

グループワーク課題

病院内の規則やマニュアルについて考えてみます。

輸血を行う時には、「特定生物由来製品の使用に関する同意書」が必要です。この運用についての仮想的な議論を行ってまいります。

ある病院を想定して下さい。その病院のある会議で診療録（カルテ）記載マニュアルの内容についての議論がありました。皆さんも責任ある立場としてその会議に参加しているとします。マニュアルの内容を抜粋して示します。

特定生物由来製剤の使用に関する同意書は「一連の治療につき一部必要」である。ただし、有効期間は1年とする。また以下に示すような場合には、新たな同意書を取得する必要がある。

ア 別の疾患の治療を行う場合。

イ 一旦治療を終了したものの、同一治療で再治療となった場合。

ウ 同一疾患でも、転科して治療を行う場合。この場合は転科した後、担当診療科で再度取得する。

エ 当初予定した特定生物由来製剤以外の特定生物由来製剤を使用する場合。

ウの項について、○科のA先生が「他の科で入院患者から同意書を取って輸血をしていた場合に、その後で○科に転科して手術をするために転科後に改めて同意書を取り直さなくてはいけないという規則は必要ないのではないか。緊急手術の直前などの非常に忙しい中で事務的な処理を繰り返して行う必要がないような規則にしてほしい。」と、考えを述べました。

これに対して×科のB先生は「紙カルテの時代には入院診療録は転科するたびに科ごとのカルテを新たに作成するものであったことによると考えられます。今は電子カルテを使用していて、科ごとのカルテが存在することが分かりにくいですが実際にはカルテには科ごとの厳密な区分が存在します。科が変わればそのカルテ上での診療に対応する同意書が必要という議論はありえると思います。しかし取り直さなくてもよいという運用も考えうると思います。」と考えを述べました。

皆さんはグループのメンバーとともに会議をしていると想定して、この議題についてどのように決定すべきか議論の続きをしてください。

多数決をするわけではありませので、席の番号に従って役割分担をしてまいります。それぞれ、

1・2 A先生の言うようにウの項を削除する。

3・4 ウの項をそのまま残す。

5・6 ウの項を別の文に改変する。

のような意見を持っているとして、議論をして下さい。やりにくい場合は役割を交代してよいですが、評価者に分かりやすいように交代する場合は明瞭に交代を宣言してください。

どの意見が正解かが決まっているわけではありませんが、できれば最終的に議論を集約し今後どのようにすべきか決めてください。決まらなければそれでも結構です（評価には影響しません）。

注意：議論の中で各自の考えを明らかにしてください。「隣の人に賛成」などでは不可です。A先生に賛成か、反対か、反対ならどうすべきなのか。またそう考えるのかは何故なのかを説明しつつ議論をしまし

よう。

参考資料：当院過去研修資料より『「カルテ、診療録とはなにか」－医師法、医事業務、医師の役割と記録』（2020年度オリエンテーション）

※必ずしもすべて参照する必要はありません。非常に長いので必要に応じて参考になれば使用して下さい。

参考資料

「カルテ、診療録とはなにか」－医師法、医事業務、医師の役割と記録

カルテの存在理由、使われ方

- ・ 医師法の規定する義務
- ・ 診療報酬請求の根拠
- ・ 医療関係者間の情報共有
- ・ 訴訟等における事実確認資料

カルテの構造、構成

- ・ 外来カルテ、入院カルテ
 - ・ 各科カルテ
 - ・ 医師の記載と看護記録等との区別
 - ・ 手術記録、検査記録等
-

医師法の規定する義務

【医師法第24条第1項】

医師は、診療をしたときは、遅滞なく診療に関する事項を診療録に記載しなければならない。

【医師法施行規則第23条】

診療録の記載事項はつぎの通りである。

1. 診療を受けた者の住所、氏名、性別及び年齢
2. 病名及び主要症状
3. 治療方法(処方及び処置)
4. 診療の年月日

医師法の規定によりカルテ記載は医師の義務とされていることは皆知っていると思う。注意が必要なのは病名登録というものが必須の記載事項になっていること。本来は医師の主たる業務として欠落なく病名登録が行われる必要がある。外来業務を自ら行うようになればわかるようになる可能性が高いが、初めから理解しておくことが望ましい。つまり病名と診療内容については書くことが法的義務である。

診療報酬請求の根拠

【療養担当規則第8条】

保険医療機関は、第22条の規定による診療録に療養の給付の担当に関し必要な事項を記載し、これを他の診療録と区別して整備しなければならない。

(中略)

つまりカルテ記載とオーダー等入力は医事システムや医事業務を通じて、診療報酬請求が適切に行われるよう、必要十分でなければならない。

医療関係者間の情報共有

医療現場では医師のみならず、看護師、事務、薬剤師、他医療職が患者対応に必ず関わっている。医師のオーダー、指示により他職種の業務が行われるという基本的様式は各所で見られるものの、これだけで医療介入が適切に行えるわけではない。医師と患者間にのみ情報のやり取りが行われるのではなく他職種と患者とのやり取りも行われるため、他職種のスタッフもまた当該患者についてどのような医療が展開しているのかを知ることが適切なコミュニケーションの基礎となる。

(中略)

つまり医師はカルテに随時適切な記載を行うことで、周囲医療関係者に判断根拠と予後や介入予定を知らせることができ、医療チーム全体による患者ケアに生かすべき立場にある。

訴訟等における事実確認資料

(中略)

事後的探索に耐える記載を行うこと。カルテ記載以外の手段での事実認定は行われたいと考えるべき。記載は簡潔でもよいが。

～～ ここからは電子カルテ特有の問題点について ～～

外来カルテ、入院カルテ

電子カルテは紙カルテの機能と運用を真似て設計されている。紙カルテに似せて作った部分と電子システム特有のメリットを実装した部分があるが、紙カルテを知らない人たちにとっては表面上の構成のみからは従来の紙カルテシステムの運用を真似ていることが読み取りにくい。それゆえに本来必要な記載事項やカルテ区分の扱いが理解されていないように思う。

電子化によるメリットを挙げよう。

- ・ 大きな機能的なメリットは他システムとの電子的接続による自動的な情報のやり取りにある。
- ・ (慣れている人にとっては) 入力の手軽化。記載内容の可読性改善。
- ・ カルテ重量の消失、運搬利便性。

他にもいろいろありそうだが、導入時に最も重要視されたと思われるのはレセプトデータの電子化誘導。DPCによる医療費コントロールには電子化レセプトデータが必要である。

従来の紙カルテは外来カルテと入院カルテは物理的に別冊であり、入院カルテは入院1回ごとに1冊作成する

が多かった。外来カルテは1冊だが各科ごとに別のページに記載される。入院中は担当科は1科のみであり、他科受診は初/再診料の発生しない外来受診扱いである。このため、

- ・ 入院カルテの冒頭には入院時記載が必要で、入院までの経過をまとめて見られるようにすることが多い。また同時に入院診療計画書の作成もセットで求められる。
- ・ 入院中転科があると別冊を作成することになるので、記載、計画書が新たに求められることになる。
- ・ 他科受診については出来高算定(有料)診療行為の実績を適切な科の所属にするため、記載が明確であることが望ましい。
- ・ 退院後には入院カルテ1冊を読むのは難しいので参照利便性のため退院サマリが作成される。

このような事情が院内規定や診療報酬上の規則となっている。電子カルテでは従来の紙カルテのような実体が存在しないため、これらの手続きの必要性が分かりにくい。いろいろなフォーマットで別の場所に格納されるためかえって参照が難しくなっている現実もあるが、従来の運用が規則に反映されていると考えられる。規則の意義を尊重しつつ改善できる部分を考えていく必要があるだろう。

カルテにはもともと物理的実体があり、入外の区別や科ごとの記載場所の明確な違いなどがあった。この構成を知識として持ち、運用を理解してほしい。地域医療などで物理的カルテの運用の一部を見る機会があるだろう。いずれにも一長一短がある。

各科カルテ

前述のように外来カルテは各科の記載場所が明確に区別される。このため診療科間での情報のやり取りには原則的に紹介状やコンサルテーションオーダーの記載が必要とされる。また科ごとに行った診療行為の報酬は別に計算され科ごとの実績となるため、どの科で診療が行われたかは大事な情報である。行為に対応する病名も各科毎につけなければならない。

研修医の立場で言えば、いちいち所属科を切り替えなくても電子カルテ上の見たい目はほとんど変わらないのだが、診療に責任を持つ上級医の科の診療として正確に扱われることが望ましいことはわかると思う。

外来診療の報酬は科ごとの診療実績、売り上げとなる。研修医の指導と同時に行われる報酬を伴う医療行為が適切に扱われるように仕組みを理解してほしい。

医師の記載と看護記録等との区別

略

手術記録、検査記録等

略