

を想定すればこれはそれほど困難な事ではないが、入院の診療録ではまったく状況は異なる。また病院の規模や形態によっても状況は異なる。さらに情報化・電子化が進んでくると、この記載方式も従来の筆記という概念を超えた方式が可能となる。こういった問題を未来像も含めて考察する事は我々の大きな課題のひとつである。第二に医療安全の観点から、情報伝達が重要であることは以前から指摘されていることであるが、指示箋については現場診療を踏まえた上での考察が乏しいということがあげられる。医師とコメディカル間での情報伝達つまりコミュニケーションを円滑にかつ間違いなく行う仕組みは、非常に重要な問題にも関わらず旧態依然とした指示箋が必要だというコメントに終始している。第三に記述形式の問題がある。POMRという問題指向型の記述形式を推奨する文献がほとんどだが、同時にこれらに対する批判的文献も散見される。また POMR が優れているという証拠も乏しい。臨床現場に即して考えると、訴えのある患者が訪れる外来レベルでの診療と重症患者を診る ICU あるいは言葉の出ない老人や精神疾患を扱う領域では記載方法が異なってくる事は当然であろうが、そういったことに明示的に言及している文献は無い。

こういった実情を踏まえて、検討部会では従来の理念的・理論的考察は踏まえた上で、現場医療の実情にも配慮をした記載指針作成を試みた。作成された記載指針は様々な立場からの意見を統合したものであり、すべてのニーズを満たすものではなく限界も多いが、現時点での医療記録の満たすべき要件を考慮した内容となった。

本研究で言及すべき点は、この記載指針作成の過程における参加者の思考を制限するパラダイムである。まず医事紛争における法的追求を考慮する言説が目立った。「紛争を回避するために」「証拠保全のために」「裁判時に・・・」といった言葉で代表される医事紛争を前提とした記載を重視する立場である。診療録の目的のひとつに医事紛争時の対応、あるいは有効な証拠物件としての性格は確かに現在では無視できない状況になっている。具体的には昨今のジャーナリズムの

医療事故に対する反応や司法判断の急進的な医療者側に厳しい判決などである。これらの医療外部での社会的な事象が、記載指針作成に多大な影響を及ぼしているということを指摘したい。

もう一点は「客観的」という言葉をもって、何を示しているのかという深い考察が乏しいということが挙げられる。日時の正確性、事象の真正性を追求するという含意かもしれないが、実際の医療現場においてすべての職員の時計を合わせて仕事を開始することは非現実的であろう。またモニターや医療機器の時間がずれていることなども日常茶飯事である。こういった医療現場の現実を鑑みたときに、医療記録上ですべての日時が記載されそれらに矛盾が生じないということはほとんど不可能な問題である。では医療記録の時点で時刻について矛盾が生じないように「後から」記載することは、改竄とはならないのであろうか？

承諾記録、インフォームドコンセントに対する異常な固執も特記すべきであろう。つまり同席者のすべての氏名を記入し、その発言のすべてを記載するという主張も見られた。これらに要する労力とその意味を考えたとき、これが現実的な記載指針に適切なかは議論の生じるところであった。

以上のように指針作成の過程において出現した独特の言説があり、これらは医療現場の外部からの圧迫感の表出となっている。これらの圧力と医療安全の諸問題との距離測定を冷徹な視点で行う必要がある。このことによって医療と対外的な圧力との関係を明らかにしかつ分析する事が可能となり、これは結果的には医療安全にとって多大な貢献となるであろう。

E. 結論

医療記録（診療録）について、その記載指針は理論的なものは散見されるが、臨床現場に即した実践的かつ有効性の証明された記載指針はない。

臨床現場の問題を考慮に入れた医療記録記載指針が必要であり、今回チャートレビュー検討会ではその必要性に即した指針作成を行った。指針作成の過程において、医療のおかれた環境や社会状況に多大な影響を

受けた言説が存在し、一種のパラダイムとなって思考を規制していると考えられた。こういった言説分析は指針作成にとどまらず医療安全文化を検討する際に重要な役割を果たす。

F. 健康危険情報

特になし。

G. 研究発表

1. 論文発表

特になし。

2. 学会発表

特になし。

H. 知的財産権の出願・登録状況

特になし。

厚生科学研究費補助金（医療技術評価総合研究事業）

平成15年度 研究報告書

認定病院間の医療事故情報共有による患者安全の推進と医療記録の検証による
事故防止策の実施に関する研究
－病院などにおける医療記録の記載に関する提言－

研究協力者 石川 澄 広島大学附属病院 医療情報部

検討会構成

	施設名	役職名	氏名
1	日本大学	教授	大道 久
2	京都大学大学院	教授	今中 雄一
3	広島大学医学部附属病院	教授	石川 澄
4	日本大学	助教授	梅里 良正
5	日本大学	講師	寺崎 仁
6	自治医科大学	助手	長谷川 剛
7	NTT東日本関東病院	精神神経科部長	秋山 剛
8	財団法人聖路加国際病院		阿部 眞澄
9	医療法人宝生会 PL病院	MRM推進室看護師長	井上 恵美
10	国立仙台病院	統計病歴係主任	上田 京子
11	大阪府立母子保健総合医療センター	主任	枝光 尚美
12	相澤病院		大槻 憲吾
13	青梅市立総合病院	循環器科部長	大友 建一郎
14	医療法人財団康生会 武田病院	部長	岡田 好一
15	焼津市立総合病院	主任主査	河村 保孝
16	医療法人近森会 近森病院	副院長;外科部長	北村 龍彦
17	市立江別総合病院	主幹	倉部 直子
18	医療法人社団三喜会 鶴巻温泉病院	看護科長	小池 恵子
19	日生病院	調査役	小坂 清美
20	名古屋第一赤十字病院	看護副部長	小森 和子
21	佐賀大学	専門職員	重田 イサ子
22	昭和大学病院	主任	須貝 和則
23	国際医療福祉大学	教授	鳥羽 克子
24	小倉第一病院	院長	中村 定敏
25	静岡赤十字病院	第4外科部長	西海 孝男
26	上都賀厚生農業協同組合連合会 上都賀総合病院	看護師長	福田 環
27	広島国際大学	教授	三宅 裕子
28	特別医療法人財団董仙会 恵寿総合病院	病棟師長	本橋 敏美
29	済生会神奈川県病院	課長補佐	吉崎 悦子

A. 研究目的と経過

医療を健康保持と危機管理に関する社会サービスであると位置づければ、医療の提供者には結果とそれに至るプロセスについて説明責任が生じるのは当然である。そのような社会サービスとしての医療の過程と成果を評価するために、医学的な妥当性が専門的に示されることのみならず、受益者である患者にとっても理解できる説明がなされなければ

ならない。

このような医療の質や効率性を評価するには、医療の内容を明らかにするデータが必要だが、この種のデータを出せる医療機関が少ないのがわが国の現状ではないか。医療は、そのプロセスが必ずしも患者の期待通りに進み、患者の意に沿う結果が出るとは限らない。その際に重要なことは、患者本位に組み立てられた医療努力がいかになされたかを患

者に示し、患者が評価できることが求められるのではない。すなわち、わたしたちは開示に堪える医療記録を準備する義務を負っている。

本検討会はこのような認識と、これから述べる医療の質の基本要件である安全性担保の視点から医療記録を捉え、どの病院においても共通に必要な医療記録の記載要件を整理することが目的である。

検討会は医療記録に関わる病院実務者（医師、看護師、診療情報管理士）および病院管理研究者からなる。検討はワークショップ形式によって行い、検討会の構成員を3つの少グループにわけ、医療記録の記載に関して焦点とすべき背景と問題点の具体的事象を抽出、全体会議において整理統合して記載要件を協議した。

表 1 検討会の経過

	研究会議	開催日
1	Chart review検討会 事前打合せ会議	2003/9/25
2	Chart review検討会 第1回ワーキンググループ会議	2003/10/13
3	Chart review検討会 第2回ワーキンググループ会議	2003/12/5
4	Chart review検討会 第3回ワーキンググループ会議	2004/1/18
5	Chart review検討会 第4回ワーキンググループ会議	2004/2/29
6	Chart review検討会 第5回ワーキンググループ会議	2004/3/12
7	第1回Chart review検討会	2003/11/7
8	第2回Chart review検討会	2003/12/24
9	第3回Chart review検討会	2004/2/2
10	第4回Chart review検討会	2004/3/12

B. 研究方法・結果・考察

●チーム医療は本当に安全か●

わが国の医療の質改善を目的とする第三者評価は、日本医療機能評価機構によって一般化してきた。従来の機能評価は、病院管理者のリーダーシップのもとに人材、施設機能が量的に確保され、組織的な病院運営がなされているかということが主眼であり、医療のプロセスと成果を直接測るものではない。しかしこのような評価がなされてきたことによって、多くの医療機関における組織構造面の水準は向上したと思われる。

一方、社会の情報化が進み医療の透明性が強く望まれる今日、医療機関は、限りある資源を有効に活用して、安全で効率よい医療がなされているかを様々な局面で示すことが求められるようになった。

上記の機能評価において一定水準が保有していることを認定された病院（以下、認定病院）のうち、

約 560 病院（平成 15 年度）が患者安全推進協議会を結成している。同協議会は医療事故あるいは教訓的事例を出し合って、安全性確保の方策の立案を相互に検討しあっている。その中で、医療事故の多くは医療の過程のなかでの些細な有害事象の積み重ねによって起こることが多い。

原因を筆者なりにまとめると、

1. 薬剤・医療材料の誤使用、不適切使用
2. 医療知識・技術の未熟さ、独善性
3. 医療記録の不備
4. 不確実な専門職間の情報交換
5. 患者との意思疎通の欠如
6. 縦割り組織の狭間での責任性の欠如

に集約され、その多くが情報の質の低さと正確な伝達の欠如に起因すると思われる。

●情報共有による安全性の担保●

チーム医療が安全かつ効果的に行われるためにもっとも重要なことは、関係者相互の正確な情報伝達による情報の共有が鍵である。

チーム医療は異なったスキルを持つ複数の医療専門職が共通の目標を設定してその達成に協働するプロセスである。異なった専門的視点から、対象の患者の容態を観察して問題点を整理し、共通の認識を持つこと、その解決に向かって具体計画に従って実行し、結果を共有するプロセスである。このプロセスが円滑に進むと思ひ込みや勘違いなど、些細なミス積み重ねによる重大な有害事象の多くを防ぎえるのではないかと。

同一医療チーム内での医療記録の共有は当然のこととして、患者にその内容を開示して、患者も自らが医療チームという自覚の元に医療が進めばさらに安全性も高まる。また患者がこれから受けようとする（現在受けている）医療に迷いが生じたとき、医療記録を基にセカンドオピニオンを求めることは、広義のチーム医療の具現でもある。

●現行法令下の「医療記録」の問題点●

たとえば「診療録」は、医師法に規定する医師の身分保障とともに生じる「医師は求めに応じて診察、治療を行う」という応召義務に始まる責任義務条項のひとつである。

すなわち、診療した医師は、遅滞なく診療に関する事項を診療録に記載し、勤務医の場合は医療施設管理者が、その他の場合はその医師が診療の終了した日から5年間保存しなければならない（医師法第24条、歯科医師法第23条）。

記載事項は、医師法施行規則に以下のように規定されている

- ① 診療を受けた者の住所、氏名、性別および年齢
- ② 病名および主要症状
- ③ 治療方法（処方および処置）
- ④ 診療の年月日

さらに保険医療費担当規則には、「保険診療録」

として上記に加え、健康保険上の項目を加えた様式が示されている。

いずれにせよ、このように法に定める規定は、極めておおまかで記載の自由度が高い。そのことが個々の記載内容にバラつきを生じさせる要因となっているといえよう。

●医療記録の構造化の必要性和電子化の問題点●

医療の安全性が担保されるには、チーム医療の過程と結果が評価できる医療記録の構造化される必要がある。

その代表的な記載方式としては、問題点を明確にし、その解決に向けて効果的な過程を記載する問題志向型医療記録（POMR：Problem Oriented Medical Record）が推奨されてきた。POMRは、周知のとおり、1968年に米国のLawrence L. Weed氏により提唱され、日野原重明氏によって早期に日本に紹介された。

POMRは、医療過程に生じる質的に異なる情報を構造化して記載し、「患者が抱える医療上の問題点を正しく把握し、問題点の解決に最も良いと考えられる扱いかたを目指し努力する、一貫した作業システム」であると定義される。しかし、日常診療の場では、特に、緊急処置や繁忙な外来診療中にこの方式で、かつ「公式文書」としての記載ができにくいことも事実である。

病院において患者中心の医療を実践するための情報基盤として、電子化医療記録（以下、EHR）の導入が盛んである。医療情報の電子化は関係者への伝達段階での転記によるミスの回避ができる期待がある。しかし、大規模病院におけるEHRは、技術的、経済的制約の元で未解決の部分が少なからず存在し、医療現場は情報の集積、検索、活用段階で多くの不満を有している。

従来の医療記録の電子化の過程は、診療報酬請求事務の省力化を目途とするいわゆるオーダメントリシステムの延長として構築されてきた。構造化医療記録の必要性は論理的には理解されるものの、画

一的で固定的な情報の集積が、臨床上受け入れ難いことは事実である。医療記録の電子化の潮流は間違いないが、医療記録の基本構造を今一度検討しなおす必要に迫られている。

●医療における情報処理スパイラル●

医療のプロセスは原則的に次の8段階に分けられ、情報の集積、伝達と行為がスパイラルに進行する。すなわち、経済分野において一般的な「Plan-Do-See」ではなく「See-Plan-Do」の手順が多い。

1. 問題点の抽出：

データベースからの患者情報の収集および、診察の過程や諸検査データを多角的に集める（観測・観察）。

2. 問題点の整理：

初期記録、問題点リスト、経過表（経過記録）を作成しつつ、解決すべき課題全体を整理する。

3. 目標の設定：

その患者は長期的（通常は1年以上先）、中期的（3ヶ月以上先）、短期的（2週から1ヶ月）にどうなっていれば良いのかを検討し、

4. 対応策・計画の立案：

目標達成のために、どのような診療・看護方針（方向性）で、どのような方法（医薬材用や人的資源）をどのようなタイミング（手順）で実施するか、

5. 指示・依頼、指示確認：

他の専門職あるいは同僚に対し、何を、いつ行うのか、

6. 実施前確認：

指示（実施）内容の妥当性、これから行う輸血や投与する治療薬に誤りがないか、

7. 実施後確認：

検査、処置、治療が終了ないしは中断、中止変更されたか、

8. 実施結果の評価：

その結果どうなったかを時系列に記載し、後に

読み返して、誰にでも理解できるように記述することが求められる。

●翻って「医療記録」とは●

本検討会は、「特定の患者に対する医療に関わるすべての医療専門職が取り扱う情報の記録」を「医療記録」として捉え、チーム医療の基本媒体と位置づける。

記録という表現からは、医療行為を行った結果の記録としての意味もあるが、むしろ記録する過程それ自体が医療行為であるといつて差し支えない。医療記録は、以上のプロセスが一貫して把握できるよう、原則的に時系列に、何時、誰が記載したのかを医療チームで供覧でき、かつ患者にも示し説明できる必要がある。

さらに、法的には個々の身分法に記録の保存が定められていることから、医療専門職が個別に記載しファイリングする施設が多い。しかし、現代医療はひとりの医師だけで行うことができず、複数の専門医や多くの医療専門職が役割分担をして組織的に任務を果たすいわゆるチーム医療を行うことで成り立っている。さらに、患者に必要な情報が提供され、必要に応じてセカンドオピニオンを求めることも患者を中心に据えたチーム医療の要件と考える。

診療録や看護記録の初期記録および経過記録のほか、説明と同意書等患者の意思決定の書類、指示記録、手術・麻酔記録、検査・処置記録、リハビリテーション記録、カンファレンス記録、併科受診・対診記録、中間サマリー、退院時サマリーなどのすべての記録文書が含まれる。

上記を整理すると、医療記録には医療のプロセスの進行に従って、下記の4項目に関する情報を系統的に示す必要がある。

1. 医療専門職が組織的に連携した医療を実践しているか
2. 受益者(患者)に個別の計画的な医療を展開しているか
3. 医療過程の各段階において安全性を確かめて

いるか

4. 成果とともにそれに至る過程が評価しているか

●求められる医療記録の記載指針の概要●

指針は入院医療記録を対象として必要な記載内容を示した。

検討会では、入院医療記録を対象に、以上の議論を踏まえ従来の医療記録の問題点を見直し、医療の安全性を評価し得る水準の医療記録として記載されるべき基本項目と要件を示した。指針の構造は「項目」「記載の目的・留意事項」を本体として、各項目の焦点と注釈を付帯的に示した。

以下に各項目に関する目的と方針を示す。

1) 記載の基本的、全体的事項

医療記録は、医療行為を行ったことを公に示す根拠である。患者中心の医療を実現するために、多職種によって組織的に行われる医療(チーム医療)のプロセスを統合した、問題志向型の様式での記載を奨励する。

2) 入院時の記録

医療の目標を明確にするために、入院時の問題点を多角的に整理し、速やかに記載する。その際、まず対象患者の診療看護に携わるすべての医療担当者氏名、職種、および患者に対する立場(医師であれば主治医、看護師ならば担当看護師など責任性を示す表記)を楷書で記載し、同時に経過記録等へ記載する「署名」を登録する。

3) 経過記録

チーム医療の過程を明確にするために、多職種にまたがる医療の過程を時系列に記載する。記載に当たって念頭に置くべき事項は、①情報の共有、②情報の開示、③医療の質保証である。

上記を達成するために、経過記録作成時の必須要件は①問題志向型記載、②医療サービスの評価・検証、③記載者の責任性、④効率の良い記載手順、⑤論理的な記載、⑥見読性(略語は極力使用せず、出来る限り日本語で記載する)である。

さらに、記載に際して留意することは、①記載者の

思考と行動過程が第三者にも分かるような記載方法が心がける。②実施事実と結果に対しての評価を記載する習慣をつける。③再評価に基づく再計画を怠らない(有害事象も含む)。④患者の意思が医療に反映するようインフォームドコンセントを日常化し、経過記録中に記載する。⑤医療の過程の区切りに再評価する習慣をつけてそれを要約に記載する。

4) 説明と同意書等、患者の意思決定の書類

患者と医療者とが強い信頼関係を築くために、本人、家族および関係者に理解できる表現で記載する。

この範疇には、特に手術あるいは侵襲を伴う検査・処置についての説明書と同意書、輸血・血漿分画製剤同意書、入院医療計画書、退院指導計画書(退院療養計画書)が重要である。これらの内容としては、病状・検査や治療についてすべての関係する専門職によって、多角的に検討された内容を分かりやすく説明し、理解を得る。その結果、患者の意思が反映されることが重要で、セカンドオピニオンを求めること、および拒否、保留できることを保証することを明記する。

5) カンファレンス記録

チーム医療の具現化を示すために、関係する医療職のみならず必要に応じて本人、家族の発言を加えた記録を作成する。

カンファレンス記録は、入院時、状況の変化時(手術、制癌剤の使用、非経口的栄養摂取など)、退院時などに、多職種が異なった視点から対象の問題点の整理をし、状態評価、医療方針を立案、変更に関して協議して、次の段階の行動計画を決定する過程を記録する。医療専門職ばかりではなく、本人、家族などが出席した場合には、発言をできるだけ忠実に記載する。

6) 手術・麻酔記録

手術・麻酔が適正に実施していることを示すために、それらの過程を系統的に記載する。内容は手術記録、麻酔記録、手術時看護・処置記録からなる。手術記録には施行日付、開始・終了時刻、術者、助手、術前・術後診断、手術術式、出血量、輸血量、その他特記事項を記載し、麻酔記録には、手術記録の内容に、バイタルサインの経過および麻酔中の特記事項を加える。

看護・処置記録には手術・麻酔時に生じた看護上の特記事項と使用した機材および医療材料名を記載する。これらのすべての記録の末尾に、記載者が署名する。

7) 処置記録

検査・治療上および看護上の処置が適正に実践されていることを示すために、それらの過程を系統的に記載する。内容は施行日付（必要により時刻）、処置名、施術者名（担当者名）、特記すべき事項、使用した器材及び医薬材料名を記載する。

8) 検査記録

根拠に基づく医療の実践を示すために、診断・治療経過に即して検査結果が系統的に通覧できるよう示す。施行日付（必要により時刻）、検査項目、結果、特記事項を時系列に示す。

9) 併科受診・対診記録

他の専門医療科等との連携・協同医療を確実に行うために、役割分担、責任範囲がわかるように、経過記録内に記載する。依頼内容、依頼された診療科の対応、併科受診（対診）結果への依頼元の対応を記載する。依頼および返信の両者に記載者を署名する。

10) 指示記録

医療チームの中で情報伝達が確実になされるために、必要な定期的に行う指示（ルーティン）と非定期的な指示（非ルーティン）の区別を明確に、指示内容（「誰に」、「いつ（実行予定日付（必要に応じて時刻）」、「何を）」、指示日付（必要に応じて時刻）、および指示者の署名を記載する。※「口頭指示」は原則行わない。事情によって行わざるを得ない場合は、「誰が」「いつ（指示日付（必要に応じて時刻）」指示（依頼）したかを記載し、指示者（依頼者）が署名する。

確実な指示受けが重要で、「どのような指示を（指示内容）」「いつ（確認した日付（必要に応じて時刻）」、「だれが（確認者の署名）」を受けたかを記載する。※口頭指示を受けた者は、上記に加え、「誰から（指示者名）」「いつ指示を受けたか（日付（必要に応じて時刻）」を記載する。

実施前の安全確認のために「誰に」、「何を」行うかを実施の直前に実施者が確認し、実施開始時刻、実施

者（確認者）の署名を記載する。実施後は、「誰に」、「何がなされたか」を確認し、終了確認時刻、確認者の署名を記載する。

11) 中間サマリー

評価に基づく計画を確実にするために、過程の途中で医療を進める上の問題点を確認し、これを機会に必要に応じて計画を建て直すことも薦められる。

12) 退院時サマリー・引継ぎサマリー

担当者の責任制を担保するとともに、チーム医療を円滑に進め継続的な医療を提供するために、入院中および自らが担当中の経過と現在の問題点、およびそれまで担当者が考える今後の方針を簡潔に記載する。書式は病院内において共通の記録部分と各診療科個別の様式の部分からなる。前者には、患者基本情報、最終診断名、転帰、入退院経路、全体経過、退院後の方針が含まれ、後者には、手術、処置、検査記録の概要や画像の添付資料などが含まれる。

C. 結論

この指針では、現段階においてどの病院においても目標とすべき記載内容を示した。

今後、医療現場にこの提言に沿った記載の試行を行い、実行の可能性を検証したい。試行の手順を踏まえて提言に盛り込んだ内容の妥当性を検証する。それによって、全国のどの病院においても共通に整備すべき医療記録の要件を固めていくことができると考えている。

D. 健康危険情報

特になし。

E. 研究発表

特になし。

F. 知的財産権の出願・登録状況

特になし。

項目	記載の目的・留意事項
記載の基本的・全体的事項	患者本位の医療を効果的かつ継続的に展開するために、対象患者に関わるすべての専門職種が、実践の過程において共有すべき情報を系統的に記載する。
	<ol style="list-style-type: none"> 1. 事実在即し客観的に記載する。（推測、推論部分は明確に表現する。） 2. 診断、治療、手術などの経過を記載する。 （経過中のエピソード（特記事項）が容易に分かるように記載する。） 3. 略語の使用はできるだけ避け、標準的な用語で記載する。 （日本語を中心に記載する。） 4. 全体像および一連の経過が容易に把握できるように記載する。 5. 多職種による問題点の抽出・整理、目標設定、医療計画、指示依頼・確認、実施確認、結果評価が時系列に統合され、相互関係が通覧できるよう工夫する。 6. 医療計画の必要に応じた見直し・修正およびその理由を記載する。 7. 新たな診療・看護行為ごと及びエピソードの発生ごとに、記載日付を記載する。（ただし、同一月内では日時を、同一日内では時刻のみを記載する。） 必要に応じてエピソード（記事の内容）の発生時刻も記載する。 ※ エピソードや診療看護行為の記事を、前に遡って記載する場合は、記載日付・時刻と、エピソードが発生した日付、時刻等を切り分けて明示する。 8. 新規記載・修正変更の都度、署名をする。 9. 記録はボールペンまたはペンで記載する。 10. 訂正・修正を行う場合、原則として前の記載が判るように二本線をひき、記載し直す（真正性）。修正液、砂消しゴムは使用しない。 11. 他職種の記録が参照できるように記録は一元化が望ましい。 12. 手書き記録と電子記録が併用されている場合は、情報の種類別（診療録 1 号様式、経過記録、経過表など）に手書き記録か電子記録のどちらを正本（正式の医療記録）とするかを施設として明示しておく。
入院時の記録 （初期記録）	医療の目標を明確にするために、入院時の問題点を多角的に整理し速やかに記載する。
	<ol style="list-style-type: none"> 1. 医療にかかわるすべての担当者名、職種、医療に関わる立場、及び署名を記載する。 2. 主訴または入院目的・理由を記載する。その際、患者の訴えが的確な言葉で記載する。 3. 既往歴、現病歴、家族歴およびその他医療に必要な入院前の状況を時系列に記載する。 4. 患者の訴えおよび診察所見、入手できるデータに基づき、身体的・心理的な側面に加え、社会生活面（家族関係・職場環境や経済的な問題など）を含め、全人的に目標を設定し、医療の計画を記載する。 5. 医療計画には、診断（その時点で判っている解決すべき問題点）、治療、教育、看護、リハビリテーション、その他の方針および手順を記載する。

【キーワード・ポイントなど】

記載の基本的、全体的事項

- ・ **入院医療記録**
入院医療は複数の専門職が組織的に行う医療（チーム医療）の実践過程の記録に焦点を当てる。患者が抱える問題点を解決するために、入院時に入手した情報を起点に、実践を通じて集積し退院後に引き継ぐべき多角的な情報を、多職種が異なった観点から相互の業務の連関に配慮しつつ記載する。
- ・ **患者本位の医療**
医療の受益者は患者本人であり、患者の意向が最優先される。医療記録の記載が、患者を中心として記載されているかが問われる。
- ・ **記載の基本的姿勢**
患者の全体像把握、患者の利益追求、自立支援、標準的な用語、責任の所在、専門職ではない患者・家族にも理解される記載、事実に即した客観的記載が求められる。
- ・ **問題志**
- ・ **向型医療記録**
Problem Oriented System の考え方を取り入れた、患者の問題点を整理、解決する目標の明確化、対応策(計画)手順、実施確認、成果、評価を系統的に記載する医療記録の方法
- ・ **結果評価**
医療がなされた結果、どのような効果をもたらしたか、期待通りの成果が上がったかを評価する。
- ・ **過程評価**
医療の過程（問題点の抽出、整理、分析、判断（診断）、目標の設定、対応策(計画)、実行前確認、実行中管理、実行後確認の一連の過程）を評価する。
- ・ **署名**
楷書でフルネームを記載することが望ましい。実効上は困難なことが多く、入院時記録に担当者氏名、患者に対する立場(担当医や担当看護師など)を記載すると同時に、当該記録で使用する署名を並列に登記することにより、記事の記載者を確実に識別できるようにすることで責任性を担保する手法を取り入れている場合もある。

入院時の記録(初期記録)

- ・ **医療にかかわるすべての担当者**
対象患者の診療看護に関わるすべての医療専門職の氏名を記載する。
- ・ **担当者の立場**
例えば医師ならば「主治医」または「主任担当医」、研修医など指示医にならない医師の場合は「担当医」など、患者にかかわる立場と役割を明示して、責任を明らかにする。
入院目的、問題点、既往歴、現病歴、家族歴、その他必要な入院前の記事、所見、医療計画（方針、手順）、関係者の署名

【入院診療計画の基準（社会保険・老人保健医科点数表第1章第1節基本診療料の施設基準）】

クリニカルパスを入院診療計画書として代用する場合は、

1. 医師、看護師等の共同により作成されていること。
2. 病名、症状、推定される入院期間、予定される検査及び手術内容及び日程、推定される期間、その他入院に関し必要な事項が記載されていること。
3. 当該診療計画が入院した日から起算して7日以内に、患者に対して文書により交付がなされること。
上記3.において「患者に対して交付」とは、入院診療計画書は、患者に分かる表現で記載されることを意味すると考えられる。

項目	記載の目的、留意事項
経過記録	<p>1. 医療の経過を詳細に記載し、経過中の問題点を明確にして対応する医療計画を記載する。</p> <p>2. 病態の変化に伴う処置・治療の計画変更時には、他の専門職への指示(依頼)および他からの指示(依頼)の内容を記載する。 * 注1:他の専門職への指示(処方・処置等)を指示簿あるいは指示箋に記載して運用する場合、医療記録のホルダーにそれらを一元化して保存する。 * 処方箋と注射箋指示、指示受け、電話や口頭指示、事後記録の確認</p> <p>3. 緊急時における電話や口頭指示があった事実を記載する。</p> <p>4. 検査、治療、処置などの記載だけではなく、インフォームドコンセント・教育・助言などの患者とのコミュニケーションの内容を日常的に記載する。内容は、いつ、どこで、誰が、誰に、何について、どのように説明したのか、患者や家族からの質問および、それに対する説明の内容と患者・家族の反応を記載する。(同席者名を必ず記載する。)</p> <p>5. 医療チーム内で適宜の協議結果の要約を記載する。(但し、カンファレンス記録は別添えとする。)</p> <p>6. 違法な追記を防ぐために空白(余白)を作らない。</p> <p>7. 記載者は記載の末尾に署名し、責任性を明確にする。</p>
説明と同意書等、患者の意思決定の書類	<p>患者と医療者とが強い信頼関係を築くために、本人や家族などに理解できる表現で記載し、患者の意向を反映して記載する。</p>
	<p>1. 入院医療計画書:入院の際に医師、看護師、その他必要に応じ関係職種が協同して総合的な医療計画を策定し、患者に対し、病名、症状、治療計画、検査内容及び日程、手術内容及び日程、看護・リハビリテーションの計画などを含めて推定される入院期間等について、入院後7日以内に患者に解りやすい表現で記載する。</p> <p>2. 退院療養計画書:(内容は、医療報酬に示されている内容を簡潔にまとめる。)</p> <p>3. 説明と同意書:患者がそのサービスを受けることによるメリットやデメリット、危険性、代替医療などの選択肢も十分説明し、希望があればセカンドオピニオンを求めることができることも言及する。</p> <p>4. 説明に対する患者家族または保護者の意向を正確に記載する。</p> <p>5. 同席者(患者家族または保護者を含む)の氏名を記載する。</p>

【キーワード・ポイントなど】

経過記録

記載に当たって念頭に置くべき事項

- (1) 情報の共有
- (2) 情報の開示
- (3) 医療の質保証

上記を達成するために次の6項目を必須条件として

「経過記録」および「指示記録」の作成のためのキーポイントとする。

- ① 問題志向型による記載
- ② 医療サービスの評価・検証
- ③ 記載者の責任性
- ④ 効率の良い記載手順
- ⑤ 論理的な記載
- ⑥ 見読性（略語の限定、日本語を使用）

経過記録の記載に際して、特に留意すべき事項

- ① 記載者の思考と行動過程が第三者に判るような記載方法を心がける。
- ② 実施事実と結果に対して評価を記載する習慣をつける。
- ③ 評価に基づく再計画を怠らない。（有害事象も含む）
- ④ 患者の意思が医療に反映されるようインフォームドコンセントを日常化し、経過記録中に記載する。
- ⑤ 医療の過程の区切りに再評価する習慣をつけ、要約を記載する。

一元化

同じページに異なる専門職が記載してもよい。しかし、どの職種が記載したのかが一目でわかるよう、職種ごとに色を変えるなどの工夫する。また使用する色は、各医療機関で統一する必要がある。

説明と同意書等、患者の意思決定の書類

患者の意向

成人にあっては、原則として本人の意思表示に従うことが大前提である。複数のものにより合理的判断が不能と判断される場合は、法定代理人(保護者)または現に患者の介護等を行っている親族もしくはそれに準ずる者の意思表示をいう。

説明と同意書および患者の意思決定の書類

手術あるいは侵襲を伴う検査・処置についての説明書と同意書、輸血・血漿分画製剤同意書、入院患者には入院医療計画書および退院指導計画書（退院療養計画書）がある。

これらの内容としては、病状・検査や治療についてすべての関係する専門職によって多角的に検討された内容を分かりやすく説明し、理解を得る。その結果、患者の意思が反映されることが重要であること、セカンドオピニオンを求めることができること、および拒否、保留する権利を保証することを明記する。

入院時医療計画書

患者が主体であることを念頭に記載する。（患者がどのようになることを目標に、医療者は何をどのようにしようとしているのか、期待される効果、および起こりえる不都合、危険性を含む）

クリティカルパスの使用について

カレンダー形式のクリティカルパスを入院時医療計画書の資料とすることは良いが、略号、略称および専門用語は極力避け、やむをえず使用するときは必要に応じて説明文を記載するなどの配慮をする。

インフォームドコンセント (IC)

インフォームドコンセントは単なる患者（家族）への説明と患者（家族）が同意したという事実を書類

項目	記載の目的・留意事項
カンファレンス 記録	チーム医療の具現化を示すために、関係する医療職のみならず必要に応じて患者(本人・家族など)の発言を記載する。
	<ol style="list-style-type: none"> 1. 多職種(必要に応じて患者・家族を含めて)が参加して開催し、出席者名を記載する。 2. 会議概要を簡潔に記載する。 (主題(問題点・会議の目的)、検討経過、解決方針(結論)を記載する。) 3. 必要に応じ、会議用に準備した資料の典拠を記載する。
手術・麻酔時記録	手術・麻酔が適正に実施されていることを示すために、それらの過程を系統的に記載する。
手術記録	<ol style="list-style-type: none"> 1. 開始・終了時刻、術者名、助手名、術前・術後診断、手術術式、出血量、輸血量、手術中の特記事項を術者が記載する。 2. 記載は手術終了後、速やかに(24時間以内)行う。
麻酔記録	<ol style="list-style-type: none"> 1. 手術開始・終了時刻、麻酔開始・終了時刻、術者名、手術術式、出血量、輸血量、バイタルサインの経過と使用薬剤、麻酔中の特記事項を麻酔担当医が記載する。 2. 記載は麻酔終了時に完成させる。
手術時看護 ・処置記録	<ol style="list-style-type: none"> 1. 手術前後及び手術中に生じた看護上の特記すべき内容を記載する。 2. 手術中に使用した器材および医療材料名を記録する。
処置記録	検査・治療上および看護上の処置が適正に実践していることを示すために、それらの過程を系統的に記載する。
	<ol style="list-style-type: none"> 1. 処置名、施術者名(担当者名)、特記すべき事項、使用した器材及び医薬材料名を記載する。 2. 記載は処置後、速やかに(24時間以内)記載する。 3. 定期的に行う処置は、実施計画と実施確認を併記する。 4. とくに緊急時および臨時的に行う侵襲を伴う治療的処置は、処置名、診断(何のために)、および手順と成果を記載する。
検査記録	根拠に基づく医療の実践を示すために、診断・治療経過に即して検査結果が系統的に通覧できるように記載する。
	<ol style="list-style-type: none"> 1. 検査項目、結果、その他特記すべきことを時系列に記載する。 2. 評価判定(診断)とともに、判定者が署名する。
併科受診 ・対診記録	他の専門医療科等との連携・協同医療を確実に行うために、役割分担・責任範囲がわかるように記載する。
	<ol style="list-style-type: none"> 1. 経過記録内に記載する。依頼の日付(必要に応じて時刻)、対診・併科受診(対診)の依頼内容、依頼された診療科の対応、及び併科受診(対診)結果への依頼元の対応などを記載する。 2. 依頼および結果の返信の両者に、記載者の署名をする。
指示記録	医療チームの中で情報伝達が確実になされるために、特に以下の点に留意して記載する。
	<ol style="list-style-type: none"> 1. 指示: 定期指示(ルーティン)と非定期指示(非ルーティン)の区別を明確に、指示内容(「誰に」、「いつ(実行予定日付(必要に応じて時刻))」、「何を」)、指示日付(必要に応じて時刻)、および指示者の署名を記載する。 「口頭指示」は原則行わない。事情によって行わざるをえない場合は、「誰が」「いつ(指示日付(必要に応じて時刻))」指示(依頼)したかを記載し、指示者(依頼者)が署名する(6. 事後記載)。

【キーワード・ポイントなど】

で残すということではない。患者と医療者との良好な関係（信頼関係）を産み出すプロセスである。したがって、「法令上必要であるから」や「訴訟に備える」ために「説明と同意書」を作成するのではないことを明記する必要がある。十分な説明の結果、患者の同意が得られない場合は「意思決定書」として記録を残す。

カンファレンス記録

- ・ カンファレンス記録

入院時、状況の変化時（手術、制癌剤の使用、非経口的栄養摂取など）、退院時などに、多職種が異なった視点から対象の問題点の整理、状態評価、医療方針を立案、変更に関して協議して、次の段階の行動計画を決定する過程を記録する。医療専門職ばかりではなく、参加した本人、家族などの発言も記載する。

手術・麻酔時記録

- ・ 手術時・麻酔時記録

手術記録、麻酔記録、手術時看護・処置記録が含まれる。

手術術式は、可及的に標準術式名を記載する。（2004年時点ではKコード、またはICD9CMなどの一般的コードを採用することが望ましい。）

- ・ その他特記事項

予定外（計画外）手術の場合はその理由、術中に起った（発見した）異状など

処置記録

- ・ 検査・治療上の処置

病棟などにおいて行う、中心静脈圧測定や中心静脈確保のためのカテーテル挿入、褥創に対する小外科手術などを含む。

- ・ 看護上の処置

患者の療養生活支援上の処置で、排便、浣腸や体位変換などの日常的処置も含む。適切な病名(症状)が欠落することの無いように記載する。

- ・ 処置と診療報酬算定

たとえば導尿（尿道拡張を要するもの）と膀胱洗浄および留置カテーテルの設置は同一日には算定できない。しかし、医療記録には行った処置をすべて記録する。

併科受診・対診記録

- ・ 併科受診

同一機関内の2つ以上の診療科（医療部門）等の組合せで協同した医療を行う場合

- ・ 対診

患者の疾患の性質および診断、予後および治療を決めるために、2人以上の医師が会合して協議する場合

指示記録

- ・ 指示記録

同一機関内の異なった医療部門に属する医療従事者に、医療行為の依頼や指示を出した場合の記録

① 薬剤投与（注射、経口、外用）、輸血

② 一般（食事、処置）

③ 検査、画像診断の指示・依頼など

- ・ 口頭指示

対面した口頭による指示のほか、ここでは、電話などによる音声のみによる指示をいう。

項目	記載の目的・留意事項
	<p>2. 指示受け:「どのような指示を(指示内容)」「いつ(確認した日付(必要に応じて時刻))」、「だれが(確認者の署名)」受けたかを記載する。 ※ 口頭指示を受けた者は、上記に加え、「誰から(指示者名)」「いつ指示を受けたか(日付(必要に応じて時刻))」を記載する。 ※ 手書き記録は「転記」を伴うので、一貫して指示と指示受けの流れがわかるよう記載欄の連続性を考慮して記載する。) </p> <p>3. 実施計画(ワークシート):医療行為の予定、変更・中止などの指示、指示受けの経過が通覧できるように、1. 2. と同様の内容を記載する。</p> <p>4. 実施前確認:「誰に」、「何を」を行うかを実施の直前に実施者が確認し、実施開始時刻、実施者(確認者)の署名を記載する。</p> <p>5. 実施後確認:「誰に」、「何がなされたか」を確認し、終了確認時刻、確認者の署名を記載する。実施中に変更、中止が生じた際は、本項の1. 2. (必要に応じて3.)を時間経過がわかるように明示すること。</p> <p>6. 事後記載:事情によって本項の1. ~5. の過程を、各段階の時刻が過ぎてから行う場合には、そのすべての項目のほか、記載日付(必要に応じて時刻)および記載者の氏名を記載する。</p> <p>7. その他、特記事項、留意事項を必要に応じて記載する。</p>
中間サマリー	<p>評価に基づき計画を確実にするために、過程の途中で医療を進める上の問題点を確認し、必要に応じて計画を立て直すために記載する。</p>
	<p>1. 経過中に一定の診断・治療単位の変化があった時、担当医の変更時・計画変更時、一定の時間経過時など、施設内で共通のタイミングを設定して記載する。</p> <p>2. 医療経過の要点を経過記録の中に記載する。</p>
退院時サマリー	<p>継続的に提供した医療を提供するために、退院時あるいは担当医師の交代時に作成する。</p>
	<p>1. 退院時サマリーは原則として退院後1週間以内に記載する。</p> <p>2. 書式(共通記録と各科記録)の標準化がなされている。</p> <p>3. 医療にかかわるすべての担当者名、職種、および立場を記載する。</p> <p>4. 最終診断名</p> <p>1) 主要傷病名(症):現時点での主たる診断名(病名)(DPC では下記①②を切り分けている。)</p> <p>① 今回の主たる治療目的としたもの、および基礎疾患</p> <p>② 最も資源を投入した疾病名であるが、次のような例外もある。 * 多くの場合、「治療や検査など医療サービスの主な対象となった診断名」と「最も資源を投入した病名」あるいは「入院目的となった病名」は一致する。</p> <p>2) 副傷病名(症)</p> <p>① 随伴症(病名):入院時、入院中の期間を問わず主要傷病に伴う傷病名、または症状</p> <p>② 併存症(病名):入院時に既に存在していた主要傷病以外の傷病名、または症状</p> <p>③ 合併症(病名):入院経過中に発生した傷病名または症状</p> <p>5. 転帰 治癒、軽快、寛解、不変、増悪、検査、中止、自主退院、死亡、その他を明確にする。 * 診断名ごとでなく、今回の入院経過の結果として包括的に判断する。</p>

【キーワード・ポイントなど】

- ・ メモ用紙などの取り扱い
さらにFAX、およびメモ用紙による指示や電子伝達機能による指示（依頼）は、口頭による指示に比して確実性が増すが、所定の様式の記録との連続性があり、かつ欠落、落丁がないよう、経時的なファイルが必要である。
 - ・ 事後記載
集中治療病棟や救急外来などでは、事前の指示、指示受け、実施計画、実施前確認の記載を実時間を実施することが困難な場合がある。
ここでは「実施後確認」を行う際に、上記の過程を記載する場合を「事後記録」と称する。
- ※ 注：病院によっては、経過記録に記載される場合がある。そのような場合は、他の専門職、他部門への指示および依頼であることが他の記事と区別して認識できるよう、記載欄を設けるなどして明示する。

退院時サマリー

- ・ 共通記録
病院全体として共通の様式で書く部分である。基本情報、最終診断名、転帰、入退院経路、全体経過、退院後の方針
- ・ 各科記録
全体経過のうち、手術、処置、検査などの概要や画像データの添付資料など各科に特有のデータで個別の様式を使用する必要があるもの
- ・ 傷病名（症）の記載について

症例 - 1

	コード上の定義	⇒	位置付け
# 1. 虚血性心疾患	一般的な用語		総称
# 1-1. 不安定狭心症	より明確な病態		主要傷病名
# 1-2. 低心拍出量症候群			随伴症（病）名
# 1-3. うっ血性心不全			随伴症（病）名
# 1-4. 心房細動			随伴症（病）名
# 2. 本態性高血圧	明確な病態		併存症（病）名
# 3. 足部白癬（入院中に発症）	明確な病態		合併症（病）名

症例 - 2

	コード上の定義	⇒	位置付け
# 1. 消化管出血を伴う十二指腸潰瘍	明確な病態		主要傷病名
# 1-1 出血後貧血			随伴症（病）名
# 2. 胆管癌、術後			併存症（病）名
# 2-1. 多発性肝内転移			併存症（病）名
# 2-2. 閉鎖性黄疸			併存症（病）名
# 3. 播種性血管内凝固症候群			合併症（病）名
# 4. 敗血症			合併症（病）名

症例 - 3

# 1. 胆のう結石			主要傷病名
# 2. 急性胆のう炎			随伴症（病）名
または、			
# 1. 「急性胆のう炎を伴う胆のう結石」			主要傷病名

ICDコード（両者を合わせて一つになる） K80.0

項目	記載の目的・留意事項
	<p>6. 入退院経路 入退院経路は、自発、紹介、集団検診、救急、その他を明確に記載する。</p> <p>7. 全体経過</p> <ul style="list-style-type: none"> ① 疾患別、時系列、主要な治療行為（手術・処置・検査・投薬など）を的確、簡潔に記載する。 ② 手術日、術者名を記載する。 ③ 経過概要 ④ サマリーの記載者名と内容監査者名（上級医）はフルネームを楷書で署名し、責任の所在を明確にする。 ⑤ サマリー記載日を明記する。 ⑥ 内容監査者（上級医）は退院時要約を点検する。 ⑦ 将来、医師サマリーと看護サマリーの統合を行うことを視野に入れ、共同記載をすることが望ましい。 <p>8. 退院後の方針 退院後の治療、検査の計画、療養上の注意、退院後に担当する機関名・医療者の連絡先を記載して、継続的な医療が行えるよう配慮する。</p>

【キーワード・ポイントなど】

- ※ 例 外：透析通院していた患者がアレルギー性皮膚炎で皮膚科入院となった。
この患者の場合は、入院中も透析を行うため資源投入では透析の費用が大きいですが、主要病態としてアレルギー性皮膚炎を選択すべきである。
- ※ 合併症の例：入院中に転倒して起こった骨折や血管造影中に起こった脳血栓なども含む、主要傷病名とは独立した傷病名（症状）。

認定病院間の医療事故情報共有による患者安全の推進と医療記録の検証による
事故防止策の実施に関する研究

研究協力者 岩田則和 広島大学情報メディア教育研究センター

研究要旨：近年の診療現場における医療事故、医療過誤の増加に伴い、ヒヤリ・ハットレポートの収集・分析の必要性が増加している。情報収集の範囲が増加する一方、情報管理に関する作業量も増加している。本研究は、医療情報を安全、正確に収集し、管理するために必要な要件を洗い出し、ネットワークを利用した情報収集における課題及び医療情報の漏洩に対する実装方法を検討する。

A. 研究目的

認定病院間の医療事故情報を効率よく安全に収集を行うために、必要な機能及び運用面における課題を解決するための対策について考察する。

B. 研究方法

医療事故情報収集を行うプロトタイプシステムの仕様について考察する。

（倫理面への配慮）

医療事故情報の漏洩、アクセス権限を明確に定義し、許可された人員のみがアクセスできるよう制限を加える。また医療事故情報に対するアクセスログを収集する。

C. 研究結果

以下の要件が最低限必要である。

- (1) 医療事故情報収集の項目は簡便に作成できること。
- (2) 収集した医療事故情報は暗号化され送信した施設と収集者のみが閲覧可能であり、外部に対しては匿名性が担保されること。
- (3) 収集蓄積された医療事故情報に対するアクセスはネットワークの内外に関わらず制限が可能であること。

D. 考察

現状のネットワークセキュリティ技術は外部からの攻撃に対してのみの対応であり、物理的に内部からの攻撃に対する対応が不十分であると考えられる。ID、パスワードの管理だけでなく、ファイルの複写、移動など基本的なファイル操作も制限、ロギングが可能な状態が必要である。

E. 結論

今回の要件を満たすプロトタイプは既存のパッケージの組み合わせにより、構築が可能であることが判明した。今後、運用実験を通し運用面での課題の抽出を行う予定である。

F. 健康危険情報

特になし。

G. 研究発表

1. 論文発表
特になし。
2. 学会発表
特になし。

H. 知的財産権の出願・登録状況

特になし。

システム概念図

