

Q2-4. 検査について

CRP、血清鉄、HbA1cなどの短期間繰り返し検査や画一的オーダーに対する警告機能

【対応状況】 (システム数)

	大規模病院向システム	中規模病院向システム	小規模病院向システム			
パッケージ提供	3	38%	4	44%	0	0%
カスタマイズで提供	0	0%	0	0%	0	0%
対応していない	4	50%	4	44%	1	33%
未記入	1	13%	1	11%	1	50%

【対応していない理由】

- ・ オークション当日では警告あり、算定は医事システムで対応している
- ・ 当日内のチェックは実施している。期間が離れた検査は処方と比較して日数の情報をもたないため行っていない
- ・ 要求事項として登録されることが少ないため、医事システム側で警告
- ・ ユーザーからの強い要望が無かったため

【対応しているがあまり使われていない】

- ・ 対応依頼が少ないため、マスタ管理者不在等の理由
- ・ 比較的新しい機能であるため

【備考】

- ・ 医師の判断、検査結果や症状により判断が必要な内容で自動判断や警告表示をする機能は、明確な基準などが無い場合は標準機能として提供していません

適応傷病名と検査項目のチェック機能

【対応状況】 (システム数)

	大規模病院向システム	中規模病院向システム	小規模病院向システム			
パッケージ提供	2	23%	2	23%	1	50%
カスタマイズで提供	1	13%	1	11%	0	0%
対応していない	4	50%	3	56%	0	0%
未記入	1	13%	1	11%	1	50%

【対応していない理由】

- ・ マスタ管理者、作成者不在の為
- ・ チェックルールが不明確で、信頼できるチェックマスタが提供されていないためです
- ・ 要求事項として登録されることが少ないため、医事システム側で警告
- ・ 必ずしも臨床的な傷病名と検査がリンクする訳ではないので、チェック用のマスタを作成することが難しいため

【対応しているがあまり使われていない】

- ・ チェックマスタの整備による

【備考】

- ・ 医師の判断、検査結果や症状により判断が必要な内容で自動判断や警告表示をする機能は、明確な基準などが無い場合は標準機能として提供していません。

39

呼吸心拍監視における要記載テンプレートの実装とそれに基づく算定

【対応状況】 (システム数)

	大規模病院向システム	中規模病院向システム	小規模病院向システム			
パッケージ提供	4	50%	4	44%	0	0%
カスタマイズで提供	0	0%	0	0%	0	0%
対応していない	3	38%	4	44%	1	50%
未記入	1	13%	1	11%	1	50%

【対応していない理由】

- ・ テンプレートは汎用機能で用意可能、自動的な算定連携は行っていない
- ・ テンプレートと算定の関連付けは、ユーザー様がマスタを設定することで可能ですが、弊社から「呼吸心拍監視」のマスタは提供していません

【対応しているがあまり使われていない】

- ・ ユーザーのテンプレート登録に依存する

【備考】

- ・ 汎用的なテンプレート作成機能を提供し、テンプレートの内容(コンテンツ)はお客様が設定しています。テンプレートか入力のみ実装し、算定は実装していません。算定ルールと現場での入力内容に差があるためです。
- ・ 記載様式を作成できる機能は提供

40

画像診断について、オーダー書式に申し込み理由などの記載欄がある

【対応状況】 (システム数)

	大規模病院向システム	中規模病院向システム	小規模病院向システム			
パッケージ提供	3	100%	3	100%	1	50%
カスタマイズで提供	0	0%	0	0%	0	0%
対応していない	0	0%	0	0%	1	50%

【対応していない理由】

- ・ 診療所クラスでは不要と判断

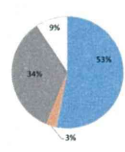
【対応しているがあまり使われていない】

- ・ 検査目的の人力域はありますが、あまり入力されていません。目的がたぐさんあり簡単には入力できないためと、目的が不明でも検査は実施できるためです。

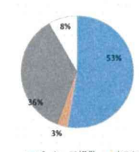
41

検査についての対応状況

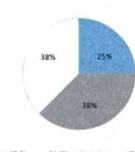
【大規模病院向システム】



【中規模病院向システム】



【小規模病院向システム】



■ パッケージ提供 ■ カスタマイズで提供 ■ 対応していない □ 未記入

42

Q2-5. その他業務について

投票について、禁忌薬、適応外投与なら類似薬投与に対する警告機能の実装

【対応状況】 (システム数)

	大規模病院向システム	中規模病院向システム	小規模病院向システム			
パッケージ提供	8	100%	8	89%	2	100%
カスタマイズで提供	0	0%	1	11%	0	0%
対応していない	0	0%	0	0%	0	0%

【対応していない理由】

【対応しているがあまり使われていない】

- ・ 禁忌薬、類似薬投与の警告あり

44

厚生労働省科学研究(H25-政策一般-009)
 ・投薬について、
 病名とのチェックがかかる(適応病名の表示あるいは禁忌病名の表示)

【対応状況】 (システム数)

	大規模病院向けシステム	中規模病院向けシステム	小規模病院向けシステム			
パッケージ提供	7	88%	8	88%	2	100%
カスタマイズで提供	1	13%	1	11%	0	0%
対応していない	0	0%	0	0%	0	0%

- 【対応していない理由】
- ・ 診療所クラスでは不要と判断
- 【対応しているがあまり使われていない】
- ・ オプジェクトのチェックリストの意図による、投薬システムでのチェックはあり
 - ・ チェックが煩雑に掛かるため煩わしいとのご意見があります

45

厚生労働省科学研究(H25-政策一般-009)
 ・注射について、
 適応外、用法外使用などに対する警告機能の実装

【対応状況】 (システム数)

	大規模病院向けシステム	中規模病院向けシステム	小規模病院向けシステム			
パッケージ提供	6	75%	7	78%	1	50%
カスタマイズで提供	0	0%	1	11%	0	0%
対応していない	2	25%	1	11%	1	50%

- 【対応していない理由】
- ・ 対応しているがあまり使われていない
 - ・ 用法、用量の警告はあり
- 【備考】
- ・ 医師の判断、検査結果や症状により判断が必要で内容で自動判断や警告表示をする機能は、明確な基準などが無い場合は標準機能として提供しておりません。

46

厚生労働省科学研究(H25-政策一般-009)
 ・リハビリテーションについて、疾患別リハビリテーションにおける実施計画書
 が算定要件で記されている項目を備えたものの提供

【対応状況】 (システム数)

	大規模病院向けシステム	中規模病院向けシステム	小規模病院向けシステム			
パッケージ提供	6	75%	6	67%	1	50%
カスタマイズで提供	1	13%	2	22%	0	0%
対応していない	1	13%	1	11%	1	50%

- 【対応していない理由】
- ・ 実施計画書についてはリハビリ部門システムにて対応(自社パッケージ)
- 【対応しているがあまり使われていない】
- ・ リハビリ部門システムと連携して対応している
 - ・ 部門システム側にて運用することが多いため
- 【備考】
- ・ 汎用的なテンプレート作成機能を提供し、テンプレートの内容(コンテンツ)はお客様が設定して
 ます
 - ・ オプションのリハビリ部門システムより提供

47

厚生労働省科学研究(H25-政策一般-009)
 ・精神科専門療法について、
 算定要件に必要な項目入力が必要な様式の提供

【対応状況】 (システム数)

	大規模病院向けシステム	中規模病院向けシステム	小規模病院向けシステム			
パッケージ提供	5	63%	5	56%	1	50%
カスタマイズで提供	2	25%	0	0%	0	0%
対応していない	1	13%	3	33%	1	50%

- 【対応していない理由】
- ・ 診療所クラスでは不要と判断
 - ・ 精神科を連携するお客様が少ないためです
 - ・ 精神科向けパッケージを保有していないため
- 【対応しているがあまり使われていない】
- ・ 精神科が無い施設が多い為
- 【備考】
- ・ 記載様式を作成できる機能は提供

48

厚生労働省科学研究(H25-政策一般-009)
 ・処置について、
 オーダーと実施に基づく算定

【対応状況】 (システム数)

	大規模病院向けシステム	中規模病院向けシステム	小規模病院向けシステム			
パッケージ提供	7	88%	9	100%	1	50%
カスタマイズで提供	0	0%	0	0%	0	0%
対応していない	1	13%	0	0%	1	50%

- 【対応していない理由】
- ・ 診療所クラスでは不要と判断
 - ・ 開発の関係でオーダーと実施が分離しています

49

厚生労働省科学研究(H25-政策一般-009)
 ・手術について、
 主手術と副手術の区別

【対応状況】 (システム数)

	大規模病院向けシステム	中規模病院向けシステム	小規模病院向けシステム			
パッケージ提供	5	63%	5	56%	1	50%
カスタマイズで提供	0	0%	0	0%	0	0%
対応していない	3	38%	4	44%	1	50%

- 【対応していない理由】
- ・ 術式の複数登録はパッケージで可能ですが、「主」と「副」の区別はできません
 - ・ ご要望をいただきます
 - ・ 診療所クラスでは不要と判断
 - ・ この機能を要望されたことがありません

50

厚生労働省科学研究(H25-政策一般-009)
 ・麻酔について、
 麻酔法、体位、時間などの記録や管理

【対応状況】 (システム数)

	大規模病院向けシステム	中規模病院向けシステム	小規模病院向けシステム			
パッケージ提供	5	63%	6	67%	1	50%
カスタマイズで提供	1	13%	1	11%	0	0%
対応していない	2	25%	2	22%	1	50%

- 【対応していない理由】
- ・ 部門システムで対応している為
 - ・ 診療所クラスでは不要と判断
 - ・ 電子カルテではなく、外部の手術部門システムとして対応しています
- 【備考】
- ・ オプションの部門システム機能にて管理

51

厚生労働省科学研究(H25-政策一般-009)
 ・放射線治療について、
 治療管理台帳や照射録と、カルテとの連携

【対応状況】 (システム数)

	大規模病院向けシステム	中規模病院向けシステム	小規模病院向けシステム			
パッケージ提供	5	63%	3	33%	0	0%
カスタマイズで提供	2	25%	2	22%	0	0%
対応していない	1	13%	4	44%	2	100%

- 【対応していない理由】
- ・ 放射線治療については部門システム側で実施、カルテとの連携はあり
 - ・ ユーザーからの強い要望があったため、実績は無いが、カスタマイズで提供は可能と想定
 - ・ 放射線治療向けパッケージを保有していないため
 - ・ 放射線治療機器を導入されているユーザが少ないため

厚生労働省科学研究(H25-政策一般-009)

看護について、
外出や外泊に対する書類の整備(理由の記録が可能)

【対応状況】 (システム数)

	大規模病院向システム	中規模病院向システム	小規模病院向システム			
パッケージ提供	7	88%	7	78%	1	50%
カスタマイズで提供	0	0%	0	0%	0	0%
対応していない	1	13%	2	23%	1	50%

【対応していない理由】

- 診療所クラスでは不要と判断
- 外泊・外出の登録は実施していますが、外泊許可などは紙(既定の印刷物)で行っています

【対応しているがあまり使われていない】

- 外泊・外出オーダー入力時に理由記録可能であるが、文書としては紙運用が多い

53

厚生労働省科学研究(H25-政策一般-009)

その他業務についての対応状況

【大規模病院向システム】

【中規模病院向システム】

【小規模病院向システム】

■パッケージ提供 ■カスタマイズで提供 ■対応していない □未記入

54

Q2-6. 事務的業務
【医事システム】

55

厚生労働省科学研究(H25-政策一般-009)

医事会計システムにおいて、レセプト作成時、回数チェック、限度チェック、項目チェック等の機能の実装およびバージョン管理

チェックシステム

【対応状況】 (システム数)

	大規模病院向システム	中規模病院向システム	小規模病院向システム			
パッケージ提供	8	78%	8	67%	1	50%
カスタマイズで提供	0	0%	0	0%	0	0%
対応していない	1	13%	0	0%	0	0%
未記入	1	13%	3	33%	1	50%

【対応していない理由】

- 医事会計システムを製造していない

バージョン管理

【対応状況】

	大規模病院向システム	中規模病院向システム	小規模病院向システム			
パッケージ提供	4	50%	5	56%	1	50%
カスタマイズで提供	0	0%	0	0%	0	0%
対応していない	3	38%	1	11%	0	0%
未記入	1	13%	3	33%	1	50%

56

厚生労働省科学研究(H25-政策一般-009)

チェックシステムのバージョン管理

【対応状況】 (システム数)

	大規模病院向システム	中規模病院向システム	小規模病院向システム			
パッケージ提供	4	50%	5	56%	1	50%
カスタマイズで提供	0	0%	0	0%	0	0%
対応していない	3	38%	1	11%	0	0%
未記入	1	13%	3	33%	1	50%

【対応していない理由】

- 医事会計システムを製造していない

【備考】

- 機能としてバージョン管理では適用バージョンによりチェック状況が異なってしまうとの考え方から、チェック適用開始日を設定してそれに応じてチェックが実施されるというものです

57

Q2-6. 事務的業務
【施設基準】

58

厚生労働省科学研究(H25-政策一般-009)

Q2.施設基準：届出施設基準の定期管理システム

【対応状況】 (システム数)

	大規模病院向システム	中規模病院向システム	小規模病院向システム			
パッケージ提供	2	25%	0	0%	0	0%
カスタマイズで提供	0	0%	0	0%	0	0%
対応していない	7	88%	7	78%	1	50%
未記入	1	13%	3	33%	1	50%

【対応していない理由】

- 要求を聞かない、理地SEが個別に対応しているかもしれない
- 他社製のシステムを使用
- このようなシステムを製造していない
- 機能として実現するものもあるが、全ての施設基準の管理機能ではないため
- 平均入院日数のみ抽出のみ対応。その他の項目についてはユーザーからの要望が無いため、対応していない

59

厚生労働省科学研究(H25-政策一般-009)

事務的業務の対応状況

【大規模病院向システム】

【中規模病院向システム】

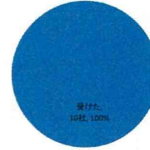
【小規模病院向システム】

■パッケージ提供 ■カスタマイズで提供 ■対応していない □未記入

60

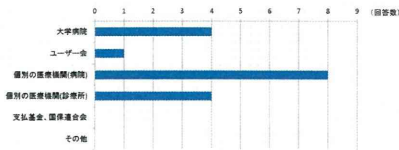
Q3. 指導等に基づく改善要求について

厚生労働省科学研究(H25-政策一般-009) Q3. システム導入後に保険診療に関するシステムの整備をユーザーから改善要望を受けたか？



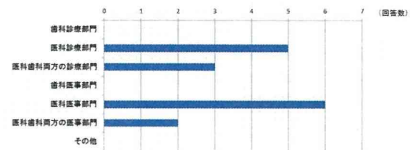
62

厚生労働省科学研究(H25-政策一般-009) Q3-1. 『受けた』と答えた場合、どこから受けましたか？(複数回答可)



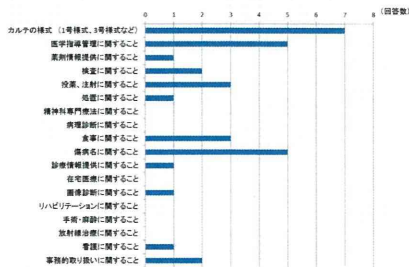
63

厚生労働省科学研究(H25-政策一般-009) Q3-2. 『受けた』治療部門は？(複数回答可)



64

厚生労働省科学研究(H25-政策一般-009) Q3-2. その内容は？(複数回答可)



65

厚生労働省科学研究(H25-政策一般-009) Q3-3. 具体的な内容の記入 1/2

- カルテ1号用紙→パッケージ化
- カルテ3号用紙→パッケージ化
- 病名オーダー承認機能
- 指導管理料算定時の指導内容記載方法について(テンプレート化をご要望いただいた)
- 病名の一括転写機能を付加してほしいとのご要望をいただいた
- 電子カルテで指導料の算定履歴を管理し、今回の受診で算定できることを通知してほしい
- 1号用紙を電子カルテから印刷してほしい
- 指導料・管理料を自動的に算定してほしい
- 指導料・管理料を算定するための記載を自動的に発生させてほしい
- 施設要件などの提出書類を自動的に作成してほしい
- 食事履歴記録への病名表示
- 東京都のユーザーからの指摘、一般食でも食事指示欄に病名が必要と監査で指摘があったとの事で、食事オーダー時に特食以外でも食事適用病名未入力時は警告を出すように対応。

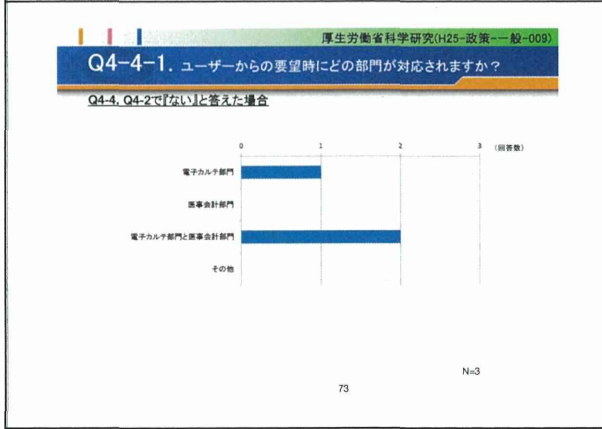
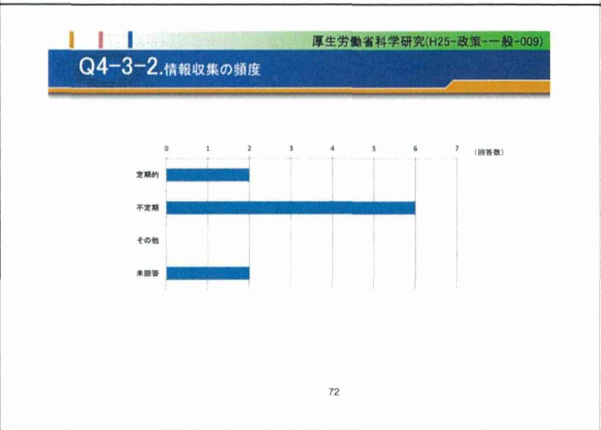
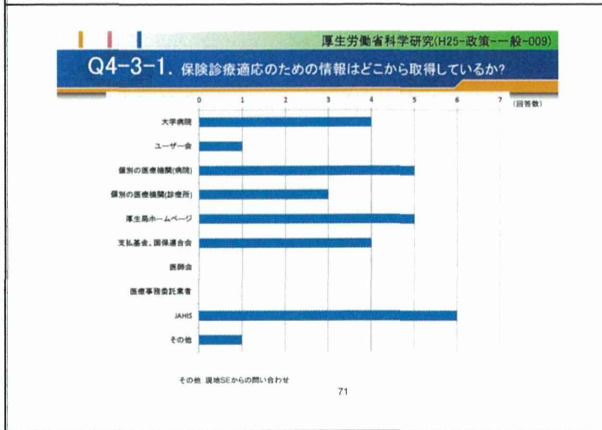
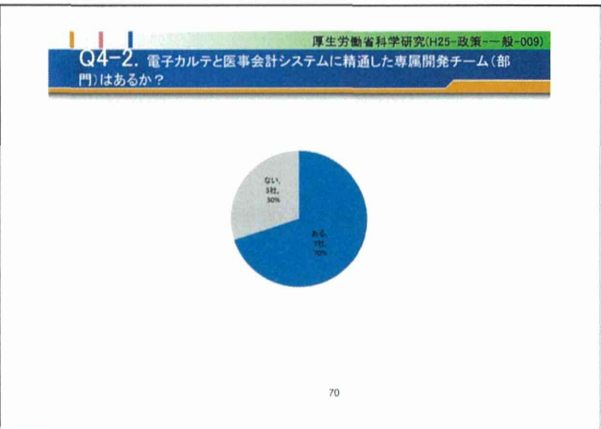
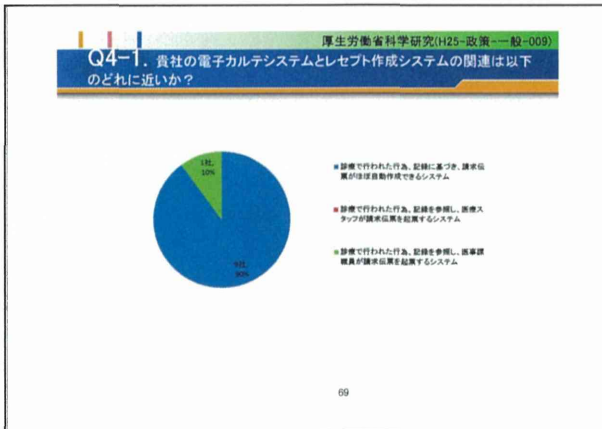
66

厚生労働省科学研究(H25-政策一般-009) Q3-3. 具体的な内容の記入 2/2

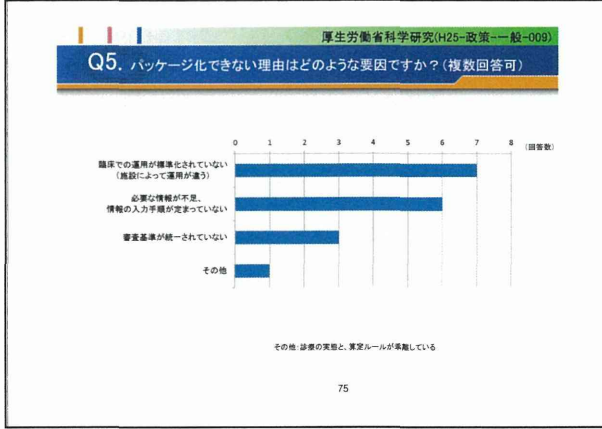
- 埼玉県のユーザーからの指摘、外来の診療は行わずに予約オーダーの実施だけあった場合、カルテ画面では実施の記録を把握できるが、カルテ印刷に実施の記録が反映されないことが監査で指摘があったとの事で、カルテ2号紙印刷に実施記録を反映するように対応。2 埼玉県のユーザーからの指摘、外来の診療は行わずに予約オーダーの実施だけあった場合、カルテ画面では実施の記録を把握できるが、カルテ印刷に実施の記録が反映されないことが監査で指摘があったとの事で、カルテ2号紙印刷に実施記録を反映するように対応。
- 和歌山県のユーザーからの指摘、カルテ画面上に実施の内容を表示する設定の時、過去にオーダーした終了日未定のオーダーが診療当日に実施予定の場合、過去に行った実施内容が全て表示されるので、表示されるのは当日の実施内容だけにしよう監査で指摘があったとの事で、当日の実施内容だけ表示するように対応。

67

電子カルテシステムと医事会計システムの 連携状況について



パッケージ化とその対応について

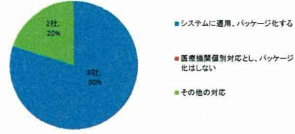


- 厚生労働省科学研究(H25-政策一般-009)
- Q6. 保険診療に関するシステム改善要望事項のうち、対応に困っていること(自由記載) 1/2**
- 処方オーダーでは1回量での入力が増長されていますが、医事算定(内服)においては、1日量での計算のみである。注射のような計算にならないのでしょうか?
 - レセプト電算が導入されてから、症状詳細はテキストでの入力に限定されていますが、従来(紙)からの画像や図での記入もよく要望を受けます。
 - 医事システムで管理している情報を使わなければならない制御に関する要望
 - 診療報酬改正時に公表される資料は変更点のみの記載になっていることから、ロジックを組む側からすると情報としては不完全な場合が多い。(検査のまるめ処理等) 全体が見渡せる資料の提供が必要。
 - 「医療区分・ADL区分に係る評価票」のように、情報が出てから初めて様式が明らかになるものは、電子カルテで4月1日から運用開始させるには時間的にギリギリなので、もっと早く情報収集できないかと対応に困っている。
 - 保健所や厚生局の審査が、都道府県により指摘事項が若干違う。例えば大阪では電子カルテを画面上で監査してもOKだが、埼玉では紙カルテを印刷して監査することを求めている。入院診療計画書もユニカルパスの様式では監査NGの指摘をする都道府県もあると聞く。指摘が曖昧だと対応に矛盾が生じる恐れがあるので、統一的なガイドラインを打ち出して欲しい。

厚生労働省科学研究(H25-政策-一般-009)
Q6. 保険診療に関するシステム改善要望事項のうち、対応に困っていること(自由記載) 2/2

- 日本看護協会で「入院基本料等の施設基準に係る届出書添付書類(様式9)」の自動計算機能付き Excel表の無償提供を2014年2月末で終了すると通知が出た。様式9のように複雑な計算式を要するものは、厚労省で無償提供してほしい。
- 監査や指導で指摘された場合、ユーザーや指導員が明確な改善内容(機能要件)を持っていないケースがある。
- 保険診療に対応する項目を自動で判断するようにいわれる。
- 算定条件にただし書きがある、また医師の判断が必要となる条件が付加されているものはシステムで自動判断は対応しにくい。
- 紙カルテと同じ様式を求められること、紙だからこそ記載できるのであって、同一レイアウトで画面表示や、紙出力をするのには無理がある。

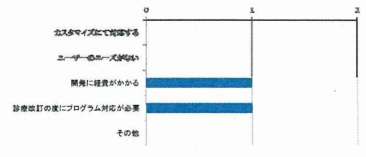
厚生労働省科学研究(H25-政策-一般-009)
Q7-1. 保険診療適応型電子カルテシステムに対するガイドラインが策定された場合貴社の対応は？



【その他】
 ・ガイドラインが具体的に何に対応するマスターも決まらぬのであればパッケージに組み込みます。
 ・質問は個別対応し、趣向を凝らしながらパッケージ化も検討

厚生労働省科学研究(H25-政策-一般-009)
Q7-2 『パッケージ化ほしくない』理由をお答えください

Q7-1で「パッケージ化ほしくない」と答えた場合



ベンダーアンケートのまとめ



厚生労働省科学研究(H25-政策-一般-009)

- > 特定共同指導などの指摘事項に対して多くの場合個別対応してきている。
- > (パッケージ化に関しては病院規模により要望に温度差があり対応できていないのが現状。)
- > 様式を提示されたもの、算定要件の明らかなものは作成可能
- > 厚生労働省の解釈の明確化を希望する。(ガイドライン提示など)
- > ユーザー教育(保険診療の順守事項など)も必要では？

厚生労働省科学研究(H25-政策-一般-009)
参考：厚生局指摘事項

- 関東甲信越 厚生局
 平成24年度 指摘事項
 医科：
http://kouseikyoku.mhlw.go.jp/kantoshinetsu/gyomu/gyomu/hoken_kikan/documents/24ikasiteki.pdf
 歯科：
http://kouseikyoku.mhlw.go.jp/kantoshinetsu/gyomu/gyomu/hoken_kikan/documents/24kobetusiteki.pdf

歯科における診療録の電子化の現状

森本 徳明¹⁾、荒木 孝二²⁾

¹⁾矯正歯科 森本

²⁾東京医科歯科大学医歯学教育システム研究センター

第34回医療情報学連合大会 COI開示

演題名: 歯科における診療録の電子化の現状

筆頭演者名: 森本 徳明

私が発表する今回の演題について開示すべきCOIはありません。

背景

- 歯科でほとんどを占める**歯科診療所**におけるレセコン導入率は70%を超えており、処置内容を記録し診療報酬請求のために必要な機能は、備えている。ただ、電子保存の三原則を確保しているレセコンはほとんどなく、**電子診療録の導入率は0に近い**。
- 平成26年6月の**電子レセプト請求普及状況**（医療機関数）は、歯科においては、71,553の医療機関に対して、**オンライン請求7,344(10.09%)、電子媒体37,114(51.99%)**の計44,458(62.0%)が電子請求を行っている。
- また、件数ベースでは、**オンライン請求13.0%、電子媒体59.7%の計72.7%が電子請求**を行っている。
- **歯科診療所**では、**電子請求のうち、オンライン請求の比率（医療機関数）が60%であるが、歯科診療所では電子請求のうちオンライン請求の比率が（医療機関数）16%であり、電子媒体による請求比率が高い。**[1]
- 適正な保険診療に対応するために必要な**診療報酬請求システム**についてはベンダーによる個別の対応がなされているが、それと**診療録**が合致し、保険診療のルールに準拠した記載が行われる**電子診療録システム**の開発を行うといった体系的な対応が行われてはいる。
- 本研究では**適正な保険診療にマッチした医療情報カルテシステムのあり方**についての指針の作成を目指す。
- そのために**歯科領域における電子診療録の導入状況**などに係る現状把握を行い、課題解決を目指す。

研究方法

- 対象
 - 保健医療福祉情報システム工業会（JAHIS）
 - 医事コンピュータ部会の歯科システム委員会のうち
 - 歯科用レセプトコンピュータを販売している28社にアンケートを郵送
 - 16社18システムについての回答を得た。（回答率57%）
- アンケートは、提供しているシステムごとに回答をいただく形としていたが、説明の不備などもあり、もとは同一システムでも、個人開業医、病院歯科口腔外科などで個別対応し、異なるシステムになったものも一つの回答になっている場合もあると考えられた。
- なお、大学病院等で医科と一連で歯科の開発を行っている大手ベンダーのシステムは、今回は含まれない。

結果と考察： 提供医療機関の対応種別

(1) 歯科大学（歯学部）附属病院	2
(2) 病院（上記を除く）の歯科又は歯科口腔外科	5
(3) 歯科医院（診療所、クリニック）	15

- 多くのシステムは**歯科医院対象のシステム**である
- 2社2システムは**歯科大学（歯学部）附属病院**で、**医科のシステムと連携したシステム**を開発している
- **病院歯科での運用に5システムが対応**していた。

対応標榜診療科（歯科関連）

1. 歯科	18 (100%)
2. 歯科口腔外科	18 (100%)
3. 小児歯科	18 (100%)
4. 矯正歯科	13 (72%)

- 標榜診療科で見たときに、**矯正歯科以外**はすべての会社で対応していた。
- **矯正歯科**に関しては、3割のシステムは対応していなかった。
- **矯正歯科**はほかの科に比べ専門性が高く対応しない診療所が多いことと、**保険給付外診療が多く、保険のレセコンの必要性が少ないこと**、**診療録の記録等の自由度が高く、共通の書式などが存在しにくいこと**などが原因と考えられる。

提供しているシステムの種類

1. 電子診療録	7
2. いわゆるレセプトコンピュータ	12

- 歯科大学（歯学部）附属病院に対応しているシステムに関しては、**医科システムとの連携**をとり、**情報の真正性、保存性、見読性を医科のシステム側で確保**することにより、**電子診療録システムと呼んでいる**と考えられる。
- 個人の歯科医院のシステムにおいては、**電子保存の三原則を完全な形で満たすものがなく、「カルテ記載の必要な項目を電子的に入力、管理、閲覧する機能があるシステムを「電子診療録」というものと考えて」**答えているが、**電子保存の三原則を完全な形で満たすものがないため、レセプトコンピュータと評価した**が、**回答が分かれた**と考えられる。
- 歯科コンピュータの業界では、**レセプト作成用コンピュータをレセコン**と称しているが、**同様カルテ記載に必要な情報の入出力、印刷ができるようなカルテ作成用コンピュータはカルテコンと呼ばれている。**

ログイン時の**パスワードの設定**状況についてお答えください。（電子診療録7件中）

1. パスワードを設定しており、かつ更新期限を設定している	2(29%)
2. パスワードを設定しているが、更新期限を設定していない	5(71%)
3. パスワードを設定していない	0(0%)

- **電子診療録システム**であると回答した7システムにおいて、すべてパスワード設定を行って、**個人認証**をするようになっている。
- そのうち、**更新期限を設定して、セキュリティの向上を図っているシステムは2システム**であった。
- 今回、患者ごとにログインを必要としているかの設問がなく不明であるが、**個人開業の場合、入力者が院長で固定**のことが多く、**個人認証の手間を省きたい**という利用者側のニーズが高い場合などに、**個人認証が十分でないこと**も予想される。

診療録記載内容の入力時刻の記録についてお答えください。(電子診療録7件中)

1. 診療日のほか、入力、修正の入力された時刻が記録され、管理されている 7 (100%)
2. 診療日は記録されるが、入力、修正の個々の時刻は記録・保存されない 0 (0%)

- 電子診療録システムであると回答した7システムにすべてにおいて、**入力、修正履歴が時刻と同時に管理**されている。
- 逆にいえば、これができることより、電子診療録をうたっているシステムとなっていると考えられる。
- ただし、**コンピュータ自体の時刻管理が十分かどうかは不明**で、真正性を完全に満たしているとは言えない。

画面上への保険療養担当規則に記されている**必要情報の表示(閲覧)**についてお答えください。(電子診療録7件中)

1. 必要情報はすぐに表示(閲覧)できる 6 (86%)
2. 必要情報は表示(閲覧)できるが手間がかかる 1 (14%)
3. 必要情報は原則表示(閲覧)できない 0 (0%)

- 電子診療録システムであると回答した7システムのすべてで**必要情報の表示(閲覧)**が可能である。
- 1システムで手間がかかると回答があったが、**保険療養担当規則に記されている必要情報の表示(閲覧)の書式等**が決められているためにプログラムにより表示形式にそった形に合わせなければならない可能性が考えられる。

診療録の**保存期間**についてお答えください。(電子診療録7件中)

1. 最終来院日より最低5年間はデータが保存される 4 (58%)
2. データの保存期間は使用しているサーバーの容量で影響を受ける 3 (42%)

- 電子診療録システムであると回答した7システムのすべてで**診療録の保存期間は、療養担当規則で決められている保存期間はハードウェア(サーバーの容量)の準備ができれば、満たすことができると解釈**される。

システムが変更になった時の**過去のデータの移行**についてお答えください(電子診療録7件中)

1. 移行もしくは参照できる 1 (14%)
2. 変更する際、異なるベンダー間の場合は影響を受ける 5 (71%)
3. 不明 1 (14%)

- システム変更が行われたときに、「移行もしくは参照できる」と回答されたのは1件のみで、ほとんどの場合「異なるベンダー間での移行、参照については影響を受け」、必要な情報が伝わらないことがあるという回答を得た。
- つまり、この点でも自分のシステムでは可能であっても、**ベンダー間を超えた場合は異議性、真正性を満たさず、受診者側からすれば、システムによるデータの消失**がおこり、医療機関からすれば、よりよいシステムへの移行を妨げることになるということである。
- 医科と同様、標準的な交換形式の策定が必要であるが、**歯科の複雑な保険のルールに対するチェックを短時間にまた確実に行うために、各ベンダーが独自に開発したデータフォーマット等**が、移行を妨げている。
- 保険のルールをシンプルにする、もしくは、算定ルールを各社で差がないように電子点数表と同様に論理式として提供するなどを行えば、データの移行は容易になり、ベンダーの競争が活性化されることになると考えられる。

医学管理等、在宅歯科医療、クラウドブリッジ維持管理料、歯科矯正に関する患者への**提供文書の写しの保存方法**についてお答えください。

1. 電子診療録あるいはレセコン内にデータを入力・保存し、必要時に印刷する 12 (67%)
2. PDF等のスキャンしたデータを電磁的に保存 1 (6%)
3. 対応していないので印刷した、もしくは手書きの紙の資料のまま保存 2 (11%)
4. その他の方法 2 (11%)

- 保険が必要とされている提供文書でも様式が規定されていないということで、システムでの対応ができないという回答もあった。
- 提供文書の写しの保存をスキャンまたは紙の資料のまま保存とされている回答は、レセコンの機能追加としては不要と判断されたが、**歯科では電子診療録の基準を満たさず、印刷されたものが正本であるという判断によるものと推測**される。
- 逆に対応しているシステムは、保険で決められている提供文書が、実際の診療上で本当に必要とされるもの以上に多く、書類を診療の合間で作成するため、時間と作業量を増やす機能として導入されていると考えられる。

医科と共通の検査結果のデータの保存方法についてお答えください。

1. 医科のデータは、手入力以外取り扱えない 2 (11%)
2. 医科の電子診療録に保存されているデータを閲覧 3 (17%)
3. 検査部門で入力したデータがオンラインによって電磁的に保存 4 (22%)
4. PDF等のスキャンしたデータを保存 4 (22%)
5. 紙の資料のまま保存 8 (44%)
6. その他の方法 0 (0%)

- 2と回答した3システム、3と回答した4システムについては、**大学病院もしくは病院歯科に提供していると考えられ、医科の電子診療録(検査システム)との連携が可能になっているため**と思われる。
- 個人開業医のみに提供されているシステムの場合、**医科からの検査結果をデジタルデータで受け取る機会がほとんどなく、1、4、5の回答**になったと考えられる。

医科と共通の画像診断における画像データの保存方法についてお答えください。

1. 医科のデータは、取り扱えない 8 (44%)
2. 医科の電子診療録に保存されているデータを閲覧 4 (22%)
3. 放射線部門で入力したデータがオンラインによって電磁的に保存 1 (6%)
4. フィルム資料のまま保存 4 (22%)
5. その他の方法

→医科・歯科問わず、レセコンに取り込んで保存
放射線部門システムと連携して機能提供

- 2と回答した4システム、3と回答した1システムについては、**大学病院もしくは病院歯科に提供していると考えられ、医科の電子診療録(PACS、画像システム)との連携が可能になっているため**と思われる。
- 個人開業医のみに提供されているシステムの場合、**医科からの画像データをデジタルデータで受け取る機会がほとんどなく、1、4、5の回答**になったと考えられる。

歯科固有の検査結果のデータ(顎運動関連検査等)の保存方法についてお答えください。

1. 他システムのデータは、**所見の手入力**以外取り扱えない 7 (39%)
2. PDF等のスキャンしたデータを保存 2 (11%)
3. 紙の資料のまま保存 2 (11%)
4. 検査結果を電子診療録に直接入力 2 (11%)
5. その他の方法


→患者情報画面でPDFファイルを登録可
直接入力できる検査とできない検査がある。
一部未対応のものあり

- 歯科固有の検査でありつつ、それぞれの検査機器が個別に開発されてきたため、**モダリティの検査結果出力もまちまち**である。
- また、**学会や法令・通知等で電子保存するための画像であれ、波形情報であれ、標準形式が規定されていないため、基本的にはモダリティが発行した印刷物を画像データとして取り込むという形が、電子化以前の紙で保存**を行うことになっている。

診療録第1面への入力事項に関して課題と考えられることは何ですか。(複数選択可)

- 特になし 10
- 療養担当規則に書かれている1号用紙の様式にあわせて印刷はできるが表示できない。 1
- 入力できない(手書きにならざるを得ない)項目がある 7
- 臨床実態に合う傷病名が不足している→ 0
- その他(従来の紙イメージでのUIを採用しており、羅出等のデータ増によりUIがかけ離れている)

- 電子診療録を目指しているシステムであれば、療養担当規則に記載されている診療録第一面の様式に合わせて、印刷ができればならない。
- 手書きになる項目については、カルテを作成しないレセコンでは主訴は不要であるため、印刷されたものを診療録で使うときに主訴を記載する必要があると求められる。ただ、どのように記載するかが明確になっていないため、対応していないシステムが多いという結果になったと考えられる。



診療録第2面への入力事項のうち、基本診療料(歯科診療特別対応加算等含む)に関する入力事項に関して課題と考えられる事項は何ですか。(複数回答可)

- 特になし 15 (94%)
- 療養担当規則に書かれている2号用紙の様式にあわせて印刷はできるが、画面表示できない。(負担金等) 1 (6%)
- 初診時、再診時の症状・所見に関する自由入力ができないシステムとなっている
- 前回の初診日から一定期間が経過した場合にほぼ自動的に初診料が入力されてしまう
- その他の方法 一画像や手書きの絵が入力できない。

- 基本診療料(歯科診療特別対応加算等含む)に関しては、多くのシステムで特に問題なしで対応されていると考えられる。
- 電子診療録と医事システムが分かれている場合は、個々の保険点数、日給の点数合計、一部負担金の金額などを、2号用紙の様式に合わせて印刷すれば問題ないが、画面表示などができないシステムもある。
- また、レセコンをもとにしているシステムであれば、診療録として必要な画像や手書きの入力が不要のため、機能を持っていないと考えられる。

電子診療録を導入していない理由は何ですか。(複数回答可)

- 現在のレセコンコンピュータでとくに支障がない 5 (31%)
- 電子診療録を導入するコストが負担となる 0
- 適当な電子診療録が市場にない 3 (19%)
- その他の理由→ 6 (38%)

需要がないから
電子診療録と謳ってよい商品はまだ存在していないのではないかと

- 提供側には、現在のレセコンもしくはカルテコンで、現在の診療報酬請求およびカルテ作成において支障がないと考えている。
- また、これ以上機能を追加して、電子保存の三原則を満たす電子診療録にしても、費用負担や入力項目の増加などの負担により、現場より敬遠され、そのために開発も進まないと考えられる。
- 電子診療録だからこそできる医療連携や、医療記録の真正性などを適正に評価し、電子診療録システムの市場を創造し、将来の医師の健康情報の記録に、歯科も反映できるようにすべきではないかと考える。

歯科におけるレセコンコンピュータの現状(アンケートを通じて)

レセコンコンピュータから印刷し歯科医師が署名又は記名押印した紙カルテの真正性について、入力者、印刷日時、印刷履歴は担保されていない。

- 実際、レセコンをカルテ印字補助システムとしての利用しており、カルテ記載内容の真正性確保より入力の利便性が優先される傾向がある。
- ただし、印刷時に診療録になるために必要なデータを入れる機能は、ほとんど満たしているため、業界では、カルテコンと呼ばれている。
- また、保険診療の算定ルール上のチェックとしての利用し、部位+病名による加算(診療入力)は、保険請求ルールに沿って、各ベンダーが操作面での独自性を持ったナビゲーション、アラート機能を提供している。そのため、ベンダー間の互換性を失っている。

歯科における電子診療録の現状と方向

- 歯科において、「電子保存のための三原則」に照らし、電子診療録システムと呼べるものが存在しない。
- 個人開業医の多い歯科において、現在のレセコンコンピュータで特に不満を感じていない。
- 電子診療録システムへは、開業医にとって投資がかなりかかり、導入の明確な必要性を感じていない。そのため需要なく、企業の開発も遅れている。
- 電子診療録システムにすれば、単純に処置内容の記載だけでなく、所見や保険使用材料や器具、指導内容などをコンピュータに入力しやすくなるが、現状では紙に十分記載していないので、より時間がかかる。しかし、本来記載すべき項目を具体的に指導し、電子診療録のほうが効率的であることを知らせる必要がある。

特に、1号カルテ用紙の記載ルールに従った記載が求められ、中でも歯式の絵の上に初診時所見および口腔内審査所見の記載が必要であるので、備忘録でなく医療記録としてしっかり記載することを求めることに、システムに組み込む。

歯科における電子診療録の現状と方向

- レセコンで印刷した紙での修正と比べて、完全電子化すると修正の方法や履歴の管理などシステムが複雑になるが、真正性確保のために必要であると教育が必要である。
- 電子診療録化を行う上で、ベンダー個別に整備するのではなく、マスター、保存形式、情報交換形式の標準化が重要である。レセコンオンラインに必要なマスターは整備されたが、診療録記載に必要な保険材料、所見などのマスターを整備し、機種交換、情報の収集など標準的な情報格納のフォーマットが必要である。
- 診療に係る入力内容に対する整合性のチェック範囲が収斂されていない。いわゆる書本がルールブックであるならば、電子点数表も作成され、電子化を目指している現状を考えれば、ルールブックの電子化も早急に行われるべきと考える。
- 地域単独專業など診療費の公的補助などを組み込める保険請求の仕組みを構築する必要があると考える。

歯科における電子診療録の現状と方向

- 歯科特有の2号カルテ用紙の様式から、診療内容の記載のほかに、電子化する場合、紙カルテの名残である処置項目別の点数、及び一日、月給めの一部負担金額のカルテ記載については制度改正を含め再考が必要である。
- 療養担当規則では保険診療と保険外診療を分けた診療録の記載・管理が求められている。

電子診療録システム内で診療情報データの格納を分離?
表示だけの分離?
紙時代には考えなかったことが起こっており、新しいルールが必要である。

一生涯一診療録という考えから、電子診療録では一人の健康情報として管理できるシステムを目指していくべきと考える。

まとめ

- 診療録は、診療を行った医療記録であり、医療の正当性を示す証拠でもあり、診療報酬請求の根拠となる書類である。それに対して、レセプトは診療行為の対価を請求する書類となる。
- 医療現場での効率化を考えると、電子化によって、診療録より必要な時に必要な形に変えて情報が取り出せる仕組みが望ましい。そのためには、全体を見渡したうえで、電子化の時代にあったルール・システムを祖語のない形で構築することが重要である。

保険診療における電子カルテ運用のためのガイドラインの必要性



やって良いこと
悪いこと

2014.11.6
MIRF / 洛和会ヘルスケアシステム
児島純司

Copyright © 2014 KDHMA. All Rights Reserved.

電子カルテ導入と保険診療

- ・ 病診連携(医医)、地域包括ケア(医医介)での情報連携には情報のデジタル化が不可欠である
- ・ 結果、紹介/逆紹介/地域連携パスなどにおいても情報のデジタル化が功を奏している



- ・ しかし、我々が知らない間に(?)、電子カルテシステムが保険診療上の問題を作り出している事があり、監査時にトラブルとなっている。

Copyright © 2014 KDHMA. All Rights Reserved.

医師側

電子カルテが故に出来てしまうこと

- ・ C/P → **何が悪い!**
- ・ 自動入力、定型文入力 → **なぜ悪い!**
- ・ 自動算定 → **便利やんか!**
- ・ 電カルーレセコン連携 → **どこが悪い!**

...と考えて
しまいます。



Copyright © 2014 KDHMA. All Rights Reserved.

監査側

電子カルテが故に出来てしまうこと

- ・ C/P → **何が悪い!**
- 本当に診療していますか?
- ・ 自動入力、定型文入力 → **なぜ悪い!**
- 本当に診療されましたか?
- ・ 自動算定 → **便利やんか!**
- 医師が意志決定しましたか?
- ・ 電カルーレセコン連携 → **どこが悪い!**
- 病名が異なりますが? どちらが本当?
- そもそも医師が病名決定していますか?



Copyright © 2014 KDHMA. All Rights Reserved.

勝手な解釈では許されない(1)

- ・ 繰り返し実施する「検査セット」「DO」は多忙な医師には不可欠!
- しかし...
- 不要な検査項目を除外する機能が無い
- 結果、多くの患者に毎回同じ検査が繰り返されていて、オーダーした医師も どの項目が実施されているかウル覚えである

無駄な検査では?
医師の判断による検査?



Copyright © 2014 KDHMA. All Rights Reserved.

勝手な解釈では許されない(2)

- ・ 大学から来る非常勤当直医は、当日病院に来てからでないと名前も分からない... ID,PWは仮で設定しても仕方ないよね!
- 当直医1
- LOGIN ID,PW → いつもの

三原則違反



Copyright © 2014 KDHMA. All Rights Reserved.

よく分からない!...では済まされない

- ・ 医療現場は医師が守る! でも...
- 忙しい、保険診療に関する通達文書はなんだかよくわからない、そもそも現場の医師が読む必要があるの? 事務員で良いのでは?
- さらに電子カルテになって「知らない間に」保険診療違反しているって言われても...?
- ・ こうしたらアカン! ここは注意! という「保険診療における電子カルテ運用のための分かりやすいガイドライン」がない
- 病院だけでなくベンダーにとっても必要では?

Copyright © 2014 KDHMA. All Rights Reserved.

B009 診療情報提供料(I)

- ・ 通知
- (3) 紹介に当たっては、事前に紹介先の機関と調整の上、下記の紹介先機関ごとに定める様式又はこれに準じた様式の文書に必要事項を記載し、患者又は紹介先の機関に交付する。また、**交付した文書の写し**を診療録に添付するとともに、診療情報の提供先からの当該患者に係る問い合わせについては、懇切丁寧に対応するものとする。
電子カルテ記述が原本では?
それとは別に複写(紙)保存?
それともスキャン(紙→電子)保存?
→同様の通知
喘息治療管理料、重症喘息患者治療管理加算、退院時共同指導料1、退院時共同指導料2、地域連携診療計画管理料、地域連携診療計画退院時指導料、がん治療連携計画策定料、認知症専門診療管理料、外来化学療法加算、疾患別リハビリテーションリハビリテーション総合計画評価料、輸血料、入院診療計画書、入院および退院の証明、退院調整加算、短期滞在手術基本料、小児食物アレルギー一負荷試験、手術文書説明書...

Copyright © 2014 KDHMA. All Rights Reserved.

CASE1: システム内の病名

- 電子カルテ・DPC入力支援ソフト・レセプトの3つの病名が異なる場合
 - システム間の病名連携ミス
 - 定期的に病名連携を確認する
 - 不完全ならシステム修正する
- 医師が転帰をつけず、システムが自動的に転帰をつける仕組みになっている
 - システムで「やってはいけない」自動処理
 - 定期間経過後に自動的に「中止」となる
 - 自動転帰処理を止める



CASE2: 代行入力の不適切な運用

- システム上に代行入力とその承認の仕組みが無い
 - システム上の問題
 - 代行承認機能付きシステムを購入する
 - OR 代行承認した事実をカルテに記述する
 - OR 代行入力を止める
- 傷病名登録欄に入力した事務職員の名前で病名が登録されている
 - 事務が傷病名をつけたことになる
 - 病名決定=診断は医師の仕事
 - 事務員の病名登録を中止する

CASE3: 真正性、見読性、保存性

- 電子カルテ記録者名が「呼吸器科医師」「事務123」等で個人が特定できない
 - 特定できないIDの設定が存在する
 - 上記のようなIDの廃止(運用)
- 書類毎に何を原本(紙・電子)とするかの取扱いが不明確、PWが5年間同じ
 - 運用マニュアル不良
 - マニュアルの整備
- 画像診断システムに記載された放射線科の二次読影医(専門医)の名前が、電子カルテ上では表示されない
 - 診療報酬請求に必要な情報
 - 表記させる(システム改修が必要)



CASE4: 医学管理・在宅医療・精神科専門療法

- 必要記載を入力する仕組みがない場合や、入力のための仕組み(医学管理オーダー等の入力メニュー)があっても現場で使われていない
 - システム上入力機能が無い
 - システム未使用...なのに管理料等自体は自動算定
 - 入力画面を作る(システム改修が必要)
 - 医師へ入力の必要性を説明し自己チェックする
 - 記述が無いときの自動算定を中止する(システム改修が必要)
- テンプレートをを用いた記載内容が画一的で個々の患者の容態にあっていない
 - システムによる入力アシストを超えた画一的入力機能
 - 複数のテンプレートやFREE TEXT入力をする
- 薬剤情報提供料について、デフォルトで「提供する」チェックボックスがオンになっており、必要性のない患者にも提供されている
 - システムによる入力アシストを超えた画一的入力機能
 - 過剰な請求に繋がってしまう
 - デフォルトを再考する

CASE5: 臨床検査

- 前回の検体検査を繰り返し実施する操作(DO)が簡便/画一的である。結果的に不要な項目も併せて繰り返し実施している
 - システムによる入力アシストを超えた画一的入力機能
 - SETやDOIは省力上必要だが、各項目毎に削除可能とする
- 結果的に検査が未実施であっても、請求(医事会計)へはオーダー時に流れる体制になっているため誤請求が発生する
 - システム連携不良
 - ・ オーダー=請求ではない
 - ・ 実施=請求
 - システム改修が必要



CASE6: 画像診断

- 画像診断管理加算が、画像診断依頼時、または診断実施時に請求しており、読影レポートが作成/報告された時点となっていない
 - 結果的に要件を満たさない放射線科医(届出していない医師)による読影であっても自動算定
 - 電子カルテとレセコンの連携ミス(請求タイミング)
 - 運用AND/ORシステム改修が必要



CASE7: 投薬・注射

- 医師が何度も修正(オーダー取り消し+再オーダー)を行った際に、請求処理が不適切に行われて、修正回数分の請求が発生
 - システムの連携不足(修正時のレセプト処理の不具合)
 - 自院のシステムで大丈夫か確認する
 - システム改修が必要
- インスリンの請求時に、単位変換を手入力で行うために誤入力し、実際の使用量の100倍を請求
 - さすがに100倍ではアラートが出るか?
 - 誤請求の内容によっては、医療事故につながるかどうかまで確認が必要になる場合もある
 - システム改修が必要



CASE8: リハビリテーション

- リハビリテーションの部門システムで、開始・終了時刻が画一的な記録(20分単位など)しかできず、次の患者との間にタイムラグが一切無い
 - システムの設定ミス
 - 同じセラピストがベッドサイドでリハビリテーションを行う際、患者の病棟が離れているのに、前患者の終了時刻と次の患者のリハ開始時刻が同じ
 - 栄養食事指導料なども同様の事例あり
 - 予約システムの延長上に構築された仕組み
 - システム改修が必要



CASE9: 入院時食事療養

- 特別食の入力権限の設定が医師以外でも可能
→権限設定・代行入力のあり方
- 治療上の必要性や患者の病態になく食事内容と傷病名から自動的に特別食が算定される仕組みとなっている
→特別食を入力したことを医師自身が認識しにくい

Copyright ©2014 KD/IMA, All Rights Reserved.

17

CASE10: マスター登録・その他

- 医事のマスターが誤っていて、実際に行われた検査・画像診断・処置や使用された薬剤・特定保険医療材料と異なる内容の請求となっている
 - 電子カルテ・医事・材料の3つのマスターがみな違う
 - 長期にわたって、誰も気がつかない
 - 各システムが標準マスターの使用すべきか...
- 検査や処置等に際して使用する薬剤が処方・注射オーダーとなっているため、処方料・調剤料や注射実施料が算定されている(薬剤料請求はok)
 - 電子カルテ→レセコンの情報連携ミス

Copyright ©2014 KD/IMA, All Rights Reserved.

18

CASE11: 管理体制

- 管理運用体制が「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に準拠していない
 - 管理運用規定を定めていない
 - 規定に定めている監査担当者による監査を実施していない
- ID・PWの管理が不適切である
 - 1つのIDを複数の職員で使用している
 - 退職・異動した職員のIDが有効のままとなっている
 - PWの更新期限の設定が無期限など不適切
- アクセス権限の付与の範囲に問題がある
 - 必要性の乏しい職種(看護助手など)に無制限にアクセス権限を付与

Copyright ©2014 KD/IMA, All Rights Reserved.

19

適切な保険診療のために ~わかっているなら教えてよ~



Copyright ©2014 KD/IMA, All Rights Reserved.

20

監査で指摘指導された情報の共有化

- 匿名でも良いので積極的に指導された内容を公開し、同じ過ちをしない!勝手な判断はしない!ようにすべき
 - 指摘指導情報の公開
 - 病院向け
 - ベンダー向け
 - 同改善情報の公開
 - 病院向け
 - ベンダー向け
- 上記指導内容/改善事例を掲載した「保険診療における電子カルテ運用のためのガイドライン」作成が必要では

Copyright ©2014 KD/IMA, All Rights Reserved.

21

保険診療における電子カルテ運用のためのガイドライン作成に向けて...

1. 指摘事例の公開
 - どこに公開するか?
 - 指摘事項
 - 保険診療上守るべき項目
 - 何が問題か → 意外と理解できていない
2. 対応策の公開
 - システム改修対応
 - 改修が必要なシステム一覧表
 - 改修コスト
 - 運用修正対応
 - 修正事例やPOINT公開
 - マニュアル整備
3. 制度改訂
 - 多忙な現場運用にマッチしていない事例を議論
 - 必要ならば制度改訂を要望

Copyright ©2014 KD/IMA, All Rights Reserved.

22

保険診療上問題とならないように... 電子カルテ機能追加やカスタマイズ時も ガイドラインの基で

- 余計なアシスト機能
- 便利度優先機能
- 不完全な連携機能
- バグ(カルテ情報消失)

Copyright ©2014 KD/IMA, All Rights Reserved.

23

適切な保険診療



Copyright ©2014 KD/IMA, All Rights Reserved.

24

保険診療における電子カルテ運用のためのガイドライン(案)

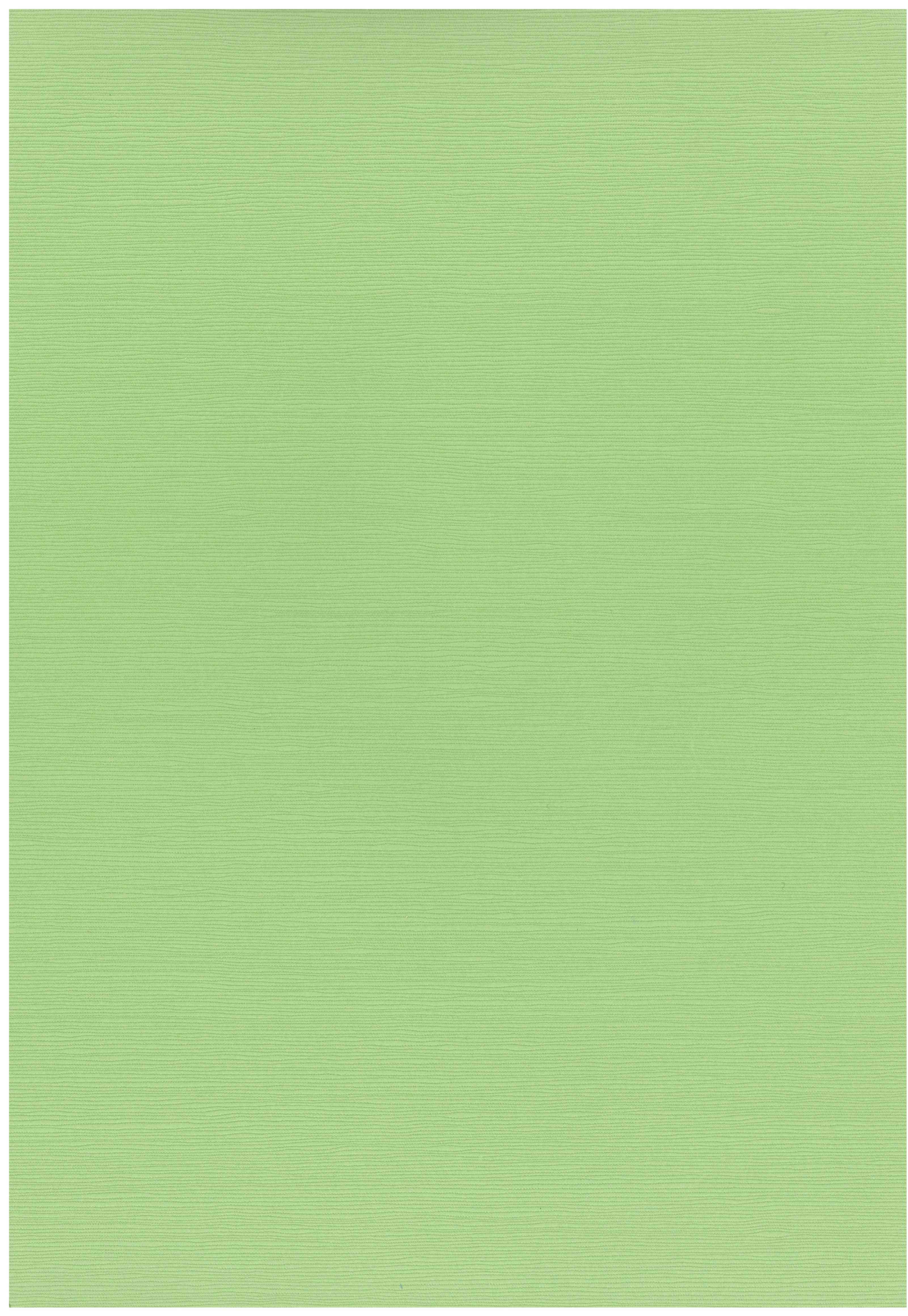
保険診療における電子カルテ運用のためのガイドライン (案)

- I. はじめに。
- II. 保険診療とは。
- III. 保険診療とIT化。
- IV. (運用上)守るべきIT化の条件
- 1. 情報管理機能
- 2. ID管理体制
- 3. 真正性
- 4. 信頼性
- 5. 監視性
- 6. マスター作成ミス
- V. (診療上)守るべきIT化の条件
- 1. 診療録
- 2. オーダー
 - (ア) 処方指示
 - (イ) 処方
 - (ウ) 注射
 - (エ) 放射線
 - (オ) フォトリソ
 - (カ) 真実
 - (キ) その他
- 3. 薬剤処方
 - (ア) 持病管理情報
 - (イ) 処方履歴の管理情報
- VI. やってはいけないIT化。

まずは、監査事例集が
良いかもしれません！



Copyright © TERADAMA. All Rights Reserved.



『高度電子情報化した適正な保険 診療体制の構築に関する研究』

— 適正な保険診療を行うための
電子カルテシステム導入時の留意点—

岡山大学病院
合地 明

平成 27 年 3 月

『高度電子情報化した適正な保険診療体制の構築に関する研究』

～ 不適正な保険診療と考えられた事例 ～

I. はじめに

診療録等の記載方法については、「診療録等の記載方法について」（昭和63年5月6日付け厚生省健康政策局総務・指導・医事・歯科衛生・看護・薬務局企画・保険局医療課長、歯科医療管理官連名通知）、ならびに「民間事業者等が行う書面の保存等における情報通信の技術の利用に関する法律」（平成16年法律第149号。いわゆる「e-文書法」）及び厚生労働省令が施行され、作成した医師等の責任が明白であれば、作成・保存することを義務付けられている文書等の電磁化が認められている。

現在、診療現場での電子化は診療記録（ワードプロセッサ機能）に止まらず、オーダー機能、クリニカルパス機能が付加された電子カルテが普及してきた。その安全管理については「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン 第4.2版」が存在し、記録、保存、安全管理など適正な診療記録の指針となっている。

電子カルテを含めて診療現場の電子化が高度に進む中、作成・保存・管理に関する本ガイドラインに加えて、適正な保険診療のためのガイドラインも必要ではないかと考えている。例えば、多忙な現場の簡便性・容易性を重視し過ぎたシステムカスタマイズの結果、意図していない事態（保険診療から逸脱した事態）が発生する場合もあり、このような行為を発生させないためにも必要である。厚生労働省科学研究 H25－政策－一般－009 『高度電子情報化した適正な保険診療体制の構築に関する研究』では、まず電子化により発生している保険診療上不適切と思われる事例を明らかにした。これらを整理公開することで意図していない不適切な保険診療体制を回避できればと考えている。また、診療現場、電子カルテ開発ベンダー、さらには保険診療審査など多方面から本事例集が役立つことを願っている。

II. 保険診療の基本

医師が診療するに当たり守るべき公的ルール（診療報酬点数表（要件事項含む）、療養担当規則、健康保険法等の関係法令、通知等）がある。このルールに基づいた診療を保険医療機関に勤務する保険医が行った場合、その診療の対価を、診療を行った医師に支払うことが保険診療の原点である。

近年医療機関の電子化は複雑化し、予期せず適正な保険診療体制から逸脱している場合がある。本研究では適正な保険診療体制のなかでも電子化が関係する部分のみを抽出し、具体的な事例とその問題点、考え方を示しました。なお、本事例集は、保険請求を可能とするためのテクニックを示すものでも、医療のIT化促進を否定するものでもない。過度なIT化の事例を示すことで、IT自動化によって発生する医師が介在しない診療体制（自動記録等）を禁止し、逆にITアシストによって医師や看護師等の業務軽減がはかれ、また必要事項の記述を促すことで適正な保険診療が守られる体制の事例を示したものである。

Ⅲ. 高度電子情報化した適正な保険診療

1. 保険診療は医師がするもの

診療は医師の意志決定、判断によりなされるものである。極端な例をあげれば、医師ではなく、システムが診察時の病名に関連した検査セットを選択・自動的にオーダーしてしまう。このような仕組みを IT で実現することは容易であり、かつ現場の医師の業務軽減(?)にはなる。しかしながら、医師が病名決定をしたとしても、その後の自動オーダーが保険診療かと言われるとそうではない。医師が患者毎、その病態毎に適正な検査項目を選択してオーダーされるべきである。

2. 自動化とアシスト機能

IT 化による効率化(テンプレート等)やアシスト機能(記入漏れ防止、禁忌アラート等)は有用であり進めるべきであるが、医師の判断が無いままにオーダーしてしまう自動化には問題が残る。このように IT 化で可能な効率化や医師の業務軽減であっても、上記のようにやってはならない過度の効率化もあり、結果的にシステムによる不適切な保険診療に繋がってしまう事例がある。これら事例を公開することは、IT によって適正な効率化を期待する診療側、現場に役立つ IT を開発しているベンダー側にとっても有益な情報であると考ええる。

3. 病院システムの複雑化

病院内には電子カルテ、レセプトコンピューター、DPC 入力支援、PACS (医療用画像管理システム)、検査システム、リハビリシステム、人事管理システム、経営管理システム、DWH 等多くのシステム、異なるベンダーのシステムが存在する。それぞれがネットワークを通じて複雑に連携しながら情報処理を行っている。

4. 院内システム連携機能チェック

病院内には前述した通り多くの部門システムが存在し、またひとつの電子カルテシステム内においても複数のプログラムが存在する。ユーザーである医師や看護師は、それぞれのシステム間、ましてや電子カルテ内のプログラム同士の連携は正確に行われていると当然なこととして信じている。

信じるためには、放射線治療システム、麻酔システム、手術システム、薬剤システム、検査システム等とどのように連携がされているかシステム関連図は必要である。また、連携確認(例えば時刻同期)はベンダーに依存していると考えられるが、連携確認項目と確認表は病院が把握しておくべきである。このように診療側とベンダー側間の緻密な意見交換・確認作業は必要である。

Ⅳ. 高度電子情報化で守るべき基本事項

電子カルテ等医療現場でシステム化が進む中、病院規模によるシステムの違い、ベンダー

毎の相違、パッケージ型かカスタマイズ型か、それとも病院が自社開発したものかなど、それぞれの理由がシステム機能の違いとなっている。適正な保険診療のための多くの機能を持つシステムもあれば、一部の機能を備えていないシステムもある。

適正な保険診療のためにシステム改善することもあるが、IT を使用するうえで守るべき基本事項（運用）がある。

1. 三原則

三原則（「真正性」、「見読性」、「保存性」）を厳守することは保険医療機関ならびに保険医は理解しているはずであるが、例えば予定していた当直医（非常勤、ID 登録済み）が突然のアクシデント（緊急手術等）で業務が困難となり、代行当直医として急遽「真正太郎」（ID 未登録の非常勤医師）が当直した。急な変更であったため電子カルテ記載権限を持つ医師を「真正太郎」と設定することが出来ずに、やむを得ず（緊急用に準備している誰でも使える医師 ID）「医師 A とパスワード」を使用させて診療記録を行った。現場感覚ではやむを得ないのかもしれないが、これでは誰が記述した診療記録かを確認することができないため真正性が保たれていないこととなり不適切となる。

2. IT 運用の周知徹底

近年、適正な保険診療を行うために（例えば、必要項目の入力を促す）アシスト機能をもった電子カルテシステムがある。しかし、その機能の意味を医師や看護師等に周知していなかったり、機能は知ってはいるものの使用していなかったり、機能が存在するだけで実際の現場では使用に耐えないものまでさまざまである。つまり、高度電子情報化の診療体制下では IT 運用体制の整備と周知徹底が重要となる。

3. IT による過度な効率化問題

IT 化による医師・看護師・患者などの効率化やリスク軽減は実現すべきである。しかし、過度な IT 化で自動入力や自動算定、さらに算定誘導をすることは医師の判断が関与しない保険診療であり不適切と言える。適切な効率化なのか過度な効率化なのかについて、V. で記述する事例と照らし合わせながら議論する必要がある。もちろん、自動的に必要事項の記載を促すシステムや、自動的に禁忌などをチェックさせるシステムは必要である。

4. 標準マスター

病院で使用するシステムには MEDIS から提供されている標準病名マスター、標準医薬品コード、臨床検査マスター、手術・処置マスター等が使用されている。しかし本マスターに未掲載のものがあった場合、病院独自のコード設定をすることがある。システム間で独自コードであっても統一すべきであり、また本コードに紐づく別システムもコードが同じでなければならない。

V. 不適正な保険診療と考えられた事例

本研究では、限られた病院ならびにベンダーへのアンケート等で情報収集された不適正な保険診療事例、ならびに関東信越厚生局より出されている事例の中から、IT が関与すると考えられる事例のみを抽出し、その原因となった問題点、考え方を記述する。

考え方については、大きくはシステム対応、運用対応の二つに分類できるが、IT 化による解釈の相違も課題として残る。

1. DPC 制度における医師の責務－医療資源を最も投入した傷病の決定

診療は、自覚症状や他覚症状から病気を絞り込み、必要な検査等をおこなって医師が傷病名を確定する。緊急度によって処置・治療を優先することもあるが、基本的には本傷病名にしたがって治療が実施される。この一連の流れの中で IT 化を問わず傷病名（疑いを含む）の記述が重要である。したがって傷病名と関連する検査であり、関連する処置・治療がカルテから読み取れることが重要となる。また、傷病名に基づいて選択されたクリニカルパスや退院時サマリーの内容に整合性が担保されていることは当然である。

(1) 問題事例

(1)-1 傷病名と検査・治療内容・サマリー間に整合性がとれない。

(1)-2 鼻出血、喀血など状態、症状を表す R コード（診断名が明確になっていないコード）が多い。

(1)-3 例えば胃の悪性新生物（C16）とされても部位記述が無い傷病名となる。噴門部なのか胃体部なのか胃底部なのか不明な記述である。このように部位が不明な傷病名（.9 コード）が多い

(2) 問題点

IT 化が直接の問題ではないが、電子カルテの場合、カルテ記述者が医師事務作業補助者、研修医、指導医と複数になる場合がある。しかし記述者が異なったとしても傷病名と検査・治療内容・サマリー間に整合性が無いのは問題である。また、傷病名が確定されるまで状態や症状（R コード）を使用することもあるが、最終的に原因傷病名が明確になった時点で（部位を明記した）傷病名を記述するべきである。

(3) 考え方

傷病名が確定する前に R コードを使用することは何ら問題ではないが、可能な限り退院時（最終的には）に（部位を明記した）傷病名の確定を行う。これに関しては R コードや.9 コード疾病名に対してアラートを出す等 IT でアシストが可能と考える。

なお、傷病名－検査－治療－サマリーの整合性については IT アシストが難しく指導医

または主治医がその関係性を確認する。

(4) その他

入院時に決定された傷病名が自動的に「入院診療計画書」「クリニカルパス」の病名欄に転記される場合がある。例えば悪性新生物の告知が未だの患者への診療計画説明時に、同書類が手渡されてトラブルになる場合がある。特に病名の自動転記については職員間で周知する必要がある。

2. 電子カルテにおける診療録記述

診療記録は紙媒体、電子媒体を問わず医師法 第 24 条、療養担当規則 第 8 条、22 条に規定されているとおり「保険医」の責務です。つまり、保険医である「どの医師」が記述したものか特定できる必要があります。紙媒体の場合、筆跡や捺印、署名で特定できますが、電子媒体の場合では筆跡はなく、捺印もできないため、LOGIN した医師 ID 情報に基づいて判断されます。電子カルテ上にも誰が書いたものか表示されています。

(1) 問題事例（真正性問題）

(1)-1 一般的に電子カルテに LOGIN する時に記述者固有の ID 番号とパスワードを使用します。この ID 情報ならびにパスワードが漏洩している、または漏洩しやすい環境にある場合は誰の記述か判断出来ません。※具体的には担当看護師が ID・パスワードを知っている、ID・パスワードをキーボードに貼っている等。

(1)-2 夜間当直や日直医師を院外に依存している病院は少なくありません。病院常勤医師毎に固有の ID・パスワードが配布され管理されているのですが、当直医・日直医の場合当日時間外にならないとどの医師が来られるかわからない場合があります。そのような医師への対応として「当直医」「日直医」という誰もが使える ID・パスワードを設定して使用されているケースがある。

(1)-3 同問題は保険医だけでなく、医師事務作業補助者においても同様である。

(2) 問題点

事例のような ID・パスワード管理方法では、診療録を「誰が記述したのか特定できない状態」、「誰でも診療録を書ける状態」となっており、「適正な保険診療」以前の重大な問題である。

(3) 考え方

(3)-1 運用改善；ID・パスワードは誰にも教えない。掲示しない。定期的に変更する。