

HIV母子感染予防対策マニュアル

第9版 改訂追補版

～経膈分娩マニュアル～



2026年3月

令和7年度厚生労働科学研究費補助金エイズ対策政策研究事業

「HIV感染者の妊娠・出産・予後に関するコホート調査を含む疫学研究と情報の普及啓発方法の開発
および診療体制の整備と均てん化のための研究」班（研究代表者：吉野 直人）

研究分担「医療従事者へのHIV感染妊娠に関する情報の普及啓発と診療体制の整備と均てん化」班
（研究分担者：出口 雅士）

HIV 母子感染予防対策マニュアル

第9版 改訂追補版

～経膣分娩マニュアル～

本マニュアルは、「HIV 母子感染予防対策マニュアル第9版」の第V章周産期管理
1. 分娩方法（1-2；経膣分娩を選択する場合の留意点）を改訂追補したものである。

「HIV 母子感染予防対策マニュアル第9版」は2022年3月に発刊、「HIV 感染妊娠に関する診療ガイドライン第3版」は2024年3月に発刊している。

- 新生児に対する予防内服に関しては、「マニュアル第9版」ではなく「ガイドライン第3版」を参考にされたい。
- 抗HIV薬の選択に関しては、今回の「マニュアル第9版 改訂追補版」が米国ガイドラインを参照にした最新の更新である。

マニュアル電子版はこちら



執筆者一覧

令和7年度厚生労働科学研究費補助金エイズ対策政策研究事業

「HIV感染者の妊娠・出産・予後に関するコホート調査を含む疫学研究と情報の普及啓発方法の開発および診療体制の整備と均てん化のための研究」班

分担研究「医療従事者へのHIV感染妊娠に関する情報の普及啓発と診療体制の整備と均てん化」班

研究代表者：吉野 直人（愛知県立大学看護学部）

研究分担者：出口 雅士（神戸大学産科婦人科）

執筆者：兼重 昌夫（国立国際医療センター小児科）
北村 亜紗（三重大学産科婦人科）
定月みゆき（アルテミスウイメンズホスピタル）
白野 倫徳（大阪市立総合医療センター感染症内科）
杉野 祐子（国立国際医療センターエイズ治療研究開発センター）
田中 瑞恵（国立国際医療センター小児科）
出口 雅士（神戸大学産科婦人科）
鳥谷部邦明（三重大学産科婦人科）
中西美紗緒（国立国際医療センター産婦人科）
中西 豊（国立病院機構名古屋医療センター産婦人科）
中濱 智子（国立病院機構大阪医療センター看護部）
羽柴知恵子（国立病院機構名古屋医療センター看護部）
山田 里佳（JA 愛知厚生連海南病院産婦人科）
渡邊 英恵（国立病院機構金沢医療センター看護部）

執筆協力者：海老沢 馨（神戸大学感染症内科）
大路 剛（神戸大学感染症内科）
尾本 暁子（千葉大学産科婦人科）
喜多 恒和（農と科学の喜多研究所 / 奈良市総合医療検査センター）
五味淵秀人（吉田産科婦人科医院）
蓮尾 泰之（国立病院機構九州医療センター産婦人科）
濱田 佳伸（獨協医科大学埼玉医療センター / 防衛医科大学産科婦人科）
林 公一（国立病院機構関門医療センター）
千葉大学 助産師の皆さま
獨協医科大学埼玉医療センター 助産師の皆さま

はじめに

このたび『HIV 母子感染予防対策マニュアル』の経膈分娩に関する記載を大きく改訂し「HIV 母子感染予防対策マニュアル第9版 改訂追補版～経膈分娩マニュアル～」として発刊させていただくこととなりました。

既に諸外国では妊娠36週頃に血中HIV RNA量がほぼ検出感度未満であれば経膈分娩が推奨されるなか、2024年に発刊した「HIV 感染妊娠に関する診療ガイドライン」第3版では条件を満たせば経膈分娩が許容されること、ならびに、その条件を呈示いたしました。国内では条件を満たす女性に経膈分娩を実施した施設が複数あり、該当施設の現地調査などを行い、今回のマニュアルを作成いたしました。現地調査にご協力頂きました各位に改めて御礼申し上げます。

奇しくもこの間、我々は新型コロナウイルス感染症パンデミックを経験し、分娩時の感染予防対策については十分な経験を積んだはずであり、経膈分娩の条件を満たす患者さんでは適切な感染予防対策を行えば医療者の感染はまず起こらないものと考えられます。

本マニュアルが患者さんも医療者も安心してHIV感染女性の分娩を行うこと、患者さんが自らの意思で経膈分娩を選択した場合の対応がさらに多くの施設で可能となることの一助となれば幸いです。

また、今回のマニュアルは「HIV感染女性の分娩方法選択の説明書サンプル」などの関連資料を当研究班のホームページ経由でダウンロードしていただくことも可能なようにしております。是非、QRコードやPDF版の直リンクをご活用ください。

本マニュアルは今後もHIV診療の進歩と時代のニーズに即して改訂を行っていく予定です。お気づきの点などございましたらぜひお知らせいただきますよう、お願い申し上げます。

2026年3月

出口 雅士

1. 経膈分娩を選択する場合

諸外国のガイドラインではHIV RNA量が一定の基準以下であれば、経膈分娩を推奨している。しかし、わが国の産科診療の現状では、分娩の準備にかかる時間や夜間分娩時のスタッフ数の不足などを考慮すると、分娩方法の選択は慎重に行わなければならない。そこで以下にその基準を示した。『HIV感染妊娠に関する診療ガイドライン』（第3版）第5章第1項を参照されたい。

ガイドライン第3版 第5章第1項

要約

1. 妊娠36週時点で血漿HIV RNA量が検出感度以上の場合は、陣痛発来前の選択的帝王切開を計画する。
2. 分娩前（妊娠36週まで）にHIV RNA量が検出感度未満に抑えられている場合は、分娩施設における状況をふまえ、医療者と本人、パートナーとの相談により、あらかじめ分娩方法を決定する。

以下に経膈分娩を行う場合の必要条件を示す。

赤字はガイドラインの記載に本マニュアルにおいて追記した部分である

<施設の条件>

- ①原則としてエイズ治療拠点病院あるいは周産期母子医療センター（総合・地域）であること。
感染症と周産期管理ができる施設であれば必ずしもエイズ治療拠点病院である必要はない。
- ②産科、小児科、感染症内科、手術部および助産師、看護師、薬剤科、検査科などの協力体制ができており、分娩前後の母児の管理が十分に行える施設であること。

<患者の条件>

- ①妊娠36週までにHIV RNA量が検出感度未満に抑えられていること。

日本において経膈分娩を選択する場合には、安全を期して妊娠前からHIV RNA量が検出感度未満に抑えられていることが望ましいと考える。（その結果として母子感染が成立しなかったという国内でのエビデンスが集積されれば、「妊娠前から、HIV RNA量が検出感度未満に抑えられている」との条件は不要として良いのではないかと考えている。）

なお、諸外国の報告からは妊娠36週までにHIV RNA量が検出感度未満に抑えられていれば産道感染はほぼないと考えられるため、「妊娠前からHIV RNA量が検出感度未満に抑えられていること」は経膈分娩の絶対条件ではない。

【解説】

諸外国では、妊娠36週までに血中HIV RNA量が検出感度未満に抑えられていることを経膈分娩の条件としていることが多い。通常36週までにHIV RNA量が検出感度未満に抑えられていれば経膈分娩での母児感染はほぼない。2025年のメタアナリシス (Dugdale CM et al. Lancet. 2025;406:349-357) では約82,723組のHIV感染母体と児のペアが解析され、母子感染率は分娩直前のHIV RNA量により

HIV RNA 量	母子感染率 (95% CI)	調整済相対リスク (95% CI)
50コピー/mL未満	0.2% (0.2-0.3)	1とすると
50～999コピー/mL	1.3% (1.0-1.7)	6.3倍 (3.9-10.3)
1,000コピー以上/mL	5.1% (2.6-7.9)	22.5倍 (13.9-36.5)

と報告されている。さらに、妊娠前から抗HIV治療を受けた4,675名の女性を対象としたサブ解析では、分娩直前のHIV RNA量が50コピー/mL未満の場合、周産期感染はゼロ (0%、95%CI 0.0-0.1) と報告している。

分娩直前のHIV RNA量が1,000コピー/mL未満では有意差はないもののHIV RNA量が1,000コピー/mL以上、50以上1,000コピー/mL未満、50コピー/mL未満の順に周産期の母子感染リスクが低下すること、妊娠前からHIV RNA量が検出感度未満を維持していた例では妊娠期間を通しての母児感染はほぼ成立しないことが確認されていることを考えると、抗HIV療法により分娩直前のHIV RNA量が検出感度未満 (日本では20コピー/mL未満) であれば、HIVの産道感染はほぼ成立しないと考えられる。

ただし、妊娠経過中にHIV RNA量が感度未満とならない期間があった症例では胎内感染のリスクが否定できず、現時点では出生児がHIVに感染していた場合、胎内感染か経産道感染のどちらによるものかを明確に証明する方法がないことから、ここでは妊娠期間を通してHIV RNA量が感度未満である症例を経膈分娩の「良い適応」とした。

- ②妊娠中・分娩後を含め、定期的な感染症内科・産科・小児科受診に対して協力的であること。
- ③産科的な経膈分娩の適応を満たし、本人とパートナーに経膈分娩の強い希望があること。
- ④産科的な適応以外に、社会的・施設的な条件の変化によって分娩方法が変わりうること、ならびに緊急帝王切開のリスクなども理解し、誘発のタイミング、破水時の対応、帝王切開のタイミングについては施設の方針に従うことに同意していること。
- ⑤以上をふまえ、本人とパートナーに対して経膈分娩の利益と危険性についてあらかじめ施設から説明を行い、文書による同意を取得していること。

【参照】分娩方法説明同意書サンプル
(各施設で適宜改変して使用可能)



妊娠36週までに上記が整っていても、37週未満の早産時期の陣痛発来、破水は基本的には帝王切開分娩が望ましい。しかし、以下のような場合は、やむをえず経膈分娩を考慮することもある。

- a) 妊婦健診を一度も受けないまま、陣痛発来や破水で突然来院し、分娩直前にHIV感染が判明。
- b) 選択的帝王切開術の予定日前に陣痛発来し、分娩の進行が早く帝王切開術が間にあわない。
- c) 選択的帝王切開術についての同意が得られない。

感染症に対する一般的な対応（スタンダードプリコーション）

HIVということで特別な暴露予防対策は必要なく、HBVやHCVなどの感染症と同様、血液や体液の暴露による医療スタッフの感染を防ぐためにはスタンダードプリコーションを徹底すればよい。ただ経膈分娩という状況において緊急であることが多いことや患者が安静を保てないことなど血液や羊水などの体液に触れる機会が多い。普段の経膈分娩介助から、スタンダードプリコーションを意識しながら徹底しておくことが重要である。

【解説】分娩時PPEの工夫（HIV感染妊婦だけでなくHBV、HCV感染妊婦でも同様）

分娩時は羊水や血液などの体液曝露が生じやすく、感染予防対策が重要である。

皮膚表面に付着した体液から感染することはないが、粘膜に体液が付着すると感染リスクにつながるため、ゴーグルやマスクの着用が特に重要である。

ガウンやシューズは防水性のあるPPEの使用が望ましいが、ない場合はガウンの下に長袖のビニールエプロンを装着すると着衣に体液がしみてくるリスクを排除できる。シューズについても、防水性の高いシューズカバーの使用、シューズカバーの下にビニール袋を履くなどで汚染をより予防出来る。現場で使用可能な物品を活用して暴露リスクをさらに低下させることができる。

あわせて、汚染されたPPEを安全に廃棄できる動線も分娩前に考えておくことよい。

経膈分娩を選択した際に各施設で確認しておくこと

- 院内感染対策（院内感染予防）マニュアル等の確認
- 曝露（針刺し時など）後予防内服薬の在庫
- 計画分娩を予定する場合、破水、陣発等にて緊急入院となった際の対応
〔妊娠37週以降であれば前期破水時も基準を満たしていれば経膈分娩で出産しても問題ない（ガイドライン参照）〕
- 夜間・休日に分娩となった場合の体制や薬剤部、小児科、検査部への連絡体制
- 無痛（和痛）分娩の可否について〔和痛分娩も選択しうる〕

- 分娩の際のバックアップスタッフ（医師、助産師等）
〔バックアップスタッフを置くかどうかは、施設の考えによる。最近経膣分娩を実施した施設や、以前から帝王切開分娩を実施している施設においても、明確にバックアップスタッフが確保されている例は少なく、必須条件ではない〕
- 緊急帝王切開となった場合の対応

経膣分娩時の対応と注意点

経膣分娩を選択する場合、医療スタッフ全体で準備が必要となる。感染対策や薬剤管理、緊急対応の体制が整っていることが求められる。特に、分娩時の母子感染予防策、適切な薬剤の準備と投与、関係各科との連携など、計画的かつ柔軟な対応が重要となる。

2. 経膣分娩を選択した場合の各科・部門の対応

次ページに各科・部門の対応について、時系列に沿って表に示す。

本項は表の内容を文章にまとめたものである

1) HIV陽性母体の産科外来初診時～母体入院前


《関与する全員が確認しておくべきこと》

- 「院内感染対策／院内感染予防マニュアル」等といった院内共通の指針（各医療機関の実態に応じた院内感染対策のための指針の作成が義務づけられている）を確認
- 血液・体液による針刺し、切創、皮膚・粘膜曝露予防対策や曝露後のフローチャートをあらかじめ確認しておき、万が一の際の対応策についても理解しておく。
- HIVについて記載されている項目について確認する。

《産科医師・助産師》

- 妊娠前のHIV感染状況の確認（血中HIV RNA量、CD4等）
- 各科部署（表参照）への連絡
- 各科部署との連携、合同カンファレンス設定
- 分娩方法の選択（帝王切開か経膣分娩か）について決定
➤ 分娩方法の選択についての説明・同意書のサンプルは研究班ホームページからダウンロードできます（各施設で適宜改変して使用可）
- 経膣分娩の場合は計画分娩か自然待機か等（帝王切開の場合は予定時期等）をあらかじめ決定



	産科医師	産科助産師	新生児担当看護職	小児科医師	感染症内科/ICT	薬剤部	麻酔科/手術部門	臨床検査部門	
初診時 — 母体入院前	「院内感染対策/院内感染予防マニュアル」等といった院内共通の指針 (各医療機関の実態に応じた院内感染対策のための指針の作成が義務づけられている)を確認						・HIVについて記載されている項目について確認 ・血液・体液による針刺し・切創、皮膚・粘膜曝露予防対策や曝露後の対応をあらかじめ確認 → 万が一の際の対応策について理解		
	妊娠前のHIV感染状況の確認(血中ウイルスRNA量、CD4等)								
					妊娠前のcARTや他の内服薬についての確認 妊娠中の内服についての確認				
	新生児 HIV-RNA 定量検査の実施手順確認(◎1)						◎1 たとえば検査会社Xに外注する場合は1回の検査に必要な最低検体量は血漿0.7mL ⇒ 全血2.0~2.5mLを専用スピッツに入れる 専用スピッツで冷蔵保存【凍結禁】すると6日間安定(遠沈の有無に係らず) → 長期休業前後の予定日の際は計画分娩する必要があるかを判断	新生児 HIV-RNA 定量検査対応の確認 (特に夜間休日の対応について)	
	各担当部署への連絡 ・各科、部署との連携 ・合同カンファレンス設定								
	分娩方法の選択について決定 ・経膈分娩の場合は計画分娩か 自然待機か等 帝王切開の場合は予定時期等		母(と父もしくはパートナー)に 児への垂直感染予防についての説明		未承認薬使用予定届等の提出、 未承認薬使用の院内審査(★2) ～ 余裕を持って院内倫理手続きを!～		★2 未承認薬使用の同意書はAZTシロップ等を入手したときに付けてくる。 未承認薬使用予定届等は、はじめてHIV妊婦を受け入れる施設で、 院内倫理規定に則って未承認薬使用を申請し、許可を受ける必要がある。 (手続きについては、QRコードから「エイズ治療薬研究班ホームページ」 をご確認ください)		
	経膈分娩での分娩について 同意取得(★1)		児に対する未承認薬使用の同意取得(★1)		未承認薬使用の同意書を確認(★2)				
	緊急CSとなった場合の対応検討 (経膈分娩を選択しても、緊急CSとなる場合もある)								
	★1 同意書サンプルは研究班 ホームページからダウンロードできます (下のQRコード参照)		分娩時の対応、出生後の診察や手順について検討 (原則通常対応で良いが、新生児科医の立ち会いの有無など)		産後の内服についての確認(★3)		★3 変更があるのかそのままなのか、産後は忙しいのであらかじめ考えておくとスムーズ		
					抗HIV薬を受け取る(厚労省研究班から)(★4)		★4 妊娠32週を目処に入手すると3月後は40週(0日)で生まれたとして生後4週のAZT 内服終了 (経膈分娩基準を満たす例では2週~4週間の内服)までちょうどもつこととなる。 (切迫兆候の有無を共有して必要なら早く入手する) 入手量などは、本文「# 薬剤の準備について」参照		
				届いた薬剤の使用期限が、分娩予定日の3か月以降であることを確認(★4)		届いた薬剤の使用期限の確認			
母体入院時	各担当部署への連絡								
			分娩時対応、出生後の診察や手順について確認						
			薬剤部に抗HIV薬が確保されているか再確認		未承認薬使用予定届等、未承認薬を使用できる院内 手続き(院内倫理審査等)が終了していることを確認				
	経膈分娩の同意書確認		児に対する未承認薬使用の同意書確認						
新生児 HIV-RNA 定量検査の実施手順再確認(◎1)						新生児 HIV-RNA 定量検査対応の再確認 (特に夜間休日の対応について)			
緊急CSとなった場合の対応確認									
分娩時	分娩時対応(分娩介助、新生児蘇生、新生児処置等) 標準感染予防対策をとり、通常通り母体、新生児に対応						※1 AZTシロップ[Zidovudine syrup(10mg/ml)]内服の際の用法用量 12時間毎 4mg/kg/回(1回に児体重1kgあたり0.4ml)内服(生後4週まで)		
	出生直後に児に付着した血液をできる だけふき取る(沐浴は必須ではない)						【開封後の使用期限】開封後常温にて4週間保存可能 → 240mL/瓶あるため通常は1瓶で十分な量がある		
	児のID取得								
出生後			抗HIV薬内服前に HIV-RNA 定量検査を行う		(上記◎1参照)		※2 AZT注射薬[Retrvir注(200mg/20ml/V)]を新生児に点滴する場合の用法用量 12時間毎 3mg/kg/回 点滴静注(1回量は内服の75%)		
	生後12時間以内に抗HIV薬を開始する ・原則内服(※1) ・内服できない場合は点滴静注(※1)						【開封後の使用期限】開封後冷所(2-8℃)で24時間保存可能 → 目安として児への点滴投与では1日1バイアル必要		
						《実際の投与例》 児体重1kgあたり0.3mlのAZT注射液原液に 児体重1kgあたり0.7mlの5%ブドウ糖液を加えて希釈し、 総量として児体重1kgあたり1mlとしたものを30分かけ投与			
退院時	退院処方等の確認		・母体の産後のcARTや他の内服薬について確認、服薬指導 ・退院後の児の抗HIV薬内服について母親に説明、指導				点滴投与の際はAZT 4mg/ml以下となるよう糖液で希釈する必要がある。 ここで呈示した例の希釈方法では3mg/mlとなる		

《感染症内科等(担当の内科、ICTチームなど)》

- 妊娠前のHIV感染状況の確認(血中HIV RNA量、CD4等)
- 妊娠前のcARTや他の内服薬についての確認
- 妊娠中の内服についての確認
- 産後の内服についての確認(変更があるのかそのままいくのか、産後は忙しいのであらかじめ考えておくとスムーズ)

《小児科(新生児管理対応部署) 医師、看護スタッフ》

- 母(と父もしくはパートナー)に児への垂直感染予防についての説明
- 児に対する未承認薬使用について説明し同意書を取得
 - ▶ 児に対する未承認薬使用の同意書は、エイズ治療薬研究班から抗HIV薬を受け取った際に添付されてきます。
- 分娩時の対応についての確認
(原則通常対応で良いが、新生児科医の立ち会いの有無など)

《薬剤部または感染症内科等》

- 右のQRコードからエイズ治療薬研究班のホームページにアクセスし「薬剤申請はこちら」をクリックして「薬剤提供システムの概要説明」を確認し、必要な事前手続きを把握する。
- はじめて受け入れる施設では院内倫理規定に則った未承認薬使用の承認等の手続きが必要 → あらかじめ院内で調整して事前申請しておく。
- 治療薬研究班薬剤申請WEBシステムにおいて必要な事前手続きを行う。
(上記倫理手続きにより施設長承諾書、念書等が作成できる)
- 未承認薬使用の同意書を確認
- 抗HIV薬を受け取る。(厚労省研究班から)
 - ▶ 右上のQRコードからエイズ治療薬研究班のホームページにて取り寄せ
静注薬: Retrvir 注(200mg/20ml/V) 3~4バイアル
内服薬: Zidovudine syrup (10mg/ml) 1瓶
 - ★ 準備するバイアル数は入手する医療機関が指定する。
入手する量の詳細については下記「# 薬剤の準備について」参照
 - ★ 妊娠32週を目処に入手する。
(切迫兆候の有無を共有して必要なら早く入手)
- 届いた薬剤の使用期限が、分娩予定日の3か月以降であることを確認する。
(★ 児は生後2週間から4週間AZTを内服する)



《麻酔科、手術部》

- 経膈分娩を選択しても、緊急帝王切開となる場合もあるため
緊急帝王切開となった場合の麻酔科、手術部の対応につき確認

《臨床検査部門》

- 新生児 HIV-RNA 定量検査の実施手順確認
特に夜間休日対応について 下記解説参照

【解説】新生児 HIV-RNA 定量検査における注意点

新生児検査は12時間以内の抗HIV薬投与前の検査結果が重要となる。よって、夜間・休日では採血検体採取後、検査提出前に抗HIV薬投与が開始となる可能性がある。その際の検査精度を一定程度担保するためには事前調査が必要である。

たとえば検査会社XにHIV-RNA定量検査を外注する場合は、

1回のアッセイに必要な最低検体量は血漿0.7 mL

⇒ 全血2.0～2.5mLを専用スピッツに入れる

専用スピッツにいれ冷蔵保存すると6日間安定（遠沈の有無にかかわらず）

※全血凍結厳禁

上の例に相当する情報を各施設の検査部門とともに外注検査会社等に照会して把握しておく。

→ 長期休業の際はその前に計画分婉する必要があるかなどの判断材料となる

2) 母体入院時

《産科医師・助産師》

- 各科部署（表参照）への連絡

《小児科（新生児管理対応部署）医師、看護スタッフ》

- 出生後の診察や手順の確認
- 薬剤部に抗HIV薬が確保されているか再確認、未承認薬使用の同意の再確認

《薬剤部または感染症内科等》

- 薬剤を使用できる手続きが終了しているか（院内倫理審査）等確認

《臨床検査部門》

- 新生児 HIV-RNA 定量検査の実施手順再確認
特に夜間休日対応について

上記 【解説】新生児 HIV-RNA 定量検査における注意点 参照

《麻酔科、手術部》

- 緊急帝王切開となった場合の麻酔科、手術部の対応につき確認

3) 分娩時

《産科医師・助産師 / 小児科 (新生児管理対応部署) 医師、看護スタッフ》

- 分娩時対応 (標準感染予防対策をとり、通常通りの母体への対応を行う)
- 感染予防対策をとり、通常通りの新生児への対応、蘇生を行う
- 児のID取得
- 児の入院先は各施設の状況で判断
- 出生直後はできるだけ血液をふき取る (沐浴は必須ではない)

4) 出生後

《産科医師・助産師 / 小児科 (新生児管理対応部署) 医師、看護スタッフ》

- 抗 HIV 薬内服前に血液検査を行う
11 頁の 「【解説】新生児 HIV-RNA 定量検査における注意点」 参照
- 12時間以内に抗 HIV 薬を内服させる (AZT シロップ 右の※1 参照)
- 内服できない場合は静注開始する 右の※2 参照
- 児が退院する際の退院処方等の確認

5) 退院時

《感染症内科等 (担当の内科、ICT チームなど)》

- 産後の cART や他の内服薬についての確認、指導
- (児の抗 HIV 薬内服について確認、指導)

《産科医師・助産師 / 小児科 (新生児管理対応部署) 医師、看護スタッフ》

- 母体の内服薬確認
- 児の抗 HIV 薬内服について確認、指導

3. 児へのAZT投与時の注意点

AZTの開封前と開封後の使用期限、注射薬の調製方法

- 厚労研究班から取り寄せたAZT静注薬およびシロップの使用期限が、分娩予定日から約3か月以上先であることを確認する（使用期限が迫っている場合がある）。

- ※1 AZTシロップ〔Zidovudine syrup (10mg/ml)〕内服の際の用法用量
12時間毎 4mg/kg/回 (1回に児体重1kgあたり0.4ml) 内服 (生後4週まで)

【開封後の使用期限】開封後常温にて4週間保存可能
→ 240mL/瓶あるため通常は1瓶で十分な量がある

- ※2 AZT注射薬〔Retrvir注 (200mg/20ml/V)〕を新生児に点滴する場合の用法用量
12時間毎 3mg/kg/回 点滴静注 (1回量を内服の75%とする)
《実際の投与例》児体重1kgあたり0.3mlのAZT注射液原液に児体重1kgあたり
0.7mlの5%ブドウ糖液を加えて希釈し、総量として児体重1kgあたり
1mlとしたものを30分か投与

【重要】点滴投与の際はAZT 4mg/ml以下となるよう糖液で希釈する必要がある。
ここで呈示した希釈方法では3mg/mlとなる。

【開封後の使用期限】開封後冷所 (2-8℃) で24時間保存可能
→ 目安として児への点滴投与では1日1バイアル必要
取り寄せバイアル数は各機関で指定するため、A病院では毎回4バイアルを
取り寄せている。通常、本州であれば2営業日で薬剤が届く。新生児一過性多呼吸
で挿管となった場合、その時点でさらに4バイアルを取り寄せるようにしている。
各施設で取り寄せを行った際に何営業日で届くかも把握しておくとい。

4. 母乳への対応

ガイドライン第3版 第8章第1項

要約

1. 母体の抗HIV療法の実施状況やCD4数、HIV RNA量にかかわらず、児へは人工乳を与える。
2. 止乳のためにカベルゴリンを使用する。

2025年6月改訂の米国のガイドラインでは、母体のHIV RNAが検出感度未満の場合の授乳によるHIV母子感染のリスクは1%未満であるが、ゼロではない。そのため、母乳の推奨はしないが可能とする場合もあるとしている。また、授乳中にHIV RNAが検出された場合、授乳中に乳腺炎や乳首からの出血が見られる場合などは母乳育児を中止または中断する必要があるとしている。英国ではさらに母子ともに下痢や嘔吐がなく消化器官が健康であることも母乳育児が安全であることの条件の一つである。2025年のメタアナリシスでも妊娠前から適切な抗HIV療法を受け、分娩直近のHIV RNA量が50コピー/mL未満の女性の母子感染率はゼロ(0%, 95%CI 0.0-0.1)であるのに対し、直近のHIV RNA量が50コピー/mL未満の女性においても月あたりの産後の児の感染率は(0.1%, 95%CI 0.0-0.4)と報告されている。

母体のHIV RNAが検出感度未満の場合でも、母乳育児は産道感染(ほぼゼロ)よりも児の感染リスクが高くなると考え、日本においては、母体のHIV RNAが検出感度未満の場合でも、母乳は推奨せず人工乳を推奨する。

なお、発展途上国などでは金銭上または物流上の問題から母乳育児が行われている場合がある。前児を母乳育児して児が感染していない例などでは、今回、人工乳育児とするか母乳育児とするかについて、母親が選択するうえでの意思決定支援を行う。

意思決定支援にあたっては、各国におけるHIV感染褥婦の母乳に関する資料を参考にされたい。

【母乳関連資料：オンライン版のマニュアルでは各資料にリンクしています】

米国 HIVと母乳育児 | 授乳に関する特別な事情 | 疾病管理予防センター

<https://www.cdc.gov/breastfeeding-special-circumstances/hcp/illnesses-conditions/hiv.html>

豪州 オーストラリアにおけるHIV陽性女性のための母乳育児

<https://womenlivingwell.org.au/wp-content/uploads/2021/11/NAPWHA-Living-Well-Breastfeeding-for-Women-living-with-HIV-Community-Resource-2021-web.pdf>

英国 HIVと母乳育児

https://missionmrcog.com/home/images/Library/BASHH_BHIVA_Guidelines/004_HIV&Breast_feeding_bhiva.pdf

2025年の系統的レビューとメタ解析

母体のウイルス量が周産期および出生後のHIV感染に及ぼす影響の推定

[Dugdale CM et al. Lancet. 2025; 406:349-357](#)

5. 抗 HIV 薬の推奨度（2026年3月改訂版）

ガイドライン3版 3章2項の表1の代替 マニュアル3章2の1の表5の代替
主に使用される抗 HIV 薬とその安全性

推奨度	インテグラーゼ 阻害薬 (single tablet regimenを含む)	プロテアーゼ 阻害薬 (single tablet regimenを含む)	非核酸系逆転写 酵素阻害薬 (single tablet regimenを含む)	核酸系 逆転写酵素阻害薬	その他
推 奨	BIC/TAF/FTC (ビクタルビ) DTG (テビケイ)			TAF/FTC (デシコビHT) TDF/FTC (ツルバダ) TDF+3TC (ピリアード +エビビル)	
代 替	DTG/ABC/3TC (トリメク) RAL 400mg bid (アイセントレス)	DRV+rtv (プリジスタ +ノービア)	RPV (エジュラント) TAF/FTC/RPV (オデフシイ)	ABC/3TC (エプジコムまたは ラバミコム) AZT/3TC (コンビビル)	
根 拠 不 十 分 ま た は 非 推 奨	DTG/3TC (ドウベイト) DTG/RPV (ジャルカ) CAB+RPV (ボカブリア +リカムビス) ※持効性注射薬 EVG/cobi/TAF /FTC (ゲンボイヤ) RAL 1200mg QD (アイセントレス)	LPV/r (カレトラ) DRV/cobi (プレジコビックス) DRV/cobi/TAF /FTC (シムツーザ)	DOR (ピフェルトロ)		MVC (シーエルセントリ) ※CCR 阻害薬 LEN (シュンレンカ) ※カブシド阻害薬

Recommendations for the Use of Antiretroviral Drugs During Pregnancy and Interventions to Reduce Perinatal HIV Transmission in the United States: Updated June 12, 2025,
<https://clinicalinfo.hiv.gov/en/guidelines/perinatal/whats-new>より作成

注) 不十分および非推奨の項目に記載されている薬剤については、妊婦におけるデータが不十分である点や、副作用、服用の簡便さの点で推奨されないが、抗ウイルス効果については十分なエビデンスがあり、これらの薬剤を使用していたという理由で妊娠を中断する必要はない。

おわりに

コロナ禍を経て感染症への考え方は医療者にとっても変化してきました。よくわからないものは怖いという時代ではなく、スタンダードプリコーションを実施しすべての感染症にいつでも対応できるようにするという考え方が普及してきたように感じます。今回は、2022年発刊のHIV母子感染予防対策マニュアル第9版から約4年経過し、分娩方法の選択肢の一つである経膈分娩についての改訂追補版となります。経膈分娩の基準を満たせば、スタンダードプリコーションを実施し対応するというのが基本で、細かいマニュアルではありません。ただ、はじめてHIV感染妊娠に対応する施設でも困らないように馴染みのない抗HIV薬についての使い方や、入手の仕方、自施設での申請の仕方などを載せています。

また最新の米国のガイドラインを参照に抗HIV薬の推奨度ものをせておりますので、薬に関してはHIV感染妊娠に関する診療ガイドライン第3版よりも最新のものとして参照してください。

HIV感染妊娠に関わるすべての医療者の一助となれば幸いです。

ご不明な点やご質問等ありましたら下記問い合わせ先へご連絡いただけますようお願いいたします。

2026年3月

山田 里佳

《問合せ先》

令和7年度厚生労働科学研究費補助金エイズ対策政策研究事業

研究分担

「医療従事者へのHIV感染妊娠に関する情報の普及啓発と診療体制の整備と均てん化」班

研究分担者：出口 雅士（神戸大学 産婦人科）

〒650-0017 兵庫県神戸市中央区楠町7丁目5番1号

TEL：078-382-5111（代表）

E-mail：deguchi@med.kobe-u.ac.jp



HIV母子感染予防対策マニュアル 第9版 改訂追補版

～ 経膈分娩マニュアル ～

発行日：2026年3月2日

著者・発行者：

令和7年度厚生労働科学研究費補助金エイズ対策政策研究事業

「HIV感染者の妊娠・出産・予後に関するコホート調査を含む疫学研究と情報の普及啓発方法の開発および診療体制の整備と均てん化のための研究」班（研究代表者：吉野 直人）

研究分担「医療従事者へのHIV感染妊娠に関する情報の普及啓発と診療体制の整備と均てん化」班（研究分担者：出口 雅士）

【HIV感染妊娠と母子感染予防 <https://hivboshi.org>】

