

神奈川小児科医会ニュース

第21号

平成25年3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3期目を迎えて

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)



2012年4月より、神奈川小児科医会会長3期目を務めさせていただいています。寺道会長と交代して4年以上が経過しましたが、なかなか思うようには活動が進まないというのが本音です。この4年間の活動を振り返り、今後の課題について考えてみたいと思います。

(1) 県内の情報交換、伝達

これは会長に就任したときに一番の目標に掲げたことです。横浜、川崎を一つの小児科医会とすると、県内には活発に活動している小児科医会が14あります。各地区小児科医会から幹事を出していただき、メーリングリストを作成したことにより、情報の伝達はかなり早くなったと実感できます。しかし、まだ充分ではなく、新たに機能的なホームページの作成、各地区小児科医会内での情報伝達の活性化などが求められる所です。情報は医師会や行政からも届きますが、内容を十分に咀嚼し、会員に役立つ情報提供を行いたいと考えています。小児科医会幹事の何人かは、神奈川県医師会公衆衛生委員会のメンバーでもあり、また日本小児科医会公衆衛生部予防接種委員会にも委員を送っており、情報の収集には大変有利な状況になっています。

(2) 日本小児科学会神奈川県地方会との関係

神奈川小児科医会は全国の都道府県小児科医会の中でも特異な立場にあり、日本小児科学会神奈川県地方会の下部組織として存在しています。小児科医

会設立の際にいろいろな経緯があり、現在の形になったと伝え聞いており、それに対し運営上今の形がよいという意見や、独立して活動すべきであるという意見もあります。実際には、神奈川県地方会会員のうち、主に開業している小児科医を中心に神奈川小児科医会が成り立っているというのが現状です。県医師会から様々な援助を受けているのは、地方会の下部組織になっているからでもあり、ここから抜けると県医師会の援助を受けられない可能性もあるのです。

今までは地方会との共同の活動はあまりありませんでしたが、新しく地方会幹事に就任した瀧正志先生の発案で、地方会活性化委員会が設置され、私も委員に加えていただきました。その結果、共同で事業を検討するという機会ができ、地方会幹事に各地区小児科医会会長を加えていただく、救急委員会の中に小児科医会のメンバーを加えていただく、というような新たな展開もみられるようになっていきます。小児科医会内部でも組織の改編を行い、新たに救急・病診連携委員会を作りました。全国の小児科医会の活動をみると、神奈川県地方会と小児科医会の仕事をまとめたような事業を行っている所が多く、神奈川子どもたちを守るためには、地方会と小児科医会が一緒になって活動していくことが、これからはより大切なものと考えています。

(3) 神奈川県（行政）との関係

県行政との関わりの中で神奈川小児科医会の代表

として委員を送っているものがいくつかあります。医療対策協議会、神奈川県救急医療問題調査会小児救急部会、小児救急電話相談事業運営協議会、神奈川県周産期医療協議会、神奈川県特別支援学校医療ケア等支援事業運営協議会、先天性代謝異常対策委員会などです。また、神奈川県医師会の委員会についても、公衆衛生委員会、母子保健地域対策委員会、タンデムマス法導入検討会などに委員を送っています。これらの会合でも小児科医会の立場をより強く主張できるようになればよいと考えています。

(4) 日本小児科医会との関係

一般社団法人への移行に伴い、日本小児科医会は各都道府県に代議員選出を目的とした選挙区を置くことになりました。当該地域に主たる勤務地を有する正会員から代議員を選出することになっており、現在神奈川県には約240名の日本小児科医会会員がいます。また、地区ごとにブロックを作り、連絡協議会が開催されています。神奈川県は関東ブロック小児科医会に属しており、年2回会合が開かれます。この会合の中で、各地区小児科医会の活動報告とともに日本小児科医会への委員の派遣などが協議されています。神奈川県では私が広報担当の常任理事を務めているほか、大山副会長が副議長の要職を任されており、いくつかの委員会に委員を送っています。

(5) 会員の増強

神奈川県地方会の会員数と比較すると、神奈川県小児科医会の会員はかなり少ないことが判ります。また、神奈川県小児科医会の会員であっても、日本小児

科医会に入会していない会員がかなりいます。日本小児科医会が進めている小児保健法の制定のような、政治的な活動を進めるためにはどうしても会員数を増やすことが大切です。しかし、日本小児科医会では高齢で退会される会員が入会者を上回り、会員数は減少の一途です。より多くの方に日本小児科医会に入会していただき、日本小児科医会の発言力を強めることが、これからは喫緊の課題であると考えています。まだ日本小児科医会に未入会の方は、この機会にぜひご検討いただきたいと思います。

(6) 今後

小児科医会としての活動を活性化し、会員のまとまりを作るためには、実際に多くの患者さんに接する小児科医でなければできない調査・研究を進めることが一つの方法だと考えています。ありふれた病気や問題を題材にして、小児科医会としてまとまって活動できるよう、広報・学術委員会のこれからの活動に期待します。

また、予防接種の接種率を向上させるために、神奈川県予防接種推進協議会を神奈川県小児科医会幹事の有志により立ち上げましたが、このような活動が全県下に広がっていくことも小児科医会の活性化に繋がると思われます。

神奈川県小児科医会は昭和59年（1984年）に発足しましたので、間もなく30年を迎えることになります。組織を強化し、より若い会員が活動に参加して、神奈川県の子どものために活躍できる体制を築けるよう、今期も微力を尽くしてゆきたいと思っています。皆さまのご支援をよろしくお願いいたします。



特集 1

『感染症対策における最近の変化』 ～保育保健から小児科医会へ期待するもの～

日本保育園保健協議会・会長 遠 藤 郁 夫
(小田原市 浜町小児科医院)

はじめに

平成21年4月から保育所では新しい保育所保育指針が施行され、それに伴って「保育所における感染症対策ガイドライン」が発出されました。それ以前の感染症対策は保育所も学校保健法に準じて運用されており、出席停止期間と登園基準は全く同じものでした。

上記ガイドラインが出されたことにより、幼稚園(学校保健安全法に準じている)と保育所における感染症対策に多少ずれが生じてしまう結果となりました。

こども園構想が浮上してくると、幼稚園と保育所における感染症対策は、全く同じでなければ対応に苦慮する問題が生み出され、平成24年には学校保健と保育保健(集団保育を行っている、保育所および幼稚園などにおける保健の意)の両者の関係者が協議し、学校保健も保育保健も改訂されました。

本稿では、今回の改定の中で感染症対策にかかわる問題を中心にとりあげ、保育保健の現状と、これからの園医、多くは小児科医会の先生たちへの期待について触れてみたい。

1. 学校保健における変化

平成24年4月には学校保健安全法の施行規則の一部改正が行われ、学校における出席停止の基準が見直されました。

1) 髄膜炎菌性髄膜炎 これまでわが国でも発症はみられていたが、学校における集団発生は認められなかった。平成23年高校生での集団発生が報告され、しかも死亡者を含む重症例が報告され、本症が飛沫感染であることから、今後学校保健でも感染拡大に注意を払う必要があるということから、第2類の感染症に規定されました。

2) インフルエンザ 小学生以上の児童はこれまで通り“発症後5日を経過し、かつ解熱後2日を経過してから”と変りません。ただ幼稚園児はウイルスの排泄期間も長いことから保育所の園児と同様“発症後5日を経過し、かつ解熱後3日を経過してから”と改訂された。

また、出席停止期間の数え方に混乱があったことから、数え方も具体的に示されました。確認してください。

例) インフルエンザ：発症した後5日を経過し、かつ、解熱した後2日を経過するまで

発症 (発熱した日)		解熱 この日は 数えない	1 日	2 日	3 日	この日から 登校できる	解熱した後 2 日を経過する まで
発症 (発熱した日) この日は数えない	1 日	2 日	3 日	4 日	5 日	この日から 登校できる	発症した後 5 日を経過する まで

3) 流行性耳下腺炎 これまでの登校基準では耳下腺、顎下腺、舌下腺の腫脹が消失するまで（7～10日はかかっていた）と長かった規定が、唾液腺の腫脹が発現してから5日を経過するまで、かつ全身状態が良好になるまでと、かなり短くなった。

この根拠としては、ムンプスウイルスは唾液腺が腫れる2～3日前から感染力が強く、腫れて4日もするとその感染力が非常に低下するとされているためである。これまでの基準より一気に休養期間が半減したため、当り前ではあるが“かつ全身状態が良好になるまで”が特に入れられている。

この文言をここに入れると、その他の感染症すべてに入れるべきとも思える。

2. 保育保健における変化

1) 平成24年11月感染症対策ガイドラインが改訂された

平成21年8月に「保育所における感染症対策ガイドライン」が発出され、保育園における保育保健としての感染症対策が始まった。

そして、平成24年4月には学校保健安全法の施行規則の一部改正が行われ、また、この1～2年の間の予防接種の大きな変化に対応するための、

見直し作業がおこなわれ、平成24年11月2012年改訂版「保育所における感染症対策ガイドライン」が発出されました。その改訂のポイントを下表に示す。

改訂のポイント

2012年改訂版 「保育所における感染症対策ガイドライン」 改訂のポイント
1. 学校保健と保育保健における感染症対策について
2. 幼稚園と保育園の“登園のめやす”がまったく同じものになった
3. 保育所におけるガイドラインの果たす役割
4. 集団保育における乳幼児の問題点
5. 激動する予防接種への対応
6. 新しい話題
7. 保育園における看護職の役割

①学校保健と保育保健における感染症対策のズレを無くした

幼稚園と保育園の“登園のめやす”がまったく同じものになった。

○医師が記入した意見書が望ましい感染症（12疾患）

保育園における感染症対策

登園のめやす

医師の意見書が望ましい感染症	
病名	登園のめやす
麻疹（はしか）	解熱後3日を経過してから
インフルエンザ	発症した後5日を経過し、かつ解熱した後3日を経過するまで
風しん	発しんが消失してから
水痘（みずぼうそう）	すべての発しんが痂皮化してから
流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）	耳下腺、顎下腺、舌下腺の腫脹が発現してから5日を経過するまで、かつ全身状態が良好になるまで
結核	医師により感染の恐れがないと認めるまで
咽頭結膜熱（プール熱）	主な症状が消え2日経過してから
流行性角結膜炎	感染力が非常に強いので結膜炎の症状が消失してから
百日咳	特有の咳が消失するまで又は5日間の適正な抗菌性物質製剤による治療を終了するまで
腸管出血性 大腸菌感染症	症状が治まり、かつ、抗菌薬による治療が終了し、48時間をあけて連続2回の検便によって、いずれも菌陰性が確認されたもの
急性出血性結膜炎	医師により感染の恐れがないと認めるまで
髄膜炎菌性髄膜炎	医師により感染の恐れがないと認めるまで

この改訂で変わった点は、先のガイドラインでは“意見書が必要な感染症”となっていた感染症が、“意見書が望ましい感染症”になり、対象疾病に急性出血性結膜炎および髄膜炎菌性髄膜炎が加わりました。

また、めやすの内容が上記学校保健の改正に伴って、インフルエンザおよび流行性耳下腺炎が変わっています。

○医師の診断を受け、保護者が記入する登園届が望ましい感染症（9疾患）

保護者の届出が望ましい感染症	
病名	登園のめやす
溶連菌感染症	抗菌薬内服後24～48時間経過していること
マイコプラズマ肺炎	発熱や激しい咳が治まっていること
手足口病	発熱や口腔内の水疱・潰瘍の影響がなく、普段の食事がとれること
伝染性紅斑	全身状態が良いこと
ウイルス性胃腸炎 (ノロ、ロタ、アデノウイルスなど)	嘔吐、下痢等の症状が治まり、普段の食事がとれること
ヘルパンギーナ	発熱や口腔内の水疱・潰瘍の影響がなく、普段の食事がとれること
RSウイルス感染症	呼吸器症状が消失し、全身状態が良いこと
帯状疱疹	すべての発しんが痂皮化してから
突発性発しん	解熱し機嫌が良く全身状態が良いこと

○登園までの日数の数え方（学校保健と同様です）

例）インフルエンザ：発症した後5日を経過し、かつ、解熱した後3日を経過するまで

発症 (発熱した日)		解熱 この日は 数えない	1日	2日	3日	この日から 登校できる	解熱した後 3日を経過する まで
発症 (発熱した日) この日は数えない	1日	2日	3日	4日	5日	この日から 登校できる	発症した後 5日を経過する まで

② 保育所におけるガイドラインの果たす役割

- 保育保健にとって重要な問題に関して、ガイドラインを発出して、具体的な道筋を示している。
- 全国的に標準となる対応策を示している。ただし、地域の特性を否定するものではない。
- 保育所の職員や保護者、さらにそれを支援する地域の人々が、保育保健に関する協議を行う際にはガイドラインを共通認識として、使っていただきたい。

③ 集団保育における乳幼児の問題点

- 乳幼児の問題点 学校保健とは異なる、乳幼児の集団保育に関する問題点が明示されている。
- 乳児の生理的特徴 感染症に罹り易い、呼吸困難に陥り易い、脱水症をおこしやすい など解説されている。

④ 激動する予防接種への対応

- 保育所の子どもたちにとって必要な予防接種、入園までに済ましておきたい予防接種
- これまでの予防接種に関する常識が変わってきています、注意しましょう。

⑤新しい話題

- 1) B型肝炎
 - 2) R Sウイルス感染の流行
 - 3) 髄膜炎菌髄膜炎
 - 4) 急性出血性結膜炎
 - 5) 流行性耳下腺炎
- などがあげられている。

⑥保育園における看護職の役割

- 看護師の役割として大切なものの1つとして、ガイドラインを十分読みこなし、その内容を他の職種のひとたちや保護者にやさしく伝える必要がある。
- 園医や地域の専門家などからの意見・助言などを正確に理解し、その内容を他の職種のひとたちや保護者に正しくやさしく伝える。
- 園内の保育保健のリーダーとなり、園医や地域の専門家たちとの交流の窓口とし機能する。

以上が、今回の改訂のポイントです。詳しくはガイドラインで確認してください。

おわりに

感染症対策を中心に学校保健と保育保健の最近の問題をとりあげましたが、特に保育保健は平成21年度改訂された保育所保育指針により、一気にその質

の向上が求められ、ガイドラインが矢継ぎ早に発出されてきています。

しかし、保育現場は全くこれまでと変わっておらず。すばらしいガイドラインが示されても、絵に描いた餅になっています。

保育所における健康および安全の対応は、園全体で組織だって、しかも計画性をもって対応する、さらにその実施に際しては地域との連携を密にすることとされている。

そのためには、保育園内に保育保健に関するリーダーが必要となる。

また、これからの保育保健に関するガイドラインは、医学的にも専門性の高い問題が多く含まれるようになり、その内容を正確に理解し、それを園のスタッフや保護者に分かり易く伝えることのできる看護師の役割が不可欠なものとなっている。

それにも増して、園医への期待は大きく膨らみ保育保健の専門職としての園医、園の一員として保育保健のリーダーとして機能すること、さらに地域との連携の調整役も務めて欲しい。

地域の園医の中心的存在である小児科医会の先生方には、この保育保健における大きな変革の流れをしっかりと掴み、良い方向へ導いていただくことをお願いしたい。



食物アレルギー：新しい考え方

神奈川県立こども医療センター アレルギー科部長

栗原和幸

はじめに

ほんの数年前まで、食物アレルギーの患者指導は除去食と誤食時の対応の2点に限定されていた。アレルギー疾患の患者指導の原則は「アレルゲンとの接触を避ける」であり、食物アレルギーにおいては、除去食の徹底を意味する。幸い、乳幼児に多い卵、牛乳、小麦のアレルギーは数年のうちに寛解する傾向が強いが、微量の誤摂取によって急速にアレルギー症状が誘発される不安を抱えながら、寛解を期待して年余にわたる除去食を継続することは容易ではなく、時には生涯にわたる努力を必要とする。積極的な治療法がなかった食物アレルギーにおいて、近年、経口免疫療法の成果が報告され、注目されている。選択肢が広がったが、「食べてはいけない」と「食べて治す」の二つの真逆の対応法が示されて非常に混乱した状態をきたしている。しかし、より確実に安全な対応法、予防法の確立に向けて避けられないステップを通過中であると言えるであろう。

Ⅰ. 経口免疫療法の歴史

食物アレルギーを食べて治す試みは、古くは1908年のロンドンの小児科医Schofieldの報告まで遡ることができ、その後も、間欠的に繰り返し報告されてきた。しかしその都度、安全性を最優先する風潮の中で激しく非難され、ごく最近まで発展する機会に恵まれなかった¹⁾。

しかしながら、アレルゲンを皮下注射や舌下に繰り返し投与する免疫療法は、IgE抗体とアレルゲンの反応が直接症状を誘発するアレルギー性鼻・結膜炎や蜂毒アレルギーにおいては確立した根治療法であり、これもすでに100年の歴史がある。但し、我が国では、特に小児科領域では、忘れら

れた存在となっている²⁾。

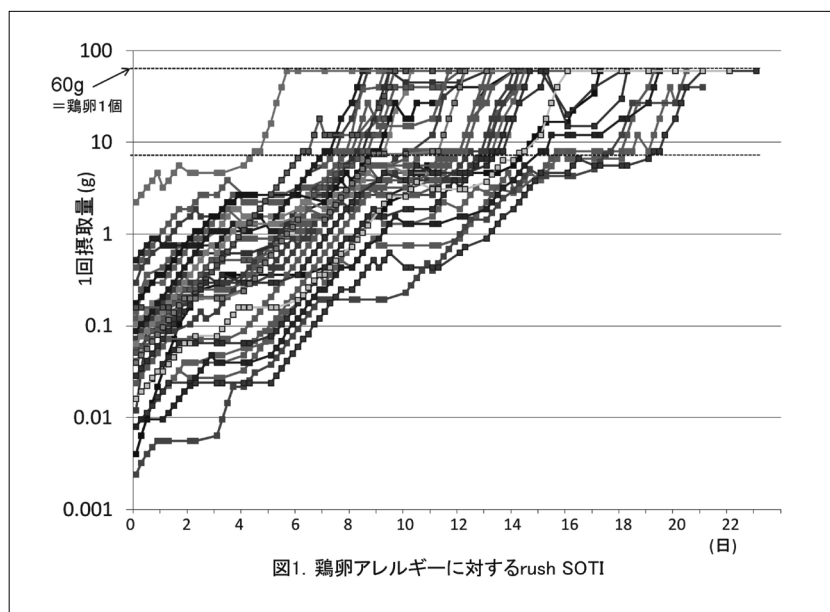
さらに、免疫学の領域では経口免疫寛容という確立した概念があり、経口摂取された（そして経腸的に吸収される）抗原に対しては基本的に免疫反応が（従ってアレルギー反応も）強く抑制される³⁾。近年はさらに、フィラグリン産生遺伝子の異常に関する知見も加わって、食物アレルゲンの感作経路として経皮感作の重要性が認識され始めた⁴⁾。すなわち、食物アレルギーは従来考えられてきたように「食べてなる」のではなく、「皮膚を通して発症する」ことが示唆されるようになり、そしてこれらの現象も、免疫学における動物実験では過去に確認されていることである。これらを背景にここ数年、食物アレルギーに対する経口免疫療法の成果が注目されている。

Ⅱ. 経口免疫療法の実施方法

経口免疫療法には実に様々な様式がある（表1）。さらに、具体的な実施方法は施設ごとに異なっているのが実情である。当科の具体的な実施方法については別稿⁵⁾に譲るが、最重症例は必然的に入院での治療となり、急速法で実施することになる。症状が軽く、極端に微量の食品で誘発されるのでなければ家庭で実施することも可能で、その場合、安全性

表1. 食物アレルギーの経口免疫療法の様式

	急速法	緩徐法	その他
期 間	数日～数週	数ヶ月～数年	急速法→緩徐法 緩徐法→急速法
実施環境	入院	自宅＋外来	入院 → 自宅（＋外来受診時）
年 齢	5歳以上	乳児期から	
重症度	中等症～重症	軽症～中等症	
投与経路	経口摂取	舌下（→吐き出し、嚥下）	



を優先して、緩徐法で行う。また、これらを組み合わせた治療も考えられる。卵、牛乳、小麦などはその食品を日常的に摂取できることを目標としているので、通常は経口摂取する方法で治療が行われるが、ピーナッツの場合は、ピーナッツ含有食品の誤食によって症状が誘発されることを防ぐのが目的である場合が多く、海外では舌下法の報告もある。

Ⅲ. 急速経口免疫療法の成果

当科では2007年に急速経口免疫療法を開始した。筆者は急速特異的経口耐性誘導, rush specific oral tolerance induction; rush SOTIと命名している。これまでの成績としては、99例（卵43例、牛乳29例、ピーナッツ18例、小麦9例）の患者に実施し、ピーナッツと小麦で1例ずつ中断したが、他は一部で目標量を変更したがほぼ全例で日常生活での摂取が可能となった。卵アレルギーで加熱卵1個（60g）に到達するのに平均14.9日かかり（図1）、牛乳アレルギーでは増量に苦慮する例があり200mlに到達するまでの日数は7～29日（平均15.7日）と幅が広がった。経過中、全摂取回数4449回の内、32.4%に副反応が認められたが、その内の65.7%は軽微な症状で、多くは経過観察で軽快している。アドレナリン筋肉注射の使用は2回のみである。大部分の症例がアナフィラキシー型重症例であり、入院して医師の監督下で実施する治療であることを考慮すれば、これらの副反応は許容範囲と考えている。

但し、急速期後、経口摂取を継続しないと効果が減弱・消失する場合があります、その間に、予期せぬ反応を経験することがある。経口免疫療法の効果を確

認するための確実なマーカーは存在せず、いつまでどの程度の摂取を続ける必要があるのか、理論的な指針は現時点では立てられていない。維持療法中には、様々な問題の可能性があり、注意深いフォローが必要である。治療後10カ月経過して、体調不良や摂取後の激しい運動によってアナフィラキシーを経験した例がある。摂取量を減らしたり、摂取後数時間の運動を控える、学校給食では除去を続ける、予防薬を投与する、などの対応が必要となる。極めて順調な経過の症例が、歯の生え変わり時に強い症状が誘発されたこともある。97例のrush SOTI終了例に

おいて、経過は最長で5年を超えたが、現時点で治療後の維持量を継続できているのは69例（71.1%）で、再び完全除去に戻った例が、牛乳で2例、卵で1例あり、卵の1例で好酸球性食道・胃腸炎を発症し、一度摂取を中止した後に少量の摂取を再開している。

また、これまで厳密に除去していた食品を食べ続けなければいけないという精神的な圧迫や負担を訴える例もあり、中には折角食べられるようになった食品の味を好まず、摂取の継続に大きな困難を伴う例もある。

Ⅳ. 積極的経口摂取の試み

従来、除去食が最良の対応法であるとされ、念のためにやめておこうという考えが、医師の指導においても、患者の意識・行動としても、強く作用していた。しかし、経口免疫療法が話題になるにつれ、必ずしも除去食が唯一絶対の対応策ではないという考えに変わり、積極的に食べてみる方向性が生まれつつある。勿論、安易な解除や試食は事故につながる危険性をはらんでいることを十分に認識しなければいけないが、今でもまだ非常に多く見られる unnecessary 除去が多少とも改善されることを期待したい。こうした動きがさらに進むと、本格的な経口免疫療法と、食べられるものを食べ始めるという栄養指導の境界は曖昧になってくる。

現時点での「教科書的な指導」は、経口負荷試験を行って、摂取できることが確認された量以下の摂取は許可してもよい、ということになるが、筆者自身は、これまでの既往歴、加工品の摂取の経験、検

検査値などから判断して、危険が少ないであろうと判断できる症例には、経口負荷試験をしないで、ごく少量（例えば、固ゆで卵黄数mm角、牛乳1滴、うどん数mmなど、さらに少量にするなら卵ボーロを砕いて1片、牛乳を含む食パン1片、など）から家庭で摂取を開始し、繰り返しても問題がなければ少量ずつ増量することを指導している。患者には経口負荷試験が可能であること、しかし負荷試験の危険性もあることを説明し、負荷試験実施の希望の有無を確認している。長期医的な対応に関しても、除去の継続と積極的摂取の二つの選択肢があり、それぞれの長所、短所、危険性、などを十分に説明することは必要である。アトピー性皮膚炎があるだけ、あるいは検査をしたら特異的IgEが陽性である、と言うだけで「やめておきましょう」と指導されている例は今でも多いが、もう少し、「ちょっと食べてみましょう」という指導に変わってもよいのではないかと個人的には感じている。但し、患者に除去を指導していて誤食をすればそれは患者の責任であるが、食べる指示をした以上は、万一症状が出た場合には医師の責任になるので、起こりうる危険性とその対策について十分な説明と指導が求められる（図2）。

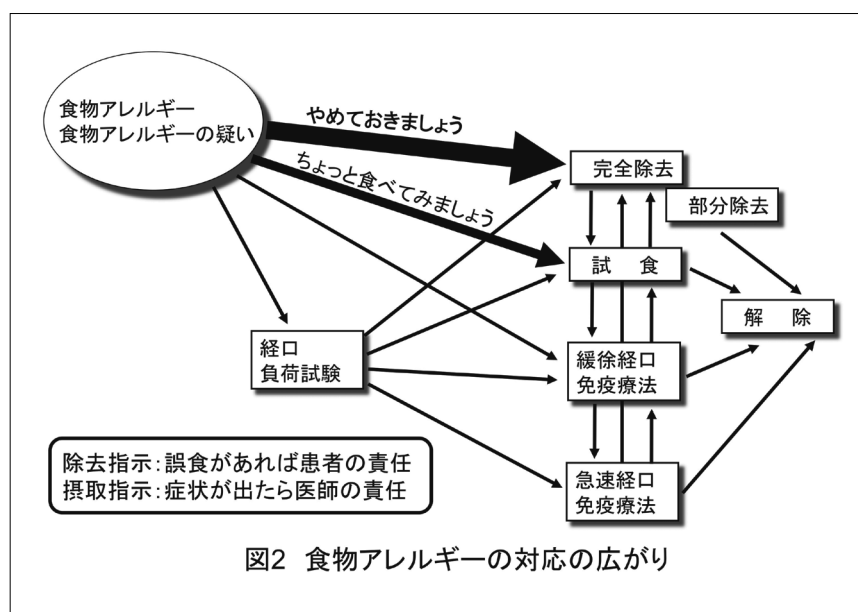
近年、しばしば話題に登る経皮感作と経口免疫寛容の概念に沿って、食物アレルギーの発症段階で予防対策を考えるならば、図3に示すように、早期の皮膚バリアの改善と、離乳期からの積極的経口摂取が考えられる。イスラエルでは、離乳期からピーナッツを与えることが普通であり、小児のピーナッツア

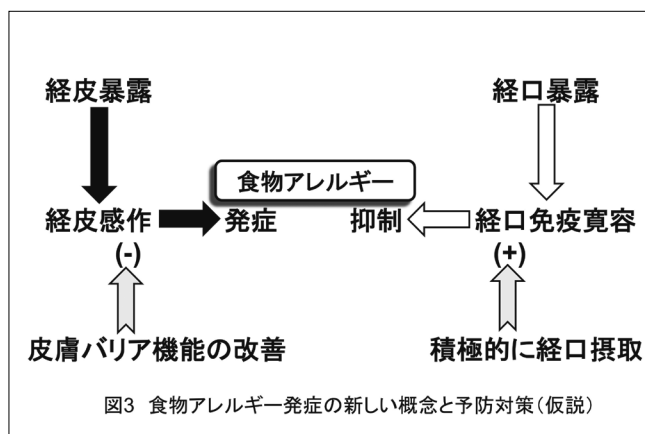
レルギーの頻度は0.17%であるのに対して、英国に移住してピーナッツを離乳期から摂取することのなくなったユダヤ人ではその頻度は1.85%と高くなることが報告されている⁶⁾。我が国においても、人工栄養児は母乳栄養児と比較して、総IgE値 ($p<0.01$)、卵白特異的IgE値 ($p<0.02$)、そして牛乳特異的IgE値 ($p<0.005$) が有意に低いことが報告されている⁷⁾。これらは、経口免疫寛容がヒトの乳児期の通常の食事においても機能しており、離乳期からある食品を積極的に摂取することで食物アレルギーを予防できる可能性を示しているが、経口免疫寛容を効果的に誘導できる期間は限定されており、しかも、食品によって異なる可能性もあるので、この方針は現時点では、患者指導として実践できるレベルにはない。海外ではこの点を検証すべくいくつかの大規模コホート研究が既に進行中である⁸⁾。

例えば、イギリスで計画されたEAT studyでは、3ヵ月から牛乳、卵、小麦など高アレルギー性食品を開始する群と、6ヵ月まで完全母乳栄養の群を比較するというプロトコルである⁹⁾。これらの研究の成果を踏まえて、食物アレルギーに対する予防的対応、一般的な対応法について一歩進んだ指針が確立されていくことが期待される。これらの成果に注目すると同時に、我々も、日常の臨床において、公平で真摯な観察を続けることが重要である。

V. 経口免疫療法の適応

これまで述べてきたように、食物アレルギーの経口免疫療法は、除去食という消極的な対応しかなかった領域において、新規の治療法として非常に大きな期待を持たれている。しかしながら、現時点では研究段階の治療であり、解明されていない部分が多い。筆者の施設では、rush SOTIの適応を表2のようにまとめている。これは流動的なものであり、変化していく可能性がある。患者側に過大な期待を持たせないこと、治療が達成できた後に定期的に摂取を続けることが必要であること、食べられる状態になることはアレルギーが消えてなくなったことを意味する訳ではないこと、などを十分に説明する。実際、ある患者の保護者が急速治療を終えて退院するときに、「これまではや





めていればよかったけど、今度は食べないといけないですね」と語ったことがあった。

Ⅵ. 実施に際しての注意点

日本小児アレルギー学会でまとめた「食物アレルギー診療ガイドライン2012」¹⁰⁾では、「第9章 治療」の末尾に「追記. 経口免疫療法について」を載せているが、その冒頭に「経口免疫療法は、現時点では専門医により研究的に行われている段階であり、一般診療の場において行うことは推奨しない。」と書かれている。しかし、図2に示したように、完全除去から急速経口免疫療法まで、それぞれ独立した手技があるわけではなく、実際は連続したスペクトラムが広がっている。食べることに関連する危険について十分な説明を行ったうえで、食べないでいることの問題の可能性¹¹⁾にも触れ、より多くの小児科医が食べる指導に一步踏み出すことを筆者は期待している。

の臨床応用, Visual Derma, 11 : 246-250,2012.

4) Irvine AD, McLean WH, Leung DY. Filaggrin mutations associated with skin and allergic diseases. N Engl J Med 2011;365:1315-1327.

5) 栗原和幸, アレルギー疾患の新常識, 食物アレルギーの経口免疫療法, 治療, 2012;94:1900-1905.

6) Du Toit G, Katz Y, Sasieni P, et al, Early consumption of peanuts in infancy is associated with a low prevalence of peanut allergy. J Allergy Clin Immunol. 2008;122:984-991.

7) 関根裕司, 木村光明, 山出晶子, 他, 人工乳のIgE抗体産生抑制作用, 日児学誌, 2002;106:360-367.

8) Palmer DJ, Prescott SL. Does early feeding promote development of oral tolerance? Curr Allergy Asthma Rep.12:321-331,2012.

9) EAT study ホームページ

<http://www.eatstudy.co.uk/>

10) 日本小児アレルギー学会食物アレルギーガイドライン委員会, 食物アレルギー診療ガイドライン2012, 協和企画, 東京, 2011

11) 原和幸 なぜ食物アレルギーが増えているのか—最近の考え方— 小児内科 2011;43, 1849-1852

1) 栗原和幸, 特異的経口耐性誘導(SOTI)の歴史, (栗原和幸) 食べて直す食物アレルギー, 特異的経口耐性誘導(SOTI), 診断と治療社, 東京, 56-59, 2010

2) 栗原和幸, van Bever H, 合同シンポジウム 8 免疫療法/Immunotherapy 座長のまとめ, 日本小児アレルギー学会誌, 26:146-148,2012

3) 栗原和幸, 経口免疫寛容—古くからある概念とそ

表2 食物アレルギーに対する急速特異的経口耐性誘導の適応基準
(神奈川県立こども医療センター アレルギー科)

1. 該当食品の摂取を希望する、あるいは除去が困難である。
除去が容易な食品は除去を優先する。
現時点では卵、牛乳、ピーナッツ、小麦を実施している。
2. 明らかなIgE依存型の食物アレルギー症状を有する。
特異的IgEが陽性で、明らかな既往歴あるいは負荷試験で陽性反応が確認されている。
3. 5歳以上を対象とする。
急速法は本人の明確な意思と協力が必要で、社会的な適応を考慮して5歳以上が妥当であろう。
(緩徐法は離乳期以降、条件が整えばいつでも可能か?)
4. 十分な説明の後に本人および代諾者の治療を受ける意思を文書で確認する。
除去継続を含めて、可能な選択肢を長所短所を含めて十分に説明する。
食べることに関連する危険性について必ず触れる。
(即時型反応の誘発、症状・検査値の悪化、好酸球性消化管障害の発生、など)
実生活上どのような状況の変化が生じるかを具体的に思い描くことが必要である。
研究段階の治療であり、公的ガイドラインでは一般診療での実施は推奨されていない。
解明されていない部分が多い(作用機序、長期的効果・副反応、など)。
5. 本人あるいは代諾者が治療に伴う危険性を理解し、異常を正確に表現して伝えることが可能である。
6. 家庭で発生した副反応に対して対応が可能である。

第22回日本外来小児科学会年次集会を振り返って

年次集会事務局 山 本 淳
(横浜市 星川小児クリニック)

はじめに

2012年8月24～26日、パシフィコ横浜で行われた、第22回日本外来小児科学会年次集会ですが、横田俊一郎会長のもと、学会史上最高の3022人が全国から集い、何とか成功と言ってよい成果をあげることができました。

日本外来小児科学会は、1991年に、日本外来小児科学研究会として発足しました。必ずしも開業医だけの学会ではありませんが、やはり会員の多くは開業小児科医が占めています。開業後は、ともすれば過去の知識にしがみつき、独善的になってしまうのではないかという不安がありますが、この学会はそういった開業医の不安をうち消し、むしろ現場からわき出る最新の知識や疑問、そして工夫の情報交換をし、give and takeの精神で成長してきたように思います。そして、外来診療の質を高めるため、ワークショップの開催や、調査研究など、多彩なプログラムが日常的に行われているのも本学会の特徴です。今回の年次集会は学会の創生期より、学会の中心メンバーとなって活躍された横田俊一郎先生に会長職をお引き受けいただきました。横田先生は私に事務局を任せると言ってくださいましたが、最初はやはりご不安もあったかと思います。しかし、横田先生のお人柄を慕って多くの先生が実行委員として集まってくださり、私も安心して、実行委員会を3年前にスタートすることができました。

本稿では学会を振り返り、皆さまにご報告をさせていただくとともに、今後の学会活動へのお誘いにもさせていただければと思っております。

自然にわき出てきたスローガン

年次集会のスローガンは、「クリニックから地域社会へ ～これからの子ども環境のために～」。学会の2年ほど前に、実行委員会で、横田先生の思いを拝聴しながら決まったコピーです。横田先生は以前から、小児科医が地域社会に出ていって活動することが、これからの社会では求められているとおっ

しゃっていましたが、それを「子ども環境」という言葉と組み合わせ、実にスマートなスローガンができあがったと満足しています。このスローガンに込められた思いは年次集会の企画を考える上で常に意識していましたが、参加者にもその思いは伝わったと思います。

子どもたちの絵で学会のポスターや封筒づくりから

たくさんの人に関心を持っていただきたい……という思いから、まず横田先生が発案したのは、年次集会のロゴを作ること。そのロゴを活かしてポスターも作りました。特にクリニックで募集した子どもの絵をちりばめたポスターや封筒は、とても可愛らしく大好評。ガイドブック、プログラムにも同じデザインを使用しました。デザイナーや印刷所の方もこの仕事をとても楽しんでくださいました。学会の中身もちろん大切ですが、「デザイン」の持つ力を感じました。

コメディカルをもっと誘いたい

私たちの目標のひとつは、ふだん一緒に働いている、ナース、医療事務などのコメディカルスタッフを年次集会に誘いたいということでした。医学の学会でコメディカルスタッフが積極的に参加する学会というのはほとんど無いと思いますが、日本外来小児科学会是非常に多くのコメディカルが参加します。

今回はプログラムの中にも、コメディカルを意識したものが多く、中でも「コメディカルミーティング」は、コメディカルが他の医療機関のスタッフと日常のいろいろなことを自由に話し合う機会を提供するというもので、日本外来小児科学会の地方会である東日本外来小児科学研究会ですでに人気メニューになっていますが、これを年次集会で行おうとしたもので、初の試みでした。

その他、小児ぜんそくの診療に大切なピークフローモニタリングの小児看護的なノウハウを、看護

師同士で話し合う試みもあり、これも100名を越す参加があり、人気の企画でした。

この他にも多数のコメディカル向けの企画が、セッションやワークショップにもちりばめられ、コメディカルの参加意欲をかき立てるように、工夫をしました。

実は、今回はじめて看護師が実行委員に加わりました。星川小児クリニック（当院）の看護師の川本さんです。彼女はまだ若く、小さな子どもを育てながらだったのですが、一緒に準備してみようという気持ちだけでも嬉しいものでした。ガイドブックを会員に送るときには、小さくて可愛い封筒を用意し、表に「コメディカルの皆さんへ」と書いて、中に彼女からのメッセージを入れました。こんな心配りが功を奏したのか、年次集会当日には、多くのコメディカルの笑顔があふれました。

当日はアフタヌーンセミナーで講演をしたり、懇親会で中華街の店を駆け回って挨拶をしたりと、一生懸命活躍してくれました。私のクリニックの看護師なので、誉めすぎてもいけないのですが、彼女から元気をもらったコメディカルは多いのではないかなと思っています。

懇親の場をたくさん提供したい

第16回（6年前）に、「懇親会は中華街で分散開催」という企画をいたしました。店を6店舗ほど貸し切り、それぞれ100～200名の宴会をするものです。遠方から来られる方は「横浜に来たら中華街」というイメージが強いのですが、学会の懇親会で本格的な中華料理のフルコースが味わえるというのが大好評でした。

この企画を今回（第22回）も土曜日の夜に行うというのは、学会の中味が決まる前から決まっていたようなもので、全国からの期待も大きく、はずせないものでした。

会長や次期会長などは各店舗の宴会場に行って挨拶をしなくてはなりませんが、中華街を走り回っていただきました。（当日道を迷わないように、私の息子と娘が1週間前に下見をして横田先生たちを先導しました）

順番が前後しますが、金曜の夜にも大人気の懇親会がありました。前夜セミナーに引き続いて、パシフィコ横浜に隣接したぶかり棧橋から出向するディナークルーズは、大型船を貸し切ったものの、登録

開始から2週間で乗船定員オーバーになるという想像もしていないほどの人気でした。普段はクリニックで医療事務をしているスタッフも本格的なバンドを編成して歌手になり、実行委員もフォークシンガーに、そして横田先生は小田原医師会の合唱団と一緒に舞台に立って歌ってくださいました。クルーズの90分はあっという間でしたが、本当に楽しい時間でした。

このクルーズだけでは懇親会が足りないという事態になり、同じ時間帯に、マリントワーホールでのビュッフェパーティーも急遽企画しました。こちら、実行委員の家族も加わった弦楽四重奏や、実行委員が大道芸人と一緒に盛り上がりたりして、クルーズに負けず劣らず楽しい時間を過ごしました。

この他、土曜の夕方には短い時間でしたが、総会後にビアパーティーも行い、全国のお客様とお話することができました。

このように書いてしまうと、なんかこの学会は懇親会ばかりで遊んでいるように思われてしまうかもしれませんが、学会活動で知り合った全国の仲間の先生、その先生のクリニックで生き生きと働くスタッフの皆さんとの交流は、普段はひとりで働く私たちにとって非常に大切な機会です。最近はクリニックのスタッフ同士の交流もさかんになり、年次集会の後にはみんなが元気を持ち帰っています。

会長の横田先生が懇親会好きだからこんなに懇親会が増えてしまったのではないかということは、誰も否定しませんが（笑）、外来小児科学会の懇親会には、そんな不思議な力もあるのだと思います。

充実した2時間半のセッション

今回の年次集会では、セッションという時間を作りました。予防接種、在宅医療、子どもの貧困、調査研究、学校医、外来看護、在宅医療と、多彩な企画を各セッションリーダーに任せ、2時間半のプログラムを自由に構成してもらいました。セッションリーダーは、これまでワークショップや、外来小児科学会の部会で活躍されているメンバーにお願いしました。

はじめての企画でしたが、これらのセッションは参加者も多く、大成功でした。セッションのコーディネーターにはとても感謝しています。

すばらしい講演が結集

会長講演は、「学会のこれからを考える」というもので、将来計画委員会のアンケートなどをもとに、これからの学会の行くべき方向を横田先生からお示しいただきました。子どもに関わる地域の人々とともに、小児医療を担うことの楽しさを共有し、楽しい学会活動をと、参加者の心に優しく語りかけられました。

その他、成育医療センター総長の五十嵐先生、横浜市立大学医学部小児科の横田教授の教育講演のほか、盲目のピアニスト辻井伸行さんのお母様の講演など、参加者に感銘を与える講演が目白押しでしたが、大変多くの講演がありましたので、紹介は割愛させていただきます。

大盛況だったランチョンセミナー

3000人もの参加者の昼食をどうするかは、非常に大きな問題です。近年は企業の協賛も得にくくなっていて、どうしようかと思っていたのですが、幸い予想以上の企業からランチョンセミナーの協賛応募があり、土曜、日曜とも各9企業がランチョンセミナーを開催してくれました。ワクチン関係が多かったのですが、喘息、アトピー性皮膚炎、インフルエンザ、発達障害、起立性調節障害など、プログラムも多彩になり、参加者の満足度も高いセミナーになりました。

手作り感あふれるワークショップは満員御礼

ワークショップは外来小児科学会年次集会の華とも言えます。学会に来たからには、講演を聴くだけでなく、自分も発言し、議論の輪に自然に入っていけるのがワークショップ。そこからプロダクトが生まれ、また能動的に参加しているという実感も生まれます。今年も約40のワークショップが開催されました。学会員や学会員のクリニックで働くスタッフがリーダー、サブリーダーとなり、自主的に運営されます。事務局としては、参加希望者の受付、会議室の配分など、手間のかかる作業になりますが、参加者の期待に応えるためにがんばりました。

しかし、人気のあるワークショップは募集開始から1週間で満員となり、希望のワークショップに参加できないというクレームが多く寄せられました。リーダーにワークショップの雰囲気を壊さない範囲で定員を増やしていただけるようお願いしたり、

机や椅子の並べ方を工夫してなんとか収容人数を増やそうと努力いたしましたが、十分とはいえませんでした。それにしても例年にないほどの盛り上がりで嬉しい悲鳴でした。

ユニークな一般演題

一般演題は、クリニックの日常診療に役立つさまざまな工夫や研究成果などの発表の場です。医師だけでなく、コメディカルスタッフの発表も多く、質も高かったと思います。すべての演題について、ポスターも掲示していただきました。

また、参加者に1人2票の投票用紙を配り、特に関心を集めた演題をピックアップして、秋季カンファレンス（後述）に来てもらい、少し時間を長くして、さらにグレードアップして、もう一度発表していただきました。こんな仕掛けは、外来小児科学会ならではのようです。

大好評だったお土産販売

学会に行くと、クリニックにお土産を……当然ですね。横浜で開く学会ですが、横田先生の地元、小田原や箱根のお土産を販売できたらいいなあと思いつきました。思いついたら即実行。小田原といえば、蒲鉾や干物、それに箱根のお饅頭や寄木細工のお店、地元横浜からも洋菓子のお店に、横田先生と私が声をかけ、学会最終日に出張販売をしていただきました。これが大好評で、お土産をかかえて嬉しそうに帰っていく参加者を見送ることができました。

笑顔があふれた年次集会

学会が終わり、多くの方から学会の感想をいただく機会がありました。異口同音におっしゃるのは「とても楽しかった!」。学会が楽しいというのは、ちょっと不思議ですが、学会を準備した私たちにとっては最高の賛辞でした。

日本外来小児科学会の年次集会は、他の学会とは明らかに雰囲気が違います。小児科の現場で働く医師、コメディカルが出会い、語り合い、元気になって帰っていく、そういう役割があります。「会場は混んでいたけれど、みんなが笑っていたね」という言葉を聞いて、年次集会は成功したな、と、思いました。

最後は秋季カンファレンスを箱根で開催

第22回日本外来小児科学会年次集会といっても、春季カンファレンス、夏の年次集会、そして秋季カンファレンスがありました。秋季カンファレンスは、前述の一般演題の中から優秀演題を選び、再度グレードアップして発表していただいたり、セッションやセミナーの報告も兼ねて、いわば夏の総集編のような企画でした。

大きな学会ですと、どうしても会場も複数で聞き逃してしまう演題も多いものですが、夏の感動をもとにした秋の企画は、内容も充実して好評でした。前日から箱根の温泉で宿泊して集まった方々もいらして、リゾート開催の楽しさが感じ取れました。

そして何より会長である横田先生の地元で開催したいという、実行委員たちの気持ちがありました。箱根で開催して来てもらえるのかなあという横田先

生のご心配をよそに、全国から多くの医師、コメディカルが集まり、秋の一日を楽しみました。

夏の年次集会で予想以上の方に来ていただいたので、こちらもちっと余裕ができましたので、箱根名物のお饅頭のお土産付きの研究会にもなりました。

おわりに

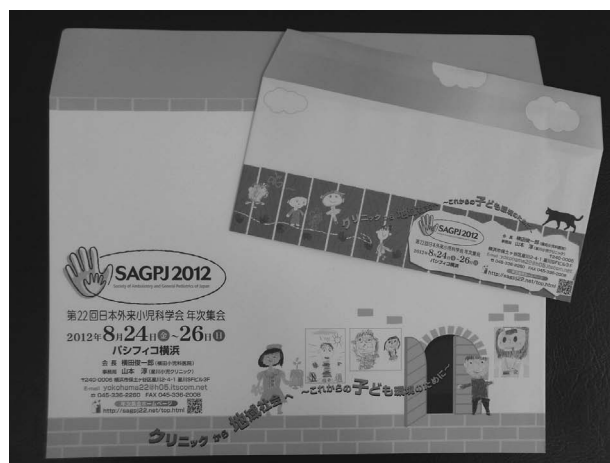
準備の期間も含め、最初から最後まで、本当に楽しい3年間でした。「別表」にお示しする実行委員ばかりでなく、多くの医療機関のコメディカルスタッフが会の成功のために力を貸してくださいました。心から感謝するとともに、このつながりが今回で終わりではなく、今後の小児医療、子ども環境のために、役立てられるようにと願っております。

第22回日本外来小児科学会年次集会実行委員一覧

会長	横 田 俊 一 郎	医	横田小児科医院	神奈川県小田原市
事務局	山 本 淳	医	星川小児クリニック	神奈川県横浜市保土ヶ谷区
委員	伊 藤 純 子	医	虎の門病院	東京都港区
50音順	太 田 文 夫	医	おおた小児科	千葉県千葉市美浜区
	岡 本 裕 一	医	おかもと小児科	神奈川県綾瀬市
	奥 山 健 一	医	おくやま小児科	神奈川県足柄上郡大井町
	尾 登 誠	医	おのぼり小児科アレルギー科クリニック	神奈川県伊勢原市
	片 岡 正	医	かたおか小児科クリニック	神奈川県川崎市高津区
	門 井 伸 暁	医	愛育こどもクリニック	神奈川県大和市
	川 本 加 奈	看	星川小児クリニック	神奈川県横浜市保土ヶ谷区
	栗 山 智 之	医	中標津こどもクリニック	北海道標津郡中標津町
	佐 藤 順 一	医	上大岡こどもクリニック	神奈川県横浜市港南区
	高 宮 光	医	高宮小児科	神奈川県横須賀市
	田 中 秀 朋	医	あかちゃんとこどものクリニック	埼玉県川口市
	谷 村 聡	医	たにむら小児科	山口県周南市
	豊 川 達 記	医	豊川小児科内科医院	東京都町田市
	中 野 康 伸	医	中野こどもクリニック	神奈川県横浜市港北区
	西 巻 滋	医	横浜市立大学医学部附属病院小児科	神奈川県横浜市金沢区
	原 木 真 名	医	まなこどもクリニック	千葉県千葉市緑区
	原 拓 磨	医	横浜市立大学医学部附属市民総合医療センター小児科	神奈川県横浜市南区
	半 澤 典 生	医	下永谷こどもクリニック	神奈川県横浜市港南区
	三 浦 健 一 郎	医	東京大学医学部附属病院小児科	東京都文京区
	渡 辺 博	医	帝京大学医学部附属溝口病院小児科	神奈川県川崎市高津区



パシフィコ横浜に掲示した看板



子どもの絵をちりばめた封筒



コメディカルが歌声で歓迎（前夜のディナークルーズ）



ディナークルーズに小田原医師会合唱団が来てくれました



マリンタワービュッフェで室内楽



マリンタワービュッフェで盛り上がる



実行委員もバンドを編成（ディナークルーズ）



受付の準備（学会旗を飾る）



朝の受付の準備



本部で会長＋事務局



ランチョンセミナーの受付はすごいにぎわい



コメディカルミーティングの様子



ビアパーティ



ビアパーティで横田先生がビールサーバーをしょっているところ



懇親会受付スタッフ（ビンゴカード付）



懇親会で挨拶をする横田先生と次期会長の下村先生



懇親会で挨拶をする看護師で実行委員の川本さん



懇親会のビンゴで盛り上がる



横田先生+西巻先生



中華街懇親会の二次会



日曜朝のジョギングも楽しいプログラムのひとつ



お土産販売



実行委員会



閉会式



SAGPJ 2012
Society of Ambulatory and General Pediatrics of Japan

第22回日本外来小児科学会 年次集会

2012年8月24日(金)～26日(日)

パシフィコ横浜

会長 横田俊一郎(横浜小児科医院)
事務局 山本 淳(星川小児クリニック)

〒240-0006 横浜市保土ヶ谷区星川2-4-1 星川SFビル3F
E-mail yokohama22@h05.itscom.net
☎ 045-336-2260 FAX 045-336-2008

年次集会ホームページ
<http://sagpj22.net/top.html>

ユニニクから地域社会へ

春季カンファレンス2012
開催日: 4月8日(日)
会場: パシフィコ横浜

～これからの子ども環境のために～

The poster features a large hand logo at the top left. Below the main title, there are cartoon illustrations of children and a cat. At the bottom, there are more cartoon characters, including a girl with a backpack and a boy with a backpack, and a girl with a backpack. There are also some mathematical equations like $1 \times 1 = 1$ and $2 \times 2 = 4$ written on the wall.

SAGPJ 2012 ポスター

平成24年3月17日開催

川崎病最近の知見

北里大学医学部小児科学・教授

石井正浩



1. 基本病因

病因は、未だ不明であるが臨床像や疫学的研究から何らかの感染因子が最も疑わしい。近年、遺伝的素因としてITPKC遺伝子の関与が報告された。

2. 基本病態

全身の中小動脈を主体とした血管炎で主に乳幼児期に発症する。最も重要な心血管の合併症は、冠動脈瘤で免疫グロブリン治療が発達した現在においても約3%に発症し、その約4%は虚血性心臓病へ進行する。その他、弁膜症、心筋炎なども発症する。

3. 病態生理から見た臨床症状

本稿では、最も重要な合併症である冠動脈瘤の病態について述べる。図1に示したように血管炎により冠動脈の内弾性版の破壊がおこり冠動脈瘤が形成される(図2)。これらの冠動脈瘤は、発症後2年以内に約半数が内膜の肥厚のため造影上は正常に見えるようになる。この現象を、血流の正常化 regressionと呼ぶ。残りの半数は、血栓形成と再疎通をおこし、石灰化に富んだ硬い動脈硬化病変に似た構造となる(図2)。この血管病変が、成人期に動脈硬化病変となり虚血性心疾患の危険因子になる可能性が示唆されている。

4. 病態生理からみた診断のための臨床検査

心エコー図検査(図3)

急性期の冠動脈は冠動脈周囲のエコー輝度の増強が認められる。この時期、組織では血管炎が中膜外層から始まり、内膜に及ぶことが観察される。10病日前後より冠動脈の拡大が見られてくる。この時期の組織では炎症が進行し内弾性板が破綻し、内膜の

炎症細胞が中膜に入り込み、外側からの炎症細胞と合流し汎血管炎となるのが見られる。その後、内・外弾性板が断片状となり動脈瘤の形成となる。動脈瘤の形成は、血管の分岐部を含み、近位部に好発する。動脈瘤は冠動脈以外の体動脈0.1%発症する。また、弁膜炎によると思われる僧帽弁閉鎖不全症が1.2%に(図4)、大動脈弁閉鎖不全症が0.3%に認められる(図5)。この中には、急性心不全で発症する重篤な症例も含まれ、原因不明の弁膜症を見た場合川崎病も念頭に置く必要がある。

心電図

急性期一過性にI度からII度のAVブロックがみられることがある。また回復期以後に異常Q波の出現で無症状の心筋梗塞に気づかれることが冠動脈閉塞例の約1/3にあるが、そのQ波も出現後1ヶ月から2.5年までの間に約40%の例で消失する。

冠動脈造影検査

冠動脈造影は動脈瘤の携帯が正確に観察でき、それにより冠動脈障害の長期予後が推定可能となるため、初回冠動脈造影は、動脈瘤の縮小化や退縮をきたす以前に行うことが望ましい。遠隔期においては、進行性局所性狭窄所見が心エコー図法などの非観血的検査法で検出されにくいとため繰り返し行う必要があった。現在では、CTやMRIである程度診断可能となり、冠動脈造影が減らせることが期待されている。

5. 治療目標とその手順

急性期治療

急性期治療の目標としては4つの目標である(1)炎症をいかに保護するか、(2)血管炎の消炎をいかに図るか。(3)内皮細胞をいかに保護するか、(4)サイトカ

イン上昇をいかに遮断するかを中心にして治療をする。急性期治療は、まずアスピリン（30–50 mg/kg）と大量免疫グロブリン治療（2 g/kg/day）を中心に行う。この治療は、上記の4つの治療目標を満たしており、血管炎の消炎および内皮細胞の保護に関してアスピリンが有効であり、サイトカインの上昇を免疫グロブリン治療が抑える。また、ウリナスタチンは好中球のエラスターゼ活性を抑制する。大量免疫グロブリン治療に反応しない症例が約15%–20%存在し、それらの症例に対して、ステロイドパルス療法や免疫グロブリン追加治療、血漿交換および抗サイトカイン療法が行われているが、現時点では、これら不応例に対する治療は確立されていない。最近、本邦から新しい急性期治療の試みが発表された。Ogataらは、Egami scoreを用いて免疫グロブリン不応予測例に対してステロイドパルス療法を初回より投与して解熱および冠動脈病変の出現においても免疫グロブリン単独より良い結果であった（Pediatr 2013）。また、KobayashiらはKobayashi scoreを用いて免疫グロブリン不応予測例に対して非パルスのステロイド治療を併用し同様の結果であった（Lancet 2013）。しかし、これらのスコアリングシステムは北米の患者においては感度、特異度ともに低いとの報告もあり今後のさらなる検討が必要である。

急性期以降の治療

動脈瘤が残存した症例に対しては抗血栓療法が行われる。これは、動脈瘤内の血栓性閉塞の予防のみならず、遠隔期にみられる局所性狭窄の出現、進行の予防を目的とする。すなわち、血管内皮の保護、動脈瘤内の血流の乱れ、内膜刺激が血小板を活性化させ内膜肥厚を促進するのを防ぐことを意図している。通常少量のアスピリン（3–5 mg/kg）を1日1回投与する。ワーファリン投与については、至適投与量の問題などもあり、現時点では使用について議論が残っている。しかし、我々の経験では、巨大冠動脈瘤を持つ症例に関しては、ワーファリン投与を至適INR1.5–2.5で行うことにより予後を改善することが証明された（図6）。これは、巨大動脈瘤では、瘤内の血流が停滞するため血小板凝集能だけでなく線溶系全体を抑制しておく必要があるともわれる。

虚血性心疾患に対する治療

冠動脈に高度の狭窄や閉塞を生じた症例で、虚血

症状を呈したり、運動負荷や薬物負荷試験にて虚血所見を呈する者に対して径皮的カテーテル治療や冠動脈バイパス手術がおこなわれる。冠動脈バイパス手術では静脈グラフトを用いた手術では遠隔期の開存率は充分であるとは言えないが、動脈グラフトを用いた手術は遠隔期の開存も満足がいく結果が得られている。径皮的カテーテル治療は、病変部を削り取ることができるローターブレードの出現により、石灰化が強い病変においても治療が可能となった（図7）。しかし、バイパス手術と比較すると経皮的カテーテル治療は再施行が必要となる症例が多いとする報告もある（図8）。長期の予後について今後の検討が必要である。

6. 遠隔期の予後

川崎病の遠隔期については動脈硬化病変への進展の危惧など未だ不明の点が多い。Mutaらの報告によると年齢が上がるにつれ全体的健康感が低くなるとされている。初回造影で、巨大動脈瘤を持つ者は、予後が悪いこと知られている。しかし、巨大冠動脈瘤を持つ症例においても時期を逃さず何らかの治療的介入を行えば予後は改善するとの報告もある。家村らは、初回造影で4 mm以上の大きさの動脈瘤を持った症例でregressionした症例では遠隔期の血管内皮機能が悪いことを報告している（図9）。遠隔期の血管機能については観血的および非観血的な手法により諸家から報告されている。この様に川崎病の心血管障害は急性期のみならず遠隔期にも及ぶことを認識した上で急性期治療および経過観察の必要性を患者の保護者に教育する必要がある。

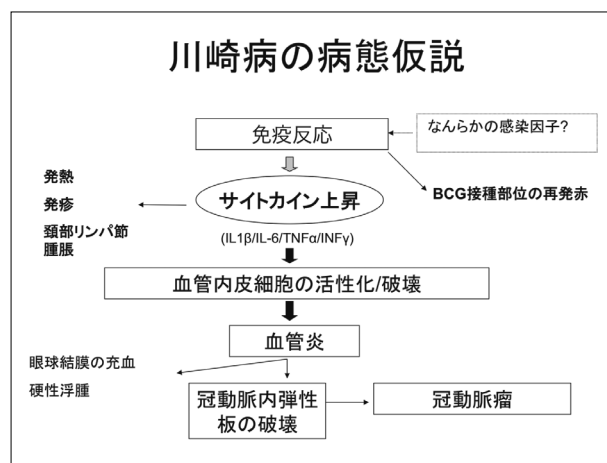


図1 川崎病の病態仮説

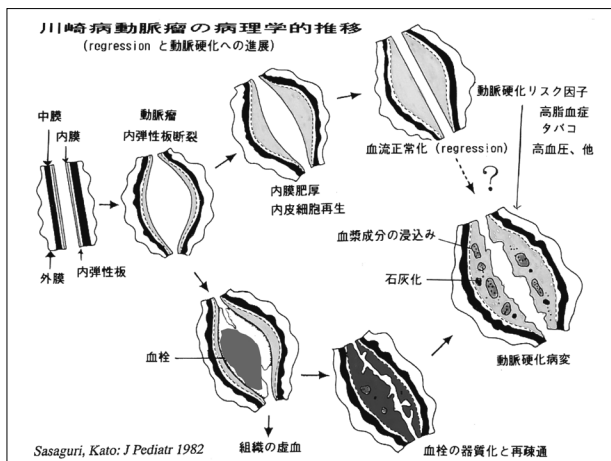


図2 川崎病血管炎の自然歴

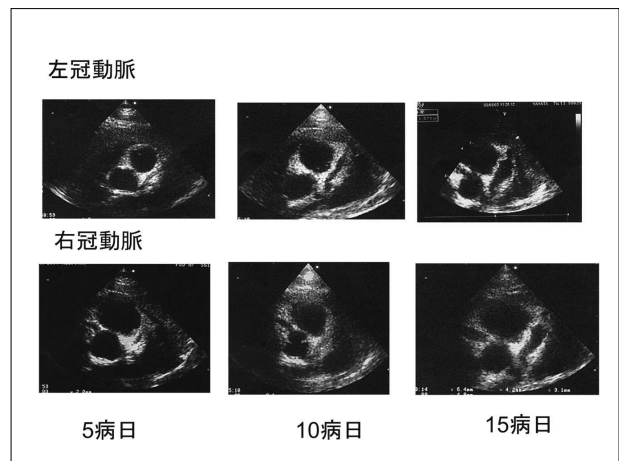


図3 冠動脈エコーの啓示的变化 5病日 冠動脈

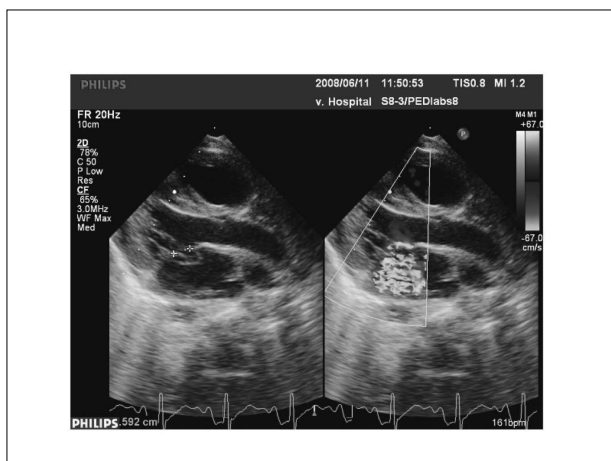


図4 川崎病急性期に重症僧帽弁閉鎖不全症を来した急性心不全を来した症例のカラードプラ心エコー図法。



図5 川崎病急性期の大動脈閉鎖不全症

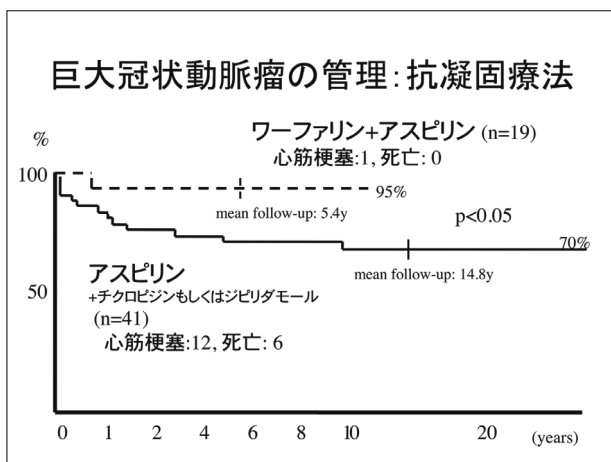


図6 巨大冠動脈瘤の管理: アスピリンを中心とした抗血小板療法とワーファリンを併用した抗凝固療法の比較

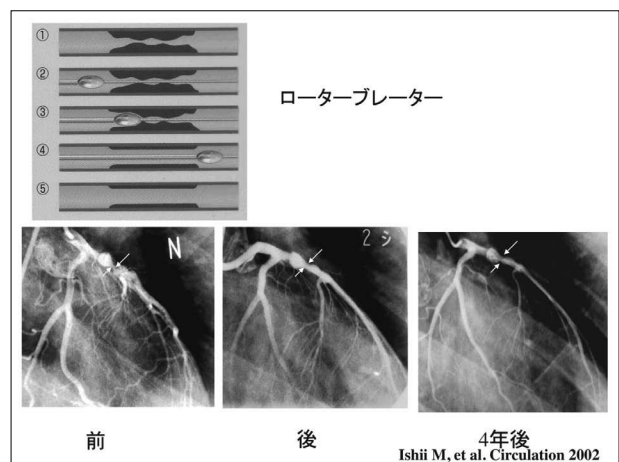


図7 川崎病狭窄病変に対するローターブレード療法。図に示すような石灰化が強い病変に対しても有効である。

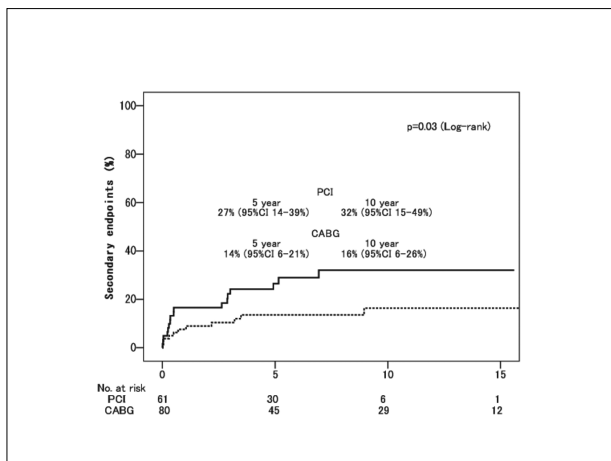


図8 secondary endpointとして再治療を設定した場合経皮的カテーテル治療（PCI）はバイパス手術（CABG）に比べて有意に再治療が多かった。

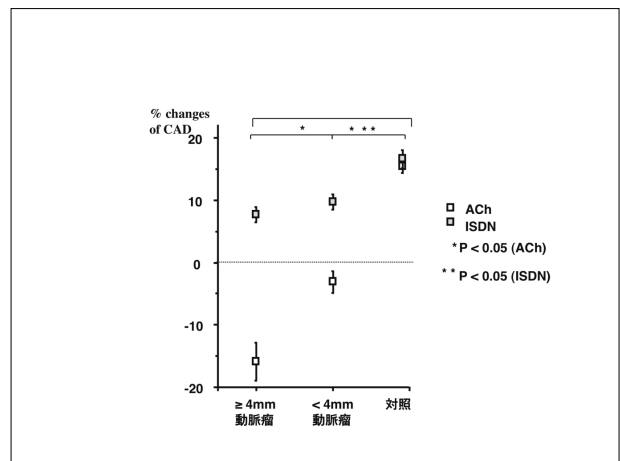


図9 4mm以上の大きさの動脈瘤からregressionした例の方が遠隔期の血管内皮機能が悪い。



—— 神奈川県内各地域小児科医会からの活動報告 ——

その 1 : 鎌倉小児科医会活動報告

鎌倉小児科医会 生 田 孝一郎
(鎌倉市 いくた小児クリニック)

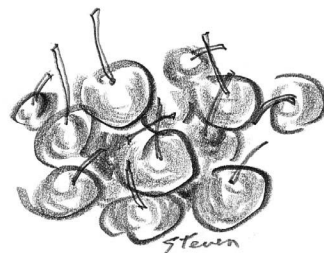
鎌倉小児科医会は昭和37年頃に始まりました。最初は患者の奪い合いをせずに仲良くやっていたということで夕食をともにし年数回集まっていたようです。その後、講師を呼び勉強会の形式になったようです。場所は昔風のエビフライ、チキンソテーなどをだす昭和初期の和建築の小町園で午後6時に集まり食事をしながら、11時ごろまで話しあっていたようです。当初はメーカーに協賛をいただいていたのですが、平成になってからは寄付は勿論、肉体的、物理的援助は段々なくなり、お呼びする講師の謝礼も自分たちで賄うようになりました。しかしながら、奇数月隔月の医会は平成23年3月の大地震1回の休会を除いて現在まで進行中です。1月は新年会を兼ね、以前は一泊し奥湯河原温泉にある高級料亭旅館海石榴で行っていましたが現在は由比ヶ浜のかいひん荘鎌倉で行っております。7月は納涼会を兼ね鎌倉山ローストビーフで行っております。納涼会は保育園部会との合同開催で眼科、耳鼻科医との意見交換を行っております。

歴代の講師の先生方は近隣の大学病院小児科教授や大病院の高名な先生方や日頃お世話になっている近隣の病院の先生など様々な分野の先生方に来ていただいております。会では講演を拝聴するのみでなく、予防接種、感染症などその都度的话题・問題点などについて熱心な討論を行っております。この鎌

倉小児科医会は医師会とはかかわりなく運営されており逗子、横浜市栄区などの近隣の有志の小児科医も参加しております。場所は現在も小町園で継続しております。代が変わりすこし味が変わったという話もありますが、レトロなエビフライ、チキンソテーは変わりありません。現在のメンバーは小児科専門医が中心で13名程度です。メンバーは高齢化しており、先日(25年1月18日)ながく鎌倉小児科医会をひっぱってこられた増田稔先生がご逝去されました。

一方、医師会専門医部会分科会としての医師会小児科分科会が昭和38年から始まり、昭和61年に分科会を医会と改称し現在に至っております。こちらは小児科専門医のみでなく、小児科を標榜する内科医も参加しております。こちらはメーカーとの協賛で年2回程度の講演会を行っております。メンバーは上記の小児科専門医を含めて31名程度です。

鎌倉市のなかに2つの小児科医会が存在するという難解さや内科の先生にも小児科医会に積極的に参加していただくために、25年4月から2つの医会を合同して新たに鎌倉市医師会小児科医会として出発することとなりました。会の運営は従来の小児科医会の伝統を引き継いで会員が講師に依頼して隔月に講演会を行い、他に年1～2回メーカー協賛の講演会を行っていく予定です。



その2：横浜市小児科医会の活動報告

横浜市小児科医会 会長 藤原 芳 人
(横浜市 ふじわら小児科)

本年12月現在で横浜市医師会員を中心に272名の会員です。

年2回の医会ニュースを発行しています。

当会は春の総会時と秋の研修会の2回に講演会を開催しています。

本年度の総会（5月22日）時の講演は千葉大学皮膚科の神戸直智先生に「痒みを伴う皮膚病診療の醍醐味と責任－アトピー性皮膚炎診療ガイドラインに準じて－」を講演いただきました。アトピー性皮膚炎にてのプロトピック軟膏の使用をためらう小児科医は多くいます。今後、ステロイドに頼らない治療法が定番になるのでしょうか？

10月17日の研修会の演題は「ロタウィルス感染症の現状と対策」で社会福祉法人北海道社会事業協会小樽病院小児科医長辰巳正純先生と「なぜ今、B型肝炎ワクチンの定期接種化なのか？」当会幹事の済生会横浜市東部病院子どもセンター肝消化器部門顧問；藤澤知雄先生の2題をお願いしました。（今回から日本小児科学会の専門認定医の単位の獲得の為に複数演題としました）ロタウィルスワクチンの重要性和複数あるワクチンの選択に有益なお話をいただきました。そして、Hibワクチン、肺炎球菌ワクチン、子宮頸がんワクチンさらにムンプスと水痘の生ワクチンの定期接種化への動き、そしてポリオ不活化ワクチンの導入などワクチンラッシュのなか、HBワクチンも定期接種化の働きかけがなされています。このワクチンに関しては小児科医の中でもまだ導入する事への疑問視をする方もいます。コンセンサスを得るためにも是非、本ワクチンに着目していただきたいと思いました。

また本会では平成8年から産科小児科両医会の協働で横浜市産科小児科研究会（産小研）という交流会を隔年の当番制で年度2回開催しています。

本年度の産小研は小児科担当で2012年3月7日には横浜市立大学附属市民総合医療センター母子医療センターの奥田美加准教授に「現代の妊娠、分娩のリスク」と横浜市立大学附属市民総合医療センター

の小児科准教授に「思春期における子宮頸癌ワクチンの重要性」のお話をいただきました。そして2012年6月1日には「新規ロタワクチンへの期待～産婦人科医と小児科医との連携でえられること～」川崎医科大学尾内一信教授にご講演をいただきました。来春は2013年2月1日で、産婦人科医会が担当ですが、SIDSがテーマで多摩北部医療センター小保内俊雄先生にお願いしております。

追記として6月9、10日に日本小児科医会総会フォーラム（札幌）に参加してきて印象に残った事項を紹介したいと思います。

まずワクチンのシンポジウムではワクチンを意味のあるものにするためには乳幼児早期の徹底接種が必要であり、日本小児科学会や「VPDの会」のスケジュール表に照らして実施することが薦められていました。これを実現するためには生、不活化ワクチンの区別無く、そしてできるだけ多種類の同時接種も勧めていました。さらに、情報として米国では「できるだけ多くの適応があるワクチンを同時に接種するようにこころがける」そして、米国ではワクチン接種のバリアを極力排除するとして、発熱については問わないとか「理学的所見は、日常診療においては重要な部分を占めているが、予防接種の前には要請してはいけない：患者をただ観察し、当日の健康状態、予防接種歴、禁忌事項を問診するだけで十分である」としているそうです。

(National Vaccine Advisory Committee Pediatrics:112:958-963,2003)

追伸：私の医院では乳幼児のワクチン時の問診票にSIDSの「紛れ込み」を減らすために、「家族内の喫煙者の有無、紛れ込み、特にSIDSについての情報周知の有無」というハンコを押印しています。

以上、横浜市小児科医会ニュースの「医会通信」の一部を転用しました。

● 編集後記 ●

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

今回は特集1, 2, 3を企画してみた。どの特集も迫力の内容で充実した紙面となった。著者の先生方に厚く御礼申し上げます。

Hib, 肺炎球菌, 子宮頸ガン予防ワクチンの定期接種化に向けて, 県内各地でさまざまな準備掛け引きが行なわれていると思われるが, これを書いている2月中旬現在は, 末端の私たち一般開業医には確実な情報が少ない。

子どもにとっても, 私たちにとっても, 改悪にならないことを祈るのみである。

●

