

臓器移植普及推進月間(10/1~10/31)にちなんで



(医) 八重瀬会同仁病院 泌尿器科 血液浄化療法センター 宮里 朝矩

先日臓器移植をテーマしたドキュメントにて、脳死状態と診断されている患者様を見て、脳死倫理委員会の一人が「呼吸をしている、体温が高い、これはとても人の死とは言えない」という話をされていた場面を観ました。

1997年に脳死法案が開始されてもなお脳死を人の死と感覚的に認められない人々が多いのに愕然としました。

ところで脳死とはいったいどういう状態のことなのでしょう。(東大附属病院組織バンクよりの引用) もう十分にいられていることと思うのですが、植物状態では、大脳と小脳は死んでいますが、脳幹は生きています。ですから、植物状態の人は、自分で話したり起きたりすることはできませんが、心臓は動いているし、呼吸も自分でできることが多いのです。ですから、眠ったように見えるのです。治る可能性もあります。対して、脳死の状態では、大脳と小脳だけでなく、脳幹も死んでしまっています。全ての働きがなくなってしまったので、現代の医学では二度と元には戻りません。更に、自分で呼吸ができないので、人工呼吸器をつけないと呼吸ができません。呼吸ができないと、心臓も止まってしまう、心停止になります。

人工呼吸器をつけていれば、心臓は動くことができますが、長い間この状態は保つことはできません。ですから必ず死を迎えるのです。

しかし、現在、日本ではまだ多くの人の間で、心停止が人の死であるという認識が強いと思います。心臓の鼓動が聞こえなくなり、身体も冷たくなった、つまり心停止の状態が死であると考ええるということです。

臓器移植は、脳死は人の死であるという考え

のもとに行われています。

心停止の人の臓器は、摘出した時に臓器の循環が不安定かあるいは停止しているため、臓器活性度が落ち、当然移植後の機能の回復不全につながってしまうため、移植に使うことはできません。そこで、もう一段階前の状態、つまり脳死の状態で臓器を摘出することができれば、その臓器は移植に使うことができるのです。そしてその臓器は、多くの人の命を助けます。

しかし、ひとつ確かに言えることは、組織移植も臓器移植も、提供したご本人、及びそのご家族の尊い意思の上になりたっており、治療法がなく絶望的と言われた患者様の多くの命を救っているという事です。

10月は臓器移植推進月間であります。この際何故日本の移植は少ないのか？(このことについて移植患者連絡協議会のホームページより引用)

我が国の移植医療は、ほぼ諸外国と同時期に始められ、79年には腎臓と角膜の移植にかかわる法律も制定されましたが、現在では欧米諸国及びアジア近隣諸国に比べ提供数において、大きく差ができてしまいました。

97年10月に臓器移植法が施行され、脳死下での提供による心臓、肝臓、肺、すい臓、小腸等の移植が出来るようになりました。しかし、ようやく増加し始めたといっても2004年度は、脳死下で提供された方は5人、心停止下で腎臓提供をされた方は90人でした。

この原因は、いくつか考えられますが救急施設もその一つと考えられます。

新聞報道によりますと40%の施設では脳死

判定を行っていません。

心停止後の提供であっても、腎臓移植をするためには、ほとんどの場合脳死を経なければなりません。

アメリカの救急医には、脳死になった患者家族への、臓器提供の意思の確認が義務づけられています。

内閣府による04年の世論調査によると約10%の方が意思表示カードを所持し、その6割の方が脳死下での提供にサインされています。それから推定しますと年間数百人の方が脳死下で提供されてもおかしくないのです。

提供指定施設外で亡くなる方もたくさんいらっしゃいます。この方々の意思をいかす方法も考えなければなりませんし、提供指定施設では救急医が必ず連絡し、コーディネーターが家族に提供意思の確認をするようになれば、もっと提供したい方の意思をいかすことができるでしょう。

移植医療は、情報を常にオープンにし、個人が自己の意思を明確にすることが大切です。さらに、一人ひとりの意思を尊重し、それを必ずいかすシステムが必要です。

数年前から提供病院開発事業としてドナーアクションプログラムが実施され、オプション提示をする施設は確実に増加していますが、これだけでは効果が不十分だと思われます。やはり移植医療の推進には、一般の移植医療への関心を高め、一人ひとりが臓器移植について自分自身の問題として考えていただくことが必要です。

臓器移植という言葉は、ほとんどの方に知られるようになりましたが、臓器移植に関する情

報が正しく伝えられているとはいえません。

先の世論調査では80%の方が臓器移植に関する情報が十分でないという回答をしています。

国及び地方自治体は、これから常に臓器移植に関する情報を広く発信し続けることが必要です。

このことが達成されるならば日本の移植医療は大きく前進することと思います。

最後に最近移植学会で脳死移植ドナーの家族の講演がありましたので紹介したいと思います。その内容は息子さんが帰らぬ人と診断され、ドナーカードを所持していたことより、息子の意志を重んじて、臓器移植を選択されたということでした。ところが、これまで治療していた医療従事者が助ける側から、今度は息子を物のように扱うような態度に変わったことで、言いようのない後悔の気持ちをもったようです。医療従事者にはそんな気持ちは無く、迅速な臓器摘出を思うあまりに誤解を招くような態度がでたのかもしれませんが、それは息子を失ったご両親にはとても辛い出来事だったと思います。家族にそのような気持ちを抱かせるような医療は絶対にしてはいけないと、大いに反省を促された講演でありました。

移植医療は、ドナーの健康、ドナーの家族の精神的な安らぎを与えないかぎり本当の社会的医療に発展しないと考えます。われわれ移植医療に携わる医療従事者は、常に崇高で、感謝の気持ちを持って今後もドナーとドナーの家族に対応していかなければならないと思います。

乳幼児突然死症候群 (SIDS) 対策 強化月間 (11/1～11/30) について



沖縄県立中部病院 小児科 小濱 守安

はじめに

乳幼児突然死症候群は、何の予兆や既往歴もないまま乳幼児に突然の死をもたらす疾患である。乳児の死亡原因の上位を占めていることから、その発生の低減を図るための対応が強く求められている。厚生労働省は平成11年度より11月を乳幼児突然死症候群対策強化月間と定め、乳幼児突然死症候群に対する社会的関心の喚起を図るとともに、重点的な普及啓発活動を実施してきた。11月を対策強化月間と定める理由は、12月以降の冬期に乳幼児突然死症候群が発生する傾向が高いことから、発生の予防に対する普及啓発を重点的に行う必要があるためである¹⁾。平成20年度も同様に、11月の対策強化月間を中心として、乳幼児突然死症候群の予防に関する取組の推進を図る。

乳幼児突然死症候群とは？

乳幼児突然死症候群は、生後2～5ヶ月児に多く、大部分が6ヶ月未満であるが、2歳までは発症する可能性がある。年々、発症は減少傾向にはあるが、2006年においては全国で194人の発

症があり、1歳未満乳児の死亡原因の第3位となっている(図1)²⁾。発症頻度は、出生4,000人に1人と推定され、乳児死亡の約6%を占める。

定義

平成17年厚生労働科学研究(子ども家庭総合研究事業)「乳幼児突然死症候群の診断のためのガイドライン作成およびその予防と発症率軽減に関する研究」において、乳幼児突然死症候群を、「それまでの健康状態および既往歴からその死亡が予測できず、しかも死亡状況調査および解剖検査によってもその原因が同定されない、原則として1歳未満の児に突然の死をもたらした症候群。」と定義し、診断に際しての留意事項として

- 1) 原則として新生児期を含めて1歳未満とする。
- 2) 診断は剖検に基づいて行い、解剖がなされない場合および死亡状況調査が実施されない場合は、死亡診断書(死体検案書)の分類は「不詳」とする。
- 3) 乳幼児突然死症候群(SIDS)は一つの疾患単位であり、診断のためには、乳幼児突然

死症候群以外の疾患および窒息や虐待などの外因死との鑑別診断が必要である。

- 4) 外因死の診断には死亡現場の状況および法医学的な証拠を必要とする。また、虐待等意図的な窒息死は鑑別が困難な場合があり、慎重に診断する必要がある。

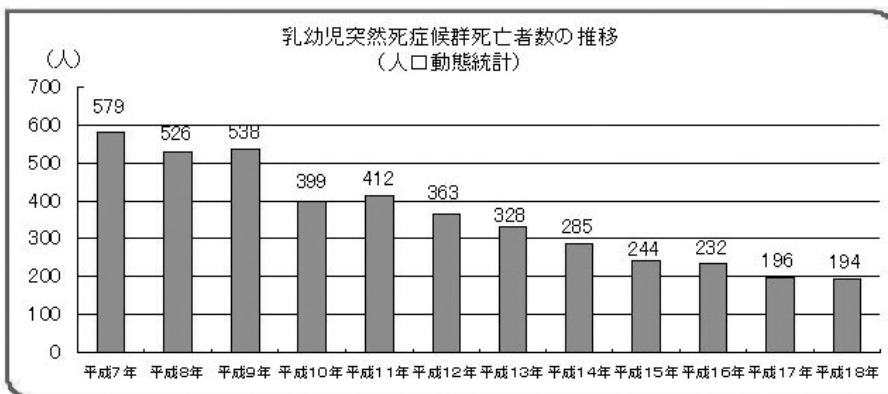


図1. 乳幼児突然死症候群死者数の推移
(<http://www.mhlw.go.jp/houdou/2007/10/h1031-2.html>)

原因と危険因子

乳幼児突然死症候群の発症原因は、脳における呼吸循環調節機能不全が原因と考えられているが、単一の原因で起こるかどうかの点も含め、未だに不明である。正常児では無呼吸による低酸素状態が起こると呼吸中枢が刺激されて覚醒反応が起こる。しかし乳幼児突然死症候群児では無呼吸による低酸素状態が逆に呼吸中枢の抑制を引き起こし、さらに無呼吸を促進すると考えられ、悪循環に陥り死亡すると推察されている。早産や低出生体重の乳児、秋から早春にかけての寒い季節に発生が多いとの報告もある。発症の危険因子として、(1) うつぶせ寝、(2) 人工栄養保育、(3) 妊婦および養育者の喫煙などが乳幼児突然死症候群発生の危険性を相対的に高めるとの結果が得られている。乳幼児突然死症候群発症の危険性を低くするための留意点として

(1) 赤ちゃんを寝かせるときは、あおむけ寝にする⁴⁾。

うつぶせ寝に関しては表に示すように諸外国でうつぶせ寝をやめることにより、乳幼児突然死症候群の著明な減少が得られている³⁾。

うつぶせ寝が乳幼児突然死症候群を引き起こすものではないが、医学上の理由でうつぶせ寝をすすめられている場合以外は、

赤ちゃんの顔が見えるあおむけに寝かせるようにする。

乳幼児突然死症候群(SIDS)の診断の手引き

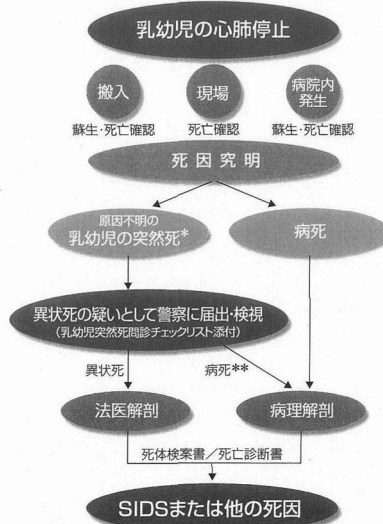
乳幼児突然死症候群(SIDS)に関するガイドライン

厚生労働省SIDS研究班(平成18年6月)

<http://www.mhlw.go.jp/houdou/2005/04/h0418-1.html>

- 定義** それまでの健康状態および既往歴からその死亡が予測できず、しかも死亡状況調査および解剖検査によってもその原因が同定されない、原則として1歳未満の児に突然の死をもたらした症候群。
- 疾患概念** 主として睡眠中に発症し、日本での発症頻度はおおそ出生4,000人に1人と推定され、生後2ヵ月から6ヵ月に多く、稀には1歳以上で発症することがある。
- 診断** 乳幼児突然死症候群(SIDS)の診断は剖検および死亡状況調査に基づいて行う。やむをえず解剖がなされない場合および死亡状況調査が実施されない場合は、診断が不可能である。従って、死亡診断書(死体検案書)の死因分類は「12.不詳」とする。
- 解剖** 原因不明の乳幼児の突然死と判断されたら、警察に届け出る。検視ののち法医解剖あるいは病理解剖を行う。
- 鑑別診断** 乳幼児突然死症候群(SIDS)は除外診断ではなく一つの疾患単位であり、その診断のためには、乳幼児突然死症候群(SIDS)以外に突然の死をもたらす疾患および窒息や虐待などの外因死との鑑別が必要である。診断分類は日本SIDS学会の分類を参照する(表)。
- 問診チェックリスト** 乳幼児突然死症候群(SIDS)の診断に際しては「問診・チェックリスト」を死亡状況調査に活用する。

▶ 診断フローチャート ◀



* 急死を説明しうる基礎疾患が存在する場合や明らかな外因死を除く
** 解剖がなされない場合は診断が不可能であり、死因は「12.不詳」とする

解剖による診断分類

(日本SIDS学会)

<http://plaza.umin.ac.jp/sids/>

- I. 乳幼児突然死症候群 (SIDS)**
 - ia. 典型的SIDS: 解剖で異常を認めないか、生命に危機を及ぼす肉眼的所見を認めない。軽微な所見を認めるものの死因とは断定できない。
 - ib. 非典型的SIDS: 無視はできないものの死因とは断定できない病変を認める。
- II. 既知の疾患による病死**
急死を説明しうる基礎疾患を証明できる。
- III. 外因死**
剖検において外因の根拠が示される。
- IV. 分類不能の乳幼児突然死**
 - Na. 剖検施行症例: 死亡状況調査や剖検を含む様々な検討でも、病死と外因死の鑑別ができない。
 - Nb. 剖検非施行症例: 剖検が実施されず臨床経過や死亡状況調査からも死因を推定できない。

図2. 乳幼児突然死症候群 (SIDS) の診断の手引き

キャンペーン	前	後
米国	2.3 (1988)	0.79 (1995)
豪州 (メルボルン)	2.19 (1987)	0.91 (1991)
ニュージーランド	4.0 (1988)	2.3 (1992)
ノルウェー	2.4 (1989)	0.6 (1995)
デンマーク	1.6 (1990)	0.2 (1995)
スウェーデン	1.1 (1991)	0.4 (1995)

表. うつぶせ寝中止前後の乳幼児突然死症候群発症率の変化

(2) できるだけ母乳で育てる

母乳育児が赤ちゃんにとって最適であることは良く知られた事実である。人工乳が乳幼児突然死症候群を引き起こすものではないが、できるだけ母乳で育てるようにする。人工栄養児は母乳栄養児に比べて乳幼児突然死症候群児が多い。母乳育児の母親の多くは夜は添い寝をするなど昼夜を問わず乳児との接触時間が長いいため、変化に気づきやすい¹⁾、また母乳栄養児では仰臥位から腹臥位への寝返りが遅いなど、母乳が予防的に働くという論文が多い。

(3) 妊娠中や赤ちゃんの周囲で、たばこを吸わないようにする。

喫煙に関しては、両親が喫煙していると、喫煙をしていないものに比べ乳幼児突然死症候群の発生は有意に高く、妊娠中の母体の喫煙で乳幼児突然死症候群の発生が3倍に、出生後の乳児の受動喫煙で2.5倍に増加すると報告されている。

乳幼児突然死症候群診断のフローチャート(図2)と問診・チェックリスト(図3)を示す¹⁾。

参考文献

- 1) 厚生労働省ホームページ.
http://www.mhlw.go.jp/houdou/2007/10/h1031-2a.html.
- 2) 乳幼児突然死症候群の予防対策について、厚生省児童家庭局母子保健課長通知(児母第88号,平成10年12月25日付).
- 3) 佐藤雅彦,小口弘樹: 諸外国のSIDSの発症頻度. 小児内科1998; 30: 459-463.
- 4) 仁志田博司: うつぶせ寝,添い寝. 小児内科2007;39:977-980.

乳幼児突然死症例 問診・チェックリスト

厚生労働省SIDS研究班 2006年度版

カルテ保存用紙および法医・病理連絡用紙

医療機関名()

担当医 ()

記入日 年 月 日

発症年月日時 年 月 日 時 分	異常発症数日前の様子
死亡日時 年 月 日 時 分	風邪症状 ①なし ②あり()
氏名(イニシャル) ID-No.	発熱 ①なし ②あり(max °C)
年齢 歳 ヶ月	鼻閉 ①なし ②あり()
異常発見時の状況(死亡状況調査)	その他()
発見場所 ①自宅 ②保育所 ③病院 ④その他()	出生体重 gr 在胎週数 週
最初の発見者 ①母 ②父 ③保育士 ④その他()	分娩中の異常 ①なし ②あり()
異常発見時の時刻 時 分(24時間法)	第何子 子(同胞 人)
最終生存確認時刻 時 分(24時間法)	栄養方法(ヶ月まで) ①母乳 ②混合 ③ミルク
異常発生時は睡眠中? ①はい ②いいえ	普段の睡眠中の着衣 ①薄着 ②普通 ③厚着
発見時の添い寝 ①なし ②あり	発育発達の流れ ①なし ②あり()
異常発見時の体位 ①仰向け ②うつ伏せ ③その他()	主な既往歴
普段の就寝時体位 ①仰向け ②うつ伏せ ③その他()	これまでに無呼吸やテアノーゼ発作の既往 ①なし ②あり()
普段の寝具 ①赤ちゃん用 ②大人用	母親の年齢 歳 / 父親の年齢 歳
寝具の柔らかさ ①硬い ②普通 ③柔らかい	母親の仕事 ①なし ②あり()
死亡時の部屋の暖房 ①なし ②あり	母親の喫煙 ①なし ②あり(本/日)
異常発見から病院到着までの時間 分	母親の育児ストレス ①なし ②あり
病院までの搬入手段 ①救急車 ②自家用車 ③その他()	父親の喫煙 ①なし ②あり(本/日)
病院搬入時の状態	父親の職業 ①なし ②あり(公務員、会社員、自営業、その他)
呼吸停止 ①なし ②あり()	同胞のSIDS又はSIDS疑い、ALTE(突発性危急事態)の有無 ①なし ②あり()
心停止 ①なし ②あり()	養育環境・態度の印象 ①正常 ②違和感有り ③異常
外表の外傷 ①なし ②あり()	父母・家族の印象 ①正常 ②違和感有り ③異常
鼻出血の有無 ①なし ②あり(左・右)	主な臨床検査データ
窒息させた物 ①なし ②あり()	1.血液・尿・髄液・その他 異常所見:
その他の特記事項()	2.単純X線 ①なし ②頭部 胸部 腹部 その他()
病院到着から心拍再開までの時間 分	3.骨折の有無 ①なし ②あり()
挿管時気管内ミルク ①なし ②あり(多量・微量)	4.CTの有無 ①なし ②頭部 胸部 腹部 その他()
気管内の血液 ①なし ②あり(多量・微量)	異常の有無:有() なし
胃内チューブ吸引物 ①なし ②あり()	5.生検(肝、)
主な治療 ①蘇生術(時間) ②気管挿管 ③レスピレーター管理	6.保存検体(血液・血清、尿、髄液、小皮膚片、毛根付毛髪5~6本、爪)
④その他	臨床診断(疑い):
	検視の結果:①司法解剖 ②行政解剖 ③承諾解剖 ④病理解剖 ⑤解剖なし
	死亡診断書(検案書):①不詳死 ②検案(司法/行政解剖)
	関係機関連絡の有無 ①なし ②あり(児相、保福、その他)
	その他特記事項

この用紙をコピーしてカルテ保存用紙および法医・病理連絡用紙としてお使い下さい。

図3. 問診・チェックリスト

医療安全推進週間にちなんで

(2008年11月25日～12月1日)

地方独立行政法人 那覇市立病院 医療安全管理委員長 島袋 洋

今年も11月25日が含まれる1週間を医療安全推進週間として、常日頃より一層の医療安全を推進しましょうということで、厚生労働省は患者の安全を守ることを旨として、幅広い関係者の参画の下に、体系的かつ広範な取組を推進し、2001年を「患者安全推進年」と位置付け、各関係者との共同行動として、総合的な医療安全対策を推進することとなりました。第3回医療安全対策連絡会議資料として平成13(2001)年3月26日に『患者の安全を守るための医療関係者の共同行動 Patient Safety Action (PSA)』を公表してから7年余も経過しています。医療事故防止のため、医療関係者(医師、歯科医師、薬剤師、看護師等の医療従事者や病院関係者、医薬品等の製造、販売に関わる事業者等)によって種々の努力が行われてきましたが、未だ、国民の不安を払拭するには至っていません。

医療の安全や医療の質を掘り下げて考えていますと、病院のhard & softの改革は、即ちシステム(組織)のマネジメントという視点から一元的に捉えられます。医療は研究、教育、医療行政そして診療の現場をはじめ患者中心に動いてしかるべきで、どちらかが機能不全に陥っても、また逆にどちらかが自己主張を前面に出して原則論を振り翳すと、医療そのものが崩壊することは論を待ちません。いずれにしてもどの要素も排他的独善主義があってははいけません。

医療事故はあってはならないことですが、どう考えて捉えて行くかと言うことが大切で、いきなり刑事責任を問われるのであれば、医療従事者は診療現場から立ち去ってしまいます。医

療事故は結果を問題にするのではなく、予防が大切であることはいまでもありませんが、警え起きてしまっても発生に至ったプロセスを検証し、それを病院(医療)管理という面から透明性を高めて公正な評価システムを構築し、再発予防に努めるべきです。

最近、福島県立大野病院産婦人科の問題でマスコミや世間の話題になりましたが、根本的な問題が置き去りにされたまま議論されているような気がします。鉄道・航空機事故調査委員会や海難審判庁のような原因究明を目的の第1とすべきで、当事者の過誤をいきなり刑事責任に問うような現在の医療事故でありがちな手法は改善していかなければなりません。漸く『医療事故調査委員会』の発足に向けて国も動き出しはしていますが、果たしてどのような形になりますでしょうか。

さて、日頃の医療行為の中で医療事故防止あるいは医療安全推進を皆さんが既に行っている事を再確認してみたいと思います。

【アメニティーは?】

外来受診の患者さんが如何にして玄関まで来られるのでしょうか。決して新しい器(建物)が良い訳ではありません。段差はないか、杖歩行や車椅子の患者さんに不必要な絨毯は敷かれていないか、車椅子の置き場所は適所にあるか、傘立てが動線を妨げていないか、受付の位置や高さ、自動受付機の位置や向き、待合室の椅子の位置は良いかなどを考えれば、既に医療安全推進は始まっているのです。病院や施設内では、廊下に物は置かれていないか、手摺りはシッカリと取り付けられているか、トイレは車椅子用もあるか、その中には安全手摺りが設置

され、非常用ボタンもあるか、シャワー室は段差もなくストレッチャーごと入れるか、安全チェアはあるか、非常用ボタンはいつでも使えるように目立つところにあるか、ベッドは高すぎないか、ベッド柵は患者さんに不都合ではないか等、数え上げればきりがありません。しかし、それでも入院患者さんの転倒・転落は医療者側からすれば大変難しく多くの課題があります。最近、抑制帯（ミトン着用）により無意味な苦痛を強いられたとの事で医療機関側が敗訴しました。今後も種々の面から検討していかなければならない大きな問題の一つです。

【接遇は？】

患者さんに対する接遇は大丈夫でしょうか。一寸した一言が患者さんやご家族の感情を害し、苦情・クレームに発展し、時に裁判沙汰になることさえあります。最近よく耳にするモニターペイシエントへの対応は職員泣かせで、並々ならぬ労力を強いられることもあります。退院が決まった患者さんに「何時頃お帰りになりますか？」と尋ねた看護師に突然いきり立つ患者さんもいます。丁重にお訊きしたにも拘らずTPOを考えなければ、言葉の使い方一つで相手の感情を逆撫でする事もあります。

職員同士も笑顔で挨拶はできていますでしょうか。身だしなみは大丈夫でしょうか。診察時の高圧的で高慢ちきな態度を取る医師が患者さんから最も忌み嫌われるようで、医療事故以外での医療訴訟の発端は些細な感情の縄れから起こると言われています。

【Human is err ?】

「人間はミスをするものである」という前提に立って対応や改善策を講じること、確かにそのとおりです。私達医療従事者も人間です。いつも100%の体調で業務を遂行できるとは限りません。当直明けの医師、準夜勤、深夜勤の看護師、必死になって患者さん達のために職務を全うしているのですが、疲労により注意散漫になったりします。99人の職員が一生懸命頑張っているも、たった1人の職員のついうっかりの失態で全てが反古にされてしまいます。

100 - 1 = 0 なのです。これが世間一般の習わしですが、医療の世界では時として軽んじられていた頃もあります。決して当事者を責めてはいけません。何故、そのような状況になってしまったかと言う原因追求型の展開が大切です。リスクマネジメントを一生懸命頑張っている職員を“風紀委員”呼ばわりして腐す同僚職員はいませんか。況や上司にそのような方がいると職場は暗澹たる世界になってしまいます。職員一人一人がリスクマネージャーとして各部署で振る舞うと、もうそれで医療安全推進は実践されているのです。

【5S 活動とは？】

整理、整頓、清掃、清潔、しつけの頭文字Sの5個です。

「整理」とは必要なものと不要なものを分け、不要なものは捨てること。これは職員のヒューマンエラーの軽減・削減にも繋がります。「整頓」とは必要なものがすぐ取り出せるように置き場所、置き方を決め、表示を確実に行うこと。これは患者さんの事故防止に直ぐに現れてきます。「清掃」とは掃除をしてゴミ、汚れのない綺麗な状態にすると同時に細部まで点検すること。これはモノを探す無駄の削減となります。「清潔」とは整理・整頓・清掃を徹底して実行し、汚れのない綺麗な状態を維持すること。スペースの有効活用になるばかりか、気分も爽やかで職務に精が出ます。「しつけ」とは決められたことを、決められたとおりに、実行できるように習慣づけること。良い“しつけ”はたちどころにして患者さんや来客者の満足度が向上します。実に当たり前のことを当たり前にできているかどうかの問題なのです。S-mile (笑顔)、S-ervice (奉仕の心)、S-tudy (自己研鑽)、S-peciality (専門性)、S-afety (安全)、これも日頃の標語になりそうな5Sですが、如何でしょうか。

どこの世界（社会）でも同じだと思いますが、医療安全の基本は『確認・照合』です。所謂“指差し確認”の繰り返しです。スチュワードさん達がドアの開け閉めに何気なく行って

いる姿に感心しながら、さて私達の医療界では如何なものかと暫し考えさせられます。医療過誤の背景はまるでタマネギのようなもので、医療制度の問題、病院のあり方の問題、病院管理の問題、道具（医療器具）の問題、個々人（資質）の問題、そして人間の本質という（タマネギの）芯にジワジワと迫って来るようなものです。現在の日本の医療は現場に犠牲を強いているところに問題がありそうです。そして、それ

を公にしようとしなない体質にも問題はあるようです。しかし、そうは言っても一番困るのは患者さんで、日々の診療にはリスクマネジメントの“しつけ”がなければなりません。今後は医療界でもより一層の透明性（情報の共有化）を高め、しっかりと公明正大に評価をした上で、対策を練っていくことを強化しなければ医療安全の発展はないのではないのでしょうか。

お 知 ら せ

日医白クマ通信への申し込みについて

さて、日本医師会では会員及び、マスコミへ「ニュースやお知らせ」等の各種情報をEメールにて配信するサービス（白クマ通信）をおこなっております。

当該配信サービスをご希望の日医会員の先生方は日本医師会ホームページのメンバーズルーム (<http://www.med.or.jp/japanese/members/>) からお申し込みください。

※メンバーズルームに入るには、ユーザーIDとパスワードが必要です。(下記参照)

不明の場合は氏名、電話番号、所属医師会を明記の上、bear@po.med.or.jpまでお願いいたします。

ユーザーID

※会員ID（日医刊行物送付番号）の10桁の数字（半角で入力）。

日医ニュース、日医雑誌などの宛名シール下部に印刷されているID番号です。

「0」も含め、すべて入力して下さい。

パスワード

※生年月日6桁の数字（半角で入力）。

生年月日の西暦の下2桁、月2桁、日2桁を並べた6桁の数字です。

例) 1948年1月9日生の場合、「480109」となります。

性の健康週間 (11/25 ~ 12/1) に寄せて



琉球大学医学部附属病院 産婦人科 銘苺 桂子

はじめに

性感染症 (Sexually Transmitted Disease, STD) には10種以上の疾患があり、その主なものは梅毒、淋菌感染症、性器クラミジア感染症などの細菌性疾患と、性器ヘルペス、尖形コンジローマ、エイズ (HIV)、肝炎 (HBV) などのウイルス性疾患である。かつての性病とは、梅毒、淋病、軟性下疳、鼠径リンパ肉芽腫の4つの病気の総称であり、自覚症状が強く、早期に感染に気づき治療を受けていたため“感染の輪”はそれ程大きく広がることはなかった。ところが最近では、症状の出にくい性器クラミジア感染症や淋菌感染症、B型肝炎、HIV感染など、ウイルス性感染症に変化してきているため、性生活をもつ一般の人々の中に、ひそかに大きく広がり始めてきている。性感染症は今や、誰がかかっても決して不思議ではない“感染症”となっている。

日本における性感染症のサーベイランス

現在、1999年から施行された感染症法のもとに、定点把握疾患として性器クラミジア感染症、性器ヘルペスウイルス感染症、尖形コンジローマ、淋菌感染症の4種類、および全数把握疾患として梅毒、後天性免疫不全症候群 (HIV/エイズ) のあわせて6種類の性感染症の発生動向調査が行われている。これらのデータは厚生労働省・国立感染症研究所が発行する感染症発生動向調査 (IDWR) に掲載されイ

ンターネット上でも公開されている。

(<http://idsc.nih.gov/idwr/index.html>)

また、エイズに関しては厚生労働省エイズ動向委員会よりインターネット上で公開されている。

(http://api-net.jfap.or.jp/mhw/survey/mhw_survey.htm)

若年層に蔓延するクラミジア感染症

性器クラミジア感染症は最も頻度の高いSTDで、女性では子宮頸管炎、男性では尿道炎をきたすが、2/3は無症候性であるため気づかれずに蔓延していく。2002年よりやや減少傾向にあるが (図1)、2005年の年代別発生率 (図2) に示すように、10代から20代の若年層、特に女性に多い。クラミジアは卵管周囲炎をきたし将来卵管性不妊症になる可能性が高い疾患である。それが次世代を担う若年者、特に女性に蔓延していることは大きな問題であるにもかかわらず、十分に啓蒙されているとはいえない状況

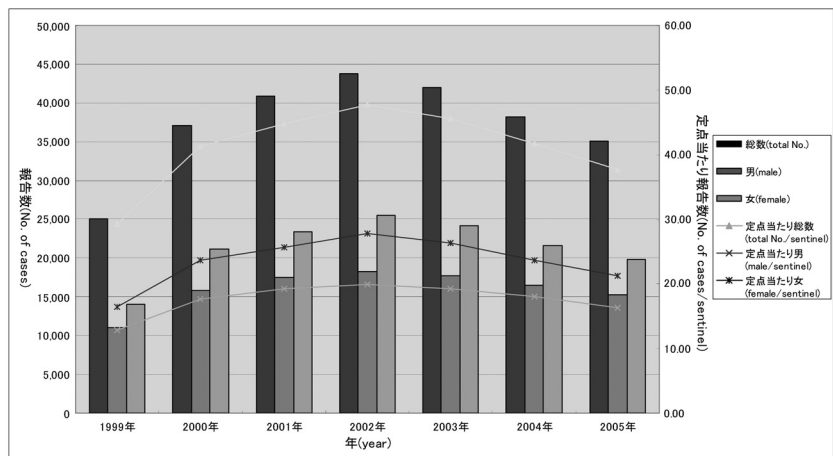


図1 性器クラミジア感染症の報告数と定点あたり報告数の年次推移
感染症発生動向調査 (IDWR) より

である。厚生労働省の定点データは病院を受診した有症状例が多く含まれるという点から、無症候性の症例を含めた実際の頻度がわかりにくいという欠点が指摘されている。熊本ら⁽¹⁾の調査によると、大学・専門学校生女子592名のスクリーニング検査によるクラミジア感染率は性交経験の有無に関わらない場合6.9%、性交経験のある場合は9.3%と、非常に高い感染率となっている。また、オーラルセックスなどにより、クラミジア感染女性の約10~20%に咽頭感染があるとの報告もある⁽²⁾。若年層の性交年齢の低齡化、性的パートナーの増加、性行為の多様化がみられる一方で、性感染症に対する危機感の無さが若年層の爆発的な蔓延を助長していると考えられる。

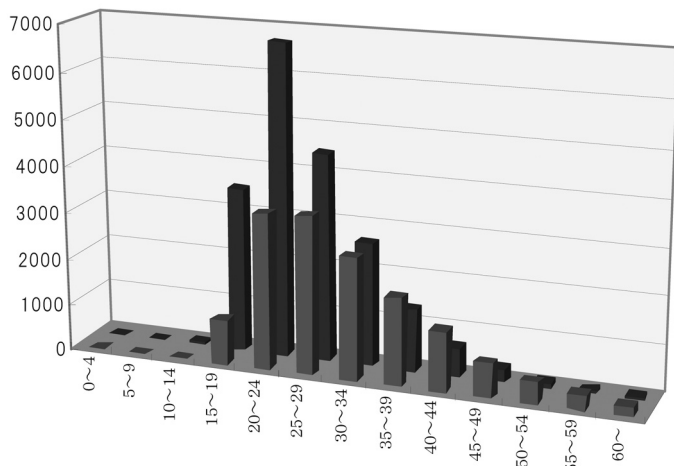


図2 性器クラミジア感染症の年代別発生率(2005年) 感染症発生動向調査(IDWR)より

多剤耐性化する淋菌

近年淋菌の抗菌耐性化は著しく、多剤耐性化もすすみ、使用薬剤は限られるようになった。ニューキノロンおよびテトラサイクリンの耐性率はいずれも80%前後であり、使用すべきではないとされる⁽³⁾。第3世代経口セフェムの耐性率も30~50%であり、現在保険適応を有し、有効性の高い薬剤は3剤のみとなっている。以下に性感染症 診断・治療ガイドライン2006⁽³⁾で推奨されている3剤を示す。

[淋菌性尿道炎・淋菌性子宮頸管炎に対し]

- ①セトリアキソン (CTRX:ロセフィン) 静注 1g単回投与(精巣上体炎や骨盤内炎症性疾患 pelvic inflammatory disease:PIDは重症度により1g/日 1~7日間投与)
- ②セフォジジム (CDZM:ケニセフ、ノイセフ) 静注 1g単回投与(精巣上体炎やPIDは重症度により1~2g/日 1~7日間投与)
- ③スペクチノマイシン (SPCM:トロピシン) 筋注 2g 単回投与(精巣上体炎やPIDは重症度により2g筋注 3日後に両臀部に2gずつ計4gを追加投与)

エイズは性感染症である

薬害エイズという極めてまれな感染経路が強調される形となったわが国のエイズ感染は、未だにその影響から抜けきれず、エイズは非常に特殊な感染症と考えている傾向が強い。図3に示すようにHIV感染者は増加し続けており、平成19年度の新規感染者はHIV感染1082件、AIDS患者418件と過去最高の報告数となっている⁽⁴⁾。そのうち異性間や同性間の性交渉によるものがHIVの87.8%、AIDSの74.4%であり(図4)、現在流行しているクラミジアなどの無症候性の性感染症群に混じって、ひそかに一般人口の内に浸透し始めている。沖縄県に

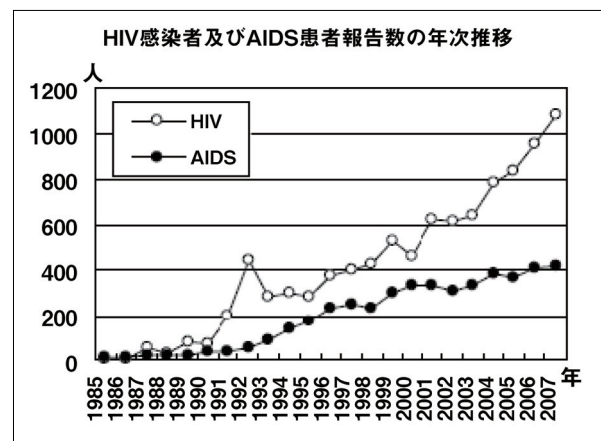


図3 平成19年エイズ発生動向年報より

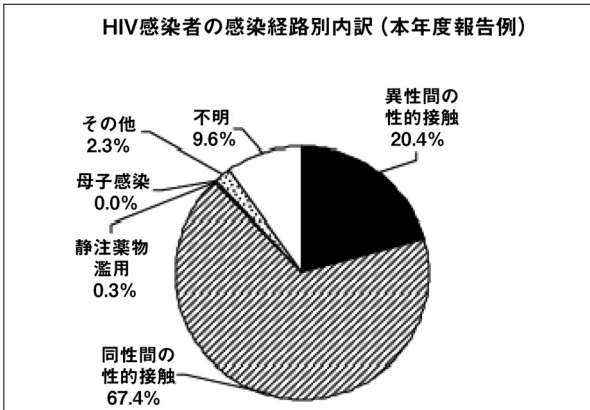


図4 平成19年エイズ発生動向年報より

おける新規HIV感染・AIDS患者の増加も目を見張るものがある。平成16年は14例、平成17年は15例、平成18年は13例であったものが、平成19年は31例と倍増している。全例男性で、年齢も10代から60代まで幅広く存在し、多くは同性間での性交渉によるものである⁽⁵⁾。HIV感染が無症候であること、日常診療で嗜好を見ることは難しいことから、high risk症例を見分けることは困難である。しかしながら、沖縄県でも感染が広がっていることから、医療者を守る意味でも、常にHIV感染を念頭において診療にあたる必要があると考えられる。

終わりに

性交渉は感染症の伝達方式の中で最も密接で高率な病原微生物の伝達形式であるといわれて

いる。例えば淋菌・クラミジアなどは、1回のコンドームなしの性交渉で1/3、2～3回続けたの性交渉で、2/3は感染するとされている⁽¹⁾。性の若年化・自由化・多様化と性感染症の無症候化、また、耐性化など、性感染症をとりまく現状は悪化の一途をたどっている。それにも関わらず本邦では性感染症は他人のものと勘違いし、危機感が非常に薄いと指摘されている。予防へと無関心であることがさらに蔓延を助長している。クラミジアは不妊症となって次世代へ影響し、ウイルス疾患には確実な根治薬は存在せず、HIVは死に至らしめる。そしてそれらは全て性感染症であるということを十分啓蒙していく必要があると考えられる。

文献

1. 熊本 悦明：エイズ/性感染症をめぐる問題点. 海外医療 30 :4-16, 2003
2. 小野寺昭一：厚生労働科学研究「性感染症の効果的な蔓延防止に関する研究」2004
3. 性感染症診断・治療ガイドライン2006. 日本性感染症会誌 17 (suppl.) : 35-39, 2006
4. 平成19年エイズ発生動向年報. 厚生労働省エイズ動向委員会 <http://api-net.jfap.or.jp/mhw/survey/07nenpo/bunseki.pdf>
5. 平成19年感染症発生動向調査・年報. 沖縄県感染症情報センター <http://www.idsc-okinawa.jp/>

