

光市医師会報

平成19年（夏）7～9月号

No.397



光市医師会

<http://www.yamaguchi.med.or.jp/users/hikarishi/isikaihp/hikari.htm>

7～9月の医師会長

7月 1日 (日)	医師連盟会議 (徳山医師会病院)
7月 2日 (月)	介護認定審査会 (あいぱーく)
7月 3日 (火)	地域医療支援病院審議委員会 (徳山医師会病院)
7月 7日 (土)	羽生田日本医師連盟常任執行委員会面会
7月10日 (火)	理事会 (事務局)
7月12日 (木)	健康づくり推進協議会 (あいぱーく) 自浄作用活性化委員会 (県医師会)
7月13日 (金)	講演会 (岩国)
7月19日 (木)	国保組合会 (県医師会)
7月24日 (火)	7月例会 (商工会議所)
7月25日 (水)	講演会 (宇部)
7月26日 (木)	休日診療所運営協議会 (あいぱーく) 納涼会 (シエロ・ディ・マーレ)
7月27日 (金)	講演会 (宇部)
7月30日 (月)	介護認定審査会 (あいぱーく)
8月 5日 (日)	おっばいまつり (あいぱーく)
8月 7日 (火)	理事会 (事務局)
8月10日 (金)	講演会 (山口)
8月22日 (水)	労務講演会 (商工会館)
8月26日 (日)	山口県臨床内科医会 (下関)
8月27日 (月)	介護認定審査会 (あいぱーく)
8月28日 (火)	8月度講演会 (商工会館)
8月30日 (木)	光市健康増進計画推進会議 (あいぱーく)
9月 2日 (日)	休日診療所
9月11日 (火)	理事会 (事務局)
9月13日 (木)	講演会 (周南)
9月14日 (金)	認知症講演会 (あいぱーく)
9月15日 (土)	日本臨床内科医会 (名古屋)
9月20日 (木)	介護認定審査会 (あいぱーく)
9月25日 (火)	講演会・月例会 (商工会館)
9月27日 (木)	郡市会長会議 (山口県医師会)
9月30日 (日)	保健説明会 (山口県医師会)



7～9月の医師会活動

I. 7/ 1(日) 医師連盟会議	(徳山医師会病院)
II. 7/10(火) 7月・定例理事会	(光商工会館2F)
III. 7/24(火) 学術講演会&月例会	(医師会事務所)
IV. 7/26(木) 納涼懇親会	(シエロ・ディ・マーレ)
V. 8/ 5(日) おっばいまつり	(あいぱーく)
VI. 8/ 7(火) 8月・定例理事会	(医師会事務所)
VII. 8/22(水) 労務講演会	(光商工会館2F)
VIII. 8/28(火) 学術講演会&月例会	(医師会事務所)
IX. 9/11(火) 9月・定例理事会	(医師会事務所)
X. 9/25(火) 学術講演会&月例会	(医師会事務所)

I. 医師連盟会議

日時:平成19年7月 1日(日)午後1時より

場所:徳山医師会病院

光医師連盟ニュース

No.1 2007.7.10

山口県医師連盟光支部

光市三井6-18-1 河村循環器神経内科内

参議院議員選挙近づく

今回の参議院選挙は日本医師連盟はたけみ敬三候補を推挙し、積極的な活動を続けております。年金大逆風選挙ではありますが、医系議員を議会に送り込むことは我々の主張を直接国に知らしめる有益な手法と考えられ、光市医師連盟としましても積極的に運動を進めてゆきたい所存です。過去2回の参議院議員選挙の医師連盟推薦候補の光市での獲得票は250票前後で有名タレント候補に大差をつけられています。このあたりで光市医師連盟ここにありという意気込みを周知せしめれば現支部長としてその役割を果たせるかなという所存です。もとより、力の政治だけでは誰もついてきませんが民主主義は数であり、数は力であります。大きな発言力を得るためには大きな集票力を必要とするわけで会員の皆様方の特段のご尽力を希望いたします。

(光市医師連盟 支部長 河村康明)



平成19年7月7日

たけみ敬三後援会

羽生田 俊 常任幹事 来光

(左、羽生田幹事

右、山口県医師会副会長 三浦 修 先生)

今回の選挙の協力要請の為、来院されました。

たけみ敬三先生を励ます会

人の“いのち”に命をかける たけみ敬三厚生労働副大臣を励ます会が平成19年7月1日に徳山医師会大会議室にて盛大に挙行されました。小金丸医師連盟徳山支部長のあいさつに続き、藤原淳山口県医師連盟委員長が激励のあいさつ、続いてたけみ敬三候補の“命をかけた”熱情のこもった演説に徳山・光・下松の支部会員は感動の極みとなりました。



たけみ敬三候補の遊説車来たる!

予定では光地区は7月27日(金)の10時30分~11時来光予定です。
お近くに選挙遊説車が参りましたら、積極的にご声援下さい。

II.

7月定例理事会

日時:平成19年7月10日(火)午後7時30分より

場所:医師会事務局

議題:

I. 報告事項

- | | |
|--------------------------------|--------|
| 1. 郡市医師会地域医療担当理事協議会(6/14) | (佃理事) |
| 2. 郡市医師会会長会議(6/21) | (河村会長) |
| 3. 山口県医師会労災保険指定医部会下松支部総会(6/14) | (兼清理事) |
| 4. 成人・高齢者保健担当理事協議会(6/28) | (平岡理事) |
| 5. 地域医療支援病院審議会(7/3) | (河村会長) |
| 6. 講演会(7/24) | (河村会長) |
| 7. 県医師会会長会議 | (河村会長) |

資料① 2. 郡市医師会会長会議

日時:平成19年6月21日(木)午後3時~5時

場所:山口県医師会館 6階 大会議室

1. 中央情勢報告
2. 中四国医師会連合総会
 - ①地域包括支援センターの運営状況
 - ②療養病床再編プラン
 - ③レセプトオンライン化
 - ④領収書交付
 - ⑤女性医師参画推進
 - ⑥勤務医不足問題(過重労働)
 - ⑦看護師不足
3. 平成19年度保険指導
4. 対外広報TYS(スーパー編集局)
5. 公益法人制度改革について
平成22年12月移行
まず一般社団法人→公益認定
6. 糖尿病療養指導士講習会 50名

資料② 3. 山口県医師会労災保険指定医部会下松支部総会

日時:平成19年6月14日

場所:和食処 はらだ

1. 総会 出席7名
 1. 開会挨拶
 2. 議長選出
 3. 会務報告
 - 1) 下松支部総会
平成18年6月6日(火)和食処 はらだ
 - 2) 山口県医師会労災保険指定部会理事会
平成19年4月12日(木)山口県医師会館
 - 3) 山口県医師会労災保険指定部会総会
平成19年6月17日(日)山口市 山口県総合保健会館
 - 4) 会員の異動
 4. 会計報告 周南記念病院
監査報告
 5. 支部長選任 香浦
 6. 監事選任
 7. 事業計画
 - 1) 総会 平成19年6月21日(木)
 8. その他
2. 懇親会

要 望 書

労災診療の特殊性を考え、下記の諸事項を早急に労災診療費に取り入れられるよう、平成19年度山口県医師会労災保険指定医部会総会の決議に基づき要望する。

- 1 リハビリテーション料において、医学的に改善の見込みがある患者に対する、算定日数上限を超える算定については、医療保険で定められているレセプトへの計画書の添付及び継続理由の記載を算定要件としないこと。
- 2 介達牽引と消炎鎮痛等処置の同時算定を認めること。

- 3 入院の室料加算における個室使用基準の一部を緩和すること。
(収容理由②一ウ項において、患者のいびき等により他の患者より隔離治療を要す場合等の医師の裁量権拡大を要望する。)
- 4 感覚器診療の特別加算を新設すること。
(視力管理料200点、聴力管理料200点)
- 5 感染症患者(肝炎等)手術時の加算の増額等の適正評価をすること。
- 6「手の外科」を適切に評価するため、手指伸筋腱の縫合は腱縫合術で算定できるようにすること。
- 7 処置に係る以下の材料費の算定を認めること。
(クラビクルバンド、ポリネック、膝、足関節の創部固定帯)
- 8 プロスタグランジン製剤の適用に関して、保険適用以外の外傷による血行障害に対しても算定を認めること。

2007/6/17

山口県医師会労災保険指定医部会総会

資料③ 4. 平成19年度都市医師会成人・高齢者保健担当理事協議会

日時:平成19年6月28日(木)午後3時～

場所:山口県医師会 6階 会議室

1. 特定健診・特定保健指導について

平成20年度より、健診事業が地方自治体から保健者に移行する。75才未満に特定健診、特定保健指導を行う。メタボリックシンドロームと診断された時点で境界線の方を選び、65才未満には積極的保健指導を、65才から75才の前期高齢者には動機付け支援を行う。開業医がこの複雑な保健指導を行うことは困難であるとの意見が大勢を占めた。

一方、75才以上の後期高齢者については広域連合(22市町村が参加。市町村と同等の権限を持ち、本年2月に発足。萩市野村市長が会長、光市未開市長が副会長を務める。)がどういふ方向で行うのかを決定する。基本健診事業は是非残すようにとの希望が多く出されたが、有料になる可能性大である。

メタボリックシンドロームがどれだけ非医療になるであろうか、また積極的な介入をどれだけの方が受け入れるのであろうか。個別支援、グループ支援、電話、eメールこれらを駆使して指導する。レセプトとの突合など、個人情報問題も絡み困難は予想される。

県内統一料金にするのかについて、光市は、周南地区自治体同士で協議したいとのこと。8月30日に第2回目の会合が持たれる。県医師会としては、統一料金を目指したい意向。

2. 地域がん登録について

病理組織が不明でも癌であると認識された時点の登録が欲しいとのこと。開業医の先生方の積極的な登録を望まれている。記載用紙が変更になり、報告先も山口大学に変更された。がん検診は今まで通り行われる予定。

3. 糖尿病療養指導士研修会について

保健師、看護師、管理栄養士、薬剤師、臨床検査技師、理学療法士、准看護師、栄養士を対象に、今年9月から毎月1回、全4回の予定で研修会が開かれる。公式な資格取得はできないが、県在住で日本糖尿病療養指導士の資格を取得しようとする人を優先的に取り扱うとのこと。積極的な参加が望まれる。

資料④ 5. 地域医療支援病院審議会

日時 19年7月3日(火)19時

場所 徳山医師会病院

1. 平成18年度業務報告

医業収入2,823,413,593

医業費用2,605,838,982

2. 病床利用マニュアル作成

受け入れ体制 ⇄ 登録医(主治医)

現在利用率 6-7割

3. 他地区からの紹介は地域連携室を通すこと

4. 連携バス取り決め(骨折から開始)

資料⑤ 7. 県医師会会長会議

日時:平成19年5月24日(木)

場所:山口県医師会館 6階 大会議室

1・医師会互助会支部長会

平成18年度 事業報告、決算

1号 36名(光市) / 1361名 / 全2712名
 弔慰金 50名×27
 傷病見舞金 23名退会金
 予算 85,413,000

2. 山福定時株主總會

- ①印刷(診療録)
- ②損保 所得補償、医師賠償責任保険等

3. 山口県医師連盟執行委員会 収入 104,059,805

III. 学術講演会&月例会

「高齢者喘息を考える——今なぜ高齢者喘息か？」



講師 独立行政法人国立病院機構 南岡山医療センター
 第一診療部長 岡田 千春 先生



日時:平成19年7月24日(火)19:00~

場所:光商工会館2階 大会議室

気管支喘息に対する考え方の変化

1980年代まで

「気道の過敏性を特徴とする可逆性の気道狭窄」

- ◆ 対症療法を主体とした治療を実施
- ◆ 有用な薬剤が開発されたにもかかわらず、治療成績が向上せず



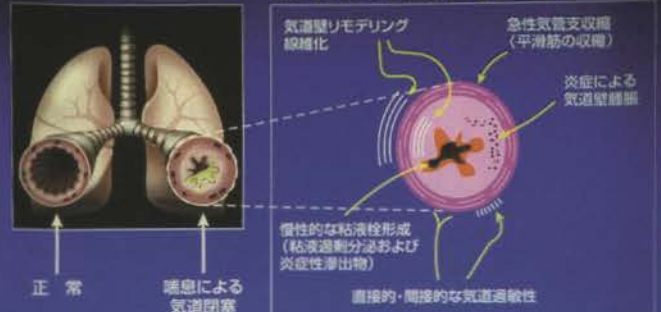
1990年代より

「気道の慢性炎症性疾患」

- ◆ 対症療法の治療のみでは不十分で、非発作時を含め長期にわたる継続的な管理が必要

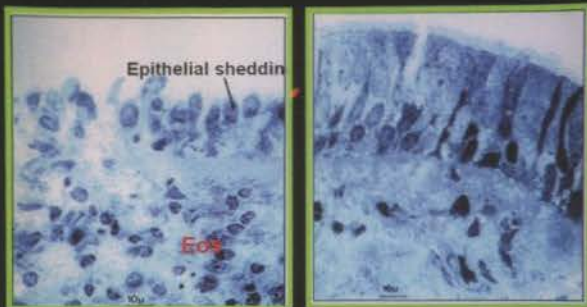
気道閉塞のメカニズム

喘息における気流制限に寄与する因子



Dr. Stephen J. Hoggan の許可を得て掲載

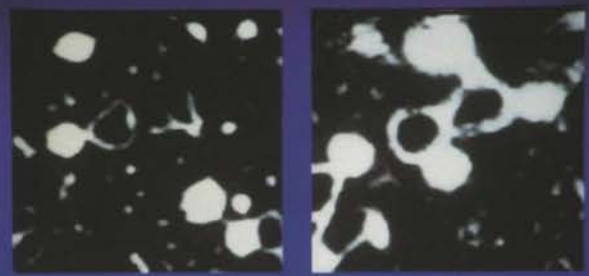
気管支上皮の形態



気管支喘息患者

健康人

喘息患者の気道壁の肥厚(HRCT)



健康人

喘息患者

喘息患者数の増加

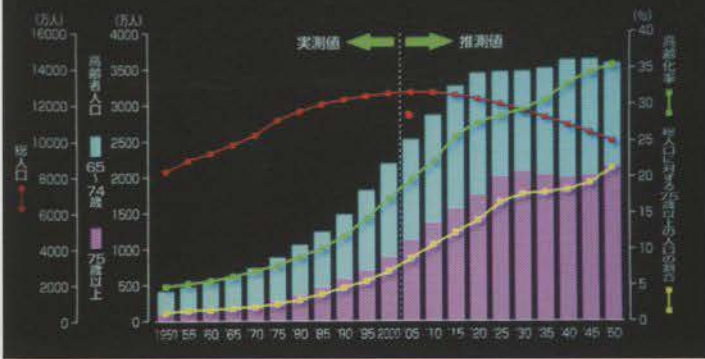


患者調査は、3年に1回行われる患者の診療録の内容に基づく1日調査である。実際はこの患者数の3倍程度と推測される。

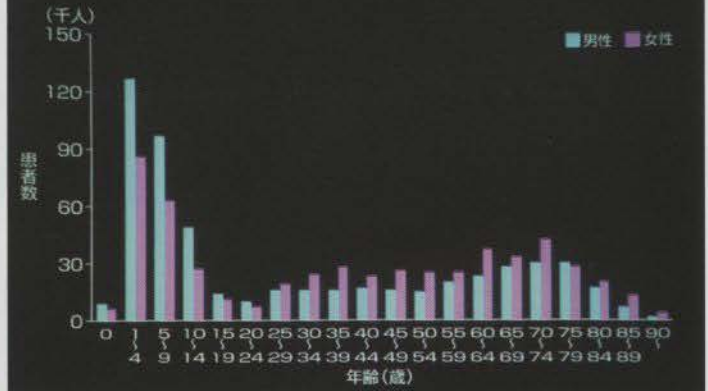
今なぜ高齢者喘息か？

- 人口の高齢化に基づき、高齢者喘息が増加
- 喘息死のうち、高齢者の占める割合が高い
- 高齢発症喘息の割合が高い
- 高齢者は呼吸機能が低下している
- 高齢者喘息患者の治療には注意が必要である
 - ガイドラインに沿った治療ができない場合がある
 - 吸入薬を使用できない患者がいる
 - 合併症をもつ患者が多い
 - 薬剤のクリアランスが低い
 - 薬剤の理解度が低い
 - アドヒアランスが低い

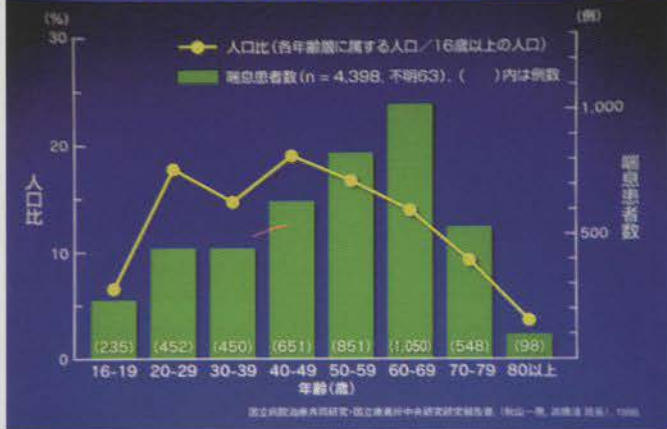
日本の高齢率の推移



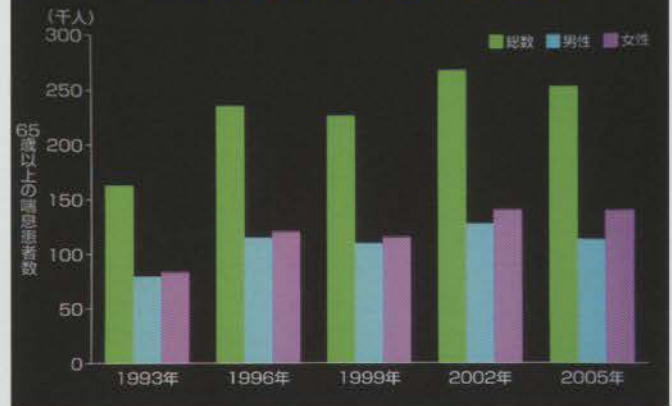
喘息患者の年齢分布



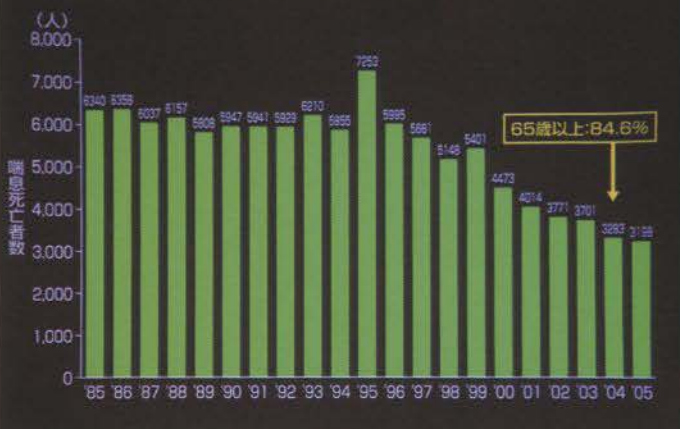
喘息患者の年齢分布 (成人)



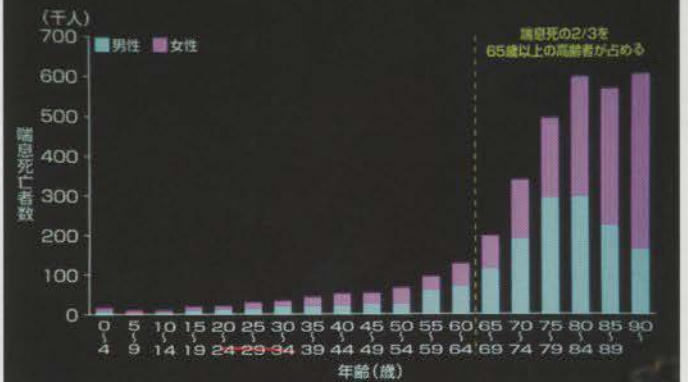
高齢者喘息の患者数の推移



喘息死亡者数の推移



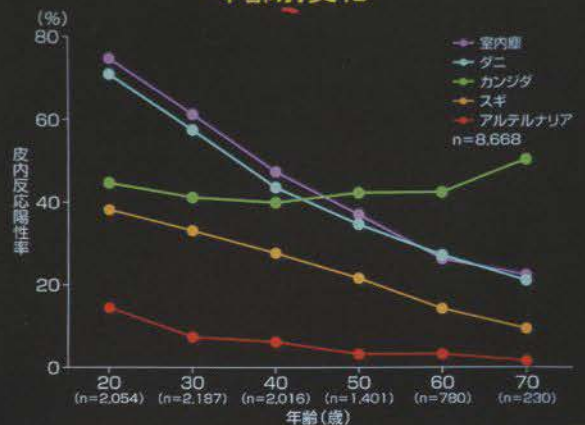
年齢階級別喘息死亡者数 (2004年)



高齢者喘息の特徴 (JGL2006)

- アレルギー反応陽性例は少ないが、陽性例ではIgE抗体、IgG抗体の高値例もみられる。また、高齢者の喘息の病態も好酸球優位の気道炎症と考えてよい。
- いわゆる発作寛解期にも症状や肺機能の改善が不完全である。
- 加齢変化によって末梢気道は生理的に閉塞するが、特に高齢者喘息では、気道閉塞は末梢気道、なかでも細気管支閉塞型が多い。
- FEV₁の年次減少は健常高齢者の35mL/年に対し、高齢者喘息患者では50mL/年と大きいとされる。
- 気道過敏性の亢進は、健常高齢者ではみられないが、高齢者喘息患者では明らかである。

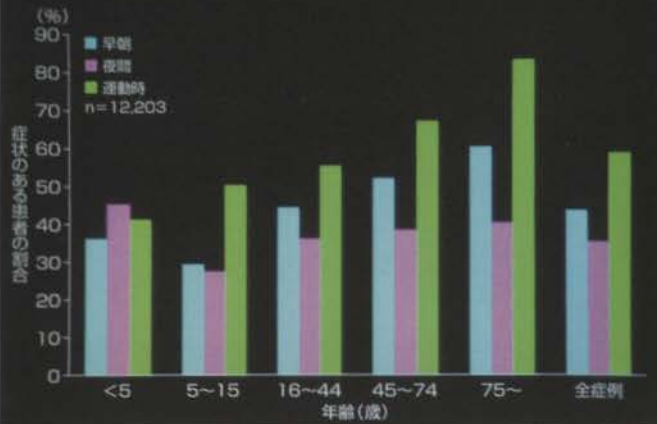
主要アレルゲンに対する皮内反応陽性率の年齢別変化



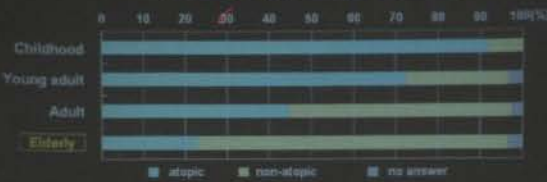
成人喘息と高齢者喘息の病型の比較



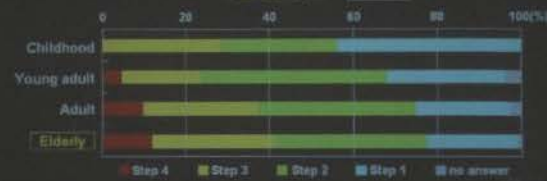
年齢別にみた喘息症状の発現時間



アトピー型か非アトピー型か? Dr's diag.



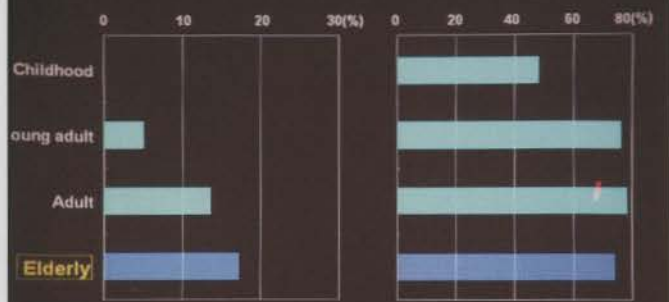
重症度 Dr's diag.



ステロイド薬 Dr's diag.

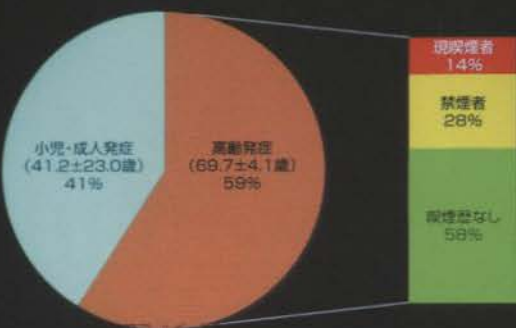
Oral formulations

Inhaled formulations



n = 1027 patients. Data were analyzed by chi test (Fisher). NS, not significant; + p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001.

高齢者喘息患者の発症年齢



アンケート調査からのまとめ 高齢者喘息の特徴

Disease characteristics

- 成人発症または高齢者発症が多い
- 非アトピー型で重症例が多い
- アレルギー性鼻炎やアトピー性皮膚炎の合併は少ない

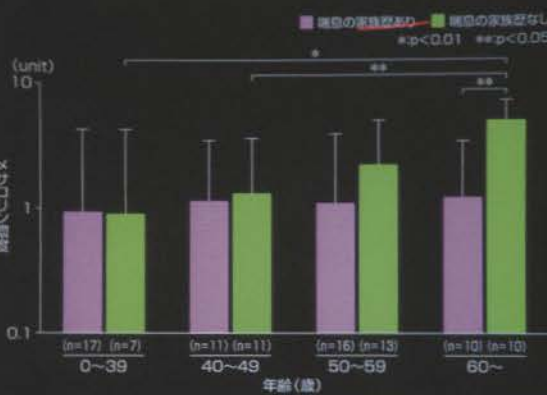
Symptoms

- 就寝前や起床時に喀痰の喀出が多い
- 日中の生活の活動性が制限されやすい

Medications

- 全年齢層では吸入ステロイドや徐放性テオフィリン製剤の使用が多く、続いて抗ロイコトリエン薬や吸入β2刺激薬が多い。
- これに対して、高齢者では経口ステロイド薬や徐放性テオフィリン薬、抗ロイコトリエン薬の使用が多い

喘息の発症年齢と気道過敏性



喘息の発症年齢と喀痰中好酸球数



喘息の治療 ガイドラインの概略

喘息の長期管理における薬物療法(成人) 喘息予防・管理ガイドライン2003より

薬物	ステップ1 軽症発作型	ステップ2 軽症持続型	ステップ3 中等症発作型	ステップ4 重症持続型
吸入ステロイド薬	考慮	考慮	考慮	考慮
テオフィリン徐放製剤	考慮	考慮	考慮	考慮
ロイコトリエン拮抗薬	考慮	考慮	考慮	考慮
DSCG	考慮	考慮	考慮	考慮
長時間作用性 β_2 刺激薬 (吸入/貼付/経口)	考慮	考慮	考慮	考慮
抗アレルギー薬 (メチルグルタミン酸阻害剤など)	考慮	考慮	考慮	考慮
Th2サイトカイン阻害薬	考慮	考慮	考慮	考慮
経口ステロイド薬	考慮	考慮	考慮	考慮
短時間作用性吸入 β_2 刺激薬	考慮	考慮	考慮	考慮
短時間作用性経口 β_2 刺激薬	考慮	考慮	考慮	考慮
短時間作用性テオフィリン薬	考慮	考慮	考慮	考慮

喘息コントロールの目標

1. 喘息症状および夜間症状の改善(できれば消失)
2. 急性増悪の抑制(できれば稀に)
3. 喘息発作による死亡の抑制
4. 経口ステロイド薬の減量(できる限り使用しない)
5. 運動を含む活動に制約がない
6. 呼吸機能がほぼ正常
7. PEF値の日内変動が20%未満(できれば10%未満)
8. PEF値がほぼ正常
9. 薬剤の副作用が少ないか、あるいはない
10. 短時間作用性 β_2 刺激薬の吸入をほとんど使用しない

高齢者喘息における吸入ステロイドの問題点

- 吸入薬を使用できない患者がいる
 - 吸入手技が習得できない
 - 吸入流速が遅い
- アドヒアランスが低い患者がいる
- 末梢気道まで薬物を到達させることが困難な場合がある
- 成人喘息患者よりも副作用の発現リスクが高い
 - 嘔声、カンジダ症などの局所副作用
 - 800 μ g/日以上での長期投与では、何らかの全身性副作用が発現する可能性がある(特に閉経後女性で注意が必要)

吸入ステロイドの普及が十分ではない

喘息有症者のOOPD合併率



全国全年齢階級喘息有症者調査=電話・郵送調査=

市原 邦彦 国立衛生保健研究所 15
厚生労働科学研究「高齢者喘息の有病率・罹患率および65歳以上の全年齢階級別喘息有病率に関する研究」

吸入ステロイドの粒子径と肺内沈着率

一般名	pMDI*		DPI		
	プロピオン酸ベクメタゾン	プロピオン酸フルチカゾン	プロピオン酸フルチカゾン	フルタイド	フルタイド
商品名	(ベコタイド) キュバール	フルタイド エア	フルタイド ログディスク [†]	フルタイド ディスカス [†]	パルミコート クービオハイラー
噴射剤	CFC	HFA	HFA	-	-
平均粒子径	3.5 μ m	1.1 μ m	2.8 μ m	5.3 μ m	5.3 μ m
肺内沈着率 [‡]	10%	55%	28%	11~18%	15~17%
低吸入速度患者での発現 [§]	○	○	○	△ [†]	○ [‡]

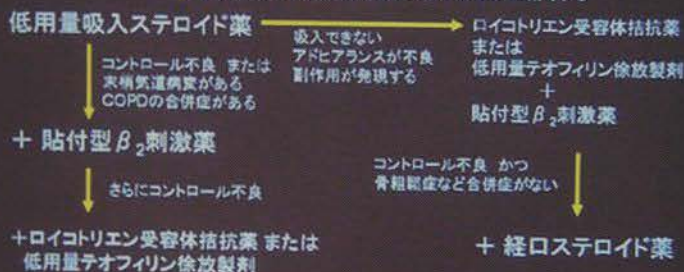
*1 必要な吸入速度60L/分以上 *2 必要な吸入速度30L/分以上 *3 吸入動作の煩雑が必要

† 新薬特許: 日特66307, 2006
‡ 特許庁: 特許254321(フルチカゾン) 発明 12, 1239, 2006.1.11 - 特許庁

高齢者喘息に対する薬物療法

吸入ステロイド薬の使用を試みる

- ① 反復吸入など徹底的な吸入指導を繰り返し実施する
- ② 患者の状態に合わせてDPIやMDIなど吸入剤を変える
- ③ 吸入流速が低下している場合はMDIを使用する
- ④ 吸入の困難が難しい場合はMDI+スパーサー(ネブライザー)を使用する、またはDPIを使用する
- ⑤ 吸入ステロイド薬の使用後は、うがいするように指導する



【月例会】

1. 保険指導報告 (兼清理事)
2. 基本健診チェックリストの説明 (光市健康増進課)

IV.

納涼懇親会

日時:平成19年7月26日(木)午後7時30分より

場所:シエロ・ディ・マーレ



V.

おっぴまつり

日時:平成19年8月5日(日)午前8時~

場所:あいば一く





VI. 8月定例理事会

日時:平成19年8月7日(火)午後7時30分より

場所:医師会事務局

議題:

I. 報告事項

1. 郡市医師会救急医療担当理事協議会(7/5)
2. 国保組合会(7/19)
3. 光市休日診療所運営協議会(7/26)

(兼清理事)

(河村会長)

(河村会長・兼清理事)

II. 協議・承認事項

1. 会計報告(4月~7月)
2. 労務講演会(8月22日(水))について
3. 親睦旅行について

(松村副会長)

(清水理事)

(清水理事)

VII. 労務講演会

「労務管理のポイント」

講師 下松労働基準監督署

第一課 梅本 賢治 先生

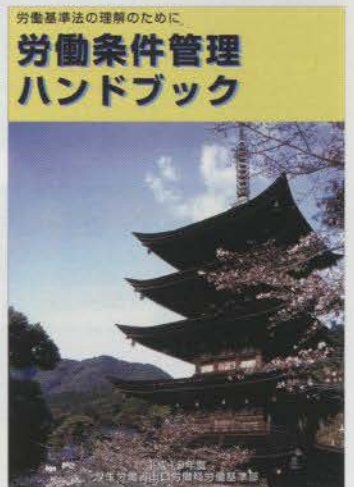
日時:平成19年8月22日(水)午後7時より

場所:光商工会館2階 大会議室



1. 労働者の雇い入れについて
 - (1)契約期間と試用期間(p5)
 - (2)労働条件の明示(p7)
2. 就業規則(p14)
3. 労働時間制度(p17)
4. 労働時間の管理について(p38)
5. 年次有給休暇について(p56)
6. 退職・解雇について
 - (1)退職と解雇の違い(p75)
 - (2)解雇手続きについて(p76)
 - (3)パート労働者の雇止め予告(p79)
 - (4)相談事例

協調性が無く、他の従業員からも苦情があり、以前に「今度、同じ問題を起こしたら解雇だ。」と本人に説明していたところ、再び、職場内でトラブルを起こした為、ただちに解雇した。以前に説明しているので、解雇予告をしていると認識していた。



労働時間、労働条件等についてのお問い合わせは、下記のところへどうぞ

<p>労働時間、労働条件等についてのお問い合わせは、下記のところへどうぞ</p> <p>労働基準監督署</p> <p>〒703-0210 光市労働基準監督署</p> <p>TEL: 082-953-1100</p> <p>FAX: 082-953-0370</p>	<p>労働時間、労働条件等についてのお問い合わせは、下記のところへどうぞ</p> <p>労働基準監督署</p> <p>〒703-0208 光市労働基準監督署</p> <p>TEL: 082-953-1100</p> <p>FAX: 082-953-0370</p>
<p>労働時間、労働条件等についてのお問い合わせは、下記のところへどうぞ</p> <p>労働基準監督署</p> <p>〒703-0208 光市労働基準監督署</p> <p>TEL: 082-953-1100</p> <p>FAX: 082-953-0370</p>	<p>労働時間、労働条件等についてのお問い合わせは、下記のところへどうぞ</p> <p>労働基準監督署</p> <p>〒703-0208 光市労働基準監督署</p> <p>TEL: 082-953-1100</p> <p>FAX: 082-953-0370</p>
<p>労働時間、労働条件等についてのお問い合わせは、下記のところへどうぞ</p> <p>労働基準監督署</p> <p>〒703-0208 光市労働基準監督署</p> <p>TEL: 082-953-1100</p> <p>FAX: 082-953-0370</p>	<p>労働時間、労働条件等についてのお問い合わせは、下記のところへどうぞ</p> <p>労働基準監督署</p> <p>〒703-0208 光市労働基準監督署</p> <p>TEL: 082-953-1100</p> <p>FAX: 082-953-0370</p>
<p>労働時間、労働条件等についてのお問い合わせは、下記のところへどうぞ</p> <p>労働基準監督署</p> <p>〒703-0208 光市労働基準監督署</p> <p>TEL: 082-953-1100</p> <p>FAX: 082-953-0370</p>	<p>労働時間、労働条件等についてのお問い合わせは、下記のところへどうぞ</p> <p>労働基準監督署</p> <p>〒703-0208 光市労働基準監督署</p> <p>TEL: 082-953-1100</p> <p>FAX: 082-953-0370</p>

解雇、退職勧奨、配転、セクハラなどのトラブルについてのお問い合わせは、下記のところへどうぞ

支 店	電話番号
山口労働基準監督署	082-955-0390
下松労働基準監督署	082-66-0470
宇部労働基準監督署	082-51-4600
徳山労働基準監督署	0834-21-1780
下松労働基準監督署	0823-41-1780
新居浜労働基準監督署	0821-254-1100
大野田労働基準監督署	0825-53-0870
山口労働基準監督署	082-821-1030

VIII. 学術講演会&月例会

【症例発表/Discussion】

「当院におけるプレミネントTM錠
の経験症例及び文献的考察」

講師 光中央病院

院長 丸岩 昌文先生



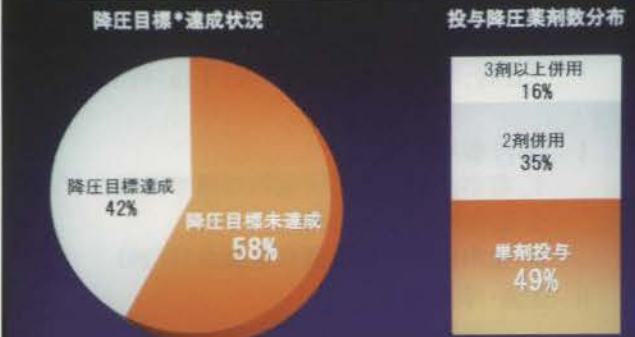
日時:平成19年8月28日(火)19:00~

場所:光商工会館2階 大会議室

降圧目標値(JSH2004)

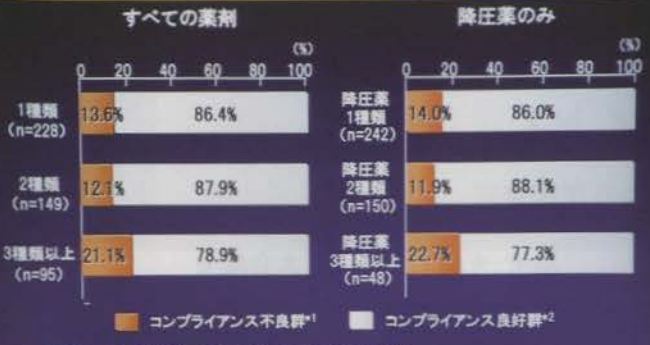


高血圧治療例における血圧管理
(J-HOME研究)



対象:本患性高血圧症患者 3,400例(平均外来随時血圧143±14/81±9mmHg)
方法:調査票により血圧評価状況を定量的に把握する。
*降圧目標:外来随時血圧<140/90mmHg

服薬錠数と服薬コンプライアンスの関係



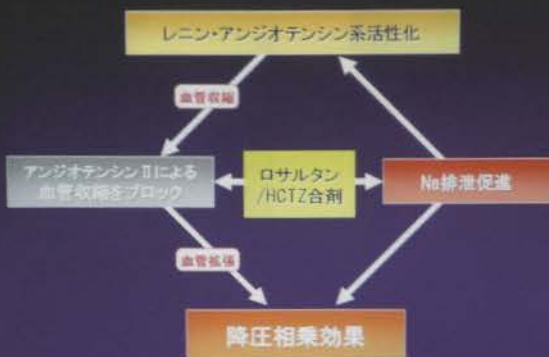
対象: 医療機関を受診し、何らかの経口薬が処方されている高血圧症患者 502例
方法: 2005年11月21日~12月22日にケアネットのアンケート調査への協力を表明している一般人に対し、郵送調査にて回答を待つ
*1:「飲み忘れることがある」、「自らの判断で薬を減量あるいは飲まないことがある」
*2:「おおよそ指示どおりに服用している」、「多少時間がずれることがある」

推奨される降圧薬の組み合わせ
(各高血圧治療ガイドライン比較)

	JNC-7 ¹⁾	ESH-ESC ²⁾	JSH2004 ³⁾
Ca拮抗薬と利尿薬	●	●	●
Ca拮抗薬とβ遮断薬		●	●
Ca拮抗薬とACE阻害薬		●	●
Ca拮抗薬とARB		●	●
ARBと利尿薬	●	●	●
ACE阻害薬と利尿薬	●	●	●
β遮断薬と利尿薬	●	●	●
β遮断薬とα遮断薬		●	●

1)Ohyanian AV et al. JAMA 2003; 289(19): 2560-2572.
2)ESH-ESC Guidelines Committee. J Hypertens 2003; 21(6): 1011-1053.
3)日本高血圧学会. 高血圧治療ガイドライン2004. ライフサイエンス出版. 2004; 29.より作成

ロサルタン/HCTZ合剤の作用機序



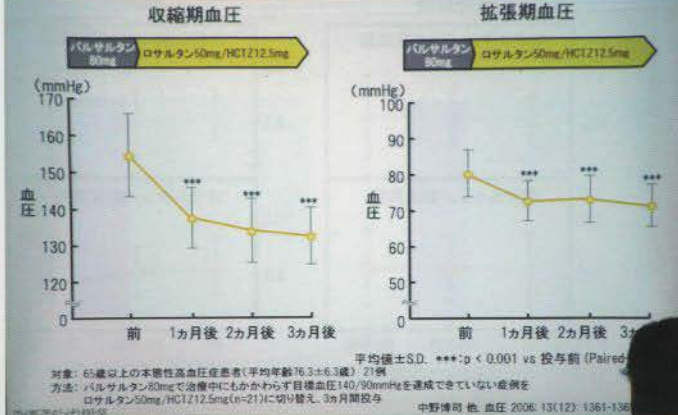
合剤の利点と併用の問題点

合剤の利点	併用の問題点
<ul style="list-style-type: none"> 服薬錠数が増加しない(服薬コンプライアンスの維持)。 患者は抵抗感なく併用療法を受けられる。 薬剤の分割、分割した薬剤の服用を必要としない。 	<ul style="list-style-type: none"> 服薬錠数が増加する(服薬コンプライアンスの悪化)。 患者は服薬錠数が増えることに抵抗感がある。 低用量利尿薬の服用には分割を必要とする。

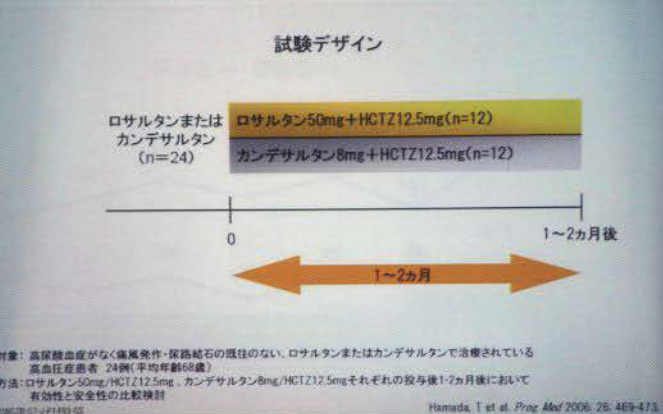
高齢者高血圧症患者への投与 (バルサルタン効果不十分例からの切り替え)



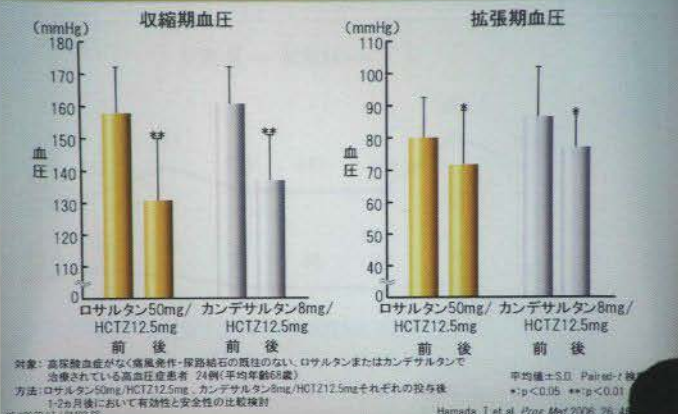
高齢者高血圧症患者への投与 (バルサルタン効果不十分例からの切り替え)



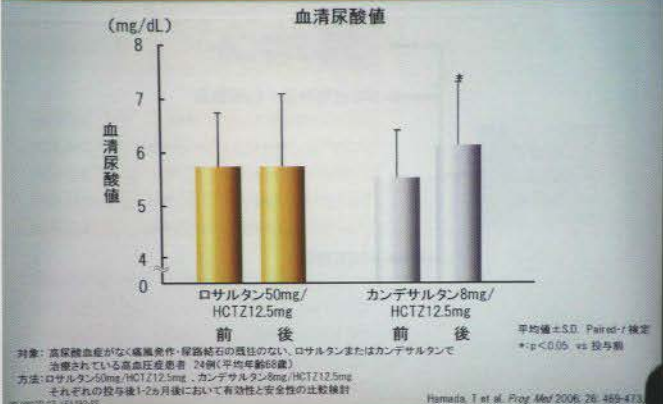
カンデサルタン/HCTZとの比較



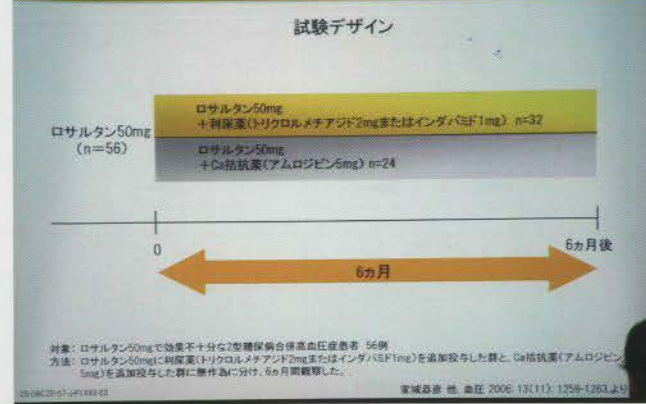
ロサルタン50mg/HCTZ12.5mgの降圧効果 (カンデサルタン/HCTZとの比較)



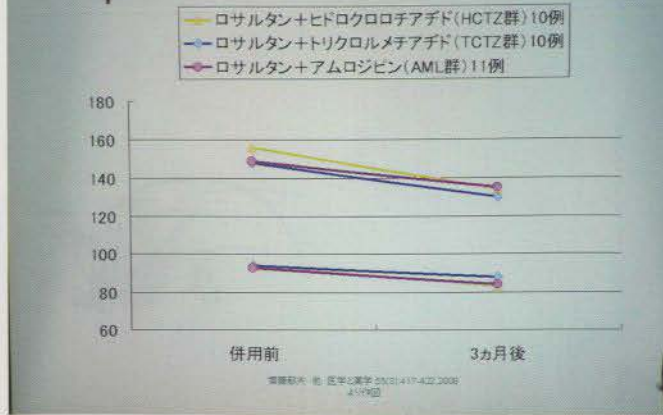
ロサルタン50mg/HCTZ12.5mgの尿酸値に及ぼす影響 (カンデサルタン/HCTZとの比較)



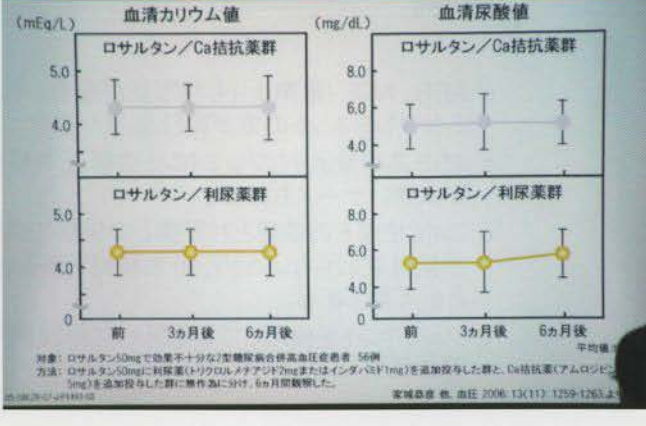
糖尿病合併高血圧症患者への投与



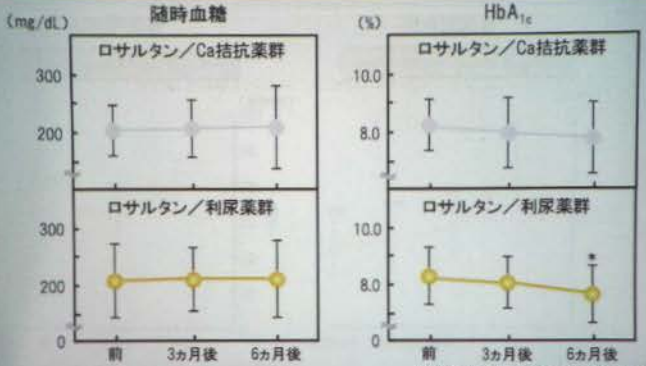
ARB+利尿薬とARB+Ca拮抗薬



代謝系への影響 (糖尿病合併高血圧症患者への投与)



糖代謝への影響 (糖尿病併高血圧症患者への投与)



対象: ロサルタン50mgで治療十分な2型糖尿病患者併高血圧症患者 56例
 方法: ロサルタン50mgに利尿薬(トリクロルメチアジド2mgまたはインダパミド1mg)を添加投与した群と、Ca拮抗薬(アムロジピン5mg)を添加投与した群に無作為に分け、6ヵ月間観察した。
 平均値±S.D. Paired-t検定 *p<0.05 vs 投与前

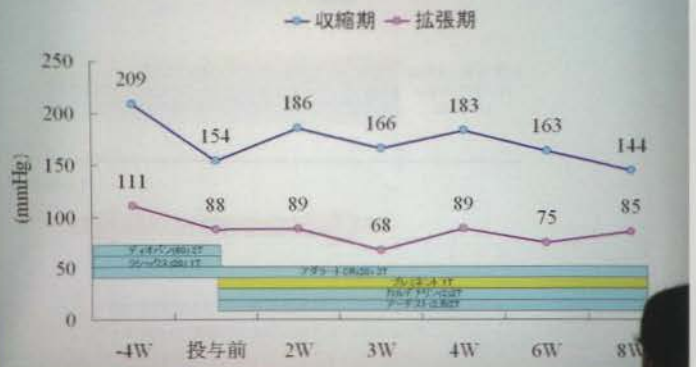
症例1 65歳 女性



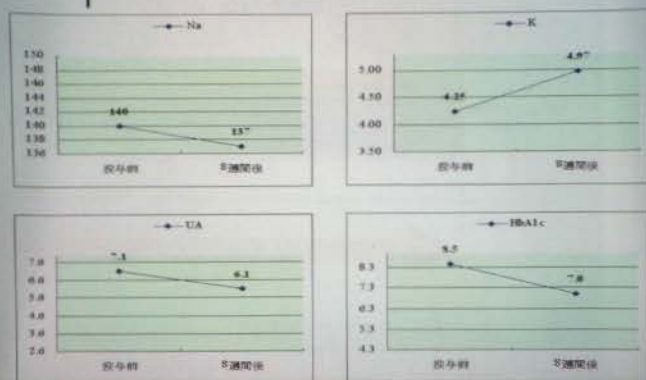
症例2 85歳 女性



症例3 74歳 女性



症例3 74歳 女性



プレミネント™のコストパフォーマンス

ARBで降圧目標未達成	プレミネント	190.00円
ARB通常用量 + Ca拮抗薬	ロサルタン50mg + アムロジピン5mg	267.30円
	カンデサルタン8mg + アムロジピン5mg	260.80円
	バルサルタン80mg + アムロジピン5mg	232.00円
	テルミサルタン40mg + アムロジピン5mg	252.00円
	オルメサルタン20mg + アムロジピン5mg	252.90円
ARB高用量	ロサルタン100mg	373.60円
	カンデサルタン12mg	277.70円
	バルサルタン160mg	293.90円
	テルミサルタン80mg	343.00円
	オルメサルタン40mg	344.80円

総論

- ARB、ACE-I単剤よりも利尿薬が配合されている分プレミネントの方が降圧効果が高かった。
- ARB高用量よりもプレミネントの降圧効果の方が大きいケースもあった。
- Ca拮抗薬との併用と利尿薬との併用では降圧効果は変わらないため、患者負担を減らせることが可能である。
- プレミネントを使用しても頻尿や電解質異常、尿酸値異常等の副作用はなかった。



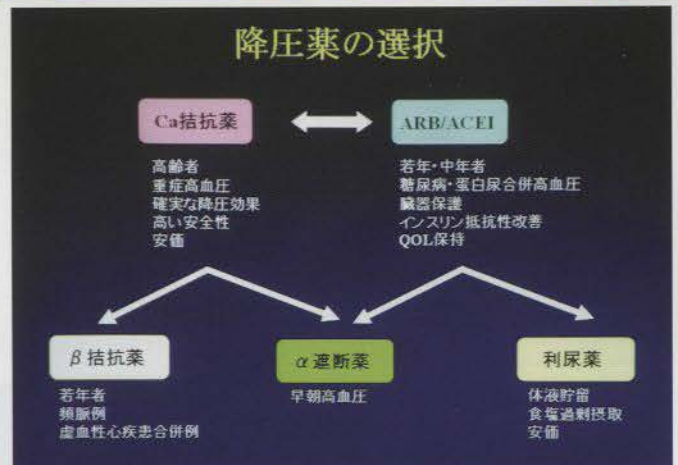
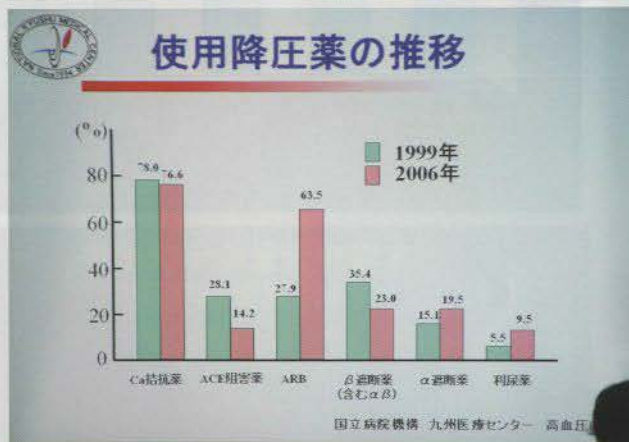
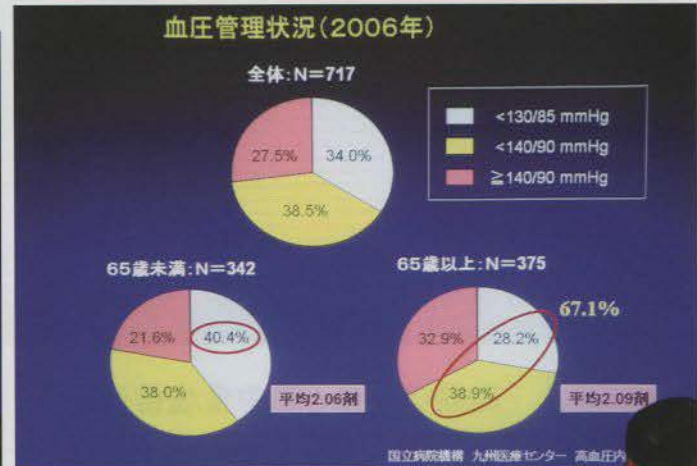
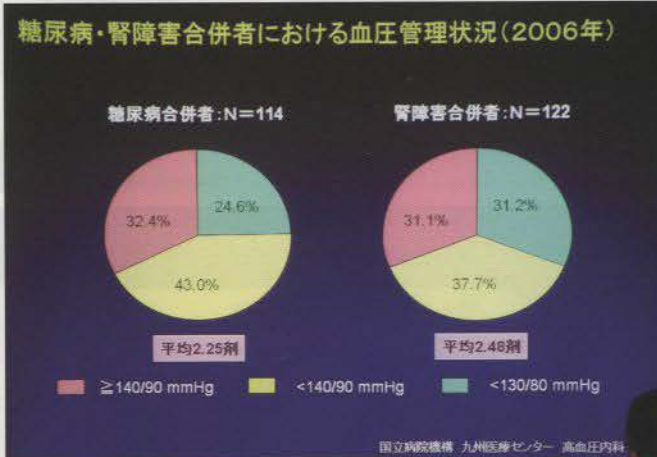
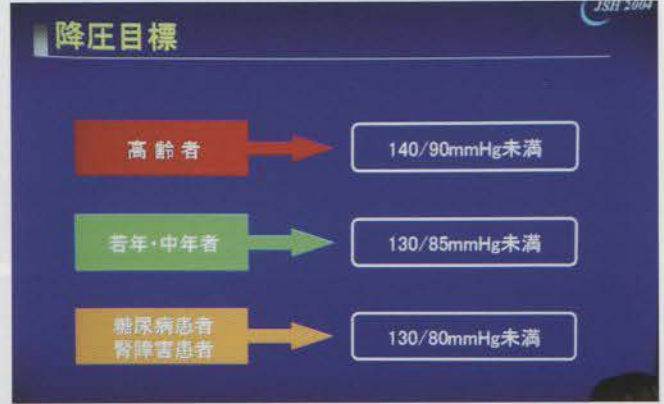
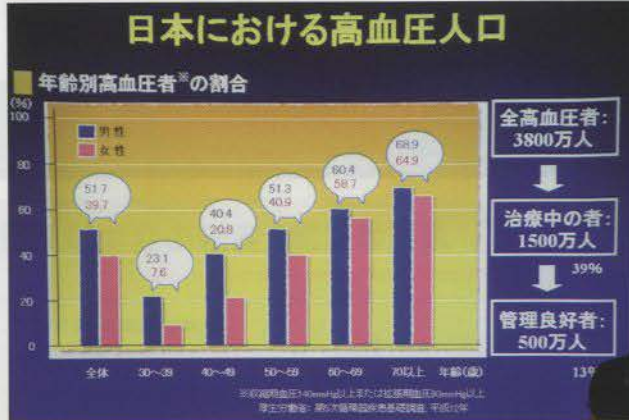
VIII. 2 学術講演会&月例会
【特別講演】

「高血圧治療における次の一手」～ワサビをきかせた降圧療法～

講師 国立病院機構九州医療センター
高血圧内科 医長 土橋 卓也 先生

日時:平成19年8月28日(火)19:00~

場所:光商工会館2階 大会議室



- ### 生活習慣の修正項目
- 食塩制限6g/日未満。
 - 野菜・果物の積極的摂取。* コレステロールや飽和脂肪酸の摂取を控える。
 - 適正体重の維持: BMI(体重(kg)÷身長(m)²)で25を超えない。
 - 運動療法: 心血管病のない高血圧患者が対象で、有酸素運動を毎日30分以上を目標に定期的に行う。
 - アルコール制限: エタノールで男性は20~30mL/日以下、女性は10~20mL/日以下。
 - 禁煙。
- 生活習慣の複合的な修正はより効果的である。
- *ただし、野菜・果物の積極的摂取は、重篤な腎障害を伴うのでは、高血圧をまたぎ可能性があるので推奨されない。また、果物の積極的摂取は摂取カロリーの増加につながる可能性があるため、糖尿病患者では推奨されない。



食塩摂取量の評価法

評価法	信頼性	簡便性
食事内容の評価		
秤量法	◎	×
質問表	○	△
摂取前の計測	◎	×
試験紙や塩分計による評価	×	◎
尿Na排泄量の測定による評価		
24時間蓄尿	◎	×
夜間尿あるいは早朝尿	○	△
起床後第2尿	○	△
随時尿	△(O*)	○
試験紙や塩分計による評価	×(△**)	◎

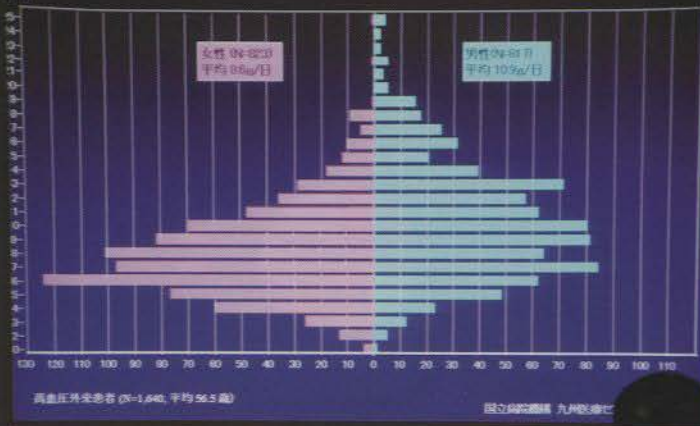
◎:優れる, ○:やや優れる, △:やや劣る, ×:劣る
 *: 1日Cr排泄量を推定する計算式を用いる場合
 **: 計算式を内蔵した塩分計を用いる場合
 日本高血圧学会減塩ワーキンググループ報告

食塩摂取量の評価 — 24時間家庭蓄尿を用いた検討 —

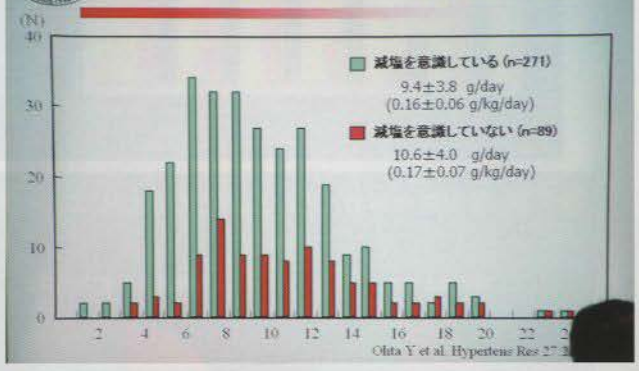


Division of Hypertension, National Hospital Organization Kyushu Medical Center

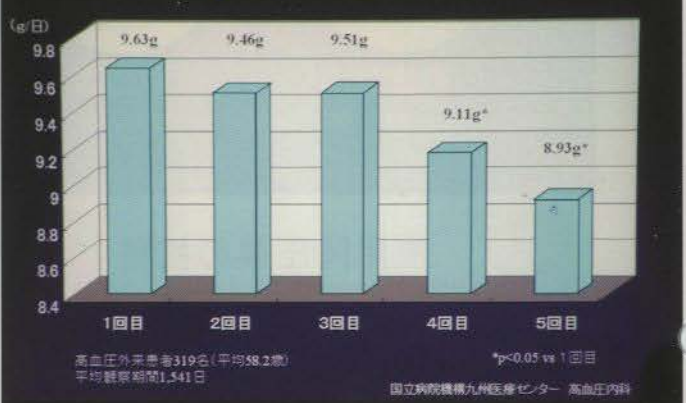
24時間家庭蓄尿による食塩排泄量の評価



減塩の意識と実際の食塩排泄量



高血圧患者における食塩排泄量の推移



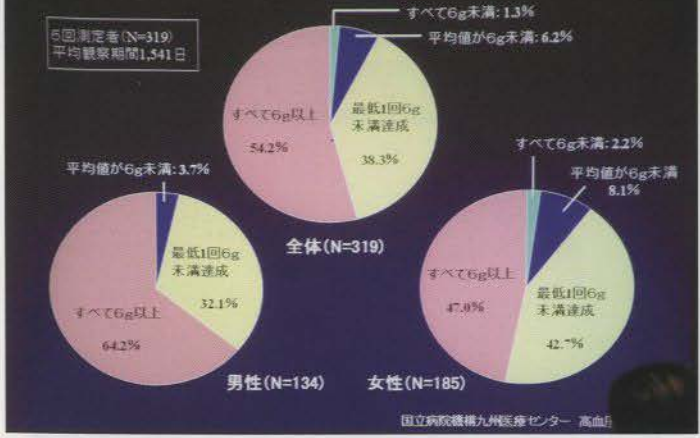
職業の有無と尿中食塩排泄量



食塩排泄量の年次推移 (24時間家庭蓄尿)



高血圧患者における食塩制限6g未満の遵守率

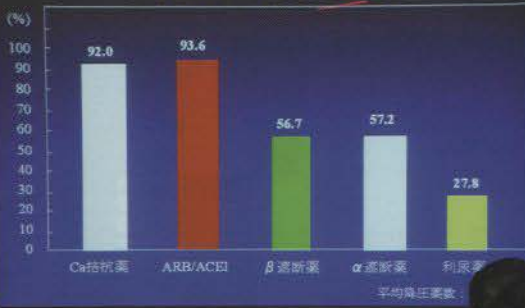


定食のすすめと減塩手法



塩6.0g→3.0g

3剤以上服用者における使用降圧薬 (高血圧患者187名)



降圧薬治療の開始と経過観察

- 1日1回服用でよい長時間作用型の降圧薬(併用薬剤が使用可能になれば、それを含む)を低用量から開始。
- 2~3カ月で降圧目標に到達することを目指す。
- 外来での降圧目標140/90mmHg未満(非高齢者で可能なら130/85mmHg未満)に到達しない場合には、増加するか、相加、相乗効果が期待できる降圧薬を併用するか、ほとんど降圧がない場合は他の降圧薬に変更。
- 忍容性が許すならば増量するが、通常量の2倍以上にしない。
- 利尿薬を含まない2薬の併用で降圧が不十分な場合、3薬目に利尿薬を用いることが原則。
- 24時間にわたる降圧が望ましく、早朝高血圧や逆白衣高血圧に対してはより長時間作用型の降圧薬やα遮断薬、中枢交感神経抑制薬の就寝前の使用により対処。
- 治療開始後6カ月を経過しても降圧目標を達成できない場合、高血圧専門家(FJSH)に紹介。

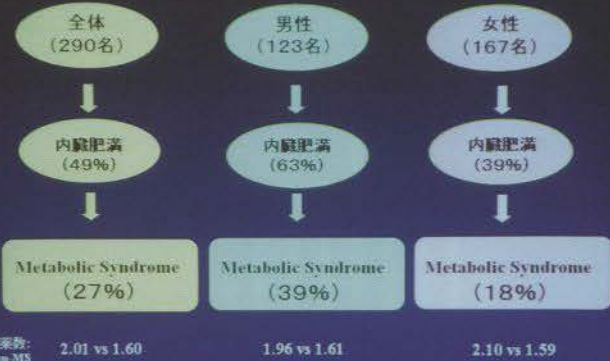
3剤以上降圧薬服用者の特徴

	全対象者	2剤以下	3剤以上
N	720	533	187
年齢	64.0±10.8	64.2±10.6	63.4±11.3
男性/女性	308/412	214/319	94/93*
BMI(kg/m ²)	24.2±3.4	23.9±3.2	25.0±3.7**
血圧(mmHg)	133±13/73±9	133±13/73±9	134±14/73±10
総コレステロール(mg/dl)	204±33	206±33	200±30
中性脂肪(mg/dl)	146±84	139±78	165±95**
HDLコレステロール(mg/dl)	57.3±16.0	58.9±16.8	53.5±13.2**
血糖(mg/dl)	110±33	107±28	118±42**
尿酸(mg/dl)	5.7±1.5	5.6±1.4	6.1±1.6**
アラチニン(mg/dl)	0.82±0.47	0.77±0.40	0.95±0.60**
尿中夜尿排泄量(g/day)	8.84±3.51	8.72±3.51	9.12±3.53
尿蛋白(g/day)	0.27±0.74	0.18±0.22	0.52±1.34*

* p<0.05, ** p<0.01 vs. 2剤以下

Tsuchihashi T, ASH

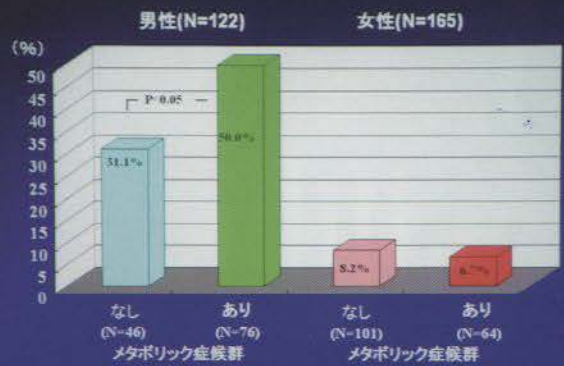
高血圧患者におけるMetabolic Syndromeの頻度



九州医療センター 高血圧外来(2006年)

Ohya Y, Tsuchihashi T, et al. Hypertens Res

高血圧患者におけるメタボリック症候群の有無と高尿酸血症の頻度

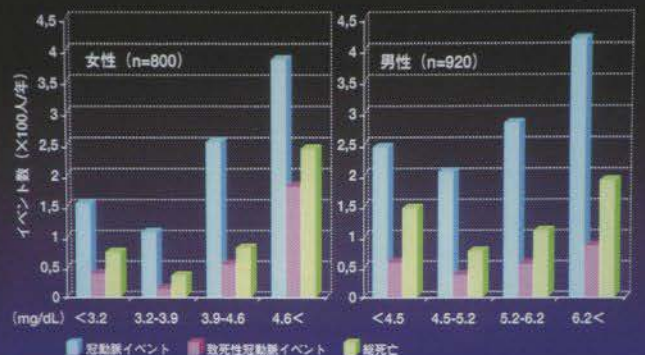


国立病院機構 九州医療センター 高血圧内科

高尿酸血症と心血管疾患 (高血圧患者)

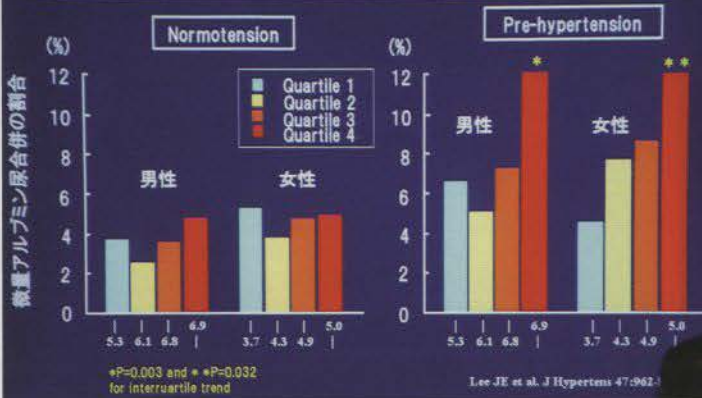
Study	Year	Number	Length of Follow-Up (year)	Independent Predictor in Multivariate Analyses
Hypertension Detection Follow-Up Program Cooperative Research Group	1985	10940	5	Yes
Kaiser Permanente Multiphasic Health Checkup European Working Party on High BP in the Elderly	1990	2062		Yes
Worksite Treatment Program	1999	7978	6.6	Yes
CARDIA	1999	5115	10	Yes (only men)
PIUMA (Progetto Ipertensione Umbria Monitoraggio Ambulatoriale)	2000	1720	4	Yes
SHEP	2001	4327	5	Yes
Syst-China	2001	1873	3	Yes
Syst-Eur	2002	4406	2	No
LIFE	2004	9193	4.8	Yes (only women)
Viaggi et al.	2005	425	4	Yes
Iwashima et al.	2006	619	2.8	Yes

血清尿酸値

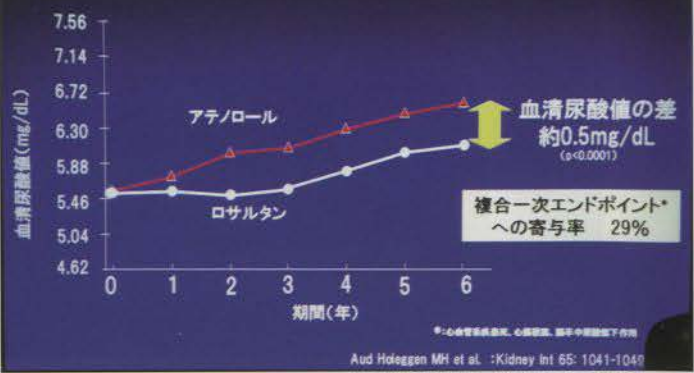


Paolo Verdecchia, et al. Hypertension, 2000;36:1072-1078

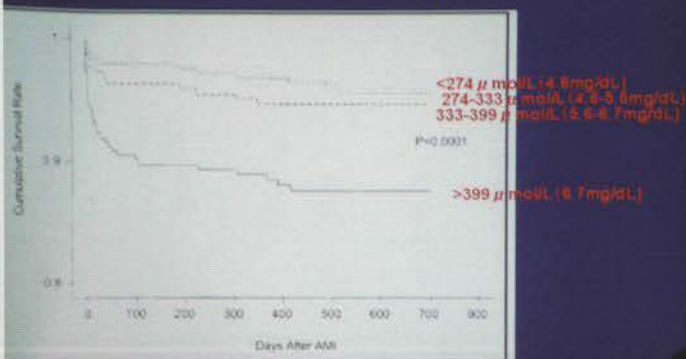
Pre-hypertension尿酸高値群において
微量アルブミン尿合併の割合が高い



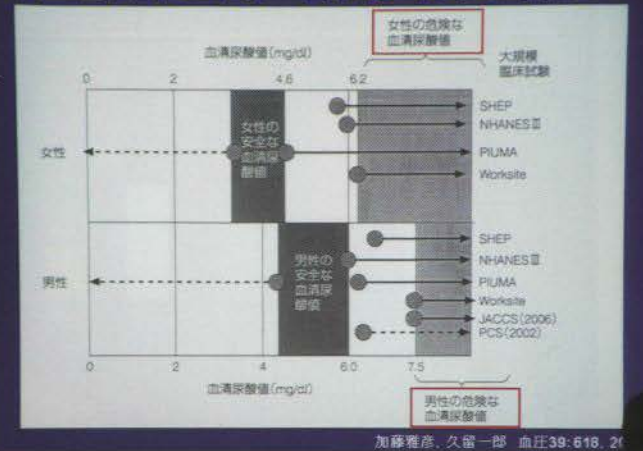
LIFE 尿酸上昇の抑制



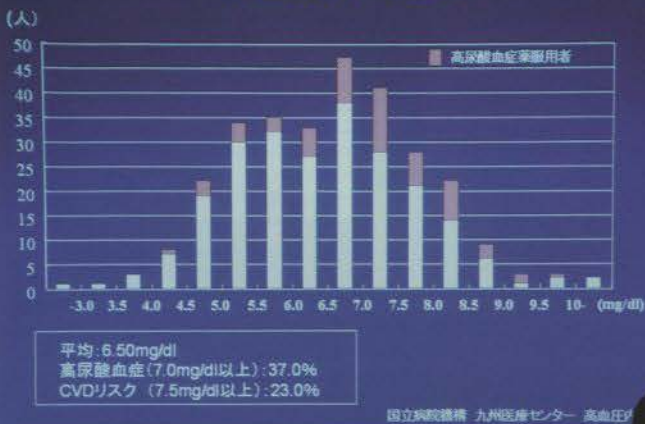
尿酸値が高いほど心筋梗塞後の予後が悪い
JACSS study



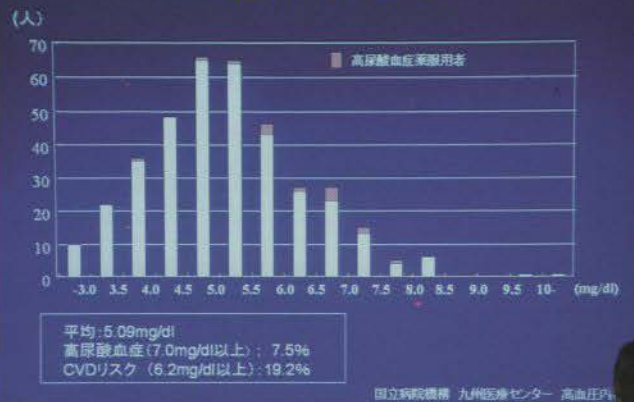
高血圧、高心血管リスク患者における尿酸管理



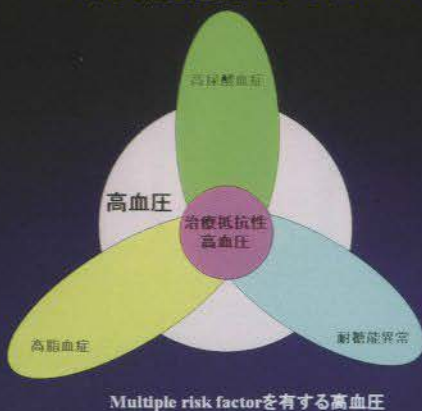
高血圧患者における血清尿酸値の分布(2006年)
— 男性292名(平均63.4歳) —



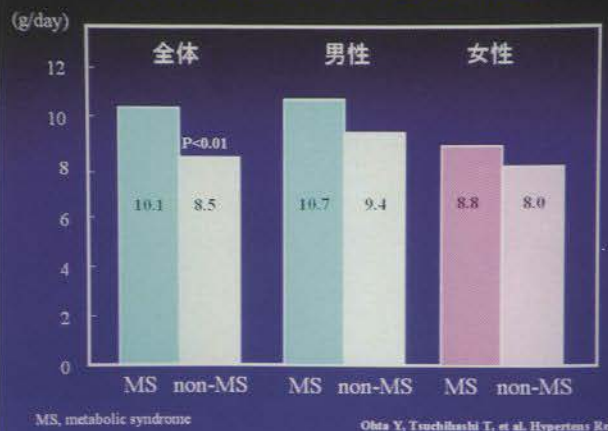
高血圧患者における血清尿酸値の分布(2006年)
— 女性375名(平均65.3歳) —

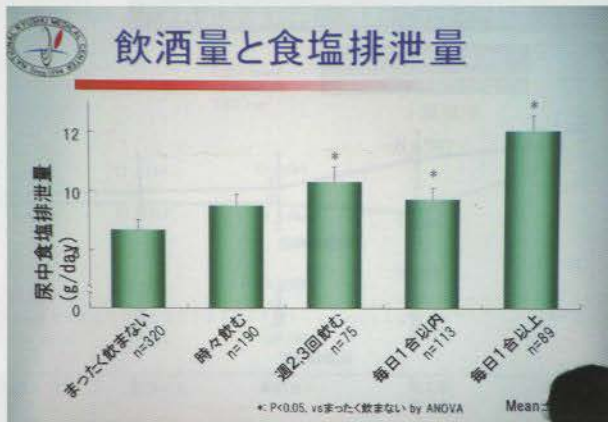


利尿薬を必要とする高血圧



メタボリック症候群と尿中食塩排泄量

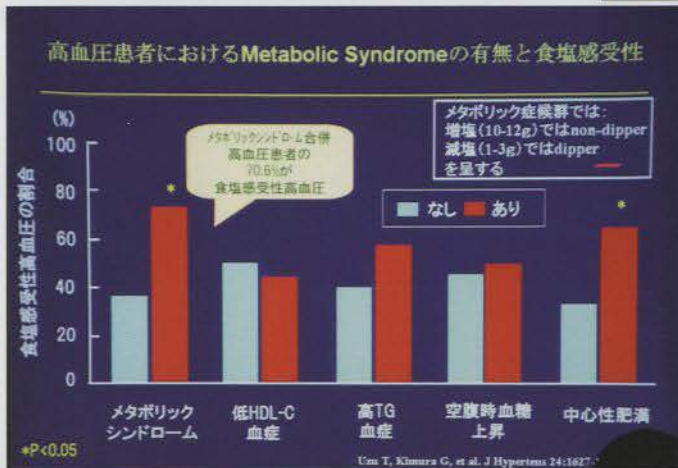




アルコールとおつまみ

品名	エネルギー (kcal)	塩分量 (g)
ワイン(150ml)	157	0
焼き鳥(3本)	300	2.1
ラーメン	548	6.1
ピザ	480	2.1
日本酒(180ml)	206	0
から揚げ(3ヶ)	524	2.4
ネギトウチ(10g)	84	0.2
ぎょうざ	576	2.8

↓
エネルギー・塩分過剰



利尿薬が使用されない理由

代謝性・自覚的副作用に対する懸念 (血清K値、耐糖能、脂質、尿酸、血液濃縮、頻尿...)

↓

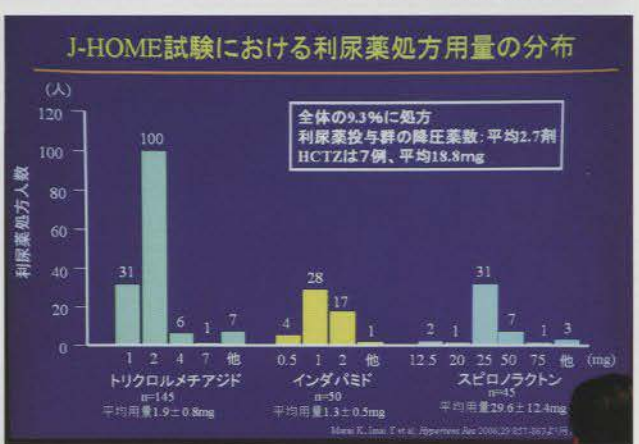
降圧利尿薬の上手な使い方

- 1) 少量を使用すること
- 2) RA系抑制薬と併用すること

National Hospital Organization Kyushu Medical Center

降圧利尿薬の薬価

薬剤名	薬価	1日常用量	1日薬価
ダイクロフラフ	25mg錠 6.40	25~200mg (分1~2)	6.40~51.20
フルイタソ	2mg錠 9.70	2~8mg (分1~2)	9.70~38.80
ペハイド	4mg錠 6.10	8~16mg (分2)	12.20~24.40
ハイグロトン	50mg錠 12.70	50~200mg (分1または隔日)	12.70~50.80
バイカロン	25mg錠 12.60	25~50mg (分1~2)	12.60~25.20
アレステン	150mg錠 22.00	150~300mg (分1~2)	22.00~44.00
ノルモナル	15mg錠 18.10	15~30mg (分1~2)	18.10~36.20
ナトリックス	1mg錠 14.40	2mg (分1)	28.80
	2mg錠 27.40	2mg (分1)	27.40
ラシックス	20mg錠 10.50	40~80mg (分1)	21.00~42.00
	40mg錠 18.40	40~80mg (分1)	18.40~36.80
トリテレン	50mgカプセル 12.30	90~200mg (分2~3)	22.10~49.20
アルダクトンA	25mg錠 26.20	50~100mg	52.40~104.80
	50mg錠 54.30	50~100mg	54.30~108.60



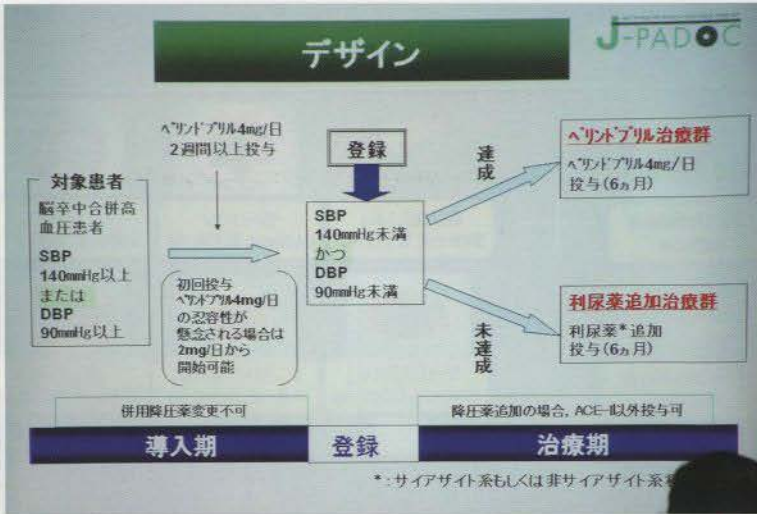
A II受容体拮抗薬とチアジド系利尿薬の併用効果

項目	A II受容体拮抗薬	チアジド系利尿薬	併用
血圧	低下	低下	増強
血清カリウム値	上昇	低下	相殺
インスリン感受性	改善	低下	相殺
血清尿酸値	低下 (ロサルタンのみ)	上昇	相殺

利尿作用の強さと主な使用目的

薬剤系	利尿作用	主な使用目的
サイアザイド系利尿薬	++	高血圧症
ループ利尿薬	+++	浮腫

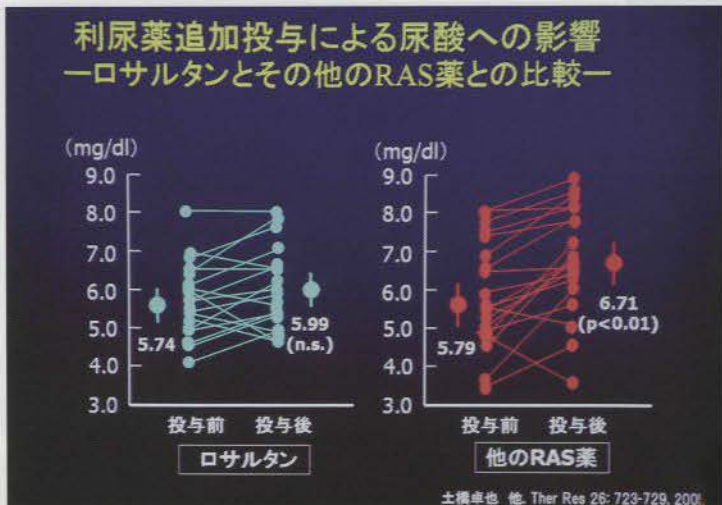
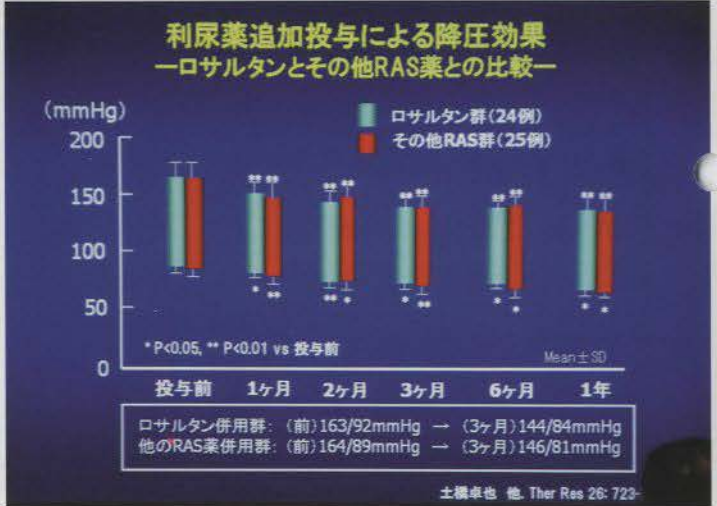
サイアザイド系: 持続性で利尿作用は弱い
ループ利尿薬: 速効性で強力な利尿作用→頻尿



ロサルタンまたは他のARB/ACEIと利尿薬の併用効果

	全体	ロサルタン	その他のRAS薬
人数	49	24*	25**
利尿薬の種類と投与量			
インタバミド (平均0.92 mg/日)	42	19	23
トリクロルメチアゼイド (平均1.86 mg/日)	7	5	2
併用薬(降圧薬)			
Ca拮抗薬	31	13	18
β遮断薬	16	8	8
その他	9	5	4
併用薬(その他)			
高脂血症薬	13	6	7
高尿酸血症薬	4	1	3
経口糖尿病薬	3	1	2

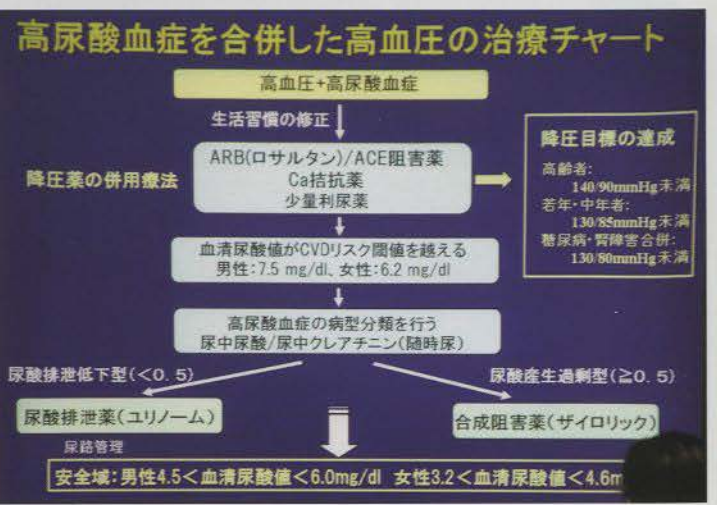
* ロサルタンの平均投与量: 45.8 mg/日. ** ACEI 16人, 他のARB 9人. 土橋卓也 他. Ther Res 26: 722



主要降圧薬の血清尿酸値に及ぼす影響

降圧薬	血清尿酸値
Ca拮抗薬	→ ↓
ARB	→ (ロサルタンのみ ↓)
ACE阻害薬	↓
利尿薬	↑
β遮断薬	→ ↑
α遮断薬	→ ↓

日本高血圧学会ガイドライン



利尿薬治療と糖尿病

- ✓ サイアザイド系利尿薬は用量依存性に糖代謝障害をきたす
- ✓ 主要な機序として体内カリウムの減少があげられる
 - ◆ 血清カリウム値の低下が糖代謝障害発症の一つの目安になる
- ✓ 低用量の利尿薬(HCTZ12.5mg/日相当)は
 - ◆ 降圧効果において通常量(25mg/日以上)と大きな差は無い
 - ◆ 糖代謝を含む代謝性副作用もほとんど問題にならない
- ✓ 他剤、とくにレニン・アンジオテンシン系抑制薬との低用量併用によって、降圧、代謝性副作用低減効果を増強する事ができる

瀧下 修一:血圧.2006;13(6):29-33

大規模臨床試験における糖尿病の新規発症

LIFE	β 遮断薬 + 利尿薬	ARB	+ 利尿薬
ASCOT	β 遮断薬 + 利尿薬	Ca拮抗薬 + ACE阻害薬	
VALUE	Ca拮抗薬 + 利尿薬	ARB	+ 利尿薬
ALLHAT	利尿薬 + β 遮断薬	Ca拮抗薬 + β 遮断薬	

National Hospital Organization Kyushu Medical Center

2007ESH/ESC高血圧治療ガイドライン ~推奨される併用療法~

サイアザイド系利尿薬

β 遮断薬

ARB

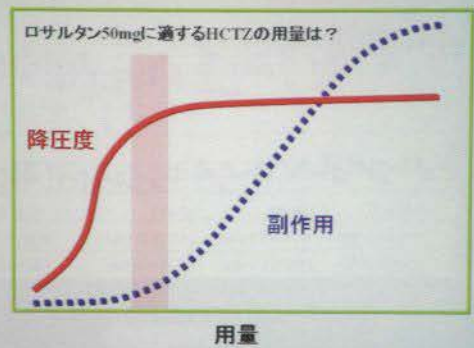
α 遮断薬

CCB

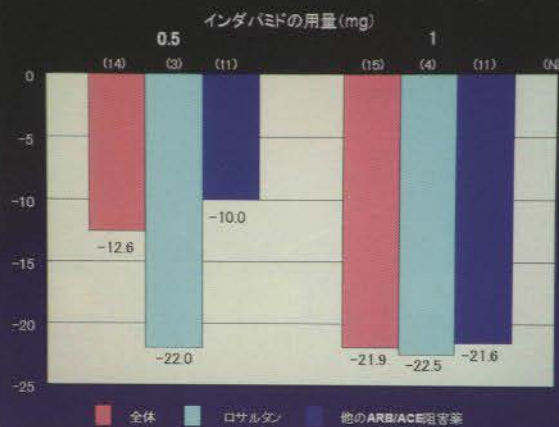
ACEI

J Hypertens.25(2007):1106-1167

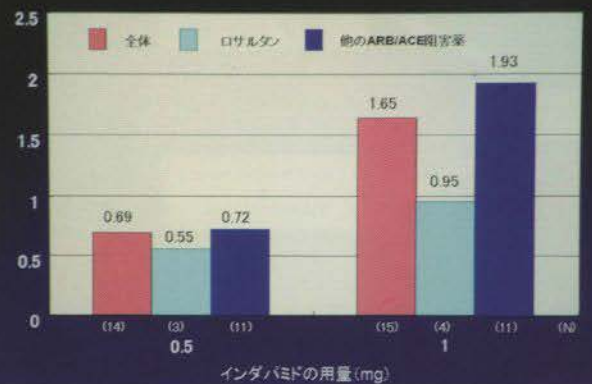
利尿薬の用量と降圧効果・副作用の相関



ARB/ACE阻害薬存在下でのインダパミド追加による降圧効果

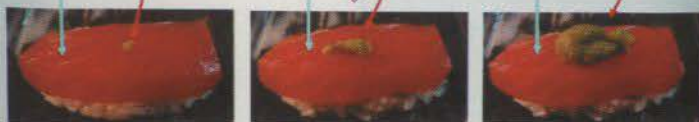


ARB/ACE阻害薬存在下でのインダパミド追加による血清尿酸値の増加



ロサルタンとの併用で有効かつ安全なHCTZの量は??

ロサルタン 50mg HCTZ 6.25mg ロサルタン 50mg HCTZ 12.5mg ロサルタン 50mg HCTZ 25mg



(-.-) 物足りない... (^o^)/ うまい! (ToT) 辛~し

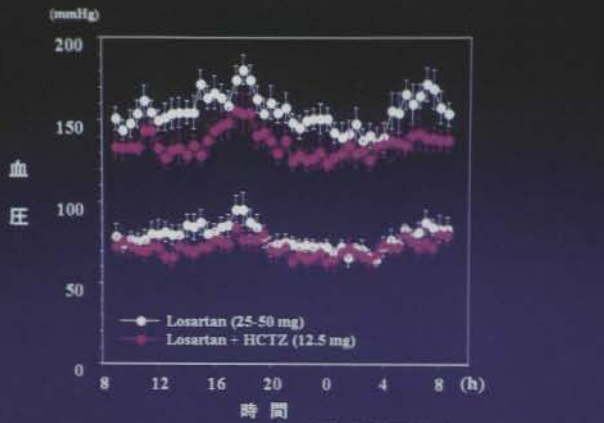
Losartan/HCTZ合剤の有用性



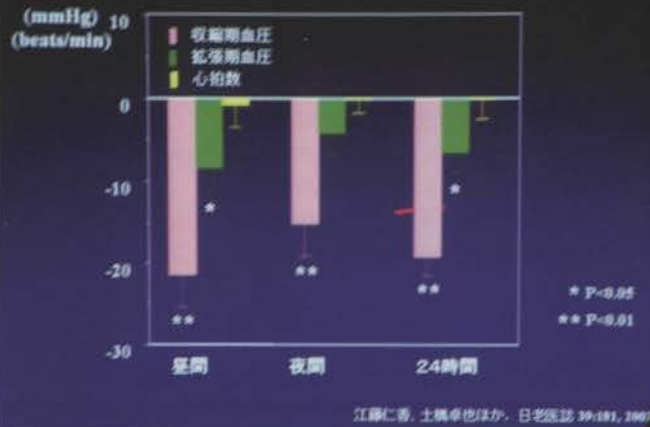
Losartan 50 mg + HCTZ 12.5 mg

National Hospital Organization Kyushu Medical Center

高齢者高血圧におけるARBと利尿薬の併用効果



高齢者高血圧におけるARBと利尿薬の併用効果



ARB高用量からプレミニントへの切り替え

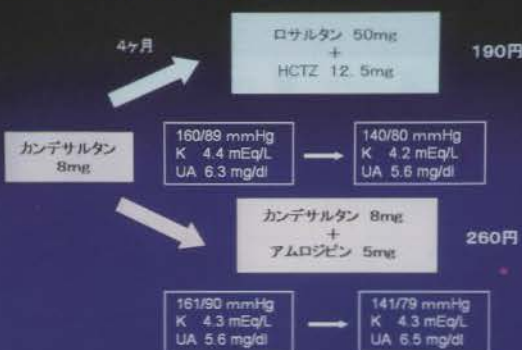


ARBからニューロタン+利尿薬の併用に切り替え時の降圧効果

(日本人における検討)

	江藤 仁香 等 (2002)	土橋 卓也 等 (2002)	西橋 孝平 等 (2002)	小野 誠 等 (2002)	渡邊 隆 等 (2002)	奥田 隆 等 (2002)
対象患者	高齢者高血圧 (平均75歳)	高血圧 (平均55歳)	高血圧 (平均52歳)	高齢者高血圧 (平均76.3歳)	高齢者高血圧 (平均73.3歳)	高血圧 (平均55歳)
ARB	ニューロタン 25~50mg	ニューロタン 25~50mg	ニューロタン 50mg	ディオバン 80mg	ディオバン 80mg	プロプレス 5mg
利尿薬	ニューロタン 25~50mg + ダイオライド 12.5mg	ニューロタン 25~50mg + ダイオライド 12.5mg	ニューロタン 50mg + ダイオライド 12.5mg	ニューロタン 50mg + ダイオライド 12.5mg	ニューロタン 50mg + ダイオライド 12.5mg	ニューロタン 50mg + ダイオライド 12.5mg
切替前	160±6	163	156±15	154.4±11.3	153.3±13.3	145±10
切替後	139±3 (4週間後)	144 (3ヶ月後)	134±13 (3ヶ月後)	132.6±7.8 (3ヶ月後)	135.2±5.7 (6ヶ月後)	123±12 (12ヶ月後)
変化量	Δ21	Δ19	Δ22	Δ21.8	Δ18.1	Δ22

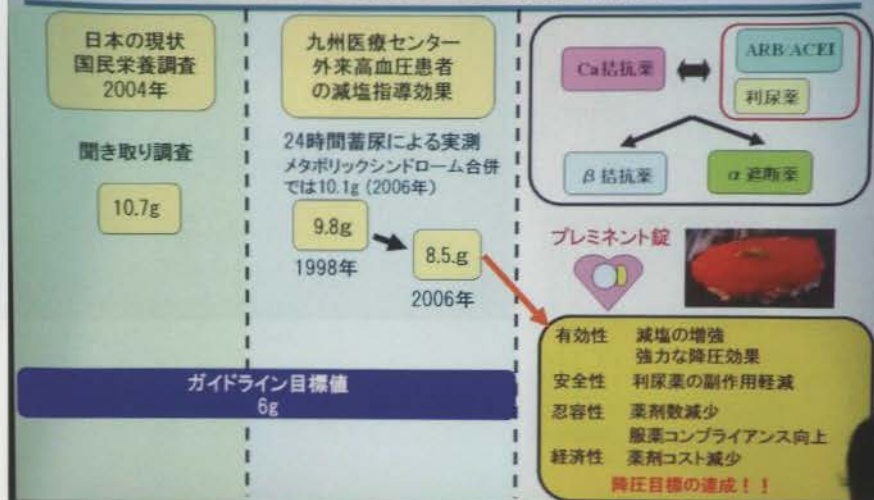
ARBを基礎薬とした併用療法



降圧薬の選択



高血圧治療における次の一手 ~ワサビをきかせた降圧療法~



IX.

9月定例理事会

日時:平成19年9月11日(火)午後7時30分より

場所:医師会事務局

議題:

I. 報告事項

1. 郡市医師会医療情報システム担当理事協議会(8/9) (佃理事)
2. 光市健康増進計画推進会議(8/30) (河村会長)
3. 郡市医師会特定健診担当理事協議会(8/30) (兼清理事)
4. 郡市医師会医療廃棄物担当理事協議会(9/6) (佃理事)
5. 郡市医師会地域医療担当理事協議会(9/6) (佃理事)

II. 協議・承認事項

1. 忘年会・新年互礼会の日程について (清水理事)

資料⑥ 1. 平成19年度郡市医療情報システム担当理事協議会

平成19年8月9日(木)午後3時

場所:山口県医師会館 6階 大会議室

協議事項

1. 都道府県医師会医療情報システム担当理事協議会の報告(3月22日)
2. 全国医師会医療情報システム協議会の報告(2月17日、18日)

EHR:Electric Health Record

現在、フランス、カナダ、イギリス、アメリカ、オーストラリアにおいて取り組まれている。

医療機関などの施設に閉じた医療情報を地域・国家レベルで共有し、患者のために有効利用する。

3. やまぐち医療情報ネットワークシステムへの取り組みについて

病院57%、診療所21.2%で、加入の多い地域は宇部・小野田地域の53.7%

4. 今年度のORCA推進事業について

ORCA体験・研修会を柳井・光地区(8/25)長門・美祢地区(9/8)小野田・厚狭地区(10/6)で行う。

現在ユーザー数は3200施設以上である。10000施設を目標にしている。

5. レセプトオンライン請求について

政府与党医療改革協議会:レセプト請求を平成23年(2011)までに原則オンライン化する政策提言を行った。

厚生労働省:それを受けて、平成23(2011)年4月以降オンライン請求以外では請求できない。例外はない。

日医の見解:オンライン請求できない医療機関にも十分配慮する必要がある。時期尚早である。

規制改革会議医療主査 松井道夫(松井証券ネット証券・オンライントレード)

支払基金に5500人・年間880億円、国民健康保険団体連合会に1058億円程度の予算が費やされている。レセプト枚数で18億枚に上り、それらをオンライン化することにより審査支払いコストのドラスティックな削減が可能。(厚労省「それらは殆どアウトソーシングされており、その削減はありえない」。審査支払い業務を保険者にさせてはどうか?(厚労省「医療機関がレセプト審査に査定を受けるという立場にあることから、審査を円滑に実施する、紛争を未然に防ぐという観点から支払基金は審査・支払い業務を委託されている。保険者の直接審査には医療機関の同意が必要である」)

全国保険医団体連合会

政府の狙いと私たちの基本的な立場

政府は2006年1月、「IT戦略本部」が策定した「IT新改革戦略」で、オンライン方式による診療報酬請求を「緊急課題」として位置づけた。

その中で診療報酬オンライン請求の目的について「医療の情報化を通じて集積される診療情報、検診結果および診療報酬請求データ等の健康情報を有効に活用し、「医療の情報化の促進により事務管理経費を削減し、医療費の適正化を進める必要がある」とその狙いを明確に述べている。

また2006年6月に成立した「医療改革関連法」で打ち出された、「医療費適正化計画」、「医療保険制度の都道府県単位化」、「特定健診・特定保健指導」とのリンク、より詳細な、「医療機能情報」の提供、地域ごと、年齢ごとの「新診療報酬体系への効率的な対応」、「指導・監査、立入り検査等への効率的な活用」、「保険者機能の強化」などの課題は、診療報酬オンライン請求による「情報のデータ化」、「データの蓄積」、「保険者への集中」がなければ実現しないものである。従って診療報酬オンライン請求は、さらなる医療費削減のための「前提条件」であることは明らかである。

それだけではなく審査、支払いの在り方そのもの、保険診療の在り方そのものにも重大な影響をもたらすものである。

またIT化を具体的にすすめる周辺環境の整備が不十分な現状で、診療報酬オンライン請求を強制的に導入すれば、長年にわたり地域医療を支えてきた保険医療機関の存続や、医療の安全確保、良質な医療の提供にも大きな影響を及ぼすことになる。またセキュリティ確保に対する対応が不十分な問題など、国民、患者の不利益につながる重大な問題を含み、国民・患者にとって必要な真の保険医療の発展にはつながらない。

このように多くの問題を含んだ診療報酬オンライン請求には反対であり、抜本的な見直しを求めるものである

資料⑦ 3. 平成19年度郡市医師会特定健診担当理事協議会

日時:平成19年8月30日(木)

場所:山口県医師会館 6階 大会議室

特定健診・特定保健指導への対応方針(案)について

○組織体制

- ①会内に特定健診・特定保健指導対策委員会の設置
委員長 木下副会長、潰本常任理事、田中豊秋理事
- ②郡市特定健診・特定保健指導担当理事協議会の開催
- ③特定健診・特定保健指導関係団体連絡会議の開催

山口県、支払基金、国保連合会、市町、健保連、共済、政管健保、看護協会、栄養士会

○郡市医師会、会員医療機関等の意向調査及び研修会

①郡市医師会、会員医療機関等意向調査の実施

②研修会の開催

・制度説明 9月

・運用説明 12月

○特定健診、保健指導機関のホームページ等による公表

山口県医師会が会員特定健診・保健指導機関を取りまとめ、ホームページ等により公表

○社会保険診療報酬支払基金への届け出

山口県医師会が会員健診・保健指導機関を取りまとめ、社会保険診療報酬支払基金へ届け出
(特定健診・保健指導機関番号は、医療機関コードと同じ。)

○保険者との契約

会員特定健診・保健指導機関の委任を受け、山口県医師会が代表保険者又は
保険者と特定健診・特定保健指導について契約を締結する。

○標準単価の設定

保険者と協議し、標準単価を設定する。

日医が厚生労働省等に提示している単価

・特定健診(必須項目)

空腹時血糖を実施した場合 7,066円

HbA1cを実施した場合 8,946円

・特定保健指導

積極的保健指導のトータル180ポイントで 21,544円

ただし、制度開始時は約4万円

資料⑧ 4. 平成19年度郡市医療廃棄物担当理事協議会

日時:平成19年9月6日(木)

場所:山口県医師会館 6階 大会議室

文責:河内山啓二担当補佐

1) マニフェスト交付状況等について

・法令改正により、産業廃棄物管理票(マニフェスト)を交付した事業者は平成20年以降毎年6月30日までに、その年の3月31日以前の1年間に交付した産業廃棄物管理票の交付等の状況を県(各健康福祉センター)に報告しなければならなくなりました。平成20年度からの報告に備えてマニフェストや帳簿の整理などの準備をするようにとのことです。

・電子マニフェスト利用分は情報処理センターが集計して報告するために事業者自らが報告する必要がないとのことです。

・マニフェストについては、平成2年にスタートし紙マニフェストの普及が進んだが虚偽記載や偽造による産業廃棄物の不適切処理が問題となっており電子マニフェストを導入することで不適正処理防止と適正処理の推進を図るとのことです。

2) 電子マニフェストについて

複写式の「紙マニフェスト」のかわりにパソコンや携帯電話を使ってインターネット経由でマニフェストを交付するシステムで(財)日本産業廃棄物処理センター(情報処理センター)が「JWNET」の名称で一括管理運用を行っているそうです。

・電子マニフェストの仕組、導入のメリット、利用料金、加入状況、問い合わせ、加入手続き→別紙A参照

3) 医療機関等を対象とした特別管理産業廃棄物管理者に関する講習会について→別紙B参照

4) 質問・要望等について

Q:レントゲン装置 現像器 マイクロ治療器 心電計 超音波装置 牽引装置 その他の医療器の廃棄はどうすればよいか

A:産業廃棄物として処理してよい。マニフェストの受領を確実にすること。X線装置は所轄保健所にX線装置廃棄届けを出す。PCB使用の有無を確認する。買換え時は業者が引き取る。

Q:在宅医療廃棄物処理の対応について

A:现阶段で最も望ましい方法としてa 注射針等の鋭利なものは医療関係者あるいは患者、家族が医療機関に持ち込み感染性廃棄物として処理する。b その他の非鋭利な物は、市町村が一般廃棄物として処理するという方法が考えられる。

Q:電子マニフェストを導入する予定のない場合は、これまで通りでよいのでしょうか。

A:紙マニフェストも従来通り使用可能です。但し、平成20年から施行される「マニフェスト」交付状況報告」では排出事業者は交付した紙マニフェストの実績を報告しなければなりません。電子マニフェストを導入した場合は、JWNETが代わって報告するため、排出事業者の提出義務は免除されます。

その他電子マニフェストに関する質問が何件もありました。

5) 電子マニフェストについての具体的説明

2)の内容で山口県産業廃棄物協会よりビデオとお話による説明・解説がありました。

X. 学術講演会&月例会

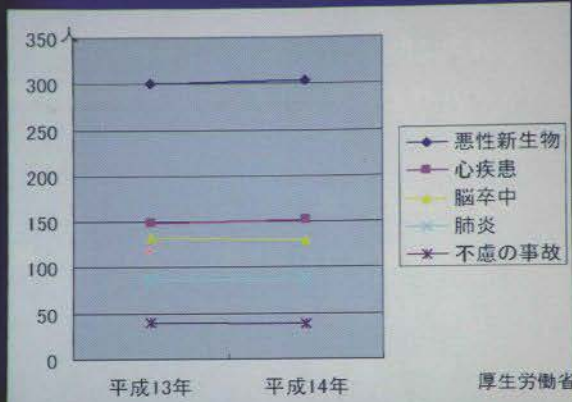
『脳卒中の治療戦略』～虚血性脳血管障害を中心に～

講師 特定医療法人 同仁会 周南記念病院
脳神経外科部長 案田 岳夫 先生

日時:平成19年9月25日(火)19:00~

会場:光市商工会館2F

死亡数(対人口10万人)の推移



脳卒中の受療率の推移



介護が必要となった主な原因



2004年4月~2006年3月の当科全入院患者数: 589



脳卒中

- 虚血性脳血管障害
- 脳出血
- クモ膜下出血

アテローム血栓性脳梗塞

- 頭蓋内、外主幹動脈のアテローム硬化を原因とする脳梗塞
- アテローム硬化の好発部位
内頸動脈起始部、中大脳動脈水平部、椎骨動脈起始部、脳底動脈中間部など
- 機序: 塞栓性、血行不全性(血栓性、血行力学性)

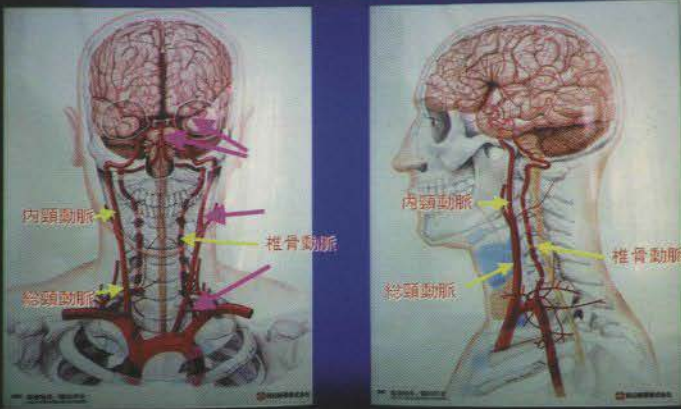
ラクナ梗塞

- 穿通動脈(穿通枝)閉塞による深部白質小梗塞(3~20mm)
- 脂肪硝子変性(高血圧性)による、または微小粥腫による穿通枝閉塞、または主幹動脈アテローム硬化による穿通枝入口部閉塞
微小塞栓(心原性、動脈原性)

虚血性脳血管障害の臨床病型

- ラクナ梗塞
- アテローム血栓性脳梗塞
- 心原性脳塞栓
- その他の脳梗塞
- 一過性脳虚血発作

アテローム硬化好発部



心原性脳塞栓

- 心臓内に形成された血栓による脳塞栓、または、シャント性心疾患を介する右心系からの奇異性脳塞栓症
- 基盤となる心疾患
 - 非弁膜症性心房細動、リウマチ性心臓病、急性心筋梗塞、心室瘤、心筋症、人工弁、卵円孔開存

その他の脳梗塞

- 動脈解離(大動脈、椎骨動脈、内頸動脈、その他の頭蓋内主幹動脈)
- 血管炎
- 脳血管攣縮など
- 抗リン脂質抗体症候群
- 高ホモシステイン血症
- 高ヘマトクリット血症
- 高フィブリノーゲン血症
- 先天性血栓性素因
 - プロテインC、プロテインS、プラスミノゲン異常

一過性脳虚血発作(TIA)

- 24時間以内に消失する脳虚血による神経脱落症状
- 発症機序
 - 微小塞栓 動脈塞栓
 - 心原性塞栓
 - 脳血行力学性

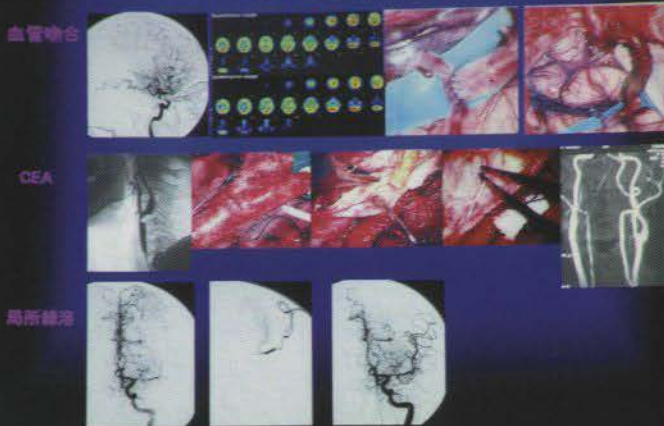
臨床病型別治療法

- **ラクナ梗塞**
 - (超急性期: rt-PA静注療法)
 - 急性期: オザゲレルナトリウム点滴静注、またはアスピリン200mg内服
 - 再発予防: アスピリン 81mg、クロピドグレル 200mg、アサメチン 100mg、ロバスタチン 20mg
- **アテローム血栓性脳梗塞**
 - 超急性期: rt-PA静注療法、局所線溶療法(UK)
 - 急性期: オザゲレル、またはアルガトロバン点滴静注、またはアスピリン200mg内服
 - 再発予防: アスピリン 81mg、クロピドグレル 200mg、アサメチン 100mg、ロバスタチン 20mg
 - 頸頭部主幹動脈狭窄閉塞例: 発症1ヶ月後、脳血流を評価後バイパス、CEAの適応を考慮
- **心原性脳塞栓**
 - 超急性期: rt-PA静注療法、局所線溶療法(UK)
 - 急性期: エダラボン点滴静注
 - 再発予防: 抗凝固療法(ヘパリン、ワルファリン PT INR 1.8-2.0)
- **TIA**
 - 脳梗塞発症予防: 抗血小板療法(主幹動脈狭窄、閉塞例)、抗凝固療法(心原性塞栓例)
 - 脳血流評価後、バイパス、CEA等を考慮

治療

- 急性期治療
 - 超急性期線溶療法(静注tPA、動注UK)
 - 抗血栓療法
 - 脳保護、抗酸化療法
 - 抗浮腫治療、減圧開頭術
- リハビリ(急性期、回復期、維持期)
- 再発予防
 - 脳梗塞危険因子管理
 - 抗血栓療法
 - 血行再建術

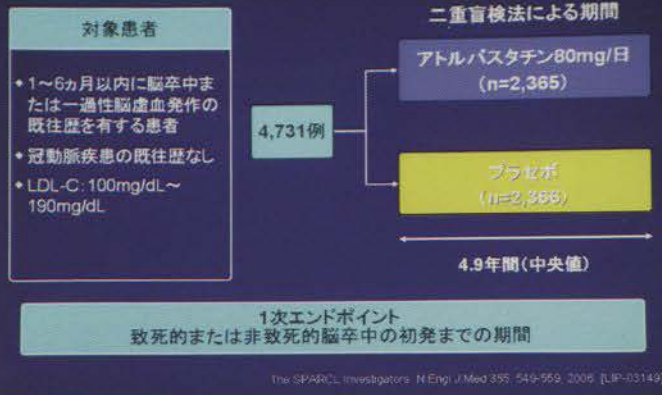
頸血の治療



脳梗塞再発予防の危険因子コントロール

- **高血圧:** 降圧療法が推奨される(グレードA)
 - 急性期: 収縮期220以上、拡張期140以上、平均130以上で降圧を図る
 - 慢性期: 一次目標(発症2から3ヶ月)150/95未満、最終(数ヶ月)140/90未満 (JSH 2004)
- **糖尿病:** 糖尿病のコントロールが推奨される(グレードC1)
- **高脂血症:** 高脂血症のコントロールが推奨される(グレードC1)
 - アトルvastatin 40mg内服にて、脳梗塞再発は16%軽減 (SPARCL)
- **心房細動:** 非弁膜症性: ワルファリンが有効である(PT INR: 2-3) (グレードA)
 - 70才以上では、PT INR: 1.6-2.6を目標に

SPARCLの試験デザイン



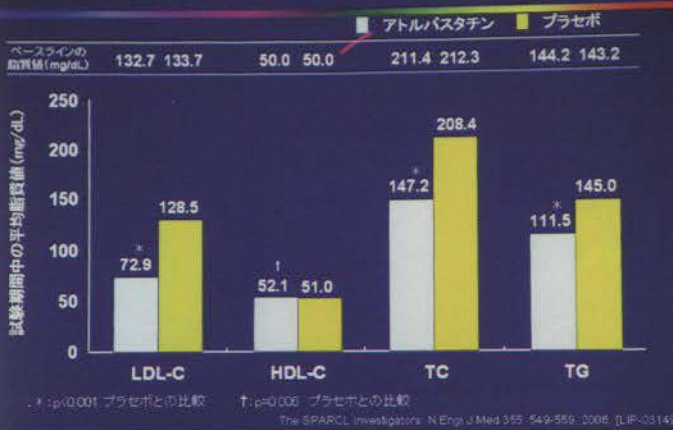
ベースライン時の患者背景

	アトルバスタチン (n=2,365)	プラセボ (n=2,366)
年齢(歳)	63.0	62.5
男性 (%)	60.3	59.0
喫煙 (%)	19.1	19.3
収縮期血圧/拡張期血圧(mmHg)	139/82	138/81
登録時の既往歴 (%)		
一過性脳虚血発作	29.9	31.8
脳卒中	70.0	68.2
虚血性	67.4	65.9
出血性	1.9	2.0
その他	0.6	0.3
高血圧 (%)	62.4	61.4
糖尿病 (%)	16.7	16.9

患者の割合 (%) あるいは平均値

The SPARCL Investigators. N Engl J Med 355: 549-559, 2006. [JIP-03149]

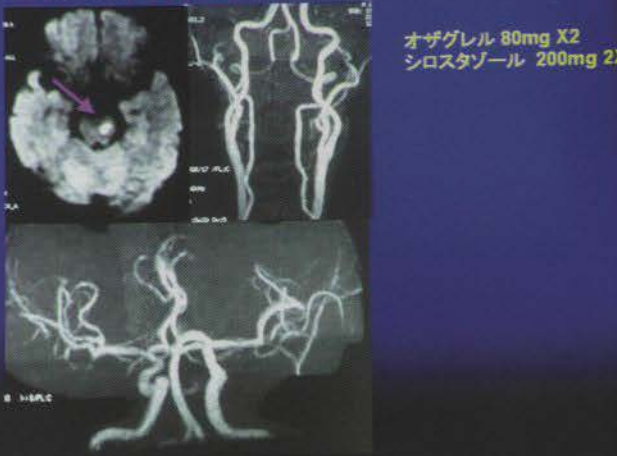
試験期間中の脂質値



1次エンドポイント: 致命的・非致命的脳卒中



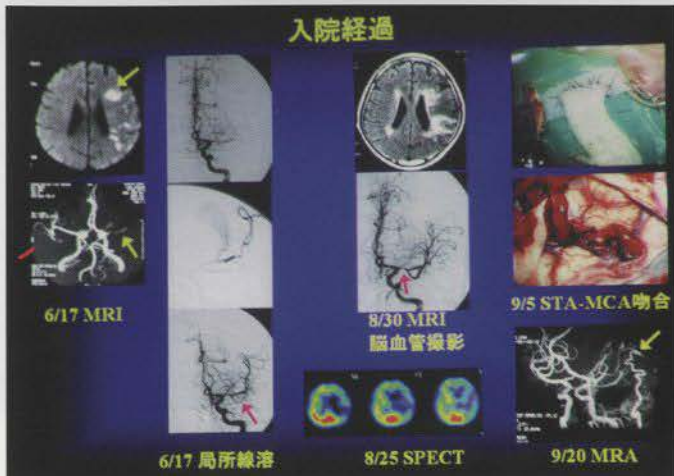
ラクナ梗塞 症例: 68才、男性、高血圧あり



(症例) 65才、男性



入院経過



心原性脳塞栓



NIHSS (NIH stroke scale)

- 意識水準(0~3) 下肢の運動右(0~4)
- 意識障害-質問(0~2) 下肢の運動左(0~4)
- 意識障害-従命(0~2) 運動失調(0~2)
- 最良の注視(0~2) 感覚(0~2)
- 視野(0~3) 最良の言語(0=3)
- 顔面麻痺(0~3) 構音障害(0~2)
- 上肢の運動右(0~4) 消去現象と注意障害(0~2)
- 上肢の運動左(0~4)

転 帰

	自宅退院	転院	死亡	入院中
1.ラクナ梗塞	64 (87.7%)	7 (9.6%)	2 (2.7%)	0
2.アテローム血栓性	46 (65.7%)	15 (21.4%)	8 (11.4%)	1 (1.4%)
3.心原性脳塞栓	17 (38.6%)	13 (29.5%)	12 (27.3%)	2 (4.5%)
4.その他の脳梗塞	4 (100%)	0	0	0
5.TIA	18 (94.7%)	1 (5.3%)	0	0
総計	149 (71.0%)	36 (17.1%)	22 (10.5%)	3 (1.4%)

各臨床病型における脳梗塞危険因子保有率

	高血圧	糖尿病	高脂血症	喫煙	飲酒
ラクナ梗塞 (73)	71.2% (52)	26.0% (19)	43.8% (32)	28.8% (21)	2.7% (2)
アテローム血栓性 (70)	65.7% (46)	27.1% (19)	41.4% (29)	32.9% (23)	7.1% (5)
心原性脳塞栓 (44)	65.9% (29)	25.0% (11)	25.0% (11)	15.9% (7)	15.9% (7)
その他 (4)	50.0% (2)	25.0% (1)	25.0% (1)	25.0% (1)	25.0% (1)
TIA (19)	68.4% (13)	15.8% (3)	57.9% (11)	31.6% (6)	10.5% (2)
総計 (210)	67.6% (142)	25.3% (53)	40.0% (84)	27.6% (58)	8.1% (17)

各臨床病型における入院中再発

	総数	再発なし	再発あり
1.ラクナ梗塞	73	72	1
2.アテローム血栓性	70	59	11 a
3.心原性脳塞栓	44	39	5 b
4.その他	4	2	2
5.TIA	19	19	0
総数	210	191	19

a: p<0.01, 1 vs 2; χ^2 乗検定

b: p<0.05, 1 vs 3; χ^2 乗検定

アテローム血栓性脳梗塞 (70例)

	再発なし (59)	再発あり (11)
年齢	75.3±11.4	72.5±10.2
入院時NIHSS	6.5±6.5	5.1±5.4
3M NIHSS	3.9±5.7	6.8±6.9
入院期間	65.2±53.6	112.4±98.9
性別男	33 (55.9%)	5 (45.5%)
高血圧	38 (64.4%)	8 (72.7%)
糖尿病	15 (25.4%)	4 (36.4%)
高脂血症	25 (42.4%)	5 (45.5%)
喫煙歴	18 (30.5%)	4 (36.4%)
飲酒歴	5 (8.5%)	0 (0%)
CEA	2 (3.4%)	0 (0%)
STA-MCA吻合	4 (6.8%)	2 (18.2%)
局所線溶療法	1 (1.7%)	0 (0%)

a: p<0.05, t検定

2004/4/1~2006/3/31 虚血性脳血管障害患者治療成績のまとめ

- ラクナ梗塞: 軽い症状。多くが自宅退院。
- アテローム血栓性脳梗塞: 急性期増悪、再発例が多い。病態は多種多様。特に中大脳動脈狭窄、閉塞例に対する、現行の急性期治療には課題が残る。
- 心原性脳塞栓: 高齢に多く、重篤な症状で発症し、予後も不良である。
- 超急性期患者に対する、rt-PA静注療法が期待される。

虚血性脳血管障害

現行治療の問題点、今後の展望 (私見)

- 超急性期心原性脳塞栓に対するrt-PA静注療法の効果判定には、症例の蓄積を要する。発症予防、二次予防が重要である。
- アテローム血栓性脳梗塞、特に中大脳動脈アテローム硬化による脳梗塞に対しては、強力な抗血栓療法・脳保護療法を行うか、または急性期血行再建術を要するものと思われる。超急性期症例に対する、rt-PA静注の効果判定には、症例の蓄積を要する。また、追加治療の必要性を検討するべきである。
抗血栓作用、抗炎症作用、NO産生を介する血管拡張作用、プラーク安定化作用等を有する、スタチンの急性期からの投与は急性増悪、再発予防の可能性を秘めている。
- 虚血性脳血管障害発症予防が大事である。

脳卒中発症予防のevidence

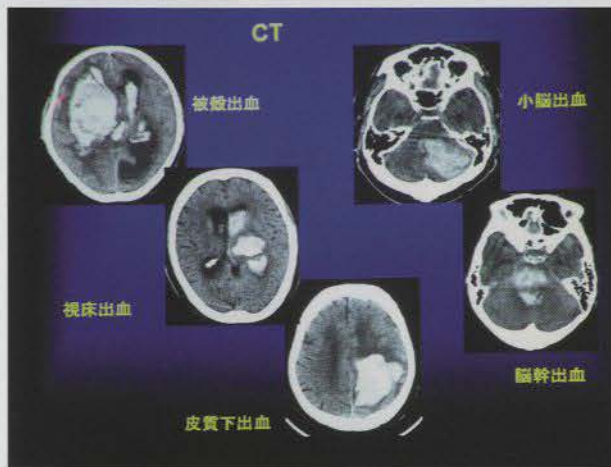
- 高血圧: 降圧療法が推奨される(グレードA)
- 糖尿病: 血糖のコントロール(グレードC1)
2型糖尿病では厳格な血糖コントロール(130mg以下)(グレードA)
- 高脂血症: 冠動脈疾患患者で、スタチンの大用量投与が有効である(グレードA)
- 心房細動: 脳梗塞、TIAの既往、高齢(70~75才以上)、心不全、高血圧の既往、冠動脈疾患、糖尿病のいずれかを合併した非弁膜性心房細動は、ワーファリンが推奨される(グレードC)。PT INR: 2~3、高齢者ではPT INR: 1.6~2.6
脳卒中の既往や、危険因子のない場合、ワルファリン禁忌の患者にはアスピリンが推奨される(グレードB)
- 喫煙: 禁煙(グレードA)
- 無症候性脳梗塞: 高血圧のコントロールが推奨される(グレードB)
- 無症候性内頸動脈狭窄: 60%以上の狭窄には、最善の内科的治療に加え、エキスパートによる、CEAが推奨される(グレードA)

脳出血 ICH

〔(hypertensive) intracerebral hematoma〕

2004/4/1~2007/3/31、入院加療を受けた脳出血患者:101例
男性54例(53.5%)、年齢:39~95才、平均年齢71.9才
来院時NIHSS:0~40、平均NIHSS 10.8

- ・ 被殻出血 25
- ・ 視床出血 33
- ・ 小脳出血 13
- ・ 皮質下出血 19
- ・ 脳幹出血 7
- ・ その他(尾状核その他) 4



基礎疾患

	あり	なし	不明	率[%]
高血圧	83	18	0	82.2
高脂血症	28	62	11	31.1
糖尿病	11	82	8	11.8
喫煙	19	76	6	20
飲酒	16	79	6	16.8
抗血小板剤	8	93	0	7.9
抗凝固剤	3	98	0	2.9

治療

観血的治療 24手技

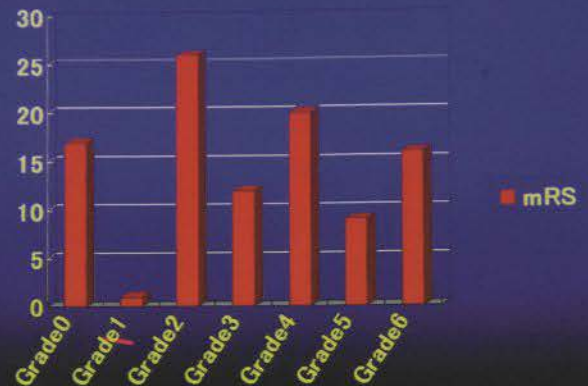
開頭血腫除去術	9
穿頭定位血腫除去術	5
脳室ドレナージ	7
脳室腹腔シャント術	3

保存的治療

鑑別診断

- ・ 出血発症もやもや病
- ・ 脳静脈洞血栓症
- ・ AVM、硬膜動静脈瘻
- ・ 出血性脳梗塞
- ・ 破裂脳動脈瘤など

転帰〔退院時mRS〕



まとめ

- ・ 軽症例: 保存的療法
- ・ 重症例: 手術治療を要する場合がある
- ・ 一般的手術適応(血腫除去術): (グレードC1)
被殻出血31cc以上、小脳出血長径3cm以上、
皮質下出血50cc以下(60歳以下)
- ・ 何れも、再発予防の血圧コントロールが重要
- ・ 鑑別診断を要する

クモ膜下出血

- ・ 症状: 突然起こり、持続する頭痛
悪心、嘔吐、意識障害、その他
- ・ 発症頻度
対人口10万人あたり、年間20人
- ・ 原因: 脳動脈瘤破裂85%
その他の病変からの出血5%
原因不明10%

クモ膜下出血分類

神経学的重症度分類

H&K grade 1~5

G1:JCS0-1, G2:JCS0-1, G3:JCS2-10, G4:JCS20-100, G5:JCS200-300

WFNS grade 1-5

G1:GCS15, G2:GCS13-14, 片麻痺なし、G3:GCS13-14, 片麻痺あり、
G4:GCS7-12, G5:GCS3-6

CT分類

Fisher group 1-4

G1:クモ膜下出血を指摘できない、G2:1mm以下の厚さクモ膜下出血
G3:1mm以上の厚さのびまん性のクモ膜下出血、
G4:脳内血腫または脳室内血腫のみ

治療

- 再破裂予防: 脳動脈瘤頸部クリッピング術、その他
脳動脈瘤瘤内塞栓術
(一般的適応: H&K grade 1-3, G4は状況による)
- 脳血管攣縮に対する治療
薬物治療、意図的高血圧、輸液負荷、
血液希釈、血管内治療
- 水頭症に対する治療
脳室腹腔シャント術、脳室心房シャント

クモ膜下出血3大合併症

- 再破裂(再出血): 24時間以内約4%、その後、1.5%/日で、
発症後14日間で、19%となる。
- 脳血管攣縮: 発症3~4日で生じ、5~14日でピークに達し、
2~4週で消退する、脳血管の狭窄。約25%に脳虚血症状
が出現し、約20%が脳梗塞となる。
- 正常圧水頭症: 髄液循環不全による髄液貯溜。認知症、歩
行障害、尿失禁。約30%。

予後

- 初回出血で、約50%が死亡か重篤な後遺症。
- 再破裂予防治療が行われた場合、
社会復帰: 約60~70%、軽い後遺症: 約10%、
重篤な後遺症: 約5~10%、植物状態: 約3~4%、
死亡: 約15%。

と一般的に言われている。

過去3年間(2004/1/1~2006/12/31)の 当院のクモ膜下出血患者全45症例

- 性別: 男性10例、女性35例
- 年齢: 40~91才、平均年齢: 70.0才
- 住居: 下松市26例、周南市16例、光市1例、他県2例
- 受診様式: 救急搬送40例(88.9%)、その他3例(6.7%)
院内発症1例
(下松救急28例、周南救急6例、光救急6例)
- 発症から入院までの時間: 0~91時間、平均時間: 7.7時間

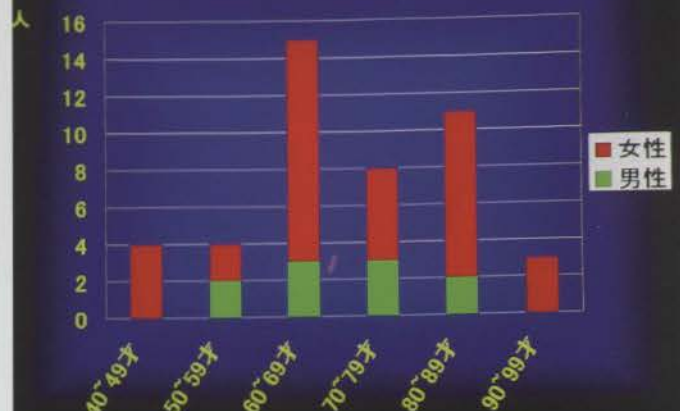
患者背景

- クモ膜下出血の家族歴: 有9例(22.0%)、無32例、不明4例
- 喫煙歴: 有11例(28.9%)、無27例、不明7例
- 高血圧: 有26例(63.4%)、無15例、不明4例
- その他の合併症: 糖尿病4例、心疾患3例、
他の脳血管障害の既往3例、その他15例
- 入院までの再破裂: 有3例(8.6%)、無32例、不明4例

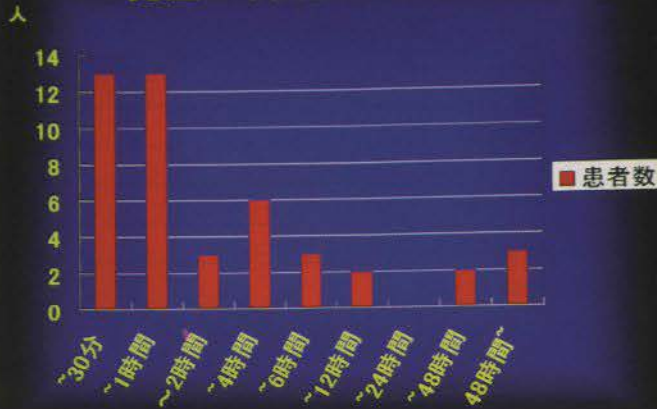
破裂脳動脈瘤

部位	サイズ
ICA 13 (43.3%)	5mm未満 13 (43.3%)
MCA 6 (20%)	5~9mm 12 (30.4%)
Acom 5 (16.7%)	10~24mm 5 (16.6%)
ACA distal 3 (10%)	
VA 2 (6.9%)	多発動脈瘤 13/35
BA 1 (3.3%)	
なし 5	
未確認 10	

年齢分布



発症から受診までの時間



入院時重症度と転帰

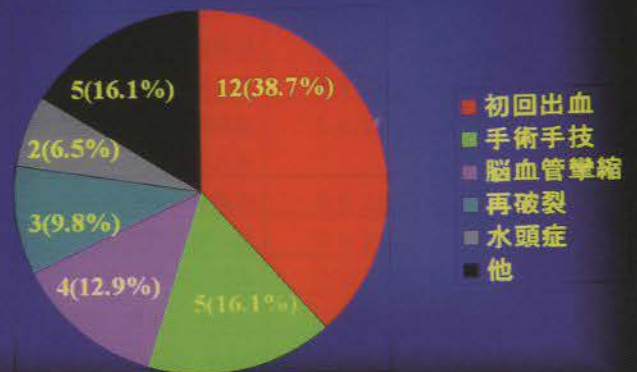
3ヶ月後mRS

	G0	G1	G2	G3	G4	G5	G6	
入院時 H&K grade								
G1	2		1					3
G2	8		1	2		2	3	16
G3	3	1		1			2	7
G4					2	3	3	8
G5							11	11
	13	1	2	3	2	5	19	

入院時Fisher分類



転帰不良の主因(mRS2~, 31例)



まとめ

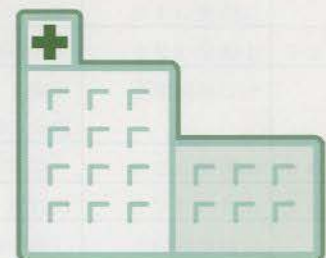
- ・クモ膜下出血は頭痛で発症する。早期診断、早期治療が重要である。クモ膜下出血が強く疑われた場合、専門施設への早急な搬送を要する。
- ・クモ膜下出血は、再破裂予防治療、脳血管攣縮治療、水頭症治療等の集学的治療を要する重篤な疾患である。
- ・特に、再破裂は早期に起こりやすく、急性期再破裂予防治療は重要である。
- ・発症予防も大事である。

未破裂脳動脈瘤について

- ・未破裂脳動脈瘤保有率は2~5%で、高血圧、喫煙、糖尿病、家族歴、多発嚢胞腎、下垂体腫瘍などの因子があると、保有率は高くなる。
- ・未破裂脳動脈瘤では、大型(10mm以上)、高齢、喫煙、高血圧、瘤娘結節があると、破裂率は高くなる。10mm以上で、破裂率は1年間に2.6%程度とされている。
- ・破裂の危険性が高い未破裂脳動脈瘤に対しては、破裂予防手技の適応を検討すべきであるとされる。
- ・日本脳ドック協会の推奨するガイドラインでは、瘤サイズ5mm以上、70才以下、治療危険性の低いものが、それにあたる。

【月例会】

1. 特定健診について (兼清理事)
2. 郡市医療情報システム担当理事協議会の報告
3. 郡市医師会地域医療担当理事協議会
4. 郡市医師会医療廃棄物担当理事協議会



連絡事項

受付		発送番号	通達文書名
月	日		
7	1	山医発263	年金記録問題に関する周知の協力要請について
		山医発255	平成19年度山口県医師会警察医会総会・講演の開催について
		山医発261	平成19年度(財)日本公衆衛生協会の公衆衛生事業功労者表彰候補者の推薦について
	9	山医発275	TV会議システムを利用した日医主催の「平成19年度第1回在宅医研修会」の開催について
		山医発267	平成19年第1期分生命保険団体事務費及び団体事務費の消費税の送金について
	10	山口県医師会	経腸栄養チューブ等に係る添付文書の改訂指示等について 基本診療料の施設基準等を一部改正する健の適用等について 使用薬剤の薬価等の一部改正について 第16回中医協医療経済実態調査ホームページの開設について トラスツツマブ製剤の保険請求上の取り扱いについて
		山医発283	感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律等の一部を改正する法律等の施行について
		山医発282	インフルエンザ(H5N1)を指定感染症として定める等の政令の一部を改正する政令及びインフルエンザ(H5N1)を指定感染症として定める等の政令の施行に伴う感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律施行規則の準用に関する省令の一部を改正する省令の施行について
		山医発279	第4回「臨床研修・臨床実習指導医のための教育ワークショップ」受講者追加募集について
		山医発284	感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律等の一部を改正する法律等の施行に伴う留意事項について
		山医発286	療養病床の転換に係る取り扱いの変更等について
		山医発285	届出対象病原体等の運搬に関する届出について
		山口県医師会	広告が可能な専門性に関する資格名等について
		山口県医師会	平成19年度の医療法第25条第1項の規定に基づく立ち入り検査の実施について
		山医発281	AED(自動対外式除細動器)の共同購入について
		山口県医師会	「山口県医療施設等設備整備費補助金交付要綱」の改正について 「山口県医療提供体制推進事業費補助金交付要綱」の改正について 平成19年度医療提供体制施設成否交付金の交付について
	13	山医発287	第38回全国学校保健・学校医大会参加申し込みについて
		山医発289	平成19年度バリアフリー化推進功労者表彰候補の推薦について
		事務連絡	「医療関係機関等を対象にした特別管理産業廃棄物管理責任者に関する講習会」の開催について
	17	山医発298	戸籍及び住民票に記載のない児童への定期の予防接種の実施取り扱いについて
		山口県医師会	内閣府「自殺総合対策大綱」の送付について
	19	山口県医師会	平成19年度「認知症電話相談会」の実施について
		山口県医師会	平成19年度に実施される中医協診療報酬改訂結果検証部会による特別調査について
		山医発304	平成19年度山口県糖尿病療養指導士講習会の開催について
		山医発294・2	都市医師会医療情報システム担当理事協議会の開催について
		山消検9	第46回山口県消化器がん講習会の開催について
	21	事務連絡	「日本医師会 診療に関する緊急調査について」
	23	山医発309	「学校医・幼稚園医・保育所(園)嘱託医名簿」作成に係る調査について
		山口県医師会	「第1回 じん肺診断技術研修」のお知らせ
		山医発313	「摂食機能療法の算定基準に関するQ&A」の送付について
		山医発314	特定感染症検査等事業の実施について
	24	山医発316	平成19年度「40歳からの健康週間」の実施について
		山医発315	リーフレット「元気に長生き」の送付について
	27	山医発322	末期医療患者のQOL推進事業講習会の開催について
		山口県医師会	平成19年度及び20年度医療機関施設整備事業における医療貸付事業の融資対象者に対する個別融資相談会の開催について
	30	山医発328	「保育対策等促進事業の実施について」の一部改正について
	31	山井八329	ORCA体験・研修会の開催について
		山口県医師会	「熱中症保健指導マニュアル2007」及び熱中症予防普及啓発ポスターについて

受付		発送番号	通達文書名	
月	日			
8	1	医務保険 887	一定の公職にある者等からの働きかけ等に対する県職員の対応要綱の制定及び山口県職員等公益通報制度実施要綱の改正について	
	2	山医発 3 3 6	裁判員制度の広告啓発に関する協力について	
		山医発 3 3 2	インフルエンザワクチンの安定供給対策について	
6		山医発 3 3 9	第 1 0 4 回山口県医師会生涯研修セミナーの開催について	
		山医発 3 4 3	「療養病床の円滑な転換に向けた支援措置について」の送付について	
		山医発 3 3 8	平成 1 9 年度小児救急医療啓発事業について	
7		山医発 3 4 4	平成 1 9 年度の「救急の日」「救急医療週間」及び「救急医療普及月間」の実施について	
		山医発 3 4 5	「介護給付費請求書等の記載要領について」の一部改正について	
		山医発 3 4 7	日本脳炎の予防に関する啓発ポスターの提供について	
9		山医発 3 5 7	郡市医師会特定健診・特定保健指導担当理事協議会の開催について	
		山口県医師会	「臓器の移植に関する法律」の運用に関する指針の一部改正について	
		山口県医師会	医師確保等推進事業実施要綱の一部改正について	
		山口県医師会	緊急地震速報の周知について	
		山医発 3 5 5	山口県がん情報収集登録事業事務処理要領の改正について	
		山医発 3 5 6	山口県地域がん登録届出票の改正について	
		山医発 3 5 3	山口県がん情報収集登録事業実施要領の改正について	
		山医発 3 5 4	がん情報収集事業に関する登録情報の利用手続き要領の改正について	
		山医発 3 4 6	2 0 0 8 年版「医師日記」の斡旋について	
		山医発 3 5 2	医療機関内における患者からの暴力等被害の実態調査について	
	1 6		山医発 3 6 8	乳児遺棄事件による山口県警察本部からの依頼
			山医発 3 6 3	特定健診・特定保健指導に係るアンケート調査について
			山医保発 5 8	本組合規約の一部改正について
			山医発 3 5 9	平成 1 9 年度健康スポーツ医学実地研修会の開催について
		山医発 3 6 0	第 2 0 回健康スポーツ医学講習会の開催について	
2 0		山医発 3 7 0	潜在性結核感染症の取り扱いについて	
		山医発 3 7 1	厚生労働省が実施する「特定健康診査及び特定保健指導のアウトソーシング先実態調査について」の送付について	
		山口県医師会	わが国における医薬品の一般的名称の変更について（その 1）	
		山口県医師会	「改正感染症法に基づく結核の接触者健康診断の手引き（2007 年 7 月改訂 2 版）」の送付について	
		山口県医師会	ダルベポエチン製剤の保険適用上の取り扱いについて 使用薬剤の薬価等の一部改正について 新潟中越沖地震による被災に関する診療報酬の請求等の取り扱いについて	
		山口県医師会	「特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き」の送付について	
	2 1		山医発 3 7 6	郡市医師会地域医療担当理事協議会の開催について
		山医発 3 7 9	平成 1 9 年度医療廃棄物担当理事協議会の開催について	
2 4		山医発 3 8 2	平成 1 9 年度版会員名簿の配布について	
		山口県医師会	「健康増進法に基づき市町村が実施する健康増進事業について」	
		山口県医師会	遺伝子組み換え生物等の使用に係る第一種しよう規程の承認について	
		山口県医師会	平成 1 9 年度山口県医師及び歯科医師修学資金の追加募集について	
		山口県医師会	「山口県医療提供体制推進事業費補助金交付要綱」の改正について	
	2 7		山医発 3 8 9	「子ども支援日本医師会宣言に関する調査」の協力依頼について
			山医発 3 8 5	平成 1 9 年度郡市医師会学校保健担当理事協議会の開催について
		山医発 3 8 8	「女性医師が働きやすい病院づくり」の開催について	
		山口県医師会	「病院又は診療所と介護老人保健施設等との併設等について」	
2 8		山口県医師会	AED（自動体外式除細動器）の共同購入について	
		山口県医師会	平成 1 9 年「老人の日・老人週間」の実施について	

		山口県医師会	麻薬及び向精神薬取締法施行規則の一部を改正する症例の制定について	
3	1	山医発395	郡市医師会介護保険担当理事協議会の開催について	
		山口県医師会	平成19年度日本医師会医療事故防止研修会について 平成19年度新人助産師実践能力向上推進事業の実施について 平成19年度新人看護職員臨床実践能力向上推進事業の実施について	
受付	月	日	発 送 番 号	通 達 文 書 名
9	3		山医発394	産業医研修会（基礎・前期）の開催について
			山医発397	平成19年度学校保健活動に関するアンケート調査について
	4		山医発400	山口県医学会誌第42号の原稿募集について
	7		山医発406	「特定健診・特定保健指導研修会」の開催について
	10		山医発416	会員の不祥事に対する対応について
			山医発412	平成19年就業構造基本調査の実施に関する協力について
			山医発413	郡市医師会長会議の開催について
	11		山医発422	平成20年度特定健診・特定保健指導への準備状況等の調査について
			山医発423	母体保護法による指定医の通知について
			山口県医師会	「インフルエンザ予防接種ガイドライン」のご案内
			山口県医師会	検査料の点数の取り扱いについて 行政処分を受けた保健師・助産師・看護師に対する再教育に関する検討会報告書の送付について
	14		山医発428	第10回やまぐち糖尿病ウォークラリー大会開催のご案内について
			山医発424	平成18年度日本医師会生涯教育修了証の送付について
			山医発419	平成19年度郡市医師会産業保健担当理事協議会の開催について
			山医発420	山口県医師会産業医研修会の開催について
	18		山医発430	障害福祉サービスに係る医師意見書料の取り扱いについて
			山医発436	平成19年度学校保健連合会表彰について
			山医発439	郡市妊産婦・乳幼児保健担当理事協議会・関係者合同会議の開催について
			山医発440	「足チェックシート」による糖尿病性神経障害の実態調査へのご協力をお願い
			山口県医師会	「医療機関等における医療機器の立会いに関する基準」について
	21		山口県医師会	新潟県中越沖地震による政府管掌健康保険及び船員保険の一部負担均等の減免措置について 検査量の点数の取り扱いについて
			山医発442	インフルエンザ様疾患罹患時の異常行動情報収集に関する研究に対する協力について
			山口県医師会	「腸管出血性大腸菌感染症の予防について」
	22		山医発445	第157回定例代議員会の開催について
			山口県医師会	特定製品に係るフロン類の回収及び破壊の実施の確保等に関する法律の一部改正について
			山口県医師会	「使用上の注意」の改訂等について
	27		山医発453	熱中症に関する疫学調査へのご協力のお礼とお願い
			山医発450	厚生労働省「介護事業経営概況調査」に関する協力依頼について
	29		山医発456	特定健康診査・特定保健指導機関の登録について
			山口県医師会	平成19年度「世界エイズデー」の実施について
			山口県医師会	「インフルエンザ予防接種ガイドライン」の送付について

新会員

平成19年7月1日

佐々田孝美 先生

光市牛島診療所

平成19年8月1日

多久島康司 先生

(医)三生会 みちがみ医院



謹 弔

8月24日、光中央病院 丸岩 巖 先生（79歳）がご逝去されました。つつしんで哀悼の意を表します。

弔 辞

光医師会長 河村 康明 先生

本日、ここに故丸岩巖先生の御葬儀が執り行われるにあたり、光市医師会を代表して謹んでお別れの言葉を述べさせていただきます。

先生の2年間の御病状は御子息昌文先生より時々かがうこともあり、概ね承知はしておりましたが、御悲報に接しますれば、誠に痛感の極みでございます。御遺族の皆様方のお悲しみはいかばかりかと拝察されます。

先生は昭和3年由宇町で生を受けられ、昭和30年に熊本医科大学を卒業、昭和35年に広島大学にて医学博士を取得されました。昭和34年10月より、河内山医院に勤務され、今日の光中央病院の礎を築かれ、今日の発展となったことは誰もが認めることと思います。その洞察力・先見性は我々後輩の鏡であり、光医師会の大きな宝を失ったことは残念でなりません。医師会の活動も6期12年に渉る理事の他、裁定委員・監事などを14年務められ、医師会の発展に尽くされました。いつもにこにこやさしいまなざしのお顔をもう見られない事はさびしい限りです。

私事になりますが、酒席で私の父の生前の話をよく聞かされました。人生訓の『命運に逆らわず』と共に逝かれましたが、そちらでも好きな酒を飲み、楽しんでください。

先生の安らかな御冥福を心からお祈りし、お別れの言葉と致します。

平成19年8月27日

弔 辞

友人代表 河内山医院 河内山 清 先

先生のご訃報を聞いた時、あとに残された年老いた私の心の中で、何かが萎え崩れ落ちてゆくのを感しました。何十年もの間、私達は先生の大きな暖かい心に支え続けられて居たからだろうと思います。

先生とお話をするだけで、先生と一緒に居るだけで、不思議に元気と勇気が湧いてくるのです。先生の冗談交じりの開けっ放しの話を聞くのは私達の大きな喜びでありました。

先生は生来、磊落にして細心、気宇すこぶる広大な人でした。そして、先見の明を備え、医療にしても、積極的に当時の新しい器械を取り入れ、先進の技術と知識を身につけ、或いは大学から専門医を招聘するなど、確かで行き届いた医療を心がけて居られました。社交・外交にも長けいろいろな方面の人々を味方にし、部下を可愛がり、診療所から病院へ着々と規模を拡大していかれました。

その屈託のない笑顔からはうかがい知ることのできない、骨身を削り、精魂を尽くされた努力が花咲いて、今日の輝かしい光中央病院の発展につながったのだと思います。

先生は又、ユーモアの達人でした。先生の居るところ、笑い声がありました。話はいつも前向きで明るく、沈み込むような話は一切されませんでした。私はいつも先生にあやかりたいものだと思っていました。

君は私を残して逝っていった。溢れ流れ出る惜別の涙。顧みれば懐かしい思い出の幾星霜。君の温かい友情に感謝の念を捧げつつ弔辞といたします。

平成19年8月27日



7~9月休日当番医報告

		内科系	外科系	
7月	1 (日)	21	6	
	8 (日)	16	14	
	15 (日)	14	9	
	16 (月)	28	12	
	22 (日)	5	3	
	29 (日)	24	6	
計		108	50	158

		内科系	外科系	
8月	5 (日)	10	11	
	12 (日)	29	8	
	14 (火)	36	16	
	15 (水)	34	7	
	19 (日)	14	5	
	26 (日)	33	10	
計		156	57	213

		内科系	外科系	
9月	2 (日)	20	6	
	9 (日)	16	6	
	16 (日)	15	11	
	17 (月)	19	19	
	23 (日)	25	11	
	24 (月)	28	10	
	30 (日)	20	7	
計		143	70	213

あ と が き

納涼懇親会の写真が昔の映画のスチール写真のようになってしまいました。
丸岩 巖先生が逝かれました。非常に残念です。御冥福をお祈りいたします。
古きよき時代・・・昭和は昔になったのですね。

発行所 光医師会
TEL(0833) 72-2234
発行日 平成19年 9月30日
発行者 河村康明
編集者 広報担当
印刷所 光市光井一丁目15番20号
中村印刷株式会社