

# 神奈川小児科医会ニュース

第17号

平成21年2月1日

横浜市中区富士見町3-1 TEL 045-241-7000 FAX 045-241-1464

## 神奈川小児科医会会長就任のご挨拶

神奈川小児科医会 会長 横田 俊一郎  
(小田原市 横田小児科医院)



平成20年4月より寺道由晃先生と交代し、神奈川小児科医会の会長を務めることになりました。神奈川小児科医会は日本小児科学会神奈川県地方会会則第8条の規定により発足した、地方会の一つの部会です。本会は昭和59年に発足し、相見基次会長、寺道由晃会長に続いて私で会長は三代目となります。

私は小田原市で生まれ育ち、昭和53年に大学を卒業し血液腫瘍をサブスペシャリティとして仕事をしてきましたが、平成5年に父の後を継いで小田原市で開業いたしました。開業してすぐに神奈川小児科医会に入会させていただきましたが、平成13年に横浜で開催された第12回日本小児科医会セミナーの準備に合わせて、小児科医会幹事となり、同時に副部長に任命されました。

急に副部長に任命された経緯として、勤務医時代に日本外来小児科学会の創設に関わり、その後も同学会の総務を担当しており、そのノウハウを小児科医会セミナーに活かすということがあったのだと私なりに理解しています。当時はまだ日本外来小児科学会が十分に認知されておらず、小児科医会の先生方に誤解を抱かせることもありました。しかし、今年福岡で開催された小児科医会セミナーのほとんどが外来小児科学会のメンバーで企画運営されたことからわかるように、日本小児科医会と日本外来小児科学会は協働を進める時期に入ってきていると感じます。また、平成18年度より寺道会長に代わって日本小児科医会の常任理事となり、広報担当として仕事をしております。

小児科医会会長の任期は2年と定められていますので、今後2年間に取り組みたいことについて、述べたいと思います。第一は日本小児科医会などからの情報の交換、伝達を速やかに行うシステム作りで

す。県内にはほぼ医師会ごとに小児科医会があり活動しておりますが、すべての地域から幹事が出ているわけではなく、情報を速やかに伝達するために、連絡網を整備しなくてはなりません。小児科の診療に関わる情報を正確にしかも迅速に伝えるための連絡網作りに、まず取り組もうと考えています。

第二は地区小児科医会相互の情報交換です。神奈川県は面積は大きくありませんが、多くの市町村を抱えており、乳幼児医療費の助成一つにしてもそれぞれの市町村で異なっています。各自治体と様々な交渉をする上でも、お互いの情報を知っていることは大切です。もちろん神奈川県医師会でも情報の交換は行われているわけですが、小児科医として子どものために発言するときに、独自の情報網を持っていることは大きな力となると思います。感染症の流行に関する情報、地区ごとの小児科に関する講演会の情報なども分かれば役立つことが多いものです。これらの情報を迅速に伝えるために、医会ニュースを充実させること、インターネットを利用した情報交換などを進めることができれば、と考えています。

最後は会員の増強です。神奈川県地方会の会員数に比べ、小児科医会の会員はかなり少なく、未入会の方がたくさんいらっしゃいます。小児科医会の存在そのものをよくご存知ない方もいらっしゃいますし、日本小児科医会のA会員2万円、B会員8千円という高額の年会費を払うだけのメリットがないというご意見もよく伺います。小児科関係の団体が数多くある中で、どのように神奈川小児科医会の存在をアピールしていくかは難しい問題ですが、幹事の皆さまと一緒に検討していきたいと考えています。どうかご支援を賜りますようお願い申し上げます。

## 特集：横田俊一郎新会長就任を祝して

### 新会長就任を祝して

神奈川県小児科医会  
副会長 竹本 桂一  
(川崎市 竹本小児科医院)

それは、青天の霹靂ともいべきことに、朝の一本の電話から始まった。

寺道由晃会長から、突然「ボク、会長をやめようと思う」という言葉を聞かされた。突然でもあり、言葉につまりながらも「任期の途中でもあるし、何よりも先生御自身に落ち度があった訳でもなし、肉体的にも何ら問題ないじゃありませんか」と返答したが、「でも……」という遣り取りがあり、結局私が負けた。それでは「先生の後任はどなたに？」

寺道会長と私の意見は、横田俊一郎先生ということで一致した。その後、幹事会で、横田先生の推薦の言を述べさせていただいた。担当前会長も、私と同様に、辞める理由がわからないと述べられたが、寺道会長の意志は変わらず、横田俊一郎先生が、信任され、新会長となられた。

青年会長の誕生である。横田新会長は、小田原から、幹事会の他、会長としての職務を遂行するにあたっては、横浜まで来なければならず、大変だろうなと思う。

新会長は、日本小児科医会、日本外来小児科医会等の役職を兼ねられており、実務に関しては会員一同、安心して指導を仰げば良いと思っている。しかし、体だけは充分に気をつけられ、私達全員を引っ張っていただきたい。

「新会長就任を祝して、期待すること」という題とは聊か異なったが、新会長に総てお任せし、副会長として協力を惜しまず、努めたいと思っている。

### 新会長への期待

神奈川県小児科医会  
副会長 野崎 正之  
(横浜市 野崎小児科医院)

前会長の寺道由晃会長が辞任され、新たに小田原の横田先生が新会長に就任しました。

新会長として最初に取り組みられたのは、県域小児科医会の未組織部分の取り込みで、会長就任以前から手回しされていたようですが、県下全域をカバーするように組織を強化されました。会長のお人柄と豊富な人脈とによって実現されたことと思い、心から感服した次第です。もう一つ、役員会の後、決定事項を要領よく纏めて早速にFAXして下さっているのも、出来そうで出来ないことです。

スマートなお見かけに拘わらず、大したパワーをお持ちのようにお見受けいたします。

医療界低迷の今日ですが、今後ともパワフルに当会を引っ張って戴くことを期待して居ります。

### 新会長就任を祝して

神奈川県小児科医会  
副会長 大山 宜秀  
(相模原市 大山小児科)

古くからの友人である横田俊一郎先生が神奈川県小児科医会会長に就任されました。心よりお祝い申し上げます。相見先生に始まり、寺道前会長と先達の努力により神奈川県小児科医会は日本小児科医会の中でも有力な地区小児科医会へと発展を遂げました。

しかしこれからは新しい時代に即した医会として発展するため改善していかなければならない点もあると思われまます。横田俊一郎新会長に期待する処は大であります。今後の課題として、1. 日本小児科医会との連携、2. 神奈川県小児科医会の整備、3. 神奈川県下地域小児科医会を活性化しより一層の連携を図ることなどが挙げられましよう。日本小児科医会は公益法人化を前に大きな岐路に立ち変革を迫

られております。先生は日本小児科医会の役員になられておられますので是非良き方向に進むよう働きかけて戴きたいと思っております。またこの時期こそ神奈川県の有能な人材を積極的に推薦するチャンスと思っております。会長就任後初めての幹事会で神奈川小児科医会の存在意義を再確認されておられました。神奈川小児科医会は他地域の小児科医会とは異なり独自の体制にあります。すなわち小児科地方会の下部組織となっていることであります。本小児科医会の特性を生かしつつ、地方会の会則、小児科医会会則、細則の見直しをしていく必要があるでしょう。地域小児科医会を活性化し、より一層の連携を深めることも大きな課題です。神奈川県下の小児科医会は多くが郡市医師会に属しております。従って地域の小児科医会には小児科学会員以外の先生方も会員となっている事情があります。また診療所以外の勤務医いわゆるB会員の先生方にも会員になっていただき少しでも会員数を増やさなくてはなりません。そのためには魅力ある活動を示す必要があります。私は先の幹事会で副会長の指名を受けました。横田会長を補しよりよい神奈川小児科医会にすべく全力を尽くす心づもりでおります。

## 新会長ご就任をお祝い申し上げます

神奈川小児科医会 社会保険委員会委員長  
石井 啓 允  
(藤沢市 石井小児科医院)

横田俊一郎先生、会長ご就任おめでとうございます。大変ご多忙のところ更に大役をお引き受け下さり、お祝い申し上げますとともに、心から感謝申し上げます。

先生は昨年本誌第15号において、1. 地区小児科医会の集合体としての活動の重要性、2. 多くの患者に接する小児科医としての調査・研究の必要性、3. 政治的活動の重要性などを説いておられます。またすでに、就任直後から精力的に実際の活動を始めておられます。会員としては大変心強いことです。

今回「ご祝詞とともに期待・希望すること」をとの広報部からのお話ですので、一つだけ希望を述べさせていただきます。

さて、近頃の情勢から察しますと、近い将来レセプトのオンライン請求は避けられないように思われ

ます。

多くの人が危惧されているように、厚労省は今まで以上に全国の膨大なデータを一手に掌握し、瞬時に詳細な分析が可能になります。このデータに対抗するのは日本医師会の仕事でしょうが、下部の各医会も各々の立場から見て必要なデータを集め自己の立場を主張することが必要でしょう。平成20年の改定の際、日本小児科医会と日本小児科学会は協力し、これまでにない規模で小児医療に関する詳細なデータを数多く集め、交渉の根拠としました。このような活動のためにも日頃からお互いの交流を深め、信頼感を培い、力を集めなければなりません。現在、本会の会員になっていない小児科医の方々もまだまだ居られるようです。すでに広報を送るなど努力されている事は承知していますが、更に会員の増加に努める必要があると思われまます。以上雑感を述べました。

新進気鋭の横田新会長の益々のご活躍をお祈りいたします。

## 横田俊一郎新会長のこと

神奈川小児科医会 広報委員長  
大川 尚 美  
(横浜市 大川小児クリニック)

神奈川の小児科には二人の偉大な「横俊」が居らっしゃる。お一人は、ご存じ横浜市大小児科教授の横田俊平先生、もうお一人は我が神奈川小児科医会新会長に就任された横田俊一郎先生である。お二人とも今や私にとって、いや神奈川の全ての小児科医にとって、無くてはならない頼れるリーダーである。全くの偶然とは言え、能力の抜きん出た方が似たような姓名を与えられ、この世に存在する不思議に驚くばかりである……

ところで、私が横田俊一郎先生と知り合ったのは、相見基次会長時代の平成13年、神奈川小児科医会担当で開催された第12回日本小児科医会セミナー（当時は生涯教育セミナーと言った）の頃である。当時私は、日本小児科医会の広報委員会に関東ブロック代表として参加していたが、若輩ゆえ重責に潰されそうな日々を送っていた。そこに横田先生が、セミナー担当の委員として期間限定ではあったが、神奈川小児科医会から推薦され参加された。それが横田

先生の神奈川小児科医会幹事としての出発点となり、その後の日本小児科医会広報担当常任理事就任、ひいては今回の神奈川小児科医会新会長就任に繋がっている。

当時の会長、相見先生の横田先生に対する強い期待は当然のことながら、平塚の小児科開業医の重鎮、故満田樹夫先生も横田先生には神奈川小児科医会のため奮闘努力するよう常々仰っていたと……先日ふと、ある席で横田先生から伺った。満田先生には小児科医に成りたての頃から発破をかけられていた私、医会では広報畑一筋に歩んできた私としては感慨深かった。

いつも穏やかでスマイルを絶やさない横田俊一郎先生。的確な状況判断能力の素晴らしさ。また、驕慢とは無縁な真摯な仕事ぶり。それに加え、外見もスマートでスタイリッシュ。お酒も強く、誠に失礼ながら私にとっては「話せる兄貴」のような方である。

最後に、昨今、小児科医療の重大性が主に救急医療の面から再認識されつつある。以前は不当に不遇であった小児科医の地位向上には、またと無い好機と言える。神奈川小児科医会としての行政に対する発言力の強化、患者家族や一般市民へのインパクトあるアピール等、横田新会長には、そのための舵取りまずは宜しくお願い致したい。微力ながら、今後も惜しみない協力を約束させて頂く。

## 新会長就任を祝して

神奈川小児科医会 学術委員長  
田 角 喜美雄

(横浜市 川崎市 たつのこどもクリニック)

学術委員会は、他の委員会とともに、前会長寺道先生のもと発足し、早5年余りが経過した。発足当初から、現会長横田先生が担当副会長として、ご指導いただいている委員会である。

この委員会は3月に行われる日本小児科学会神奈川県地方会の運営にあたるのが主たる委員会です。症例発表の進行、特別講演会の決定等です。神奈川県は他の都道府県と異なり、日本小児科学会神奈川県地方会の下部組織のため、なかなかその独自性が発揮できないのが現状ですが、臨床小児科医、主として開業医中心の医会の現場からの提言や小児

科医療の充実とともに小児科医として役割を発信していくことが必要です。学術委員会としては、神奈川県全体としての互いの交流が必要と考え、横浜、川崎市等の政令都市医会、他の地域の医会との連携を深めるため、まずは講演会の交流を盛んにすることを計画しています。各医会の情報をインターネットを利用、いつでも閲覧でき、参加できることを目的として、進めているところで、会員の診療等の一助になり、これを契機に、他の諸問題を検討するきっかけになればと考えています。

最後に、横田会長には、日本小児科学会、日本小児科外来学会、日本小児科医会の要職に就いている立場から、神奈川県の小児科医代表として、一般会員の声を中央に取り上げていただき、小児科発展のため活躍していただければと思います。

## 横田俊一郎新会長に望むこと

神奈川小児科医会 公衆衛生委員会委員長  
高 宮 光  
(横須賀市 高宮小児科)

横田先生の会長推薦の演説を幹事会の席でしてくれないかと寺道前会長から電話がありました。私が横田先生の中学、高校の3年後輩なので、お声がかかったのだと思います。所用でその日は出席できないため、お断りしましたが、私は思わず横田先生に電話して、会長を本当に引き受けられるのかを尋ねてしまいました。今更書くまでもなく、先生の才能と人格は誰もが認めるところですが、先生が抱えている仕事量の多さを心配してのことです。

私は「横田先生は2人いる」と常日頃思っています。そう思わせる程、数々の役職に就かれ、多くの委員会に出席されており、益々忙しくなり、先生の健康が心配です。私が属する市医師会では会長が2人続けて病に倒れ、それを傍で見ていた者として、会長職がいかに激務であるかを知っているつもりです。

とは言いつつ、小児科医会において是非変えていただきたい点があります。日本小児科医会、当小児科医会、郡市小児科医会の相互の連携がほとんど来ていません。それぞれは一生懸命やっているのに誠に残念なことです。お互いが何をやっているのが、よくわからず、更に末端の会員には全くと言っ

ていい程伝わっていないのが現状です。

日本外来小児科学会が短期間の内に、あれほど大きな学会と成りえた理由の1つは、インターネットの活用だと思います。勿論、外来小児科学会もいくつか問題を抱え、今岐路に立たされている状態です。ただ、学ぶべきところも多く、小児科医会も情報伝達的手段としてインターネットを活用すべきだと思います。まずは各医会が今何を問題とし、何をしているのかを即座に伝えることです。今年数回公衆衛生委員会で行っているアンケート調査にしても、インターネットならば即座に行え、結果もすぐに共有することができます。そしてメーリングリストを活用し、末端の会員にも意見を述べる場を与えるべきです。そうすれば、各医会の連携も密になり、活動も活発になると思います。横田先生は日本小児科医会の広報も担当されていたので、当医会だけでなく、日本小児科医会にも上記のシステムを導入していただきたいと存じます。

先生の健康を心配しておきながら、厚かましいお願いで恐縮ですが、年に2、3カ所構いませんので各郡市小児科医会を廻り、当医会のPRをしていただければと思います。

先生にしか出来ない仕事以外は、なるべく幹事にも振り分け、お1人で抱えこまないようにしていただきたいと存じます。どうか健康に留意され、当医会を長く牽引していただけますようお願い申し上げます。

## 新会長就任を祝して

神奈川小児科医会  
名誉会長 寺 道 由 晃  
(横浜市 寺道小児科医院)

3月の総会で横田俊一郎会長と交代して、数か月経った今、新しい神奈川小児科医会発展の兆しを予感します。

まず、在任中の反省を踏まえ、従来の体制を総括し、問題点を考察したいと思います。着任し、幹事会に「公衆衛生」、「社会保険」、「学術」、「広報」の小委員会を設け、全幹事がそのどれか一委員会に属し活動することにしました。各委員会はそれぞれの分野で、その時々の問題を採り上げ、検討を加え、対策を講じました。一定の成果が得られたことに各

位のご協力、ご努力に感謝と敬意を申し上げます。神奈川小児科医会の活動の充実が、会員の資質一層の向上と満足感～達成感を得ることと思います。またそのことが外部の認知を高め、当会の発展に通ずるだろうと考えます。各小委員会で解決していくことが肝要だと思考します。

医会の運営には、活動に伴う予算と執行など会計的な処理、会員間の連絡、外部との連絡、意志決定など、いわゆる庶務・総務・会計・渉外などの業務が必須です。これには事務局として、神奈川県医師会、広報・情報システム課の互井課長が担当し、遂行してくれています。県医師会にある19の地方会～医会のひとつである日本小児科学会神奈川県地方会の部会としての神奈川小児科医会に対する業務として、支援してくれている訳です。改めて感謝する次第です。また日常業務の他に緊急的な会としての意志決定が必要な折には、会長、副会長、時に応じて各委員長が相談し対応するわけですが、会活動の方向付け、活性化には幹事会と別に定期的な会合が有効かも知れません。そして、会の活性化は活動内容の充実と広報、そして会員増強だと思います。

一方では、神奈川県には多くの地区小児科医会があって、それぞれ活動しています。県医会はその内容を把握し、情報を交換することが役割のひとつであると思います。各地区医会の業績を収集し周知すること、例えば、ある地区で行政の協力が得られ、有効な医療・保健体制が成立した時に速やかに周知することで、より広域の住民の利益に通じる縁になると思います。すでに一部実績はありますが定着することが望ましいと思います。また、以前より横田会長が提唱していますが、各地区での勉強会、講演会などの催しを県医会共通の情報として広報することも役割と考えられます。具体化が進んでいることは素晴らしい発展だと思います。

医会としては3月の最終地方会を主催し、総会と発表、講演、シンポジウムなどが定着しています。さらに特定のテーマを設定し、県全体で検討することで多数によるより普遍的な説得力のある成果が得られるかと思考します。

例えば、研究者が進めるプロスペクティブにEBMを追求した臨床研究は基より大切ですが、多くの臨床家が臨床的に有効とする事象をレトロスペクティブに多数例の経験から、有効性と安全性を検証する臨床的検討で臨床的に有益な成果が得られ

るのではないかと考えています。日常的に汎用されている抗ヒスタミン剤始め、多くの薬剤は小児には使用経験がないなどのコメントの故に、処方にも一抹の不安を覚える場合が少なくありません。説得力のある普遍性のある検討が必須ですが、横田会長の紹介で平成16年度総会の特別講演「外来小児科における臨床研究」を国立成育センター、治験管理センター長、中村秀文先生から頂いています。県医会の活動の一部として、科学的な臨床研究も視野に入れてもよいかなと思います。

ご承知の通り、県小児科医会は日本小児科学会神奈川県地方会の部会として存在します。このあり方は日本小児科医会では唯一のものです。率直に言っ

て、独立すべきか否か賛否両論があります。小生も敢えて独立を模索した時期がありました。しかし、県医師会に事務局を置いて医会の運営を全面的に支えて頂いている現状、日本小児科学会代議員に地方会の構成員として一定数の会員が選出され、学会活動にも参画できること。幸い地方会幹事代表小坂橋教授始め地方会の理解もあって、対行政始め多くの活動が円滑、有効に進行していることなどを考えると、現状が妥当であると考えます。

何はともあれ、横田会長の元、神奈川小児科医会が県下小児科実地臨床医のオピニオンリーダーとして、益々活躍、発展することを念じて新会長就任特集の応援歌の挨拶文とします。

## 外来での発達障害児と親への接し方

横浜市中部地域療育センター 原 仁

日々の診療の中で、少々気になるお子さんを診察する機会はまだではないと思います。感冒や下痢、あるいは種々のアレルギー症状への治療が求められて、お子さんを診察するのが日常でしょうから、行動や情緒の問題は診療行為の範囲外かもしれません。ただ、親御さんに「よく動くね」、「泣き出すと止まらないね」、「遊べるお友達はあるの?」など、気になったことを投げかけてみていただければと思います。そこで、それなりの反応がなければとりあえず終わりにします。深追いは良い結果にはなりません。次回の診察で気になるようだったら再度話題にしてみてください。

逆に、親御さんから、行動や情緒の問題で相談があった場合、どう対応すればよいのでしょうか? 避けたいのは、根拠の無い「大丈夫ですよ」と「様子を見ましょう」のことばです。小児科医は子どもの専門家です。その一言が誤解を与えてしまうこともまれではありません。

子どもの印象もさることながら、親御さんの心配の程度に合わせていただくのがよいと思います。親御さんの不安が強いと感じたなら、子ども病院か大学病院にご紹介されるのが通常でしょう。横浜市、川崎市、横須賀市の場合は地域療育センターへ紹介という手段もあります。

### 発達障害とはなにか?

発達障害 (Developmental Disabilities) という用語は、1963年、アメリカ合衆国第35代大統領であったJ.F.ケネディの福祉政策の中に誕生しました。法律が改正されるたびに、この用語の範囲は広がっていきます。やがて、以下の三つの支援が必要な状態と考えられるようになりました。第一は、知的障害と同様の支援が必要、第二は、中途障害とは、質も異なり、より多くの支援が必要、そして第三に、一生涯の支援が必要な状態です。このことでお分かりのように、発達障害は、医学的というより、福祉的

な概念であります。歴史的かつ包括的な障害概念としての発達障害は、表1のような範囲になります。

表1 歴史的かつ包括的な概念としての発達障害

- 知的発達障害
- 運動発達障害(脳性麻痺などの生得的な身体障害)
- 広汎性発達障害(自閉症、アスペルガー症候群を含む)
- 注意欠陥多動性障害(多動性障害)とその関連障害
- 学習障害
- 発達性協調運動障害(不器用児)
- 発達性言語障害
- てんかん(小児期に発症する)
- 発達期に生じる視覚障害および聴覚障害
- 発達期に生じる慢性疾患の諸問題(健康障害)

わが国の福祉政策は、傷痍軍人への国家補償という意味で、身体障害者への支援から始まりました。障害とは、身体障害に精神障害と知的障害を加えた、いわゆる三障害に限ります。従来から、この三障害に、自閉症とてんかんを加えて五つの障害へという意見がありましたが、いまだ検討課題にとどまっています。そこで、発達障害者支援法を制定することになり、自閉症はこの法律に位置づけられることになりました。やむを得ずそうなった、という方が正確かもしれません。なお、てんかんは、法的には、精神障害の中で対応されています。

当時、特殊教育から特別支援教育への変革の中で、知的遅れのない発達障害を意味する、いわゆる軽度発達障害が注目されていました。このような状態も発達障害者支援法の対象にしようとの意見が採用され、発達障害の「定義」が出来上がりました。自閉症プラス軽度発達障害がこの法律の「定義」です(表2)。

わが国の福祉政策に、発達障害という新しい概念を導入した、という意味で意義ある法律でしたが、歴史的経緯を無視して発達障害の「定義」を定めたので、大きな混乱が生じています。知的障害のある

## 表2 発達障害者支援法の定義

### 第2条（定義）

この法律において「発達障害者」とは、自閉症、アスペルガー症候群その他の広汎性発達障害、学習障害、注意欠陥多動性障害その他これに類する脳機能の障害であってその症状が通常低年齢において発現するものとして政令で定めるものをいう。

脚注：政令で定めるものは発達性言語障害と発達性協調運動障害  
省令で定めるものはCD-10の心理的発達の障害（F8）および  
小児・児童期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害（F9）

自閉症は発達障害に含まれるのか否か、発達障害とは、いわゆる軽度発達障害のことなのか否か、発達障害と前述の三障害の関係、つまり重複はあるとするのか否かなど、未整理の課題が残っています。2010年にはこの法律自体を見直すことになっていますので、適切な改正が行われることを切に願っています。

### 自閉症を疑うのは？こだわり行動に注目！

1歳6ヶ月児健診と3歳児健診の際に、多動でかんしゃくが多くて困っているとの相談があったなら、単に多動児と決め付けしないで、他児への興味・関心、遊び方、表情変化、相互的なコミュニケーションが可能かなどに注目してください。乳幼児期の自閉症あるいは自閉症類似の発達障害児は、多動児と誤解されて、見逃されていることがまれでないからです。その際、癖・こだわりの類も重要な視点になりますので、乳幼児期によく認められる癖・こだわりのリストを表3a, b, cに示します。

## 表3-a 乳児期の癖・こだわり

- 気に入ったおもちゃや小さなものを握って手放さない。
- 振る、投げる、叩くなど決まった操作を繰り返す。
- 特定のをなめる、しゃぶる、かむ、触れることで感触を楽しむ。
- 特定のものや手、指などの身体部位を見つめ続ける。
- 横目で見ると、表情をゆがめてみる。
- 特定の音に聞き耳を立てる、怖がる。
- 同じ発声、例えば、らりらり、ぱっぱぱなど、多くは無意味なジャーゴン、を繰り返す。
- 手をかざす、両腕で羽ばたく、指のひらひら、頭を左右に振る。
- 親や身近な大人の体の一部、例えば髪の毛、耳介、頬、上腕などを触り続ける。
- おんぶ、だっこ、高い高いなどの行動を繰り返すことを要求し続ける。

## 表3-b 幼児期前半の癖・こだわり

- 車のワイパーなど一定間隔で動くもの、扇風機などの回るものを見つめる。
- 踏み切りの警報音や遮断機の動きなど、気に入った音を口真似する、あるいは動作で再現する。
- 柵やブラインドなどを見ながら自分で歩くことで光の変化や伴う景色の変化を楽しむ。
- いつもの道順でいくことを要求する、あるいは変更を許さない。
- 特定のテレビコマーシャルを見たがる、逆に怖がる。
- 特定のテレビ番組や絵本（あるいはその一部）を繰り返し見続ける、繰り返すように要求する。
- 同じ場所を繰り返し走る、飛ぶ、登る、スピンする、ジャンプを繰り返す。
- 同じものを並べる、そろえる、ずれを嫌がる。
- 形、色、種類などで独自のルールをつくり順番を整える。
- 母親や父親など身近な大人の、例えば第1ボタンをはめる、はずす、あるいは袖を捲く、捲らないなど服の着方を指定する。

## 表3-c 幼児期後半の癖・こだわり

- 担任や親しい親戚でも、初めての場面で会うと無視する、逃げる。
- せりふや役割など、ごっこ遊びのパターンを決めて、外れることを許さない。
- 戦いごっこやある種の遊び以外には興味を示さない、参加しない。
- 着席位置、整理棚の場所などの変更を納得しない。
- 外遊びから室内遊びへなどの場面の切り替えに抵抗する。
- 使用する遊具の場所を指定し、他児の使用を認めない。
- 大便是おむつでと決めてしまう、あるいは自宅以外のトイレの使用を拒否する。
- 特定の数字、アルファベット、マークなどに執着する。
- 特定の銘柄の食品に限定して食べる、特定の飲食店に繰り返し入って同じものを注文する。
- 同じ服、靴、帽子を使用し続け、代用品を拒否する。
- 入眠の手順、儀式、必需品がある。

自閉症は、原因不明の脳の成熟障害によって発症する発達障害の一種です。社会性あるいは対人関係の問題、言語性あるいは非言語性のコミュニケーションの問題、そして、いわゆる癖・こだわり（想像力の乏しさあるいは行動の柔軟性の欠如）の三つの主要兆候を、三歳以前から認めたなら診断します（表4）。

## 表4 自閉症診断のための3領域（DSM-PC）

- 社会性の障害（2項目以上）
  - 非言語的相互行動（視線や表情）の障害
  - 仲間関係の希薄さ
  - 自発的な共感性（共同注視）の欠如
  - 社会的相互性の欠如
- コミュニケーションの障害（1項目以上）
  - 全般的発達段階よりも明らかな言語発達遅滞
  - 会話（語用）の困難
  - 言語の常同的（反響言語）あるいは特有用使用
  - ふり遊び、あるいは社会性のあるごっこ遊びの欠如
- 反復的・常同的・限定的行動（行動の柔軟性の欠如）（1項目以上）
  - 執着するあるいは限定的な興味・関心
  - 習慣や予定に頑なこだわり
  - 常同的で反復的な無駄な動き（両手の羽ばたき、手の注視など）
  - 物体の一部への熱中

自閉症診断のためには3領域に症状項目を認めかつ合計6項目以上の存在

自閉症の原因が分からないため、診断の決め手がありません。そこで、三歳以降の幼児の行動を基準にして診断する、かなり厳密な取り決めになっています。逆に言えば、三歳前に自閉症と診断するのはかなり慎重であるべきということです。もちろん、重度から中等度の自閉症の乳児の場合、一歳前後からその兆候が明らかで、ほぼ間違いなく自閉症と診断できますが、そのような例ばかりではありません。

表4に示すように、自閉症の確定診断のためには、社会性の問題が2症状以上、コミュニケーションの問題が1症状以上、癖・こだわりの問題が1症状以上あって、かつ全体で6症状以上あることが条件です。当然ですが、ひとつひとつの症状の有無の判断ができるようになるには、かなりの熟練が必要です。

自閉症類似の発達障害の状態を、特定不能の広汎性発達障害あるいはその他の広汎性発達障害といいます。少し分かりにくいのは、本来は自閉症と自閉症類似の発達障害の総称であるはずの広汎性発達障害（Pervasive Developmental Disorders：以下PDDと略）が、日常的には、“特定不能の”広汎性発達障害、あるいは“その他の”広汎性発達障害を意味して使用されている点です。

さらに分かりにくいのは、いわゆるPDD診断の基準がなく、自閉症に似ているというのがその概念の中核である点です。従って、診断医によってその範囲が様々なのが現状です。PDD概念をかなり広く取ってしまう専門医もまれではありません。私見も含めて申し上げます。診断基準の相当部分を慎重かつ丁寧に読めば、いわゆるPDDとは、三つの主要症状が少なくとも1つ（合計3つ）あるはずですが、かつその合計が5つまで（6つ以上なら自閉症）の状態、限りなく自閉症に近いのだけれども、そこまでは到達しない“軽度”自閉症、用語としては非定型自閉症を意味するのが大部分のようです。

では、3つはないが1つまたは2つの症状のみ認めるのはなんというのか？最近の自閉症の家族研究の中で提案された概念ですが、“より広い自閉症の表現型”（Broader Autism Phenotype；BAP）といういい方があります。ただし、BAPは診断概念ではなくて、研究用の操作的基準であることを強調しておきます。BAPはPDDではないということです。

### ADHDは3歳分幼い子ども？

イメージしていただきたいのは、大柄な3歳児が

小学1年生として入学したらどうなるかです。3歳児なら、40～45分じっと大人の話の聞けという要求は無理だと思われるでしょう。勝手に教室を抜け出して校庭で遊びだし、時間内には帰ってこないかもしれません。無理に教室に止めておくと、手いたずらを始めたり、隣の子とも喧嘩を始めたりするかもしれません。その振る舞いはどう見ても3歳児です。しかし、確かに生年月日は6歳なのです。

なにをいいたいかというと、脳の欠損や障害があるからADHDが発症するのではなくて、脳の未熟、それも制御機構の未熟がADHDの本態であるという主張です。R. Barkleyはこの考え方でADHDの80%は説明可能といっています。見方によっては、元気な3歳の男児は、すべてがADHDといってもよいかもしれません。4歳、5歳と年齢を重ねるにつれて、行動にまとまりが得られて、ADHDの症状は消えてしまうのが通常です。残念ながら、少なくとも1～2%の子どもが、3歳児のまま6歳になってしまうのです。もちろん自己制御機能を司る部位（右脳？）に障害がある子ども、例えば、左半身麻痺の脳性麻痺児は、多動で衝動的で不注意です。すなわち、ADHDは脳障害でも発生します。しかし、それらは少数派に留まります。

ADHDは3歳分幼い子どもということ、ADHDを見慣れた保育士や幼稚園教諭は首を傾げるに違いありません。ADHDとはもっと困るタイプの子どものだからです。ここで、反抗挑戦性障害（Oppositional Defiant Disorder；ODD）という診断概念をご紹介します（表5）。ODDは

### 表5 反抗挑戦性障害(DSM-IV)とは？

- かんしゃく
- おとなと口論
- おとなの要求や規則通りへの反抗
- 故意にいらだたせる
- すべて他人のせいにする
- 過敏
- 怒り
- 意地悪

（単独なことば；DSM-III-R）

ADHDに合併しやすい発達障害で、ADHDプラスODDとなると、困るADHDであり、何とかしなければと、病院受診の大きな動機になっています。

なお、ADHDとODDがなぜ合併しやすいかについては、現在のところ定説はありません。ADHDの重症型説、重症ADHDの不応説、合併例は単独例とは別な障害と考える説、ADHDの有無とは無関係で環境に依存するという説などが提案されています。

ADHDのみのお子さんの場合、ADHDの症状を指摘すると、保護者も納得はしても、特段の対応をしようとはしませんし、保育士や幼稚園教諭も“ただ元気なだけの子”あるいは“障害児とは思えない”という反応を示します。実際、就学前の段階では、医療的な対応（薬物治療含む）は行わないのが原則です。ただし、ADHDが明らかな乳幼児は、事故のハイリスク児であることへの注意喚起が必要です。交通事故、溺水、そして火傷が事故の三大要因であることは言うまでもありません。是非、保護者にお伝え願いたいのは、ADHDタイプの子どもにいくら事前に注意しても効果が薄いということです。分かってはいるけれども、やってしまうのがADHDのある子どもです。注意を払うのは本人ではなくて、保護者であるということです。

### 学習障害リスク児を就学前に見分ける

乳幼児健診のご経験が深い小児科医の先生方は、おそらく、学習障害（Learning Disabilities ; LD）のある乳幼児に出会っているはずですが、しかし、いかなる専門家といえども、3歳の段階でLDであるとの診断は無理です。LDは学習を始めてから、その特異な学習困難が明らかになるからです。LDの定義を表6に示します。

**表6 学習障害の定義(1999)**

学習障害とは、基本的には全般的な知的発達に遅れはないが、聞く、話す、読む、書く、計算する又は推論する能力のうち特定のものの習得と使用に著しい困難を示す様々な状態を差すものである。

学習障害は、その原因として、中枢神経系に何らかの機能障害があると推定されるが、視覚障害、聴覚障害、知的障害、情緒障害などの障害や、環境的な要因が直接の原因となるものではない。

概念としてはかなり広い教育的な視点がLDです。明確な診断基準がある訳でなく、医療現場での「診

断」にはなじまないのがLDの実態です。口頭言語と書字言語にかかわる習得の困難が存在し、それが脳の機能障害に基づくという意味で、発達障害の一類型と理解されているのです。

種々の考え方と診断の手続きがありますが、確実にLDと診断できるのは、小学校3-4年生になってからです。しかし、確定診断してからの支援では、学習困難は相当な段階にきていますから、そうたやすいことではありません。そこで、就学直後からの支援の開始を目指して、5歳段階でLDリスク児をピックアップして、慎重なフォローと早期の支援を開始しようとの考えが大勢になりつつあります。

とは言っても、確実な診断ツールがないので、ここでは注意すべき子どもたちの特徴として以下の4タイプを挙げておきたいと思います。

第一は、話しことばの獲得が遅れた子どもたちです。理解はよいが話し始めが遅れた3歳児や4歳児は、特段の問題行動がなければ、健常児の扱いになります。口頭言語の段階では問題なく見えるかもしれませんが、書字言語（読み書き）の段階になると、習得の困難が発生するかもしれません。特に、発音の不明瞭な子どもや不器用さが目に付く子どもは要注意です。

第二は、多動児たちです。ADHDはLDを合併しやすく、多くの成書では、30%程度の合併とされていますので、仮にADHDとしては特段の対処が不要と考えられても、就学後の学習の進み具合には注意が必要です。ADHDの特性、すなわち、注意が散漫、じっと話を聞けない、我慢ができない、物の扱いが雑、忘れてしまうなどは学習を妨げる要因になりますが、それだけではありません。LDの問題が潜在する可能性があるのがADHDの厄介なところでは。

第三は、年長児となっても、文字に興味を示さない子どもたちです。話しことばに問題はないが、文字を読むことに困難を示す子どもたちは、文字自体の存在を認めないかのように振る舞います。カルタとりやしりとりなどの遊びに注目してください。これらは、LDリスクの判断のためにも、そのような子どもたちへの支援のためにも役立つ遊びです。心配がある保護者にお勧めください。

第四は、年長児となっても、時計やカレンダーに興味を示さない子どもたちです。時間といっても正時（12時ちょうどなど）が分かればよいです。もし

分からないお子さんの保護者に出会ったなら、アナログの時計の学習を勧めるというのではなくて、生活に密着した使い方を確認し、それをお勧めください。つまり、3時だからおやつにしよう、8時だから寝ようなどのことばかけです。

カレンダーに関しても、曜日の順が分かり、昨日、今日、明日などのことばを正確に使えているならば、数概念の定着という点では、問題ないと考えてよいかもしれません。

#### 参考文献

Hara H (2007) Autism and epilepsy : A retrospective follow-up study. *Brain & Development* 29 : 486-490.

原仁(2007) 落ち着きのない子 原因① ADHDとはどのような障害か？チャイルドヘルス 10 :

542-545.

原仁 (2007) 症候からみた小児の診断学. Ⅷ. 行動の問題. こだわりが強い. *小児科診療* 70 (増刊) : 583-587.

原仁 (2006) 医学から見た発達障害者支援法. 原仁編. *発達障害医学の進歩18. 診断と治療社*, 東京, pp.79-86.

原仁 (2005) 特集 思春期のこころと体 Ⅲ. 障害と思春期. 思春期の行動の問題 : Asperger症候群とADHD. *小児科診療* 68 : 1087-1092.

原仁 (2004) 子どもの心のケア-温かく育むために-. 各論 8. 学習障害. *小児科臨床* 57 (増刊) : 1509-1516.

ラッセル・A・バークリー (2003) ADHDの理論と診断-過去, 現在, 未来-. *発達障害研究* 24 : 357-376.

# 「神奈川県における禁煙条例（仮称）」に関連して

禁煙・分煙活動を推進する神奈川県議 理事／横浜市立大学医学部非常勤講師

横浜国立大学教育人間科学部非常勤講師／神奈川小児科医会 社会保険委員 藤原 芳 人

(横浜市 ふじわら小児科)

第17回日本禁煙医師連盟総会（2008年2月10、11日）（於；横浜開港記念会館，主催；禁煙・分煙活動を推進する神奈川県議）の挨拶において松沢成文神奈川県知事は受動喫煙は「迷惑」を越えて「他人への健康被害」と捉え，わが国の受動喫煙対策の無策を問題視し，世界たばこ規制枠組み条約（FCTC）を遵守し，神奈川県先進的な公共施設禁煙条例の策定，施行をめざしていることを公表された。これは国がやらないので神奈川県が受動喫煙防止の先進的なルールを作り，全国初の試みとしてこれを広めて国を変えていくという考えを示された。（記者発表は2008年4月15日）（表；経過）

時を同じくして2008年3月4日に日本学術会議はたばこの自動販売機設置禁止や，職場，公共の場所での喫煙を罰則付きの法律で禁止することなどを柱とする「脱タバコ社会の実現に向けて」の政策提言を政府に対して要望した。（詳細は以下のホームページ<http://www.scj.go.jp/ja/info/kohyo/pdf/kohyo-20-t51-4.pdf>）この中で次の7項目の提言が示されている。提言1．タバコの直接的・間接的健康障害につき，なお一層の教育・啓発を行う。提言2．喫煙率削減の数値目標を設定する。提言3．職場・公共の場所での喫煙を禁止する。提言4．未成年者喫煙禁止法を遵守し，次世代の国民を守る。提言5．タバコ自動販売機の設置を禁止しタバコ箱の警告文を簡潔かつ目立つようにする。提言6．タバコ税を大幅に引き上げて，税収を確保したまま，タバコ消費量の減少をはかる。提言7．タバコの直接的・間接的被害より国民を守る立場から，タバコに関する規制を行う。

提言の解説で「喫煙による健康被害に議論の余地はなく，また受動喫煙の影響も科学的根拠の論争に終止符が打たれた」として，喫煙率削減の数値目標も設定していない日本の現状を批判。対策強化を求めている。

これらに関連して，タバコの問題点について認識すべき項目を以下に纏める。

- ①タバコは通常の使い方でも種々の病気になり死亡の原因になる有害商品である。軽いタバコの毒性は軽くないことが判明している。しかも，他のあらゆる製品と異なり，「安全テスト」なくして，市場に出回っている特殊な製品である。
- ②タバコは嗜好品ではなく依存性薬物である。タバコで解決できるストレスはニコチンギレによるストレスである（ニコチン依存症，依存性薬物）。タバコを吸う行為は，ニコチン依存症と関連疾患からなる「喫煙病」であり，喫煙者は積極的禁煙治療を必要とする「患者」である。（9専門学会合同の禁煙ガイドライン2005）
- ③発がん性物質を含む有毒な副流煙を出して周囲の人にまで害を与える。工学的に完全分煙は不可能である。一般に行われている分煙対策は効果に乏しい。空気清浄器でタバコの害は取り除けない。
- ④FCTC（世界たばこ規制枠組み条約）で規制されているはずである。2003年5月にWHO加盟192ヶ国の全会一致で「たばこ規制枠組条約（FCTC）」として採択され2005年2月27日に発効した。日本は2004年6月8日に19番目の国としてこれを批准している。タバコ価格・税の引上げ，職場・公共の場所での喫煙規制，包装上の警告表示，タバコの広告・販売促進・後援の規制，禁煙治療の普及などを定めている。

なかでも（第3条）の目的は「タバコの破壊的な影響から現在および将来の世代を守る」である。そして（第8条）受動喫煙の防止の項目では「受動喫煙は死亡，疾病及び障害を引き起こすことが科学的に証明されている。よって，公共の場所における受動喫煙を防止するために立法，行政上の措置を行う」としている。

我が国は2005年に本条約を批准しているが，現時点では，厚生労働省主導の「健康日本21」においても，また，「がん対策推進基本計画」においても，タバコ産業界などの反対により，喫煙率削減の数値目標すら設定されていない。（日本学術会議「脱タ

バコ社会の実現に向けて」2008)

我が国では諸外国と違い、タバコが国の専売であった歴史があり、タバコの監督官庁が財務省、そして日本たばこ産業の株の半分以上(50.02%)を保有する筆頭株主が財務大臣であることなどは国が禁煙推進に消極的であることは自明である。さらにタバコ産業界の政策への圧力の存在など人為的な障壁を含んだ政治的背景にも着目しなくてはならない。

FCTCの第2回締約国会議で全会一致で採択されたFCTC第8条を履行するためのガイドライン(2007年6月30日から7月6日;バンコク)の抜粋を以下に列記する。①:第8条は基本的な人権に基づくものであることを承認すべきこと ②:自主規制ではなく、法的な規制であるべきこと ④:100%全面禁煙の環境とするべきこと ⑨:法律の遵守をさせる責任部署とその責務を特定すべきこと ⑩:適切な罰則を設けるべきことなどと記載されている。

私たちはFCTCという国際法を批准しているという法律面での見識を持ちそれを遵守すべく行動せねばならない。

具体的には、小児科医は日常の診療の場で家族の喫煙状況の把握をして禁煙を勧めることは言うに及ばず、保健センターでの健診事業、学校医、保育園医としての活動現場などはタバコの有害性について知識啓発をする良い機会が多くある。防煙教育、受動喫煙による健康被害の予防に小児科医は力を注がねばならないと考える。

**追記**;2008年9月に県は本条例案の呼称を神奈川県受動喫煙防止条例(案)と変更して受動喫煙に特化したものにした。自民を中心とする喫煙擁護の県議会議員の抵抗により内容もお後退したものに変化しているが、2009年3月の議会での成立を目指している。

**参考)**・日本学術会議の提言「脱タバコ社会の実現に向けて」

<http://www.scj.go.jp/ja/info/kohyo/pdf/kohyo-20-t51-4.pdf>

・禁煙ガイドライン;Circulation Journal Vol.69.1005-1103,2005

・第17回日本禁煙医師連盟総会(2008年2月)資料より

・子どもたちをタバコから守る—私たちにで

きること— 外来小児科Vol. 9194-202, 2006

・禁煙医療のための基礎知識 改訂版 神奈川県内科医学会編 2006

**表「神奈川県公共的施設における禁煙条例(仮称)」の検討をめぐるこれまでの経過**

■は県としての動き 無印はそれ以外(文責;禁煙・分煙活動を推進する神奈川県)

- 2003年5月 健康増進法施行  
※第25条にて、多数の者が利用する施設の管理者に受動喫煙を防止する努力義務が課せられた
- 2005年2月 WHOたばこ規制枠組条約(FCTC)が発効  
※第8条 受動喫煙の防止:職場、交通機関、公共の場所における受動喫煙を防止するために立法、執行、行政上の措置を取る
- 2005年3月 「がんへの挑戦・10か年戦略」を策定し「受動喫煙の防止」など「たばこ対策の推進」を重点項目に位置付ける
- 2006年12月 松沢知事が定例会見で健康増進法をさらに進めた条例など、より効果的な受動喫煙防止対策の検討について言及
- 2006年12月~2007年1月 県ホームページ上で「受動喫煙を防止するための公共的な場所での喫煙規制についてのアンケート」を実施  
※賛成:1738件(42%) 反対:1985件(49%)
- 2007年2月 上記ネットアンケートにJTが社員を動員して投票していたことが新聞報道される
- 2007年7月 WHOたばこ規制枠組条約(FCTC)第2回締約国会議にて「たばこの煙にさらされることからの保護に関するガイドライン」が採択される  
※屋内完全禁煙以外は独立換気の喫煙区画であっても煙暴露からの保護に無効
- 2007年9月 禁煙、分煙活動を推進する神奈川県が、実効性あるルール作りと早期実現を求めて要望書を松沢知事に提出
- 2007年10月~12月 県内8ヶ所の対話集会「知事と語ろう! 神奈川県ふれあいミーティング」にて松沢知事自らが公共的施設禁煙条例をテーマに県民と意見交換
- 2007年11月 学識者、関係団体及び県民などからなる「神奈川県公共的施設における禁煙条例(仮称)検討委員会」が第1回会合を開催
- 2007年12月 県内在住の県民5000人を対象に実施した「受動喫煙に関する県民意識調査」の結果(速報)を発表  
※公共的施設の喫煙規制に賛成:88.5% 反対4.6%

第17回日本禁煙医師連盟総会(2008年2月)主催;禁煙をすすめる神奈川県 資料より

# 麻しんワクチンに関するアンケート調査の結果報告

神奈川小児科医会 公衆衛生委員会委員長 高 宮 光  
(横須賀市 高宮小児科)

神奈川小児科医会では、麻しんワクチン（MRワクチンも含む）に関するアンケート調査を今年の3月、5月、8月、10月に幹事の先生方を対象に実施しましたのでご報告致します。

尚、「予防接種に関するQ&A集」に習って、疾病として表記する場合は「麻疹」、ワクチンとして表記する場合は「麻しん」と区別して記載してあります。

## (1) 平成12年度接種ワクチンのメーカー調査（3月実施）

### ① 調査の目的

平成19年12月より神奈川県内で麻疹が流行し、20年2月中旬の時点で全国の4割が神奈川県で、その4割が横須賀市で全国トップでした。ついで、横浜市、北九州市、大館市、鎌倉市の順で、5位までに県内の3市が入っていました。県内の流行は横須賀市→鎌倉市→横浜市→川崎市と北上しながら県内に拡がりました。

流行の先駆けとなった横須賀市では平成19年12月から20年2月中旬までに360人以上（5月下旬までに870人以上）の患者が出、その中心は10歳代でしたが、1つの年齢で見ると8歳の患者数が突出していました（図1）。この年齢は患者数が多いだけで

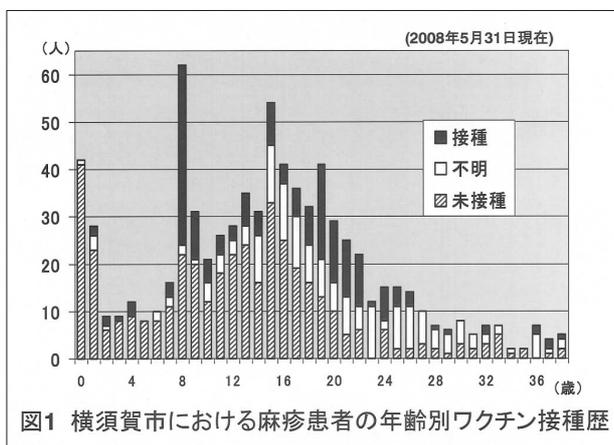


図1 横須賀市における麻疹患者の年齢別ワクチン接種歴

なく、ワクチン接種者が患者の6割と多いのが特徴です。他の年齢ではワクチン接種者は患者の平均2割でした。

8歳児がワクチンを接種したのは平成12年に多く、横須賀市ではワクチンを市が接種協力医療機関に供給しており、平成11年と12年は千葉血清のものを採用していました。そして今回の流行では、千葉血清のロット番号「C4-7」、「C5-1」、「C5-3」のワクチンを接種している者から多くの患者が出ています。この3つのロット番号は、平成13年、沖縄で同じようにワクチン接種した者から患者が出て問題になった時のロット番号と一致しています。その当時、全国でこのワクチンを使ったのは1割と考えられています。平成14年には千葉市でも同様な事例が認められ、その時のロット番号は「C5-1」、「C5-3」でした。その後各地で同様の事例が起きました。沖縄では接種1年後ということもあり、千葉血清の費用で再接種となりましたが、他の地域では何ら対応策は取られませんでした。

上記のような事例が横須賀市以外でもないか、県内の調査をすることにしました。

### ② アンケート内容

各市の平成12年度接種のワクチンメーカーと患者発生の関係を調査することにしました。もし千葉血清であった場合、過去の麻疹流行時にその中から患者が発生したか否か、メーカー名がわからなければ、その年齢層だけ多いという状況だったか否かを調べることにしました。

### ③ アンケート結果

回収率：23/36 (64%)

幹事の先生が属する11市全てから回答をいただきました。その11市は、横浜市、川崎市、相模原市、横須賀市、藤沢市、平塚市、厚木市、小田原市、鎌倉市、秦野市、座間市です。

川崎市と横須賀市は市がワクチンを供給する方式を採っており、平成12年度は全て千葉血清のワクチンを使用していました。相模原市は市が供給する方式と施設毎にワクチンを購入する方式との2者選択で、市が供給したのは千葉血清のワクチンでした。

他の地域では千葉血清のワクチンの使用はありませんでした。

川崎市では平成19年春に麻疹が流行し、平成12年度に千葉血清のワクチンを接種した7歳と8歳児の患者が多くみられました。これらの年齢の患者の82%は予防接種を受けていました。接種したワクチンのロット番号は不明でした。当時千葉血清のワクチンを一部で接種していた相模原市では同様な事例はみられませんでした。

#### ④ アンケート結果をもとに

4月からMR3期、4期が5年間の時限措置としてスタートしました。ここで、問題なのは、千葉血清のワクチンを接種した8歳児が3期を受けるのは、最後の平成24年度になってしまうことです。平成12年度にこのワクチンを接種した者の中から、19年春には川崎市で、19年末から20年春にかけて横須賀市で麻疹患者が多く出ました。ただ2市とも千葉血清のワクチンを接種した者全員がこれらの流行で罹患した訳ではありません。まだ罹患せずに残っている者から麻疹患者が出る可能性があります。横須賀市では平成15年に麻疹が流行した際も、この千葉血清のワクチンを受けていた者から患者が発生しています。すなわちこのワクチン接種を受け、まだ罹患していない者には、3期を出来るだけ早期に接種する必要があると思います。

国立感染症研究所情報センター長の岡部信彦先生に相談したところ、「国家検定を通過している、接種後に生体内で抗体価が急速に低下している可能性があります。このワクチンの効果はきわめてあやしい。このワクチン接種を受けた者に3期をできるだけ早く接種するというのは理想的だと思う。」というコメントをいただきました。今まで国は、「千葉血清のワクチンも国家検定を通過している。」という理由で問題なしとしてきました。国家検定をしているのは国立感染症研究所なので、岡部先生のこのコメントは大変大きな意味を持ちます。また、「前倒しの接種を定期予防接種にするのは難しいだろう。平成13年の沖縄での再接種も定期外であったが、市が加入している保険で対処したので地域ごとに検討してみたらどうか。」というアドバイスもいただきました。早速調べたところ、全国の市長会の77%（606市）は予防接種事故賠償補償保険に加入していますが、残念ながら県内19市のうち、横浜市、川崎市と

横須賀市だけが加入していませんでした。

## (2) MR3期と4期の接種方式に関する調査 (5月実施)

### ① 調査の目的

MR3期と4期の接種が5年間の時限措置として4月から開始されました。6月末迄にできるだけ接種するよう厚労省が奨めている割に、接種者は少ないようです。この厚労省の「6月末迄にできるだけ接種するように」という通達が出されたのは3月21日で、各市町村では既にお知らせやパンフレットは配布済みで、一般市民は勿論、医師にさえ伝わっていないのが現状です。

県外ではMR3期と4期を個別接種だけでなく、学校での集団接種を行っている地域もあります。例えば、千葉県では56市町村の内、MR3期に関しては31市町村が学校での集団接種を行っています。千葉県の場合、麻しんだけでなく、定期予防接種の「相互乗り入れ」も行っています。

昨年度、麻疹に未罹患未接種の児を対象に緊急のMRワクチンを行なった地域がありますが、それを個別接種で行った地域は1割程度の接種率に留まったのに比べ、学校での集団接種をした地域の接種率は6～7割に達しました。この事実からもMR3期および4期も個別接種の地域と、集団接種を併用した地域では、接種率に差が出るのではないかと思います。また、高校生は他地域から通学している者もいるため、相互乗り入れの接種ができないと接種率は上がらないと思います。

### ② アンケート内容

MR3期と4期の接種方式は個別接種か集団接種か、またはその併用かを調査しました。またMRワクチン接種対策全般についてのご意見も伺いました。

### ③ アンケート結果

回収率：28/36 (78%)

(1) のアンケートと同様、幹事の属する全ての11市から回答をいただきました。

11市全て、3期と4期共に個別接種でした。

MR接種対策については下記のご意見が寄せられ

ました。

### 1. 現在の接種方式について

- i PR不足（4人）
- ii このままでは5年後の“麻疹排除”は不可能（3人）

### 2. 対策について

- i もっとPRをして接種率を上げるべき。（4人）
- ii 集団接種（個別接種との併用も含めて）を検討すべき（4人）  
集団接種には反対（1人：かかりつけ医による個別接種を原則とすべき）
- iii 相互乗り入れにすべき（2人）  
県内全域の相互乗り入れには反対（1人：書類処理が煩雑となる）
- iv 緊急MRワクチンを接種すべき（2人：10～20歳位を対象，中高生を対象）

### ④ アンケートをもとに

そもそも予防接種は、日頃の健康状態や体質をよくわかっているかかりつけ医がすべきということによって個別接種になった訳で、集団接種はそれに逆行するという意見もあります。ただMR3期と4期に関しては、厚労省も集団接種の意義を認めております。

千葉県の56市町村中、MR3期の集団接種を行っている31市町村を調べたところ、人口10万人以上の市は3市しかないことがわかりました。そこで神奈川県でも先の11市以外の8市と13町1村も調査することにしました。

調査した結果、三浦市でMR3期に対して集団接種と個別接種を併用していることがわかりました。それ以外の地域では全て個別接種でした。三浦市は人口5万人で中学校は4校です。三浦市医師会の提案により集団接種を学校で実施したとのことですが、その実施にあたり一番難しかった点は教育委員会の了解を取ることだったそうです。尚、三浦市の集団接種率は51.4%（209/406）でした。

県内全域の相互乗り入れは行われていませんが、近隣の市町村間で相互乗り入れをしている地域が多いです。相互乗り入れをしていないのは、横浜市、川崎市、相模原市、横須賀市、秦野市の5市です。特に4期の接種率を上げるためには相互乗り入れが必要だと思います。またその際には、できるだけ事務処理を簡便にする工夫が求められます。

### (3) MR追加接種率に関する調査（8月実施）

#### ① 調査の目的

厚労省は昨年度の2期の接種率を発表しました。全国の平均接種率は87.9%で、麻疹排除に必要な95%をクリアしたのは95.8%の秋田県だけでした。今年度は麻疹排除のための5年間の時限措置のスタートの年にあたり、接種率が注目される所です。そして注意しなければならないことは、対象者が公費で接種できるのは、その年度に限られているということです。すなわち、初年度に当たる今年度から、できるだけ高い接種率を目指さなければなりません。

厚労省がなるべく6月末までに接種するよう勧奨しているため、6月末までの接種状況を調査することにしました。

#### ② アンケート内容

MRワクチン2期、3期、4期の6月末までの接種率を調査しました。尚、夏休み中の接種に対する勧奨の実施についても調査しました。勧奨の手段として、①保育園、幼稚園、学校にお知らせを配布、②市の広報で、③その他の項目で回答していただきました。

#### ③ アンケート結果

表1を参照。

表1. 県内主要都市における平成20年度（4～6月）の追加接種の状況

	2期接種率	3期接種率	4期接種率	予防接種台帳	相互乗り入れ	夏休みの勧奨
横浜市	24.2%	41.3%	28.4%	△	×	×
相模原市	32.8%	44.7%	26.2%	○	×	①
横須賀市	37.4%	21.0%	14.8%	×	×	2期のみ①
藤沢市	24.9%	40.1%	26.2%	○	○	②
平塚市	21.3%	44.9%	28.7%	×	○	③
茅ヶ崎市	32.2%	35.0%	30.9%	○	○	②
厚木市	36.1%	49.7%	27.9%	○	○	×
小田原市	18.1%	44.6%	24.9%	○	○	①、②、③
鎌倉市	28.1%	27.2%	23.3%	×	○	×
秦野市	12.8%	24.2%	22.2%	○	×	×
座間市	19.3%	27.5%	20.8%	○	○	②
県11市平均	26.1%	39.6%	26.6%			
川崎市	(8.0%)	(19.3%)	(13.4%)	△	×	×
全国平均		38.8%	29.6%			

予防接種台帳：△は一部の区で実施。

勧奨：① 保育園、幼稚園、学校にお知らせを配布 ② 市の広報 ③ その他

平塚市の③は、市長にスピーチの度に勧奨を盛り込むように依頼。

小田原市の③は、医師会のホームページおよび地元FM放送による勧奨。

3期は学校からの未罹患未接種者への個別勧奨。

アンケート調査（１），（２）の11市に茅ヶ崎市が加わり，対象は12市になっています。

尚，川崎市の２期の接種票は６月23日に発送され，３期・４期は５月下旬に発送されたため，接種率はきわめて低くなっております。４月から６月までの３カ月分の接種率を調査するというアンケートの趣旨から外れるため，接種率の平均に川崎市は入れませんでした。

９月に追加調査した「予防接種台帳作成の有無」および県が調査した「相互乗り入れの有無」の結果も加えました。

#### ④ アンケートをもとに

厚労省もこの調査と並行して，各自治体に対して，６月末現在の３期と４期の接種率を８月15日までに報告するように通達していました。３期の接種率の全国平均は38.8％で，最高は茨城県の71.2％，最低は鹿児島県の24.4％でした。４期の接種率の全国平均は29.6％で，最高は佐賀県の52.1％，最低は大阪府の17.5％でした。茨城県の３期の接種率がきわめて高かったのは，44市町村の内30市町村で集団接種を行ったためです。ただ，茨城県でも４期を集団接種したのは３市町村しかありませんでした。４期の接種率の最高は佐賀県でした。佐賀県では３期と４期の接種率が共に52.1％で，他の県では４期は３期より低い接種率でした。佐賀県では未接種者に対する個別勧奨をハガキだけではなく，電話による勧奨を実施していることも高い接種率に繋がったのかもしれない。神奈川県全体の３期は36.5％で，４期は25.0％でした。ただ，この結果には川崎市も入っています。

川崎市を除いた県内11市における３期の接種率の平均は39.6％で，全国平均をやや上回りましたが，４期の接種率の平均は26.6％で，全国平均をやや下回りました。

横須賀市は２期の接種率は最高でしたが，３期と４期の接種率は最下位でした。特に４期が10％台なのは横須賀市だけで，７月末の接種率も17.4％でした。

県内11市における２期の接種率の平均は26.1％でした。これは４月～６月までの３カ月間の接種率なので，このままのペースでいけばよいのですが，10月～12月末はインフルエンザワクチンの接種時期と重なるため，この期間の接種率は下がることが予想

されます。そのため６月末の時点で３期の接種率（39.6％）程度なければ，目標の95％を達成するのは難しいと思われます。

全ての市において４期の接種率は３期より低く，４期の対象者は高校３年生であるため，受験勉強が本格化する夏休み以降の接種率は下がる可能性があります。夏休み中の接種率がどの程度であったか，10月頃にまた集計する必要があると思います。

あくまで６月末までの接種率であるため，この時点で接種率を論じるのは早いかもしれませんが，特に初年度に当たる今年度は数回中間報告することによって接種率を引き上げる努力が必要だと思います。

夏休み中の接種に対する勧奨は，12市の半分しか行われていませんでした。小田原市における昨年度の２期の接種率は97.3％と高く，その取り組みは国立感染症研究所感染症情報センターのホームページでも「高い接種率を達成した自治体の取り組み」として紹介されておいます。全国的にも秋田県，新潟県や福井県など接種率の高い地域では，接種の勧奨がさまざまな方法で行われておいます。その中で最も有効な勧奨方法は未接種者に対する個別勧奨です。そのためには予防接種台帳を作成し未接種者を把握する必要があります。今回の調査で３期と４期の接種率が最も低かった横須賀市では，この調査結果を深刻に受け止め，急遽３期と４期に対する台帳を作成し，未接種者に個別勧奨することを決定しました。

#### （４）MR追加接種率に関する調査（10月実施）

##### ① 調査の目的

前回の調査は２期の接種率も含まれておいますが，３期と４期に関しては，ほぼ同時期に厚労省も各市町村に対して調査を行っておいます。このたび，当医会では，その後の調査として，７月から９月末までの接種率を調査し，半年間の接種率を検討することにしました。厚労省が今回も同様の調査をするのであれば，２度手間になってしまうため，厚労省に問い合わせたところ，「今年度中にもう一度調査をするつもりだが，具体的な日取りは決まっておらず，県内の調査をされるのなら，是非行っていただきたい。」との回答でした。ところが，この調査の締切日である11月10日に厚労省から各自治体に９月末までの接種率を報告するようにという通達が出されました。

## ② アンケート内容

MRワクチン2期、3期、4期の9月末までの接種率を調査しました。前回の調査結果で、夏休み中の接種に対する勧奨を行っていた地域は県内の半数でした。今回の調査では、勧奨した地域と、しなかった地域で、夏休み中の接種率に差が出たのか否かも検討しました。また、この半年間に地域での勧奨や取り組みについても調査しました。

## ③ アンケート結果

表2を参照。

表2 県内主要都市における2008年度(4～9月)の追加接種状況

	2期接種率	3期接種率	4期接種率
横浜市	49.9%	56.8%	38.6%
川崎市	39.3%	36.2%	26.7%
相模原市	54.5%	56.8%	36.5%
横須賀市	56.5%	33.3%	22.8%
藤沢市	47.1%	49.2%	35.5%
平塚市	40.9%	50.8%	35.8%
茅ヶ崎市	51.5%	45.6%	38.1%
厚木市	57.0%	56.9%	38.2%
大和市	67.1%	57.8%	40.2%
小田原市	40.0%	62.9%	34.4%
鎌倉市	45.2%	39.8%	35.6%
秦野市	39.6%	36.1%	33.3%
座間市	42.8%	32.8%	28.5%
海老名市	46.1%	44.5%	39.8%
県14市平均	48.3%	50.5%	35.2%
全国平均	51.2%	56.4%	47.6%

アンケート調査(3)の12市に大和市と海老名市が加わり、対象は14市になっています。

地域で実施している接種勧奨や取組みについては、「就学時健診での勧奨」、「未接種者に対する個別勧奨」、「教育機関に勧奨用のチラシ配布」が多く、「市の広報やホームページ、医師会のホームページで勧奨」も数市で実施されていました。横浜市では、「電車内中吊り広告を用いた勧奨」を10月中旬の5日間、京浜急行の800車両で実施しました。横須賀市では、「学校説明会で国立感染研の啓蒙用DVDの上映会」や「前倒しの接種」(詳細後述)を実施しております。県内で最も接種率が高い大和市では、「市内学校別接種者数を学校に報告」しているようです。

夏休み中の接種に対する勧奨を実施し、7月と8月の接種率が上がったのは、小田原市の2期と3期だけでした。

## ④ アンケートをもとに

神奈川県は各期とも全国平均より低い接種率で、全国で2期は36位、3期は39位、4期は45位でした。特に4期の接種率の低迷が顕著でした。

各市の月別接種累計を作成し、幹事の先生方にお渡ししました(図2)。行政と交渉する際に利用し

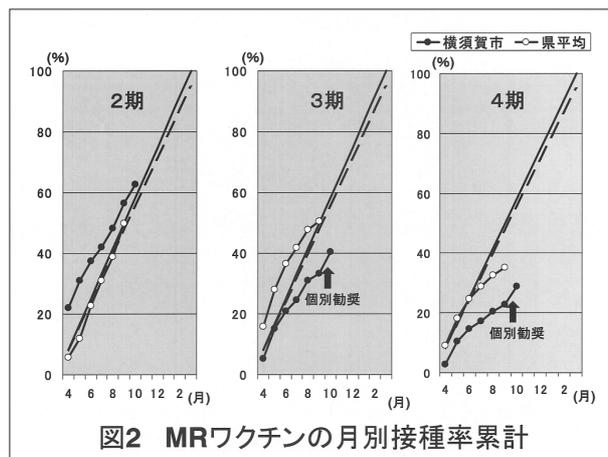


図2 MRワクチンの月別接種率累計

てもらいたいと思います。図の実線は毎月同じ人数が接種した場合の接種率100%、破線は麻疹排除に必要なとされている接種率95%を示しています。接種開始から半年のため、9月末までの接種率は50%が1つの目標となります。2期の県平均接種率は、4月当初より接種率100%に沿っています。3期の県平均接種率は、4月の接種率が高かったものの、7月以降は低下していました。4期の県平均接種率は、4月当初より低く、7月以降は更に低下していました。4期の対象である高校3年生は、夏休み以降、受験勉強が本格化しますので、何らかの対策を取らない限り、高い接種率は期待できません。横須賀市(10月までの接種率が図示してあります)は、3期と4期の接種率が低く、特に4期は14市中最低でした。そこで急遽3期と4期の接種台帳を作り、10月中旬に未接種者に対してハガキによる個別勧奨を行ったところ、3期、4期共に10月の接種率は前月の3倍になりました。9月末で2期～4期全て全国1位は福井県です。住民基本台帳と連動し、未接種者把握システムが県全体で確立しているのは福井県だけです。そして、未接種者に対する個別勧奨を繰り返し行っていることが、全国1位の接種率に繋がっていると思われます。横須賀市でも、未接種者への個別勧奨を10月だけの1回に止まらず、繰り返し行うよう市に要望しております。他の市でも、未接種者に対する個別勧奨を繰り返し行わない限り、特

に4期の接種率を上げることは難しいと思われる。

平成19年度と20年度に千葉血清の麻しんワクチンを接種していた横須賀市では、そのワクチンを接種していた小学3年、4年生に対して、前倒しの接種を決定しました(表3)。12月からの実施のため、

表3 MRワクチン3期・4期の前倒し接種の取組み

2008年度	2009年度	2010年度	2011年度	2012年度
中1, 高3	小6, 高2	小5, 高1	小4, 中3	小3, 中2

↓

実施開始: 2008年12月~

2008年度	2009年度	2010年度	2011年度	2012年度
中1, 高3	小6, 高2	小5, 高1	小4, 中3	小3, 中2
小3, 小4	小3, 小4	中2, 中3		

(2008年度における学年で表示)

今年度は4カ月しかないため、この2学年を来年度も対象にしています。再来年度は、中学2年、3年生も前倒しにして、5年間の時限措置を3年間で実施する計画です。

接種時期を前倒しにすることにより定期外接種となるため、横須賀市は予防接種事故賠償補償保険にも加入することになりました。

前倒しの接種は、千葉血清のワクチンを接種した学年の早期接種の目的だけではなく、残った2年間を、今年度と来年度で接種しそこねた者に対する救済措置に当てることがもできます。

前述したように、4期の対象者である高3生に高い接種率は期待できません。横須賀市の中学2年と中学3年生は、前倒しの結果、再来年度の高1と高2の時期に接種することになります。また、最近では修学旅行で海外に行く高校もあり、麻しんワクチン

の接種を義務づけているところもあるため、高2で自費にて接種する者もいます。前倒しの接種をすれば、これにも対応できます。

小学3年生が1歳の時に接種した千葉血清のワクチンでは、抗体が十分獲得されていないため、今年度または来年度に接種するだけでは十分とは言えず、平成24年度にも追加接種することが望まれます。前述した沖縄県では、平成14年に千葉血清のワクチン接種者に対して、抗体検査が実施されました。医師会が外注して検査した結果、141例中陽性は、わずか19例(13%)でした。同時期に千葉血清も自社で同様の検査をしたところ、陽性は136例中111例(82%)と大きな開きがありました。どちらが正しいかを検証する前に、18%の陰性例はPVF(Primary Vaccine Failure)にしても高いという理由で、千葉血清の費用で全員再接種となりました。

しかし、その後、大規模な抗体検査を実施した記録はありません。そこで、横須賀市では、12月から開始された前倒しの接種に来院した千葉血清ワクチン接種者に対して、保護者から同意を得た上で、小児科開業医の有志が全額検査費用を出し、抗体検査を実施しております。1月中旬現在、IgG抗体EIA法で94例、その内の46例はPA法でも測定しました。免疫不十分で再接種の適応と考えられているIgG抗体EIA値8.0未満は65例(69%)で、PA抗体価64倍以下は28例(61%)でした。今後も例数を重ね、その結果を基に、2012年の追加接種を検討したいと思っています。

千葉血清のワクチンを接種していた川崎市でも、前倒しの接種が検討されているようです。麻疹排除に必要な95%以上の接種率を達成するためには、他の地域を手本にし、各地域に合った接種勧奨や取組みを積極的に行っていかなければならないと思います。

# —— 神奈川県内各地域小児科医会からの活動報告 ——

(第1回)

## 茅ヶ崎小児科医会の活動について

神奈川県小児科医会 広報委員会 真下和宏  
(茅ヶ崎市 真下医院)

茅ヶ崎小児科医会は茅ヶ崎市と寒川町の小児科を第1標榜とする全開業医（13名）と勤務医（5名）の集まりである。安全で良質な小児医療を供給するため、地道な地域活動を続けている。その最たる例が休日診療所当番医であろう。「内科・小児科を標榜し自院では小児患者を診察しているのに、休日診療所では小児を診られないとはいかなることか？小児に対する欺瞞である。」茅ヶ崎小児科医会の前会長、故中務紀先生が茅ヶ崎医師会総会で主張され、第1標榜科目に関わらず小児科を標榜する全医療機関は休日診療所の小児科担当となることが決定された。その後、小児科の標榜を取り下げる医院が続出し、現在では小児科当番は、小児科医会の会員でほぼ100%をカバーしている。また、個別乳児健診を受託する医療機関へは、健診の質を確保するため集団乳児健診への参加を義務付けた結果、個別乳児健診も大半が小児科医会会員の医療機関で実施されている。それに伴い、個別予防接種も約90%が小児科医会会員の手で実施されている。学校医に関しては、

小学校校医は小児科医会の会員が必ず各学校に配置されるようにしている。

保護者への教育活動として、15年前より毎年、神奈川県子ども医療センターアレルギー科の栗原和幸先生にお願いし、『保護者のための喘息勉強会』と銘打った講演会を開いている。喘息やアレルギーを持った児の保護者が、毎年数十人参加し、活発な質疑応答がなされている。

学術面では、茅ヶ崎市立病院小児科のご協力により症例検討会を開催し、毎月3～4症例につき勉強させていただいている。

核家族化・少子化が進み、小児の周りからは育児経験の豊富な人材が激減している。メディア漬けで、正しい情報と怪しい情報の区別のできない若い親も増えている。小児を診る医者は豊富な経験と確かな知識・技術を要求されている。小児は小児科医が診なくてはならない。自院外での拘束時間は増えてしまいが、小児科医のできる最大の育児支援は、小児のそばに小児科医がいることである。

# 大和市小児科医会の活動について

神奈川小児科医会 学術委員会 門 井 伸 暁  
(愛育こどもクリニック)

大和市は横浜、綾瀬、座間、相模原、町田の5市に囲まれた人口22万人の小都市です。出生数は毎年2,100人程度で、0～15歳までの小児人口は約3万人です。大和市小児科医会は平成14年5月に小児医療に携わる14名の医師によって創られ、会員相互の親睦や情報交換、講演会などの学術活動を通じての研修を目的として運営されています。その後新会員の加入によって現在の会員数は36名になりました。構成は小児科単科標榜開業医が11名、病院勤務小児科学会認定専門医が5名、内科・小児科標榜開業医が20名です。学術活動は、1) 講師を招いての講演会、2) 会員相互の勉強会を実施してきました。その数は6年間で14回に達しました。特に講演会は講師を厳選して最新のトピックをお話しいただいています。講演会には会員のみならず、小中学校教諭、保育士、保健師にも公開しておりますので、地域の教育と保健のレベルアップにも貢献してきたと自負しています。

会員への連絡は医師会事務局を通じておこなっておりますが、会員相互の連絡手段としてはメール

グリストでインフルエンザや麻疹の流行状況の伝達や討議事項の周知を行っています。全会員の参加ではないので決議には至りませんが、意見調整の手段として重宝しています。

大和市は市長の交代に伴って昨年からは健康都市推進の取り組みをスタートしました。小児科医会はこれを好機と捉え、Hibワクチンや水痘ワクチンの公費負担を提言しています。さらに大和市立病院小児科は小児救急や周産期医療など二次医療の中心的な役割を担っていますので、一次医療で負担をかけないように時間外診療は地域医療センターに誘導するPRを、また市立病院小児科は有用な医療資源ですので無用な受診などで無駄遣いしないように患者教育を推し進めています。

大和市の小児医療は夜間小児救急医療システムの整備、乳幼児健診受診率の向上や予防接種接種率の改善など解決すべき問題が多々あります。地域の子どもと家族の幸せを守るために私たちは努力し続けますので、他地区小児科医会の皆様のアドバイスをよろしくお願い致します。

## … 編集後記 …

神奈川小児科医会 広報委員長 大 川 尚 美  
(横浜市港北区 大川小児クリニック)

2009年1月、アメリカではオバマ新大統領が就任した。“Change!”の掛け声のもと、国民は新しいリーダーに強い期待を抱いている。

我々の神奈川小児科医会も、横田俊一郎新会長のもと、よりパワフルな子どものための専門集団として“Change!”して行くことが期待される。