

1-10 育①

b

電子病歷於臨床放射治療應用之探討

A Study of Electronic Medical Record for the Application on Clinical Radiology Treatment

王曉慧^{ac} 劉育寰^b 徐宏修^a 任益民^c

^a 嘉南藥理科技大學 醫療資訊管理研究所

^b 嘉南藥理科技大學 資訊管理系

^c 三軍總醫院 放射腫瘤部

摘要：

科技日新月異的演進，資訊時代已經不知不覺得讓我們融入其中，資訊的普及化使得生活中許多事項都演變成電子化的的介面，這也包括了各醫療院所的醫療照護，而電子病歷的產生就是其中的一項。而在衛生署方面也積極的在各級醫療院所中推行電子化病歷，除此之外，歐、美、日各國也積極的在發展電子病歷的運用，所以電子病歷的發展儼然已成為了一種世界的潮流。本研究藉由小型的電子病歷(放射治療醫囑系統)的使用狀況，來簡述電子病歷的便利性與安全性，並在考量電子病歷的廣泛實用性的前提下探討，如何規劃其安全機制與人員使用的權限規範。

Keywords：電子病歷、放射治療醫囑系統、權限設定、資料安全

序論：

病歷是醫療人員在從事醫療行為中的主要記錄，行政院衛生署所公佈的醫療法內明訂出“醫療機構應建立清晰、詳實、完整之病歷。前項所稱病歷，應包括下列各款之資料：

- 一、醫師依醫師法執行業務所製作之病歷。
- 二、各項檢查、檢驗報告資料。
- 三、其他各類醫事人員執行業務所製作之紀錄。

醫院對於病歷，應製作各項索引及統計分析，以利研究及查考。(“醫療法第 67 條”)[1]；並於醫療法第 70 條明訂“醫療機構之病歷，應指定適當場所及人員保管，並至少保存七年。但未成年者之病歷，至少應保存至其成年後七年；人體試驗之病歷，應永久保存。醫療機構因故未能繼續開業，其病歷應交由承接者依規定保存；無承接者至少應繼續保存六個月以上，始得銷燬。醫療機構對於逾保存期限得銷燬之病歷，其銷燬等，開啟了國內使用電子病歷的開端。衛生署又於九十三年三月四日公告施行“醫療機構實施電子病歷作業要點”，來為推動醫療機構病歷電子化業務，並維護電子病歷之安全與病患之隱私。並建立“醫療機構電子病歷製作及管理辦法”管理國內各醫療院所使用與製作電子病歷的模式，還設立了“電子病歷內容基本格式

方式應確保病歷內容無洩漏之虞。”[1]因此各醫療院所由於經營業務的日益增長，所以需要儲存病歷的空間與管理人力成本也會隨之增加。除此之外，傳統式的紙本病歷在使用上非常的不便，病患在看診時，往往需要等待病歷傳送，一定要等到紙本病歷送到診間後才可以看診，非常耗時。而紙本病歷的時代，病患相關醫療訊息皆是用人工手寫病歷上，手寫病歷的筆跡工整度不一，往往會造成使用病歷者辨識不易而發生疏失，如忽略病患的藥物過敏史...等。行政院衛生署於八十九年 [二代全國醫療資訊網計畫] 13 項委辦計畫中開始建構國內電子病歷的架構，此建構計劃包含了“電子病歷應用計畫”、“醫療資訊交換介面標準應用研究”、“電子病歷交換標準格式測試系統”、“電子轉診作業模式的建立”、“建立完整之國家醫療資訊交換機制”、“整合性醫療資訊系統”...

專屬網站”，由此可見衛生署對電子病歷的推動是不遺餘力的。衛生署於 91 年與 94 年分別對全國醫療院所病歷電子化現況的使用做了調查，調查結果顯示，在醫學中心等級的醫院於掛號、門診、藥局、檢查、住院等資訊系統的建構與使用，由 91 年度的 60%~70%，在 94 年度的調查中幾乎皆已提升至 90%