

横浜市小児科医会ニュース



No.38 2009年4月1日

時 言

モンスターペアレンツ

横浜市小児科医会常任幹事 中野康伸

つい先日の事である。夕方診療も遅くなってしまう、家内も仕事を手伝っていて夕食の仕度はしたくないと言うので、帰り道に新横浜の駅ビルのレストランで食事をすることにした。案内された席は窓際で、比較的景色も良く、まずは満足しながら注文した料理をしばらく待っていた。隣の二人連れの婦人の会話の音がやや大きく、少し気になり始めた頃、反対側のコーナーで、30代前半位のママ達と思われる6人位のグループが、周囲の迷惑省みず、けたたましいくらいの大声で笑い、はしゃぎ、おしゃべりを始めた。ひとりが、興奮すると残りのメンバーが何倍にも増幅した音響効果で応酬している。さすがに、私だけでなく、先ほどの隣席のあの大声おしゃべり隊の主婦たちでさえ、視線をそちらに迷惑そうに向け始めた。ここは居酒屋でもファミレスでもなく、れっきとしたそれなりのレストランである。残念ながら、この雄叫び集団の会話は、私たちがそそくさと席を立った後も、止め処もなく延々と続いていた。「電車の中で平気で化粧をする女達」かつて一世を風靡したフレーズが脳裏をかすめた。しかし、家内に言わせればこのような事は日常良く見る光景で、とりたてて目くじらを立てるほどではないと言う。他人への思いやり、周囲への気配り、女性としての気品など、いつからこの国から消え始めてしまったのだろうか。男性も同様である。平気でタバコを道端にポイ捨てる人、電車の中で足を組んでいても、他人の迷惑を省みない人など、例を挙げたらきりが無い。

日常の診療の中でも、時として同じような光景に出くわす。ガムを噛んだまま目の前に現れたり、診察中携帯電話が鳴り私の眼前で会話を始めたり、待合室の本やおもちゃを破損し、壁に落書きを我が子がしても、一言の詫びも言わず立ち去ってしまう親たち……。

本当にこれで良いのだろうか??自分も年のせいとか、何となくこの国の未来を考え始めた時、たまたま同世代のシンガーソングライターである、さだまさしさんの書いた「本気で言いたい事がある(新潮新書)」を読んだ。礼儀やマナーは、幼い頃からの躾の歴史であり、一夕一朝で出来るものではない。僕はこの国を心から愛している。でも、自分が好きな「日本」という国は、もしかしたら存在しない幻の国なのかもしれない……と彼は語っている。

それからというもの、最近では傍若無人ないわゆるモンスターペアレンツへの注意喚起を、積極的に診療の中の日常会話で言う様に心掛ける事にした。時間がかかりすぎるとナースからは不評ではあるが、口うるさい小児科医と言われても、結局はそれが子どもたちの将来の為、大袈裟に言えば日本の未来の為になる、との自分勝手な信念と熱き思いからである。ただ単に、患者様と呼ぶだけの形骸化された医療は絶対にやりたくない。皆さんはどう思われるだろうか。機会があれば、ぜひご意見を伺いたい。

二つの提言

(35)

新型インフルエンザ

新型インフルエンザ対策の問題点

神奈川県警友会けいゆう病院小児科
菅谷 憲夫

抄録

新型インフルエンザは、近い将来、必ず出現し、数年で全国民100%が罹患発病する。したがって、新型インフルエンザ対策では、爆発的に発生するインフルエンザ患者の診療体制確立が最優先の課題となる。ところが、日本では、SARSや鳥H5N1インフルエンザと混同した感染拡大防止策に力を入れているために、医師、看護師など医療従事者も新型インフルエンザを誤解し、新型インフルエンザ発生時の診療体制の整備・確立は著しく遅れている。国際的な常識に反した、防護服、ゴーグル等の過剰な感染防止策や発熱外来を廃し、全ての病院、診療所で新型インフルエンザ患者の診療にあたるべきである。

H5N1 流行の可能性は低い

日本ではH5N1が次の新型インフルエンザと確定したような報道がされているが、世界のインフルエンザ専門家の間では、逆に、H5N1は、今後、新型インフルエンザとして流行する可能性は低いという意見が強まっている。その根拠は、鳥のH5N1インフルエンザは、2003年に東南アジアに出現して以来、莫大な数の家禽の被害があり、しかもアジアの人口密集地域で人との接触も密接であるにもかかわらず、わずかに400例程度しか人への感染例がないという疫学的事実にある。

H5N1は同じ鳥インフルエンザのH7N7よりも、また豚インフルエンザH1N1に較べても、人への感染力は明らかに低い。H7N7はオランダで2003年に発生し、3ヶ月間に89名が罹

患し1名の獣医が死亡した。オランダでは、H5N1が蔓延した東南アジア諸国に較べれば、はるかに良好な感染防止対策が施されていた⁽¹⁾。また1976年の米国陸軍基地での豚型インフルエンザH1N1事件では、豚との明らかな接触がないにもかかわらず、短期間に血清学的に数百名の感染が証明されている⁽²⁾。

人のインフルエンザとして流行したことが確認されているのは、今まで、H1（スペインかぜ、ソ連かぜ）、H2（アジアかぜ）、H3（香港かぜ）の3種類だけであり、他のHAを持つ鳥インフルエンザは人の世界では流行しないという考えも広まっている。これは、いわゆる抗原循環説であり、そうすると次の新型インフルエンザの候補はH2となる。H2は、1958年から1967年までに流行したアジアかぜのHAである。もしもH2が流行すると、1968年以降に生まれた年代（現在、40歳以下）に大きな被害が出ることになる。

新型インフルエンザには全国民が罹患発病する

新型インフルエンザは、鳥H5N1インフルエンザやSARSと混同され、国民からは、死亡率の高い恐ろしい感染症で、罹患を何とか避けるべき疾患と思われる。この点も大きな誤解である。

新型インフルエンザは出現すれば、半年以内に25-50%、数年以内には全国民が必ず罹患発病する^(3,4)。その後は、毎年流行するA型インフルエンザとして、香港かぜ、ソ連かぜに代わり、10年から数十年間は流行を繰り返す。新型インフルエンザの罹患を避けることは出来ないので、新型インフルエンザ対策では、感染拡大防止よりも、患者発生に対応した外来と入院治療の確立がはるかに重要となる。

1957年のアジアかぜ出現時、全国の保健所職員と家族9万人を調査したところ、同年5月から7月の第1波で26%、9月から11月の第2波で30%が罹患したことが明らかにされている。アジアかぜの流行が始まってから、わずか半年間に56%が発病したわけである。

小児では約80-90%が罹患した⁽⁵⁾。年齢別の罹患を見ると、1回の流行で、小児の罹患は30-45%と高く、一方、成人の罹患は10-20%程度と低く、それを平均すると、国民の25%が罹患発病となる。

新型インフルエンザが出現すると、外来には多数の発熱患者が来院するが、特に小児患者が激増することは明らかで、新型インフルエンザ流行時の小児科医の役割は大きい。一方、成人では、2ヶ月の間に10-20%罹患するに過ぎない。

新型インフルエンザによる死亡者数

スペインかぜでは世界で4000万人以上が死亡した。もしも、現代にスペインかぜクラスの毒性の強いインフルエンザが出現した場合、世界で6200万人が死亡するという予測が、Lancet誌上に発表されている⁽⁶⁾。論文では、スペインかぜ当時の世界各国の死亡統計をもとに、現在の人口、人口構成、経済状況に当てはめ死亡者数の予測をしているが、6200万人の死亡者のうち、96%は発展途上国で発生するという。日本では死亡者数12万人（4万人-30万人）としている。これはワクチンやノイラミニダーゼ阻害薬を使用しない場合の推定である。

世界各国では、最悪の事態で、1918年のスペインかぜの致死率を基準に対策を立案している。先進諸国では、大体において、罹患発病者の1-2%が死亡するという予測である。日本では、人口の25%、約3200万人が罹患して、その1-2%、32万人から64万人の死亡と予測している。

日本の新型インフルエンザ対策行動計画やガイドラインでは、スペインかぜは2回の流行があったという歴史的事実を忘れている。米国NIHと筆者らとの人口動態統計資料を解析した共同研究では、日本のスペインかぜの死亡者数は、当時の総人口の0.9%、48万2千人である⁽⁷⁾。

新型インフルエンザは2回流行する

20世紀に出現した新型インフルエンザは、

すべて、2回にわたって流行した。筆者は、最初の流行と2回目の流行の間隔が半年以内の場合、第1波、第2波とし、半年から1年近く間隔が空いた場合を、第1流行、第2流行としている。

スペインかぜでは、1918年11月をピークとした第1流行で約30万人が死亡し、1920年の1月をピークとした第2流行で約18万人が死亡した⁽⁷⁾。1957年のアジアかぜでは、5月から7月までの第1波と、9月から11月までの第2波として流行した。香港かぜは、最初に、1968年の6月に日本に出現したが、1968年から1969年にかけては、大きな流行はみられなかった。これは、香港かぜとアジアかぜのノイラミニダーゼがN2と共通していたことが原因と考えられている。しかし、翌年の1969年から1970年のシーズンには、ノイラミニダーゼが抗原変異を起こし大流行となった。

日本の新型インフルエンザ対策行動計画やガイドラインでは、新型インフルエンザは2回にわたり流行したという基本的な歴史的事実が示されていない。結局、ノイラミニダーゼ阻害薬の備蓄も、2回の流行分の備蓄が必要となる。第1流行では、ワクチンは間に合わないで、ノイラミニダーゼ阻害薬が予防と治療に用いられ、第2流行では、予防は主にパンデミックワクチンで、治療がノイラミニダーゼ阻害薬を使用することになる。

新型インフルエンザの死亡は細菌性肺炎が原因

最近、スペインかぜの死亡者は、ほとんどが2次性の細菌性肺炎が原因であったことが明らかにされた⁽⁸⁾。インフルエンザウイルスにより気道が傷害を受け、そこに上気道の肺炎球菌、連鎖球菌等が感染し重症の肺炎を起こし、呼吸不全となり死亡したのである。これは、当時の解剖例の報告と、新たに肺の病理標本を調査したもので、約8500例を検討したところ、96%までが細菌が原因であった。アジアかぜ、香港かぜでも同様な結果が得られている。

したがって、重症の新型インフルエンザ患

者の治療としては、ノイラミニダーゼ阻害薬以上に、抗菌薬投与による細菌性肺炎の治療が重要である。新型インフルエンザの死亡者数は、前もっての肺炎球菌ワクチン接種、早期の入院による抗菌薬投与、レスピレーター等によるIntensive Careにより、大幅に減少すると考えられる。

日本の新型インフルエンザ対策行動計画やガイドラインでは、死亡を防止するために最も重要な細菌性肺炎に対する検討が欠落していることが問題である。一部で報道され、講演されているような、サイトカイン・ストームから多臓器不全となり死亡するのは、新型インフルエンザでは例外的な症例である。

新型インフルエンザ患者は入院できない

新型インフルエンザによる日本の死亡者数は、最悪の場合で、Lancetの論文に示された予測値、12万人（4万人-30万人）が最も信用できると筆者は考えているが⁽⁶⁾、少なめに見て4万人の死亡としても、日本の医療現場は相当な混乱が予測される。新型インフルエンザの死亡4万人は、全員が入院し、抗菌薬、酸素、レスピレーター等の治療を受けた上で、1週から数週間の経過で亡くなることになる。したがって、最低でもこの5倍、20万人の入院が必要となることは間違いない⁽⁴⁾。

ほとんどの重症患者は、2次性の細菌性肺炎を併発すると考えられるので⁽⁸⁾、早期の抗菌薬の投与が必須となる。多くの患者にレスピレーターが必要となると考えられる。現状では、新型インフルエンザに対する誤解から、新型インフルエンザ患者を受け入れる病院・病床が少ないのは前述の通りで、入院できないケースが多発する危険性がある。

日本の新型インフルエンザ対策行動計画やガイドラインでは、医療機関以外において医療を提供する場として、感染拡大の防止や衛生面から、公的研修施設等の宿泊施設が望ましいとしているが、2次性の細菌性肺炎を合併し、Intensive Careの必要な重症患者を、病院以外の施設に収容するということでは、十分な治療が出来ず、日本でもパンデミック

の死亡者は大幅に増加することになる。このような事態になれば、新型インフルエンザの誤解から生じた深刻な人災と言えよう。

医療関係者の感染防止（Infection Control）の問題点

日本の新型インフルエンザ対策行動計画やガイドラインでは、新型インフルエンザ患者を診察する医療関係者には、防護服、ゴーグル、フェイスシールド、N-95マスク、ゴム手袋等の着用を指示している。これは、新型インフルエンザとSARSや鳥H5N1インフルエンザと混同している典型的な現象である。多くの病院が新型インフルエンザ患者の受け入れを辞退し、多くの診療所が新型インフルエンザの流行がおきたら休診するという原因ともなっている。

一方、カナダや米国の新型インフルエンザ対策では、サージカルマスクの着用以外は、特別な感染防止は実施しない。N-95マスクも使用しない。カナダの対策案では、マスクも不必要であり、通常の白衣での診療となる⁽⁹⁾。米国でも、血液や汚物に触れる可能性のある場合や挿管等の処置を除けば、サージカルマスクと通常の白衣となる⁽¹⁰⁾。日本各地で、防護服やゴーグルを着用しての新型インフルエンザの訓練が実施されているが、新型インフルエンザの訓練としては的外れであり、医療機関をはじめ、国民に誤った情報を伝えていることになる。

医師や看護師を新型インフルエンザから守り、医療体制を維持するには、防護服やゴーグルではなく、ノイラミニダーゼ阻害薬の予防内服・吸入が中心となると思われる。

“発熱外来”は意味がない

欧米の新型インフルエンザ対策には“発熱外来”の発想はない。3200万人という莫大なインフルエンザ患者を、“発熱外来”という少数のクリニックで診察するのは、常識で考えても不可能である。欧米に“発熱外来”の発想がないのは、インフルエンザは外来受診までに、家庭、学校、職場、交通機関など周

囲に感染を起こす機会が十分にあり、外来だけ隔離しても感染拡大防止としての意味がないからである。“発熱外来”の発想はSARSとの混同である。SARSでは、発熱後、周囲に感染を開始するまで数日から1週はかかり、発生患者数も格段に少ないからである。“発熱外来”は、新型インフルエンザでは、誤った感染拡大防止策であり、これも、多くの病院、診療所が新型インフルエンザ患者の受け入れを避ける理由となっている。

新型インフルエンザ用ワクチンの問題

日本では新型インフルエンザ用ワクチンは、全粒子ワクチンである。ところが、全粒子ワクチンは欧米では12歳以下の小児には発熱等の全身症状が強く出るので禁忌となっている⁽¹¹⁾。米国での治験で、全粒子ワクチンは成人の半量でも、小児では発熱が多発したことが報告されている⁽¹²⁾⁽¹³⁾。日本の新型インフルエンザ用ワクチンは、全粒子ワクチンなので小児での使用はできない可能性が高い。

欧米の新型インフルエンザ用ワクチンは、アジュバントの違いが原因であるが、日本の新型インフルエンザ用ワクチンに較べて、例えば、グラクソスミスクライン社（GSK）のワクチンは少なくとも4倍以上、免疫原性が高い⁽¹⁴⁾⁽¹⁵⁾。単純に計算すると、同じワクチン原液で4倍のワクチンを製造することが出来る。2000万人分のウイルス抗原の備蓄があれば、8000万人の接種が可能である。緊急に大量のワクチンを製造するためには圧倒的に有利である。これは、antigen-sparing effectといわれ、新型インフルエンザ用ワクチンの重要な条件となる。

最近、日本の代表的なワクチンメーカーである化血研とGSKが提携して、パンデミックワクチンの開発を目指すことが決定した。このため、欧米の最新のアジュバントも国内で使用する道が開けたので、日本でも、高性能のスプリットワクチンの製造が可能となった。

Non Pharmaceutical Intervention (NPI) について

隔離、集会の中止、休校等により、新型インフルエンザの流行のインパクトを、一時的に和らげることは可能と考えられる。しかし、隔離や休校は、新型インフルエンザの重症度に応じて実施しないと、新型インフルエンザ流行以上に、社会経済の混乱を引き起こす危険性が高い。例えば、休校は感染拡大防止に有効と思われるが、柔軟に実施しないと、それが原因となって看護や介護部門の労働力が30%も低下するといわれている。

“恐怖のH5N1”、“殺人ウイルスH5N1”というイメージから、地方自治体によっては、極端な対策が机上で計画されることに懸念がある。日本の新型インフルエンザ対策行動計画やガイドラインで提唱するNPIの有効性は確立したことはない。机上のシミュレーションの結果で決定すべきことではなく、科学的な検証と国民の合意に基づいた常識的な判断が求められる。

おわりに

新型インフルエンザ対策では、診療体制の確立が最優先の課題となるが、日本では大幅に遅れている。すべての病院、診療所の医師、看護師等、医療関係者が、積極的に新型インフルエンザの診療にあたる必要がある。そのためには、本稿で述べたような新型インフルエンザに対する様々な誤解を正すことが必要である。実際の第一歩は、防護服、ゴーグル等の過剰な感染防止策の中止と、発熱外来の廃止と思われる。仙台市の医師会は、全国に先立って、すべての診療所の外来診療が発熱外来の機能を担うことを決定した(毎日新聞、平成21年2月20日)。これは事実上、発熱外来の廃止であるが、横浜市医師会も仙台市に続くことが望まれる。

参考文献

1. Koopmans M, Wilbrink B, Conyn M, Natrop G, van der Nat H, Vennema H, et al. Transmission of H7N7 avian influenza A virus to human beings during a large outbreak in commercial poultry farms in the Netherlands. *Lancet*. 2004;363 (9409) :587-93.
2. ジーナ・コラータ. インフルエンザウイルスを追う. 東京: Newton Press; 2000.
3. 菅谷憲夫. 新型インフルエンザ対策, ワクチンの問題点. *日本医事新報*. 2008;4390:81-4.
4. 菅谷憲夫. 新型インフルエンザの誤解と対策の問題点. *日本医事新報*. 2008;4409:73-7.
5. 福見秀雄, 後藤敏夫, 平山雄, 草野信男. アジアかぜ流行史 東京: 日本公衆衛生協会; 1960.
6. Murray CJ, Lopez AD, Chin B, Feehan D, Hill KH. Estimation of potential global pandemic influenza mortality on the basis of vital registry data from the 1918-20 pandemic: a quantitative analysis. *Lancet*. 2006;368 (9554) :2211-8.
7. Richard SA, Sugaya N, Simonsen L, Miller MA, Viboud C. A comparative study of the 1918-1920 influenza pandemic in Japan, USA and UK: mortality impact and implications for pandemic planning. *Epidemiol Infect*. 2009 Feb 12;111.
8. Morens DM, Taubenberger JK, Fauci AS. Predominant role of bacterial pneumonia as a cause of death in pandemic influenza: implications for pandemic influenza preparedness. *J Infect Dis*. 2008;198 (7) :962-70.
9. Available from: <http://www.phac-aspc.gc.ca/cpip-pclpci/ann-f-eng.php>
10. Available from: <http://www.hhs.gov/pandemicflu/plan/sup4.html#s4-IV>
11. Prevention and Control of Influenza: Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) . *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 1998;47 (PR6) :1-26.
12. Wright PF, Thompson J, Vaughn WK, Folland DS, Sell SH, Karzon DT. Trials of influenza A/New Jersey/76 virus vaccine in normal children: an overview of age-related antigenicity and reactogenicity. *J Infect Dis*. 1977;136 Suppl:S731-41.
13. Welty PB, Jr., Epstein B, O'Brien J, Brackett RG, Brandon FB, Shillis JL. Reactions and serologic responses after administration of inactivated monovalent influenza A/swine virus vaccines. I. Immunization of children and adults with influenza A/Shope virus vaccines. *J Infect Dis*. 1977;136 Suppl:S604-8.
14. Baras B, Stittelaar KJ, Simon JH, Thoolen RJ, Mossman SP, Pistor FH, et al. Cross-Protection against Lethal H5N1 Challenge in Ferrets with an Adjuvanted Pandemic Influenza Vaccine. *PLoS ONE*. 2008;3 (1) :e1401.
15. Leroux-Roels I, Bernhard R, Gerard P, Drame M, Hanon E, Leroux-Roels G. Broad Clade 2 Cross-Reactive Immunity Induced by an Adjuvanted Clade 1 rH5N1 Pandemic Influenza Vaccine. *PLoS ONE*. 2008;3 (2) :e1665.

新型インフルエンザ対策について

横浜市保健所長

大 浜 悦 子

新型インフルエンザは、これまで人が感染したことの無い新しいタイプのインフルエンザであり、誰も免疫を持っていないため、多くの人が感染し大流行する可能性があります。

横浜市では、新型インフルエンザを単なる感染症としてではなく、大きな災害ととらえ、市をあげて取り組むこととしています。平成17年12月に「横浜市新型インフルエンザ対策行動計画」を策定、昨年12月に改訂し、発生段階ごとの対策を定めています。昨年5月には、副市長を議長とする横浜市新型インフルエンザ対策推進会議を立ち上げ、全市的に対応を勧めております。

2月に改定された国の新型インフルエンザ対策行動計画では、目的として、感染拡大を可能な限り抑制し健康被害を最小限にとどめることと、社会・経済を破綻にいたさせないことが掲げられています。特に医療サービスは、その性質上、最も破綻しやすいと考えられるため、事前の準備や体制整備が重要です。

国は、行動計画と同時に10のガイドラインを策定し、実施方法や役割分担を具体的に示しています。その中から、医療体制に関するガイドラインを中心に説明するとともに、横浜市の取組について紹介したいと思います。

新型インフルエンザといえども、予防法は通常のインフルエンザと同様です。手洗い、うがい、咳エチケットの徹底、十分に休養をとり体力や抵抗力を高めておく等の注意を、各自に習慣づけてもらうことが大切です。また、外出を控えてもらい皆が出歩かないことで、患者の急激な増加が抑えられ、医療現場

の混乱を始めとした社会への影響を減らすことが出来ます。横浜市でも、市民啓発には力を入れており、イベントや講演会などの機会や小中学校で、チラシを配布しています。医師会加入医療機関にもご協力いただきました。

医療体制に関するガイドラインでは、第一段階である海外発生期に発熱相談センターを、第二段階である国内発生早期に発熱外来を整備することとなっています。発生患者の接触歴が疫学調査で追えなくなった第三段階は、感染拡大期、まん延期、回復期に分けられますが、入院措置による感染拡大防止効果が十分に得られなくなった状態（国と協議の上で都道府県が判断する）であるまん延期以降は、医療対応が大きく変わります。国内発生早期～感染拡大期は、まだ患者が少なく、発熱外来で新型インフルエンザ患者とそれ以外の振り分けを行い、感染が疑われる人を感染症指定医療機関等に搬送します。まん延期～は、入院は重症者のみとなります。原則として全ての医療機関において診療が行われる可能性があり、軽症者や不安から受診した人については、FAX処方などを利用して自宅療養を勧めます。

横浜市では、海外発生期に、市民からの電話相談窓口である発熱相談センターを設置し、一般医療機関に患者が相談や受診をしないようにします。国内発生時には、市内の地域中核病院等9か所に発熱外来を設置しますが、ピーク時には1日13115人が発熱外来を受診すると想定されるため、増設に向け、横浜市医師会、病院協会、薬剤師会、神奈川県看護協会等に説明と協力依頼を行っています。今後は、医療スタッフの感染対策の充実、医療機関のマニュアルの検討とともに、市内の病院、関係団体等と協力して横浜市としての医療体制を作って行きたいと考えております。

研修会抄録

平成20年5月20日（火）

「今、麻疹対策をどうするか？～今年の流行から学ぶこと～」

国立感染症研究所感染症情報センター

多屋馨子

平成20年度横浜市小児科医会総会・研修会は、2008年5月20日19時30分から横浜市健康福祉総合センター4Fホールで開催された。

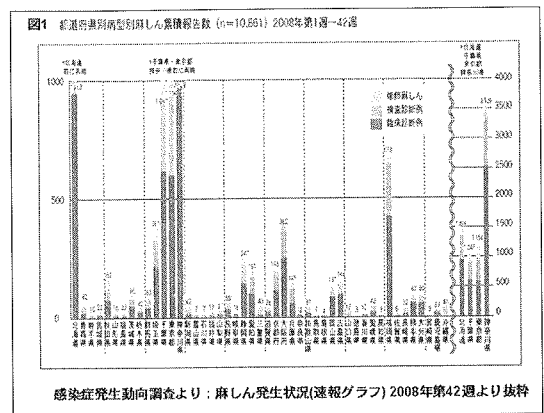
2006年春に茨城県南部、千葉県で始まった麻疹の地域流行は、2007年には埼玉県、東京都へと拡大し、その後は南関東全域の流行に発展し、5月中旬以降は全国流行となった。患者の多くが10～20代の若者であり、多くの大学や高等学校が麻疹で休校した。患者の予防接種歴をみると、受けていない者が約半数、残りは接種歴不明か1回接種者であった。予防接種を受けても1回のみの場合、免疫が獲得されない者（primary vaccine failure）が5%未満存在する。また、接種後年数の経過により免疫が減衰してきて発症する者（secondary vaccine failure）が存在する。

これらのことをうけ、2007年12月28日に「麻疹に関する特定感染症予防指針」が厚生労働大臣により告示された。2012年度までに麻疹を排除し、その状態を維持することが目標とされ、世界に向けても宣言された。

予防接種歴を含めた全数サーベイランスを行うことにより、より正確に麻疹の国内発生状況を把握し、その結果を対策に結びつけることを目的として、2008年1月1日から麻疹は風疹とともに全数把握疾患となった。

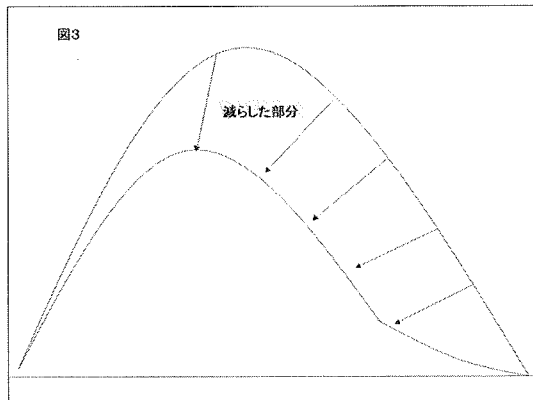
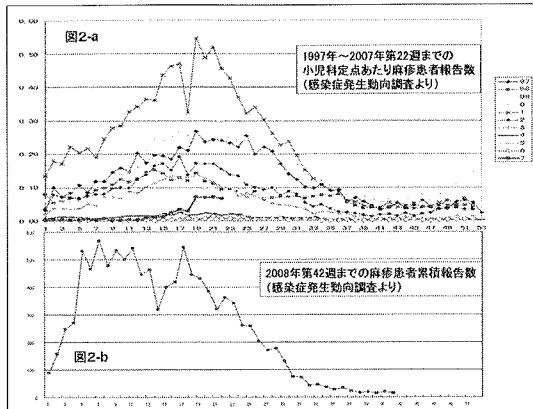
研修会開催当時の麻疹の発生状況を見ると、5月18日（第20週）までに全国から8,210人が報告されていた。10月22日現在、患者報告数は10,861人に増加している。2008年は神奈川県からの報告が全国で最も多く（10,861人中3,529人）（図1）、その中でも横浜市は

人口も多く、流行規模は大きかったと言える。



しかしここで、今年の麻疹の流行パターンをよく見てみたい。図2-aに示したように、これまでの麻疹の流行のピークは概ね第20～21週（5月中旬～下旬）頃であった。しかし、今年の患者報告数のグラフ（図2-b）はこれまでの10年間で全く異なる傾向を示している。これはすなわち、横浜市や、神奈川県、秋田県をはじめとして、年の初めに患者が多く発生した自治体が、麻疹対策に積極的に取り組んだことにより、本来ならば発生するはずであった5月中旬～下旬をピークとする麻疹の流行を抑制したのではないかと著者は考えている。すなわち図3に示すように、対策の成果が過去10年間変わらなかった流行の傾向を変更させたのではないかと考える。患者数が多かった地域では、関係者が対策に奔走し、時には疲弊している場合もあるであろう。しかし、その成果は患者数に現れていると考える。感染症対策は取れば取るほど患者数が

少なくなるため、その成果がみえにくくなる。しかし、サーベイランスの結果をよく見ることで、対策が多くの人を麻疹から救ったことが浮き彫りになるのではないだろうか。患者数が多かったことでつらい思いをされた関係者が多いのではないだろうか。しかし、そうではない。対策は功を奏していたのである。

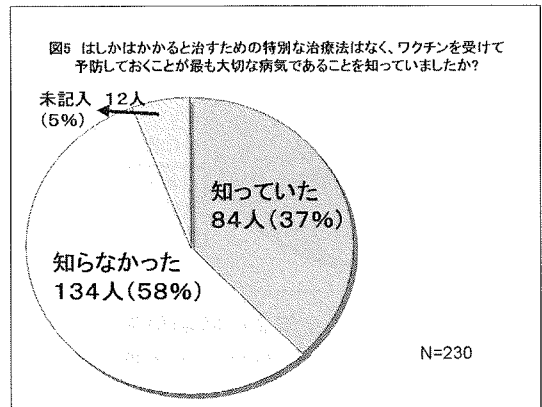
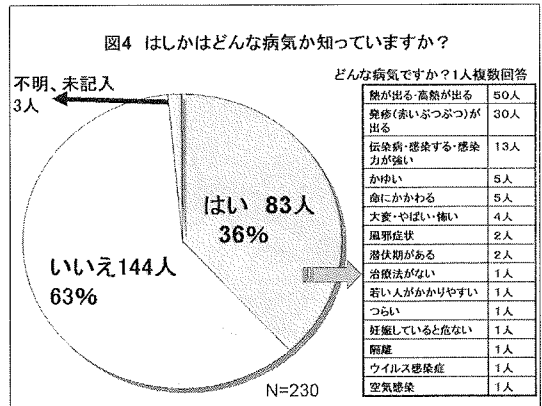


研修会で話したが、麻疹は重症の感染症である。発症すると約30%で何らかの合併症を併発し、発症後1か月程度は免疫機能が低下している。特に0.1%の頻度で発生するとされる麻疹脳炎は重篤で、致死率約15%、命をとりとめても約20～40%に重度の後遺症を残すとされる。2008年1月から研修会当日までに5人の麻疹脳炎が報告されていた。その後も3人の報告があり10月時点で、10～40代の8人の麻疹脳炎を発症したと報告されている。2007年は10～20代で9人の麻疹脳炎患者が報告されており、この1年半の間に17人の麻疹脳炎患者が報告されていることになる。

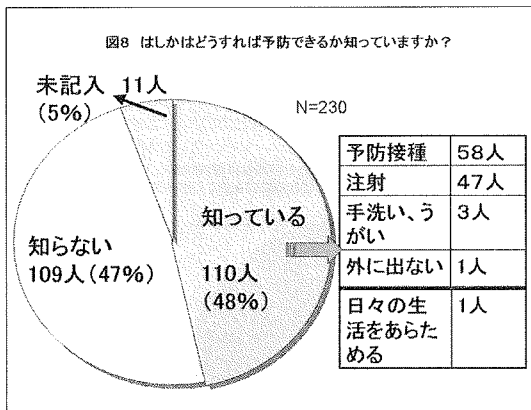
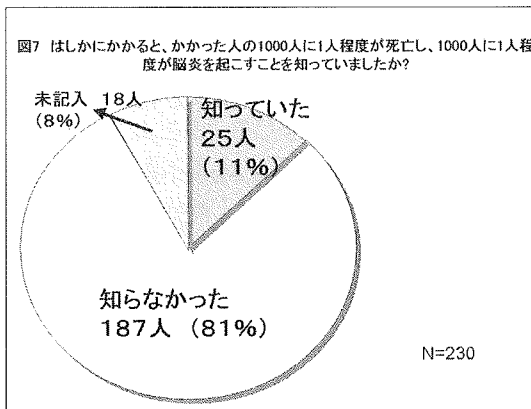
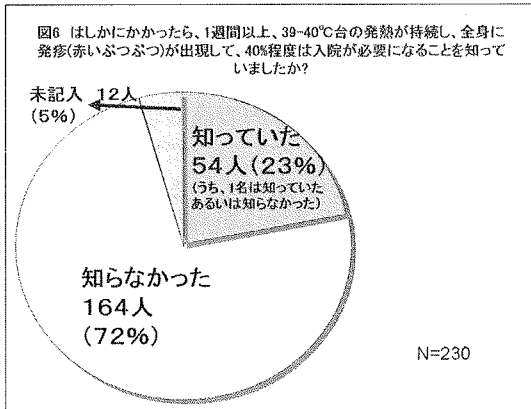
その中には、後遺症を残した症例も報告されている。

また、妊娠中に麻疹を発症すると、流産、早産になる場合があり、我々も2007年の流行時に妊婦の麻疹と新生児麻疹の症例の相談を受けた。

しかし、今の10～20代の若者の麻疹に対する意識は低い。横浜市教育委員会のご協力により、2008年7月に市内の高等学校で麻疹に関する意識調査をさせていただいたが、はしかがどんな病気かを知っていると答えた高校生は36%であった(図4)。また、発症すると治療方法がなく、ワクチンによる予防が最も重要であることを知っていたのは37%であった(図5)。はしかにかかったら、1週間以上、39～40℃台の発熱が持続し、全身に発疹が出現して、40%程度は入院が必要になることを知っていたのは、23%に過ぎず(図6)、かかった人の1000人に1人程度が死亡し、1000人に1人程度が脳炎を起こすことを知っ

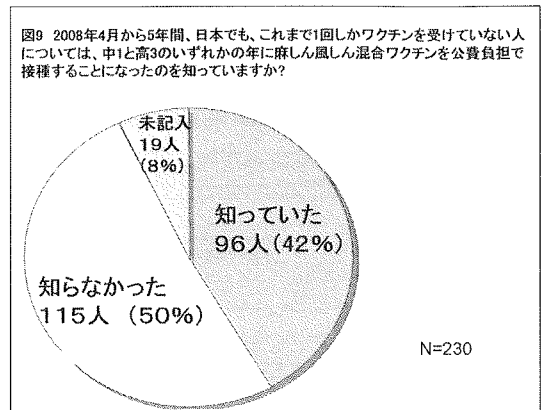


ていたのは、わずか11%であった(図7)。さらに、はしかの予防方法を知っていると回答した者は48%であったが、手洗いやうがい、日々の生活をあらためることで予防できると考えていた生徒もいた(図8)。



2008年4月から5年間の時限措置ではあるが、13歳(第3期)と18歳(第4期)になる年度の1年間に麻疹風疹の2回目の予防接種

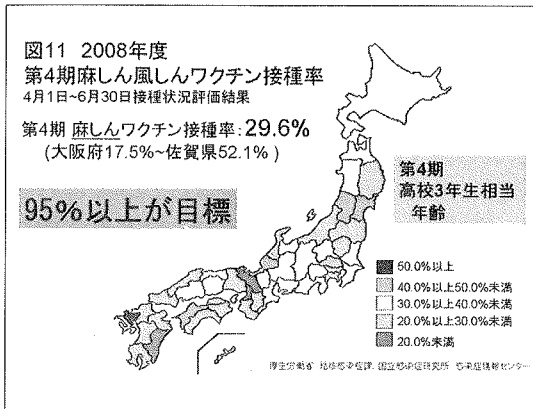
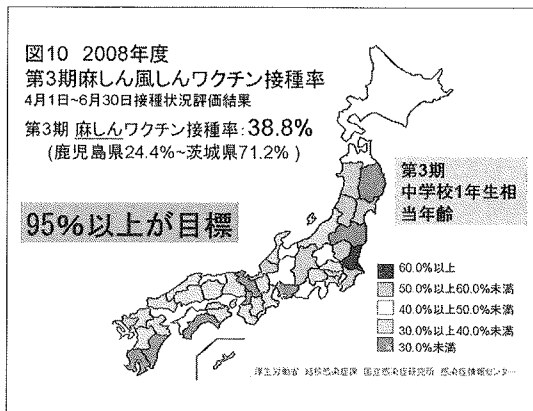
が定期接種となった。全額公費負担(接種者にとっては無料)で受けられる市町村がほとんどである。この時期を過ぎてても受けられるが、その場合は費用を自分で負担しなければならないことを知らない人も多い。初年度であるため、情報の伝達が難しいことを痛感しているが、7月時点でこのことを知っていたのは、42%であった(図9)。



2008年6月末時点の第3期、第4期の接種率はそれぞれ38.8%、29.6%と低く(図10、図11)、目標の95%以上にはまだ遠い。95%以上の接種率が達成されなければ麻疹の排除は困難であると言われており、2009年3月31日までに対象者は忘れないで受けてほしい。

2008年1月には、センター試験受験中に麻疹を発症していた生徒がいて、その後の対策に関する相談を受けたが、周りの生徒への感染拡大はもとより、発症した生徒は、大学入学に向けて一生懸命に努力してきたのに、麻疹発症中となると高熱やカタル症状が出ていたであろうし、努力のすべてを発揮することができたのだろうか心配になるのである。

学校での麻疹対策は、「学校における麻疹対策ガイドライン：国立感染症研究所感染症情報センター作成、文部科学省・厚生労働省監修」が文部科学省から全国の学校に配布されたことにより、注目度は高くなっており、昨年と比較すると格段に進んでいることを感じるが、更なる普及と平常時の徹底した対策を期待したい。学校における教育啓発が望まれるとともに、高校生も麻疹の怖さをもっと

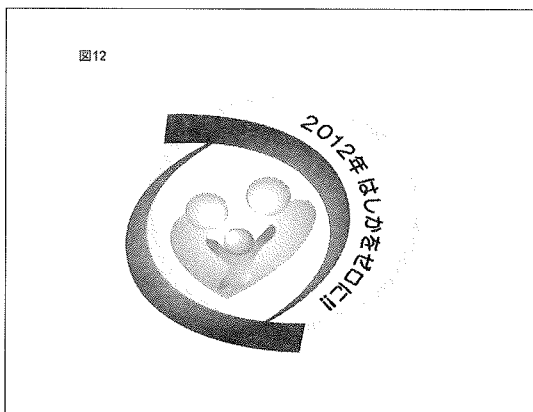


伝える必要があると考えているものが多かった。麻疹についての正しい情報を伝えるためには、学校の果たす役割が大きいと考えられる。麻疹教育啓発ビデオを作成し文部科学省から全国の中学と高等学校に配布してもらっているが、その存在はあまり知られていない。先日、ある医師会の先生から、管内の学校に上記ビデオを配布したいのご相談があった。既に2008年春に、文部科学省から、全国の中学と高等学校に「学校における麻疹対策ガイドライン」とともに配布してもらっていることを伝えると、校医でこのことを知っている者は誰もいないとのことであった。もし、ご存じではない校医の先生がいらっしゃったら、是非、お伝えいただき、麻疹排除に向けた取り組みに使っていただけたら、作成者一同望外の喜びである。

麻疹で苦しむ人が一人でも少なくなっただけで欲しい。微力ながら、その思いで奔走している。そして、妊娠中や免疫抑制剤を服用している

人、免疫機能が低下している人は、たとえ麻疹に対する免疫を持っていなくても、予防接種を受けることができないことを忘れないで欲しい。予防接種を受けられる人が予防接種を受けて麻疹に罹らなければ、間接的に受けたくても受けられない人を麻疹から守ってあげられることも伝えたい。自分を守るため、そして周りにいる人を一緒に守るためにも、是非、麻疹・風疹ワクチンを受けてほしい。

横浜市小児科医会の先生方はもとより、横浜市健康福祉局の関係者の皆様が麻疹対策に取り組んで来られた成果が如実に今年の流行曲線に反映されていると考えています。どうかこれからも「1名でたらずぐ対応!」、「麻疹風疹ワクチンの接種率95%以上」を目指して、「2012年にはしかをゼロに!」(図12)を合言葉に先生方と共に頑張れたらと思っています。これからも引きつづきどうかよろしくお願ひ申し上げます。最後になりましたが、高校生の調査にご協力いただきました横浜市健康教育課ならびに学校の関係者の皆様に心から御礼申し上げます。



医会通信

横浜市小児科医会会長 野 崎 正 之

先日、山手警察署からハガキが届きました。なにかと思ったら、3～4月中に運転免許証の更新の時期になるが、更新までに高齢者講習を済ませておくようにという案内状でした。まだ後期高齢者になるには若干の余裕があると思っていたけれど、改めて指折り数えれば、4月に入れば2年間は残っていないことに気づきました。これでは会長の任期途中で定年（75歳）を迎えてしまい、任を全うす

ることが出来ません。任期途中で改めて会長指名する羽目になります。この際、後任者に席を譲るべきだと思い、思案の結果、現副会長の藤原先生が最も適任と考え、後継をお願いしたところ、諸事多忙にも関わらず快く、推薦をお受けして戴きました。

水野先生の任期半ばで会長職を引き継ぎ、たいしたこともせず職を辞するのは甚だ遺憾ではありますが、なにとぞご容赦賜りますようお願いいたします。会員諸氏のご後援、とりわけ幹事諸氏のお力添えをありがたく思い出して居ります（平身低頭、深謝、深謝。）

末筆ながら、藤原先生の下にさらに結束を固め、厳しい時代に対処するよう、会員の皆様の一層のご協力をお願い申し上げます。

(2009/3/17記)



区会だより

青葉区小児科医会

昨年7月に前任の藤井孝先生より会長を引き継ぎました。微力ながら小児科医会のお手伝いが出来ればと思っております。

青葉区小児科医会の活動は基本的に①区の保健センターにおける乳幼児健診、0歳児育児教室の出動、②区内の感染症サーベイランスの実施、③学術講演会の実施の3つであります。

①保健センターにおける乳幼児健診、0歳児育児教室はどちらも平日の昼間にあるため、会員の先生たちの診療時間を削って協力してもらっています。会員の先生には予め協力可能な日を提出してもらい調整しますが、全てを決めるには大変な苦労があることを会長になり初めて知りました。

②当区内の感染症サーベイランス事業は本年度よりFAXは無くなりインターネットのみの報告となりました。

③学術講演会は以下の7回行いました。

・平成20年6月18日

「外来で始められる小児科領域での漢方治療」

慶応義塾大学医学部漢方医学センター
西村 甲先生

・平成20年7月12日

「昭和大学藤が丘病院症例検討会」

発熱、顔色不良を主訴に来院した乳児の2例

塚田 大樹先生

ロタウイルス脳症の1例

布山 正貴先生

当院における耐性菌動向

保崎 一郎先生

・平成20年7月23日

「小児科と耳鼻科の境界領域市中感染症」

横浜南共済病院小児科

成相 昭吉先生

・平成20年11月5日

「青葉区内の児童虐待の報告による実際の対処について」

横浜北部児童相談所 相談調整係長

山田 公久氏

・平成21年1月15日

「こどものアトピー性皮膚炎のスキンケア」

りかこ皮膚科クリニック院長

佐々木りか子先生

・平成21年1月28日

「鳥インフルエンザと新型コロナウイルスについて」

北海道大学大学院獣医学研究科疾病制御学講座 教授 喜田 宏先生

・平成21年3月11日

「昭和大学藤が丘病院症例検討会」

最近経験したEBV感染症（含む蚊アレルギー）

予防接種後の血小板減少性紫斑病

平成20年度紹介および輪番患者の集計結果報告

保崎 一郎先生

（文責 井上 浩一）

都筑区小児科医会

昭和大学北部病院こどもセンターとの連携勉強会は年4回を予定しており、今期は3回開催されました。

・第13回 平成20年10月10日

特別講演「小児GERDの診断・治療について」

昭和大学横浜市北部病院

こどもセンター小児外科 大橋祐介先生

症例検討「先天性喘鳴の1例」「GERDの原因と考えられた肺炎の1例」

・第14回 平成20年12月12日

特別講演「乳児早期消化管型牛乳アレルギーについて」

静岡県立こども病院

感染免疫アレルギー科 木村光明先生

症例検討「新生児早期に発症したミルクア

レルギーの1例」

「著明な代謝性アシドーシスをきたした新生児ミルクアレルギーの1例」

・第15回 平成21年2月27日

特別講演「自己炎症疾患という疾患概念について」

信州大学医学部 小児科講座

准教授 上松一永先生

症例検討 「最近経験したPFAPAの2例」

「家族性地中海熱と考えられた1例」

「CINCA症候群の1例」

なお、昭和大学北部病院の梅田先生が教授に就任されたので、そのお祝いもかねて、11月に小児科医会と北部病院小児科の先生方との意見交換・親睦会を開催しました。

(文責 殿内 力)

東部小児科医会

平成20年10月以後の当会の主な活動を報告します。

*第57回東部小児科医会講演会

日時：12月11日19時30分より

会場：済生会横浜市東部病院多目的ホール

演題：「小児肥満・高脂血症の診断治療の実際～小児メタボリック症候群について」

講師：東京女子医大東医療センター小児科教授 杉原 茂孝先生

肥満外来の様子やご家族のインタビューなどで構成されたビデオ供覧の後、小児肥満の概念・判定方法、肥満と糖尿病・睡眠・動脈硬化などとの関係、メタボリック症候群の予防・治療について、肥満外来での治療・指導方針について、など幅広い内容を判りやすく講演されました。一般診療の場で対応することが多くなってきている問題でもあり、診療に直ぐに役立つ事柄が沢山聴けました。

*第58回東部小児科医会

日時：3月5日19時30分より

会場：横浜労災病院A V会議室

内容：

I) 横浜労災病院救急センター・小児科入院・外来患者統計報告

II) 症例報告

①産科退院後の新生児の血便。1週間後に再診としたら――

②川崎病に腸重積が――

③細菌性髄膜炎

・ワクチンが認可されても――

・熱性痙攣を帰そうと思ったら――

④細菌性髄膜炎を退院させようと思ったら――

⑤頭部CT正常の意識障害をみたら――

III) 講演：友野 順章先生

「皆でやっつけようインフルエンザ！」

この会は横浜労災病院の症例について、城部長の司会の下、担当された先生方が話されました。身近な症例での盲点や忘れてはいけないことなどを再認識でき大変勉強になりました。また日頃文書でのお付き合いが多い先生方とも直接お話ができて、その点でも有意義でした。最後に今年度で労災病院を退職される友野先生がインフルエンザについて話されました。

この会に先立ち平成20年度総会を開催しました。会長は古谷がもう1期留任、山下誠夫副会長、幹事(郡建男、城裕之、中野康伸、斎藤富美子、安倍隆、月本一郎、藤澤知雄、原美鈴、川端清、岡本則彦の先生方)も留任、さらに澤文博先生に幹事に加わっていただくことになりました。その他、会計報告があり、今後の運営についても話し合いました。

今回の講演会は6月を予定しています。

(文責 古谷 正伸)

金沢区小児科医会

平成20年度は、合計3回の学術講演会を開催し、各回とも盛会のうちに終了しました。

◆第4回金沢区小児科医会学術講演会

日時：平成20年7月24日（木）午後7時
会場：横浜テクノタワーホテルファミール

【一般演題①】

演題「小児急性中耳炎診療ガイドラインを参考にした当科における乳幼児急性中耳炎への対応の試み」

講師：横浜南共済病院小児科
成相 昭吉先生

【一般演題②】

演題「当科における急性副鼻腔炎入院例のまとめ」

講師：済生会横浜市南部病院小児科
渡辺 好宏先生

【特別講演】

演題「子どもの耳と鼻—診かたと治療のポイント—」

講師：千葉県立衛生短期大学栄養学科
教授 工藤 典代先生

◆第5回金沢区小児科医会学術講演会

日時：平成20年10月29日（水）午後7時
会場：横浜テクノタワーホテルファミール

【一般演題】

演題「2歳未満RS ウイルス細気管支炎症例における急性期終了後の遷延性咳嗽およびRADの出現に関する検討」

講師：横浜南共済病院小児科
成相 昭吉先生

【特別講演】

演題「乳児喘息と呼吸器感染症—RSウイルスと百日咳を中心に—」

講師：国立病院機構福岡病院
小児科部長 岡田 賢司先生

◆第6回金沢区小児科医会学術講演会

日時：平成21年3月11日（水）午後7時
会場：横浜テクノタワーホテルファミール

【一般演題】

演題「学童における肺機能検査の意義」

講師：横浜市大小児科
只木 弘美先生

【特別講演】

演題「最新の喘息治療と小児のガイドライン2008」

講師：群馬大学大学院小児科学分野
准教授 望月 博之先生

平成21年度も学術担当が中心になって、年3回の学術講演会を企画しております。

なお、平成21年3月11日に金沢区小児科医会総会が同時開催され、平成20年度の報告と平成21年度の事業計画の発表および世話人会人事の承認が行われました。

(文責 青木 浩之)

南部小児科医会

平成20年度下半期の事業内容をご報告いたします。

●第10回横浜市大センター病院小児疾患研究会に参加

平成20年9月25日（木）

於 横浜市立大学付属市民総合医療センター
— 6階会議室

●拡大幹事会

平成20年11月5日（水）於 関内 秀友

●定例研修会(当番幹事 汐見台病院小児科)

平成20年11月12日（水）

於 磯子公会堂集会室

① 報告

「インフルエンザのアンケート調査2008年
去年のワクチンほどのくらく効いたか」
もり小児科 森 哲夫 先生

② 講演

講師：横浜市立大学付属市民総合医療センター
小児総合医療センター准教授
森 雅亮 先生

演題：「インフルエンザ随伴症状の臨床的
解析 異常行動も含めて」

●新年研修会、懇親会

平成21年2月7日(土)

於 ホテルキャメロットジャパン

共催：金沢区小児科医会，小野薬品工業株式会社

講演会

講師：相原 雄幸 先生(市大市民総合医療センター，小児総合医療センター部長，准教授)

演題：「小児気管支喘息治療・管理ガイドライン2008の解説」

●第11回横浜市大センター病院小児疾患研究会に参加

平成21年3月12日(木)

於：横浜市立大学付属市民総合医療センター 6階会議室

(文責 森 哲夫)

南西部小児科医会

南西部小児科医会学術講演会

1.

日時：平成21年1月29日(木) 19:00～

場所：キャメロットジャパン4階
フロンティア

座長 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 先生

第一部 講演

講演Ⅰ：「横浜市小児救急拠点病院構想の現状」

独立行政法人国立病院機構
横浜医療センター小児科部長
鏑木 陽一 先生

講演Ⅱ：「横浜医療センター小児科における小児気管支喘息治療の現状と連携において当科でできること」

独立行政法人国立病院機構
横浜医療センター小児科医長
菅井 和子 先生

講演Ⅲ：「小児気管支喘息治療における開業医の守備範囲と連携の在り方」

ふくだ小児クリニック院長
福田 豊 先生

第二部 パネルディスカッション

「小児気管支喘息治療における病診連携
～開業医で出来る事，病院で出来る事～」
あいかわこどもクリニック

相川 博之先生
横浜医療センター 鏑木 陽一先生
横浜医療センター 菅井 和子先生
ふくだ小児クリニック 福田 豊先生
Yこどもクリニック 山崎扶佐江先生

2.

日時：平成21年2月14日(土) 18:00～

場所：横浜エクセルホテル東急 2F

【一般講演】

座長：小泉小児クリニック院長
小泉友喜彦 先生
「JPACを利用した小児喘息実態調査
結果報告」
渡辺こどもクリニック院長
渡辺 豊彦 先生

【特別講演】

座長：横浜医療センター小児科部長
鏑木 陽一 先生
「小児アレルギーの診療 up to date
～小児気管支喘息治療・管理ガイド
ライン2008を含めて～」
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 先生

3.

日時：平成21年3月26日(木) 19:30～

場所：ホテルモントレ横浜 2階

座長：渡辺こどもクリニック
渡辺 豊彦 先生
演題：「ここまで変わった小児喘息の治療戦
略～乳幼児喘息も含めて～」
演者：中野こどもクリニック
中野 康伸 先生

第22回戸塚区小児疾患研究会

日時：平成20年11月26日(水) 19:30～

会場：横浜西部総合保健センター3階
学校保健室

第23回戸塚区小児疾患研究会

日時：平成21年3月17日（火） 19：30～

会場：横浜西部総合保健センター 3階
学校保健室

（文責 嶽間沢 昌和）

西部小児科医会

平成20年9月18日（木）ホテルキャメロット
トジャパンにおいて、東部との合同小児科医
会を西部の担当で開催しました。以下、講演
抄録を記載します。

（文責 大西 三郎）

【講演抄録】

横浜市東部西部合同小児科医会 講演抄録
「Vaccine Preventable Disease としての肺炎
球菌及びインフルエンザ菌感染症を考える—
結合型肺炎球菌ワクチン、Hib ワクチン導入
で期待される効果—」

独立行政法人国立病院機構東京医療センター
統括診療部長 岩田 敏

肺炎球菌は敗血症、化膿性髄膜炎、肺炎、
中耳炎の主要な原因菌であり、小児、成人の
いずれの領域においても重要な細菌である。
一方インフルエンザ菌は、小児期の敗血症、
化膿性髄膜炎、肺炎、中耳炎の主要な原因菌
であり、特に莢膜株のb型菌（*Haemophilus*
influenzae type b ; Hib）は敗血症、化膿性
髄膜炎をはじめとする侵襲性感染症を起こす
ことで知られている。肺炎球菌及びインフル
エンザ菌のいずれにおいても、近年ペニシリン
結合蛋白の異変によりβ-ラクタム系薬へ
の親和性が低下した耐性株が増加し、臨床上
大きな問題となっているが、そうした背景を
踏まえ、我が国においてもこれらの細菌が原
因となる敗血症や髄膜炎などの侵襲性感染
症をワクチンにより予防する重要性は極め
て高くなっている。欧米及びアジア諸国では、
小児に対して有効な結合型肺炎球菌ワクチン
及び Hib ワクチンの導入が既に開始されてお

り、その効果から、肺炎球菌感染症と Hib 感
染症は“Vaccine Preventable Disease”と
捉えられるようになっている。本邦におい
ても結合型肺炎球菌ワクチンについては承認申
請中、Hib ワクチンについては2007年1月に
承認された。

従来から重症の肺炎球菌感染症の予防に
は、脾臓摘出後の症例や、難治性のネフロー
ゼ症候群等のリスクの高い症例、高齢者の肺
炎予防に対して、23価ポリサッカライドワク
チンの接種が行われてきたが、肺炎球菌によ
る重症感染症の多い2歳未満の乳幼児に対す
る有効性が期待できないため、小児ではその
使用は限られていた。最近、莢膜由来
saccharide にキャリア蛋白を結合させ、免
疫原性を高めた結合型ワクチンが開発され、
欧米及びアジア諸国では7価（莢膜血清型 4,
6B, 9V, 14, 18C, 19F, 23F を含有）のワ
クチンが既に導入されている。2000年に定期
接種が始まったアメリカでは、5歳未満の小
児のワクチンに含まれる血清型による侵襲性
肺炎球菌感染症がワクチン接種開始前の
80/100,000 人から接種開始後4年目の2003
年には4.6/100,000 人と94%減少し、明ら
かな有効性が証明されている。我が国におけ
るサーベイランスで得られた肺炎球菌の血清
型解析成績によれば、血清型の疫学データは
欧米諸国とあまり大きな差はないと考えられ
るので、我が国に導入され、高い接種率が得
られれば、米国の成績と同様の効果が期待でき
ると考えられる。

一方、Hib ワクチンはポリリボシルリプ
トールリン酸（PRP）にキャリア蛋白を結合
させた結合型ワクチンであり、米国では1987
年に認可され、1990年から生後2ヶ月以上の
乳児を対象に接種が開始された。その後の米
国におけるサーベイランスの結果、ワクチン
導入により5歳未満における侵襲性インフル
エンザ菌感染症の罹患率は、ワクチン接種
開始前である1987年の34/100,000 人から、
接種開始後の1995年には0.4/100,000 人と
99%減少しており、明らかな有効性が証明
されている。Hib ワクチンは、世界の多くの
国々で承

認され、定期接種プログラムに組み込まれており、WHO もその有効性と安全性を評価して、1998年に、すべての国に対して、このワクチンを定期接種プログラムに組み入れることを推奨している。当然のことながら、Hibワクチンを開始した諸国では髄膜炎などの侵襲性インフルエンザ菌感染症の罹患率は低下している。今後Hibワクチンが導入され、高い接種率が得られれば、導入済みの他の国々の成績と同様の効果が期待できるはずである。Hibワクチンが我が国に導入され欧米並の接種率が得られた場合の、Hib 髄膜炎の疾病負担に対するHibワクチンの費用対効果は、神谷らが行ったシミュレーションによれば、年間約82億円と試算されている。



— 庶務報告 —

1. 研修会

H20. 10. 15 (水)
於 ブリーズベイホテル 出席者28名
演題：「子供とメディア」
講師：吉村小児科 院長 内海 裕美先生

2. 常任幹事会

H20. 12. 5 (金)
於 桃源 出席者16名

3. 役員会

H21. 3. 27 (金)
於 桃源 出席者25名

4. 第25回産婦人科・小児科研究会

H21. 2. 6 (金)
於 ブリーズベイホテル 出席者32名
(小児科20名)
演題：「産科併設歯科における妊婦と子どもへの歯科からの支援」
講師：医療法人 緑生会
あびこクリニック
歯科部長 橋本 博先生
歯科医長 藤岡 万里先生

5. 広報活動

H20. 10. 1 (水)
「横浜市小児科医会ニュース 第37号」発行
H21. 2. 4 (水)
横浜市医師会報
「各科医会～横浜市小児科医会～座談会」
に会員が出席
於 横浜市医師会 会議室 出席者7名

6. その他

H20. 6. 27 (金)
小児救急のかかり方 HAND BOOK 作製委員会
於 横浜市医師会 会議室 出席者4名
(庶務 大西 三郎)

—— 会計報告(中間) ——

編集後記

横浜市小児科医会会計の中間報告を申し上げます。

中間報告 H21. 3. 26現在

現在高	1,815,716円
(内訳) 現金	104,307円
郵便貯金	1,246,025円
医師信用組合	465,384円
△未払分(交通費)	(225,000円)
	(会計 小林 幹子)

今回も皆様の御協力のもと、No.38 が無事発行に至ったが、読みごたえのある内容がそろったと思う。

特に菅谷先生、大浜先生、貴重な原稿を有難うございました。「発熱外来」については、行政と医療関係者が更に議論を重ねる必要があるだろうか、我々小児科医師は臆することなく、新型インフルエンザを迎え撃つべきと肝に銘じる次第である。

平成21年度に入り、私のクリニックでは、MRⅢ期、Ⅳ期の予防接種率が昨年度より明らかに上昇している気がする。これも関係各位の努力の賜物と考えている。

(広報担当常任幹事 大川 尚美)

会員動向(平成20年10月～平成21年3月)

入会 2名

〒244-0817 戸塚区吉田町112-2 SAビル3F Yこどもクリニック 山崎 扶佐江 TEL 045-520-8716
〒225-0024 青葉区市ヶ尾町1167-1 井上小児科医院 井上 浩一 TEL 045-972-0250

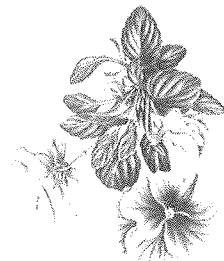
退会 4名

区名	氏名	備考
鶴見区	橋本卓史	
その他	染谷義朗	H20.12.31ご逝去
旭区	岩本弘子	
栄区	梶ヶ谷保彦	

異動 1名

佐久間 かおり 異動事項：勤務先変更
〒249-0006 逗子市逗子6-4-3
佐久間こどもクリニック

会員数：293名(平成21年3月31日現在)



2009年4月1日発行

横浜市小児科医ニュース No. 38

題字 五十嵐鐵馬

発行人 横浜市小児科医会

代表 野崎 正之

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