

山口県医師会報

発行所 山口県医師会
〒 753-0811 山口市大字吉敷 3325-1
083-922-2510
編集発行人 藤井康宏
印刷所 大村印刷株式会社
定価 220 円 (会員は会費に含め徴収)

平成 15 年 4 月 1 日号

1673



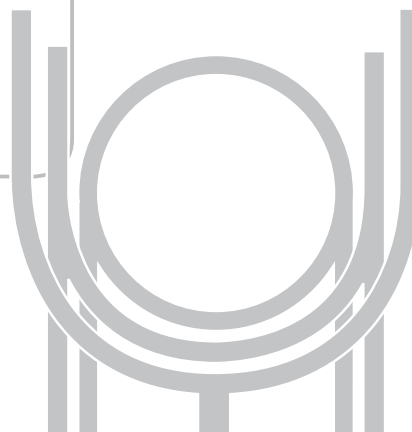
ポピー

尼崎 辰彦 撮

今月の視点「救急医療の問題点」	238
平成 14 年度第 2 回保険委員会	240
第 84 回地域医療計画委員会	242
第 85 回地域医療計画委員会	249
理事会.....	253
日医 FAX ニュース	241
勤務医部会「生活習慣について」	256
いしの声「最近の若年者の性感染症事情」	258
ご案内・その他.....	259
山口県感染性疾病情報.....	260

ホームページ <http://www.yamaguchi.med.or.jp>
メールアドレス info@yamaguchi.med.or.jp

今月の ① 視点



救急医療の問題点

専務理事 上田 尚紀

日本の医療制度は他国と比較して優れているのか、劣っているのだろうか？

大局的に判断すれば世界一の長寿国、最長の健康寿命国、乳幼児死亡率世界最低のこの三つをとらえるだけで、日本国民は安全に生まれ、健康に恵まれ、長寿を享受できる幸せな民族と言わなければならない。国民皆保険制度(昭和 36 年)の確立で、貧富の差なく、保険証一枚で日本中何処でも、何時でも医療機関に受診できる制度の果たした役割は極めて大きい。しかし、国は国民の医療費 30 兆円(対 GDP 比 7.5%、先進国中 18 位 1998)が高すぎると医療費削減、国民負担増に奔走している。高齢社会、医療技術の進歩で医療費の漸増は止むを得ないし、今後改善すべきことは夜間救急、病院のアメニティ、小児救急、在宅医療など枚挙にいとまがない。こうした折に、昨年 12 月厚生労働省・労働基準局監督課は「医療機関における休日及び夜間勤務の適正化の当面の対応について」の通知を都道府県に出し、労働基準法(昭和 22 年法律第 49 号)(以下「労基法」という)の順守など宿日直勤務の適正化の指導を求めた。監督課では、“救急医療など宿日直勤務について、休日・夜間勤務体制を把握するため、早急に許可取り消しなどを求める考えはない。”としているが、まさに晴天の霹靂で、なぜこの時期にとの思いが脳裏を過る。

しかし、これには伏線があった。関西医科

大学耳鼻咽喉科に勤務の研修医 M さん(26)は 1998 年急性心筋梗塞で死亡したが、8 月に死亡するまでの約 2 か月半の労働時間は月平均 300 時間に達した。これに対し研修医は労働者ではないとの立場から大学は月額 6 万円の手当しか支払っていなかった。これを不服とした訴訟の判決が、平成 14 年 2 月 25 日大阪地裁であり、坂本裁判長は「研修医は一般企業の新人研修的な性格や徒弟的な側面をもち、労働契約と同様の指揮命令関係がある」と、研修医を労働者とみなす判断を示し、労災認定となった。このことを背景に平成 14 年 3 月 19 日付厚労省労働基準局長から日本病院会長他病院関係者に本件の適正化について要請があった。同年 5 月各都道府県において、労基法の規定による宿日直勤務の許可をうけている全医療機関を対象とした自主点検の報告を求めた。その結果を踏まえて、同年 12 月 17 日山口労働局長から県医師会に宿日直制度と勤務の適正化に向けた説明会を開催したいとの申し入れがあった。

勤務医が夜間救急や宿日直で次々と過労死されたら厚労省の責任は重大なので、勤務医の健康に配慮された暖かい思いやりであろう。

一方、夜間・休日救急では一次、二次患者の混在で迅速な対応も休息も困難な状態であるが、苦痛に悩む人、外傷患者、意識のない小児など医師であれば無視することはできな

い。国民は一昔前ならお医者さんに診てもらえたら満足したが、次第に要求のハードルは高くなり今では 24 時間対応しかも常に専門医（特に小児科医）の常駐が求められている。山口県にはこれを満たす医療機関はないが、地域の救急指定病院は頑張りすぎるほど頑張っただけ対応しているものと思われる。

労基法第 36 条に時間外勤務及び休日勤務に関しては労使間で書面による協定を行政官庁に届け出た場合に時間外、休日勤務をさせることができる（サブロク協定）。また宿日直勤務に関しては第 41 条 3 号の断続的労働の態様として所定の許可を受ければ第 32 条の週 40 時間労働制の原則を適用しないで、使用することができるとしている。第 41 条に定める断続的労働とは昼間の通常業務はおこなわず、職場で待機し、電話の対応、火災等の予防のための巡視、非常事態発生時の連絡等に当たるものをいう。医療機関では救急医療等を稀に行うことがあっても、睡眠が十分とれば差し支えないとされている。しかし、“稀”と“十分”についての定義は示されていない。

厚生労働省からは万が一労基法に抵触するようなことがあれば、適正化の例として次のように示されている。

1. 救急患者への対応等が頻繁に行われる一部時間帯内勤務については変形労働時間制の活用や始業・終業時刻の変更等により所定労働時間に組み込むか、法定の時間外休日労働として取扱う。
2. 救急患者への対応が頻繁に行われる一部の診療科、職種等については、法第 41 条に基づく断続的労働である宿日直勤務の対象から除外すること。
3. 輪番制等の当番日においても 2. におなじ。
4. 宿日直勤務に従事する者の範囲を見直し、宿日直勤務する者を増すことにより、宿日直勤務に従事する回数を減らすこと。

5. 一回の宿日直勤務における勤務者の数を増やし、勤務者一人当たりの救急患者への対応等の時間を減らすこと。
6. 交代制を導入すること。（厚生労働省労働基準局監督課長 2002.11.28 一部略）

つまり「頻繁に救急患者が来院するならば、医師に宿日直勤務をさせてはいけません。もしさせるなら、宿日直者を 3 倍位に増員して一人当たりの急患診療時間を短縮してください。また、それらが不都合であれば 3 交代制等を導入してください」とのことである。

財政面の観点のみから医療費縮減が進む中で、曲がりなりにも本邦の救急医療が作動しているのは医師としての使命感にもとづく献身的努力以外の何物でもない。不採算部門として救急と小児科廃止の流れの中で前記の課長通達を実施できる医療機関が多数あるとは思えない。平成 13 年 11 月に東京都が都立墨東病院に設立した 24 時間対応の「東京 ER（総合診療救急科）」でもスタッフが足りない（週刊朝日 2002.10.18）といわれ日本の救急体制は理想から程遠い。

法治国家である以上、いかなる行為も法を順守することが基本であることは論を待たない。しかし、理想と現実の乖離をどうして埋めるか。厚生労働省の厚生関係からは、救急医療を充実するようにいわれ、労働関係からは宿日直医は充分休息できるように指導される。平重盛ではないが「忠ならんと欲すれば孝ならず」の喩えのように、法と医療現場の板挟みで国民が犠牲にならないことを願う。国民の健康を守る観点から、国は必要な予算措置を行うことが重要で、徒に“毛を吹いて疵を求む”ことのないよう期待する。

前記の申し入れに対して、山口県医師会及び山口県病院協会は“集団説明会”の開催と今後の円滑な改善を図るため、山口労働局と適宜協議会の場を設けることとした。

平成 14 年度第 2 回保険委員会

と き 平成 15 年 2 月 27 日 (木)
ところ 県医師会館
出席者 保険委員・県医担当役員

[記：山本 徹・三浦 修・佐々木 美典]

今年度は保険指導の日程の関係で、2 月 27 日に開催された。

集団指導について

下記の 3 つを対象として、いずれも講演・講習方式による集団指導が実施された。

(1) 新規指定保険医療機関等を対象とした集団指導

実施日：平成 14 年 10 月 13 日

対 象：平成 13 年 7 月～平成 14 年 6 月までの新規指定 47 保険医療機関
(新規 1 号入会会員を含む)

(2) 全保険医療機関を対象とした集団指導

実施日：平成 14 年 12 月 12 日

平成 12 年度、13 年度の集団指導を受講されなかった保険医療機関のうち 49 機関から 57 名が受講された。さらに自主的に 2 回目の受講をされた方が 40 機関 41 名おられた。この 3 年間で対象 1,082 医療機関のうち、1,034 医療機関 (95.6%) が受講された。

(3) 勤務医を対象とした集団指導

実施日：平成 15 年 1 月 23 日及び 2 月 13 日

平成 14 年度より新たに始めた集団指導で、対象病院 151 医療機関のうち 132 機関 (87.4%) から、計 485 名が受講された。

山口県医師会は、社会保険事務局に対し、新指導大綱に基づいた高点数のみによる集団的個別指導を凍結し、その代替として全会員に療養担当規則の周知徹底を図り、自ら積極的に指導を受ける姿勢を示すことによりピアレビュー的要素を取り入れるとして、講演・講習会方式による集団指導を提案した。その結果、山口県ではこの 3 年間その精神に基づいた集団指導が実施されてきた。この全保険医療機関及び勤務医を対象とした集団指導はいずれも非常に高い出席率を記録し、県医師会員の保険診療に対する理解と積極的な姿勢が内外に印象付けられた。

個別指導について

従来型の個別指導については、54 医療機関 (診療所 48、病院 6) が指導の対象になったが、その選定理由は審査支払機関等情報によるもの 23、高点数 26、再指導 5 であった。また、新規指定医療機関等を対象とした個別指導は 44 医療機関に対して行った

【指導における主な指摘事項】

(1) 診療録の記載等に係る事項

指導・管理料算定の際、指導内容の要点の記載がない

傷病の転帰欄等の不備 (治癒年月日の記載)

診療内容、検査所見、評価等の記載不備

(2) 診療内容に係る事項

検査は症状・所見等に応じて必要最小限に段階的に実施すること

投薬は漫然と行うことなく、また注射(点滴)は症例を選んで行うこと

入院診療計画の策定に当たって、医師、看護師等が共同して策定すること

(3) 診療報酬の請求に係る事項

レセプト提出の際、診療録との突合・点検を保険医が十分行うこと

レセプトと診療録の傷病名の不一致がみられる

入院診療計画未策定、院内感染防止対策未実施のための減算

(4) 自主返還について

算定要件を満たしていない下記の項目を中心に 9 件の返還事例があった。「指導はあくまでも適正な保険診療を行うための指導に留めるべきであり、返還が目的ではない」という従来からの県医師会の主張は変わらないが、未実施減算の算定や、再指導時における指摘などについては自主返還もやむを得ない場合があり、日頃より十分留意しておく必要がある。

今年度の自主返還事項は

院内感染防止対策未実施減算

入院診療計画未策定減算

算定要件を満たさない生活習慣病指導管理料であった。

日医 FAX ニュース

3月11日 1340号

医療特区対策協議会を設置して情報共有
日医に「大規模治験NW」の拠点を設置
「株式会社参入に断固反対」 四師会が共同声明
混合診療の解禁などで「実行WG」

3月14日 1341号

診療報酬は時間、重症度、運営コスト反映へ
3割負担なければ医療保険の維持不可能
再診料「月内逓減制」の修正論議は膠着状態
老健分の支払確定額は3か月連続2ケタ減
日本医師会賞に「産婦人科医の処方箋」

3月18日 1342号

株式会社参入には「最後の最後まで反対」
株式会社の医療参入に反対の意見書
予防接種や公衆衛生活動の重要性説く
厚労省試案の基本的方向に注文相次ぐ

第 84 回地域医療計画委員会

と き 平成 14 年 10 月 24 日 (木)
 ところ 山口県医師会館

[記：理事 津田 廣文]

藤井会長挨拶

先生方にはお忙しい中、お集まりいただきありがとうございます。今日は県警本部の刑事課の田邊さんにお越しいただき、ありがとうございます。

この問題は時々郡市医師会長会議、代議員会で出たかもしれませんが、やはり検死をすることについて、今の時勢の中では、非常に先生方が不安を感じておられます。そのために、きちんとしたその責任の所在、考え方というものを作ってほしいという意見があり、県医師会として取り上げることにしました。

地域医療でこの問題を取り上げ、それなりの形を作っていく作業を今から進めるべく、その先駆けとして今回県警本部よりお越しいただいて検死について話していただき、そしてどういうシステムを作ればいいのか、先生方からご意見をお聞きしたいと思います。よろしくをお願いします。

県医：今日は、山口県の死体検案の現状について検視官の田邊さんにご説明いただきます。2年前に法医学教室の藤宮先生から山口県の警察医会を設立していただけないかというご要望があり、様子を見ていたが、そろそろ山口県として警察医会のような組織を作り上げていく必要があると考える。また検死の問題だけでなく、事故とか災害時に、どんな医者でも現場に行って死体検案に協力しなくてはいけない状況もある。山口県歯科医師会はもうすでに警察医会を立ち上げて、いろいろな災害が起こった時に出て行く取り決めがある程度できている。

本日、山口県の現状についてご説明いただいて、今後、先生方のご意見をいただきながら山口県の警察医会の設立について考えていきたい。

出席者

委員長	藤原 淳	委員	奥山 暁	県医師会	
副委員長	藤野 俊夫		今釜 哲男	会長	藤井 康宏
	江里 健輔		中島 洋	常任理事	藤野 俊夫
委員	木下 敬介		千原 龍夫		木下 敬介
	津田 廣文		村田 武穂	理事	井上 裕二
	佐々木美典		松井 健		津田 廣文
	村田 秀雄		田邊 實		佐々木美典
	保田 浩平	山口県 警察本部捜査 第一課検視官			
	早川 宏				

協議事項

山口県における死体検案の現状について

山口県警察本部刑事部捜査第一課検視官 田邊 實

今年の 9 月末現在で 1,233 体の死体を警察で取り扱ってきた。1 日平均で 4 体から 5 体という割合になり昨年の 9 月末と比較すると 81 体増加している。高齢化社会になって過去 10 年間で年々増加している。平成 9 年位までは 1 年間に大体 1,200 体ペースであったが、平成 10 年位から一気に年間 1,500 体から 1,600 体と大幅に増加している。

そこでわれわれ警察で取り扱った 1,233 体のうち、病死として結論を出した死体が 739 体、自殺が 314 体、殺人あるいは傷害致死等による第三者の行為によって亡くなられた死体が 8 体、業務上過失致死や業務によって亡くなられた方が 2 体、自分が誤って転落して亡くなる等という自己過失による事故死が 65 体、そして外因死か内因死か分からないということで不詳の死あるいは白骨で発見された死体が 105 体であった。

圧倒的に病死が多く、このうち心疾患が 377 体、脳血管疾患が 102 体、その他の病気によるものが 76 体という状況であった。

病死では就寝中に亡くなられた事例（朝起こしに行ったら亡くなっていた）が一番多く 255 体で、それに続いて入浴中の死亡が 115 体である。また 65 歳以上の高齢者の方が病気で亡くなられたものも、やはり就寝中と入浴中が圧倒的に多い。

それと今年の特徴は、乳幼児の突然死が結構ありこの半年で 7 人の子供が突然死している。これは一応解剖したところ卵円孔の開存あるいは心室中隔欠損という先天的な心臓疾患であった。

つぎに社会的な世相、経済情勢、あるいはストレス社会というようなことで自殺が結構増えてきた。原因として精神障害が 85 体、生活苦や経済的なものが 82 体、お年寄りの方が病気を苦しめて 78 体、家庭的な問題が 28 体、これが主な自殺の動機である。

この自殺の手段としては、圧倒的に縊死（首吊り）が多く 218 体、つぎにアパート、マンションなどのビルからの飛び降りが続く、海等へ入水などが上位を占めている。

また高齢化社会で 65 歳以上の高齢者が 722

体で死体総数の約 60% を占め、そのうち独居者で亡くなられた方が 223 体ある。家族へ電話連絡が付かなくて民生委員の方や近所の方をお願いして行ってみたら亡くなっていた例が増加している。65 歳以上で亡くなられた方の 3 人に 1 人が独居で亡くなっている。発見が遅れて高度に腐敗が進み、はなはだしいのは顔の識別がつかないほど腐敗が進んで発見され、遺族の方がかわいそうな思いをするわけだが、これはわれわれ捜査する立場からすると極めて好ましくない。独居者で案外犯罪の被害にあって、腐敗が進んで捜査の着手が遅れるということになり、早い時点での認知が必要である。改善策として地域の交番や駐在所で独居者の方の家を巡回をするなり、周辺の方々の連帯感を築いていただくという形なるべく早く発見してあげたいと思う。

また高度に腐敗が進行すると、いくら家の中で亡くなられていても、身元のきちんとした断定が必要で、親子関係で DNA 判定まで行う。DNA 判定を行うと急いでも 1 週間から 10 日かかる。そうすると、その間ご遺族の方に遺体の引き渡しができず、冷蔵庫で保管する等の措置が必要となり、ご遺族にとっても非常に気の毒である。

当然、死体の件数が増えてきたので解剖件数も増えてきた。昨年は 1 年間に 65 体解剖を行ない、今年は既に 71 体で昨年よりは大幅に増えている。今からはわれわれの方も高齢者、特に独居者が亡くなるということについては、非常に関心を持って取り組んでいく必要があると考えている。

つぎに、警察が日頃検死業務を推進するにあたり、どこに重点を置いて検死をするか、県下各警察署にも指示をしている点について説明をさせていただく。

まず検死で一番気を付けていけないといけないう死体は水中から発見された死体である。この水中死体というのは、死体所見からは溺死の所見しかでない。つまり自ら入水しても、人が突き落としても、睡眠薬を飲ませて浸けても溺死ということになる。死体が溺死という所見を出していても、死に至った経緯に事件性があるかどうかの問題で、水中死体が発見された場合は、慎重に捜査をするように指示をしている。それと保険制度が普及した時代で往々にして揉める事案がこの水中

から発見された死体である。これは要するに病変が起こって溺死したのか、誤って落ちたのか、それによって死体検案書の死因の種類が変わってくる。そうすると保険金の支払いで保険会社とご遺族の方とでトラブル事案に発展していく場合もある。この水中死体については、死体は溺死の所見しかないのので、どうして亡くなられたのかという死に至る経緯を警察の捜査の部分でキッチリ明らかにしていく必要がある。この捜査が不徹底、不十分であれば検案書を書かれる先生方にも迷惑がかかることがあるため、この水中死体には非常に神経を使い慎重に行うよう指示している。

それから 2 つ目は、事件性と表裏であるが、焼死体である。文献によると紅班や水泡の形成があれば生身の状態で人体に熱、火災が作用したことになり生活反応と見なされてきていた。しかし、今年の 5 月に下関であった無理心中の場合は首を絞めて殺害した後に火を付けているが、水泡や紅班形成が顕著に出ていた。したがって焼死体については水泡や紅班形成などの生活反応があっても火が体に回るまでは生きていたということにはならない。これも水中死体と同じように捜査を十分やって何が火元で何が原因で火が出たかということをキチンと突き止めさせる。基本的には解剖をやって気道の中に煤を吸い込んでいるか、あるいは心臓血から CO の含有量が高濃度であるかどうかというところで判断している。この焼死体も、判断を誤る危険性ははらんだ死体である。

それから 3 つ目は既往症のない方の突然死が結構増えてきた。働き盛りの 30 代 40 代前半の方で、今まで糖尿病や高血圧とか内因性の既往症は持ってないという方が突然亡くなられた場合は、慎重に捜査を行っている。この場合は、基本的には家族の同意があれば司法解剖をしようということ取り組んでいる。犯罪性を多少でも疑う要素があれば司法解剖にまわすが、「明らかに病死である。ただ若いし既往症もない。どうして死んだか家族の方も納得がいけない」と言う場合には承諾解剖をやっている。今年には既に 3 体承諾解剖をしたが、先日道路脇の車の中で 30 代の男性が運転席で亡くなっていた。車を見ても周りを見ても何の死因を特定するための資料も何もない。死体を見ても顕著な死体所見がないというこ

とで、これも承諾解剖を行った。ところが解剖してみると青酸カリが出てきた。やはり病気がない方が突然亡くなった場合は劇薬・毒物の使用ということがあるので、十分注意してやるように指示している。

以上のような死体については慎重に行うように指示している。こういった死体の検案の作成を先生方をお願いしているが、警察からの連絡・捜査状況の説明がないから検案書がなかなか書けない、遺族も早く書いてくれ、ということが生じることかと思うが、その辺はわれわれ警察の方でご遺族の方に説明をしていかないと最終的には捜査を行った警察、あるいは検案書を書かれた先生方に責任がくるのでやるべきことはやって、結果をキチンと出してご遺族の方が納得される、ということをお大前提としていく。よろしくお願ひしたい。

つぎに制度の問題であるが、平成 12 月 4 月 1 日に警察活動協力医制度を制度化した。これは基本的には検死が前提ではなく、留置被疑者の健康相談を各地域の警察署単位で先生方をお願いをしてご協力をいただいている。相手が留置人なので、健康診断中に先生方に危害が及んではいけないということから、委嘱という形をとって被害を被られた時は公務災害としての適応も必要ではないか等諸々の意見が出ている。警察署単位でご協力いただける先生には、留置人被疑者の健康診断を行っていただき、それに付随して、検死にもご協力いただける先生には協力医としての委嘱をしようということで進めた制度である。これは全国各県単位でそれぞれ名称は違うが、そういったものはできている。公務災害の場合には制度を適用して保障していくということであるが、基本的には先生方のご協力をいただくということだ。

今の検死の現場状況は、救急隊によって病院に搬送されている場合には、そこに行けば病院の先生がおられるので、病院の先生といっしょに検死ができるが、家で亡くなられた場合は連絡を受けて行く。基本的には亡くなられた方の主治医に連絡、あるいはご遺族の方で検死の先生をまず指名または選択していただくという形を取っている。しかし、主治医がいなかったり、知った医者がない時は警察協力医の先生に連絡を取っていただく形を取っている。この警察協力医の先生は県

下 27 警察署で 78 名の方をお願いしている。委嘱期間は 3 年であるが、引き続きご協力いただける先生については委嘱を継続していただいている。夜間あるいは休日等に検死をお願いして大変負担をおかけしているのが現状である。警察も大変助かっているし感謝の気持ちは十分持っている。この死体検案書だけは医師でないと書けないし、それがないと遺族もつぎの手続が取れないので、その辺をご理解いただきご協力をお願いしたい。

つぎは、現場の捜査員であるが、検死は原則として各署の刑事課長が責任を持ってやるように指示している。刑事課長が、他の業務や事件が入り忙しくてどうしても検死の現場に行けない場合は、係長が責任者として現場に行って検死するように要項を定めている。

検死にあたって死因と死因の種類を絶対に誤ってはいけないということは指示している。検死をお願いした先生によく捜査状況を説明し、医師から医学的なアドバイスや知識をいただいて総合的に判断し、協議の上、死因と死因の種類を特定するように指示している。検死を済ませた段階で遺族の方に死因を説明し、理由付けをキチンとする。でもその時には亡くなられた方の奥さんや親子さんだけで納得して帰られるが、葬儀が済んだころにクレームが来るのが時々ある。身内が集まって死体検案書を見て「何でこれが自殺か、どうしてこれを自殺と認定したのか、納得がいかない」とかいろいろとクレームが付いてくる。したがってよく吟味して検案書を作成しないとそういった事態になると注意をしている。

医学的なことについては、第一線の刑事の知識はほとんど乏しいのが現状である。捜査の状況は先生方にすべてお話しして、そこで医学的な知識を持っておられる先生と捜査員と協議して結論を出していただくということが一番ベターではないかと考えている。特に保険があると利害関係が絡んでくるので、保険屋も警察に文句を言ってくるし、ご遺族の方で異議を唱えて来る方もおられるが、われわれとしても検案書を書かれた先生方にこの問題を振るわけにはいかないの、警察署でそれを受けて対応している。検死をされた医師の医学的な知識と捜査結果が一体となって初めて検案書というペーパーになってくるという考え方で

行っている。

つぎに現場で検死に来られた先生に死体からの資料採取の依頼など非常に負担をかけている。髄液の採取は心疾患なのか脳疾患なのか、ある程度の推定をする。心臓血の採取は、例えばアルコールを飲んでいたり、薬物や毒物を嚥下している可能性がある場合は、その場でお願いしている。それと胸腔穿刺は水中死体で、死体所見からは溺死という認定が難しい場合に胸腔穿刺をお願いして、ワインレッドの水溶液が胸腔内にあるかどうかということを確認していただく場合もある。先生方には検死の際には死因の究明と遺族のためということでご協力いただいているのが現状である。

最後に警察からのお願いということになるが、異常死体という捉え方である。警察としては、自然死以外は異常死という範疇に入るという考え方を持っているが、今は殺人でも非常に巧妙である。

先日の久留米の事件などは看護師であるから空気塞栓を作ったり、アルコールを直接流し込むなど、なかなか巧妙な手口を使っている。したがって、先生方が主治医として内因性の病気と診断されたその病気で亡くなられた場合はともかくとして、今まで診察をしたこともない人が担ぎ込まれて、その死者に対する健康状態を全然把握できていない人の死については連絡いただきたい。われわれがタッチして事件性の判断をして結論を出していくということが自ずと先生方にも迷惑をかける方法だろうと思う。その辺をお願いできたらと思う。

それと毎年 1 回、山大の藤宮教授に警察本部に来ていただいて第一線の刑事を集めて法医学についての講義をいただいている。年 1 回ではあるし、なかなか刑事も十分な医学的知識を身につけてはいない。日々の研修活動で先生方にご迷惑あるいは医学的な質問をするかもしれないが、今後とも検死の知識・技能の向上に努めていくので先生方のご協力をいただきたい。死体検案にあたって各地で先生方に多大なご迷惑をおかけしてご協力いただいていることに感謝申し上げて私の説明を終わらせていただく。

質 疑

県医：毎年 1,500 から 1,600 の死体検案書が出ているということであるが、私は警察の嘱託医というか、協力医の方が中心で書いておられると思っていた。最初に主治医に連絡があるということで、すべての医者に検案書作成の可能性がある。そうすると、私は産婦人科医だが、検死を依頼されても非常に自信のないところがあり、勉強しないといけないのかと思った。71 体解剖されたということだが、解剖するかしないかという何か基準はあるか。

田邊：まず死因が明らかでない死体、体に損傷がある死体、亡くなられた方に犯罪の被害者になる恐れや要素を含んでおられる死体、殺害されたあるいは殴り殺されたとか犯罪死体、これらは基本的に解剖という考え方である。

県医：死体検案書を書いた後にいろいろなクレームがあった場合、警察の方で処理していただいているようであるが、もし裁判になった場合は検案書を書いた医師が裁判所に出て説明するようになり、責任は最終的には医師となる。そうすると検案書を書く時、凄く不安があるという先生方はたくさんいると思うし、自ら努力して勉強していかなくてはいけないという実感を持った。また届け出の基準であるが、医師が呼ばれて行って死体を見たときに、警察へ届けるか届けないかの基準は何か具体的にあるのか。医師がおかしいと思ったら届け出るといふことか。

田邊：主治医として平素の健康状態、あるいは既往症を把握している患者さんで、また昨日も通院して診ているというなど、既に診察されその診察に基づいた病気によって亡くなられた場合には届ける必要はない。しかし、往々にして救急車で運ばれて外傷もなにもないし、遺族に聞いてみると内因性の既往症も多々あるというような場合がある。搬送されて初めて診るけれど事件的要素を疑う要素もないし、既往症もこれだけあり内因性のもので亡くなられたことに間違いはないであろうという場合もあるかとは思いますが、この場合は基本的には届け出をいただくという考え方を持ってい

る。というのも疑ってかかればきりが無いのだが、死体だけでは分からない部分がどうしても出てくる。やはり捜査で明らかにしていくところが多い。

委員：中年女性が、国道 310 号線の高さ 80 m ぐらい、400 ~ 500 m の長さの橋の橋脚部分に落ちて亡くなられ、警察から検死の依頼があった。その時の検死で警察は 99% 自殺だから死因の所は自殺との指示で、死体検案書の自殺の所にした。翌日、叔父と称する方から電話があり、「自殺では困る、世間体もあるし、何で自殺と断定できるのか、自分が誤って落ちた転落死ではないか、検案書を書き換える」などの脅しがあった。警察に電話したところ「もし先生がよろしければ、不慮の事故の所に をして」との返事。自殺で飛び降りて死んだと思われると書いたのを、橋の橋脚で死亡しているのが発見されたと書き換えざるを得なかった。新たに書き換えた検案書を警察に出して一応家族とのトラブルはことなきを得たが、警察が最初自殺だと確定して家族も当日納得されているのだから、もう少し突っぱねて欲しかった。

自殺の断定は凄く難しいと思うが、それは警察が決めることである。死体検案書で後日トラブル、クレームが来ることがあるが、自殺に納得がいかないというクレームが多いそうだ。また私も警察医に所属しているが、警察の方は推定死亡時刻に関するデータなどの資料をたくさん持っている。希望すれば配布していただけるのか。また警察の社会と一般人の社会との間にかなり壁があって、機構がなかなかわれわれには理解できない。だれに相談したらよいのか、そういうことも含めて少しご検討いただきたい。

田邊：これは極めて不適切な対応をした事案であるし早急に事実関係を調べる。一度出来あがった死体検案書を警察の方からそういうことを言うというのは検案書に対する重みを汚すことになる。

検死は届け出があつて交番、駐在所が先行して行く場合があるが、死体の処理は刑事がすべて行う。したがって基本的には刑事課長の責任においてやらせるということで、刑事課長の死体現場への臨場率まで取っている。各署の刑事課長がどれだけ死体に対して現場に行つて指揮をしたか、自

ら死体を見たかという臨場率を取っている。基本的には死体に関する責任窓口は刑事課長という考え方で対応していただけたらと思う。

それからマニュアル的なものは法医学の先生方が文献で出しておられるし、死斑の状態や直腸温度からの死亡時間の推定、あるいは角膜の混濁の状態などそういった資料は差し上げても支障はないと思う。先生方のお役に立つようであれば早急に検討させていただく。

委員：主治医が検死することも多いようだが、主治医が理由をつけて断って、われわれ警察医に連絡があり検死をすることも多い。やはり検案書のトラブルに巻き込まれるのが嫌だということである。それと検案書の料金の問題もあり、遺族から高いと文句の出ることもある。そういう辛い思いを覚悟でエントリーされている先生も何らかのメリットがないと段々辞めていってしまうのではないかと思う。

県医：警察協力医というか嘱託医の一番厳しいところが今の先生の話して出たように思う。全国の警察医、嘱託医がどういうふう考えているのかいろいろな情報を提示する会もない。警察医会を作っていない都道府県は山口県も含め 6 県である。法医学の藤宮先生から、ぜひ山口県にも作っていただきたいという要望があったので、何とか来年度くらいに立ち上げるよう頑張っていこうと思っている。

会長：問題点が二つある。一つは検案書の責任の所在の問題で、検案書を書いた人に責任がかかるが、その時に警察はどうカバーできるのか。また書くに当たってのわれわれの知識や研修はどうしておけばいいのか、その辺を今から県医師会として検討していきたい。

もう一つは、検案書料金の算定根拠などの経済的な問題もある。

県医：費用は電話で聞いた時は、現場の警察官の方が遺族の方々にこれぐらいかかりそうだとやっているということであった。基本的にそうなのか。

田邊：「どこそこの先生が検案されて検案書を書かれるので検案書料がかかる。料金は先生によって多少違う」ということは言っている。

委員：警察医はどういう理由で選ばれるのか。

田邊：これは各警察署単位で留置被疑者の健診あるいは変死体の検死にご協力いただける先生に警察署単位で個人的に当たってお願いしている。それで全国で警察医会というようなものができている所とできていない所があるが、警察がなぜ音頭を取らないかということ、警察が個人的に委嘱をして委嘱を受けた先生を一つの集団として警察が旗を振るわけにはいかないからである。結局、先生方のご意向・ご判断に委ねようと。また委嘱をしている先生も都合があって来られない場合があり、そういった時には委嘱をしていない先生にも検死をお願いすることもある。警察としてはすべての先生にお願いし、協力していただきたいという気持ちがあるからだ。

県医：1 本釣りみたいなものだろうか。ただ高齢になり検死ができなくなった時には断る場合がでてくるが、その場合その地域の医師会に依頼が来る可能性がある。そうなると地域の医師会の問題でもあるように思う。ここに警察医（検案医）委嘱者名簿の資料があるが、これだけの方々が地域の中でボランティアのような活動をされている。ぜひこれからも取り上げていきたいし、地域医師会の中でも評価していかないといけないと思う。今後警察医会の設立が必要になってきたのかなというふうに思う。

委員：初めてこれだけの先生方が警察医をされていることを知った。もし、将来地域の医師会に委託され医師会が警察医を募集してだれが決めるとなると大変な労力である。勉強会も必要となる。引き受ける先生がいないと、結局役員が受けなくてはならなくなる。警察が独自にやってきたというのは、医師会の役員にとってはありがたいと思う。

県医：代々警察医としてやっている医療機関もあ

り、意義を感じプライドを持って携わっている先生もたくさんおられるようだ。不安を持って嫌々やっておられる方もいるだろうが、手を挙げておられる方だから、それだけの意義とか覚悟を感じて行っておられると思う。その人達の意味は大事にしてあげたいと思いながら、実際高齢化でつぎの警察医がいらないということになると、医師会では対応しなくてはならない時代が来るかもしれない。

委員：私の父が検死を一生懸命やっていたので、私も此方に帰ってきて引き受けている。主治医に問い合わせが最初に来るということだが、郡内では上手に逃げる先生もおられるし、警察から電話がかかるとベルを切られる先生もおられる。その先生が断ると、結局自分のところに依頼がくる。私の所属する都市医師会では医者が少ないから、私が断ったらどこへ頼みに行くのかと考えると、警察も大変だろうと思うので、極力受けるように、本当にボランティア精神でやっている。また、今の若い医者にはかかわりたくないという風潮があるから、かなり高齢の先生方が引き受けておられる。そのことも今後の課題だと思う。

委員：冬の夜中に山奥で検死する時もあるが、検案書料が高いと文句を言われる場合もあるし、支払われないケースもある。それはどうなるのか。検死に行った時にはそれ相応の費用が出ないと、ボランティア精神だけでやれといっても、今からは若い先生方は動かない。その辺は時代が変わってきているし、考える時期なのではないか。

県医：現在、法医学会では、資格を取るのが非常に難しい検死認定医制度を作って認定医だけが検死ができる制度を進めているが、それを認めるとますます検死ができなくなる。ただやはり、一般の医師が検死ができるよう基礎的な知識をもてるような勉強会が必要になる。

委員：法医の認定医は剖検までやれる資格だったと思う。それと通常の検死をやるのとは違う資格というか、少し勉強すればある程度できると思う。

ぜひ死体検案書の書き方についての講習会とか興味ある先生方には勉強する機会を県医師会で考えていただきたい。

閉会の挨拶

委員長：今日はいろいろ貴重なご意見をありがとうございました。死体検案の現状について、これ程いろいろと大きな問題が入っていたとは思っていませんでした。非常に勉強させていただきました。

今日出た貴重な意見を汲んで、対応していきたいと思います。本日はありがとうございました。

やまぎん スーパー変動金利定期預金〈投信セット〉

株式会社投資信託のご購入と同時に預け入れされると、預入日から

6か月間の上乗せ利率が 年1%

※上乗せは6か月間、年10%の上乗せ利率の適用は、ご入金日より開始となります。

あなたのマネーパートナー

山口銀行

〒750-0001 山口県山口市下町1-1-1

第 85 回地域医療計画委員会

と き 平成 15 年 2 月 6 日 (木)
 と ころ 山口県医師会館 6 階会議室

[記 : 常任理事 藤野 俊夫]

今回の委員会報告書は津田理事から仕事を頂戴して私が書くことにした。久しぶりの録音テープ起こしに新鮮な気分と少しの気の重さを感じる。

今回のメインテーマは、「山口県におけるメディカルコントロール (MC) 体制の整備について」とした。2 月 27 日に県救急業務高度化推進協議会・幹事会の開催が予定されており、そこで今後の本県の MC 体制の方針が決定されることになるため、医師会の意見をまとめて協議会・幹事会に臨みたいと思いこのテーマとした。これに関しては第 83 回地域医療計画委員会 (平成 14 年 7 月 18 日) でも検討したところであるが、それ以後の経緯とこれからの取り組みについて、県消防防災課消防班の川崎調整監に県の取り組み状況を、また山口大学医学部救急医学講座の岡林助教授に MC 体制整備への考えを説明していただき、各委員間の協議・検討を行った。

委員会の協議はさまざまなたくさんの意見が出たため、協議内容を整理して報告する。

藤井会長挨拶

地域医療には地域差があるのでそれぞれの地域にあったものを考えていくことが大事である。医療提供体制の変革の中で、地域の医療はさまざまに変わっていくことが予想される。医療・介護・福祉に携わっていく部分が幅広くなり、それぞれの医療機関がどういう対応をするか、その棲み分けが地域の中でなされてくると思う。忌憚のないご意見をいただきたい。

川崎 榮治調整監 (山口県消防防災課消防班)

「救急救命士の業務のあり方等に関する検討会」報告書 (平成 14 年 12 月 11 日) の総論で、救急救命士の医療行為の拡大にあたっては MC 体制の確保が前提とされており、県として MC 体制の整備が急務と考えている。各論では、まず除細動については、包括的指示の下で、すなわち医師の直接の指示なしで除細動を認めるとされており、4 月 1 日を目途にし、義務づけられている 4 時間の講習履修のために 2 月 20 日から県下 3 か所

出席者

委員長	藤原 淳	早川 宏	消防防災課 調整監	川崎 榮治
副委員長	藤野 俊夫	水津 信之		
	江里 健輔	今釜 哲男	県医師会	
委員	津田 廣文	中島 洋	会 長	藤井 康宏
	佐々木美典	千原 龍夫	常任理事	藤野 俊夫
	西田 健一	村田 武穂		木下 敬介
	村田 秀雄	松井 健	理 事	井上 裕二
	保田 浩平			津田 廣文
	新郷 雄一	岡林 清司		佐々木美典

山大医学部
救急医学講座
助 教 授

で講習会を予定している。気管挿管については、平成 16 年 7 月 1 日を目途に、必要な講習（62 単位）と実習（気管挿管 30 例以上）を終了する等の諸条件を満たし、県協議会の審査で認定された救命士に限定的に認めることとされた。薬剤投与については、消防庁は早期の容認を希望しているが、時期尚早の結論である。

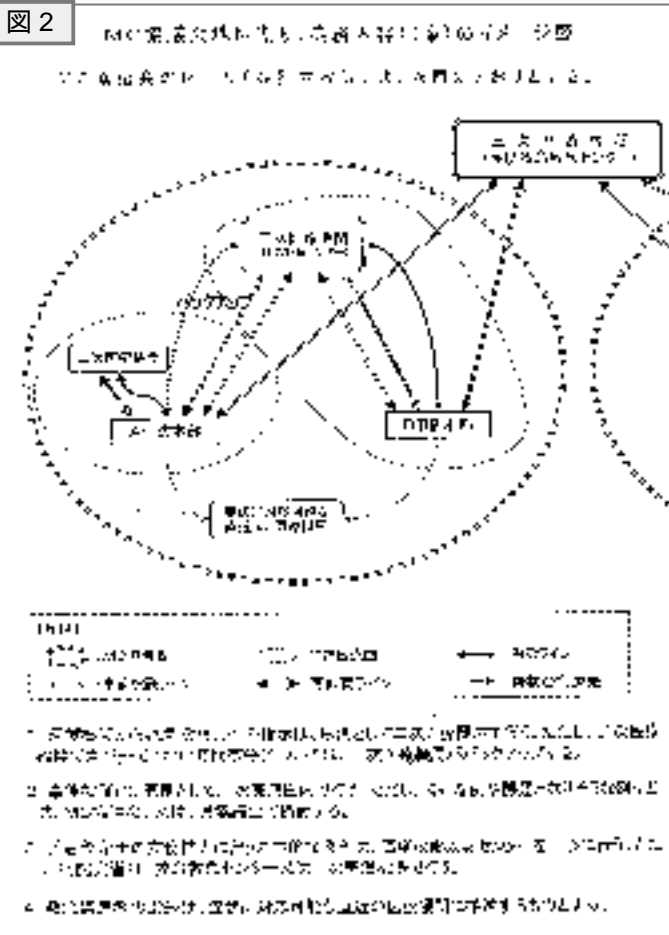
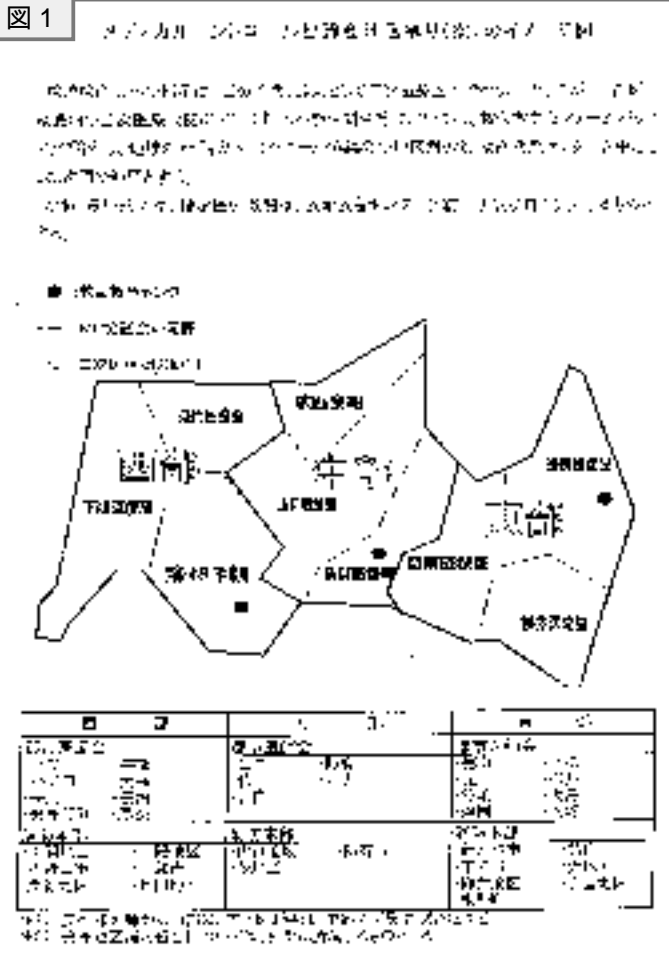
気管挿管を認める上で必要な条件として、必要な知識と技能の習得がある。技能の習得については、インフォームドコンセントを書面で得た上で、地域メディカルコントロール協議会の依頼を受けた医療機関において、専門医の指導の下に全身麻酔症例を対象に 30 症例以上の実施を受けることとされている。

MC 体制の整備については、消防機関と救急医療機関との連携が必要不可欠である。現在、県レベルでは県救急業務高度化推進協議会が設置されているが、地域 MC 協議会の設置が必要であり、これは県が中心になって作ることにしている。

本日提出した地域 MC 協議会に関する資料（図 1・図 2）は、幹事会で協議・検討されたものであり、2 月 27 日の推進協議会で検討される案である。

(1) 地区割り：救命救急センターのある 3 地域（西部、中部、東部）に区割りする。指示病院は、原則として二次医療機関とするが、二次医療機関において指示不能時間帯等においては救命救急センターがバックアップする。地区医師会と消防機関の範囲が異なっているので、美祢郡医師会は西部に、吉南医師会は中部に所属することとし各医師会長にはご了解をいただいた。地域 MC 協議会委員として救命士に指示を与え、事後検証にかかわっていただく医療機関の推薦をいただきたい。なお、それぞれの地区医師会の担当理事にも協議会にはご出席いただくことにしている。

(2) 業務内容：全般的には現在の救急体制とほぼ同じである。医療機関から救急救



命士への指示は、原則として二次医療圏内で行う。ただし、二次医療機関でカバーできない時間帯等については三次医療機関がバックアップする。事後検証は、原則として二次医療圏内で行う。ただし、特殊な例や課題になりそうな例等は MC 協議会、又は県協議会で検討する。救急救命士の業務拡大にともなう基本的な教育は、高度救命救急センターを中心に行う。ただし、病院実習は、救命救急センター又は二次医療機関で行う。救急傷病者の搬送は、症状に対応可能な直近の医療機関に搬送するものとする。

(3) 地域 MC 協議会設置要綱：記載は割愛する。

岡林 清司助教授(山口大学医学部救急医学講座)

総務省と厚生労働省が MC 体制を整備する方針を打ち出した。MC はまだ十分には理解されていないようだ。従来は指示を出していることが MC と思われていた。今、国がやろうとしていることは、いろいろなトラブルがあった場合は MC を行っている医療機関が責任をもつことを担保するというような形のものである。大学でやってはどうかという意見もあるが、地域性があるのでお互いの顔が見える関係がないとうまくいかない部分もある。特に、直接の指示なしによる除細動や気管挿管になると、フェイス・トゥ・フェイスの関係が必要である。さらに、トラブル事例等を全体化していく必要もある。県単位で全体化することと地域の協議会がきちんとできることの 2 つが平行してできなければうまくいかないと思う。

事後検証は県で統一されるであろう。ケースカンファレンスの必要が出てくることも考えられる。医療側からすると今までに比べ非常に重い負担がかかってくる。MC は消防機関がメインになってやるものではなく、あくまでも医療活動の中に位置付けて医療側が中心となって指導的立場を発揮していく必要がある。気管挿管 30 例以上の実習については、国立病院救急部協議会では肯定的な意見は少ない。挿管のインフォームドコンセントが取れるのか、手術室内でできるのかが一つの問題である。また秋田県や山形県で違法下で 2,000 例以上の挿管をしていた検証では、挿管していたから命が助かったという症例は 1 例もなく、従来の気道確保方法で十分であるという結

論である。県内 180 数名の救命士にそれぞれ 30 例の挿管実習は困難ではないか。気管挿管することが高度化ではない。救命士のレベルアップがなされてきているが、実際の現場で医療側がきちんと指導助言していくことが重要である。

協議内容

1. 気管挿管について

30 例の実習は難しいのではないかと。まず、インフォームドコンセントを書面で得ることが難しいと思う。ラリングアルマスクやマスクベンチレーションのスキルアップが先ではないか。都市部と郡部では救命士のレベルに差がある。

秋田県や山形県で行っていた実態はどのようなものだったのか。

岡林助教授：救急医療に熱心な医師が行っていた。インフォームドコンセントを行わずに手術室で挿管させていた。今回インフォームドコンセントを取ることになっているが、インフォームドコンセントを取るとは難しいというのが主流と思う。現在ラリングアルマスクや食道閉鎖式エアウェイを行っている。わざわざインフォームドコンセントをとって 30 例の挿管の技術を習得する価値があるのかと思う。MC については、気管挿管はちょっと置いておいて現状のスキルを上げていく、また事後検証していくことを中心にするというくらいでいいのではないかと。

県医：救命士に気管挿管させることについては国のレベルで決着したことである。救命率を上げることが目的であり、症例によっては挿管の適応例もある。そうした症例に挿管させることでいいのではないかと。齟齬のない形で行っていくしかない。

救命士が安心して業務が行える体制を整備していく責任は県医師会にもある。

2. 再教育について

再教育は県内で統一されているのか。

川崎調整監：現在は病院に依頼して見学させていただいている。県レベルで統一されてはいいが、大学救急部をお願いしてレベルの均一化を図って

いる。

岡林助教授：宇部市と国（大学）と県の 3 者が協定書を交わして、大学に救急車を 1 台設置し、救命士をローテイトで常駐させ、救急現場に医師と救命士が出動して現場で指導することになっている。全国ではじめての取り組みであり注目されている。これまでの basic life support の普及から今後は advanced life support の普及の方向にある。救命救急センターのスタッフが 2 月に世界標準の方法をマスターするためにインストラクターから講習を受けることにしている。最近では、声門痙攣や気胸等が設定できる高機能トレーニング用人形が開発されており、これを使って救命蘇生法を広めていきたい。

3 . 医師の裁量範囲について

包括的指示の意味を重大と考える。訪問看護の包括的指示等についても安易に認めるべきではない。

そのことは十分に理解はしているが救急現場の問題である。患者を助けるために何ができるのかを考えるべき。医師がいない状況で医師側が制限していくことでいいのか。

岡林助教授：除細動については救命率と除細動の開始までの時間の間に相関関係があることははっきりしている。日本では指示を受けるまでに時間がかかりすぎて除細動がかからない症例がある。除細動は医師の直接の指示なしで半自動除細動器で救命士にやらせることに反対はない。気管挿管については、挿管すれば救命率が上がるという客観的なものはない。秋田県等の実態検証でも挿管の有用性は証明されなかったことから、挿管をさせることはどうかという意見が多い。しかし、国はどんどん進めてきている。医師会の論理で範囲を抑えようとする MC はうまくいかないのではないか。

県医：包括的というあいまいな表現にして、暗黙の了解の中で行うと理解している。養護学校での教員による吸引処置、ホームヘルパーによる医療処置等、非医師による医療行為の拡大が検討され

ている。どこかで歯止めをかける必要はある。

4 . MC 協議会について

心肺蘇生が必要な患者が対象とされている。搬送先は指示を出した病院なのか。

面倒なことは引き受けたくない。

医師ですら挿管ができる人がどれくらいいるか。医師の再教育を始めている。

説明を聞いていると、県と県医師会で考えが違っているように思える。

地区医師会の担当理事が委員に入っていないとうまく機能しない。

救急救命士の数に地域差がある。

MC の仕事のひとつとして、一般の救急隊員のレベルアップも山口県方式として取り上げていく必要がある。

県協議会の幹事と委員は別としてもいいのではないか。

各医療圏から一人ずつ委員になることになっているが、医療圏によっては複数の委員が出てもいいのではないか。

委員のメンバーに医師会担当も入ると理解してよいか。

県医：最初の高度化推進協議会に出席した時の印象は、救命士による気管挿管や救命士の再教育あるいは事後検証が主なものであり、基本的には地域の基幹病院と消防本部の間で片がつく問題で、医師会がかかわる部分があまり多くなさそうだったというものであった。しかし、高度化の取り組みが進めば、初期救急医療や救急搬送が大きく変わってくることから、県医師会も地区医師会も積極的にかかわっていく必要性を強く感じてきた。これが契機になって、医師への初期救急の啓発や医師のレベルアップも進むと思う。

当初は、地域 MC 協議会に地区医師会担当理事は出席することになっていなかったが、協議会設置要綱第 5 条第 7 項の規定に基づき、地区医師会担当理事も出席できるよう申し入れている。出席の案内があることになっているのでよろしくお願いたい。

現在、各地域には救急医療対策協議会が設置されているが、将来的には統合した形のほうがよ

いと思う。また、高規格救急車の配備や救急救命士の養成の促進が先決であることも申し入れている。

たくさんのご意見をいただいたので、県医師会理事会上に諮り、2月27日の高度化推進協議会に臨みたい。

閉会挨拶（藤原委員長）

熱心にご協議いただきありがとうございます。地域救急医療の推進にはMC体制の確立が必要である。日医も主張しているように、医師会が主導的役割を果たさなければならないと思う。今後もよろしくお願ひしたい。

理事会

第 20 回

3月6日 午後5時～7時35分

藤井会長、藤原副会長、東・木下・小田・藤野・山本各常任理事、井上・吉本・三浦・廣中・濱本・佐々木・津田・西村各理事、末兼・青柳・小田各監事

にともない、各都道府県医師会宛に、担当理事・担当職員のモニター協力依頼があった。2名が実験に参加することに決定。

5 地域メディカルコントロール協議会の委員の推薦について

メディカルコントロール地区割り案にともない、各地区における協議会委員の推薦依頼を受けた。西部・中部・東部地区それぞれについて協議を行った。

議決事項

- 1 第 145 回定例代議員会付議事項について
4月24日開催。議題を協議、決定。

協議事項

- 1 平成 14 年度事業報告について
各事業内容について確認。
- 2 講演開催にともなう名義使用について
患者によるフォーラム開催について、名義使用の許可願ひがあった。
主催団体の性格を調査のうえ、後日決定することとした。
- 3 年間行事予定について
県医行事年間予定について検討。
- 4 認証局モニター募集について
日医ネットワーク構築の一環となる認証局設置

人事事項

- 1 山口県社会保険健康づくり事業推進協議会委員の推薦について
委員会設置にともない、委員の推薦依頼を受けた。木下常任理事に決定。

報告事項

- 1 県成人病検診管理指導協議会「子宮がん部会」
(2月19日)
受診率 14～15%となっているが、初回の受診率が増えておらず、2回目以降の受診者が増えている。都市部と郡部では、それぞれ 13%、22%となっている。
(藤野)
- 2 医事紛争対策委員会、小委員会(2月20日)
2件につき協議。
(東)

- 3 第 4 回予防接種広域化推進協議会(2月20日)
予防接種広域化の進捗状況について説明を行った。地域の事情により、即、統一料金とすることは困難なため、標準料金を設定した。それに近づけることにより、最終的には統一化を目指すことに主眼を置くとした。(木下)
- 4 山口県不妊相談検討会(2月20日)
不妊専門相談センター・女性健康支援センターにおける電話相談状況の報告が行われた。また、健康福祉センターにおける相談件数は、前年度3か所から7か所に増やしたところ、倍以上になった。(藤野)
- 5 患者負担増反対県民キャンペーン運動推進会議(2月22日)
老人クラブ連合会を含めた15団体による連携体制維持を確認し、「県民の健康と医療を考える会」を設立した。
県民の声を自民党県連に対し再度要望書を提出し、県連から党本部に対し申し入れを行った旨、回答を受けている。(藤井)
- 6 若心協理事会、若心協総会(2月22日、23日)
子どもの心臓移植を認める要望を国会に提出することとなった。(濱本)
- 7 在宅医療実地研修会(2月23日)
徳山(出席者21名)に続き山口(出席者27名)にて開催。(藤野)
- 8 山口県障害者施策推進会議(2月24日)
新障害者プランとして、施策体系に基づき基本方向を定めた。
また、ユニバーサルデザイン行動指針として、福祉の町づくりを目標に検討を行った。(津田)
- 9 支払基金幹事会(2月24日)
平成14年12月分の医科診療報酬支払状況は、対前年同月比95.1%。(藤井)
- 10 山口地方社会保険医療協議会(2月24日)
新規3件。移転1件。組織変更1件。(藤原)
- 11 県成人病検診管理指導協議会「大腸がん部会」(2月25日)
平成13年度部会での指摘事項について、各々協議。また、平成13年度大腸がん検診の実施状況、大腸がん検診の精度管理及び受診率の向上について協議を行った。(藤原)
- 12 県成人病検診管理指導協議会「胃がん部会」(2月25日)
受診率は15%で、初回受診率では低い結果が出たため、今後この対応を検討することとした。
撮影法について新たな方法の模索も、引き続き行うこととした。(三浦)
- 13 都道府県介護保険担当理事連絡協議会(2月26日)
介護報酬の改定について説明が行われた。
また、各医師会における取り組みについて、要介護認定の課題と状態像のあり方では、一次判定のバラツキを抑えるための工夫について等、説明がなされた。(藤野・佐々木・津田)
- 14 保険委員会(2月27日)
本号240ページ参照。(佐々木)
- 15 都道府県医事紛争担当理事連絡協議会(2月27日)
日医医賠責保険の運営に関する経過報告後、運営上の諸問題より保険料の改定が行われることについて説明が行われた。(東)
- 16 山口県救急業務高度化推進協議会(2月27日)
救急業務高度化に関する国の動向、メディカルコントロール協議会の設置(地区割り等)山口県における救急業務高度化推進方針について協議した。(藤野)
- 17 山口県高齢者保健福祉推進会議(2月27日)
高齢者保健福祉計画(第三次計画)の策定につ

いて説明が行われた。計画最終案の概要は、高齢者人口等の推計・介護保険事業支援計画(居宅サービスの利用見込み量、介護保険施設等の必要入所定員)・老人保健福祉計画・介護保険料(合併による保険料の取り扱い)となっている。(藤原)

18 山口県衛生検査所精度管理専門委員会
(2月27日)
衛生検査所登録・変更等について協議。(上田)

19 都道府県生涯教育担当理事連絡協議会
(2月28日)
平成13年度生涯教育制度申告書集計結果・生涯教育推進委員会報告・平成15年度卒後臨床研修「地域施設群研修方式」モデル事業・他県医師会における生涯教育活動事例について報告が行われた。(三浦)

20 体験学習(3月2日)
2000年版世界標準心肺蘇生法の実技講習として開催され、ガイドラインに沿ったトレーニングコースを体験。出席者は心電図の判読、除動、薬剤投与などすべての手技を実際に施行しながら身につけた。出席者36名。(三浦)

21 医療安全対策委員会(3月3日)
会員向けの冊子作成を行っており、最終段階に進んでいる。(東)

22 山口県介護実習等普及センター運営委員会
(3月3日)

平成14年度山口県介護実習普及センター事業の実施状況と山口県周防大島介護実習普及センター事業について、それぞれの報告と平成15年度事業計画が説明された。(津田)

23 編集委員会(3月6日)

24 会員の入退会異動報告

医師国保理事会 第18回

1 全医連全体協議会運営担当引継会
前年度担当の福島県より、運営方法・会計・資料等の引き継ぎを行った。

母体保護法指定審査委員会

1 指定申請について
1件につき承認。

南医院の二一スにあった医師業務の提供

徳二子イ学館

徳山支店 ☎0824-31-8090

〒745-0036 徳山市本町1-3 大同生命徳山ビル4階

TEL 0824-31-8090 FAX 0824-31-8091

勤務医部会

生活習慣について

JA 周東総合病院内科

大久保 正士

糖尿病、高脂血症、高血圧などのいわゆる生活習慣病では、生活習慣が病気の発症や病状に影響を及ぼし、生活習慣の改善が治療効果に重要とされています。「もう少し食生活や運動に気を付け、体重があと数キロ痩せられたら、薬を減らせたり飲まなくてすみ、医療費だけでなく食費や暖房費の節約にもつながる」と感ずることが多くあります。日頃、糖尿病患者に食生活や運動などの生活習慣の改善を指導していて、糖尿病と診断されて最初の頃は生活に気を付けコントロールも改善していたのが時間が経つとまたもとの状態にもどったり、教育入院をして規則正しい生活をするだけでコントロールが改善し、薬の量が減らせたりするのに、退院後はまた徐々に悪化してしまうという場合が多く、生活習慣の改善と継続の困難なことを実感していました。さらに患者だけでなく、自分自身も日頃の運動不足やストレスが増加し、食べることも増え、体重増加も気になっていたところでした。

そこで私を含めた数人で平成 13 年の 1 年間、さらに平成 14 年と、患者に生活習慣の改善を勧めるだけでなく、自分達も実際に試みることにしました。まず共通の生活改善目標を、特に運動と食事に関することを中心に、8 項目と各々個人目標を 2 項目決めて、毎日実行できたかどうかチェックしていくことにしました。

共通の 8 項目は以下のようなものです。

達成度

	平成 13 年	平成 14 年
(1) 万歩計をつけて 1 日 1 万歩を目標にする	52%	90%
(2) 一口 30 回かむ	36%	44%
(3) 一日 30 食品とる	61%	96%
(4) 栄養のバランスをこころがける	92%	99%
(5) 腹 8 分目をこころがける	63%	76%
(6) 間食をしない；アルコールも含む	27%	30%
(7) 体重を毎日測る	93%	97%
(8) 一日のストレス度を評価する	98%	100%

10 項目を毎日チェック表に や×で記入し、1 か月に 1 度お互いに評価し、できなかつたら項目一つにつき 10 円罰金として貯金することで平成 13 年 1 月 1 日より開始しました。たまった貯金で一年経っておいしい物を食べにいくことにしました。なかなか毎日 10 項目すべてができることは少なく、1 年間（365 日）の達成度は上記の表のような結果でした。

意識してやらないとできないものは達成度が低くなっています。平成 13 年度の一日の歩数は、外来の日（月、水、金）は朝から椅子に座った状態が夕方まで続き、一日 3,000 歩から 5,000 歩程度のことが多かったのですが、このプロジェクトを始めてからは歩くことを心掛けるようになりました。また病院で素人ばかりで陸上部を作り、近隣のマラソン大会に参加したり登山をして、タイムや順位を争うのではなく楽しみながら運動ができるようになりました。平成 13 年は歩数を増

やすためにわざわざ歩くことがありましたが、昨年は意識せずに歩数が一万歩を越えることが多く、歩く習慣がついたのだと思います。

糖尿病でも重要な“ ゆっくりよく噛んで食べる ” や “ 間食をしない ” ができていませんでした。私の場合には間食といってもアルコールの占める割合が多くあったようです。量的には 350ml の缶ビール程度ですが、夏の暑い日にはやはりついつい飲んでしまっています。お菓子などの間食は夕方仕事から帰って夕食までの時間が空いているとついつい食べてしまい、空腹で食べているので止められなくなって、いっぱい食べてしまっていたようです。「ボケ老人、食べたのを忘れても、食べるのを忘れず。」「忙しくて薬忘れても、食事忘れず。」のように食欲は生きていくうえでの本能になっているので、なかなか理性や知識だけではコントロールが難しいことを実感します。

毎日チェック表をつけることは、100%は無理でも常に心掛ける気持を持ち続けるのに有効ではないかと思います。日記のように一日を振り返るのにいいのかもしれませんが。なかには毎日つけることがストレスになるという方もいるかもしれませんが、平成 13 年は 1 年続けたおかげで、体重も 6 キロ減少し、総コレステロールや LDL コレステロールも減少したので、今後もこの習慣を続けていきたいと思っています。今はやりの「エビデンス・ベイスド・メディシン」では、一例で今回の方法の有効性の証明にはならないでしょうが、一人ではなかなか明日から明日からとスタートがきれず長続きもしないので、仲間をみつけていっしょにやり、罰金をためて何かご褒美にやっていけば楽しいと思います。また患者の手本とまではいかなくても、共通の行動目標をもつのは患者の気持の理解には役立つのかも知れません。

春の昼

竹秋句会

冬の水藻の浮き沈む船撃り 欠勤と決めて二度寝や春の風邪 饒舌の君らしくなきマスクかな ペット屋の猫器量良し春の昼 天領の栄華を今に日田の雛 未黒野に天窓開くスボーッカ！ 雨の日は雨に匂えり沈丁花 春は曙空一杯の淡き紅	中山 泥子 吉武三和子 中嶋 由王 中山 裕子 笠原北斗窓 井上佳代女 原 俊雄 水津奈々子
---	---

謹 弔

登坂 清 氏 徳山医師会

三月十三日、逝去されました。享年九十四歳。
 つつしんで哀悼の意を表します。

いしの声

最近の若年者の性感染症事情

下松 中山 実

近年、さまざまな通信機器の普及や情報の氾濫などにより、性の自由化の風潮が浸透しつつある。特に若年層では広い sexual network を形成し、性モラルの低下、性感染症（以下、STD）の知識不足による STD が蔓延している。

下松市で泌尿器科医院を開業し 10 年経つが、最近の 2～3 年間に STD のうち、特に淋菌性尿道炎、クラミジア性尿道炎の患者が急増している。なかでも 10 代～20 代前半の、若年者の感染者が急増している。

当院での、10 代～20 代前半の独身若年者の淋菌性尿道炎、クラミジア性尿道炎患者の傾向について述べたいと思う。

感染相手は、ソープ嬢、ヘルス嬢、ホステスなどの commercial sexual worker（以下、CSW）が 20% と低く、恋人 25%、友人・知人 20%、行きずり（いわゆるナンパ）25% と非 CSW からの感染が多いことが若年者間で感染の拡大を起こしている一因と思われる。

起因菌は、淋菌単独約 65%、クラミジア単独約 20%、淋菌＋クラミジア約 15% と、淋菌によるものが急増している。

治療に関しては、治癒判定できた患者は 70% 程度で、残り 30% の患者の中には治癒していない者もあり、その患者から感染拡大が生じている。

ここに、特にあきれたバカップルの例を挙げる。患者は 19 歳とび職で彼女（ガングロ、金髪、超ミニのセーラー服の高校生）をともなって受診。1 か月前に彼女の友人と sex あり、その後 5～6 日して排尿痛及び尿道より排膿を認めるも放置。彼女との sex は続けている。彼女に尿道からの排膿を気付かれ、彼女に勧められて受診している。患者本人は STD にかかっていると思っはいたが、徐々に排尿痛が軽くなっているから「まあ、

いいか」と思っていたそうである。患者には、淋菌感染と疑われるが、クラミジア感染の合併の可能性もあると話し、彼女も婦人科での検査、治療が必要と話す。診察後、待合室で悪びれた様子もなく、カゼでもかかった程度の様子で、大声で彼女に STD であったと話している。彼女も怒りもせず笑って聞いている。受付での支払いは、彼女が自分の財布から支払っている。何がなんだかわからなくなってくる。彼女に感染させた罪悪感もなければ、彼女もカゼ程度と思っているのであろうか。翌日、この患者の友人 2 人が受診。同じ女性と sex しており（3 人とも sex した日は別である）、検査加療希望。3 人とも淋菌＋クラミジア混合感染であった。この症例は極端であるが、このような患者が若年者の感染者には多いと思われる。

女性のクラミジア感染は不妊や腹腔内膿瘍などを生じる場合もある恐ろしい病気であるとの理解もないし、oral sex で STD 感染が生じることも知らない。

1999 年、低容量ピルが解禁され、コンドームの使用率が低下、コンドーム使用は避妊の目的ではなく STD の予防に必要であり、oral sex の際にも使用が望ましい。

淋菌性尿道炎、クラミジア性尿道炎の患者は HIV 感染の最大の予備軍であり、その予防が HIV 拡散予防上重要なことと思われる。

無防備な性行為が非常に危険な行為であることや、性モラルについての啓蒙活動や学校教育が大切であり、特に小学校高学年、中学校から正しい知識や行動選択について発達段階に応じた指導が必要で、家庭や地域と連携した健康教育を推進することが望まれる。

予防接種広域化事業

予防接種の広域化事業開始のお知らせ

お
知
ら
せ

予防接種広域化事業については、予防接種の安全性の確保と県民への利便性に寄与することを目的に準備を進めてまいりました。

この度、平成 15 年 4 月 1 日から開始することになりましたのでお知らせします。

当面は、現行の委託契約による予防接種と、山口県医師会長と各市町村長との間で広域化の委託契約を締結する二本立てで実施します。

広域事業に関与される医療機関数は 863 機関となっています。

円滑に実施されるようご協力をお願いします。

実施対象となる予防接種の種類

三種混合 (ジフテリア・百日せき・破傷風)	乳幼児の予防接種
麻 し ん	乳幼児の予防接種
風 し ん	乳幼児の予防接種
日 本 脳 炎	乳幼児の予防接種
ツベルクリン反応・BCG	乳幼児の予防接種
高齢者のインフルエンザ予防接種	

山口県医師会長 藤井 康宏

保険証の無効

お
知
ら
せ

記号番号	028-017-006
被保険者氏名	松嶋 恵子 (昭和 36 年 3 月 28 日)
組合員との続柄	本人
無効年月日	平成 15 年 2 月 13 日
無効自由	盗難
発行機関	岐阜県医師国保組合
保険者番号	213025

保険者名	裁判所共済組合山口家庭裁判所支部
保険者番号	31.35.028.3
記号・番号	075 120061
氏名	小山 美幸
無効年月日	平成 15 年 3 月 3 日
理由	紛失

山口県感染性疾病情報

平成 15 年 2 月分

医療圏（福祉センター） （圏内医師会）	岩国	柳井	徳山	防府	山口	宇部	萩	長門	下関	合計
	（玖珂）	（大島）	（下松・ 光・ 熊毛）		（吉南・ 阿東）	（小野田・ 厚狭・ 美祿）			（豊浦）	
インフルエンザ 定点	8	5	11	6	8	12	2	3	15	70
インフルエンザ	785	649	1,039	433	574	1,394	169	141	827	6,011
小児科定点	5	4	8	4	5	9	1	2	11	49
咽頭結膜熱	0	0	5	0	0	1	0	0	7	13
A 群溶血性レンサ球菌咽頭炎	11	18	115	21	51	60	15	17	84	392
感染性胃腸炎	300	65	336	244	276	498	96	220	404	2,439
水痘	10	1	134	57	34	64	8	10	142	460
手足口病	10	8	2	1	0	8	3	1	0	33
伝染性紅斑	1	0	5	5	3	11	0	0	20	45
突発性発疹	13	3	43	12	37	14	7	5	33	167
百日咳	1	0	1	0	0	0	0	0	0	2
風疹	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ヘルパンギーナ	2	0	0	0	0	1	0	0	9	12
麻疹	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
流行性耳下腺炎	4	0	41	5	1	5	4	0	64	124
眼科定点	1	1	1	1	1	1	0	1	2	9
急性出血性結膜炎	0	0	0	0	0	2	-	0	0	2
流行性角結膜炎	14	14	0	5	5	2	-	3	3	46
基幹定点（週報）	1	1	1	1	1	0	1	1	1	8
急性脳炎（日本脳炎を除く）	0	0	0	0	0	-	0	0	0	0
細菌性髄膜炎（真菌性を含む）	0	0	0	0	0	-	0	0	0	0
無菌性髄膜炎	0	0	0	0	0	-	0	0	0	0
マイコプラズマ肺炎	2	0	1	0	0	-	0	0	1	4
クラミジア肺炎（オウム病は除く）	0	0	0	0	0	-	0	0	0	0
成人麻疹	0	0	0	0	0	-	0	0	0	0

今年 2 月は寒波暖波こもごもの不安定な気象推移を記録している。

インフルエンザ：第 4 週をピークに減少し始めた。これは全国的な傾向と一致している。2 月に入って B 型の流行が目立つようになってきている。

感染性胃腸炎：1 月下旬から増加傾向にあったが、2 月に入って増勢加速を見ている。特にロタウイルス性胃腸炎の増加が定点コメントからうかがわれた。

A 群溶血性レンサ球菌咽頭炎はこの流感減に合わせたように、第 6 週以降漸増。

水痘の冬季多発生は第 2 週ピーク形成後減勢、集計減となる。

伝染性紅斑、同程度散発生続く。百日咳まれ散発、岩国・徳山各 1 例

麻疹このところ発生報告なし。

流行性耳下腺炎、下関・徳山圏域多発生、月間集計同程度。

流行性角結膜炎は東部特に岩国・柳井に比較的多発生、集計減。

[鈴木検査定点情報]

インフルエンザ B 型の大流行 アデノウイルス 5・6 型の急性咽頭扁桃腺炎（5 型 2 例・6 型 1 例）、

ロタウイルス感染性胃腸炎多数。 症例は少ないが RS ウイルス感染症あり。

[徳山中央病院情報]

急性細気管支炎・気管支炎・気管支炎肺炎・喘息性気管支炎・仮性クループ続き多発。

インフルエンザ A 型 16 名ロタウイルス 16 名アデノウイルス 2 名。

インフルエンザ A 型による脳炎脳症 1 名、痙攣継続のため山口大学に搬送。

急性腸炎 5 名（カンピロバクター、サルモネラ O9、病原大腸菌 O18）ロタウイルス腸炎 2 名。

川崎病 2 名、血管性紫斑病 3 名。

[山口日赤病院情報]

インフルエンザ全体数としては減少傾向。インフルエンザ B が主体。

感染性胃腸炎 流行あり、ロタ・ウイルス感染も多く確認される。
 溶連菌感染症 小流行続く。 RS ウイルス感染症（細気管支炎）は減少傾向。

[現在の状況]

引き続きインフルエンザ流行、B 型主体。 感染性胃腸炎多発生続く。
 水痘、A 型溶血性レンサ球菌咽頭炎、散見。

[2月の多報告順位](内数字は前回の順位)

- 1) インフルエンザ、2) 感染性胃腸炎、3) 水痘、
- 4) A 群溶血性レンサ球菌咽頭炎、5) 突発性発疹、6) 流行性耳下腺炎、
- 7) 流行性角結膜炎、8) 伝染性紅斑、9) 手足口病、10) 咽頭結膜熱

[山口県医情報編集室] 鈴木英太郎、倉光誠、内田正志、田原暁、健康増進課(西山担当ほか)

【最新情報までの週間推移】第5週～第8週(1/27～2/23)

インフルエンザ	(2394 - 1457 - 1091 - 1069)	13437	6011	A 型流行から B 型流行へ、県内本格流行、月末 B 型急増中
咽頭結膜熱	= (0 - 5 - 3 - 5)	23	13	夏期疾患らしく散発生のみ
A 群溶血性レンサ球菌咽頭炎	(77 - 93 - 104 - 118)	323	392	流感集計減に一致して月末やや増勢
感染性胃腸炎	(472 - 615 - 576 - 776)	1641	2439	流感集計減に一致して第 6 週以降増勢
水痘	(92 - 131 - 122 - 115)	773	460	例年どおりの冬季の多発生続く
手足口病	= (13 - 6 - 10 - 4)	24	33	同程度、集計増、散発
伝染性紅斑	= (8 - 6 - 12 - 19)	60	45	散発、非流行
突発性発疹	= (38 - 50 - 34 - 45)	185	167	例月どおり、大約同程度多報告続く
百日咳	(0 - 1 - 0 - 1)	0	2	徳山、岩国、各 1 例
風疹	= (0 - 0 - 0 - 0)	0	0	今月報告なし
ヘルパンギーナ	= (3 - 1 - 4 - 4)	8	12	下関・宇部のみ、報告まれ
麻疹	= (0 - 0 - 0 - 0)	0	0	このところ無報告続く
流行性耳下腺炎	= (29 - 25 - 34 - 36)	122	124	引き続き徳山圏域多発生目立つ
急性出血性結膜炎	= (0 - 0 - 0 - 2)	2	2	まれ
流行性角結膜炎	= (14 - 14 - 10 - 8)	65	46	東部(岩国・柳井・防府)に比較的多発
急性脳炎(日本脳炎を除く)	(0 - 0 - 0 - 0)	0	0	今月報告なし
細菌性髄膜炎(真菌性を含む)	(0 - 0 - 0 - 0)	0	0	今月報告なし
無菌性髄膜炎	(0 - 0 - 0 - 0)	0	0	今月報告なし
マイコプラズマ肺炎	(1 - 3 - 0 - 0)	6	4	岩国 2・徳山 1・下関 1
クラミジア肺炎	(0 - 0 - 0 - 0)	0	0	今月報告なし
成人麻疹	(0 - 0 - 0 - 0)	0	0	今月報告なし

平成 15 年 2 月定点コメントによる週別集計表

病原体あるいは抗体価確認例 (迅速診断含む)	5 週	6 週	7 週	8 週	合計
	1/27-2/2	2/3-2/9	2/10-2/16	2/17-2/23	
カンピロバクター腸炎		5	7	3	15
病原大腸菌性腸炎	2	1	1	1	5
サルモネラ腸炎			1		1
マイコプラズマ肺炎		4	2	4	10
アデノウイルス感染症上気道感染症	5	1	6	4	16
アデノウイルス感染症下気道感染症					0
クラミジア呼吸器感染症					0
RS ウイルス感染症	2			1	3
ロタウイルス胃腸炎	36	36	38	39	149

臨床診断例	5 週	6 週	7 週	8 週	合計
	1/27-2/2	2/3-2/9	2/10-2/16	2/17-2/23	
ヘルペス歯肉口内炎		1		1	2
川崎病					0

[特記事項]

6 週からインフルエンザ B 型の報告多数
 ロタウイルスの報告数は、1 月 5 4 例、2 月 1 4 9 例

