

診療の基本

A Standard for Medical Care and Clinical Practice

診療録の記載法

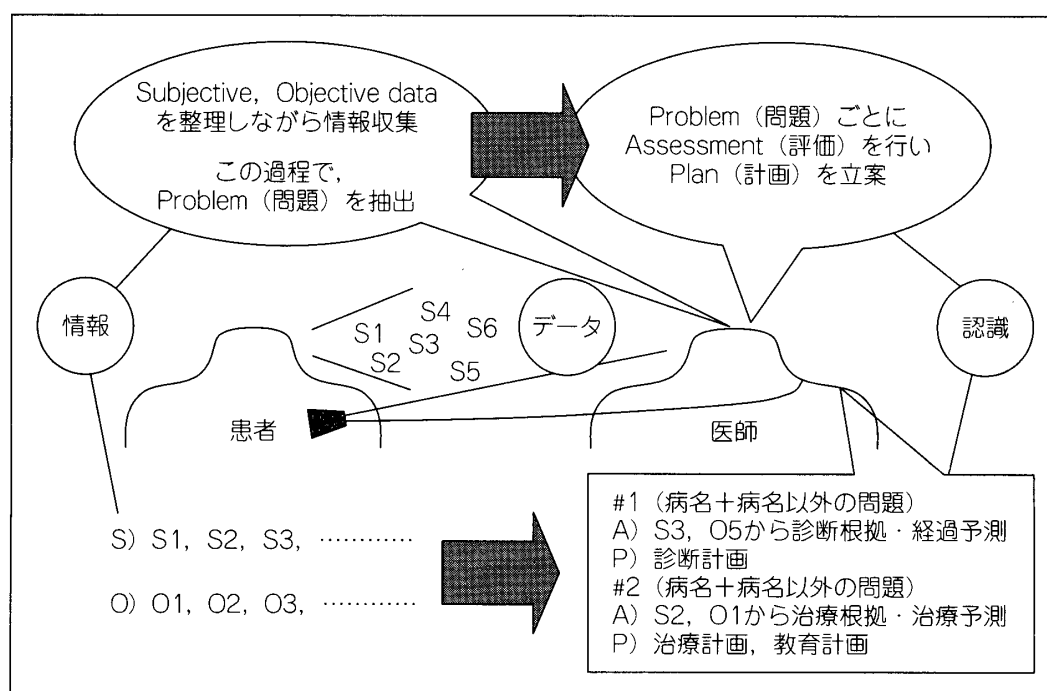
How to Write a Medical Record

医師による診療録の記載は、診療における自身の思考過程(a process of thinking)に沿うべきである(図1)。つまり、収集可能なありとあらゆる“データ(data)”を分類整理した“情報(information)”,さらに、注目すべき情報かどうかの判断・解釈がなされた“認識(recognition)”への一連の流れが診療録において再現されなければならない。このような目的に沿ったフレームワークを提供してくれるのは、チーム医療、医療従事者の教育・研究と情報開示等に対応可能な、Weed が考案した問題志向型診療録(Problem-Oriented Medical Record : POMR)である¹⁾。したがって、本稿では POMR を取り上げる。

1. 診療記録の構造

【POMR の基本構造】

POMR は解決すべき個々の問題別に自覚所見(Subjective data : S), 他覚所見(Objective data : O), 評価(Assessment : A), 計画(Plan : P)を記載することによって、Problem-Oriented System(POS)に基づき、個々の問題の解決を目指すために考案された診療録である。すなわち、疑い病名の段階では問題とみなさず、常に問題が更新されることによって、正しい診断と適正な治療・教育を目指している。POMR の構成は、初



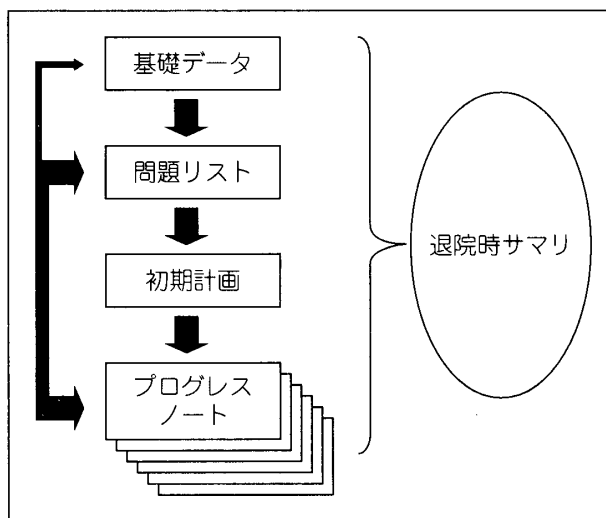
(図1) 診療における医師の情報処理過程

診時の主訴・現病歴・既往歴・家族歴・生活歴・系統別病歴と身体所見からなる基礎データ, 病名に限らず問題を列挙する問題リスト, 初診時の診療計画である初期計画, 問題別 SOAP により診療経過を記載するプログレスノート, 退院時要約の5パートからなる¹⁾(図2)。

国内においては, 導入後30余年を経, 臨床経過の SOAP 記載はほぼ定着し, 問題リストと相まってチーム医療の観点からも高く評価されている²⁾。しかし, 一方でこの間の総括を踏まえた POMR の改良が進行しつつある。

【POMR の改良】

医療保険請求, 医療機関の管理・運営, 電子カルテ化の立場から改良が進んでおり, これらが抱える共通の課題は問題リスト内病名の標準化である。そもそも, 医師の診断過程においては, 症状・身体所見から鑑別診断病名のリストアップ, つまり順問題(帰納)の解決, 次に, それぞれの鑑別診断病名に対する特殊検査と経過観察による確定診断, つまり逆問題(演繹)の解決が交互に行われている。このような順問題・逆問題の解決における前提条件は病名の標準化である。その他にも, 問題別 SOAP 記載については, SO を問題別に分類することの困難と A の内容が SO への分類・整理の作業に埋もれてしまうという指摘がある。そこで, 日本内科学会(認定内科専門医会)では, SO を一括記載した後に問題別 AP の記載(表1)を推奨しており³⁾, 本稿においてもこの書式を採用している。



(図2) POMR の構成と相互の関連

(表1) SO・問題別 AP 記載の一例

S 頻尿・膿尿・腰痛(一), 動悸(一), 口渇, 多飲(一)
 O BT36.5 PR72 HR72 不整 BP130/70
 CVA tenderness(一)
 Lab Data WBC8,600 CRP4.0 PT14.0
 FBS210 HbA1c11.0%

#1 腎盂腎炎
 A 75歳女性, 2型糖尿病, Afにて経過観察中, 腎盂腎炎発症し*月*日入院。入院6日目。CMZ投与後6日目。ここ2日間解熱が得られており, 内服薬に変更可能。
 P Tx CMZiv 本日で中止 LVFX3tab 分3 明日より開始

#2 糖尿病
 A コントロール不良のDM, 現在経口血糖降下剤で治療中だがインスリン必要
 P Tx 本日よりスライディングスケール開始
 Ex 本人にインスリン療法の必要性を説明した。

#3 心房細動
 A PTは適正範囲内
 P Tx Warfarin2mg 続行
 Dx PTT1回/週 測定

総合内科 内科太郎

2. 基礎データ

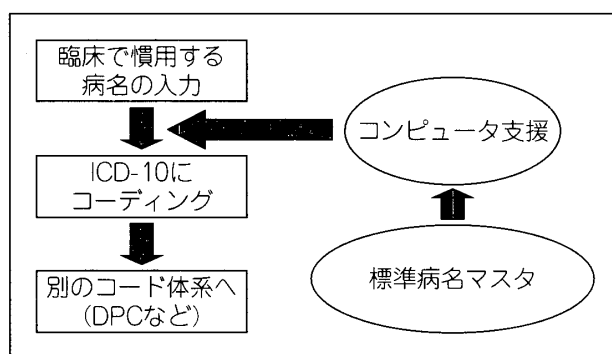
初診時に記載し, その後も必要に応じて更新し, 診療の基礎・前提とすべき情報である。

(1) 患者の社会的データ: 血液型, (2) 主訴, (3) 現病歴: 5を参照, (4) 既往歴: 過去の病気・予防接種・アレルギー・輸血・月経及び妊娠・分娩歴, (5) 家族歴: 患者家族の健

康状態・病気・死因等, (6) 患者の生活像: 生活状況・社会的及び家庭的環境等, (7) 系統別病歴: 器官系統別既往歴, (8) 診察所見などが含まれる。

3. 問題リストにおける病名の記載法

病名とは、患者の症状、検査結果、原因、経過の特徴などにより特徴づけられる、患者の状態(病態)を分類して名前をつけた用語である。つまり、患者の病態に関する情報を、病名という分類名によって、部位等を形容詞の形で付け加え、端的・正確に伝える必要がある。さらに、POMR では問題リストへの「疑い病名」の記載を認めていないが、鑑別診断【POMR の改良】を参照)と保険診療上、「疑い病名」を記載する必要がある。いずれにしても、病名には診療記録の内容との整合性と転帰の記載が求められる。電子的にはMEDIS-DC 版標準病名マスタを用いて、臨床で慣用する病名から標準病名(International Statistical Classification of Diseases 10th edition: ICD-10)への変換が行われている。このマスタを用いて電子レセプトコードと Diagnosis Procedure Combination(DPC)コードへの変換も可能である(図3)。



(図3) コンピュータを用いた病名の標準化プロセス

4. 初期計画

問題リストに列挙された種々の問題に対して、なるべく早く診断を確定させ、適切な診療を行うために、以下の計画をたてる。(1) 診断計画: 診断の確定、早期治療をモニターするために必要なデータ収集の計画である。鑑別診断に対しても、それぞれについて診断を確定または除外するために検査計画を立てる。(2) 治療計画: 特別な処置、投薬による治療計画である。単に処方を記載するのではなく、具体的な処置法、投薬計画を記載する。(3) 教育計画: インフォームドコンセントの内容と病気の認識とその治療について患者自らがどう治療に参加すべきかを教える。

初期計画は以後の診療のあり方を左右するため、慎重に行わなければならない。特に、問題点・鑑別診断の列挙とその絞込みは医師の力量に左右される。

5. プログレスノート

【Subjective Data】

基本は、時間経過に沿った記述と「5W1H」を漏らさないことである。さらに、できる限り、冗長、あいまいな表現は避けるべきである。例えば、症状においては、「どのような症状が、いつから・いつまで、何を契機に、どの部位に出現し、どう変化しているか」を主症状・副症状に係わらず聴取記載しなければならない。さらに、患者の口述による他院における検査所見ならびに治療結果についても同様の記載をしなければならない。

【Objective Data】

全科共通の必須身体所見と科別の特殊身体所見を記載するのみならず、検査所見のレポートを要約して記載し、そのトレンドを明らかにする。さらに、患者の主観は Subjective Data に記載されるが、数値化できない記載者(診療従事者)側の主観が Objective Data の中に記載されることも承知しなければならない。

病棟主任による1次監査

(目的) カルテの完成

外国語ならびに不適切な略語が医療従事者間のコミュニケーションの障害になる

1) 患者情報の完成

- 初診・入院SOAPの記載漏れがある
- 必須プロフィールの記載漏れがある
- 家族歴の修正確認がされていない
- 入院システムレビューの修正確認がされていない

2) 病名リストの整理

- 疑い病名を修正し、適切な病名記載がされている
- 病名の転帰に関して、転帰漏れや不適切な転帰がある

3) プログレスノートの完成

- SO#APにおける病名#の漏れがある

4) 退院時サマリの完成

- 基本情報に問題がある
- 自由記載に問題がある

5) その他の書式(手術記録・同意書等)の完成

- その他の書式(手術記録・同意書等)に不備がある

診療情報管理士による2次監査

(目的) カルテの完成ならびに病名・術式・DPC等とカルテ内容(特に退院時サマリ)の整合性の確認

外国語ならびに不適切な略語が医療従事者間のコミュニケーションの障害になる

1) 患者情報の完成

- 初診・入院SOAPの記載漏れがある
- 必須プロフィールの記載漏れがある
- 家族歴の修正確認がされていない
- 入院システムレビューの修正確認がされていない

2) 病名リストとDPCの整理

- 疑い病名を修正し、適切な病名記載がされている
- 病名の転帰に関して、転帰漏れや不適切な転帰がある

3) プログレスノートの完成

- SO#APにおける病名#の漏れがある

4) 退院時サマリの完成

- 基本情報に問題がある
- 自由記載に問題がある

5) その他の書式(手術記録・同意書等)の完成

- その他の書式(手術記録・同意書等)に不備がある

ピアレビューによる3次監査

(目的) プログレスノートにおけるSOAP記載内容の論理性的の確認(診療内容の包括的な評価は行いません。)

(S) 自覚所見が漏れなく記載

- 必要な自覚所見が漏れなく記載されていない
- 記載上、時系列記載等の整理の工夫がされていない
- 5W1H(どのような症状が……)的な記載がされていない
- 本人以外からの聴取が適切にされていない
- 医師が主観的・感情的な記載を行っている

(O) Sに対する科学的な観察

- 必要な理学的所見が具体的に記載されていない
- 必要な検査結果をレポートから抜粋し、記載していない
- 必要な処置の内容が適切に記載されていない
- その他の必要なデータが記載されていない

SOに基づく病名記載

- 適切な病名が選択されていない
- 疑い病名の場合、適切な症状等のプロブレムが選択されていない
- 病名以外のプロブレムが適切に選択されていない

(A) SOに基づく#に関する考察

- SOに対する考察が記載されていない
- 診断・治療の根拠がSOをもとに記載されていない
- Pに対する理由づけが記載されていない
- 他の医療メンバーが活用できる評価になっていない

(P) Aに則った計画立案

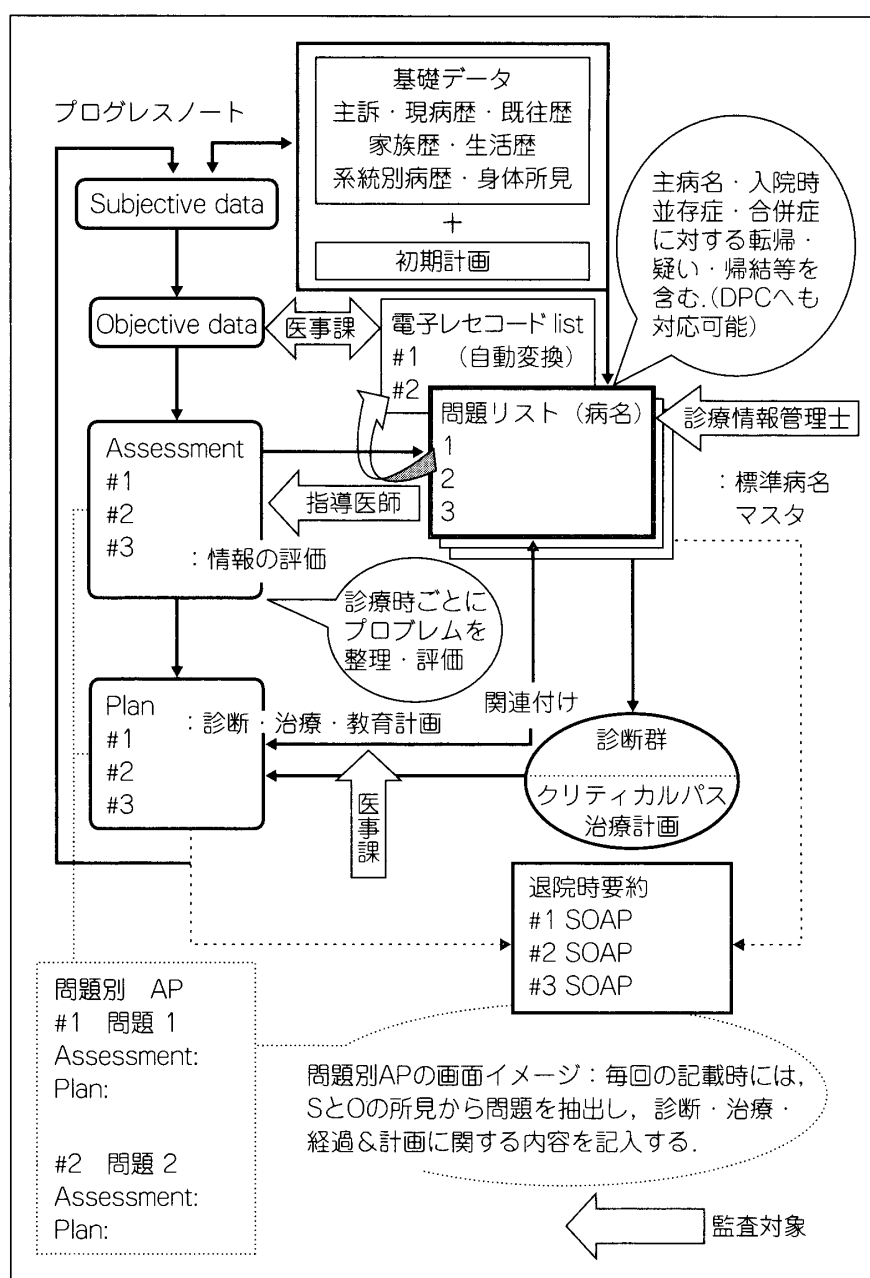
- 患者のニーズに応じた、Aに則った計画が詳細に記載されていない

医事課による月々の監査

(目的) 保険診療の確認

- 1) 診療行為と病名が不整合である
- 2) 病名に適切な転帰が記載されていない
- 3) 指導料・管理料の徴収漏れ・カルテへの記載漏れがある

(図4) 診療録監査のチェックリスト



(図5) 電子カルテ時代の診療録記載と監査の概略

診断書等の各種医療文書もこの中に含まれる。

【Assessment】

SOに記載した内容に対する認識、つまり判断、解釈、考案を記載する(診断、予後の見通し、検査データの解釈など)。特に、治療や処置の変更、中止の場合にはその理由を記載する。例えば、鑑別診断では、「このような鑑別診断に至った理由、さらに確定するための具体的計画」、経過の評価と今後の計画においては、「どのような所見のどのような変化に注目し、今後どのような検査・治療を行うのか」、院内外を問わずチーム医療を「だれとどのように実施するか」、さらに、患者が「診断・検査・治療をどの程度理解しているか」も大切な評価である。

ところで、Assessmentの中にPlanを混在させ、Assessment&Planとして一括

記載されている場合がある。しかし、両者は本質的に異なり、Plan の医療チーム内における指示と共有の観点からも、より詳細かつ具体的な計画内容は Plan に記載しなければならない。

【Plan】

問題解決のための計画並びにそれらを実行するために必要な検査、処方などを初期計画に準じて詳細かつ具体的に記載する。初期計画の中止、追加、変更などについても明記する。

6. 退院時要約

確定診断名、転帰、合併症、手術名、組織診断、入院経過抄録、退院時報告・指示などを確定診断名毎に記載する。特に、退院時紹介のためにも問題別 AP の記載は重要である。さらに、確定診断名は ICD-10 に準拠し、コーディングしておくとの後の利用に便利である。

7. その他の記録

手術記録や診断書等の医療文書には、必須記載部分を設けて、それぞれ特別な様式を準備し、記載漏れ防止や整理を行う必要がある。さらに、プログレスノートを分かりやすく、充実した記載にするために、T.P.R. Sheet 及び Flow Sheet を利用する。これらのシートは患者の症状、所見および検査の変化を一覧表にし、一見して分かるように各自が作成する。

診療の標準化のために導入されたクリティカルパスシートはプログレスノートの代用と見なされるが、SOAP 様式の記載が保障され、バリエーション発生時にはプログレスノートを適時使用しなければならない。

8. 診療記録の監査について

診療記録の記載内容は監査によって正されるべきであり、教育病院においては研修医教育には必須である。今後、電子カルテの導入により、診療情報管理士・指導医師・ピアレビュー・医事課職員による監査体制が病院のみならず診療所においても構築されることが望ましい。図 4 にそれぞれの立場による監査のチェックリストを示した。

最後に、電子カルテ時代の診療録記載と監査の概略を図 5 に示したが、病名標準化の重要性を再認識していただきたい。医療分野においても情報化を戦術とした標準化戦略の中であって、POMR の改良が診断志向型診療録 (Diagnosis-Oriented Medical Record : DOMR) へ向かうのは時代の要請であろう。

《参考文献》

1. Weed LL. Medical Records, Medical Education, and Patient Care. Cleveland ; Western Reserve University, 1969
2. 日野原重明. POS 医療と医学教育の革新のための新しいシステム. 東京 : 医学書院, 1995
3. 日本内科学会(認定内科専門医会)編. 標準的内科診療録のあり方. 標準的内科診療録 東京 : 杏林舎, 2002

〈庄野真由美*, 庄野秀明**〉

*Mayumi SHONO, **Hideaki SHONO

*Department of Obstetrics and Gynecology, and **Medical Information and Communication Center, Saga University, Saga

Key words : POMR · POS · A process of thinking · ICD-10 ·
Data-information-recognition