

鳥取県医師会報

CONTENTS

平成25年5月

巻頭言

新しい専門医制度 理事 日野 理彦 1

理事会

第1回理事会 3

諸会議報告

産業医部会運営委員会 9

保険医療機関指導計画打合せ会 11

医療基本法(仮称)に関する都道府県医師会担当理事連絡協議会 常任理事 明穂 政裕 14

中国におけるインフルエンザA(H7N9)の患者発生に係る連絡会議 常任理事 笠木 正明 18

鳥取県新型インフルエンザ対策会議 常任理事 笠木 正明 19

第6回 鳥取県麻しん対策会議 常任理事 笠木 正明 22

アンケート

『2012年鳥取県医師会禁煙アンケート』調査集計結果 28

『学校保健・学校医に関するアンケート』集計結果 常任理事 笠木 正明 36

会員の栄誉

58

お知らせ

第44回全国学校保健・学校医大会「分科会」における研究発表の演題募集について 59

健対協

鳥取県医師会腫瘍調査部月報(4月分) 60

感染症だより

鳥取県感染症発生動向調査情報(月報) 61

歌壇・俳壇・柳壇

刃

倉吉市 石飛 誠一 62

フリーエッセイ

「ドレスコード」から「名門」を考える

南部町 細田 庸夫 63

施設入所者における排泄用品コスト削減の戦略

米子市 中下英之助 64

シーベルトの謎 (19)

鳥取市 上田 武郎 65

東から西から－地区医師会報告

東部医師会

広報委員 松田 裕之 66

中部医師会

広報委員 森廣 敬一 67

西部医師会

広報委員 木村秀一朗 68

鳥取大学医学部医師会

広報委員 北野 博也 69

県医・会議メモ

71

会員消息

72

保険医療機関の登録指定、異動

73

公 告

鳥取県医師会役員並びに裁定委員の選任（選挙）について

74

編集後記

編集委員 米川 正夫 75



新しい専門医制度

鳥取県医師会 理事 日野 理彦

昭和43年にインターン制度が廃止になって、卒後臨床研修は義務ではなくなりました。インターン制度にかわって登録医制度ついで報告医制度が作られました。以後、卒後臨床研修は緩やかな努力目標となりました。この時期に前後して専門医制度が始まりました。そして、「学位よりも専門医」という傾向も生まれました。臨床研修システムを確立して全国から若手医師を集める大病院が高い評価を受けるようになりました。そのプログラムの多くは初期研修2年、後期研修3年の計5年間に研修期間とするものでした。

平成16年新臨床研修制度がスタートして、卒後2年間の初期臨床研修はほぼ義務化されました。この後から、卒業後にまず専門医になるために有名病院で研修する医師の大学離れが始まりました。医療制度の中で専門医を評価する事項があります。規制の強弱はあるにしても、特殊な医療行為や薬剤の使用に当たって専門医資格が条件とされる事があります。種類によっては施設認定に専門医資格を有する医師が必要です。病院は専門医を必要とする状況となっています。これが若い医師の専門医志向の背景の一部です。

日本の専門医制度は昭和40年代から始まり、次々と各学会が専門医制度を作って、平成23年8月時点で、広告可能な専門医は55を数えるに至っています。発足当初は専門医試験は難しいものが多くて、専門医になることはそれなりに評価されていました。しかし、今とってみると、専門医の種類が多すぎて、重要な専門医なのか、特殊性がある専門医なのか、少なくとも素人には分からなくなっています。類似の領域を別の学会それぞれに認定していることもあります。また、専門医になるための研修期間、臨床経験年数、研修プログラムの必要性、更新のシステムなどにおいて、各専門医制度の間に相違が指摘されています。専門医認定基準が統一されていないのです。これらのことから、専門医制度の見直しの必要が生まれてきました。

専門医制度の見直しについてはこれまで日本医師会、日本専門医制評価・認定機構、各学会はそれぞれの立場で検討してきました。23年10月からは厚生労働省「専門医の在り方に関する検討会」がそれらを集約する形で検討を重ねてきました。25年3月7

日に報告書案が提示されました。主な事項は次のようなものです。①専門医を「それぞれの診療領域における適切な教育を受けて十分な知識・経験を持ち、患者から信頼される標準的な医療を提供できる医師」と定義した。②専門医の認定は第三者機関が学会との密接な連携の下に行う。③運営に国民代表が参画する。④指針を作成し、その指針に沿って各領域の認定基準や養成プログラム基準を作成する。⑤基本領域専門医を19として、総合診療科専門医を新設する。⑥基本領域の専門医を取得した上でサブスペシャリティ領域の専門医を取得する。⑦養成プログラムを評価・認定する。それにしたがって研修する。⑧1人の医師が基本領域の複数の認定・更新を受けることを念頭に置いた制度設計は行わないが、認定基準を満たせば許容する。⑨既存の学会認定専門医から第三者機関認定専門医への適切な移行基準を作成する。⑩総合診療専門医の養成プログラム基準についてはプライマリ・ケア連合学会、内科学会、小児科学会、外科学会、救急学会、整形外科学会、産科婦人科学会等の関連する学会ならびに日本医師会等が協力して、第三者機関において作成するべきである。⑪医療提供体制全体の中で、医師の専門性の分布や地域分布について、グランドデザインを作ることが重要である。⑫29年度研修開始、31～32年度専門医認定の予定とする。

新しい専門医制度の概要が見えてくると、設計された制度としての統一感があって、納得できるところが多い。これから専門医を目指そうとする若手医師には分かりやすくなるだろう。医療システムの設計にも役立つ事があるだろう。医師、専門医の地域偏在、専門領域偏在は少し改善されるかもしれない。同時に、さてこれで何が変わるのだろうかという思いも湧いてくる。これの運用が始まった時を考えると、今とそれほどの違いはないかもしれない。結局、医師の本分は専門医であろうとなかろうとプロフェッショナルオートノミーに尽きるからである。また、医療現場では、患者はちゃんと良い医師を選んで上手に受診するという事実も変わらないだろうと思う。その時に、担当医の専門医資格を気に留めるようになっていくだろうか。

第 1 回 理 事 会

- 日 時 平成25年4月11日（木） 午後4時～午後5時15分
- 場 所 鳥取県医師会館 鳥取市戎町
- 出席者 岡本会長、吉中・魚谷両副会長
渡辺・明穂・笠木・吉田・清水各常任理事
米川・村脇・岡田・日野・武信・瀬川・小林各理事
新田・石井両監事
板倉東部会長、池田中部会長、野坂西部会長

議事録署名人の選出

岡本会長、吉中副会長、新田監事を選出。

報告事項

1. 健保 新規個別指導の立会い報告

〈笠木常任理事〉

3月14日、西部地区の5診療所を対象に実施された。休日の前日に初診が算定してあり、休日の予定再診で休日加算が算定してあること（返還）、術前検査である心電図検査が紹介医と当該診療所でも検査してあるので、どちらかでするように話合うこと、症状及び所見欄への記載を看護師等が行った場合は、医師が記載内容について承認したことが分かるようにすること、電子カルテのパスワードは定期的に変更すること、皮膚科特定疾患指導管理料Ⅱの算定は慢性痒疹であるが、既往として1年以上としばりがあるので、初診から2ヶ月で算定する場合はコメントで1年以上の既往と付記すること、培養検査で月1回の受診しかしていない時の感受性検査の請求の仕方に注意すること、また感受性検査の結果が翌月になり微生物判断料の請求が2回行われていたこと（返還）、などの指摘がなされた。

〈米川理事〉

3月28日、西部地区の3診療所を対象に実施された（個人診療所が法人化した時も新規個別指導がある）。悪性腫瘍特異物質治療管理料算定時に院内禁煙が算定要件となるので、その旨の掲示が必要なこと、留置カテーテルの交換に「在宅患者訪問診療料」が算定してあるが、他の診療所がすでに「在宅患者訪問診療料」を算定していたら2ヶ所よりの算定は不可であるので確認して他の医療機関が既に算定していたら訪問診療料を返還すること、などの指摘がなされた。

2. 第2回鳥取県被ばく医療機関等ネットワーク会議の出席報告〈清水常任理事〉

3月14日、県庁において開催された。

議事として、鳥取県緊急被ばく医療計画案及び同医療マニュアル案について、第1回目の会議で出された意見に対する回答と修正が加えられた箇所の説明があった後、協議、意見交換が行われ、承認された。被ばく医療計画には、初期及び二次被ばく医療機関の指定や医療救護班の整備、スクリーニング検査実施体制の整備が明確化されている。今後、本会議での意見も踏まえ、鳥取県防災会議等においてさらに検討する。なお、被ばく医療マニュアルには、被ばく医療計画のより詳しい内容について手順や方法が細かく記載されてお

り、鳥取県地域防災計画における原子力施設等の医療活動の詳細を規定したもので、基本的には島根原発の事故を想定した計画となっている。

3. 第2回鳥取県DMAT連絡協議会の出席報告 〈清水常任理事〉

3月14日、県庁において開催された。

平成24年度災害医療関係者研修及び訓練実施状況について報告があった。県内のDMAT隊員登録者は平成25年3月1日現在で111名が登録され、チーム数は16チームである（うち日本DMAT登録者は71名、14チーム）。また、大規模災害時に搬送拠点となる広域搬送拠点は、現在は県内3ヶ所が指定されているが、平成25年度中に新たに3ヶ所整備予定である。平成25年度の研修及び訓練計画は、搬送の流れなどを確認するため、広域搬送拠点となっている布勢総合運動公園において平成26年2月の開催を検討することとなった。

4. 日医 医療関係者担当理事連絡協議会の出席報告 〈清水常任理事〉

3月15日、日医会館において開催された。

議事として、(1) 看護職員を巡る最近の動向（岩澤 厚生労働省医政局看護課長）、(2) 看護の今とこれから（川嶋 健和会臨床看護学研究所長・日本赤十字看護大学名誉教授）、(3) 医師会立看護学校における看護学生の喫煙に関する現状調査（江口 日医総研主席研究員）、(4) 新人准看護師の到達目標等（藤川常任理事）の報告後、事前に寄せられていた質疑に対する回答が厚労省及び日医より行われた。平成25年度に厚労省は、(1) 看護職員就業相談員派遣面接相談モデル事業、(2) 看護補助者活用推進事業を行う。また、専任教員養成校集会を全国20ヶ所で実施し、うち5ヶ所で一部の科目にeラーニングを導入する予定である。

内容の詳細については、別途会報に掲載する。

5. 関西広域連合「災害医療セミナー」の出席報告 〈清水常任理事〉

3月21日、神戸市において、災害医療コーディネーターの養成研修として開催された。

当日は、(1) 関西広域連合における取組み、(2) 災害医療の現状と今後の方向性、(3) 東日本大震災を踏まえた今後の災害医療体制、について説明があった。関西広域連合広域医療局（本部は徳島県）は、災害時に4次医療圏をつくる構想のもとに設置された。現在ドクターヘリを4機運用しているが、最終的には6機を運用し、鳥取県も含めた8府県を広域的にまかなうことにより、運営コストの削減が可能となる。現在、災害医療コーディネーターを配置しているのは、5府県である（大阪、兵庫、和歌山、鳥取、徳島）。今後は、災害医療コーディネーターの役割を徐々に明確化していきたいとのことであった。

6. 日医 広報担当理事連絡協議会の出席報告 〈渡辺常任理事〉

3月21日、日医会館において開催された。

当日は、講演「マスコミへの対応法」（立谷博報堂テーマ開発局長）、野津原 日医広報委員会委員長の「広報委員会審議報告」に続き、石川常任理事より日医の広報活動並びに広報活動に関するアンケート調査結果について報告があった。日医は、戦略を持った広報として根幹となる広報戦略について議論を行い、日医が行っている種々の広報活動に対して評価と提案を行った。日医のテレビCMは、限られた予算の中でいかに効果的なものにするか検討し、新聞意見広告は、広く国民の目に触れてもらうことが重要として地方紙への展開も検討し、また新聞を取らない若年者層への対応についても検討した。

内容の詳細については、別途会報に掲載する。

7. 第189回定例代議員会の開催報告 〈明穂常任理事〉

3月23日、県医師会館において開催し、平成25

年度事業計画案及び収支予算案など7議案について何れも原案どおり可決された。また、本会役員選挙及び選挙期間に関する質問が出され、担当役員より回答した。

内容の詳細については、別途会報に掲載する。

8. 鳥取県医療審議会の出席報告(明穂常任理事)

3月26日、県医師会館と中・西部医師会館を回線で繋ぎ、TV会議システムを利用して開催され、岡本会長、魚谷副会長とともに出席した。

議事として、県保健医療計画案と地域医療再生計画について協議、意見交換が行われた結果、承認された。今月中に審議会が平井知事に計画を答申する(新計画は平成25年度より3年間)。

また、(1) 東部保健医療圏の医療の高度化に向けた病々連携の推進に関する協定締結、(2) 第二期鳥取県医療費適正化計画、(3) 被ばく医療計画、(4) 平成25年度当初予算要求事業、(5) 医療法人の設立・解散の認可状況、について報告があった。(1)では、県立中央病院を中核的な病院として機能強化し、高度急性期医療の実現を目指すことが盛り込まれ、東部圏域での役割と位置づけが明記された。鳥取赤十字病院と病々連携を進めていく。

9. 鳥取県がん対策推進県民会議の出席報告

〈岡本会長〉

3月26日、とりぎん文化会館で開催された。

議事として、平成25年度に取り組むがん対策事業について報告があった後、第2次鳥取県がん対策推進計画案(平成25年度より5年間)などについて協議、意見交換が行われ、計画がとりまとめられた。がん死亡率が全国平均に比べて高い鳥取県が重点的に取り組むべき課題として、肝臓がん、乳がん対策の推進を掲げた他、新たに小児がん対策や学校、職場、地域におけるがん教育の推進、普及啓発などの項目が盛り込まれた。特に肝臓がんは、肝炎ウイルス陽性者の適切な治療管理でがん死亡を予防できるため、総合的な肝炎対策を強化

する。

10. 第3回看護師養成の抜本的拡充に向けての検討会の出席報告〈岡本会長〉

3月27日、県庁において開催された。

議事として、新たな看護師養成所設置の取組状況(1)鳥取市が誘致する看護・医療系専門学校、(2)学校法人藤田学院の看護大学構想、について説明があった後、意見交換が行われた。看護大学の設立を目指す藤田学院(鳥取短期大学を運営)より、開学資金の調達や学生の実習先の確保などの課題説明があった。定員は80人で平成27年4月の開学を目指す。また、鳥取市が誘致する看護専門学校も平成27年4月の開設を目指す。担当者からは、3年制で80人程度の定員を想定し、市が土地を準備し無償で貸付けることや建築費も支援する方針などの説明があった。なお、具体的な計画は4月に公表するとのことである。

11. 鳥取県糖尿病対策推進会議の開催報告

〈魚谷副会長〉

3月28日、県医師会館と中・西部医師会館を回線で繋ぎ、TV会議システムを利用して開催した。

新委員の紹介があった後、平成24年度鳥取県糖尿病対策推進会議事業、関連団体における糖尿病予防事業、糖尿病医療連携パスの現状と歯科との連携について報告があった。引き続き、平成25年度鳥取県糖尿病対策推進会議の活動について協議、意見交換を行った。前年度と同様、県と委託契約を交わして登録医制度を継続する。県西部圏域糖尿病予防対策検討会が作成しているチラシを参考に、検診機関等へ配布する受診勧奨のチラシを作成する。その他、薬剤師にも委員に入っただけ。世界糖尿病デーブルーライトアップは、予算内で出来るなら実施する。

内容の詳細については、別途会報に掲載する。

12. 中国四国医師会連合 常任委員会の出席報告 〈明穂常任理事〉

3月30日、東京ドームホテルにおいて、愛媛県医師会の担当により、連絡会とは別に各県会長以下少人数で開催され、岡本会長、吉中・魚谷両副会長、谷口事務局長とともに出席した。

主な議事として、中国四国医師会連合規約の一部改正が行われ、提案のとおり改正案が承認された。法人制度改革に関連して日医代議員会の日程が変更になることから、中国四国担当県の任期を7月1日から1年間とし、移行経過措置として平成25年4月から平成26年6月30日までは広島県が担当する。また、日医からブロック単位で、医療基本法（仮称）制定に関するシンポジウムを開催して欲しい旨の要請がきており、日程調整することとなった。

内容の詳細については、別途会報に掲載する。

13. 中国四国医師会連合 連絡会の出席報告 〈明穂常任理事〉

3月30日、東京ドームホテルにおいて常任委員会に引き続き、愛媛県医師会の担当で開催され、岡本会長、吉中・魚谷両副会長、谷口事務局長とともに出席した。

議事として、常任委員会報告、財務委員会報告、議事運営委員会報告（日医代議員会運営における代表と個人質問の取扱い、類似質問の対応などを協議）、中央情勢報告が行われた。

内容の詳細については、別途会報に掲載する。

14. 日医 定例代議員会・定例総会の出席報告 〈魚谷副会長〉

3月31日、日医会館において開催され、岡本会長（日医理事）、池田中部会長（日医代議員）とともに出席した。

定例代議員会では、代議員355名が出席し、会長挨拶、会務報告に続き、平成25年度日医事業計画及び予算等の5議案について審議が行われ、議案どおり可決された。また、20件（代表8件、個

人102件）の質問に対して担当役員から回答があった。

定例総会では、（1）庶務及び会計の概況に関する事項、（2）事業の概況に関する事項、（3）代議員会において議決した主要な決議に関する事項、について報告があった。

内容の詳細については、別途日医雑誌に掲載される。

15. 中国における鳥インフルエンザA（H7N9） の患者発生に係る連絡会議の出席報告 〈笠木常任理事〉

4月4日、中国で人への感染が確認された鳥インフルエンザウイルス（H7N9）への対応を協議するため、県災害対策本部と西部総合事務所を回線で繋ぎ、TV会議システムを利用して急遽開催された。報道内容等をもとにした現状の確認と、平井知事より関係機関から最新情報を収集し共有できる仕組みを徹底する方針などが申し合わされた。

会議では、38度以上の発熱があり肺炎などが疑われる患者で発症前10日以内に中国に渡航、居住していた人が県内病院を受診した場合、国に連絡することや、H7N9型への感染者が確認された地域には県内企業が19社進出していることなどが報告された。当面における県の対応として、（1）海外等の情報を幅広く情報収集、（2）関係機関との情報共有及び必要に応じた体制等の確認、（3）県民への情報提供（ホームページ上に世界保健機構の情報を掲載）、（4）各保健所に感染症相談窓口を設置、（5）医療機関と保健所との連絡会議の開催（予定）、を挙げられた。

協議事項

1. 公益社団法人移行後の対応について

4月1日より、公益社団法人鳥取県医師会へ移行したことに伴い、日医をはじめ各都道府県医師会及び関係先へ通知した。今後、理事会の議事録署名は、「会長、副会長、監事」の3名となる。

代議員は4月1日から新たに2年間の任期でスタートする（移行時の最初の代議員）。代議員会は6月29日（土）に開催し、正副議長選挙、事業報告、収支決算承認、役員改選を行う。なお、立候補届出書様式については、次回常任理事会で協議する。

2. 健康フォーラムについて

健康フォーラムを従来どおり開催するか、2月の理事会で協議した結果、従来の方式での開催は見送ることとなった。この度、日本海新聞社より、継続開催の要請があり、「特別後援」の提案があった。今後は、形式を変更して開催するかどうか、次回理事会で協議を行う。

3. 第10次鳥取県医師会協力貯蓄の満期及び第11次の加入者の募集について

第10次については、平成25年4月で5年間の積立期間が終了し、満期が到来することから加入会員へ知らせる。第11次協力貯蓄制度の募集期間は、5月1日（水）～5月20日（月）である。引き続き継続加入をお願いする。また、新規加入の会員募集は会報にて周知する。

4. 鳥取県教育委員会職員健康管理審査会（神経・精神障がい部会）委員の推薦について

標記について、県教育委員会より推薦依頼がきている。廣江ゆう先生（養和病院）を推薦する。なお、結核・一般病健康管理審査会委員は留任とする。

5. 鳥取県感染症対策協議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、笠木常任理事を推薦する。

6. 鳥取県診療報酬審査会委員の定数改定について

標記について、県医療指導課から平成25年6月1日より国保の審査委員会委員定数を、保険医及

び保険薬剤師保険者並びに公益それぞれの代表委員定数9名を10名に改める（委員総数27名→30名）との通知があった。内訳としては、医科2名、調剤1名を予定している。

7. 鳥取産業保健推進連絡事務所運営協議会委員（会長）の就任について

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。

8. 鳥取県糖尿病対策推進会議委員の追加について

鳥取県薬剤師会より1名推薦していただく。

9. 平成25年度いじめの芽をつむ心のケア支援事業（県立学校・市町村）について

標記について、県教育委員会スポーツ健康教育課より依頼がきている。事業内容は、学校が必要とする「心のケア支援」に対し、原則精神科医又は臨床心理士を学校に派遣し、専門的な指導や助言を生かすことで、学校が行う相談活動の充実を図るものである。希望する学校があった際、事前にリストを作成しておきたいので、専門家として対応できる医師の選定をお願いしたいとのことである。精神科医の推進を希望する場合は、スポーツ健康教育課へ連絡し、スポーツ健康教育課が県医師会に依頼し専門家の選定を行う。臨床心理士の推薦を希望する場合は、県臨床心理士会へ直接連絡する。今後、本会として人選等について検討する。

10. 医事紛争処理委員会の開催について

5月9日（木）午後4時より県医師会館において開催する。

11. 学校医部会運営委員会の開催について

5月16日（木）午後4時より、県医師会館と中・西部医師会館を回線で繋ぎ、TV会議システムを利用して開催する。

12. 生涯教育委員会の開催について

5月23日（木）午後1時30分より、県医師会館と中・西部医師会館を回線で繋ぎ、TV会議システムを利用して開催する。

13. 平成25年度鳥取県高等学校総合体育大会医師派遣について

標記について、県教育委員会から6月1日（土）午前9時30分より鳥取市武道館において開催される柔道競技に医師1名派遣して欲しいとの依頼があった。東部医師会から推薦していただく。

14. 名義後援について

下記のとおり実施される研修会等について、本会との名義後援にすることを了承した。

- ・「足の健康ひろば」イベント（4/29 琴浦町赤碕地域コミュニティーセンター）〈NPOオーソティクスソサエティー〉
- ・鳥取県院内感染対策講習会（11/9）〈県医療指導課〉
- ・鳥取発・子宮頸がん啓発キャンペーン2013〈日本海新聞〉

15. 日医生涯教育制度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した。

[午後5時15分閉会]

[署名人] 岡本 公男 印

[署名人] 吉中 正人 印

[署名人] 新田 辰雄 印

NEWS

東日本大震災における被災者の支援活動等に対する 厚生労働大臣感謝状伝達式



平成25年5月16日（木）県庁本庁舎において標記伝達式が行われ、清水常任理事が出席した。これは、東日本大震災における被災者の支援活動等に尽力した団体の功勞に対し厚生労働大臣から感謝状が授与されるもので、当日は副知事より鳥取県医師会以下10団体へ感謝状の伝達が行われた。

・ 本年度の産業医研修会の基本テーマが決まった
・ 地産保事業に「治療と職業生活の両立支援」
「二次健診給付要件の改正」が追加された
＝産業医部会運営委員会＝

- 日 時 平成25年4月25日（木） 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 〈鳥取県医師会〉岡本会長、明穂常任理事
〈産業医部会運営委員会〉
岸本委員長、吉中副委員長
渡辺・吉田・岡田・小林・黒沢・森・杉山・門脇義・越智各委員
〈鳥取労働局健康安全課〉西尾課長
〈鳥取産業保健推進連絡事務所〉川崎代表、西垣推進員

挨 拶

〈岡本会長〉

産業医部会運営委員会は、岸本委員長、吉田担当常任理事の主導により運営している。現在、産業保健関連の会議は、「産保推進連絡事務所」「メンタルヘルス対策支援センター」「地産保事業」の3本柱になっているが、本委員会は、産業医を育成して充実させ、より一層の活動を支援していただいている。

先日開催した鳥取県産業保健協議会では、3つの団体を1つにするために、どのように進めていくか話し合われた。また、日医は、3事業をどのような括りにもっていけばよいのか議論している。3事業をある程度1つにする方向であることを昨年から言っていたが、どちらの方向に進んでいるのか、よくわからない状況ではある。できるだけ1つの会として実行したら、よいのではないかということは前々から言われている。ただ、それぞれの組織は大事なものであるため、きちんと相談しながら行っていただきたい。本日は、今年

度の産業医研修会の講演テーマの他、3事業についてもご指導をお願いする。

〈岸本委員長〉

鳥取県医師会産業医部会は、非常に重要な部会で、本県の産業保健の要の大きな部分である。この会を益々発展させるように、是非忌憚のない意見をを出していただき、活動の参考にしたい。

鳥取労働局による平成23年度のデータをみると、定期健康診断の有所見率が鳥取県の場合は49%で、全国53%と比較すると低い、半分くらいの方は何らかの有所見を持っている。全国的な傾向と変わらない状況の中で課題が山積している。特にメンタルヘルスの問題は各事業所においても大変な問題であるし、生活習慣病は依然として問題となっている。是非今日はいろいろな意見をいただき、この会を益々発展するように運営したいので、よろしくをお願いする。

議 事

1. 平成24年度事業報告について

平成24年度に本会産業医部会が実施した主な事

業（日医認定産業医数368名、産業医部会運営委員会・産業医研修会・鳥取県産業保健協議会の開催、第34回産業保健活動推進全国会議の出席、鳥取県地産保事業の継続受託等）について、資料をもとに吉田委員より報告があった。内容の詳細については、会議録等を会報に掲載しているのので、ご覧いただきたい。

2. 平成25年度事業計画（案）について

平成25年度に実施する産業医研修会の基本方針を、「健康管理」は県医師会が主催する産業医研修会で、「職場巡視」「保護具の取扱い・作業環境測定」等は鳥取産業保健推進連絡事務所が主催する研修会で対応し、具体的には下記のとおり実施する。

(1) 例年開催している日医認定産業医の取得を目指している医師のための「基礎研修（実地・後期）」と更新を迎える医師のための「生涯研修（更新・実地・専門）」を合同で、基本テーマを「労働安全衛生対策」「メンタルヘルス対策」「感染症対策」「急性冠動脈疾患の予防対策」「熱中症対策」「がん対策」とし、東・中・西部各地区において開催する。第1回目は、平成25年7月28日（日）午後1時から県医師会館において開催する。中部地区は9～10月、西部地区は11月を予定している。

(2) 実地研修（職場巡視）は、鳥取産業保健推進連絡事務所主催で開催されるものを、日医認定産業医制度指定研修会「生涯（実地）」として申請する。研修内容等については県医師会と相談する。

(3) 「日医 産業保健活動推進全国会議」「鳥取県産業保健協議会（11月 ホテルモナーク鳥取）」「鳥取県産業安全衛生大会（7/5 とりぎん文化会館）」に関係諸団体と共催で開催し、参画する。

3. 平成25年度地域産業保健事業について

平成25年度も引き続き、鳥取県医師会が地域産業保健事業を受託する。

吉田委員より、「2/28（木）平成24年度鳥取

県地域産業保健事業運営協議会開催報告（会議録を会報No.693号に掲載）」、太田垣統括コーディネーターより、「平成24年度地産保事業健康窓口相談実績報告」、西尾鳥取労働局健康安全課長より、「平成25年度産業保健活動の支援事業の概要」について説明があった。主な内容は下記のとおりである。

(1) 地産保事業の健康相談は、対象が中小企業であるため、労働者にメンタル不調があっても、解雇されるかもしれないことから事業主には言わないことが大半である。また、メンタル不調者への職場復帰を考慮することは中小企業にとって困難である。50人以上の事業場は、従業員に対して、メンタルに関する調査及び啓発をしているが、50人以下の事業場は、困難であるため、鳥取県独自の工夫を考慮し、事業主に理解を求めていく必要がある。

(2) メンタル不調者の理由としては、職場の対人関係に起因するものが約60%である。長時間労働に起因すると考えられるものは、そんなに多くない。さらなる対策が必要である。

(3) 平成25年度地産保事業の主な業務内容（下線部分が平成24年度と比べて追加となった部分）は、(ア) 健診結果に基づく医師の意見聴取、(イ) 治療と職業生活の両立支援として労働者とその事業者に対する相談・指導、(ウ) 健診結果に基づく脳・心臓疾患のリスクの高い者に対する保健指導、(エ) 二次健康診断等給付要件に該当しない者に係る診断、(オ) メンタル不調者及びその使用者に対する指導・相談、(カ) 長時間労働者に対する面接指導、である。なお、医師の意見聴取、同一労働者に対する保健指導、相談対応は1回の利用を原則とする。（但し上記内容（イ）の相談・指導は回数制限を設けない。）

(4) 平成25年度も引き続き、3つの事業「産業保健推進事業」「メンタルヘルス対策支援センター事業」「地域産業保健センター事業」の関係者が参集し、総合調整するための「鳥取産業

保健・メンタルヘルス対策総合推進協議会」を設置する。事務局は、鳥取産業保健推進連絡事務所で、鳥取労働局が指示する。

- (5) 労働安全衛生法における産業医制度は変更しない（法改正せず）が、産業医が他の医師等を活用して労働者の健康管理を行う場合、メンタルヘルス対策の新たな枠組みへの対応等のため、一定の要件の下に他の医師、保健師、その他専門職を活用することを可能とする。

4. 鳥取産業保健推進連絡事務所主催の研修会等について

平成25年度は、鳥取県医師会と調整のうえ、前年度と同様に医師会と共催する形で、職場巡視、保護具の取扱い・作業環境測定等についての研修会（認定更新のための生涯研修で認定産業医のみ

を対象）を年2回開催する。

また、メンタルヘルス対策支援センター事業を引き続き受託したが、今年度は、「事業場の職場復帰支援プログラムの作成支援（5事業所を目標）」、「管理監督者教育」を中心に事業を行い、労働者の健康・福祉を確保して事業主を支援していく。そのため、訪問件数は減少する。

5. その他

* 森委員より、「産業医傷害保険」について情報提供があった。中国四国ブロックの中で医師会が団体契約を取扱っている県はない。産業医傷害保険について何か問い合わせがある場合は、県医師会又は損保ジャパンに連絡をお願いする。

懇切丁寧な審査・指導を申し入れ ＝保険医療機関指導計画打合せ会＝

- 日 時 平成25年5月2日（木） 午後4時～午後4時40分
- 場 所 鳥取県医師会館 鳥取市戎町
- 出席者 〈県医師会〉
岡本会長、吉中・魚谷両副会長
渡辺・明穂・笠木・吉田・清水各常任理事
米川理事、谷口事務局長、岡本課長、田中主任
〈中国四国厚生局鳥取事務所〉
西井局長、小倉主任指導医療官、井手口指導課長
大国医療指導監視監査官、森田指導第一係長
〈県福祉保健部医療指導課〉
國米課長、國本課長補佐

開 会

森田指導第一係長の司会で開会。西井局長、岡本会長の挨拶の後、議事へ移った。

挨拶（要旨）

〈岡本会長〉

医療保険については、従来社会保障部委員会として県医師会内に委員会を設け、支払基金、国保

連合会の審査員をメンバーに、医療機関からの疑義や様々な要望について意見交換をしていた。その後時代の流れとともに、社会保障部という大きな枠ではなく、医療保険に特化したコンパクトな会を目指し、平成22年度より「医療保険委員会」と改組し、細かい部分まで会員へ還元できればという想いでやってきている。

県医師会としては、指導に関しては今後も厚生局よりご指導頂きながら適切に対応していきたいと思っており、引き続きよろしく願います。

議 事

1. 平成24年度指導結果について

大国監査官より、平成24年度に実施された指導概要、指導結果について説明があった。指導大綱をもとに、新規集団指導12件（昨年5件）、集団的個別指導28件（21件）、新規個別指導12件（5件）、個別指導18件（22件）が実施された。いずれも病院、診療所を合わせた数である。

新規個別指導および個別指導の指導後の措置は、概ね妥当11件、経過観察14件、再指導2件（昨年9件）であった。再指導の2件は、今年度、個別指導を予定している。

また、3月28日に実施した新規個別指導3件の結果については、指導後の措置が未確定のため計上されていない。

2. 平成25年度指導計画について

【集団的個別指導】

平成25年度、集団的個別指導の対象として、診療所14件（内科6、内科在宅2、内科透析0、小児2、外科1、整形外科2、産婦人科1）、病院2件（一般2）が選定された。昨年度から内科の類型区分が在宅療養支援診療所の届出を行っているものとして「内科在宅」が加わり3区分となったが、この取扱いは、25年度も継続される。

なお、平成25年度の集団的個別指導の指導対象選定基準とされた類型区分ごとの鳥取県の平均点数、及び対象点数は次のとおりである。平均点数

の算出方法は、一般分のレセプトデータに、後期高齢者分のレセプトデータを合算し、院内・院外処方による補正を行った後の点数により計上されている。

対象点数とは、病院の場合「県平均点数×1.1」、診療所は「県平均点数×1.2」である。

(1) 病院	[県平均点数]	[対象点数]
・一般病院	47,382点	52,120点
・精神病院	37,969点	41,765点
・その他	58,307点	64,137点

（臨床研修指定病院、特定機能病院等）

(2) 診療所	[県平均点数]	[対象点数]
・内科	1,283点	1,539点
・内科（在宅）	1,416点	1,699点
・内科（透析）	6,917点	8,300点
・精神神経科	1,352点	1,622点
・小児科	987点	1,184点
・外科	1,208点	1,449点
・整形外科	1,109点	1,330点
・皮膚科	620点	744点
・泌尿器科	1,644点	1,972点
・産婦人科	781点	937点
・眼科	863点	1,035点
・耳鼻咽喉科	785点	942点

【個別指導】

個別指導の対象として、診療所13件（内科8、外科1、整形外科1、産婦人科1、眼科1、耳鼻1、病院1件（一般1））が選定された。

個別指導においては、総医療機関数の概ね4%を上限として選定されるが、集団的個別指導の結果、翌年度も引き続き高点数の医療機関より、前年度再指導や情報提供によるものが優先的に選定される。

3. 指導対象保険医療機関の選定について

・集団指導について

①新規指定集団指導は、新規に指定された保険医療機関に対する指導として、新規指定後概

ね1年以内に実施する。正式には「指定時集団指導」という。

②更新時集団指導は、指定更新された保険医療機関を対象として実施する。

③保険医集団指導は、新規登録された保険医に対して実施する。

①②③はいずれも同日開催とし、各地区1回ずつ開催する。指導時間は概ね1時間。

・集团的個別指導について

講義方式による集団部分のみを実施する。各地区1回ずつ開催し、指導時間は概ね1時間である。病院については別途、実施する。

・新規個別指導について

原則、指定時集団指導を受けた新規の保険医療機関に対して、概ね6ヶ月経過後1年以内に

実施する。実施にあたっては、診療報酬明細書に係る件数は10件（病院は20件）、指導時間は概ね1時間（病院は2時間）とする。実施通知時期は指導日の3週間前（DPCは4週間前）で、患者名等通知は4日前にFAXにより行う。

・個別指導について

全医療機関数の概ね4%を上限数として選定、実施する。実施にあたっては、診療報酬明細書に係る件数は30件、指導時間は概ね2時間（病院は3時間）とする。実施通知時期は3週間前で、患者名等通知は4日前に15名、前日に15名分をFAXにより行う（DPCは別途規定）。

なお、今年度の対象予定件数は以下の予定である。

指定時集団指導 (新規指定集団指導)※	更新時集団指導	保険医集団指導 (新規登録集団指導)※	集团的個別指導	新規個別指導 ※	個別指導
11	53	19	16	11	14

※については今後の指定により増える可能性あり。

4. その他（質疑応答）

○改定時集団指導を、平成26年4月に診療報酬改定が予定されていることから、前回と同様に、3月中に地区医師会の点数改定説明会と同日、同会場で実施する予定である。

○（質問）電子カルテ医療機関の個別指導の持参物については、医師会では以前よりその対応について難渋していた。該当するカルテの情

報や付属書類（レントゲン写真など）をノートパソコンに保存して持ち込むことでも可能か。

（回答）可能である。その際には、情報の内容が必要に応じて直ちに閲覧できるよう、ノートパソコンを2台持参するなど（医師用、事務員用）の体制を整えておくこと。

広く意見を聞き、拙速となることなく着実に議論を進めていこう ＝医療基本法（仮称）に関する都道府県医師会担当理事連絡協議会＝

常任理事 明 穂 政 裕

- 日 時 平成25年4月17日（水） 午後2時～午後4時
- 会 場 日本医師会館 3F小講堂 文京区本駒込
- 出席者 明穂常任理事、事務局：岡本課長

挨拶

〈横倉日医会長〉

医療基本法について、日医では医療を正面から捉えて基本法を制定してはどうかとの提案を昭和40年代から議論を行い、一度提唱されたことはご存知の方もいると思う。その後、この法案が廃案となり、暫くこの種の議論が行われないうままであったが、一方で「患者の権利法」が議論されだし、患者の権利意識が強くなって、機運が高まっている状況である。

執行部として、患者の権利を尊重し利益を守ることは、医療提供者としての責務であり重要なことはいまでもない。これを法で定めることになった場合、医療を取り巻く様々な立場の人達の役割や責任、権利をバランスよくまとめることは非常に適切ではないかと考える。

本日は、会内の医事法関係検討委員会の委員にもご出席いただいている。医事法関係検討委員会では、長年に亘り、医師と患者関係についての法的側面からの考案、考察を通じて医療政策全般に亘る理念の欠如、法制度の括りがもたらす現実の医療に及ぼす弊害などを指摘し、結論として医療基本法の制定が必要ではないかという提言に至った。そして鈴木静岡県医師会長の委員長のもと、医療基本法の草案がとりまとめられた。この問題は、現在会内的には委員会の報告者が会長に提出された段階に留まっている。先の代議員会でもご質問いただいたが、担当の今村常任理事から回答

したように、広く会内の意見を聞きながら、拙速となることなく着実に議論を進めていこうと考えている。本日の担当理事連絡協議会は、このような主旨で開催するが、説明した後、ご意見を頂戴して、本当に医療基本法が必要かどうかを含めて、議論いただければと思う。今後は、医療提供者と患者の関係が、信頼関係で医療が行えるような環境をしっかりと築いていかなければならない。

議 事

1. 「医療基本法問題」に関する背景説明

〈今村（定）日医常任理事〉

最初に、医事法関係検討委員会の答申である「『医療基本法』の制定に向けた具体的提言」は、まだ正式に日医の公式見解にはなっていないので、ご了解をお願いします。

日医と「医療基本法」は、昭和43年に医療基本法第一草案が提出され、日医法制委員会が当時の武見会長の諮問を受け、2年間の検討を経て条文化し、その後、厚生省（当時）が政府案として医療基本法を国会提出するなど、一連の議論のきっかけをつくった。平成22年医事法関係検討委員会報告書「患者をめぐる法的諸問題について—医療基本法のあり方を中心として—」の検討の過程で、「医療に関する基本法の必要性」が議論される。平成24年医事法関係検討委員会報告書「『医療基本法』の制定に向けた具体的提言」では、22年報告書を踏まえ、「医療基本法草案」を提示し

た。なお、現段階では、日医内の委員会報告書という位置付けにとどまっている。

医療をとりまく法令等は、下記のとおりである。

○資格とその業務に関するもの

- ・医師法 ・歯科医師法
- ・保健師助産師看護師法 薬剤師法
- ・その他職種ごとの身分法

○施設とその業務、管理に関するもの

- ・医療法

○保険診療関係に関するもの

- ・健康保険法（他の医療保険各法を含む）
- ・保険医療機関及び保険医療養担当規則

○薬務関係

- ・薬事法 ・麻薬及び向精神薬取締法

○死体や臓器の取扱いに関するもの

- ・死体解剖保存法 ・臓器移植法

○特定の医療分野に関するもの

- ・感染症予防法 ・母体保護法
- ・精神保健福祉法 ・予防接種法

○その他

- ・刑法 ・民法 ・消費者契約法
- ・個人情報保護法 ・刑事訴訟法

今後の課題として、下記の点が挙げられる。

(1) 「医療基本法」が対象とする範囲についての再検討

- ・特に介護・福祉の位置づけ
- ・現在の医療は、介護・福祉との連携なしには論じられない

(2) 医療関係者、患者等の権利・責務の規定のあり方の検討

- ・「基本法」では、あまり詳細な規定や罰則を設けない⇒一般的な権利や責務の規定にとどめる
- ・【草案】の規定は抽象的すぎるか、あるいは具体的すぎるか。

(3) 医療基本法のもとにおかれる法令等の整備についての検討

- ・医療基本法によって、どのような法制度をめぐ

ずるか

- ・医療基本法が制定される前に検討しておくべき重要課題⇒「医療基本法」制定はゴールではない。⇒医療界・国民をあげての建設的な議論を期待

2. 医事法関係検討委員会答申『『医療基本法』の制定に向けた具体的提言』について

〈医事法関係検討委員会 大井副委員長〉

何故、「医療基本法」が必要か、医学・医療の進歩発展及び医療の社会化が加速している現在、現行の医療関係法令には粒度や比重に差異がみられ、良好な患者と医療者の信頼関係を構築するために、医療関係法令を統合する医療の基本理念の明確化が求められている。この医療に対する基本理念を明示するのが「医療基本法」であり、憲法の定める個人の権利及び生命尊重の考え方や、国が医療政策を立案する際の基本的考え方を含むものである。

医療基本法の目的は、(1) 国民の生命と健康を守る医療の定義、(2) 医療の基本理念と原則の提示、(3) 医療に関する基本的事項の提示、(4) 国、地方公共団体等の責務の明示、(5) 医療提供者の責務の明示、(6) 患者、国民等の権利と責務の明示、(7) 相互参加型医療構築の示唆、である。

医療基本法で対象となる「医療」の範囲は、医療の定義（「患者の基本的権利（生存、QOL、尊厳）を尊重し、疾病の治療、健康の支援に努める術である」）より、疾病の治療、健康の支援に関連する行為が医療基本法における医療の対象になる。具体的には、「診察」「診断」「治療」「療養」「看護」「リハビリテーション」「機能訓練」「疾病予防」「検診」「保健・健康保持・増進」である。日医「医療基本法の制定に向けた具体的提言」では、治療行為などの直接的介入を行わない場合の「介護」「福祉」は対象から除外している。また、同提言では医療基本法が対象とする者は、「患者」「医療従事者」「行政」の三者とし、それぞれの権

利、義務・責務を定めている。

法的規定の問題として、医療の現場では、医療者と患者は対立する関係ではなく、相互参加型の医療が求められている。複雑な因子が錯綜し関係する様々な医療現場では、硬直した条項を法的に規定し、医療行為を規制することには無理が多い（法的規制の過剰や各論地獄に陥りやすい）。しかし、法的規制が全くなければ、相互信頼に基づく真の患者・医療者関係は保証されない可能性が考えられる。そのために関係法令を統合する医療に対する基本理念を明確に示すことが求められる。

医療基本法を主張する理由として、医療基本法制定の目的は、医療提供者と患者との信頼関係を構築することにある。そのためには、医療の基本理念、医療政策の基本原則や全ての関係者の権利と義務について偏りなく規定することが条件になる。

日医と日本病院会の「医療基本法」の論点で異なっている点は、（１）「範囲（介護、福祉等の関係）」で日医は「医療に関わる行為・施策とする（介護・福祉を含まず）」、日本病院会は「介護との境界は判然とせず（介護は医療と連携する）」、（２）「医療事故への具体的対応」で日医は「記述せず」、日本病院会は「記述する」、（３）経済体制の条文化で日医は「国の財源確保義務記載」、日本病院会は「公的医療保険制度の維持」である。今後は、日医主催のシンポジウムに、国会議員をはじめ各方面からのシンポジストを招聘し、各種団体主催のシンポジウムに演者として出席する。また、日本病院会との協議を予定している。その他の病院団体や医療提供者団体との協議・連携も検討中である。

今後の課題は、（１）「医療基本法」は個別法（子法）に対してどのような親法として位置づけるべきか（法的規制の問題等）。（２）理念法の性格のみならず「計画体系」も加えるべきか。（３）その他の検討事項を含め、医療界、国民、行政などに幅広い議論を求め、誰が、どのようにして合意を形成していくべきか。（４）萎縮医療・医療

崩壊を防ぎ、チーム医療を推進していくために、個別法を含め患者・国民の利益にかなう法制度をいかに構築するか、である。

臨床医療現場の立場から、医療基本法の必要性和問題点を考察し、医療基本法に定める医療の定義と性質につき私見を述べ、さらに医療基本法の基本理念と親法としての基本法の在り方を提唱した。患者主体の医療における患者・医療者の在り方や権利・責務の明確化を示す医療基本法の構成につき論述した。日医の「医療基本法の制定に向けた具体的提言」を中心に、その他の団体の意見等を紹介した。以上を踏まえて、医療の基本理念を示す「医療基本法」制定の必要性を主張した。

3. 医事法関係検討委員会答申「『医療基本法』の制定に向けた具体的提言」における「医療基本法草案」について

〈医事法関係検討委員会 鈴木委員長〉

医療基本法草案は、第1章「総則」第1条（目的）、第2条（定義）、第3条（基本理念）、第4条（国民の責務）、第5条（地方公共団体の責務）、第6条（医療提供者の責務）、第7条（国民の責務）、第2章「医療提供体制を確保するための施策」第8条（施策の策定）、第9条（国民の財源確保義務）、第10条（地域における医療行政施策）、第3章「医療提供者の責務」第11条（説明と同意）、第12条（守秘義務、個人情報取り扱い）、第13条（最善の医療を提供する義務）、第14条（医療提供者の裁量）、第15条（研鑽義務）、第16条（患者の利益を擁護する義務）、第4章「患者等の権利と責務」第17条（自己決定の権利）、第18条（診療情報の提供を受ける権利）、第19条（秘密およびプライバシーの保護）、第20条（診療に協力する義務）、第21条（秩序ある受療を責務）、「附則」第1条（法令の整備）、第2条（施策の立案）で構成されている。

今後は、本日の質疑応答を参考にして、一部表現を訂正し、さらに検討していく。また、内容及び構成の順番について、「患者等の権利と責務」

を最初にした方がよいとの意見があり、検討する。

4. シンポジウムの報告

平成24年度に行われた医療基本法制定に関するシンポジウムについて、日医（H24.12.22開催）、九州医師会連合会（H25.2.9開催）、北海道医師会連合（H25.3.20開催）より、それぞれ開催報告があった。シンポジウムの内容は、基調講演、報告、総合討論であった。

5. 行政からのコメント（医療基本法について）

〈厚生労働省医政局総務課 吉岡てつを 課長〉

医療基本法のこれまでの経緯では、昭和47年に「医療基本法案」を通常国会に提出。審議未了により廃案。その後は医療法等の改正を通じた体系整備を推進。平成4年に医療提供の基本的理念を規定（第2次医療法改正）、平成9年に医療提供に当たっての患者への説明・理解について、医療従事者が適切な説明を行う旨の努力義務を規定（第3次医療法改正）。平成22年6月、ハンセン病問題に関する検証会議の提言に基づく再発防止検討会報告書において、医療基本法の法制化を求める提言。平成24年3月に「『医療基本法』の制定に向けた具体的提言」（日医医事法関係検討委員会）、6月に全国自治体病院開設者協議会及び全国自治体病院協議会の要望書、8月に「医療基本法に対する見解」（日本歯科医師会）、9月に「患者の権利に関する法律大綱案の提言」（日本弁護士連合会）である。

また、平成12年に第4次医療法が改正され、病院の病床を「療養病床」と「一般病床」に区分し、臨床研修制度を導入（平成16年度より）した。平成18年には、少子高齢化の進展、国民の意識の変化等、医療を取り巻く環境の変化に対応するため、患者の視点に立った、安全、安心で質が高く、効率的な医療サービスの提供を目指すため、第5次医療法が改正された。主な改正内容

は、（1）医療提供の理念の見直し、（2）医療提供施設の責務の見直し、（3）医療に関する選択の支援、である。都道府県による患者等への医療情報の提供制度を創設し、地域における医師等の確保のための協議会を制度化した。さらに医療計画の見直しによる脳卒中、がん、小児救急医療等事業別の具体的な医療連携体制を位置付け、社会医療法人の創設など医療法人制度を見直した。

医療基本法を改めて考慮すると、各団体が定義されているものの、医療の基本理論に関わることから、関係者の間でさらに議論を進めることが何よりも大事である。各地区でのシンポジウムの開催は非常に有益である。医療基本法の内容は、基本的理念に関する議論である。政府としては、現在の医療が抱える様々な課題に沿って、医療の具体的な改革を進めるための法案を提出してきた。これからも提出していかなければいけないので、必要な理念を定めていく。さらに基本的な親法的なものとしての理念を規定するのであれば、それは政府が提出する法案というよりも、むしろ議員立法による対応の方がふさわしい。現実に法律として43の基本法があるが、そのほとんどが議員立法として提出されていることも、そういう背景からである。

いずれにしても今後、高齢化が進展するなかで医療に対する需要は急増する。そのなかで国民の皆様理解のもとに医療提供体制の充実、強化、効率化というものを同時に達成していくことが求められており、特に今は社会保障と税の一体改革について国民会議で議論されており、消費税の増税分を医療の充実にも使う。そうした中で今日的に医療の基本が定められる。総合的な視点にたって医療の基本が定められることは、厚労省にとっても望ましく有り難いものである。今後とも関係の団体あるいは国会の動きなども注視しながら、厚労省として必要な協力、調整など役割を果たしていきたい。

6. 総括（今村（定）常任理事）

先般の代議員会での指摘及び本日の協議会での意見等は、医療提供者にとっても大変重要な意見を多く含んでいる。十分な議論を経て、決して不足することなく、着実に議論を進めていく必要があることを改めて実感した。

なかでも医療を提供することにより、医療を取り巻く様々な部分にどのような効果が期待されるのか、また医療基本法のもとには、どのような個

別法を制定していかなければいけないのか、早々に検討を開始する必要がある。平成25年度は各地域でのシンポジウムの開催が本格的になってきた。シンポジウムにおいて議論を重ねることにより、新たな問題意識が高まればと思う。

今後とも建設的な意見交換を多数行い、対話を通じて医療提供者と患者との間に深い信頼関係に基づく、よりよい医療が実現されるよう皆様のお力添いをお願いする。

新型インフルエンザとしての対応が必要？

＝中国におけるインフルエンザA（H7N9）の患者発生に係る連絡会議＝

常任理事 笠木正明

■ 日 時 平成25年4月4日（木）午後3時10分～午後4時

■ 場 所 鳥取県災害対策本部 & 西部総合事務所災害対策室

1. 4月1日付けで公表された世界保健機関（WHO）の情報によると、中国の国家衛生・計画出産委員会は3月31日、インフルエンザA（H7N9）に感染した患者が3人発生したとWHOに報告。

患者は3月29日に中国の疾病予防管理センターで実施された検査で確定された。インフルエンザA（H3N2）、インフルエンザA（H1N1）pdm09、インフルエンザA（H5N1）、新種のコロナウイルスの検査も実施されたが、いずれも陰性。患者は上海市で2名、安徽省で1名発生。患者は3人も重症の肺炎と呼吸困難を合併した呼吸器感染症を発症。発症日は2月19日から3月15日までの間で、患者のうち2人は死亡し、1人は現在重篤な状態にあるという。

2. 上記の情報、厚労省からの情報を受けて、急遽標記の鳥取県の連絡会議が開催された。

平井知事の挨拶のあと、鳥インフルエンザA

（H7N9）の発生状況についてのWHO及び厚労省の情報が報告された。

今回の事案は、中国において鳥インフルエンザがヒトに感染し、死亡者が3名（上海市・杭州市）発生している（※4月4日午前8時30分確認時点）。新聞報道では感染者は9名（上海市2、安徽省1、江蘇省4、杭州市2）。うち死亡者3名、重症者6名との情報もある。

・これまでのところ、患者間に疫学的な関連は確認されていない。

（現時点で経過観察中の88人の接触者から新たな患者は発生していない。）

・ヒト-ヒト感染は確認されていない。

・感染性、病原性についてのWHO、厚生労働省等による公式な見解は出されていない。

※国立感染症研の遺伝子解析では、人に感染しやすく変異している可能性ありとの指摘あり

※中国国内で確認された感染例はいずれも症状が重篤で遺伝子解析を行った結果、感染した

人体内でみつかったウイルスは強毒なことが判明したとの情報あり

3. 厚労省からの協力依頼（下記の要件に該当する患者を診察した場合の保健所への情報提供）（情報提供を求める患者の要件）

38度以上の発熱と急性呼吸器症状を呈し、臨床的又は放射線学的に肺病変（例：肺炎又はARDS）が疑われる者であり、発症前10日以内に中国に渡航又は居住していた者。

但し、他の感染症によること又は他の病因が明らかでない場合は除く。

※以上は、平成25年4月5日（鳥医発第45号）各医療機関にファックス送信

4. 当面における県の対応（※鳥取県新型インフルエンザ対応行動計画「未発生期」について、

- ①海外等の情報を幅広く収集
- ②関係機関との情報共有及び必要に応じた体制等の確認
 - 庁内の関係機関間はDB（※新型インフルエンザ電子会議室）を通じて情報共有。
 - 当該発生を受けて、関係機関の情報共有を図

るため、緊急の連絡会議を開催（※本日）

③県民への情報提供

→今回の発生事案についてWHOの情報等を県のホームページにて情報提供。

④健康相談窓口の対応（各保健所での感染症相談窓口の活用）

⑤医療機関と保健所との連絡会議の開催（予定）など……

以上を確認し、質疑応答があり閉会した。

県医注：

厚生労働省は4月24日、H7N9型の鳥インフルエンザウイルスを、患者の強制的な入院や就業制限などの措置を可能にする感染症法上の「指定感染症」とすることに決め、日本国内での発生に備え、迅速に対応できるよう体制を強化。また、空港などの検疫所で入国者らの診察や検査ができる「検疫感染症」にも指定する方針をかためた。政府は26日、鳥インフルエンザA（H7N9）を「指定感染症」と「検疫感染症」に政令指定することを閣議決定した。田村意久厚生労働相は「この2つに指定した意義は大きい」と述べ、国内対策を迅速に進めていく考えを示した。5月6日より施行となる。

新型インフルエンザ等対策特別措置法施行令等の公布 ＝鳥取県新型インフルエンザ対策会議＝

常任理事 笠木正明

- 日時 平成25年4月19日（金） 午後4時15分～午後4時45分
- 場所 鳥取県庁災害対策本部室 & 西部総合事務所災害対策室

鳥インフルエンザ（H7N9）の感染状況や新型インフルエンザ特措法施行を踏まえ、標記会議が開催されたので概要を報告する。

1. 鳥インフルエンザA（H7N9）の感染状況

（1）感染状況 ※WHO資料（4/17公表）

- ・中国において鳥インフルエンザ（H7N9）が87名（うち死亡者17名）に感染。

・確定患者の接触者として、1,000人以上が経過観察されている。

・現時点で、ヒトからヒトへの感染は確認されていない。

※新聞報道等による情報

→発生地域が従来、東部の上海とその周辺地域に限定されていたが、北京と河南省でも新たに患者が確認。

→同居する家族内で複数の感染者が出ているケースがある。－2事例

一 野生のハトから検出 →市場の鳥から検出

(2) 現時点で判明している当該ウイルスの特性及び注意点等

・確定例の中には、動物や動物のいる環境との接触があった者がいること。また、ウイルスが上海の市場のハト等から見つかったが、人がどのように感染したかは分かっていない。

・感染源が確認されるまでは、今後も中国でこのウイルスに感染した患者が出ると予想される。

・インフルエンザA (H7N9) 感染予防のためのワクチンは現在ない。

・中国で行われた臨床検査の結果からは、インフルエンザA (H7N9) ウイルスは、タミフル、リレンザ等抗インフルエンザ薬に感受性があることが示されている。

(参考)：県民の45%分に相当する抗インフルエンザ薬を備蓄済み

(3) 県の対応

1) 連絡会議の開催 (平成25年4月4日)

2) 医療対応

①国通知に基づく疑い患者の保健所への報告

・厚生労働省事務連絡に基づき、医療機関が条件該当(※)患者を診察した場合における保健所への報告について、医師会を通じ医療機関へ依頼 (H25.4.3)

※38度以上の発熱と急性呼吸器症状を呈し、臨床的又は放射線学的に肺病変(例；肺炎又は

ARDS)が疑われる者であり、発症前10日以内に中国に渡航又は居住していた者

※平成25年4月5日(鳥医発第45号)各医療機関にファックス送信

②各保健所における健康相談窓口の設置

・中国渡航歴があり、38度以上の発熱と咳等の呼吸器症状があり健康に不安な方等からの相談を受付

・相談窓口開設を資料提供(H25.4.4)及びあんしんトリピーメール(H25.4.15)で県民へ周知

③各保健所における疑い患者発生時の対応確認

・現在、基本的にはどの医療機関でも受診可能(感染症法の位置づけなし)であるが、混乱回避等のため、保健所指導の下で、感染症指定医療機関(県立中央病院、県立厚生病院、鳥大附属病院、済生会境港総合病院)で患者受入れを行うよう調整。

④県衛生環境研究所における検査体制の確認

・疑い患者から採取した検体(咽頭ぬぐい液等)を県衛生環境研究所に搬送し、H7の検査を実施。H7が検出されれば、国立感染症研究所に検体搬送。

(4) 今後の対応等(総括)

・現在の鳥インフルエンザ(鳥→ヒト)の国内発生はなく、ヒト→ヒト感染は確認されていないが、部局長レベルの「鳥取県新型インフルエンザ対策会議(知事が議長)」を開催し、情報共有のみならず、新型インフルエンザが発生した場合の対応を協議する。

・海外でヒトからヒトへの感染が確認されWHOがフェーズ4(※)を宣言すれば、新型インフルエンザ対策へと移行し、鳥取県新型インフルエンザ対策本部(知事が本部長)を設置し、対応にあたることとなる。

※フェーズ4とは「ヒト→ヒト感染が増加しているとの証拠がある」状況をいう。

2. 新型インフルエンザ等対策特別措置法（特措法）施行について

「新型インフルエンザ等対策特別措置法（平成24年法律第31号。）」は、平成24年5月11日に公布されたが、今般、「新型インフルエンザ等対策特別措置法の施行期日を定める政令（平成25年政令第121号）」及び「新型インフルエンザ等対策特別措置法施行令（平成25年政令第122号）」が平成25年4月12日付にて閣議決定し、同日公布された。

本施行令は、医療等の実施の要請の対象となる

医療関係者等、新型インフルエンザ等緊急事態の要件、使用の制限等の要請等の対象となる施設、新型インフルエンザ等緊急事態措置の実施に必要な物資、損失補償及び損害補償の手続、国が負担する費用等を定めるものである。（県医注：特措法により「新型インフルエンザ等緊急事態宣言」が行われると、罰則規定はないが、知事権限が強まることになる。）

以下、知事権限についての健康政策課の配布資料を提示する。

新型インフルエンザ等対策特別措置法に係る知事権限等について

平成25年4月19日 健康政策課

1. 「新型インフルエンザ等緊急事態」宣言前の対応

- ①都道府県行動計画の策定
- ②指定地方公共機関の県知事指定
- ③発生時における県対策本部の設置
- ④発生時における特定接種の実施（県職員分）
- ⑤医療関係者に対する医療・予防接種の要請・指示

- ・県知事は、医師、看護師等医療関係者に対し、場所、期間その他の必要な事項を示して、新型インフルエンザ等の患者（疑い患者含む）に対する医療や特定接種予防接種を行うよう要請（指示）することができる。
- ・要請に応じ、又は指示に従って、医療の提供を行う医療関係者が、そのため死亡したり、疾病にかかったときは、県知事はその損害の補償をしなければならない。

2. 「新型インフルエンザ等緊急事態」宣言後の対応・措置

- ①不要不急の外出自粛要請
 - ・県知事は、住民に対し、期間と区域を定めて、生活の維持に必要な場合を除きみだりに外出しないことを含め、感染防止に必要な協力を要請することができる。
- ②学校、福祉施設、興業場等の使用等制限等の要請・指示
 - ・県知事は、期間を定めて、学校、福祉施設（通所等）、興業場等多数の者が利用する施設の管理者又はそれらの施設を利用して催物を開催する者に対し、施設の使用の制限等の措置を講ずるよう要請（指示）することができる。
 - ・要請・指示を行ったときは、その旨を公表する。
- ③臨時の医療施設における医療の提供等
 - ・県知事は、区域内において医療機関が不足し、医療の提供に支障が生ずると認める場合には、県行動計画で定めるところにより、臨時の医療施設を開設し、医療の提供をしなければならない。
- ④緊急物資の運送等の要請・指示

- ・県知事は運送事業者である指定地方公共機関に対し、緊急物資の運送を要請（指示）することができる。
- ・県知事は医薬品の販売業者等である指定地方公共機関に対し、医薬品又は医療機器の配送を要請（指示）することができる。

⑤特定物資に係る売渡しの要請・収用

- ・県知事は、医薬品や食品等について所有者に対し、売渡しを要請（収用）することができる。
- ・県知事は、医薬品や食品等を確保するため緊急の必要があるときは、（生産、集荷、販売、配給、保管又は輸送を業とする）業者に保管を命ずることができる。

⑥緊急時の埋葬又は火葬の実施

- ・県知事は、公衆衛生上の危害の発生を防止するため緊急の必要があると認めるときは、埋葬又は火葬を行わなければならない。

〈知事要請等の発動について〉

- ・新型インフルエンザ等発生時、特に緊急事態下においては、国家的危機管理を効果的に行うため、特措法では、都道府県対策の事務が法定受託事務とされ、国による一般的処理基準や基本的対処方針に従って、都道府県等が個別の措置をとる仕組みが導入されている。
- ・実際の対応については、これらに準じつつ、専門家等の意見を参考に、具体的な内容を決定することになる。

以上の説明、質疑が行われた。

具体的な県行動計画等は国の行動計画等も勘案し、夏頃までに策定、緊急事態宣言時に要請できる体制を整備する予定である。

麻しんも風しんも、全数届出（できるだけ早く）対象の疾患 ＝第6回 鳥取県麻しん対策会議＝

常任理事 笠木正明

■ 日 時 平成25年4月25日（木） 午後1時40分～午後3時10分

■ 場 所 県庁第32会議室

この会議は、「麻しんに関する特定感染症指針」（平成19年12月28日付厚生労働省告示第442号）に基づき、麻しん排除に向けた活動の適正かつ円滑な実施を図るために必要な情報を把握し、県内における施策の策定・実施の支援、実施後の評価及び提言を行うことを目的として設置されたものである。

1. 麻しん発生動向（全国・鳥取県）

全国の麻しんの報告数は、平成20年度11,012人あったものが、平成21年732人～平成24年293人と激減している。鳥取県においても、平成20年7人の報告数が、平成23-24年は海外輸入例を除けば0人である。県内では麻しん排除ができた感がある。

(1) 麻しん累計報告数

(単位：人)

	発 生 累 計								人口100万人対	
	全国				鳥取県				全国	鳥取県
	修飾 麻しん	検査 診断例	臨床 診断例		修飾 麻しん	検査 診断例	臨床 診断例			
平成20年	11,012	1,008	3,171	6,836	7	3	2	3	86.1	11.6
平成21年	732	195	243	301	2	2	0	0	5.8	3.3
平成22年	455	163	159	128	3	1	1	1	3.6	5.0
平成23年	434	110	201	123	1	0	1* ¹	0	3.5	1.6* ¹
平成24年	293	75	141	77	0	0	0	0	2.3	0

* 1：海外輸入例。

(2) 都道府県別病型別麻しん累計報告数 平成24年第1～52週 (n=293)

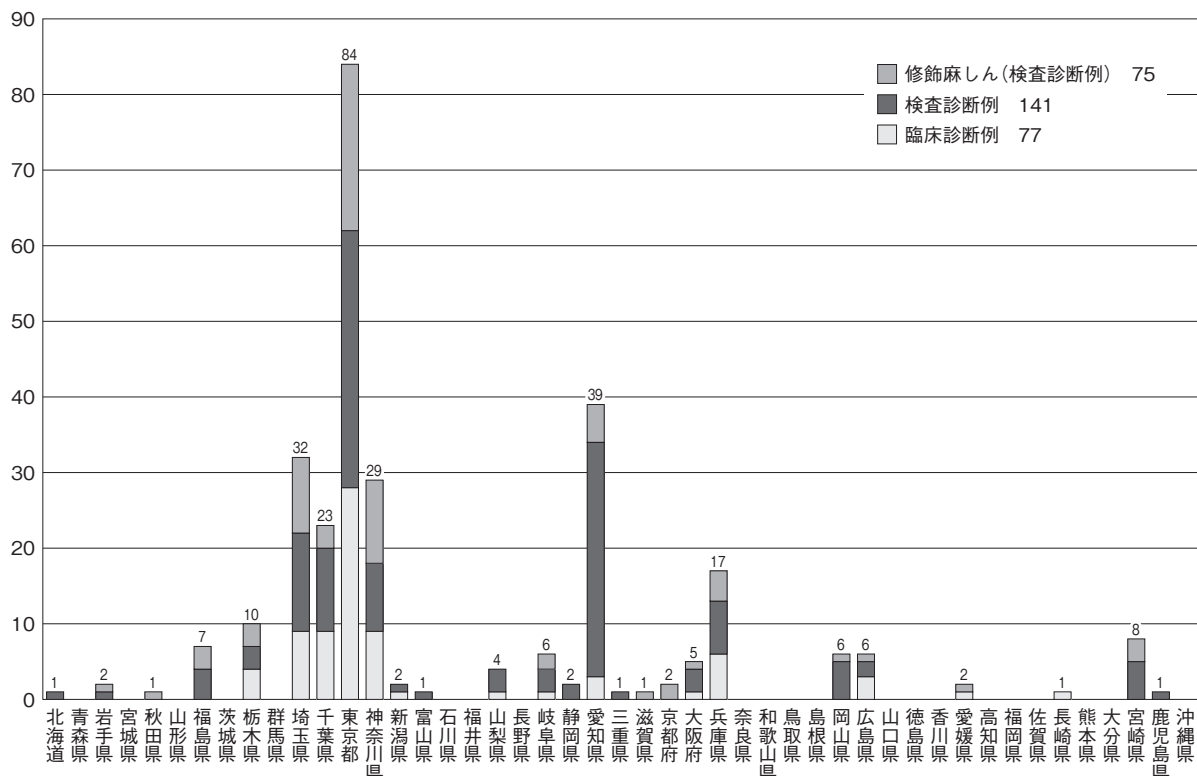
363施設→平成24年度2施設と減少、日本ではすでに麻しん排除状態となった可能性がある。(厚労省第10回麻しん対策推進会議資料より)

人口密集地である関東地方、愛知県、兵庫県で報告数が多い。

2. 麻しん検査診断の実施 (保健所)

全国的には、平成20年に比較して平成24年は報告数が97%減少、平成20年～平成24年12月末までに予防接種実施者数の総計約1,900万回の接種があり、検査診断例が平成20年38%→平成24年74%と増加、累積休業施設(学校等)数が平成19年度

鳥取県衛生環境研究所で実施した麻しんPCR検査においては、平成19年に陽性例7例があったが、その後平成23年10月に麻しん輸入例で陽性が1例あった以外は全て陰性であった。平成24年度で12例のPCR検査が実施されたが全て陰性であった。



感染症発生動向調査 2013年1月8日現在

鳥取県では、麻しん疑い例でも保健所に届け出ると速やかにPCR検査実施の対応ができています。別記（「鳥取県における麻しん検査診断の実施について」）の通り、可能な限り診断後24時間以内に臨床診断（疑い例も含む）としての届出が必要である。麻しんでないと判断された場合には、届出の変更や取り下げが可能である。

※麻しん検査診断の考え方

国立感染症研究所麻しん対策技術支援チーム作成の資料を参考

<http://idsc.nih.go.jp/disease/measles/pdf01/arugorizumu.pdf>

※麻しん届出基準

<http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekkaku-kansenshou11/pdf/01d.pdf>

※麻しん発生届出様式

<http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekkaku-kansenshou11/pdf/01e.pdf>

3. 麻しんワクチン接種状況

鳥取県麻しんワクチン接種率

（単位：％）

	予防接種率（全国順位）			
	第1期	第2期	第3期	第4期
20年度	95.2（12位）	95.3（10位）	92.0（11位）	86.4（10位）
21年度	95.6（6位）	94.1（15位）	90.6（17位）	84.8（14位）
22年度	96.4（19位）	92.4（26位）	91.0（19位）	87.7（9位）
23年度	93.6（38位）	94.4（18位）	90.6（19位）	88.6（11位）
24年度*		73.5（76.0）	70.9（68.3）	70.7（66.4）

※平成24年12月末現在、（ ）：平成23年12月末時点

4. 麻しんに関する各種ガイドラインについて

各種ガイドラインの改訂がなされています。
<http://www.nih.go.jp/niid/ja/guidelines.html>

（平成25年3月8日）

<http://www.nih.go.jp/niid/images/idsc/disease/measles/pdf/30130315-04html-pdf/20130315pdf03.pdf>

- ・学校における麻しん対策ガイドライン（平成20年3月作成）

http://www.nih.go.jp/niid/images/idsc/disease/measles/guideline/school_200805.pdf

- ・医療機関での麻しん対応ガイドライン 第四版（平成25年3月8日）

<http://www.nih.go.jp/niid/images/idsc/disease/measles/pdf/30130315-04html-pdf/20130315pdf04.pdf>

- ・麻しん発生時対応ガイドライン 第一版（平成25年3月8日）

<http://www.nih.go.jp/niid/images/idsc/disease/measles/pdf/30130315-04html-pdf/20130315pdf02.pdf>

- ・都道府県における麻しん対策会議等に関するガイドライン 第二版（平成25年3月8日）

<http://www.nih.go.jp/niid/images/idsc/disease/measles/pdf/30130315-04html-pdf/20130315pdf01.pdf>

- ・医師による麻しん届け出ガイドライン 第四版

5. 麻しんに関する特定感染症予防指針の改正（概要）

H25. 3. 13 全国健康関係主管課長会議資料より抜粋

○目標

平成27年度までに麻しんの排除を達成し、世界保健機関による麻しんの排除の認定を受け、かつ、その後も麻しんの排除の状態を維持することを目標とする。

○届出・検査・相談体制の充実

医師による麻しんの届出にあたっては、可能な限り、診断後24時間以内に臨床診断としての届出、血清IgM抗体検査等の血清抗体価の測定の実施及びウイルス遺伝子検査用の検体の提出を求め、麻しんではないと診断された場合には届出の変更や取り下げを求めることとする。

また、可能な限り、国立感染症研究所等において、遺伝子配列の解析を行う。さらに、都道府県等は、麻しん対策の会議を設置した上で、地域における施策の進捗状況を評価するものとし、必要に応じて、関係団体と連携して、麻しんの診断等に関する助言を行うアドバイザー制度の設置を検討する。

○第1期及び第2期の定期接種の接種率目標（95%以上）の達成・維持

麻しんの予防接種を2回接種することと、その接種率を95%以上とすることが重要であることから、引き続き、文部科学省等と連携し、第1期及び第2期の接種率目標の達成と維持を行う。

○第3期及び第4期の定期接種の時限措置の終了と今後の新たな対策

5年間の時限措置の実施により、10代の年齢層に2回目の接種機会が与えられ、多くの者が接種を受けた。その結果、当該年齢層の麻しん発生数の大幅な減少と大規模な集団発生の消失、抗体保有率の上昇を認めたことから、時限措置を行った当初の目的はほぼ達成することができたと考えられる。

一定程度の未接種者の存在が課題として残るが、時限措置を延長することで得られる効果が限定的と予想されることや、海外からの麻しんの輸入例が中心となりつつある現状及び特定の年齢層に限らず全ての年齢層に感受性者が薄く広く存在することが示唆されていること等を踏まえ、時限措置は当初の予定どおり平成24年度をもって終了することとする。

今後は、麻しん患者が一例でも発生した場合に、積極的疫学調査の実施や、周囲の感受性者に対し予防接種を推奨することも含めた対応を強化する必要がある。

○国際貢献

国際機関と協力し、麻しんの流行国の麻しん対策を推進することは国際保健水準の向上に貢献するのみならず、海外で感染し、国内で発症する患者の発生を予防することにも寄与する。

そのため、国は、世界保健機関等と連携しながら、国際的な麻しん対策の取組に積極的に関与する。

○排除認定会議の開催

国は、麻しんが排除・維持状態かを判定し、世界保健機関に報告する排除認定会議を設置する。

○普及啓発の充実

厚生労働省は、文部科学省や報道機関等の関係機関との連携を強化し、国民に対し、麻しんとその予防に関する適切な情報提供を行うよう努めるものとする。

鳥取県における麻疹検査診断の実施について

平成25年4月1日適用

鳥取県福祉保健部健康医療局健康政策課

1 麻疹を疑う場合、すみやかに保健所へ電話連絡をお願いします。

麻疹については、検査診断の実施など、より迅速な対応が必要となります。

※麻疹を疑う場合は、次のことに留意し、最寄りの保健所へ連絡をお願いします。

■届出基準に合致する麻疹症例は、可能な限り24時間以内に最寄りの保健所へ電話連絡をしてください。(検査診断がまだ実施されていない「臨床診断例」を含む。)

東部福祉保健事務所 (鳥取保健所) 電話 (0857) 22-5694

中部総合事務所福祉保健局 (倉吉保健所) 電話 (0858) 23-3142

西部総合事務所福祉保健局 (米子保健所) 電話 (0859) 31-9317

2 検査診断の実施(検体採取)に御協力をお願いします。

麻疹の「IgM抗体検査」は、麻疹以外の発疹性ウイルス疾患に罹患している場合にも陽性になることが指摘されています(伝染性紅斑、突発性発疹など)。

このため、原則として全例の検体を確保し、鳥取県衛生環境研究所でウイルス遺伝子検査等を実施します。

※検査診断の実施に当たり、次のことに留意し、最寄りの保健所へ連絡をお願いします。

■麻疹患者の検体採取(以下3検体)について、御協力をお願いします。

①咽頭ぬぐい液：滅菌綿棒で咽頭を十分にぬぐった後、乾燥させずにウイルス搬送用培地に十分懸濁してください。

②血液：抗凝固剤入りスピッツに、全血で1～2ml程度入れてください。

血算検査後のEDTA血の残りがあれば、それでも検査可能です。

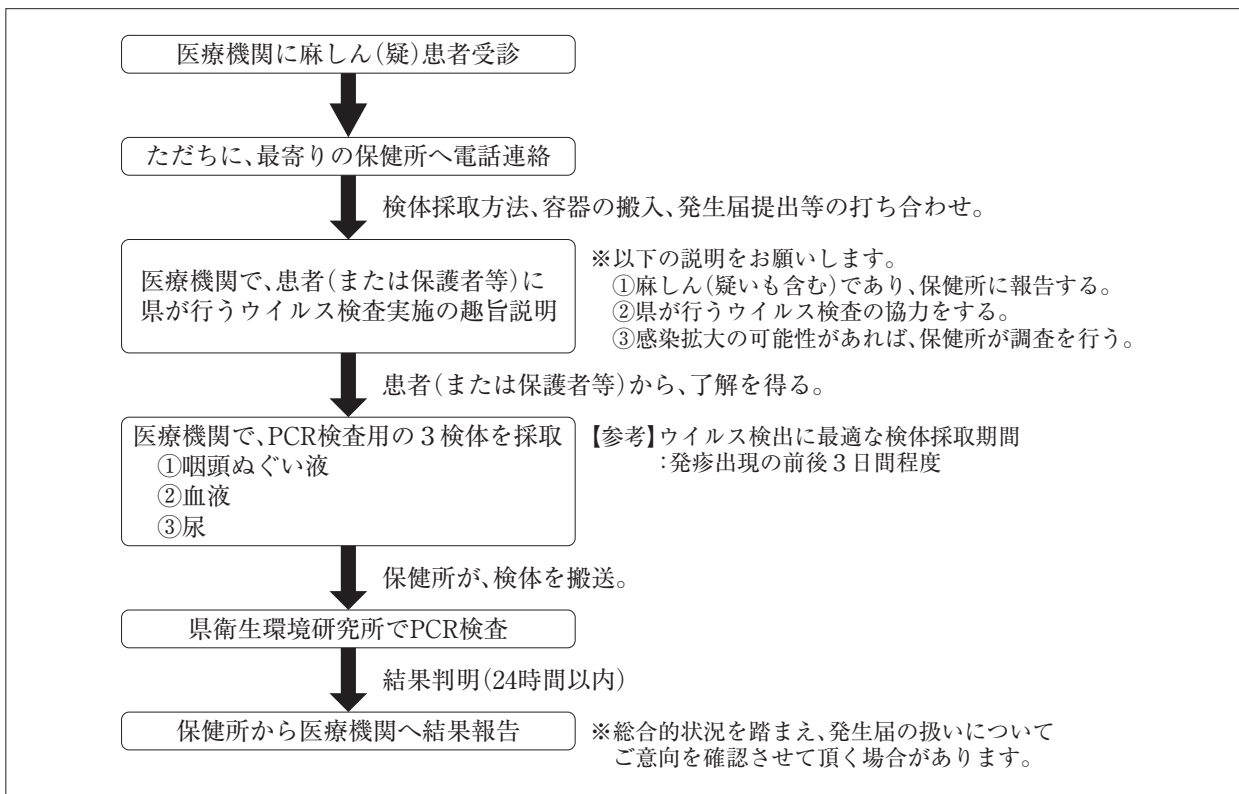
③尿：培養用の滅菌スピッツ又は滅菌コップに、10～20ml程度入れてください。

※いずれの検体も、採取後すぐの検査が最も効果は高いですが、採取後2～3日以内であれば4℃で保存が可能です。

※採取に必要な綿棒・保存用培地は、必要であれば、保健所から搬入させていただきます。

3 麻疹検査診断の流れ

(1) PCR/ウイルス分離等検査 (診断後すぐに、保健所を通して衛生環境研究所で実施)



(2) 麻疹特異的IgM抗体検査 (発疹出現後4~28日に、医療機関で実施)

上記、PCR/ウイルス分離等検査の他にも、医療機関で麻疹特異的IgM抗体検査を実施して頂き、検査結果を保健所へ報告をお願いします。



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。

『2012年鳥取県医師会禁煙アンケート』調査集計結果 「男性会員の喫煙率10.4%、8年前の16.8%からさらに低下」

鳥取県医師会 禁煙指導対策委員会

鳥取県医師会では平成24年12月に、会員の喫煙と禁煙についての意識や、禁煙治療に対する取り組みなどを調べるアンケート調査を行いました。会員の先生方のご協力に深く感謝いたしますとともに、集計結果をご報告させていただきます。以下、概要とともに御紹介させていただきます。

【集計結果概要】

- (1) アンケート用紙発送1,360件に対して、回答数は749件で、回答率は55.1%であった。
- (2) 回答者の性別は、男性86.2%、女性13.4%、性別無回答0.4%であった。
- (3) 所属する医療機関の内、所属医療機関は診療所45.4%、病院48.5%、その他5.9%、未記入0.3%であった。

《会員個人の喫煙状況について》

- (4) 喫煙経験のある人は59.3%であった。そのうち6ヶ月以上喫煙継続歴を持つ人は82.0%で、全回答数の48.6%であった。この6ヶ月以上喫煙継続歴を持つ人の性別は、男女の比率は97.2%、女性2.8%であった。
- (5) 現在、毎日タバコを吸っている人は全回答数の7.3%で、性別毎に見ると男性の8.2%、女性の2.0%が毎日タバコを吸っているというアンケート結果であった。これに「時々吸う」を加えると、現在の喫煙率は全回答数の9.2%で、性別毎に見ると男性の10.4%、女性の2.0%が現在の喫煙者という結果であった。
- (6) 6ヶ月以上の喫煙経験のある人の中で、現在も喫煙している人は19.0%であり、逆に現在は禁煙している人は81.0%であった。
- (7) 現在の喫煙者のうち、「タバコをやめようと考えたことがある」人は喫煙者の72.5%を占め、また「今まで禁煙に真剣に取り組んだことがある」人が喫煙者の39.1%を占めた。また「効果的な禁煙指導プログラムがあれば利用したいと思う」人が喫煙者の30.9%を占めた。

《医療機関の喫煙対策について》

- (8) 「あなたの病院・医館を禁煙にすべきだと思いますか」という設問に対して、「既に禁煙にしている」が76.9%、「全面禁煙にすべきである」が10.5%、「喫煙時間・喫煙場所以外で吸うべきでない」が10.1%、「喫煙に制限を設けるべきではない」が1.2%であった。
- (9) 「医師という立場上、タバコを吸うべきではないと思いますか」という設問に対して、「はい」が76.1%、「いいえ」が11.9%であった。

(10) 「あなたの病院・医院ではどのような受動喫煙対策を行っていますか」という設問に対して、「院内全面禁煙」が73.7%、「喫煙コーナーを指定」が15.8%、「何もしていない」が3.4%であった。

《患者への禁煙指導について》

(11) 「あなたは患者の喫煙についてどう思いますか」という設問に対しては、「疾患の有無にかかわらず吸わない方がよい」が60.3%、「疾患を持っているので吸うべきではない」が12.8%であった。

(12) 「あなたは喫煙者の患者さんに対して禁煙を勧めていますか」は、「必ず禁煙を勧めている」が33.1%、「喫煙が関連する疾患があると思われる場合に限り禁煙を勧めている」が52.1%で、併せて85.2%であった。

(13) 「あなたは禁煙補助薬を処方されますか」という設問に対しては、「ニコチン依存症管理料算定医療機関として禁煙補助薬（ニコチネルTTS、チャンピックスなど）を処方している」が9.5%、「ニコチン依存症管理料算定医療機関ではないが、平成18年6月以降に自由診療として禁煙補助薬（ニコチネルTTS、チャンピックスなど）を処方したことがある」が10.4%、「平成18年6月以降、禁煙補助薬を処方したことがない」が74.5%であった。

(14) 「あなたは将来、ニコチン依存症管理料算定医療機関として申請する予定はありますか」という設問に対しては「近い将来、申請する予定である」が4.1%、「近い将来の予定はないが、申請することに関心がある」が26.2%であった。

【考察】

まず喫煙率について、日本全体、日本医師会員、鳥取県医師会員に分けて、2004年の調査と、今回の2012年の調査を表1に示します。（尚、日本全体のデータは、日本たばこ全国喫煙者率調査から、日本医師会員のデータは日本医師会喫煙意識調査から引用しました）

2004年調査による喫煙率

	男性	女性
日本全体	46.9%	13.2%
日本医師会員	21.5%	5.4%
鳥取県医師会員	16.8%	1.2%

2012年調査による喫煙率

	男性	女性
日本全体	32.7%	10.4%
日本医師会員	12.5%	2.9%
鳥取県医師会員	10.4%	2.0%

この表からもわかるように、日本全体に対して日本の医師の喫煙率は低いのですが、その日本の医師の平均と比較しても、鳥取県の医師の喫煙率は2004年、2012年ともさらに低い値を示しました。また鳥取県の女性医師会員を省けば、全体として2004年から2012年の8年間で喫煙率は低下しており、鳥取県の男性医師会員では、2004年の喫煙率が16.8%であったものが、今回の2012年の調査では10.4%と低下していることがわかりました。

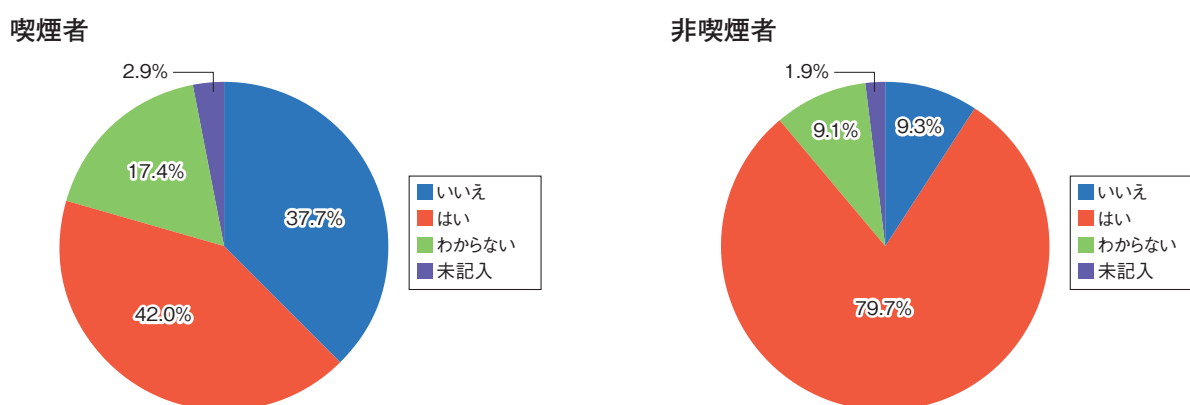
また「あなたの病院・医院を禁煙にすべきだと思いますか」という設問に対して、「喫煙時間・喫煙場所以外で吸うべきでない」が2004年に20.8%であったものが、今回の2012年の調査では10.1%と減少し、その一方で「既に禁煙にしている」が2004年の調査で53.7%であったものが、今回の2012年調査では76.9%と上昇していました。「全面禁煙にすべきである」と答えた10.5%と併せると、「全面禁煙になっているor すべきである」が88.1%となり、これは2004年の調査で78.7%であったことと比較すると、約10%上昇

しています。医療機関が「分煙」から「全面禁煙」へと移行していることを示すデータと考えられました。

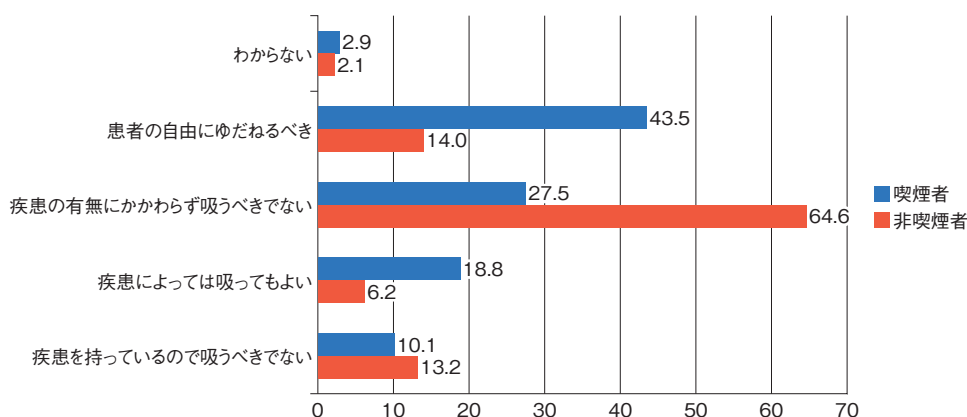
「あなたは将来、ニコチン依存症管理料算定医療機関として申請する予定はありますか」という設問に対しては「近い将来、申請する予定である」が4.1%、「近い将来の予定はないが、申請することに関心がある」が26.2%で、併せると約3割の医師会員がニコチン依存症管理料算定医療機関へ申請することに関心を持っていることがわかり、このニーズに応えることも今後の課題であると思われたところです。

次に喫煙者と非喫煙者でどのような意識の差があるのかを比較してみました。

まず「あなたは、医師という立場上、たばこを吸うべきではないと思いますか」という問いに対して、喫煙者は「いいえ」が37.7%で「はい」が42.0%であったのに対し、非喫煙者は「いいえ」が9.3%で、「はい」が79.7%と、「医師の禁煙」という意識での差が認められました。

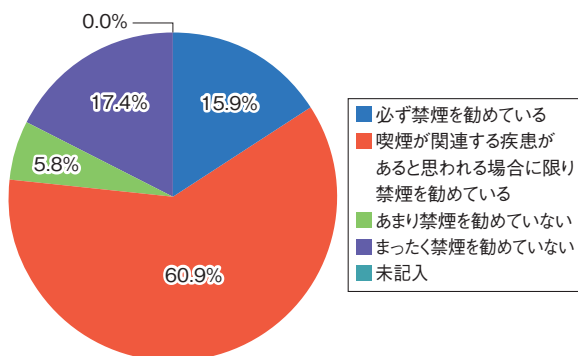


「あなたは患者の喫煙についてどう思いますか」（複数回答あり）という問いに対しては、「疾患の有無にかかわらず吸うべきではない」という答えを選択した喫煙者が27.5%であったのに対し、非喫煙者は64.6%がこの答えを選択し、これも大きな差がつかしました。

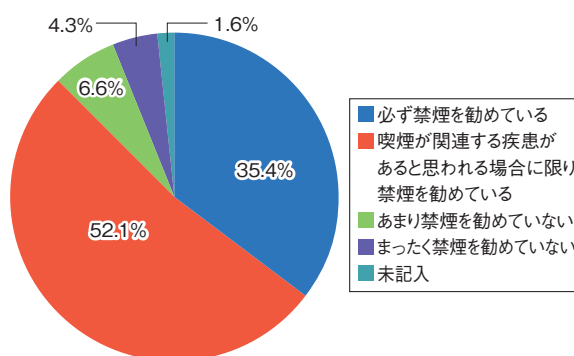


「あなたは患者の喫煙についてどう思いますか」という問いに対しては、「必ず禁煙を勧めている」と答えた喫煙者が15.9%であったのに対し、非喫煙者は35.4%とここでも差が認められました。

喫煙者



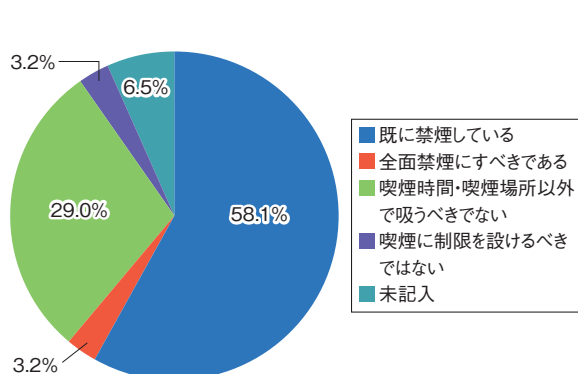
非喫煙者



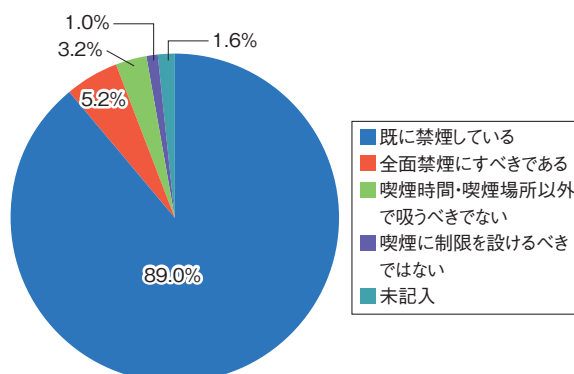
次に診療所の医師に限って、喫煙者と非喫煙者で受動喫煙対策の違いがあるかどうかを比較してみました。診療所の医師だけをみると、喫煙者が31人、非喫煙者が309人でした。

この診療所の医師の中で、「あなたの病院・医院を禁煙にすべきだと思いますか」という問いに対して、「既に禁煙している」と答えた喫煙者は58.1%であったのに対し非喫煙者は89.0%でした。そして「喫煙時間・喫煙場所以外で吸うべきでない」と答えた喫煙者は29.0%であったのに対し、非喫煙者は3.2%でした。喫煙者は分煙を目指している傾向が強いのに対し、非喫煙者は全面禁煙を目指している傾向が強いことがわかりました。

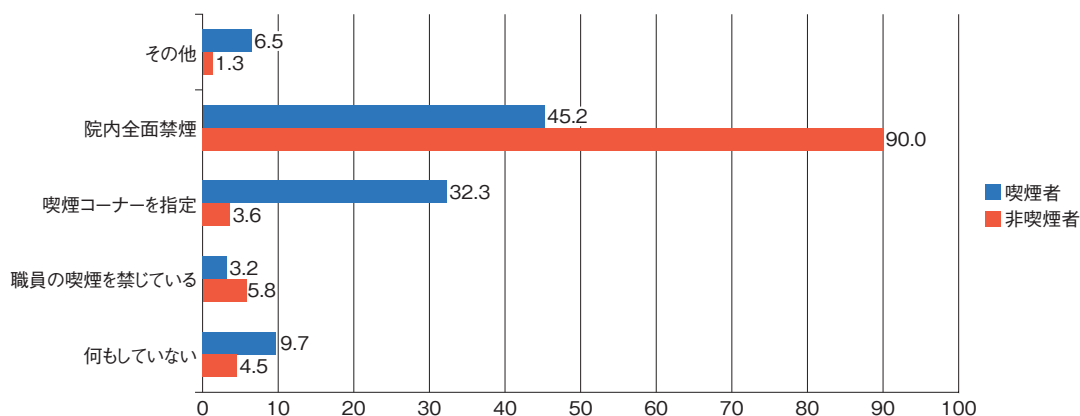
喫煙者



非喫煙者



またこの意識の差は、実際に診療所での受動喫煙対策の違いとなってあらわれており、「あなたの病院・医院ではどのような受動喫煙対策を行っていますか（複数回答可）」という設問に対して「院内全面禁煙」と答えた喫煙者が45.2%であったのに対し、非喫煙者は90.0%を示しました。その一方で「喫煙コーナーを指定」と答えた喫煙者が32.3%であったのに対し、非喫煙者は3.6%にすぎませんでした。



このように喫煙者と非喫煙者で、患者への指導や院内の受動喫煙対策について、差が出ていることが示唆される結果となりました。

最後にフリーコメント欄に書かれた皆様のご意見も順不同で掲載させていただきました。

以上の結果を踏まえた上で、さらにこのフリーコメントを読んで感じたのは、ニコチン依存症という疾患については、医師といえども知識や見解の差がかなりあるということ、そしてそれは喫煙しているか否かでも大きく差がでていのではないかとということでした。

実際、禁煙外来をしていると、それまで「タバコは生活するのに欠かせないもの」という思いからタバコを肯定的に考えていた喫煙者が、禁煙に成功したことで「タバコがなくても生活することに何も問題はない」ということに気づかれ、タバコに対して否定的な考え方へ急になってしまう人も少なくありませんが、ニコチン依存症自体が意識の差を招くという考え方も成り立ちます。

また、現在においても日本では、ニコチン依存症も含めて依存症全般に対する医学教育が十分なされていないとは言えない状況にあり、これもまた意識の差につながっていると考えられます。これからの日本の医療と医学教育の現場では、依存症という病気に対する治療、医療体制と医学教育をどう進めていくのかということが、大きな課題になるのではないだろうかと考えさせられたところです。

【先生方からお寄せいただいたフリーコメント】

(今回、200近い貴重なご意見を賜りました。紙面の関係上、重複した内容を避けながら、この度は、一部のみ（三分の一程度）ご紹介させていただきます。)

- ・うつ病の禁煙指導、治療が困難を感じる上に、精神科医が禁煙に関心を持っていないように感じる。
- ・今でもタバコを嗜好品だと誤解している医師もいる。分煙すればよいと思っている人もいる。(呼出煙やサードハンドスモークの害を知らない医師もいる。)
- ・アルコールの方も問題だと思う。「酒の席だから許され過ぎ」人格が変化したり、暴力的になったり、気分が大きくなる人がいて、タバコと同様に問題。周りが不快な思いをすることが多い。
- ・スパイロメーター検査を必ず行う。
- ・タバコの値段をもっと上げるべきです(1箱20本入り1,600円くらい)。
- ・チャンピックスの副作用、特に眠気、意識障害による交通事故は余り起こるものではなく、受診者にそういうことが起こる可能性とその時の対処方法を説明し、カルテに説明内容を記載すればよいと考えています。また、それを恐れて禁煙治療を中止、後退させる必要はないと思います。
- ・ニコチネルTTSで1週間から10日間位で殆ど禁煙している。精神論だけでは難しい。何らかの補助剤が必要と考えます。また、治療と称して長引くのは良くない。却ってマイナス。長くても10日間位で止めるべきです。
- ・ニコチン依存に関する知識が職員に不足している。
- ・ニコチン依存症管理料算定医療機関の基準は「全面禁煙」であるが、認められた施設でも、施設のすぐ外で医療関係者が

吸っているので意味がない。根本的な基準の改定が必要と考える。

- ・ニコチン依存症管理料算定医療機関の申請に関して、当院は看護師がおらず、医師と事務員のみしかいません。呼気CO測定器もあり、禁煙の指導も十分時間を取ってやっているのに、申請しようとしたら専門の看護師がないからダメだと言われた。看護師が必要な理由を知りたい。医師の指導だけでは、駄目なのか？
- ・ハンセン病やアスベスト被害の反省すべき歴史を踏まえ、タバコ対策には医師会として積極的に発言して正していくべきだと思います。
- ・まず、学校教育の場で、また職場で喫煙のriskを今以上に十分に啓蒙に力を入れて活動すべきである。
- ・マンションに住んでいますが、エレベーター内で喫煙していたのか、エレベーター内が煙臭かったり、いわゆるホテル族がベランダや廊下で吸った煙が流れ込んできたりと、喫煙者のマナーに対する意識が低すぎます。喫煙人口を減らしてこうしたマナーの問題も減るよう、学校教育での喫煙問題に対する指導が重要と痛感しています。医師会としても各学校への禁煙教育をどんどん進めて頂きたい。
- ・医師が喫煙していて、禁煙を指導するのは如何なものか。
- ・医師が必要と考えれば、禁煙指導を行い、禁煙補助薬を処方できる体制を作るべきである。
- ・医師会、厚労省は、もっと喫煙（受動喫煙を含めて）の害を国民に知らせるべきだ。
- ・医師会や関係団体が喫煙について患者のみならず一般市民、医師にもキャンペーン、指導して頂き有難いと思っています。この10年間に喫煙者が激減したことは、これを実証していると思います。今後も引き続き運動を続けてほしいです。
- ・医師会役員の登用条件に禁煙を！
- ・医療とは関連は低いかもしれませんが、1. 喫煙マナーの無い、無いに等しい喫煙者も社会と共存できる「分煙」を社会として目指すべきだ。 2. たばこの税金の総額と用途を、非喫煙・喫煙を問わず理解できるように積極的に公表すべきだ。 3. 医学・医療が個人の判断を上回るように誤解されかねない「たばこの害」と「健康被害」と「社会的悪」と「個人の力量」の関連のプロバガンダを国も医師会も是正(?)すべき、止めるべきだ。 4. 以上を確認した上で、全て健康にかかわる情報は、全ての人を受け取れる、そして自分で判断できる、そして社会との関係が分かり、判断を確認したり、是正したりできるようにすべきだ。禁煙教育や禁煙治療は、その中にあると思う。
- ・煙草が嗜好品であり、90歳を超える喫煙者も存在する以上、これまでの煙草文化も認め、個人の嗜好への介入はある程度控えるのが成熟した社会のあり方だと思う。喫煙や喫煙者＝「悪の権化」とみなすような風潮は好ましくないと思う。
- ・患者さんの疾患にriskがあれば指導して禁煙を勧めるが（熱心にやられているところに紹介）それでも患者の意志で喫煙されるなら、それも自己責任と思う。
- ・喫煙していないとき、心が安定しているとき、ゆっくり話すのが良いと思う。本人がその気になって絶対禁煙しようと思わないとできないことで、しかも、ストレスを感じないように穏やかな状態、心が安定した状態でないとうまくいかない。イライラすると吸いたくなるのである。
- ・喫煙することは自由であると思うが、喫煙したくない人も煙の影響を受けることは問題だと思う。まずは、タバコを吸い始めないことが大切だと思う。
- ・喫煙そのものが非常に強い薬物依存症を持つ生活習慣病であるので、積極的に治療すべき困難な中毒症です。従って、受動喫煙対策（分煙）だけでなく、禁煙を全面的に治療せねばならない。
- ・喫煙は健康に悪いと思いますし、禁煙治療が必要な人もいることよりも当院では保険による禁煙治療を行っています、すべての喫煙者が禁煙をする必要があるとは全く思いません。その点で、今の医師会の禁煙を推進している先生方の発言をお聞きすると、いわゆるたばこファッションみたいな印象を受けます。日本を含めた世界の国でたばこは成人したら合法的に吸うことが出来ることよりも、たばこを吸いたい人は吸えばよいし、吸いたくない人は吸わないといった状態が自然であると思いますし、そのような世の中が健全であるように思います。たばこが嫌いということで、たばこのすべてを否定することはあまりに視野が狭い感じがしますし、多様な考え方を受け入れることが出来る世の中が成熟した世の中なのではないでしょうか。社会の様々な階層の方たちが病で救いを求めてくるのに対応する医師こそ、多様性を認めることが出来なければならないのではないのでしょうか。たばこの害はよく分かりますが、それを承知で吸う人や、たばこがなければ極度のストレスを解消できない人たちも現実問題としていることより、もう少し、広い視野で喫煙について考える必要があるのではないのでしょうか。また、禁煙治療が現在、制限付きの保険適応になっていますが、これから先も保険での禁煙治療を継続するためには、保険証をクレジットカードのように資格、病歴等がすぐに分かるような形態に変更する必要があるように思います。というのは、一年に一回しか保険による禁煙治療が出来ないにもかかわらず、他院でうまくいかなかった後一年経過していない時点で、初めての禁煙治療と嘘について受診した患者が何人かおり、そのうちの二名は現在、支基金との間で、当院が行った禁煙治療の支払いについて再審査中となっております。受付での問診では一年以上保険での禁煙治療を受けていないと書いているにもかかわらず、診察室で再度問診を行うと、保険での禁煙治療を1年以内に行っていたことが分かる例もよくあり、このような虚偽の申告を行うものが多ければ、保険での禁煙治療をやめようかと思っております。もう一点ですが、保険での禁煙治療を毎年のように行っては失敗しているものも多数おり、このような患者の診察を行っている、禁煙治療の保険適応そのものが間違っているのではないかとも思うことがあります。
- ・喫煙や受動喫煙による健康被害については、EBMに基づいて十分な啓発活動を行い、青少年に新たな喫煙者を生み出さない運動は重要であり、医師会としても積極的に取り組む課題であると思う。
- ・喫煙を始める大学新生に先ず指導する。禁煙は自分の意志で行うしかない。
- ・喫煙習慣の禁止は健康上絶対必要である。自分の体験から禁煙後は約3か月間覚醒時は煙草を吸いたい思いが強烈で、禁

断症状が続いたが、約3か月後より時々忘れていたことに気づき、嬉しく絶対やめるといった思いの支えとなり、6か月後には完全に解放された。

- ・禁煙できる、できないかは、全て本人の意志次第と思います。気持ちを維持させる良い方法はないでしょうか。胸Xや、CTをみせ、肺がんの数値をみせてもあまり感じない人が多いようです。
- ・禁煙を推進するのであれば、パッケージには有害との表示をもっと明確にし、タバコの価格を上げるべきである。若年者の小遣いで買えないまでに高値にして、若年での喫煙を根絶すべきと考える。保険で禁煙指導を推進するよりも、タバコの害の周知と、タバコの値上げの方が有効と考えている。
- ・禁煙運動の普及で自動車とか列車等乗り物の中、会議場、公共の室内等の空気が以前に比べてきれいになってきた。真に結構なことで、今後もこの運動は継続すべきであると思います。
- ・禁煙最困難な人をどうするか。統合失調症の患者さん。重度のニコチン依存症の人など。
- ・禁煙治療は禁煙のきっかけになることもあるので良いと思いますが、薬の金額が高すぎると思います。(これはチャンピックスに限ったことではないですが)
- ・禁煙成功率を少しでも上げたいが、離脱例も多い。禁煙プログラムを離脱されても、途中で中止されても禁煙成功している例も多数あり、特に女性においてその数も成功例としてカウントできれば成功率は上がる。
- ・空気がきれいな環境は有難いと思うし、病院だから喫煙できないというルールが徹底していれば、入院中の禁煙は守り易いように思う。また、飲酒についても健康に有害であるという意識を共有できるよう、環境を整えていく必要があると思う。「節度ある適切な飲酒」という考え方を啓発し、「アルコール健康障害対策基本法」の制定を求めている等)
- ・県下一斉に“医療施設職員の禁煙義務化”を出すくらいのが出来なければ、医師会のこのような取り組みも意味がない、と思う。
- ・今から30年前に、小学校のPTAで子供の受動喫煙の害について教育したり、家族の禁煙について活動した。その頃は、医師会も周囲も関心が薄かった。やっとこの10年医師会も関心を持たれるようになり、喜ばしい。
- ・今回タバコの料金を上げて、どのくらい減少したのかデータはあるでしょうが、どんなに高くしても一定数は喫煙するでしょう。大衆食堂などでも分煙を明確にし、受動喫煙を減少させることが大切でしょう。病気で入院時の禁煙教育も大切。その際、補助剤が少しは効果がある。
- ・子どものスポーツ大会などで大人が喫煙していますが、どうにかならないものでしょうか。受動喫煙の問題もあります。
- ・子供に対する喫煙のリスクに関する教育をもっと行うべき。タバコの価格を今の数倍にアップさせていくこと。タバコの税金は全て医療費に充てられるべきだと思います。
- ・私の経験では、禁煙する(させる)には、1)朝起きた時に始めること(朝吸わない。一晩我慢しているので、その延長でタバコをやめるという意味) 2)ニコチンガムなどを利用すること 3)何か病気があれば、それに関連して禁煙させる。かな?
- ・私は、1日30~40本吸っていたが、医師でもあり、馬鹿らしいことは止めようと思い決心した。人頼みでは駄目だと思っている。
- ・私は、タバコの生産者が他の職業に就けるようにして、徐々に生産を減らしていくべきだと思っています。政治の問題だと思います。タバコがなくなれば、高価になって吸えなくなるのでは?
- ・私は52歳になったばかりの誕生日以来14年間喫煙していないが、禁煙は難しいことだと思っている。私は幸い禁煙できたのでありがたいと思っているが、他人に言ってどれだけ効果あるか…守れない人が多いので一言や二言では中々やめないし、言うほど相手はストレスを感じて余計喫煙をしたくなるものである。私自身が経験したことで、楽しく喫煙しているそばでやめると言われると吸った気がせず、喫煙の満足感も得られないので、もう一本、もう一本と余計吸って満足しようとする。結局、そばでワーワー注意されているといつまでも満足感がなく、イラつくばかりであり、喫煙しているそばでは言わないほうが良い。
- ・若い頃10年間喫煙していたが止めた。人が言うほど苦しいと思わなかったし、一度で止められた。今では傍で人が吸うと不快感が起きる。レストランでタバコの臭いがすると退散したくなる。嫌煙です。
- ・若い女の人の喫煙が増加しているように思い、心配している。
- ・酒もたばこも肥満も、全て本人の自由。他人に迷惑をかけなければ良い。そんなにタバコがだめなら、日本で売らないようにすればいい。肥満もどうにかすべき(タバコだけでなく)。
- ・受動喫煙に配慮して(マナーを守って)自己責任で吸うのは構わないと思っています。私費扱いの頃、過去に何例かニコチンパッチで成功しましたが、禁煙の決意があれば成書通りに漸減していかなくとも成功しております。
- ・諸外国のように、たばこの税金(値段)を上げるべきで、積極的な禁煙指導・施策が重要と考える。
- ・商業施設等の「入口」に喫煙箇所が設置してあるのはダメと思う。その施設に入るのが憂鬱になる。
- ・小児科の立場として、患児の親御さんに対し、禁煙を勧めていくべきかどうか迷っております。
- ・少なくとも、病院幹部たる医師は率先して禁煙すべきである。2. 現実はそのようになっていない(一部分) 3. 精神障害者の一部には禁煙治療を実施し難い人達がいることは否定しがたい。
- ・職員が全員非喫煙者であるとか、非喫煙者しか採用しないと、病院(診療所)としての方針を示す施設が早く出現するとよい(特に、精神科の病院)。
- ・心疾患・呼吸器疾患など、明らかに禁煙が必要な患者に関しては、全ての医師が禁煙治療ができるようにすべき。喫煙と飲酒、どちらが健康を侵しているか、どちらが犯罪を引き起こしているか、恐らく後者の方が数的に問題だと思う。そも

そも欧米から始まった嫌煙をバックに嗜好に対して日本の保険診療が関わるのは許せない。捕鯨禁止を日本の法律に定めるようなものだ。

- ・心肺機能は禁煙後好転し、激しいスポーツにも十分耐えることができ、現在2～3のチェックと治療のための服薬はあるが、臨床検査所見は正常であり、これも断煙の効果だと、喜びと幸せを感じています。老人の年齢を感じますが、まだ身体機能は健全で感謝しています。
- ・親が喫煙していれば子供も喫煙者になることが多いようで、女性の喫煙が増えていますが、将来その子供たちが喫煙者となることが心配です。幼児期、小児期より喫煙は怖いものという教育を徹底的に行う必要があるものと考えます。教師が喫煙していることも多いようで、学校敷地から一歩出て喫煙している姿も見かけられるとのことですが、禁煙教育は重要な教育項目であることを行政や教育委員会に布告して、それができないか、任に適さない教師へは何かのデメリットを与えることも考えてよろしいのではないのでしょうか。
- ・成人の喘息患者には、禁煙外来に受診するよう勧めている。
- ・設問の選択肢に「全ての患者に禁煙をすすめる」というのが医師として望ましい姿だと思います。医師会のスローガンにでも取り上げてみてはどうでしょうか。
- ・他人に迷惑をかけない範囲で喫煙するのは本人の自由である。本人の健康についてどうなのかは、本人が考えればよい。喫煙するかしないかは、ここがポイントだと判断する。但し、喫煙は周囲の者にも不快感や害をもたらすことを公共機関がもっと喫煙者に周知させるべきと思う。飲食店などの公共施設で禁煙になっていないところが境港市は非常に多い。
- ・鳥取の街を歩きながら、公共の場での若い喫煙者に目を奪われてしまう。若年者、女性に対する禁煙の働きかけが、他の地域に比べて薄いのではないだろうか。この点については、声を上げずにぼんやりとしている自身を反省せざるを得ない。医療者として、目の前で喫煙している人を黙って見過ごしてよいものだろうか、常に自問を繰り返している。
- ・鳥取県の男性は喫煙率が高く、癌も多い。県レベルでの禁煙教育、特に学校での教育が重要だと思う。
- ・鳥取県は禁煙の取り組みが遅れている。公共の場として、レストラン等でも完全禁煙とすべきである。小児の受動喫煙等、問題なのではないだろうか。
- ・鳥取県医師会にも禁煙指導対策委員会があるが、委員長のもとに委員会全体がまとまった公的な活動は見られないようである。(委員の中の個人的な活動に頼っている形である)。まず、この委員会には県医師会の予算が付いていない。つまり、公的活動費がないので、何もしなくても非難されないし、公的活動はできない形になっている。委員会を開いてしっかりした活動をしてもらいたい。
- ・如何に止める気にさせるかが問題で、補助剤が非常に効果的とも思わない。
- ・病院・学校・食堂・店等が完全分煙出来ていれば、(受動喫煙が全くない状態が達成されれば)喫煙することは依存になることも含めて法律で禁止されない限りでは、全く個人の自由と考える。
- ・病院において患者の喫煙は不要と思われる。しかしながら、terminal stageの患者さんにおいては、やはり許容されるべき部分かとも思われる。飲酒は不可で、喫煙は可というのも矛盾点がないわけではないが…。
- ・病院職員については疑うべきところなく、院内では全面禁煙すべきと思う。医師が院内で喫煙し、もしくは他所で吸って臭いがかかる…などは、最も避けるべき状況であると考えます。
- ・本人の禁煙に対する意識がどの程度かが問題。私は補助剤で止めることができた。最初の1週間どうするか。酒も同時に止めること。酒を飲むとダメ。ほしくなるから、との意味で禁酒～節酒です。節酒が高じて、現在は晩酌も止めています。
- ・老人保健施設にて入所者全員喫煙者なし。職員3～4名禁煙指導中。施設外にて喫煙指示。

医療機関の禁煙化にご協力下さい。

本会では、平成16年度「禁煙指導対策委員会」を設置し、禁煙化の促進を図っております。

会員各位の医療機関におかれても、まだ禁煙対策を講じられていないところは、医療機関の禁煙化にご協力をお願い申し上げます。また、産業医の方は、受動喫煙の防止、事業所内の禁煙化をご指導下さるよう併せてお願いいたします。

* 日本医師会ホームページ「禁煙推進活動」(<http://www.med.or.jp/people/nonsmoking/000004.html>) より、『当院は禁煙です (No.124)』などのチラシをダウンロードすることができます。

『学校保健・学校医に関するアンケート』集計結果

—平成24年10月実施—

常任理事 笠木正明

鳥取県医師会および鳥取県医師会学校医部会では、仮称「指定学校医」制度の創設に向けて準備を進めておりますが、このことについて学校医各位の意向をお伺いするため、平成24年10月、学校医222名全員を対象に標記の調査を行い、156人の先生よりご回答頂きました。(回答率70.3%)

ご回答を寄せて頂きました先生方には、ご多忙の中ご協力頂きました事を厚く御礼申し上げます。

集計にあたり、内科系学校医(以下、「内科系」と)と、それ以外(眼科・耳鼻科・他)の学校医(以下、「その他」と)に区分して集計しました。ご意見については、できるだけ修正せずそのまま掲載することにしたしました。

○**学校医**は、多くを開業医が占め(76.3%)、年齢は、40歳代13.5%、50歳代44.2%、60歳代23.7%で、50歳代+60歳代=計67.9%を占め、高齢化が目立つ。「内科系」学校医が75.0%を占める。

○学校医の**経験年数**では、20年以上学校医を勤めている会員が「内科系」で39%、「その他」で36%を占め、長年にわたり学校医を勤めている会員が多いことには頭が下がる思いである。

○**受け持ち校数**は、「内科系」の88.0%が1~2校であるのに対し、「その他」は64.1%が5校以上を受け持っていた。それに比例するように、**受け持ちの児童・生徒数**は「内科系」の59%が500人未満に対して、「その他」の64.1%は、500人以上を受け持っていた。眼科・耳鼻科等「その他」の学校医の受け持ち児童・生徒数が多いことには大変なご苦勞があることが窺われる。受け持ち校や受け持ちの児童・生徒数の大きな違いがあり、「内科系」と「その他」では、学校保健安全法施行規則の受け取り方や、出務回数・出務内容等において当然乖離が認められる。

○9) 実際の学校医活動と**学校保健安全法施行規則**に関するご意見は下記の通りである。

【内科系】

・学校保健・安全計画の立案に参加できていない。 ・8.の準則に新規事項が加わっているが、その情報の周知がない。 ・その通りと思います。 ・学校の環境衛生に関しては、事実上ノータッチである。

・眼科、耳鼻科、整形外科の先生方に学校保健委員会に参加してほしい。 ・規則通りにはいかない。規則の解釈が難しい。 ・救急処置は救急車を呼ぶことが真っ先でしょう。 ・健康相談・保健指導と銘打ったことはしていない。具体的にどのようなことが求められているのかわからない。 ・健康相談を実施すべきです。 ・今の検診のやり方でいいでしょうか?(顔色を見て聴診して脊柱をみて)身体測定も坐高は意味あり? ・最初のうちは運動会の救護が求められているのかと思ったが、どうもそうではないようなので、最近は行っていない。 ・仕事量、責任が増せば、現状の報酬では無理。 ・執務記録簿に記入したことがない。 ・実現できていないことが少なくない。 ・受験校であるので、その辺を考えな

がらやっている。(学校の都合に合わせて。)

【その他】

・学校医に教職員の健康管理(産業医的業務)まで課すのは如何なものでしょうか。学校に出向いて、無償でそのような業務をやってほしいという希望が現場の一部にあるようです。・担当校が多すぎて、施行規則通りにはなかなかいきません。・主として健康診断に従事している。

○12) **出務内容**は、定期健診はもちろんであるが、その他運動会・入学式・卒業式など多種多様な内容である。

【内科系】

・子どもたちの学校行事に参加 ・EM菌のプール投入 ・インフルエンザ、その他が流行したとき ・ケース会議 ・マラソン大会前の健診 ・ミニレクチャー；子どもの足について ・以前は運動会、学習発表会にも行っていたが、最近は行っていない。 ・運動会(×8) ・運動会で熱中症などが出た時のため、出務した。 ・運動部の大会前の健診(陸上部の駅伝前など) 米子～鳥取駅伝 ・駅伝選手の健診(×5) ・学校行事(講演依頼) ・学習発表会(×3) ・救急訓練 ・教師からの相談 ・教職員に対する健康教育 ・禁煙教室 ・健康教室(主に喫煙防止授業) ・健康相談 ・校学学習等の指示署名等は月1～2回あります。 ・行事前の事前検診 ・講演etc. ・合同カンファレンス(月1回実施)(生徒の心身の問題について) ・事故などが(疾病上も含む)あったとき ・修学旅行・遠足の付添 ・修学旅行前の検診 ・修学旅行帯同 ・修学旅行等学校の行事前の検診 ・職員and/orPTA向けの講演、学習会 ・職員の健康相談、衛生委員会 ・新築校舎のシック・ハウス症候群の協議 ・親からの相談 ・性教育参観日 ・生徒に健康上の特別な問題が生じた場合に、その対応についての話し合い。 ・生徒を交えたお菓子作りをし、糖尿病など、生活習慣病予防の話 ・赤ちゃんふれあい会 ・卒業式(×2) ・体育系競技会の前検診など ・中1女子への子宮頸がんワクチン講習会 ・伝染病発生の対策、協議 ・特別学校保健会など ・入学を祝う会、卒業を祝う会、入学式の一部、卒業式の一部 ・入学式(×4) ・父兄交えての学校における問題点の相談 ・予防接種 ・養護教諭と月例の連絡会 ・臨時健康相談年1～2回 ・臨時健診 ・臨時検診(研修旅行健診)年1回

【その他】

・流行性の結膜炎が発生した時の指導 ・健康相談 ・運動会 ・高等学校へコンタクトレンズの扱いについての眼科的知識の講演 ・個別相談(発達相談や心身の不調について)

○14) **学校保健委員会**・要望などのご意見は下記の通りである。

【内科系】

・運営のための資料は保健担当者に随時渡し、いつでも対応できる体制はとっているが、行事が多く開催までは至っていない。話はしている。(理事会と) ・「学校保健・安全計画の立案」を主体としたものが望ましいと考える。予算を伴うことがあると思われ、教育委員会(事務局)の参加も必要。 ・事前の打合せ、etcあった方が話しやすいものもあるかも知れない。 ・養護教諭が代わると、問題意識や視点が変わってしまうことがある。より長期的な総括と方向性を考えていくことも必要では? ・2回中1回は児童参加型が希望だが、夜間開催のため実現しない。例えば、最初の30分間だけ予め決めたテーマについて発表(代表2～3名で)してもらうのは如何でしょう。 ・35人ほどの会であるが、保護者からの意見が少ない。この委員会には外科系学校医が会長となり、耳鼻科、眼科、歯科医も参加して会議を行っている

る。 ・いつもかわり映えのしない会なので、もっと学校もあたりさわりのない会でなく、実のあるもの、学校の子供たちに役に立つものをテーマにしてほしい。 ・すればよだけの会になることがある。校長先生の考えでこうも違うものかと思うことが多い。時間を使って、人を集めてやるなら、もっと考えてやってもらいたい。 ・テーマについては学校側の希望だけでなく、校医の意見も聞いてほしい。 ・メインテーマがここ数年同じ!! また、どの学校も同じテーマ。父兄の参加もそう多くなく、質問もあまりなく、学校医が同席し指導する必要があるのか? ・よくまとめていらっしゃいます。 ・可能な限り医師として他の会がないときが良い。 ・画一的になっているように思います。校長により力の入れ方が全く変わるように感じます。 ・回数を年2~3回に増やしてみても。 ・開会、閉会の時間厳守 ・各部署(歯科3名、薬剤師1名、内科1名、眼科1名)、北栄町保健師1名、PTA役員3名、学校関係者6名を呼んで、年2回きちっとされています。 ・学校医の都合を聞かず開催されるときは、欠席せざるを得ないことが多い。 ・学校職員、各学校医、PTA役員等多数出席。検診結果の報告、各委員の活発な発言もあり、有意義に運営されているが学校の事情が許せば年2回の開催が望ましいと考えている。 ・学校保健委員会への児童・生徒代表の参加について検討をお願いします。 ・現在、夜間に行われ出席しやすいよう配慮して頂いている。 ・現状で可 ・行事に終わらない、発表会に終わらないようにするのが難しいですね。 ・児童の参加がないこと ・担当校は、かなりきちんとしている方ではないかと想像している。 ・特別学校保健会(生徒、父兄が一堂に会して行う)を行うこと(年1~2回)。 ・内容は学校長が決めている(?)と思っているので、特別に内容に対する注文や感想はない。但し、学校職員もPTAも生徒も数年のうちに転勤、卒業などで完全に代わってしまうので、以前の学校保健委員会で話し合ったことが経時的に受け継がれていってないように思える。また、テーマも以前(数年前)にあったものを繰り返して最初から行っているようで、以前のものとの継続性がないように思えます。 ・父兄の参加が少ないようです。時間帯とか曜日とか、考えて頂けたらと思います。 ・連絡、協議、調整、議題内容etc、上手に運営されている。学校歯科医師とも協力関係良好。

【その他】

・保護者の出席が少ない。 ・もう少し保護者(の代表)の参加が増えればよいです。 ・学校保健委員会への取り組みが学校によってかなり温度差があります。全く会が開かれない学校があり、いつも不思議に思っています(単なる感想です)。 ・小生の担当校では毎回それぞれ工夫した企画がなされており、良いと思います。 ・専門医としてコメントが必要なことがあれば言うて頂くようお話ししています。 ・中学生においては、生徒の代表(生徒会長、副会長、保健委員長等)を出席させてdiscussionしている学校があります。全校これを見倣われては如何でしょうか。 ・特に支障がない場合は出席しているが、時間的に都合のつかないときなどはご了承いただいております。全てに出向けば年間30回以上になりますので、学校眼科医の状況にご理解をお願いします。 ・保健委員会が開催される時期が問題である。夏休みが終わった後に開いても、夏休み中の指導が出来なければ意味がないと考えます。

○15) 学校での講話・講演等は「内科系」60.7%、「その他」35.9%が実施したことがあり、そのうち「内科系」75.0%「その他」71.4%は無報酬で行われている。その内容は以下の通りである。

【内科系】

・生活習慣病、子宮頸がんワクチン ・「睡眠ホルモン」「早寝・早起き・朝ごはん」について ・2009年新型インフルエンザ流行時(ほぼ終息に近いとき)にインフルエンザの特徴等説明した。 ・IBSについて ・PTAに対する子育て講演 ・アナフィラキシーショックについて ・インフルエンザetc ・イ

ンフルエンザ、ゲーム脳、サーカディアンリズム、睡眠、保健委員会での話、5～10分程度 ・インフル
エンザ、感染性腸炎、肥満 ・インフルエンザ、熱中症、食中毒について ・インフルエンザ予防 ・ウ
イルス感染症、ワクチンの話 ・キャリア ・スポーツをしよう等 ・スポーツ障害について ・たばこ
・タバコの害について（防煙授業として） ・テレビゲームについて ・テレビゲームの弊害について
・てんかんについての講習会（教職員向け）…複数回 ・マイコプラズマ ・ミニレクチャー ・メタ
ボリック症候群について、アレルギーについて、食育運動習慣の大切さについて ・メタボ症候群 ・
メディア ・医原性による重度の心身障害を呈した歴史について、SMON、サリドマイドなど。 ・運
動と食事と学校生活について（小学校） ・運動器疾患について ・学校側の決めたテーマについて（本
年は熱中症について、去年はインフルエンザなど） ・感染症 ・基本的な生活習慣 ・起立調節障害のア
ンケート調査 ・救急処置について ・教育のための健康教育 ・教職員に対するレクチャーなど ・
禁煙、インフルエンザなど ・禁煙、ノロウイルス ・禁煙教室（毎年行っています。） ・禁煙講習会
・禁煙防止教育 ・筋肉、運動について ・血清脂質検査、血清脂質について講和、保健所栄養士によ
る料理教室、栄養指導、H19年貧血検査中止に伴い、血清脂質検査も中止となる。 ・健康への影響を与
えるもの（テレビetc） ・健康教育、好ましい生活習慣づくり ・校長の発案で、就業時健診時、保護者
対象に児童の健康や感染症について講和したことがある。 ・姿勢不良児のモアレ撮影、側彎体操の指
導・・・漸次姿勢不良児減少し、現在は実施していない。 ・子育て、健康一般的な問題 ・子宮頸がん
ワクチンの講習会 ・紫外線の体に及ぼす影響について ・紫外線対策 ・自分で自分の健康を守るため
の生活習慣 ・授業の状態（危険度） ・就学時、健診時の保護者への講演 ・重症児者の病因・病態？
・重度障害児への性と生の教育について（PTA向け） ・小児のメタボリック症候群 ・小児の骨折に
ついて ・障害のある子供の保健について ・障害児について ・障害児について、てんかん、感染症な
ど ・障害児の性教育 ・食育について（小学校） ・心の問題 ・心身症、不登校について ・新型イ
ンフルエンザ ・睡眠 ・睡眠、成長、ゲーム脳、メタボリックシンドロームなどについて、講演講話、
授業への参加 ・睡眠と生活リズムについて（高校） ・睡眠について ・性教育 ・成長発達 ・生活
習慣（早起き、早寝） ・生活習慣、睡眠、疾病予防等 ・生活習慣病 ・生徒（小学校）に興味ある話、
授業として。 ・生徒の親たちが日頃病院で聞けないこと。 ・生命のバトンタッチ ・側弯症について
・但し、学校医としての授業等ではなく、訪問介護員養成課程の教官としての授業です。（5～6年間
ありました。） ・中学校、夏休み前、健康について ・腸管出血性大腸炎O-157について ・熱中症につ
いて ・熱中症について（高校） ・熱中症対応、インフルエンザ、水分補給、麻疹、予防、ひきこもり
・肥満（小児） ・不整脈について

【その他】

・就学前の小学生の親を対象とした学校生活と目の健康について ・「児童・学童期における耳鼻咽喉科
疾患について」と題して某小学校の学校教育部会の席で1度講演したことあり。（学校保健委員会とは別
枠でした） ・PTA主催の健康フォーラムの講師の一人として（シンポジストとして）講演と意見発表を
行った。 ・いのちと健康 ・コンタクトレンズについて ・眼科、特に屈折異常についての基礎的な話
・喫煙防止教室 ・講演です。 ・耳鼻科疾患について ・小児のIT眼症について ・色覚異常につ
いて ・心因性視覚障害について ・睡眠と学習の関係について ・睡眠について ・生活リズムを整え
よう ・先生に対する講義（形式） ・発達の問題について ・目のいくつかの疾病について説明 ・目
の病気

○18) 学校の定期健診等についての要望やご意見

【内科系】

・「学校の定期健診」等に出務しても、きちんと挨拶のできない教職員が多くなってきたと感じる。教職員に対しての「教育」が必要と考えます。 ・いつも全員に行っているが、全てに必要とは思わない。

・プライバシーの問題 ・家族が分かる対策の必要性の低い疾患を指摘する必要はない。Exアレルギー性鼻炎、湿疹、扁桃肥大（症状の乏しい） ・各個人の調査表（既往、アレルギーなど） ・学校も医師も忙しい中でどうにかこなしている印象があり、もう少しゆっくり診察、問診できれば、と思う。 ・学校医として唯一子どもたち一人ひとりに接する場なので、有用にできればと願っています。ただ、大抵は子供たちにはかかりつけ医がおられ、学校医としてどのようにするのが一番よいのか、いつも考えてしまいます。 ・学校生活に対する対策、配慮が必要な疾患を指摘する。 ・慣習で行っているようであまり意味がない。学校自体が医師を必要としているか、疑問に思う。 ・結核健診問診票、心臓健診問診票における精密健診受診の基準を「定期健診」前の時期に学校と学校医に知らせてほしい。毎年のことだが忘れるので。 ・現状は形だけの定期健診になっています。希望者のみとして、じっくり時間をかけてやるべきと思います。 ・限られた時間でほぼ全員を診ることになるので、形式的になるのは止むを得ないと考えるが、実際に毎年やっていると、多少の虚しい感じがある。 ・高校の場合、女子の健診の時女医に診てほしいとか、下着（服）の上から（肌を出さないで）診察してほしいという要望が出たことがあるが、（保護者から要望が出たという話だが）それでは健診、診察にならないので断ったことがあります。

・今の検診のやり方でいいのかどうか、ずーと疑問に思ってきました。保護者側等へ健康の問診票をしっかりと記入して頂きたい。 ・児童数の増加や羞恥心の増大などで、定期健診の所要時間が伸びたため数年前から全校を三分割して行い、今年度から木曜午後に3回出務している。胸部聴診、眼瞼結膜による貧血、最敬礼による脊柱側弯チェック、心電図異常児の事後指示などを行うが、いつももっと大切に時間を使う方法ないのかと悩む。校長の理解と養護教諭の指導力によるところが大きい。 ・時間がない。一人ひとりの子供たちに十分接せないで、流れ作業のようになってしまう。 ・時間が短いので把握が大変。 ・心、腎疾患の精検が実施されている現在、50年以上続いている定期健診のあり方を考え直す時期ではないか。「学校定期健診」の鳥取方式をつくっては？ ・身体が疲れる。今年度で産業医をやめたので、校医もやめようと思っている。 ・精査、要治療、要指導などの保護者への通知文書様式が統一されていることが望ましい。 ・短時間で複数の児童を診る必要があり、形骸化せざるを得ない。 ・特にありません。但し、健診当日欠席者がいますので、本来各学年1回で、計3回で終わるところ、欠席者を対象とした補足健診が必要なため、合計回数は毎年5～6回になることが負担になります。 ・日常発見できない疾患を指摘する。Ex側彎（上半身脱衣の指示必要）、甲状腺肥大、低身長、不正脈、心雑音 ・複数のDr.で診察できる体制は？（歯科は大規模校は複数体制のよう） ・保護者の参加がもっと多いとよいです。 ・保護者の問診表には詳細に記してほしい（参考にしながら診察を進めている）。 ・問診に重点を置き、聴診を減らすようにしたい。 ・有病生徒の身体状態知るため、病歴を親の方より直接聞きたいことがある。 ・養護教諭の方が頑張ってくれるので、ほぼ現状で満足（問題点のあるケースをピックアップしてくれている、など）。 ・養護教諭の力量により、スムーズに行くか行かないかが決まる。 ・話し合っているのでは特になし。

【その他】

・眼科検診では、結膜炎、斜視など判定できるのは前眼部のみですが、健診で異常なしと判定されるとすべての眼科疾患で異常がないと誤解されないよう、学校及び保護者に知っておいてもらいたい。また、コ

ンタクトレンズをしている生徒の多い高校では、コンタクトでの異常はわかりにくく、コンタクトの定検代りにはならないので異常なしの判定が難しく、異常なしといわれて安心されては困る。・学校へ；担任の先生によって健診の熱意や通常の生徒の健康観察状態・把握に差があります。中には、健診の目的が「患者の獲得」と思っているような態度の教諭もあるように感じます。・学校検診の目的は、学校生活に問題のある病態を判断することにあると認識しておりますが、個別の疾患まで“診断する、して当たり前”といった考えを持つ保健の先生、保護者がいて困ります。・学童一人ひとり呼び込んでの健診では時間がかかる。学校は集団生活を教える教育の場であるので、他人の真似をすることも教育だと思うのですが。・眼科では、現在行われている視診による外眼部健診はあまり意味がなく、眼科学校医のモチベーションを低下させている。眼科として学校保健に関与することは重要なので、定期健診以外の健康相談や、学校での外傷対策等への対応に学校医の役割をシフトするべきである。・儀式的なものになっており、診断内容について学校側はあまり関心がなさそうである。学校・保護者とも病気の重要性を認識してほしい（受診結果を求めることに主眼が置かれている？）。・健診で専門医での治療を考えたほうが良いと家庭に連絡しても、専門医受診率は50%前後であり上昇しない。学校、保護者への働きかけが足りないのかとも思うが、これ以上のアップは期待できないかもしれません。そうであれば、健康相談、健康指導などに力を入れたほうがよいのかもしれません。・健診の方法や内容に関しては、理想的とは言えないが、人的、時間的な要素を考えると現状が概ね妥当なところと考えます。眼科でいえば、健診時は視力のことは言及せず、結膜炎等を扱っていますが、眼鏡を使用していない子供に対する指導などもできればよいと思います。・最近の疾病の変化のため、中学校での検診の必要性に疑問を持っています。・定期健診は診察ではないので、全ての疾患が見つかるとは考えないでいただきたい。担当校が多すぎて十分な健診ができていません。学校側で健診の必要な人をつくって頂きたい。特に保育園は。・保護者へ；子供は明らかに症状があるのに健診にひっかかるのが嫌だからと考えて、予診票に意識的に「該当なし」と記入している保護者もあるようです。

○19) 学校医の報酬については、「内科系」26.5%、「その他」33.3%が適正と回答し、また、「内科系」47.9%「その他」56.4%が「わからない」とされた。「内科系」17.9%「その他」5.1%が「少ない」と回答。病院勤務の先生は、報酬が病院に支払われるため個人は受け取っていない。

○20) 県医師会が年2回開催している「学校医・学校保健研修会」には、「内科系」63.2%、「その他」30.8%は「参加したことがある」と回答。高校に関する内容がないなどの意見もあった。出席して頂くためには、内容に乏しいとの厳しいご意見もあった。

「参加したことがない」と回答のあった理由は下記の通りである。

【内科系】

・勤務中 ・高校に関係する議題がない。 ・高校生対象の内容でなかったから ・参加したいが、時間が合わないことが多い。 ・時間がない ・小・中学校校医を対象とした研修内容が多いので、高校担当校医としては少し内容が、関係が乏しいと思います。 ・心臓検診講習会に参加しています。 ・多忙 ・日程が合わない ・忙しい ・予定、都合が合わないことが多かった。 ・様々な行事と重なる。

【その他】

・時間的制約 ・日程合わず ・行きたいが、予定が合わない。 ・場所、時間が折り合わなかったため。

○また、出席していただくためには？との問の回答は以下である。

【内科系】

・医師会の行事、学術講演会、健診などのない、4月ごろに開催するのがよいのではと考えます。・過去には内容に乏しく、また出席が悪かった。・各地区（東中西）で開催し、その地区の学校医は義務的に出席するように出欠を取る。地区医師会からも学校医に案内する。・公私を含め他用と重なることが多いです。可能な限り医師会行事と同時開催として計画して頂けると嬉しいです。・参加しなくちゃいけないのかよくわからない。暇つぶしに出る程度!!・先ずは、日曜日に鳥取、倉吉、米子と巡回させて頂きたい。・例えば、出席回数と報酬額をリンクさせる（反対意見もあるでしょうが）。

【その他】

・（もっと多くの学校医の先生にご出席して頂くためには）平日PM 7時頃より開会

○21) (仮称)「鳥取県医師会指定学校医制度」の制度化については、回答を頂いた「内科系」58人のうち、約67%が「概ね賛成」か「賛成」、約33%が「わからない：約17%」または「必要ない・心配・反対：約16%」であった。また、「その他」で回答頂いた16人のうち、約56%が「概ね賛成」+「賛成」で、約44%が「わからない：約25%」または「反対・必要ない：約19%」であった。回答をお寄せいただいた概ね6割の学校医が、ゆるやかな制度として「概ね賛成」して頂いたことになる。ご意見は下記の通りである。

【内科系】

・“ゆるやかな制度”がよろしいと思います。義務的なものになれば、学校医を辞退される所も多くなるように思います。・「学校医」としての専門性を維持、向上させるために必要と思われます。賛成します。・あまりタイトにすると、あとで困ることにならないでしょうか。・あまり厳しくない制度（特に研修、講習会などについて）が良いと思われる。・いい考えだと思う。進めてほしい。・こどもとその周囲のシステムの心と体の健康を願い、且つ、担う能力のある人が学校医であってほしいと思いますが、そのために取る単位は荷が重い気がします。私のように養護学校で特別な事情で任されている学校医は、一般校とは異なり負担も多いかと思います。報酬とこの制度を結びつけるのは良くないと思います。・この制度による、生徒、親、先生などの学校側、また医師側、それぞれのメリットは何でしょうか。・そうして行くべきと前から思っていました。子供たちにとっては、“小児科医”が学校医であるのがベストとっております。・よい考えと思う。・わからない。・医師不足でない地域であれば望ましいと思われませんが、医師不足の場合は、日常診療と学校医の活動の両立は困難になるとわれ、研修会に対応する時間が必要となれば、一段とハードルが上がる気がします。過疎地で地域医療を行っている場合は、何らかの配慮が必要と思われます。・医師不足の中で、本当にできるのか？・概ね賛成ですが、見合った報酬を保障しなければ、辞退者続出となる危険性も孕んでいると思う。そうならないよう工夫されるべき。・概ね賛同しますが、地域の事情によっては指定学校医が県医師会の定めた研修会にすべて参加することは難しい場合も想定され、診療科別学校医にとっても負担が重くなるため、あまり厳格な制度化は却って混乱を招くのではないかと危惧します。・学会セミナー、学会地方会、検診のための講習会、産業医研修会等々、義務的講習が沢山あります。これ以上は…という思いです。・学校医のなり手が少なくなるのでは？・学校医の位置づけとして良い試みと思える。・学校医の一定の水準を確保できるので、制度化することは賛成です。・学校医の希望者が不足しないか心配です。・学校医の質の向上のため、必要と思われます。・学校医はその地域の先生がなるべきです。（例えば、鳥取市

の中心部の先生が八頭町の奥の学校の校医にはなれない) 認定学校医とか、指定学校医ではないという理由で、その地域の事情をよく知っている、その地域の先生が学校医になれないことを心配します。もちろん学校医の研修には積極的に参加して、現在の学校医に必要な知識やスキルを得ることは大事だと思います。・学校医制度化賛成します。・学校保健の研修会を定期的に行うことに関しては良いと思います。・具体的な自論を持っていない。・研修が受けられることは良いと思います。・賛成。やる気のあるDr.が指定学校医として参加されるのが良い。老Dr.には引退できる機会となります。・賛成です。・主旨としては結構です。・趣旨、賛成です。・趣旨は理解できます。・初任者への概要説明や初期指導は必要かと思います。学校医の定期的研修は必要と思いますが、義務化するのがよいかわかりません。・小児科専門医が望ましい。・是非行ってほしい。・制度としてあってもよいと思います。・制度化することによって、学校医の資質向上を図り、報酬面へも反映できるようになれば良いと思われませんが、地域によっては例外も認めざるを得ないと思います。・制度化する必要あり・制度確立に賛成・創設すべき。Dr.の研修を義務化する。開業医が高齢化しつつある。勤務医の参加を望む。・大賛成です。・遅きに失した感あり・特になし・内容によりけりです。・反対・反対(忙しいの一言です)。・必要だと思います。・必要性を感じない。・方針等の…資格がないと学校医ができないわけではない。というのは、どう捉えたらいいのでしょうか?取らなくても良い?・良いことだと思う。・良いと思いますが、指定学校医とならなければ学校医とならないようであれば、郡部の学校医は希望する人がなくなる。・良いと思う。

【その他】

・何でも制度、規則で固めることには反対である。現在まで、対←→対でスムーズに進んでいる。・科により実状が異なります。制度化の目的が今一つよくわかりません。・学校医としての意識レベル向上のためにより提案だと思う。・学校医としての自覚を持ち、質の向上のために必要と思います。・学校医を受け持ちたい先生もおられれば、学校医を辞めたがっている先生もおられると思いますが…・学校健診に対する関心は各先生によって温度差があると思います。「困ったら受診すればいいのでは」と思う方もおられると思いますので、ゆるい基準で制度化することは意味があると思います。・眼科医数が十分とはいえないので、指定医学校医にする意味があるのでしょうか。学校健診でできることは限られています。眼科開業医のほとんどが学校医なのでは?・急に聞いたので何ともいえないが、制度化は今後必要と思われる。・賛成です。・指定学校医が緩やかな制度である間は問題ないと思いますが、ハードルが高くなると、学校医を辞退したいDr.が増えるのではないかと危惧されます。・推進していくべきである。・制度の趣旨はよくわかりました。知識・技能の向上が必要ですね。また、「ゆるい制度」としていても実現のためにはよい工夫ですね。・積極的な気持ちにはなれない。・必要とは思いませんが・良いと思います。制度開始となれば参加させていただきます。・良い考えと思いますが、資格を維持するために研修会を頻繁に受けなければならないです。もう少し簡素化したら如何でしょうか。

○22) 定年制については、65~70歳くらいの定年を考えている学校医が多かった。

【内科系】

・65歳以上なら、希望者の引退は尊重する。・70歳がいいと思いますが、強制的に辞めてもらうのであれば75歳!!これ以上するとよくない。・医師と学校との問題であろう。・医師の健康状態は個人差があるので。・一般診療と同じ考え方でいいと思います。(即ち、校医のみに制限する必要はなく、産

業医、一般診療医に定年が無いのと同じ考えで良いのでは?) ・継続の希望者がいれば、されれば良いと考えます。 ・健康なときは80歳までやろうと頑張ってきた。大病を患ってからは70歳が良いのではないかと思うようになった(現在72歳)。 ・心臓検診が主ですので、聴診の力が落ちてきたら止めなければならぬと思っています。 ・体力的な問題はあると思うが、若いときのようにというか、年齢を重ねることにより見えるものもある。 ・但し、その後は1年ごとの更新は可能とする。 ・但し、辞めたいと思えば辞められる制度はありかな。 ・知識や経験に問題は無くても、学校医としての体力や、何よりも世代間のギャップが大きくなりすぎるのでは? ・年齢よりは、Dr.の意欲、意志を尊重したい。 ・余り歳を取ると、子供の気持ち、流行などが解らないから、子供(親)の気持ちを理解するには無理があるから。

【その他】

・学校医を志望する若いDr.と長年学校医として携わって来られたベテランの先生との軋轢を生じないようにしなければならないと思います(高齢のDr.が硬直した意見を学校保健委員会で押し付けるのも困りものではありますが)。 ・古い先生から新しい情報を発信するのは難しいと思う。 ・耳鼻科の場合、体力的に70歳以上はきついです。 ・定年制というより希望があれば続けて頂く。おおよそ65歳で一区切りつけたらどうでしょうか。 ・年齢よりやる気。やる気のない(健診に行かない、etc)のは辞めてもらう。 ・本人と相手側で決定すればよい。 ・目安として、「〇歳まで」というのはあってもよいが、むしろ高齢でも意欲と能力のある先生には活躍してほしい(眼科は人数不足のため)。 ・老先生方が若いやる気のある先生方に譲られれば定年制は必要ないと思いますが、既得権のようにいつまでもされると定年制も必要かと思えます。

○23) 学校医の仕組み等(学校医グループ)については、以下のご意見があった。

【内科系】

・(学校医グループで複数の学校を担当する等)⇒これが具体的にはどうなるのか、まだ理解できていません。すみません。 ・そこまでする必要がありますか? ・グループ制は一つの方法。具体案は持ち合わせていませんが。 ・その通りだと思います。 ・その通りだと思います。 ・医療との連携が重要だが、医師確保の点で難しい。 ・一人の学校医でできる範囲は限られています。社会全体というか、いろんな人たちが学校の保健活動を支えていくシステムは必要と思われれます。 ・各グループ間の連携が大変でしょう。 ・各科に重複し、考え方に差異のある疾患の指導は誰が主導権を取るか困難があるように思う。EXアトピー性皮膚炎⇒皮膚科、小児科、夜尿症は小児科?泌尿器科?、アレルギー性鼻炎、結膜炎、局所はもちろん耳鼻科、眼科だが、全般的な対処は小児科。アレルギー全体は小児科が得意では、検査所見の解釈なども。 ・各専門の先生が見ることが理想と考えるが、診療科の少ない科は大変と考える。

・学校医のみで完結しようとしなくて、必要に応じて他科受診が受けられやすくなるようにする配慮が必要と思われる。複数学校医は十分な予算が組める前提にあるのではないのでしょうか。特に、旧郡部の人数の少ない学校では。 ・学校医の研修会を必修化しないのであれば、整形外科も加えて多科体制でグループを作ることも必要かと思えます。 ・学校医の中に、中学校区ごとの、主として指導的な主任学校医、指導的な立場の学校医を置いて、地区での対応を統一させてはどうでしょうか。 ・学校医の負担軽減につながると思われる。賛成です。 ・学校現場でも、児童生徒学生の健康保健に十分に留意し、その責任の所在を明らかにする意味で学校保健があると思う。学校に医療が介入しすぎるのはどうかと思う。現状では不足なのか理解できないが… ・学校組織の図では、学校医は学校長の下にあり、アドバイザー

としての役割を示されているものと思います。(理解の仕方として間違っていればお教え下さい。)そのためか、耳鼻科の先生、眼科の先生の所見は学校長には示されるのでしょうか、養護教諭止まりになり、学校医としての活動に役立てづらくはなっていないでしょうか。・現在の体制で何か不都合な点が多ければ改革しないといけないとは思いますが、診療科別で医師を増やすと、学校側も何を誰に相談するのか迷うのではないかと考えます。現在の問題点を列挙し、足りないところの議論が先だと思います。・現在もこの方向で進んでいるようですが。多くの診療科は必要ないでしょう。ゲートキーパーさえいれば。・現在行われている(行っている)学校医としての業務内容とvolumeであれば、現行の体制でよいと思います。・現実的ではない。・高校1校のみを担当している者としては、判断の仕様がありませんので。・最近学校で何が変えられるのかと、自問自答しております。・賛成です。・賛成です。・賛成ですが、グループ間の交流やメンバーの流動性を(持たせる必要?) (入れ替え)持たせた方がよいと思います。・主任学校医の技量にもよるが、適切な主任者を決定することが大切。・小・中・高校と、学校医の役割の違いもあるように思われるので、多科体制の方が良いと思う。・上記の案、とてもよいと思います。・専門医が必要であることは確かです。「学校医・専門医(特に心の問題等)・学校の先生」が連絡相談がしやすい体制が必要と考えます。・前向きな意見はありません。・多くの医師が子供たちの健康を診ていくことに賛成です。・多科体制は必要ですが、現状では不可能です。・大変良いことと存じます。・地域の条件によって様々な対応の仕方があっていいと思う。・必要と思います。・必要性は感じるが、実際には医師の数が少なく、困難とされます。・負担が増えるのではないかと心配します。・役割分担は必要。理想像と考えるが…、誰が最終責任、権限を持つのか。・良いことだと考える。・良いと思いますが、グループ間の意見調整が難しくなりそうです。また、いろんな科のDr. がそれぞれ学校に対して注文を付け始めると学校は大変になると思います。・良い考えだと思います。・良くわからない。

【その他】

・「学校保健活動全般をみる学校医(学校医)」は、絶対に必要です。・学校医は、まず認定医、専門医の資格が必要と考えます。その集団を目指す。・検診時に異常のある生徒は、即精査し、専門医の加療を勧めます。・学校医と診療科別学校医というのは良いと思います。・グループでの担当というのは、また色々問題がありそうに思います(実際の割り当て等)。・整形外科医・精神科医・小児精神科医のコンサルが必要と痛感しています。・なぜ、そこまで学校保健活動を強化せねばならぬのかわかりません。そこらに医院も病院も保健もある。・科の特性として、疾病が狭い範囲なので他科についてはコメント不能です。・学校医と診療科別学校医に分けるのは良い意見だと思います。・学校保健委員会の内容も生活態度に対するものが中心で、特に専門的なものを求められる機会は少ないです。新聞等にも婦人科、精神科医の参加が必要かと書かれていますが、実際の保健委員会で個人へのadviceすることも不可能であり、上記に述べられている総合診断医のような学校医の先生が一人おられ、その先生が専門分野の医師へ紹介するという形ができれば理想と考えます。・眼については、こうした方が良く、ということがあったとしても、それを実際学校生活中や、家庭での生活スタイルへの実践としたときにどう取り入れるべきか、全体としてコンサルトできる人が必要に思う。・眼科の立場から考えると、各学校の学校医(内科系)が同じ先生であることは大変やり易いと思います。・最近の傾向として、男性医師が女の子達を健診するのを嫌がる傾向が強い。できれば、男・女医師の方が良いのでは?・賛成。・耳鼻科の場合は、現在1名の学校医で複数の学校を担当するという形になっており、この仕組みは今後も変わらないと思います。個人的には、学校医でたまたま専門が耳鼻科であるという立場です。なるべく学校の

保健活動の全般を見る積りです。多科体制の方が視野が広がっていいと思っています。・耳鼻科の中では今でも専門科学校医としてまとまった考え方で対応しております。現在の3科以外の科においては、学校現場からの相談に対応するようなシステムがあるのでしょうか。そうしたものがあれば、少し学校現場は助かるのではないかと思います。・専門的分野の医師は学校医というより検診医が現実である。報酬の仕組みはそうなっている。内科医や小児科医が学校保健委員会へ出席する際はタクシーが手配されるが、その他の科は自分で行くのが当たり前である。・他科のご協力は必要と考えられます。・大いに検討してよいと思う。可能なら、鳥取県発の学校医体制として全国へ発信していきたい。・特別支援学校なので、一般校医とは現状が違うのであてはまらないことが多いと感じています。・薬剤師が必要だろうか？（治療分野ではないだろうか？）

○24) 学校医・学校保健活動については、以下のご意見があった。

【内科系】

・開業医が診療に支障ない範囲で学校医活動を行うのが原則と考える。休診してといわれると難しい。真面目に務めてはいるが。・学校生活に大きな支障がない疾患（管理の不要なもの）を重箱の隅をつついて見つけることは健診の目的ではないように思うが。・30～40年前と比べて、医師会の学校保健活動は驚くほど進歩しています。ただ、仕事量の増加と責任の割合が増せば、学校医を快く引き受ける医師が少なくなるのが心配です。・もう少し学校医としての知識を得るため、多くの学校医に講習会などに参加してもらいたい。・医師会の重要な事業の一つとして取り組んでいくべきである。・医療機関への free accessが完備しているので、学校の役割が徐々に減少している。・改革の一言です。改革なきところに進歩なしです。・学校という組織の中では、校医は蚊帳の外という印象を持ちます。（私だけかもしれませんが）校長先生のもと、先生、養護の先生、保健指導の先生がそれぞれに頑張っておられます。その方たちがどういう風に連携し、学校保健活動を進めていくか、もっと積極的に学校側とも話し合っ てよいシステムを作っていくことが大切でしょうか。・学校医の担当数が特定の医師に偏るべきでない（ただ、何故偏りができるか、有能な、或いは熱心なドクターが校医を引き受ける結果で、当然という側面はあるが）。・研修を単位制にして、最低限度の業務やルールを知ってから校医にするようにして頂きたいです。・行政側は校医（小中校）を減らそうとしている（金銭面で）が、校医には負担が多い。

・今hotな出来事！痛ましい出来事が起こりました、（境港で飛び降りがありました）鳥取県学校医会として、すぐにパブリックコメント（声明）を出してください。・児童の場合、殆どがかかりつけ小児科があり、学校で個別に児童を診る意味があまり無いのでは。学校側から問題のある児童をpick upしてもらおうとか、全般的な指導・助言等をするのが良いのでは、と考えます。・生徒数の多い学校では時間的にも体力的にも辛いものがあるので、複数制も採用してはと考えます。・日々の診療は高齢者が多く、小児は急性感染症しかみておりません。学校健診でも心雑音の有無程度しかわかりません。思春期の悩みの相談にも乗って上げられません。私が校医をしていて良いものか、常日頃思っております。

【その他】

・まず、私の場合複数校担当しているので、その人員の構成自体覚えきれず、また、眼科のどの先生がどの学校を担当しているのか把握していません。担当医一覧表を作って頂ければありがたいです。・一人のDr.の受け持ちが多すぎます。とても学校保健活動などできません。定期健診が精一杯です。幼稚園、保育園、特に保育園の検診は困難を極めます。眼科検診は外して頂くと有難いのですが。・眼科として

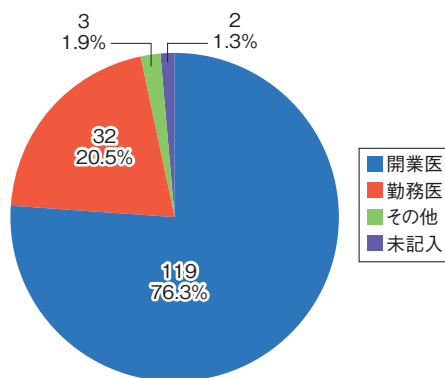
は、学校医がスタートしたころと目的が変わってきて、眼疾より屈折異常が中心になっているので、学校医はなくても良いのではと思います。現在、受診をしない家庭への注意的な存在のような気にもなりません。・眼科検診の方法は大昔からの方法でされている事例が多く、改めて見直しが必要ではないかと思ひます。・整形外科医師が校医に入ると、よいと思ひます。・中、高校の眼科学校検診の必要性が全くわかりません。

以上、多数の貴重なご意見については、今後の医師会での学校医活動の糧として活用させて頂きたいと考えております。アンケートのご協力、ありがとうございました。

学校保健・学校医に関するアンケート

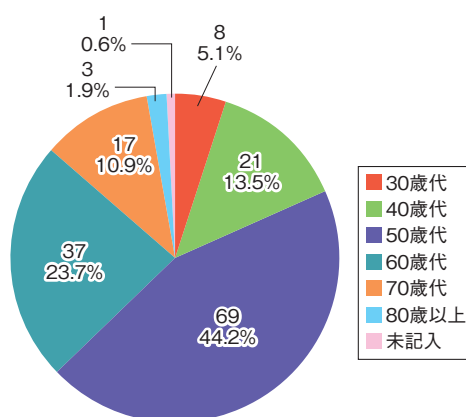
1) 先生の属性は？

属性	回答	%
開業医	119	76.3
勤務医	32	20.5
その他	3	1.9
未記入	2	1.3



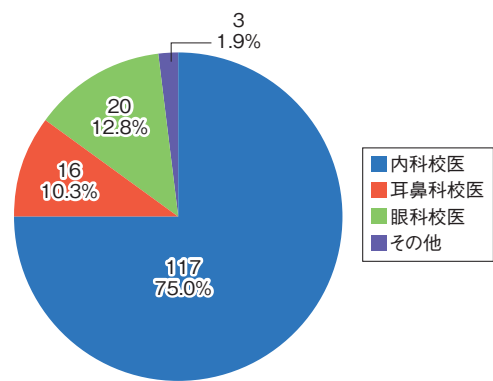
2) 先生の年齢は？

年齢	回答	%
20歳代	0	0.0
30歳代	8	5.1
40歳代	21	13.5
50歳代	69	44.2
60歳代	37	23.7
70歳代	17	10.9
80歳以上	3	1.9
未記入	1	0.6



3) 学校医としての種別

種別	回答	%
内科校医	117	75.0
耳鼻科校医	16	10.3
眼科校医	20	12.8
その他	3	1.9



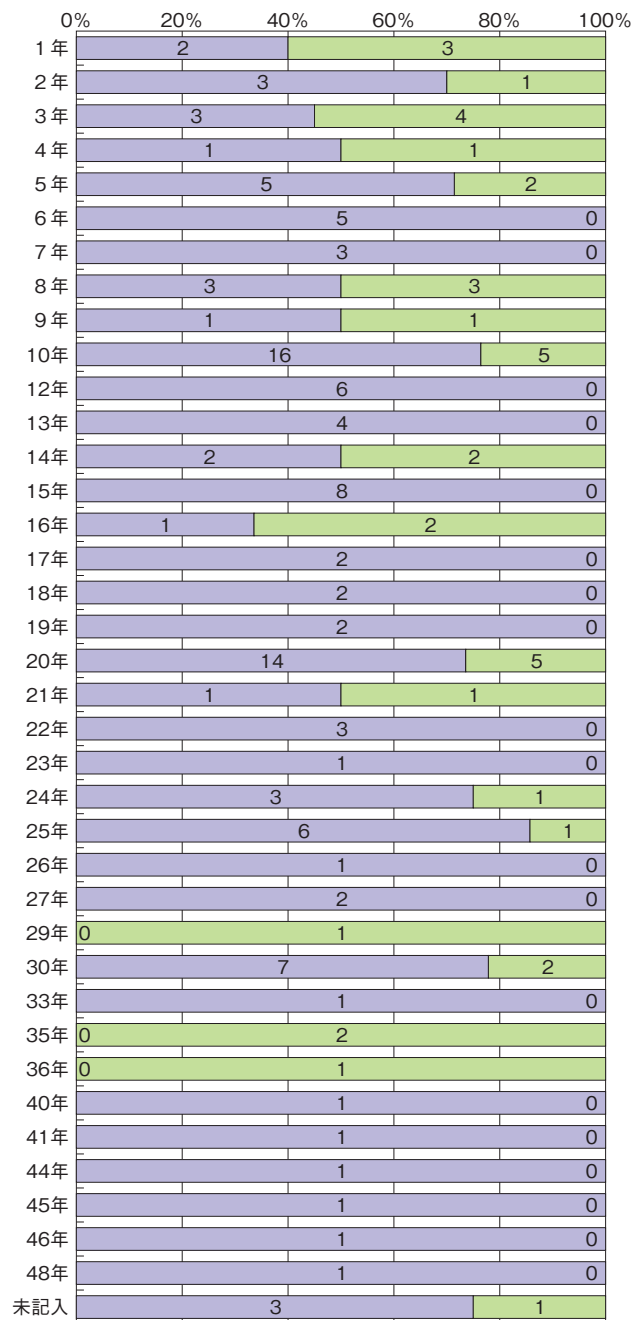
4) 学校医としての経験年数

【内科系】 n = 117

年	回答	%
1年	2	1.7
2年	3	2.6
3年	3	2.6
4年	1	0.9
5年	5	4.3
6年	5	4.3
7年	3	2.6
8年	3	2.6
9年	1	0.9
10年	16	13.7
12年	6	5.1
13年	4	3.4
14年	2	1.7
15年	8	6.8
16年	1	0.9
17年	2	1.7
18年	2	1.7
19年	2	1.7
20年	14	12.0
21年	1	0.9
22年	3	2.6
23年	1	0.9
24年	3	2.6
25年	6	5.1
26年	1	0.9
27年	2	1.7
29年	0	0.0
30年	7	6.0
33年	1	0.9
35年	0	0.0
36年	0	0.0
40年	1	0.9
41年	1	0.9
44年	1	0.9
45年	1	0.9
46年	1	0.9
48年	1	0.9
未記入	3	2.6

【その他】 n = 39

年	回答	%
1年	3	7.7
2年	1	2.6
3年	4	10.3
4年	1	2.6
5年	2	5.1
6年	0	0.0
7年	0	0.0
8年	3	7.7
9年	1	2.6
10年	5	12.8
12年	0	0.0
13年	0	0.0
14年	2	5.1
15年	0	0.0
16年	2	5.1
17年	0	0.0
18年	0	0.0
19年	0	0.0
20年	5	12.8
21年	1	2.6
22年	0	0.0
23年	0	0.0
24年	1	2.6
25年	1	2.6
26年	0	0.0
27年	0	0.0
29年	1	2.6
30年	2	5.1
33年	0	0.0
35年	2	5.1
36年	1	2.6
40年	0	0.0
41年	0	0.0
44年	0	0.0
45年	0	0.0
46年	0	0.0
48年	0	0.0
未記入	1	2.6



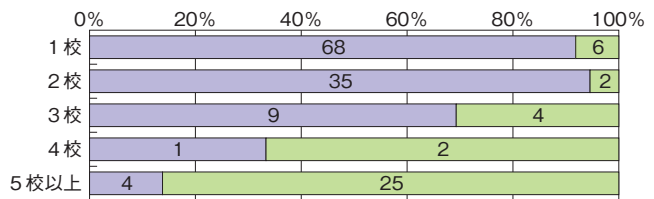
5) 学校医の受け持ち数は何校ですか？

【内科系】

受持ち校	回答	%
1校	68	58.1
2校	35	29.9
3校	9	7.7
4校	1	0.9
5校以上	4	3.4

【その他】

受持ち校	回答	%
1校	6	15.4
2校	2	5.1
3校	4	10.3
4校	2	5.1
5校以上	25	64.1



・「5校以上」と回答のあった4名の受け持ち校数

【内科系】

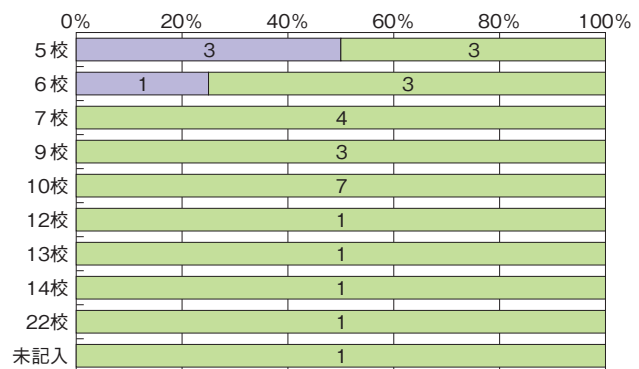
受持ち校	回答	%
5校	3	75.0
6校	1	25.0



・「5校以上」と回答のあった25名の受け持ち校数

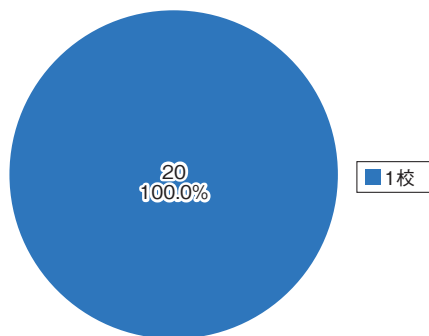
【その他】

受持ち校	回答	%
5校	3	12.0
6校	3	12.0
7校	4	16.0
9校	3	12.0
10校	7	28.0
12校	1	4.0
13校	1	4.0
14校	1	4.0
22校	1	4.0
未記入	1	4.0

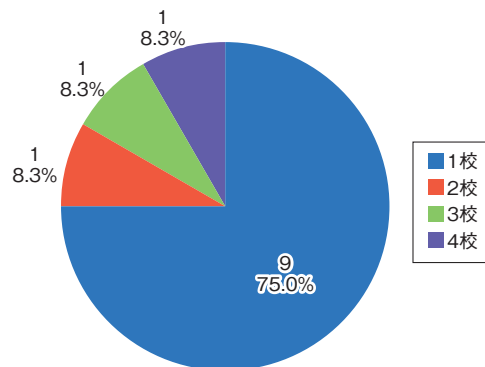


6) 校医をしている学校種別は？（設置者別学校数）

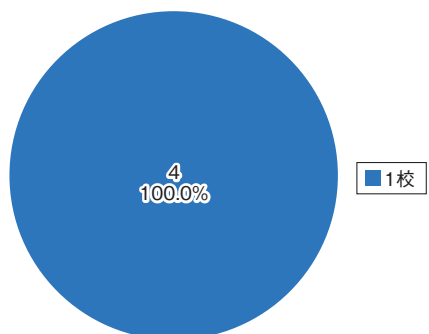
県立高校（内科系）



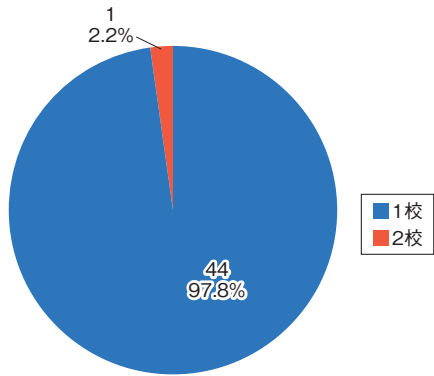
県立高校（その他）



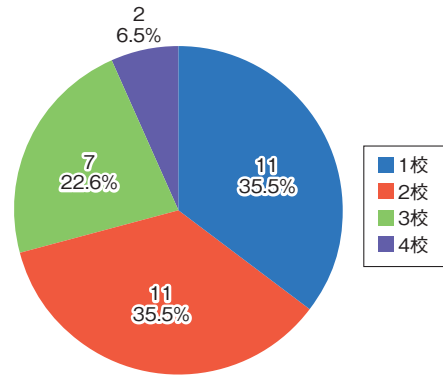
私立高校（内科系）



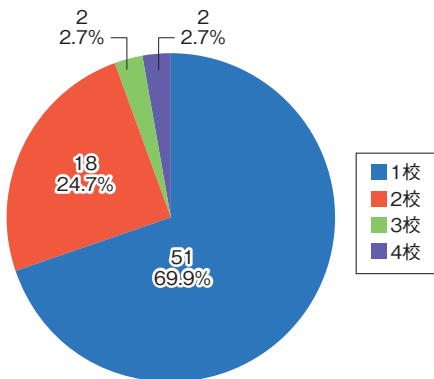
中学校（内科系）



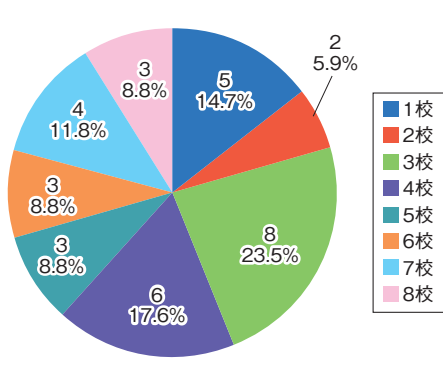
中学校（その他）



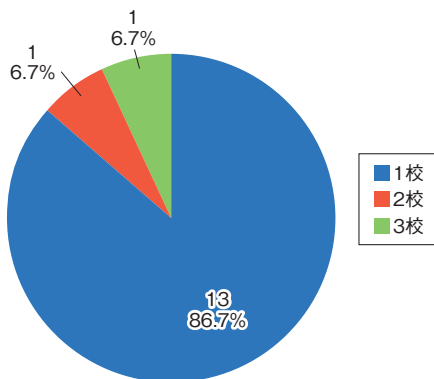
小学校（内科系）



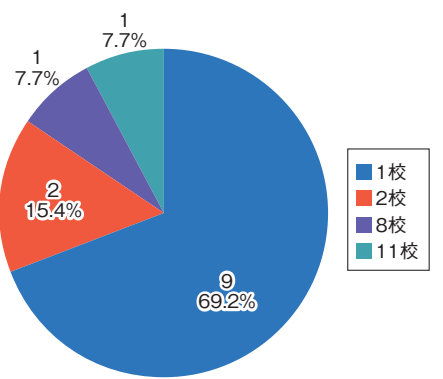
小学校（その他）



その他（内科系）



その他（その他）

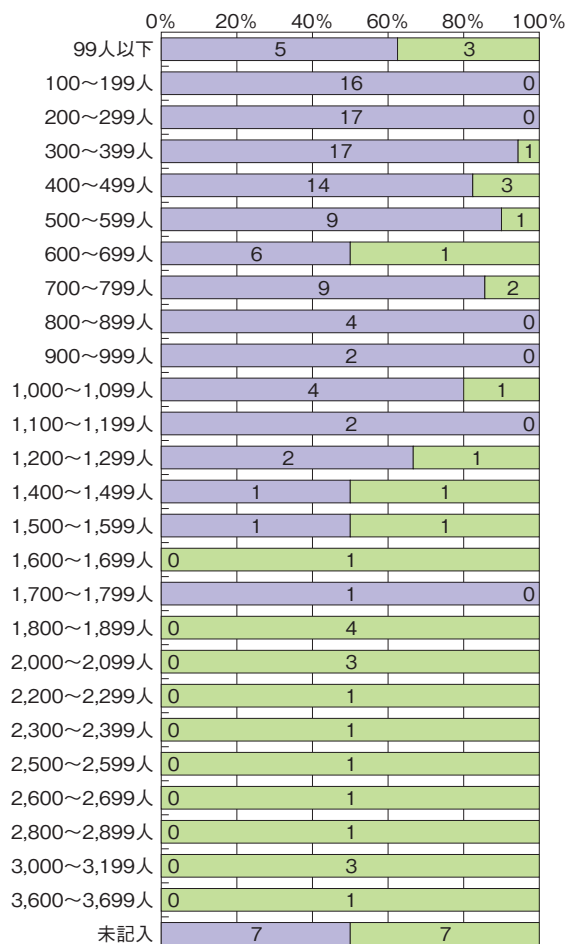


7) 学校の児童・生徒数は？（複数校担当の先生は概ねの合計数）

【内科系】 n = 117

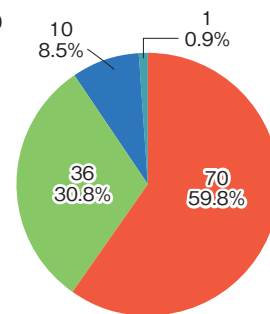
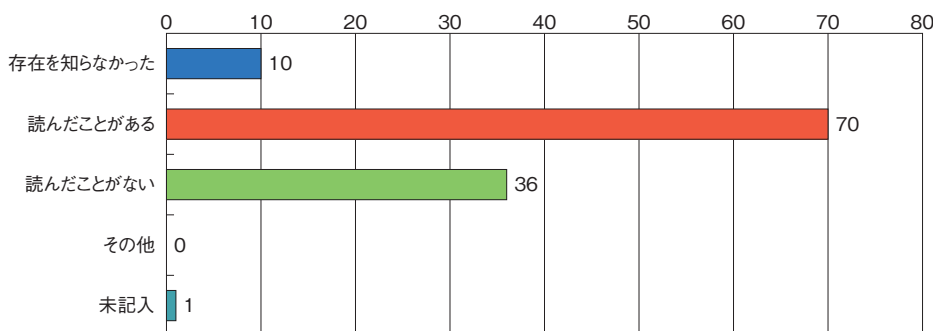
【その他】 n = 39

人数	回答	%	人数	回答	%
99人以下	5	4.3	99人以下	3	7.7
100～199人	16	13.7	100～199人	0	0.0
200～299人	17	14.5	200～299人	0	0.0
300～399人	17	14.5	300～399人	1	2.6
400～499人	14	12.0	400～499人	3	7.7
500～599人	9	7.7	500～599人	1	2.6
600～699人	6	5.1	600～699人	1	2.6
700～799人	9	7.7	700～799人	2	5.1
800～899人	4	3.4	800～899人	0	0.0
900～999人	2	1.7	900～999人	0	0.0
1,000～1,099人	4	3.4	1,000～1,099人	1	2.6
1,100～1,199人	2	1.7	1,100～1,199人	0	0.0
1,200～1,299人	2	1.7	1,200～1,299人	1	2.6
1,400～1,499人	1	0.9	1,400～1,499人	1	2.6
1,500～1,599人	1	0.9	1,500～1,599人	1	2.6
1,600～1,699人	0	0.0	1,600～1,699人	1	2.6
1,700～1,799人	1	0.9	1,700～1,799人	0	0.0
1,800～1,899人	0	0.0	1,800～1,899人	4	10.3
2,000～2,099人	0	0.0	2,000～2,099人	3	7.7
2,200～2,299人	0	0.0	2,200～2,299人	1	2.6
2,300～2,399人	0	0.0	2,300～2,399人	1	2.6
2,500～2,599人	0	0.0	2,500～2,599人	1	2.6
2,600～2,699人	0	0.0	2,600～2,699人	1	2.6
2,800～2,899人	0	0.0	2,800～2,899人	1	2.6
3,000～3,199人	0	0.0	3,000～3,199人	3	7.7
3,600～3,699人	0	0.0	3,600～3,699人	1	2.6
未記入	7	6.0	未記入	7	17.9

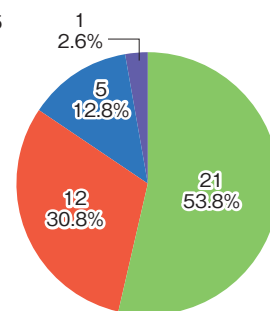
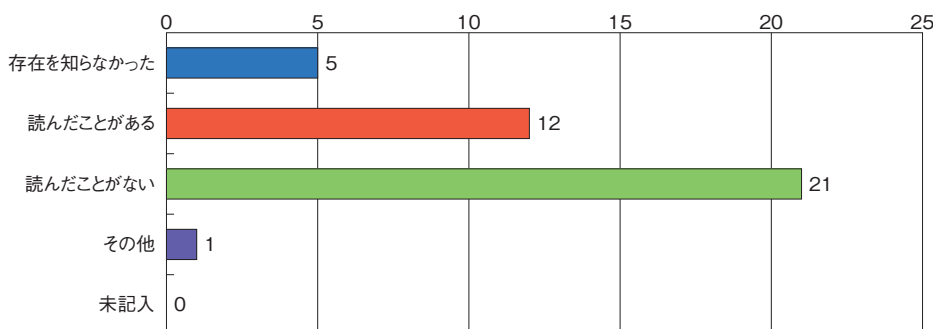


8) 学校保健安全法施行規則を読んだことがありますか？

【内科系】 n = 117



【その他】 n = 39



9) 実際の学校医活動と施行規則の内容についてのご意見があれば、お教え下さい。(別記)

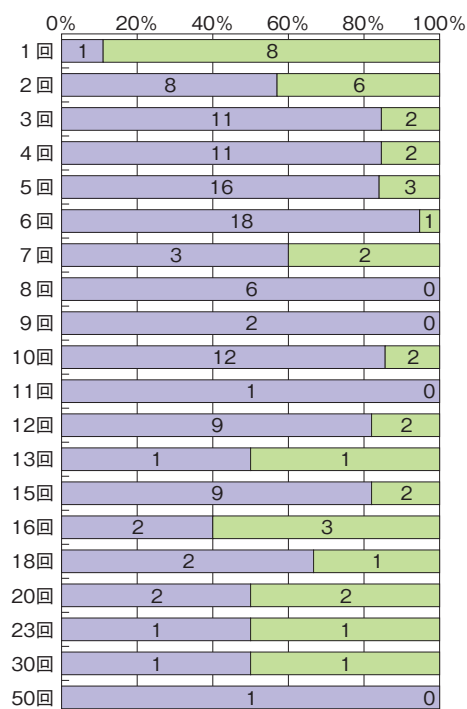
10) 学校への出務回数について、1年間に平均何回位出向されますか。(複数校担当の先生は合計数)

【内科系】 n=117

出務回数	回答	%
1回	1	0.9
2回	8	6.8
3回	11	9.4
4回	11	9.4
5回	16	13.7
6回	18	15.4
7回	3	2.6
8回	6	5.1
9回	2	1.7
10回	12	10.3
11回	1	0.9
12回	9	7.7
13回	1	0.9
15回	9	7.7
16回	2	1.7
18回	2	1.7
20回	2	1.7
23回	1	0.9
30回	1	0.9
50回	1	0.9

【その他】 n=39

出務回数	回答	%
1回	8	20.5
2回	6	15.4
3回	2	5.1
4回	2	5.1
5回	3	7.7
6回	1	2.6
7回	2	5.1
8回	0	0.0
9回	0	0.0
10回	2	5.1
11回	0	0.0
12回	2	5.1
13回	1	2.6
15回	2	5.1
16回	3	7.7
18回	1	2.6
20回	2	5.1
23回	1	2.6
30回	1	2.6
50回	0	0.0



11) 出務内容について (複数校担当の先生は合計数)

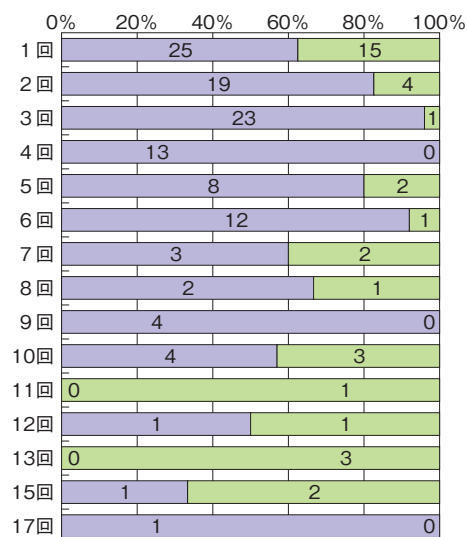
【内科系】

定期健診	回答	%
1回	25	21.6
2回	19	16.4
3回	23	19.8
4回	13	11.2
5回	8	6.9
6回	12	10.3
7回	3	2.6
8回	2	1.7
9回	4	3.4
10回	4	3.4
11回	0	0.0
12回	1	0.9
13回	0	0.0
15回	1	0.9
17回	1	0.9

【その他】

定期健診	回答	%
1回	15	41.7
2回	4	11.1
3回	1	2.8
4回	0	0.0
5回	2	5.6
6回	1	2.8
7回	2	5.6
8回	1	2.8
9回	0	0.0
10回	3	8.3
11回	1	2.8
12回	1	2.8
13回	3	8.3
15回	2	5.6
17回	0	0.0

定期健診



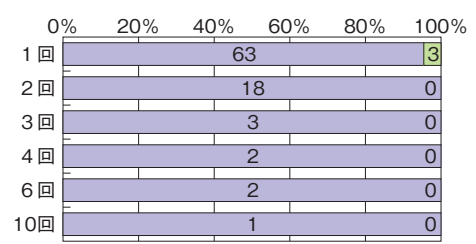
【内科系】

就学時健診	回答	%
1回	63	70.8
2回	18	20.2
3回	3	3.4
4回	2	2.2
6回	2	2.2
10回	1	1.1

【その他】

就学時健診	回答	%
1回	3	100.0
2回	0	0.0
3回	0	0.0
4回	0	0.0
6回	0	0.0
10回	0	0.0

就学時健診



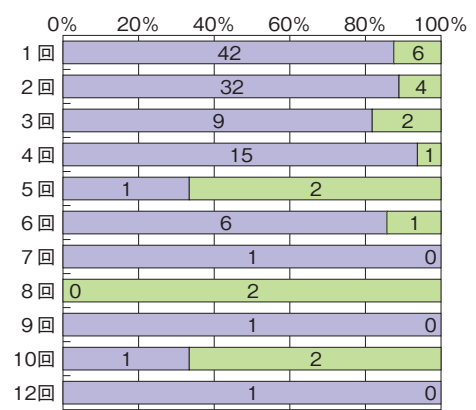
【内科系】

学校保健委員会	回答	%
1回	42	38.5
2回	32	29.4
3回	9	8.3
4回	15	13.8
5回	1	0.9
6回	6	5.5
7回	1	0.9
8回	0	0.0
9回	1	0.9
10回	1	0.9
12回	1	0.9

【その他】

学校保健委員会	回答	%
1回	6	30.0
2回	4	20.0
3回	2	10.0
4回	1	5.0
5回	2	10.0
6回	1	5.0
7回	0	0.0
8回	2	10.0
9回	0	0.0
10回	2	10.0
12回	0	0.0

学校保健委員会



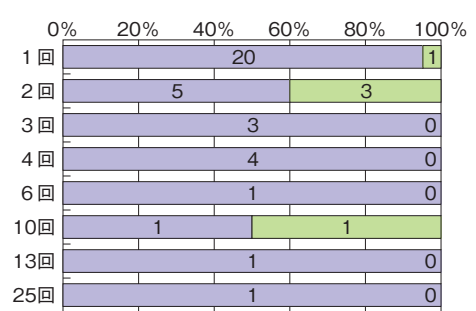
【内科系】

その他	回答	%
1回	20	55.6
2回	5	13.9
3回	3	8.3
4回	4	11.1
6回	1	2.8
10回	1	2.8
13回	1	2.8
25回	1	2.8

【その他】

その他	回答	%
1回	1	20.0
2回	3	60.0
3回	0	0.0
4回	0	0.0
6回	0	0.0
10回	1	20.0
13回	0	0.0
25回	0	0.0

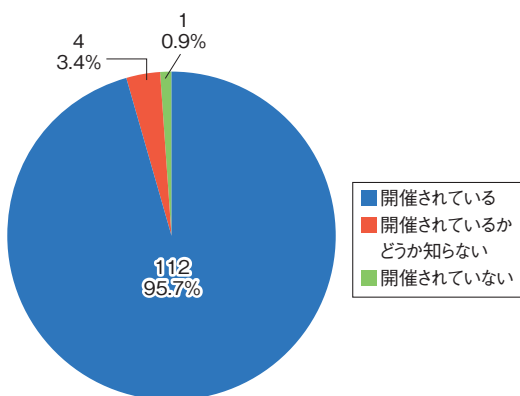
その他



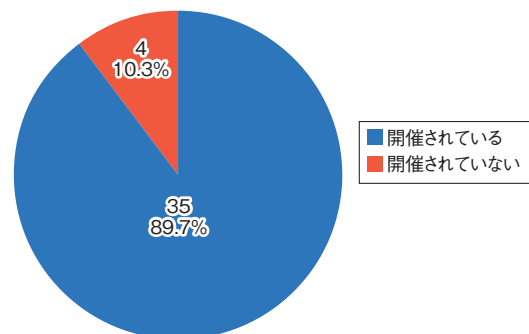
12) その他の出務内容 (別記)

13) 学校保健委員会は実際に開催されていますか。

内科系



その他



・「開催されている」と回答のあった112名の回答回数

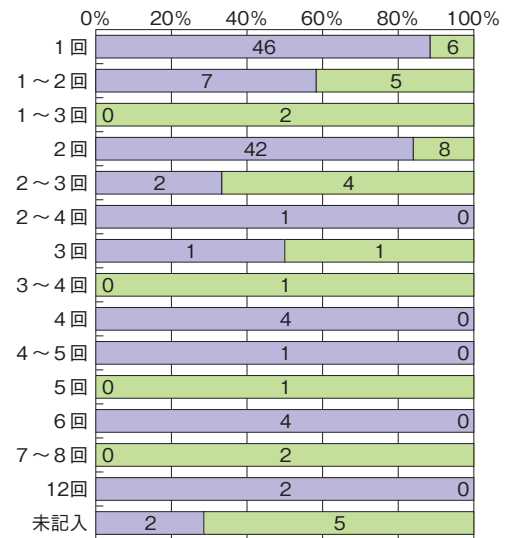
【内科系】 n=112

回数/年	回答	%
1回	46	41.1
1～2回	7	6.3
1～3回	0	0.0
2回	42	37.5
2～3回	2	1.8
2～4回	1	0.9
3回	1	0.9
3～4回	0	0.0
4回	4	3.6
4～5回	1	0.9
5回	0	0.0
6回	4	3.6
7～8回	0	0.0
12回	2	1.8
未記入	2	1.8

・「開催されている」と回答のあった35名の回答回数

【その他】 n=35

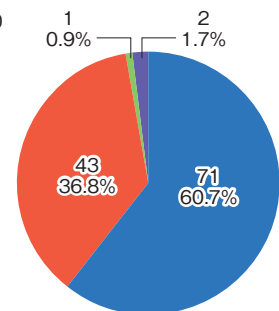
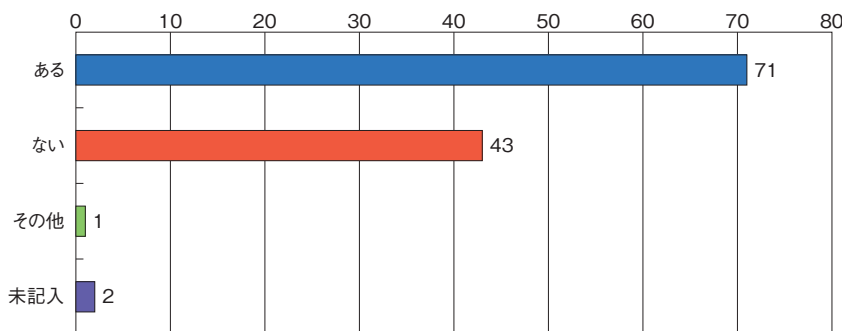
回数/年	回答	%
1回	6	17.1
1～2回	5	14.3
1～3回	2	5.7
2回	8	22.9
2～3回	4	11.4
2～4回	0	0.0
3回	1	2.9
3～4回	1	2.9
4回	0	0.0
4～5回	0	0.0
5回	1	2.9
6回	0	0.0
7～8回	2	5.7
12回	0	0.0
未記入	5	14.3



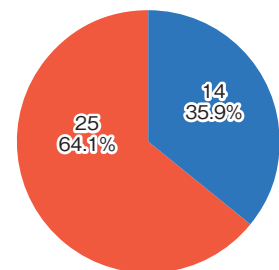
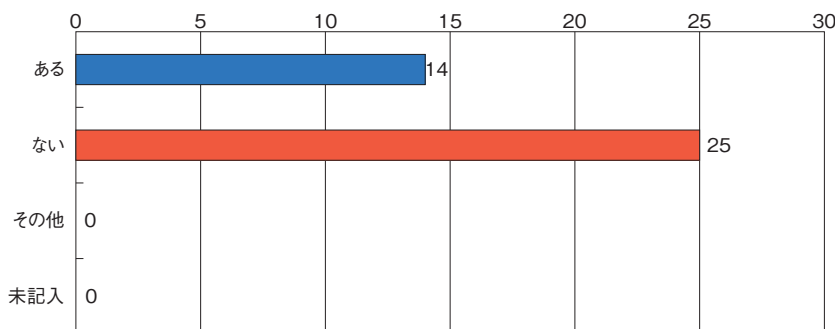
14) 学校保健委員会について、学校への要望 (別記)

15) 学校で講話・講演・授業などを行われたことがありますか。

【内科系】 n=117

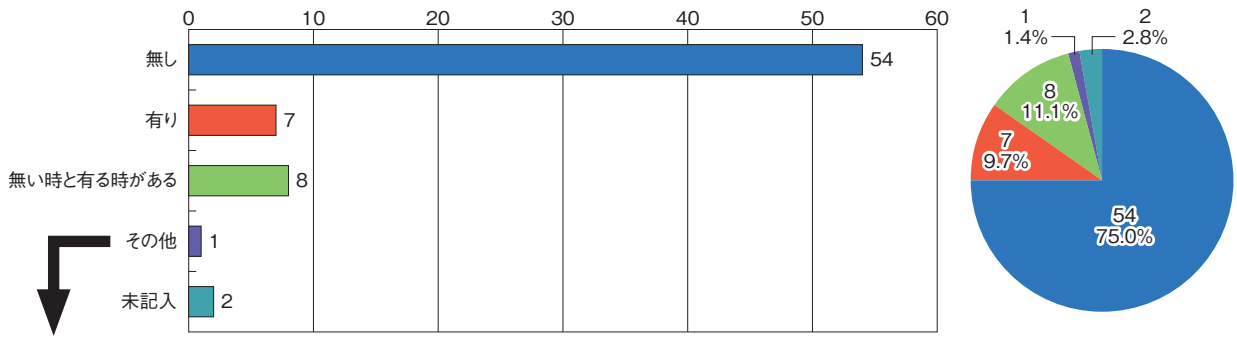


【その他】 n=39



16) 質問15 「ある」「その他」に対して、報酬があります。

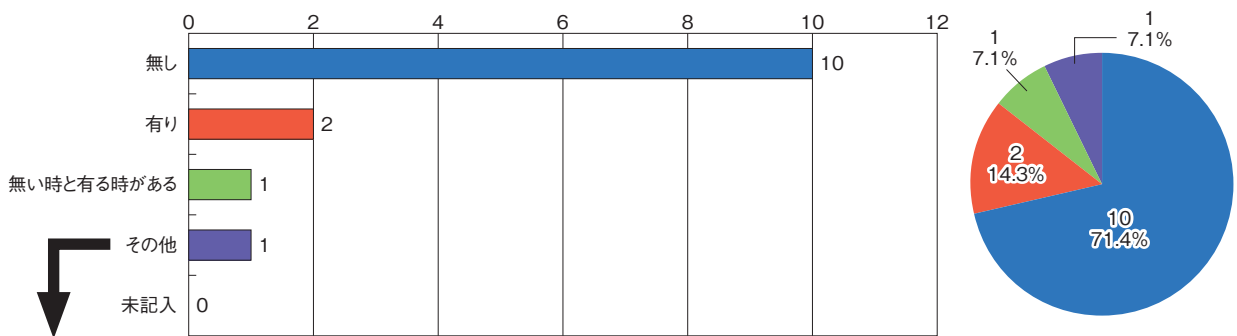
【内科系】 n = 72



「その他」の内容

- ・学校保健委員会のあとで見学したので無報酬

【その他】 n = 14

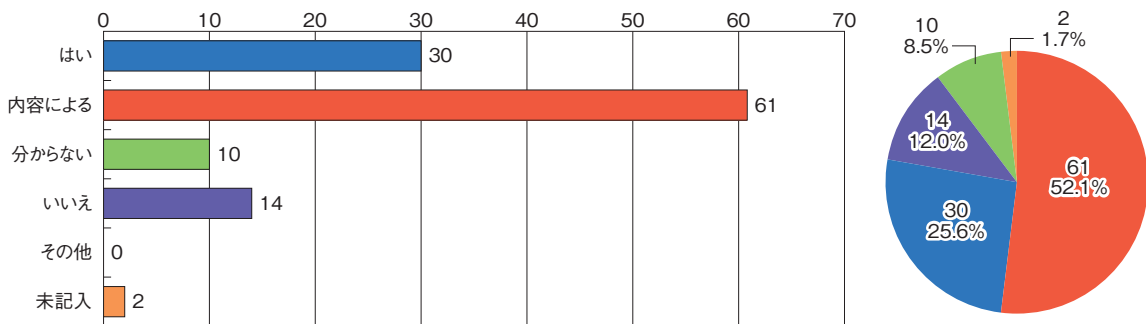


「その他」の内容

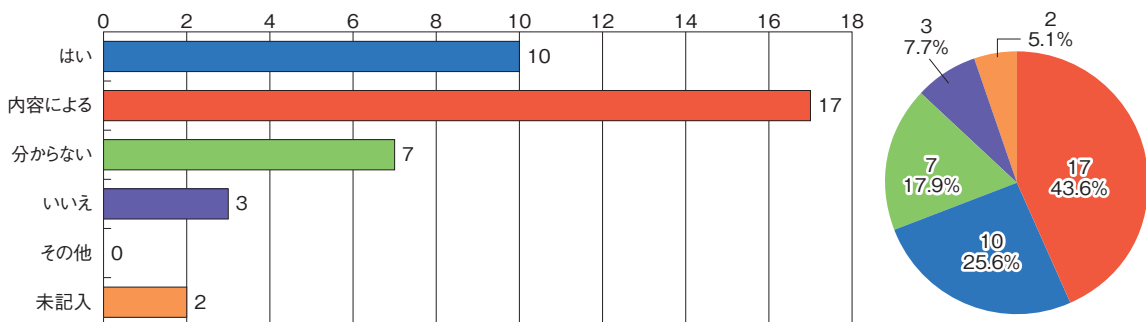
- ・学校医報酬の中に含まれる

17) 児童生徒、教職員等に対して「健康教育」を実施可能ですか。

【内科系】 n = 117



【その他】 n = 39



18) 「学校の定期健診」等について学校や保護者への要望や健診についてのご意見があれば。(別記)

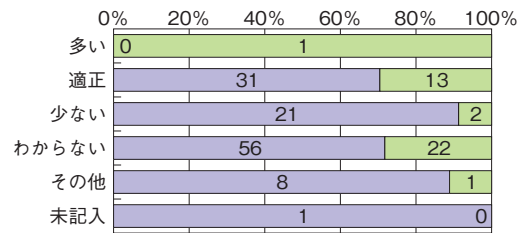
19) 現在の学校医報酬について。

【内科系】 n=117

報酬	回答	%
多い	0	0.0
適正	31	26.5
少ない	21	17.9
わからない	56	47.9
その他	8	6.8
未記入	1	0.9

【その他】 n=39

報酬	回答	%
多い	1	2.6
適正	13	33.3
少ない	2	5.1
わからない	22	56.4
その他	1	2.6
未記入	0	0.0

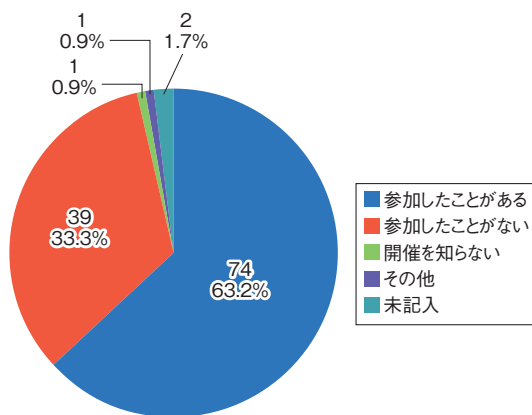


報酬額などについてのご意見があればお聞かせ下さい

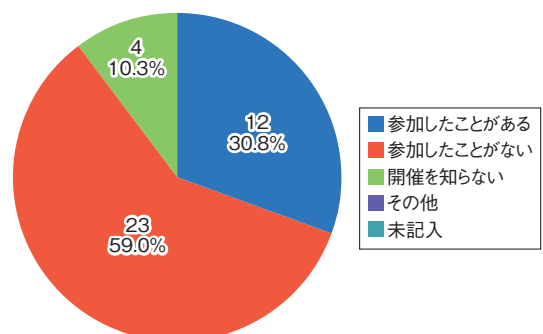
報酬	意見 (学校医報酬)
適正	検診医としての報酬だと理解している。
適正	増額は無理なので適正でしょう。
少ない	他県との比較が許されるなら
少ない	都会のレベルは難しくても、20万円程度は必要と思います。
少ない	他県の知人の金額を聞いて驚きました。
少ない	額は言えないが、もっと増額してモチベーションを高めてはどうか。但し、応分のレベルアップも求められるが。
少ない	1回の出務につき、2万円は必要と考えます。
分からない	現在はボランティアと考えています。只、今以上に負担が増えると、やはり業務の一環と考えるようになってしまうと思います。
分からない	県立高校ですから、県の基準(生徒数に比例)に従って算定されているはずですので、それが適切かどうかわかりません。
分からない	少ないかも
分からない	報酬はありませんので。
分からない	少なくはないと思います。

20) 本会では年2回「学校医・学校保健研修会」を開催しています。先生のご参加状況は。

内科系



その他



「参加したことがある」と回答のあった参加回数

【内科系】 n=74

参加回数	回答	%
1回	19	25.7
1～2回	3	4.1
2回	13	17.6
2～3回	3	4.1
3回	7	9.5
4回	1	1.4
5回	2	2.7
5～6回	3	4.1
6回	1	1.4
7～8回	0	0.0
20回	1	1.4
未記入	21	28.4

【その他】 n=12

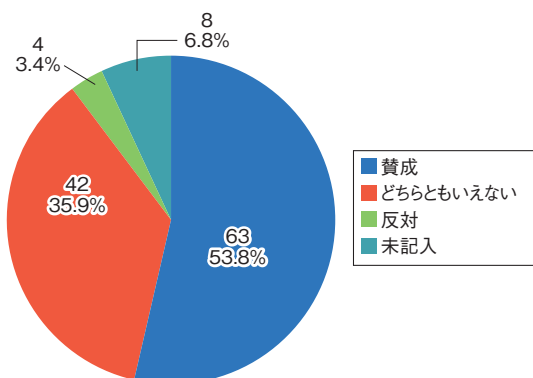
参加回数	回答	%
1回	2	16.7
1～2回	2	16.7
2回	4	33.3
2～3回	0	0.0
3回	0	0.0
4回	0	0.0
5回	2	16.7
5～6回	0	0.0
6回	0	0.0
7～8回	1	8.3
20回	0	0.0
未記入	1	8.3



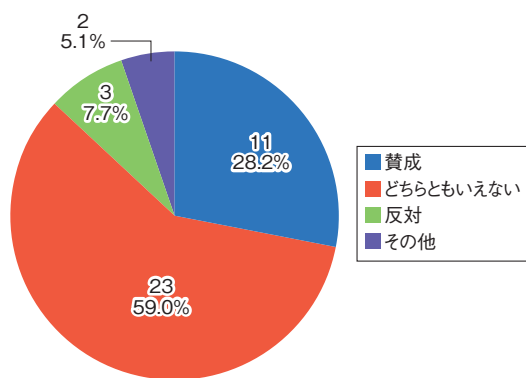
21) (仮称)「鳥取県医師会指定学校医制度」の制度化について (別記)

22) 医師不足がない場合、学校医の定年制はあった方がよいと思いますか。

内科系



その他



「賛成」と回答のあった希望定年年齢 (概ね何歳ぐらい)

【内科系】 n=63

概ね何歳	回答	%
50歳	0	0.0
60歳	5	7.9
65歳	26	41.3
65～70歳	1	1.6
70歳	25	39.7
75歳	3	4.8
80歳	1	1.6
未記入	2	3.2

【その他】 n=11

概ね何歳	回答	%
50歳	1	9.1
60歳	4	36.4
65歳	3	27.3
65～70歳	0	0.0
70歳	1	9.1
75歳	1	9.1
80歳	1	9.1
未記入	0	0.0



23) 今後の学校医の仕組みについて。(別記)

24) 学校医について、また今後の医師会の学校保健活動などについて (別記)

会員の荣誉

旭日双光章



木村 禎 宏 先生 (米子市・木村内科医院)

木村禎宏先生におかれては、「保健衛生功労」により4月29日受章されました。

この度の春の叙勲で、旭日双光章をいただくことになりました。非常に恐縮しております。昭和53年来、西部医師会理事、副会長、県医師会常任理事と永くつとめさせていただきましたが、何の功績があったかと問われれば、とまどってしまいます。皆様方の足を引っ張ることなく医師会の事業のお手伝いが出来たかと思っております。有難うございました。今後心を引き締めてゆきたいと思っております。

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。「興味ある症例」（質疑応答形式；2頁）欄への投稿も併せて募集致します。

優秀な論文には、「鳥取医学賞」が贈られます。

..... ◆ ◆ ◆ ◆ ◆ ◆ ◆ ◆

「鳥取医学雑誌 新人優秀論文賞」

この賞の対象は、筆頭著者が卒後5年までの医師で、原則として鳥取県医師会会員です。平成25年発行の第41巻から適用いたします。

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。

「投稿規定」類のご請求、およびご不明な点は鳥取県医師会・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

お知らせ

第44回全国学校保健・学校医大会「分科会」 における研究発表の演題募集について

「第44回全国学校保健・学校医大会」が、秋田県医師会担当により秋田市において下記のとおり開催されるに当たり、分科会研究発表の演題募集がありました。

については、応募される方がありましたら、詳しい募集要項・申込書等をお送り致しますので、鳥取県医師会・事務局 担当原（電話 0857-27-5566・FAX 0857-29-1578）までご連絡くださるようお願い申し上げます。

記

日 時 平成25年11月9日（土）午前10時～

会 場 「秋田キャッスルホテル」 秋田市中通一丁目3-5 TEL 018-834-1141

発表時間 10分（厳守）

演題申込期限 平成24年6月3日（月）鳥取県医師会宛

分科会 「からだ・こころ」「耳鼻咽喉科」「眼科」

大会ホームページ <http://www.akita.med.or.jp/school-44/index.html>

毎月勤労統計調査特別調査について（お願い）

厚生労働省では、本年7月31日現在で、常用労働者を1～4人雇用している事業所を対象に、毎月勤労統計調査特別調査を実施します。

この調査は、1～4人規模事業所における賃金、労働時間及び労働者数の動向を明らかにする大切な調査です。調査対象となる事業所には、7月下旬から8月上旬にかけて統計調査員が訪問して調査を行います。

調査票に書かれた事柄は、「統計法」により厳しく秘密が守られます。

御多忙中のこととは存じますが、調査の重要性を御理解の上、御協力くださいますようお願いいたします。

厚生労働省・鳥取県

鳥取県医師会腫瘍調査部報告（4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。

（1）施設別登録件数（含重複例）

登 録 施 設 名	件 数
鳥 取 大 学 附 属 病 院	134
米 子 医 療 セ ン タ ー	107
鳥 取 市 立 病 院	74
鳥 取 赤 十 字 病 院	59
鳥 取 県 立 中 央 病 院	56
鳥 取 県 立 厚 生 病 院	47
山 陰 労 災 病 院	46
鳥 取 生 協 病 院	20
博 愛 病 院	19
野 島 病 院	11
済 生 会 境 港 総 合 病 院	11
西 伯 病 院	10
藤 井 政 雄 記 念 病 院	8
前 田 医 院	5
林 医 院（ 用 瀬 町 ）	4
赤 碓 診 療 所	4
宮 川 医 院	3
越 智 内 科 医 院	3
消 化 器 クリニック 米 川 医 院	3
橋 本 外 科 医 院	2
旗ヶ崎 内 科 クリニック	2
竹 田 内 科 医 院（ 鳥 取 市 ）	1
ま つ だ 内 科 医 院	1
清 水 病 院	1
中 部 医 師 会 立 三 朝 温 泉 病 院	1
大 阪 府 医 療 機 関 より	8
滋 賀 県 医 療 機 関 より	1
合 計	641

（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	1
鳥 取 県 立 厚 生 病 院	1
藤 井 政 雄 記 念 病 院	1
合 計	3

（2）部位別登録件数（含重複例）

部 位	件 数
口 腔 ・ 咽 頭 癌	12
食 道 癌	19
胃 癌	94
小 腸 癌	3
結 腸 癌	54
直 腸 癌	30
肝 臓 癌	40
胆 嚢 ・ 胆 管 癌	14
膵 臓 癌	20
上 顎 癌	1
喉 頭 癌	4
肺 癌	82
骨 癌	1
皮 膚 癌	18
胸 膜 中 皮 腫	1
聴 神 経 腫 瘍	1
軟 部 組 織 癌	1
乳 癌	55
子 宮 癌	27
卵 巢 癌	11
前 立 腺 癌	61
腎 臓 癌	22
膀 胱 癌	23
脳 腫 瘍	8
甲 状 腺 癌	14
副 腎 癌	1
下 垂 体 腫 瘍	2
原 発 不 明 癌	2
リンパ腫	12
骨 髄 腫	3
白 血 病	3
骨 髄 異 形 成 症 候 群	2
合 計	641

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

(H25年4月1日～H25年4月28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	602
2	インフルエンザ	465
3	A群溶血性連鎖球菌咽頭炎	310
4	水痘	93
5	突発性発疹	45
6	その他	69

合計 1,584

2. 前回との比較増減

全体の報告数は、1,584件であり、34% (803件)の減となった。

〈増加した疾病〉

突発性発疹 [181%]、手足口病 [146%]。

〈減少した疾病〉

インフルエンザ [63%]、水痘 [10%]、A群溶血性連鎖球菌咽頭炎 [5%]、感染性胃腸炎 [3%]。

〈増減のない疾病〉

なし。

※今回 (14週～17週) または前回 (10週～13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

- ・インフルエンザの流行は減少しています。
- ・A群溶血性連鎖球菌咽頭炎が東部地区で流行が継続しています。
- ・東部地区で風しんの患者報告数が増えています。

報告患者数 (25. 4. 1～25. 4. 28)

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	151	92	222	465	-63%
小児科定点数	(8)	(4)	(7)	(19)	
2 咽頭結膜熱	3	2	2	7	-13%
3 A群溶血性連鎖球菌咽頭炎	168	66	76	310	-5%
4 感染性胃腸炎	255	203	144	602	-3%
5 水痘	26	41	26	93	-10%
6 手足口病	4	0	28	32	146%
7 伝染性紅斑	1	0	1	2	-67%
8 突発性発疹	9	17	19	45	181%
9 百日咳	1	0	2	3	—
10 ヘルパンギーナ	0	0	1	1	0%

区分	東部	中部	西部	計	前回比増減
11 流行性耳下腺炎	1	4	1	6	-40%
12 RSウイルス感染症	1	3	2	6	-67%
眼科定点数	(1)	(1)	(1)	(3)	
14 急性出血性結膜炎	0	0	0	0	—
15 流行性角結膜炎	0	3	0	3	0%
基幹定点数	(2)	(1)	(2)	(5)	
16 細菌性髄膜炎(真菌性を含む)	0	1	0	1	0%
17 無菌性髄膜炎	0	0	0	0	-100%
18 マイコプラズマ肺炎	6	2	0	8	60%
19 クラミジア肺炎(オウム病は除く)	0	0	0	0	—
合計	626	434	524	1,584	-34%

倉吉市 石飛 誠一

すれちがう大型ダンプの助手席に握りめし喰う
若者が見ゆ

玄関にふとんを敷きて寝ねにけり七人家族に官
舎せまかりき

夕空にスマトラ島の形した雲あり叔父の戦死せ
し島

白き布をひるがえす如く夜目に見ゆ堰堤こえて
流れ落ちる川

癌と知り自死せし人あり 患者への医師の言葉
は刃の如し

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“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. 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。

鳥取県医師会（E-mail kenishikai@tottori.med.or.jp）

「ドレスコード」から「名門」を考える

南部町 細田 庸夫

「名門」と呼ばれたいゴルフ場と、「高級」を自認するレストランは服装、特に上着にこだわる。今回はドレスコード（服装規定）から、「名門」について考察する。

古来ゴルフは「紳士と淑女のスポーツ」と言われ続けている。自他共に「名門」と認められるゴルフ場は、それなりの歴史と格式の他に、それなりの施設、スタッフを備え、強制されなくても、会員はマナーとエチケットを守り、ビジターと呼ばれる会員外プレイヤーも自然とそれに従う。ゴルフ場は、入場と退場時に「上着」を着ただけで、「紳士と淑女」のスポーツの場になるものではない。

国会議員が議場に入る場合や傍聴をする場合等、色々な場毎に、服装規定が定められている。先ず異様な服装は禁止されているが、この「異様」の定義が難しいので、細かく規定されている。本来服装規定は無いのが理想的であるが、「破る人」が居るために、定めざるをえない面もある。

「名門」ゴルフ場の備えるべき条件は、歴史、会員構成、そして入場者の上着だけではない。優先すべきは、「プレイヤーの安全」である。無法なショットは、プレイヤーが罰せられるべきだが、意図しないミスショットで他のプレイヤーに傷害を与える可能性は、徹底して排除する必要がある。打球事故の可能性のあるゴルフ場は「名門」とは言い難い。

各ホールの手入れが行き届いていることが大切で、フェアウェイに草が茂り、グリーンの落球跡がそのままにされ、バンカーは足跡だらけでは、「名門」とは誰も思わない。風景も大切で、プレイする場ではないとはいえ、周囲の山等に枯れた

樹木が放置されているのは興ざめである。

最近の課題は喫煙の扱いである。食堂等で、非喫煙者の受動喫煙を放置して「名門」とは言えない。きっぱりと全面禁煙にすべきである。ちなみに、喫煙しながら、歩かないでカートに乗るゴルフは、決して健康的スポーツではない。従って、「紳士と淑女」とは言い難い。

キャディ等のスタッフの対応も大切である。数年前、岡山県のあるゴルフ場で、ベテランキャディが付いてプレイした。「褒め過ぎず」「教え過ぎず」のアドバイスが印象に残っている。そのアドバイスをよく観察したら、プレイヤーの腕に応じたアドバイスをしていた。その時「これぞ名門」と認識した。

服装に「上品」を求めるより、先ずは「下品」な服装等を追放すべきで、女子プロの「へそ出し」も、これが果たして「淑女」と言えるか、疑問である。プロゴルファーは、男女を問わず、アマチュアゴルファーの規範となるような服装でプレイして欲しい。

靴のスニーカーや衣服のブルゾンも「好ましくない」とされるが、「ズック」「ジャンパー」と呼ばれた時代と違い、今や普通の「服装」として定着し、下品とは言い難い。

全部のゴルフクラブ、会員、そしてプレイヤーが「名門」を目指して努力すれば、「名門」と呼ばれないまでも「絶賛」されるゴルフ場になる。

「何故医師会報にゴルフを」と思われる方は、「名門」を「好評」と置き換えて頂ければ、医療機関に当てはまる。ゴルフマナーやエチケットの基本は、他人への気配りと気遣いであり、一般の社会生活と共通なものが大部分である。

施設入所者における排泄用品コスト削減の戦略

米子市 介護老人保健施設ゆうとぴあ 中 下 英之助

平成20年4月介護老人保健施設（老健）ゆうとぴあに勤務して6年が過ぎました。老健とは急性期医療が終了したが、病院退院後に在宅でのケアが難しい高齢者に、入所後に日常生活面での看護・介護とリハビリを提供することによって在宅復帰を援助するための施設とされています。当介護施設入所者では寝たきり、認知症など各種の高度障害例が増加しており、在宅生活の障害となる尿失禁などの排泄障害に対するおむつ外しの実践は困難さが増大しています。

排泄管理に対する取り組みの現状を把握するために日本老年泌尿器科学会に入会しますと、学会ではオムツ使用の要介護高齢者に対する排尿管理の共同研究が企画されていました。当施設でも特徴ある介護を旨として、排尿・排泄管理でも全国レベルへのスキル向上が期待できると思いましたが、早急に共同研究に参加しました。

老健は職種別には介護福祉士、介護員、看護職、リハビリ職員より構成されています。真誠会関連の3施設職員における自己効力感と排尿介助スキルの調査より、経験年数が5年以上の職員と男性職員で得点が高くなっており、実行部隊として男性の介護福祉士を中心に編制しました。

実施方法は膀胱機能の検査としてオムツチェックと超音波残尿測定器（ゆりりん）で残尿を測定して、機能評価に基づいた排尿管理を行います。全国で老人病院や老健などの福祉関連の16施設が登録して、先着100例までに研究協力費として1例当たり1万円が支給され、当施設は参加施設中3位で9万円ゲットしてゆりりん購入の補助金としました。

当施設における排泄管理の共同研究の成績を集計した結果より、当施設入所者の排泄機能障害の程度が高くて、排泄動作における医療・看護・介護面からの介入だけではオムツ外しの実践は困難

との結論を得たので、排泄管理における目標を排泄用品コストの削減に変更しました。各施設別に3～4社あった排泄用品納入メーカーの単一化を行い、排泄用品に対して入所者でオムツ・リハビリパンツ利用例に対して24時間尿量、排泄状態の観察、頻尿・尿失禁例にはゆりりんを使用した排泄記録表に基づき排泄介助を施行して、排泄用品選定を見直して新たに選定基準を作成して実践しました。

排尿管理方法の年度別比較では尿路合併症や寝たきり例が平成23年度以降で増加しましたが、排泄用品金額はメーカーの単一化によりグループ全体では平成21年度に比較して平成24年度は年間約250万円削減できました。また入所者に対して排泄用品選定の見直しを実践した施設では、平成23年から平成24年の1年間の排泄用品金額において削減額は約120万円であり、特にパッドの選定が重要でありました。他方で排泄用品選定の見直しが未施行の他施設ではむしろ排泄用品金額は増加しました。

この結果は5年間における入所者の排泄管理に対する取り組みの有用性を示しており、排泄用品コスト削減における戦略家としての小生の役割はいったん終了です。引き続き各施設の排泄委員からなる実戦部隊が自律的に新たに選定基準を作成して実践と共に改善を続ければ良い結果が期待できます。

前期高齢者に足を踏み入れた我が身としては、老年医学と高齢者医療の大切さが身にしみます。今度は日本老年医学会に入会して、泌尿器領域に限定しないで超高齢化社会に進んでいるわが国の医療に多少でも関わりたいと思っています。さて排泄用品コスト削減のその後の顛末を高みの見物といたしましょうか。

シーベルトの謎 (19)

鳥取市 上田病院 上田 武郎

前回の要点は、「放射能と理性」(既出・注7、以下「理性」)を元に、被曝による長期の影響はがん以外にも警戒すべきではないかという事でした。そして末尾に、同じ原爆の8万6千人調査について、2004年の「医事新報」(既出・注5)とは解析の仕方が少し違うと書いたのですが、その前に、この「理性」にはもう一つ引用したい見解があります。

それは、広島・長崎のような単発の出来事は慢性被曝について答えてくれない、と明言している事です。もっとも、この本で想定している「慢性被曝」というのは、高線量の場合(この本は低線量被曝は問題にならないという立場)ですが、考え方としては、内部被曝について議論しようとするれば単回被曝を建前とした調査からは何も得られないという理屈と同じだと考えます。

さて、原爆被爆者8万6千人調査に戻ります。2004年の「医事新報」の記事で示されていた解析結果では、対照群として「被爆したが、推定被曝線量のごくわずかなグループ」が置かれていました。これに対して「理性」では「両市以外に居住し、放射線を浴びていない日本人」2万5,580人を対照群としたと、本文にはあります。

8万6千人に対して2万5,580人。うーん、何でしょうか、この中途半端感は？ ほぼ同数という訳でもないし…。妙に十人単位まで細かい数だし…。一体これはどんな日本人集団なのだろうか…？

でも、本文のどこにもそれ以上は書いてないままその節は終わり、次の節ではあたかも新しい話題を始める調子で8万6千人調査での白血病と固形がんの死亡者数の表がそれぞれ示されていま

す。この表自体は殆ど2004年「医事新報」に掲載されているものと同じですが、一つだけ、「予測死亡者数」が示されていてそれに基づいた「割増リスク」が計算されている点が異なっています。そして、表の太字のタイトルの下に、対照的に小さな薄い活字でひっそりと(?)「予測死者数は近隣都市の居住者のデータに基づく」と書いてあります。

対照群をどう取るかは統計学上、重要な問題だと思うのですが、その大事な点が本文には明記してなくて、「表」の片隅にうっかりすると見逃す(実際、私も最初はタイトルの太文字ばかりが目についてしまい、この但し書きは読まずにしまいました。)様な書き方しかしてないのは、ちょっと妙な気がします。

それはともかく、この但し書きにある、「近隣都市の居住者」は前記の「両市以外に居住し、放射線を浴びていない日本人2万5,580人」に対応するものではないか？ どちらも同じ8万6千人調査についての記述なのですから、そう考えないと辻つまが合いません。

そうだとした場合、2つの表現法では随分とイメージが違います。「両市以外に居住し…」では、広島・長崎両県以外の日本全体のデータから抽出したとすらイメージ出来ます。一方、「近隣都市の住民」も確かに「両市以外」の居住者ですが、こちらの説明では、本当に原爆と全く関係のない人たちだったのかという疑問が湧きます。大体なぜ、本文の方ではこの様に持って回った表現をしているのでしょうか？ それに近隣都市という表現でも、まだアイマイです。なぜ地名をはっきり出さないのでしょうか？



広報委員 松田 裕之

5月5日立夏。鯉のぼりが風にたなびく新緑の季節を迎え、周辺では田植えの準備が始まりました。大型連休後海外からの帰国者が増え、ウイルスの国内への侵入が懸念されるH7N9型鳥インフルエンザが、「指定感染症」となりました。季節性インフルエンザの流行が続いている中、慎重に対処したいものです。

東部医師会では、6月22日一般社団法人移行後初めての代議員会を予定しています。

6月の行事予定です。

- 11日 理事会
- 19日 東部小児科医会
- 22日 東部医師会代議員会
- 24日 会報編集委員会
- 25日 新旧理事会

4月の主な行事です。

- 3日 鳥取県東部パーキンソン病講演会
「パーキンソン病の最新のトピックスについて」
東北大学大学院医学系研究科神経内科学
分野准教授 武田 篤先生

- 6日 看護学校入学式
- 9日 理事会
- 10日 胃がん検診症例研究会
- 12日 前期学術委員会
- 16日 胃疾患研究会
- 17日 東部小児科医会
第1回看護学校運営委員会
- 18日 第1回胃がん内視鏡検診検討委員会
- 23日 理事会
会報編集委員会
- 24日 第1回かかりつけ医うつ病対応力向上研修会
「地域における心の医療連携 ～大阪におけるG-Pネット（一般医と精神科医との連携システムの経験から）～」
医療法人渡辺クリニック院長
渡辺洋一郎先生
- 25日 臨床懇話会
「腎移植、脾移植と一般外科 ～私を導いてくれた三人の恩師～」
独立行政法人国立病院機構米子医療センター外科・副院長 杉谷 篤先生
- 29日 ゴルフ同好会



中部医師会

広報委員 森 廣 敬 一

風がさやさやと青葉を揺らす季節になりました。あちこちで大空に鯉のぼりが翻っています。室町時代、武家では端午の節句に戦で使用する家紋入りの旗指物や吹流しを軒端に立てる風習があったそうです。江戸の町人たちがこれに倣って上げたのが鯉のぼりだそうです。歌舞伎を育て、浮世絵を生んだ江戸のたくましい創造力なくしては、空に鯉を泳がせようという、思えば大胆不敵な発想は生まれなかったと思います。

鯉のぼりの目玉やうろこ、ひれの派手な色彩が誇張され、変形された描線は何やら歌舞伎の衣装に似ている気がします。元気よく泳ぐ鯉のぼりは誠に豪気なものです。

ところで、中部では平成24年度鳥取県認知症クリティカルパス導入事業により、認知症の早期発見・早期治療、また認知症の発症・診断から地域生活まで切れ目のない連携によるサービス提供を目的として、認知症クリティカルパスの作成をモデル的に実施しており、問題がなければ夏頃からの稼働が検討されています。しばらくは活発な意見交換がなされると思います。

6月の主な行事予定です。

- 5日 理事会
- 6日 講演会（整形）
- 11日 講演会（PPI）
- 14日 常会 中部医師会館
- 17日 胸部疾患研究会・肺がん健診症例検討会 厚生病院
- 19日 くらし喫煙問題研究会
中部医師会館
- 25日 講演会（脂質異常） 倉吉未来中心
- 28日 総会（候補日）

4月の活動報告を致します。

- 1日 中部医師会立三朝温泉病院運営委員会
- 3日 拡大理事会
- 4日 看護学校入学式
- 8日 学術講演会
「NAFLDと糖代謝異常のかかわりについて」
広島大学病院 消化器・代謝内科診療講師 兵庫秀幸先生
- 10日 定例会
平成25年度胃がんかかりつけ医研修会
心筋梗塞地域連携パス説明会
特別講演「乳癌診療の現状と最前線」
鳥取県立厚生病院
外科医長 内田尚孝先生
- 12日 総務会
- 15日 三志会運営協議会
胸部疾患研究会・肺癌検診症例検討会
- 16日 糖尿病パス委員会
- 17日 喫煙問題研究会
- 18日 腹部画像診断研究会
- 23日 学術講演会
「心房細動と新規抗凝固薬—臨床試験から学ぶ—」
大阪府立成人病センター総長 堀 正二先生
- 25日 消化器病研究会
「Hopyloriと胃がんとの関連」
武田薬品工業(株) 田中裕人氏
「消化器疾患全般において診断に難渋した症例、典型的な所見についての検討」
- 26日 学術講演会

「トラゼンタ処方開始の背景」

野島病院内科医長 石村昌彦先生

「糖尿病の最近の治療の考え方」

並河内科クリニック院長 並河 整先生



広報委員 木村 秀一郎

連休中は天気予報とは違う降雨もありましたが、概ね晴れ間となり、それほど暑くもない、過ごしやすい気候だったように思います。

連休最終日の5月6日、天気に恵まれ、西部三師会のゴルフコンペが大山平原ゴルフで開催され、医師会、歯科医師会、薬剤師会から29名の先生方の参加がありました。優勝は医師会の川上伸先生でした。

毎月第三木曜日に開催されております鳥取県西部医師会一般公開健康講座は、今月で第25回を数えるまでになりました。聴講者も100名あまりを常時超えるようになり、更にリピーターが増えているようです。10回20回出席者には達成証を贈呈するなど神鳥高世先生のアイデアの成せる技と思います。

6月の主な予定です。

- 6日 西医学術講演会
- 10日 常任理事会
米子洋漢統合医療研究会
- 11日 消化管研究会
- 12日 第484回小児診療懇話会
- 18日 肝・胆・膵研究会
- 19日 境港臨床所見会
第3回鳥取県泌尿器疾患懇話会
- 20日 第26回鳥取県西部医師会一般公開健康講座
「大腸がん検診で陽性とされたら」
田辺内科胃腸科医院
院長 田辺嘉直先生

鳥取県臨床皮膚科医会西部支部講演会

- 21日 第417回山陰消化器研究会
鳥取Urology Forum2013
- 25日 消化管研究会
- 26日 臨床内科研究会
- 28日 西部医師会臨床内科医会

4月に行われた行事です。

- 3日 米子看護高等専修学校第62回入学式
- 4日 西部地区肝炎セミナー
- 5日 BCG予防接種研修会
整形外科合同カンファレンス
- 8日 常任理事会
米子洋漢統合医療研究会
- 9日 消化管研究会
- 10日 第482回小児診療懇話会
- 11日 鳥取県臨床皮膚科医会
- 12日 鳥取県西部医師会学術講演会
- 15日 第5回再生医療フォーラム in 山陰
- 16日 肝・胆・膵研究会
- 17日 パソコン研究会
- 18日 第24回鳥取県西部医師会一般公開健康講座
「愛煙家+咳痰→たばこ病」
大賀内科クリニック 院長 大賀秀樹先生
認知症治療最前線
- 19日 第415回山陰消化器研究会
- 22日 定例理事会
- 23日 消化管研究会
- 24日 臨床内科研究会
- 26日 西部医師会臨床内科医会



広報委員 北野博也

新緑の美しい季節になりました。医師会会員の皆様におかれましては、いつも一方ならぬお力添えにあずかり、誠にありがとうございます。

本院では、3月から最新鋭の内視鏡手術ロボット「ダヴィンチSi」を導入いたしました。ダヴィンチSiの最大の特徴としましては、2人で操作が可能となったことです。これにより術者の技量向上はもちろんのこと、若手医師や研修医への教育に力を入れることで、より良い医療提供に貢献するものと考えております。

早速ですが、4月の鳥取大学医学部の動きについてご報告いたします。

平成25年度鳥取大学医学部附属病院新採用職員ホスピタリティ研修を開催

4月9日（火）新たに本院職員となった研修医、医療系技術職員、看護職員、事務系職員を対象としたホスピタリティ研修を実施しました。

研修は、医療従事者として必要なホスピタリティを体験学習から学ぶ機会を提供し、病院職員としての資質の向上を図るとともに、他職種との交流を深め本院構成員としての意識を高める目的で実施し、81名の職員が参加しました。

今回の研修は、「職員間の円滑な人間関係の形



ホスピタリティ研修の参加者



研修を受ける新採用職員

成」をテーマに、株式会社フォーブレンから講師を迎え、ホスピタリティにあふれた医療のプロフェッショナルとなる為に必要なことについて、グループごとにディスカッションしながら、実践を交え実施しました。研修終了後、それぞれの部署に配属されますが、研修で学んだことを生かして活躍してほしいと考えております。

鳥取大学医学部図書館新装オープニング式典の開催について

医学部図書館の耐震改修工事が終了し、4月24日（水）オープニング式典を開催しました。オープニング式典には、豊島学長を始め、近隣の図書館関係者が集まり、鳥取県立図書館長による来賓祝辞の後、鳥取大学関係者によるテープカットがあり、リニューアルオープンを祝いました。

今回の改修工事は、耐震補強とユニバーサルデザインの導入により、安全安心な施設とすることを目的に行われ、多目的トイレや車椅子の方が使用しやすいエレベーターを設置しました。そして、利用者の増加により手狭となっていた閲覧席を40席増設し、また集密書架導入により図書館の収容能力を増加しました。

リニューアルオープンに伴い、平日は夜11時まで開館することとなり、ますます利用しやすい環境が整いました。



テープカットの様子



増設した閲覧席

ドクターカー運行説明会の開催について

4月26日（金）本院会議室2において、鳥取

県、西部地区の9市町村、西部町村会、鳥取県西部広域行政管理組合消防局、安来消防本部の担当者を招いてドクターカー運行説明会を実施しました。

ドクターカーは、本院で待機し消防本部の要請により、本院救命救急センター医師、看護師と運転手の3人が同乗し、心肺停止等の重篤な患者がいる救急現場へ出動します。当面は、運転手1人による運行となる為、出動待機時間は、運転手の勤務する月・火・木、9時～16時としていますが、災害事案出動時はその都度判断し運行する予定としています。

本間センター長は「できるだけ早く救急医療を開始することで救命率を上げることが出来る。」と効果を説明しました。



ドクターカーの説明をする本間センター長

医学会演題募集について

本会では、例年春・秋の2回（概ね6月・11月）「医学会」を開催しており、特別講演或いはシンポジウムなどに加えて会員各位の一般演題（研究発表）も募集しています。演題の締め切りは、開催の1ヶ月前前としております。詳細については、当該時期に改めてご連絡いたしますが、多数ご応募下さるようお願いいたします。

4月

県医・会議メモ

- 4日(木) 中国におけるインフルエンザA (H7N9) の患者発生に係る連絡会議 [鳥取県災害対策本部室、西部総合事務所災害対策室 (TV会議)]
- 11日(木) 第1回理事会 [県医]
　　〳 観桜会 [鳥取市・ホテルモナーク鳥取]
- 17日(水) 医療基本法 (仮称) に関する都道府県医師会担当理事連絡協議会 [日医]
- 18日(木) 第2回中央病院機能強化検討委員会 [県医・TV会議]
　　〳 第256回鳥取県医師会公開健康講座 [県医]
- 19日(金) 鳥取県新型インフルエンザ対策会議 [鳥取県災害対策本部室、西部総合事務所災害対策室 (TV会議)]
- 20日(土) 前鳥取大学学長 能勢隆之先生 退任記念祝賀会 [鳥取市・ホテルニューオータニ鳥取]
- 25日(木) 鳥取県麻しん対策会議 [県庁]
　　〳 鳥取県精神保健福祉協会理事会 [鳥取市・白兔会館]
　　〳 産業医部会運営委員会 [県医]
- 27日(土) 第4回看護師養成の抜本的拡充に向けての検討会 [県医]
- 29日(月・祝) 岡山県医師会公益社団法人移行記念式典・祝賀会 [岡山市・岡山プラザホテル]

厚生労働省委託事業 日本医師会女性医師バンク

日本医師会女性医師バンクは、就業を希望する医師に条件にあった医療機関を紹介し、勤務環境の調整を含め採用に至るまでの間の支援を行い、再就業後も様々なご相談に応じます。

日本医師会女性医師バンクの特色

- | | |
|------|---|
| 無料 | 登録・紹介等、手数料は一切いたしません。 |
| 個別対応 | 就業に関するご相談は、コーディネーター（医師）が、丁寧に対応いたします。 |
| 秘密厳守 | ご登録いただいた情報は、適正に管理し、秘密は厳守いたします。 |
| 日本全国 | 日本全国の医師、医療機関にご利用いただけます。（会員でない方も登録できます。） |
| 予備登録 | 今すぐに働く予定のない方もご登録いただけます。 |

ご連絡・お問い合わせ先 日本医師会女性医師バンク 中央センター

〒113-8621 東京都文京区本駒込2-28-16 日本医師会館B1
TEL 03-3942-6512 FAX 03-3942-7397

会員消息

〈入 会〉

川口垂佐子	鳥取県立中央病院	25. 4. 1
藤田 良介	智頭病院	25. 4. 1
荒木 眞澄	鳥取産院	25. 4. 1
山脇 美香	山脇医院	25. 4. 1
佐々木修治	野島病院	25. 4. 1
北谷 新	日野病院	25. 4. 1
橋本弦太郎	清水病院	25. 4. 1
下雅意亮臣	清水病院	25. 4. 1
山本 洋	野の花診療所	25. 4. 1
唐下 千寿	垣田病院	25. 4. 1
松村 涉	鳥取県立厚生病院	25. 4. 1
矢野 民雄	鳥取県立厚生病院	25. 4. 1
高見 大樹	鳥取県立厚生病院	25. 4. 1
井山 拓治	鳥取県立厚生病院	25. 4. 1
林 暁洋	鳥取県立厚生病院	25. 4. 1
井藤 久雄	鳥取県立厚生病院	25. 4. 1
野中和香子	鳥取県立中央病院	25. 4. 1
山根恵美子	鳥取県立中央病院	25. 4. 1
中瀬 一希	鳥取県立中央病院	25. 4. 1
大島 祐貴	鳥取県立中央病院	25. 4. 1
枝野 未来	鳥取県立中央病院	25. 4. 1
小作 大賢	鳥取県立中央病院	25. 4. 1
堂本 友恒	鳥取県立中央病院	25. 4. 1
前田 和範	鳥取県立中央病院	25. 4. 1
山田 敬教	鳥取県立中央病院	25. 4. 1
石原俊太郎	鳥取県立中央病院	25. 4. 1
宇川 諒	鳥取市立病院	25. 4. 1
赤塚 啓一	鳥取市立病院	25. 4. 1
足立 誠司	鳥取市立病院	25. 4. 1
本田 聡子	鳥取市立病院	25. 4. 1
松岡 孝至	鳥取市立病院	25. 4. 1
横山 浩己	鳥取市立病院	25. 4. 1
井上 郁	鳥取市立病院	25. 4. 1
森田 諒香	鳥取市立病院	25. 4. 1
上春 美奈	鳥取市立病院	25. 4. 1
池内 智行	鳥取県立中央病院	25. 4. 1

橋口 浩一	ウエルフェア北園渡辺病院	25. 4. 1
中谷 優子	鳥取県立中央病院	25. 5. 1
高田 耕吉	高田医院	25. 5. 1
中西 理沙	鳥取大学医学部	25. 6. 1

〈退 会〉

福田 俊一	鳥取市立病院	25. 3. 6
足立 誠司	藤井政雄記念病院	25. 3. 20
井藤 久雄	鳥取大学医学部	25. 3. 31
井上 貴央	鳥取大学医学部	25. 3. 31
入澤 淑人	鳥取大学医学部	25. 3. 31
大野 耕策	鳥取大学医学部	25. 3. 31
近藤 慎二	鳥取大学医学部	25. 3. 31
渡部 仁成	鳥取大学医学部	25. 3. 31
阪本 綾子	鳥取大学医学部	25. 3. 31
阿部 純子	鳥取大学医学部	25. 3. 31
北谷 新	岩美病院	25. 3. 31
門脇 光俊	野島病院	25. 3. 31
北村 厚	野島病院	25. 3. 31
金谷 治尚	清水病院	25. 3. 31
山田 尚基	清水病院	25. 3. 31
前田 迪郎	鳥取県立厚生病院	25. 3. 31
藤田 良介	大山町国民健康保険名和診療所	25. 3. 31
瀬下 賢	鳥取市立病院	25. 3. 31
雑賀 建多	鳥取市立病院	25. 3. 31
野口 雄史	鳥取市立病院	25. 3. 31
細谷 朋央	鳥取市立病院	25. 3. 31
田中 紀章	鳥取市立病院	25. 3. 31
山藤 由明	ひだまりクリニック	25. 4. 26
高田 耕吉	鳥取医療センター	25. 4. 30

〈異 動〉

加藤 大司	鳥取市立病院 ↓ 鳥取市介護老人保健施設 やすらぎ	25. 4. 1
茗荷 宏昭	智頭病院 ↓ 岩美病院	25. 4. 1

加藤 耕平	鳥取市佐治町国民健康保険診療所 ↓ 岩美病院	25. 4. 1	森崎 剛史	鳥取大学医学部附属病院 卒後臨床研修センター ↓ 鳥取大学医学部	25. 4. 1
竹中 泰子	鳥取産院 ↓ 鳥取県立中央病院	25. 4. 1	橋本 由徳	岩美病院 ↓ 鳥取県立中央病院	25. 4. 1
櫻井 重久	智頭病院 ↓ 鳥取市佐治町国民健康保険診療所	25. 4. 1	志賀 純子	野の花診療所 ↓ 鳥取県立中央病院	25. 4. 1
紙本美菜子	日南病院 ↓ 大山町国民健康保険名和診療所	25. 4. 1	深澤 義明	鳥取産院 ↓ 鳥取市湯所町1-201	25. 4. 15
井上 公明	鳥取県赤十字血液センター ↓ 鳥取市生山65-1	25. 4. 1			

保険医療機関の登録指定、異動

保険医療機関の指定、休止、廃止

すえひろ生協診療所	鳥取市	25. 4. 1	新	規
おか内科クリニック	鳥取市	25. 4. 1	更	新
もとだクリニック	鳥取市	25. 4. 16	更	新
上賀茂診療所	八頭郡	24. 2. 28	廢	止
藤崎医院	鳥取市	25. 3. 27	休	止
医療法人社団石田内科循環器科医院	米子市	25. 5. 1	更	新
岩本医院	米子市	25. 5. 1	更	新

感染症法の規定による結核指定医療機関の辞退

医療法人共済会清水病院	倉吉市	25. 4. 10	辞	退
-------------	-----	-----------	---	---

原子爆弾被爆者一般疾病医療機関の指定

すえひろ生協診療所	鳥取市	25. 5. 1	指	定
-----------	-----	----------	---	---

公 告

鳥取県医師会役員並びに裁定委員の選任（選挙）について

平成25年4月1日、鳥取県医師会は公益社団法人に移行しました。

現在、就任しています役員並びに裁定委員の任期につきましては、公益社団法人への移行に伴う経過措置として、平成25年6月29日（土）開催の定例代議員会終了までとなります。

つきましては、来る6月29日（土）開催の第190回定例代議員会において下記のとおり役員並びに裁定委員の選任（選挙）を執行致します。

なお、任期は、定款第31条で「選任後2年以内に終了する事業年度のうち最終のものに関する定例代議員会の終結の時まで」と規定されていますので、平成27年6月下旬に開催予定の定例代議員会までとなります。

記

1. 選 任 期 日 平成25年6月29日（土）
2. 場 所 ホテルニューオータニ鳥取 鳥取市今町
3. 選任すべき役職及び員数

会 長	1名
副 会 長	2名
理 事	12名以内
監 事	2名以内
裁定委員	9名

■役員並びに裁定委員に立候補しようとする者は、定款施行細則第8条の規定により、会員3名以上10名以内の推薦を受けて、選挙期日の5日前、即ち6月24日（月）午後5時までに、文書で、鳥取県医師会長あて届け出て下さい。

なお、届け出は平日の午前9時から午後5時までの間にお願いします。

■立候補届出書、推薦書、経歴表等の届け出様式は、本会のホームページからダウンロードできます。また、所属の地区医師会にあります。

■立候補の届け出の手続き等につきましては、本会事務局又は所属の地区医師会にご連絡下さい。

以上、定款第73条の規定による公告、並びに定款施行細則第7条の規定による公示と致します。

平成25年5月15日

公益社団法人鳥取県医師会 会長 岡 本 公 男

今年は例年になく天候が不順です。熱中症で、お年寄りが救急搬送された翌日に、寒くて震えるほど気温が下がったりしています。体調を崩される方が多いようです。一方経済に目を転じてみると、政権交代以後のアベノミクス効果により景気が上向き、今年の第1四半期のGDPは年率換算で3.5%も増えたそうです。なんとかこの調子で景気回復して、失われた20年を取り戻したいものです。

巻頭言では、日野先生に「新しい専門医制度」と題して執筆していただきました。昭和40年代から始まった専門医制度ですが、各学会が次々と専門医制度を作ったため平成23年8月時点で、広告可能な専門医は55もありますが、専門医認定基準が統一されていなかったため、専門医制度の見直しが必要となり、今年の3月7日に新しい専門医制度の報告案が提示されたそうです。新しい専門医制度の概要を見ると納得できることが多く改善されると思う一方、何が変わるのだろうか？医療現場では、患者はちゃんと良い医師を選んで上手に受診するという事実は変わらないだろうと思うと述べておられます。ご一読ください。

4月29日に、木村禎宏先生が「保険衛生功労」により旭日双光章を受章されました。おめでとうございます。8月に西部医師会主催で祝賀会が行われる予定です。

4月11日に、今年度第1回の県医師会の理事会が開催されました。理事会終了後、ホテル・モナーク鳥取にて毎年恒例の保健医療関係者が集まる観桜会が開催されました。多数の参加者があり、盛会でした。

4月19日に、県庁でインフルエンザ対策会議が開催され、鳥インフルエンザA (H7N9) の中国での感染状況、現時点で判明しているウイルスの特性、県の対応などが協議されました。

4月25日に、県庁で麻しん対策会議が開催され、麻しん発生動向（全国・鳥取県）、麻しん検査診断の実施、麻しんワクチンの接種状況、各種ガイドラインなどについて協議されました。

5月2日に、保険医療機関指導計画打ち合わせ会が開催されました。平成24年度の指導結果の報告、平成25年度の指導計画についての説明、指導対象医療機関の選定方法などについての説明がありました。質疑応答で電子カルテを導入している医療機関の指導に際して電子媒体に保存して持参することに関して中四国厚生局鳥取事務所に質問したところ、電子カルテの三原則（真正性、見読性、保存性）が守られていれば、問題ないとの回答がありました。

各種通知では、県医師会より「鳥取県医師会役員等の専任（役員選挙）について」の公告があります。鳥取県医師会が本年4月1日に公益社団法人に移行したため、現在の役員、裁定委員の任期が本年6月29日までとなりますので、役員選挙が行われます。詳細は紙面を御覧ください。

歌壇・俳壇・柳壇では、石飛誠一先生。フリーエッセイでは、細田庸夫先生、中下英之助先生、上田武郎先生にご投稿して頂きました。細田先生の『「ドレスコード」から「名門」を考える』は大変興味深く読ませて頂きました。ゴルフ場の話と読んで読み始めましたが、最後は医療機関の話であることが解りました。是非、ご一読ください。

5月中旬の天候からは信じられませんが、今年の夏は猛暑が予想されています。この号が皆様のお手元に届く頃には梅雨入りしているのでしょうか？皆様体調を崩さないように、ご自愛ください。

編集委員 米川正夫

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695号・平成25年5月15日発行（毎月1回15日発行）

会報編集委員会：渡辺 憲・米川正夫・武信順子・秋藤洋一・中安弘幸・松浦順子

●発行者 公益社団法人 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）

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があります。

〈著作権、版權〉

1. 著作権、版權が発生する他誌（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、本誌に適當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)