鳥取県医師会報

CONTENTS

平成20年４月

巻 頭 言

「地域医療の崩壊」を憂う　会長　岡本　公男　1

鳥取県医師会新役員　3

役員の順位　3

役員の会務分担　4

地区医師会新役員　5

代議員会

第176回鳥取県医師会（定例）代議員会　6

退任役員インタビュー　20

理 事 会

第11回常任理事会・第12回理事会　21

中四国医師会連合

中国四国医師会連合常任委員会　31

諸会議報告

臨床検査精度管理委員会　33

禁煙指導対策委員会　35

介護保険対策委員会　44

都道府県医師会社会保険担当理事連絡協議会　副会長　富長　将人　48

日医　感染症危機管理対策協議会　理事　笠木　正明　49

「新たな死因究明制度等」に関する都道府県医師会担当理事連絡協議会　監事　井庭　信幸　53

平成19年度都道府県医師会情報システム担当理事連絡協議会　理事　阿部　博章　56

平成19年度医療政策シンポジウム　常任理事　神鳥　高世　59

平成19年度都道府県医師会医療関係者担当理事連絡協議会　理事　吉中　正人　62

平成19年度鳥取県臨床検査精度管理調査報告

鳥取大学医学部附属病院検査部　野上　智　64

県よりの通知　73

日医よりの通知　78

お知らせ

鳥取県医師会開業医協力貯蓄加入者募集について　84
第40回産業医学講習会開催要領　85

健 対 協

鳥取県成人病検診管理指導協議会総合部会　87
アレルギー性疾患対策専門委員会　95
第38回日本消化器がん検診学会中国四国地方会・第38回中国四国地方胃集検の会
鳥取県健康対策協議会胃がん対策専門委員　謝花　典子　96
鳥取県医師会腫瘍調査部報告（３月分）　99

感染症だより

鳥取県感染症発生動向調査情報（月報）　100

歌壇・俳壇・柳壇

春を待つ　米子市　芦立　巌　101
壁の雛　米子市　中村　克己　101
川あいさ　倉吉市　石飛　誠一　102
健康川柳（２）　鳥取市　塩　宏　102

会員の声

特定健診・特定保健指導の先に私たちを待っている大革命　米子市　小田　貢　103

フリーエッセイ

個人の自由と基本的人権　南部町　細田　庸夫　107
霊が見える　鳥取市　田中　敬子　108
診断に難渋した筋痛を訴えた62歳男性の一例を経験し思ったこと　鳥取市　塩　宏　109

東から西から－地区医師会報告

東部医師会　広報委員　大津　千晴　112
中部医師会　広報委員　青木　哲哉　113
西部医師会　広報委員　遠藤　秀之　113
鳥取大学医学部医師会　広報委員　豊島　良太　114

県医・会議メモ　116

会員消息　117

保険医療機関の登録指定、異動　118

鳥取県医師会報投稿規定　119

編集後記

編集委員　神鳥　高世　120

挿し絵提供／田中香寿子先生　芦立　巌先生

巻頭言

「地域医療の崩壊」を憂う

鳥取県医師会　会長　岡　本　公　男

引き続き２期目の会務を担当させていただきます。よろしくお願い致します。

正月以降、鳥取県健康対策協議会の各委員会が続く中、鳥取県との会議でも医療懇話会、また今年は鳥取県医師会の役員選挙の年でもあり年度末に２回の代議員会を開催いたしました。日本医師会の役員選挙もありましたが、病気が心配でした唐澤会長もすっかり回復され、めでたく再選されました。この度の日本医師会での選挙では、魚谷日医代議員（鳥取県西部医師会長・鳥取県医師会代議員会議長）には選挙立会人として延々３時間有余にわたりご活躍、ご苦労いただきました。お疲れ様でした。

この２年間を振り返る時、役員の皆様を始め、沢山の方々に支えられ何とか大過なく務めさせていただいたこと、大変有り難く思います。しかしながら、３件の保険医取り消しという未曾有の汚点を残し、誠に申し訳なくお詫び申し上げて、新しく２期目をスタートしたいと思います。新役員は、若干の入れ替えはありますが、ほとんど同じ顔触れで少々新鮮味には欠けますが、良き経験を積み重ねた一騎当千のつわもの揃いであります。適材適所でいかんなく実力を発揮していただくようお願いしてあります。

さて、２年前にはあまり目にしたことのなかった「医療崩壊」という言葉が至る所で氾濫しております。小泉改革の総決算として登場した「骨太の方針2006」において「社会保障費を今後５年間で１兆1,000億円削減し、2011年度に国及び地方のプライマリーバランスを黒字にする」との方針の下、三度にわたり診療報酬が引き下げられました。

医療の進歩は著しく高度化した医療には多くの人手を必要とします。これに先立って実施された「新医師臨床研修制度」の導入も医師不足に拍車をかけることとなり、小児科、産科ばかりでなく地域医療の重要な担い手であるほとんど全ての科で病院勤務医が枯渇して地域医療は崩壊しつつあります。

いかなる事態においても安全、安心で良質な医療を提供するのは我々の使命でもあります。患者さんへのインフォームドコンセントは当然なされなければなりませんが、なかなか十分な理解を得られない場合もあり、「医療の不確実性」の説明に至っては大変困難を極めるところであります。

そんな中、患者さんの権利意識の向上が相俟って、結果が悪ければすぐ「医療事故訴訟」が待っているという甚だ遺憾な状態にあり、一生懸命頑張った末、虚脱感に苛まれたあげく、燃え尽き症候群となり、一人また一人と医師が立ち去り、残った医師の過重労働は厳しくなるばかりです。今回の診療報酬本体でのプラス改定と診療所の削減分で1,500億円が病院に回ったようですが、まだまだ不十分であります。

私は昨年末に拝聴した講演の際、「サッチャー時代のイギリスの様に一度崩壊した医療は立ち直しにその何倍もの費用を要している。社会保障を削ることによるプライマリーバランスの黒字はおかしい。自分の子や孫の時代に借金を残すのは大変心苦しいが今一度良い方策はないものか」と質問させていただきましたが、プライマリーバランス至上の回答でした。しかし、今年に入ってから、１兆1,000億円の社会保障からの削減ではなく他の方法論が語られるようになってきております。

今後も世界に冠たる国民皆保険制度の堅持と傾きかけた地域医療の立て直しに微力ながら邁進したいと考えております。

最後に、これから始まろうとしている３つの事に触れておきたいと思います。

まず、医療安全調査委員会（仮称）のことです。私は日医のアンケートに対して総論は賛成しました。各論につきましては、厳しい医療の先端におられる勤務医の皆さんのご意見をしっかりお伺いし、５月17日に徳島市で開催される「中国四国医師会連合総会」の分科会に既に議題提出しております。実りのある議論をし、この誌面でご報告したいと考えております。

また、この４月１日より後期高齢者医療制度がスタートしました。私は包括払いについては反対でありますが、国民の意見や動向も熟慮してから行動していきたいと思います。

最後に特定健診・特定保健指導については、初めから懐疑的に見てきておりますが、以前から述べているとおり、施行にあたっては会員の皆様にご迷惑をかけないよう準備も整いつつあり、きちんとサポートして参りたいと思っております。４月３日、鳥取県の代表保険者である政府管掌保険の後藤鳥取社会保険事務局長と契約を締結したことをご報告申し上げます。

難題は次々に押し寄せてきますが、役員一同、力を合わせて頑張ってまいりますので今後ともご理解、ご支援のほどよろしくお願い申し上げます。

鳥取県医師会新役員

（平成20～21年度）

〈丸　枠〉武田理事、重政理事
〈後　列〉笠置監事、井庭理事、清水監事、米川理事、神鳥常任理事
〈中　列〉笠木理事、天野常任理事、吉田理事、吉中理事、明穂理事
〈前　列〉宮﨑常任理事、野島副会長、岡本会長、富長副会長、渡辺常任理事

役員の順位

	職名		氏名
	会長		岡本公男（おかもと きみお）
①	副会長		野島丈夫（のじま たけお）
②	〃		富長将人（とみなが まさと）
①	常任理事		宮﨑博実（みやざき ひろみ）
②	〃		渡辺憲（わたなべ けん）
③	〃		天野道麿（あまの みちまろ）
④	〃		神鳥高世（かんどり たかよ）
⑤	理事		武田偉（たけだ あきら）
⑥	〃		吉中正人（よしなか まさと）

	職名		氏名
⑦	理事		吉田眞人（よしだ まさと）
⑧	〃		明穂政裕（あけほ まさひろ）
⑨	〃	新	井庭信幸（いばば のぶゆき）
⑩	〃		重政千秋（しげまさ ちあき）
⑪	〃		笠木正明（かさぎ まさあき）
⑫	〃		米川正夫（よねかわ まさお）
	監事		清水正人（しみず まさと）
	〃	新	笠置綱清（かさぎ つなきよ）

役 員 の 会 務 分 担

［敬称略］

会　　務	主担当	副　担　当
庶　務	宮﨑	明穂
会　計	明穂	宮﨑
生涯教育、学術、卒後臨床研修医	武田	渡辺・重政
医療保険	富長	天野・吉田
介護保険、高齢者福祉、障害者福祉	渡辺	野島・米川
労災保険、自賠責保険	野島	明穂・米川
健康対策協議会	吉中	宮﨑・井庭
感染症	天野	笠木
医療安全、診療情報開示（個人情報保護）、職業倫理、自浄作用	宮﨑	野島・富長
医事紛争	井庭	野島・宮﨑
救急医療、災害対策、ACLS	野島	武田・米川
広報、会報編集	神鳥	渡辺・吉中
情報システム	米川	野島・渡辺
臨床検査	吉田	富長
会員福祉	天野	神鳥・吉田
学校保健、少子化対策	笠木	天野・井庭
産業保健	吉田	富長・吉中
健康スポーツ医	明穂	米川
医療関係職種、共同利用施設	明穂	野島・神鳥
勤務医（女性医師対策を含む）	重政	渡辺・武田
医療政策・環境対策	富長	野島・明穂
糖尿病対策	武田	富長・天野
メンタルヘルス、自殺対策	渡辺	野島・吉田

地区医師会新役員

任期　平成20年４月１日～平成22年３月31日

（敬称略）

【鳥取県東部医師会】

会　長	板倉和資			
副会長	谷口玲子	福島　明		
理　事	松浦喜房	山下　裕	三宅茂樹	森　英俊
	秋藤洋一	小林恭一郎	大津千晴	杉山長毅
	石谷暢男	吉田泰之	安陪隆明	
監　事	中島公和	乾　俊彦		

【鳥取県中部医師会】

会　長	池田宣之			
副会長	松田　隆	引田　亨		
理　事	安梅正則	青木哲哉	深田民人	大石一康
	森尾泰夫	新田辰雄	井東弘子	湯川喜美
	西田法孝	石津吉彦		
監　事	河本知秀	谷口宗弘		

【鳥取県西部医師会】

会　長	魚谷　純			
副会長	作野嘉信	高見　徹	野坂美仁	
理　事	安達敏明	伊藤隆志	國頭七重	小林　哲
	左野喜實	瀬口正史	辻田哲朗	飛田義信
	宝意規嗣	細田明秀	山本　仁	
監　事	中曽庸博	長谷川真弓		

【鳥取大学医学部医師会】

会　長	豊島良太			
副会長	井上貴央			
理　事	重政千秋	宮川征男	大野耕策	長谷川純一
	浦上克哉			
監　事	池田　匡	河合康明	原　壽博	

代議員会

医療費抑制等を盛り込んだ新医療制度のスタートを控え、平成20年度事業計画（案）等承認される

第176回鳥取県医師会（定例）代議員会

■ 開催の期日　平成20年３月15日（土）　午後４時～午後５時45分
■ 開催の場所　米子ワシントンホテル　米子市明治町
■ 代議員総数　46名
■ 出席代議員数　35名
■ 出席の役員等　岡本会長、野島・富長両副会長
宮﨑・渡辺・天野・神鳥各常任理事
吉中・吉田・明穂・阿部・笠木・米川各理事
井庭・清水両監事
長田顧問

議決事項

次の７議案について原案通り可決、承認した。

第１号議案　平成19年度鳥取県医師会会費減免申請承認について
第２号議案　平成20年度鳥取県医師会事業計画（案）について
第３号議案　平成20年度鳥取県医師会会費減免申請承認について
第４号議案　平成20年度鳥取県医師会一般会計収支予算（案）について
第５号議案　平成20年度鳥取県医師会共済会収支予算（案）について
第６号議案　平成20年度鳥取県医師会生命保険取扱特別会計収支予算（案）について
第７号議案　平成20年度鳥取県医師会会館修繕積立金会計収支予算（案）について

顧問委嘱

笠木慶治先生（元会長）、入江宏一先生（元会長）、長田昭夫先生（前会長）

会議の状況

〈魚谷議長〉

それでは、定刻になりましたので、ただいまから第176回鳥取県医師会定例代議員会を開会致します。まず、事務局より資格確認をお願い致します。

〈谷口事務局長〉

資格確認のご報告を致します。代議員総数は46名でございます。これに対しまして、本日、受付されました代議員の先生は35名で、過半数の出席

でございます。以上、ご報告致します。

〈魚谷議長〉

過半数の出席ですので、会議は成立致します。

最初に議事録署名人の選出でございますが、議長にご一任願えますか。

［「異議なし」と言う者あり］

それでは、７番・尾﨑眞人代議員、32番・山内教宏代議員のお二方にお願い致します。

それでは、日程に従いまして、「会長挨拶」をお願い致します。岡本会長、お願い致します。

〈岡本会長〉

会長の岡本でございます。本日は、第176回鳥取県医師会定例代議員会を開催致しましたところ、大変お忙しいなか、ご出席を賜りまして誠にありがとうございます。

本日の主な議案は、ご案内のとおり、平成20年度事業計画案とそれに伴います収支予算等４議案および会費減免申請の承認でございます。詳細につきましては、後程、担当役員が説明致しますので、十分なご審議の上、何卒ご承認を賜りますようよろしくお願い申し上げます。

さて、折角の機会ですので、前回２月の代議員会でお約束しました３つのことをお話しします。

いよいよ、この４月より後期高齢者医療制度がスタートします。この制度は、先生方もご承知のとおり、75才以上の高齢者や65才以上の障害を持った人々（選択）を国保や健保等から切り離し、高齢者だけの保険制度を創設し、別建ての診療報酬体系をも盛り込んで医療費の抑制を図ろうとするものであります。高齢者の保険料は年金からの引き落としにより、言葉は悪いですが、むしりとり、支払えなかった場合、国保と同様に資格証明書を発行し、医療機関で窓口負担10割を支払い、市町村に出向いて領収書をもとに償還払いというシステムとなりますが、果たして弱者に対して、医は仁術とするのか難しい選択を強いられるのは我々医師であります。

もともと、平成18年に「老人保健法」を「高齢者の医療の確保に関する法律」と改定した意図が医療費適正化という名の、実際には医療費抑制の手段とされる危惧がその時からつきまとっているところであります。この制度がいよいよ４月より施行されるにあたり、高齢者の医療の質の低下と受診抑制に結びつかないよう十分注意して対応していただきたいと思います。

また、特定健診・特定保健指導についても４月からスタートしますが、これも全て「高齢者の医療の確保に関する法律」に立脚するもので、「決して明るい将来を見通せることのできるものでない」ことは先生方、御案内の通りです。

とは申しましても、この事業は、これまでの基本健康診査の少し面倒なものですが、きちんと精度管理をしていくのも医師会の仕事であります。現在、会員の先生方がスムーズに施行できるよう県医師会としては、出来るだけの努力をしてサポートしているところでございます。

少しこれまでのお話しをします。遅々として進まない保険者協議会の運営に危機感を持ち、オブザーバーとしての参加を申し出、初めての出席は昨年６月８日でございました。３時間超に及ぶ会でしたが、特定健診を実質進めていく論議は最後の30分くらいで収穫はほとんどなく、医師会は医療機関健診を積極的に推進する意志を強く述べました。次の９月の会では、健診業者と契約を結ぶ、代表保険者の話しが出ましたが、よく言えばお互いゆずり合って誰として火中の栗を拾う者はなく、無駄に４時間を過ごしました。会議終了後、私は何とか打開策はないものか、協議会長に、誰も何もしないではもう時間がせまっているので、鳥取県医師国保組合がお世話をしようと持ちかけました。その後、事務局同士の打合せが交わされるようになり、仕事量も多いということで一番大

きい政府管掌保険が代表保険者に決まったのは、その次の会であり、この会から医師国保も保険者協議会の正式メンバーとなり、私は医師会の立場で意見を言うためにオブザーバーとして参加しております。

その後、谷口事務局長が参加する作業部会で話しが進み、市町村国保については従来どおり、地区医師会にお願いし、それ以外全ての保険者との一括契約を県医師会との双方で十分な準備をして、4月初旬、契約締結の運びとなっております。電子媒体での報告等しっかりしたものが未提示ですが、詳細な部分は3月20日の鳥取県医療情報研究会を踏まえてお知らせしたいと思っています。最終的には医療機関は検査の精度をきちんとしていただき、必要な紙媒体での提出をいただければ県医師会でサポートしていくことを約束します。

また、介護保険における生活機能評価については、地区での診療報酬改定説明会の場で県長寿社会課より説明されますが、県医師会としても追ってお知らせをして周知徹底したいと考えています。

医療安全調査委員会（仮称）を柱とする死因究明制度については、3月6日、日医で担当理事連絡協議会が開催され、関係役員3名が出席して勉強していただいたところでありますが、医師による故意、カルテの改ざん・隠ぺいといった「重大な過失」以外は、ミスを犯した医療者に立ち直るチャンスを与えるための再教育を中心とした行政処分を実施するもので、「刑事司法が後ろに引いた運用を目指している」としているところであり、前向きに考えていきたい。

このことについては、3月12日に厚労省の「診療行為に関連した死亡に係る死因究明等の在り方に関する検討会」が開催され、さらに修正を加えた死因究明制度案（第3次試案）の作成が必要との方針が全会一致で決まりました。そのなかには、医療者と国民が一緒に医療安全調査委員会（仮称）の仕組みをつくり上げる視点を掲げて欲しいと求めており、また、「第3次試案は医師免許証を持っている者の大多数が納得できるものにしていただきたい」との強い要望が出されています。

何かと煩雑な事の多い昨今ですが、私共一つずつ全力で取り組んでまいります。今後とも医師会事業に御理解、御支援をお願い致しまして、開会の挨拶とさせていただきます。

〈魚谷議長〉

ありがとうございました。ただいまの会長挨拶につきまして、ご発言がありましたら挙手をお願いします。

ないようでございますので、5番の議事に移ります。

第1号議案「平成19年度鳥取県医師会会費減免申請承認について」を上程致します。執行部のご説明をお願いします。明穂理事、よろしくお願い致します。

〈明穂理事〉

会計担当の明穂でございます。ご説明致します。お手元の議案書4頁をご覧下さい。平成19年度鳥取県医師会会費減免申請一覧（追加分）でございます。申請理由は、傷病3名（東部3名）、研修医12名（鳥取県立中央病院2名、山陰労災病院3名、鳥取大学医学部附属病院7名）の計15名です。よろしくお願い致します。

〈魚谷議長〉

ただいまのご説明につきまして、何かご質問はございませんか。

ないようですので、採決に移ります。

第1号議案を原案通り可決することに賛成の方の挙手を求めます。

［挙手多数］

「挙手多数」と認めます。よって、第1号議案は原案通り可決されました。

続いて、第２号議案「平成20年度鳥取県医師会事業計画案について」を上程致します。執行部のご説明をお願いします。野島副会長、お願い致します。

〈野島副会長〉

副会長の野島でございます。それでは、平成20年度鳥取県医師会事業計画案につきましてご説明致します。議案書６頁をご覧下さい。

［以下、議案書により説明］

〈魚谷議長〉

ありがとうございました。この事業計画に関して、本日受付で配付した資料にありますように８番・加藤代議員より、あらかじめ質問が提出されております。この質問は、議事進行の都合上、第４号議案の予算案の説明後に取り扱いますので、ご了承下さい。

その他、ただいまのご説明につきまして、何かご質問はございませんか。

ないようでございますので、採決に移ります。

第２号議案を原案通り可決することに賛成の方の挙手を求めます。

［挙手多数］

「挙手多数」と認めます。よって、第２号議案は原案通り可決されました。

続きまして、第３号議案「平成20年度鳥取県医師会会費減免申請承認について」を上程致します。執行部のご説明をお願いします。明穂理事、よろしくお願い致します。

〈明穂理事〉

ご説明致します。お手元の資料21頁をご覧下さい。

高齢87名、傷病５名、研修医24名、計116名でございます。詳細については、21～26頁にわたってお示ししています。高齢会員では、東部の渡辺元先生が97歳、中部の斎藤鈴子先生が88歳、西部の田中喜美恵先生が92歳です。研修医では、東部が鳥取市立病院２名、鳥取生協病院１名、鳥取県立中央病院７名、西部が山陰労災病院３名、鳥取大学医学部附属病院11名でございます。以上です。よろしくお願い致します。

〈魚谷議長〉

ありがとうございました。ただいまのご説明について、何かご質問はございませんか。

ないようでございますので、採決に移ります。

第３号議案を原案通り可決することに賛成の方の挙手を求めます。

「挙手多数」と認めます。よって、第３号議案は原案通り可決されました。

次に、第４号議案「平成20年度鳥取県医師会一般会計収支予算案について」を上程致します。執行部のご説明をお願いします。明穂理事、よろしくお願い致します。

〈明穂理事〉

それでは、議案書27頁をご覧下さい。平成20年度鳥取県医師会一般会計収支予算案についてご説明致します。

［以下、議案書について説明］

〈魚谷議長〉

ありがとうございました。ここで予算案に対する質問の他に、会務全般にわたっての質疑を行います。

昨日までに、１名の代議員から質問が届いておりますので、そちらを先に取り上げます。質問内容は、皆様のお手元に配付していますが、質問者は、議事録作成のために質問内容の要旨の説明を口頭でよろしくお願い致します。

それでは８番・加藤代議員から質問をお願いします。

〈８番・加藤代議員〉

８番、加藤でございます。承認、採択された案件に関して質問することは本来少し奇妙な感じがするのですけれども、私の質問というのは異議を唱える

という意味ではなくて、その事項に対して補足説明をしていただきたいのと、ある種の要望をするという意味での質問でありますので、別に問題ないと思います。

私の質問ですが、承認されました事業計画案のうちの３項目について、少し説明をしていただきたいということです。

「４．地域社会活動対策」の中の（７）救急医療・防災対策、それから、(11）感染症対策ですけれども、この防災対策は、皆さん御承知のように、阪神・淡路の大震災は平成７年でしたから13年たっておりますが、当時、県単位の医薬品の割り当てやいろいろな備蓄が図られました。最近では余り備蓄というのは話題にはなりませんが、その後も備蓄の更新、継続はなされていると思います。これに対する情報の開示ですが、それはあくまでも我々会員に対しての情報の開示という意味でございまして、この件に関しましては、もう６～７年前になりますが、この席上で一度要望させていただいたことがあります。その時の会長の長田先生からは善処しますというお言葉をいただきましたが、残念ながらリップサービスで終わってしまったようでございます。

現状は、備蓄に対する情報というのはどうもあいまいといいますか、余り漠然とし過ぎているように見えます。それで、私がこだわりますのは、常識的には備蓄が開放される場合には、拠点病院を含めて我々一般開業医もそうだろうと思いますけれども、果たして本当にそうなのだろうかということが非常にあいまいでありますし、いざ支給を求める場合にどこに求めていいのか。恐らく備蓄というのは、それぞれの問屋に一定の品目と一定の量が割り当てられて、そこに備蓄されているのだと思いますが、それは私達にわかっておりません。では、いざとなった時にどこに求めていいのか、医務薬事課なのか、県医師会事務局なのか、各地区の医師会なのか問屋なのか、それもわからない。いざ連絡がついて配備、支給されるとなって、それは持ってきてもらえるのか、それともそんな手はないのか、取りに行くのか、それもわからない。そういう意味で、やはりその辺の情報は、出来ればもう少し的確に会員に対して開示されていいのではないかと思います。そうでないと、いざとなったときには全く実効性はないように思います。

正直に申し上げれば、いざ震災が来た場合には、ライフラインはかなり断裂しますから、通信網も断裂、あるいはパンクしますし、それから、道路網にしても大渋滞で、取りに来い、持っていってやるにしてもなかなか実行できないと思います。その予測は別にして、やはり何かそれなりのある種の情報は流していただいた方がいいのではないかなと思います。その辺の御見解をお聞かせ願いたいと思います。

それと、「10．部会活動の強化」の（２）学校医部会の「小児メタボリック症候群」ですが、詳しい資料を添付していただいております。ありがとうございます。この点に関して、私は何等異議はございません。私も長い期間、小学校と中学校の校医をしておりますが、実際に小児・学童期のメタボについて一番のキーポイントはやはりスクリーニングを実際にしないと意味はないと思います。スクリーニングをしないで診断基準をどうのこうのと言ってみても意味はないのであって、スクリーニングを小・中・高のどの時点でするかということはまた問題で、誰がするかということも問題です。スクリーニングをするためには行政、県、市町村単位での財政的な枠組みというのが必要で、やはり医師会としては、財政的な枠組みを行政にもある程度迫らないとこういうことの実効性はちょっと疑問に思うのです。その辺の取り組みについてお考えをお聞かせ願いたいと思います。

それと、最後の「11．会員福祉対策」の（７）医事紛争対策で、先程御説明いただきました。ただ、アップデートの流れからいいますと、少し足りないような感じが致します。最近、ネットの配信を見ておりましたら、医療CMという言葉が出

てきました。規制緩和で各医療機関がかなりPRも緩和されておりますから、そのコマーシャルかなと思っておりましたら、CMというのはそうではなかったのです。CMというのはコンフリクトマネジメントというそうです。医療紛争解決で医療CM、非常に最近のハイカラな言葉でございます。

去年の４月に司法改革の一つとして、非常に長ったらしいのですが、「裁判外紛争解決手段の利用の促進に関する法」というのが制定されました。通称ADR法と言うそうです。ADRというのは、あちらの言葉でAlternative Dispute Resolution、代替的紛争解決という意味だそうです。これを受けまして、今年の２月に、日本学術会議法学委員会医療事故紛争処理システム分科会というのがあるのだそうですが、そこが、「医療事故をめぐる総合的紛争解決システムの整備へ向けて」という報告書を出しました。その中で、分科会は「院内医療メディエーターの育成」と「院外第三者紛争処理機関［医療ADR］の整備」の２つの提言をうたっております。

今後の医療紛争の解決においては、やはりメディエーターということとADRの整備という項目は、これは避けて通れないと思います。メディエーターの育成はもう既に民間でもなされているようでございますし、日本医療機能評価機構が2004年から既にメディエーターの育成の実施に取り組んでいるそうでございます。ですからそういう意味で、やはり県医師会におかれましては、各拠点病院のメディエーターの実情を把握されて、その育成を勧告されるべきですし、各地区医師会に関しては、その医療ADRの設置を働きかけるべきではないでしょうか。

それで、この医療ADRというのは法務大臣の事前の申請と認証制だそうですので、その必要があると思いますし、当然弁護士会との連携も不可欠だと思います。これに関しては、法務省のホームページにそのガイドラインも出ておりますので、ぜひそういう方向で取り組んでいただきたいと思います。以上でございます。

〈魚谷議長〉

ありがとうございます。議長と致しましても、これは事業計画案の採択前に取り扱うべきではないかと思ったのですが、事務局に問い合わせたところ、議事録作成の都合上、従来慣例となっているそうでございます。また、次回までに検討させていただきたいと思います。

それでは、ただいまのご質問に関しまして、執行部の方からのご回答をお願い致します。

〈岡本会長〉

会長の岡本でございます。トータル的には後程それぞれの担当からお話ししたいと思っております。加藤先生がおっしゃいますように、備蓄の場所や、それからどういうふうに出てくるかというのは、現実に我々も知らされていないところです。というのが、取りつけ騒ぎがあったり、また、いろいろなことがあるのではないかという危惧もございます。大体どこにあるかなということはわかりますので、またお答えしたいと思いますが、すべて正確には出来ないと思います。後程私からは、ADRとメディエーターに関して説明したいと思います。まず、始めに救急医療・防止対策について野島副会長、お願いします。

〈野島副会長〉

副会長の野島でございます。では、加藤代議員の御質問の救急医療と防止対策の件でお話しさせていただきます。

まず、医薬品材料の備蓄についてでございます。備蓄の現状につきましては、備蓄量は一応県の人口の約１％を想定し、6,000人分ということになっております。衛生材料並びに事務用品2,000人分ずつを東部、中部、西部の総合事務所に備蓄し

てございます。医薬品につきましては、2,000人分ずつを19年度から県立中央病院、厚生病院、済生会境港総合病院に保管・管理を委託して備蓄してあります。ただし、済生会境港総合病院の数品目につきましては、管理が煩雑なため米子保健所で保管されているものもございます。

医薬品につきましては、従来期限切れを廃棄して購入しておりましたが、備蓄薬品の有効期限前に病院で使用していただき有効利用を図るというやり方で、病院に管理委託を行っております。ただし、衛生材料につきましては、病院から了解を得られていませんので、このとおりではございません。

備蓄開放時の支給対象や方法でございますが、災害発生の際は総合事務所の職員が備蓄場所から備蓄医薬品を救急救護所に運び供給するということに取り決められております。以上でございます。

〈岡本会長〉

続きまして、感染症対策の方は、天野常任理事、お願いします。

〈魚谷議長〉

天野常任理事、お願い致します。

〈天野常任理事〉

県医師会で感染症を担当させていただいています天野と申します。新型インフルエンザがいろいろ取り沙汰されておりまして、今、県内の備蓄に関しましても、鳥取県として、国が人口の大体25%程度が最大の流行というような見積もりをしており、それによりますと、鳥取県の人口は60万人ですので、最大で約15万人というような想定を鳥取県は出しております。

そうしますと、その15万人のうち、果たして全員が医療機関を受診されるかどうかはわかりませんが、約８割が受診されるのではないだろうかということで、約12万人という受診の想定をしております。それに対しまして、今度はタミフルの備蓄ですが、一応国が鳥取県分として５万人分、それから、鳥取県自体が５万人分ということで、約10万人分を国と県とで備蓄ということになっております。

それで、鳥取県と致しましては、昨年の７月末現在ですべて県の５万人分の備蓄が完了しております。それで、国と県とで今10万人分は確保が済んでおります。あと２万人分に関しましては、これは流通の過程で流れているものを、何とかそれを利用しようというようなことで12万人分というような計算をしておるという現状でございます。

それから、備蓄の場所ですが、先程岡本会長も言われたように、公開致しますと取りつけ騒ぎが起きたり、またパニック状態が起きたらいけないということで、これは隠密裏にしてあって、我々もどこに備蓄してあるかという情報を得ておりませんので、その辺の御了解を得ておきたいと思います。また、国あるいは県のタミフルが解除される場合、配布はまず最初に流通しているものです。卸さんが取り扱っておられるものに関しては、インフルエンザの発症状況、あるいは発熱外来等の情報を鋭意集めて迅速に対応するということです。そこで卸さんも指定の医療機関ないしは発熱外来を持っておられる医療機関に優先的にタミフルを卸さんの方から運んでいただくことが、流通薬の方法でございます。

それから、備蓄に関しましては、卸協会さんの方に県が依頼します。現在、感染症で決まっております指定医療機関は、県中、厚生、済生会境港の３つと、あと鳥取医療センターの４つがはっきり決まっております。それで、非常に発生が多くなった場合、あと協力医療機関というのがまた要るのです。ところが、それに関しては、SARSのときは決まっていたのですが、まだ現在、鳥取県としてもそこまでは選定しかねているということで、今後手挙げ方式で募ると言っておられました。

もし協力してやろうかというような医療機関さんがございましたら、これは病院でないと無理なのですが、そういうところで手挙げをお願いしたいというような状況でございます。以上でございます。

〈岡本会長〉

続きまして、小児メタボの方は、笠木理事にお願いします。

〈笠木理事〉

担当しております笠木でございます。小児メタボに関しまして、加藤代議員の御質問趣旨と少し違う資料を配布しておりますことをお詫び申し上げます。小児メタボにおける腹囲の測定の必要性に関しましては、御了解いただいていることだろうと思います。大人と同様に子どもたちにとっても、メタボリックシンドロームというのは重要な意味を持っております。動脈硬化性の病変は、主として症状は成人で出るわけですが、それの兆候というのは子供でも認められており、子供の生活スタイルそのものにかかわっていることがだんだんはっきりしてきております。その予防という意味では食事と運動が大事なことなのですが、生活習慣そのものに関しては、小児期からの取り組みが大事であることが、いろんなデータからだんだんわかってきております。

参考資料と致しまして、昨年11月10日に高松市で行われました第38回全国学校保健・学校医大会で特別講演をされました、日本での第一人者であります大関武彦先生の特別講演の要旨を添付させていただきました。

現在の小児の肥満というのは、成人肥満へつながっていきますし、この30年で大体３倍ぐらいにふえていると言われております。特に10代の子供達の大体60～70％ぐらいは成人肥満へとだんだんつながっていくのではないかと言われており、学童期の大体10％から10数％が肥満の範疇に入るわけです。その中でいわゆるメタボリックシンドロームと言われる範疇にとらえられるケースがその10％、要するに100人児童がいますと、大体１人か２人ぐらいは最低メタボの範疇に入るだろうと言われております。そのメタボをどうやってスクリーニングするのだということで、一応腹囲を測りましょうということが言われており、小児におきましては、腹囲が80センチを超えますと代謝異常の増加が生じると考えられており、日本の児童では80センチというのが厚労省の研究班において出されております。

厚労省の研究班の診断基準は、お手元の配付資料に載せております。もちろん、身長、体重がだんだん増加している子どもたちですので成人と違います。腹囲対身長の比が0.5以上である場合は同様に内臓脂肪の蓄積があると判断されるという１項目がついており、必ずしも腹囲80センチだけではなくて、この比も参考にして見るということになっているところが、成人のメタボの診断基準と違うところでございます。

御存じのように、メタボの成立要因という意味では、遺伝的なもの、外部環境の因子、その他生活習慣の要因と、３つの要因があると言われています。大人もそうだと思いますが、特に子どもたちにとりましては、生活習慣の要因というのが多大な影響を及ぼしていると言われております。そういう子どもの生活習慣をどうやって直していくのだということでは、やっぱり学校現場できちんと押さえて、しかるべき方策を立てることが一番理にかなったことであり、学校現場におきまして、まず腹囲を測ることから始めたいというのが趣旨でございます。

それに関しまして、つまり腹囲を測るということに関しまして、この１年間、鳥取県教委との連絡協議会、それから医療懇話会等におきまして、鳥取県教育委員会及び鳥取県福祉保健部に対し

て、「小児のメタボリック症候群について」の議案を提出して周知・協議を図っております。

さらに、日医に関しましては、第３回都道府県医師会長協議会という場におきまして、小児のメタボの対策についてということで、岡本会長から日医に提言をしていただき、国に対して腹囲を測るということをもっと働きかけて欲しいということを言っていただいております。

さらに、今年の２月に、鳥取県医師会が主催しております、平成19年度第２回学校医・学校保健研修会の中で問題提起、意見交換としまして、小児メタボリック症候群の対策についてを提起しております。その会には養護の先生、教育委員会の方等にも出席いただいておりますが、養護の先生のいろんな御意見を聞くことが出来ました。その中で、腹囲を測ることだけに関しましては、まず最初に出るのは、法律上の問題です。座高、身長、体重測定というのは明文化されたものがありますが、腹囲を測るということは明文化されたものがございません。そのために、学校の現場で腹囲を測ることはいかがなものかということがどうしても出てきます。ただ、法律上の問題に関しましては、先日、日医学校医講習会が行われて、その中で文科省の専門官の方の講演がありました。その方とお話しする機会もございまして、（学校現場での腹囲測定は）「法律的な問題に関しては何ら問題ないと、いわゆる学校保健法という趣旨に何ら反するものではない、法律上の問題は絶対あり得ない」という御返答をいただいております。

それから、養護の先生達のお話の中でその次に出てきますのが、プライバシーの問題です。勝手に出来ないので親の同意が要る。だから、親の同意書をとった上でしなければいけないのではないかというお話がございました。さらに最も多いものは、健診の時間的な余裕がないこと、時間と場所、マンパワーの問題で、余分な人員を配置できないということです。だから、今の身長、体重、座高等にプラス腹囲を測るとことは、実際に現場では大変なのだというお話がございました。確かにそれは、特に大規模校ほど大変なのはそのとおりでございます。その辺のことを実際にやるということに関しては、一番大きな問題ではないかなと考えております。

学校現場においてまず腹囲を測定することを、鳥取県で県教委も巻き込んでやっていただきたいと思っているのですが、実際に全県でやっているところは、今のところ情報としてはないだろうと思います。各学校、要するに学校医の先生のお力でやっていらっしゃるところが、鳥取県内も含めまして他県でもございます。

鳥取県の場合は、マンパワーの問題も解決しないとなかなか全県でやりましょうという話にはならないと思います。今後、県教委とも協議した上でいろいろ対策を考えて努力したいと思っております。

では、測ってからその後をどうするのだという事後措置のことがどうしても出てきます。残念ながら、その辺の財政的な措置ということに関しては、今のところ全くバックアップがとれるという状況にはありませんので表には出しておりません。事後措置、つまり児童・生徒から腹囲が80センチ以上になった場合に、後はどうやって対応していくのだということは一応構想としては持っておりますが、もう少し財政的な何かが出てきた段階でお示ししたいと考えております。

最終的には、腹囲を測ることが目的ではありません。一番最初に申し上げましたように、腹囲を測ることによって肥満対策にもなるのですが、結局、要は児童・生徒等の日常生活、いわゆる生活習慣の改善が最終的な目標でございます。いわゆる食事のこと、それから運動不足のこと等、その辺の解決に向けて考えていかなければいけないというふうに考えております。そのことが現在社会の中における児童の心の問題等にも関わってくることであろうと考えており、そのきっかけとして腹囲のことを考えております。

〈魚谷議長〉

ありがとうございました。続きまして、岡本会

長、どうぞ。

〈岡本会長〉

では、最後の医事紛争の件でございますが、御質問の件は非常に簡潔でございまして、メディエーターとADRだったと思いますが、最近の医事紛争の発生状況というものがどれぐらいあるのかということを、この機会ですので、述べさせていただきます。

新規発生は、平成14年から見ていくと、３件、６件、１件、５件、６件、３件と、平成17、18年は５件、６件と多かったのですが、平成19年は３件で、その間の解決事案は、大体年間３件です。今年は３件の発生で４件の解決があり、現在、積み残しで紛争まではいっていませんが、いろいろとやっているところは11件でございます。最近は産婦人科だけが多くなくて、今年はいろいろ違った科に及んでいるのが特徴的です。

そして、メディエーターの話ですが、これは先生が御案内のとおり大病院の話でございまして、我々のところではメディエーターのことを一応情報としては流すのですが、この４月から確か県立中央病院が入れるのではないかなという情報を少し持っていますが、はっきりしません。今日は、武田院長は休んでおりますのでちょっとわからないのですが、多分１人入れるのではないかなと思います。

それから、ADRに関しましては、これはもう大分前から言われているのですが、日本医師会は、このADRというのは自分らがADRであるというふうな見解を持っておりまして、日本医師会の医事紛争処理委員会という、結構な弁護士さんを中心にやっておりまして、ここできちんと自分らで、医師会の見方だけではなくて社会的な目を入れてADRをしていこうという方向でやっているので、裁判所でのADRまでとても選択できないというのが、日医の考えでございます。

ただ、私個人で申しますと、いわゆる鳥取にしても、小さいところになりますとどうしても鑑定医というのが非常に難しいのです。ですから、同じ医局の先生方はちょっと困るとか、いろんなことがございますので、鳥取の場合は鑑定医を大学の先生にお願いしたりしていたようですが、大体１年経ったら断られて、また新しい人をといいながら進んでいないというのが現状でございます。ADRがまだ鳥取では、確かに一部の弁護士さんからはADRという言葉はよくお聞きしますが、我々もそれに参画してとかというところまではいっていません。

私共は、医事紛争が発生した場合には、まず地区の会長さんから一報をいただくわけですが、その時にできるだけ地区の方でいろいろお仕事をしていただき、なるべく問題にならないようにして欲しいなということから、非常に上手に処理していただいており、解決も非常に早くなっているのが現状でございます。

まず、我々のところへ来た場合には、何科の訴訟であるかということで、科の専門家の先生を交えての相談等いろいろなことを致します。そして、皆である程度、これは有責、いわゆる責任が医者にあるかどうか、無責であるか、全く責任はないのかということを相談致します。そして、有責かもしれないなというものに関しましては、日本医師会の方に付託します。日本医師会でこれは無責だという場合には、日本医師会は幾ら我々が言っても、「どうぞ訴訟に持っていってもらってください」、「それはもう全然構わないからその先生はきちんと正しいことをなさっているのだから堂々とやってください」というサポートだけはしてくれというふうに向こうから言ってきますので、我々も地区の会長さんを通してそのように伝達するようにしております。それから、有責の場合は、なるべく早く話し合いで解決できればその方がいいかなということで、なかなか金額のことですから我々がなるべく早くして欲しいということを言っても、日医は例えば8,000万円で何とかしろとか言います。ただ、今紛争中のものにしますと、弁護士さんにくるところは１億4,000万円とか１億6,000万円だったりするのです。そうすると、

その次の話し合いをしていただいた後に１億2,000万になったところで、我々はどういうふうに考えるかと申しますと、これはやはり早く解決して欲しいと。そういう場合によくあるのが、当事者の方は必ず少々お金が要っても早くやって欲しく、だからその差額の4,000万くらいは払うよという方もいらっしゃるのです。ですけど、保険という建前から申しますと、なるべく我々はきちっとやっていきたいのです。支払う時にはきちっと日医からもらうという方針でやっておりますので、日医の方には強く、その時には１億2,000万で今これだけの話がきたのですから、これでやって欲しいという事例が現在あります。多分やってくれるのではないかと期待もしておりますし、何回でも電話して頼むようにしております。

医事紛争というのは、以前は非常に暗い部分と申しますか、今でもそうなのですが、個人情報の問題がございますので、絶対個人が特定できないようにしているのです。ただ、それはありますが、この間の３月６日に鳥取県医師会医事紛争処理委員会を開催しました。その時にも全部の事例を、こういう事例はどういうふうに対処するのかを皆で考えていただくという方向でやっています。これは、長田先生が会長になられた頃から始まったことです。そのように、なるべく開かれた、皆さんの意見を取り入れた方法をやっております。ただ、ADRに関しましては、先生の御期待に沿えなくて申し訳ないと思っています。以上でございます。

〈魚谷議長〉

それでは、ただいまの執行部からの御回答につきまして、加藤代議員、よろしいでしょうか。

〈８番・加藤代議員〉

いろいろ御丁寧に御返答を賜りまして、ありがとうございます。

ADRというのは、あくまでも訴訟に持ち込まれない前の段階で一応患者側と医療者側とが協議して和解に至ろうという過程だと思いますので、やはり意味はあると思います。ありがとうございました。

〈魚谷議長〉

それでは、何か他にこの件に関しまして、関連質問はございませんでしょうか。20番・松田代議員、どうぞ。

〈20番・松田代議員〉

20番の中部の松田です。先程の感染症対策のことですが、高病原性インフルエンザがこれから流行する、また新型インフルエンザが流行した場合に、我々地区医師会がどういうふうな対応をしていくのか、そういったマニュアルがこれから必要になってくると思います。また、開業医もどうしたらいいのかという問題点が多々出てくると思うのです。そういったマニュアル的なものを県でもつくっていただき、それを地区医師会でもこういった形でしていきましょうというような各地区に合ったものをつくりたいと思っていますので、ぜひその辺のことをこれから教えていただけたらと思います。

〈魚谷議長〉

いかがでしょうか。

〈天野常任理事〉

今後も県医師会と致しましては、取り組みを考えていきたいと思っております。

それで、やはりまず第一に考えたいのは、患者さんがいきなり医療機関に飛び込んできた場合が非常に危険ではないかというような気が致しております。従いまして、住民の方に対する啓蒙も非常に必要だと思っておりますので、むやみに医療機関を受診しないで、まず電話連絡を医療機関や保健所に入れていただくことも住民の方々に徹底する必要もあろうかと思います。その辺も含めまして、また検討させていただきたいと思いますの

で、よろしくお願いします。

〈魚谷議長〉

よろしいでしょうか。他にございませんでしょうか。

それではもう１件、本日、会場で受け付けました質問が野坂代議員から出ております。この件に関しまして、一言はじめに議長から申し上げておきます。

この議場におきまして活発な議論を抑制する意思は毛頭ございません。突発的な質問も大いにあって結構だと思います。そしてまた、いただきました野坂代議員の質問内容を見ますと、医師会活動に対する根本的な大きな問題でありまして、野坂代議員の真摯なお考えと、それから情熱があふれる質問だと思っております。であるからこそ、余計に十分、執行部も準備をした上で回答をしないと不本意な回答にならざるを得ないと思います。本日は少し時間も迫っております。また次回の７月に予定されております決算代議員会に改めて提出するということも考慮の上で御発言をお願いしたいと思います。よろしいでしょうか。

〈30番・野坂代議員〉

30番の西部医師会の野坂です。こういう形で緊急的に質問いたしたことに関してまずお詫び申し上げます。７月の代議員会でご回答いただければ宜しいです。ただ、いろんな項目について質問を挙げさせて戴いた理由について、10年後の医師会がどうなっているのかなという何か漠然とした不安をどうしても拭い切れないので質問させていただいた次第です。今日の回答は結構ですのでよろしくお取り計らい下さい。

〈魚谷議長〉

ただいまの御発言に関しまして、岡本会長、よろしいでしょうか。

〈岡本会長〉

岡本でございます。事前に代議員各位へ資料を送る時に、質問はあらかじめ準備の都合上、提出いただきたいという文面を入れています。ただ、御質問が出されたのにお答えしないのは非常に卑怯だとも思いますので、幾らかお答えしたいと思います。

１番の御質問を見させていただきますと、非常にいいお話でございます。ただ、我々も部分的ですが、健対協や学校医など、いろいろなことで、もちろん役員ばかりではなくて非役員の先生方にも非常にお世話になっております。役員・非役員・勤務医・開業医の区別なくということですが、勤務医の方も本日は御欠席ですけど、最近は重政教授が非常に頑張っておられまして、大学の方でもいろんな勉強会をやっていただいたり、この間も学生さん、女医さんを相手に会をやっていただきました。

ですから、十分な広報が出来ていないのは誠に申し訳なく思っております。ただ少し難しいのは、先生がお考えになっておられるのが、県医師会としてするべきか地区医師会としてするべきかということについては、ちょっと私にはわからないところがありますので、その辺はまたお互いに相談しながらということでお願いします。県医師会は、もちろん地区医師会も一緒なのですが、それぞれがいわゆる法人です。同じ法人格でも日本医師会には我々もよく文句は言いますし、ぜひ御意見はいただきたいと思っています。非役員が直接ここまでいろんなことを言っていくのは、なかなか難しいところがありますから、皆でする場合のかけ声は必ず私が皆でやりましょうと申し上げます。それで軽重がどうしても出てくるのではないかと思っておりますので、そういうことがないようにしろということでしたら、また考えていきます。

あと、自浄作用活性化ですが、これは確かに先生がおっしゃるとおりです。昨年までは医事紛争処理委員会と自浄作用活性化委員会と医療安全対

策委員会の３つを一緒に総括的にやってしまったという反省もございます。今年は、委員会ではなく、講演会をやろうではないかという意気込みを持って一生懸命やっているのですが、時間がなかったりして誠に申しわけない結果になっているのかと思っています。ぜひこれを踏まえて、現実に今またもう1件くすぶっておりますが、そういうことがないように、来期早々にもやっていかなければいけないと思っています。

先生は、「明日は自分のことだ」とおっしゃいますが、そんなことはないと思います。私はそのようなものではなくて、やはり医者になる、医は仁術とかとよく言いますが、そういうところが欠けないようにすれば、こういうことは起こらないのではないかと私は思っております。ですから、例えば、間違って点数を多くとったからどうのこうのでという問題とはちょっと違います。これだけは申し上げておきますが、自浄作用は、ある時全然何もしないのに点数を間違えたら引っ張られるとか、そういうものではありません。間違えて診療したからやられるとか、そんなものでもありません。私はもう一つだけ申し上げておきますが、今、確かに高点数で指導がなされております。これに対しましては、いつも社会保険事務局に文句を言っています。この間も、とにかくアトランダムにどなたも、いわゆる指導を受けるようにして欲しいと言いました。そうすると非常に緊張感があります。ただ、我々同士でやればいいではないかと言いますが、出てこなかった場合に我々には権利がないのです。出てこいと言うとそういう方々は大体出てこない。はっきり言って医師会報も読んでくれない。そこをどうするかということをまた知恵を貸して欲しいなと思います。今日はこれぐらいにしておきます。

〈魚谷議長〉

ありがとうございました。野坂代議員、よろしいでしょうか。

それでは、まだいくつかございますけれども、また次回の検討課題ということにさせていただきたいと思います。

その他にございませんか。

ないようでございますので、第４号議案の採決に移ります。

第４号議案を原案通り可決することに賛成の方の挙手を求めます。

［挙手多数］

「挙手多数」と認めます。よって、第４号議案は原案通り可決されました。

次に、第５号議案から第７号議案までの３議案を一括上程致します。執行部のご説明をお願いします。明穂理事、よろしくお願いします。

〈明穂理事〉

ご説明致します。お手元の資料40頁をご覧下さい。

［以下、議案書について説明］

〈魚谷議長〉

ありがとうございました。ただいまのご説明につきまして、何かご質問はございませんか。

ないようですので、採決に移ります。

第５号議案から第７号議案までの３議案について、いずれも原案通り可決することに賛成の方の挙手を求めます。

［挙手多数］

「挙手多数」と認めます。よって、第５号議案から第７号議案までの３議案はいずれも原案通り可決されました。

続きまして、６番の「顧問委嘱」に入ります。執行部からのご提案をお願いします。

〈岡本会長〉

岡本でございます。定款第18条によりますと、「顧問は代議員会の議決を経て、会長が委嘱する」と規定されています。そう致しますと、元会長の笠木慶治先生、同じく元会長の入江宏一先生、それから前会長の長田昭夫先生を顧問としてご委嘱申し上げたいと思います。

以上、ご提案致しますので、よろしく、ご審議をお願い致します。

〈魚谷議長〉

ただいまのご提案につきまして、何かご意見はございませんか。

［「異議なし」という声多数あり］

ないようでございますので、ご提案のとおり、笠木慶治先生、入江宏一先生、長田昭夫先生を顧問としてご委嘱申し上げることに決定致します。

これで、本日の議案はすべて終了致しました。ここで閉会にあたりまして、岡本会長から一言ご挨拶をお願い致します。

〈岡本会長〉

本日は、平成20年度事業計画及び予算等７議案につきまして、慎重にご審議いただきました上、いずれも原案通りご承認を賜りまして誠にありがとうございました。魚谷議長さんをはじめ、代議員の皆さん、本当に御苦労様でした。

この後、小宴を設けていますが、また少しお酒が入りますと、いいお知恵を拝借できたり、楽しい会になるのではないかと思っておりますので、全員参加ということでぜひお願いします。

そして、最後になりましたが、我々今日前に並んでおります執行部は一応これで終わりですが、来期は先生方から御承認いただいておりますように、大体同じメンバーで会務を担当してまいります。来年度のことになりますが、ひとつよろしくお願い致しまして私のあいさつとします。今日はありがとうございました。

［拍手］

〈魚谷議長〉

ありがとうございました。本日は、長時間にわたりご審議をいただき、しかも円滑な議事運営ができました。代議員各位のご理解ご協力に感謝申し上げます。

それでは、以上をもちまして、第176回鳥取県医師会定例代議員会を閉会致します。ありがとうございました。

［拍手］

［午後５時45分閉会］

［議　長］魚谷　　純　印

［署名人］尾﨑　眞人　印

［署名人］山内　教宏　印

退任役員インタビュー

平成20年３月31日をもって、鳥取県医師会の役員を退任される阿部博章先生にお言葉を頂戴しました。

阿部博章先生
前鳥取県医師会理事　情報システム担当

鳥取県医師会の役員としての活動を通じて最も印象に残ったことは何でしょうか。

地区医師会の参与になった時もそうでしたが、県医師会も理事になって初めて県医師会が何をしているかということが判りました。会長、副会長、理事の方々がとにかく自らの診療を犠牲にして医師会の運営に努力しておられることに感心しました。

役員を退任するにあたりまして、やり残されたことはございますか。

＊テレビ会議の導入：現在は希望すれば日医のテレビ会議システムを使う事ができます。あまり評判は良くないのですが県庁や中部・西部事務所まで出掛ければ県の情報ハイウェー上にあるテレビ会議システムも使えます。まずは需要があることが第一だと考えています。

＊老人を対象とした基本検診に聴覚を取り入れること。

＊学校健診改革：Up to dateな学校健診のあり方を考える素地を作りたかった。

＊鳥取県医療情報研究会：秋に開催したかったのですが昨年度も年度末になってしまいました。

県医師会に対してご要望やご提言はありますでしょうか。

より広く人材の登用を行って欲しいと思っています。会員の中には優れた人材が数多埋もれていると思います。より多くの人材が登用されるためには無理なく会務がこなせるような仕組みも必要かと思われますし、それにより個々の理事、委員の負担を軽くしていただけるようにご配慮をお願いしたいと思います。

理　事　会

第 11 回 常 任 理 事 会

■ 日　時　　平成20年３月６日（木）　午後３時10分～午後４時20分
■ 場　所　　鳥取県医師会館　鳥取市戎町
■ 出席者　　岡本会長、野島副会長
　　渡辺・天野・神鳥各常任理事

議事録署名人の指名

天野・神鳥両常任理事を指名した。

報告事項

１．第175回臨時代議員会の開催報告
〈神鳥常任理事〉

２月21日、ホテルニューオータニ鳥取において開催した。

主な議案として、任期満了に伴う役員等の選挙を行い、何れも原案通り可決、承認され、岡本会長以下、全役員が無投票で再選された。

内容の詳細については、別途会報に掲載する。

２．健対協　肺がん対策専門委員会の開催報告
〈天野常任理事〉

２月23日、西部医師会館において開催した。

平成18年度実績は、受診者数49,296人（受診率26.5%）、要精検者数1,780人（要精検率3.61%）、精検受診者数1,505人（精検受診率84.6%）で、精検結果は、肺がん47人及び肺がん疑い75人が発見され、がん発見率0.10%、陽性反応的中度2.6%であった。

西部地区では、現在、医療機関検診は実施されておらず、特に米子市においては集団検診の受診率も低率である。平成20年度は、当初約2,000人の医療機関検診受診者を予定していたが、最終的には財政上の理由で見送ることとなった。平成20年度からの特定健診等では、詳細検査の心電図検査を全員に実施する方向で検討されているが、肺がん検診の重要性についてデータを揃え、市長宛に要望書を提出し、前向きに検討して頂くようお願いすることとした。

委員会終了後、従事者講習会及び症例研究会を開催し、講演「肺がん検診の現状と課題」（江口帝京大学医学部内科学講座教授）などを行った。

内容の詳細については、別途会報に掲載する。

３．映画「シッコ」の上映会の開催報告
〈渡辺常任理事〉

２月23日、県民文化会館において東部医師会との共催で上映会を１回開催した。多数の参加者があり、大変盛会であった。

４．生保　病院指導の立会報告〈書面報告〉

２月25日、東部地区の１病院を対象に実施された。カルテ記載等の不備はなく、診療内容も適正で、問題点の指摘はなかった。

５．健対協　循環器疾患等対策専門委員会の開催報告〈天野常任理事〉

２月28日、県医師会館において開催した。

平成18年度実績は、受診者数65,170人（受診率37.9%）で、前年度より受診者数は612人、受診率は1.3ポイント増加した。異常疾病の内訳として、上位３疾病（高脂血症、高血圧、心電図異常）は昨年と変わらなかった。

特定健診の健診実施率は、市町村国保では平成

24年度には65%が目標である。今年度の基本健康診査受診率は37.9%であり、現行の検診とは受診勧奨の方法が変わること、母数となる対象者が確実に把握できること、などによって受診率も向上していくのではないかとのことであった。

空腹時血糖及びHbA1cについて、メタボリックシンドローム判定による基準では、空腹時血糖≧110mg／dl（HbA1cの場合≧5.5%）だが、保健指導判定値は空腹時血糖100mg／dl、（HbA1cの場合≧5.2%）であり、混乱を招く恐れがあるので、周知を行うこととした。

また、平成20年度から開始される特定健診等に伴い、本委員会の名称について検討した結果、専門委員会名は「鳥取県健康対策協議会生活習慣病対策専門委員会」とすることが了承され、鳥取県が設置している部会名においても名称の変更について検討して頂くこととなった。

内容の詳細については、別途会報に掲載する。

6．鳥取県厚生年金基金理事会・代議員会の出席報告〈神鳥常任理事〉

2月28日、ウェルシティ鳥取において開催され、渡辺常任理事、清水監事とともに出席した。平成19年12月現在、加入事業所数は140（対前年比－2）、加入員数は5,217名（対前年比＋107）である。

審議事項として、「平成20年度厚生年金基金予算及び事業計画案」「基金規約の一部変更案」「諸規定の一部変更案」などについて協議、意見交換が行われたほか、低リスク型の資産運用等について説明があった。

基金解散への道は条件に合致せず、困難と思われるが、今後は検討していただくこととした。また、退職金の一部として基金に加入している医療機関が多いので実態把握することとした。なお、会員のためには、今後の基金の方向性についていろいろと問題点があると思われるため、本会として第三者機関の立場でさらに方策を検討していく必要がある。

7．日医　事務局長連絡会の出席報告
〈谷口事務局長〉

2月29日、日医会館において開催された。

3月末で退職予定されている都道府県医師会事務局長3名に感謝状等が贈呈された後、講説2題（1）地域医療を巡る日本医師会と都道府県医師会の連携強化（滝澤日医事務局長）（2）新公益法人の機関設計・財務並びに新税制（太田公益法人協会理事長）が行われた。

内容の詳細については、別途会報に掲載する。

8．唐澤日医会長候補選挙対策本部事務所開きの出席報告〈岡本会長〉

3月1日、東京パレスホテルにおいて開催され、都道府県医師会の会長、副会長、日医代議員等が多数出席された。

唐澤日医会長から、次期日医会長選挙への出馬について正式に表明があった。なお、日医会長選をめぐっては、近畿ブロック以外のすべてのブロックで唐澤会長の推薦を決めている。

9．鳥取産業保健推進センター運営協議会の出席報告〈岡本会長〉

3月3日、鳥取産業保健推進センターにおいて開催され、運営協議会長として出席した。

主な議事として、平成19年度の事業実績と調査研究及び平成20年度の事業実施計画と調査研究、などについて報告、協議、意見交換が行われた。平成20年度は、総合病院看護師の勤務条件と職業性ストレスおよび疲労蓄積との関連についての調査研究が行われる。

また、地域産業保健センター相談事業においてメンタルヘルス対策がきちんと対応できていないためにサポートして頂きたいこと、平成20年度からの特定健診と安衛法との整合性を保つこと、などについて要望した。

10. 日医　社会保険担当理事連絡協議会の出席報告〈天野常任理事〉

３月５日、日医会館において開催され、富長副会長、吉田理事とともに出席した。

鈴木日医常任理事より、点数改定の経緯について説明があった後、引き続き、平成20年度からの診療報酬の具体的な改定点について、「平成20年度診療報酬改定の概要」「緊急課題への対応・重点的に評価する主な項目（産科・小児科医療、病院勤務医の負担軽減、救急医療、明細書の交付、がん対策・脳卒中対策・自殺対策）」「適正化・見直し等を行う主な項目（外来管理加算、７：１入院基本料、外来精神療法、後発医薬品の使用促進、処置の見直し、コンタクトレンズ）」を中心に解説があった。

内容の詳細については、別途会報に掲載する。

11. 鳥取県准看護師試験委員会の出席報告〈天野常任理事〉

３月６日、県庁において開催され、明穂理事とともに出席した。平成19年度の鳥取県准看護師試験の合格率は98.9%で非常に良い結果であった。

協議事項

１．平成20年度中国四国医師会連合総会の各分科会の提出議題等及び担当責任者について

５月17・18日（土・日）、徳島市において開催される。各分科会への提出議題等の責任担当者を下記のとおりとした。

○第１分科会（保険）－富長副会長
○第２分科会（地域医療）－渡辺常任理事
○第３分科会（地域保健）－宮﨑常任理事
○第４分科会（医療福祉）－野島副会長

２．指導の立会いについて

次のとおり実施される指導に、それぞれ役員が立会することとした。

○３月11日（火）午後１時30分
東部：健保　個別指導　診療所１件－明穂理事

○３月14日（金）午後１時30分
東部：健保　新規個別指導　診療所４件
－渡辺常任理事

３．第176回定例代議員会の運営等について

３月15日、米子ワシントンホテルにおいて開催する第176回定例代議員会における役割分担などについて打合せを行った。

４．感染症法における指定届出機関の推薦について

STDの定点医療機関に山本泌尿器科クリニック（米子市）を推薦することとした。

５．鳥取県国民健康保険団体連合会介護サービス苦情処理委員会委員の推薦について

任期満了に伴い、推薦依頼がきている。引き続き、吉田理事を推薦することとした。

６．鳥取県国際交流財団理事の推薦について

任期満了に伴い、推薦依頼がきている。引き続き、神鳥常任理事を推薦することとした。

７．鳥取県町村非常勤職員公務災害補償等審査会委員の推薦について

任期満了に伴い、推薦依頼がきている。引き続き、岡本会長を推薦することとした。

８．日医認定産業医更新申請の承認について

この度、日医認定産業医の更新申請について34名（東部17名、中部６名、西部11名）から書類の提出があり、審議の結果、何れも資格を満たしているため、日医宛に申請することとした。

９．名義後援について

『「国境なき医師団」講演会（４／19）』の名義後援と「第８回日本海未来ウオーク（５／10－11）」の名義後援及び大会顧問についてそれぞれ了承することとした。

10. 日医生涯教育講演会の認定申請の承認について

地区医師会などから申請の出ている講演会について協議の結果、適当として認定することとした。

［午後４時20分閉会］

［署名人］天野　道麿　印

［署名人］神鳥　高世　印

第 12 回 理 事 会

■ 日　時　平成20年３月27日（木）　午後４時～午後７時

■ 場　所　鳥取県医師会館　鳥取市戎町

■ 出席者　岡本会長、野島・富長両副会長
宮﨑・渡辺・天野・神鳥各常任理事
武田・吉中・吉田・明穂・阿部・重政・笠木・米川各理事
井庭・清水両監事
板倉東部会長、池田中部会長、魚谷西部会長

議事録署名人の指名

宮﨑・渡辺両常任理事を選出した。

報告事項

１．前回常任理事会の主要事項の報告
〈神鳥常任理事〉

３月６日、県医師会館において開催した。会議録は、地区医師会へ送付するとともに、県医メーリングリストへの投稿、会報への掲載を行うこととしている。

２．「女子医学生、研修医等をサポートするための会」講習会の開催報告〈重政理事〉

２月23日、鳥大医学部附属病院第２臨床講義室において鳥取大学との共催で開催し、講演「女性が医師として働くということ」（春木　日医男女共同参画委員会委員・島根県医師会勤務医部会委員）を行った。

３．日医　学校医講習会の出席報告〈笠木理事〉

２月23日、日医会館において開催され、地区医師会代表者とともに出席した。

講演３題（１）「最近の学校健康教育行政の課題」（２）「特別支援教育と今後の課題」（３）「小児の生活習慣病の予防」が行われた後、シンポジウム「学校におけるアレルギー疾患の管理と支援～今後の具体的取り組みの方向を探る～」では、小児アレルギー科医、皮膚科医、眼科医、耳鼻咽喉科医のそれぞれの立場から講演があり、その後、総合討議が行われた。今後は、各地区医師会において伝達講習が行われる。

内容の詳細については、別途会報に掲載する。

４．日医　母子保健講習会の出席報告
〈笠木理事〉

２月24日、日医会館において、「子ども支援日本医師会宣言の実現を目指して―２」をメインテーマに開催され、地区医師会代表者とともに出席した。当日は、強風の影響による交通機関の乱れから、当初の予定順序を大幅に変更して行われた。

午前は、講演「子どもの脳を守る」が、午後は、「母子の心の健康を求めて」をテーマとした４名のシンポジストによるシンポジウムと講演「医

学・医療の品格」が行われた。

内容の詳細については、別途会報に掲載する。

5．指導の立会報告

〈健保　新規個別指導：明穂理事〉

２月26日、東部地区の４診療所を対象に実施された。往診は患家の要請があって行うもの、訂正は記載のぬりつぶしでなく横２本線で行うこと、術前検査は具体的な項目を記載すること、診察所見を記載すること、病名は旧来のものでなく現在広く用いられているものにすること、ビタミンB製剤の点滴は必要症例のみとすること、薬剤変更理由を記載すること、などの指摘がなされた。

〈健保　個別指導：明穂理事〉

３月11日、東部地区の１診療所を対象に実施されたが、いろいろな問題点があるため、最終的には中断となった。

〈健保　新規個別指導：渡辺常任理事〉

３月14日、東部地区の４診療所を対象に実施された。カルテの記載が希薄なこと、電子カルテのパスワードを定期的に変更すること、患者の希望でアリナミンFの静注が自由診療でされており混合診療になっていること、などの指摘がなされた。

〈健保　個別指導：井庭監事〉

３月19日、西部地区の１病院を対象に実施された。入院診療計画書を策定して患者に説明して家族の署名をもらうこと、カルテの記載が希薄であること、表皮剥離でテープ治療は創傷処置で縫合処置ではないこと、訂正は二重線ですること、ADLの日々の評価記載がないこと、do処方は付箋に記載しカルテに貼り付けること、血液検査はセット検査ではなく具体的に記載すること、検査にはその必要性と病名（疑い含）を記載すること、などの指摘がなされた。

6．各看護学校卒業式の出席報告

各看護高等専修学校の卒業式に次のとおり役員が出席し、祝辞を述べるとともに成績優秀な生徒に鳥取県医師会長賞を授与した。

◇東部　３月１日〈渡辺常任理事〉卒業生：35名
◇中部　３月６日〈吉中理事〉　　卒業生：17名
◇西部　３月５日〈神鳥常任理事〉卒業生：28名

7．健対協　肝臓がん対策専門委員会の開催報告
〈富長副会長〉

３月１日、県医師会館において開催した。

平成18年度基本健康診査における肝炎ウイルス検査の受診者数は7,702人（受診率17.7%）で、HBs抗原陽性者から肝臓がんが１人、HCV抗体陽性者から肝臓がんが１人発見された（がん発見率0.03%）。

国庫補助事業として、保健所における肝炎ウイルス検査が平成20年１月から無料で実施されている。医療機関における肝炎ウイルス検査においても、平成20年度の１年間に限り、無料化して実施している。また、平成20年４月から、B型及びC型肝炎ウイルスの除去を目的として行うインターフェロン治療に対する治療費の助成制度が開始される予定である。

委員会終了後、従事者講習会及び症例研究会を開催し、講演「肝癌治療の実際及びIFN投与の工夫～肝癌死をより少なくするために～」（満田鳥取赤十字病院内科副部長）などを行った。

内容の詳細については、別途会報に掲載する。

8．日医　感染症危機管理対策協議会の出席報告
〈笠木理事〉

３月５日、日医会館において開催された。

報告（１）「感染症対策をめぐる最近の動向」（飯沼日医常任理事／感染症危機管理対策室長）（２）「感染症をめぐる最近の動向―感染症法の改正、麻しん・風しん対策―」（三宅厚労省健康局結核感染症課長）（３）「新しい肝炎総合対策」（正林厚労省健康局疾病対策課肝炎対策推進室長）

があった。

内容の詳細については、別途会報に掲載する。

9．日医　「新たな死因究明制度等」に関する担当理事連絡協議会の出席報告〈井庭監事〉

３月６日、日医会館において開催され、富長副会長、武田理事とともに出席した。

本協議会の事前に47都道府県医師会を対象に行われた、「診療行為に係る死因究明制度等に関するアンケート」の結果報告があった後、診療行為に係る死因究明制度等についての現在までの経過について報告があった。その後の質疑応答では、出席者から多数の質問や意見が出された。

内容の詳細については、別途会報に掲載する。

10．日医　情報システム担当理事連絡協議会の出席報告〈阿部理事〉

３月６日、日医会館において開催され、８府県医師会（栃木、滋賀、京都、岡山、愛媛、高知、長崎、宮崎）がTV会議システムを通じて参加された。

議事として、（１）IT化推進検討委員会答申（２）レセプト情報等の活用に関する検討会報告（３）レセプトオンライン請求（４）日医標準レセプトソフト（５）社会保障カード（仮称）に関する見解（６）日医認証局、についての説明と質疑応答が行われた。

質疑応答では、期限が迫ったレセプトオンライン化請求についての質問が多くあり、日医としては、「オンライン化できる医療機関はしていただき、紙でしか対応できない医療機関に対しては撤退されないように対応する」「代行請求をする場合の費用の問題を現在交渉中である」との回答であった。

内容の詳細については、別途会報に掲載する。

11．医事紛争処理委員会の開催報告〈岡本会長〉

３月６日、県医師会館において川中顧問弁護士にもご出席いただき開催した。

議事として、日医医療事故防止研修会、中国四国医師会医事紛争研究会、都道府県医師会医事紛争担当理事連絡協議会の出席報告の後、鳥取県内の医事紛争の処理状況について協議、意見交換を行った。平成19年度の状況は、処理済４件（取り下げ１件、示談３件）、応訴中４件（調停中１件、裁判中３件）、折衝中７件（継続分５件、新規分２件）となっている。

内容の詳細については、別途会報に掲載する。

12．診療報酬点数改正打合せ会の開催報告〈富長副会長〉

３月８日、県医師会館において鳥取社会保険事務局、県（健康政策課、障害福祉課、長寿社会課）、支払基金、国保連合会に参集いただき、各地区医師会での説明会に備えるための打合会を開催した。

なお、質疑応答は当日行わず、質問等があれば、後日、県医師会事務局へ送付していただくこととした。

13．臨床検査精度管理委員会の開催報告〈吉田理事〉

３月８日、県医師会館において県医療政策課にも参集していただき開催した。

平成19年度実施報告では、平成19年10月１日に８部門（臨床化学、血液、一般、免疫血清、生理、微生物、細胞学、病理学）で実施し、参加施設は60施設であった。その各検査項目の結果について資料をもとに説明があった後、協議、意見交換を行った。今後は、鳥取県臨床検査技師会、鳥大医学部検査部が中心となり、より一層の標準化対応への取り組みを進めていきたいとのことであった。

また、平成19年12月２日、西部医師会館において報告会を開催した。報告書は平成20年３月の発刊を予定しており、今年度も別に医師向けに要点をまとめたものを県医師会報４月号に掲載予定である。

内容の詳細については、別途会報に掲載する。

14. 日医　医療政策シンポジウムの出席報告

〈神鳥常任理事〉

３月９日、日医会館において開催され、野島副会長、明穂理事、清水監事、池田中部会長、魚谷西部会長とともに出席した。

基調講演「脱『格差社会』戦略と医療のあり方」（神野東大大学院経済学研究科教授）、講演（１）「医療のあり方―患者の立場から」（立花評論家）（２）「格差社会と医療システム」（田中慶應義塾大学大学院経営管理研究科教授）（３）「社会保障をめぐる政治の展望」（山口北海道大学法学部教授）があった後、「脱『格差社会』と医療のあり方」をテーマにパネルディスカッションが行われた。

内容の詳細については、別途会報に掲載する。

15. 日医生涯教育協力講座　セミナー「生活習慣病の克服をめざして」の開催報告

〈渡辺常任理事〉

３月９日、県医師会館において、「家庭血圧測定による血圧の正しい評価と治療方針」をテーマに日医及び東部医師会等との共催、日本糖尿病対策推進会議及び鳥取県糖尿病対策推進会議の後援で開催した。

基調講演「早朝血圧管理からはじまるパーフェクト24時間血圧コントロール」（苅尾自治医科大学内科学講座循環器内科学部門教授）、症例検討セミナー（１）当院における血圧コントロール困難例へのアプローチ（２）職場高血圧の１例（３）当院での自己血圧測定の現状、総合討論を行った。

16. 日医　医療関係者担当理事連絡協議会の出席報告〈吉中理事〉

３月13日、日医会館において開催された。

議事として、（１）日医医療関係者対策委員会報告書（２）日医「看護職員確保対策」潜在看護職員再就業支援モデル事業（３）看護職員に係わる最近の動向（看護職員確保対策を巡る状況他、看護師等の役割分担）についての報告と質疑応答が行われた。

内容の詳細については、別途会報に掲載する。

17. 鳥取地方社会保険医療協議会の出席報告

〈岡本会長〉

３月13日、県民文化会館において開催され、各地区医師会長とともに出席した。

審議事項として、部会委員の指名について協議が行われ、板倉東部会長が指名された。

18. 健対協　総合部会の開催報告〈岡本会長〉

３月13日、県医師会館において、今年度の第２回各部会及び専門委員会で検討した内容を取りまとめ、総合的に協議するために開催した。

循環器疾患等対策専門委員会を「生活習慣病対策専門委員会」に名称変更することが了承された。また、子宮がん対策専門委員会の開催回数については、制度変更等を行う場合、年１回開催では対応が難しいこともあり、従来どおり年２回の開催となった。

「肝炎対策基本法案」に基づいて行われる国庫補助事業の実施については、患者さんからの問合せが一番多いのは医療機関であると考えており、現在、県健康政策課はインターフェロン治療が出来る医療機関調査を行っており、実施医療機関が決定次第、説明会を開催する予定である。

内容の詳細については、別途会報に掲載する。

19. 禁煙指導対策委員会の開催報告

〈渡辺常任理事〉

３月13日、県医師会館において県健康政策課及び県教育委員会にも参集していただき開催した。

各地区医師会及び県から、講習会や禁煙に対する取り組み等について報告があった後、「禁煙指導医・講演医養成のための講習会」HP掲載会員の整理、今後の活動方針について協議、意見交換を行った。

内容の詳細については、別途会報に掲載する。

20. 介護保険対策委員会の開催報告

〈渡辺常任理事〉

３月13日、県医師会館において県長寿社会課にも参集していただき、開催した。

議事として、「中国四国医師会連合総会並びに医学会介護保険研究会と各地区における介護予防事業」「地域ケアの現状と医師会との関わり」について報告を行った後、「療養病床再編と地域ケア整備構想」「地域ケア体制の在り方及び療養病床の再編成に関する基本方針」「地域ケア体制の将来像」「療養病床の再編の見通し」を中心に協議、意見交換を行った。鳥取県では平成23年度末時点での病床数を942床（回復期リハ病床を加えると1,401床）にするのが適当ということになった。

内容の詳細については、別途会報に掲載する。

21. 第176回定例代議員会の開催報告

〈宮﨑常任理事〉

３月15日、米子ワシントンホテルにおいて開催し、平成20年度事業計画および収支予算案などの７議案について何れも原案どおり可決、承認された。

内容の詳細については、別途会報に掲載する。

22. 労災保険診療指定医療機関研修会の開催報告

〈富長副会長〉

３月16日、米子ワシントンホテルにおいて鳥取県眼科医会との共催で開催した。

講演３題（１）「労災保険制度について」（田中労災保険情報センター鳥取事務所長）（２）「感染性角膜炎診療ガイドライン」のポイント（井上鳥大医学部視覚病態学教授）（３）角膜の外科的治療の進歩（西田東北大学大学院医学系研究科感覚器病態学講座眼科・視覚科学分野教授）と質疑応答を行った。

23. 鳥取大学経営協議会の出席報告

〈岡本会長〉

３月19日、鳥取大学において開催され、平成19年度の鳥取大学の年度計画に関する業務実績の概要及び緊急医師確保対策に基づく医学科入学定員増について報告があった後、平成20年度計画及び予算について説明が行われた。

24. 第３回鳥取県医療情報研究会～日医ITフェア～の開催報告〈阿部理事〉

３月20日、県医師会館において開催し、講演４題（１）「オンライン請求・特定健診とORCAプロジェクト」（上野日医総研主任研究員）（２）「特定健診の円滑な実施に必要なITインフラ」（大西オーダーメイド創薬代表取締役社長）（３）「特定健診対応サービス」（坂元ファルコバイオシステムズ特定健診準備室係長）（４）「鳥取県医師会代行入力サービス」（宮﨑常任理事）を行った。

当日は、１階ロビーにて、大共、鳥取県東部医師協同組合、ファルコバイオシステムズの３社による日医標準レセプトソフト等の展示、説明、相談コーナーが設けられた。

25. 中国四国医師会連合常任委員会（会長会議）の出席報告〈岡本会長〉

３月22日、岡山市において開催され、日医会長候補の推薦状提出、中国四国医師会連合選出役員、日医各種委員会、などについて協議、意見交換が行われた。

中国四国ブロックとして、唐澤現日医会長を日医会長候補に、藤原現山口県医師会長を日医常任理事候補に、碓井現広島県医師会長と久野現愛媛県医師会長を日医理事候補に、森下現香川県医師会長を日医監事候補に、長田前鳥取県医師会長を日医裁定委員候補に、それぞれ推薦することを決定した。

26. 鳥取県医療審議会の出席報告

〈渡辺常任理事〉

３月25日、ホテルセントパレス倉吉において開催され、岡本会長（県医療審議会長）、宮﨑常任理事、重政理事（学識経験者）とともに県精神科病院協議会代表として出席した。

議事として、鳥取県保健医療計画と鳥取県医療費適正化計画について協議、意見交換が行われた。

報告事項としては、（１）医療法人に係る認可及び申請の状況（２）東部保健医療圏における一般・療養病床の増床許可等の状況（３）保健・医療の各計画のパブリックコメントの実施結果（４）福祉保健部関係の平成20年度当初予算及び平成19年度２月補正予算、があった。

27. 鳥取県臓器バンク理事会の出席報告

〈岡本会長〉

３月27日、県医師会館において開催され、理事長として出席した。

議事として、平成19年度収支予算の変更、平成20年度事業計画及び収支予算、財団法人鳥取県臓器バンク寄附行為の一部変更、などについて協議、意見交換が行われた。

また、事務局を米子市に移動することとなった。なお、今後は、本会としてさらに医療機関及び住民等に対して啓発していくこととした。

28. 健対協　アレルギー性疾患対策専門委員会の開催報告〈神鳥常任理事〉

３月27日、県医師会館において開催した。

議事として、冊子「子どものアレルギー性疾患Q＆A」読後のアンケート結果報告と今後のアレルギー性疾患対策、などについて報告、協議、意見交換を行った。

本委員会は、平成19年度をもって休止とし、問題点が生じた場合に再度委員会を立ち上げることとなった。なお、専門的な分野は、健対協　疾病構造の地域特性対策専門委員会で協議し、本会学校医部会において対応していく。

内容の詳細については、別途会報に掲載する。

29. 第９次鳥取県医師会協力貯蓄の満期について

〈天野常任理事〉

標記について、平成20年４月で５年間の積立期間が終了して満期が到来することから、加入会員へお知らせすることとした。なお、第10次協力貯蓄積立金の募集期間は、４月15日（火）～５月20日（火）である。引き続いて継続加入をお願いしたい。

30. その他

＊この度、西部医師会理事会一同より西部医師会員に対して、「後期高齢者診療料」を算定しない旨のお願いについて周知した。

〈魚谷西部医師会長〉

協議事項

１．鳥取県防災会議委員の推薦について

任期満了に伴い、推薦依頼がきている。引き続き、野島副会長を推薦することとした。

２．鳥取県性教育推進委員会委員の推薦について

任期満了に伴い、推薦依頼がきている。引き続き、長田昭夫先生を推薦することとした。

３．貸付審査等運営委員会委員の推薦について

任期満了に伴い、推薦依頼がきている。引き続き、谷口昌弘先生を推薦することとした。

４．保険指導医の推薦について

後任の委員として、葉狩良孝先生（皮膚科・東部）を推薦することとした。なお、任期は平成20年９月30日までである。

５．人権相談における専門相談員の推薦について（各地区１人）

標記について各地区１名ずつの推薦依頼がきている。渡辺常任理事を中心に人選を進めることと

した。

6．母体保護法指定医師の指定について

標記について中部医師会員１名から申請が出ている。協議した結果、承認することとした。

7．レセプトオンライン請求義務化に関するアンケート調査の実施について

平成23年４月より全ての保険医療機関においてレセプトのオンライン請求が原則義務化されることになっている。

日医では、オンライン請求は義務化ではなく、できるところから手挙げ方式で移行し、IT化に対応できない医療機関にも配慮する必要があることを主張してきたが、先に開催された、平成19年度日医医療情報システム協議会では宮城県医師会、石川県医師会が独自に行った調査によると、義務化に伴い廃院を考えている医療機関が両県共７％もあることが報告された。このことは地域医療の崩壊にも通じる由々しき事態であり、こうした医療機関がこれまでどおり診療を行い、紙ベースでレセプトが提出できるような環境が、オンライン請求と併せて整備されることが求められる。

以上のことから、鳥取県医師会として全医療機関を対象に、「レセプトオンライン請求義務化に関するアンケート」調査を実施し、鳥取県の状況を日医へ報告することとした。

8．健康フォーラム2008の開催について

９月27日（土）ハワイアロハホールにおいて、新日本海新聞社との共催で、森谷敏夫京都大学大学院人間・環境学研究科教授を講師にお迎えして開催することとした。

9．日医生涯教育講演会の認定申請の承認について

地区医師会などから申請の出ている講演会について協議の結果、何れも適当として認定することとした。

［午後７時閉会］

［署名人］宮﨑　博実　印

［署名人］渡辺　　憲　印

中四国医師会連合

中国四国医師会連合常任委員会

■日　時　平成20年３月31日（月）午後６時～
■場　所　東京ドームホテル　文京区後楽
■出席者　岡本会長、魚谷西部医師会長
宮﨑常任理事
谷口事務局長、岡本・山本両係長

挨　拶

藤原淳中国四国医師会連合委員長（山口県医師会長）が日医常任理事立候補による各ブロックへの挨拶回り中につき、代わって木下敬介同副委員長（山口県医師会副会長）が会議の進行をする旨の挨拶があった。

報　告

１．議事運営委員会報告

大塚明廣先生（徳島県医師会副会長）から、翌日開催される日医代議員会の日程及び選挙についての注意事項等の説明があった。

協　議

１．日本医師会役員等の推薦について

平成20年２月11日開催の中国四国医師会連合常任委員会（会長会議）で協議した結果、全会一致で唐澤祥人先生を日本医師会長候補に推薦することが決定した旨報告があった。なお、中国四国ブロック選出の理事については、碓井静照先生（広島県医師会長）、久野梧郎先生（愛媛県医師会長）、監事は、森下立昭先生（香川県医師会長）を推薦することに決定した。

また、日本医師会副会長・常任理事についても、中国四国ブロックから選出されるよう文書で要請した。３月16日に唐澤日医会長より藤原山口県医師会長へ日医役員としてキャビネットに入るよう要請があったため、３月22日に中国四国医師会連合常任委員会（会長会議）を開催し、日医常任理事に推薦することを決定した。さらに裁定委員には長田昭夫先生（前鳥取県医師会長）を推薦した。

２．日本医師会代議員会における質問（代表・個人）について

中国四国ブロックの代表質問は、岡山県の森藤忠夫代議員（順位１）、個人質問は、広島県の高杉敬久代議員（順位11）と愛媛県の首藤　貴代議員（順位２）である。

３．予算委員会委員について

中国四国から３名の選出にあたり、過去の選出状況により、平松恵一先生（広島県）、杉山知行先生（山口県）、恒石静男先生（高知県）にお願いすることとした。

４．次期中国四国医師会ブロック当番県について

平成20年度の当番県は、徳島県医師会に担当していただく。

５．県医師会長の交替（平成20年４月１日～）

○島根県医師会長　中島雪夫先生→田代　收先生
○岡山県医師会長　末長　敦先生→井戸俊夫先生
○山口県医師会長　藤原　淳先生→木下敬介先生
○高知県医師会長　村山博良先生→
永野健五郎先生

６．次期当番県医師会長挨拶

川島周徳島県医師会長より、次期当番県としての挨拶があった。

■日　時　平成20年４月１日（火）
午前９時～午前９時30分
■場　所　日本医師会館５Ｆ　506会議室
文京区本駒込
■出席者　岡本会長、魚谷西部医師会長
宮﨑常任理事
谷口事務局長、岡本・山本両係長

挨　拶

川島周中国四国医師会連合委員長より、今後１年間よろしくお願いしたいとの挨拶があった。我々として大事なことは、藤原先生が日医常任理事になり、碓井先生と久野先生が日医理事になり、中国四国ブロックの結束を示すことである。

報　告

１．議事運営委員会報告

木下成三先生（徳島県医師会常任理事）から、当日開催される日医代議員会の日程及び事務連絡等について説明があった。

■日　時　平成20年４月２日（水）
午前９時～午前９時30分
■場　所　日本医師会館５Ｆ　506会議室
文京区本駒込
■出席者　岡本会長、魚谷西部医師会長
谷口事務局長、岡本・山本両係長

挨　拶

前日の選挙で当選された藤原日医常任理事（前山口県医師会長）より、御礼の挨拶があった。

報　告

１．議事運営委員会報告

木下成三先生（徳島県医師会常任理事）から、当日開催される日医代議員会の日程について説明があった。

２．その他

○「後期高齢者診療料」について各県の実情はどうかとの質問が出され、魚谷西部医師会長より、西部医師会理事会一同で西部医師会員に対して、算定しない旨のお願い文書を発送したとの説明があった。

○「小児救急電話相談事業」について意見交換を行った。実施していないのは全国４県、うち３県が鳥取県を含め、中国四国ブロックである。岡本会長より、鳥取県では夜10時まで診療体制が整っており、相談件数が少なく、マンパワーの問題等もあることから、３次救急できちんと対応しているとの説明があった。また、中国四国ブロックあるいは全国単位で相談事業に対応することも検討してみてはどうかとの意見もあった。

諸会議報告

特定健診に対応した精度管理を
＝臨床検査精度管理委員会＝

■ 日　時　　平成20年３月８日（土）　午後４時～午後５時20分
■ 場　所　　鳥取県医師会館　鳥取市戎町
■ 出席者　　富長委員長、吉田副委員長
小林・野上・松浦・安木・吉中各委員
〈鳥取県医師会〉岡本会長
〈オブザーバー〉医療政策課：大口課長、田中主事

挨拶（要旨）

〈岡本会長〉

本委員会は回を重ねるごとに内容も充実したものとなっているが、これからは多少方向転換を検討していきたい。医師会員も積極的に勉強し、ワンランク上のものを目指したいと考えている。また、４月から始まる特定健診等ではデータが非常に重要となってくるので、それに対応しながらこの委員会も進めていきたい。

〈富長委員長〉

この度の診療報酬点数改正で、検査評価体制の見直しが行われている。外来迅速検体検査加算の点数が上がり、今後、実施する医療機関が増えてくるだろう。本精度管理調査には診療所の参加が少ないようで、来年度以降は参加する施設が増えてくるかもしれない。本日は１年間を通しての本委員会の事業運営について、議論をお願いしたい。

議　事

１．平成19年度臨床検査精度管理事業の実施報告

平成19年10月１日に８部門（臨床化学、血液、一般、免疫血清、生理、微生物、細胞学、病理学）で実施した。臨床化学部門にコリンエステラーゼと特定健診の必須項目となっているLDLコレステロールを追加した。

参加施設は昨年より１施設多い60施設（県内医療機関40、県内衛生検査施設11、県外機器・試薬メーカー９）だった。この中で、西部地区において主要病院のうちの１病院の参加が無かったため、来年度は参加していただけるよう個別にお願いすることとした。

各検査項目の結果について、資料をもとに説明があった。詳細については「平成19年度鳥取県臨床検査精度管理調査報告（今月号P.64に掲載）」を参照。

意見交換の中で以下の意見があった。

・臨床化学部門では、JSCC標準化対応法に統一された項目がさらに増え、多くの項目で施設間差がなくなったが、アミラーゼと総ビリルビンでは標準化対応が参加施設の半数に止まっている。
・グルコースでは、汎用機測定が主になると解糖阻止剤を使用しない採血管で採取することも増える可能性があり、採血からの時間過程で大きく誤差を生じる為、来年度の調査ではこの点を確認したい。
・尿沈渣検査では標準検査法「尿沈渣検査2000」が発行されており、この方法へ統一するよう勤

めていきたい。

・血液検査では、資料到着後速やかな測定が行われず結果に影響が出ており、速やかな測定をしてもらうよう各施設へお願いしていきたい。

・網状赤血球では目視法がまだ半数あり、観察視野と染色性に留意することが必要とされた。

・腫瘍マーカーではAFP、PSAは標準化が進んだため機種間差が少ないが、CEA、CA19-9では標準化が進んでおらず、施設間での数値に差があった。

・肝炎項目では、HCV、HBsとも機器測定が８割と普及しており、精度が良くなっているが、残り２割が用手（イムノクロマト）法で目視判定の為、特にHBsの弱陽性試料で陰性と判定される施設が２件あった。

・微生物部門について、平成14年度の調査試料と同じものを使用したが、この５年間で検査方法の改善だけでなく、医師へのコメントなどについても着実なレベルアップが認められた。

・回答入力の際に、コードミスや入力ミスと思われる初歩的なミスが散見されたので、十分に確認するようにして欲しい。

今後、鳥取県臨床検査技師会、鳥取大学医学部検査部が中心となりより一層の標準化対応への取り組みを進めていきたいとの報告があった。

２．報告会の開催報告

平成19年12月２日（日）米子市の西部医師会館において開催した。今年度も会場を２つに分けて行った。参加者は53名と昨年より少ない参加であった。

３．報告書の編集について

平成20年３月発刊を目指し編集中である。今年度も、別に医師向けに要点をまとめたものを県医師会報４月号に掲載予定である。

報告書は、参加施設以外には配布希望があった施設へ送付することとしている。

４．平成20年度事業に向けての課題等について

報告会への医師の参加が少ないので、来年度はプログラムの中に特別講演を取り入れ、積極的に医師に参加していただくよう検討していくこととした。

また、検査項目に輸血検査部門の再開、及びHbA1cを追加したいとの意見があり、専用の試料のために多少費用がかかるようであるが、協力していくこととした。

学校医、産業医活動を通じて、禁煙指導の更なる徹底を！
＝禁煙指導対策委員会＝

■ 日　時　平成20年３月13日（木）　午後３時～午後４時40分
■ 場　所　鳥取県医師会館　鳥取市戎町
■ 出席者　渡辺委員長、天野・笠木・松浦・松田・飛田・長谷川各委員
鳥取県福祉保健部：北窓健康政策課長
鳥取県教育委員会事務局：中尾福利室健康管理主事
〈県医師会〉岡本会長、宮﨑常任理事

挨　拶

〈岡本会長〉

禁煙はここ数年で随分進んできた。先生方のご熱心な活動の成果と思う。受動喫煙に関しても住民の理解が深まった。喫煙には精神科的な要素が大きいと思われるので、その点も考慮しながら、特に未成年者と妊婦の禁煙の徹底を図るべく、ご協議いただきたい。

〈渡辺委員長〉

岡本会長から委員会への期待、禁煙指導に対する県民の教育、健康管理上の重要性についてお話しがなされた。本会の委員会開催は年１回だが、地区医師会では熱心に活動を続けておられ、地区医師会の現状、県の取り組みを報告いただきながら、県医師会としての禁煙指導の在り方について討議したい。

報　告

１．前回禁煙指導対策委員会記録

平成19年３月22日、県医師会館で開催した。初めに、（１）前回禁煙指導対策委員会記録（２）16・17・18年度講習会開催状況（３）ニコチン依存症管理料算定の現況（４）鳥取県における禁煙の取り組み（福祉保健部・教育委員会）、等報告の後、（１）「禁煙指導医・講演医養成のための講習会」HP掲載会員の整理について（２）平成19年度「禁煙指導医・講演医養成のための講習会」について（３）今後の活動方針、等協議した。

委員会記録は、会報第622号へ掲載した。

２．17・18・19年度講習会開催状況について

３．地区医師会からの報告

［東部；松浦委員より報告］

・19.7.27「東部医師会禁煙指導研究会」を開催し、繁田正子先生（京都府立医大）より「吸う人の心に寄り添う禁煙指導」と題し講演を頂いた。講演内容は松浦先生が抄録を作成し、記録保存されている。
・「世界禁煙デー記念イベント」に東部医師会が共催で参画し、安陪隆明先生（安陪内科医院院長）に「タバコを吸う人の心ってどうなっているの？～食後の一服がおいしい理由～」と題し講演を頂いた。
・鳥取市内の路上喫煙防止に関する条例が制定される予定。

［中部；松田委員より報告］

・19.7.6「禁煙指導医・講演医養成のための講習会」を開催し、尾崎米厚先生（鳥大医学部環境予防医学）より「タバコ煙のない環境づくりにおける医師の役割」と題し講演を頂いた。

・中部医師会主催による「第２回住民健康フォーラム　―タバコ被害から住民を守ろう―」を開催し、基調講演「知られざる受動喫煙被害と進化する禁煙治療」河本知秀先生のほか、倉吉市・労働基準監督署・日ノ丸ハイヤー㈱・中部医師会によるシンポジウム、禁煙個別指導、等を行った。
・路上喫煙禁止条例について、６月議会で審議される予定。
・禁煙タクシーが５台あり、ニーズが高い。
・県医師会産業医部会において、企業の事業主と連携し「職場の喫煙環境の指針」を確認していただきたい。
●本委員会として、県医師会産業医部会及び産業保健推進センターへ趣旨を生かした指導をしてもらうよう要望することとした。

［西部；飛田委員より報告］
・19.11.6「禁煙指導医・講演医養成のための講習会」を開催し、磯村　毅先生（リセット禁煙研究会、予防医療研究所所長）より、「新しい禁煙法、リセット禁煙のすすめ」と題し講演を頂いた。

４．鳥取県における禁煙の取り組みについて

［福祉保健部］北窓健康政策課長より報告
１．禁煙問題に関する現状
１）鳥取県の喫煙率＝平成11年（男47.0・女4.1％）、17年（男44.1・女4.5％）〈出典；「県民健康栄養調査」６年に１回実施〉
２）全国の喫煙率＝平成15年（男46.8・女11.3％）、16年（男43.3・女12.0％）、17年（男39.3・女11.3％）〈出典；「国民健康・栄養調査」〉
３）鳥取県認定禁煙・分煙施設数：20年２月末日現在429施設。
２．平成19年度医療機関の禁煙・分煙実施状況に関する調査結果報告
・健康増進計画策定にあたり、数値目標設定の資料とするため実施
・20年１月15日～31日実施、対象；医歯薬３師会
・回収率：３師会平均91.3％（県医師会96.3％）
・回答のあった医療機関（病院・診療所＝445医療機関）の約８割が禁煙を実施している。
３．禁煙サポーター養成講座（19年度新規事業）実施。20年度も継続する。
４．「健康づくり文化創造プラン（仮称）」（取り組み：５年間）の概要説明
１）計画の特徴：医療制度改革に基づく生活習慣病予防対策の重点化に対応する
２）目標：①未成年者・妊産婦の喫煙ゼロ　②分煙の徹底
３）「健康づくり文化創造プラン推進本部」（関係団体約30団体で構成）を設置し、具体案を予算化して取り組んでいく。
５．このほか20年度事業として、たばこの販売が成人式別方式に変わる時期に併せて、店頭での年齢確認実施状況調査を実施したい、他予定。
６．その他
本年４月から、鳥取ハイヤー組合加盟の県内31社（727台）が禁煙協力タクシーとして協力する。乗務員1,075人は全員禁煙、乗客には自主的な禁煙を促す。

［教育委員会］中尾福利室健康管理主事より報告
１．20年４月１日から全県立学校で敷地内禁煙実施。
２．県立学校におけるこれまでの取り組み
・分煙の徹底、禁煙セミナーの開催、他
３．県立学校における今後の取り組み
・敷地内禁煙の表示の徹底
・各学校に対し「鳥取県禁煙・分煙施設認定制度」に基づく禁煙施設として認定申請の促進
・禁煙支援のための情報提供
４．その他
・低学年からの受動喫煙防止を進めたい。

［意見］

・鳥取県認定禁煙・分煙施設は殆ど医療・福祉関係施設なので、事業所、飲食店などに認定申請を勧めてほしい。
・教職員が禁煙セミナーを受けた後の喫煙率の変化はどうか。
・産業医、健康管理担当医を活用した禁煙指導を進めてはどうか。
・鳥取県の喫煙率（%）、出典：県民健康栄養調査は、どのような母数と%か、変動がある程度意味を持つものかどうか。

5．その他

1）ニコチン依存症管理料算定医療機関における禁煙の達成率について

東部；医師会で調査していない。

中部；成功率０%～50%台

西部；身近な医療機関に調査した限りでは30～50%台

協　議

1．「禁煙指導医・講演医養成のための講習会」HP掲載会員の整理について

19年度講習会を終了した時点で、本会HP掲載の条件である「３年間に少なくとも１回講習会に出席すること」の条件を満たされない会員が東部６名、中部３名、西部12名ある。よって、該当者に事前に書面連絡をした上で、平成20年４月１日、本会HPから削除する。

2．平成20年度「禁煙指導医・講演医養成のための講習会」について

地区医師会において昨年度同様、計画・開催して頂き、本会より講習会等に係る諸経費を補助する。

なお、開催にあたっては、事前に県医師会に知らせていただき、内容を検討しHP名簿登録対象の講習会となるかどうかを地区医師会宛回答する。同時に講習会日程は鳥取県医師会報に掲載する。その際、HP名簿登録対象の講習会となるものはその旨付記する。

3．今後の活動方針について

・禁煙指導を熱心に行われている医療機関で、「ニコチン依存症管理料算定医療機関」の申請をされていないところは、申請されるよう地区医師会からも勧めて頂きたい。

◆　◆　◆

平成19年度　医療機関の禁煙・分煙実施状況に関する調査結果

健康政策課

○調査対象：県内の医療機関（病院・診療所）
○調査方法：調査対象となる施設へ調査票を配布し、記入方式で調査を実施
○調査期間：平成20年１月15日～平成20年１月31日

被調査施設数の状況

	対象施設総数	回答総数	回収率（%）
県医師会	462	445	96.3

被調査施設の内訳

		県　全　体		東　　部		中　　部		西　　部	
		対象施設数	回答数	対象施設数	回答数	対象施設数	回答数	対象施設数	回答数
県医師会	病　院	46	44	14	14	11	11	21	19
	診療所	416	401	158	152	68	64	190	185
	計	462	445	172	166	79	75	211	204

禁煙・分煙実施状況

回　答　内　訳	病院＋診療所			病　　院			診　療　所		
	件数	%	%(除不)	件数	%	%(除不)	件数	%	%(除不)
1）敷地内禁煙を実施している	122	27.4	27.6	3	6.8	7.0	119	29.7	29.8
2）施設内のみ禁煙を実施している	230	51.7	52.0	29	65.9	67.4	201	50.1	50.4
3）分煙を実施している	62	13.9	14.0	11	25.0	25.6	51	12.7	12.8
4）実施していない	28	6.3	6.3	0			28	7.0	7.0
1）＋2）	352	79.1	79.6	32	72.7	74.4	320	79.8	80.2
不明（無回答）	3	0.7		1	2.3		2	0.5	
サンプル数（%ベース）	445	100	442	44	100	43	401	100	399

表1　病院十診療所＝445件分

問1　貴施設での禁煙・分煙実施状況をお聞かせください

回　答　内　訳	県全体			東　部			中　部			西　部		
	件数	%	%(除不)	件数	%	%(除不)	件数	%	%(除不)	件数	%	%(除不)
1）敷地内禁煙を実施している	122	27.4	27.6	58	34.9	35.4	22	29.3		42	20.6	20.7
2）施設内のみ禁煙を実施している	230	51.7	52.0	76	45.8	46.3	33	44.0		121	59.3	59.6
3）分煙を実施している	62	13.9	14.0	23	13.9	14.0	12	16.0		27	13.2	13.3
4）実施していない	28	6.3	6.3	7	4.2	4.3	8	10.7		13	6.4	6.4
1）＋2）	352	79.1	79.6	134	80.7	81.7	55	73.3		163	79.9	80.3
不明（無回答）	3	0.7		2	1.2		0			1	0.5	
サンプル数（%ベース）	445	100	442	166	100	164	75	100		204	100	203

問２　貴施設は、「ニコチン依存症管理料」の施設基準の届出をされていますか

回　答　内　訳	県全体			東　部			中　部			西　部		
	件数	%	%（除不）	件数	%	%（除不）	件数	%	%（除不）	件数	%	%（除不）
１）はい	38	8.5	8.6	13	7.8		10	13.3		15	7.4	7.4
２）いいえ	406	91.2	91.4	153	92.2		65	86.7		188	92.2	92.6
不明（無回答）	1	0.2		0			0			1	0.5	
サンプル数（%ベース）	445	100	444	166	100		75	100		204	100	203

問３　鳥取県では、禁煙・分煙に取り組んでいる施設の認定を行っていますが、その制度についてご存知ですか

回　答　内　訳	県全体			東　部			中　部			西　部		
	件数	%	%（除不）	件数	%	%（除不）	件数	%	%（除不）	件数	%	%（除不）
１）はい	277	62.2	62.5	111	66.9	67.3	58	77.3		108	52.9	53.2
２）いいえ	166	37.3	37.5	54	32.5	32.7	17	22.7		95	46.6	46.8
不明（無回答）	2	0.4		1	0.6	0.6	0			1	0.5	
サンプル数（%ベース）	445	100	443	166	100	165	75	100		204	100	203

問４　貴施設は、認定を取得されていますか（認定制度を知っている施設が、認定を取得しているか）

回　答　内　訳	県全体		東　部		中　部		西　部	
	件数	%	件数	%	件数	%	件数	%
１）はい	81	29.2	35	31.5	20	34.5	26	24.1
２）いいえ	187	67.5	74	66.7	36	62.1	77	71.3
３）申請予定あり	9	3.2	2	1.8	2	3.4	5	4.6
不明（無回答）	0		0		0		0	
サンプル数（問３ではいと回答したもの）	277	100	111	100	58	100	108	100

問５　認定制度に基づき、申請したいと思われますか（認定制度を知らなかった施設が、今後申請したいと思うか）

回　答　内　訳	県全体		東　部		中　部		西　部	
	件数	%	件数	%	件数	%	件数	%
１）はい	33	19.9	9	16.7	2	11.8	22	23.2
２）いいえ	71	42.8	25	46.3	10	58.8	36	37.9
３）どちらともいえない	62	37.3	20	37.0	5	29.4	37	38.9
不明（無回答）	0		0		0		0	
サンプル数（問３でいいえと回答したもの）	166	100	54	100	17	100	95	100

問６　認定制度に基づき、申請したいと思われますか（認定制度を知っているが認定を取得していない施設が、今後申請したいと思うか）

回　答　内　訳	県全体		東　部		中　部		西　部	
	件数	%	件数	%	件数	%	件数	%
１）はい	28	15.0	19	25.7	2	5.6	7	9.1
２）いいえ	59	31.6	16	21.6	13	36.1	30	39.0
３）どちらともいえない	68	36.4	25	33.8	14	38.9	29	37.7
不明（無回答）	32	17.1	14	18.9	7	19.4	11	14.3
サンプル数（問４でいいえと回答したもの）	187	100	74	100	36	100	77	100

表２　病院＝44件分

問１　貴施設での禁煙・分煙実施状況をお聞かせください

回　答　内　訳	県全体			東　部			中　部			西　部		
	件数	%	%（除不）	件数	%	%（除不）	件数	%	%（除不）	件数	%	%（除不）
１）敷地内禁煙を実施している	3	6.8	7.0	0	0.0	0.0	1	9.1		2	10.5	
２）施設内のみ禁煙を実施している	29	65.9	67.4	8	57.1	61.5	7	63.6		14	73.7	
３）分煙を実施している	11	25.0	25.6	5	35.7	38.5	3	27.3		3	15.8	
４）実施していない	0			0			0			0	0.0	
１）＋２）	32	72.7	74.4	8	57.1	61.5	8	72.7		16	84.2	
不明（無回答）	1	2.3		1	7.1		0			0		
サンプル数（%ベース）	44	100	43	14	100	13	11	100		19	100	

問２　貴施設は、「ニコチン依存症管理料」の施設基準の届出をされていますか

回　答　内　訳	県全体			東　部			中　部			西　部		
	件数	%	%（除不）	件数	%	%（除不）	件数	%	%（除不）	件数	%	%（除不）
１）はい	4	9.1		0	0		2	18.2		2	10.5	
２）いいえ	40	90.9		14	100		9	81.8		17	89.5	
不明（無回答）	0			0			0			0		
サンプル数（%ベース）	44	100		14	100		11	100		19	100	

問３　鳥取県では、禁煙・分煙に取り組んでいる施設の認定を行っていますが、その制度についてご存知ですか

回　答　内　訳	県全体			東　部			中　部			西　部		
	件数	%	%（除不）	件数	%	%（除不）	件数	%	%（除不）	件数	%	%（除不）
１）はい	38	86.4		13	92.9		10	90.9		15	78.9	
２）いいえ	6	13.6		1	7.1		1	9.1		4	21.1	
不明（無回答）	0			0			0			0		
サンプル数（%ベース）	44	100		14	100		11	100		19	100	

問４　貴施設は、認定を取得されていますか（認定制度を知っている施設が、認定を取得しているか）

回　答　内　訳	県全体		東　部		中　部		西　部	
	件数	%	件数	%	件数	%	件数	%
１）はい	21	55.3	6	46.2	6	60.0	9	60.0
２）いいえ	16	42.1	6	46.2	4	40.0	6	40.0
３）申請予定あり	1	2.6	1	7.7	0	0.0	0	0.0
不明（無回答）	0		0		0		0	
サンプル数（問３ではいと回答したもの）	38	100	13	100	10	100	15	100

問５　認定制度に基づき、申請したいと思われますか（認定制度を知らなかった施設が、今後申請したいと思うか）

回　答　内　訳	県全体		東　部		中　部		西　部	
	件数	%	件数	%	件数	%	件数	%
１）はい	2	33.3	0	0.0	0	0.0	2	50.0
２）いいえ	2	33.3	1	100.0	1	100.0	0	0.0
３）どちらともいえない	2	33.3	0	0.0	0	0.0	2	50.0
不明（無回答）	0		0		0		0	
サンプル数（問３でいいえと回答したもの）	6	100	1	100	1	100	4	100

問６　認定制度に基づき、申請したいと思われますか（認定制度を知っているが認定を取得していない施設が、今後申請したいと思うか）

回　答　内　訳	県全体		東　部		中　部		西　部	
	件数	%	件数	%	件数	%	件数	%
１）はい	3	18.8	2	33.3	1	25.0	0	0.0
２）いいえ	3	18.8	0	0.0	1	25.0	2	33.3
３）どちらともいえない	8	50.0	3	50.0	2	50.0	3	50.0
不明（無回答）	2	12.5	1	16.7	0		1	16.7
サンプル数（問４でいいえと回答したもの）	16	100	6	100	4	100	6	100

表３　診療所＝401件分

問１　貴施設での禁煙・分煙実施状況をお聞かせください

回答内訳	県全体			東部			中部			西部		
	件数	%	%（除不）	件数	%	%（除不）	件数	%	%（除不）	件数	%	%（除不）
１）敷地内禁煙を実施している	119	29.7	29.8	58	38.2	38.4	21	32.8		40	21.6	21.7
２）施設内のみ禁煙を実施している	201	50.1	50.4	68	44.7	45.0	26	40.6		107	57.8	58.2
３）分煙を実施している	51	12.7	12.8	18	11.8	11.9	9	14.1		24	13.0	13.0
４）実施していない	28	7.0	7.0	7	4.6	4.6	8	12.5		13	7.0	7.1
１）＋２）	320	79.8	80.2	126	82.9	83.4	47	73.4		147	79.5	79.9
不明（無回答）	2	0.5		1	0.7		0			1	0.5	
サンプル数（%ベース）	401	100	399	152	100	151	64	100		185	100	184

問２　貴施設は、「ニコチン依存症管理料」の施設基準の届出をされていますか

回答内訳	県全体			東部			中部			西部		
	件数	%	%（除不）	件数	%	%（除不）	件数	%	%（除不）	件数	%	%（除不）
１）はい	34	8.5	8.5	13	8.6		8	12.5		13	7.0	
２）いいえ	366	91.3	91.5	139	91.4		56	87.5		171	92.4	
不明（無回答）	1	0.2		0			0			1	5.4	
サンプル数（%ベース）	401	100	400	152	100		64	100		185	100	

問３　鳥取県では、禁煙・分煙に取り組んでいる施設の認定を行っていますが、その制度についてご存知ですか

回答内訳	県全体			東部			中部			西部		
	件数	%	%（除不）	件数	%	%（除不）	件数	%	%（除不）	件数	%	%（除不）
１）はい	239	59.6	59.9	98	64.5	64.9	48	75.0		93	50.3	
２）いいえ	160	39.9	40.1	53	34.9	35.1	16	25.0		91	49.2	
不明（無回答）	2	0.5		1	0.7		0			1	0.5	
サンプル数（%ベース）	401	100	399	152	100	151	64	100		185	100	

問４　貴施設は、認定を取得されていますか（認定制度を知っている施設が、認定を取得しているか）

回　答　内　訳	県全体		東　部		中　部		西　部	
	件数	%	件数	%	件数	%	件数	%
１）はい	60	25.1	29	29.6	14	29.2	17	18.3
２）いいえ	171	71.5	68	69.4	32	66.7	71	76.3
３）申請予定あり	8	3.3	1	1.0	2	4.2	5	5.4
不明（無回答）	0		0		0		0	
サンプル数（問３ではいと回答したもの）	239	100	98	100	48	100	93	100

問５　認定制度に基づき、申請したいと思われますか（認定制度を知らなかった施設が、今後申請したいと思うか）

回　答　内　訳	県全体		東　部		中　部		西　部	
	件数	%	件数	%	件数	%	件数	%
１）はい	31	19.4	9	17.0	2	12.5	20	22.0
２）いいえ	69	43.1	24	45.3	9	56.3	36	39.6
３）どちらともいえない	60	37.5	20	37.7	5	31.3	35	38.5
不明（無回答）	0		0		0		0	
サンプル数（問３でいいえと回答したもの）	160	100	53	100	16	100	91	100

問６　認定制度に基づき、申請したいと思われますか（認定制度を知っているが認定を取得していない施設が、今後申請したいと思うか）

回　答　内　訳	県全体		東　部		中　部		西　部	
	件数	%	件数	%	件数	%	件数	%
１）はい	25	14.6	17	25.0	1	3.1	7	9.9
２）いいえ	56	32.7	16	23.5	12	37.5	28	39.4
３）どちらともいえない	60	35.1	22	32.4	12	37.5	26	36.6
不明（無回答）	30	17.5	13	19.1	7	21.9	10	14.1
サンプル数（問４でいいえと回答したもの）	171	100	68	100	32	100	71	100

◎本調査にご協力いただきました医療機関に対し御礼申し上げます。

地域ケア整備構想（療養病床再編計画）最終案について幅広い議論がなされる
＝介護保険対策委員会＝

■ 日　時　　平成20年３月13日（木）　午後４時30分～
■ 場　所　　鳥取県医師会館　鳥取市戎町
■ 出席者　　県長寿社会課三好課長、土橋主幹
　　渡辺委員長、笠木・乾・坂本・宝意各委員

報　告

１．中国四国医師会連合総会ならびに医学会介護保険研究会の報告〈渡辺委員長〉

中国四国医師会連合総会では、各県とも共通して地域包括支援センターの運営状況が低調である、特定高齢者事業の把握事業がなかなか進んでないという状況が報告された。さらに、療養病床再編問題については、高知県のように療養病床が非常に多いところでは、今後、療養病床の削減プランが厚生労働省の参酌標準そのままに進められると大変な事になる等、各県における実情を踏まえ、活発な議論がなされた。その中で、当県においては、全国に先駆けて鳥取県東部老人保健福祉圏域において地域ケア体制整備計画のモデルプランが策定されており、その成案について、経過を含めて紹介した。（詳細は会報624号に掲載）

中国四国医師会連合医学会の介護保険研究会においては、各県における地域ケア整備構想策定の進捗状況特に必要療養病床数の算定方法について、各県から詳細な報告があり、地域医療連携を維持する立場で、対応につき活発な議論がなされた。地域連携クリティカルパスを利用したシームレスケアを積極的に行っている香川県より報告があった。また、療養病床の病床面積については、この時点ではまだ6.4m²の基準は平成23年度末までの暫定適用とされていたため、療養病床から老人保健施設への転換を阻む大きな要因として、床面積を始めとする構造上の問題について、指摘がなされた。介護予防ケアプランの作成状況と効果の把握状況については、まだまだ地域において有効に機能していないという現状が報告され、医師会における対応のあり方について議論が行われた。（詳細は会報629号に掲載）

２．東部、中部、西部における介護予防事業、地域ケアの現状と医師会との関わり
〈各地区医師会〉

乾委員（東部医師会）から、鳥取市における地域包括支援センター活動実績（平成19年４～７月）について報告があった。相談件数は増えており、介護予防プランは昨年の２倍である。特定高齢者に関しては、健診が始まってまだ時間が経ってないので増えていない。「おたっしゃ教室」という形で、特定高齢者を集めて支援をしており、平成19年３月現在で170人と参加人数が少ないが、８割以上の予防効果を上げている。岩美町は特定高齢者介護予防として、「はつらつ教室」を週１回で24回開催しており、介護予防として「ステップアップ教室」を３月に４回予定している。八頭町は、健康教室を５回開催した。智頭町は認知予防教室を２回、特定高齢者向上教室、特定高齢者介護予防教室等を開催した。若桜町は「わくわく教室」、体力つくり教室、認知症予防教室、高齢者の料理講習会を開催した。

坂本委員（中部医師会）から、中部医師会介護

保険対策関係事業として、認知症早期発見・医療体制整備事業、認知症診療サポート事業検討会、認知症を治すケア研究会inとっとり、介護保険主治医研修会について報告があった。認知症関連の講演会の予算は、鳥取県から出ているとのことであった。

宝意委員（西部医師会）からは、米子市の特定高齢者の現状について報告があった。介護予防活動実施者は、平成19年度は78人しか実施していない。米子市は基本健診の時にチェックリストを書いてもらい、そこから主治医が生活機能評価を行って決定する。どうしても基本健診受診率が低いと数字が低くなる可能性が起こってくる。

平成19年度の米子市介護予防事業においては、特定高齢者だけでなく一般高齢者にも「がいなみっく予防トレーニング」という約90分の運動プログラムを実施した。

高齢者への介護予防事業の取り組みとしては、「よなGO！GO！体操」を作って、緑の米子市のねぎマークのTシャツを着て健康体操をしている。かなり浸透しており好評な状況である。

鳥取大学医学部から４名､西部医師会から２名、介護施設から２名、計８名からなる介護予防研究会を立ち上げて､「がいなみっく予防」や介護予防などの米子市の取り組みについて検討している。

西部地区では、2000年から医師会活動の１つとして西部在宅ケア研究会がある。幅広く、多職種で行っている。医師よりも他の職種の方が多い会である。今年の取り組みは、介護予防への取り組み、地域連携室の現状と課題、地域包括支援センターの現状と課題というように介護に関する多職種との連携を図るための会が、参加者の手作りの会で続いており、非常にいい会であると報告があった。

協　議

１．療養病床再編と地域ケア整備構想について

〈三好県長寿社会課長〉

地域ケア体制整備構想をなぜ作る必要があるのかというと、今後進められる療養病床の再編成の見通しを示すとともに、療養病床は基本的に医療ニーズの高い方を受け止めるものとして位置づけをし、そうでない部分においては老健施設や在宅等にシフトしていこうとしている。療養病床の再編成だけを進めていくと地域医療、地域福祉に大きな混乱を来たすので、受け皿となる地域ケア体制をどう作るべきかということについて、各県で構想をつくることになった。この構想を基に介護保険事業計画を作っていく。この構想は大きく２つのパートに分かれていて、地域ケア体制の在るべき論と療養病床の再編成をどう進めるのかに分かれる。

地域ケア体制の在り方及び療養病床の再編成に関する基本方針

基本方針として、高齢者が尊厳ある暮らしを送り続けられるためには、療養病床の再編成及び地域ケア体制の在り方について議論しなければならない。

地域ケア体制整備構想策定に当たっての基本理念としては、行政や地域住民を含めたあらゆる関係者が地域ケアの必要性を十分に認識し、総力戦で対処していくことが必要である。地域ケア体制の利用者でもあり担い手でもある住民活動を支援するとともに、高齢者が出来る限り自分の能力を活かして生活を送ることができるような取り組みを広げていく。

療養病床の再編成に関する基本姿勢については、医療依存の高い慢性期患者の受入れ機能のほか、リハビリテーションの提供、在宅での高齢者の急変時の受入れなど、地域の実情に応じた今後の対応を考えなければならない。本構想で示した再編の見通しを一つの道標としつつ、個別の医療機関や市町村等を始め、福祉関係者や地域住民を含めた幅広い層の合意と理解を得ながら、再編成を円滑に進める必要がある。

地域ケア体制の将来像

鳥取県の将来推計人口においては、先日60万人を割ったという衝撃的なニュースとなったが、20年～30年後には更に勢いを増して50万人を割り込みそうである。高齢者人口の総数は横ばいで推移するとともに75歳以上の後期高齢者の割合が増加する見込みである。高齢者の家族類型は、単独世帯及び夫婦のみ世帯の割合が増加し、平成47年には全体の７割近くに達する見込みである。家族の介護力が低下するという問題がある。需要と供給のバランスを考えた場合、鳥取県においては、新規で特老や老健をドンドン建てる時代ではないので、平成26年の整備量で固定した場合、今後の供給を考えると地域ケアを進めていかないと、今の施設の整備量では支えきれない。その点からも地域ケア体制を強化していかなければならない。

地域ケア体制の望ましい将来像として、１）在宅生活を安心して過ごせるための介護・医療サービスの確保　２）関係機関相互の連携体制、相談支援体制づくり　３）介護が必要になっても住み続けられる「住まい」の場の確保　４）地域のインフォーマルサービス（草の根活動）による「見守り」支援　５）関係施策の総合的な推進を通じた共生型のまちづくりなどを踏まえて実際のサービス整備を介護保険ケアの中で起業していく必要がある。

療養病床の再編の見通し

鳥取県における療養病床数は、平成19年４月１日現在、合計2,066床である。ベット数も多くなく、平均在院日数も全国と比べて非常に短いという特徴が上げられる。現在も効率的に使用されているのではないだろうか。

平成19年10月に医療機関への意向調査で、療養病床を有する医療機関の転換意向は、療養病床として存続が５割強、老人保健施設が他の施設類型への転換は２割、未定が３割という状況であった。こういったものを前提としてどうしていくべきか議論をした結果、鳥取県では平成23年度末時点での病床数を942床（回復期リハ病床を加えると1,401床）にするのが適当ということになった。

鳥取県独自の療養病床目標設定の考え方については、介護保険施設の中では個別リハが十分に出ないのではないか、そこは療養病床としてのニーズがあるのではないのか、概ね医療療養病床の３分の１、介護療養病床の６分の１程度くらいの患者さんに対しては、医療区分１つまり医療ニーズが低い方であっても療養病床で対応する必要があるのではないだろうか。こういう病床を見込むことによって地域で生活する高齢者の方の一次的な入院のニーズにも適応できる。

鳥取県内の療養病床の病床利用率は少し低い状態で、でも90%位まで高められる。そういう事を含めて今回942床という数字になった。これはあくまでも目安である。

療養病床の転換への支援措置として、相談支援体制として相談窓口を設置し、改修等に要する費用の助成について受けつけている。また、転換施設に関する介護保険事業（支援）計画上の取扱いにおいては、第３期計画期間（平成20年度）内における療養病床から老人保健施設等への転換については、第３期介護保険施設等の合計の指定範囲内であれば、年度ごと、施設種別ごとの指定枠を超えても可能となるなど弾力的運用が図られている。第４期計画期間（平成21～23年度）は、医療療養病床から老人保健施設等への転換分については、年度ごとのサービス量は見込みますが、必要定員総数は設定しないものとし、必要定員総数の超過を理由とする指定拒否等は生じないことになる。介護療養病床から老人保健施設等への転換分については、施設種別ごと、年度ごとの必要定員総数を定めるが、同じ介護保険財源の中での種別変更であるため、必要定員総数の超過を理由とする指定拒否等は行わない。すなわち、転換分については、全て認める。

療養病床の転換の介護保険財政に及ぼす影響は、月額200円くらいの上昇が見込まれる。平成20年度は各市町村では、転換の影響を見極めなが

ら各保険者の保険料の設定を行う。

意見交換

地域ケア体制整備計画への医師会の関わりについて、以下のような活発な議論、意見交換がなされた。

・転換するために改造、建て替えのコストが出難い。
・新しい介護療養型、老健施設の介護報酬が意外と低かったという意見があった。
・療養病床の事に関して、地区医師会がどの程度動くのか、相談に乗ればよいのだろうか。地区の理事会に出ていても、療養病床の話が全然出てこない。
・地区医師会で行っている介護保険の関連の事業と療養病床の果たす役割が、まだ直接リンクしてない。病院独自で行っている地域と密接に連携して、地域ケアと連携してというやり方が、まだ､出来てない。在宅医療との退院前のいろいろなチームカンファレンスを行ったりすることが、今後盛んになってくると、おそらく地区医師会の中での活発な議論が出てくると思われる。
・介護報酬等の見直しの資料は、地区医師会が関わらず、直接、医療機関に送られるのか？（県長寿社会課：今回の療養病床に係る介護報酬のことがあったので、鳥取県長寿社会課より個別の医療機関に直送された。）
・療養病床ならびに老人保健施設を持っている医療機関と医師会役員との接点がないように思われる。施設を持っている方と医師会の接点があればもっと情報交換が出来るという意見があった。県医師会に入会している方が大半なので、県医師会からの会報を通じての情報伝達、療養病床の再編に関わる助成制度や今後の介護報酬の見通し等について、直接、鳥取県の方に問い合わせる形になっていたので、鳥取県医師会においては個別のケースにおいては把握出来ていない。
・鳥取県からの情報伝達が療養病床のある医療機関だけなので、地区医師会へも連絡がいくようにして欲しい。
・地域包括支援センターが人口の割りに広域をカバーしないといけないという問題点がある。個別性の高い対応がなかなか出来にくい状態である。かかりつけ医との密接な連携の下で、かかりつけ医も「交通整理」役の中で重要な役割を果たすべきである。
・米子市は、地域包括支援センターがよく機能している。
・平成19年10月に医療機関の転換の意向調査をしたら、東・中・西、バラツキがあって、バランスがとれていない｡調査した時期が介護報酬も分からない、診療報酬も分からない、基準も分からない時だったので､この春にもう一度アンケート調査を行う予定。（県長寿社会課）
・認知症がどういうものかということを子どもの時から知っておいたほうが良い。「共生型社会」という言葉が出たので、皆が知っておくべき状況にあると思われる。教育委員会等にも是非働きかけをして頂きたい。
・県内で認知症施策を自治体単位で頑張ってやっているのは、琴浦町である。小学校の子ども達に認知症のおじいちゃんやおばあちゃんとどう付き合えばよいか、まとめた絵本がある。去年、認知症フォーラムの時に安田小学校の６年生に絵本を朗読してもらった。聞いている人に感動を与え、朗読した子ども達は認知症ってこういう病気だということが判ってきて、お年寄りとの交流が出来た。（県長寿社会課）
・西部圏域は認知症のモデル事業を19年度と20年度と行っている。子供用の教育の手引きを作ろうとしている。教育委員会との連携を十分にとって行いたい。（県長寿社会課）
・グループホームの高齢者、認知症の高齢者と課外授業の子ども達との交流は盛んになってきていることも注目される。

勤務医の負担軽減を最重視した点数改定なされる
＝都道府県医師会社会保険担当理事連絡協議会＝

副会長　富　長　将　人

■ 日　時　平成20年３月５日（水）　午後２時～午後４時10分
■ 場　所　日本医師会館　１F大講堂　文京区本駒込
■ 出席者　富長副会長、天野常任理事、吉田理事
事務局：田中主事

概　要

鈴木日医常任理事の司会により、平成20年４月診療報酬改定に関する標記の会議が開催された。宝住副会長の挨拶の後、点数改定の経緯について鈴木常任理事から解説があり、その後、具体的な改定内容についてスライド資料をもとに説明がなされた。

挨拶（要旨）

〈宝住副会長〉

平成20年度診療報酬改定については、本体＋0.38%、薬価等－1.2%、改定率は－0.82%という結果であった。診療報酬本体がプラスになったのは８年ぶりであると言っても、限りなくゼロに近い数字であり、医療崩壊の危機を根本的に救えたとは言えない。診療報酬改定の前提問題として、社会保障の国庫負担のシーリング問題をクリアする必要があり、平成23年度までの５年間は一般会計ケースで1.1兆円歳出削減を行うことが閣議決定されている。

今回の改定は、産科・小児科をはじめ、病院勤務医の負担軽減が緊急課題として位置づけられ、勤務医対策を診療所からまかなうとのことは診療所の疲弊、医療の安全、質の低下を招くことから断固反対してきた。しかし、優先的に手を打つべきは病院への手当であり、地域医療を充実させるために苦渋の選択であった。国民が望むのはいつでも、どこでも良質な医療を受けることのできる体制の維持・発展であり、また安全で質の高いものであると考える。これ以上医療費の圧縮が続けば、地域医療の再生は不可能となる。

次回改定に向けて、社会保障を平時の国家安全保障と位置づける日医の理念の普及を強力に推し進めるとともに、あるべき医療財源を確保すべく、よりパワフルな医師会・医政移動を展開していきたい。

１．点数改定の経緯について

鈴木常任理事より、経緯について簡単に説明があった。

今回の改定は、10月以降、中医協において個別項目について議論を重ねた結果、産科・小児科医療、病院勤務医の負担軽減、救急医療が緊急課題として取り組むこととなった。マスコミ報道、参議院選挙結果、また薬害肝炎問題などにも影響を受けた。ポイントとして、（１）改定率を最終的に与党で決め、内閣府に報告し了承を得られたこと、（２）11月末の中医協意見書でマイナス改定を牽制することができたこと、（３）健保連などによりシーリングがまかなわれ、自然増が薬価改定により多少まかなわれたこと、が挙げられる。

国民へは目に見える形で病院勤務医の支援が必要であり、日医としては非常に苦肉の策であった。診療所ベースでは40～50万の減収が見込まれ、それが病院へ回るとの試算である。300床以上の病

院では、年間5,000万円の増収になるようである。

次回改定は、付帯条件にもあるが、「大病院と診療所のあり方をどうするのか」、「入院と外来診療のあり方をどうするのか」が焦点になるだろう、とのことだった。

以上の前置きの後、具体的な改定内容の解説が、パワーポイントによるスライドを用いてなされた。

麻しん排除のためにMR接種率95%以上へ
＝日医　感染症危機管理対策協議会＝

理事　**笠　木　正　明**

■ **日　時**　平成20年３月５日（水）　午後２時～午後４時
■ **場　所**　日本医師会館　３F小講堂　文京区本駒込
■ **出席者**　笠木理事、事務局：谷口主事

挨　拶

〈日本医師会　岩砂和雄副会長〉

都道府県医師会感染症対策担当の先生方におかれては、日頃の地域における感染症対策へのご尽力に対し心から感謝申し上げる。

昨年は、大学生を中心とする若者の間で大規模な麻しんの流行があり、大学が休校するなど社会問題となった。十分な免疫を持たない、或いは免疫力の弱い子供などがかかることが流行の原因であり、改めて予防接種の重要性を国民の健康を守る立場から訴えていかなくてはならないと考えている。

日本医師会においては、平成９年に感染症危機管理対策室を設置して以来、迅速な情報提供を心掛けている。国民の生命、健康を守るため新型インフルエンザの発生等に備えさらに万全な体制を築く必要があると考えている。そのためにも、ご出席の先生方におかれては本日の報告を踏まえ、忌憚のない協議をしていただくことを期待申し上げる次第である。

本対策協議会の成果を踏まえ、各地域において感染症対策が混乱なく円滑に実施されるよう、今後とも引き続き先生方のご協力をお願い申し上げる。

報　告

１．感染症対策をめぐる最近の動向について

飯沼雅朗〈日本医師会常任理事／感染症危機管理対策室長〉

○子ども予防接種週間が始まって今年で５年目になり、今年は12,289医療機関に参加いただいている。今年は特に麻しん・風しん混合ワクチンの２回接種が導入されて２年目になるが、学校での麻しんの流行を考えると未接種者にはぜひとも子ども予防接種週間を活用し接種していただきたい。なお、昨年の接種者は75,000人であった。

この事業に関して日本医師会では、啓発運動もお願いしているところから各都道府県医師会に30万円ずつの補助をしている。

（参考：平成19年度子ども予防接種週間実施医療機関数（資料））

○予防接種の実施に関して法の改正があり、いろいろと準備が進められているが、主な改正内容は「既罹患者への混合ワクチンの接種を可能と

する」、「麻しん、風しんの予防接種対象者として、第３期（中学１年生に相当する年齢）・第４期（高校３年生に相当する年齢）を追加する」、「接種間隔の表示を週単位から日単位へ変更する」、「予防接種実施規則に規定する期間内に発熱等の医学的要因により接種できなかった場合、その状態が解消された後速やかに接種した者であれば、定期接種と見なすことができる（ジフテリア、百日せき、破傷風の予防接種及び日本脳炎が対象）」、等である。

（県医注：鳥取県医師会報３月号P.65掲載）

○日本医師会市民公開講座「どう防ぐ新型インフルエンザ」を平成19年５月12日に開催し、同月27日にNHK教育テレビで放映された。日本医師会監修で再編集したDVDを作製して各都道府県、郡市区医師会へ送付しているので、一般市民を対象とした健康講座等に活用していただきたい。

○肝炎対策については実施主体が都道府県になるため、行政とよくコネクションを取り、４月から乗り遅れないようにご検討いただきたい。また、緊急肝炎ウイルス検査事業として医療機関での無料の肝炎検査事業については、時限措置として平成20年１月から平成21年３月までの実施であるので、併せて行政とご検討をいただきたい。

（資料）平成19年度子ども予防接種週間実施医療機関数

北海道	169	東　京	1,038	滋　賀	241	香　川	137
青　森	134	神奈川	896	京　都	4	愛　媛	129
岩　手	137	新　潟	257	大　阪	601	高　知	86
宮　城	193	富　山	114	兵　庫	555	福　岡	421
秋　田	168	石　川	136	奈　良	185	佐　賀	172
山　形	169	福　井	81	和歌山	119	長　崎	171
福　島	150	山　梨	114	鳥　取	141	熊　本	46
茨　城	343	長　野	38	島　根	145	大　分	133
栃　木	246	岐　阜	349	岡　山	351	宮　崎	122
群　馬	138	静　岡	312	広　島	278	鹿児島	275
埼　玉	610	愛　知	820	山　口	159	沖　縄	155
千　葉	576	三　重	345	徳　島	130	合　計	12,289

２．感染症をめぐる最近の動向―感染症法の改正、麻しん・風しん対策―

三宅　智〈厚生労働省健康局結核感染症課長〉

感染症法の改正について（新型インフルエンザ対策）、麻しん風しん対策の充実強化のための取組みを中心に解説があった。主な内容は下記のとおりである。

感染症法の改正（新型インフルエンザ対策）

○過去の新型インフルエンザ

・スペイン風邪（推定死亡人数4,000万人）

・アジア風邪　（　〃　200万人以上）

・香港風邪　（　〃　100万人以上）

○新型インフルエンザ対策行動計画においての被害状況の見込み

（国は人口の25%（3,000万人）くらいが感染すると予測）

・医療機関を受診する患者数：最大2,500万人

・入院患者数：53～200万人

・死亡者数：17～64万人

○平成20年２月28日現在でWHOが確認している、鳥インフルエンザ（H5N1）発症者数は計

369人（うち死亡234人）。

○新型インフルエンザ対策行動計画に基づき、平成19年３月にフェーズ４以降（海外・国内発生期以降）の新型インフルエンザガイドラインが策定された。
（http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekkaku-kansenshou04/09.html）

○抗インフルエンザウイルス薬（タミフル）2,500万人分、プレパンデミックワクチン1,000万人分の備蓄を完了。

○法改正による、新型インフルエンザ対策の拡充内容

（１）現在、特例で政令によりインフルエンザ（H5N1）を二類感染症に定め、入院措置等を可能にしているが、２年限りであるため（H20.6.11まで）、この度、法律で鳥インフルエンザ（H5N1）を二類感染症に位置づけ、入院措置等の法的根拠を整備する。

（２）新型インフルエンザについては、感染症法及び検疫法に新たな感染症類型として位置づけ、検疫措置、入院措置等の規定を整備する。

麻しん・風しん対策

○麻しん排除に向けた５つの施策

（１）予防接種法施行令の一部を改正する政令

（２）予防接種法施行規則の一部を改正する省令等

（３）麻しんに関する特定感染症予防指針

（４）予防接種実施規則の一部を改正する省令

（５）定期の予防接種実施要領

○医師の届出が必要な五類感染症に風しん及び麻しんを追加（平成20年１月１日施行）

○平成20年４月１日から平成25年３月31日までの５年間、麻しんと風しんの定期予防接種対象が現行に加え、第３期（中学１年生相当）、第４期（高校３年生相当）まで拡大。

○市町村において、各国民の定期の予防接種歴をデータ管理し、本人の求めに応じて容易に確認できるソフトウェアの開発を進めている。

３．新しい肝炎総合対策について

正林督章〈厚生労働省健康局疾病対策課肝炎対策推進室長〉

現在までの肝炎対策及び、新たな肝炎総合対策について解説があった。主な内容は下記のとおりである。

○保健所における肝炎ウイルス検査が平成19年度から医療機関委託での実施が可能となり、平成20年１月からは委託医療機関での検査も無料化が可能となった（国が予算措置を講じた）。既に開始している都道府県があり、次年度から無料化に取り組む都道府県も数多くあると確認している。
（県医注：鳥取県では「肝臓がん検診精密検査登録機関」を委託医療機関と予定）

○治療水準の向上を図るため、診療体制をしっかり構築するよう、

・診療体制の後方支援（総合的な推進体制）として、各都道府県に協議会組織、国には懇談会組織を設置する。（18年度開始事業）

・かかりつけ医及び専門医療機関を支援する役割として「肝疾患診療連携拠点病院」を提案している。（19年度開始事業）※平成20年２月末現在で６県が指定済みである。

○各都道府県ではかかりつけ医が中心となり、それを専門医療機関、肝疾患診療連携拠点病院が支え、行政もそのネットワークを支えるといった診療ネットワーク作りを考えている。

○専門医療機関の役割（二次医療圏に１カ所以上）

・専門的な知識を持つ医師による診断と治療方針の決定

・インターフェロンなどの抗ウイルス療法

・肝がんの高危険群の同定と早期診断

○肝疾患診療連携拠点病院（都道府県に１カ所）

・肝疾患に係る一般的な医療情報の提供

・都道府県内の医療機関等に関する情報の収集

や提供

・医療従事者や地域住民を対象とした研修会や講演会の開催や肝疾患に関する情報支援

・肝疾患に関する専門医療機関と協議の場の設定

○国に１カ所、各都道府県の肝疾患診療連携拠点病院の中核となるような医療施設を設置することを考えている（場所：国際医療センター）。

○平成19年６月、与党肝炎対策に関するプロジェクトチームが立ち上げられ、同年11月に新しい肝炎総合対策の推進について取りまとめられた。内容は、肝炎ウイルス検査の促進、感染したが症状のないときの健康管理の推進と安全、安心の肝炎治療の推進、インターフェロン治療の促進のための環境整備等である。

また、平成20年度の肝炎対策関連予算案は207億円（19年度は75億円）、厚労省の予算がいろいろと削られているなかで、破格の大幅増である。予算の60%が４月から始まるインターフェロン治療に関する医療費の助成である。

○インターフェロン治療の医療費助成について

実施主体	都道府県
対 象 者	B型及びC型肝炎の患者
対象医療	B型及びC型肝炎の根治を目的としたインターフェロン治療
自己負担	上位所得層（20%）　５万円 中間所得層（30%）　３万円 上記以外の所得層（50%）　１万円
財源負担	国：地方＝１：１
対象人数	１年間に10万人　※目標
実施期間	７年間（平成20年度～27年度）
総事業費	年間256億円（７年間で1,800億円）

○平成20年度から老人保健事業が大きく見直されるため、今まで老人保健法の中で一体のものとして実施できた、基本健康診査と肝炎ウイルス検査は、高齢者医療確保法と健康増進法に別れる。できるだけ今までのやり方と変えず、老人保健事業の延長線で行えることが望ましいと考えている。

なお、受診が一度で済むなどのメリットがあることから、市町村による肝炎ウイルス検診と特定健診が連携し、同時に実施できればと考えている。

質疑応答

あらかじめ提出された質問、要望について、回答がなされた。主な内容は下記のとおりである。

（１）プレパンデミックワクチン、タミフルは全国民分備蓄してほしい。新型インフルエンザが発生した際にも、迅速に全国民分のワクチン製造をお願いしたい。

【回答】医療機関を受診する患者数は最大2,500万人との予測をベースに、現在タミフルを2,500万人分備蓄しているが、このうち1,050万人分ずつ国と都道府県が備蓄し、残りの400万人分は流通備蓄している。これ以上の備蓄については、今後更に専門の先生方にも検討いただき、最も有効な力を入れなければならない部分などを考えながら検討していきたい。

（２）18才以上の若者にMRワクチン接種の機会を与えること、そして１回接種あるいは未接種の小中高生の前倒し接種を政府に要望すべきと考えるが如何。

【回答】３期、４期の接種を４月から直ぐに実施できるよう、ワクチンの生産をお願いしている。ワクチンの前倒し接種は難しいので、計画的に進めていただきたいと考えている。

18才以上の方については、さまざまな関係先を通して予防接種の必要性・有効性について呼び掛けている。

アンケート結果報告と質疑応答

＝「新たな死因究明制度等」に関する都道府県医師会担当理事連絡協議会＝

監事　井　庭　信　幸

■ 日　時　平成20年３月６日（木）　午後１時10分～午後４時
■ 場　所　日本医師会館　１F大講堂　文京区本駒込
■ 出席者　富長副会長、武田理事、井庭監事

挨　拶

〈唐沢会長（代読）〉

医療事故が生じた場合、第一に求められるべきことは、医療安全の視点からの真相究明と再発防止であり、さらに被害者救済と、責任問題がある。

刑事訴追からの不安を取り除くためには、医療死亡事故例は第三者機関に届ける制度確立が必要であり、日本医師会は法制化に向け関係省庁に働きかけている。

１．刑事訴追からの不安を取り除くための取り組みの経過について

日本医師会は平成19年７月に「医療事故責任問題検討委員会」を立ち上げ医療界が主体となった医療事故の原因究明・再発防止の仕組みについて検討を行った。

厚生労働省は「診療行為に関連した死亡に係る死因究明等の在り方に関する検討会」で平成19年10月に厚労省第二次試案が示された。

自由民主党では社会保障制度調査会「医療紛争処理のあり方検討会」で討議され平成19年12月21日に「診療行為に係る死因究明制度等について」が取りまとめられた。

２．診療行為に係る死因究明制度等に関するアンケート結果報告

設問

１．制度創設を行うべきである：回答数16／47（34.04%）

２．今後、明らかにしなければならない点があるが創設すべきである：回答数27／47（57.45%）

３．この制度は、創設すべきでない：回答数４（8.51%）

４．よくわからない：回答数０／47（0.00%）

３．診療行為に係る死因究明制度等について

質疑の前に木下常任理事より、医師法21条の問題と医療安全調査委員会設置の意義について説明があった。具体的な例として、新しい医療安全調査委員会が設置された場合は、福島県立大野病院事件はどのように対応されるのかと説明があった。

・診療関連死として医療安全調査委員会へ届け出が行われる。
・解剖が行われ、専門領域の医師を中心とした調査チームにより、調査、死因究明が行われる。
・これはひどいといった重大な過失で事例ではないので、捜査機関へ通知されることはありえない。
・警察へ通知されない事例であるから、警察は、刑事罰の対象とはしない。
・従って、新制度の下では、業務上過失致死傷害疑惑で逮捕勾留起訴はされることは、ありえない。
・医学的問題を中心に、病院の医療安全体制、システムエラー、チーム医療のあり方等を含めて、調査報告書を作成する。

また診療行為に係る死因究明制度に関する新たな法律が制定されなかった場合の悲劇について

・医師法21条が、いつまでも残り、医師の診療関連の警察への届出義務は存続し、警察の捜査から始まる、刑事訴追は増えても減らない。
・新しい制度への取り組みのために、今は、抑えている警察庁、検察庁は、姿勢を緩めて、刑事訴追が増加する。
・与党以外の政党の基本姿勢は「患者の権利を中心に考えていく方針」であり、医師にはさらに厳しくなる。

4．診療行為に係る死因究明制度等に関して明確となった方向性

（日医ニュース20－2－20）

医療安全調査委員会の目的：医療死亡事故の原因究明・再発防止、医療の透明性・信頼性の向上を目的とし、医療関係者の責任追及を目的としたものではない。

医師法21条との関係：医療安全調査委員会（仮称）に届け出る事案は、医師法21条による届け出を要しない。

調査委員会への届け出：死亡事故発生時の医療機関から委員会への届出を法制化。

調査委員会のメンバー：医療の専門家を中心に、法律関係者、患者・遺族の立場を代表する者等で構成。調査対象となる個別事例の関係者はその構成に含まない。

委員会へ届けるべき事案：医療機関が、届け出るべき事案に該当すると、医療機関において判断した場合。また、該当しないと医療機関において判断した場合には、届け出は要しない。

①誤った医療を行ったことが明らかであり、その行った医療に起因して、患者が死亡した事案。
②誤った医療を行ったことが明らかでないが、行った医療に起因して、患者が死亡した事案（行った医療に起因すると疑われるものを含み、死亡を予期しなかったものに限る）。

従って、診療行為の合併症として予期される死亡は含まれない。

誰が届け出の判断をするのか：医療安全調査委員会や患者遺族が行うのではなく、あくまで「医療機関において判断した場合」。

誰が届け出を行うか：医療安全管理の責任者である院長が判断し、必要あるとすれば院長が届け出る。

遺族からの調査依頼：医療安全調査委員会に、原則として解剖を前提として、調査を依頼することができる。

ペナルティ：届け出るべきと判断したにもかかわらず故意に届出を行わなかった場合、あるいは、虚偽の届け出を行った場合等。

ペナルティの種類：先ず、勧告、指導、行政処分、さらに、悪質であれば刑事罰も考えるという方向で調整中。

調査報告書：調査報告書は、個人情報の保護に配慮し公表するが、調査の過程や様々な事情聴取で得た情報は公表しない。

調査結果：調査の結果、医学的に問題なければ問題なしと結論する。

行政処分との関係：医師等に対する再教育や医療関係におけるシステムエラーの改善に重点をおいたものとする。

調査機関への通知：委員会から捜査機関に通知を行う必要のある事故については、故意や重大な過失のある事例その他悪質な事例に限定する。

通知事例（法務省見解による）

①故意や重大な過失があった事案。
②何度も医療事故を繰り返していて、単純に行政処分をするだけでは対処困難あるいは不十分な事案。
③医療事故が起きた後にカルテを改ざんあるいは隠匿するなど、社会的に見ても非常に悪質、不誠実という事案。

5．質疑応答

「新しい死因究明制度に反対する意見に対して」

質問１．　届けるべき診療関連死の具体的な事例

がわからないので、全てを届けることになるのではないか。
回答：上記①は了解されるが、②の「誤った医療を行ったことが明らかでないが、行った医療に起因して、あるいは、そのような疑いのある場合も含めて、患者が予期せず死亡した事案」であるが、基準として揚げた届けるべき場合は、あくまでも診療行為の合併症としては合理的な医学的説明ができない、予期しない死やその疑いがあるものが想定される。したがって、救急医療の現場や高齢者の介護の現場での死亡で、診療行為の合併症として予期される死亡は含まれない。

質問２．医療安全調査委員会で検査検討された事例の報告書が調査機関で使われて、刑事訴追は今より一層増えるのではないか。
回答：調査した結果、故意や重大な過失のある事例あるいは、悪質な事例（いわゆるリピーターやカルテの改ざん・隠蔽）だけは委員会は捜査機関へ通知しなければならない。上記の限定された特別の事例のみが、捜査機関に使われるので、刑事訴追は今より一層限定的になり、少なくなる。

質問３．調査委員会から捜査機関へ通知される事例が、「重大な過失」では、かえって通知範囲が広がり、刑事訴追が増えるのではないか。
質問４．医療安全調査委員会は、医学的に問題があるかないかを判断するだけでよいのであって、「重大な過失」の有無を判断すべきでないのではないか。
回答：今回の死因刑究明制度の最も重要なことは、刑事司法の専門家でなく、医療調査委員会の委員である医療の専門家が「重大な過失」かどうかを判断することである。調査の結果、どう考えても、個人の責任を問わざるを得ないひどい過失、特に医療者として医道に大きくもとる怠慢に起因する過失だけが重大なものとして絞り込まれるため、刑事訴追される範囲は、今までよりは当然狭くなる。医療関係者を中心とする調査委員会から調査機関へ通知される事例は極めて限定的な「重大な過失」事例だけであり、通知されない事案には、原則として捜査機関は関与しないことが明記されている通り、刑事訴追は、増えるどころか、明らかに減る。

質問５．刑事訴追に代わる行政処分では、やはり責任追及の形が変わるだけではないのか。
回答：ここで言う行政処分は、第一には医療安全に役立てるためということで、良き方向への指導・助言を意味し、決して制裁を意味するものではない。医療関連死について医師と医療機関へ行政処分は、問題となった医師と医療機関が再発防止策をとって同じような事故を繰り返さないための処分、すなわち、医師の場合なら再教育、医療機関については勧告が原則的な措置になることを予め明確に示すことが考えられる。

６．これからの課題

・医師を中心とした調査チーム、全国８か所に医療安全調査委員会、中央医療安全調査委員会を作る準備作業。
・医療関連死の事例があった場合に、医療機関からの相談に応じる窓口を設ける必要がる。
・従来の、刑事訴追を受けた後の行政処分でなく、今回の新しい仕組みの一つとして刑事罰にかわる再教育を中心とした行政処分の方向性を明確にするために、実際の行政処分内容を決定する、医学会、医師会、法曹界からの代表を中心とした分科会を、医道審議会の下に作る議論が必要である。
・医療関連死の原因究明は解剖を前提としているが、小児の事例等では解剖の同意が得られにくいこともあり、死亡時画像病理診断という新しい手法も原因究明のために、導入することの議論が必要となる。

おわりに

最後に全会員へ「厚労省が検討している医療安

全調査委員会（仮称）の本年の通常国会への提出を果たし、通過させるために、地元選出の国会議員への法案の意義を説明し、国会通過の支援を要望していただきたい」と強い要望があった。

レセプトオンライン請求について熱心な議論が行われる！
＝平成19年度都道府県医師会情報システム担当理事連絡協議会＝

理事　阿　部　博　章

■ 日　時　　平成20年３月６日（木）　午後２時～午後４時
■ 場　所　　日本医師会館　３F小講堂　文京区本駒込

会長挨拶

〈代読：岩砂和雄日医副会長〉

医療分野のIT化が管理医療、医療費抑制の手段として半ば強引に推し進められている。周辺整備がなおざりにされれば医療機関は混乱に陥り、医療の安全確保や濃密な医療の提供体制に影響を与える。IT化は安全で効率的な医療提供体制を実現するための手段であり医療と患者に貢献するIT化であれば推進する価値がある。今後とも情報化推進への協力をお願いしたい。

議事内容

１．IT化推進検討委員会答申について

〈IT化推進検討委員会　大橋克洋委員長〉

日医TV会議システムは、大幅に改良され、使用に堪えられるものとなった。会議出席のための時間短縮、交通費などの経費節減のための有効な手段であり普及を進めていきたい。

ORCAは、順調に利用が拡大しているが、サポート業者の地域格差、技術レベルの平均化を進めるべきである。電子カルテベンダーがORCAと連携していきたいという要望もあるため、電子カルテとの接続性を改善する必要がある。

診療データの交換については、社会からの要望でIT化せざるを得ない状況であるため、ITの活用を静観する時期ではなく積極的に利用する方向で考えなければならない。医療機関同士のやり取り、受診者との共有、共有データの内容、データの標準規格など熱心な検討が行われた。

個人が管理する健康医療情報については、EMR（電子カルテ）、PHR（個人の健康医療情報）、EHR（電子医療健康情報）があり、世界的にはEHRからPHRに向かっている。個人の健康情報は個人が管理するべきで、それにより健康維持・増進への関心も高まるメリットがある。

２．レセプト情報等の活用に関する検討会報告について

平成20年４月から施行される「高齢者の医療確保に関する法律」において、医療費適正化計画の作成、実施及び評価のための調査及び分析に必要な情報を保健者等が厚生労働大臣に提出することとされている。国家が患者さんの情報を集める上でどんな注意が必要かどういうふうにするかという委員会である。諸外国ではどうしているか、レセプトに記載された病名で分析してどうなるかということを検討している。全てのレセプトデータ及び特定健診等データを扱う必要があると考えられるが、個人情報保護法の観点から匿名化など同法に基づき適切に取り扱われなければならないが、国がデータを収集するにあたっては収集分析

によるメリットがデメリットを上回る必要がある。情報を医療機関・薬局から審査支払い機関、保険者を経て患者の個人情報を削除して匿名化を行うとしているが、同一人物を同定した上で経年的に分析することができるようにする。問題は病名で、レセ電算化された病名のうち３割はワープロ病名（非コード化病名）である。全てがデジタル化されたとしてもレセプトの病名は本来診療報酬請求のためのものであり、レセプト病名で分析すると分析内容に限界があると思われる。

データの利用目的には公益性の確保が必要で、民間での営利目的での利用は厳密に禁じられる。第三者機関が担当して監督するのが望ましい。最低でも委員会形式による合議でもって公益性に基づいた利用を行うこととされている。

３．レセプトオンライン請求について

〈日医総研　上野智明主任研究員〉

日医は義務化には反対である一方、医政局、保険局の２つのガイドラインを統合すべきであるという主張を行ってきたが、今般セキュリティガイドラインの変更があり、請求専用PCが必要、回線がNTT閉域網のみという問題が解消された。それにより請求用パソコンが不要になり、インターネットを通じて請求できるようになった。しかし、伝送経路の機密性を確保するためにIPsec＋IKEが必要である。IPsec＋IKEを提供する業者はNTTPCコミュニケーションズ、三菱電機情報ネットワーク、富士通、NTTデータの４社がある。

４．日医標準レセプトソフトについて

〈日医総研　上野智明主任研究員〉

２月現在の導入医療機関数は5,453施設でレセコン利用医療機関に占めるシェアは6.6％で日本のレセコンメーカーで第４位グループである。2011年１万ユーザ達成のシミュレーションとしては２カ月前倒しで増えている。普及活動としては、日医ITフェアを来年度も継続実施する。認定事業所は163施設あるが、サポート体制の不十分な地域があることが課題で今後事業所の質を高める必要がある。開発の近況は、診療報酬改定に伴う対応プログラムを配布する。機能追加や外部接続の強化など開発系の課題もある。定点調査研究事業は、手挙げ参加として患者個人を特定できる情報は収集しない。今年度中には経営に役立つアウトカムをフィードバックする予定である。特定検診への対応については、医療機関としての電子化対応の手段は代行入力事業者、フリーソフト（KIS、厚労省研究班β版）、日レセ（３月上旬。難航している。）がある。

５．社会保障カード（仮称）に関する見解について〈日医総研　矢野一博主任研究員〉

2008年１月25日に厚労省社会保障カードのあり方に関する検討会が開催され報告書が出された。

メリットとしては、年金手帳、健康保険証、介護保険証が１枚のカードになることで保管・携帯に便利で、発行・異動等の事務負担が軽減される。自分の年金記録や特定健診結果等を自宅のパソコン等から安全かつ迅速に確認が可能になる。（厳格な本人確認が行われるシステムを構築する）

デメリットとしてはプライバシーの侵害や、国民総背番号制への不安が挙げられるが、収録する情報を本人確認のための最小限のものに限定し、安全性に優れたICカードを導入する。資格情報は従来通り各制度の保険者が管理し、カードには加入者を特定するための鍵となる情報を収録する。これは統一的な番号、カードの識別子、各制度の現在の被保険者番号、基本４情報（氏名、生年月日、性別、住所）等が挙げられている。

６．日医認証局について

〈日医総研　矢野一博主任研究員〉

Healthcare Public Key Infrastructure（HPKI）は、電子証明書に保健医療福祉分野の25国家資格を格納し、保健医療福祉分野における資格を電子証明によって証明することが可能な電子署名の公

開鍵基盤である。

日医認証局は通常の電子証明に医師等の国家資格情報を証明できるものを提供する。認証局を日医が運営することの必要性は、医療分野における認証局は、公益性が求められるべきものであり、医師の団体である日本医師会が主導で推進していくべきであるからである。これを仮に営利企業が運営すれば医師の資格を営利企業が承認することになり、審査において医師免許証の写しの提出や医籍登録の事実の確認なども任せることになる。結果として医師という資格そのものが営利を目的としたビジネスに利用される可能性がある。

日医認証局の活用のイメージとしては、電子ネットワーク上での身分証明、安全な医療情報の交換、電子医療情報の真正性（証拠性等）の確保が挙げられる。将来的にはオンラインによる各種申請サービスへの活用、患者への情報の提供、患者保険証カードの有効性の確認などの問い合わせをするときの資格確認などが挙げられる。

平成20年度には本稼働することを目指して周辺整備を図っている。ICカード発行体制を構築中であるが、発行については外部委託としすでに業者は選定済みである。厚労省認証局との相互接続、ICカードの券面の確定をする。本稼働までに電子署名をするアプリケーションの普及、活用範囲の拡大を図る。

7．質疑応答

レセプトオンライン化についての質問が多くあり活発な質疑応答が行われた。多くの都道府県医師会から「オンライン化は義務化ではなく手挙げで」、「オンライン化できない医療機関に対する代行請求などの対応やその場合の費用の問題」など様々な質問が出された。日本医師会としては、「オンライン化できる医療機関はしていただき、紙でしか対応できない医療機関に対しては撤退されないように日医としてきちんと対応する。」「代行請求をする場合の費用の問題を現在交渉中である」との回答があった。

TV会議システムの場合の生涯教育等の認定については、「制度として認めるかどうかなので担当課が決めることになっており、TV会議システムを活用するということは生涯教育等の認定が目的である。」との回答があった。

8．総括〈中川日医常任理事〉

レセプトオンライン請求について、今後日医としてアンケート調査を早急に実施したい。医療分野のIT化が規制改革会議を中心に違う方向に進めているが、基盤整備なしのIT化には全力で抵抗したい。

脱「格差社会」と医療のあり方
＝平成19年度医療政策シンポジウム＝

常任理事　神　鳥　高　世

■ 日　時　平成20年３月９日（日）　午後１時～午後５時
■ 場　所　日本医師会館　１F大講堂　文京区本駒込
■ 出席者　野島副会長、神鳥常任理事、明穂理事、清水監事
池田中部会長、魚谷西部会長

総合司会：今村定臣〈日本医師会常任理事〉

開会　13：00

主催挨拶　竹嶋康弘〈日本医師会副会長〉

『日曜日にも関わらず、一般市民や報道陣の来場に感謝。唐澤会長は公務復帰まぢかではあるが、本日は大事をとって欠席された。日医は地域医療崩壊を食い止めるべく医師不足や医師の偏在の解消に向けて努力しているが、原因は医療費の抑制にある。政府は１月に社会保障改革会議を立ち上げたが、３つの分科会での方向付けを骨太の方針に反映させ、秋には政策として立案しようとしている。この改革会議では、従来どおりの医療費抑制ではなく見直しの機運がある。本日は格差に焦点を合わせてこの会を開いたが、立花先生にはこのような会には出られないところを、まげてご出席いただいた。』

基調講演　脱「格差社会」戦略と医療のあり方

神野直彦〈東京大学大学院経済学研究科教授〉

『格差社会を脱するには、スウェーデン語で言うとラーゴムとオムソーリの２つの言葉がキーワードになる。ラーゴムはほどよいと言う意味で、豊な部分である公と貧しい部分である私のバランスをとることで、30～40年前のガルブレイスの書いた「豊な社会」では、公が減じると医師数が減るとすでに予言されていた。オムソーリは悲しみを分かち合う、気にかけるの意味で、社会サービスでは医療のみではなく、教育・保育・高齢者福祉などより広い範囲でお互いをかばいあうことが肝要だ。その意味でも、オムソーリをラーゴムに提供する必要がある。各国の社会保障支出とジニ係数、相対的貧困率をみると、OECD加盟国の中で日本は社会的支出は低く、社会的扶助支出はきわめて低い。ジニ係数については、日本はアメリカ、イギリスのように不平等ではないが、スウェーデン、デンマークのように平等ではなく、中間的な位置にあるドイツ、フランスには及ばない結果となっている。相対的貧困率は主要国の中で日本が一番高い結果となっているが、これは社会的支出が少ないことが原因である。つまり、医療・教育・福祉について水平的再分配をしないと、格差から脱却できないことを意味している。今後の医療改革は市場原理ではなく、分かち合いの原理で、助け合いのある大きな政府を目指して欲しい。』

司会：中川俊男〈日本医師会常任理事〉

講演Ⅰ　医療のあり方―患者の立場から

立花　隆〈評論家〉

『私は、患者としての経歴もなかなかのもので、明日発表の文芸春秋に「僕はがんを手術した」との記事が掲載されます。平成19年12月４日に膀胱

がんが見つかり、12月27日に手術を受け現在も治療中ですが、３月13日には大腸ポリープを切除予定です。同誌には、2007年10月号に「僕は全身生活習慣病」の題で記事を書きました。この患者歴を通して東京大学の永井病院長との知遇を得、日本の医療についてはかなり詳しくなりました。ただ、私は日本医師会にはあまりよいイメージはありませんでした。それはジャーナリストになって１年目に、武見太郎会長が銀座に出されていた診療所に先輩の付き添いで行った時の強烈な印象があったからです。しかし、本日の講演の前に日本医師会の資料を頂いたところ、最近はイメージの違うことをされていることが分かり、昨年11月にお引き受けした次第です。しかしその後、膀胱がん騒ぎで大変でした。ＷＨＯの出している「world health report 2000」では、日本の健康に関する総合評価は世界第１位、OECD加盟30カ国中人口1,000人あたりの医師数は27位、医療費の対GDP比は22位、などです。このように医療費が抑制されているのは、その根底としてかって厚生省の事務次官であった吉村仁氏の「医療費亡国論」に端を発します。最近では内閣の２つの重要な閣議決定があり、それから現在の医療崩壊ともいえる事態が始まりました。救急患者のたらいまわし、お産難民、医療事故の頻発、立ち去り症候群、医局崩壊など様々な文言が雑誌で踊っています。黒川氏著の「大学病院改革」によれば、医療事故に関しても1999年までは年間400件まででしたが、現在では年間2,000～3,000件になっています。「医療は悲鳴を上げている」、「医療崩壊」などの著書では、医療事故に関してマスコミの取り上げ方が如何に間違っているか、警察の対応の誤りも書かれています。医療事故は、医療現場のレベルダウンの結果ではなく、医療は本質的には分からないことばかりなので、事故が不可抗力なのか、ミスなのかの検証ではそれほどひどいものはないようだ。医療崩壊の根本原因は医師不足だが、数年前に始まった新医師臨床研修制度に問題があるのは確かだと思う。そのための大学の医師派遣機能の低下が問題で、研修医制度を改変したら何が起こるかのシミュレーションがなされていなかったのは確かではないかと考えている。日本全体の医師の人事が総崩れした状態にある。医療事故は、今までも一定割合で起こっていたが、警察が介入したのは慈恵医大の青戸病院からだ。訴えられたり逮捕されたりする現場からひく医師が増えているし、対応体制の不十分な産科に行く医師がいなくなった。かつては、無給で過ごさないと一人前の医者になれないような状態はあったが、今は国のレベルで医療費が減り、公の病院で人員が減る状態になったのが現状である。日本で始めてＡＤＲが行われたのは東京女子医大で、それが評価されて特定機能病院に復帰した。医師不足のもう一つの問題は、厚労省もADRのようなものを立ち上げようとしていることである。この厚労省方式では日本の医療はよい方向ではなく、悪い方向に向かうと思う。これからの日本の医療はどうなるのか？　若手医師の匿名座談会では、「患者の皆さん、まずはあきらめてください」がキャッチフレーズで、これまでの日本の医療水準を保つのは困難なため、どこを切り捨てるのかが問題になるとされている。イギリス方式のような手術を年単位で待つことになるのか、アメリカ型のような市場原理を導入し格差型医療になるのか？　いずれにしてもこのまま行くと、医療破綻国家になると思う。現在の日本で進行中なのは、土建屋政治亡国であって医療費亡国ではない。サミット参加国の公共事業費を足しても、日本の公共事業費より少ないのが現状だ。これからは、もっと医療に国の予算を回すべきと考える。私はフリーのジャーナリストで、固定的な収入があまりないため、日本の医療保険制度には感謝している。皆さんは信じないとは思うが、がんの手術入院で10数万円支払うのも大変だった。』

講演Ⅱ　格差社会と医療システム

田中　滋〈慶応義塾大学大学院経営管理研究科　教授〉

『経済学者には２つのタイプがある。それはフリードマンを始めとする市場経済原理の人（新自由主義者）とガルブレイスをリーダーとする制度を重視する学派である。イギリスのサッチャー首相も日本の小泉首相も新自由主義を取り入れ、規制改革による経済原理の導入で経済を立て直そうとしたが、医療も市場化しようとしたために優れた医療システムの維持が困難となった。本来、頑張った人が報われることは悪いことではないので下が上昇しつつ上も伸びるのはよいが、小泉内閣以後は下が下に向かって伸びている。医療・介護・教育・保育は格差が好ましくない財貨サービスであるが、例えば親の所得水準で子どもの将来が決まるとの報告も多い。わが国の国民医療費はバブル経済崩壊後、2001年までは国民の給与の減少や誤った減税により20兆円も税収が落ち、財務省は医療費の削減をもくろんだが厚労省が頑張っていた。しかし、2001年から2007年にかけては新自由主義が台頭し、内閣府や官邸のような医療の専門家や患者代表のいないところで、医療費のパイを当てにした人たちが財務省に働きかけを強め、従来型の中医協による医療費の配分方法が弱められることになった。この間、医療は萎縮することなく、100床あたりの従事者数は約１割増えているが医療費は増えていない。この結果として、医療をめぐる問題点が一挙に顕在化することになった。社会保障については、日本はアメリカと並んで低負担低福祉であるが、アメリカには公助はあまりないが、悲しみの分かち合いに相当する強い互助の仕組みがある。昨年度の成功寄付の総額は、日本の医療原資に相当する30兆円に及んでいる。今後の日本では社会の安定の基盤である社会保障には、今より高負担高福祉を望みたい。つまり、中負担中福祉が理想である。』

講演Ⅲ　社会保障をめぐる政治の展望

山口二郎〈北海道大学法学部　教授〉

『私は、これまで悲観的に日本は駄目だと言ってきたが、昨年の参議院選挙後は少し楽観的になった。小泉氏のインチキ政治が分かり、国民は財政削減を望んではいないと思う。小泉政治は、冷淡な政治と効率化が特徴で、聞く耳を持たず議論せず、既得権を破壊する権力の行使に勤め、官邸直属の政治で無党派層に擬似的参加感覚を持たせたのが特徴と言える。昨年11月に、無作為に抽出した全国の20歳以上の男女1,514人を対象のアンケート結果では、①小泉・安倍政権下では貧富の差や都市間格差が広がり、教育や福祉などの公共サービスの質が低下したとの意見が多く、②自身の老後や子どもの将来については、今の生活を切り下げなければならず不安との意見が最も多く、③これからの生活を脅かすものはとの問には、年金制度の破綻や医療崩壊、環境破壊への懸念が多かった。④これからの日本のあるべき姿のイメージとしては、北欧のような福祉を重視した社会が最も多かった。これらの結果をふまえて、今秋に予想される衆議院議員選挙の結果がどうなるのか、大変興味深い。』

講演後、演者４氏に加え、竹嶋副会長をまじえて、中川俊男常任理事の司会でパネルディスカッションが行われたが、このシンポジウムの詳しい内容については日医雑誌に収載されるので、そちらをご覧頂きたいと思います。

看護職員に係わる最近の動向
＝平成19年度都道府県医師会医療関係者担当理事連絡協議会＝

理事　吉　中　正　人

■ 日　時　平成20年３月12日（水）　午後２時～午後４時05分
■ 場　所　日本医師会館　３F小講堂　文京区本駒込

挨　拶

〈唐澤祥人会長〉

日本医師会では、看護職員の慢性的な不足について従来より最優先課題として取り組んでいるが改善されていない。現実を反映していない厚労省の需給見通しに対し、独自の看護職員需給調査を実施し､昨年は中医協において建議を引き出した。本年４月の診療報酬改定では、3.8%と８年ぶりのプラス改定となった。助産師不足対策の一因として、医師会立看護師・准看護師養成所に助産師養成コースの併設をお願いしてきたところ、本年より３県において開設されることになった。関係各位に感謝申し上げる。今後も本会は、看護職員等の養成に関わるあらゆる環境整備について、厚労省へ対策を要請していく所存である。

日本医師会医療関係者対策委員会（森下立昭委員長）は現状と対策のまとめとして、H18年４月の診療報酬改定で導入された「７：１入院基本料看護配置」が看護職員の不足、偏在に拍車をかけており、厚労省の施策の一貫性のなさが問題である。厚労省が修正を受け入れないならば、日本医師会が医療現場の現実を反映したより正確なデータを獲得し厚労省に働きかけることが現実的であるとし具体策を示した。

国は医療関係職を養成するためには、相応の費用がかかることを再認識し、これまで以上に補助金などの財政支援を続けるべきであるとし、現行養成所運営の支援、入学定員増や新設などと共に以下の如くの対策が必要であることを示した。

（１）看護教員の資質の確保と向上
（２）通信教育制度の充実（准看護師の国家試験受験資格のため）
（３）看護職員再就業の支援
（４）男子看護職員志望者の採用促進
（５）准看護師養成の充実

厚労省は、看護職員確保充実対策は、養成力の確保、再就業の支援により参入者を増やすこと、資質の向上、離職の防止により退職者を減らすことであり、H20年度看護職員確保対策に前年比101.3%の予算を計上していることを示した。

急性期一般病院は

１．DPCを選択すること
２．７：１入院基本料を採択すること
３．10：１医師配置
４．入院期間　14日
５．入院時医学管理加算算定要件（入院外来比、逆紹介率）

の医療体制をとることが基本となり大病院を中心に看護職員の獲得がはかられ、中小の病院がこれに追随してきている。こうした状況のなか、医療の高度化、IT機器の導入などにより、高齢化した看護師の離職の問題が生じてきている。一方では、ベッド専有率を考慮し、医業収入と人件費をシュミレーションし、経営効率の改善のため病床の縮小により対応せざるを得ない構図も生じている。

財務省は療養病床の削減と同様、一般急性期病院の削減を意図しているのではなかろうか。主に入院に特化し、他の医療機関と連携、役割分担を図り、優秀なスタッフを集め、すぐれた治療成績をあげれば生き残れますと言っているのではなかろうか。これは財務省主導による医療環境の破壊、医療崩壊と考えざるを得ない。

宝住与一日医副会長が総括として診療報酬を上げ待遇を良くしないことには、諸々の問題は解決しない。財務省は強いと述べた言葉が印象に残った部会であった。共通の敵財務省と対決するため厚労省と日本医師会は結束し中医協と共にスクラムを組むことが必要である。

NEWS

第3回鳥取県医師会医療情報研究会

（上野智明氏）

（大西洋三氏）

平成20年３月20日（木・祝）鳥取県医師会館において開催した。120名の出席者を得て、盛会であった。

当日は、「オンライン請求・特定健診とORCAプロジェクト」日本医師会総合政策研究機構主任研究員　上野智明氏、「特定健診の円滑な実施に必要なITインフラ」オーダーメイド創薬代表取締役社長　大西洋三先生、「特定健診対応サービス」（株）ファルコバイオシステムズ特定健診準備室係長　坂元伸二氏による講演と鳥取県医師会常任理事　宮﨑博実先生による「鳥取県医師会代行入力サービス」の説明が行われた。その後の意見交換も活発な意見が相次いだ。また、１階ロビーにて（株）大共、鳥取県東部医師協同組合、（株）ファルコバイオシステムズの３社により日医標準レセプトソフト等の展示、説明、相談コーナーが設けられた。

平成19年度鳥取県臨床検査精度管理調査報告

鳥取大学医学部附属病院検査部　野　上　　智

鳥取県臨床検査精度管理調査について

鳥取県医師会・鳥取県臨床検査技師会は鳥取県の協力を得て毎年合同で臨床検査精度管理調査を行っている。そして県内の医療機関および登録衛生検査所等における臨床検査の精度の向上および施設間差の是正を図るべく活動を行ってきた。県内の参加施設においても調査結果を元に、検査方法を標準化された方法へ変更したり、より優れた方法を採用したりするなどの努力がなされ、標準化された方法の採用率の上昇や施設間差の縮小という成果が得られている。

平成19年度も鳥取県内の医療機関をはじめ、県内外の登録衛生検査所、試薬製造会社等60施設の参加のもと、平成19年10月１日に試料を配付し、精度管理調査を実施した。

その後、各部門の担当者による解析が行われ、去る12月２日に西部医師会館（米子市）に於いて調査結果の報告会を開催した。その内容は「平成19年度鳥取県臨床検査精度管理調査報告書」として発刊予定である。

以下に本年度の調査結果の部門別の概要を報告する。

Ⅰ．臨床化学部門

鳥取大学医学部附属病院検査部　野上　智

本年度は新たにコリンエステラーゼとLDLコレステロールを調査項目に加えた24項目で実施した。市販の精度管理用凍結血清２濃度（試料１および２）とボランティアから採血し、分離した血清（試料３）を試料とした。

「ドライケミストリ法」を原理とする測定方法では、試料１および試料２で実際の患者血液と異なる反応動態をとる、マトリックス効果の影響がみられるケースがあり、その場合は主として試料３（ヒト生血清）の結果で比較した。

【AST（GOT）、ALT（GPT）、ALP、LDH、CK、γ-GTP】

ドライケミストリ法を除く施設の測定法は、ほぼJSCC（IFCC）標準化対応法に統一された。各項目、各試料の測定データの極端値を除いた変動係数（CV）は昨年より縮小し、３％未満に収束していた。

各施設が定期的に検量用ERM等を用いて検量線のチェックを行うことにより、施設間差の少ない状態を維持していくことが大切である。

【アミラーゼ】

アミラーゼ測定法は測定試薬に用いる基質が他の酵素活性測定項目に比べて多く存在していたこともあって標準化が遅れていたが、標準化対応法を使用する施設がこの１、２年でようやく過半数を占めるようになった。

標準化対応法採用の施設の施設間差はかなり是正されてきており、未採用の施設には今後も標準化対応法の採用を各施設に呼びかけていきたい。

【コリンエステラーゼ】

2003年に日本臨床化学会（JSCC）から標準化対応法が提示され、2006年に日本臨床検査標準協議会（JCCLS）により値付けされた酵素標準物質（JC・ERM）が作製され、それを基に各試薬メーカーから標準化対応試薬と検量用ERMが発売されるようになった。

今回初めて調査対象項目として実施したところ、ドライケミストリ法の３施設を除いた34施設中27施設がすでに標準化対応法を採用していた。CV値は５％程度に収束しており、標準化対応法の普及とともに施設間差がさらに縮小していくと

思われる。

【Na、K、Cl】

一部の施設で測定値に偶発誤差と思われるばらつきがみられたものの、それ以外の施設のCVはNaが全試料で1.0%未満、KとClが全試料で1.8%未満という結果で、昨年とほとんど変わりはなかった。

【カルシウム】

過去に日本医師会の調査でも指摘されていた、酵素法が他法に比べて高めを示すという傾向が本年度は縮小していた。

【総蛋白】

ドライケミストリ法を除く全施設がビウレット法であり、外れ値除外後のCVは1.7～2.4%と良好であった。数施設で比例系統誤差がみられたが日々の施設内精度管理をしっかりと行うことが重要である。

【アルブミン】

参加41施設中、25施設がBCG法を採用していた。BCP改良法は昨年の１施設から４施設に増加した。外れ値除外後のCVは1.8～2.5%であったがBCP法およびBCP改良法でやや比例系統誤差がみられた。この傾向は昨年と同様であった。

【尿素窒素・尿酸】

ここ数年の外れ値除外後のCVは２%前後に落ち着いている。

【クレアチニン】

昨年度の調査からドライケミストリ法以外はすべて酵素法による測定が採用されている。

外れ値除外後のCVは2.5～4.2%であるが、外れ値の数も少なく、全体的に収束している様子がうかがえる。

【総ビリルビン】

酵素法は17施設、バナジン酸酸化法は13施設、ドライケミストリ法が９施設、ジアゾ法が２施設であった。

ばらつきの程度は、

バナジン酸酸化法＜酵素法＜ドライケミストリ法

という結果であった。

【グルコース】

外れ値除外後のCVは1.2～1.9%と良好な結果であったが、汎用機による測定が主流になると、解糖阻止剤を使用しない採血管で採取した血清で測定を行う施設が増えると考えられる。この場合採血から測定（血清分離）までの経過時間によって測定値に負誤差が生じる可能性がある。来年度の調査で各施設の測定状況を確認したい。

【総コレステロール・中性脂肪】

外れ値除外後のCVは1.2～3.0%であり、昨年度の調査結果とほとんど変化はみられなかった。

【HDLコレステロール】

ドライケミストリ法以外の施設はすべて直接法による測定であった。

他の精度管理調査と同様、市販の精度管理血清を用いた試料１、２では測定原理、試薬メーカーの違いにより測定値に差がみられたが、ヒト生血清の試料３では差がほとんどみられず、通常の測定に影響はないと思われる。ただし、異常VLDLやApoE rich HDLが出現すると測定方法によって乖離することがあるので注意が必要である。

【LDLコレステロール】

平成20年４月からの特定健診の必須項目であり、新たに調査対象項目とした。

市販の精度管理血清を用いた試料１、２では測定原理、試薬メーカーの違いにより測定値に差がみとめられ、CV値は20%であった。HDL-コレステロールと同様にリポタンパクの変性によってメーカー間で反応性に差が出たものと思われる。ヒト生血清の試料３では差がほとんどみられず、CV値は1.9%と良好な結果であった。ただしIDLやLp-X、Lp-Yなどの異常リポタンパクが存在すると測定方法によって乖離するとの報告がある。

【CRP】

試料１、２の2SD除外３回後のCVは2.6～2.8%と良好な結果であった。

健常者血清を用いた試料３は、ドライケミストリ法では測定感度（0.3mg／dl）以下となったが、

免疫比濁法およびラテックス免疫比濁法では35施設中28施設が0.08～0.11mg／dlに収束し、低濃度域の測定精度も良好であった。

【まとめ】

全体的に昨年度よりCV値が小さくなり、施設間差が縮小している印象であった。今後も継続してこの精度を維持できるように、各施設においては日々の精度管理を怠ることなく、常に最良の状態で検査が実施できるように努めていただきたい。

その一方で調査の回答を入力（記入）する際に原理、校正方法などのコード表をよく確認せずに誤ったコードが入力されていたり、明らかに入力ミスと思われる結果があるなどの初歩的なミスも散見された。データ入力時には充分に確認するという基本を忘れないで欲しい。

Ⅱ．一般検査部門

鳥取県立中央病院中央検査室　河上　清

【尿定性検査】

試料は市販のコントロール尿を配布した。

蛋白・潜血・糖すべて（－）・（１＋）・（高濃度）の３濃度にした。

（－）に関しては問題なかったが、（１＋）の蛋白・糖を（－）と判定した施設が２施設、潜血（高濃度）を（±）と判定した施設が１施設（前の２施設のうちの１つ）あったが２次サーベイで収束した。

考えられる原因として、手技的要因（尿試験紙の浸す時間が短いあるいはきちんと浸かっていない､コントロール尿を溶かす採水量が多かった等）か、開封後の尿試験紙の保管状況が悪く劣化したのではと思われる。（全体的に低め）

今回、県内で一般的に使用されている試験紙についてはすべて収束していた。

【尿沈渣血球算定】

尿沈渣標本作製方法は昨年度と比べ大きな変化はみられなかった。

血球算定結果のうち、赤血球数は１視野あたり30～49個を中心に収束の傾向が、白血球数は１視野あたり10～19・20～29個を中心に収束の傾向がそれぞれみられた。

また、赤血球数を少なく報告する施設は白血球数も少なく、赤血球数が多い施設は白血球数も多い傾向がうかがえる。

「尿沈渣検査2000」が発行されてから数年がたったが、今一度、標準検査法で検査を行っているかどうか確認していただきたい。

【フォトサーベイ】

今回の調査は、日常的にみられる見間違いやすいものや、紛らわしいもの、判断に迷うものを中心に基本的なものを出題した。そのため例年に比べ高い正解率になったのではないかと考える。

しかし、均一赤血球・変形赤血球についての設問の回答率が低めであったことが気にかかる。

糸球体性出血の重要な指標でもあるので、今一度「尿沈渣2000」などにより確認していただくようお願いする。

【便潜血反応】

参加施設33、のべ37件の報告であった。目視判定21件、機器測定16件であった。

測定原理別にみると。目視判定では、イムノクロマトグラフィー13件、ラテックス凝集法３件、未記入５件、機器測定定量判定では、ラテックス凝集法10件、金コロイド比色法６件であった。

定性判定結果は、試料９で－判定34件、＋判定１件、試料10で－判定１件、±判定１件、＋判定18件、１＋判定１件であった。試薬メーカーで定量値のみ報告（定性判定なし）があったため計35件の報告となる。

１施設で、－・＋判定間違いがあった。他は良好な結果が得られた。

また、機器測定は、検査センター、試薬メーカーが多く導入していて、病院での普及は少数である。これは、目視判定において、迅速測定でイムノクロマトグラフィー法が普及してきたこと、汎用機器ではできず、便潜血専用機器が必要となるためと思われる。

Ⅲ．血液部門

鳥取大学医学部附属病院検査部　吉岡　明

試料は低値異常域（希釈ヒト血液－試料11）と基準値域（ヒト血液－試料12）の２濃度を用いた。

参加48施設中に報告単位の間違いが３施設、白血球分類の好塩基球が２試料とも98%となっている施設が１施設みられた。集計は±2SDからの外れ値を２回棄却した。

【白血球数】

試料11の結果は1.5～2.4（×10^3）、平均1.95、試料12は5.3～6.7（×10^3）、平均6.22。試料11で６施設を除外、試料12で３施設を除外した。2SD除外後のCV（%）はそれぞれ6.35%と3.58%。結果値の分布傾向はシスメックスが広範囲に分布した。アボットはやや低い範囲に分布した。

前年度と比較し結果は収束した。前年から２試料とも低い結果を出している県外の施設は、同じ傾向のまま変わっておらず、試料到着が遅れるためと思われる。

【赤血球数】

試料11は290～316（×10^4）、平均302、試料12は437～489（×10^4）、平均471。試料12で３施設を除外した。除外後のCV（%）はそれぞれ1.87%と1.57%と良好である。前年度と比較し収束した。

【ヘモグロビン】

試料11は8.9～9.7（g／dl）、平均9.3、試料12は13.6～14.7（g／dl）、平均14.2。試料11で４施設を除外、試料12で７施設を除外した。2SD除外後のCV（%）はそれぞれ1.13%と0.98%と良好である。２試料ともに2SD除外した施設が4施設あった。機器調整が必要と思われる。

【血小板数】

試料11の結果は16.1～20.7（×10^4）、平均18.3、試料12は15.5～19.9（×10^4）、平均17.7。試料11で４施設を除外、試料12で３施設を除外した。2SD除外後のCV（%）はそれぞれ3.93%と4.92%と良好である。前年度と比較し結果は収束した。

【網状赤血球数】

機械法に比べ目視法で結果のばらつきが大きい。2SD除外施設の全てが目視法である。

網状赤血球の測定は徐々に機械法に移行しつつあるが、目視法が半数以上を占めてり、今後観察視野と染色性に留意して測定を実施する必要がある。

【白血球数機械分類】

試料11の最小値～最大値は好中球９～66%、リンパ球26～63%、単球１～12%、好酸球１～９%、好塩基球０～14%であった。試料12の最小値～最大値は好中球21～65%、リンパ球30～54%、単球２～16%、好酸球２～11%、好塩基球０～５%であった。

一部の機種では測定原理の違いから好中球が高値、リンパ球が低値となっている。

集計からは除外しているが、好塩基球（%）が２試料とも98%と報告している施設があった。この施設は白血球数も報告単位を間違えており、コメントに記載した。

【まとめ】

多くの項目でデータが収束している。ただ、依然として試料の速やかな測定は行われておらず、試料を午後に測定した施設が７割､翌日が２施設、２日後が１施設、３日後が２施設あり、こういった施設では結果の遷移は大きい。

今後結果を収束させるためには、試料到着後にできるだけ早く測定することと日々の機器調整が必要である。

Ⅳ．免疫血清部門

鳥取赤十字病院中央検査部　木下敬一郎
博愛病院検査室　先灘浩功

１．腫瘍マーカー

対象項目は、AFP・CEA・CA19-9・PSAで実施し、参加施設は、主要病院・医院・外部委託検査施設の計22施設であった。測定試料はTMJコントロール（BIORAD社）を使用し、全国規模での集計値を提供していただいた。

【集計結果・評価】

①同一機種間での収束性

実施項目の大半でCV＝５～10％以内と収束しており、同一機種間では良好な結果が得られた。また全国規模での集計でも県内施設で精度管理不良を疑わせるような外れデータは認められなかった。

②異機種間における収束性

AFP・CEAは昨年と比べ収束傾向、PSA・CA19-9については収束率の変化は見られていない。ただ全機種での収束率はあくまでも目安としかならず標準物質による値づけ・標準法の確立などがない限り収束はされないと考える。

③まとめ

機種内では良好な収束結果が得られており、今回の調査では精度管理不良は見られなかった。評価対象は現時点では機種内としているため、今回の結果は機種内基準を満たしていると考える。機種間については、標準化が進んでいるAFP・PSAでの機種間差の収束が期待されるが、CEA・CA19-9については現時点ではあまり期待できない。

今後の腫瘍マーカーにおける精度管理目標は、各施設の日常管理が必要不可欠であるため徹底をお願いした。

２．感染症検査

１）梅毒血清反応

試料として、脂質抗原検査にはコントロール血清（極東製薬）を希釈し微弱陽性付近（機器実測値1.1）に調整したものを、TP抗体検査には日臨技データ共有化管理試料であるInfectrolの弱陽性付近のコントロール血清を使用し、判定は定性検査として扱い各施設の測定の正確性、並びに測定法の頻度など現状の把握を目的とした。

【脂質抗原検査】

参加施設数は、21施設［病院・医院18、センター３］

県内の脂質抗原測定法の現状は、平成12年には、用手法が100％であったが今年度は、用手法72％、自動機器法28％と、検査法は用手法（RPR法）から自動機器法（汎用試薬）へと若干ではあるが迅速化が進み、判定も簡単かつ客観的に行えるようになってきた。今回の調査では、21施設中８施設陽性、２施設が判定保留、11施設が陰性、と報告された。今回の不一致判定結果については、術者による目視判定という人為的影響も考えられるが各施設がグレーゾーン（判定保留域）を設けていないための極端な報告かもしれない。いかにしても現状の脂質抗原判定の精度（感度等）を考えれば、今回の微弱陽性の調製試料は不適だと思われる。次回の調査では、試料の調製には感度と特異性を考え今以上に慎重に取り組みたいと思う。また、自動機器法を使用している施設については定量値の解析を行ない、施設間差を無くすよう取り組みたい。

【TP抗体検査】

参加施設数は、22施設［病院・医院18、センター３、メーカー１］

県内のTP抗体測定法の現状は、平成12年には用手法と自動機器法の比率は７：３であったが、今年度は、４：６と全国とほぼ同様の採用率であり、検査法は迅速化し、凝集反応においても自動化（簡易法であるイムノクロマト法を含む）へと進み、判定も簡単に行えるようになってきた。今回の調査報告では22施設すべてで陽性と報告され、期待値陽性と一致した。次回の調査では臨床を取り入れ、定量値の解析を重点に行いたい。

２）肝炎項目

【HCV抗体】

試料については、日臨技データ共有化管理試料であるInfectrolの弱陽性付近のコントロール血清と、自調整のHCVキャリアプール血清の２種類いずれも陽性を使用し、判定は定性検査として扱い各施設の測定の精度を調べた。

参加施設数は、24施設［病院・医院（委託）21、センター３］

県内のHCV抗体検査の現状は、迅速化し判定も簡単に行えるようになってきた。また、測定結

果では機器を使用しているもの（簡易法を除く）の中で、現在では第一次スクリーニング検査（機器にもよるが約40分以内）でHCVキャリアの有無が判定できるものもある。調査した中では８割近くの施設がこの様な機器を使用していた。迅速検査法であるイムノクロマト法による参加施設の採用キットはオーソのオーソクイックチェイサーHCVAbであり全国とほぼ同じ使用状況であった。

今回の調査では、液状管理試料（弱陽性）で26施設中24施設が陽性、２施設が判定保留（弱陽性）と報告された。試料自調整のHCVキャリアプール血清（高力価群）ついては、26施設すべてが多種類の方法、試薬の違いにもかかわらず施設間差はなく、期待値陽性と一致した。HCV抗体検査は検査法の進歩、試薬の向上により短時間で臨床病態を把握することが可能となり、診断に不可欠な検査となってきている。

定性判定において施設間の差は、他項目（感染症項目）と比べてかなり収束しているが、各施設の日々の精度管理についても調査する必要性を認めた。次回も、感染初期を見逃さないためにも試料に低力価群を用いて精度管理を行う予定である。

【HBs抗原】

試料については、日臨技データ共有化管理試料であるInfectrolの弱陽性付近のコントロール血清と、自調整のB型肝炎キャリアプール血清の２種類いずれも陽性を使用し、判定は定性検査として扱い各施設の測定の正確性、並びに測定法の頻度など現状の把握を目的とした。

参加施設数は、27施設［病院・医院（委託）21、センター４、メーカー２］

HBs抗原測定検査については、以前より測定法の感度差が指摘されている。県内のHBs抗原測定法の現状は、用手法と自動機器法の比率は３：７と全国とほぼ同じ採用率であった。感度問題の指摘がある用手法では、迅速対応のイムノクロマト法（判定15分）がほとんどであり、参加施設の採用キットは富士レビオのエスプラインHBsAgが多く、全国とほぼ同じ状況であった。今回のサーベイ報告では、液状管理試料（弱陽性）で27施設中25施設が陽性、２施設が陰性と報告されていた。結果不一致施設はイムノクロマト法「クイックチェイサー」であった。自調整のB型肝炎キャリアプール血清（陽性）については27施設すべて多種類の方法、試薬の違いにもかかわらず施設間差はなく、期待値陽性と一致した。

不一致が報告された測定法については、問題視されているイムノクロマト法であり感度差もしくは、目視判定のため弱い判定ラインの見落しが考えられるが、試薬のロット差も否定できない。イムノクロマト法の判定には術者の主観が大きく影響すると思われる。このような問題点は、試薬、術者、判定時間などの影響によるため解決が非常に難しいが次回の調査に生かし、施設間差是正を無くすよう取り組んで行きたい。

Ⅴ．生理検査部門

鳥取県立厚生病院中央検査室　五百川尚宏

例年通り、フォトサーベイ症例として心電図５問、腹部超音波５問、計10問を出題し、昨年同様26施設の参加があった。心電図の平均正解率は91.5%、腹部超音波の平均正解率は81.8%、総合の平均正解率は87.2%であった。

〈考察〉

心電図では、基本的な問題の正解率は高く十分に理解がされているようだった。心電図だけではなく、患者の症状も鑑別に必要になるので各疾患についても理解を深めていただきたいと思う。日常よく目にする心室性期外収縮の設問では、心電図から起源を推定する問題であったが、今回の設問中正解率がもっとも低かったものの、正解率は80%と良好な成績であった。普段よくみる心電図でもよく観察してみると役立つ情報がまだまだあると思われる。ペースメーカーに関する問題では、各モードがどのように作動しているのかを十分に理解することが必要と思われた。全体的に正解率

が高く、今後難易度を上げる必要があるかもしれない。

腹部超音波では、脾臓の頭側に肝左葉が見える正常変異の設問が最も正解率が低い問題であったが、肝は体の右側にあるという固定観念が正解を阻んだものと思われた。正常の解剖の理解と画像に映っているものが何なのかの理解が必要と考えられた。消化管の設問は例年通り正解率はあまりよくなかったが、普段見慣れていないためと思われた。胃などは膵臓や肝臓の描出時に映っているので、少し意識を持ってもらうためのきっかけになることを願う。所見を複合的に考える問題は全施設が正解で、一つ一つの超音波所見をつなぎ合わせて正解に結びつけるという理解はなされていると思われた。

〈まとめ〉

心電図については、基本的な部分は十分に理解されていると思われ、成績も非常に良好であった。各疾患の心電図の所見だけではなく、症状等もあわせて理解してもらえれば、より精度の高い判読が可能になると思われた。

腹部超音波については、例年よりもやや正解率が低い傾向であった。正常の解剖を理解すること、一つ一つの所見をしっかりと読み取ること、それらをつなぎ合わせる症例・疾患の知識を持つことが必要であると思われた。

Ⅵ. 微生物検査部門

鳥取大学医学部附属病院検査部　藤原弘光

1．試料および実施項目

試料51：塗抹検査所見および報告までの所要時間、同定検査、薬剤感受性検査

試料52：同定および薬剤感受性検査

2．参加施設

病院：13施設（東部：5施設、中部：2施設、西部：6施設）

検査センター：3施設

3．結果

1）試料51

①塗抹検査：結果報告までの所要時間は、60分以内を許容範囲としたところ、16施設中9施設が30分以内、3施設が60分以内に結果報告された。60分以内報告施設数は昨年度（68.75%）から75%に増加した。

②同定検査：全ての施設で正しく同定された。

③薬剤感受性検査

・全施設でCLSI準拠法での検査が実施され、内訳は微量液体希釈法12施設、微量液体希釈法とディスク拡散法の併用2施設、ディスク拡散法2施設であった。

・ほぼ基準範囲内の結果が報告された。

・感染症法5類基幹定点把握対象のペニシリン耐性肺炎球菌感染症の判定基準となるPCGの感受性検査は14施設でMIC値報告され、12施設が感染症法における本感染症の対応を正しく理解されているものと推察された。

2）試料52

①薬剤感受性検査

・指定薬剤の感受性検査は16施設中15施設で実施され、内訳は微量液体希釈法10施設、微量液体希釈法とディスク拡散法の併用2施設、ディスク拡散法3施設であった。

・微量液体希釈法、ディスク拡散法共にすべて正しいカテゴリー判定であったが、ディスク拡散法の阻止円表記に間違いのあった施設が2施設あった。

・選択薬剤は問題解釈によりESBL検出基準剤とESBL産生菌に有効な治療薬の2群に分かれたが、ほぼ妥当な選択がなされていた。

②附加試験、附加コメント

・附加試験を実施していたのは16施設中13施設であった。実施率の高かったのはβラクタム薬とクラブラン酸との合剤による感受性試験で、10施設で実施されていた。

・附加コメントは16施設中15施設が回答していた。ESBL産生菌であることを指摘した

施設が15施設、院内感染対策に関するコメントが６施設から回答されていた。

４．まとめ

試料51は平成14年度鳥取県臨床検査精度管理調査に用いられたものであったが、この５年間に検査方法の改善だけでなく、医師へのコメントや感染症法の理解についても着実なレベルアップが認められた。

試料52については近年増加傾向にあるとされるESBL産生菌を用いたものであったが、ほとんどの施設が適切な附加試験により本菌を検出しており、臨床材料からこの類の耐性菌を見逃さない検査体制が整っていることを示唆するものであった。

以上の背景には、精度管理調査を継続して実施したことに加え、臨床検査技師会主催の研修会等で繰り返し研修及び実習を重ねてきた成果が表れたものと考える。

Ⅶ. 細胞検査部門

鳥取大学医学部附属病院病理部　大野千恵子

実施項目：細胞診フォトサーベイ10例

参加施設：15施設

結果は、症例１婦人科子宮頚部綿棒擦過で扁平上皮癌の解答、症例２婦人科外陰部擦過でヘルペスウイルス感染細胞の解答と共に全施設正解であった。

症例３婦人科子宮頚部綿棒擦過は頚部腺癌（内頚部型）であったが、異型が軽度な部分もあり、15施設中10施設の正解であった。

症例４乳腺穿刺は乳頭腺管癌の正解で、男性乳腺穿刺であることや核異型が軽度であったためか、正解施設は９施設と低い正解率であった。

症例５呼吸器肺穿刺は小細胞癌で、典型例と思われたが13施設の正解に留まった。

症例６泌尿器尿管洗浄液は小細胞癌で、比較的珍しい組織型であったが細胞像は肺の組織型と同じく典型例であったので全施設正解であった。

症例７体腔液腹水は漿液性腺癌（卵巣）で、明細胞癌（卵巣）との鑑別を要したため13施設の正解であった。

症例８頚部リンパ節穿刺は壊死性リンパ節炎で、年齢が16歳と若く、特徴的な形態の組織球の出現が見られたが、13施設の正解であった。

症例９髄液は医原的細胞の混入（穿刺時混入）で、軟骨細胞の出現が解答であったが、全施設正解であった。

症例10硝子体液は悪性リンパ腫で、異型リンパ球として認識できるかどうかであるが、正解は13施設であった。

今回は例年の５症例から10症例と症例数を倍に増やしたため、施設別の正解率が極端に低くなる事はなかった。内容についても、検体も材料に偏りなく提出でき、フォトのピントや拡大についても以前と比較して満足のいくできであったと思われる。

解説は、設問提出者に、不正解であった選択肢にそった解説をお願いしたので、不正解であった設問やフォトの見直しにも役立つものと考える。

今回のフォトサーベイは参加施設も増え、今後ますますの内容充実を痛感するものである。

Ⅷ. 病理部門

鳥取大学医学部器官病理学　板木　紀久

１．実地項目

肺のエラスチカワンギーソン（EVG）染色

２．参加施設　９施設

３．方法

４μmの厚さに薄切した切片を各施設2枚送付し、エラスチカワンギーソン（EVG）染色を行い、提出された１枚の標本に対し、評価を行った。

４．評価方法

膠原線維の染色性、平滑筋および細胞質の染色性について評価を行った。

５．染色結果

・弾性線維染色

レゾルシンフクシン液　自家製を使用：１施設

既製品を使用：６施設

染色時間：30、60、90分、２～３時間

ビクトリアブルー液　自家製を使用：２施設

染色時間：６時間、１晩

・膠原線維

ワンギーソン液　自家製を使用：９施設

染色時間：３、10、15、20分

酸性フクシンの代わりにチアジンレッド使用：１施設

染色時間：７分

６．考　察

・染色性の濃い施設、薄い施設等あったが各施設とも比較的良く染め分けが出来ていた。

・エラスチカワンギーソン（EVG）染色は、弾性線維、膠原線維、平滑筋および細胞質の染色のバランスが大切であり各染色液での分別操作が重要である。

Ⅸ．参考資料

１．参加施設の推移

平成年度	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
総数	29	41	66	79	69	57	57	58	59	60
医療機関の参加数（県内）	22	35	46	49	46	41	41	39	40	40
登録衛生検査所（県内）	7	6	8	8	8	5	6	8	10	11
県外からの参加	0	0	12	22	15	11	10	11	9	9

２．参加部門の推移

平成年度	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
実施部門数	2	9	8	8	9	9	9	8	8	8
のべ参加部門数	20	228	282	290	289	301	231	230	230	240

３．サーベイの軌跡

平成年度	事　業　内　容
10年	報告書＋講演会
11年	報告書＋アドバイスコメント
12年	報告書＋アドバイスコメント＋報告会
13年	報告書＋アドバイスコメント＋報告会
14年	報告書＋アドバイスコメント＋報告会
15年	報告書＋アドバイスコメント＋報告会
16年	報告書＋アドバイスコメント＋報告会
17年	報告書＋アドバイスコメント＋報告会
18年	報告書＋アドバイスコメント＋報告会
19年	報告書＋アドバイスコメント＋報告会

鳥取県特別医療費助成条例の一部を改正する条例の一部改正について

〈20.3.28　第200700205601号　　鳥取県福祉保健部障害福祉課長〉

このたび、平成20年２月定例県議会において、鳥取県特別医療費助成条例（昭和48年鳥取県条例第27号）が改正されました。

ついては、下記に留意の上、本事業の円滑な実施に御協力くださるようお願いします。

記

１　改正の内容

65歳以上75歳未満の障害者の方については、後期高齢者医療制度の被保険者であることを特別医療費助成制度の助成対象の要件としないこととし、加入している医療保険制度にかかわらず助成対象とする。

２　施行期日

平成20年４月１日

【担当】障害福祉計画・認定係　大久保、岸　TEL：0857－26－7151　FAX：0857－26－8136

特別医療費受給資格証の様式について

平　成　20　年　3　月
鳥取県福祉保健部障害福祉課

～平成20年４月から「特別医療費受給資格証」が変わります～

平成20年４月から、特別医療費助成制度の対象となる障害児・者の方について、医療機関の窓口において、原則、医療費の一部を負担していただくこととなりますが、これに伴い、「特別医療費受給資格証」（青色の証）の様式が次のとおり変わります。

また、これにより４月診療分から旧資格証は使用できなくなります。４月以降、窓口で旧資格証を提示される方がおられましたら、お手数ですが、市町村役場で受給資格証の更新手続きが必要となることをお知らせくださいますようお願いします。

！受給資格証のここが変わります！

①受給資格証が障害児・者の方とそれ以外の方の２種類になります。

「身障」「重度」と、「小児」「特定疾病」「ひとり親家庭」の区分では、受給資格証の様式が異なります。ただし、資格証の色はどちらも従来と同じ青色です。

②公費負担者番号が記載されます。

４月診療分から、特別医療費の請求方法が併用レセプト方式に変わることに伴い、特別医療費の請求にあたりこの公費負担者番号の記載が必要となります。

③一部負担金及び月額負担上限額が記載されます。

所得の修正等により、年の途中で一部負担金及び月額負担上限額が変更になる場合がありますので、診療の都度、必ず受給資格証の提示を求め、確認をお願いします。

特別医療費受給資格証（重度心身等）

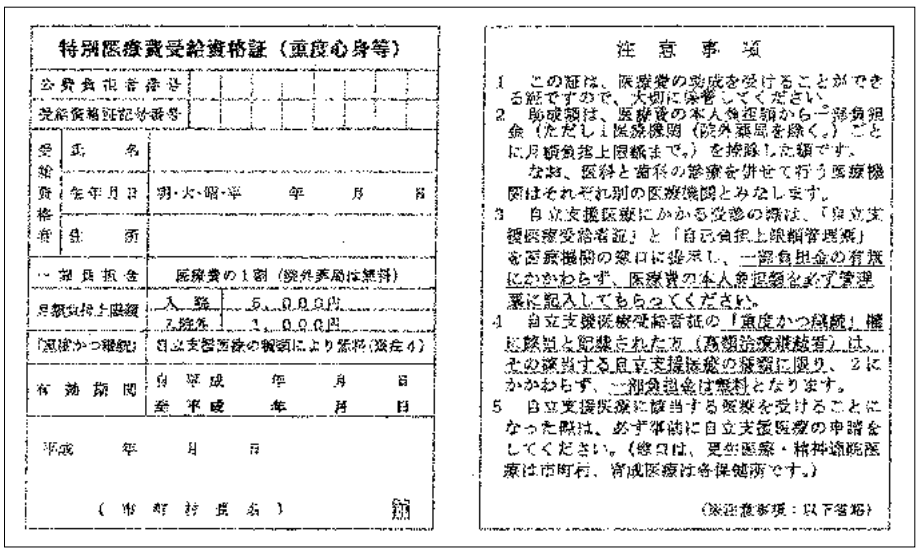
○障害児・者を対象に交付するものです。［法別番号：81（身障）、82（重度知的）、83（精神）］

○一部負担金及び月額負担上限額の欄の記載は受給者によって異なります。診療の際には必ずご確認ください。

なお、全額助成の方については、「一部負担金：無料」「月額負担上限額：－」と記載されます。

○自立支援医療受給者証の「重度かつ継続」欄に「該当」と記載された方が、指定自立支援医療機関において受診される場合は、その自立支援医療の種類に限り、一部負担金は無料となります。（資格証の注意事項４をご覧ください。）

このため、自立支援医療の自己負担上限額管理票には、特別医療費により助成した額を記載する必要がありますのでご注意ください。（特別医療費の助成額が、自立支援医療の自己負担上限額に達した場合、それ以降の医療費の自己負担分は自立支援医療費で請求することとなります。）（資格証の注意事項３をご覧ください。）



特別医療費受給資格証（重度心身等）

公費負担者番号	
受給資格証記号番号	
受給資格者 氏名	
受給資格者 生年月日	明・大・昭・平　年　月　日
受給資格者 住所	
一部負担金	医療費の１割（院外薬局は無料）
月額負担上限額	入院　5,000円
	入院外　3,000円
「重度かつ継続」	自立支援医療の種類により無料（注意４）
有効期間	自　平成　年　月　日
	至　平成　年　月　日
平成　年　月　日	
（市町村長名）	印

注意事項

1　この証は、医療費の助成を受けることができる証ですので、大切に保管してください。

2　助成額は、医療費の本人負担額から一部負担金（ただし１医療機関（院外薬局を除く。）ごとに月額負担上限額まで。）を控除した額です。

なお、医科と歯科の診療を併せて行う医療機関はそれぞれ別の医療機関とみなします。

3　自立支援医療にかかる受診の際は、「自立支援医療受給者証」と「自己負担上限額管理票」を医療機関の窓口に提示し、一部負担金の有無にかかわらず、医療費の本人負担額を必ず管理票に記入してもらってください。

4　自立支援医療受給者証の「重度かつ継続」欄に該当と記載された方（高額治療継続者）は、その該当する自立支援医療の種類に限り、3にかかわらず、一部負担金は無料となります。

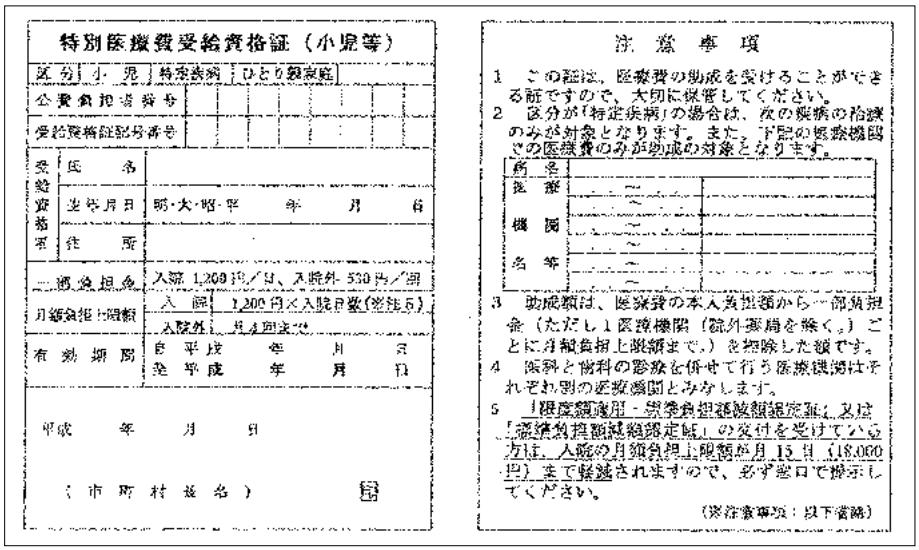
5　自立支援医療に該当する医療を受けることになった際は、必ず事前に自立支援医療の申請をしてください。（窓口は、更生医療・精神通院医療は市町村、育成医療は各保健所です。）

（裏面注意事項：以下省略）

特別医療費受給資格証（小児等）

○小児、特定疾病、ひとり親家庭の方に交付するものです。［法別番号：84（特定疾病）、85（小児）、87（ひとり親家庭）］

○この資格証をお持ちの方が、「限度額適用・標準負担額減額認定証」又は「標準負担額減額認定証」の交付を受けている場合は、入院に係る一部負担金の月額負担上限額が月15日（18,000円）までに軽減されますので、16日目以降の一部負担金は徴収しないでください。（資格証の注意事項５をご覧ください。）



特別医療費受給資格証（小児等）

区分	小・児	特定疾病	ひとり親家庭
公費負担者番号			
受給資格証記号番号			
受給資格者 氏名			
生年月日	明・大・昭・平　年　月　日		
住所			
一部負担金	入院 1,200円／日、入院外 530円／回		
月額負担上限額	入院	1,200円×入院日数（※注5）	
	入院外	月4回まで	
有効期間	自 平成　年　月　日		
	至 平成　年　月　日		

平成　年　月　日

（市町村長名）　印

注意事項

1　この証は、医療費の助成を受けることができる証ですので、大切に保管してください。

2　区分が「特定疾病」の場合は、次の疾病の治療のみが対象となります。また、下記の医療機関での医療費のみが助成の対象となります。

病名		
医療機関名等	～	
	～	
	～	
	～	

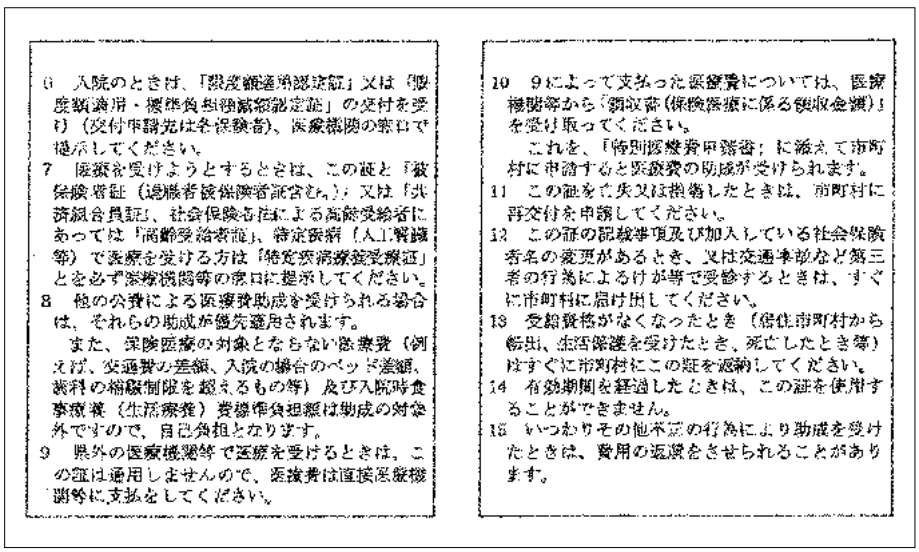
3　助成額は、医療費の本人負担額から一部負担金（ただし1医療機関（院外薬局を除く。）ごとに月額負担上限額まで。）を控除した額です。

4　医科と歯科の診療を併せて行う医療機関はそれぞれ別の医療機関とみなします。

5　「限度額適用・標準負担額減額認定証」又は「標準負担額減額認定証」の交付を受けている方は、入院の月額負担上限額が月15日（18,000円）まで軽減されますので、必ず窓口で提示してください。

（※注意事項：以下省略）

【受給資格証裏面（重度心身等・小児等共通）】



6　入院のときは、「限度額適用認定証」又は「限度額適用・標準負担額減額認定証」の交付を受け（交付申請先は各保険者）、医療機関の窓口で提示してください。

7　医療を受けようとするときは、この証と「被保険者証（退職者被保険者証含む。）」又は「共済組合員証」、社会保険各法による高齢受給者にあっては「高齢受給者証」、特定疾病（人工腎臓等）で医療を受ける方は「特定疾病療養受療証」とを必ず医療機関等の窓口に提示してください。

8　他の公費による医療費助成を受けられる場合は、それらの助成が優先適用されます。

また、保険医療の対象とならない医療費（例えば、交通費の差額、入院の場合のベッド差額、歯科の補綴制限を超えるもの等）及び入院時食事療養（生活療養）費標準負担額は助成の対象外ですので、自己負担となります。

9　県外の医療機関等で医療を受けるときは、この証は適用しませんので、医療費は直接医療機関等に支払をしてください。

10　9によって支払った医療費については、医療機関等から「領収書（保険医療に係る領収金額）」を受け取ってください。

これを、「特別医療費申請書」に添えて市町村に申請すると医療費の助成が受けられます。

11　この証をて失又は損傷したときは、市町村に再交付を申請してください。

12　この証の記載事項及び加入している社会保険者名の変更があるとき、又は交通事故など第三者の行為によるけが等で受診するときは、すぐに市町村に届け出してください。

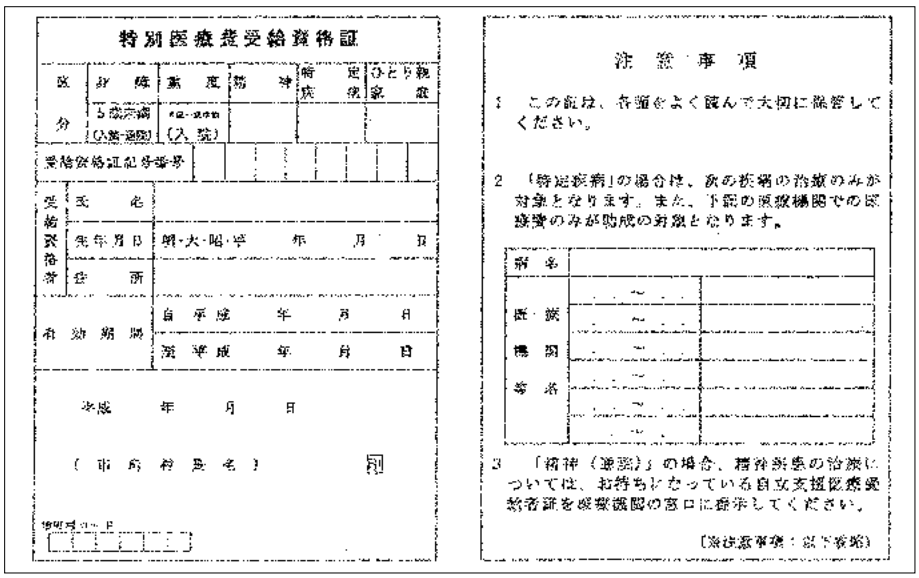
13　受給資格がなくなったとき（居住市町村から転出、生活保護を受けたとき、死亡したとき等）はすぐに市町村にこの証を返納してください。

14　有効期間を経過したときは、この証を使用することができません。

15　いつわりその他不正の行為により助成を受けたときは、費用の返還をさせられることがあります。

〈参考〉現行の様式：平成20年３月まで

有効期間が平成20年４月以降の日付であっても、この証は４月以降は無効となりますのでご注意ください。



特別医療費受給資格証

区分	乳幼児	重度	精神	特定疾病	ひとり親家庭
	5歳未満（入院・通院）	通院・入院（入院）			
受給資格証記号番号					
受給資格者 氏名					
生年月日	明・大・昭・平　年　月　日				
住所					
有効期間	自 平成　年　月　日				
	至 平成　年　月　日				

平成　年　月　日

（市町村長名）　印

市町村コード

注意事項

1　この証は、各項をよく読んで大切に保管してください。

2　「特定疾病」の場合は、次の疾病の治療のみが対象となります。また、下記の医療機関での医療費のみが助成の対象となります。

病名		
医療機関等名	～	
	～	
	～	
	～	
	～	
	～	

3　「精神（通院）」の場合、精神疾患の治療については、お持ちになっている自立支援医療受給者証を医療機関の窓口に提示してください。

（※注意事項：以下省略）

特別医療費助成制度の見直しに係るQ&A（医療関係機関用）

平成２０年３月
障害福祉課

質　問	回　答
４月以降、診察に来られた方が旧資格証を提示された場合、窓口での支払いはどうするのか。	旧資格証では、医療機関において一部負担金の徴収を確認できないため、医療保険制度の自己負担分を徴収せざるを得ないと考えます。（この場合でも、患者様が市町村において自己負担額に係る償還払いの手続をとっていただくことにより医療費助成を受けることができます。）
受給資格の確認方法等、障害福祉課に問い合わせてよいか。	県では受給者情報を把握していないため、受給資格の有無等についてお答えすることができません。（問合せ先としては、市町村がよろしいかと思いますが、個人情報であることもあり、内容によってはご本人から問い合わせていただいた方がよろしいものもあると思います。）
所得の修正により負担金が変更となり、診療の都度確認をするとされているが、月１回ではだめなのか。	特別医療費助成制度の資格確認を行っていただく必要上、診療の都度確認をお願いしているところですが、１月に複数回通院される場合においては、月１回の確認で差し支えありません。
公費負担番号記載になったら、今まで使用していた特別医療費請求書は使用しなくてよいのか。	お見込みのとおりです。ただし、平成２０年３月３１日までの診療に係る請求については、特別医療費請求書を使用していただき、速やかに国保連合会に送付してくださいますようお願いします。
社保、国保の診療報酬請求書が新しくなるのか。	社保、国保の診療報酬請求書の様式については、変更はありません。
特別医療費助成の相談について窓口はどこか。	各市町村及び県の特別医療費助成制度の担当が対応することとしています。 ただし、受給者の個別的な問合せについては市町村でしか対応できません。制度に関する問合せについては、県でも対応可能です。
月額負担上限額に通院 1,000 円、入院 5,000 円と記載された受給資格証をお持ちの患者さんが１月内に通院と入院の両方をされた場合、患者さんの負担上限額は、6,000 円となる取り扱いと考えてよいか。	そのとおりです。
旧総合病院において複数の診療科を受診した場合の月額負担上限額は診療科ごとに計算するのか、それとも１医療機関として計算するのか。	複数の診療科がある医療機関については、原則として１医療機関として月額負担上限額を計算していただくことになります。ただし、医科と歯科がある場合は、医科と歯科ごとにそれぞれ１医療機関として計算してください。
特別医療費の小児の対象となる方で、小児の受給資格証と障害の受給資格証の２種類を持つ場合があるか。	平成２０年４月以降は、同じ対象者が複数の受給資格証を有することはありません。１人の対象者から複数の証の提示があった場合は、受給資格証を発行した市町村にお問合せください。
平成２０年３月３１日以前の診療にかかる特別医療費の請求はどのようにしたら上いか。	平成２０年４月診療分から特別医療費の請求は併用レセプト方式により請求していただくこととしております。ただし、３月診療分でまだ請求を行っていない特別医療費については、従来の特別医療費請求書によりできるだけ早く国保連合会に請求してください。
特別医療費と自立支援医療など他の公費助成を受けることができる患者さんの場合、いずれかを任意で請求して差し支えないか。	特別医療費は、他の公費による医療費助成を利用してもなお、自己負担が発生する場合にその自己負担分を助成する制度です。したがって、他制度により医療費助成を受けられる方については、その制度を優先的に利用してください。
自立支援医療の「重度かつ継続」の方については、すべての医療費が無料になるのか。	「重度かつ継続」に該当する自立支援医療の種類（更生（育成）医療又は精神通院医療）については、無料となりますが、その他の医療については、特別医療費受給資格証に記載の月額負担上限額まで医療費の１割負担となります。
自立支援医療の自己負担上限額管理票への記載は、特別医療費の一部負担金（1,000 円など）だけでよいか。特別医療で市町村に請求する分も含め、自立支援医療の総自負担額（2,500 円など）を記載しなければならないのか。	自己負担上限額管理票へは、自立支援医療における自己負担額を上限額まで記載してください。 院外薬局においても、同様です。
限度額適用・標準負担額減額認定証を持っている患者さんであっても、入院時食事療養費標準負担額は、全額自己負担となるのか。 入院時生活療養費標準負担額についてはどうか。	低所得者のかたを含め、全ての受給者のかたについて、入院時食事療養費標準負担額が自己負担となります。 また、入院時生活療養費標準負担額については、平成１８年１０月から自己負担となっています。
訪問看護ステーションにおいても、障害のある患者さんは自己負担があるのか。	訪問看護ステーションについては、重度心身等の受給資格証をお持ちの方のみ助成対象とされており、医療機関に受診される場合と同様、自己負担があります。

平成20年4月1日から

鳥取県特別医療費助成制度が変わります

～ 青色の特別医療費受給資格証の制度について ～

●小児の通院に係る助成対象が拡大されます。

5歳未満 ➡ **小学校就学前まで**

平成14年4月2日以降に生まれたお子さんが助成の対象となります。

●小児、ひとり親家庭、特定疾病の低所得者世帯のかたに係る入院費の負担が軽減されます。

（入院費）
自己負担額1,200円／日
（負担上限なし 月最高37,200円まで負担）

➡ **負担上限：月15日まで**
（月最高18,000円まで負担）

※低所得者世帯のかた…市町村民税非課税世帯等で「限度額適用・標準負担額減額認定証」等の交付を受けたかた

●重度の障害児・者のかたについても医療費の一部負担が必要となります。

(1) 市町村民税非課税世帯のかたについては、これまでどおり全額助成します。（自立支援医療の対象となるかたは、当該医療の申請が必要です。）

(2) 市町村民税課税世帯のかたで、一定以上の所得のかた(③)は助成の対象外となります。
①、②のかたは、本人の所得に応じて、1医療機関ごとに月額負担上限額まで、総医療費の原則1割負担となります。

(3) 助成対象のかた(①、②)に対する軽減策として、自立支援医療の高額治療継続者（人工透析や統合失調症など）に該当するときは、その該当する自立支援医療の自己負担分の全額を助成します。

◆月額負担上限額◆（1医療機関ごと）

所得区分		市町村民税非課税世帯	市町村民税課税世帯		
世帯					
本人		市町村民税非課税のかた	①市町村民税非課税のかた	②老齢福祉年金支給要件の所得額未満のかた	③老齢福祉年金支給要件の所得額以上のかた
負担	通院	全額助成（本人負担なし）	1,000円/月	2,000円/月	助成対象外
	入院	従来どおり	5,000円/月	10,000円/月	（医療保険制度に基づく自己負担額）

※老齢福祉年金支給要件の所得額とは
年間所得額1,696千円（扶養親族0人の場合）（給与収入になおすと約2,536千円）
なお、所得には障害年金、特別障害者手当等は含まれません。

●全ての受給者のかたについて

・入院時の食事療養費（食材料費）の負担が必要となります。
・院外薬局での負担はこれまでどおり無料です。

平成20年4月1日から医療費の助成を受けるには
青色の「特別医療費受給資格証」の申請又は更新の手続きが必要です。
手続きについては、各市町村にお問い合わせください。

【問い合わせ先】
○各市町村担当課

○鳥取県福祉保健部（障害児・者）　障害福祉課　TEL 0857-26-7152
（小児、ひとり親家庭）　子育て支援総室　TEL 0857-26-7150
（特定疾病）　〃　TEL 0857-26-7572

診療科名の標榜方法の見直しに関するホームページについて

〈20.3.4　地Ⅰ197　　日本医師会常任理事　内田健夫〉

本会一般向けホームページに、診療科名の標榜方法の見直しの説明ページを「ドクターのみなさまへ」のコーナーに開設いたしましたので、お知らせいたします。

また、今回の診療科名の標榜方法の見直しにつきましては、先日、日医ニュース平成20年３月５日号に説明記事を掲載しております。

（URL：http://www.med.or.jp/doctor/iryohou/hyoubou.html）

診療科名の標榜方法の見直し

平成20年４月１日より、医療機関の標榜診療科名の見直しが行われます。

ただし、経過措置があります。

下記のとおり、今回の見直しで標榜することができなくなる診療科名がありますが、平成20年４月１日より前に標榜している科名については、引き続き標榜することができます。看板や広告の付け替えなどをする必要はありません。

なお、経過措置が適用されている場合であっても、看板を取り替える時や新たに広告する時などは、新しい診療科名でなければなりません。

その場合は、診療科名の変更手続が必要となります。

見直しの概要

今回の見直しは、診療科名を一つ一つ決めていた考え方を大きく改め、包括的に規定する方式とするものです。

「包括的に規定する方式」とは、

１.「内科」または「外科」

２.「内科」または「外科」と、以下の各事項とを組み合わせたもの。

a）部位、器官、臓器、組織、又はこれらの果たす機能

b）疾病、病態

c）患者の特性（性別、年齢を示す名称）

d）医学的処置

３．単独の名称をもって診療科名とするもの。さらに、a～dの各事項との組み合わせも可能。

の３つに大別されます。

病院、診療所は、どの方法でも標榜することができますし、１、２、３の方法を併用することもできます。

上記a～dの各事項との組み合わせによっては、不合理な内容等となる場合もありえます。そのような

場合は、診療科名として広告してはならないものとして、厚生労働省令に規定されます。

なお、現在も、診療科名の標榜には厚生労働大臣の許可は不要ですが、今回の見直しでも同様です（麻酔科を除く）。ただし、新しい診療科名を標榜するためには、届出による変更手続が必要です。

「麻酔科」は、今回の見直しの対象ではありません。従前どおりの標榜方法となります。また、いわゆる「総合科」は、今回の見直しとは全く関係ありません。

診療科名の標榜方法（医業）

下表のいずれの方法でも、標榜することができます。

また例えば、「内科、外科、胸部外科、大腸内科、アレルギー科、リウマチ科」というように、複数の診療科や１と２と３の方法の併用も可能です。

<table>
<tr><td colspan="3">１.「内科」または「外科」</td></tr>
<tr><td colspan="3">２.「内科」または「外科」と、下記a、b、c、dとの組合せ
a、b、c、dのうち、同じ分類に属する事項でなければ、２つ以上の事項の組合せも可能です。例えば、「内科」＋「老人」（c）＋「心療」（d）＝「老人心療内科」など。
ただし、同じ分類に属する事項同士を組み合わせることはできません。例えば、「内科」+「男性」（c）+「女性」（c）＝「男性女性内科」は不可。</td></tr>
<tr><td rowspan="25">ａ）部位、器官、臓器、組織又はこれらの果たす機能</td><td>頭頸部</td><td rowspan="25">＋「外科」または「内科」</td></tr>
<tr><td>頭部</td></tr>
<tr><td>頸部</td></tr>
<tr><td>胸部</td></tr>
<tr><td>腹部</td></tr>
<tr><td>呼吸器</td></tr>
<tr><td>気管食道</td></tr>
<tr><td>気管</td></tr>
<tr><td>気管支</td></tr>
<tr><td>肺</td></tr>
<tr><td>消化器</td></tr>
<tr><td>食道</td></tr>
<tr><td>胃腸</td></tr>
<tr><td>十二指腸</td></tr>
<tr><td>小腸</td></tr>
<tr><td>大腸</td></tr>
<tr><td>循環器</td></tr>
<tr><td>肛門</td></tr>
<tr><td>血管</td></tr>
<tr><td>心臓血管</td></tr>
<tr><td>心臓</td></tr>
<tr><td>腎臓</td></tr>
<tr><td>脳神経</td></tr>
<tr><td>脳</td></tr>
<tr><td>神経</td></tr>
<tr><td>血液</td></tr>
<tr><td>乳腺</td></tr>
<tr><td>内分泌</td></tr>
</table>

a）部位、器官、臓器、組織又はこれらの果たす機能	代謝	＋「外科」または「内科」
	脂質代謝	
	肝臓	
	胆のう	
	膵臓	
b）疾病、病態の名称	感染症	＋「外科」または「内科」
	性感染症	
	腫瘍	
	がん	
	糖尿病	
	アレルギー疾患	
c）患者の特性	男性	＋「外科」または「内科」
	女性	
	小児	
	周産期	
	新生児	
	児童	
	思春期	
	老人	
	老年	
	高齢者	
d）医学的処置	整形	＋「外科」または「内科」
	形成	
	美容	
	心療	
	薬物療法	
	透析	
	移植	
	光学医療	
	生殖医療	
	不妊治療	
	疼痛緩和	
	緩和ケア	
	ペインクリニック	
	漢方	
	化学療法	
	人工透析	
	臓器移植	
	骨髄移植	
	内視鏡	
３．単独の名称をもって診療科名とするもの。 さらに、上記２のa～dの各事項との組み合わせも可能。		
精神科、アレルギー科、リウマチ科、小児科、皮膚科、泌尿器科、産婦人科、産科、婦人科、眼科、耳鼻いんこう科、リハビリテーション科、放射線科、放射線診断科、放射線治療科、病理診断科、臨床検査科、救急科		
上記の診療科		＋２のa、b、c、d

今回の見直しにより、標榜することができなくなる診療科名

以下の診療科名は、平成20年４月１日以後、単独の診療科名として標榜することはできなくなります。

ただし、経過措置が適用される場合は、引き続き標榜することができます。看板や広告の付け替えなどをする必要はありません。

神経科、呼吸器科、消化器科、循環器科、皮膚泌尿器科、性病科、こう門科、気管食道科、胃腸科

不合理な組合せとなるものとして、認められない診療科名

上記のとおり、内科又は外科と２のa、b、c、dとの組合せ、あるいは３と２のa、b、c、dとの組合せの中で、医学的知見及び社会通念に照らし、不合理な組合せとなるものとして、厚生労働省令で定める診療科名は、標榜することができません。

診療科名	不合理な組合せとなる事項
内科	整形または形成
外科	心療
アレルギー科	アレルギー疾患（「アレルギー疾患アレルギー科」）
小児科	小児、老人、老年または高齢者（例：「高齢者小児科」など）
皮膚科	呼吸器、消化器、循環器、気管食道、心臓血管、腎臓、脳神経、気管、気管支、肺、食道、胃腸、十二指腸、小腸、大腸、肝臓、胆のう、膵臓、心臓または脳（例：「呼吸器皮膚科」など）
泌尿器科	頭頸部、胸部、腹部、呼吸器、消化器、循環器、気管食道、心臓血管、脳神経、乳腺、頭部、頸部、気管、気管支、肺、食道、胃腸、十二指腸、小腸、大腸、肝臓、胆のう、膵臓、心臓または脳（例：「頭頸部泌尿器科」など）
産婦人科	男性、小児または児童（例：「男性産婦人科」など）
眼科	胸部、腹部、呼吸器、消化器、循環器、気管食道、肛門、心臓血管、腎臓、乳腺、内分泌、頸部、気管、気管支、肺、食道、胃腸、十二指腸、小腸、大腸、肝臓、胆のう、膵臓または心臓（例：「腹部眼科」など）
耳鼻いんこう科	胸部、腹部、消化器、循環器、肛門、心臓血管、腎臓、乳腺、内分泌、胃腸、十二指腸、小腸、大腸、肝臓、胆のう、膵臓または心臓（例：「消化器耳鼻いんこう科」など）

診療科名の変更手続

上記の今回の見直しで標榜することができなくなる診療科名であっても、経過措置が適用される場合があります。

ただし、その場合であっても、病院・診療所の看板を取り替える時や新たに広告する時などは、新しい診療科名でなければなりません。

したがって、そのときは、医療法に基づき、診療科名の変更手続が必要となります。

診療科名の変更手続は、都道府県知事（保健所設置市の場合は市長、特別区の場合は区長）に対する届出になります。

具体的な届出方法は、各都道府県等の担当部局にお問い合わせください。

オンライン請求に係る通知等の一部改定について

〈20.3.4　日医発第1078号（保206）　　日本医師会長　唐澤祥人〉

オンライン請求に関しましては、「保険医療機関又は保険薬局に係る光ディスク等を用いた費用の請求等に関する取扱いについて」（平成18年４月10目保総発第04010001号）、「「レセプトのオンライン請求に係るセキュリティに関するガイドライン」等の策定について」（平成18年４月10日保総第0410002号。以下、「オンライン請求ガイドライン」という。）により取り扱っているところでありますが、今般、請求に用いる回線について、インターネット上で高水準のセキュリティを確保する手段である、IPsecとIKEを組み合わせた請求方式が追加されましたので、ご連絡申し上げます。

従来のオンライン請求では、請求に用いる電気通信回線がIP－VPNもしくはISDNに限定されており、一部企業の回線を利用するしかなく、独占的な取り扱いがなされておりました。

今般の改定は、同じく厚生労働省が作成した「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン第２版」（平成19年３月30日医政発第0330033号、以下「安全管理ガイドライン」という。）とオンライン請求ガイドラインの整合性を確保することで、高水準のセキュリティを確保した電気通信回線を活用できることとし、また、請求にあたって請求専用のコンピューターを準備する必要性をなくすものです。

請求にあたりまして、医療機関に新たな機材購入に係る投資と回線に係る一部企業の独占を排除するために、本会としてもこれらの是正を厚生労働省と協議した結果、今般の改定となりました。

なお、今般の改定にあたっても、本会としてはオンライン請求の「義務化」には断固反対しており、その姿勢は何ら変わるものではありません。

本会としては、オンライン請求は実施を希望する医療機関が「手挙げ」で参加すべきものであり、一律の義務化はあってはならないと考えております。

従いまして、「義務化」には明確に反対しつつ、「手挙げ」を希望される医療機関が一部の独占的企業の電気通信回線を利用せざるを得ない状況を打開するため、今般の改定に対応して参りましたことを併せて申し添えさせていただきます。

記

１．保険医療機関又は保険薬局に係る光ディスク等を用いた費用の請求等に関する取扱いについて（平成20年２月20日保総発第0220001号）

療養の給付、老人医療及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令」（昭和51年厚生省令第36号）の一部施行及び安全管理ガイドラインの策定に伴い、取扱い通知における「保険医療機関又は保険薬局に係る光ディスク等を用いた費用の請求に関する取扱要領」を別添のとおり改定し、平成20年５月請求分から適用することとされた。

改正の内容は、安全管理ガイドラインの策定に伴い、医療機関等の利用者の責任においてオンラインによるレセプトの提出及び受取を行う回線の選択肢を拡大するほか、届出様式等について所要の改正を行ったもの。

２．「レセプトのオンライン請求に係るセキュリティに関するガイドライン」等の改定について（平成20年２月20日保総発第0220003号）

「安全管理ガイドライン」の策定に伴い、オンライン請求ガイドラインを改正し、平成20年５月請求分

から適用することとされた。

３．光ディスク等を用いた費用の請求に関して厚生労働大臣が定める方式及び規格並びに電子情報処理組織の使用による費用の請求に関して厚生労働大臣が定める事項及び方式について（平成20年２月20日保発第0220004号）

療養の給付、老人医療及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令（昭和51年厚生省令第36号）第三条第一項及び附則第四条第二項の規定に基づき、光ディスク等を用いた費用の請求に関して厚生労働大臣が定める方式及び規格並びに電子情報処理組織の使用による費用の請求に関して厚生労働大臣が定める事項及び方式（平成18年４月10日保発第0410006号の別紙）について一部変更された。

変更点は、「または、オープンなネットワークにおいてはIPsec（IETF（Internet Engineering Task Force）において標準とされた、IP（Internet Protocol）レベルの暗号化機能。認証や暗号のプロトコル、鍵交換のプロトコル、ヘッダー構造など複数のプロトコルの総称）とIKE（Internet Key Exchange；IPsecで用いるインターネット標準の鍵交換プロトコル）を組み合わせた接続」が加えられた。

国民年金の保険料納付確認団体制度の実施について（情報提供）

〈20.3.6　保207　　日本医師会常任理事〉

標記については、「国民年金事業等の運営の改善のための国民年金法等の一部を改正する法律」が平成19年７月に成立し、平成20年４月１日から施行されます。加えて、平成21年４月から健康保険法の保険医療機関の指定・更新を受ける場合に、開設者又は管理者が国民年金保険料等の社会保険料を滞納している場合には欠格事由に該当し、指定・更新を受けられないことがあります。

また、指定介護老人保健施設、指定介護療養型医療施設、指定居宅介護支援事業者、等の指定・更新の扱いも同様であります。したがいまして、社会保険料を未納で滞納処分を受け、正当な理由なく引き続き３月以上のすべての期間が未納の場合は、指定・更新を申請しても受理されないことがありますので、貴会会員に周知していただくようお願い申し上げます。

お知らせ

鳥取県医師会開業医協力貯蓄加入者募集について

鳥取県医師会開業医協力貯蓄の第９次積立が平成20年４月をもって終了いたします。

それに伴い、５月より第10次積立が開始されますので、ご加入者の募集をいたします。

制度については、下記のとおりです。

記

（目　　的）

この制度は、鳥取県医師会々員の医業経営の一助とすることによって会員福祉の増進を図ることを目的とします。

（加入資格）

現に医業を経営している会員（医療法人を含む）とします。

（貯　　蓄）

口座振替により、本会の指定金融機関（山陰合同銀行、鳥取銀行）のいずれかの取扱支店に１口につき毎月50,000円の積立定期預金を行い、４口まで加入できます。複数の指定金融機関への預託を希望する場合でも、合わせて４口が上限です。

積立（振替）日は、毎月末日（休日の場合は翌営業日）で、積立期間は５年間（第10次積立は平成20年５月から平成25年４月までの５年間）とし、その後一括返還されます。

（融　　資）

加入後１年を経過すると、積立を行っている銀行から融資を受けられます。融資金額は月の医療収入額の30倍以内で、１口加入では4,000万円を上限とします。４口加入された場合16,000万円が上限です。資金の用途は生活必需物資の購入、住宅の建設、子弟の教育並びに止むを得ないものと認められるものと極めて融通性が高くなっています。

融資期間は、25年以内とします。

（解　　約）

病院、診療所を閉鎖したとき、資格を喪失したとき等の場合は、原則として貯蓄及び融資残を精算するものとします。

（鳥取県医師会協力貯蓄融資利率）

融資期間	融資利率	プライム比
１年以内	2.080%	－0.420%
１年～３年以内	2.180%	－0.620%
３年～５年以内	2.280%	－0.720%
５年～10年以内	2.480%	－0.720%
10年～15年以内	2.680%	－0.820%
15年～20年以内	2.880%	－0.620%
20年～25年以内	3.080%	－0.420%

（１年以内の基準金利は短プラ、１年長の基準金利は期間に応じた新長プラを適用）

第40回産業医学講習会開催要領

日本医師会では、産業医の資質向上と産業医活動の推進を図るため、平成２年４月に日本医師会認定産業医制度を発足させております。

本講習会はこの制度における認定更新に必要な単位取得のための生涯研修会として位置付けられております。認定産業医の更新のための要件として有効期間（５年間）中に生涯研修（更新・実地・専門）20単位が必要となりますが、認定産業医が本講習会を受講されますと更新研修4.5単位、専門研修12単位が取得できます。ただし、新規に認定産業医を申請するための基礎研修の単位は取得できません。

また、本講習会を３日間受講された方には修了証が交付され、労働衛生コンサルタントの筆記試験が免除になります。

記

Ⅰ．主　　催：日本医師会　日本産業衛生学会
協　　賛：厚生労働省　中央労働災害防止協会　産業医学振興財団

Ⅱ．開 催 日：平成20年７月３日（木）～７月５日（土）

Ⅲ．会　　場：日本医師会館大講堂
〒113－8621　東京都文京区本駒込2－28－16　TEL 03－3946－2121（代表）

Ⅳ．受講資格：日本医師会員、認定産業医、日本産業衛生学会員のいずれかの要件を満たす医師

Ⅴ．受講人数：400人

Ⅵ．受 講 料：18,000円（税込）

Ⅶ．申込方法：①受講希望者は都道府県医師会から申込用紙を受け取り、必要事項を記入の上、直接日本医師会地域医療第２課（〒113－8621　東京都文京区本駒込2－28－16、TEL 03－3942－6138［ダイヤルイン］）に送付して下さい。FAX、電話、申込用紙のコピーでの受付はいたしませんのでご注意下さい。
②申込受付期間は５月１日～５月23日までとしますが、受付は先着順に行い、定員になり次第締め切ります。
③締め切り後、受講予定者に受講料払込用紙を送付しますので、６月６日までに指定の払込用紙で受講料を払い込んで下さい。６月６日までに受講料を払い込んでいただかなかった場合は、受講をキャンセルしたものとして取り扱いますのでご注意下さい。
④受講料払込確認後、６月下旬頃受講票を送付しますので、講習会当日必ず持参して下さい。
なお、受講料払込後にキャンセル、欠席されても返金はいたしません。

Ⅷ．生涯研修取得単位：講習会開催日が有効期間内の認定産業医には次の生涯研修単位を後日発行いたします。ただし、新規に認定産業医を申請するための基礎研修の単位は取得できません。

７月３日　午前の部：更新研修２単位／午後の部：更新研修１単位、専門研修3.5単位
７月４日　午前の部：専門研修2.5単位／午後の部：専門研修２単位
７月５日　午前の部：専門研修１単位、更新研修1.5単位／午後の部：専門研修３単位

Ⅸ．資　　料：講習会当日、労働衛生コンサルタントの口述試験を受けられる方のための資料を販売します。購入を希望される方は資料代として32,000円（予定）をご用意下さい。
販売方法等につきましては、受講票送付の際に改めてお知らせいたします。

Ⅹ．託 児 所：講習会開催期間中、日本医師会館内に託児所を設置する予定です。利用を希望される方は、申込用紙の記入欄にご記入下さい。詳細につきましては、別途ご案内をお送りいたします。なお、定員（５名予定）となり次第締め切らせていただきます。また、申込み時に希望されないとご利用できません。

日　時	講　習　内　容
7／3（木）	
10：00～10：10	挨　拶：唐津　祥人（日本医師会長） 来賓挨拶：舛添　要一（厚生労働大臣）
	［産業医に必要な法的知識の解説］
10：10～11：10	1．改正労働安全衛生法 （厚生労働省担当官）
11：10～12：10	2．労働衛生行政と関連法規 （厚生労働省担当官）
12：10～13：00	昼休み
13：00～14：00	3．労働基準法施行規則第35条の解説 （厚生労働省担当官）
	［産業医に必要な産業医学総論］
14：00～15：00	1．産業医学総論 高田　昺（労働者健康福祉機構医監／北里大学名誉教授）
15：00～15：10	休憩
15：10～16：40	2．疫学概論 櫻井　治彦（中央労働災害防止協会労働衛生調査分析センター技術顧問）
	［産業医に必要な実践各論］
16：40～17：40	1．粉じん障害対策 相澤　好治（北里大学医学部長／衛生学・公衆衛生学教授）
7／4（金）	
10：00～11：00	2．快適職場推進対策 古田　勲（中央労働災害防止協会中央快適職場推進センター所長）
11：00～12：30	3．職場のストレスとメンタルヘルス対策 島　悟（京都文教大学教授）
12：30～13：20	昼休み
	［産業医に必要な健康管理概論］
13：20～14：20	1．健康管理・健康教育の方法 圓藤　吟史（大阪市立大学大学院医学研究科教授）
14：20～14：30	休憩
	［産業医に必要な実践各論］
14：30～15：30	4．作業環境管理の方法 田中　勇武（産業医科大学産業生態科学研究所教授）
7／5（土）	
10：00～11：00	5．VDT・騒音・腰痛の健康管理対策 城内　博（日本大学大学院理工学研究科教授）
	［産業医に必要な健康管理概論］
11：00～12：30	2．健康診断と事後措置―定期健康診断の項目改正を含めて― 和田　攻（産業医科大学学長）
12：30～13：20	昼休み
	［産業医に必要な実践各論］
13：20～14：50	6．職場における化学物質対策 清水　英佑（中央労働災害防止協会労働衛生調査分析センター所長）
14：50～15：00	休憩
15：00～16：30	5．作業管理の方法 東　敏昭（産業医科大学産業生態科学研究所所長）

今一度、対象者数の正確な把握を！

鳥取県成人病検診管理指導協議会総合部会

■ 日　時　平成20年３月13日（木）　午後４時～午後６時
■ 場　所　鳥取県健康会館　鳥取市戎町
■ 出席者　23人
岡本部会長
重政・富長・池口・井庭・中村・石黒・工藤・宮﨑・村脇・川﨑・岸本各委員
オブザーバー（市町村保健師協議会）：山根鳥取市青谷総合支所保健師
河本倉吉市保健師
生田日野町保健師
山崎岩美町保健師
鳥取県福祉保健部健康政策課：北窓課長、加山主幹、澤田副主幹、川本主事
健対協事務局：谷口事務局長、岩垣主任、田中主事

挨拶（要旨）

〈岡本部会長〉

本日開催の総合部会は、今年度の第２回各部会及び専門委員会で検討して頂いた内容についての取りまとめを行い、皆様で総合的に協議して頂く会議であります。

今回はいろんな問題が上がっております。まず、子宮がんにおいては、年２回委員会を開催していますが、年１回の開催でいいのではないかという意見を頂いております。また、肺がん検診においては、米子市の受診率が低率であり、このことは検診料金等の問題が関係していると思われます。肝臓がん対策については、国庫補助事業として、医療機関における肝炎ウイルス検査を、鳥取県としては平成20年度の１年間に限り、無料化して実施する。また、平成20年４月から、B型及びC型肝炎ウイルスの除去を目的として行うインターフェロン治療に対する治療費の助成制度が開始されます。

さらに、平成20年４月から特定健診・特定保健指導事業が開始されることを受けて、「循環器疾患等対策専門委員会」を「生活習慣病対策専門委員会」に名称変更が検討されています。総合部会において、更にご協議頂き、５月に開催されます健対協理事会において、最終的に決定したいと存じます。最後まで、熱心なご討議をお願い致しまして、私の挨拶と致します。

報告事項

平成18年度各種健康診査実績、平成19年度実績見込み、平成20年度事業計画は、別表のとおり報告があった。

１．平成18年度各種健康診査実績等について：
各部会長・専門委員長及び加山県健康政策課がん・生活習慣病係主幹

（１）市町村の広域合併による検診体制等が見直されたこと等により、鳥取県の平成17年度各種健康診査の受診者数、受診率は大幅に減少したが、

平成18年度実績は前年度とほぼ同様な結果であった。しかし、検診制度の見直しがなされた肺がん検診の受診者数減少傾向に歯止めがかからない。

（２）乳がん検診の要精検率をマンモ併用検診と視触診のみの検診を比べると、マンモ併用検診の方が約４倍高い結果となった。視触診のみの検診は問題があるという指摘があった。

（３）C型肝炎ウイルス陽性者定期検査結果から癌が多く見つかっているのでフォローアップ事業が重要である。

・肺がん検診においては、西部地区の受診率が低率であるが、他のがん検診においても西部地区の受診率が低率なのかという質問があったが、他の検診においては、余り大きな差はない。

・注腸X線検査症例数がかなり少なくなっているのではないかという質問があった。全体としては、年々減少傾向であるが、東部、中部に比べ西部の症例は多い。東部22症例、中部４症例、西部143症例である。西部の場合は、内視鏡検査が出来る医療機関においても注腸X線検査が行われており、検診発見がん率を比較してみても他の地区とあまりかわらない結果である。

　ただし、厚生労働省の研究班においては、注腸X線検査だと直腸とS状結腸が重なるので、検査としては推奨できないという見解が出ている。

２．平成19年度健康診査及びがん検診の実績見込み及び平成20年度実施計画について：

加山県健康政策課がん・生活習慣病係主幹

（１）各市町村ともに、前年度実績を元に計画を行っており、受診者数の伸び率は鈍化している。検診実績の基礎となる対象者の把握方法の統一化が必要である。

（２）米子市国民健康保健事業において人間ドック検診で胸部X線撮影が約4,000人行われているが、写真の読影を肺がん検診読影委員会にお願いしていないので、これを健対協に委託して、肺がん検診実績として計上してはどうかという提案があり、関係者で検討を行ったが、読影料が支払えないことを理由に平成20年度は肺がん医療機関検診実績としては計上しないこととした。

平成21年度に向けて、引き続き、米子市に対し要望することとしている。

（３）老人保健事業による基本健康診査は廃止となり、平成20年４月より特定健診・特定保健指導事業が開始される。市町村国保は受診率を30％ぐらいの目標値と定めており、特定健診の受診者数は42,353人を予定している。平成19年度基本健康診査実績と比べると約２万人の減となるが、後期高齢者保険制度該当の75歳以上、被用者保険の被扶養者は対象外となることによる。

しかし、75歳以上は、後期高齢者保険制度において特定健診に準じた健康診査実施としており、また、被用者保険の被扶養者については特定健診を受診するため、全体の受診者数は平成19年度と余り変わらないと思われる。

３．鳥取県成人病検診管理指導協議会各部会及び鳥取健康対策協議会各専門委員会の協議概要について：

各部会長・専門委員長及び加山県健康政策課がん・生活習慣病係主幹

各部会・各専門委員会の主な協議事項は以下のとおりであった。

基本健康診査、各がん検診とも、検診受診率の向上に向けての対策の必要性及び対象者数の把握が今後更に重要となることが報告され、今後も市町村と継続して協議していくこととなった。

（１）循環器疾患等部会・循環器疾患等対策専門委員会

平成20年度開始の特定健診・特定保健指導の実施体制としては、①後期高齢者の健診は、広域連合が実施主体であるが、市町村に委託する方向で検討。②被用者保険の被扶養者の健診は、医療機関健診の場合、県医師会が代表保険者と集合契約を実施。③健診データは各医療機関で電子化デー

タとして支払基金等に送ることとなるが、電子化に対応出来ない医療機関については、県医師会が代行入力を行うこととしている。④厚生労働省が示している健診結果通知の中には、空腹時血糖及びHbA1cについて、メタボリックシンドローム判定による基準では、空腹時血糖≧110mg／dl（HbA1cの場合≧5.5%）だが、保健指導判定値は空腹時血糖100mg／dl、（HbA1cの場合≧5.2%）であり、混乱を招く恐れがあるので、周知を行うこととした。

平成20年度から開始される特定健診等に伴い、委員会の名称について検討を行い「鳥取県健康対策協議会　生活習慣病　対策専門委員会」とすることが了承され、県が設置する部会についても名称の変更を検討することとなった。また、平成20年度第１回委員会を４～５月に開催し、４市及び各圏域町村代表に出席を要請し、実施に当たっての問題点等を検討するべきとの意見が出された。

（２）胃がん部会・胃がん対策専門委員会

内視鏡検査における組織診実施率9.7%は非常に高い状況であり、その取り扱いについて、内視鏡検査実施要綱の見直しを検討することとなった。また、バイオプシーの結果ががん疑いで、生検組織診の結果では「異常なし」でありながら「がん疑い」として報告をしている市町村があったので指導を行った。

厚生労働省研究班による、本県の胃がん内視鏡検査の有効性の検証調査を行う。調査実施に当たっては、健対協委員と相談・調整して行うことなどの申し入れがあった。

（３）子宮がん部会・子宮がん対策専門委員会

20歳代の受診者数が少ないこと、市部の受診率が全国受診率より低率であることなど、また、20歳～29歳の受診者は少ないが、要精検率は1.32%と高く、その中から軽度・高度異形成の者も発見されていることから、更なる受診率向上の取り組みが必要である。

また、平成20年度から妊婦健診に子宮頚部がん検診を追加し、全市町村が実施（助成）することにより、若年者の受診者が増えることとなるが、その検診精度の確保、結果の把握など、問題点も指摘され、今後市町村の意見を聞きながら検討を行う。

子宮がんの原因として考えられている、ヒトパピロウマウィルス検査の導入を検討してはどうかとの意見があったが、方向性については、今後検討していくこととなった。

委員会を年１回とする意向が示された。

（４）肺がん部会・肺がん対策専門委員会

受診率の低下に歯止めがかからない状況。市町村の財政的な部分もあるが、肺がん検診の重要性について、データを揃えたうえで、受診率向上の要望を行い、前向きに検討していただくようお願いすることとなった。また、経年受診者が減少していることから、対策を講ずる必要があるとの指摘があった。

検診受診者数は、初めて５万人を下回ったが、要精検率は増加、精検受診率も高い傾向にある。肺がん発見率は高く、人口10万人当たり126人と過去最高となった。一方で、肺がん疑いのまま経過観察中の患者も依然として多く、継続フォローの重要性が増している。女性の肺癌、腺癌は高率で、近年増加傾向にある。２cm以下のがんが多く見つかっている。

（５）乳がん部会・乳がん対策専門委員会

要精検率は、前年に比べ低くなったが、各地区で開きが見られる。東部：8.73%　中部：6.37%　西部：5.79%　各地区での判定に当たっての検討会などにより、更なる改善が必要との意見があった。

また、平成19年度から、各地区に読影委員会設置し、読影を行うこととなったが、西部は、９の登録医療機関のうち２の医療機関で撮影された写真のみが、西部読影会で読影され、その他は各病

院で読影が行われている状況であった。読影精度の均一化を図るためにも、東部、中部と同様に、全て読影会で読影することが望ましいため、20年度実施に向けて検討が必要である。

（６）大腸がん部会・大腸がん対策専門委員会

他のがん検診に比べ、精検受診率が低いため問題視されてきたことから、新たな取組みとして、精密検査医療機関の医師を対象とした実技研修を、平成20年度に実施することが報告された。

（７）肝臓がん抑制対策評価委員会・肝臓がん対策専門委員会

発見がん患者追跡調査によると、定期検査による発見がん患者から35mm以下の小さなものが発見されており、フォローの必要性が改めて認識された。定期検査受診率は市町村で差があり、受診率の高い市町村の取組を参考にしてはどうかとの意見が出された。

「肝炎治療特別促進事業」は、既に実施されている特定疾患助成事業等と同じ考え方である。対象者の認定を行う審査会にある程度の裁量権が必要となるとの要望が出された。（厚生労働省コメント：認定基準を満たすことは必須であるが、認定に当たっては各県の裁量による判断が可能。）

「肝疾患診療連携拠点病院」、専門医療機関は各圏域で専門的な診療を行っている医療機関（複数）でもよい等の意見が出されたが、具体的な認定基準などは、継続的に検討していくこととなった。

（８）がん登録対策専門委員会

平成19年１月から12月末日の鳥取県がん登録届出件数は4,766件で、このうち、県内居住者の新規登録者は3,382件である。平成18年度に比べ登録届出件数は1,020件、新規登録者は589件増加した。

平成19年11月より電子媒体による届出システムの構築を行い、協力可能な８医療機関より電子媒体による届出が行われ、今後、届出件数が大幅に増加すると思われる。

また、市町村のがん検診評価を行うため、がん検診受診者データ及び基本健診結果を提出していただき、がん罹患の状況、生活習慣とがん罹患の関係を解明していくことを目的とし、リンク解析を計画しているが、事前の市町村意向調査によると全員のデータ提出には疑問の声があった。まずは、この解析の必要性について岸本委員長より、市町村担当者会議等の場で説明をしていただき、その重要性を理解して頂くこととしていたが、平成19年度は実施することが出来なかった。

・循環器疾患等対策専門委員会を「生活習慣病対策専門委員会」に名称変更することは了承された。また、子宮がん委員会の開催回数については、制度変更等を行う場合、年１回開催では対応が難しいこともあり、従来どおり年２回の開催とすることとなった。
・インターフェロンは高齢者には効果が薄れると言われており、治療対象としては75歳ぐらいまでと思われる。
・「肝炎対策基本法案」に基づいて行われる国庫補助事業の実施は国民に対してどのような形で知らされるのかという質問があった。

患者さんからの問い合わせが一番多いのは医療機関であると考えており、現在、県健康政策課においてはインターフェロン治療が出来る医療機関調査を行っている。実施医療機関が決まり次第、説明会を開催する予定であり、患者への啓発として医療機関にポスターを貼って頂くことを考えている。

協議事項

１．対象者の把握方法について

市町村事業による「がん検診対象者」の算定について、第２回がん検診事業の評価に関する委員会で議論されている。

（1）現状と問題点

対象者の算定は、独自の方法で行っている自治体が多い。このため、市町村間での受診率の比較が困難である場合がある。受診者の算定のための調査を行っている自治体もあり、労力や経費が負担になっていることが指摘されている。

（2）国が示している対象者数の考え方

①40歳以上の男女別：市町村の人口
②職域で検診の機会のある者を除く：就業者人口
③医療の中で検診相当行為を受けた者を除く
④個人的に検診を受けた者を除く
⑤検診を受けることが事実上不可能な者は除く（入院患者や要介護者）
⑥その他（がん等により治療中の者）

①－②－⑤ 推計対象者数

※③、④は実態把握が困難、⑥は全体の数からすれば少数であることや、年齢別の数値入手が困難

（3）具体的な算出方法（案）

算出方法としては、市町村が利用可能な公開されているデータを用いる。対象者数の算定は男女別、年齢階級別（5歳刻み）としてはどうかということから、以下のデータを利用することが示されている

①40歳以上の市町村人口：総務省統計局【国勢調査報告】第1次資料（5歳刻み）5年毎更新
②40歳以上の就業者数：総務省統計局【国勢調査報告】第2次基本資料（5歳刻み）5年毎更新
③農林水産業従事者：総務省統計局【国勢調査報告】第2次基本資料　5年毎
（産業（大分類）、年齢（5歳階級）、男女別15歳以上就業者数及び平均年齢資料から第1次従事者数を算出）
④要介護4・5の認定者　介護給付実態調査（5歳刻み）

がん検診対象者数＝①－②＋③－④（男女別5歳刻みの各年齢群での対象者数の合計人数）
子宮がん、乳がんについてはそれぞれ20歳以上、40歳以上の女性とする。

独自方式で算出している対象者数と国が示している上記の方法で平成19年度対象者数の比較を行ったところ、独自方式の対象者数の方が多かった。

（4）県内市町村における対象者の把握方法及びその状況

・算出方法
全世帯対象のアンケートにより把握：12市町村
市町村独自の算出方法により把握：6市町村
国勢調査の対象人口を記載：1市町村
・平成18年度対象者数の状況
アンケート調査により対象者を把握している対象率（対象者数／40歳以上の人口）の平均は、独自算定のところの平均より、多くの住民を対象としている。

アンケート調査により対象者を把握している検診受診率の平均は、独自算定のところの平均を上回っている。

県健康政策課は、今回の集計結果を各市町村の対象者算定検討資料として、市町村に提示することとしている。

（5）今後の対応及び問題点

全国的な評価を実施する上では、国の示す考え方で統一するのは一つの方法である。

国の示す考え方より、細やかな調査により対象者を把握している県内市町村に対しどの様に対応していくべきか。

上記の説明に対し、鳥取県の場合、中小企業に就業している人が多い。中小企業の就業者は人間ドック等が受診できない人が多いので、就業者人口を対象者から差し引くことはよくない。やはりアンケート調査で把握すべきである。アンケート

調査が難しいとされる市部においては、市街地と新に市に加わった旧町村の中でモデル地域を設定し、調査の後、検討すべきではないかという意見があった。

2．特定健診・特定保健指導事業実施に向けて

現在、特定健診を実施する医療機関は、既に支払基金への登録、ホームページへの掲載などの諸手続を完了しつつある。保険者との集合契約に向けて、市町村国保の特定健診を実施する医療機関をとりまとめる各地区医師会、被用者保険の特定健診を実施する医療機関の取りまとめる鳥取県医師会が、それぞれ委任状のとりまとめを行っている。

また、鳥取県医師会においては、電子化できない医療機関のために市町村国保や被用者保険の被扶養者など全ての特定健診に対応した代行入力サービスの検討を行っている。

市町村国保の健診は早いところは５月頃から開始予定と聞いている。

被用者保険の被扶養者で市町村国保の集団検診を受診希望している人は、受診券がいつ配布されるか不明なので、市町村国保の健診時期を少し遅らせてほしい。また、県健康政策課に保険者が対象者に受診券を発行する時期、健診実施時期の情報を確認してほしいという要望があった。

（参　考）

老人保健事業健康診査

平成18年度実績、平成19年度実績見込み、平成20年度計画について

（単位：人　%）

区分			平成18年度実績	平成19年度実績見込み	平成20年度計画
基本健康診査	対象者数（人）		171,977	172,065	—
	受診者数（人）		65,170	63,807	—
	受診率（%）		37.9	37.1	—
	要指導＋要医療（人）		58.119	—	—
	〃　率（%）		89.2	—	
胃がん検診	対象者数（人）		174,051	172,218	176,725
	受診者	X線検査（人・率）	23,247（13.4）	22,440（13.0）	22,465（12.7）
		内視鏡検査（人・率）	21,945（12.6）	21,885（12.7）	23,195（13.1）
		合計（人・率）	45,192（26.0）	44,325（25.7）	45,660（25.8）
	X線検査	要精検者数（人）	2,162	—	—
		要精検率（%）	9.3	—	
		精密検査受診者数（人）	1,738	—	—
		精検受診率（%）	80.4	—	
	検診発見がんの者（がん疑い）		158（43）	—	—
	検診発見がん率（%）		0.35	—	
	確定調査結果（確定癌数・率）		160（0.35）	—	—

区分		平成18年度実績	平成19年度実績見込み	平成20年度計画
子宮頸部がん検診	対象者数（人）	133,255	132,226	134,825
	受診者数（人）	24,150	24,124	24,578
	受診率（%）	18.1	18.2	18.2
	要精検者数（人）	96	—	—
	要精検率（%）	0.40	—	
	精検受診者数（人）	80	—	—
	精検受診率（%）	83.3	—	
	検診発見がんの者（がん疑い）	16（36）	—	—
	検診発見がん率（%）	0.07	—	
	確定調査結果（確定癌数・率）	15（0.06）	—	—
肺がん検診	対象者数（人）	186,314	177,694	182,265
	受診者数（人）	49,296	50,134	52,757
	受診率（%）	26.5	28.2	28.9
	要精検者数（人）	1,780	—	—
	要精検率（%）	3.61	—	
	精検受診者数（人）	1,505	—	—
	精検受診率（%）	84.6	—	
	検診発見がんの者（がん疑い）	47（75）	—	—
	検診発見がん率（%）	0.10	—	
	確定調査結果（確定癌数・率）	62（0.14）	—	—
	上記のうち原発性肺癌数	62	—	—
乳がん検診	対象者数（人）	109,634	107,253	107,984
	受診者数（人）	13,956	16,014	15,556
	受診率（%）	12.7	14.9	14.4
	要精検者数（人）	1,510	—	—
	要精検率（%）	10.82	—	
	精検受診者数（人）	1,370	—	—
	精検受診率（%）	90.7	—	
	検診発見がんの者（がん疑い）	73（7）	—	—
	検診発見がん率（%）	0.52	—	
	確定調査結果（確定癌数・率）	75（0.54）	—	—

区分		平成18年度実績	平成19年度実績見込み	平成20年度計画
大腸がん検診	対象者数（人）	176,794	175,406	179,965
	受診者数（人）	52,026	53,198	54,770
	受診率（%）	29.4	30.3	30.4
	要精検者数（人）	4,244	—	—
	要精検率（%）	8.2	—	
	精検受診者数（人）	3,108	—	—
	精検受診率（%）	73.2	—	
	検診発見がんの者（がん疑い）	156（9）	—	—
	検診発見がん率（%）	0.30	—	

※検診発見がんの者（率）：精密検査の結果、がんとして診断された者です。

※確定癌者（率）：精密検査の結果、がん及びがん疑いと診断された者について、鳥取県健康対策協議会が確定調査を行い、最終的に確定癌とされた者です。

（1）平成18年度基本健康診査における肝炎ウイルス検査

区分	対象者数	受診者数	受診率	HBs陽性者	HCV陽性者	HBs陽性率	HCV陽性率
肝炎ウイルス検査（国庫）	43,483	7,702	17.7%	158	60	2.1%	0.8%

（精密検査）

区分	要精検者数	精検受診者数	精検受診率	肝臓がん	がん発見率
肝炎ウイルス検査（国庫）	218	114	52.3%	2	0.03%

平成19年度実績見込み4,308人、平成20年度計画4,211人

（2）肝臓がん検診により発見されたウイルス陽性者に対しての定期検査状況

区分	健康指導対象者	定期検査受診者数	定期検査結果			
			慢性肝炎	肝硬変	肝臓がん	がん疑い
B型肝炎ウイルス陽性者	1,310	568	101（17.8）	6（1.1）	4（0.7）	1（0.2）
C型肝炎ウイルス陽性者	1,011	585	298（50.9）	17（2.9）	16（2.7）	8（1.4）

再委託までアレルギー性疾患対象は一時休止の方向で

アレルギー性疾患対策専門委員会

■ 日　時　　平成20年３月27日（木）　午後１時40分～午後３時20分
■ 場　所　　鳥取県医師会館　鳥取市戎町
■ 出席者　　14人
岡本健対協会長、神鳥委員長
北窓・木村・中村・平尾・深澤・鰤岡・宮﨑・山田各委員
県健康対策課：蔵内健康とっとり企画推進係長
健対協事務局：谷口局長、岩垣主任、田中主事

報告・協議事項

１．冊子「子どものアレルギー性疾患Q＆A」読後アンケートについて

昨年度の委員会において、作成したパンフレットの有効性を検証する必要があるのではないかという指摘を受け、パンフレットの読後アンケートを行った。

19年３月発刊のパンフレット「子どものアレルギー性疾患Q＆A」にアンケート用紙を折り込み、発送数464枚、回答数58枚（回答率12.5％）であった。内訳は、学校関係者25件、医療機関関係者27件、保健関係者３件、その他３件であった。

まず、「お読みになっていかがでしたか。」との質問については、①大変参考になった26件（44.8％）、②まずまず参考になった30件（51.7％）であった。

内容については、①分かりやすかった36件（62.1％）で、保育園に対する不安など具体的に書いてあり良かった、Q＆Aがとても多く説明が丁寧で分かりやすかった、保護者や担任からのよくある質問もあり参考になる、などの意見があった。

「今後もこのような冊子を希望しますか。」との質問については、希望するが51件（87.9％）と９割近い要望で、希望する場合の内容については、黄砂について、アレルギー性疾患の児童生徒及び保護者にすぐ配布できるもの、アナフィラキシーについて（具体的な症状、対応の仕方、副腎皮質ホルモン療法、学校での留意点など）、症状が出た時の家庭での対応法、今回の冊子をベースとして新知見があれば追加Q＆Aとして載せ、できれば毎年配布して欲しいなどの要望があった。

協議の中で、以下の意見があった。

・アンケートの回答に現場（保護者）の声が少ないのでもう少し欲しかった。医療機関へ送付する際に協力依頼の文章を検討してみれば良かった。
・黄砂については、鳥取大学農学部において「グローバルCOEプログラム」として黄砂とアレルギーに関しての調査を行っている。今後、公衆衛生活動対策専門委員会等で検討してはどうか。

また、専門医のリストを掲載して欲しいとの回答があったが、掲載された医療機関でなければ治療できないとの誤解を招く可能性があるので、慎重に検討する必要があるとの意見があった。アナフィラキシー症状出現時は特定の医師および医療機関でなければエピネフリンの自己注射薬が行えないので、そのような特殊な場合は公開しても良いのではないか等の意見があった。

２．今後のアレルギー性疾患対策について

本会では、平成13年度から正しい知識の普及啓発を目的に委員会を立ち上げ、現在までにアトピ

ー性皮膚炎、気管支喘息、花粉症、食物アレルギーについてのパンフレットを作成配布し啓発に努めてきたが、平成18年度をもって県の委託事業は終了した。

今後のあり方について検討したところ、医師と行政との意見交換の場は今後も必要である、アトピー性疾患の正しい普及啓発を検討して欲しい（新聞報道等と実体は誤差がある）、などの意見があった。更に、老人の喘息死亡率が全国平均に比べ高いとの結果が出ているので、地域特性の研究をしてはどうか、学校現場で直面している問題点を挙げてもらうのはどうか等の意見もあった。

協議の結果、委員会は一時休止し、今後は健康問題の啓発活動を中心に行っている公衆衛生活動対策専門委員会、または、県民医療政策の基礎資料の提供を目的としている疾病構造の地域特性対策専門委員会において、必要に応じて研究テーマとして取り上げていくこととした。県委託金が予算化すれば、委員会も再活動することとなる。

また、今まで配布されたパンフレットは鳥取県医師会および健康政策課のホームページに掲載されているが、一部掲載されていないものがあるので、確認を行うこととした。

高齢者に対する胃がん検診のあり方、進むべき方向はいかにあるべきなのか？

～高齢者胃がん検診の現状と問題点についてシンポジウム開催される～

第38回日本消化器がん検診学会中国四国地方会・第38回中国四国地方胃集検の会

鳥取県健康対策協議会胃がん対策専門委員　**謝　花　典　子**

■ 日　時　　平成20年２月23日（土）～24日（日）
■ 会　場　　川崎医療福祉大学　岡山県倉敷市
■ 会　長　　川崎医科大学食道胃腸科　春間　賢先生

第38回日本消化器がん検診学会中国四国地方会・中国四国地方胃集検の会が平成20年２月23日、24日の２日間にわたり開催された。23日９時から、一般演題に始まり、教育講演、特別講演と続き、シンポジウムでは活発な討論がなされた。

１．教育講演１

第１日目　２月23日（土）　11：00～12：00

「超音波に魅せられて！　―超音波検診に賭けた25年―」

講師：日本赤十字社熊本健康管理センター副所長　三原修一

司会：岡山大学大学院保健学研究科　教授　池田　敏

三原先生は、もとは外科医で、昭和58年８月に一大決心で健診医に転身され、日本赤十字社熊本健康管理センターに赴任、超音波集団検診を開始された。最初は、少数のスタッフで始められ、早朝から検診車で山間部などに出かけ、帰ってから

読影、判定、台帳作成、事後処理など毎晩夜遅くまで仕事をなされた。そして、検診の普及にも努められ、地道に検診システムを確立して行かれ、現在のセンターにされた。超音波検査は魅力があると、超音波検診に賭けられた25年間を話された。検診体制は整ったので、次は質の高い超音波検診を普及していきたいと述べられた。

教育講演２（ランチョンセミナー）

第１日目　２月23日（土）　12：00～13：00

「ヘリコバクターピロリ検査を用いた胃検診―除菌による1.5次予防の期待も含めて―」

講師：松江赤十字病院総合診療科
部長　井上和彦

司会：済生会広島病院　院長　隅井浩治

井上先生は、松江赤十字病院人間ドック受診者を対象に、ペプシノゲン法（PG法）、ヘリコバクター検査（HP法）および内視鏡検査を比較検討された結果を話された。PG法にHP法を併用することで、背景粘膜の状態を考慮した検診システムはより効率的で有用な胃検診とすることができるとし、また、HP除菌については胃癌発生抑制効果が期待されており、今後、検診の場でHP感染者を厳密に抽出し若い世代で除菌治療を行えば、胃癌の1.5次予防に役立つ可能性も期待されると強調された。

２．特別講演

第１日目　２月23日（土）　13：20～14：20

「新・胃X線撮影法の実際―発見例を中心に―」

講師：財団法人早期胃癌検診協議会中央診療所　所長　馬場保昌

司会：松山赤十字病院　院長　渕上忠彦

特別講演では、新胃X線撮影法の基準を苦労して作成された経緯が述べられた。この撮影法は二重造影主体の８体位の撮影方法で、造影剤の濃度や使用法をはじめ、体位変換手技が示され、全国的にも普及してきている。実際に、新間接撮影法での症例では、早期癌が見事に描出されているフイルムを呈示され、精密撮影と比べ、同等ないしはそれ以上のX線画像で感銘を受けた。

３．シンポジウム

第１日目　２月23日（土）　14：20～15：50

「高齢者の胃癌検診の現状と問題点」

司会：広島大学保健管理センター　吉原正治
川崎医科大学　食道・胃腸内科
鎌田智有

１．高齢者の胃がん検診について
広島大学病院　光学医療診療部　吉田成人

２．高齢者胃がん検診の実態と対策～山口県地域検診における～
かわむら内科　河村　奨

３．高齢者胃がん検診の現状と問題点
岡山県健康づくり財団　門内弘英

４．香川県における高齢者の胃癌検診の現状と問題点
香川県立がん検診センター　消化器科
青木利佳

５．発見経路からみた高齢者胃癌の臨床的検討
川崎医科大学附属川崎病院
肝臓消化器病センター内科　藤村宜憲

６．当施設における高齢者胃がんの臨床的検討
川崎医科大学　食道・胃腸内科　鎌田智有

山口県の河村先生からは、高齢者胃がん検診は集団から個別検診へ勧奨されるべきで、個別検診では内視鏡検診が積極的に導入されるべきであるとの意見が発表され、また、岡山県健康づくり財団の門内技師の方からは高齢者の胃癌発見率は高齢になるにつれて高くなる傾向を認め、高齢者胃がん検診の重要性が再認識されたという報告があった。川崎医科大学附属病院の藤村先生は川崎医科大学での胃癌患者を対象に発見経路、臨床像について検討された。高齢者では進行癌で発見されることが多く、高齢化につれて無症状群は減少するが、検診、人間ドック、内視鏡的スクリーニングなどでの無症状群は、高齢者でも早期癌の発見、

内視鏡的治療例が多く、その意義は大きいと報告された。同じく川崎医科大学の鎌田先生は高齢者胃癌の臨床的検討を行い、高齢者においては早期発見、早期治療のため、有症状者あるいは検診目的に内視鏡検査を施行すべきであると思うと結論された。現在、高齢化が進み、高齢社会を迎えている状況のもとで、今後、ますます増加が予想される高齢受診者に対し、どのような検診のあり方がよいのか、いかに効率よい、効果的な検診体制を構築していくのか、様々な課題はあるが、このシンポジウムでは、検診の必要性の確認と内視鏡検診の推奨等もなされ、有意義な討論が行われたと思われる。

4．胃集検の会・症例検討会

第１日目　２月23日（土）　14：20～15：50

進行：岡山県健康づくり財団　山神涼一

司会：草加病院　草加勝康

アドバイザー：香川県社会保険診療報酬支払基金　鳥巣隆資

徳島大学臓器病態治療医学　本田浩仁

症例３例が呈示された。

5．一般演題

第38回中国四国地方胃集検の会

「人間ドックで発見された限局性結節性過形成（FNH）の１例」

鳥取生協病院　消化器内科

宮崎慎一　阿南隆洋　野田裕之

島根大学医学部附属病院　消化器肝臓内科

森田照美

「米子市における胃がん施設検診の現状と問題点―第11報―」

山陰労災病院　内科

謝花典子　神戸貴雅　岸本幸広　古城治彦

鳥取県保健事業団西部本部

三浦邦彦

「照射野ランプを用いた前壁撮影における胃形矯正枕の挿入位置の検討」

中国労働衛生協会

竹内　誠　升谷敬彦　山名　修　高田義明

谷繁達士　半田百合愛

日本鋼管福山病院

石川祐三

一般演題は25題あり、鳥取県関連からは、３題で、うち１題は鳥取生協病院の宮崎先生からの発表であった。

私は、一般演題の座長と米子市の胃がん検診についての発表をさせて頂いた。今回は第11報で、15年間の胃がん検診の成績を分析し、X線検診と比較検討しながら、内視鏡検診の現状と問題点を報告した。米子市の胃がん検診の70％以上は内視鏡検診で、特に、高齢者では、X線より内視鏡検診を受診する割合が高くなっている。内視鏡検診はがん発見率は高いが、偽陰性進行癌例も少数ながらも認められ、精度の向上は最も重要な課題であると言える。

また、会場では放射線技師の方々の参加が多く、熱心な議論がなされ、一般演題では、中国労働衛生協会の技師の方から、間接撮影前壁二重造影において、圧迫用フトンの透視下での挿入位置の検討という報告などがあった。質の高い画像を撮る為に、技師の方が一生懸命色々な工夫を凝らし努力されていることには頭が下がる思いであり、是非、我々撮影医も見習うべきことであると思われた。

6．総会報告

２年後、日本消化器がん検診学会中国四国地方会は鳥取県（会長：岡本公男県医師会長）が担当することに決定した。

鳥取県医師会腫瘍調査部報告（３月分）

毎月腫瘍登録の届け出を頂き有り難うございます。

腫瘍占拠部位については、臓器内の部位によりICD番号が異なりますのでなるべく詳しく記載して下さい。但し、新規登録件数には、既登録分（含他医療機関届出分）や県外居住者分は含まれません。なお、多重がんについては判定が煩雑なため、2008年分のみ含まれます。

（１）施設別登録件数（含重複例）

登録施設名	件数	新規登録件数
鳥取県立厚生病院	92	66
鳥取県立中央病院	78	52
鳥大医学部附属病院	62	50
鳥取市立病院	50	31
山陰労災病院	47	34
鳥取赤十字病院	38	32
米子医療センター	26	21
細川内科胃腸科医院	13	9
野の花診療所	11	6
林医院（用瀬町）	9	7
博愛病院	9	6
野島病院	8	7
藤井政雄記念病院	8	2
赤碕診療所	4	4
済生会境港総合病院	4	4
松岡内科	3	2
まつだ内科医院	2	2
竹田内科医院（本町）	1	1
鳥取市不明	1	0
中部医師会立三朝温泉病院	1	1
越智内科医院	1	1
循環器クリニック花園内科	1	1
旗ヶ崎内科クリニック	1	1
たちかわ耳鼻咽喉科	1	1
江尾診療所	1	1
大阪府内医療機関より	4	1
合計	476	343

（３）問合票に対する回答件数

回答施設名	件数
米子医療センター	8
合計	8

（２）部位別登録件数（含重複例）

部位	件数	新規登録件数
口腔・咽頭癌	7	6
食道癌	11	8
胃癌	77	56
十二指腸乳頭部癌	2	2
結腸癌	52	37
直腸癌	23	14
肝臓癌	47	35
胆嚢・胆管癌	9	3
膵臓癌	32	22
喉頭癌	4	2
肺癌	59	45
皮膚癌	5	4
悪性胸膜中皮種	1	1
後腹膜腫瘍	3	3
乳癌	34	31
子宮癌	13	9
卵巣癌	1	0
卵管癌	1	0
前立腺癌	14	8
腎臓癌	13	8
膀胱癌	21	14
脳腫瘍	2	1
甲状腺癌	3	3
松果体腫瘍	1	1
原発不明癌	17	12
リンパ腫	9	7
骨髄腫	7	7
白血病	5	1
髄膜腫	1	1
骨髄異形成症候群	2	2
合計	476	343

鳥取県感染症発生動向調査情報（月報）

鳥取県衛生環境研究所

（H20年３月３日～H20年３月30日）

１．報告の多い疾病

（インフルエンザ定点29、小児科定点19、眼科定点３、基幹定点５からの報告数）

（単位：件）

1	感染性胃腸炎	793
2	インフルエンザ	686
3	A群溶血性連鎖球菌咽頭炎	356
4	水痘	168
5	手足口病	99
6	突発性発疹	50
7	伝染性紅斑	16
8	RSウイルス感染症	15
9	咽頭結膜熱	10
10	その他	6
	合計	2,199

２．前回との比較増減

全体の報告数は、2,199件であり、14%（371件）の減となった。

〈増加した疾病〉

伝染性紅斑［100%］、A群溶血性連鎖球菌咽頭炎［33%］、手足口病［14%］、突発性発疹［11%］。

〈減少した疾病〉

咽頭結膜熱［52%］、RSウイルス感染症［44%］、インフルエンザ［33%］、水痘［16%］、感染性胃腸炎［９%］。

〈増減のない疾病〉

なし。

※今回（10週～13週）または前回（６週～９週）に１週あたり５件以上、報告のあった疾病を対象に計上した。

３．コメント

・インフルエンザは、各地で終息に向かっています。

・A群溶血性連鎖球菌咽頭炎及び伝染性紅斑が東部地区で増加しています。

報告患者数（20.3.3～20.3.30）

区分	東部	中部	西部	計	前回比増減
インフルエンザ定点数	(12)	(6)	(11)	(29)	
1 インフルエンザ	276	145	265	686	－33%
小児科定点数	(8)	(4)	(7)	(19)	
2 咽頭結膜熱	2	7	1	10	－52%
3 A群溶血性連鎖球菌咽頭炎	234	66	56	356	33%
4 感染性胃腸炎	346	230	217	793	－9%
5 水痘	102	40	26	168	－16%
6 手足口病	76	17	6	99	14%
7 伝染性紅斑	8	7	1	16	100%
8 突発性発疹	21	10	19	50	11%
9 百日咳	0	0	0	0	—
10 ヘルパンギーナ	0	0	0	0	－100%

区分	東部	中部	西部	計	前回比増減
11 流行性耳下腺炎	1	0	1	2	－33%
12 RSウイルス感染症	4	1	10	15	－44%
眼科定点数	(1)	(1)	(1)	(3)	
14 急性出血性結膜炎	0	0	0	0	－100%
15 流行性角結膜炎	1	0	1	2	－50%
基幹定点数	(2)	(1)	(2)	(5)	
16 細菌性髄膜炎(真菌性を含む)	0	0	0	0	—
17 無菌性髄膜炎	0	0	0	0	—
18 マイコプラズマ肺炎	0	2	0	2	－50%
19 クラミジア肺炎(オウム病は除く)	0	0	0	0	－100%
合計	1,071	525	603	2,199	－14%

春を待つ

米子市　芦立　巌

啓蟄の日射し明るきベランダに時折りゆらりとボタン雪降る

ひっそりと尾の長き猫通り過ぎ花なき庭に風花の舞ふ

昔「芹」は小川の中に生ひゐたり茶碗も襁褓も洗ふ流れに

風立ちて細き昼月南天の葉の揺らぎをり音かそかなる

もくれんの未だ小さき花の芽のみなつんつんと天を指すなり

春はなお浅きといへど強き陽に影くろぐろと道の裸木

命あるもののあかしに枝先につのぐみ初めし紫陽花の芽よ

（註）風花＝晴天に風が立ってちらちら雪が降ること

壁の雛

信生病院　中村　克己
（夢窓）

病状を具に聴けり壁の雛

病棟の壁の雛に夜が来る

子等遠しまた捲く雛のオルゴール

三月や引越し車道の辺に

申請は十年旅券四月馬鹿

川あいさ

倉吉市　石飛　誠一

川あいさの居なくなりたる三徳川に水面掠めて
つばくろの飛ぶ

教科書に「桑実状」との記載あれど桑の実知る
子一人だになし
（看護学校の講義にて）

恐羅漢の遭難者らを吹雪から守りし木造廃校校
舎

その中で幾多の悲しみありしならん　築四十五
年の病舎毀たる

おおかたは大病院より始まるに経鼻胃カメラ町
医より普及す

健康川柳 (2)

鳥取市　塩　宏

朝起きて　笑い薬を　飲んでいる
重過ぎて　体重計が　怒っている
難病も　病は気から　治ります
医師不足　電子ドクターが　待っている
救急車　ビンボービンボー　鳴っている
長生きの　特効薬ね　五七五
川柳に　悩み痴呆が　逃げてゆく
指を折り　五七五と　ボケ防止
薬局が　「お大事に」　とピル薬
肥満から　快速に乗り　寝たきりに

会員の声

特定健診・特定保健指導の先に私たちを待っている大革命

米子市　真誠会セントラルクリニック　　小　田　　貢

・特定健診・特定保健指導のキーワード

平成20年４月１日より特定健診・特定保健指導が開始されます。

そして、私の原稿が鳥取県医師会報に掲載されるころにはすでに全国で実施されていることと思います。特定健診・特定保健指導は、８年前の介護保険の導入に勝るとも劣らない重要な制度変更であり、近い将来の医療制度、医療構造革命の始まりなのです。

特定健診・特定保健指導に関しての意味づけは次のようなキーワードになるのではないかと思います。

１）電子カルテ化　２）国民総背番号制　３）一人一生一カルテ化（生まれたときから死ぬまでの一枚カルテ）　４）個人の健康福祉に関するデータ管理の一元化　５）保健医療福祉の規制緩和、市場原理の総仕上げ　６）護送船団方式から手上げ、実力方式へ　７）医師の権威、裁量権、医師のモチベーション、生活レベルの低下　８）保健医療福祉、特定健診・特定保健指導の地域格差

最終的にはこの特定健診・特定保健指導は、すべての医療機関、すべての診療科、医師に対しても運命のように、はたまた神のお告げのように覆いかぶさるものであるという認識が必要であることを述べたいと思います。

・護送船団方式から手上げ方式へ

私が以下に述べることは、今までの医療福祉政策の事実から、将来に関して必然的に考えられることを書くのみであり、私の占いではありません。

この制度を10年あるいは20年前から構想を練っていた厚生労働省は、過去A（健康保険から介護保険の導入まで）からB（平成20年現在）を経由してCという将来を考えたのではなく、Cという将来の医療福祉制度、構造のイメージを作り、それを目標として実現するために途中の制度としてB（現在）があったというだけなのです。

ここで言う将来像としてのCの中身は、私が先に指摘したようなキーワードのような内容ではないかと思います。つまり、特定健診・特定保健指導は想像も絶する将来の医療福祉制度の革命が待っていることを強調したいのです。

さて、特定健診・特定保健指導に関してですが、今までの住民基本健診部分が特定健診に変わる訳ですが、今までの住民基本健診とは趣旨も内容も大きく異なっているのです。

住民基本健診はほぼ独占的に診療所で行われておりました。従って当然医師会会員は黙っていても委託される事業でした。

しかし今回の特定健診・特定保健指導は、“必ず医師会の指導の元に”、“自動的”に“開業医”、“診療所”でしなければならないものではなく、“新しい土俵”の上で行われる健診体制であり、ある要項さえ満たせば営利目的の企業、団体でも参入できるのです。

ですから、医者が待っていてもその土俵には健診対象者が自動的には上がってこない訳で、特定健診という“新しい土俵”に自分で名乗りを上げ、実際にその土俵に上がらなければならない制度なのです。この新しい土俵で、医師はもう横綱ではありません。

つまり、住民健診の“護送船団方式健診”から

“手上げ方式健診”になったのです。護送船団方式ではないから、医師会はもとより個々の医師も医師会から送られてくる情報のみを待っていては乗り遅れたり、土俵に上がれない可能性もあるということです。

約10年前にケアマネージャー制度の誕生した時に医師が、高齢福祉（後の介護保険なども含む）の新しい土俵で横綱になれなかった事を事実として思い出していただきたいと思います。

・特定保健指導

特定健診でメタボリック症候群に判定されたらグループ分けをされ、保健指導を受けなければなりませんが、これに関しても“必ずしも医師を必要としない”のです。

特定保健指導は医師以外に保健師、管理栄養士、そして、移行措置として、それに相当する保健指導経験のある看護師が入っております。これは“医師がいなくとも保健指導が可能である”ということです。すなわち、医師がいない一般企業の保健指導事業者でも保健指導ができるという、規制緩和策であることに気がつかなくてはなりません。

要するに、今までは黙って座っていても転がり込んできたかもしれない保健指導に関わる報酬的なものは、その保健指導に必要な時間単位の報酬から考えれば、医師にはとても手が出ない（採算に合わない）ものであり、実際に開業医にはなかなか保健指導を行うことは難しいのです。ですから保健指導という新しい土俵の横綱、大関は保健師、管理栄養士なのです。

もちろん保健師、管理栄養士を雇えば出来るかもしれませんが、一般の診療所、さらに病院でもどれだけ保健師、管理栄養士をおいているのでしょうか？

今回の特定保健指導が採算ベースに乗るのは唯一保健指導を事業として中規模、大規模で行なう場合だと思いますし、言い換えれば厚生労働省はそのような企業・団体が特定保健指導を行うことを前提とした制度であることを強く示唆するものだと思います。

・デジタル化の意味するもの

特定健診・特定保健指導のデータの扱いはデジタル化であり、オンライン化が必須ですので、これに参加をしたければ、デジタル化、オンライン化を行わなければなりません。

それ故、このままでは特定健診・保健指導に対してデジタル化の整備が整っていない医師会会員は永久にこの特定健診部門の土俵に上がることが出来なくなるのです。

そのための救済処置として医師会は特定健診・特定保健事業を団体として契約できるようにするために（部分的、一時的医師会護送船団方式）、デジタル化、オンライン化に対応できない診療所、医療機関のために外部委託（アウトソーシング）への道を勧めて（斡旋して）います。

そしてこの外部委託を受けるための民間企業が全国規模、そして各地方で誕生しています。これでデジタル化、オンライン化の流れの中に医師会が巻き込まれてしまったのです。そして、特定保健指導も一般的な診療所では困難を極めるので、この部門でも保健指導を受託する企業・団体が全国規模、各地域で誕生しております。全国規模の企業・団体では多数の保健師、管理栄養士を新規採用して保健指導のコールセンター、E-Mailによる指導体制を続々整えており、特定保健指導の土俵の上には医療機関の姿があまりなく、民間の受託事業所がこの新しい土俵に上がっているのが現状です。この現状は一般の開業医が想像も出来ないほど巨大な土俵であり、新しい相撲協会の誕生なのです。

また、生化学検査も検査法、検査制度は全国統一になるために、すべての検査は標準化されます。これがデジタル化、オンライン化することで一つとなり、特定健診データに関しては一人のデータが、全国で一元化となりデータ管理が可能となります。また、特定保健指導に関しても具体的に詳

細な記録がデジタルで残されます。

このたびの特定健診のデジタル化、オンライン化によって、2012年「電子カルテの義務化」の外堀を埋める（埋められた）ことになります。それに伴って、特定健診を契機に雪崩のようにデジタル化をする医療機関が増えると思います。もちろん企業が中心の保健組合の健康診断も含まれますが、従来からある程度健診センター的なところで行われていたので開業医にとっては関係がないと思われがちですが、これまた大違いなのです。

今まではいろいろな会社の健康保険組合において、それぞれの医療機関、健診センターで健診を受けていた方々が、特定健診といういわゆる全国標準の健診を受けることとなります。そのデジタルデータは一元管理されますので、ある全国規模の会社の会社員が東京から米子に転勤になっても同じデータが活かされますし、米子で受ける健診も当然同じ時系列で扱われます。

もっとわかりやすく言えば、将来は一人の人間Aが生まれて、会社に勤めても、転勤になり職場を移籍しても、結婚し再就職しても、その人に関する、健診、医療、福祉のデータはすべて一元管理することが可能になるのです。それが長い間時系列でデータが保存されたものが、将来「一人一生一カルテ」、というか「生涯検査データ」として積み上げられそれが国で管理出来るということです。

それどころか!!!　近い将来、医療福祉部門もデジタル化となり、介護老人保健施設と介護老人福祉施設もデータが一元管理となれば、健康な時から病気の時、そして死ぬまでが一つのデジタルデータとして管理されるのです。

デジタル化、電子カルテ化ということは特定健診のデータのみではなく病院のデータも一元管理されれば、近い将来はある病院で検査を受けて、別の病院へ行ったときに新たに同じ種類の検査を「受ける必要はなくなる」、医療機関としても「新たに検査をし直す」こともなくなるのです。将来、カルテは医療機関同志で共通したカルテ、共通した患者情報になると思われます。

もちろん、患者の情報の共有に関しては患者の了解は必要ですが、情報の共有は、患者が支払う医療費の節約になりますから、医療機関同士の情報の共有に反対するわけもありません。

・特定健診・特定保健指導の地域格差

鳥取県のような地方では、住民の多くは今までの住民基本健診が中心であり、開業医がその健診の受け皿でした。今回は特定健診が始まったといっても住民も開業医も、今までの基本健診の延長くらいにしか受け取っておられないと思います。

しかし、現役の会社員、なかんずく大企業がひしめく都会ではすでに本腰を入れて特定健診・特定保健指導に対して真剣に取り組んでおり、具体的に詳細な計画が実行されようとしております。

また都市部では医療保険者（国民保険団体連合会など）も経済的に豊かであり、地元の医師会との強力な連携で内容も充実した特定健診が実施されようとしております。

今までは全国で一斉に、同じような基本健診が行われてきましたが、今回は測定項目、指導などに関しては「必須項目に関して」全国一定のプロトコールはありますが、逆に言えばその実施と、金銭的な支援、特定健診にオプション（上乗せ）として追加される検査項目は豊かな財源のある医療保険者と、地方の企業、地方の医療保険者では異なるのです。また健診や指導の内容がたとえ同じでも健診を行う医療機関、企業・団体への報酬は自由に設定できるので、都会では同じ特定健診・保健指導でも、地方の特定健診・保健指導よりは高額の報酬の設定が出来るのです。

都会を中心として今回の特定健診・特定保健指導の業務を受託する企業、健診センターが今回の特定健診・特定保健指導の導入を何兆円の新しいビジネスモデル、ビジネスチャンスと捕らえ、しのぎを削っているのです。そのような企業・業者は遅かれ早かれ地方にも進出してくると思います。

別の切り口で考えるなら今回の特定健診・特定保険指導は、健診を受ける側では「都会」「大企業」中心であり、特定健診・特定保険指導を受託するほうも病院、大企業（全国ネットの健診受託企業）というものであり、いろいろな面で将来的には地域格差を生じると思います。そして実際にすでに平成20年４月の時点で特定健診、特定保健指導という面で医療機関への情報の伝達、取り組みもすでに都市部に大きく遅れを取っていると思います。そしてデジタル化という大原則に関しても厚生労働省の目論見とは異なり、地方ほど遅れており今後いろいろな問題が生じてくる可能性があります。

以上のことを考えると、これから更に紆余曲折は予想されるにしても特定健診・特定保健指導は私が最初に掲げたキーワードの項目が私たちに突きつけられる時代の到来を強く示唆するものと思います。特定健診・特定保健指導は単に“健診制度の変化、変更”ではなく、予防から医療、介護にいたるデータの一元管理などの医療福祉制度、構造の革命的変化であり、私たちがそれに備えなければ、だれも助けてくれない時代になると危惧しております。つまり、特定健診・特定保健指導は単独の健診制度の変更ではなく、後期高齢者医療制度、診療報酬の改訂、そして近々行われるであろう介護報酬の改訂などと同じレールの上にあり、つながりのある重要な制度改革であることを強調しておきたいと思います。

そしてそれらの共通の行く先は医療福祉費の大削減です。

鳥取県医師会メーリングリストへご参加下さい

鳥取県医師会では、地域における医師会情報・医療情報の共有と会員同士の親睦を目的に、下記の６つの“メーリングリスト”を運営しています。

１．総合メーリングリスト（話題を限定しない一般的なもの）
２．連絡用メーリングリスト（医師会からの連絡などに用いるもの）
３．緊急用メーリングリスト（医師会のサーバが使えない緊急時に用いるもの）
４．パソコンメーリングリスト（パソコンに関連した話題が中心）
５．ORCAメーリングリスト（ORCAに関連した話題が中心）
６．学校医メーリングリスト（学校医（幼稚園、保育所を含む）に関連した話題が中心）

参加ご希望の方は鳥取県医師会事務局までご連絡ください。
通常、１．２．３．の三つにセットでご加入いただきます。
またパソコンメーリングリスト・ORCAメーリングリスト・学校医メーリングリストにも参加をご希望でしたらそのようにお申し出ください。

鳥取県医師会（E-mail　kenishikai@tottori.med.or.jp）

フリーエッセイ

個人の自由と基本的人権

南部町　細　田　庸　夫

昨年秋、あるゴルフ場での昼休憩。「中々痩せない」と嘆いていた太っ腹のパートナーは、野菜サラダ付き牡蠣フライ定食をご注文。箸が牡蠣フライに向いたので、「食べるのが逆。痩せたいのなら、野菜サラダを先に食べるべし」と指摘した。他のパートナーから、「何から先に食べるかは、個人の自由に属することじゃないですか」とご意見を頂いた。

確かに私の指摘は、間違いなく「個人の自由」の侵害である。もうすぐ始まる特定健診と保健指導は、個人の自由を侵害し、場合によっては基本的人権を蹂躙しなければ、実効は期待出来ない。

昔々のその昔、西部医師会理事会で、新米役員ながら「理事会は禁煙を」と提案した。古参役員の先生から、「そんなこたあ、お前。個人の自由だ」と一喝された。数年後、再び提案して異議無く禁煙となったが、世の中の流れのお陰であった。今では健康増進法で、喫煙の自由は制限されている。

厚生労働省は、身体を動かすことによるエネルギー消費を、国民に対し説いている。国土交通省は身体機能の低下した人等への配慮等を理由として、国民が身体を動かさなくても済む移動手段を提供している。動く歩道、駅等のエスカレーターとエレベーターの乱設がその例である。

鳥取駅に列車が着くと、元気な乗客も下りエスカレーターに殺到する。医師も例外ではない。このような「輩」が、上り階段を利用するとは思えない。米子駅は、健康宣言都市にふさわしく、エスカレーターを備えていない。

保健指導の研修会で見るスライドでは、「ゴルフのカロリー消費は速歩のそれに等しい」と画像表示されている。演者はゴルフを嗜まない人と直ぐに分かる。最近のゴルフ場で歩く人は極めて稀で、若きも老いもカートに乗って移動し、カートに乗らないゴルファーは、何かルール違反をしているのじゃないかと思いながら歩く。

そして、ゴルフ場の喫煙率は高い。アチコチで締め出された鬱憤を晴らすかのように、「吸い溜め」している方が多い。ゴルフ場で受動喫煙被害は言い出し難い。今やゴルフ場は決して「健康の場」ではない。

私も減量に挑戦している。昨年正月に77kgちょっとあったが、努力して一時は71.9kgまで減った。しかし、そこで「減り止まり」となって、今では72kg台を上下している。夕食は皿に山盛りの野菜サラダを先ず食べ、ビールはその後に飲み始める。ご飯を食べないことも稀でない。立食パーティでは、野菜サラダを先ず食べる。先日の立食パーティでは野菜サラダが無かったので、カルパッチョの上にある野菜を全部平らげで、魚肉を裸にしておいた。これだけしても、順調には減らない。

「痩せなさい」の一言で痩せる人は極めて稀である。昔の指導料、今の管理料を算定して終わりとなる。

治療目的とは言え、「あれは美味いけど食べるな」「これは不味いが食べろ」「車に乗ると便利だが、歩け」「エレベーターやエスカレーターは楽だが、使うな。階段を利用しろ」を受診者に強要するのが、保健指導である。

昔産業医研修会で岡山大学の青山教授の講演を聴いたことがある。その中で、同教授は「自分がやれないことを患者に強要するな」と諭された。腹囲１米を超す医師が、保健指導で「腹囲を減らせ」と受診者には言い難いし、言っても言い返される。

今後の厚生労働大臣は、男性なら腹囲85cm以下、女性なら90cm以下が任命時の必須要件となる。しかし、女性大臣といえども、89cmの腹囲はいささか格好悪い。メタボリックシンドロームリック講演会で、開会挨拶をする人や講演講師が巨腹を揺すって登檀し、メタボ対策を説いても、嘲笑を買うだけとなる。

厚生労働省は、特定健診と保健指導の担当部局スタッフの平均腹囲を発表し、半年後の改善率を公表すべきと思う。国民にペナルティー課徴金を課す責任者として当然のことである。

霊が見える

鳥取市　はまゆう診療所　　田　中　敬　子

ある日の夕方雨上がりの日、少し遅くなって樗谿公園に散歩に出かけた。池を回って山道を下りかけると後から誰かがついてくるような気がする、何度も振りかえるが誰もいない。でも誰かついてくるような、後ろを歩いているような気がした。門の近くまで来て人の声がにぎやかになるとそれは消えてしまった。誰だろう、でも誰か私に近づいていたようだ。その時、夫や子供もいたが彼らは、全く気付かなかったと言う。

子供の頃、夏休み、冬休みは、ほとんど母方の祖母の家でいとこ達と過ごした。田んぼを２枚はさんだ向かいの家に行く途中に、つるべのある井戸がある。昔、向かいの家の人がその井戸で縊死したという。子供たちは昼も夜もその井戸のそばを通るときは小走りに走って通った。夏の夜、蛍狩り、精霊流しに行くにも、どうしてもそこを通らなければならなかった。私は時々、そのつるべに白いものがぶら下がっているのが見えていた。いとこ達に聞いても「見えん」と言っていた。鳥取に来てしばらくして、私の知らない人が尋ねてきた、「墓参りに行ったところ、飯田（屋号；はんだ）の孫が鳥取で医院を開業された」と聞いたので挨拶に来たという。田舎のその向かいの家に昔住んでいた人の子孫で、鳥取に嫁いでいるのだそうだ。驚いた、子供の頃見た霊が何か関係あるのだろうか。

津山に帰って久しぶりに叔母や兄とそろって歓談した。叔母を家まで送り、兄の家のある団地に近づいた時、突然、右手前方に赤鬼が現れた。要するに赤い顔が見えた。何だろう？　兄の家に戻って、この話しをすると「医者が非科学的なことを言う」と笑われた。その一ヶ月後、再び兄の家を訪れると「実は団地の人達に、次々と変なことがあった、あそこを通ると頭が痛くなる、気分が悪くなる、何かいるようだ」と噂がでた。私が見たのもそれらしい。最後に団地の若い夫婦が車ごと田んぼに引きずり落とされたが、けがは無かった。そして以後あらわれなくなったそうだ。実は、私が赤い顔を見た一月くらい前にその場所でトラクターが転落し青年がトラクターの下敷きになり死亡したと言う。

ある学校で子供数人が追いかけごっこをしているように見えた。実は、面白そうな鬼ごっこに名を借りた虐めだった。ある子が鬼を必死に追いかけたらドアをどんと閉められた、勢い余って体はガラスに激突した。血だらけになり驚いて洗おう

と水道に行きかけたらそのまま倒れてしまった。校舎の入り口からその方向を見ると赤い斜めの太い杭のようなものが見える。あれは何だろう。

以前住んでいた中町の家は長い南向きの縁側のある広い家でとても古風だった。しかし、家は古くて冬は家の中を風が吹いていた、天井からは鼠の声が聞こえていた。玄関脇の六畳の部屋には赤い着物を着た後姿の女性がいつも座っているのが見えた。ふりかえりもしない。日本髪のようだが、何時の時代の人か分からない。我家の家族に対し悪さをするわけでもない。アメリカ人の高校生がホームステイで半年この部屋に暮していたが、彼は何も言わなかった。

知人から「おばあちゃんを在宅で看取りたい、でもお母さんは自信がないという、おばあちゃんは一晩でも帰りたい、先生、協力してよ」と頼まれた。訪問看護と連携して往診することになった。初日はお祭り騒ぎのように、ベッドや酸素、中心静脈栄養のセットが届いて、最後に本人が帰ってきた。ひやひやの一晩が過ぎてみんなの気持ちが「家でおばあちゃんを見送るぞ」と固まった。往診をはじめて16日目レベルが徐々に低下してきた、思ったよりもよくもっている、遠方からの親族もみんなに会えた。その夜、自宅で風呂に入っているとき、顔を洗っていたら（要するに眼を閉じたら）突然目の前に知らないおじいさんの顔が現れた「誰だろう、知らないな」不思議な気がした。翌日往診に行ったらお母さんの顔を見てギョッとした。お母さんの顔が昨晩の顔とそっくりだった。ギョッとした気持ちは顔に出さず、知人に「お母さんはおじいちゃん似ですか」と。聞いた「そうなのよ、お母さんはおじいちゃんそっくりなのよ」、そうかおじいちゃんが迎えに来たのか。2日後、おばあちゃんは家族皆に見守られ、おじいちゃんに付き添われ静かに旅立たれた。

子供が3歳の頃、大山の麓にあるペットの霊園に墓参りに行った。ペットの霊廟の建物に入ろうとしたとき、突然子供が怖がって泣き出した。いつも好奇心が強く、なにも怖がらない子供が泣き出したのにはびっくりした。何かを感じたらしい。子供が小学生になり、同じところに出かけたが、子供は平気だった。「ここで泣いて怖がったよ」と話すと「今はなんともない」という。そうか、子供には動物の霊が見えて、大きくなるとあるいは大人になると見えなくなるのか。私は人の霊が見えるが、動物の霊は見えないらしい。

私は単に霊が見えるだけである。霊とすれ違う程度なのである。霊たちは私を困らせることもない。勝手な思いかもしれないが、ずっと私を見守ってくれているようだ。私だけでなく母も母方の祖母も叔母も時々、霊が見えていたらしい。残念ながら私は霊能者ではないので霊と会話する事ができない。また、会いたい人にあるいは会いたい時に逢えるのではなく、単に見えるだけである。

もし自分が自分の望みの霊と会えるなら、もしその霊と話ができるなら、中学のときに病死した母親に会ってその後の人生を話したいものである。

診断に難渋した筋痛を訴えた 62歳男性の一例を経験し思ったこと

鳥取市　鳥取赤十字病院　　塩　　宏

症例紹介

患者は62歳、男性。主訴は上腕、大腿部の疼痛とこわばり。既往歴として、平成8年（52歳）糖尿病に罹患し、内服剤の投与を受ける。同じ頃よ

り両足の各部位（特に大腿部）に痛み、こわばりがあり痛みは移動した。月10回ほど抗炎症性鎮痛剤を飲んでいた。その後、またNSAIDs胃潰瘍になり、抗潰瘍剤を飲んでいる。２ヵ月前から全身の筋痛のため毎日抗炎症性鎮痛剤を２錠飲んでいた。１ヵ月前から右上肢挙上時、肩に痛みが起こり、特にゴルフをした夜には特に筋痛が強かった。

最近、顔や足が腫れぼったく、尿量が少ない傾向だった。痛みも強くなり、今までの10年間、３ヵ所の整形外科医院に診てもらうも、よく解らないと言われていた。毎日、抗炎症性鎮痛剤を頻回に使用し、使用量も増えてきた。歩行は可。

平成18年７月18日某病院神経内科初診。特に神経学的に異常なし。内科へ紹介。某病院で投与された内服剤はGliclzide（40mg）２錠、Voglibose（0.3mg）３錠、Candesartan（２mg）１錠、Diclofenac Na（37.5mg）１錠頓用。初診時Crは2.3mg／dlで、糖尿病性腎不全と診断し、糖尿病と腎の管理および筋痛の精査をした。

身体所見では血圧134／81mmHg（左右差なし）、顔面に浮腫あり。眼瞼結膜には中等度の貧血が認められた。眼底所見はscoot1a、H1S1、胸部・腹部は異常なし。足背動脈は両側触知する。両側下腿に浮腫あり。アキレス腱反射、膝蓋筋腱反射は共に両側低下していた。膝関節痛（右＞左）あり。筋の圧痛ないが、把握痛あり。下肢筋力は低下なく、筋萎縮もなし。

検査所見では、RBC 291×104／μl、Hb 8.9g／dl、Hct 25.9%と貧血を呈した。赤血球沈降速度（ESR）123／140mm／hr、CRP 8.5mg／dlと強い炎症反応を示した。FPG 54mg／dl、TC 86mg／dl、HDL-C 33mg／dlはいずれも低値、HbA1c 5.9%、TG209 mg／dl、BUN 39.7mg／dl、Ｃｒ 2.3mg／dlと高値、LDH 323IU／l、CPK 88U／lは正常であった。抗核抗体は陰性であった。さらに、後述の除外診断も行った。以上の症状と検査所見からリウマチ性多発筋痛症（polymyalgia rheumatica；PMR）と診断して、すぐにプレドニゾロンPSL（５mg）１錠を内服させた。翌日には「夢のようにスカット治った」と話し、劇的に筋痛は消失した。現在まで約15ケ月病状は安定している。なお、側頭動脈炎TAの合併は認められなかった。

壮年者で筋痛とこわばり、微熱で発症し、赤沈の亢進、CRP高値を呈したが、少量ステロイド両方で劇的に効果を示した例である。

問題点および対策

PMRは「後医は名医」となる疾患である。文字通り初診時では判断しがたい亜急性の経過や他の治療に反応しないということも判断材料になるが、大切なことは、この疾患が鑑別診断に挙がってくるかということである。

Birdらや西岡らにより診断基準がいくつか提唱されているが、客観的な指標に乏しく、確固たるものがない。主となるものは、高齢発症、亜急性経過の発熱や全身倦怠感、朝のこわばり、頸部や肩周囲を含めた近位筋優位の筋力低下を伴わない筋痛（主として自発痛）、そして検査所見としてESRの異常亢進（40mm／時以上など）である。他の全身症状としては、食欲不振や体重減少、抑うつ症状なども認める。また関節痛も認めるが、通常は一過性の滑膜炎と考えられており、関節炎の所見は乏しい。また、後述するPSLに対する良好な反応が診断基準に含まれているものもある。

確定診断には他の炎症性疾患（多発筋炎や関節リウマチなどの膠原病、感染性心内膜炎や結核などの感染性疾患など）、悪性リンパ腫などの血液学的悪性疾患、うつ病の除外診断も含まれてくる。早期診断の遅れが失明という重篤な合併症につながりうる、TAとの合併の有無も重要となる。た

だし、欧米と比較すると、日本ではPMRの有病率に比べ、TAは明らかに稀な疾患であることを臨床医は実感していると思われる。私は１例も経験していない。

PMRはきわめて稀な疾患ではなく、見逃されていなければ日常臨床で時々遭遇する疾患である。しかし、「非典型例」があることも、認識されにくい理由であるかもしれない。非典型例には、若年発症や非対称的なもの（通常、経過初期は片側性で、症状が完成された時は両側性）、ESRの亢進が著明でないものなどがある。筋力低下は通常伴わないが、疼痛による可動域制限を筋力低下と判断してしまい、診断に難渋した症例を経験したことがある。

すべての医師がPMRの診断に精通する必要性はまったくないが、本疾患を鑑別診断に挙げることは重要である。

治療については、本例のように、症状が少量ステロイド投与で劇的に改善するため、「名医」になれる可能性がある。逆に本疾患を疑ったうえで少量ステロイド投与に反応しない時（通常48時間以内）は、再度鑑別疾患を考え直す必要がある。不十分な治療期間によって再燃が起こることがあり、医師もPSLの斬減には注意するとともに、治療開始前に患者にも比較的長期間の治療の必要性と再燃の可能性を必ず説明しておく。ステロイドの長期投与による副作用対策を行うことも重要である。

PMRは、自分が「初診医」で確実に鑑別診断に挙げられるかどうかはわからないが、ある地域での「最終に近い診断医」には、経過の中で（確定診断するわけではなく）鑑別に挙げてもらいたい疾患であると思う。

また、「後医は名医」となりうる典型的疾患であるが、「前医でも名医」でありたいと日頃から思うし、そういったトレーニングを積んだ医師が日本全国で増えることを切望している。

東部医師会

広報委員　大　津　千　晴

３月に降った雨は道の脇に残った雪を溶かし、田畑を潤し、春を連れてきました。自宅前土手の沢山の土筆が、春の訪れを知らせてくれました。春は出会いと別れの季節でもあります。過疎地では、若者が新しい進路に向かい転居していきます。寂しく思いますが、成長に目を細めてしまいます。家に残るのは高齢者のみという厳しい現実もありますが、家族は快く若者の背中を押してやります。やさしく声をかけてくれた孫が大都市に進学してしまったと、微笑みながら涙を拭う老女。うれしいけど切ないですね。今日ももらい泣きです。

東部医師会では３月25日新旧理事出席による理事会が開催され、申し送りが行われました。

３月で退任される先生方のご苦労とご尽力をいただきました。重ねて御礼申し上げます。

５月の主な行事予定です。

13日　理事会
15日　胸部疾患研究会
16日　腹部超音波研究会
20日　会報編集委員会
21日　小児科医会
27日　理事会

３月の主な行事です。

１日　看学卒業式
４日　心電図判読委員会
５日　鳥取県産婦人科臨床懇話会
６日　消化器疾患研究会
７日　健康スポーツ医部会講演会
　演題
　『若い力を培うスポーツ医科学』
　徳島大学医学部栄養学科　非常勤講師
　大塚製薬工場陸上部顧問　栄養管理士
　　山上文子氏
８日　通常代議員会
９日　セミナー「生活習慣病の克服をめざして」
10日　胃がん・大腸がん読影委員会
11日　理事会
12日　肺がん読影委員会
14日　学校医講習会伝達講習会
　尿路疾患セミナー
　演題
　『泌尿器科医の夢―前立腺癌に対するトランスレーショナルリサーチからみた泌尿器科診療の近未来―』
　岡山大学大学院医歯薬学総合研究科　泌尿器病態学分野　准教授　那須保友先生
17日　乳がん検診マンモグラフィ読影委員会
　看学運営委員会
18日　点数改正説明会
　胃疾患研究会
　会報編集委員会
19日　小児科医会
21日　大腸がん検診従事者講習会
　演題
　『早期大腸癌内視鏡診療の最前線』
　広島大学病院光学医療診療部

教授　田中信治先生
24日　乳がん検診症例検討会
25日　理事会
26日　臨床内科医会
27日　胸部疾患研究会
東部医師会予防接従事者種講習会
28日　学術講演会
演題
『日常診療における保険医療上の留意点』
東京慈恵会医科大学　内科学講座
教授　法橋　建先生
30日　ゴルフ同好会

中　部　医　師　会

広報委員　**青　木　哲　哉**

うららかな春の日差しが気持ちの良い季節となりました。今年度より中部医師会役員も刷新されました。皆様の更なる御支援を賜りますよう宜しくお願い申し上げます。

３月の行事を御報告いたします。
12日　定例常会
「心血管病阻止を目指した２型糖尿病の治療戦略」
久留米大学医学部内科学　心臓・血管
講師　山岸昌一先生
13日　認知症講演会
16日　ACLS研修会
17日　胸部疾患研究会
19日　くらよし喫煙問題研究会
21日　点数改正説明会
25日　知事と語る会
26日　定時総会
27日　小児科懇話会
28日　肝疾患セミナー

西　部　医　師　会

広報委員　**遠　藤　秀　之**

鳥取西部は大山の冠雪も消えて春の雰囲気になって来ました。世間とマスコミは「食の安全」をどう守るか、冷凍ギョーザ事件の波紋を大々的に取り上げています。「国民の医療の安全」の議論はほとんどないままで、４月から特定検診がはじまり、後期高齢者医療システムが開始されます。日本の医療の現状と将来をじっくり議論し将来を話しあうべき時期ではなかったのでしょうか。今となっては、とりあえずゴーでしょが、走りながらでも議論をきわめて修正するなどの将来を見越した大局的な発想と意見が必要だと感じています。

西部医師会の３月の会議・研究会・講演会等です。
２日　第18回鳥取県乳腺疾患研究会
４日　平成19年度第２回西部医師会糖尿病研修会
６日　西部地区医療連携協議会

学術講演会
「何故ARBは強い腎保護作用を示すのか？」
「糖尿病性腎症の病態と治療」
7日　第3回鳥取・院内感染対策セミナー
「成人水痘」「成人麻疹」
8日　三師会総会
9日　日医生涯教育協力講座
「早期血圧管理からはじまるパーフェクト24時間血圧コントロール」
11日　消化管研究会
12日　第429回小児診療懇話会
第31回西部在宅ケア研究会
13日　米子医療センター緩和医療研修
第100回米子消化器手術検討会
第18回鳥取県西部地区肺癌検診胸部X線研究会
米子市急患診療所当直医総会
14日　医療情報研究会
16日　平成19年度主治医研修会
「口のリハビリテーション～地域リハビリテーション」
鳥取県眼科医会講習会
「感染性角膜炎診療ガイドライン」について」
「角膜の外科的治療の進歩」
17日　第62回鳥取県西部医師会臨時代議員会
米子医療センター胸部疾患検討会
18日　消化器超音波研究会
21日　西部医師会臨床内科医会「例会」
24日　定例理事会
25日　消化管研究会
26日　西部医師会認知症症例検討会
臨床内科研究会
27日　平成19年度日本医師会学校医講習会・母子保健講習会伝達講習会
平成19年度西部医師会・学校医研修会
「学童のこころのケア―学校医にできること―」
28日　学術講演会
「長引く咳嗽の対応」

鳥取大学医学部医師会

広報委員　**豊　島　良　太**

春光に包まれ幸福感すらおぼえる季節を迎えております。

今年の桜は好天にも恵まれ見事な咲ぶりを観ることができました。

この春の勢いに負けないよう気力体力ともに充実させて参りたいと思っています。

それでは、簡単ですが医学部医師会の3月の動きをご報告いたします。

1．医学部卒業式を挙行

平成19年度医学部卒業式を3月7日医学部記念講堂において挙行いたしました。前日までの雨で心配された当日の天気は、卒業生の気持ちが通じたのか、まさに晴れの門出を祝う勢いで回復いたしました。

医学科78名の卒業生は、医学科長の、これからが本番であるとのはなむけの言葉に、間もなく突入する医師として初めての活動の場である臨床研修への期待を膨らませていました。

ちなみに、平成20年度、鳥大病院において初期臨床研修のスタートを切った医師は22名（院外研修は他に3名）と、昨年度を大きく上回る数を確

保することができました。ご報告と日頃のご協力に感謝申し上げます。

2．県西部地区医療連携協議会を開催

鳥取県西部圏域の地域住民の立場に立った医療、保健、福祉の向上を図るため、関係機関などが相互に連携をとりながら事業を実施することを目的とした、鳥取県西部地区医療連携協議会を3月6日に開催いたしました。

百余名の参加者を得て開始した協議会は、昨年度の事業報告の後、鳥取県がん診療拠点病院に指定された本院の、紀川がんセンター長をはじめとする各パネリストによる講演を行いました。

紀川がんセンター長は、さらなる増加が予想されるがん診療には、地域連携がますます重要となっているとして、がんセンターとして高いがん医療体制を確保するとともに地域医療機関との連携を密にする重要性を解説しました。

また、昨年、県内でいち早く「がんサロン」を立ち上げられた米子医療センターからは、設置1年を経過したがんサロンの報告と併せて今後取組まなければならない課題についてお話をいただきました。

参加者からは、他の医療機関における独自の取組みや、訪問看護による在宅看取りの経験を通じて、自らの経験と重ね合わせ、得るものが多かったと感想が聞かれました。

鳥取医学雑誌への投稿論文を募集致します

「鳥取医学雑誌」は、鳥取県医師会が発行する「学術雑誌」で年4回（3月・6月・9月・12月）発行しています。締切日は設けておりません。「受理」となった論文は、発行月に最も近い医学雑誌へ掲載いたします。投稿にあたっては、鳥取医学雑誌に掲載している「投稿規定」をご覧下さい。優秀な論文に対しては、定例総会席上「鳥取医学賞」が贈られます。

また、32巻より新設した「興味ある症例」欄への投稿も併せて募集致します。投稿要領は編集委員会へご請求下さい。会員各位の日常診療の参考となる論文のご投稿をお待ちしております。

ご不明の点は、鳥取県医師会・鳥取医学雑誌編集委員会へお問い合わせ下さい。

〒680－8585　鳥取市戎町317　鳥取県医師会内・鳥取医学雑誌編集委員会
TEL 0857－27－5566　　FAX 0857－29－1578
E-mail　igakkai@tottori.med.or.jp

3月　県医・会議メモ

1日(土)　鳥取県肝臓がん抑制対策評価委員会・鳥取県健康対策協議会肝臓がん対策専門委員会
3日(月)　鳥取産業保健推進センター運営協議会［同センター］
5日(水)　都道府県医師会社会保険担当理事連絡協議会［日医］
〃　感染症危機管理対策協議会［日医］
6日(木)　鳥取県准看護師試験委員会［県庁］
〃　第11回常任理事会
〃　「新たな死因究明制度等」に関する都道府県医師会担当理事連絡協議会［日医］
〃　平成19年度都道府県医師会情報システム担当理事連絡協議会［日医］
〃　医事紛争処理委員会
8日(土)　診療報酬点数改正打合せ会
〃　臨床検査精度管理委員会
9日(日)　平成19年度医療政策シンポジウム［日医］
〃　日医生涯教育協力講座セミナー「生活習慣病の克服をめざして」
13日(木)　都道府県医師会医療関係者担当理事連絡協議会［日医］
〃　鳥取地方社会保険医療協議会［県民文化会館］
〃　鳥取県成人病検診管理指導協議会総合部会
〃　禁煙指導対策委員会
〃　介護保険対策委員会
15日(土)　第176回定例代議員会［米子ワシントンホテル］
16日(日)　労災保険診療指定医療機関研修会［米子ワシントンホテル］
20日(木)　第3回鳥取県医師会医療情報研究会
22日(土)　中国四国医師会連合常任委員会［岡山市・ホテルグランヴィア岡山］
〃　鳥取県医師国民健康保険組合第117回通常組合会［ホテルセントパレス倉吉］
25日(火)　鳥取県医療審議会［ホテルセントパレス倉吉］
27日(木)　第12回理事会
〃　アレルギー性疾患対策専門委員会
〃　鳥取県臓器バンク理事会
31日(月)　中国四国医師会連合常任委員会［東京都文京区・東京ドームホテル］

会員消息

〈入　会〉

佐藤　正弘	倉吉病院	20．2．1
小林　智行	鳥取市立病院	20．3．1
万代　真理	鳥取県立厚生病院	20．3．1
岡田　克夫	おかだ内科（鳥取市）	20．4．1
田原　　文	鳥取大学医学部	20．4．1

〈退　会〉

金子　忠弘	鳥取大学医学部	19．9.30
米増　　保	倉吉市宮川町256	20．2.21
近間　正典	鳥取市立病院	20．2.29
坪井　俊之	鳥取市立病院	20．2.29
佐藤　　暢	老健施設ゆうとぴあ	20．3.31
岡田　克夫	鳥取県立中央病院	20．3.31
安部　　良	博愛病院	20．3.31
谷田　　孝	博愛病院	20．3.31
大村　　宏	博愛病院	20．3.31
岡田　隆好	博愛病院	20．3.31
村田　陽子	博愛病院	20．3.31
重白　啓司	養和病院	20．3.31
田邉　芳雄	鳥取大学医学部	20．3.31
宮田　　元	鳥取大学医学部	20．3.31
法正　恵子	鳥取大学医学部	20．3.31
小谷　和彦	鳥取大学医学部	20．3.31
尾崎　知博	鳥取大学医学部	20．3.31
稲田　耕大	鳥取大学医学部	20．3.31
藤井　進也	鳥取大学医学部	20．3.31
菅　　智子	鳥取大学医学部	20．3.31
山本　祐子	鳥取大学医学部	20．3.31
上田　博昭	倉吉市上井町1－198	20．3.31
松波　馨士	鳥取赤十字病院	20．3.31
小谷　昌広	鳥取赤十字病院	20．3.31
岸本　勇二	鳥取赤十字病院	20．3.31
深田　育代	鳥取赤十字病院	20．3.31
池淵雄一郎	鳥取赤十字病院	20．3.31
岡本　健志	岩美病院	20．3.31

〈異　動〉

鳥取生協病院	鳥取市末広温泉町252 ↓ 鳥取市末広温泉町458	20．3．1
谷本　泰夫	社会保険とっとり健康管理センター ↓ 鳥取市青葉町2－143	20．3.13
松田　泰彦	松田医院 ↓ 閉　院 ↓ 松田内科クリニック	20．3.31 20．4．1
足立　晶子	米子中海病院 ↓ 博愛病院	20．4．1
頼田　孝男	米子中海病院 ↓ 米子医療センター	20．4．1
矢島　浩樹	博愛病院 ↓ 鳥取県済生会境港総合病院	20．4．1

保険医療機関の登録指定、異動

保険医療機関の指定、廃止

鳥取生協病院	鳥　取　市	取医408	20. 3. 1	新	規
智頭町那岐診療所	八　頭　郡	八医108	20. 3. 6	新	規
岡﨑内科医院	米　子　市	米医315	20. 3. 1	更	新
社会保険とっとり健康管理センター	鳥　取　市		20. 2. 27	廃	止
野嶋整形外科・外科医院	米　子　市		20. 1. 31	廃	止

感染症法の規定による結核指定医療機関の指定、辞退

野口内科医院	倉　吉　市	20. 3. 31	辞	退
鳥取生協病院	鳥　取　市	20. 3. 1	指	定
鳥取生協病院	鳥　取　市	20. 2. 29	辞	退

原子爆弾被爆者一般疾病医療機関の指定、辞退

野口内科医院	倉　吉　市	20. 3. 31	辞	退
鳥取生協病院	鳥　取　市	20. 3. 1	指	定
鳥取生協病院	鳥　取　市	20. 2. 29	辞	退

赤いハートの鼻を持つ白いクマは、日本医師会のキャラクターです。

白い体は白衣を、トレードマークの赤いハートは血液（生命力の象徴）と心臓（慈悲のシンボル）を表しています。

鳥取県医師会報投稿規定

〈投稿者および投稿締切日〉

1．本誌への投稿者は、鳥取県医師会の会員または会員との共著者であることを原則とします。ただし、会報編集委員会（以下、本委員会）で認められたものは、その限りではありません。

2．原稿の締切日は、毎月27日。原則として翌月号の掲載となります。

〈投稿形式〉

1．投稿原稿は、和文横書きとし（短歌、俳句は除く）、当用漢字、現代仮名遣いを使用してください。

2．手書き原稿およびワープロ等のデータ原稿のどちらでも結構です。データで投稿される場合は、FD、MO、CD、USBメモリ等のメディア、またはE-mailでお送りください。

3．投稿は、郵送、E-mail、FAXのどの手段でも構いません。

〈掲載欄〉

1．掲載欄の指定がない場合は、本委員会に一任させていただきますのでご了承願います。

〈匿名希望、ペンネーム使用〉

1．匿名、ペンネームでの投稿は、掲載をお断りします。氏名を必ず明記してください。

〈原稿字数および写真点数〉　参考：１頁＝1,760字

1．文芸欄（歌壇・俳壇・柳壇、フリーエッセイ、書評）
　字数＝原則2,000字以内。写真（図、表を含む。）＝３点以内。

2．文芸欄以外（今日の視点、会員の声）
　字数＝原則3,500字以内。写真（図、表を含む。）＝５点以内。

3．なお、上記原稿字数および写真点数を超過している場合は、調整をお願いする場合がありますのでご了承願います。

〈写真（図、表を含む。）〉

1．写真等は、原則として、モノクロで掲載させていただきますので、モノクロでも分かるようなものをお送り下さい。提出については、カラーでも結構です。

2．本委員会の協議により必要と認めた場合は、カラーで掲載する場合もあります。

〈著作権、版権〉

1．著作権、版権が発生する他誌（紙）掲載記事、写真、絵画、歌詞、楽譜、印刷物（パンフレット、ポスター、ちらし他）等を引用・転載する際は、必ず著作権所有者、版元の許可をお取りいただき、掲載してください。

〈投稿原稿、連載の採否〉

1．原稿の採否は、本委員会で決定し、場合によっては加筆、削除、分載等をお願いすることがあります。

2．連載も可能ですが、その場合は投稿の際に本委員会で協議しますので事前にご連絡ください。

〈校正〉

1．投稿につきましては、著者校正を１回のみとします。本委員会が必要と認めた場合は、再校正をお願いする場合があります。

〈その他〉

1．原稿は、原則として未発表のものに限ります。（同じ内容の文書をメーリングリストへ投稿される場合は、会報発行後に投稿してください。）

2．医師会に不利益をもたらすと判断される内容、内容に著しい間違いのあるもの、会員個人を誹謗中傷し、本会の品位を傷つけるもの、政治活動と受け取れるもの、その他掲載に支障があると判断された原稿については、掲載をお断りすることがあります。

3．投稿原稿は、原則として返却いたしません。（MO、USBメモリ等のメディアは返却します。）

4．広告は、本誌に適当と思われるものを掲載します。

〈原稿送付先、お問い合わせ先〉

〒680－8585　鳥取市戎町317　鳥取県医師会会報編集委員会
TEL（0857－27－5566）　FAX（0857－29－1578）　E-mail（kouhou@tottori.med.or.jp）

編集後記

平成20年４月から、岡本公男県医師会長体制２期目がスタートしました。気分一新、当会報の表紙のカラーもベージュ系に変更致しました。１年間はこの色調でと考えておりますので、よろしくお願いします。新役員の顔ぶれは殆んど同じですが、それぞれの会務分担につきましては大幅な変更がありますので、会員の皆様がご助言、ご質問、ご要望をされる際の参考にしていただければと思います。この４月から、特定健診・特定保健指導や後期高齢者（長寿者）医療制度が始まりますが、特に後期高齢者医療制度について情報の周知不足、被保険者証の未着の問題などですでに混乱が生じております。この国の行政は、『寄らしむべし、知らしむべからず』の態度で、制度に魂を入れることなく、シミュレーション不足を知りながら、走りながら考えようが常のようです。岡本会長は巻頭言の中で、医療費削減政策がもとでの医療崩壊を憂えておられますが、長年に亘る国の放漫経営のツケを国民に押し付ける（特に、生きてゆくための根幹とも言える社会保障費に）のは、本末転倒で嘆かわしい限りです。第176回代議員会報告では医療事故に関連した話題として、国の進めている医療安全調査委員会（仮称）や裁判外紛争解決の問題が取り上げられております。その他、３月は年度末ということもあり、当県医師会の各種委員会や日本医師会の連絡協議会への出席報告が目白押しで、かなりの紙面を割いております。その中で、平成19年度都道府県医師会情報システム担当理事連絡協議会の出席報告では、平成23年のレセプトオンライン化について日医はいつの間にか容認しており、その詰めの作業を着々と進めている印象を受けます。それに加えて、国民総背番号制に通じる社会保障カードの国の検討会の報告もされており、いよいよ国民も我々医療者も国により丸裸にされ管理をうける時代が来るのかと、背筋が凍る思いがします。そんな国の医療施策にアンチテーゼを唱える意味で、平成19年度医療政策シンポジウムでは、「脱格差社会と医療のあり方」と題して、現在の日本で考えられる最高の講師陣（市場原理派に対抗できるという意味で）による講演があり、その内容を掲載しておりますのでご一読下さい。最後になりましたが、退任役員である阿部博章先生の２期４年に亘る役員としてのご活躍に感謝したいと思います。いつもながら下手な数句を、『薄命は　美人でなくて　今肥満』『これからは　生きるも死ぬも　国しだい』『若き日の　メタボ恋しや　高齢者』

編集委員　　神　鳥　高　世

鳥取県医師会報の全文は、鳥取県医師会ホームページでもご覧頂けます。

http://www.tottori.med.or.jp/

鳥取県医師会報　第634号・平成20年４月15日発行（毎月１回15日発行）

会報編集委員会：神鳥高世・渡辺　憲・天野道麿・松浦順子・竹内　薫・秋藤洋一・中安弘幸

●発行者　社団法人 鳥取県医師会　●編集発行人　岡本公男　●印刷　今井印刷（株）

〒680-8585　鳥取市戎町317番地　TEL 0857-27-5566　FAX 0857-29-1578
E-mail：kenishikai@tottori.med.or.jp　URL：http://www.tottori.med.or.jp/

〒683-0103
鳥取県米子市富益町8

定価　１部500円（但し、本会会員の購読料は会費に含まれています）