

横浜市小児科医会ニュース



No.32 2006年4月1日

時 言

納得できない!!

横浜市小児科医会副会長 野崎正之

医療費削減がいろいろ言われているが、今（3月4日現在）未だ全貌が明かでなく、正確なコメントはできないが、嬉しくないニュースであることは確かである。日本国が400兆円にも及ぶ債務を抱えているということは、生まれたての乳児をも含め1億人の国民一人一人が400万円の債務を抱えていることになる。いつの間に、なんでこんな莫大な債務かかえたのか？いろいろ原因があり一概にも言えないまでも、少なくともその一因は、予算の不足分を予算を削減せず、赤字国債で埋めるという悪弊が長期間続いたためと思われる。その場しのぎで、先送りした「つけ」が溜まりたまったものだから、歴代首相の尻ぬぐいの役どころに回った現首相だけを責めるわけにはいかない。そこであらゆる分野での予算削減をせざるを得なくなったことは理解出来る。しかしその手法には問題が多い。こと医療費だけについていえば、元来医療費改定は中央医療審議会で討議されていたが、審議会を廃し、内閣の専決事項とした。これでは医療現場の人間が一人もいないところで話しが決まることになり、納得出来ない。むろん政府としては、こうるさい「抵抗勢力」を蚊帳の外に追い出したつもりではあろうが、えげつないやり方ではある。その結果、診療技術料（初診、再診料）も減額の対象となった。元来欧米諸国に比べ、低いとされていた部分で、他の部分は多少下がっても、ここだけはむしろ改善を望んでいただけに失望感が強い。「人の命は地球より重い」とか言い、一旦医療事故でもあれば「うん億円」の賠償金がザラだというが、それにしては「医師の技術料が低すぎる」と思うのは小生だけだろうか？

日本医師会の抵抗も全く効なく終わったようだ。「それでも医師は他職種よりはまだ良い方」なのだろうか？

こういう時ほど会員の結束が大事である。医師は開業医も勤務医も全て医師会員であるべきで、しかも互いの立場に固執することなく、一致協力して難局に対処する必要がある。それは一人医師のためだけではなく、病気の人たちのため、コメディカルの人たちのためでもある。しかし元会長の五十嵐先生のいうように、「医師はもっと落ちるところまで落ちないと結束できない」のだろうか？

話し変わって、ほんの蛇足だが、日本の少子化をよそに、世界人口は65億人を越え、7年後には70億人に達するそうである。地球の砂漠化、農地の疲弊、農薬に強い病害虫の発生、環境汚染などで、食料生産は頭打ちどころか減産の危機すらある。いったい宇宙船地球号は何人までの人間を乗せることが出来るのだろうか。過去にも終末思想、末世観は繰り返しいわれては来たが、今度は本物かなと危惧している。人類絶滅の日は遠くない!?

二つの提言

(30)

BCG個別接種

BCG個別接種を体験して

港南区 竹田こどもクリニック
竹田 弘

港南区では平成17年10月より、BCG個別接種が試行されております。当院での接種方法をご紹介します。

当院では、BCG接種は完全予約制としております。前もってお電話をいただき、従来からあった木曜午後と金曜午後の予防接種専用の時間帯（1時間）へ予約を入れています。

BCGの接種券は、今のところ接種者の手元ではなく医療機関にあります。来院されてから接種券に記入していただくことは、乳児を抱いたお母様にはかなり大変なことです。接種券をBCG接種の注意書きと共に事前に郵送しております。

BCG接種で来院された児は、待合室ではなく処置室でお待ちいただきます。処置室で診断・説明・接種をし、そのまま乾かし、（5分から15分かかります）、乾いたらお帰りいただきます。しかし、次の方が部屋にお入りになっている場合はプライベートを保つために、診察・説明・接種は診療室でおこない処置室に移動していただいて乾かすようにしています。

BCGが他の予防接種と異なるのは、①来院するのが初めての児がほとんどなので、病歴をとるために思わぬ時間がかかってしまうことがある。②接種後に乾かす時間が必要、③接種直後に別の部屋へ移動していただくのはかなり大変で、場合によっては介助者が2名必要になることがある、などの点です。

接種前の説明では、「コッホ現象に力点をおいております。しかし「接種後10日以内に接種部位に発赤・腫脹や化膿等が起こる」こと

をコッホ現象と説明しますと、接種翌日に発赤して来院されることが数名ありました。接種翌日に接種部位が発赤しても日ごとに消退し、接種約2週間後に再び発赤すれば、最初の発赤は非特異的反応で問題のないものと考えられます。こういった症例の写真を、共著「新版 小児科のお医者さんからママたちへ」に掲載しました。そういった経験から最近では、「接種3日後から接種10日後までに接種部位の発赤が強くなっていくようであればご連絡ください」と説明しております。

最近、考えさせられた症例がありました。BCG接種を12月下旬にご希望になったのですが、コッホ現象の観察期間が正月にかかるので、私は1月に入ってからの接種をおすすめしました。しかし1月に入ってから体調をくずされ、最後はインフルエンザに罹患。治ってから2週間後と計算するとその日はすでに生後6か月になってしまいます。結局、保健センターでの無料接種をおすすめしました。こういった症例を当院が接種すると料金をいただかなければならないのは、非情です。行政の方の心優しいご判断を期待します。

たった数ヶ月の間に経験したことを拙文にしました。これからBCG個別接種をされる先生方にお読みいただき、少しでもご参考になれば幸いです。

青葉区における個別BCGについて

青葉区医師会 公衆衛生部
松岡 誠 治

平成12年に私は北部小児科医会に入会しましたが、当時から、近隣市町村との相互乗り入れ、集団から個別接種への変更の2点が公費予防接種の課題とされておりました。青葉区は年間出生数が3000人以上で毎月のBCG接種が300人にもものぼるため大変な混雑で、また集団接種会場の福祉保健センターが駅から遠いという問題を抱えておりました。会員と市民のために公費の予防接種や乳幼児健診をか

かりつけ医で個別に行えるようにすることが望ましいとはいうものの、実現は難しそうでした。そのような状況で、青葉区医師会では平成16年から日本ビーシージーサプライや結核予防会と協力して独自に結核とBCGの研修会を開き、小児科医会と調整しながら個別化に備えました。

平成17年10月から港南区とともにBCG個別接種がスタートし、区内44の医療機関が参加しております。開始後5か月が経過した今年2月にアンケートをとり、31の回答をいただきました。個別化について良かったという医師の意見、保護者の反応はそれぞれ、15、17で、どちらでもない(12、6)、よくなかった(4、1)という回答を上回りました。医師側からは具体的な理由として、ゆっくり余裕をもって行える、接種後経過も含めて状態の把握ができる、かかりつけのきっかけになるという意見が寄せられました。保護者にとっては時間的、地理的なアクセスのメリットが挙げられました。ただし医師側からは効率が悪く、手間がかかるという意見も多く、委託料が他のワクチンと同類では低いのではないかと指摘されています。

現在のところ個別BCG接種での大きなトラブルはないようです。とはいうものの、対象外のはずの他区在住の乳児の保護者が保健

所で許可されたと主張するので接種をしたが、後に行政に確認したところ認められなかったという例があり注意が必要です。心配されていたコッホ現象に関しての問題は報告されていません。個別化してからの接種率については、予診票(接種券)の集計は未だできていませんが、福祉保健センターでの4か月健診時の調査では概ね良好のようです。

青葉区の研修では実技指導もあったものの、実際に行ってみると接種部位は結構難しいものです。皮下接種をする他のワクチンとは全く方法が異なり、また痕が残ることから間違えれば医療訴訟になりかねません。個別接種前の研修に出席さえすればよいというのではなく、安全に有効なBCG接種を提供するために個々でもしっかり習得しなければなりません。

青葉区では1か月健診の多くが小児科で行われていません。そのためか、4か月の集団健診では育児不安を抱えている母親からしばしば相談を受けます。ボランティア小児科医によるプレネイタルビジットも行われていますが、残念ながら利用者は多くはありません。個別BCGが、赤ちゃんたちがかかりつけ小児科医にめぐりあうきっかけとなってくれることを期待しております。



夜尿症

—小児科医はどうアプローチすればよいか—

平成17年10月20日(木)

ほあし子どものこころクリニック院長

帆 足 英 一

1. はじめに—夜尿症は症候群である

幼児期にみられる夜尿(おねしょ)は、発達途上にみられる生理的なもので、治療の対象外である。5~6歳をすぎて夜尿が見られる子どもは、約2割であり、その中で毎晩の夜尿をみる子どもは2~3%とされている。このようなことから、学童期にみられる夜尿は発達の著しい偏りがあると考えられ、夜尿症として生活指導や治療の対象とされている。

夜尿症の基本的な病因としては、夜間睡眠中の抗利尿ホルモンの分泌リズムの障害、機能的膀胱容量の縮小や不安定膀胱状態、冷え症状など自律神経系の不安定さ、そしてストレスなどによる心身症メカニズムなどが複合的に関与した「症候群」である。

夜尿症は、図1に示されるように、夜間に産生される尿量と、それを蓄尿する膀胱容量とのバランスがくずれると生じる。したがっ

て、治療の原則は、夜間睡眠中の尿量をいかに減らすかのみならず、膀胱の蓄尿量をいかに増やすかにあることを銘記すべきである。

2. 夜尿症の分類と類型診断に必要な情報

夜尿症の分類については様々な考え方があがるが、筆者は、多量遺尿型、排尿機能未熟型(膀胱型)並びに混合型に分類している。これらの病型診断には、一晩の尿量と尿浸透圧、日中の最大機能的膀胱尿量の測定が不可欠となる。

一晩の尿量は、おむつを使用している場合には、朝のおむつの重さ(元の重さを引く)と朝一番の尿量の合計でみることができ。通常、年齢に関わりなく200cc以下を基準値としており、250cc以上の場合には多量遺尿型となる。

尿浸透圧の測定は、就眼前に排尿させた上で3日間、夜半2時~3時頃に起こして排尿させ、その一部を保存して測定する。あるいは、起床時尿で尿浸透圧を測定する。夜間の尿浸透圧は800mOsm/L以下の場合に、DDAVP点鼻療法の適応となる低浸透圧型としている。

最大機能的膀胱容量の測定は、帰宅後ぎりぎりまで排尿を抑制させ、その容量を3~4日間測定し、最大がまん尿量をもって機能的膀胱容量としている。

これらの他、筆者のクリニックにおいては、不安定膀胱の有無を確認するために、尿流検査並びに残尿検査を実施している。

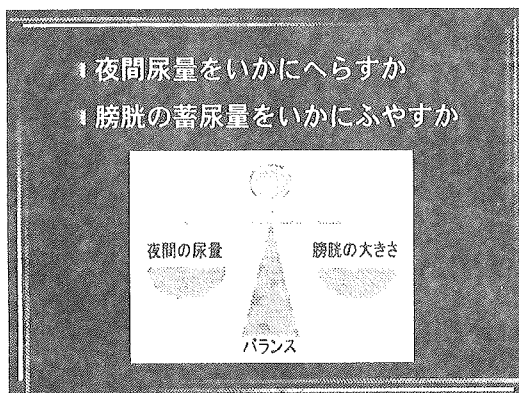


図1

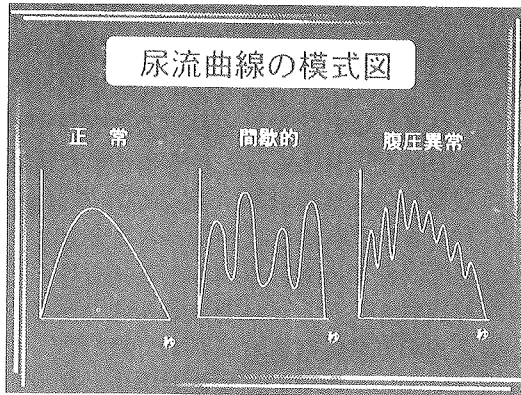


図2

図2に尿流検査による尿流曲線のパターンの模式図を示すが、左の曲線は、ほぼ正規分布を示す正常なパターンであり、中央は切れ込みの深い多峰性かつ間歇的な曲線であることを示している。これは腹圧と尿道膀胱括約筋との協調運動がうまくないパターンである。右の切れ込みの浅い多峰性曲線は、腹圧異常によるものである。両者共に不安定膀胱状態を示す指標となる。また、尿流速（最大並びに平均尿流速）や、後排尿の有無、そして超音波による残尿検査で残尿の有無を評価している。当然のことながら、残尿量が多ければ、夜間尿量が比較的少なくても遺尿を生じることになる。

3. 難治性夜尿症（解離型夜尿症）とは

生活指導や薬物療法に抵抗し、一向に改善をみない例を難治性夜尿症としているが、その特徴を列記すると、日中の機能的膀胱容量に対して夜間の蓄尿量が異常に少なく、その結果、一晩の尿量が200cc以下であっても遺尿をしてしまうものである。これを解離型夜尿症といっているが、夜間睡眠中に、少量の蓄尿で無抑制的膀胱収縮を生じたために遺尿したものと考えられる。この場合は、超音波検査で排尿後の残尿を認めたり、尿流曲線で不安定膀胱状態を示すことが多い。

筆者は、薬物療法や生活指導に反応しないこれらの難治例に対して、干渉低周波による電気刺激療法や夜尿アラーム療法といった理学療法を実施してかなりの改善をみている

が、後日データを分析の上報告したい。

4. 生活指導

「起こさず、あせらず、しからず」の3原則のもとに、摂取水分のコントロール、排尿抑制訓練や冷え性状等への対策が必要となる。

1) 水分摂取リズムの調整

一般的に夜尿症に対して、夜間の飲水制限がなされることが多いが、意識的に摂取水分の日内リズムを形成することが大切である。一日の配分としては、朝から午前中にたっぷりと摂取(300~350cc)させ、午後から多少控え目にし(おやつ水分は100cc)、夕方からきびしく制限(汁物かお茶で100cc)、するように指導している。

2) 排尿抑制訓練

排尿機能未熟型の夜尿症には、機能的膀胱容量を拡大させるための排尿抑制訓練が効果的である。帰宅後、尿意を感じた際に排尿をぎりぎりまで抑制させる訓練である。排尿抑制訓練の結果、当初は60~100mlで排尿していたのが、250ml以上蓄尿することも可能となり、夜間の機能的膀胱容量が次第に拡大して夜尿が改善していくことになる。

3) 冷え対策

夜尿症児には冷え症状を伴うことが多く、秋~冬にかけての冷え対策が重要である。寝る前に入浴、布団を少し温めておく等は有効な冷え対策となる。夏季には、就寝中にクーラーをつけたままにすると、冷え症状を来すことがある。

5. 薬物療法

薬物療法は、薬物の連続服用はせず、2週間内服、1週間休薬といった治療スケジュールで、副作用と薬物依存を防止していくことが望ましい。

i) 多量遺尿型

イ) 三環系抗うつ剤

多量遺尿型に対する薬物療法として

は、三環系抗うつ剤が第一選択となり、Clomipramine (Anafranil), Imipramine (Tofranil), Amitriptyline (Tryptanol) が代表的である。そのいずれも就寝前内服とし、5～7歳が10mg, 8歳以上が25mgを基準量とする。初回投与量は、年齢に関係なく10mgの少量から開始し、25mgで効果がない場合には増量すべきではない。副作用としては、食欲不振、悪心、嘔吐といった消化器症状と不眠等が代表的であるが、これらが見られた場合には直ちに服用を中止する。

ロ) DDAVP点鼻療法

多量遺尿型、とくに低浸透圧型の多量遺尿型に対しては、デスマプレシン・スプレー10 (協和) による点鼻療法が良好な治療成績をおさめている。詳細については、後述する。

ii) 排尿機能未熟型

排尿機能未熟型に対しては、oxybutyninhydrochloride (Pollakisu) やPropiverine hydrochloride (BUP-4) といった尿失禁治療薬を中心に用いる。前者は、5～7歳が2mg, 8歳以上が4mg, 後者は6歳以上10mgを基準量とし就寝前に内服する。副作用としては、口渇や目が乾く、便秘などが指摘されている。

iii) 混合型

多量遺尿型と排尿機能未熟型とが合併している混合型に対する薬物療法としては、これまで述べた薬物療法に準拠して併用薬法を行うのがよい。

6. DDAVP点鼻療法

1) デスマプレシン・スプレー10の概要

スプレー式のDDAVP点鼻薬は、写真に示すようなスプレー容器で提供されている。このデスマプレシン・スプレー10を就寝直前にスプレーして、鼻粘膜から吸収させる治療がDDAVP点鼻療法である。

今般認可されたスプレー10製剤は、1スプレーが10 μ gとなっており、1～2スプレー (10～20 μ g) が適応量となっている。これに対して従来のチューブ式点鼻薬では、10 μ gを基準量として、夜尿頻度等の臨床症状に応じて、5 μ g～15 μ gを治療域として用いることが多かった。そのため、スプレー製剤となって使用量が増量し、戸惑われることも多いと思われる。

本剤での第II相治療において、スプレー製剤の容量と副作用についての検討がすでに実施されているが、その結果では、40 μ gまでは安全性に問題ないことが確認されている。また、20 μ g以上点鼻しても治療成績の向上がみられないため、最終的に10～20 μ g (1～2スプレー) を治療域として認可された次第である。

尚、本剤は、冷蔵庫等に冷所保存するのが原則であり、室温で長時間放置した場合には力価が低下することに留意する必要がある。また、凍結してしまうと、分解し効能が失われるので、凍結をさけて冷蔵庫保存が望ましい。

2) 適応

昨年6月に、約10年間にわたるいくつかの治療の結果、夜間尿低浸透圧低下型の夜尿症を適応疾患として、デスマプレシン・スプレー10協和が、薬価に収載された。適応診断としては、夜尿をみた翌朝の起床時の尿浸透圧が800mOsm/L以下、あるいは尿比重が1.022以下となっている例であり、医療保険にて使用する場合には尿浸透圧 (あるいは尿比重) 検査が必須となる。

従来のチューブ式の酢酸デスマプレシン点鼻液並びにデスマプレシン・スプレー2.5は、中枢性尿崩症の治療薬として併存するが、夜尿症を適応として使用することは医療保険上許されていない。

筆者は、このスプレー10製剤を臨床的な適応とする際には、夜間尿浸透圧低下型の夜尿症であることに加えて、日中の

機能的膀胱容量が年齢相当に拡大（小1で150cc以上，小2で200cc以上，小3以降は250cc以上）していることを第一選択としている。というのは，機能的膀胱容量が小さいと，点鼻薬で夜間尿量が減少しても，結果的に夜尿が持続することになるからである。しかしこのような例においても，点鼻によって夜間尿量が減少することによってある程度の効果は期待され，夜尿の減少により夜尿を克服しようとする意欲（モチベーション）の向上も期待されるので，説明と同意の上使用することも少なくない。

3) 実際の点鼻方法

図3に示されるように，点鼻薬のチューブの先端（ノズル）に併せて，点鼻容器の白い部分に印をつけて，印のついている側を手前にして点鼻するように指導する。これは，薬液が減ってきて，最後までノズルから薬液を吸い上げて適量がスプレーされるようにするためである。



図3

就眠前にスプレー剤を鼻腔内にスプレーし，鼻粘膜から薬剤を吸収させる。鼻汁や鼻閉がある場合には，鼻をよくかんで，鼻の通りをよくしてから点鼻する。片方に鼻閉がみられる場合には，通りのよい鼻腔に点鼻するが，同一の鼻腔に2スプレー点鼻する場合には，1回点鼻したのち1～2分おいてから点鼻することが望ましい。

初回の点鼻量は1スプレー（10 μ g）とし，2週間点鼻を行い，夜尿の改善の度合いが不十分な場合には，2スプレー（20 μ g）点鼻とする。点鼻効果があいまいな場合には，点鼻中の起床時尿浸透圧を測定し，点鼻前と比較して濃縮しているかどうか確認する。濃縮している場合には，点鼻薬は鼻粘膜から吸収されていると判断し，相変わらず希釈されている場合には，鼻炎等鼻粘膜での吸収が思わしくないかどうか，耳鼻科での診察が望まれる。

点鼻スケジュールとしては，2週間点鼻，1週間休薬とし，定期的に休薬期間を設け，点鼻効果の確認と薬物依存や副作用の発現を抑制する治療方法を採用している。

4) 水中毒による副作用防止

DDAVP点鼻療法の副作用としては，水中毒症状が知られている。従って，水分は朝と昼に多く摂取させ（各々350cc前後），おやつと夕食の水分を少なくする（各々100cc）といった「水分摂取リズム」を守ることが重要である。

また就眠2時間以内に200cc以上の過剰な水分を摂取しないように徹底することが重要である。夜間に多量の水分を摂取した結果，頭痛，浮腫，ひどい場合には痙攣といった水中毒症状の報告もあるので，水分管理には十分留意する必要がある。

何らかの治療の目的で補液を受ける場合や，喘息発作のため夜間に水分摂取が必要な場合には，点鼻は中止する。

その他，特記すべき副作用は認められていない。

5) 点鼻療法の終わり方

点鼻期間中の夜尿が消失した場合には，点鼻量が2スプレーの場合には1スプレーに減量する。1スプレーにて，休薬期間の夜尿が続く場合には，水分摂取リズムを厳守させ治療を継続する。

点鼻中はもとより，休薬期間もほとんど

ど夜尿が消失した場合は、スポットの点鼻とする。つまり、とびとびであっても週に2回夜尿をみた場合に、その夜から1週間1スプレーするというものである。夜尿が4週間連続して消失した場合には、薬物療法は終結するが、4カ月連続して夜尿が消失するまで生活指導は継続するようにしている。

6) 点鼻薬が効果ない場合とは

①排尿機能未熟型には無効

DDAVP点鼻療法は、排尿機能未熟型には殆ど効果が期待されない。夜間の尿量が200cc以下であり、機能的膀胱容量のみが小さいといった排尿機能未熟型に対しては、機能的膀胱容量を拡大させる尿失禁治療薬が第一選択となる。夜間尿量が多く、しかし機能的膀胱容量が小さいという混合型の場合には、点鼻薬によって夜間尿量は減少するため多少の効果はみられるが、機能的膀胱容量が増大しない限り、治療にはいたらないことに留意する必要がある。

②解離型夜尿症には、期待された効果がでにくい

まれに、夜間尿浸透圧低下型の夜尿症の中に、日中の機能的膀胱容量は正常なのに、夜間の機能的膀胱容量が極端に少なくなっている「解離型」夜尿症が存在している。このような例においては、点鼻薬によって夜間尿量は減少しても、夜間に無抑制的膀胱収縮を生じて夜尿となっていると考えられ、干渉低周波による電気刺激療法か夜尿アラーム療法といった理学療法を併用しないと改善しないことが多い。

③鼻炎症状は点鼻薬の吸収が悪い

アレルギー性鼻炎をはじめとする鼻炎症状は、鼻粘膜の浮腫を生じ点鼻薬の吸収が悪くなる。まして鼻汁を認める場合には、そのまま点鼻すると殆ど点鼻薬は吸収されない。従って、鼻炎に対する治療を耳鼻科で受けると共に、鼻汁を認める場合には、よく鼻をかんでから点鼻することが重要である。

参考文献

- 1) 帆足英一：新・おねしょなんかこわくない。小学館。2003
- 2) 赤司俊二，帆足英一，日比逸郎，前川喜平，吉田尚，柿沢至，横井茂夫，前坂磯江，相川務，田中敏章，清水直容：夜尿症に対する酢酸デスマプレシン（KW-8008）の臨床評価－前期第Ⅱ相試験（最高用量決定のための用量追加試験を含む）－，小児科臨床，48（11）：2657-2671，1945
- 3) 帆足英一，日比逸郎，前川喜平，吉田尚，生駒文彦，赤司俊二，柿沢至：夜尿症に対する酢酸デスマプレシン（KW-8008）の臨床評価－塩酸イミプラミンを対照薬として二重盲検群間試験－，基礎と臨床29（16）：183-221，1995
- 4) 帆足英一，赤司俊二，相川務，山口脩，津ヶ谷正行，井上英雄，西美和，伊藤雄平，笠原多加幸，田村和喜，武居正郎：酢酸デスマプレシン（KW-8008）の「夜間尿浸透圧低下型」夜尿症に対する臨床評価－プラセボを対照薬とした二重盲検比較試験－，小児科臨床，56：2003-5，2003

夜尿症ホームページ

おねしょねっと <http://www/onesyo.net/>

第19回横浜市産婦人科・小児科研究会

平成18年2月24日（金）

「母子感染と新生児室での感染対策」

横浜労災病院小児科 新生児部長 城 裕 之

紙面の都合上、講演の前半でお話したウイルスによる母子感染についてその要旨を述べさせていただきます。

1. サイトメガロウイルス (CMV)

CMVの経胎盤感染により発症する。診断は生後2～3週間以内の尿などからのウイルス分離による。その他、antigenemia法、PRC法によるCMV-DNA検出がある。症候性が10%で多くは無症候性である。無症候性でも神経学的後遺症（感音性難聴など）を残すことがあるので、就学まで、定期的に聴力検査をする。治療は、生命の危険の迫る重症例または視力障害のリスクの高い例でガンシクロピルの投与を考慮する。

2. 単純ヘルペスウイルス (HSV)

性器ヘルペスを有する母親からの産道感染によるが、ヘルペス病変が認められるとは限らない。臨床症状から、全身型、中枢神経型、表在型に分類される。診断はウイルス分離、PCR法によるHSV-DNAの検出による。分娩直前の性器ヘルペス感染例には帝王切開を行う。全身型は死亡率が高く、中枢神経型では後遺症を残すことが多いので、早期診断・早期治療がとくに重要であり、感染の疑いがある時にはすぐに治療を開始する。再発例が多いことにも留意する。治療にはソビラックスを投与するが、再発防止のためには標準量では不十分であり、高用量が必要とされる。

3. B型肝炎ウイルス (HBV)

おもに出生時の経胎盤感染による。妊婦が

HBs抗原陽性であると、出生児の85～90%がHBVキャリアーとなる。HBs抗体陽性の場合にはHBVキャリアーとなることはないが、一過性に急性肝炎を発症することがある。児血中のHBs抗原検査で診断する。母親のHBs抗原陽性、陰性の有無にかかわらず、出生した児に対して抗HBsヒト免疫グロブリン(HBIG) およびHBワクチンを投与する。HBIGは生後できるだけ早く、遅くとも48時間以内に投与する。さらに、生後2ヵ月時にHBIG (HBs抗体陽性の場合には省略しても良い) およびHBワクチン、生後3ヵ月、5ヵ月時にそれぞれHBワクチンを投与する。予防措置を行っても感染が成立する例がごく少数存在する(5%以内)ことを家族に説明しておく。

4. C型肝炎ウイルス (HCV)

妊婦がHCV RNA陽性の場合の母子感染率は約10%である。HCV-RNA陰性の妊婦では母子感染は発症しない。診断は児血中のHCV-RNAの検出による。生後3～4ヵ月にHCV-RNAを検査し、陽性の場合には生後6ヵ月以降、半年ごとに検査を行い、感染持続の有無をチェックする。母子感染例の30%は3歳までに血中HCV-RNAが自然に消失するので、原則として3歳までは治療は行わない。3歳以降、AST、ALT上昇が6ヵ月以上持続する症例においては、AST、ALTの経過、HCV-RNA量、肝生検所見からインターフェロンなど特殊療法の適応を考慮する。HCV-RNA量は妊娠中に変動するので、HCV-RNA陰性の妊婦から出生した児でも生後18ヵ月の

時点で感染の有無を確認しておく。

5. 成人T細胞白血病ウイルス (HTLV-1)

成人T細胞白血病 (ATL) は、幼少時に母親から感染した human T-lymphotropic virus type 1 (HTLV-1) キャリアのみ発症する。母乳が主たる感染経路で、感染率は母乳栄養で20%である。診断は児血中の HTLV-1-RNA の検出による。断乳して人工栄養とすることで、感染率は約3%に低下する。短期母乳哺育も選択肢の一つだが、感染率は人工栄養時の2倍となる。栄養方法の違いによる母子感染率、将来のATL発症率、母乳の利益などを説明したうえで、断乳する

かどうかの選択は母親にまかせる。

6. ヒト免疫不全ウイルス (HIV-1)

主な感染経路は、経胎盤、経産道、経母乳である。母乳感染を除いた症例の2/3は周産期に起こる。確定診断は児血中HIV-RNAの検出による。自然感染率は約30%である。抗HIV剤の投与と選択的帝王切開および母乳栄養の禁止により、感染率は約2%にまで低下させることができる。出生時には児に付着した母体血や分泌物排除に努める。生後8～12時間から抗HIV薬 (ジトブジン、厚生労働省エイズ研究班から供給) を生後6週まで投与する。

医会通信

会長 水野 恭一

前号で紹介した「横浜市救急医療検討委員会」が、6回の委員会及び7回の専門部会の議論を経て、平成17年11月29日に今井委員長が中田市長に「横浜市救急医療体制に関する第1次提言」を提出しました。

この提言を要約すると、次のとおりです。

- 1) 桜木町夜間急病センターの深夜帯診察は、開業医の出勤が困難で、また新研修医制度により横浜市大小児科医の出勤も困難になり、患者数も少ないので廃止する。
- 2) 準夜帯診察は、従来通りの市内の開業医が中心になって診療業務に従事する。
- 3) 廃止になる深夜帯の1次救急は、数は少ないが、重症度の高い患者の割合が高いため、市内の方面別に新しく「基幹病院」を選定し、深夜帯においては「基幹病院」で初期救急から2次・2次救急医療を行う。
- 4) 「基幹病院」の負担を軽減するため、救急医療情報センターの機能を強化し、また

市民に対し救急医療についての啓発・広報活動を強化する。

- 5) 将来的には小児科専門医を11名以上配置した「小児救急拠点病院」を方面別に配置し、ここで24時間265日の初期救急から3次救急までの救急医療を行う。

ここで多くの会員の先生が、社団法人横浜市医師会と財団法人横浜市総合保健医療財団との関係を理解されていないようなので、説明したいと思います。

- ・横浜市医師会及び横浜市救急医療センター (桜木町夜間急病センター) が入居している横浜市健康福祉総合センターは横浜市の財産で、横浜市医師会は横浜市に対して年間約600万円の家賃を支払っている。
- ・桜木町夜間急病センターも横浜市の財産で、その運営が第3セクターの横浜市総合保健医療財団に任されている。
- ・横浜市医師会は、横浜市総合保健医療財団に数名の理事役員を送り、理事役員は個人として報酬を得ている。(理事長は医師会長)
- ・横浜市総合保健医療財団は、横浜市医師会に対し、出勤医師の手配を委託し、委託料

として年間約600万円を支払っている。(横浜市医師会の年間家賃相当分) この業務は事業2課が行っている。

過去、横浜市医師会代議員会において、桜木町夜間急病センターの決算報告と役員報酬の開示を求められたとき、内藤会長は「別法人の決算報告を横浜市医師会の代議員会ではできない」と明確に答弁している。

以上のように、横浜市医師会と横浜市総合保健医療財団を同一視するようなことが言われていますが、実態は別法人です。

このたび桜木町夜間急病センターの運営に指定管理者制が導入され、横浜市総合保健医療財団と社団法人横浜市病院協会が立候補し第三者委員会の選定で病院協会に決まりました。横浜市医師会は半年も前から指定管理者制の導入を知っていながらなんら検討をされず、締め切り間際の理事会に試算した結果、年間約1000万円の赤字が出そうなので立候補しないと提案して了承をされたそうです。

しかし、家賃を600万円支払っていることと、出動費を現状の額で計算しているのをこれを北部及び南西部並みにして計算することで考えれば、なんら問題はないのではと考えます。(北部及び南西部の出動費は桜木町よ

りも低い額です。)

経営論からではなく必要論から考えて、横浜市医師会は指定管理者に立候補すべきであったと思います。

矢崎会長のときに、公文書で「桜木町及び北部・南西部夜間急病センターへの小児科医会会員の出勤義務化」について要望があり、各区から委員をお願いし数回にわたり検討委員会を開催した結果、「小児科医会としては会員に対し出勤義務を課することはできないが、1次救急に対しては可能な限り協力するように願います。」という結論に達しその旨を公文書で答申しています。

平成17年12月に病院協会の荏原会長から指定管理者立候補にあたり、協力依頼がありました。

私は上記結論を踏まえて「病院協会が指定管理者となられても、今まで(横浜市総合保健医療財団の運営時)と同様に、可能な限り協力する。」という文書を書きました。

このことに対しいろいろな方にご心配をかけたのですが、私の考えは誰がやるから協力しないではなく、小児科医会の検討委員会の結論に基づくものです。

今後もご指導ご鞭撻のほど宜しくお願いいたします。



区会だより

青葉区小児科医会

当医師会活動状況であるが、毎年継続している事業として緑区小児科医会と共同で青葉区、緑区保健センターにおける乳幼児健診がある。4ヶ月、1歳6ヶ月、3歳の全ての検診を小児科医会で実施している。前回の報告後も同様な方法で行い、会員の出勤頻度に変化はない。緑区の会員が増えれば各々の区で実施の予定であるが、現在目途がたっていない。このような検診も個別にならないのだろうか。

本年度の講演会は予定通り青葉区医師会と合同で平成17年11月9日にけいゆう病院小児科部長の菅谷憲夫先生をお招きして「インフルエンザ対策」についてご講演を頂きました。大変盛況で最後は立ち見も出るほどありました。ここ数年同様の演題が続いたため、次回の演題を会員に議論していただくと考えている。青葉区小児科医会では独自に区内感染症サーベイランスを立ち上げ区内の流行性疾患の把握に努めている。方法は前回報告した方法を多少手直しして会員への情報提供は医師会よりFAXすることとなった。より迅速になったのと、送り手の苦勞が多少減ったのではないかと考えている。この事業はこれからも継続するつもりである。

本年度からの事業としては昭和大学藤が丘病院小児科との合同勉強会が立ち上がる。年に数回の予定であるが顔の見える病診連携に寄与すること大と考えている。内容については次回より報告する。以上簡単に当会の活動状況を報告した。小児科医会の役割がじょじょに広がりつつあり、医師会の中で公平をどのように保つのが気がかりでもある。

(文責 藤井 孝)

都筑区小児科医会

都筑区小児科医会が今年度主催した勉強会を以下に示す。

1) 都筑区小児科医会学術講演会

平成17年10月19日

講師 横浜市北部地域療育センター

小澤 武司先生

演題 「外来でできる発達の遅れた児への支援」

保育園関係者にも呼びかけ、多数の参加をえた。

2) 都筑区小児科医会と昭和大学北部病院との連携勉強会

第1回 17年10月28日

主題「急性巣状細菌性腎炎」

第2回 17年12月9日

主題「当院における川崎病の検討」

第3回 18年2月17日

主題「日常遭遇する小児外科疾患」

昭和大学北部病院との連携勉強会が発足したことは、当医会の新たな変革として特筆される。今後4回開催する予定である。いまのところ病院の先生方からのミニレクチャーが主体である。北部病院の性格上、都筑区のみならず近隣の市区小児科医会からの参加も募っており、好評を博している。

なお、当医会主催の学術講演会は、平成17年11月に日本小児科学会専門医研修会として3点が認められた。

(文責 殿内 力)

北部小児科医会

平成18年2月27日月曜日の午後7時15分から青葉区医師会館にて開催され、28名が出席しました。今回は、横浜市小児科医会の水野会長にお越しいただいて、横浜市の小児救急医療問題の歴史的な経過、市の救急医療検討委員会のこれまでの流れについての解説、特に桜木町の夜間救急に関する諸問題に関する講演を聴くことができました。さらに、今後の横浜市小児科医会がなすべき事項について

て、およそ40分間の説明があり、20分間の質疑応答がありました。

その結果、状況はどうであろうと準夜帯における小児の1次救急医療は、開業小児科医が診るという統一見解が再確認されました。

また、今後の横浜市小児科医会の行動目標としては、市民フォーラムなどで小児救急問題などについての諸問題を市民に提起することや、会員の地位向上と権利擁護のために医会の法人化の必要性について述べられました。その後、小児医療全般に関する参加者全員の意見を述べてもらい、9時20分に閉会しました。今回の会長自らの講演は、大変に有意義なものであり、他の小児科医会での同様な講演を実施することが望ましいと思われました。

(会長 入野 博)

東部小児科医会

平成17年11月17日

於 鶴見医歯会館

講師 鶴見歯科大学 井出正道先生

こどもの歯の診かた

日頃小児科医として知っておくべきこどもの歯について、懇切ていねいに説明して下さい、乳幼児健診の時に必要な知識をご教示して頂きました。なかなか歯科の先生とは接点がないので、目から鱗のお話ばかりで参加者は大満足だったようです。

平成18年3月9日

於 横浜労災病院

講師 成育医療センター感染免疫科

小林信一先生

演題 最近の予防接種の動向

この4月から新しくなるMRワクチンほか日本脳炎の現状、ポリオの現状など日常診療でいったいどうなっているんだろう、国は何を考えているんだろう等と、感じている私たちの素朴な質問に、歯切れ良くわかりやすいスライドで説明して頂きました。タイムリーでテーマ性もあって、小児科医会だけでなく一般開業内科医の先生も多数参加され会場がいっぱいになり大盛況でした。

尚、小児救急の危機が叫ばれる中で、東部小児科医会では横浜労災病院の救急外来を病診連携という形でお手伝いすることを正式に12月の幹事会で決議し、まず手始めに現在の幹事7人を登録医として名簿に載せることにしました。1年間実際やってみて、また皆で議論したいと思います。

(会長 中野 康伸)

中区小児科医会

前号に続き近況報告いたします。2005年9月より2006年2月までに3回の講演会を開催いたしました。

★日時 17年9月30日(金) 7時

場所 ローズホテル

講師 高橋竜哉先生

市民総合医療センター神経内科 準教授

演題 頭痛のプライマリーケア

共催 ファイザー(株)

★日時 17年12月26日(月) 7時

場所 ニューグランドホテル

講師 鈴木亮一先生

鈴木内科クリニック院長

演題 小児の消化器疾患～炎症性腸疾患を中心に～

共催 グラクソスミスクライン(株)

★日時 18年2月17日 7時

場所 ニューグランドホテル

講師 小林賢司先生

横浜市立みなと赤十字病院小児科

演題 日常診療で遭遇した心疾患

共催 シオノギ製薬(株)

高橋先生は小児科医が日常多く経験する臨床症状とその診断・治療を明確に教示された意義のある講演でした。鈴木先生は旧市立港湾病院の消化器内科部長としての豊富な症例から貴重な症例の数々をご呈示下さいました。小児科医会で内科のドクターをお招きしたのは今回初めてのことです。また小林先生は心雑音のデモテープをご用意され、出席者一同、学生時代・研修医時代に戻って、真剣に

耳を澄ませたことでした。この三つの講演に出席した会員はそれぞれに貴重な知識を得た満足感に充たされたことと思っております。

(文責 山崎 康子)

南部小児科医会

平成17年度下半期の医会の活動状況をご報告いたします。

●第4回横浜市大センター小児疾患研究会に参加 平成17年9月22日(木)

●定例拡大幹事会,平成17年10月5日
於 関内 月

●定例研修会 平成17年11月9日(水)
於 神奈川県衛生看護専門学校付属病院
共催 ノボ ノルディスク ファーマ株式会社

講演:小児期における肝臓病のトピックス,もしかしてこの子は肝臓病?

講師:藤澤 知雄先生(国際医療福祉大学 付属熱海病院小児科教授)

●第5回横浜市大センター小児疾患研究会に参加 平成18年2月2日(木)

●金沢区小児科医会との新年合同研究会
平成18年2月4日(土)

於 横浜プリンスホテル

共催:小野薬品工業株式会社

講演:小児気管支喘息の最近の動向

講師:海老澤 元宏先生(独立行政法人国立病院機構相模原病院 臨床研究センター アレルギー性疾患研究部 部長)

(文責 森 哲夫)

南西部小児科医会

○戸塚区:小児疾患研究会

「第13回小児疾患研究会」

日時 平成17年11月30日(水)

午後7時30分~午後9時

場所 横浜西部総合保健センター3階
学校保健室

内容1.「血小板減少と肝機能異常を呈した

突発性発疹の1男児例」

国立病院機構横浜医療センター

小児科 石田 華先生

2.「ヒトヘルペスウイルス6による急性散在性脳脊髄炎が疑われた1女児例」

国立病院機構横浜医療センター

小児科 大浜 育子先生

3.「小児肺結核の1例」

国立病院機構横浜医療センター

小児科 能本 紀子先生

4.「2004/2005年シーズンにおける当科のインフルエンザA/B同時感染例」

国立病院機構横浜医療センター

小児科 伊部 正明先生

5.「ブドウ球菌性熱傷様皮膚症候群の検討」

国立病院機構横浜医療センター

小児科 金澤さやか先生

「第14回小児疾患研究会」

日時 平成18年3月28日(火)

午後7時30分~午後9時

場所 横浜西部総合保健センター8階
学校保健室

内容1.「Bruton型無ガンマグロブリン血症の治療について」

国立病院機構横浜医療センター

小児科 伊部 正明先生

2.「Hemiconvulsion-hemiplegia-opilepay症候群の1女児例」

国立病院機構横浜医療センター

小児科 大浜 有子先生

3.「ハント症候群が疑われたの1女児例」

国立病院機構横浜医療センター

小児科 吉田佐知子先生

4.「新生児ループスの1男児例」

国立病院機構横浜医療センター

小児科 石田 華先生

5.「体重増加不良を主訴で来院した硬膜下血腫の1例」

国立病院機構横浜医療センター

小児科 能本 紀子先生

○泉区：横浜小児科木曜会

場所：国際親善総合病院

第43回 平成17年11月17日

胆道閉鎖症～早期診断のトピックス～

マルキンバイオ学術担当

(文責 獄間澤昌和)

西部小児科医会

1. 17. 9. 15 (木)

東部西部合同小児科医会 講演会

東部医会の担当で新横浜にて開催されとても盛会でした。

2. 18. 3. 9 (木) 西部医会 幹事会

於：神奈川県メジカルセンター会議室

出席者：相見. 石原. 大西. 尾崎. 小林.
齊藤. 鈴木. 渡辺

春の総会 研修会：秋の東部との合同講演会の日程及び内容について討議しました。

(1) 第213回西部医会研修会・総会は5月25日(木)に神奈川県メジカルセンター会議室にて行なう。

(2) 第3回東部西部合同講演会は9月14日(木)に横浜駅西口ホテルキャメロットにて開催する。内容は「こどもの心」「思春期の性」「たばことドラッグ」「新型インフルエンザ」などが提案されました。講師は未定です。

(文責 大西 三郎)

金沢区小児科医会

金沢区小児科医会としての平成17年度後期の活動としては、平成18年2月4日(土)に開催された。南部小児科医会と金沢区小児科医会の新年合同研究会のみであった。この日は天候不順が影響したのか参加人数が少な目ではあったが、独立行政法人国立病院機構相模原病院の臨床研究センターアレルギー性疾患研究部海老澤元宏部長をお招きして、「小児気管支喘息の最近の動向」と題して御講演

を賜った。海老澤部長の豊富な臨床経験に基づいた明快な御講演で、明日からの診療にすぐに役立つとても有益な内容であった。平成17年度は私(池部)が金沢区小児科医会長を拝命したが、体調不良により会のために積極的に活動を行うことが出来ず、会員の諸先生方には多大なご迷惑をおかけしたことをお詫びいたします。私は今春から瀬谷区にて小児科医院を新規開業することになりましたので、わずか1年でしたが次期会長に職を委ねて転出いたします。お世話になりました。

(文責 池部 敏市)

＝ 庶務報告 ＝

1. 研修会

H17. 12. 20 (木)

於 プリーズベイホテル 出席者60名

演題：「夜尿症・小児科医はどうアプローチすればよいか」

講師：ほあし子どものこころクリニック

院長 帆足 英一先生

2. 常任幹事会

H17. 9. 28 (水) 於 市医師会 会議室

出席者15名

H17. 12. 9 (金) 於 桃源 出席者15名

3. 役員会

H18. 3. 28 (火) 於 桃源 出席者27名

4. 第19回産婦人科・小児科研究会

H18. 2. 24 (金)

於 プリーズベイホテル

出席者41名 (小児科31名)

講演：「母子感染と新生児室での感染管理」

講師：横浜労災病院 新生児部長

城 裕之先生

5. 広報

H17. 10. 1 (土) 小児科医会ニュース第31号発行

6. その他

「BCG直接接種研修会」

於：横浜市健康福祉総合センター 4Fホール

H17. 10. 4 (火) 出席者207名

H17. 10. 18 (火) 出席者107名
 講師：結核予防会理事 渋谷診療所所長
 増山 英則先生
 (庶務 大西 三郎)

—— 会計報告 (中間) ——

横浜市小児科医会会計の中間報告申し上げます。

中間報告 18. 3. 4 現在
 現在高 3,749,600円
 (内訳) 現金 29,532円
 郵便貯金 1,594,087円
 医師信用組合 2,125,981円
 △未払分 (交通費) 210,000円
 (会計 小林 幹子)

会員動向 (平成17年9月～平成18年3月)

入会 1名

〒224-0021
 都筑区北山田1-12-15
 ときえだ小児科クリニック TEL 045-595-4150
 時 枝 啓 介

退会 3名

区名	氏名	備考
西 区	青 木 勝	H17. 8. 21ご逝去
旭 区	木 村 清 次	沖縄県へ異動
西 区	諸 星 淳 造	H18. 2. 10ご逝去

異動 7名

廣 野 一 輝	異動事項→勤務先変更 〒226-0025 緑区十日市場町1726-7 (医)三喜会横浜新緑総合病院 TEL 045-984-2400
甲 斐 純 夫	異動事項→勤務先変更 〒234-8503 港南区港南台3-2-10 (社福)恩賜財団済生会横浜市南部病院 TEL 045-832-1111
長 坂 裕 博	異動事項→新規開業 〒195-0062 東京都町田市大蔵町2221-2 NSビル2F ながさか小児クリニック TEL 042-708-1781
水 谷 俊 治	異動事項→転居による 自宅住所変更 〒158-0096 東京都世田谷区玉川台2-6-8 TEL 03-3700-7870

眞 田 喬 子	異動事項→施設変更 〒230-0051 鶴見区鶴見中央5-14-23 さなだ医院 TEL 045-501-1117
西 谷 修	異動事項→住所変更 〒232-0022 南区高根町3-17 201号 西谷小児科医院 TEL 045-261-0737
重 富 ゆかり	異動事項→住所変更 〒222-0034 港北区岸根町408-123 マリアこどもクリニック TEL 045-430-5415

会員数：289名 (平成18年3月31日現在)

編集後記

・最近は情けない大人の子どもをめぐる凶悪事件、そして子どもたちも渴き荒んだ心になってきているのではと感じるのは私だけではないでしょう。純で優しい気持ちが育つ世になって欲しいものです。
 ・トリノ冬季オリンピックは荒川静香のイナ・バウワー一色でした。アルペンの皆川健太郎の活躍なども吹っ飛んでしまいました。ベースボール世界大会はイチローが大活躍、サッカーワールドカップドイツ大会は誰がヒーローになるのでしょうか？
 ・今年4月から喫煙者がニコチン依存症として保険適用上の治療対象になりました。改革が進んできました。
 ・私事ですが今回のニュース第32号にて編集委員を辞し、次回からは大川尚美先生にバトンタッチいたします。
 ・不慣れのため皆さまにはいろいろご迷惑おかけいたしました。ご協力のおかげで第24号(2002年4月号)から第32号(2006年4月号)までなんとか発刊が出来ました。ありがとうございました。

(文責 藤原 芳人)

2006年4月1日発行
 横浜市小児科医会ニュース No. 32
 題字 五十嵐鐵馬
 発行人 横浜市小児科医会
 代表 水野 恭一
 編集：横浜市小児科医会広報部
 事務局：〒231-0062
 横浜市中区桜木町1-1
 横浜市医師会：事業二課
 Tel 201-7363