

「乳幼児突然死症候群 (SIDS) 対策強化月間 (11/1～11/30)」に寄せて



那覇市立病院小児科 屋良 朝雄

はじめに：乳幼児突然死症候群 (SIDS : Sudden Infant Death Syndrome) とは、それまで元気であった赤ちゃんが、事故や窒息ではなく眠っている間に突然死亡してしまう病気である。

趣旨：平成11年度より、11月を乳幼児突然死症候群 (SIDS) 対策強化月間と定め、社会的喚起を図るとともに、重点的な普及啓発活動を実施している。平成22年度においても同様に、11月の対策強化月間を中心に、関係行政機関、関係団体等において各種の普及啓発活動を行うなど、SIDSの予防に関する取り組みの推進を図る予定である。

主な取り組み：(1) あおむけ寝、(2) 母乳哺育、(3) 保護者等の禁煙の3つの望ましい習慣等について、ポスターおよびリーフレットの活用による全国的な啓発活動。

「健やか親子21」国民運動における全国的な啓発活動。

ガイドライン (平成17年度4月公表) の内容の周知・普及 (図1)。

乳幼児突然死症候群 (SIDS) について
歴史：聖書にも記載があり、人類の歴史とともに、古くからその存在は知られていた。1969

乳幼児突然死症候群 (SIDS) の診断の手引き

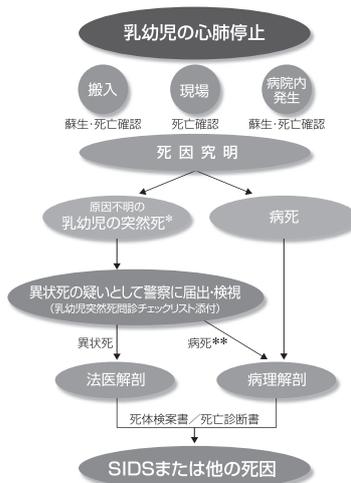
乳幼児突然死症候群 (SIDS) に関するガイドライン

厚生労働省SIDS研究班 (平成19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。やむをえず剖検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。検視ののち法医学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、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 ◀



* 急死を説明す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)
 - 1a. 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。
 - 1b. 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
急死を説明す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
 - 1a. 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。
 - 1b. 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1 乳幼児突然死症候群 (SIDS) の診断の手引き

<http://www.mhlw.go.jp/bunya/kodomo/boshi-hoken06/index.html>

年に乳幼児の突然死に関する第2回国際会議(シアトル)において一疾患単位として定義され、各国に広く認識されるようになった。わが国では1981年に厚生省心身障害研究班によって、SIDSの定義を提示して以来、少しずつ変更が加えられ、2005年のガイドラインが最も新しい定義である。1989年6月、当時相撲界を席卷していた第58代横綱千代の富士は突然、生後4ヶ月の三女をSIDSで亡くすという不幸に見舞われた。マスコミがこの病気について大きく報道し、一時的であれ多くの国民に認知される疾患となった。

(*一時期、心身衰弱となった千代の富士ではあったが、直後の場所に優勝し、国民に多大なる感動を与えた。しかし、先日学生の講義で得意そうにその話をして見たが、多くの学生が千代の富士のことを知らないで少しがっかりした)

定義：「それまでの健康状態および既往歴からは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」・・・2005年、厚生労働省研究班

診断：診断のためには、SIDS以外に突然の死をもたらす疾患および虐待による死亡、窒息などの外因死との鑑別、さらに先天性QT延長症候群、先天性脂肪酸β酸化異常症にも注意する必要がある。担当医は病理解剖をすすめるなければならない。やむお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)の死亡分類は「12.不詳」とする。決して、SIDSやSIDS疑いとしてはならない。

疫学・頻度：発症年齢は2～6ヶ月が最も多く、稀に新生児期あるいは1歳以上の発症がある。我が国の頻度は1,000出生に0.09と工業国では最も少なく、最も高いのはニュージーランドで0.8、米国はその中間の0.57という最近

の報告がある。我が国の発症は年々減少傾向にあり、SIDS家族の会による「SIDS予防キャンペーン」、厚生労働省による「SIDS対策強化月間」等の啓発活動が貢献しているかと思われる。しかし、平成19年に発症は158人まで減少したが、平成20年度は168人と微増となり、乳児(0歳)の死亡原因の第3位のままであり、下げ止まりなのか、他に隠れたりリスク因子があるのか等、今後の病勢を含め、一層の病態解明への研究が必要である(図2)。

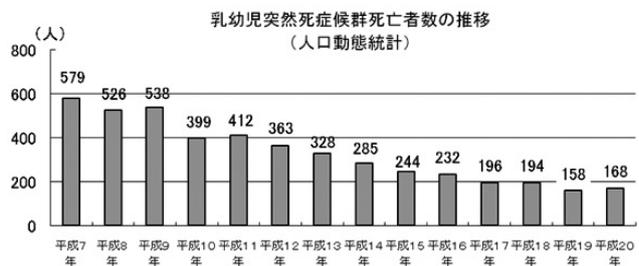


図2 乳幼児突然死症候群死亡者の推移(人口動態統計)
<http://www.mhlw.go.jp/houdou/2009/10/h1028-3.html>

病因：現在、最も有力な説は、脳幹部の微細な異常による覚醒反応の遅延であると言われている。このような素因をもった乳児では、環境因子や感染症などにより、睡眠時の呼吸調節が容易に破綻し、無呼吸に対して覚醒反射が起こらず突然死に至るとする考え方である。セロトニン系などの神経伝達物質の異常による関与が示唆されている。

家族への対応：家族へのサポートは重要である。SIDSによる子どもの死には闘病という期間がなく、家族は突然の死という現実に変なショックを受ける。保護者自身は何らかの見落としや過失があったのではないかと自責の念に駆られたり、疾患が十分にまわりに理解されていないため、特に母親が非難の目で見られることがある。そのような遺族の方々を支援するSIDS家族の会(NPO法人；<http://www.sids.gr.jp/>)の存在は大きい。

SIDS 予防キャンペーン

これまで我が国を含め世界各国でも、仰向け寝、児の周囲の禁煙、母乳保育などのキャンペーンを施行し、SIDS 発症が明らかに減少してきている。

1. うつぶせ寝はやめましょう

SIDS はほとんどが、睡眠中に起こり、うつぶせ寝が約3倍頻度が高く、またあおむけ寝を推奨するキャンペーンを行うことによって、SIDS が約50%減少したという欧米の疫学調査がある。上気道の解剖学的構造、口元の温度や接触物の問題などが推測されている。

2. 妊娠中や赤ちゃんの周囲での喫煙はやめましょう

妊婦の喫煙によって約7倍、受動喫煙で3.4倍、出生後の児の受動喫煙で2.4～10.4倍に増加し、両親が喫煙をやめるとSIDSの60%が

防げるという報告もある。

3. 母乳で育てましょう

母乳による育児は最適であるが、SIDSの頻度も少なくなるという報告がある(人工栄養は母乳栄養に比較して約4.8倍発症率が高まる)。母乳そのものが要因というよりは、母親の添い寝～添い乳、授乳回数など育児環境が関連しているのかもしれない。

突然死、いかなる場合もそれは納得できるものではない。何の陰りもなく元気に微笑んでいた子どもを突然失うという事実を、家族は決して受け入れることはできない。慰める術もなく言葉を失ってしまう。このような不幸が、子どもたち、その両親、同胞そして彼(彼女)の誕生を大いに喜んでいた周りの人たちに起らないように、このキャンペーンは重要である。

原稿募集! **本の紹介コーナー (1,500字程度)**
 感動した、生き方が変わった、診療が変わった、新たに真実を知った本等々、会員の皆様の座右の本をご紹介します。

原稿募集! **「若手コーナー」(1,500字程度)** の原稿を随時、募集いたします。開業顛末記、今後の進路を決める先生方へのアドバイス等についてご寄稿下さい。

医師は自らのミスを報告しているか ～医療安全推進週間(11/21～11/27)に因んで～



琉球大学医学部附属病院 手術部・安全管理対策室 久田 友治

医療安全推進週間とは、厚生労働省が位置づけた毎年11月25日を含む1週間であり、今年は11月21日～27日となっています。

医療安全の基礎：インシデントの報告

医療事故につながりかねない出来事(インシデントやヒヤリハット)が大きな施設では日々発生しています。その内容は、患者の転倒、薬の間違い、チューブの抜去など多様です。医療安全の基礎はインシデントを報告することです。自らが関わった事例について報告し、強制ではなく、任意とされます。落ち度(過失)が無くても、不可抗力と思えても、また、患者に大きな影響はないと思われても報告することになっています。そして、インシデントの要因を明らかにして、システムの不備として捉えて、対策をとっていくことが安全管理の道なのですが、ここでは基礎であるインシデントの報告についてお話しします。

誰でも自分のミスを報告するのは嫌ですが、最も多くインシデントを報告する職種はナースです¹⁾。もちろん、ナースが“おっちょこちょい”だからではありません。ナースは患者のお世話をするので、例えば患者が転べば、ナースからの報告となります。ナースは配薬をしますが、その際に、ある頻度でインシデントが起こります。一方、医師は手術などのリスクの高い仕事が多いので患者に与える影響が大きくなる場合があります。薬剤師、臨床検査技師、診療放射線技師、臨床工学技士、事務員など病院職員であったら、どの職種でも報告します(図：文献1を元に作成)。

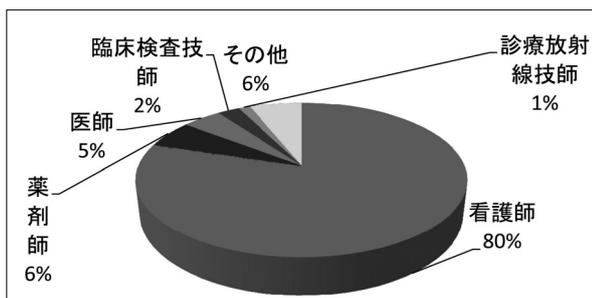


図. ヒヤリ・ハット事例の当事者職種別の割合

しかし、自分のインシデントを簡単に報告できるほど、ヒトは単純ではありません。一方、インシデントが発生しても報告がなければその実情は判りません。

医師は報告しているか

発生したインシデントがどれだけ報告されているかについての研究はないようですが、似たような状況についての報告があります。

医療者が患者に使った針で自分の指を刺した場合(針刺し)、医療事故ではなく、またインシデントとも看做されませんが、似たような状況と考えられます。米国の外科研修医の99%が5年間の研修中に針刺しを経験したが、針刺しを担当部門に報告した割合は少なかった事が明らかにされています²⁾。

私達も、医師と看護師の手術中の針刺しについて全国調査を行なっています。その結果、過去1年間に針刺しを経験した医師は約3割で看護師と差がなかったのですが、届ける割合は看護師に比し有意に少なかったことが判りました³⁾。

Makaryらは、針刺しを報告しなかった理由は“時間がなかった”ことが最多であり、“感染のハイリスク患者が関係していない”、“他人に知られなくなかった”等で有意な相関があったとしています²⁾。

針刺しの報告にはエピネットの書式が多くの施設で使われています。針刺しを報告する事により、リスクの情報を共有して、より安全なシステムを構築する事が必要であると考えられます。

自らのミスを報告しチームで情報を共有する事が、雑多な仕事で多忙な医師にも求められているのではないのでしょうか。

文献

- 1) 医療事故情報収集等事業第21回報告書：日本医療機能評価機構
- 2) Makary MA, Al-Attar A, Holzmüller CG, et al: Needle stick injuries among surgeons in training. New England Journal of Medicine, 2007; 356: 2693-2699.
- 3) Kuda T, Tanaka Y, Nakata S: Occurrence and Prevention of Sharps Injuries in the Operating Room Differences between occupations or subspecialties of doctor. Jap J Operative Medicine, 2010; 31: 30-36.

HIV 母子感染予防の現状と課題

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周産母子センター 佐久本 薫



1) はじめに

我が国は、先進国の中で唯一 HIV 感染者/AIDS 患者が増加している¹⁾。図1に HIV 感染者/AIDS 患者報告数の年次推移を示した。平成 21 (2009) 年は感染者で前年より 105 件減少し、1,021 件であった。これは 2008 年 (1,126 件)、2007 年 (1,082 件) に次いで過去 3 位の報告である。最近 5 年間の HIV 感染者報告数は 5,013 件で、累計の 43.3 % を占め、急激な感染拡大を表している。患者数は 431 件と前年と同数であった。HIV 感染者/AIDS 患者の現状は極めて深刻な状況である。特に女性感染者の増加が顕著であり、感染女性が妊娠する例も 2003 年以降増加傾向にあり、大きな国家的、社会的、医学的な問題である。成人が HIV に感染した場合、後天性免疫不全症候群 (acquired immunodeficiency syndrome: AIDS) を発症するまでに約 10 年の年月を必要とし、その間はほとんど症状がない。また、現在では有効性の高い抗 HIV 薬を多剤で服用することにより長期間にわたり AIDS の発症を抑制できるようになった。しかし、母子感染により新生児に HIV ウイルスが感染した場合は、成人とは異なり数ヶ

月から数年で AIDS を発症する。新生児に対する治療は困難であり、抗 HIV 薬の副作用、社会的背景等様々な問題を抱えている。このため HIV 母子感染予防は極めて重要な課題である。まず、全妊婦に対する HIV 抗体スクリーニング検査が必要である。HIV 感染妊婦に対して適切な予防対策を行うことにより母子感染を予防することがほぼ確立されている。

本稿では、我が国で行われている HIV 母子感染予防対策の現状と現在行われている管理法、その問題点について解説する。

2) 性感染症と HIV/AIDS

最近の性感染症 (sexually transmitted infections) の特徴として、病原微生物の多様化、無症候性感染者の増加、耐性菌の増加、全身の感染症の増加があげられる。従来の梅毒、淋菌などに加えてクラミジアやヘルペスウイルス、パピローマウイルス、HIV など多様化が進んでいる。女性の性器クラミジアの増加にみられるように、無症候性感染者が増加している。これらの背景には性行動の若年化とパートナーの多様化が指摘されている。性感染症は、一般社会、一般家庭に浸透している。HIV は比較的感染しにくいウイルスであるが、性感染症特にクラミジア感染が合併していると HIV 感染率が高くなるとされている。HIV 感染を減少させるためには性感染症の特徴を理解し、特に若年者の性の実態を把握し、教育啓蒙活動を含めて、その抑制に努力すべきである。

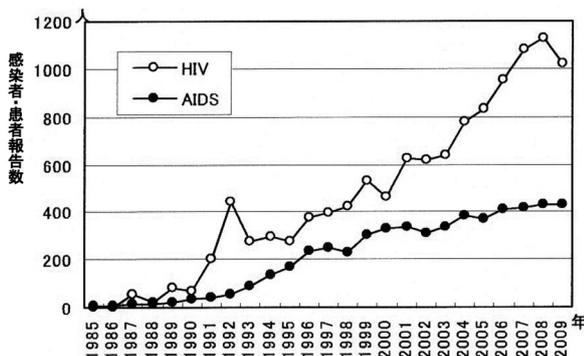


図1. 我が国の HIV 感染者・AIDS 患者の年次推移¹⁾

3) 沖縄県の HIV/AIDS の現状

沖縄県の HIV 感染者/AIDS 患者は図2に示

//////////////////// 月間(週間)行事お知らせ //////////////////////

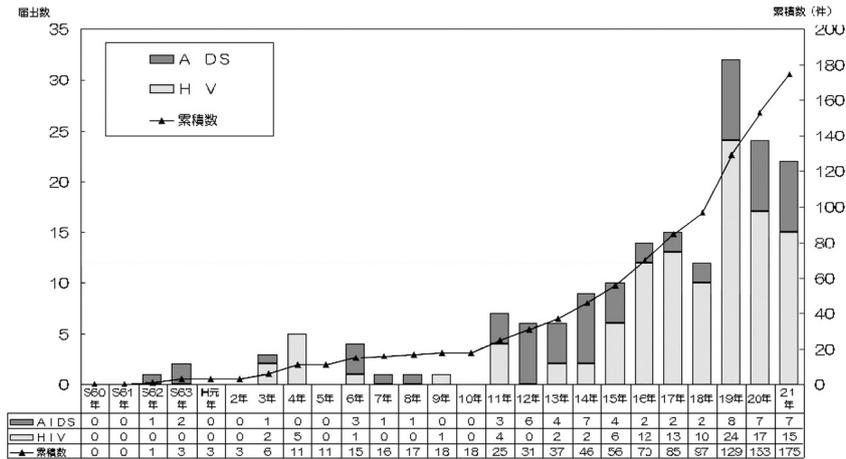


図2. 沖縄県のHIV感染者・AIDS患者の年次推移¹⁾

すように、2007年に32名、08年に24名、09年に22名と急激に増加している。2009年の人口10万人当たりの都道府県別の新規HIV感染者/AIDS患者報告数の上位10位を表1に示した。HIV感染者は東京都2.91、大阪府1.94に次いで沖縄県は1.09の3位である。人口10万人当たりのAIDS患者では4位である。極めて憂慮すべき事態である。AIDS発症後に初めて発見される症例が多いのが沖縄県の特徴であり、発症前に早期に発見するためにはリスクの高いグループへのスクリーニング検査を如何に勧めるかが課題である。沖縄県福祉保健部では福祉保健所を中心に検査結果の即日返しや休日検査なども行い、相当な努力を行っているが、まだ十分とは言えない。沖縄県の感染者は男性が90%以上を占め、感染経路として同性間性的接触が多いのが特徴であるが、男性同性愛者コミュニティへのアプローチは困難なようである。

表1. 新規HIV患者・AIDS患者人口10万当たりの報告数

HIV感染者			AIDS患者		
順位	自治体	人口10万対	順位	自治体	人口10万対
1	東京都	2.91	1	東京都	0.75
2	大阪府	1.94	2	大阪府	0.70
3	沖縄県	1.09	3	奈良県	0.57
4	広島県	0.84	4	沖縄県	0.51
5	山梨県	0.80	5	滋賀県	0.50
6	福岡県	0.75	6	岐阜県	0.48
7	愛知県	0.73	7	愛知県	0.43
8	神奈川県	0.64	8	栃木県	0.40
9	千葉県	0.56	9	熊本県	0.38
10	兵庫県	0.55	10	京都府	0.38

2009年、エイズ動向委員会報告より作成

4) 妊婦 HIV 感染の現状

我が国の妊婦 HIV 感染妊娠の把握と予防対策による母子感染予防を推進する目的で厚生労働省科学研究費補助金(エイズ対策研究事業)「HIV 感染妊婦とその出生児の調査・解析および診療・支援体制の整備に関する総合的研究」班(研究代表者:和田裕一)が調査研究を継続している。その分担研究である「HIV 感染妊婦とその出生児に関する

データベースの構築及びHIV 感染妊婦の疫学的・臨床的情報解析」(研究分担者:喜多恒和)に筆者も参加している²⁾。我が国の2008年末までのHIV 感染妊娠数は642例にのぼる。日本人の感染妊婦とそのパートナーが毎年半数以上を占めるまで増加してきた。年ごとの報告数は減少傾向にあるが、HIV 感染を認識した上で再妊娠する傾向がある。図3に示したようにHIV 感染妊娠例は大都市に多く、地域的には関東・甲信越地方が全国の65.1%を占める。その中でも東京都が153例と全国の4分の1を占める。地方への分散化も進んでおり、感染妊娠の報告が無い県は08年末では8県のみであった²⁾。沖縄県では研究班の報告によるとのべ5例となっている。これまで妊娠前あるいは妊娠中からHIV 感染が判明し、適切な予防法を行って管理したHIV 妊婦はまだ経験されていない。分娩に至った例は母親が2名である。1例

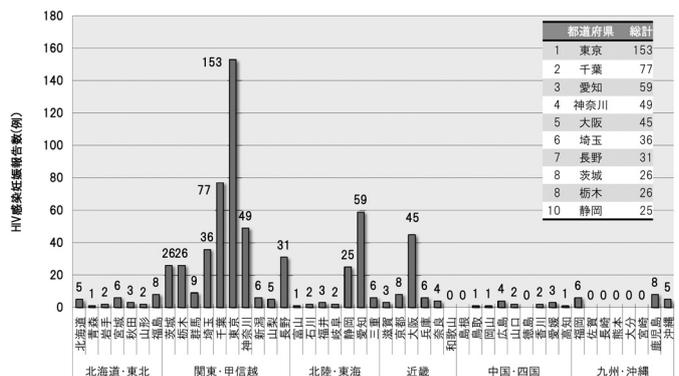


図3. HIV 感染妊婦の都道府県別分布²⁾

は妊娠36週に母体の髄膜炎により緊急帝王切開術が行われた症例で、術後にクリプトコッカス髄膜炎の原因と判明し、HIV感染の診断に至った。その時の新生児はHIVの垂直感染は認めなかったが、残念ながらその前に経膈分娩していた第1子の感染が判明した。母親と第1子はともに抗HIV療法を継続中である。

HIV感染妊婦の妊娠転帰と分娩様式を図4に示した。HIV感染妊娠例は2003年以降増加傾向にあったが、2007年にはようやく漸減傾向がみられる。分娩様式は厚労省研究班が推奨してきた月経発来前の選択的帝王切開術が多く、分娩例の80~90%におよぶ²⁾。抗ウイルス薬の投与と分娩様式別の母子感染を表2に示した。分娩様式に分かっている中で抗HIV薬が投与されていなかった例が41例であった。抗HIV薬投与例で感染成立した2例は言葉の理解が不十分で確実な投与がされていなかった可能性がある。他に分娩様式の不明6例中5例が感染しており、研究班報告では母子感染は48例となっている。2000年以降、抗HIV薬の多剤によるHAART (Highly active antiretrovirus treatment) が妊婦に対しても行われている。分娩様式別の母子感染率を表3に示した。児の異常等により分娩後に母親のHIVが判明した症例を除いてある。選択的帝王切開術群の母子感染率は0.42%まで低下している。HART

と陣痛発来前の選択的帝王切開術により母子感染が防止できることが示された。

表2. 抗ウイルス薬の投与と分娩様式別母子感染²⁾

分娩様式・母子感染	総数	投与なし・不明	投与あり			小計	投与率
			AZT	2剤併用	3剤以上		
選択的帝切	320	90	65	2	163	230	71.9%
非感染	270	73	59	2	136	197	73.0%
感染	8	6	1		1	2	25.0%
不明	42	11	5		26	31	73.8%
緊急帝切	33	14	2	1	16	19	57.6%
非感染	26	8	2	1	15	18	69.2%
感染	4	4				0	0.0%
不明	3	2			1	1	33.3%
経膈	72	67	2	0	3	5	6.9%
非感染	32	28	1		3	4	12.5%
感染	31	31				0	0.0%
不明	9	8	1			1	11.1%
合計	425	171	69	3	182	254	59.8%

表3. 分娩様式別母子感染率²⁾

分娩様式	非感染	感染*	母子感染率
選択的帝切	235	1	0.42%
緊急帝切	22	1	4.35%
経膈	22	7	24.14%
合計	279	9	3.13%

※母子感染率の解析は産婦人科調査ファイルのみを用い、さらに児の異常等により分娩後に母親のHIVが判明した症例を除く。

5) 妊婦HIVスクリーニングとその問題点

HIV感染妊娠の把握と垂直感染予防の重要性が広く認識されるようになり、妊婦健診で行われる初期検査の項目にHIV抗体スクリーニング検査を含める自治体が増えている。厚労省研究班の調査では妊婦HIV抗体スクリー

ング率は2008年末では98.5%に達していると報告されている。スクリーニング率が上昇するにつれ問題となってきたのは「要精検者」の取り扱いである。我が国の妊婦におけるHIV感染者の率が低いいためスクリーニングとして行われる抗原抗体検査(ELISA)の要精検率は高くなる傾向が避けられない。スクリーニング陽性者に対してRT-PCR法とWB法による確認検査を行う必要がある。スクリーニ

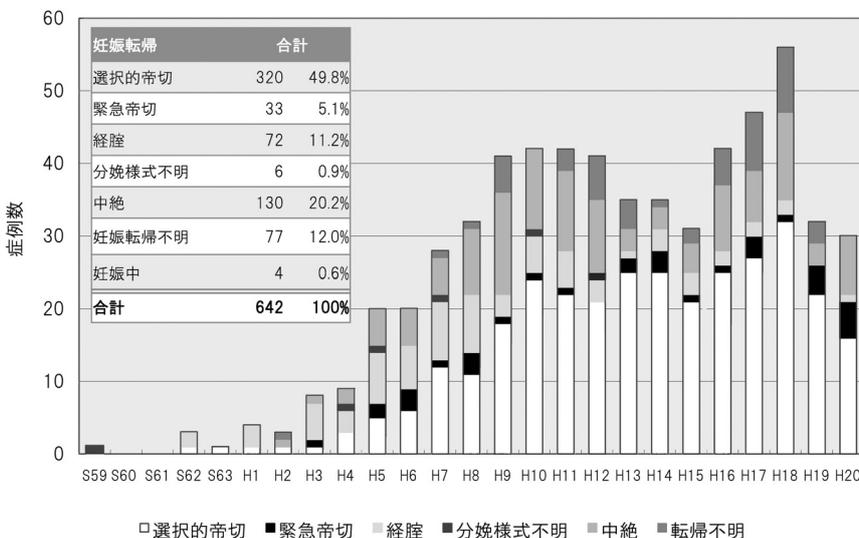


図4. HIV感染妊婦の妊娠転帰²⁾

ング陽性者のうち「真の陽性者」は7.7%に過ぎず残り92.3%が「真の陽性者」ではないいわゆる偽陽性者である。このようなスクリーニングの問題点を検査前に説明しておくことが必要であるが、実際の妊婦初期検査で十分な説明が行われているか心配である。研究班とエイズ予防財団では説明の方法を示した医師向けパンフレット、妊婦向けのリーフレットを作成し無用の心配や不安からパニックに陥らないよう啓蒙を行っている³⁾。一方、栃木県で試みられているように、検査法の工夫も検討されている⁴⁾。

6) HIV 母子感染予防の課題

厚生省研究班により推奨されてきた我が国のHIV感染妊婦に対する母子感染予防法を表4に示した⁵⁾。HIV感染妊婦に対してはHAARTを行い、可能な限りウイルス量を減少させる。これまで陣痛発来前の選択的帝王切開術が行われてきたが、ウイルス量が検出感度以下になった場合は必ずしも選択的帝王切開術ではなく経膈分娩でも垂直感染が予防できる可能性が欧米を中心に報告されている。しかし、経膈分娩か帝王切開術かの無作為試験を行うことは困難であり、なかなか結論が導き出せないのが現状である。周産期医療の体制等も勘案する必要がある。今後の大きな課題である。帝王切開術直前のAZTの点滴静注が行われてきたが、HAARTで母体ウイルス量が低値となっている場合の必要性が疑問視されている。新生児に対するAZTシロップの予防投与も必要性は不確かである。児への人工栄養は母乳による垂直感染を予防するためには有効であるが、世界的な視野からは人工乳が手に入らない地域もあり課題と言える²⁾。

表4. 我が国のHIV母子感染予防対策⁵⁾

- ①妊娠早期のHIV抗体検査による感染の診断
- ②HAARTによる抗ウイルス薬療法
- ③陣痛発来前の選択的帝王切開術による分娩
- ④帝王切開時のAZT点滴投与
- ⑤出生児へのAZTシロップの予防投与
- ⑥児への人工栄養

不幸にして感染が成立した新生児の治療の問題と、成長とともに本人への告知の問題、心のケア、社会的問題がクローズアップされてきた。医療関係者だけではなく、教育関係者、福祉関係の多くの人々の協力が必要になると考える。

7) まとめ

我が国では先進国の中で唯一HIV感染症が、増加している。一般の人々やマスコミの関心が薄れてきている印象もあり、感染拡大の予防に対する啓蒙活動を継続することが重要である。HIV感染症が爆発的に増加している沖縄県では医療従事者、行政、教育関係者等も危機感を持って対策に努力すべきである。妊娠初期のHIVスクリーニング検査が広く行われるようになり、適切な予防法を行うことにより母子感染を予防することが可能である。周産期医療の願いである健やかな母子関係が守られるようにこれからも努力していきたいと考える。

文献

- 1) 平成21(2009)年エイズ発生動向報告厚生労働省エイズ動向委員会報告2010年5月、
http://api-net.jifap.or.jp/status/2009/09nenpo/nenpo_menu.htm
- 2) 喜多恒和、井上孝美、岩田みさ子、ほか、HIV感染妊婦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. 平成20年度報告書 厚生労働科学研究費補助金(エイズ対策研究)「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: 和田裕一). 2009.
- 3) 山田里佳、塚原優己、谷口晴記、ほか、ハイリスク妊婦への情報提供実例集、HIV. 周産期医学、2009; 39; 285-290.
- 4) 稲葉憲之、大島教子、西川正能、ほか、周産期におけるHIV/エイズ、その現状と対策—厚生省研究班の成績をもとに. 臨産、2009; 63; 151-155.
- 5) 平成19年度厚生労働省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・分担研究「わが国独自のHIV母子感染予防マニュアルの作成・改訂に係る検討」班編、HIV母子感染予防マニュアル第5版. 2008.