
共同企画

共同企画5

日本診療情報管理学会：標準化退院時要約の普及とその質の担保

2018年11月24日(土) 09:00 ～ 11:00 B会場 (4F 409+410)

[3-B-1-5]（タイトル未定）

○豊田 建¹, ○佐藤 ひとみ²（1.株式会社HCI, 2.北海道大学病院 看護部長）

（抄録なし）

標準化退院時要約の普及とその質の担保

渡邊 直^{*2,3}、嶋田 元^{*1,4}、廣瀬弥幸^{*2,5}、木村通男^{*1,6}、豊田 建^{*1,7}

*1 日本医療情報学会、*2 日本診療情報管理学会、*3 一般財団法人 医療情報システム開発センター、
*4 聖路加国際大学 情報システムセンター、*5 医療法人陽蘭会 広瀬クリニック、
*6 浜松医科大学 医療情報部、*7 株式会社 HCI

The dissemination and quality assurance of standardized discharge summary.

Watanabe, Sunao^{*2,3}, Shiamda, Gen^{*1,4}, Hirose, Misaki^{*2,5}, Kimura, Michio^{*1,6}, Toyoda, Ken^{*1,7}

*1 Japan Association for Medical Informatics, *2 Japan Society of Health Information Management, *3 Medical Information System Development Center, *4 Center for Information Systems, St. Luke's International University, *5 Hirose clinic, *6 Department of Medical Informatics, Hamamatsu University School of Medicine, *7 HCI

Abstract in English comes here.

For the purpose to promote Japanese standardization of clinical information (medical record, clinical record etc), we have continued promotion activities related to the standardization of discharge summary as a joint committee of Japan Association for Medical Informatics and Japan Society for POS Health Care since September 2014, and that joined Japan Society of Health Information Management since January 2016. As a result of fiscal 2017, we completed the draft standard of discharge summary, and as of May 2018, this draft was under review by the HELICS Council after approval of the Japan HL7 Association. In order to disseminate this discharge summary standard in the future, we will discuss that how to inform, use, disseminate it and how to evaluate the content quality of discharge summary.

Keywords: discharge summary, standardization

1. はじめに

わが国における診療記載(カルテ、診療記録等)の標準化を進めることを目的として2014年9月より日本医療情報学会と日本POS医療学会、2016年1月より日本診療情報管理学会も加わった合同委員会として、退院時要約等の診療記録に関する標準化推進合同委員会の活動を継続してきた。2017年度の成果として退院時要約(退院サマリー)の標準規格原案作成を完了し、2018年5月現在、日本HL7協会の承認を経てHELICS協議会にて審査中である。

今後はこの退院時要約の標準規格案が広く使用されてゆくために、どのように周知および活用を図ってゆか、そして内容の質の担保についての普及評価方法などについて何が課題であるかを議論する。

2. 定量監査により退院時要約の質を担保する

【背景】退院時要約(以下「退院サマリー」)の標準的枠組み規定が固まる状況となったが、その枠組みへの電子カルテからの流し込みや自動入力など、作成の容易化を電子カルテシステムにおいて実現し、準備できることが、普及の鍵であることは言を俟たない。一方でその枠組み内に、いかに必要な情報をコンサイスに盛り込めるのか、何を記載すべきなのかについては、あくまでも臨床教育的な観点からの方向付け、指針呈示が必要である。すなわち、サマリーの質の担保には、明確な基準に基づく監査の施行がかかせないと考えられる。

【方法】医療・ケアの連携の時代である事を踏まえ、退院サマリーを医療健康情報伝達の重要ツールとして定義づける。この観点から筆者らは、聖路加国際病院・研修管理委員会ならびに医療記録オーディット委員会内において、サマリー内に盛り込むべき内容を規定し、20項目のチェックリストを作成した。そしてこれを0点1点2点の三段階評価法で定量化し監査する取組みを、2011年より実践した。

【結果】研修医作成の退院サマリー(内科・外科サマリー主体)の随時抽出監査を実施、集計をしてみた(n:30~111)ところ、本定量監査開始後1年目の2012年で総合2点満点のところ平均1.21点であったものが2013年で1.63点となり、有意(p<0.05)に質向上が認められ、以後この評価法を元にした記載教育継続を経て2014年~2016年1.63点を維持、2017年ではさらに1.68点に有意向上を得た。

【考察・結語】Persistent interest(健康問題に関する継続的な関心事)を簡潔に伝承するツールとしての標準化サマリーに、いかによい質のコンテンツを盛り込めるか、その方法としての定量監査法の有用性が確認できた。今後、全国的なサマリーの質の担保・向上のために、さらに多施設においてこのような取組みを共同で実施し、相互比較や評価基準の洗練と統一化を図ることが期待される。

3. 医師の記録の効率化

医療サービスを提供する上で医療情報の重要さは議論の余地はないが莫大な情報量の増加とともに既に医療従事者の認知限界を超えつつある。

多くの医療情報は構造化され管理されるようになったが、叙述記録の全てを構造化することは未だ困難である。

叙述記録は一定期間のその時点の要約であり、深層学習をはじめとしたAIによっても未だ要約作成は実用レベルに達していない。

現時点で要約作成における利用可能手段は、検索、検索結果の利活用、利用者に益があるかであるが、現時点では作成者の益が優先され、利用者の益はあまり考慮されていない。

今回提案されている退院時要約標準から記録の効率化について考察する。

4. 地域包括ケアシステム時代に求められる退院時要約

本邦では高齢化が進み、それを支える生産年齢人口は減り続けている。また、財政も厳しい。社会の持続性が危惧されており、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることを目指す地域包括ケアシステムの構築が急がれており、その実現のためには医療や介護、予防、住まい、生活支援等が、有効で効率的な連携を行う必要がある。

退院時要約の標準化による医療の重要な情報の共有は、地域包括ケアシステムでの医療に関する情報共有の業務効率を高めるであろう。この中で Problem List が記載され、全人的に問題が取り上げられ、老いや障害、認知症、治癒困難な生活習慣病を抱えて長期間生きる人々の生活が支えられることにつながると期待される。しかし、現状の退院時要約や Problem List では医学的領域の問題に焦点が当たっており、それ以外の問題は記載されない。一方、介護においては、生活を支え自立を支援する視点から、医学的領域以外の問題も広く収集していることから、医療と介護が共に Problem List を作成すべきである。今後の情報活用のためには Problem List に挙げられる項目はコード化され分析できるべきであることから、国際生活機能分類(International Classification of Function, Disability and Health: ICF)を活用することを提言する。

医療では「できないこと」に注意が集まることが多いが、ICFでは「できること」を重視する。例えば「麻痺があるから看護師等が食事の介助をする」のではなく、「特殊な自助具を準備して自分で食べるようにする」と考える。入院と在宅を繰り返す場合、介護が大切にしている「残存機能の維持向上」を医療も意識することが重要で、これによって提供するケアが変わる。このことからすると、「Possible List」も必要となる。

退院時要約の標準化を契機として、医療や介護等の情報共有が効率的に進み、お互いを尊重する連携が促進され、地域包括ケアシステム全体の質が向上することを期待する。

5. 電子カルテにおけるアレルギー情報の扱い

アレルギー情報の重要性について、異論を聞くことはない。電子カルテの中でも、医師記載記事、看護記録、退院時サマリ、問診票、紹介状と、多くの文書に項目はある。しかし、内容についての、臨床的、運用的、データ形式的標準化がなされていないため、転記ミスやリスクの過大評価といった支障が生じている。

今回提案されている退院時サマリ標準では、○あり、○なし、○不明をトップレベルとし、必須記載とした。またその下の各項目では、対象物、症状、日時はテキスト欄とし、これと上のレベルとともに、○医療者確認、○患者・家族による、をこれも必須記載とした。その背景の考えは以下の通りである。

- ・不明も明確な情報である、その一方で全く記載のないケースを認めないこととした
- ・対象物、症状、日時は、あまりに多彩であり、今後もどんどん増えていくと思われ、コード化は無理と考えた
- ・医療者確認は RAST などの検査を必要としていない、患者からのエピソードが納得できれば、確認としてよい