

報告書にあるような具体的な事例を医療側、ベンダー間で情報共有し、同時に双方の視点で協議することは、電子カルテシステムをさらに適正な保険診療視点で成長させるきっかけになると考える。

なお、本研究では限られた病院、ベンダーの調査結果であり、またシステム改修への費用は考慮しておらず、より多くの病院、診療所、ベンダーが参加し、継続した議論を重ねることで、さらに具体的な事例が明らかになり、ガイドライン作成のきっかけになることを期待している。

現状の課題

(1) 医科系医療機関（大学病院）

大学病院を中心とした特定共同指導の情報共有が病院事務並びに医療情報部職員間でなされ次第に適正な保険診療のための電子カルテシステムの整備に関する理解が進んできている。

しかし、システム改良の為に経費がかかることから必要性がわかっているにもかかわらず限定的な改善にとどまることが多く、パッケージ化に対する要望が多い。

ユーザーに対する教育は特定共同指導を期に適宜行われているがシステムの運用については必ずしも十分な理解が得られていない。

(2) 医科系ベンダー

電子カルテ開発時において電子カルテの3原則に重きを置いた診療記録としての観点が重視されてきた経緯から診療報酬請求の根拠となる記録のあり方についての検討が不十分であった。さらに診療報酬請求に関わる医事システムとの連携について如何にあるべきか、明確な機能要件が把握出来ず対応に迷っている。システムのパッケージ化を行ってもユーザー側の事由で使われないケースが多い。

診療報酬改定の度ごとにシステム改善が必要になることなどが問題としてあげられた。

(3) 歯科系ベンダー

歯科系特有の電子カルテシステムの構築が必要となるが開業医を中心としたユーザーが多く、導入が進まない。機能要件として複雑な点数表に対応していくには中小ベンダーでは困難である。

ユーザーの電子カルテに関する理解が不十分でレセコンの改善を求め、三原則の担保されていない電子化診療記録を電子カルテまがいに運用しているケースもある。

以上のように各部門、それぞれの課題を抱えている。ベンダー、ユーザー間でさらに問題点を共有しながら適正な保険診療をサポートする電子カルテシステムの構築のための機能要件をまとめていく

必要がある。

今後の進め方

- (1) システムに依存する事項に対して個別事案に対する機能要件の提示は多岐にわたり極めて困難が予想される。類似事象を集めてそれらの共通の機能としてどのように対応していくかを明らかにし、ベンダーが保有するとして他の参考となるものがあれば事例として例示し検討を行う。

従って、今回アンケートに回答いただいたベンダーに積極的に検討会に参加していただき、JAHISのもとに各ベンダー個別開発を目指すのではなく、機能共有が図れるようにする。

- (2) 歯科領域においては電子カルテもどきのシステムが多用されており、電子カルテの3原則すら遵守が疑わしいものが流通している（利用者サイドの十分な認識の欠如のためかもしれない現状がある）。今後、在宅介護領域のカルテにおいても同様の懸念がもたれる。

電子カルテベンダーに対しての適正な保険診療請求のための機能要件を明確に示して、JAHISからも普及が図れるような提言が必要である。

- (3) 医療情報学会や各種の学会、研究会で積極的に普及活動を行う。

2. 指摘事項からみたシステム改善の留意点 (事例を含む)

はじめに

近年、診療報酬請求に関してオンライン請求が行われるなど電子化が急速に進んできている。すなわち医療機関における電子カルテの導入ならび医事会計システムの電子化が進められていることも影響している。

一方で診療報酬点数においても従来の行為中心の点数設定でなく、指導管理などの内容を重視した記録が請求の要件になっているものが増加してきている。

平成26年度の診療報酬『医科点数表の解釈』において要点など何らかの診療録への記載が算定要件になっているものが約200項目ある。また、交付文書（写し）の診療録への添付も50項目近く存在している。

このような状況の中において保険診療を適正に行うための電子カルテシステムを構築するにあたって従来、記録文書の電子化という観点から推し進められた真正性、見読性、保存性のいわゆるカルテの3原則に基づいての適正な構築のみならず、『カルテが診療報酬請求のための根拠』になるという原点に立ち戻っての再構築を検討していかなければならない。

今回、我々は公表されている『個別指導における指摘事項』の項目を中心に、適正保険診療の観点から電子カルテシステムの運用時の留意点、ならびに保険診療算定における算定要件を考慮した電子カルテのシステム構築など『高度電子情報化における保険診療システムの構築』につき検討を行い、適正な保険診療を行うための電子カルテシステムのあり方についてまとめた。

以下、

- A. ポイント（留意事項）：保健医療指導講習会の指導テキストに記載された事項
- B. 指摘事項：公表されている個別指導ならびに特定共同指導における指摘事項
- C. 考えられるシステム対応等：電子カルテシステム構築において考慮されるべき内容とそれに基づく改善事例

システム運用時の留意点：システム運用時に考慮されると考えられる事項

（システム構築前に院内で検討すべきこと、ユーザー教育など）

各項目毎に列記した。

医科編

I 電子カルテのシステム管理の大原則

I-1 ガイドライン遵守について

A. ポイント（留意事項）

診療録をはじめとし、医療記録の電子化作成、保存が進められる中、医療情報の安全管理に努めなければならない。それに先立ち、自院の保有するシステムが電子カルテに該当するか否かを明確にしなければならない。すなわち、平成11年4月に通知された『診療録等の電子媒体による保存について』にあるように自己責任においていわゆる3原則（真正性、見読性、保存性）を遵守した場合に認められている。

このような背景において『医療情報の安全管理に関するガイドライン』が策定され、遵守することが求められている。

最新版の『医療情報の安全管理に関するガイドライン』に記載されている項目は原則的に担保されていなければ電子カルテとしての運用は認められない。

電子カルテとして取り扱うシステムは電子カルテシステムの3原則などの規定すなわち、『医療情報の安全管理に関するガイドライン』に従ったシステムであることを確認の上、利用者管理や利用者権限など施設内運用を明確に決めた上、運用すること。

現行の電子記録機器の中には電子カルテと認識されないものもあり、利用者は十分に電子カルテシステムとして認識出来るか否かを確認の上運用を行うこと。

（付記）

3原則の遵守について、いわゆる『電子カルテの3原則とは』

電子カルテの3原則である真正性、見読性、保存性に関しては平成11年の3局合同通知で規定されたが現在、普及しつつあるICTを活用した電子的診療記録保存システムを電子カルテの三原則を満たしたシステムと誤認しての運用が見られる。

真正性とは？

正当な人が記録し確認された情報に関し第三者から見て作成の責任の所在が明確であり、かつ、故意または過失による、虚偽入力、書き換え、消去、及び混同が防止されていることである。なお、混同とは、患者を取り違えた記録がなされたり、記録された情報間での関連性を誤ったりすることをいう。

見読性とは？

電子媒体に保存された内容を、権限保有者からの要求に基づき必要に応じて肉眼で見読可能な状態に出来ることである。

ただし、見読性とは本来「診療に用いるのに支障が無いこと」と「監査等に差し支えないようにすること」であり、この両方を満たすことが、ガイドラインで求められる実質的な見読性の確保である。

保存性とは？

記録された情報が法令等で定められた期間に渡って真正性を保ち、見読可能に出来る状態で保存されることをいう。

ことに真正性に関する内容が保証されていると考えられないものがある。

この3原則が確保されていないシステムは電子カルテシステムとして取り扱うことが出来ないことを理解しておく必要がある。

B. 指摘事項

3原則を保証する機能を満たさない電子的記録装置が電子カルテとして扱われ、かつ、ID、パスワードなどの共有が行われ、記録の作成者が特定出来ないものがある。

C. 考えられるシステム対応等

医療機関における運用規定の整備、運用規定の中には利用者個人ごとの認証、作成責任者の特定並びに業務アプリケーションの利用権限規定も必要となる。

作成責任者の特定においてはチーム医療が行われた職種で記載を行う書式も少なからず発生している。この場合記載者全員を責任者として記録を残さなければならない。

前述のガイドラインにおいても『医療機関等の規模や管理運営形態により、作成・追記・訂正等の責任者が自明となる場合も考えられるが、その場合、作成責任者が明確になるよう運用方法を定め、運用管理規程等に明記した上で何らかの記録を残した運用を実施すること。』と記されている。

また認証についても電子カルテなのかOA診療録として使用するのか施設長の認識、判断が必要である。後者であれば現状は日々記録を紙媒体として打ち出し、蓄積しておかなければならない。

いずれにしても『医療情報の安全管理に関するガイドライン』に準拠した運用が必要である。

I-Ⅱ 同意書等の保管について

A. ポイント（留意事項）

医療文書の中には患者と交わす多数の同意文書が存在する。同意に用いられた文書の真正性が担保され、かつ患者側の同意意思が明記された文書でなければならない。したがって、ガイドラインに沿った作成ならびに保管が必要となる。

さらに保険診療点数表においては数多くの交付文書（写し）の保管が算定要件になっている。

B. 指摘事項

同意文書に関しての同意者の自署あるいは押印がなされた文章の保管が必要。

C. 考えられるシステム対応等

同意書に関しては患者の権利を保証するものであるとともに患者が理解し易い表現文書で適切に説明が行われ、患者自身が自由選択意思に基づき、同意したことを担保するものでなければならない。従って、説明内容、説明日、説明者、説明同席者、同意の可否、患者同意回答記載日、回答（同意）者（患者本人場合により代理人）の各項目が記載されたものが保管されなければならないため、現行のICT技術においては患者認証など問題が解決出来ておらず、紙文書として出力、記載項目の充足、ことに同意者の自署（押印）を確認した上、電子的文書保管あるいは文書の原本保管することが必要となる。また、文書の更新も頻回に行われることも多いため文書の版管理を行い得るシステムも必要となる。

システム運用時の留意点

同意文書に関して患者にわかりやすく、懇切丁寧に説明することが重要であり、多くの説明同意文書が必要となる。院内において基本項目の設定を行い出来る限り統一した形式で運用することが望ましい。

I-Ⅲ 診療情報提供書保管

A. ポイント（留意事項）

同意書同様に患者の同意に基づき、他医療機関での診療に対して行われる文書である。診療報酬の解釈点数本にも発行した文書（押印あるいは自署のあるもの）の写しの保管が算定要件とされている。

B. 指摘事項

診療情報提供書に関しては主治医（担当者）の自署あるいは押印がなされた文章の保管が必要。

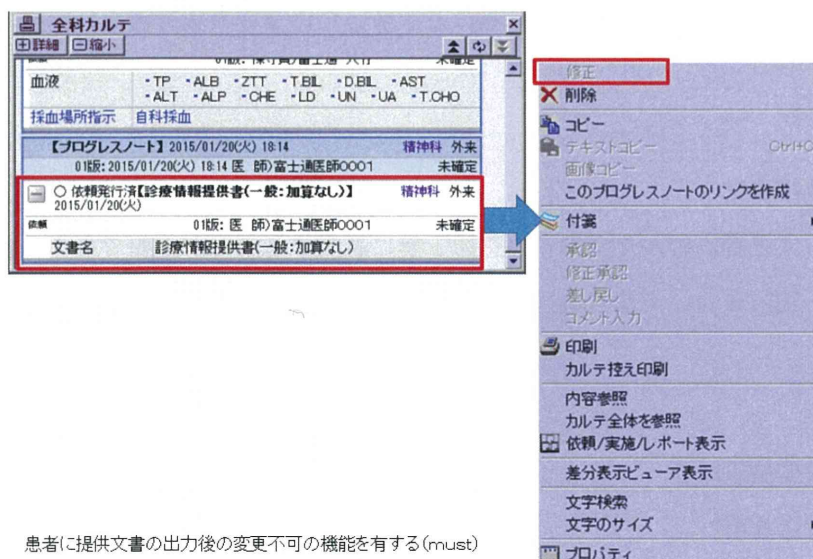
C. 考えられるシステム対応等

患者に提供文書の印刷出力後の記載内容の変更不可の機能を有し、患者を介して、あるいは別途郵送により他医療機関に提供された文書に変更が加えられていないことを保証する文書の保管でなければならない。ただし、この場合、印刷後の修正が必要となった場合の対応も考えなければならない。現状の対応として2通りのことが考えられる。そのひとつは電子的に作成された文書であっても、患者に手渡す前に自署あるいは押印を行い、コピーを取り、写し（原本）として保管あるいはスキャナー取り込みを行う。後者においてもe-文書法に則った対応が出来ていない施設においては紙保存が余儀なくされる。もう一つは法令で定められたとおり記名・押印を電子署名で行う方法である。

システム運用時の留意点（課題）

近年、診療情報提供書が電子的に作成されることが多い。ことに電子カルテシステムにおいてなされたものは真正性の確保の点からも保証されているはずであり、作成原本の電子的保存が認められない（作成文書で患者に渡したもののコピーでなければならない）との指摘に関しては明確な判断が求められる。さらに今後は紙媒体での診療情報提供は電子的文書に変わっていくことが明白であり、一定の判断が求められるところである。

診療情報提供書保管



患者に提供文書の出力後の変更不可の機能を有する(must)

II 診療記録

- 診療報酬請求の根拠は、診療録にある。
- 診療録記載は医師法、療養担当規則に基づく重要な義務である。

(1) 診療録とは

診療録（カルテ）は、診療経過の記録であると同時に、診療報酬請求の根拠でもある。診療事実に基づいて必要事項を適切に記載していなければ、診療報酬請求の根拠がないと判断される場合もある。

(2) 診療録に関する規定

① 診療録の記載（療担第22条、医師法第24条）

・医師は、患者の診療を行った場合には、遅滞なく、必要な事項を診療録に記載しなければならない。（罰則50万円以下の罰金）

② 診療録の保存（療担第9条、医師法第24条第2項）

・患者の診療録は、その完結の日から5年間保存しなければならない。
・療養の給付の担当に関する帳簿・書類その他の記録は、その完結の日から3年間保存しなければならない。

(3) 記載上の留意点（一例）

- ・診療の都度、診療の経過を記載する。必然的に、外来患者であれば受診の都度、入院患者であれば原則として毎日、診療録の記載がなされることになる。
- ・慢性期入院患者、集中治療室入室中の患者、慢性疾患で長期通院中の患者等についても、診療録の記載が必要なことは当然である。
- ・診療録に記載すべき事項が、算定要件として定められている診療報酬点数の項目があることに留意する。
- ・修正等の履歴が確認出来るよう、修正記録の版管理を行い、修正状況が確認出来るものであること。
- ・責任の所在を明確にするため、署名を記載の都度必ず行う。

(4) 医療情報システム（電子カルテ等）に関する留意点（真正性、見読性、保存性）

- ・端末使用開始前に、ログアウトの状態であることを確認すること。また、席を離れる際には必ずログアウトすること。
- ・パスワードは定期的に見直し、不正アクセスの防止に努めること。また、パスワード等を記したメモ等を端末に掲示しないこと。
- ・いわゆるレセプトコンピューターの場合、コンピューター内に記録が保存されていたとしてもカルテとはみなされないこと。（入力の都度、紙へ出力したものを編綴しておく必要がある。）

II-1 カルテの様式について

様式1の1号、2号、3号などが指定された項目が組み込まれた形で展開表示が可能。

A. ポイント（留意事項）

保険医および保険医療機関の療養担当規則に示された様式で記入（表示）すること。

B. 指摘事項（診療録の記載）

保険医療機関および保健医療用担当規則第二十二條 保険医は、患者の診療を行つた場合には、遅滞なく、様式第一号又はこれに準ずる様式の診療録に、当該診療に関し必要な事項を記載しなければならない。

C. 考えられるシステム対応等

基本必須項目欄の設定を行い、少なくとも必要項目は実装、最終的にそれぞれの様式に出力可能な機能を構築する。3号に関して電子カルテシステムにおいて提示連携が行われ、確認可能なシステムが望まれる。

II- II 研修医の記録および指導医の監査（指導記録記載）の機能を備えていますか？

A. ポイント（留意事項）

研修医の診療録の記載に係る指導及び確認は、速やかに行うこととし、診療録には指導の内容がわかるように指導医自らが記載を行い、署名をすること。

B. 指摘事項

丁寧な指導記録と記録の監査

C. 考えられるシステム対応等

各施設の運用ルールに則り、研修医記録を指導医が容易に確認、内容監査が行え、指導記録が記載出来ること。出来れば、修正箇所が容易に確認出来、指導者のコメントが記入出来るような支援システムの構築が望まれる。オーダー種などにより一括承認可能なものと個別承認を必要とするものの区別が出来るシステム構築が望まれる。

システム運用時の留意点

現行、実装されているシステムはカウンターサイン（承認ボタン）により一括承認機能を備えているものが多い。オーダー内容においても一括承認は可能な限り避けるべきで指導医は対応文書の確認を行い、個別に承認していかなければならない。

研修医の記録および指導医監査システムの事例1.

① 研修医の記録および指導医の監査 対応

指導医が担当する研修医/学生が記載した未確認の記録がある場合は、指導医がログオン後、未承認一覧が表示され、確認を促します。
また、指導医は研修医/学生の記録に不備がある場合にコメントを入力し、修正を促すことが可能です。

予め、指導医-研修医(複数可)の紐付け管理を行い、研修医が記載した記録がある場合は、指導医がログオン後、未承認一覧が表示され、確認を促します。

【確認】した場合、診療記録に確認者が記載されます。

【差戻】の場合は、理由を記載し、研修医のTo Doとして登録します。

未承認一覧から研修医が記載したカルテを開くと、該当の診療記録が表示され、内容を確認し、【確認】【差戻】を選択します。

① 研修医の記録および指導医の監査 対応

【差戻】の場合、研修医/学生がログオン後、To Doに『差戻』が通知されますので、内容を確認し、訂正します。

差戻理由: 2012-07-20 13:08:30 の診療記録

差戻内容: 2012-07-20 13:08:30 の診療記録に關して。

状態: 未受付

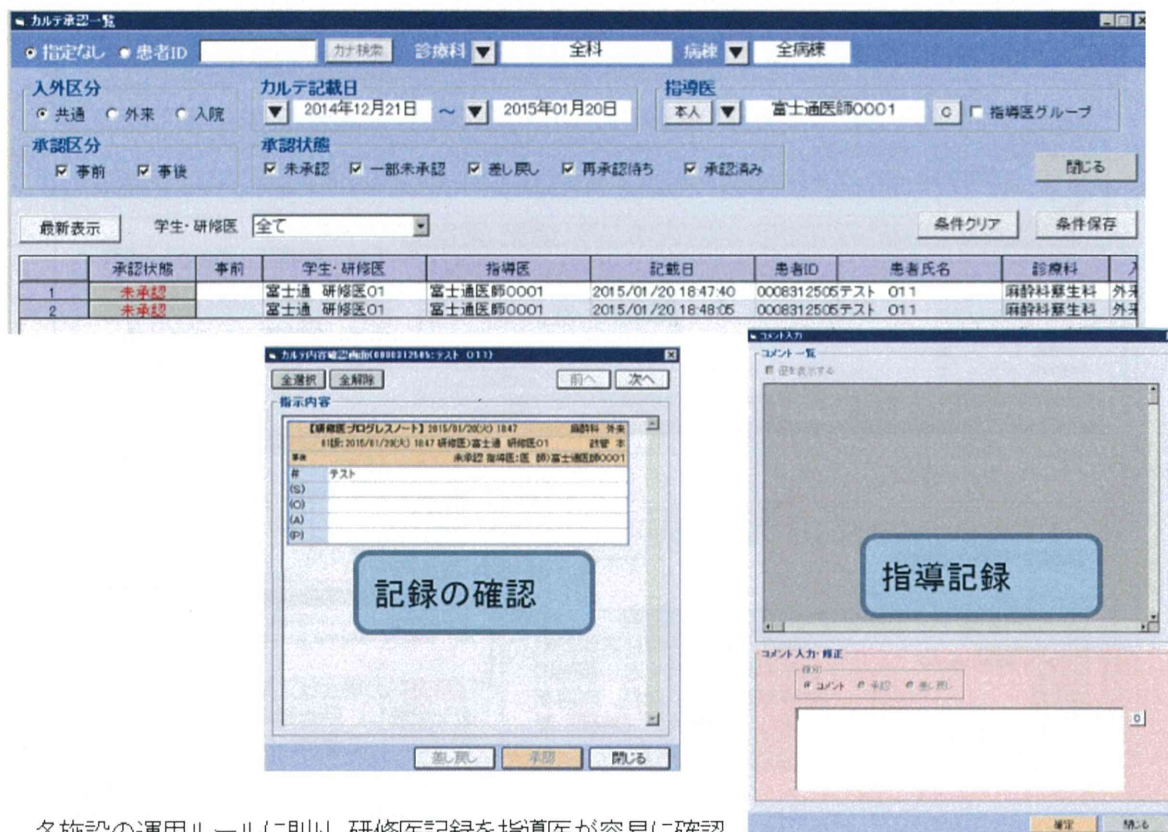
受付日: [] 受付者氏名: []

消却日: [] 消却者氏名: []

表示日: 2012-07-20 中止日: [] 中止者氏名: []

ボタン: 完了承認, 差戻承認, 受付承認, 完了退却, 閉じる

カルテ：研修医の記録および指導医の監査機能



各施設の運用ルールに則り、研修医記録を指導医が容易に確認、内容監査が行え、指導記録が記載できる

2

II-III 自由診療記録記載様式と保険診療記載様式は明確に区別出来ていますか？

A. ポイント（留意事項）

現行、保険診療において混合診療は認められていない。

（付記）

保険外併用療養費制度は、保険外負担のあり方を抜本的に見直し、適正な医療の効率的な提供を図る観点から評価を行うことが必要な療養を「評価療養」、特別の病室の提供など被保険者の選定に係るものを「選定療養」として整理再編したものである。

「評価療養」とは、厚生労働大臣が定める高度の医療技術を用いた療養その他の療養であって、将来的に保険給付の対象として認めるかどうかについて、適正な医療の効率化を図る観点から評価を行うことが必要な療養として厚生労働大臣が定めるものをいい、基礎的な部分を保険外併用療養費として保険給付する制度である。

患者の不当な自己負担が生じないように、例えば“先進医療”は医療機関等の届出に基づき、厚生労働大臣の設置する先進医療専門家会議において個々の技術について審査・承認し、その内容や費用を明確化するとともに、それらの情報の院内での掲示等を義務付けている。

(評価療養の種類)

先進医療（高度医療を含む）

医薬品の治験に係る診療

医療機器の治験に係る診療

薬事法承認後で保険（薬価基準）収載前の医薬品の投与

薬事法承認後で保険適用前の医療機器の使用等

保険（薬価基準）収載医薬品の適応外使用（公知申請されたもの）

保険収載医療機器の適応外使用（公知申請されたもの）

「選定療養」とは、患者の選択に委ねることが適当なサービスについて、患者が自ら選択して追加的な費用を自己負担しつつ、基礎的部分について療養費の支給を受けながら診療を受けることを認める制度である。

患者の不当な自己負担が生じないように、個々のサービスについて、患者に対する十分な説明、患者の自己選択の保障、質の確保などの一定のルール化を定め、その内容や費用を明確化するとともに、それらの情報の院内での掲示等を義務付けている。

(選定療養の種類)

特別の療養環境の提供

予約診療

時間外診察

前歯部の金合金等

金属床総義歯

う蝕の継続的な指導管理

200床以上の病院の未紹介患者の初診

200床以上の病院の再診

制限回数を超える医療行為

180日を超える入院

B. 指摘事項

保険診療の診療録と保険外診療（自由診療）の診療録とが区別されていない例が認められる。

C. 考えられるシステム対応等

カルテの台紙背景を変えるなどして容易に識別出来る形式を提供する。

保険種別による表示画面の切替機能や両者を通覧出来るよう時系列形式で閲覧可能なシステムの構築も望まれる。

システム運用時の留意点

診察医は現在行っている診療が自由診療か保険診療か明確に識別しなければならない。自由診療を行うために事前処置を保険診療で行うことは禁止されている。

従って、診療録に治療方針についての明確な記載を残すことが要求される。

カルテ: 自由診療記録と保険診療記録の区別1

保険診療の場合

【プログレスノート】 2015/01/20(火) 17:21		小児科 外来
01版: 2015/01/20(火) 17:21 医師)富士通医師0001		政管 本
#	保険診療	
(S)	S	
(O)	O	
(A)	A	
(P)	P	

自由診療の場合

【自費カルテ】 2015/01/20(火) 17:20		小児科 外来
01版: 2015/01/20(火) 17:20 医師)富士通医師0001		自費
#	自由診療	
(S)	S	
(O)	O	
(A)	A	
(P)	P	

容易に識別できる形式:カルテ台紙種別として管理

カルテ: 自由診療記録と保険診療記録の区別2

The screenshot illustrates the workflow for selecting self-pay insurance. A callout box labeled '自費保険を選択' (Select self-pay insurance) points to a button in the main interface. Another callout box labeled '自費カルテ専用の台紙が起動' (Self-pay medical record form is activated) points to a window titled '【自費カルテ】' (Self-pay medical record) which displays the form structure shown in the previous section. A third callout box labeled '時系列で表示' (Display in chronological order) points to a 'ナビゲータ' (Navigator) window showing a date '15/01/21(水) 自費' (15/01/21 (Wed) Self-pay) and a '表示画面切替機能 時系列形式で閲覧可能なシステム' (Display screen switching function, system viewable in chronological order).

Ⅲ 病名について

Ⅲ-I 傷病名

A. ポイント (留意事項)

- 診断の都度、医学的に妥当適切な傷病名を、診療録に記載する。
- いわゆる「レセプト病名」を付けるのではなく、必要があれば症状詳記等で説明を補うように

する。

(1) 傷病名記載上の留意点

- ・医学的に妥当適切な傷病名を主治医自らつけること。請求事務担当者が主治医に確認することなく傷病名をつけることは厳に慎むこと。
- ・診断の都度、診療録（電子カルテを含む）の所定の様式に記載すること。なお、電子カルテ未導入の医療機関において、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に未準拠のオーダーエントリーシステムに傷病名を入力・保存しても、診療録への傷病名の記載とは見なされないため、必ず診療録自体に記載すること。
- ・必要に応じて慢性・急性の区別、部位・左右の区別をすること。
- ・診療開始年月日、終了年月日を記載すること。
- ・傷病の転帰を記載し、病名を逐一整理すること。特に、急性病名が長期間にわたり継続するのは不自然な場合があるので、適宜見直しをすること。
- ・疑い病名は、疑う根拠となった症状、所見等について診療録に記載するとともに診断がついた時点で、速やかに確定病名に変更すること。また、当該病名に相当しないと判断した場合は、その段階で中止とすること。

(2) 症状詳記

レセプト上の傷病名等のみで診療内容の説明が不十分と思われる場合は、請求点数の高低に関わらず、「症状詳記」で補う必要がある。

- ・当該診療行為が必要な具体的理由を、簡潔明瞭かつ正確に記述すること。
- ・客観的事実（検査結果等）を中心に記載すること。
- ・診療録の記載やレセプトの内容と矛盾しないこと。

(3) いわゆる「レセプト病名」について

保険適応外の診療行為を保険請求するために、レセプト作成のためのみに用いられる、実態のない架空の傷病名（いわゆる「レセプト病名」）を用いてレセプトを作成することは、極めて不適切で認められない。

（不適切な傷病名の例）

① 検査の適応外実施目的

- ・「慢性肝炎の疑い」→ 適応外の感染症の検査目的
- ・「脳梗塞の疑い」→ 適応外のMRI等の検査目的
- ・「〇〇癌の疑い」→ 適応外の腫瘍マーカーの検査目的

② 投薬・注射の適応外投与のための「レセプト病名」

- ・「上部消化管出血」「胃潰瘍」→ 適応外のH2ブロッカーの使用目的

- ・「低アルブミン血症」→ 適応外のアルブミン製剤の使用目的
- ・「好中球減少症」「重症感染症」→ 適応外のG-CSFの使用目的
- ・「ビタミン欠乏症」「摂食不能」→ 適応外のビタミン製剤の使用目的

B. 指摘事項

- ◎ 医学的に妥当性のある傷病名を記載し、主病名を明記すること。
- 傷病名については適宜見直しを行い、中止、治癒など病名整理をすること。
 - ・急性疾患でありながら、長期にわたってその転帰が未記載
- 傷病名が症状・所見及び検査結果等の根拠に基づかない例が認められた。
 - ・逆流性食道炎、気管支肺炎、胃炎、胃潰瘍、肝機能障害、鉄欠乏性貧血、ビタミン欠乏症、糖尿病の疑い、じんま疹、糖尿病、血清梅毒、高血圧、急性副鼻腔炎、十二指腸潰瘍
- 診療行為に対する傷病名の記載がない例が認められた。
- 単なる状態や症状を傷病名として記載している例が認められた。
 - ・筋肉痛、切創、皮膚潰瘍
- 傷病名に、部位・左右・急性・慢性等の記載がない例が認められた。
 - ・部位の記載がない例
 - 捻挫、神経痛、関節痛、変形性関節症
 - ・左右等の記載がない例
 - 膝関節症、外耳炎
- 傷病名を整理しないで、重複して付けていた例が認められた。
 - ・「肝炎」と「慢性肝炎」
 - ・「虚血性心疾患」と「狭心症」
 - ・「貧血症」と「鉄欠乏性貧血」
 - ・「皮脂欠乏性湿疹」と「皮脂欠乏症」
 - ・「急性気管支炎」と「急性上気道炎」
- 長期間整理されていない疑い病名の例が認められた。
- 診療報酬明細書の作成にあたり、主病名が判別可能になるよう記載すること。
- 診断群分類について、次の不適切な診断群分類の選択が認められた。
 - ・入院患者に対する診断群分類区分の適用を、当該患者の傷病名、手術、処置等、副傷病名等に基づき主治医が判断していない
 - ・傷病名の選択が医学的に妥当と思われない
 - ・傷病名の選択が医療資源を最も投入した傷病名と異なる例が認められる診療報酬明細書に記載された傷病名

◎ 検査、投薬等の査定を防ぐ目的で付けられた医学的な診断根拠がない傷病名の記載が認められた。

・いわゆるレセプト病名が見られる

統合失調症、口内炎、じんま疹、気管支喘息、逆流性食道炎、胃潰瘍、急性腸炎、ビタミン欠乏症、葉酸欠乏症、胃がんの疑い、肺がんの疑い、肝臓がんの疑い、前立腺がんの疑い、心不全の疑い、肝機能障害、腎機能低下の疑い、鉄欠乏性貧血、糖尿病の疑い

○ 診療報酬明細書の内容が、診療録に記載された内容と一致しない例が認められた。

C. 考えられるシステム対応等

標準病名マスターを活用することにより、以下に示すように主病名の選択、症状、状態病名の入力防止。重複病名の防止。ならびに部位等の入力を誘導する病名登録支援システムの開発は可能であり、積極的に実装していくべきである。

病名の開始日のみならず、転帰に関しても一定の期間を過ぎた場合、転帰を促す支援システムの（レセプトチェックの段階でも可）実装も検討に値する。

システム運用時の留意点（教育）

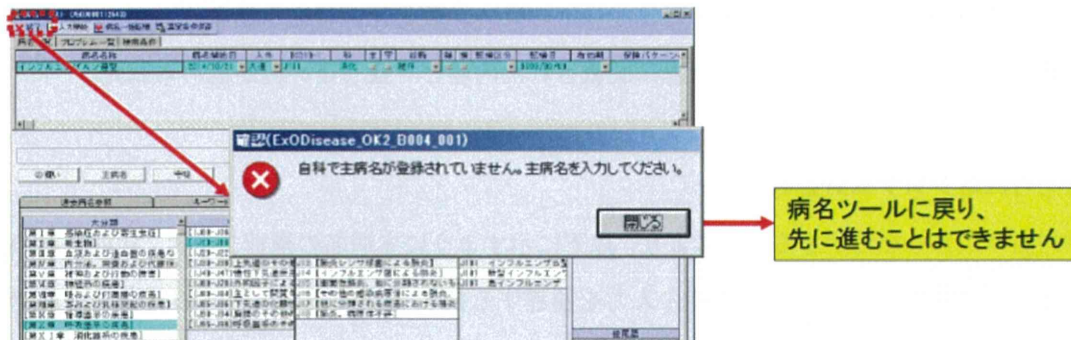
病名に関してはICD-10に準拠した標準病名マスターを用いて診療に当たった主治医が可及的早期に自ら付与する習慣をつけること。

DPC制度においては主傷病名、入院契機病名、資源再投入病名、資源次投入病名、入院時併存病名、入院後発症病名に明確に分類して登録する必要がある旨、十分に周知しておく必要がある。

診断根拠のない、いわゆるレセプト病名については必要があれば症状詳記で対応すべきである旨を十分周知する必要がある。

主病名表記アラート

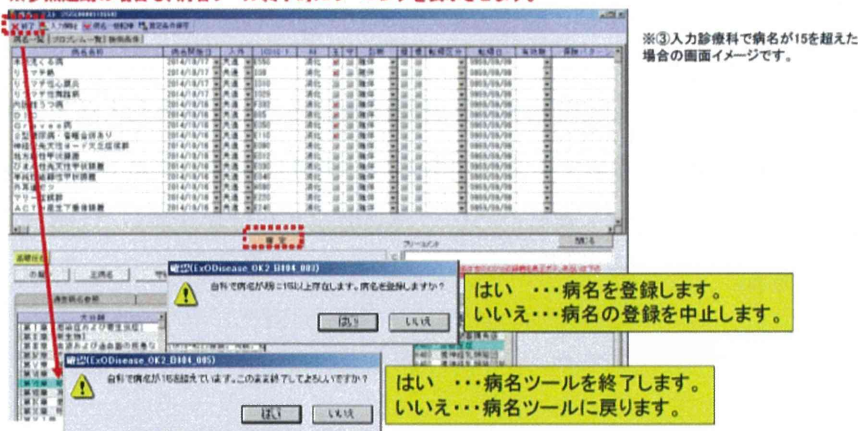
- ① 入力診療科で主病名がない場合、エラーとします。(現在ワーニング)
 [チェックレベル] エラー
 [チェックタイミング] 病名ツール終了時
 ※病名に変更がない場合は、エラーチェックは行いません。



主病名表記ならびに転帰入力促進

- ② 入力診療科で主病名が5つを超えた場合
 [チェックレベル] ワーニング
 [チェックタイミング] 主病名の追加時
 主病名フラグをチェック時
 病名ツール終了時
- ③ 入力診療科で病名が15を超えた場合
 [チェックレベル] ワーニング
 [チェックタイミング] 病名の追加時
 病名ツール終了時

※参照起動の場合も、病名ツール終了時にワーニングを表示させます。



Ⅲ-Ⅱ ICD-10の併記、「ICD-10対応電子カルテ用標準病名マスター」の活用

A. ポイント (留意事項)

「傷病名」欄及び「副傷病名」欄について

「傷病名」欄には診断群分類区分を決定する根拠となった「医療資源を最も投入した傷病名（医療資源を投入した傷病名が確定していない場合には入院の契機となった傷病名）」及びその対応するICD-10コード（5桁まで（5桁目が存在しない場合は4桁まで、4桁目が存在しない場合は3桁まで）。以下同じ。）を記載すること。「副傷病名」欄には副傷病名及びその対応するICD-10コードを記載すること。

と。

なお、傷病名については、原則として、「電子情報処理組織の使用による費用の請求に関して厚生労働大臣が定める事項及び方式並びに光ディスク等を用いた費用の請求に関して厚生労働大臣が定める事項、方式及び規格について」(平成21年7月30日)別添3に規定する傷病名を用いること。また、別添3に規定する傷病名と同一の傷病病でありながら名称が異なる傷病病については、「傷病病コードの統一の推進について」(平成22年3月26日医療課事務連絡)にとりまとめたので、これを参照し、原則として、傷病病コードに記載されたものを用いること。

B. 指摘事項

未コード化傷病病を削減すること。

C. 考えられるシステム対応等

ICD-10対応標準病病集をマスターとする。

システム運用時の留意点 (教育)

対応病病がないからと言うことでむやみに自家病病を作成しないこと。

病病名:ICD-10の併記

ICD-10	病病名	併記
A00	コレラ	○
A01	腸チフスおよびパラチフス	○
A02	その他のサルモネラ感染症	○
A03	傷寒性赤痢	○
A04	その他の細菌性腸管感染症	○
A05	その他の細菌性腸炎	○
A06	アメーバ症	○
A07	その他の寄生虫性腸管炎	○
A08	ウイルス性およびその他の腸炎	○
A09	腸管と関連される下痢および	○

ICD-10対応標準病病集をマスターとする

