

診療記録における国際比較

— 日中両大学病院の診療録内容を比較検討し、 両国の医療の未来像を探る —

上田 智*¹ 丁 梅*¹

要 約

高度情報化の21世紀の到来に随い、現代医療は重大変革に直面している。患者は医療サービスを受ける消費者として、数多くの医療情報を自由に選択できる時代が来るはずである。このように、診療情報の開示のため、診療録に対する関心が高まり、現在の診療録の内容充実、科学的に記載方法について検討することが必要となった。本研究の北京大学医学部附属病院と川崎医科大学附属病院の診療記録における国際比較の結果をみると、中国の北大病院と川崎医大病院の診療録の記載項目には、基本的には大きな違いはなかった。その理由は患者診療の手法には両国の間で違いが認められなかった。しかし、両大学病院の診療記録の記載方式は次ぎの違いが認められた。(1) 中国では保険診療制度がないため、これに該当する項目が存在しなかった。(2) 診療録記載方法では、日本の川崎医大病院ではPOS (Problem-Oriented System) を採用しているが、POS形式による記載項目が中国の診療録中には認められなかった。

次世紀に向けて診療記録の改善をも視野に入れてゆく必要がある。換言すれば、標準化の推進とか、POSの普及とか、特に中国の方は論理的(科学的)に記載方式とされるPOMR方式を導入することが期待される。POSによる患者中心の診療制度を基本として、日本および中国の医療の質や効率の向上することを期待している。

はじめに

診療録が「病院の宝」であることは、広く知られていることである。診療録とは、医師をはじめ医療チームのメンバーが診療に際して行った診療行為の記録のすべてであり、診療情報として記録されたものである。つまり患者が入院あるいは外来診療で受診した記録のすべてが記載されたものであり、病歴、診察所見、検査データ、治療法の記録である。

医師の記録を歴史的にみると、紀元前約25,000年(旧石器時代)にスペインで洞窟内に外科手技と考えられる壁画が描かれていたものが、医療記録の始まりといえる¹⁾。

日本の診療録の歴史は、明治39年(1906年)に施行された医師法で診療録の記載、保管に関して初めて制度化された。この第6条には「医師ハ帳簿ヲ備ヘ患者ノ氏名、年齢、住所、職業、病名及ビ療法ヲ記載スヘシ前項ノ帳簿ハ十箇年間之ヲ保存スヘシ」と帳簿の記載を義務づけている。明治42年(1909年)

には、この「帳簿」が「診療録」と変わった。また保存期間についても昭和8年(1933年)の改正で5年間とされた。現在の診療録の記載について医師法の第24条(診療録の記載と保存)で医師は、診療をした時は、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としている²⁾。

周知のとおり、中国では伝統的な漢方医学と西洋医学が並立している。中国で最も古い「診療録」は、紀元前199年西漢時代の淳于意が首創した「診籍」であった。後漢末期、張仲景らの「傷寒論」と「金匱要略」の中に多くの症例を記載した。一方、西洋医学が中国に紹介された後清の時代咸豊辛酉年(1861年)に「北京施医院」が創立され、診療記録の記載が始まり、保存されて来た。1914年に「北京協和医院」に改名された後、現在の診療録にみられるような一定の記入形式により記録されるようになった。1921年に北京協和医院で中国の最も古い現在のような診療録管理室が誕生した。しかし、1980年まで診療録の記載および管理に関する規定などが中国では

*1 川崎医療福祉大学 医療技術学部 医療情報学科

(連絡先) 上田 智 〒701-0193 倉敷市松島288 川崎医療福祉大学

全国的に統一されていなかった³⁾。

1980年以来、中国の開放、改革政策に伴い医療システムの改革もなされて診療録の記載も発展した。全国的に診療録の規定を統一しようとのスローガンが打ち出された。1999年初めに施行された「医師法」の第23条で医師は、診療、予防、保健の診療行為をした際には、診察、調査した内容を遅滞なく医学記録として記載しなければならないと明記している⁴⁾。

電子情報時代の到来に伴い、複雑な病院診療情報も電子化される時期が来ている。21世紀末には人口が16億となり、巨大な経済潜在力を持つ中国でも欧米や日本における医療情報管理の進展について関心を払うべきである。残念ながら中国では医科歯科大学における診療録の記載については、まだ十分な研究がなされておらず、医学教育の中における診療録管理の教育もまだ軌道に乗っていない状態である。

本研究では、日本と中国の診療記録について現状調査を行い、日中両大学病院の診療録記載の比較を行い、その差異を明らかにし、違いの理由を考察した。

さらにPOS (Problem-Oriented System) による患者中心の診療制度による21世紀の医療のあり方について、日中両大学病院の診療録の比較を通じて、両国の医療の未来像を求めて考察した。

方 法

本研究における調査対象は、日本の川崎医科大学附属病院（以下川崎医大病院とする）の中央病歴室からの現在応用している診療録用紙（入院カルテ用紙を主として検討材料とする）と中国の北京大学医学部（元北京医科大学）附属病院（以下北大病院とする）の現在応用している診療録用紙を用いて、カルテの記載項目と内容について、両大学病院の記録の比較検討を行った。

結 果

本研究では、医師が記録する入院カルテの項目と内容を比較検討材料とした。日中両大学病院の診療録における記載項目には共通する項目が多く、したがって記載内容も共通のものが多く、表1に示す通りである。表2には診療録の内容が両者で異なる項目を示している。

1. 診療録0号用紙

両者とも患者の社会的記録と管理的記録が記載されているが、中国の北大病院の記録には、病名記載について鑑別診断の情報があり、さらに検査、治療項目および治療回数、救急処置時の成功率、学生教育の教材として使用すると診療録の質量評価の情報

が記載されていた。しかし、中国の記録では、保険診療に関する記録がなかった。

2. 問題リスト

問題抽出および問題リストについて、日本の川崎医大病院の記録には、POSによる記載方式に準拠して問題リストの作成があった。中国の北大病院の記録には問題リストは存在しなかったが、病歴摘要（小括）があり、次の初期診断の主な根拠の役割を果している。しかし初期計画について北大病院の記録はDx（診断計画）、Rx（治療計画）、Ex（教育計画）の順に記載されなくて経過記録中に総括で記載されている。

3. 経過記録

両者の内容は大略同じである。川崎医大病院の記録は問題リスト毎にSOAPに分けて記載しているが、北大病院の記録は時系列で病名、診断根拠、治療計画の順に記載されている。

4. 退院時要約

一般的な項目内容は両者とも大体同じであり、日本の川崎医大病院の記録ではPOS方式に則り各問題毎に経過の要約が記載されているが、中国の北大病院の記録では入院中状況、治療経過、退院時所見の順に簡潔に記載されている。

考 察

本研究では、日本と中国における診療録記載のあり方の基本について両者の違いとその原因について考察した。

異なる医療保険制度と診療録管理の現状の基、日中両大学病院の診療録0号用紙および退院時要約について両者の記載内容に差異が認められた。中国では医療保険制度に関して実施前の状態であり、新中国建国以来、全国で「公費医療」システムを実施して来た。すなわち患者のすべての診療費を全額会社または国が負担する制度である。そのため診療行為をカルテに記載することへの関心はあまり無かった。中国では日本のような保険制度がないため、医療保険に関する情報は「病案首頁」に殆ど記載していなかった。最近になり中国では「病案首頁」の記載項目を全国的に統一した。「病案首頁」に記載された内容は診療録管理と医学統計（疾病統計）にとって重要な資料を提供する記録であることが明らかになった。日本の川崎医大病院の記録では、診療録0号用紙に保険に関する内容が記載されており、疾病統計に関する情報は「退院時要約」に記載されている。

診療録の記載内容については、(A) 病歴（患者背景、主訴、現病歴、既往歴、家族歴）(B) 診察所見（系統別所見、理学的所見、検査所見）、(C) 診断経

表1 診療録の内容が両者で共通の項目

項目	川崎医科大学附属病院	北京大学医学部附属病院
1 入院（退院）許可証	カルテ番号、入院番号、 患者氏名、性別、生年月日、職業 傷病名（入院時）、入院日、入院予定期間 入院目的、入院時指示、担当医師	カルテ番号 患者氏名、性別、年齢、職業 外来診断（入院時診断名）、入院予定期間 入院目的、担当医師
2 入院診療録（0号用紙） （中国の「住院病案首頁」）	入院日、退院日、 カルテ番号、入院番号 患者氏名、出生年月日、性別、婚姻状況、 職業、現住所、本籍、自宅電話、連絡先 転科、転室、入院目的 傷病名、開始、終了日および 前回入院歴、転帰	入院日、退院日、在院天数 カルテ番号 患者氏名、性別、生年月日、婚姻状況、 職業、国籍、現住所、本籍（出生地）、 電話、連絡先、所属 入院時科別、退院時科別、 外来診断（入院時）、入院診断（入院中）、 退院診断（最終診断名）、転帰、 ICD-9 コード、手術日、術式コード（病理診断、 輸血量、HBS Ag）、病理診断、死亡（剖検）、 病院感染およびアレルギー
3 主訴および現病歴 システムレビュー 患者プロフィール、 既往歴、家族歴	主訴、現病歴、現病歴の経過 問診して、全身状態から精神障害まで 患者プロフィール、 既往歴、家族歴	患者の一般項目、主訴、現病歴 問診して、呼吸系から神経系まで 個人史、婚姻史、生殖、月経 既往史、家族史
4 PHYSICAL- EXAMINATION	診察所見（Vital Sign, General- Appearance Physical Examination） 入院時検査成績	身体検査（方法：視 Inspection, 触 Palpation, 叩 Percussion, 聞 Auscultation） 検査室 DATA
5 DOCTOR'S ORDERS （医師指示）	開始、終了月日時、Orders（処方など） 指導者、責任者サイン	開始、終了月日時、医師指示（処方） 指導者、責任者サイン
6 退院時要約	カルテ番号、入院番号 氏名、性別、住所、電話 入院日、退院日、在院日数 最終診断名、転帰、ICD コード 手術日、術式コード、組織診断 死亡（年月日時分、剖検、 入院後48時間内死亡） 退院処方、退院後の治療方針	カルテ番号、記録時年月日時 氏名、性別、年齢、婚姻、職業 入院日、退院日、手術日 入院時診断、退院時最終診断 出院医嘱（退院時医師指示）

過（鑑別診断、確定診断）、(D) 治療法、(E) 治療経過ならびに予後（入退院の判断、経過観察、社会復帰、再発予防）である⁵⁾。診療録における日中両大学病院比較の結果をみると、上述の基本的内容は両者においてほとんど共通に記載されている。しかし、記載方法や形式には大きな相違が認められた。中国の側では診療の経過を順序立てて記載することが示されており、日本の川崎医大病院では Weed により提唱された POS (Problem-Oriented System) による記載方法が示されている。

POS は患者の持っている医療上の問題を中心に、問題解決的アプローチにより、3 段階に記載手順が分けられている。第1段階は POMR による診療内容の記載であり、第2段階は POMR の監査であり、記載事項の訂正を検討する。第3段階は、前段階までの結果に従って POMR の記録を修正する⁶⁾。

「問題抽出および初期計画」については、中国の北

大病院の診療録には系統化された記載法がないが、そのため診療中に診療記録の要点を理解するのが困難である。仮に記載内容がフローチャートで表現されていても、キーワードの羅列であることが多く、キーワード間の意味の連続性が記載者以外には理解しづらい欠点がある。日本の川崎医大病院の診療録では、患者の全人的視点から（身体、心理、社会的側面）の健康状態を把握することが容易であり、解決すべき問題点が抽出されており、患者の意に沿った問題解決の診療態度が理解出来る点優れた方法である。

「経過記録」について、POS 方式に則り主観的情報 (Subjective data)、客観的情報 (Objective data)、考察評価 (Assessment)、計画 (Plan) の4項目に分かれている。川崎医大病院の診療録の場合は、経過記録 (Progress Notes) の中で、問題点毎に整理し時系列に経過を記録する。この記録形式は将来カル

表2 診療録の内容が両者で異なる項目

項目	川崎医科大学附属病院	北京大学医学部附属病院
1 入院診療録0号用紙	保険診療に関する情報 入院時外来カルテおよびフィルム 紹介医師, 転科時主治医の変更	保険診療に関する情報なし 診断比較状況 (外来と退院, 入院と退院, 術前と術後, 放射と病理, 臨床と病理) 救急処置時の成功率 特に検査, 診療項目および回数 教材として使用するとカルテ記載の質量評価
2 問題抽出および初期計画	問題抽出 初期計画 (Assessment, Plan-Dx 診断, Rx 治療, Ex 教育)	問題抽出なし, 病歴摘要 (小括) -診断根拠 初期診断 Diagnosis- (病因 Etiological, 病理 Pathological, 生理 Physiological)
3 問題リスト	問題番号#, (活動性問題, 非活動性問題)	問題リストなし
4 PROGRESS NOTES (経過記録)	各問題ごとに SOAP に分けて記載する 計画 P (Dx, Rx, Ex)	(初期 Progress Notes の場合は): 入院時診断病名 診断根拠 (病史, 症状, 身体所見, 検査 Data) 鑑別診断 - Differential Diagnosis 治療計画 - Therapeutic Plan
5 退院時要約	経過要約: 患者プロフィール 各問題ごとの要約 (S, O, A, P) 最終問題リスト 参考文献	入院中の状況 治療経過 退院時所見

テの電子化 (コンピュータ化) 時代となれば, ティーム間の情報伝達に便利な記載形式として高く評価できる⁷⁾.

一方, 中国の側では診療録は医師が記載し, 看護婦は看護記録を別の用紙に記載しており, 看護婦間の連絡に利用されている. したがって医師-看護婦間の円滑な情報交換の阻害原因となっている.

POS (Problem-Oriented System) は, 1969年 L.L.Weed により提唱された新しい診療録の記載方法であるが, その後米国では広くこの方法が採用され, 新しい医科大学を通じて普及して来た.

一方日本では1972年に柴田進, 日野原重明らにより, 医学教育の中に, 看護教育の中に導入され, 啓蒙運動が広まり日本 POS 医療学会へと発展してきたが, 多くの診療施設で一般的に採用され, 使用されるまでには至っていない. その理由の一つは医学教育の中で正式にカリキュラムの中に採用され, 医学生に診療録の書き方の教育がなされるまでに至らなかったためであり, 診療病院では, 従来の診療録形式のカルテが広く使われており, 従来の教育により医師になった先輩医師が POS 以前の診療録形式により診療録記載を実践している中で新しい POS 方式の診療録記載は普及し難い状況であったといえる. すなわち医学教育の中で学生に診療録の記載方法を教育しない限り, POS による診療録記載の実践, 普及は困難であると思われる. 以上の理由により日本では POS による診療録記載は全国的に普及するに

は至らなかったと思われる.

アメリカを中心に現代医療を取り巻く2つの大きな流れが存在する. 一つはより科学的かつ開かれた医療を目指すもので「Informed Consent と情報開示」, 「EBM, evidence based medicine」がキーワードである. もう一つは医療費の抑制, 医療資源の適正配分を求めるもので, 「DRG/PPS など健康保険改革」, 「管理医療, Managed Care」に代表される⁸⁾. 最近, 電子カルテ問題, 診療情報の開示が一般的な話題にのぼるようになってきた. 特に診療録の開示が大きく取り上げられたことにより, 一般社会や医療関係者の診療記録に対する関心が高まった. 臨床現場においては, 診療録は医師法によって医師に記載義務と保管義務が課せられており, 単に診療行為の記録だけにとどまらず, 患者に対する医療内容の説明 (Informed Consent), 医学的な研究と教育の資料, 医療機関である病院や診療所の保険診療や運営の資料および診療行為や医療保険請求内容を客観的に証明するものとなっている¹⁾.

診療録の歴史的考察を踏まえて, 診療録は情報化, ハイテク化とともに変化し, 改善されている. 従来の紙カルテでも, 検討中の電子カルテでも, あるいは未来の生涯電子カルテ (Life-Long Computer-based Individual Health Record) でも, いずれにせよ, 個々の住民から発生した健康情報が多くの専門家に共有される環境が整えば, 保健-医療-福祉へと連続した情報となり, それが自由に活用され医療情報

の標準化と相まって地球レベルでの住民健康情報となり、人類の発展に大いに寄与することが期待される。

結 論

診療録における日中両大学病院比較の結果は、両者とも基本的記載項目にはほとんど差異がなかったが、診療録の記載方式には大きな差異が認められた。

中国の北大病院の診療録では診療過程の記載が診断に至る思考過程が順序立てて記載されていたが、散文的な自由記載を特徴としていた。医師と看護婦の記録が別々になっており、チーム医療としての医療者側の情報交換の場が少ないことが判明した。

社会の情報化の進展にともない、また患者の権利

意識の高揚が必至の21世紀に向けて、高度情報化の日本も、発展途上の中国も、医療提供者がこの情報化の流れに対応して、共有できる診療情報に基づいたチーム医療の実践に力を注がなければならないと考えている。

日本および中国の医療の質や効率の向上を目指して、これからの診療記録の標準化や医療教育の充実などが今後の課題であると考えている。特に中国においては、保険診療の健全および医学教育の実践の場で POMR による診療録記載の教育と患者中心の診療哲学を普及させるためにも POS 教育システムの導入と医療の革新を図ることが急務であると考えている。

文 献

- 1) 鈴木 荘太郎 (1999) 診療録管理のあり方. 内川清雄編, 診療情報の開示と管理, 初版, ぎょうせい, 東京, pp18-24.
- 2) 桜井 勉 (1996) 診療録とは. 木村明監, 診療録管理学通論, 第2版, 日本病院共済会, 東京, pp5-12.
- 3) 余 永明 (2000) 中国病案管理, 初版, 中国協和医科大学出版社, 北京, pp1-6.
- 4) 余 永明 (2000) 中国病案管理, 「中華人民共和国執業医師法」, 初版, 中国協和医科大学出版社, 北京, pp601-606.
- 5) 石川 澄 (1995) 医療と医療記録文書 (情報). 江川 寛編, 医療科学, 初版, 医学書院, 東京, pp192-205.
- 6) 日野原重明 (1973) POS 医療と医学教育の革新のための新しいシステム. 第1版, 医学書院, 東京, pp83-89.
- 7) 日野原重明 (1987) POS の原点と応用. 第1版, 医学書院, 東京, pp209-287.
- 8) 武田 裕 (1999) 診療録のオーデイトと診療情報管理. 第25回日本診療録管理学会特集号, 診療録管理, 11(2), 31-32.

(平成12年12月12日受理)

A Comparative Study of Japanese and Chinese Medical Records and Possible Effects on Patient Care

Satoshi UEDA and Mei DING

(Accepted Dec. 12, 2000)

Key words : MEDICAL RECORDS, POS, POMR, MEDICAL INFORMATION

Abstract

To evaluate recent developments in the patient-care systems in Japan and China, the present study investigated the medical records at Kawasaki Medical University and the Medical School of Peking University. The findings indicated that (1) there were no items recorded concerning medical insurance in China as there is in Japan since there is no comprehensive insurance in China at present ; (2) POS, an effective system for medical record keeping used in Japan, is not yet commonly used in China. In the modern world of promotion of information science, both China and Japan are facing a new revolution in the patient-care system.

Correspondence to : Satoshi UEDA

Department of Medical Informatics, Faculty of Medical Professions
Kawasaki University of Medical Welfare
Kurashiki, 701-0193, Japan
(Kawasaki Medical Welfare Journal Vol.10, No.2, 2000 387-392)