



## 病院機能評価と診療録

副会長 佐野文男

財団法人日本医療機能評価機構は厚生省、日本医師会など14の団体等から出資を受けながら医療機能の第三者評価機関として1995年7月27日に設立され、本年で満5年を迎えた。現在までに認定証を取得した医療機関は、平成12年10月16日現在、387病院に達し、北海道での認定施設数は一般病院[A](地域に密着し、住民の身近な医療機関として、概ね二次機能までの医療に対応している比較的規模の小さい病院):7病院、一般病院[B](地域が必要とする各領域の医療において基幹的・中心的な役割を担い、高次の医療にも対応し得る一定の規模を有する病院):9病院、精神病院[A](精神医療を担うことを主たる役割としている病院のうち、施設・組織の規模が中規模、または小規模の病院):2病院、精神病院[B](精神医療を担うことを主たる役割としている病院のうち、施設・組織の規模が一定規模以上で、多様な機能を有する病院):なし、長期療養病院(療養型病床群等の長期にわたる療養機能を有する病院):1病院、複合病院種別(一般病院、精神病院や長期療養病院の機能を合わせもつ病院、総病床数やそれぞれの病床数割合に応じて[A]・[B]を設定)[A]:3病院、[B]:1病院の合計23病院である。この認定を受けている病院数はまだまだ少ないのであるが、第4次医療法の改正では医療機関の広告に関しては虚偽・比較・誇大広告は従来通り禁止されているが、中立的な医療機能評価機関が行う医療機能評価の結果などの検証が可能な事項については幅広く広告することができると思ふべきであると提言されていることから、現在審査希望の施設が急増している。

平成12年10月22日に平成12年度北海道医師会病院管理研修会および病院部会全体会議が開催さ

れ、日本医科大学常務理事、日本医療機能評価機構理事の岩崎 栄先生による「病院の機能評価をめぐって」を主題とする特別講演が行われた。全体会議ではこの主題に対する討論が行われたが、病院機能評価の審査を受けた病院の中で診療録の記載あるいは管理が不適当なために認定されず、「留保」とされる場合が多いことが指摘された。診療録に関する審査項目は、3「診療の質の確保」の中にあり、診療録に焦点を絞れば、大項目3.5「診療情報の管理」の中で4つの中項目3.5.1「診療録の管理体制が整備されている」、3.5.2「診療録が適切に作成されている」、3.5.3「診療録が適切に管理されている」、3.5.4「診療情報の有効利用を促進する体制がある」があり、さらに小項目が13項用意されている。これらのすべてに満足する評価を受けることは必ずしも容易ではないが、従来の目的意識を欠いたあまりにも杜撰な多くの診療録からすれば、「医療の質」の向上に向けて明らかな改善目標ができたとも言えよう。

平成12年1月1日を期して診療情報開示が進められる中で、診療録の開示は大変大きな意義を持つものでありながら、その真意が十分には理解されていない現状にあるように思われる。そこで、診療録に関する具体的な記載と管理について触れておきたいと思う。

まず3.5.2「診療録が適切に作成されている」について略述すると、診療録を作成する目的は1)医師法、医療法、健康保険法による法的な要件のため、2)診療の継続性のため、3)医療機関の法的防御のため、4)臨床医学教育のため、等である。これらの条件を満たす作成方法として欧米において広く普及しているPOS(problem oriented system)およびそれに基づく問題志向型

診療録POMR (problem oriented medical record)がある。わが国では1972年に日野原重明氏らによって導入されたが、一部の医療機関で利用されるにとどまっていたものである。その詳細は別書に譲るが、日本医師会も平成12年1月に出された「診療録のあり方について 適切な診療情報の提供を促進するために」と題する医事法関係検討委員会の答申の中でもPOMR方式を推奨し、また、日本医学教育学会でも「望ましい診療録とその記載方法」の一つとして推薦している。

POSにもとづくPOMR方式の流れの概要は表1に示すが、1.患者の主訴などの基礎データを収集、2.今回の診療で解決すべき問題リストの作成、3.診療開始時の初期計画、4.経過記録として[S][O][A][P]の順に記載、特に[A]は[S]と[O]から導かれた問題点を担当医がどのように判断しているのかを記載する部分となり、医師の臨床能力が問われる最も重要な記載部分である。さらに、[S][O][A][P]の順に記載を繰り返し、一目でわかる経過一覧表が作成される。5.[S][O][A][P]形式の退院時要約あるいは実施記録[D]、

総括記録[S]をもって完成する。6.終わりにPOMRの監査(audit)が行われる(表2)。

いずれの記載も第三者の理解が可能な日本語による客観的記載(他者が読解可能)であり、記載年月日、医師名、署名が明記されていることとしている。

次に病院機能評価における353「診療録が適切に管理されている」について略述すると、医事法関係検討委員会の答申では、1患者/1記録方式を推薦しており、病院機能評価の審査項目でも1患者/1ID番号、1患者/1診療録(または1ファイル)または患者情報の一元化が評価される。1患者/1診療録における診療録の内容は複数科にわたる診療であっても、看護記録や薬剤師の服薬指導などと共に常に時系列に記載され、患者の側からは受療の経過が明確であり、医療提供側のpeer reviewともなり、「医療の質」の維持向上にも重要である。これはさらに将来ITを背景にした1患者/1診療録/1地域の共通の電子カルテが導入されれば、医療連携が円滑に推進されることも視野の中に入れられよう。また、審査項目の中には診療録の中央管理やいつでも検索可能な適切な管理法等が求められている。診療録を含めた診療情報は単なる記録現物ではなく、記録に含まれる診療の過程で医師またはその指揮・監督下にある医療従事者が知りえた患者の身体状況、病状、治療・指導内容などについての主観的、客観的情報を指している。そして、診療行為は本質的に無形のサービス提供であることを考える時、診療録は実際に行った医療行為を後日に検証できる唯一の証拠であることを明記しておきたい。これ

表1 POSによるPOMR

1. 基礎データ (data base) 1) 主訴、現病歴、既往歴、家族歴など 2) 生活像 3) 診察所見 4) 検査成績
2. 問題リスト (problem list) 1) ナンバーとタイトルをつける 2) activeとinactiveの区別をつける
3. 初期計画 (initial plan) 1) 診断的計画 (diagnostic plan) 2) 治療的計画 (therapeutic plan) 3) 教育的計画 (educational plan)
4. 経過記録 (progress note) 1) 叙史的記録 (narrative note) S (subjective data): 患者の訴え O (objective data): 診察所見、検査成績 A (assessment): 評価 (医師の判断、考察) P (plan): 計画 2) 経過一覧表 (flow sheets)
5. 退院時要約、要約記録 (discharge summary, summary note)

(資料4による)

表2 POMRの監査

1. 情報の収集 (data gathering) は適切に行われたか
2. 問題リスト (problem list) が適切にあげられているか
3. アセスメントは十分に行われているか 特に病態の分析は正しく行われているか
4. 計画の立案は完全か
5. 今後の方針 (management plan) が適切に考えられているか

(資料4による)

までの診療録は医師のメモのようなものとか、医師の思考過程を記した内部資料的記録程度（そうでないものもあるが）と考えられてきたが、近年、医療活動が社会保障制度の根幹として法的に保護されていることなどから、医療活動の記録である診療録は公的記録の性格を有するものと理解されるようになってきている。あらためて診療録に対するこれまでの認識を変える必要がある。

「病院機能評価と診療録」、診療録は「医療の質」を最も正確に反映する鏡なのである。

#### 参考資料

1. 財団法人日本医療機能評価機構：<http://www.jcqh.or.jp/>、2000.11.6.
2. 赤倉昌巳：診療録のあり方について - インフォームド・コンセントを基盤として -、北海道医報、947：2、2000.4.
3. 佐野文男：医療機関の広告、北海道医報、934：2、1999.9.
4. 日本医師会：医療の基本ABC、日本医師会雑誌特別号、Vol.123、No.12、2000.6.
5. MF医療情報室：病院機能評価の発展で医療監視の代替を期待、MEDIFAX、No. 3575 3、2000.10.16.