	(%)	判定保留	(%)
北海道・東北	129	47	36.4	74	57.4	16	21.7
関東	527	148	28.1	281	53.3	75	14.2
北陸・東海	142	62	43.7	62	43.7	18	12.7
近畿	282	133	47.2	95	33.7	38	13.5
中国・四国	139	63	45.3	50	36.0	17	12.2
九州	620	462	74.5	87	14.0	43	6.9
全国	1,839	915	49.8	649	35.3	208	11.3

29

## PCR検査結果

	判定保留総数	実施数	陽性数	陰性数
北海道・東北	16	4	2	2
関東	75	34	8	25
北陸・東海	18	6	2	4
近畿	38	4	2	2
中国・四国	17	4	0	3
九州	43	12	7	3
合計	208	64	21	39

30

## HTLV-1抗体陽性妊婦に関する実態調査サマリー

HTLV-1抗体スクリーニング検査実施  
(n = 694,869)

アンケート対象施設数2,642  
アンケート回収数 1,857  
(回収率 70.3%)

スクリーニング検査陽性  
(n = 2202)

ウェスタンブロット検査実施  
(n = 1839)

ウェスタンブロット検査陽性  
(n = 915)

ウェスタンブロット検査判定保留  
(n = 208)

PCR検査実施  
(n = 64)

PCR検査陽性  
(n = 21)

31

## スクリーニング検査結果からみた HTLV-1キャリア妊婦の実態

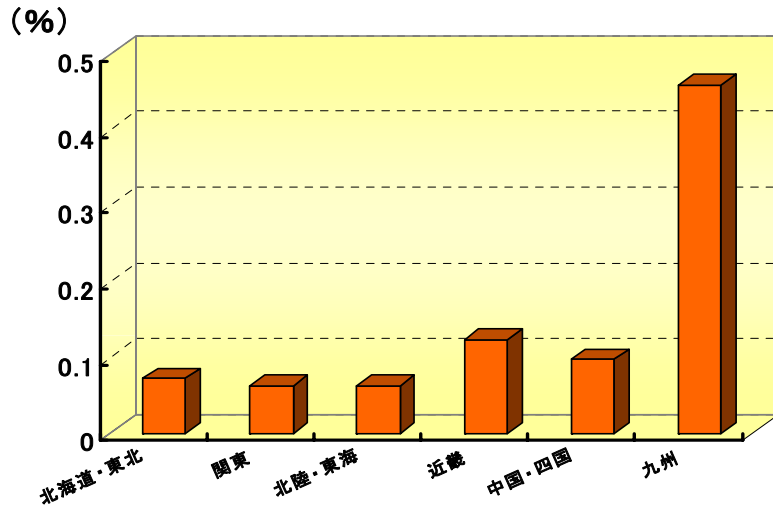
	HTLV-1 スクリーニング数	HTLV-1 キャリア数	HTLV-1 キャリア率(%)
北海道・東北	67,906	49	0.072
関東	250,752	156	0.062
北陸・東海	100,955	64	0.063
近畿	109,852	135	0.123
中国・四国	64,626	63	0.097
九州	100,778	462	0.458
全国	694,869	936	0.135

HTLV-1キャリア数は、WB陽性数+PCR陽性数で求めた

32



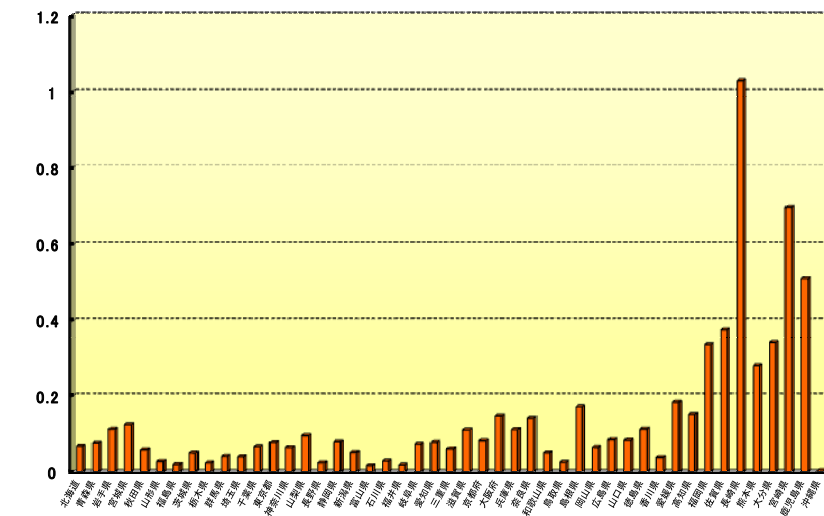
スクリーニング検査結果からみた  
HTLV-1キャリア妊婦の実態 (平均:0.135%)



HTLV-1キャリアは、WB陽性+PCR陽性で求めた

33

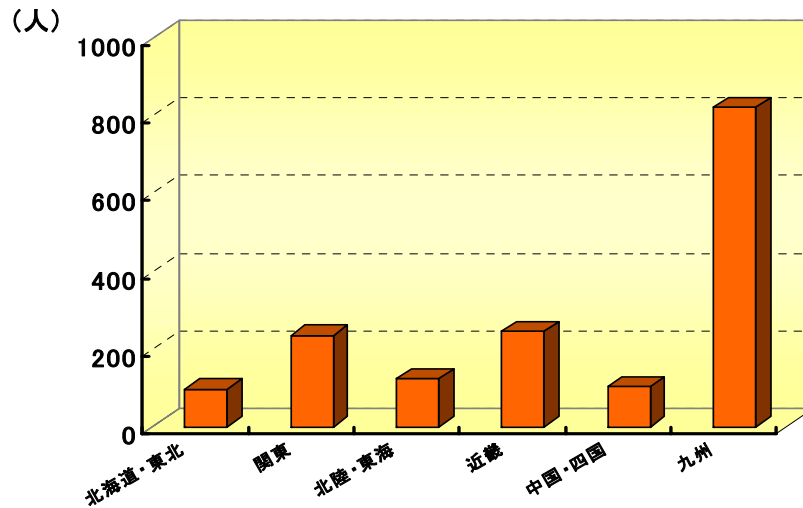
スクリーニング検査結果からみた  
HTLV-1キャリア妊婦の実態



HTLV-1キャリアは、WB陽性+PCR陽性で求めた

34

総分娩数から推定した  
わが国のHTLV-1キャリア妊婦数（総数：推定1620人）



2011年の取扱分娩数およびWB実施率を用いて推定した

35

## 全国アンケート調査のまとめ

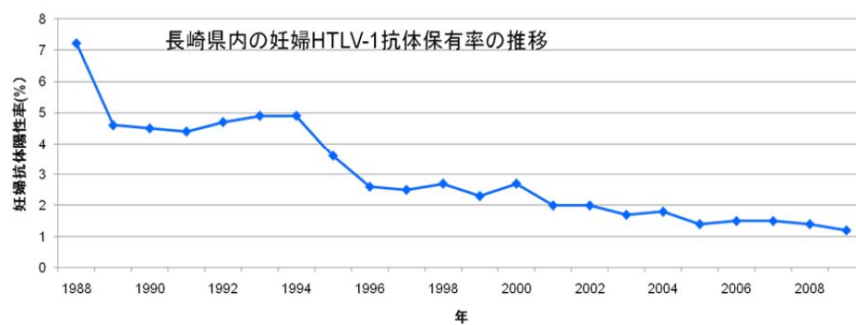
- ・ 年間約1600人のHTLV-1キャリア妊婦が分娩となっている。（キャリア率：0.14%）
- ・ HTLV-1キャリア妊婦の約半数が九州在住である。（キャリア率：0.46%）
- ・ 特に長崎県に多い。（キャリア率：1.0%）

（これらの比率は、日本人全体の分布とほぼ同じ傾向である。）

36

- ・ みんなが母乳栄養なら  
⇒年間320人の母子感染
  - ・ みんなが人工栄養なら  
⇒年間32～48人の母子感染
- (その差は270～290人/年)

37



長崎は白血病の治療成績が悪く「風土病？」とも思われていたが、HTLV-1ウィルスの発見以降、長崎県、医師会、長崎大学研究・診療機関(血液内科・産婦人科・小児科)が協力し、「長崎県ATLV-1ウィルス母子感染防止研究協力事業」が1987年にスタートした。事業の柱は、(1)妊婦の抗体検査、(2)感染が判明した妊婦への粉ミルク育児の勧奨、(3)生まれた子供の感染(キャリア化)の有無をチェックする、ことであった。

増崎 厚労省提出資料より

38

妊婦抗体検査状況 \*1988～2009年の平均

年	出生数 (A)	妊婦抗体検査数 (B)	妊婦 検査率 (A)÷(B) %推定	精密 検査数 (C)	抗体 陽性者数 (D)	妊婦抗体 陽性率 (D)÷ (B)%
1997	18,962	—	—	511	390	—
1988	18,233	9,579	52.5	1,076	691	7.2
1989	17,256	15,241	88.3	856	702	4.6
1990	16,517	14,504	87.8	804	658	4.5
1991	16,671	14,221	85.3	725	630	4.4
1992	16,036	12,123	75.6	677	566	4.7
1993	15,769	10,422	66.1	600	513	4.9
1994	15,951	9,814	61.5	523	477	4.9
1995	14,780	11,820	80.0	463	420	3.6
1996	15,182	12,966	85.4	396	342	2.6
1997	14,431	12,273	85.0	321	310	2.5
1998	14,672	12,403	84.5	356	339	2.7
1999	14,121	12,008	85.0	290	279	2.3
2000	14,098	10,286	73.0	287	276	2.7
2001	13,871	11,279	81.3	242	229	2.0
2002	13,260	10,724	80.9	230	211	2.0
2003	12,971	10,493	80.9	197	180	1.7
2004	12,947	9,990	77.2	184	177	1.8
2005	12,148	8,987	74.0	133	127	1.4
2006	12,410	8,909	71.8	144	138	1.5
2007	12,175	8,713	71.6	139	129	1.5
2008	12,173	8,930	73.4	131	124	1.4
2009	11,838	9,653	81.5	133	113	1.2
合計	317,510	245,338	77.4	8,907	7,631	3.0*

23年間で、  
23万人の妊婦が検査を受け、  
8千人近いキャリアを診断。  
その9割が粉ミルク育児に同意。  
↓  
約1000人以上の母子感染予防を  
約50人のATL発症が予防できた。

増崎 厚労省提出資料より

39

## 授乳期間別抗体陽性率（キャリア化率）

長崎県（18か月以上の児）

（長崎県ATLウイルス母子感染防止研究事業報告書～20年のあゆみ～）

栄養方法	陽性	陰性	合計	%
人工栄養	23	939	962	2.4
短期(6か月未満)	14	155	169	8.3
長期(6か月以上)	71	275	346	20.5

$\chi^2$ 検定 人工-短期:15.7(p<0.01) 人工-長期:125.5(p<0.01) 長期-短期:12.3 (p<0.01)

哺乳期間が長いほど母子感染率が高いことは間違いないなそう。

- ・ただし、どれくらい短ければ完全人工栄養と殆ど変わらないレベルまで低くなるのかについて、症例数が大きく統計学的にパワーの強い研究はない。
- ・逆にどれくらい長い哺乳期間であればどれくらい母子感染率が高くなるのかもわかっていない。→ 安全係数を1/2として3ヶ月で指導

40

## 事業を進めていくなかでの最大の問題点

- ・ 妊娠の喜びにあふれている時期にHTLV-1キャリア（感染）と告げられた妊婦のショックや不安。
- ・ 母乳のメリットが浸透しているなかでの妊婦の心理的負担、母子間愛情形成への不安。

（長崎などのHTLV-1が浸透した地域でも上記については深刻である。非感染地域では、医療者が慣れていないこともあり、さらに混乱がおこる可能性もある。）

増崎談 西日本新聞HPより 41

## HTLV-1キャリア妊婦に対して

- ・ 感染を告げられた妊婦のショックと不安に耳を傾け、寄り添う姿勢がたいせつである。
- ・ 母乳制限について、よく理解してもらい、自らの選択に納得してもらおう。
- ・ ただし、ATLの悲惨さを強調しすぎると妊婦の不安をあおってしまう。

増崎談 西日本新聞HPより 42

## 研究目的

(対象) HTLV-1抗体スクリーニング陽性で、確認検査としてウェスタンブロット(WB)法を行い、WB法にてHTLV-1陽性あるいは判定保留となった妊婦で、研究協力の同意を確認できた妊婦。

1. HTLV-1抗体陽性または判定保留妊婦からの出生児の予後調査を小児科との協働のもとに行い、各種栄養法別(長期母乳、人工乳、短期母乳、凍結母乳)の感染率を検討する。
2. WBで判定保留例において、PCR法および新生児感染率から、診断法の確立を検討する。

43

## (研究方法)

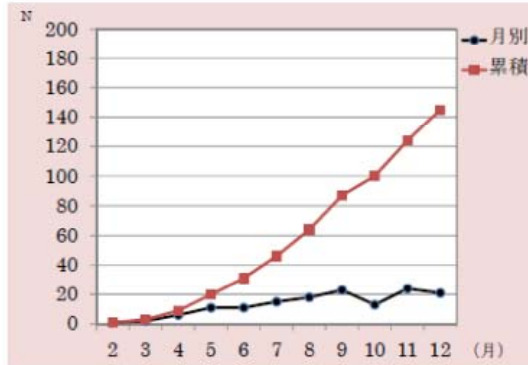
妊婦健診でHTLV-1抗体陽性妊婦を、WB法で確認検査を行う。  
その結果、

- ① 陽性または判定保留者であった妊婦の研究同意書を取り、登録する。
- ② 判定保留者は、PCR法の同意を得たのち研究班に連絡し、実施する。
- ③ 抗体陽性または判定保留妊婦から出生した新生児を、選択された栄養法で哺育する。
- ④ 半年ごとに母子の状態をチェックして、3歳時にHTLV-1抗体検査を実施する。

44

## 厚労省研究(板橋班)の現状の問題点

平成24年12月31日までの登録状況



【解説】

平成24年2～12月の登録数は146名  
 (WB法陽性者が113名、判定保留が33名)でした。  
 ・WB法陽性妊婦78名が選択した栄養法:短期母乳44名、人工栄養22名、  
 冷凍母乳5名、母乳栄養7名。  
 ・判定保留妊婦16名にPCR法が実施され3名が陽性、13名が陰性。  
 乳汁の選択:短期母乳5名、人工栄養2名、冷凍母乳2名、母乳栄養11名。

### 日本全国の研究登録施設数

北海道	1
東北	16
関東	20
甲信越・北陸・中部	13
近畿	9
中国・四国	9
九州	7
合計	75

45

## 本研究の現状の問題点および対策

- ・ 協力病院の不足等によって、妊産婦の負担がふえる可能性がある。  
⇒協力施設増加にむけて働きかけていく。
- ・ 九州各県などの流行地は、すでに行政および研究・医療機関が協力し、HTLV-1母子感染予防対策事業を確立しているところがあり、厚労省事業との両立が困難なところがある。  
⇒各県と連絡をとりながら調整を行っていく。

**よろしくご支援等お願い申し上げます。**

46