



## 電子カルテ

副会長 長瀬 清

厚生省は平成11年4月22日付で、診療録等の電子保存を認める通知を各都道府県に送付した。これまで紙による保存を義務づけていたが、これにより診療録、助産録、医療法上の病院管理、運営記録、調剤録、診療報酬上必要な記録等10種の医療記録のフロッピーディスク、CD ROM、MO等の電子媒体での保存が可能となった。その後6月11日には看護料の算定の際の届出要件となっている看護記録についても電子媒体での保存を認める疑義解釈を各都道府県担当課に送付した。

これより先、昭和63年5月厚生省健政局通知により、作成した医師等の責任が明白であればワードプロセッサ等いわゆるOA機器により診療録を作成することができるとされたことから、少数ではあるが、既に電子カルテを採用、紙に転記し保存している医療機関が見られた。従って、今回の通達を機会に電子カルテを採用する医療機関が大幅に増加することが予想される。

私は昭和58年開業時、将来電子カルテが一般的になることを予測し、カルテ番号は初診時の番号を現在まで通して使用している。考えていたよりは若干ペースが遅いようだが、やがてそのような時代がくるだろう。

電子カルテにすることの目的は、患者の診療情報をその患者のかかる多くの医療機関が共通に活用することによる無駄の排除、カルテ等の保存（近い将来保存期間が10年に延長されることが予測される）に要する膨大な空間の減少、多数の患者の診療情報を集積し分析、検討することによって医学研究に資する等である。

しかし電子カルテ化し医療情報の共有化を図る上で最も注意を要するのは、患者のプライバシー保護が十分に守られるかということである。これ

までのような紙によるカルテは院外に持ち出されなければ個人情報が入ることはふせぐことができたが、コンピューターが外に繋がっている場合には、他に漏れることのあり得ることを頭に入れておかなければならない。

今回の通知で、電子媒体で保存する場合、以下の3条件を満たすことが必要とされている。

- (1) 情報の真正性の確保。(故意または過失による虚偽入力、書き換え、消去および混同防止と作成の責任所在の明確化)
- (2) 情報の見読性の確保。(必要時肉眼で見読が容易であり、内容を書面に表示できること)
- (3) 情報の保存性の確保。(法令に定める保存期間内は復元可能な状態で保存されること)

留意事項として、施設の管理者は患者のプライバシー保護に関する事項等を定めた「運用管理規定」を定め、適正な運用管理を行うこと等というものである。

電子カルテ化の上で考えなければならない問題として標準化ということがある。カルテの書き方の標準化、医学用語の標準化、病名の統一、臨床検査情報の標準化である。これがなされていないと患者の医療情報を複数の医療機関が活用する上で支障を来す。

その他に、OA機器の日進月歩の発達により折角保存したものが見読できなくなることがあること、また保存媒体の劣化への対応である。そして画面ばかり睨み患者の顔を見ないという弊害も心しなければならない。

これまで述べた点をクリアして、広く電子カルテが活用される時、オランダに見られたように医療の質を高め、医療コストを低減させ得ることも期待される。