

特別寄稿

再び「チームやんばる」が輝いた日
第33回母子保健奨励賞を受賞して医療型障害児入所施設 名護療育園
泉 川 良 範

平成23年11月24日と25日は、私の生涯の中でも忘れられない日となりました。24日の夕方に東宮御所において皇太子殿下のご接見を賜り、直接殿下より母子保健奨励賞の受賞にあたり、励ましとお祝いのお言葉を賜りました。その場の雰囲気には圧倒されながら、事態の大きさを実感することができました。翌日は、東京ガーデンパレスにて、第33回母子保健奨励賞の授賞式が行われました。全国から推薦され、厳正な審査の結果選ばれた15人の1人としてその場におりました。受賞した方々は、北海道から九州にかけて、それぞれの地域で活躍された方ばかりで、とても晴れ晴れとした表情でした。その中にいられるのが不思議な気がしました。

私がある場にいるきっかけとなったのは、その年の春のことでした。なんのまえぶれもなく、北部福祉保健所のCさんから連絡を受けました。「母子保健奨励賞に推薦したい」とのことでした。私はその当時、この賞のことを知りませんでした。しかし、推薦したいという方々の期待に応えたいと思いましたので、応じることとしました。Cさんも「推薦したから通るものでもないですよ」とあまり期待し過ぎないように気を遣って下さいました。正直、何をどれくらい期待しているのかわかりませんでした。それから彼女には、書類作成はじめたくさんの苦勞をおかけしました。この場を借りてお礼申し上げます。

さて、「やんばる」の期待を受けて、県内各圏域からの候補者らとともに県庁内で書類審査を受け、推薦者が1人に選ばれました。「全国大会に進みましたよ」と報告を受けた時は、「県内の近くにいる方々から評価をいただいた」ということで、「もう十分ですよ」みたいな心境でした。その後、どうなった

か知らないまま半年がすぎました。10月に入ったある日、またまえぶれもなく一通の手紙が自宅に届きました。「受賞決定通知」という文字が目に入りました。慌てて県庁を訪ねて担当部署や福祉保健部長へご報告やお礼にうかがいました。しかし、これは少々勇み足でした。県への連絡もすでにあり、マスク対応を含めた日程調整をさせていただいた上で、あらためて県庁を表敬訪問することになりました。推薦にかかわった皆さまが自分以上に喜んでいるようすをみて、この賞を通じて沖縄県の母子保健の向上を実感できるシンボルのようなものであると理解し、庁内にある「伝統」のようなものを感じました。

この度の受賞は、私がやんばるで仕事をした12年間を振り返るよい機会となりました。おそらく特に評価されたのは、僻地や離島における母子保健活動ではないかと思います。例えば、県から受託した沖縄県障害児等療育支援事業（旧名称沖縄県障害児地域療育等支援事業）と北部福祉保健所の「親子ふれあい事業」とのタイアップによる離島巡回は、伊平屋島と伊是名島、伊江島を年間7回訪問する母子保健・療育活動で、のべ70回を越えて、近く90回になろうとしています。これらの事業は、北部福祉保健所スタッフと村の保健師や担当者、名護療育園スタッフ等、多くの人の関わりが必要です。これまで、やんばるにかかわってきた多くの先人の働きと伝統の上に、つないできた活動です。そういう意味で、今回の受賞にあたっては、まさにチームやんばるの受賞であると思いました。

ちなみにやんばるからの母子保健奨励賞の受賞は、平成9年に当時名護保健所の浜里啓子保健師が受賞して以来14年ぶりでした。浜里さんは駐在保

健師として伊是名村に13年間勤められ地域の中で母子保健活動を行ったことが高く評価されたのだと思います。

ご承知のように沖縄県では、戦後から復帰にかけて、さらに復帰から現在にいたるまで、多くの方々が母子保健にかかわってこられました。先人の思いや仕事を今、形として見ることはできませんが、今日ある母子保健活動は、全て先人の仕事の結果です。その大きな流れの中で、今の私たちは何を求め、どこに向かうのか、未来の子どもたちに対する責任を改めて感じます。

さて、年末になり私の中で浮ついた気持ちもおさまり始めた頃、またまえぶれもなくCさんから連絡がありました。「年明けに祝いの小宴をしたいので空いてる日を教えてほしい」とのことでした。その日は、平成24年1月12日（木）となりました。

主催が「チームやんばる」ということで、保健師を中心に色んな方が自主的に労をとって下さいました。名護市内のホテルの会場には、年初多忙な平日のご案内にもかかわらず、75人ほどの方が駆けつけて下さいました。離島始め遠方の方もたくさんおり、また、来れないということで挨拶を託して下さいました。大変恐縮しました。たくさんのスピーチをいただき、「人生のピークを迎えたと思います。これからはゆるやかに下って行くはず（笑）」と挨拶したように覚えています。

一つ気になることがありました。チームやんばるからは、記念に泡盛の饗酒をいただきました。伊江村からは島の名産のラム酒を、伊是名村からは、島

特産の泡盛をいただきました。ちなみに後日、名護市教育委員会からは、名護市内の銘酒をいただきました。「なんで、みんなお酒なんだろう?」。自覚はないですが、母子保健活動の夜の部で、自宅のクース自慢やうんちくを熱く語っているのでしょうか。少なくともただの酒飲みではないことを弁解したくなりました。

その夜の参加者の打ち解けた笑顔の数々は、まさに輝いて見えました。「これだけの人たちがいれば何でもできるはず」と心強く思いました。参加者の思いが、賞の受賞や私自身を越えて、自分たちのやってきたこと、やっていること、これからやることに対して、仲間として共鳴した輝きのように見えました。それを目の当たりにして、この賞を受けてよかったと強く思いました。平成9年にやんばるにこの賞がやってきて、また再び、やんばるにこの賞がやってきました。再び「チームやんばる」が輝いた夜でした。



第33回母子保健奨励賞授賞式



チームやんばる主催の祝賀会を終えて

特別寄稿

医療と法律

那覇第一法律事務所

弁護士 永吉盛元

国連は1989年11月、児童に関する権利条約を採択し、日本はもちろん、多くの国がそれを批准している。この条約の基本的なねらいは、子どもに「最善の利益」をあたえるということである。そして子どもの自由な意思の表明権を尊重する立場である。

小児医療は年少で未熟な子どもを対象とするのであるから、その子の最善の利益を考える場合、その子の親（親権者）の対応が重要となる。子どもは自分のことを決定する能力がないので、親が決めることになるが、その親の決める選択はこの子の最善の利益にかなうものでなければならない。しかしその選択は容易なことではなく、その決定をめぐる争いが起きる。果たして親の決めたこの決定が、子の「最善の利益」に合致したものか。

きわめて低い体重で生まれた新生児が重大な疾患を有していて、その生命を維持するための治療は不可能とされていたが、その後の検査や治療の技術が進み、その救命率が向上してきた。しかし救命の可能性が向上したと言っても、その後に生ずる後遺症の発生を防止したり、取り去ることが出来たということではない。高い生命維持治療により、生命をとりとめたとしてもその新生児には除去することのできない後遺症が残る。この子は生命の危険を脱したとはいえ、親は子の重大な後遺障害と向き合うことになる。よく言われる「障害ある生」と、この親子は生きていかなければならない。実に深刻である。やむなく親は治療を拒否する。この親の態度は許されるか。子どもに「最善の利益」をどう考えるべきか。

次のようなケースに日本の法律はどう対応するか。

早産して2週間になる新生児がA病院に入院して

きた。ダウン症候群と腸閉塞を合併していると思われる。親は妊娠中、異常を感じ羊水検査を受けているが、その結果が分からないうちにこの子を出産した（早産）。このA病院の医師は父親に対し、「検査をしないとわからないが、この子はダウン症かもしれない。腸閉塞の合併症もある。腸閉塞の手術をしないと生命に危険がある。」と伝えた。これに対し父親は、「検査をして、もしダウン症であることがわかったら腸閉塞の手術はしないで欲しい。」と伝える。ダウン症候群の診断結果が出たので病院側はそのことを両親に伝えたところ、その母親は、「この子のためにどんな苦勞をしてもよいが、この子の将来を考えると手術はしない方がよい。この子にとって何がよいかを考えてのことだ。自分の行為が殺人行為になり、一生苦しむことも分かっている。」とも話した。親権者である両親が治療拒否の意思を表明したのである。この子は腸閉塞のため輸血によって生命を維持されている。しかし医師の説明によれば腸閉塞の手術がなされれば確実に救命できるが、そうでないと肝臓、腎臓の障害や感染により死亡すると伝えていた。父親は病院側の強い説得に対しても、治療（手術）の拒絶の意思はかたい。親権者（父母）の意思を無視して、その子への医療行為を法的には出来ないはずだと主張する。病院側も医療というのはあくまでも契約にもとづいた行為であるとも考えるが、しかしこのケースは違うのではないか。子どもの場合は大人と違って将来があるのではないかとの態度もとったが、両者の間に合意は得られなかった。結局、両親と病院との間で手術はしないことで合意が成立。さらに生命の維持が出来なくても双方で責任を追及するようなことはしないとの合意書が交わされたようである。大人たちの保身の

立場で処理され、その間にも赤ちゃんの命が刻々と死に向かっている。

法的にこの問題を検討してみよう。

両親と病院の医師の間には、腸閉塞の手術をしないとこの子は死亡するとの共通の認識があった。両親にはこの子を保護する義務があり、死を目前にして助けず、遺棄し、死に至らしめたのだから刑法219条の「保護責任者遺棄致死罪」としての責任を負わざるを得ない、と考えられる。死を望んでいたとすれば普通の殺人罪(刑法199条)が成立する。次にその病院の医師はどうか。患者の生命を守るべき医師の職責から見て、患者に対して保護者としての責任をとるべきことを怠り、この子を死に至らしめたとして両親と同様の刑事責任が問われるのではないか。

次にこのケースについて事前に法的に救済する方法はなかったか。

この親から、親としての親権を奪う方法はどうか。親は子に対し「最善の利益」をあたえないといけない。治療を断り死に至らしめた場合、その親は厳しい刑事責任を問われるのは述べたとおりであるが、それは事後責任を問うたものである。むしろ事前にこの親の持つ親権をはく奪して、生命維持の治療の実施を求めることも考えられる。そうすれば子が死亡するという事態を避けることが出来た。親がその親権を行使して治療を拒否した場合、それは親の虐待であり、遺棄であるから、それを親権の濫用ないし怠ったものとしてとらえて、家庭裁判所にこの親の持つ親権をはく奪するという親権喪失の審判を求めることが出来る(民法834条、同841条、家事審判法9条、同15条の3など)。そして同時に実の親に代わってその代行をなす適切な後見人を裁判所に選任してもらおう。このように家庭裁判所に親権喪失の申立と同時に、後見人の選任や父母の職務を代行する者を選任し、さらに児童福祉法にもとづいた対応も必要である。そうすれば、この子の本来の親権者と違った対応が期待でき、より良い結果が期待できるかもしれない。設例のような親と医師のみの対応では明らかに限界がある。親権とは何か。子どもの持つ「最善の利益」とは。小児医療の課題であろう。

【参考文献】

こどもの医療と法. 初版, 尚学社,

~~~~~  
 特別寄稿  
 ~~~~~

予防接種の現状と改善すべき課題

沖縄県立南部医療センター・こども医療センター
 医療部長 安慶田 英 樹

はじめに

我が国の予防接種制度には種々の課題がある。欧米諸国と比較した場合、ワクチンギャップあるいはワクチンラグと呼ばれる制度上の格差と遅れが存在することが長年、指摘されてきた。我が国の小児医療関係者は、ワクチンギャップを解消するために、様々な提言を行ってきた。予防接種法の改正もあり、最近、ギャップが徐々に解消されつつある。しかし、課題が依然残されている。ここでは、小児科医の立場から見た「予防接種の現状と改善すべき課題」について述べたい。

I 予防接種の現状

1 ワクチンギャップ

最近、数年間に複数のワクチンが我が国に導入された。2008年インフルエンザ菌b型(Hib)ワクチン、2009年ヒトパピローマワクチン(HPV)、2010年小児用7価肺炎球菌ワクチン(PCV7)、2011年ヒトロタウイルスワクチン(HRV)、2012年9月単独型不活化ポリオワクチン(IPV)、2012年11月からDPTと不活化ポリオの4種混合ワクチン(DPT・IPV)が使用可能になった。

この点に関する問題は、これらのワクチンが諸外国では既に接種されていたワクチンであり、我が国への導入が遅れたことである。米国の認可から我が国の認可までの期間をみると、Hibワクチン20年、IPV15年、PCV710年、HRV5年、HPV3年であり、我が国への導入の遅れは明らかである。導入が遅れたということは、ワクチンで防げるにもかかわらず、この間に日本の小児がVPD(Vaccine Preventable Diseases=ワクチンで予防可能な疾患)に罹患し、健康を侵され、被害を蒙ったということ

意味している。Hibによる細菌性髄膜炎の例で推計してみる。Hib髄膜炎は年間発症数約500例、死亡率0.5~1%、後遺症出現率11%と報告されている。20年の遅れは、全国でHib髄膜炎1万人、死亡50~100人、後遺症1,100人に達する患者がこの間に存在したことを示唆している。その他のワクチンについても、事情は同様である。ワクチンの導入が遅れたことによるVPDの犠牲者の存在を決して忘れてはならない。

ワクチンギャップの理由として、複数の事項が指摘されている。最大の理由は、92年頃までの予防接種関連の訴訟に国が敗訴を続け、その後、厚労省が予防接種制度の改正と新規ワクチン導入に対し、不作為ともいうべき、消極的・防衛的な姿勢を取ったことである。また、因果関係が不明なものも含め、副反応事例に対して非科学的でネガティブな報道を行った一部のマスコミの姿勢も誘因になったと考えられる。ワクチンの導入が遅れたことは極めて残念である。ギャップが解消されつつあり、疾病に罹患する子ども達が確実に減少することを素直に喜ぶたい。

米国を始め先進諸外国は、「VPDは、ワクチンで防止する」という明確な政策的意志を国の施策として堅持している。我が国も同様の政策的意志(Political will)を持ち、国民的合意を得る必要がある。

2 任意接種の問題

制度の問題として、複数のワクチンが定期接種に含まれず、任意接種に据え置かれていることが指摘されている。

定期接種と任意接種の違いについて述べる。定期接種とは予防接種法に定められている予防接種であ

り、接種主体は市町村長である。費用は公費負担があるため、原則無料である。健康被害を生じた場合、予防接種法で救済され、死亡した場合の補償金は4,250万円である。これに対し、任意接種はワクチンの種類と被接種者の年齢が予防接種法の枠外にある場合を指す。希望者に接種が行われる。接種費用は原則自己負担である。接種料金は一回数千円～1万5千円と高額である。健康被害時は、一般医薬品と同様に医薬品医療機器総合機構法で救済され、死亡時の補償金は708万円である。接種費用負担、健康被害発生時の救済のいずれの面においても定期接種の方が手厚いことは明白である。

表1に我が国における定期接種と任意接種のそれぞれの対象ワクチンを示す。Hib、PCV7、HPVは2013年4月に定期接種化されるよう国会で審議が進められている(2013年3月現在)。これらが定期接種になれば大きな前進である。水痘、おたふくかぜ、HRVは任意接種である。インフルエンザは65歳以上の高齢者、B型肝炎ワクチンはHBs抗原キャリアの母親からの出生児という、限定された一部の対象を除き任意接種である。一般に任意接種ワ

クチンは自己負担が多いため、経済格差が反映し、接種率は30～40%以下に低迷している。接種率と患者数を比較してみる。麻疹の場合、2011年の平均接種率は1期95.3%、2期92.8%と高率で、全国の患者数は年500人未満であり、国内からの麻疹「排除」の一步手前という、定期接種の効果が発揮された望ましい状態である。一方、任意接種である水痘の場合、接種率は約30%、全国で年間発症者は100万人、入院は4千人、死者は20人に達すると推定され、野放しに近い望ましくない状態である。

そもそも任意接種の対象疾患は、希望者のみが免れればすむ疾患ではない。定期と任意にかかわらず、ワクチンによりVPDの罹患を防止し、子供達の健康を守るという政策的意志を持ち、国民的合意を得ることが求められていることを繰り返し強調したい。

因みに欧米先進国では、予防接種はroutine immunizationと表現され、我が国の定期接種と同等に位置づけられており、任意接種という区分が存在しない。我が国で任意接種である、おたふくかぜワクチンは各国ともroutine immunizationに位置付け

表1 我が国の予防接種 2013年4月現在

	生ワクチン	不活化ワクチン
定期接種 (12疾患) (13種類)	MR 麻しん 風しん BCG	DPT(ジフテリア・百日咳・破傷風) DT(ジフテリア・破傷風) DPT・IPV(ジフテリア・百日咳・破傷風・不活化ポリオ) 不活化ポリオ 日本脳炎 インフルエンザ(高齢者) インフルエンザ菌b型 7価肺炎球菌結合型 ヒトパピローマウイルス
任意接種 (9疾患) (9種類)	水痘 おたふくかぜ ヒトロタウイルス	23価肺炎球菌 B型肝炎 A型肝炎(小児未承認) インフルエンザ(高齢者以外) 破傷風 狂犬病

ている。B型肝炎、BCG、水痘に関しては国により位置づけが異なっている（表2）。

任意接種の問題は、早急に解決しなくてはならない我が国におけるワクチンギャップの一つである。

II 改善すべき課題

1 定期接種対象疾患の拡大

現在、任意接種にされているワクチンを、定期接種に位置付けることである。WHOは2010年の声明で、BCG、DPT、ポリオ、麻疹、Hib、肺炎球菌（小児用）、B型肝炎、HRV、HPVの9ワクチンをuniversal immunizationとして定期接種化することを推奨している。貧困国を含め、全ての国に定期接種化することを勧めている。また、先進諸国において、おたふくかぜ、風疹、インフルエンザ、水痘、成人用肺炎球菌の5ワクチンを定期接種化することを推奨している。Universal immunizationすなわち定期接種化が国際標準である。WHOが推奨する14ワクチンの中で、我が国で定期接種化されているのは高齢者を対象としているインフルエンザを含めても9種類である。任意接種である5種類（B型肝炎、

炎、ロタウイルス、おたふくかぜ、水痘、成人用肺炎球菌）の定期接種化を要望したい。国と自治体の負担は増えるが、広い視野で費用対効果を検討すると十分な効果が見込めるはずである。他方、将来の社会を支える子ども達を守ることは、費用に関わらず最優先すべき大人達の使命・責務である。

2 同時接種の推進、混合ワクチンの開発・導入

ワクチン数の増加に伴う接種スケジュールの過密化の解決には、同時接種の推進が必要である。小児科学会が推奨するスケジュールに従えば、生後2か月から5か月の間に必要なワクチンの接種数は、皮下注射11回（PCV7 3回、Hib 3回、B型肝炎 2回、DPT・IPV 3回）、経口接種（HRV）2～3回の計13～14回に達する。この接種数を達成するには同時接種が不可欠である。同時接種は予防接種実施要領において「医師が必要と認めた場合に行うことができる」と認められている。欧米各国では、同時接種は以前より実施されており問題を認めていない。小児科学会は、同時接種によるワクチン間の干渉と副反応の増加はともに認められず、利点として接種率

表2 日本と欧米の定期接種の比較

ワクチン	日本	アメリカ	イギリス	フランス	ドイツ
B型肝炎	■▲	●	▲	●	●
インフルエンザ菌b型	▲	●	●	●	●
小児用肺炎球菌	▲	●	●	●	●
ジフテリア	●	●	●	●	●
百日せき	●	●	●	●	●
破傷風	●	●	●	●	●
BCG	●	■	●	●	▲
ポリオ	●	●	●	●	●
麻しん	●	●	●	●	●
風しん	●	●	●	●	●
おたふくかぜ	▲	●	●	●	●
水痘	▲	●	▲	▲	●
ヒトパピローマ	▲	●	●	●	●

●定期接種

▲任意接種

■リスクがある場合

「VPDの会」を改変

が向上し、乳児早期よりVPDから守られ、保護者の負担を軽減すると評価し、同時接種を推奨している。今後、我が国において同時接種を普及させていく必要がある。

一方、接種される小児と保護者の立場からは、「痛い思い（接種回数）」は少ない方が望ましい。欧米には10数種類の混合多価ワクチンがあり、接種回数の軽減が図られている。我が国においても混合ワクチンの開発・導入を要望したい。

3 日本版 ACIP Advisory Committee on Immunization Practices の設置

予防接種のあり方を決める仕組みが、我が国と米国では異なっている。

我が国では厚労省の内部の縦割り行政の弊害のために、予防接種のあり方・方向性は国民から見るできないブラックボックスの中で決められると揶揄されている。

米国では、ワクチンの導入、効果、安全性を議論し、予防接種の実施体制の改善に貢献する専門家集団から構成される予防接種諮問委員会ACIPが設置されている。ACIPの委員は保健福祉省から任命される小児科、感染症、疫学、ワクチン等の専門家からなる15名のメンバーで構成される。基本的な仕組みを説明すると、政府組織である保健福祉省のCDC Centers for Disease Control and Preventionに所属するNational Immunization Programが予防接種の研究・関連情報の収集・計画・実行を統括し、接種プログラムや新規ワクチンの導入などを立案する。そのプランをACIPの会議に諮問する。会議は年3回公開で開催され、予防接種の有効性・安全性・経済性を評価し、その時点で最良な予防接種プログラムを作成する。保健福祉省はACIPの勧告を遵守し、実行に移すことが義務づけられている。ACIPの会議では、決定権は15名の委員にあるが、その他に政府関係機関が8機関、学会を中心と

した予防接種関連団体22機関、オブザーバー200名の参加が認められており、全ての参加者の発言権が保障されている。

公開の場でその時点で最良の予防接種プログラムを決定し、広い視野で予防接種の将来計画の企画・立案を行う日本版ACIPを設置することが、我が国において望まれている。

III 最近の動向

厚労省に設置されている厚生科学審議会感染症分科会予防接種部会において、今後の予防接種のあり方が検討され、2012年5月にその結果が「予防接種制度の見直しについて（第二次提言）」として発表された。その中に重要な提言が二つ含まれている。

一つは定期接種の対象疾患・ワクチンの追加・拡大である。提言の中に、「医学的観点から、子宮頸がん、インフルエンザ菌b型、小児用肺炎球菌、水痘、おたふくかぜ、成人用肺炎球菌、B型肝炎の7ワクチンについて広く接種することが望ましい」と記載されている。この中の3ワクチン（Hib、PCV7、HPV）は新たに定期接種化された。

二つ目は予防接種に対する評価・検討組織の設置である。「予防接種全般について、中長期的な課題設定の下、科学的知見に基づき、総合的・恒常的に評価・検討を行い、厚生労働大臣に提言する機能を有する評価・検討組織を設置する」としている。これは日本版ACIPの設置に相当する。

「第二次提言」が実現すれば、我が国の予防接種体制は大幅に改善し、国際標準に達することが可能になる。しかし、残るワクチンの定期接種化については、財源の問題があり、実現には高いハードルが予想される。日本版ACIPの設置については、具体的な動きは現時点では明らかではない。

「第二次提言」の早期の実現化を、多くの保護者と小児科医はともに、期待し切望している。今後の動向を注視していく必要がある。

~~~~~  
 特別寄稿  
 ~~~~~

生後2か月からのワクチン接種のすすめ

ぐしこどもクリニック

院長 具志一男

I. ワクチンで防ぐ必要性

全世界では、ワクチンで防げる病気（VPD）で5歳未満の子どもたちが年間150万人も亡くなっている（2008年）。その中でも、肺炎球菌とヘモフィルス・インフルエンザ菌b型（ヒブ）の髄膜炎や侵襲性感染症による死亡は45%、ロタウイルス感染症による死亡は30%を占めている。日本でもこれらの疾患による死亡や障害を残すことがあり、予防することが大切である。

肺炎球菌やヒブによる細菌性髄膜炎や侵襲性感染症は、生後3か月からみられ、生後6か月から多くなっていく。兄弟や保育園などで菌をもらうことが多い。初期症状が、発熱、不機嫌くらいから始まることが多く、年少児ほど診断が遅くなる。入院での治療が行われるが難治性のことが多く、亡くなることも発達・知能障害などを残すことも多い。肺炎球菌ワクチンとヒブワクチンのそれぞれ3回の接種で免疫ができるので、2か月から接種を開始し6か月までに終了できれば、ほとんどかからなくなる。接種時期が遅くなれば遅くなるほど髄膜炎などにかかる可能性が高くなるので、早期の接種が肝心である。世界的にはヒブワクチンは23年前から、肺炎球菌ワクチンは13年前から導入され、導入された国では2-3年後には重篤な感染症が激減した。2011年からは日本でも接種費用の助成事業が開始され、定期接種と同じように無料で受けられるようになった。日本でも導入後、両菌による重症な感染症が減ってきており、両ワクチンとも2013年4月から定期接種となるように国会で審議が進められている（2013年3月現在）。

ロタウイルス胃腸炎は、嘔吐、下痢、発熱が主な症状で、脱水症状がひどくなると点滴、入院が必要

になる。1回罹っただけで免疫が出来上がることはなく、2回以上罹ることもある。また、脳炎・脳症で、けいれんを起こすことも、障害を残すこともある。生後6か月までは母親からの免疫が残っていて重症化は少ないが、6か月からは入院治療を要することが多くなる。そのため、生後24週（6カ月弱）までに2回のワクチン接種を終了しなければならない。肺炎球菌やヒブワクチンの接種時期を考慮すると生後2か月から同時に接種することが望ましい。ロタウイルスワクチンは、飲むタイプの生ワクチンで、2回接種（生後24週まで）と3回接種（32週まで）の2種類がある。

II. その他の0歳で受けるワクチン

1. ジフテリア・百日咳・破傷風ワクチン（DPT）と2012年9月から使用されている不活化ポリオワクチン（IPV）がある。さらに11月からはDPTとIPVが一緒になった4種混合ワクチン（DPT-IPV）も使用されている。これらは、生後3か月から接種される。

<ジフテリア>

ジフテリア菌がのどについて起こる病気で、のどが詰まったり、毒素により神経や心臓の筋肉が侵されて死亡することのある病気である。ワクチンにより今の日本ではまず見られない病気だが、ワクチンを受けていないと発病の可能性が高くなる。

<百日咳>

百日咳菌によって起こる病気で、長引く咳が特徴である。生後6か月以前に発病すると重症化し

やすく、重症化すると無呼吸となり脳症や知能障害を起こすことがある。百日咳も小児の患者はワクチンにより減っているが、成人の百日咳が増え、乳児期のワクチン接種が遅くなると罹って重症化してしまうことがある。

<破傷風>

破傷風菌が傷口から入って増え、毒素により筋肉のけいれんが起こる病気である。口が開けにくくなり、全身の筋肉のけいれんが起き、呼吸ができなくなって亡くなることもある。

<ポリオ>

ポリオウイルスによる感染症。感染しても発症することは少ないが、重症化すると四肢のまひが起こり、運動障害が後遺症として残る。呼吸筋のまひが起こると人工呼吸器が必要となる。根本的な治療法はなく、自然軽快を待つしかない。

2. BCGは、乳児の結核を予防するワクチンである。結核は、1歳未満で重症化しやすく、粟粒結核や結核性髄膜炎で死亡したり、重い脳障害がおこりやすい。そのため、乳児期にしっかりした免疫をつける必要がある。現在の日本の子どもたちの栄養状態では、1歳以上では罹りにくくなっているため、乳児期の接種のみとなっている。接種時期は、これまで、3-5か月が推奨期間となっていたが、この時期の予防接種が多いため、今年の4月から5-7か月の時期となった。

3. B型肝炎ワクチンも乳児期早期に推奨される。B型肝炎は、感染すると、だるさや黄疸がでる。軽症のことが多いが、小さい時にかかると慢性化し、長期的には肝硬変や肝臓がんをおこす。重症化すると劇症肝炎となり、生命にもかかわる。日本では、母子感染がこれまで中心だったため、B型肝炎キャリアの母からの感染予防が中心であっ

た。欧米では唾液などでも感染し、大人でも慢性化しやすいタイプのB型肝炎ウイルスが流行しており、WHO（世界保健機関）では、すべての子どもたちに接種を勧めている。世界中の180の国で定期接種として採用され、日本が含まれる西太平洋地域では、91%の国が採用している。

III. 同時接種

予防接種は、子どもたちが重い感染症にかからないように防いでくれる。重い感染症には、かかりやすい時期があり、その前に免疫をつける必要がある。早期の接種が望まれる。不活化ワクチンは1週間後には他の予防接種が可能ではあるが、1週間とはいえ後回しにしたワクチンで防ぐことのできる重い感染症にかからないという保証はない。少しでも早く接種を受けたほうが良い。BCGやロタなどの生ワクチンでは、次のワクチンは4週間後になり、さらに感染のリスクが増す。可能な限り同時に接種することが子どもたちを守ることになる。逆に同時接種によるデメリットはなく、世界中で行われており、重篤な副反応の増加も認められていない。

IV. 生後2か月からのワクチン接種のすすめ

以上から、子どもたちをVPDから守る最適な予防接種のスケジュールは、生後2か月から、ヒブ、肺炎球菌、ロタ、B型肝炎を受け、4週間（27日）以上の間隔をおき、生後3か月から、ヒブ、肺炎球菌、ロタ、B型肝炎の2回目と4種混合ワクチンの1回目を受ける。さらに4週間後にはヒブ、肺炎球菌、ロタ（3回タイプするとき）の3回目と4種混合ワクチンの2回目を受ける。さらに4週間以上後で生後5か月には、BCGと4種混合ワクチンの3回目を受けることになる。地域によってBCGが集団接種になっているところでは、4種混合ワクチンの3回目のあと1週間（6日）以上あけてBCGを予定するといい。

特別寄稿

養育医療等及び自立支援医療（育成医療） の市町村への権限移譲について

沖縄県福祉保健部健康増進課

班 長 照 屋 明 美

I. はじめに

沖縄県では、昭和34年児童福祉法に基づく育成医療（平成18年4月からは障害者自立支援法による自立支援医療として実施）、昭和37年から低体重児の届出による訪問指導、昭和43年度から未熟児養育医療の給付事務を実施してきました。

平成23年8月26日に「地域の自主性及び自立性を高めるための改革の推進を図るための関係法律の整備に関する法律」が成立し、平成23年8月30日に公布されました。この法律の趣旨である住民に身近な行政は、基礎自治体が自主的かつ総合的に広く担うこととなります。この法律の下、母子保健法に基づく養育医療給付等・自立支援医療（育成医療）の一部が平成25年4月より、県（保健所）から市町村に権限移譲されることになりました。以下、その内容について紹介します。

II. 母子保健法に基づく事務

1. 低体重児の届出の受理（母子保健法第18条）

体重が2500g未満の乳児が出生したときは、その保護者は、速やかにその旨をその乳児の所在地の市町村に届け出なければならない。

2. 未熟児の訪問指導（母子保健法第19条）

市町村は、その区域内に現在地を有する未熟児について、養育上必要があると認めるときは、医師、保健師、助産師又はその他の職員をして、その未熟児の保護者を訪問させ、必要な指導を行わせるものとする。

3. 養育医療の給付（母子保健法第20条）

市町村は、養育のため病院又は診療所に入院することを必要とする未熟児に対し、その養育に必

要な医療（以下「養育医療」という）の給付を行い、又はこれに代えて養育医療に要する費用を支給することができる。

養育医療の対象は、未熟児であって（母子保健法第6条第6項）医師が入院養育を必要と認めたものとしています。保護者は、医師の意見書等必要な書類を市町村に提出し、給付決定を受けることとなります（未熟児の世帯の所得税額に応じ一部自己負担があります）。

III. 自立支援医療（育成医療）の事務

育成医療に係る自立支援医療費の支給認定及び自立支援医療費の支給についてすべての市町村へ移譲されます（障害者自立支援法 [平17法123]）54条1項、58条1項）。

育成医療は、18歳未満の児童で身体障害者福祉法第4条の規定による（表1）に掲げる程度の身体上の障害を有する児童又は現存する疾患が、これを放置するときは、将来において同表に掲げる障害と同程度の障害を残すと認められる児童であって確実なる治療効果が期待できるものとなります。

保護者は、医師の意見書及び申請書等を市町村担当課に提出し、市町村は、支給決定を行います。なお、児童の世帯の所得状況に応じて一部自己負担があります。

IV. 権限移譲への県の取り組み

県では、平成24年3月16日の市町村説明会をかわきりに、6保健所管内での具体的な申請方法等の実務研修や未熟児の発育・発達の研修会等を実施し

ております。

さらに、厚生労働省主催の低体重児の保健指導研修会に市町村及び保健所から保健師を派遣し、その伝達研修会を 2ヶ所で実施してきました。

育成医療については、市町村単独で審査体制を整えていくことが難しいとの要望を受け、広域的な審査体制の構築について小児保健協会に協力依頼したところ、平成25年4月から市町村から審査を受託し

ていただくことになりました。

本協会の玉那覇会長はじめ理事の皆様深く感謝申し上げます。

県としましては、今後とも、母子保健行政が円滑に実施できるように市町村支援をしていきたいと考えています。

養育医療及び育成医療の市町村担当課は、(表2)(表3)の通り

(表 1)

<p>○ 身体障害者福祉法第 4 条 別表</p> <p>一 次に掲げる視覚障害で、永続するもの</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 両眼の視力(万国式試視力表によって測ったものをいい、屈折異常がある者については、矯正視力について測ったものをいう。以下同じ。)がそれぞれ 0.1 以下のもの 2. 一眼の視力が 0.02 以下、他眼の視力が 0.6 以下のもの 3. 両眼の視野がそれぞれ 10 度以内のもの 4. 両眼による視野の 2 分の 1 以上が欠けているもの <p>二 次に掲げる聴覚又は平衡機能の障害で、永続するもの</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 両耳の聴力レベルがそれぞれ 70 デシベル以上のもの 2. 一耳の聴力レベルが 90 デシベル以上、他耳の聴力レベルが 50 デシベル以上のもの 3. 両耳による普通話声の最良の語音明瞭度が 50 パーセント以下のもの 4. 平衡機能の著しい障害 <p>三 次に掲げる音声機能、言語機能又はそしゃく機能の障害</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 音声機能、言語機能又はそしゃく機能の喪失 2. 音声機能、言語機能又はそしゃく機能の著しい障害で、永続するもの <p>四 次に掲げる肢体不自由</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 一上肢、一下肢又は体幹の機能の著しい障害で、永続するもの 2. 一上肢のおや指を指骨間関節以上で欠くもの又はひとさし指を含めて一上肢の二指以上をそれぞれ第一指骨間関節以上で欠くもの 3. 一下肢をリスフラン関節以上で欠くもの 4. 両下肢のすべての指を欠くもの 5. 一上肢のおや指の機能の著しい障害又はひとさし指を含めて一上肢の三指以上の機能の著しい障害で、永続するもの 6. 1 から 5 までに掲げるもののほか、その程度が 1 から 5 までに掲げる障害の程度以上であると認められる障害 <p>五 心臓、じん臓又は呼吸器の機能の障害その他政令で定める障害で、永続し、かつ、日常生活が著しい制限を受ける程度であると認められるもの</p>
<p>○ 身体障害者福祉法施行令 第 36 条</p> <p>法別表第五号に規定する政令で定める障害は、次に掲げる機能の障害とする。</p> <ol style="list-style-type: none"> 一 ぼうこう又は直腸の機能 二 小腸の機能 三 ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能

(表2)

未熟児養育事業市町村担当課

	市町村	未熟児養育医療給付事務関係		未熟児訪問指導関係	
		担当課	電話番号	担当課	電話番号
1	国頭村	福祉課	0980-41-2765	同課	—
2	大宜味村	住民福祉課	0980-44-3003	同課	—
3	東村	福祉保健課	0980-43-2202	同課	—
4	今帰仁村	福祉保健課(保健センター)	0980-56-1234	同課	—
5	本部町	福祉課	0980-47-2165	保険予防課	0980-47-2103
6	名護市	家庭政策課	0980-53-1212	同課	—
7	伊江村	福祉保健課	0980-49-2234	同課	—
8	伊平屋村	住民課	0980-46-2142	同課	—
9	伊是名村	住民福祉課	0980-45-2137	同課	—
10	恩納村	福祉健康課	098-966-1207	同課	—
11	宜野座村	健康福祉課	098-968-3253	同課	—
12	金武町	保健福祉課	098-968-3559	同課	—
13	うるま市	健康支援課	098-973-3209	同課	—
14	沖縄市	こども相談・健康課	098-939-1212	同課	—
15	読谷村	こども未来課	098-982-9240	同課	—
16	嘉手納町	子ども家庭課	098-956-1111	同課	—
17	北谷町	子ども家庭課	098-936-1234	同課	—
18	北中城村	健康保険課	098-935-2233	同課	—
19	中城村	健康保険課	098-895-2131	同課	—
20	宜野湾市	健康増進課	098-898-5583	同課	—
21	那覇市	那覇市保健所地域保健課	098-853-7962	同課	—
22	浦添市	健康推進課	098-875-2100	同課	—
23	久米島町	福祉課	098-985-7124	同課	—
24	渡嘉敷村	民生課	098-987-2322	同課	—
25	座間味村	住民課	098-896-4045	同課	—
26	粟国村	民生課	098-988-2017	同課	—
27	渡名喜村	民生課	098-989-2317	同課	—
28	南大東村	福祉民生課	09802-2-2116	同課	—
29	北大東村	福祉衛生課	09802-3-4567	同課	—
30	西原町	福祉課	098-945-5311	同課	—
31	豊見城市	健康推進課	098-850-0162	同課	—
32	糸満市	児童家庭課	098-840-8131	健康推進課	098-840-8126
33	八重瀬町	児童家庭課	098-998-7163	健康保険課	098-998-1149
34	南城市	児童家庭課(平成25年度機構再編予定)	098-946-8995	健康課	098-946-8961
35	与那原町	健康保険課	098-945-6633	同課	—
36	南風原町	保健福祉課	098-889-7381	同課	—
37	宮古島市	健康増進課	0980-73-1978	同課	—
38	多良間村	住民福祉課	0980-79-2623	同課	—
39	石垣市	健康福祉センター	0980-88-0088	同課	—
40	竹富町	健康づくり課	0980-82-6191	同課	—
41	与那国町	長寿福祉課	0980-87-3575	同課	—

(表 3)
育成医療市町村担当課

	市 町 村	担 当 課		
		課	担 当 係	連 絡 先
1	国 頭 村	福祉課		0980-41-2765
2	大 宜 味 村	住民福祉課		0980-44-3003
3	東 村	福祉保健課		0980-43-2202
4	今 帰 仁 村	福祉保健課	福祉係	0980-56-4189
5	本 部 町	福祉課		0980-47-2165
6	名 護 市	社会福祉課		0980-53-1212
7	伊 江 村	福祉保健課		0980-49-3160
8	伊 平 屋 村	住民課		0980-46-2142
9	伊 是 名 村	住民福祉課		0980-45-2819
10	恩 納 村	福祉健康課	地域福祉係	098-966-1207
11	宜 野 座 村	健康福祉課		098-968-3253
12	金 武 町	保健福祉課	社会福祉係	098-968-3559
13	う る ま 市	障がい福祉課		098-973-5452
14	沖 縄 市	障がい福祉課		098-939-1212
15	読 谷 村	福祉課	地域福祉係	098-982-9209
16	嘉 手 納 町	福祉課		098-956-1111
17	北 谷 町	福祉課		098-936-1234 (232)
18	北 中 城 村	福祉課	社会福祉係	098-935-2233
19	中 城 村	福祉課	介護福祉係	098-895-2131
20	宜 野 湾 市	障がい福祉課		098-893-4411
21	那 覇 市	地域保健課		098-862-0568
22	浦 添 市	福祉給付課		098-876-1234
23	久 米 島 町	福祉課		098-985-7124
24	渡 嘉 敷 村	民生課	福祉係	098-987-2322
25	座 間 味 村	住民課		098-896-4045
26	粟 国 村	民生課		098-988-2017
27	渡 名 喜 村	民生課		098-989-2317
28	南 大 東 村	福祉民生課		09802-2-2116
29	北 大 東 村	福祉衛生課		09802-3-4055
30	西 原 町	介護支援課		098-945-5013
31	豊 見 城 市	障がい・長寿課		098-850-5320
32	糸 満 市	社会福祉課		098-840-8130
33	八 重 瀬 町	社会福祉課		098-998-9598
34	南 城 市	社会福祉課		098-946-8996
35	与 那 原 町	福祉課		098-945-1525
36	南 風 原 町	保健福祉課		098-889-4416
37	宮 古 島 市	障がい福祉課		0980-73-1975
38	多 良 間 村	住民福祉課		0980-79-2623
39	石 垣 市	障がい福祉課	障がい福祉係	0980-82-9947
40	竹 富 町	介護福祉課		0980-82-6191 (代表)
41	与 那 国 町	長寿福祉課		0980-87-3575