

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 11 日号

1674



春のうた

牧野 典正 撮

第 36 回医師生涯教育講座 (体験学習)	264
第 19 回全国医療情報システム連絡協議会	268
第 8 回都道府県医師会介護保険担当理事連絡協議会 ...	276
社保・国保審査委員連絡委員会.....	284
理事会.....	286

いしの声「IT とはなんだべか？」	288
日医 FAX ニュース	285
ご案内・その他.....	275 ~ 285

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

第 36 回山口大学医師会・山口大学医学部主催 医師生涯教育講座（体験学習）

と き 平成 15 年 3 月 2 日（日）10 時～ 16 時
ところ 山口大学医学部霜仁会館

「2000 年版世界標準心肺蘇生法の 実技講習（ACLS コース）」を担当して

山口大学医学部生体侵襲（救急医学）講座助手 井上 健

第 36 回山口大学医学部主催医師生涯教育講座（体験学習）を生体侵襲医学講座（救急医学 前川剛志）が主催させていただきましたので、報告いたします。

まず、今回の心肺蘇生法の実技講習について簡単に説明いたします。2000 年に AHA（アメリカ心臓病学会）は心肺蘇生方法ガイドラインを一般市民が行うことのできる BLS(Basic Life Support) と医療従事者向けの ACLS(Advanced Cardiac Life Support) を発表しました。どちらも数年間に及ぶ世界各国からのデータをもとに作成された、もっとも効果的と考えられる蘇生手順です。このガイドラインに沿って受講者が心電図の判読、除細動、薬剤投与などの手技を模擬患者に施行することで身に付けられる実技講習がアメリカで始まりました。このトレーニングコースは日本国内各地で開催されるようになってきており、近い将来には研修医の必須研修項目になると言われています。医療現場で活躍中の現役医師にとっても受講の必要性が高いコースです。

今回、医師会の先生方には時間と人数の制限のため、必ずしも受講者全員にとって満足のいく

ものではなかったかもしれませんが、ACLS コースとして最低限必要な内容を包括するよう考慮しました。学外から ACLS コースインストラクターを招き、前川も含めて事前にトレーニングを受けて今回の実技講習に備えました。受講申し込みが 40 名と予想以上の先生方が希望され、擬似患者用の蘇生人形やモニター、除細動器を必要数確保するため、近隣消防署等に資機材の借用をお願いし、また人材の協力も得て、当日を迎えました。

3 月 2 日朝、前日の雨もあがり、受講の先生方が続々と会場に集まってこられました。中には開会前に、さっそく実技ブースにおいてになり、人形相手に挿管練習を始められる方もおられ関心の高さを再認識いたしました。

会場が熱気に包まれた午前 10 時、前川の挨拶でいよいよ会が始まりました。プログラム説明の後、スタッフによる ACLS のデモ（Mega code という）を行いました。

10 時 45 分から受講者を 5 班に分け 5 つのブースで手技のトレーニングを行いました。各ブースの内容と担当者は以下のとおりでした。

BLS (Basic Life Support) booth

中尾救急救命士 笠岡講師

ガイドライン 2000 が推奨する心肺蘇生手順（一次救命処置）を蘇生人形に対して、大きく声を出しながら（声に出して行為を確認することで学習効果上がる）全員が実際に覚えるまで行います。

AED booth

熊谷医員 藤田医員

AED (automated external defibrillator: 自動体外式除細動器) は迅速な除細動を実現するため、教育を受けた一般市民でも使用できることを前提に開発されたものです。使用法は簡素化され、小型で軽量、また 5 年間はメンテナンスフリーが特徴です。AED の使用は AHA ガイドラインでは BLS に含まれていますが、法律上日本国内では一般市民が使用することは認められません。むしろ普段除細動器に触れる機会の少ない医師でも安心して使用することのできる除細動装置として、病院内導入が進んでいます。

このブースでは AED の使用法をマネキンと実際の装置を用いてマスターします。

VF/VT booth

河村救急救命士 鶴田助手

除細動の適応は VF (心室細動) と pulseless VT (無脈性心室頻拍) です。

VF/VT は他の原因の心停止に比べて救命の可能性が高く、迅速な除細動が救命につながります。VF 発症直後であれば除細動による救命率は 90% であり、以後除細動が 1 分遅れるごとに救命率



は 7 ~ 10% ずつ低下します。

ここでは除細動装置の基本的な使用方法、安全な施行法を習得します。

PEA/Asys booth

品川研修医 若月医員

PEA (pulseless electrical activity: 無脈性電気活動) は以前には EMD (電導収縮解離) と呼ばれていた病態に近く、VF/VT、asystole 以外の波形で脈が触れないものです。

Asystole は完全なフラット波形、心静止の状態です。

両者とも除細動の適応はなく、心臓マッサージと人工換気を継続しながら静脈ルートを確保して輸液・薬剤投与を行います。

Asystole の波形をみた場合にはまず心電図のリードが外れていないか確認し、誘導、感度を変えてみてそれが本当に asystole なのかを確認します。以上を模擬患者でトレーニングします。

Airway technique booth

竹内研修医・岩崎救急救命士 井上助手

筆者が担当のブースでした。ガイドラインが推奨する人工換気法を練習しました。挿管のための人形を用いて全員が気管挿管やバグマスクによる換気を経験していただきました。

最初にも書きましたが、始まる前に数名の先生方がさっそく人形相手に練習しておられたように、受講の先生方には関心の高いブースでした。時間いっぱい使われて喉頭鏡を使って練習する先生方が多く、強い熱意が感じられました。しかし、実際に挿管に 30 秒以上を要する場合には無理に気管挿管を行う必要はなく、バグマスクによる

換気で十分であることも、強調させていただきました。

Mega code booth

蘇生人形を模擬患者にしてのシミュレーション

この Booth は上記 5 つの booth で学んだ手技を使って、担当インストラクターが提示するシナリオにしたがって蘇生処置を行います。基本的には心肺停止患者を発見したところから応援が到着するまでの時間は一人で心肺蘇生を行い、応援の到着後は心肺蘇生のチームリーダーとして指示する役割を担います。心臓マッサージ、人工換気、モニター装着、除細動、薬剤投与など、すべて確実に指示する必要があります。汗をかきながらも、

大声で的確に指示を出しながら除細動を成功させるまでのシミュレーションを全員の先生方が手際よくこなせるまでになりました。

15 時 30 分、前川より受講の先生方に修了書授与が行われ質疑応答の後、実技講習は終了しました。

スタッフ一同楽しく、実りある会となるよう準備してきましたが、経験不足のところもありご不満の点が多々あったと思います。最後に、ご参加いただいた先生方並びにこの講座のお世話をいただいた県医師会の方々に心より感謝申し上げます。

受講印象記

耳鼻咽喉ののはなクリニック 兼定 啓子

心肺蘇生に関して、開業後、幸いにも急変・重篤な症例に遭遇していないため、緊急時の対応ができるだろうかと常々不安に感じていました。一昨年、県医師会で前川教授の AHA guidelines 2000 の講演で、心マッサージ：人工呼吸の比 15：2 などお聞きしたものの実際にはどのようにすべきか等々疑問のまま経過していました。今回の心肺蘇生法の実技講習を経験させていただき、初期段階での対応がいかに大切であるか改めて実感いたしました。

当日受講者 39 名で、5 グループに分かれ、各々ブースごとにマネキンと実際の装置を用いての実技講習でした。心肺蘇生 (CPR : Cardiopulmonary Resuscitation) は、一次救急処置 (BLS : Basic Life Support) と二次救急処置 (ACLS : Advanced Cardiac Life Support) に分類され、アメリカ心臓協会 (AHA : American

Heart Association) の 2000 年 8 月版が国際的なスタンダードとして普及しています。ガイドライン 2000 に基づく ACLS の概略講義を受け、デモンストレーションを見せていただいた後、各々グループごとに実技講習が始まりました。

1 BLS booth : マネキンを用いて大きく声を出して模擬実習。

救命救急士の方のご指導を受けながら 意識状態の確認 院内の人手または救急隊を呼ぶ
気道確保 呼吸確認 人工呼吸 (5 秒で 1 回計 2 回) 循環サインの確認 心臓マッサージ実施。心マッサージの早さ、口 - 口呼吸の難しさなど初めて体験しました。

2 Airway technique booth : 人形を用いて気管内挿管、バグマスクによる換気の実技、挿管

に 30 秒以上要する場合はバグマスク換気での説明を受け、バグマスクの把握の難しさを改めて実感。

3 VF/VT booth : 除細動の適応は VF (心室細動) と pulselessVT (無脈性心室頻拍) です。VF/VT は発症直後であれば除細動による救命率 90% であり、以後除細動が 1 分遅れるごとに救命率は 7 ~ 10% ずつ低下するといわれています。実際に除細動器を用いての実技体験をし、初めて除細動器に触れ、救急時の必要性について再確認できたことはよい経験となりました。

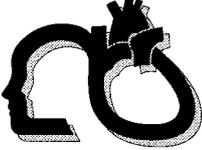
4 PEA/Asys booth : PEA (pulseless electrical activity : 無脈性電気活動) は VF/VT、asystole 以外の波形で脈が触れないものである。Asystole は完全なフラット波形、心停止の状態である。両者共、除細動の適応でなく心臓マッサージと換気を継続しながらルート確保し輸液、薬剤投与を行う。Asytrole の波形をみた場合感度を上げたり、少なくとも 2 つの誘導で、本当に Asytrole なのかを確認することが重要で、隠れた VF/VT を見逃してはならない。ここで VF ハンターという言葉をお聞きしたのが大変印象に残っています。

5 AED booth : AED (automated external defibrillator : 自動対外式除細動器) は迅速な除細動を実現するため、教育を受けた一般市民でも使用できることを前提に開発されたものである。AHA guidelines 2000 では BLS に含まれているが、日本国内でも法律の改正で看護師、救命

救急士の操作も可能となる見込みとのことであったが、直後の救命率からみれば法律改正も必要と思われる。AED を実際に使用してみて指示どおりに行えば、有効な器機であることが認識でき、目下購入検討中です。従来の除細動器は単相性であったが AED は二相性であるため、心筋に対するダメージが少なくより安全になっていることをお聞きしました。

午前 2 ブース、麻生飯塚病院の心肺蘇生のビデオを見ながら昼食を摂り、午後 3 ブースを経験したのち Mega code booth で実際にインストラクターの指示するシナリオに対応して実技を行ったのですが、意識レベルの確認、循環サイン、モニターのチェック等の流れの中で現場で混乱しないため、その場のリーダーがきちんと指示することの大切さ、そのためには、はっきりと大きい声で指名し具体的に指示を出すことを改めて確認しました。

常日頃から 24 時間拘束に近い先進救急医療センターの前川剛志教授をはじめスタッフの先生方、看護師、そして下関・厚狭・小野田・宇部の救命救急士の方々が日曜日を返上して、私どものために、このような貴重な体験の場を提供してくださったことに感謝します。ACLS は他の多くの医師会の先生方にもぜひ体験していただきたく、講習会が広く行われることと、また次回は advance コースとして薬剤に関してもぜひお聞きしたく思いながら帰途につきました。



Ca拮抗剤

ニバジール錠 ^{2mg}/_{4mg}

(ニルバジピン錠)

薬価基準収載

Nivadil® Tablets

劇薬・指定医薬品・要指示医薬品(注)

(注) 注意—医師等の処方せん・指示により使用すること

●効能・効果、用法・用量、禁忌を含む使用上の注意等につきましては、製品添付文書をご参照下さい。

製造発売元 **フジサワ**

大阪府中央区道修町3-4-7 〒541-8514

資料請求先：
藤沢薬品工業株式会社

作成年月2001年11月

第 19 回全国医療情報システム連絡協議会

メインテーマ：『新時代の医療情報システム
～ ORCA プロジェクトとネットワークセキュリティ～』

と き 平成 15 年 3 月 8 日（土）～ 9 日（日）

ところ 大阪国際交流センター 1 階大ホール

[記：理事 吉本 正博]

この連絡協議会も今回が第 19 回となった。私自身は第 12 回から参加しているが、IT 産業成長の伸びの鈍化に呼応するかのように、この会もややマンネリ化してきたのではとの印象を強く持った。第 12 回(松山市)はパソコン通信全盛時代で、インターネットがやっと一般社会に導入されようとしていた頃であった。この時のシンポジウムは「医師会医療情報システム構築におけるインターネットの利用価値」で、インターネットを導入済みの数少ない医師会からの報告であったが、医療情報システムにインターネット技術はきわめて有効なツールになりうるとの熱い議論があった。その後インターネットの普及とともに、日本医師会、地域医師会の医療情報システムが充実してきたが、この連絡協議会がそのことに大きな役割を演じてきたことはだれも否定できないと思われる。今回マンネリ化したのではという印象を持ったのは、ひとつには前回に引き続き、シンポジウムに ORCA が取り上げられたことがある。シンポジウム名は「ORCA プロジェクトの現在と将来」であったが、ほとんどが現状報告であり、将来の具体的なビジョンについてはほとんど触れられていなかった。唯一の将来ビジョンは認証局の設置であったと思われる。これを活用した医師会医療情報システムの将来像を提示して欲しかったが、期待はずれに終わった。しかし医療の IT 化は始まったばかりで、マンネリ化するほど広まっていないうし、課題もたくさんあるはずである。医療情報

標準化の推進は、医療の IT 化が医療情報の公開、医療の質の向上、医療の効率改善に寄与するために、きわめて重要な施策であるが、今回のシンポジウムでも取り上げられたように、日医の ORCA プロジェクトがその基盤を提供する方向に発展することが、もっともスムーズに進む方策であると思われる。用語やコードの標準化に引き続き、医療情報データベースの標準化、電子カルテの相互接続、医療機関全体のネットワークの構築へとつながる医療の IT 化に医師会の果たす役割は大きい。この会がこのままマンネリ化を続けるようでは、日本医療の将来は決して明るくはならない。

特別講演(1)「日本の医療改革と IT の役割」

国立大阪病院長 井上 通敏

平成 13 年に総合規制改革会議は医療に関する 6 つの改革提言の中で、

- 1) 医療に関する徹底的な情報開示・公開
- 2) IT 化の推進による医療事務の効率化と医療の標準化・質の向上

と、医療の情報化をトップに取り上げている。会議の中心メンバーは産業界の方であるが、その産業界ではここ 10 余年「消費者の立場に立つこと」と「IT を活用して、品質の向上とコスト削減を図ること」の 2 つを実現することが成功の鍵であった。

そこでこのコンセプトを医療にも当てはめて上記のような提言が行われたのであろう。医師と患

者の関係も、パターンリズムの時代（提供者の時代）は終わり、パートナーシップの時代（消費者の時代）になっており、これからは「徹底的な情報公開」を通じて、患者が医療を評価し選択できる「患者本位の医療」を実現すべきであるとのメッセージだと理解する。

厚労省は、平成 13 年 12 月に「保健医療分野の情報化にむけてのグランドデザイン」を示したが、この中で医療 IT の目的を「情報提供」「質の向上」「効率化」「安全対策」の 4 つとし、言葉は少し変えているが、情報提供をトップに持ってきているところは総合規制改革会議の提言に呼応しているように見える。

情報公開医療の透明性を求める人たちの描いているシナリオは「情報公開が行われれば、病院や医師の品定めをできるようになり、選ぶことができる。選ばれた病院・医師だけが残り、医療の質が向上する」ということである。しかし明日からでも情報を公開できるかという、残念ながらできない。日本の病院にはデータを出せる仕掛けが整っていないからである。

標準用語を使うことを拒み、カルテの一元化や中央管理に反対し、電子カルテなどとんでもないという意識の医師が存在することもデータの出ない一つの理由であるが、どの病院も経営が苦しく、診療内容を評価するためのデータ収集まで手が回らないのが大きな理由である。

特定機能病院を対象に DPC (Diagnosis Procedure Combination) 分類でのデータ提出を義務付け、これを公表している。その結果をもとに一日定額払い方式の導入も予定されているが、在院日数が長くて医療費も高い大学病院は改善を迫られるであろうし、その前に、患者から敬遠されて経営が破綻する可能性もある。

平成 16 年度から独立法人化される国立病院・療養所も情報公開を迫られるであろう。以前 Hosp-net (全国 144 の国立病院を結ぶイントラネット) を活用して、急性心筋梗塞のデータを収集したことがある。その結果、入院後の死亡は 16.2% から 12.6% と改善し、入院日数も 26.4 日から 24.2 日と短縮した。このような情報創出と情報公開ができるかを問われるであろう。

医療の情報公開が進むと、公開される情報の精

度や信憑性が大きな問題となる。精度の高い情報を出せるようにするためには「電子カルテ」の導入がポイントであると思う。逆に言えば、情報の精度管理ができないような電子カルテは導入の意味がない。

情報の精度と信憑性の担保の次に必要なのは「比較可能なデータ」の条件である。医療の評価は相対評価であるから、比較が公平に行われなくてはならない。電子カルテを普及する機会に比較可能なデータについての定義が行われればよいと思う。

総合規制改革会議では、IT 化により「多量の医療情報のデータベース化が可能となり、医学研究が推進され、医療の質の向上が図られる」「EBM の普及にも役立つ」と期待している。情報・知識の単なる提供環境だけでも効果を期待できるが、もう一步踏み込んで、電子カルテによって診療プロセスをコントロールすることができれば効果が大きい。

規制改革会議では、医療事務の効率化を IT に期待していて、特にレセプトの電子的提出と診療報酬点数算定ルールの論理化を提言している。医療保険会社が多数あるアメリカでは、病院の請求事務に要する費用は日本と比べて莫大で、事務経費が医療費総額の 20% くらいを占めるといわれている。そのため IT による事務経費削減効果は約 2 兆円と試算されているが、日本の場合は医療費削減という点では大きな期待はできないと思う。

医療の IT 化推進については医療費の削減より品質管理を優先すべきである。そのために医療の質を把握できる情報環境を病院に整備する、質を担保できる電子カルテを早急に開発することが優先されるべきで、その結果比較可能なデータの公開が行われ、それをフィードバックすることにより、医療の質がさらに改善し、医療全体の質の底上げにつながると考える。

講演の後、質疑応答が行われ、座長の中村定敏北九州市小倉医師会長から「IT 化による効率化ができたとしても病院の場合は人員基準があるので、人員の削減ができない。在院日数が短縮し、病床がガラガラになった。当然収入は減少する。

IT 化のコストをだれが負担するのか」という質問がなされた。同じようにオーダリングシステムの導入により、患者へのサービスは向上したが、病院の運営コストと収入は変わらない。一般の産業界では IT 導入は省力化、コストの削減につながるが、病院の場合は必ずしもコスト削減につながらないことが多い。今後は IT 化のコスト負担をどうするかという議論も当然必要かと思われる。

シンポジウム (1)

「医療情報システムの安全性について」

- シンポジスト -

国立国際医療センター情報システム部部长	秋山 昌範
大阪医科大学病院医療情報部助教授	山本 隆一
大阪府医師会医療情報委員会委員	畑 直成
日本医師会総合政策研究機構研究部長	石原 謙
(株)エムオーテックス取締役営業部長	神戸 仁

IT による情報共有ではセキュリティの確保が必須である。特に患者情報を扱う医療情報システムの場合には他のシステム以上に、より強固なセキュリティの確保とプライバシーの保護が重要となる。より強固なセキュリティを目指せば、それに反比例して使い勝手が悪くなると言われている。したがって低コストで、なおかつ使い勝手のよいシステムにするためにはセキュリティのサービス提供範囲を明確にしておくことが重要である。

また、セキュリティは堤防のようなもので、「そのシステムでもっとも弱いところが全体のセキュリティレベルである」と言われている。一部だけセキュリティを強化しても、他に弱いところがあれば意味がない。全体のバランスを考えて総合的にセキュリティを考える必要もある。

情報のセキュリティは「完全性 (Integrity)」、「機密性 (Confidentiality)」、「可用性 (Availability)」

の確保とされており、もっとも重要な対策は情報に触れるものの「認証 (Authentication)」と「監査 (Audit)」とされている。

完全性とは情報の内容が故意や過失で変わらないことであり、機密性は情報が正当な目的以外に利用されないこと、可用性は必要な時に利用できることである。認証とは通常はだれが情報にアクセスしているか、アクセス前に確認することであるが、「だれが」は人でない場合もある。すなわちプログラムやプロセスであるかもしれないし、機器であることもある。監査は種々の安全対策が計画通り実行されていて、さらに結果として求める安全性が維持されていることを監視することである。

プライバシーの概念は、1985 年に OECD がプライバシー保護のガイドラインを公表して以来大きく変化した。OECD のガイドラインの根底には「個人の情報は、その個人の情報がどのように扱われるかを知り、その個人がコントロールできる」という自己コントロール権を基礎としたものが流れている。

そのためセキュリティ対策とプライバシー保護のためには、透明性の確保が求められている。例えば電子カルテを導入する際には、安全であること、プライバシーが保護されることを社会に理解してもらわなければならない。それがポリシーの作成と公表である。安全に関する方針はセキュリティポリシーと呼ばれ、プライバシー保護に関する方針はプライバシーポリシーと呼ばれる。

ポリシーを実現するための具体的な方法が実施計画である。実施計画にしたがって実際の設計や運用を行い、セキュリティ確保やプライバシー保護の状態を定期的に監査することが重要である。

情報システムの安全性としては、システムの問題だけでなく、運用面でも問題は多い。パスワードをまったく変更しないユーザーが半数近くもいるという調査結果がある。利用者がセキュリティの重要性を十分に認識していないためであろう。また今年の 1 月に韓国を中心に世界的なレベルでネットワークが遮断される事件があった。Microsoft SQLServer のセキュリティホールをねらい打ちにした slammer と呼ばれるワームが原因であった。セキュリティホールに対するパッ

チソフト（補完修復ソフト）が提供されていたにもかかわらず、システム運営担当者がアップデートを怠っていたことが、被害拡大の要因であったと言われている。

ワームは、狭義のウイルスのようにファイルに感染することなく、ネットワークを介して自己増殖を行い、メールを使って遠隔転移し、さらにネットワーク内部でも共有フォルダを介して広がる悪意を持ったプログラムを通常指す。

対応策としては、アンチウイルスソフトがもっとも有効な手段である。個々のパソコンに前もってインストールしておくことは当然であるが、常に最新版のウイルス定義ファイルに更新しておくこと、定期的に全ドライブスキャンをすることが大切であるが、このことを全員に徹底させるのが、もっとも困難と考えられる。診療所規模ならまだしも、大病院で何台もパソコンがあると管理者一人では手に負えないので、アンチウイルスソフト会社が提供する管理ソフトを使うのもよい。

情報の内部漏洩に対する対策も重要である。内部漏洩というと悪意のある人間がいて故意に情報を何らかの目的で持ち出そうとする行為が想像される。しかし実際にはちょっとしたオペレーションミスによるものや、通常の業務の中で気がつかず正しい行動であるとの認識の中で起こっていることも多々ある。例えば、同報メールを利用する場合は BCC を利用して他の送信先を隠すのが普通であるが、そのようなことがまったく考慮されていないメールがある。そうするとメールアドレスから企業名とそこに所属している人名が明らかになる。

パソコンを使う人への指導、OS（設定も含む）のパッチ（補完プログラム）、アンチウイルスツールなど、どれ一つ欠けても危険な状態になる。被害が出る前に、事前に予防し、遵守されているかどうかを定期的に監査することが大切である。

シンポジウム（2）

「ORCA プロジェクトの現在と将来」

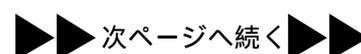
西島日医常任理事（「ORCA の現状と将来」）、矢野日医総研研究員（「ORCA プロジェクトのネットワークセキュリティについて」）から、ORCA を取り巻く状況と将来像について講演が行われ

た。講演内容は都道府県医師会情報システム担当理事連絡協議会での説明とほとんど同様の内容であったので、県医師会報（平成 15 年 3 月 11 日・第 1671 号）の報告記事を参照していただきたい。

続いて「標準化の推進」（東京大学大学院医療情報経済学分野 大江 和彦教授）についての講演が行われた。標準化は医療の情報化を進める上で不可欠の条件であり、情報システムの機能の標準化、情報交換方法の標準化、用語コードやマスターの標準化等が含まれる。

電子カルテや病院情報システムのようなある程度複雑な情報システムでは、それが提供するべき機能が整理され、その機能ごとに分割された部分システム（パーツ）が開発され、それらが有機的に情報のやりとりをすることによりシステム全体が機能する。この場合、パーツ同士が情報をどのようにやりとりするかといった仕組みが標準化されてこそ、全体の中で、ある特定のパーツだけを別のシステム用に開発されたパーツに置き換えることが可能になる。個々のパーツが標準化されているということは、そのパーツをいろいろな場面で再利用できるということであり、システムに組み込むためにパーツの個別開発が必要なくなるという点で、情報システム化のコストが大幅に削減できることになる。

最後に、ORCA の基盤となる「オープンソースと Linux」（東京大学国際・産学共同研究センター 安田 浩教授）について講演が行われた。Linux の OS としての堅牢性とオープンソースとしての意義に触れ、ORCA にオープンソースが採用された理由について、公開性とコスト、独占の排除（Microsoft にコントロールされないため）を挙げ、解説を加えるとともに、今後 ORCA が普及・発展するためには、単に開発というソフトウェアの進化だけではなく、よりオープンソースソフトウェアとして洗練される必要があると述べた。そのためには、コアチーム以外の開発者の参加と情報公開・共有の促進をはかり、オープンソース的コミュニティを作ることが必要であるとまとめた。



次ページへ続く

ケースレポート

医療機関情報システム

医療機関情報システムの紹介が東京都と北九州市からあった。東京都の「ひまわり」は医療機関情報システムとしてはもっとも歴史のあるものの一つである。再構築した新システムの紹介であった。新システムでは病院だけでなく、一般診療所、歯科診療所を含んでおり、住所、最寄り駅、診療時間等で検索できるようになったのが特徴とのことであったが、このようなシステムは現在では当たり前前の機能となっている。情報のメンテナンスを医療機関でも変更が可能とした点が目新しい所であろうか。北九州市の医療機関情報システムは会員向け情報に所属学会、専門医、出身大学、所属医局の項目を加えている点と、一般市民向けには民間企業（ゼンリン）と協力体制を築き、同社の情報人気サイト「ぱくぱくパーク」と、i モード情報サイトの「北九州ナビ」の中に医療機関情報を組み入れた点が目新しい。北九州市医師会は民間企業に会員名簿の作成・市販権を付与するなど、民間企業を巻き込んだ活動が従来から得意であった。

ORCA プロジェクトの推進への取り組み

愛媛県医師会、熊本県医師会、福山市医師会からは ORCA プロジェクト推進への取り組みについての報告があった。愛媛県では県全域において、日医標準レセプトソフトの適切な導入・運用サポートの普及と医療機関連携支援をはかる目的で、愛媛県医療情報システム推進コンソーシアムを立ち上げている。統一したセキュリティポリシーを策定するとともに、各 ORCA ベンダーが共同で利用できる VPN ゲートウェイを運用し、同一医療機関内において、日医標準レセプトソフトに関連するネットワークと愛媛県医師会ネットワークとが、低コストかつ安全に共存できるよう、地域としての運用体制を構築している。

熊本県医師会は Windows 版日医標準レセプトソフトクライアント（WinORCA）を開発し、診療内容の入力、閲覧を Windows の画面で行えるようにした。見慣れた画面で操作を行えるので、日医標準レセプトソフトの普及に拍車がかかる事を期待している。ただしサーバーには従来通り

Debian を利用することになる。

福山市医師会は以前から情報ネットワーク構築に熱心な医師会である。試験運用当初から医師会として参画し、試験運用終了後は本運営推進体制として、医師会が 2 名の医療事務経験者を日医標準レセプトソフト操作スタッフとして雇用、医師会の総合保健センターの検査営業者がレセコン営業の一端を担うなどの対応を行っている。

遠隔テレビ会議システム

北海道では広大な土地に多くの都市医師会があり、それらの各代表が会議や講演会に参加するために費やす時間と費用は膨大である。そこで遠隔テレビ会議システム導入の可能性に関して検討を行った結果、会員及び事務局の業務の効率化や費用節約により生ずる便益は、その導入費用に比べて極めて大きく、適切なシステムの導入が望ましいものと判断された。

必要な機器は、本体（TV カメラと通信制御装置を含む）及び一般のテレビ受像器。3 地点以上を中継するためには、多地点間接続装置（MCU）がシステム全体について 1 台必要。北海道医師会（1 拠点）と拠点都市医師会（9 拠点）の 10 か所を結ぶテレビ会議ネットワークシステムとし、ISDN を 2 回線（通信速度は 256kbps）用い、多地点間接続装置（MCU）は、専門業者から時間借りとする。将来的には、道内の全都市医師会 48 か所が参加する 49 拠点のネットワークに拡張することを考慮している。

遠隔テレビ会議システムの初期導入費用は 5,000 万円未満、会議と研修会の年間予算（旅費 60%、会場費 40%）が 5,000 万円であるので、ほぼ 1 年で元が取れると試算された。実際に導入する場合には、事務局の体制などの運用面における基本方策を煮詰めた上で、サポート体制なども含めた総合的な観点からベンダーを選定することになる。

医師会発、市民向けメールマガジン

松山市医師会は、「市民に正確な医療情報を提供し、また、医療体制を含めた国民医療の理解をしていただく為に情報発信を行うこと」が必要と考え、市民向けに週刊メールマガジンの発行を計

画した。医師会が一般市民にメールマガジンを発信している例はあまりない。メールマガジンでは、専門医による病気や怪我の説明、流行疾患の情報、医療制度の解説等を毎週配信している。

電子カルテを中心とした診療連携ネットワーク
鶴岡地区医師会（「生涯 /1 患者 /1 カルテを目指した医療連携型電子カルテシステム『Net4U』」）と岐阜市医師会（「岐阜市における電子カルテを中心とした診療ネットワークのその後の取り組み」）の報告は、ともに経済産業省の補正予算事業を活用して、電子カルテを利用した地域医療連携をはかるためのネットワーク構築を行ったことである。

鶴岡地区医師会のシステムは、医師会館内にすべてのアプリケーション、患者データなどを一括して保管・管理する病診連携サーバーを設置し、ユーザーはブラウザを用いてダウンロードし、電子カルテを利用する ASP（Application Service Provider）方式を取っている。診療情報の共有は、患者の同意の下に、患者が受診した医療機関でのみ許可される。

岐阜市医師会のシステムは、岐阜市医師会と岐阜大学医療情報部に設置した「診療情報センター」に二重化した診療情報データベースを設置し、患者さんの同意のもとに病診連携患者の診療情報及び岐阜市医師会臨床検査センターの検査データを保存。個人認証により保護した上で、主治医と連携医のみが閲覧可能として病診連携に利用できるようにした。データベースには診療所等の電子カルテの全データ、中核病院のオーダリングと民間病院のレセコン内の患者基本情報、傷病名、処方・注射内容、検査歴・検査結果等と、医師会検査センターの血液検査結果が含まれている。

医療機能分化と病診連携の試み

かかりつけ医にとって専門医との病診連携によって得られる患者の診療情報は重要な意味を持つ。そのためには自由に専門医を選択して紹介できる病診連携システムの確立が重要である。今回の報告はそのようにして得られた質の高い診療情報を電子化・管理・統合するシステムについてである。次の 3 本柱について段階的に推進する計

画である。

- (1) 病診連携システムの確立（かかりつけ医にとっても、患者にとっても優しく、医療の無駄を省く）。電話と FAX を使用し病院には病診連携室を作る。インターネットでの予約ができるようなシステムも視野に入れる
- (2) 病診連携により得られる診療情報提供書、退院サマリーの電子化により病歴の管理と年間サマリー作成を推進する
- (3) 病診連携のための慢性疾患用個別診療情報提供書と管理用クリニカルパスの作成

パソコンによる作成ソフトのうち現在までに完成しているのは、紹介連絡予約申込書と診療情報提供書のみである。手書きと FAX を利用したのはコンピュータ利用ができない医師のための底上げ方策であり、少しでもコンピュータ利用の便利さを理解してもらうためである。あらかじめ保険情報を FAX 送信することにより、初診受付作業が簡略化され患者負担が軽減された反面、医師にとっては保険情報の入力に面倒であるとの評価もある。将来的にはレセコン情報から自動入力できるシステムが望まれるが、その点で日医の ORCA プロジェクトに期待するところ大である。また開業医の立場からは、病院の医師が退院時サマリーや診療情報提供書を電子化して送ってくれることを期待している。そうなれば、その中から必要な文面をカット＆ペーストでサマリーに貼り付けるだけで簡単に年間サマリーを作成することができる。

講演(2)「厚生労働省における医療情報化への取り組みについて」

厚生労働省医政局研究開発振興課医療技術情報推進室長
関 英一

厚生労働省が「保健医療分野の情報化にむけてのグランドデザイン」(以下、「GD」:平成 13 年 12 月策定)を発表してから、1 年以上が経過した。GD について引用や紹介がなされる際には、この文書中に示された電子カルテとレセプト電算処理システム導入に係る数値目標が目目されることが多く、政府が医療の IT 化に本腰を入れ始めたものとして、医療の情報化に取り組む方々に相当の影響を与えた。

厚生労働省の IT 化への取り組みとしては、1) ビジョンの提示 (これは GD の発表で当面は完了)、2) 基盤整備、3) 環境整備、4) 研究振興、5) 医療機関へのインセンティブ導入が考えられている。2) については (財) 医療情報システム開発センターが中心となって進めてきた用語・コード等の標準化作業結果の普及、改善をはかることである。3) については規制緩和と情報システムのセキュリティ確保、個人情報保護の指針の整備などである。平成 14 年 12 月の総合規制改革会議の第 2 次答申で、診療情報データの外部保存が取り上げられた。医療機関等以外での保存を認めたもので、これによりセキュリティ確保、運営コスト面での利便性が図られる (ただしこれをビジネスチャンスにしようとする動きもあるので注意が必要である)。4) についてはモデル事業の展開、5) については補助制度、税制面での優遇策等を検討している。

なお、電子カルテについての新たな動向として、医療界、情報機器産業界が協力して、電子カルテのコンポーネント化 (モジュール化) を図っていかうとする動きがある。現時点では基礎的作業の研究段階であるが、平成 15 年度は基幹データベースシステムの構築を行う予定である。これにより医療情報システムのコンポーネント化が可能となり、コスト面での効率化とともにマルチベンダー環境下での電子カルテの健全な発展に資するものとなっていくことが望まれる。

医療の IT 化は、医療の質的向上と結びついてこそ意味があると思われる。現実の医療改革のプロセスには幾多の困難があるが、大きな流れとしては、診療データの分析等を通じて医療の質の向上に地道に取り組む医療従事者や医療機関が報われる制度の設計・運営を図ることが大切で、こうした流れを作るには、政策担当者の努力はもちろんだが、医療関係者一人ひとりの実践努力を結集していくことが重要と思われる。

講演 (3) 「宮城県における地域医療 IT 網 - みやぎ
メディカルモール構築の過去・現在・未来 -」

東北大学大学院医学系研究科社会医学講座医学情報学分野教授
根東 義明

宮城県では仙台市への一極集中が進みつつあ

り、医療の分野においても医師の 66%、病床数の 52% が仙台市に集中している。しかし仙台市への入院依存率が高いが、外来依存率は高くない。仙台市の病院を退院した患者がそのまま仙台市の医療機関に通院するのではなく、地域内の医療機関に戻っていることになる。したがって宮城県の地域医療連携システムには、地域医療圏を越えて、県全体をカバーすることが求められる。

宮城県、東北大学医学部附属病院、宮城県医師会が平成 12 年度経済産業省補正予算を利用して推進中の「宮城県における医療用 ASP モール (みやぎメディカルモール) の構築事業」の過去・現在・未来の姿が詳細に紹介された。

みやぎメディカルモールを立ち上げるにあたって、まず問題点の調査・分析を行い、その結果から、

データ形式の無料公開

自己カスタマイズ

ネットワークによる保守、データセンター化による保守要員の作業効率向上

作業料算定方式を公開

接続インターフェースの無料公開による接続作業の低価格化

ネットワーク経由による専門のエンジニアからの適切な説明

自由な追加機能選択

頻繁なバージョンアップ

書類による提案ではなく評価版試用による導入決定

ベンダー選考失敗時の他ベンダーへの切り替えの容易さを可能にする構想

を立案した。

機能を提供するのは、モールの中にサーバーを構える Application Service Provider (ASP) であり、データ形式の無料公開により、連携を容易にさせる。ベンダーは営業力が無くても、医療分野のニーズを把握することができ、ニーズに応えるシステムを構築できる技術力を持ったところが、挑戦するチャンスを持てるようにすることを狙っている。

ASP による電子カルテ導入は、医療機関側にとって、よりスムーズなステップをとることができる。ライセンス料を発生させないように、電子カルテは独自開発を行い、現在も運営が継続され

ている。一地域一患者一カルテを実現するために、受診した施設に所属する利用者ならばアクセスできる電子カルテ（施設内カルテ）部分と、他施設との共有カルテ部分と 2 つのシステムを別に開発した。共通カルテ部分へのデータ送信方法は、無料で公開されるため、将来、他の電子カルテベンダーが参加しても開発費のリスクを少なくできる。

今後は次のような課題を克服しつつシステムの構築を展開していく予定である。すなわち、

- 1) 診療支援システムとの連携部分の改善
利用時のシングルサインオンシステムの導入や患者情報閲覧連携システムにより多重システム化の混乱を回避
- 2) 電子カルテインターフェイスの改善
共有電子カルテと医療機関専用電子カルテの連携性の改善による使いやすさの向上
- 3) 参加医療機関の数の増加による汎用性の実現
トレーニング機関の設置やサポート企業の充実による浸透を図る
- 4) ASP 網としての運用の実現による地域医療情報関連企業の活性化
- 5) 行政・地域医師会との連携の強化
最近になって急速にセンターの SE との情報交換の状況が改善しており、現存の情報関連機関の活用も大変重要なかぎを握る。
- 6) 産学協同研究を活用した情報システムの展開
産学協同研究による企業からの投資を活用した低コストの情報システム開発の模索を進めることも、現実的な連携発展の道として重要と考えられる。

現在、こうした視点から地域型ポータル情報システムを広く展開するための基盤づくりも平行して進めており、今後医療機関の規模を問わない共通の情報共有システムの普及を進めていきたい。

謹 弔

野村 勝 氏 宇部市医師会
 三月二十一日、逝去されました。享年六十一歳。
 つつしんで哀悼の意を表します。

謹 弔

高田 守男 氏 下関市医師会
 三月二十七日、逝去されました。享年八十七歳。
 つつしんで哀悼の意を表します。

案 内	<h2 style="margin: 0;">第 38 回山口県医師会ゴルフ大会</h2>
	<p>と き 平成 15 年 10 月 19 日（日）</p> <p>と ころ 宇部 72 カントリークラブ 東コース</p> <p style="text-align: center;">詳細は、7～8 月頃の会報に掲載いたします。</p>
	<p>山口市医師会 大会実行委員長 新井 一字</p>

第 8 回都道府県医師会 介護保険担当理事連絡協議会

と き 平成 15 年 2 月 26 日

ところ 日本医師会館

平成 15 年 2 月 26 日、日本医師会館で都道府県医師会介護保険担当理事連絡協議会が開催された。議題は、介護報酬改定について、介護保険委員会について、各医師会における取り組みについての 3 点であった。については、青柳俊日医副会長が社会保障審議会介護給付費分科会で審議されてきた介護報酬改定協議での日医の対応と改定介護報酬の内容を説明された。については、油谷桂朗日医介護保険委員会委員長がその活動状況を説明された。詳細な報告は割愛する。

については、旭川市医師会、焼津市医師会、京都府医師会、鳥根県医師会よりそれぞれ医師会の熱心な取り組みの報告をいただいた。

以上について、出席した 3 名の県医師会担当理事が分担して報告する。

1. 介護報酬改定（平成 15 年 4 月実施）について

概況は以下のごとくである。

介護報酬の改定作業は、社会保障審議会介護給付費分科会で検討されてきた。平成 13 年 10 月に初会合、平成 15 年 1 月の第 19 回会合で新単価の諮問を了承した。日医として、それぞれの項目について具体的指摘事項を提示して検討してきたが、日医の主張・要望の約半分が取り入れられた。

新単価算定の検討過程で大きな要因となった点は、平成 14 年 8 月の「第 2 期介護保険事業計画期間における介護サービス量等の見込み（6 月値）」で介護保険料が約 11%アップの見込み予想になったこと、及び 10 月の「介護事業経営実態調査結果」で施設の利益が大

きい状況の結果であり、12 月に「マイナス改定」の方針が明らかになった。

改定の基本的な論点は、「在宅重視・自立支援の推進」と「サービスの質の向上」の理念、介護保険料上昇幅の抑制という財政的観点、「居宅介護支援」「リハビリテーション」の重点評価であった。

結果として、全体ではマイナス 2.3%（在宅分はプラス 0.1%、施設分はマイナス 4.0%）となった。財務省は当初マイナス 5.0%を要求していた。

在宅分の平均はプラス 0.1%だが、その内訳ではアップしたものは居宅介護支援が 17.1%、グループホームが 2.7%、訪問介護が 2.3%、一方ダウンしたものは通所リハが 3.8%、ショートステイが 3.3%、訪問看護が 3.2%、通所介護が 3.0%、という結果であった。

施設分の平均はマイナス 4.0%だが、特養と老健がマイナス 4.2%、療養型が 3.2%と 1%しか差がない。実態調査結果では、特養はプラス 12.2%、老健はプラス 11.6%、療養型はプラス 5.4%と、特養や老健と療養型の間には大きな差があったにもかかわらず、改定ではこれに相当するようにならない。改定プロセスが不透明である。

(1) 在宅サービス

1. 訪問介護

経営実態調査でマイナス 2.0%の赤字状況のため、平均で 2.3%アップ。

複合型を廃止して、「身体介護中心型」と「生活援助中心型」の 2 類型に簡素化。

「身体介護中心型」では、短時間のサービス提供を評価。巡回介護などの頻回訪問に配慮して「30 分未満」を 1 割アップ。

「生活援助中心型」では、3 割以上の大幅アップ。

3 級ヘルパーの場合は、現行の 5% 減算を 10% 減算とする。

「介護タクシー」は、「通院等乗降介助」(通院等のための乗車または降車の介助が中心である場合)として、新たなカテゴリーで介護サービス事業の一つに位置付けられた。

イ. 100 単位 / 回 (現行の約 1/2)。

ロ. 要介護 1 以上。

ハ. ケアプランに明確に位置付けられること
ニ. 事業者の指定については、県は市町村の意見を聴取すること。

ホ. 要介護 4,5 の時に、身体介護の算定は可。ただし、同時に乗降介助費は算定不可。

2. 訪問入浴介護

訪問後に入浴を見合わせた場合、利用者の身体の状態や希望等の理由によっても算定はできない。

3. 訪問看護

全体で 3.2% ダウンだが、本体部分は引き下げず緊急時訪問看護加算を大幅に引き下げる。(訪問看護 S: 1,370 540、医療機関 S: 840 290)

「緊急時訪問看護加算」は 24 時間体制に関する評価である点を明確化し、実際に緊急訪問については通常単位数を算定する体系に変更。

「緊急時訪問看護加算」は支給限度額管理の対象になるので、ケアプランの修正が必要。老健及び療養型からの退所・退院日の訪問看護は、従来は算定できなかったが特別管理加算の対象者については訪問看護費の算定は可能になった。

特別管理加算は、複数の事業所から訪問看護が提供された場合は、事業所間の合議で分配

する。

4. 訪問リハビリテーション

「日常生活活動訓練加算」(50 単位 / 日)を新設。対象は、退所・退院後 6 か月以内の利用者。

現行の病院、診療所に加えて、介護老人保健施設にも算定を認める。

5. 居宅療養管理指導

きめ細やかな個別的な指導管理の充実を図る観点から、再編された。

医師・歯科医師の場合、訪問回数に応じて月 1 回から月 2 回を限度に変更。

居宅療養管理指導費：

() : 940 単位 500 単位

() : 510 単位 290 単位

薬剤師の場合、医療機関と薬局に区分。

医療機関の薬剤師：

550 単位 (月 2 回限度) は現行通り

薬局の薬剤師：

月 2 回算定から月 4 回までに変更、

550 単位 500 単位

初回 500 単位、2 回目以降は 300 単位

歯科衛生士の場合、初回 500 単位 550 単位、2 回目以降は 300 単位。

6. 通所介護

基本部分の単位はダウン。「単独型」も「併設型」も引き下げ幅は、要介護 1,2 は大きく、要介護 3,4,5 は小さい。

送迎加算と入浴介助加算はアップ。

「6 時間以上 8 時間未満」の前後に連続して日常生活上の世話をを行った場合は、延長加算として「日常生活介助加算」(50 単位、100 単位)を新設(通所リハと同様)。

7. 通所リハビリテーション

現行の「通常規模の医療機関」、「小規模診療所」、「介護老人保健施設」の 3 体系が一本化された。

引き下げ幅は大きい、「個別リハ加算」を新設し通所介護との区分を明確化。

「個別り八加算」:

退院・退所日から 1 年以内: 130 単位 / 日
同 1 年以上: 100 単位 / 日

対象: 身体の機能障害がある、廃用症候群により生活機能が低下している。

要件: 1 人の理学療法士、作業療法士、言語聴覚士が、利用者 1 人に対して個別に 1 日 20 分以上行った場合に、1 日 1 回算定できる。延長加算である「日常生活介助加算」を新設(通所介護と同様)。

人員配置基準について、小規模診療所での利用人数を 10 人から 20 人に拡大。

8. 短期入所生活介護: 今回、詳細は割愛

9. 短期入所療養介護: 今回、詳細は割愛

10. 痴呆対応型共同生活介護(グループホーム)

事業者が急増してきており、サービスの質の格差が生じてきている実態がある。

基本単位は 2% 弱引き下げる一方で、「夜間ケア加算」を新設して介護内容・介護体制の確保を評価し、全体としては 2.7% のアップ。「夜間ケア加算」: 71 単位 / 日。

算定要件: イ. 夜間ケア内容を含むケアプランを作成すること

ロ. 夜勤職員を配置していること

ニ. 過去 1 年以内の自己評価結果を公表すること

介護支援専門員を配置すること。

(平成 16 年 4 月 1 日施行、平成 18 年 3 月 31 日まで経過措置)

定期的な外部評価を受けること。

(平成 17 年度以降)

グループホームは中等度の痴呆高齢者を対象としている。重症化した場合、利用者はどこで診ていくのか。「途中で追い出す施設」や「終の棲家として受け入れ続け、終には経営が破綻する施設」が出てくる可能性がある。

11. 特定施設入所者生活介護: 今回、詳細は割愛

12. 福祉用具貸与: 今回、詳細は割愛

13. 居宅介護支援

要介護度別単位を一本化して、単位を 17.1% の大幅なアップ。(要支援は約 3 割の大幅アップ、要介護 1,2 は約 2 割弱のアップ) 質の向上を図るために、加算、減算を新設。

4 種類以上の居宅サービスをケアプランに組み込めば、100 単位 / 月加算。

一定条件を満たさなければ、30% 減算。

イ. 利用者へのケアプランの交付。

ロ. 月 1 回居宅を訪問、3 か月に 1 回ケアプランの計画実施状況の記録。

ハ. ケアプランの新規作成や更新時は、サービス担当者会議や担当者から意見を聴取。

単位の地域差を導入。

指定居宅介護支援事業者及び管理者は、介護支援専門員に特定の居宅サービス事業者のサービスを指示することはできない。

4 種類以上のサービスの組み込み(現状はケアプランの 7%) の加算には賛否両論。

賛成: 在宅での介護を続ける努力をしている実態を評価。

反対: サービスの押し付けや不必要なサービス提供によるムダ使い。

(2) 施設サービス

1. 介護老人福祉施設

改定の特徴は小規模生活単位型サービス(ユニットケア)を導入したこと。

全体で 4.2% ダウン。

引き下げ幅は、要介護 1,2 は大きく、要介護 4,5 は小さい。

配分傾斜は、1.22 倍から 1.42 倍と大きくなった。

「小規模生活単位型介護福祉施設サービス」を新設。

従来型の単位とほぼ同程度だが、1 割の自己負担の他に、居住費(約 4 ~ 5 万円 / 月)は自己負担。

低所得者対策による不足分を補う観点から、「低所得者加算」を新設。

食事標準負担額 300 円該当者:

66 単位 / 日

食事標準負担額 500 円該当者:

30 単位 / 日
「退所時相談援助加算」の要件を区分し、「退所前連携加算」を新設。

退所時相談援助加算：570 単位 400 単位
退所前連携加算（新設）：500 単位

2. 介護老人保健施設

改定の特徴は、リハの充実を評価。
全体で 4.2% のダウン。

引き下げ幅は、要介護度ごとの格差が小さい。

配分傾斜も 1.23 倍から 1.26 倍と小さい。

リハの充実。

「リハ体制加算」を「リハ機能強化加算」と名称変更し、12 単位 / 日から 30 単位 / 日にアップ。

算定要件：「個別リハ計画を作成し、リハ計画に基づきリハを行う体制にある場合」

訪問リハが提供可能になった。

老健の退所者の場合は、退所後 1 か月。「退所時指導加算」を「退所時指導加算」、「退所時情報提供加算」、「退所前連携加算」に区分。退所時指導加算 1,070 単位 退所時指導加算 400 単位、退所時情報提供加算 500 単位、退所前連携加算 500 単位。

3. 介護療養型医療施設

改定の特徴は、要介護度の低い部分の大幅な引き下げ、特定診療費を大きく改定。

全体では、3.2% のダウン。

廃止項目：

ア「療養型介護療養施設サービス費（ ）」（6：1 看護、3：1 介護）

イ「夜間勤務等看護（ ）」

ウ「痴呆疾患型介護療養施設サービス費（ ）」（6：1 看護、8：1 介護）

エ「介護力強化病棟を有する病院における介護療養型施設サービス」

要介護 1,2 は大きく引き下げる一方、要介護 4,5 は少しアップ。

配分傾斜は 1.15 倍から 1.66 倍と大きくなった。

現行に比べ、要介護 1 では約 12 万円 / 月、要介護 2 では約 9 万円 / 月のダウン。

入院中の他科受診が必要になった場合には、月 4 日を限度に 444 単位を新設。

「退院時指導加算」を「退院時指導加算」、「退院時情報提供加算」、「退院前連携加算」に区分。

特定療養費の改定・再編。

特定診療費項目の拡大：「褥瘡対策指導管理」、「重度療養管理」を新設され、「感染策指導管理」とともに診療所や痴呆疾患療養病棟でも算定が可能となった。

リハビリテーションの再編：「理学療法」、「作業療法」、「言語聴覚療法」は個別療法を評価。1 人につき個別に 20 分以上の訓練が行われた場合、1 日 3 回限度に算定。単純 X 線撮影・診断を施設サービス費に包括化。

「重度療養加算」（新設）：特に医療を要する入院患者（要介護 4,5 でかつ厚生労働大臣の定める状態にある入院患者）について、療養上必要な処置を行った場合に 1 日 120 単位を算定。

平成 15 年 3 月 31 日に介護支援専門員を置かない介護保険施設のうち入所定員が 19 人以下のものについては、平成 18 年 3 月 31 日までの間は計画担当介護支援専門員の業務を指定介護支援事業者に委託することができることとし、その場合には介護支援専門員を置かないことができる。

[記：常任理事 藤野 俊夫]

各医師会における取り組みについて

1. 要介護認定の課題と状態像の考え方

旭川市医師会 白井 宏之

現在の一次判定は、「自立」と「要支援」の区分、「要支援」と「要介護 1」の区分が不明瞭である。痴呆の方、特に動ける痴呆の方に対する評価が不十分である。介護の手間が増える状態になったものの、実際の判定が軽くなる場合がある、などの問題点があり、また、明確な二次判定方法が確立されていないため、各保険者間、各合議体間で二次判定にバラツキが生

じている。

このような背景を受け、16 合議体を有する旭川市では、要介護認定の平準化を目的とした平準化委員会（認定審査会長、副会長、平準化委員で構成）を設置・運営してきた。平準化を図るためには「要介護度毎の状態像の定義づけ」が重要と考え、3 大介護（入浴、排泄、食事）及び第 5 群（身の回り）のスコアを中心とした分類イメージを構築し、周知徹底を図ったところ、これが各合議体間の平準化に効果を上げてきた。

本年 4 月から改訂版一次判定ソフトによる要介護認定が開始されるが、現行の 85 調査項目が 79 項目に変更されるのを機に状態像の定義の再検討を目的に、二次モデル事業の対象者 239 名の要介護度と 79 項目の関係を分析し、要介護度ごとに特徴のある項目の抽出を試みたのでその結果を報告する。

【状態像の考え方】これらは従来と同じである

自立：「歩行」や「起き上がり」などの日常生活上の基本的動作を自分で行うことが可能であり、かつ、「薬の内服」、「電話の利用」などの手段的日常生活動作を行う能力もある状態。

要支援状態：日常生活上の基本的動作については、ほぼ自分で行うことが可能であるが、日常生活動作の介助や現在の状態の防止により要介護状態となることの予防に資するよう、手段的日常生活動作について何らかの支援を要する状態。

要介護状態：日常生活上の基本的動作についても、自分で行うことが困難であり、何らかの介護を要する状態。

【各要介護度における特徴的な調査項目】

以下の項目は、それぞれの要介護度でその前の段階に比較して急に不可能になることが多い項目として特徴的なものである。

要支援：起き上がり、立ち上がり、片足での立位

要介護 1：歩行、洗身、金銭管理

要介護 2：移動、日常の意思決定、衣服の着脱（上衣の着脱、ズボン等の着脱）

要介護 3：移乗、清潔（洗顔）排便

要介護 4：食事摂取、意思の伝達

要介護 5：嚥下、介護者の指示への反応、記憶・理解（場所の理解）

[記：理事 佐々木 美典]

2. 焼津市医師会における介護保険事業への取り組み

静岡県焼津市医師会 篠原 彰

介護保険制度が発足して 2 年半あまりが経過し、国民の満足度調査では一応及第点の滑り出しであったと思われるが、居宅サービスの提供においては、利用者よりも利用者家族のデマンドが重視され、利用者本人にとって本当に必要なサービスが提供されているかどうかは疑問が残る。また、介護支援専門員については、アセスメントやカンファランス、モニタリングの不備についてのバッシングはすさまじいものがあり、本年 4 月からの介護報酬改定でも不適切なケアマネジメントは減算の対象になっている。焼津市医師会居宅介護支援事業所は（焼津市は人口 12 万人、高齢化率は 18.3%、12.3%の 2,688 人が要介護認定され、サービス受給者数は 77%の 2,088 人）現在 7 人の介護支援専門員が市全体の 25%にあたる約 300 件のケアプランを毎月作成しているが、当初から「ケアプランの妥当性」についてを重要なテーマとして取り組んできた。今回、本会の介護支援専門員のケアマネジメント業務を検証し、約 300 件のケアプラン（平成 14 年 11 月分）の詳細な分析を行った。

分析内容

1. 利用者に対するケアプランの実際

要介護度別居宅サービス利用状況

要介護度別単数サービス内訳分布

要介護度別サービス種類数分布

単数プランの種類別割合

複数プランの組合せ割合

担当者別ケアプラン取扱件数

担当者別ケアプランの実際

- 担当者別単数ケアプラン内訳
- 単数プランになった理由
- 2. ケアマネージャーの意識調査
- 3. 主治医意見書の活用状況
- 4. 利用者特性の変化
 - 寝たきり度の変化の状況
 - 要介護度の変化の状況
 - 痴呆度の変化の状況
 - プラン数による要介護度の変化
- 5. 事例紹介
 - 要介護度 2 が 1 になった事例
 - 要介護度 3 が 2 になった事例
 - 要支援が要介護度 2 になった事例

分析結果

介護保険制度の浸透にともない、要介護度の低い認定者が増えている。

要介護度別居宅サービスの利用状況では、要介護度が高いほど医療系サービスが多い。

要介護度が高いほどサービスの種類は多くなる。

単数プランでは、通所介護、訪問介護、福祉用具貸与が主体となる。

利用者の要介護度の改善については、単数プランと複数プランによる優位差は見られない。

ケアマネジメントにおける自己評価では「サービス担当者会議の開催」が最大の課題である。

単数プランの理由としては、ケアマネージャーのアセスメントによる判断が 4 割をしめていたが、サービス担当者会議が十分開催されていない現状からは「1 人よがり」の評価は免れない。

主治医意見書による医療サービスの指示がケアプランに十分反映されていない理由もサービス担当者会議とのかかわりが深い。

利用者、介護者の要求を中心としたケアプランでは、状態像の正確な把握や、今後予想される状態の変化に対応したケアプランになっていない。

今後、ケアマネージャーの質の向上（実地研

修・事例検討）や、医療における診断学の理解が必要となり、ケアカンファランスやサービ担当学会議の開催が不可欠になる。

[記：理事 津田 廣文]

3. 京都府医師会居宅介護支援事業所について 京都府医師会 北川 靖

介護保険制度は介護と医療が一体的に提供される仕組みになっているため、医師も本制度を十分に理解しておく必要があると考え、京都府医師会では会員に介護支援専門員の資格取得を呼びかけ、準備した結果、他県に類を見ないほどの多数の医師が資格を取得した。しかしながら、居宅介護支援事業所の指定要件に「法人格」が必要であることから、医療法人でない個人開業医がせっかく介護支援専門員の資格を取得しても生かせなくなった。

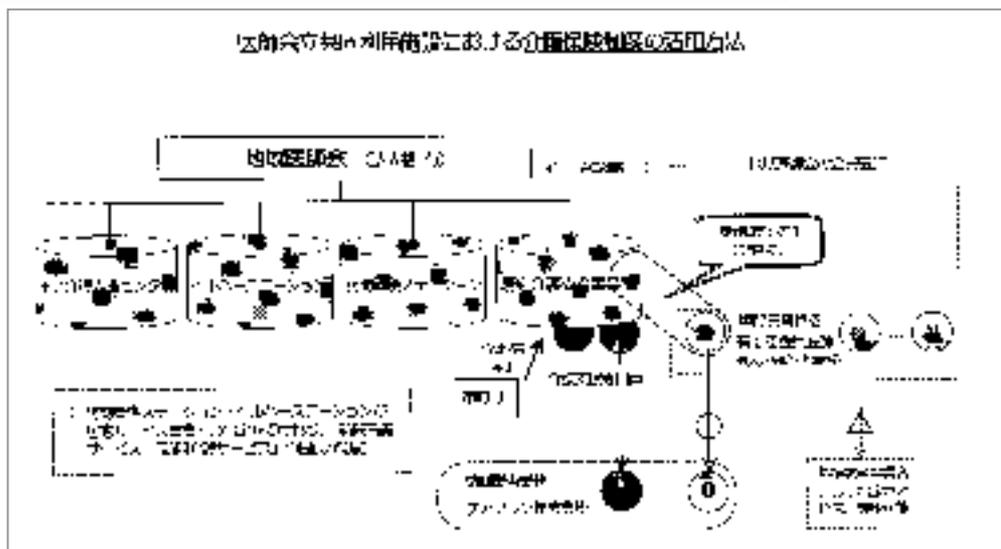
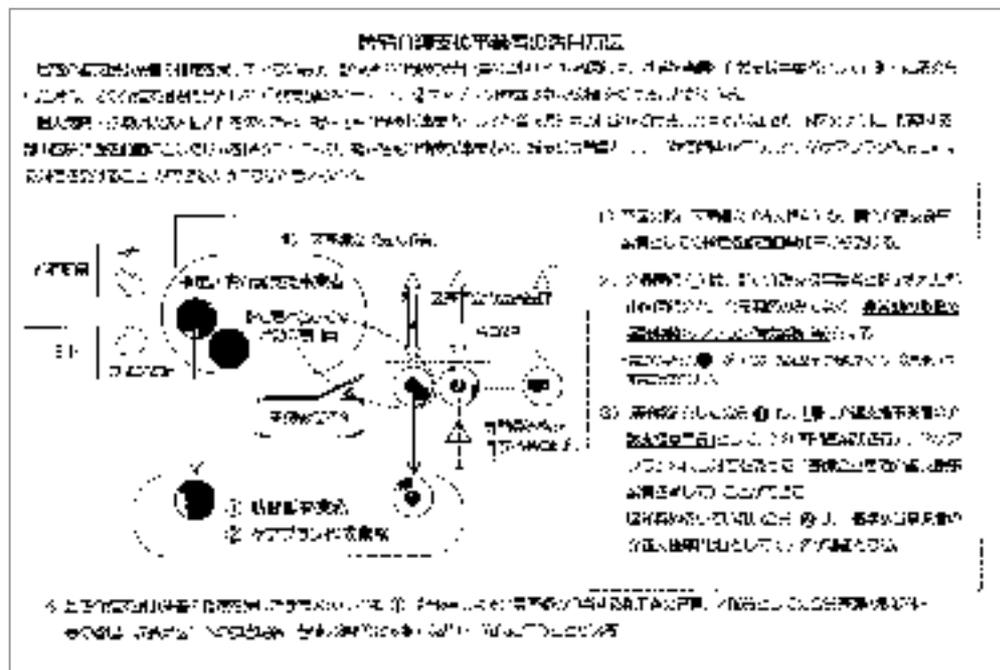
そこで非法人の医師や医療機関がケアマネジメントを行えるように、法人格を持つ京都府医師会が居宅介護支援事業所の指定を受け、介護支援専門員の資格を持つ個人開業医を非常勤介護支援専門員（出張所）として登録し、訪問調査、ケアプラン作成といった居宅介護支援事業を行う方法を考えた。しかし居宅介護支援事業所の「出張所」について施行規則等に記載がなく、また報酬請求上も認められていないため、日医を通して厚労省に交渉し、法的に問題ないということで導入した。

この方式の特徴は、京都府医師会の医師会立共同利用施設としての居宅介護支援事業所が、事業所番号は一つ。給付管理票等は事務局で一括して提出、要介護認定調査の委託契約、調査費用の請求業務も同様に一括して行う。各出張所（各会員）への支払いや賠償責任保険加入についても一括して行うことにある。

指定居宅介護支援事業者の指定要件である管理者の資格や常勤の介護支援専門員については、介護支援専門員の資格を有する事務局事務員を配している。

現在 80 医療機関 125 名の介護支援専門員資格を有する会員医師が居宅介護支援事業者である京都府医師会と業務嘱託契約（非常勤）を結び、月 650 件の給付管理を行っている。

この「出張所形式」によるメリットは、法人格



を持たない医療機関が、(例え、取扱う介護保険利用者が少ない医療機関であっても) 煩雑な事務作業にも煩わされることもなく、利用者本位の適正なケアマネジメントを行えることにある。

患者とかかりつけ医師との良好な信頼関係がケアプランを実行した際に利用者に十分な満足感と利益をもたらし、よく言われる「医師とケアマネージャーの連携不足」という問題点を克服していると考えている。

今後、この出張所方式が正式に通知等で法的に認められ、また医療機関が居宅介護支援事業所の指定を受ける場合には法人格を不要とするよう日医を通して厚労省に要望していきたい。

[記: 理事 佐々木 美典]

4. 島根県における在宅生活リハビリテーションの取り組み - 在宅生活療養ノートの活用と訪問リハビリテーションの推進について -
島根県医師会 櫻井 照久

現在の介護サービスの利用実態を見ると、介護保険の理念・目的である「自立支援」、「在宅重視」などを可能にする在宅でのリハビリテーションが十分に提供されず、特に訪問リハビリテーションの利用頻度が全国と同様に島根県でも少ない。そこで、県の委託により医師会が中心となり「訪問リハビリテーションの推進とそれを可能にする在宅療養ノートの作成」をテーマとして、維持期リハビリテーションの研修と県民への啓発事業に取り組んできた。

具体的な事業内容

在宅生活リハビリテーションの概念を県民に啓発する。(講演、寸劇)

訪問リハビリテーションを実践するための具体的な媒体「在宅療養ノート」を作成する。
介護サービス事業者の技術的な研修を行う。(訪問看護、訪問介護を中心に県内 3 か所)
県下のケアマネージャーとの連携を密にして「在宅療養ノート」の普及を計る。

在宅療養ノートを活用する。

在宅生活において継続した生活リハビリテーションを実践していくために、現在介護サービスを提供している関係事業者が互いに連携し、情報と利用者の生活目標を共有化する必要があり、それを推進していくための媒体として「在宅療養ノート」を作成した。このノートは利用者本人の生活目標とリハプランを書き記したものである。各サービス事業者は自分が提供したサービス内容を記録するだけでなく、利用者や家族が生活リハビリテーションを実践できるように具体的方法に

ついてもこのノートに記録する。これにより利用者は療養記録としてサービスの現状を確認し納得して受けることが可能になる。また、かかりつけ医を初めとする在宅サービス事業者は、このノートから日常の様子について共通の情報を得た上で、提供するサービスの効果判定の参考となる。

在宅療養ノートの使い方。

本人、家族の目標を記入する「生活活動評価表」の記入等の具体的な在宅療養ノートの記載内容、記載方法についてスライドにて説明があった。

今後の課題

「在宅療養ノート」の普及と効果的な介護サービスの評価検討。

維持期リハビリテーションの連携強化と、県民啓発への取り組み。

リハビリ情報の共有化と生活リハビリテーションの研修。

[記：理事 津田 廣文]

第 123 回山口県東洋医学研究会例会

ご案内

と き 平成 15 年 4 月 24 日(木)午後 7 時～ 8 時 30 分

と ころ ホテルみやけ(小郡駅新幹線口)

演 題 「高齢化時代における漢方の役割」

医療法人茜会総院長・産業医科大学名誉教授・日本東洋医学会指導医 緒形 甫

参加費 無料

一般の方の参加を歓迎いたします。

主催：山口県東洋医学研究会 共催：日本東洋医学研究会中・四国支部山口県部会

事務局：〒 744-0006 下松市旗岡 1 丁目 8-1-101 旗岡診療所

TEL:0833-43-8180 FAX0833-41-2872

病・医院経営をあらゆる面からサポートします。



総合メディカル株式会社

TEL:0720-33-7613

〒744-0006 下松市旗岡1丁目8-1-101 旗岡診療所
TEL:0833-43-8180 FAX:0833-41-2872

社保・国保審査委員連絡委員会

と き 平成 15 年 3 月 6 日

ところ 山口県医師会館

協 議

1．血液製剤の適応について〔国保連合会〕

血液製剤については、「血液製剤の使用指針及び輸血療法の実施に関する指針」を審査基準としているが、不適切な使用とされている請求例（新鮮凍結人血漿を循環血漿量減少の改善と補充を目的に投与した症例等）が散見される。

血液製剤の適応について協議願いたい。

平成 11 年に策定された上記指針に沿って適正に使用していただきたい。例えば、新鮮凍結血漿（FFP）の使用については「凝固因子の補充」を適正な使用例とする一方、「循環血漿量減少の改善と補充」、「蛋白質源としての栄養補給」や「創傷治癒の促進」は不適切な使用例としている。

2．尿沈渣顕微鏡検査における染色加算の適応について〔国保連合会〕

尿沈渣顕微鏡検査には、尿路系疾患に限らず染色の必要性が多いことから、この取扱いについて協議願いたい。

尿路疾患や腎疾患を惹起する疾病がある場合、また蛋白尿や血尿などの尿所見がある疾患では認められる。傾向的なものでは査定もあり得る。

3．早期リハビリテーション加算の算定について〔支払基金〕

指の骨折に対して早期リハビリテーション加算が認められるか協議願いたい。

指の骨折及び腱については手術を行った場合のみ加算を認める。早期リハビリテーションが翌

月以降にわたる場合、レセプトに手術日の記載を必要とする。

4．診療開始時に急性病変であった疾患の慢性疼痛疾患管理料算定始期について〔国保連合会〕

慢性疼痛疾患管理料は、「慢性疼痛に係る疾患」を対象に算定することとされている。

急性病変（捻挫等）の診療開始月に算定した症例が散見されることから、この取扱いについて協議願いたい。

原則として主治医の医学的判断による。病名に「急性」「慢性」を付けることが望ましい。困難な場合は発症（受傷）年月日を記載する。

以上の合意事項については、いずれも
15 年 4 月診療分から適用する。

出席者

委 員	井上 強	県医師会
	河村 奨	会 長 藤井 康宏
	岡澤 寛	副 会 長 藤原 淳
	池本 和人	常任理事 木下 敬介
	村田 武穂	山本 徹
	萬 忠雄	理 事 三浦 修
	藤井 英雄	佐々木美典
	藤井 正隆	西村 公一
	柴田 正彦	
	大藪 靖彦	
	杉山 元治	

【留意事項】

(1) 経皮的冠動脈形成術、経皮的冠動脈ステント留置術における特定保険医療材料の算定について。

病変部や病変箇所の数によってはカテーテル本数やステントセット数が規定数以上になる症例があるが、その場合においてはレセプトの摘要欄に「その理由及び医学的根拠」を記載することになっているので留意すること。

(2) インフルエンザと診断した症例に対する抗生

剤の投与について。

インフルエンザの合併症に対して抗生剤を投与する場合、「咽頭炎」や「気管支炎」等適切な病名を付けることが望ましい。病名がない場合は返戻もあり得る。

(3) 同一患者にインフルエンザ抗原精密測定を月 2 回以上行った場合について。

月 2 回以上測定する場合、レセプト摘要欄に注記することが必要。

日医 FAX ニュース

3月21日 1343号

不正行為に対する除名、制裁処分など課題列挙
18道府県の議会で3割凍結の意見書を採択
重症急性呼吸器症候群の発生で緊急対応
混合診療、派遣業務拡大で反対姿勢貫く
後期高齢者は地域保険、前期高齢者は財政調整

3月28日 1344号

イラク戦争の即時終結を要請
再診料逡減制は継続審議、早期決着の方針を確認
地球規模での水問題へのかかわりは医師の責務
「前期高齢者」を含め患者負担が論議の俎上に

第 27 回長門・下関地区めまい研究会

し
案
内

と き 平成 15 年 4 月 24 日 (木) 午後 6 時 30 分 ~ 8 時 30 分
と ころ 東京第一ホテル下関 3F 桜の間 (下関市赤間町 6-2 TEL : 0832-23-7111)
会 費 ￥1,000

一般演題 「当院におけるめまい症例の検討」 山の田耳鼻科クリニック院長 奥園 美子
特別講演 「脳血管障害とめまい」 東海大学医学部神経内科学助教授 吉井 文均

日耳鼻認定専門医の方は、学術集会参加報告票をご持参ください。
日本医師会生涯教育制度による単位 (5 単位) を取得できます。
研究会終了後、意見交換会のご用意をさせていただいております。

事務局：国立下関病院耳鼻咽喉科医局 TEL:0832-22-6216
共 催：長門・下関地区めまい研究会、下関市医師会、下関市耳鼻科医会 (三水会) ほか

理事会

第 21 回

3 月 20 日 午後 5 時～7 時

藤井会長、柏村・藤原両副会長、東・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

協議事項

1 平成 15 年度医学功労者表彰について

平成 15 年度山口県医師会表彰規程第 2 条第 4 号の被表彰者として、1 名（岩崎皓一先生：岩国市）を決定した。

2 中四国医師会連合総会分科会の提出議題について

愛媛県医師会担当で 5 月 24 日開催される分科会提出議題について、協議を行った。

3 日医代議員会について

第 108 回日医代議員会において医療保険制度の再編・統合に関する質問を行うこととした。

また、大阪府医師会より、日医執行部への不信任案提出に関し賛同を求められたが、当県ではこれを見合わせることにした。

人事事項

1 山口県国民健康保険診療報酬審査委員会委員の推薦について

任期満了にともない、次期委員の推薦について協議、担当役員に一任する。

報告事項

1 社保国保審査委員連絡委員会 (3 月 6 日)

本号記事参照。 (佐々木)

2 山口県准看護師試験委員会 (3 月 6 日)

合否判定。試験問題の適正化につき検討を行っ

た。 (小田)

3 日医臨床検査精度管理検討会 (3 月 7 日)

臨床検査室の認定・認証機関の設立によって教育研修を行うなど、今後の事業展開について検討した。 (上田：文書報告)

4 日医学術推進会議 (3 月 7 日)

医療の質の向上には、医療安全対策からの観点が必要であり、そのためには EBM のパラツキを考慮しながらもガイドラインの集積によって、安全対策にフィードバックすべきだとした。(藤井)

5 生涯教育委員会 (3 月 8 日)

平成 15 年度生涯研修セミナーの企画運営につき、検討を行った。

5 月 11 日セミナーの午後の講演では、看護師等にも聴講を呼びかけることとした。 (三浦)

6 全国医療情報システム連絡協議会

(3 月 8～9 日)

本号記事参照。 (吉本)

7 山口県薬剤師会研修会 (3 月 9 日)

厚労省データによるヒヤリハット事例について講演した。 (東)

8 日医感染症危機管理対策協議会 (3 月 12 日)

天然痘対策、ウエストナイル熱への対応、学校での結核対策、麻疹・ポリオの予防接種について講演が行われた。 (濱本)

9 都道府県医療特区担当理事連絡協議会

(3 月 12 日)

構造改革特区について現状説明と日医の対応について報告が行われた。しかし各都道府県により危機意識の差が目立った。今後特区が全国展開されるかも知れないという危機感を持ち、行政との連携を保ちながら地域医療を守るよう強調された。 (上田：文書報告)

10 郡市医師会医事紛争担当理事協議会

(3 月 13 日)

日医医賠責保険料の値上げ、医療安全・事故防止マニュアル発行等につき報告を行った。また、医療事故の各問題点につき説明を行った。（東）

11 郡市医師会生涯教育担当理事協議会

(3月13日)

日医生涯教育制度申告実施について、平成15年度山口県医師会生涯教育事業計画・医学会総会について報告・説明を行った。（三浦）

12 山口県メンタルヘルス対策推進連絡会議

(3月13日)

健康福祉部より、事業所における労働者の心の健康づくり、自殺予防、地域の保健連携等について説明が行われた。（廣中）

13 山口県動物由来感染症対策検討会

(3月13日)

生活衛生課より、検査結果の評価について報告書が提出された。猫（犬）ひっかき病による感染が増えているとのこと。（濱本）

14 医療マネジメント学会山口地方会

(3月15日)

クリティカルパスと医療連携を中心に、20講演が行われた。（上田：文書報告）

15 柳井地区医師会との懇談会(3月15日)

柳井・大島郡・熊毛郡医師会と県医（常任理事以上）が出席。医療費抑制策への対応、日医への希望（政策集団の形成、会員増強、特区問題等）について、報告・意見交換を行った。（藤原）

16 山口県医療対策協議会(3月17日)

病院開設等専門部会・救急医療専門部会の状況について説明が行われた。山口県医療情報ネットワーク構想として、今後、医療連携・へき地・地域リハビリテーションシステム等についてもモデル地区を中心に開発するとのこと。

また、市町村合併について、医療圏の再構築も必要でないかとの声が挙がった。（藤野）

17 診療情報提供推進委員会(3月18日)

平成14年度に受けた相談について概略を報告。また、苦情内容の分析等により紛争発展防止対策に生かしていくよう、郡市医師会受付の報告を求めることとした。（東）

18 障害者スポーツ推進検討協議会(3月18日)

山口県障害者スポーツ協会を中心とした今後の障害者スポーツ振興について、その背景と目的の説明が行われた。協会関係者のネットワークを緊密にしていくことを目標として、専門部会を設置し検討作業を行ってきたが、そのとりまとめが行われた。（佐々木）

互助会理事会 第17回

- 1 傷病見舞金支給申請について
1件申請、承認。

医師国保理事会 第19回

- 1 規約等施行規程の一部改正について
被保険者資格取得届等7項目について改正案を提出、承認。
- 2 第6回全医連全体協議会開催準備委員会について(3月13日)
講演・シンポジウム等について開催内容の詳細を決定した。

山福株式会社取締役会

株主総会、期末決算の日程について報告。定款を一部変更。第20条第2項中「3年」を「4年」とした。

いしの声

IT とはなんだべか？

光市 佃 邦夫

「あいてーあいてー」と、かつて森元首相が叫んでいた。だれに会いたいのかと思ったら「IT」のことだと分かった。あれからまる 3 年が過ぎた。今でも、あちこちでこだまのように聞こえるが、いったい何がしたいのか小生にはさっぱり分からなかった。そのうちに彼らは、それに付随するほかの何かを期待しているのかもしれないと個人的に納得するようになった。

昭和 60 年（1985 年）光市の牛島診療所に赴任した。前からやりたかった機械弄（いじ）りの悪い癖が始まった。あのころパソコンはとっても高価だった。マックなんか小さな車を買えるくらいの値段ではなかったろうか。小生は貧乏人だったので NEC の PC-9801M2 から始めた。それでも 40 万円はしたと思う。MS-DOS ver 2.1 は今思えば OS とはいえない代物（しろもの）だった。あのころは MS-DOS のコマンドや、パスカル、C 言語、アセンブリなどで数学の解析や画像、ゲームなどを作って、一人で悦にふけていた。まるでパソコンおたくではなかったかと自分でもぞっとする。インストールや設定など、ずぶの素人で、だれに聞くこともできず、試行錯誤、四苦八苦、七転八倒の連続で、まさに PC（パソコン）との格闘だった。今なら笑い話になるが労力としては仕事以上の配分を傾けたのではなからうか。初めて二フティで他人の発信を受信できたのはそれから 3 年以上経ってからだった。そのときの喜びは今でも忘れていない。それから細々と情報交換が始まった。そのころ知り合った「症例検討会」のメンバーたちは、いまでもインターネットの中を縦横無尽に動き回り医者を中心とする ML（メーリングリスト）で中核的な役割を果たしている。

子供のゲーム機から始まった PC がこれほどまで発展するとはだれも予想しなかったのではなか

ろうか。あれから 20 年、PC のハードのみならずソフトやインターネットのめざましい発展があり、今では、PC は欠くことのできない代物となった。メールが一日に百通くらい来る。これが新聞の代わりとなる。実務でも患者指導や薬剤情報、財務計算、政治・経済・医療情報など、多岐分野にかかわる貴重な道具である。医療の専門的な情報でも、その気になれば最先端の情報が手に入る。テレビは見たいものだけ予約保存して、後から PC で見る。新聞はホームページを巡回する。買いたいものがあればまずネットで検索する。全国の医師が集まる場所がある。議論が活発であっても情報が高度である。最近、安価な電子カルテを導入した。PC は自分で組み立てる。LAN を組み、どこからでもインターネットにアクセスでき、特定の ML で情報を得る。アップデートはネットから、改良したいところがあればプログラムに手を加える。まさに今、IT を享受していると思う。

個人的には PC とネットなしに日常はないが、一般的にはそうでない人の方が多い。医師会全体の中でネットに接続できる人が 2/3、メールを日常的に使用している人が 1/3、積極的にネットにアクセスして情報を収拾している人は 1/6 くらいだろうか。年配の方ほどその率が低い。いったいそんなことをやって何の意味があるのかといわれる。使わない人にはただの箱。しかし、医師会関係資料の膨大な紙の山、情報伝達のまどろっこしいまでの稚拙さ、ほとんどの案件は議論されることなく素通り、実際に会員間の意思疎通は皆無の状態ではなからうか。上意下達の一方向的な情報伝達だけでは組織が疲弊してしまう。打開策は一つしかないと思う。みんなで議論できる場所をネットの中に求めること、そうすることで、医師会のありようがかなり変わらと思うがどうだろうか。