

# 1. 電子カルテシステムの導入時の留意点

－システム構築における基本的留意事項－

# 『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出来ればと考えている。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間

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出来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つた場合、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出来るが、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、必要な検査等を行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、咯血など状態、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ないのは問題である。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」が記述したものが特定出来る必要があります。紙媒体の場合、筆跡や捺印、署名で特定出来ますが、電子媒体の場合では筆跡はなく、捺印も出来ないため、ログインした医師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ログイン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もあります。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出来ない状態」、「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。

システム改善；定期的に変更を促すシステムを導入する。

(3)－2 ID登録では原則医師名を明確にする。ただし、深夜等でID登録がやむを得ず出来なかった場合は、例「中身が見えない封筒」にその日の当直医師に限り使用出来るID・パスワードを入れておき診療する。※翌日そのID・パスワードを誰が使用したのか記録し、後日診療記録者が誰であったのかトレース可能にする必要がある。

## (4) その他

医師事務作業補助者が診療記録を代行記述した場合は、保険医が責任を持って確認しなければならない。→ 電子カルテ上に医師が確認した記録が必要である。

## 3. 療養上の医学管理

### 3.1 特定疾患療養管理料

特定疾患療養管理料（200床未満、診療所が月2回算定可能）では「治療計画」と「指導」など管理が必要となります。したがって、該当病名の患者すべてに算定出来ないし、例えば検査だけして治療計画や指導の記録が無い場合は算定出来ない。



(1) 問題事例

(1)-1 該当病名時（例えば糖尿病）に自動的に算定されるようになっている。

(1)-2 電子カルテ上に「治療計画」「指導」の記述がない、または定型文で記述されている、自動的に定型文が記述される。

(2) 問題点

医学的な管理を医師が実施している場合に算定するため、システムが自動的に（勝手に）入力したり、（同一病名であっても）すべての人に同じ記述がされている場合、そもそも何処に記述されているのかわからない場合など適正に管理されているとは考えにくい。

(3) 考え方

(3)-1 該当病名で自動算定されることなく、あくまでも医師が医学的管理をすることで算定可能となる。例えば「医学管理」をオーダーシステム化することで必要項目記述を漏らすことなく適切な医学管理が行えると考える。

(3)-2 上記オーダーにより「治療計画・指導」の記述欄が設定されている。無論本記述欄に自動記録（定型文が自動的に入力される）はシステム上してはならない。定型文章は必要と考えるが画一的ではなく、複数の選択肢があり医師が患者毎に選択出来ること、かつ患者固有の記述が必要であり、フリーテキスト入力出来ることがシステムに求められる。その入力が必要とされてはじめて請求可能となる。

(4) その他

### 3.2 在宅時医学総合管理料又は特定施設入居時等医学総合管理料

在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に月2回以上の定期的な訪問診療を行っている場合に、月1回に限り算定する。したがって、通院が困難であること、患者の同意が確認出来ること、また在宅療養計画および説明の要点記録が無い場合は算定出来ない。

本事項は4.1.2医学管理料と同様に自動算定することなく、オーダーシステム化することで各必要項目の入力を促し適切な管理が可能と考える。



## 4. 検査

### 4.1 検査実施後の請求

検査は実施された後に保険請求されるべきである。

#### (1) 問題事例（過剰請求）

(1)-1 例えば、検査があることを忘れて帰宅した場合、採尿出来なかった場合など検査オーダーはあるものの検体がなく当然検査は実施されない。しかしオーダー時に既に請求が完了しているため過剰請求となっているケースがある。

(1)-2 細菌検査では「培養同定」「感受性」を一連の検査として実施する場合があります、同請求を検体採取日に請求しているシステムがある。仮に検体が採取出来ても細菌が培養されなければ「感受性」は実施出来ず過剰請求になる。

#### (2) 問題点

電子カルテシステム（オーダーリングシステム含）ではオーダーと同時に保険請求するシステムになっていることがある。つまり検体採取が未完了、検査実施が未実施、不確定（細菌薬剤感受性検査）な時点でレセプトシステムへ請求情報が送信される仕組みがある。

#### (3) 考え方

(3)-1 オーダー時にレセプトコンピューターへ請求情報を送信することは止め、採血時（例えば採血室で採血管に貼るバーコードラベルを発行した時点）に同送信をするシステムへ変更することで軽減出来る。

〈検体検査 請求タイミング例〉

診察 → オーダー（医師） → 採血管ラベル発行（採血室） → 採血 → 検査実施

↓

レセコンへ請求情報

(3)-2 細菌検査においては、「培養同定」と「感受性」の保険請求は別のタイミングで行う。例えば感受性は感受性結果が電子カルテに入力された時点で請求する等である。ただし、外来では感受性結果が入力された時点で患者は軽快し再来しない可能性もあり、病院としては未請求となってしまう。

〈細菌検査 薬剤感受性検査〉

診察 → オーダー（医師） → 検査結果受信（検査システムから受信）



レセコンへ請求情報

#### (4) その他

厳密に言えば電子カルテが検査結果を受信した時（検査完了時）に請求情報をレセコンへ送信すべきであるが、検査結果が出るまでに数日を要する項目もあり、少なくとも検体採取時点（例；採血時点）をもって、検査が実施されるであろう見込み点とし請求情報をレセコンに送信するのが現実的であると考ええる。

### 4.2 検査項目の計画性、根拠

診療上必要があると認められる場合に実施する（療養担当規則 第20条）とある。※研究目的や健診目的の検査は保険診療としては認められない。検査オーダーのシステム化の歴史は古く電子カルテ導入以前より使用されている。

#### (1) 問題事例

(1)－1 医師が何ら根拠も持たずに検査を実施することはないと考えるが、電子カルテになることで容易に検査をオーダーし易くなっていることは事実である。例えば、医師毎に独自の検査セットを作成することが可能になり（※これ自体は、病院全体の画一された検査セットが無くなる等IT化のメリットでもある）、自分が担当している患者すべてに画一された検査（セット検査）を実施している場合がある。同じ専門診療科で同じ病名の患者であったとしても、患者の状態、治療状況が異なることから画一された検査のみが実施されている。

(1)－2 CRP等短期間繰り返される検査がある。

#### (2) 問題点

医師毎の独自のセット検査を基本として検査することは問題無いが、本医師が担当するすべての患者に対し、画一的に実施しているのは問題である。また、感染症や糖尿病だからといって定期的にCRP、HbA1cなどの検査を（例えば毎日）繰り返しているのは必要性を疑ってしまう場合がある。

#### (3) 考え方

医師は自ら作成したセット検査を利用しつつも画一的にならず、患者の状態を診ながら不要な項目の削除、ならびに必要な項目の追加をする。

(3)-1 医師毎の独自のセット検査は効率的としても、セット検査を基本とした場合、医師が患者の状態を判断したうえで、不要な検査が削除可能な仕組み、また必要な検査を追加出来る仕組みがシステム上必要である。

(3)-2 同一項目が短期間に繰り返しオーダーされることに関しアラートを出すシステムはないが、同システムが存在すれば検査の繰り返し防止に働く可能性がある。しかし、臨床上必要な場合（例えば急性心筋梗塞時）もあり、また短期間の定義が傷病名によって異なるため難題でもある。

(4) その他

## 5. 画像診断

### 5.1 画像診断管理加算

通則・通知に基づき、(a) 専ら画像診断を担当する常勤医師（条件有）でなければ算定不可、(b) 読影結果を文章で患者を担当する医師に報告しなければならない。また (c) その写しを保存する。

(1) 問題事例

(1)-1 条件を満たす医師の退職、異動により算定要件を満たさなくなった時の算定。

(1)-2 外来患者では画像診断結果が報告されるタイミングが外来診察時間内とは限らず、また画像診断はしたものの次回診察に来られなかった場合。（請求漏れ）

(2) 問題点

算定条件を満たさなくなった場合は算定出来ない。本来運用で該当医師の存在確認をすべきである。

(3) 考え方

運用対策で要件を満たしているかの人為的なチェックでは確認漏れが発生する可能性もある。例えばレセコン側が同算定時に、常勤医師マスター（\*1）等と照らし合わせ算定要件（医師の存在 .AND. 報告書の記述 .AND 報告書の作成日時）を満たしているかシステム側で確認、算定出来ない場合にはアラートを出す等の新たなチェックシステムが必要かもしれない。

医師マスター（\*1 例）

医師名	常勤	専門診療科	経験年数	専門医	指導医	専従性
厚労太郎	○	放射線読影	12年	○	○	○
厚労花子	○	放射線読影	3年	×	×	○
厚労一郎	×	放射線読影	5年	○	×	×

(4) その他

4.9 麻酔管理料についても同様であり、医師マスター内に「麻酔科標榜医」が管理されていれば算定要件の確認作業は容易となる。

大学では大学人事と大学病院人事管理体制が異なっているため管理が複雑である。

## 6. 投薬・注射

患者の状態により、投薬・注射の処方に変更されることがある。特に重症患者においては頻回に変更されることがある。

(1) 問題事例

処方・注射オーダーにおいて、(重症患者等においては) 頻回に追加、中止、中断、修正されることがあるが、それに基づいた請求情報が適切にレセプトコンピューターと連動していない場合がある。

(1)-1 オーダーそのものを中止した場合

一度も投薬されることなく中止した場合は請求されない。

(1)-2 投薬実施中に患者の状態が変化し投薬を中断した場合

一定期間投薬後(症状が改善されたので)投薬を中断した場合、中断までの投薬分が請求される。

(1)-3 オーダーを一部修正した場合

(2) 問題点

追加、中止、中断、修正された投薬・注射処方情報を区別し適切に請求情報としてレセプトコンピューターが処理出来ているかどうか問題である。つまり、1オーダー毎に請求情報を送信しては、例) オーダー直後に削除された場合一度も投薬されないまま請求することになる。

(3) 考え方

(3)-1 運用対応

修正、中止、中断、修正の単語の違いを職員に理解させることは当然ながら、電子カルテ上での処理の仕方(使い方)を熟知させる。

(3)-2 システム対応

システム間(特に電子カルテ-レセプトコンピューター間)の適切な情報処理機能の確認が必要。例えば1オーダー毎に請求情報がレセコンに送信されてはならない。日々の、または投薬ごとの請求情報がレセコンに送信されることが望ましい。これは現場の医師や看護師

ではチェックが難しいので、院内SEまたはベンダーに確認する。

#### (4) その他

処方箋は、傷病名に従ってなされるものであるが、処方が先行し、本処方箋に必要な病名がpop upされることはレセプト病名を助長させることになるので好ましくない。

#### (参考) 4.5.4 不適切な投薬・注射

禁忌処方箋は、ほぼすべての電子カルテシステムでリアルタイムにチェックされており、IT化のメリットと言える。しかし、病名と薬剤についてのチェック（禁忌病名）についてはパッケージとして提供していないシステムが一部見られた。注射に対する適応外アラームに対応していないシステムが散見された。（平成25年度－政策－一般－009報告書参考）

## 7. リハビリテーション

リハビリテーションの診療報酬点数は、リハビリ実施時間（単位数）によって決定する。20分1単位とし、1日提供量の上限、疾患毎のリハビリ提供可能期間が設定されている。起算日（リハビリテーション開始日）が明記され、かつ区分（心大血管、脳血管疾患等、運動器、呼吸器、障害児、がん患者、認知症患者）を決定することで算定期間の管理は電子カルテ側（または部門システム側）で容易に可能となった。

#### (1) 問題事例

リハビリテーションは計画的に実施されるため予約表等で管理される。先述したとおりリハビリテーションの診療報酬は実施時間（単位数）によって決定するため、本予約表枠が20分毎の設定となっていることがある。あくまでもリハビリテーションを実施している時間が20分であり、準備時間・病棟への移動時間は含まれない。したがって、予約表が20分毎に隙間無く設定されている場合、現実の実施時間は20分以内になっていると想像出来る。

#### (2) 問題点

リハビリテーション予約表が「外来予約表」と同様の考え方（同一プログラム）で作成されている場合に発生する事例と考えられる。つまり、リハビリテーションの予約表に移動時間を考慮されていない場合は問題である。

#### (3) 考え方

問題事例にもあるように、外来リハビリでの移動時間はほぼゼロと考えられるが、病棟間移動で

は移動時間を考慮した予約表（\*2）を作成しなければならない。本問題はリハビリテーション専用の予約ルーチンが必要と考えられ、システム側での解決が必要である。また部門システム側での対応が必要である。

移動時間を考慮した予約表例（\*2）

担当 PT 科研太郎			
時	分	×	○
9	0-10	A病棟 科研花子 2単位	A病棟 科研花子 2単位
	10-20		
	20-30		
	30-40		
	40-50	B病棟 科研次郎 2単位	移動
	50-60		B病棟 科研次郎 2単位
10	0-10	B病棟 科研次郎 2単位	移動
	10-20		
	20-30	B病棟 科研次郎 2単位	移動
	30-40		
	40-50		C病棟
	50-60		

(4) その他

## 8. 麻酔

4.4.3 画像診断管理加算（4）その他を参照

## 9. レセプト

### 9.1 レセプト病名

1患者に記述されている病名は、システム間（電子カルテシステム、レセプトコンピューターシステム、DPC入力支援ソフト）で異なってはならない。

(1) 問題事例

既に議論されているような審査委員会で査定されないためのレセプト病名のように、「検査」「投薬」をするための病名を付けるのは意図的で良くない。しかし、意図せず病名が異なってしまう場合があり注意が必要である。

(2) 問題点

どのシステムが病名を入力してもすべてのシステムが共有することが良い。しかし、システム導入時期が異なる（レセコン5年前、電子カルテ今年）場合、レセコンにある病名数が電子カルテ上

にある病名数よりも多い場合がある。このように意に反して、あたかもレセプト病名のように見えてしまう場合があり、システム更新時には注意を要する。

### (3) 考え方

システム更新時（特に異なるシステムへの更新時）にはすべての病名の継承と確認が必要である。また、病院全体のシステムにおいて病名の相互共有性などはチェックしておく必要がある。

### (4) その他

## 10. 保険外併用療養費制度

### 10.1 自費診療

保険診療では、認められている医療行為に対しての保険請求が可能である。同行為以外を含む診療（評価療養・選定療養を除く）は保険診療としての取り扱いが出来ず、全額患者負担となる自費診療（自由診療）となる。自費対象の医療行為を患者同意の元で医師が選択することは自由であるが、選択された自費診療行為をマスターで（類似した）保険診療行為に変換し、あたかも保険診療を行っているように代替請求する行為はあってはならない。

また、保険診療と自費診療カルテの区別が容易に出来ることも必要である。

### 11. その他

栄養サポートチーム加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算には複数の職種が関わる必要がある。電子カルテは記録者を特定するため1ログイン1使用者となる。本仕様ではチームでカンファレンスや回診を行うときは代表者1名がログインし他のチーム記述を代行することになる。同時に複数の職種が記述するシステムは困難だがその場に複数職種の参加があった記録をする仕組みが必要である。

## Ⅵ. 通知等；紙カルテの解釈と電子カルテ（IT後）の解釈

紙カルテ時代の通知やその考え方が存在する中、IT化されている医療機関では通知等の解釈に迷う場合や複数の解釈が可能な場合がある。

例えば、診療情報提供料算定時等の通知には「交付した文書の写しを診療録に添付する」とある。紙カルテでの「写し」では、患者に手渡した書類の「カーボン複写」または「コピー」と解釈し、カルテに添付することは容易である。しかし、電子カルテの場合、医師が電子カルテ上で作成・保存した「診療情報提供書の原本」を「交付した文章」と解釈すれば、写しをとることなく電子カルテ内に原本



が存在することになる。したがって何もすることなく診療録への添付がなされていると判断される。しかし、患者に手渡した紙書類の写しと解釈すれば、電子保存されている原本とは別に「コピー」したうえで別途紙保存するか、診療録に添付すると記述されているので、さらにスキャンして電子カルテ内に保存しなければならないのか解釈に揺らぎが生じる。

なお、これらは疑義解釈などで明確になると判断している。

## Ⅶ. 適正な保険診療体制構築に関するシステムの考え方

本事例集を通じて、より適正な保険診療体制構築に向けた診療側とベンダー間で新たな情報交流や協議が必要と考えている。なお、各事例に記した適正な保険診療体制の「考え方」は、運用対応、システム対応、解釈の確認、課題に分類される。下記1～2に示すような課題については臨床側だけでも、ベンダー側だけでも解決出来る問題ではないし、病院規模によって考え方が変わる。これらを情報公開し継続して議論することが望ましいと考える。そして、さらに多くの事例が集められることで「高度電子情報化した適正な保険診療体制の構築」に役立つものと考えている。

### 1. ベンダーからの課題情報提供（例）

- (1) 電子カルテに対し（悪意なく）過度な効率化が求められた事例
- (2) ベンダー側への改善情報を提示しなかった結果、システムが未成熟になった事例
- (3) 今後全国へ（パッケージとして）普及させる改善事例
- (4) 電子カルテでの3号用紙の必要性

### 2. 診療側からの課題情報提供（例）

- (1) システム改善ではなく、運用で対応可能だった事例
- (2) 適正な保険診療のためにシステム改修した事例
- (3) システムで適切な保険診療のために期待する新たな対応

## Ⅷ. おわりに

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』で調査された情報を元に、不適正な保険診療の事例を記述した。残念ながら電子カルテ化によって新たに発生している（医師が意図していない）不適切な保険診療事例は確かに存在する。本

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。