

the European Parliament and of the Council of 24 October 1955 on the protection of individuals with regard to processing of personal data and on the free movement of such data, 1995.

- [3]** Weed LL. Medical records that guide and teach, *New England J Med.* 1968;278:593-652.

表1 検討会の経過

	会議名称	開催日
1	第1回 Chart Review 検討会	2004/4/23
2	第2回 Chart Review 検討会	2004/5/24
3	Chart Review検討会 第1回コアメンバー会議	2004/06/19-20
4	第3回 Chart Review 検討会	2004/7/4
5	第1回 Chart Review 検討会 ワーキンググループ	2004/8/19
6	第4回 Chart Review 検討会	2004/8/30
7	第5回 Chart Review 検討会	2004/12/17

図1 医療記録に求められる構造

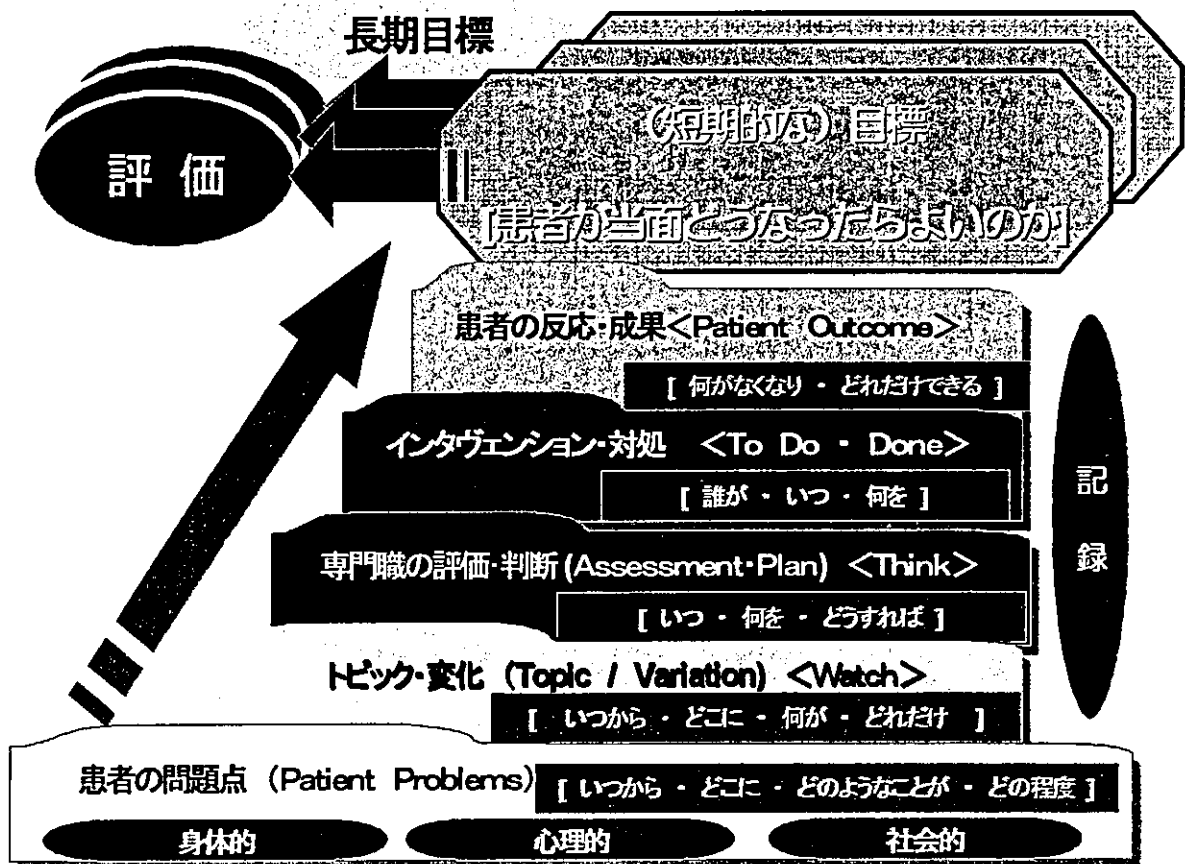


図2 医療記録の完全性の検証のためのチェック・シートを用いた「量的点検」の試行

医療記録チェック・シート (量的)

依頼日: / /

患者番号 [] 患者氏名 [] 退院年 [] - [] - []

※担当者は、点検・確認した部分にチェックをお願いします。

	用紙		記載		サイン		該当なし	
	A	B	A	R	A	R	A	R
・ 基本情報 (1号用紙)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	必ず署名がされているか?			
・ 入院時の記録 (初期記録)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
・ 入院時診療計画書(看護・リハ計画含む)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
・ 入院時臨床検査所見記録	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
・ 経過記録 (看護、リハビリ等のすべての職種含む)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
・ カンファレンス記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
・ 指示記録	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	記載すべき項目に				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
・ 手術・麻酔・処置等の記録			欠落がないか?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
◇ 手術記録	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
◇ 麻酔記録	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
◇ 手術時看護・処置記録	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
◇ 処置記録	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
・ 検査記録 (画像診断記録含む)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
・ 他科受診記録	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
・ 中間サマリー	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
・ 退院時療養計画書	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
・ 退院時サマリー	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
その他文章	用紙が一定の順序で							
・ 診断書	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	綴じ込まれているか?				<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
・ 説明・同意書等患者の意志決定の書類	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
・ 褥創に係る診療計画書	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
・ その他 (誤嚥防止、感染防止等) 計画書	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

診療情報管理室 担当者

図3 多数の評価者による医療記録の簡便な「質的点検」の事例

質的(内容)点検サマリ	点検・評価別 スコア 良←(4、3、2、1)→不良 (不明=U)												合計	平均		
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L				
診療情報管理士																
1. 文字は判読できるか?	2	1	1	2	2	2	2	1	2	2	2	3	22	1.8		
2. 医療の流れがわかるか?	2	2	2	3	3	3	3	3	3	2	2	2	30	2.5		
3. 記載の欠落がないか?	1	1	1	1	1	1	2	2	3	2	2	2	19	1.6		
4. 不適切な書式の記述箇所がないか?	1	1	2	1	2	2	1	2	1	2	2	1	18	1.5		
5. 用語に不適切な箇所はないか?	3	2	1	1	1	1	1	3	3	3	3	2	24	2.0		
6. 誤解を受ける箇所がないか?	1	2	1	1	1	1	3	3	2	2	3	2	22	1.8		
7. チーム医療の実践が認識できるか	2	4	2	4	3	3	2	2	3	3	2	3	33	2.8		
8. 患者の問題点が明確か?	2	4	3	3	2	2	3	2	3	3	2	3	32	2.7		
9. 全体を通じて目標が明確か?	2	3	3	3	2	2	2	2	3	2	2	3	29	2.4		
10. 問題点が見直されているか?	2	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2	3	32	2.7		
11. 解決手順が明確か?	1	2	3	3	2	2	3	2	2	2	2	2	26	2.2		
12. 全体を通じて「成果」が明確か?	2	2	2	3	2	2	3	2	3	2	3	2	28	2.3		
13. 成果が評価されているか?	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	22	1.8		
14. 記載内容に記載者間の不一致	1	2	2	3	U	3	1	1	2	2	1	2	20	1.7		
15. 有害事象が記載されているか(Y・N)	Y	U	U	Y	U	Y	Y	Y	Y	Y	Y	U	8/12	—		
16. 有害事象の記載は誤解を受けないか	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	—		

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医療専門職種が、共有すべき情報を系統的に記載する。
	<p>1. 患者は次の点を医療専門職に求めることを念頭に記載する。</p> <p>①守秘、②自己情報の開示、③誤りの訂正、④自己情報の流通の忌避</p> <p>2. 取得する患者情報は、</p> <p>①一義的に当該患者に対する医療のために利用する（第一次利用）。 ※当該患者に対する直接利益外への利用（第二次利用）する場合は、事前に公示するとともに原則本人にも通知する【注釈参照】。</p> <p>②事実在即し客観的に記載する ※推測、推論部分は断定表現を使わない。</p> <p>③記載時に最新のデータを記述する ※過去にさかのぼる記事を記述するときは、そのエピソードの発生時刻を記載する。</p> <p>3. 医師の診断、治療、手術など医師によるのみならず、看護・リハビリテーションなどの経過を記載する。 ※経過中のエピソードの発生および変化が容易に分るよう系統的に綴じる。</p> <p>4. 略語はできるだけ避け、一般に理解できる用語で記載する。※日本語が望ましい。</p> <p>5. 患者の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。</p> <p>6. 多職種による医療行為の相互関係が分るよう、記載とファイリングを工夫する。 ※問題点の抽出・整理、目標設定、医療の計画、指示依頼・確認、実施確認、結果評価が時系列に統合され組織的な医療を反映する。</p> <p>7. 診療・看護計画は必要に応じて見直すと共に、修正した場合には理由を記載する。</p> <p>8. 新たな診療・看護行為を行ったエピソード（傾聴・観察・計測・評価・診断・計画・処置・治療行為・成果評価の全てを含む）の発生ごとに日時を記載する。 ※ただし、同一日内では時刻のみの記載でもよい。 ※作成時以前に発生したエピソードや診療看護行為の記事を遡って記載する場合は、エピソードが発生した日付、時刻、作成日時とを切り分ける。</p> <p>9. 記事の記載・修正変更の都度、署名をする。</p> <p>10. 手書き記録はボールペンまたはインクなどで容易に消えないように記載する。</p> <p>11. 訂正を行う場合は、真正性の保証のために原則として訂正前の内容が判るように二本線を引き、修正点を新たに記載する。 ※修正液、砂消しゴムは使用しない。</p> <p>13. 手書き記録と電子記録が併用されている医療施設は、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、情報の種類（保険診療録1号様式、経過記録、指示記録、経過表、手術・麻酔記録・サマリーなど）ごとに明示する。</p>

<p>入院時の記録 (初期記録)</p>	<p>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。</p>
	<ol style="list-style-type: none"> 1. すべての担当者名、職種、医療に関わる立場、及び署名を記載し登録する。 2. 主訴または入院目的・理由を記載する。その際、患者の訴えを的確に表現する。 3. 入院までの経路を記載する。【他施設からの紹介(施設名)・非紹介、予定(予約)・非予約(緊急)入院の別を記載する。】 4. 現病歴、既往歴、家族歴、その他医療に必要な入院前の状況を時系列に記載する。 5. 患者の訴え及び診察所見、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。 6. 医療の計画には、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の概略を記載する。
<p>経過記録</p>	<p>チーム医療の実践を明確にするために、多職種にまたがる医療の経過の詳細を時系列、かつ記載者の役割を明確に記載する。</p>
	<ol style="list-style-type: none"> 1. 経過中の患者の問題点(病態・心理変化など)ごとに、医療の過程と成果などを時系列に記載する。 <ul style="list-style-type: none"> ※①問題点(エピソード、訴え、症状・検査データ・治療などによる患者の変化) ②分析(医療専門職の受け止め、感じたこと、到達目標、対応策検討など) ③対応(医療専門職の行為・行動) ④成果(得られた結果、患者の反応、患者にもたらした影響) 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)、および他の専門職からの指示(依頼)の内容を記載する。 <ul style="list-style-type: none"> ※他の専門職への指示依頼(処方・処置等)を、独立した指示箋あるいは指示簿に記載して運用する場合は、医療記録と同一ホルダーに一元化して保管する。 3. 緊急時の止むを得ない電話や口頭指示は、事後にその事実を記載する。 <ul style="list-style-type: none"> ※原則、口頭指示は行わない。 4. 検査、治療、処置などの記録は事実だけではなく、分析評価結果を記載する。 <ul style="list-style-type: none"> ※画像検査にあつては主要画像の添付またはスケッチなどの添付が有効である。 5. 必要に応じて患者への説明、患者の反応、それに対する医療専門職の対応を記載する。(次項参照) 6. 医療チーム内での協議結果(ケースカンファレンスなど)の要約を適宜記載する。(但し、ケースカンファレンス記録は別添えでもよい。) 7. 改ざん(違法な修正・追記)との誤解を避けるために、無用な空白(余白)を作らない。(空白行(スペース)が生ずる場合には、その部分に斜線を記入するなど) 8. 記載者は記事の末尾に署名し、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>	<p>患者と医療者が強い信頼関係を築くために、患者本人、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>医師・看護師、および関係する他の医療専門職は協同して以下を作成する。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 入院診療計画書：総合的な医療の計画を策定して <ol style="list-style-type: none"> ①入院の目的（傷病名(症)、症状容態、患者（家族）の問題解決への期待） ②診療看護の方針（①に対する医療専門職の分析評価と対応の概略） ③検査内容及び日程の概略（観血的またはリスクを伴う検査はその必要性） ④治療内容および日程の概略（特に制癌剤などの苦痛を伴う内科的治療、手術は内容、必要性、リスク、代替方法との比較。それに伴う看護・リハビリテーションの計画などを関係付ける。） ⑤推定される入院期間・起こり得る計画変更等 ⑥入院後 48 時間以内に未定の計画を含めて計画の概要を完成する。 2. 経過中の説明と同意書など：検査結果と評価、および経過中の病態変化および治療法や医療行為の変化に対してインフォームドコンセントの過程が分るように <ol style="list-style-type: none"> ①病態の変化、検査・治療内容、手順など、当初からの変更点の有無と内容。 ②患者がその医療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、およびそれらの代替の方策などの他の選択肢。 ③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の説明。 3. 経過中の変更事項は、その都度「計画変更書」を記載する。 4. 退院療養計画書：入院時中の経過を総合的集約し、今後の診療・看護の方針および患者の療養の方針が分るように <ol style="list-style-type: none"> ①入院時の問題点、診療看護の目標と達成度の要約 ②経過中の病態変化などの要約 ③退院後の診療看護方針、療養上の注意点 ④計画される保健医療福祉サービス（紹介先、次回の外来診察など）等の説明。 5. 上記 1. ～ 4. は患者（家族）が理解できるように配慮する。 ※専門用語は必要に応じて注釈をつける。（別紙に添付してもよい） 6. 説明に対する患者（家族または保護者）の意向を記載する。 7. 説明時の全ての出席者名と文書の作成者名を記載する。
<p>カンファレンス記録</p>	<p>チーム医療の具現化を示すために、カンファレンスに関わる医療職のみならず必要に応じて患者（本人・家族など）の意向を記載する。</p>
	<ol style="list-style-type: none"> 1. 多職種（必要に応じて患者・家族を含めて）が参加して行う。 2. 会議概要（会議の目的、経過、解決方針・手順、制約結論など）を簡潔に記載する。 3. 病態、治療上の問題点のみならず、生活環境、心理的問題も考慮する。 4. 必要に応じ、会議用に準備した資料の出典を記載する。

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	1. 手術開始・終了時刻、術者名、助手名、術前・術後診断、術式、出血量、輸血量、手術中の特記事項を術者が記載し、署名する。 2. 記録は、手術終了後、速やかに完成する。
麻酔記録	1. 麻酔開始・終了時刻、手術開始・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し、署名する。 2. 記録は、麻酔管理終了後、速やかに完成する。
手術時看護 ・処置記録	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、担当看護師が記載し、署名する。 2. 手術中に使用した器材および医療材料を記載する。 3. 記録は、手術終了後、速やかに完成する。
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。
	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を記載し、記載者が署名する。 2. 必要に応じ、処置を要した理由、手順、成果の概要を記載する。 3. 記録は、処置後速やかに完成する。 4. 定期的に行う処置は、実施計画（内容）に対して、実施事実の確認を併記する。 5. 緊急および臨時的に行う侵襲を伴う処置は、特に処置を必要とした容態、状況、手順の概要と成果を記載する。
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記載する。
	1. 検査項目、結果、その他特記事項を、経過が通覧できるよう時系列に記載する。 2. 専門性の高い検査項目には、評価判定（診断）とともに、判定者が署名する。
他科受診記録	他の診療科等との連携・共同医療を確実にを行うために、役割分担、責任範囲がわかるように記載する。
	1. 経過記録内に記載する。 2. 依頼日（必要に応じて時刻）、他科等への診療依頼（対診を含む）、依頼された診療科の対応・経過、及び結果、結果に対する依頼元の対応などが系統的に判るように記載し、記載者が署名する。
指示（依頼）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、指示（依頼）、指示の確認、実行の各段階での責任範囲がわかるように記載する。
	1. 指示（依頼）：継続指示（定期指示）と一時指示（臨時指示）の区別を明確にする。 2. 指示内容：「どの職種に求める指示か」、「いつ行うか」、「何を行うか」を明

	<p>記する。</p> <p>3. 指示者は指示欄に2. を記載の都度、記載時刻と署名を行う。 ※「電話や口頭指示」は原則行わない。緊急時などの事情によって行わざるを得ない場合は、「口頭指示」であったことを明記する。(7. 事後記載参照)</p> <p>4. 指示(依頼)受け: 「だれが」、「どのような指示(依頼)」を受けたかを確認し、確認時刻を明示する。 ※ 指示と指示受けの流れが一貫してわかるよう記載欄の連続性を考慮する。</p> <p>5. 実施前確認: 実施者が「誰に(患者)」「何を(与薬・注射・処置など)」行うかを、実施直前に確認したことを記録し、確認時刻と署名記載する。</p> <p>6. 実施後確認: 行為の終了確認者が「誰に」、「何がなされたか」を確認したことを記録する。実施途中で変更・中止した場合は、それを明示し、完了時刻と署名を行う。</p> <p>7. 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実施日付(必要に応じて時刻)、内容とともに、記載した日付(必要に応じて時刻)および、記載者の署名を行う。</p> <p>8. 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>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、経過中に記載する。</p>
	<p>1. 経過中に診断・治療に変化が生じた時、担当医の変更時、計画変更時、一定の期間を設定して(1週間単位など)必要に応じて要点を記載する。</p> <p>2. 経過記録の中に記載する。</p>
退院時サマリー	<p>継続的に一貫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. 当該患者の医療にかかわったすべての担当者名および職種を記載する。</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では以下の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</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、不変、増悪、検査、中止、自主退院、死亡、その他を分ける。 ※ 診断名ごとではなく、今回の入院経過の結果として包括的に判断する。</p> <p>6. 入退院経路 「自発」、「紹介」、「救急」、「健康診断」、「その他」を明示する。</p> <p>7. 全体経過 ① 傷病（問題点）ごとに経過概要を簡潔に記載する。 ② 主要な医療行為（検査・投薬・手術・処置など）の実施記録を傷病（問題点）と関連付けて時系列に整理し記載する。 ③ 手術及び侵襲的処置を伴う検査・処置は、施行日時、術者名及び助手名、実施中の経過内容を簡潔に記載する。 ④ 主要な検査所見、結果と評価（診断）を簡潔に説明するとともに必要な資料を添付する。 ⑤ 医師サマリーと看護サマリーとともに、リハビリテーション・栄養指導・服薬指導など関係専門分野のサマリーを統合してファイルする。</p> <p>8. 退院後の方針 継続的な医療が行えるよう、退院後の治療、検査等の必要性・計画、療養上の注意、退院後に担当する機関・医療者の連絡先を記載する。</p> <p>9. 記載者はフルネーム・楷書で署名する。</p> <p>10. 内容監査者（上級医/看護師長など）は要約を点検し、フルネーム・楷書で署名する。</p>
--	---

《注釈》

医療記録は、医療行為の単なる記録ではない。次のような利用目的を有している。

- (1) 医療過程における医療専門職の思考のよりどころ
- (2) 患者と医療専門職とのコミュニケーションの基本媒体
- (3) チーム医療の共通媒体
- (4) 医療行為の公式証明の基本情報
- (5) 病院経営の基本情報
- (6) 学術研究・教育の基本情報
- (7) 公共社会の健康安全と危機管理の基本情報

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医療専門職種が、共有すべき情報を系統的に記載する。
	<ol style="list-style-type: none"> 1. 患者は次の点を医療専門職に求めることを念頭に記載する。 <ol style="list-style-type: none"> ①守秘、②自己情報の開示、③誤りの訂正、④自己情報の流通の忌避 2. 取得する患者情報は、 <ol style="list-style-type: none"> ①一義的に当該患者に対する医療のために利用する（第一次利用） ※当該患者に対する直接利益外への利用（第2次利用）する場合は、事前に公示するとともに原則本人にも通知する【注釈参照】。 ②事実即し客観的に記載する ※推測、推論部分は断定表現を使わない。 ③記載時に最新のデータを記述する ※過去にさかのぼる記事を記述するときは、そのエピソードの発生時刻を記載する。 3. 医師の診断、治療、手術など医師によるのみならず、看護・リハビリテーションなどの経過を記載する。 ※経過中のエピソードの発生および変化が容易に分るよう系統的に綴じる。 4. 略語はできるだけ避け、一般に理解できる用語で記載する。※日本語が望ましい。 5. 患者の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。 6. 多職種による医療行為の相互関係が分るよう、記載とファイリングを工夫する。 ※問題点の抽出・整理、目標設定、医療の計画、指示依頼・確認、実施確認、結果評価が時系列に統合され組織的な医療を反映する。 7. 診療・看護計画は必要に応じて見直すと共に、修正した場合には理由を記載する。 8. 新たな診療・看護行為を行ったエピソード（傾聴・観察・計測・評価・診断・計画・処置・治療行為・成果評価の全てを含む）の発生ごとに日時を記載する。 ※ただし、同一日内では時刻のみの記載でもよい。

	<p>※作成時以前に発生したエピソードや診療看護行為の記事を遡って記載する場合は、エピソードが発生した日付、時刻と、作成日時とを切り分ける。</p> <p>9. 記事の記載・修正変更の都度、署名をする。</p> <p>10. 手書き記録はボールペンまたはインクなどで容易に消えないように記載する。</p> <p>11. 訂正を行う場合は、真正性の保証のために原則として訂正前の内容が判るように二本線を引き、修正点を新たに記載する。※修正液、砂消しゴムは使用しない。</p> <p>13. 手書き記録と電子記録が併用されている医療施設は、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、情報の種類（保険診療録1号様式、経過記録、指示記録、経過表、手術・麻酔記録・サマリーなど）ごとに明示する。</p>
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。
	<p>1. すべての担当者名、職種、医療に関わる立場、及び署名を記載し登録する。</p> <p>2. 主訴または入院目的・理由を記載する。その際、患者の訴えを的確に表現する。</p> <p>3. 入院までの経路を記載する。【他施設からの紹介(施設名)・非紹介、予定(予約)・非予約(緊急)入院の別を記載する。】</p> <p>4. 現病歴、既往歴、家族歴、その他医療に必要な入院前の状況を時系列に記載する。</p> <p>5. 患者の訴え及び診察所見、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。</p> <p>6. 医療の計画には、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の概略を記載する。</p>
経過記録	チーム医療の実践を明確にするために、多職種にまたがる医療の経過の詳細を時系列、かつ記載者の役割を明確に記載する。
	<p>1. 経過中の患者の問題点(病態・心理変化など)ごとに、医療の過程と成果などを時系列に記載する。</p> <p>※①問題点(エピソード、訴え、症状・検査データ・治療などによる患者の変化) ②分析(医療専門職の受け止め、感じたこと、到達目標、対応策検討など) ③対応(医療専門職の行為・行動) ④成果(得られた結果、患者の反応、患者にもたらした影響)</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)、および他の専門職からの指示(依頼)の内容を記載する。</p> <p>※他の専門職への指示依頼(処方・処置等)を、独立した指示箋あるいは指示簿に記載して運用する場合は、医療記録と同一ホルダーに一元化して保管する。</p> <p>3. 緊急時の止むを得ない電話や口頭指示は、事後にその事実を記載する。</p> <p>※原則、口頭指示は行わない。</p>

	<p>4. 検査、治療、処置などの記録は事実だけではなく、分析評価結果を記載する。 ※画像検査にあつては主要画像の添付またはスケッチなどの添付が有効である。</p> <p>5. 必要に応じて患者への説明、患者の反応、それに対する医療専門職の対応を記載する。(次項参照)</p> <p>6. 医療チーム内での協議結果(ケースカンファレンスなど)の要約を適宜記載する。(但し、ケースカンファレンス記録は別添えでもよい。)</p> <p>7. 改ざん(違法な修正・追記)との誤解を避けるために、無用な空白(余白)を作らない。(空白行(スペース)が生ずる場合には、その部分に斜線を記入するなど)</p> <p>8. 記載者は記事の末尾に署名し、責任性を明確にする。</p>
<p>説明と同意書等、 患者の意思決定の書類</p>	<p>患者と医療者が強い信頼関係を築くために、患者本人、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>医師・看護師、および関係する他の医療専門職は協同して以下を作成する。</p> <p>1. 入院診療計画書：総合的な医療の計画を策定して</p> <ul style="list-style-type: none"> ①入院の目的(傷病名(症)、症状容態、患者(家族)の問題解決への期待) ②診療看護の方針(①に対する医療専門職の分析評価と対応の概略) ③検査内容及び日程の概略(観血的またはリスクを伴う検査はその必要性) ④治療内容および日程の概略(特に抗癌剤などの苦痛を伴う内科的治療、手術は内容、必要性、リスク、代替方法との比較)それに伴う看護・リハビリテーションの計画などを関係付ける。) ⑤推定される入院期間・起こり得る計画変更等 ⑥入院後48時間以内に未定の計画を含めて計画の概要を完成する。 <p>2. 経過中の説明と同意書など：検査結果と評価、および経過中の病態変化および治療法や医療行為の変化に対してインフォームドコンセントの過程が分るように</p> <ul style="list-style-type: none"> ①病態の変化、検査・治療内容、手順など、当初からの変更点の有無と内容。 ②患者がその医療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、およびそれらの代替の方策などの他の選択肢。 ③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の説明。 <p>3. 経過中の変更事項は、その都度「計画変更書」を記載する。</p> <p>4. 退院療養計画書：入院時中の経過を総合的集約し、今後の診療・看護の方針および患者の療養の方針が分るように</p> <ul style="list-style-type: none"> ①入院時の問題点、診療看護の目標と達成度の要約 ②経過中の病態変化などの要約 ③退院後の診療看護方針、療養上の注意点 ④計画される保健医療福祉サービス(紹介先、次回の外来診察など)等の説明。 <p>5. 上記1.～4. は患者(家族)が理解できるように配慮する。</p> <p>※専門用語は必要に応じて注釈をつける。(別紙に添付してもよい)</p>

	<p>6. 説明に対する患者（家族または保護者）の意向を記載する。</p> <p>7. 説明時の全ての出席者名と文書の作成者名を記載する。</p>
カンファレンス記録	<p>チーム医療の具現化を示すために、カンファレンスに関わる医療職のみならず必要に応じて患者（本人・家族など）の意向を記載する。</p>
	<p>1. 多職種（必要に応じて患者・家族を含めて）が参加して行う。</p> <p>2. 会議概要（会議の目的、経過、解決方針・手順、制約結論など）を簡潔に記載する。</p> <p>3. 病態、治療上の問題点のみならず、生活環境、心理的問題も考慮する。</p> <p>4. 必要に応じ、会議用に準備した資料の出典を記載する。</p>
手術・麻酔時記録	<p>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。</p>
手術記録	<p>1. 手術開始・終了時刻、術者名、助手名、術前・術後診断、術式、出血量、輸血量、手術中の特記事項を術者が記載し、署名する。</p> <p>2. 記録は、手術終了後、速やかに完成する。</p>
麻酔記録	<p>1. 麻酔開始・終了時刻、手術開始・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し、署名する。</p> <p>2. 記録は、麻酔管理終了後、速やかに完成する。</p>
手術時看護・処置記録	<p>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、担当看護師が記載し、署名する。</p> <p>2. 手術中に使用した器材および医療材料を記載する。</p> <p>3. 記録は、手術終了後、速やかに完成する。</p>
処置記録	<p>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。</p>
	<p>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を記載し、記載者が署名する。</p> <p>2. 必要に応じ、処置を要した理由、手順、成果の概要を記載する。</p> <p>3. 記録は、処置後速やかに完成する。</p> <p>4. 定期的に行う処置は、実施計画（内容）に対して、実施事実の確認を併記する。</p> <p>5. 緊急および臨時的に行う侵襲を伴う処置は、特に処置を必要とした容態、状況、手順の概要と成果を記載する。</p>
検査記録	<p>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記載する。</p>
	<p>1. 検査項目、結果、その他特記事項を、経過が通覧できるよう時系列に記載する。</p> <p>2. 専門性の高い検査項目には、評価判定（診断）とともに、判定者が署名する。</p>

他科受診記録	他の診療科等との連携・共同医療を確実にを行うために、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。 2. 依頼日(必要に応じて時刻)、他科等への診療依頼(対診を含む)、依頼された診療科の対応・経過、及び結果、結果に対する依頼元の対応などが系統的に判るように記載し、記載者が署名する。
指示(依頼)記録	医療チームの中で情報伝達が確実にされるために、指示(依頼)、指示の確認、実行の各段階での責任範囲がわかるように記載する。
	<ol style="list-style-type: none"> 1. 指示(依頼)：継続指示(定期指示)と一時指示(臨時指示)の区別を明確にする。 2. 指示内容：「どの職種に求める指示か」、「いつ行うか」、「何を行うか」を明記する。 3. 指示者は指示欄に2. を記載の都度、記載時刻と署名を行う。 ※「電話や口頭指示」は原則行わない。緊急時などの事情によって行わざるを得ない場合は、「口頭指示」であったことを明記する。(7. 事後記載参照) 3. 指示(依頼)受け：「だれが」、「どのような指示(依頼)」を受けたかを確認し、確認時刻を明示する。 ※指示と指示受けの流れが一貫してわかるよう記載欄の連続性を考慮する。 4. 実施前確認：実施者が「誰に(患者)」「何を(与薬・注射・処置など)」行うかを、実施直前に確認したことを記録し、確認時刻と署名記載する。 5. 実施後確認：行為の終了確認者が「誰に」、「何がなされたか」を確認したことを記録する。実施途中で変更・中止した場合は、それを明示し、完了時刻と署名を行う。 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実施日付(必要に応じて時刻)、内容とともに、記載した日付(必要に応じて時刻)および、記載者の署名を行う。 7. その他、特記事項、留意事項を必要に応じて記載する。
中間サマリー	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、経過中に記載する。
	<ol style="list-style-type: none"> 1. 経過中に診断・治療に変化が生じた時、担当医の変更時、計画変更時、一定の期間を設定して(1週間単位など)必要に応じて要点を記載する。 2. 経過記録の中に記載する。
退院時サマリー	継続的に一貫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。
	<ol style="list-style-type: none"> 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。 2. 書式(共通記録と各科記録)の標準化がなされている。

3. 当該患者の医療にかかわったすべての担当者名および職種を記載する。
4. 最終診断名
- 1) 主要傷病名（症）：現時点での主たる診断名（病名）
（DPCでは以下の①②を切り分けている。）
- ① 今回の主たる治療目的としたもの、および基礎疾患
- ② 最も資源を投入した疾病名
- 2) 副傷病名（症）
- 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
- 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
- ③ 合併症（病名）：入院経過中に発生した傷病名または症状
5. 転帰
- 治癒、軽快、不変、増悪、検査、中止、自主退院、死亡、その他を分ける。
※診断名ごとではなく、今回の入院経過の結果として包括的に判断する。
6. 入退院経路
- 「自発」、「紹介」、「救急」、「健康診断」、「その他」を明示する。
7. 全体経過
- ① 傷病（問題点）ごとに経過概要を簡潔に記載する。
- ② 主要な医療行為（検査・投薬・手術・処置など）の実施記録を傷病（問題点）と関連付けて時系列に整理し記載する。
- ③ 手術及び侵襲的処置を伴う検査・処置は、施行日時、術者名及び助手名、実施中の経過内容を簡潔に記載する。
- ④ 主要な検査所見、結果と評価（診断）を簡潔に説明するとともに必要な資料を添付する。
- ⑤ 医師サマリーと看護サマリーとともに、リハビリテーション・栄養指導・服薬指導など関係専門分野のサマリーを統合してファイルする。
8. 退院後の方針
- 継続的な医療が行えるよう、退院後の治療、検査等の必要性・計画、療養上の注意、退院後に担当する機関・医療者の連絡先を記載する。
9. 記載者はフルネーム・楷書で署名する。
10. 内容監査者（上級医/看護師長など）は要約を点検し、フルネーム・楷書で署名する。

厚生科学研究費補助金（医療技術評価総合研究事業）
研究報告書

チャートレビュー過程モデルの検証とソフト開発

研究協力者 北村龍彦 医療法人近森会近森病院 副院長

研究要旨：Chart Review 検討会で策定された「医療記録の記載指針（案）」とそれに基づいた Chart Review（案）は、医療記録の記載内容の重要性とその記録の点検により医療安全と質の向上に役立てる指針を示したものである。これらを自院に持ち帰り、自院の運用に当てはまるようにカスタマイズし、認定病院患者安全推進協議会の会員病院すべてに適応できるか否か、点検による医療安全と質の向上に寄与できるか否か、会員病院が点検結果を利用でき、かつ患者安全推進協議会でそれらの結果を集約し、ベンチマーキング可能な基盤整備のためのソフト開発を行ったので報告する。

A. 研究目的

近年の医療における重要課題は医療安全と質の保証である。外部評価の草分けである米国の認定機関の JCAHO や日本の医療評価機構も重点目標として取り組まれている。

本研究では Chart Review 検討会で策定された医療記録の記載指針と記載記録の点検評価の提案を近森病院で試行することにより、事故防止と医療の質向上につなげられるかどうかの検証を行い、その過程において点検評価を容易に行い、今後多くの病院が Chart Review に参加した場合のデータベース構築とベンチマーキング可能なシステム構築を試みることを目的とした。

B. 研究方法

①体制整備：Chart Review に限らず、近森病院の医療の質を、各科別の医療と組織横断的なチーム医療に加え、それらを 3 次元的に把握・検証・改善につなげるために医療の質管理委員会を設置し、タスクフォースメンバーとして、クオリティ

ーマネージャー 2 名、診療支援部長とその配下の部門のトップである医事課長代理、企画情報室主任、診療情報管理室主任と事務 3 名と委員長の私の計 10 名を選任した。その中の活動としてクオリティーマネージャーが記録の点検（Chart Review）することによる警鐘事象・有害事象・臨床指標の抽出を行い、臨床現場へフィードバックすることから始めることとした。

②書類の整備：検討会が作成した医療記録の記載指針を近森病院の医療記録と突合し、Chart Review を実運用する際に必要な書類や手順を作成した。その結果、近森病院用の医療記録チェックシート（量的：図 1）、医療安全自己点検シート（質的：図 2）、また自己点検シートを共通の判断基準で行うことが重要と考え、医療安全自己点検シート監査基準表（図 3）を作成し、さらに質的チェックのなかで、患者に影響を与える前に回避できたがすべての医療者に共有すべき体験である警鐘事象やヒヤリハットにあがってこなかった有害事象を集める報告書（図 4）、そして、常にフルネームでの署名ができない場合のために医療チーム担当者

署名表 (図 5) を作成した。この担当者署名表は今後全職員に広めて一括管理を行う予定である。

③運用手順：量的点検では、普段から入院カルテを整理している病棟クラークの担当とし、質的 point 点検は大項目に関して担当医や看護長に発生時点に行ってもらおうよう依頼し、カルテ整理後クオリティマネージャーが量的・質的の最終点検を行う運用とした。

④近森病院職員への紹介：医療記録の記載方法は、一般的に卒前教育・卒後の各大学や教室・医局、最終的には個人の資質によりまちまちであり、統一性を欠くことが多い。当院でも同様であり、記載指針の紹介から始めた。救急医療の現場の医療者が講習会に全員参加することは不可能であるが、大道教授と石川教授を講師に招いて講演会を開催し、欠席した医師へは資料を配布し、その後具体的な取り組みに移行した。

⑤Chart Review 試行：試行に当たっては、いきなり病院全体でなく、2ヶ月間2部署から始めることとし、スクリーナーは前述のクオリティマネージャー2名が行った。1名は看護長で専任、もう1名は薬剤師で兼任である。何から何まで初めてのため、試行の前にタスクフォース全員が同じカルテをレビューしてみると、量的・質的をあわせて1冊30分から50分を要した。スクリーナーの判断基準の統一を図るため、二人の判断が一致するまで量的・質的 point 点検を重複して行うことで信頼度を確保した。75例を経た段階で二人の判断のほぼ一致が見られたため、以後は単独でレビューを行った。

⑥ソフト開発：Chart Reviewの結果を入力し、分析・統計処理するために市販ソフト（ファイルメーカープロ7、およびデベロッパー）を利用して入力システムを作成した。（別CD-R参照）

C. 研究結果

量的 point 点検により当院で改善すべき医療記録は、各科の運用を考慮すると入院時初期記録の署名、経過記録の記載と署名、指示票の記載と署名であった。紙カルテとオーダーリングのため指示票へオーダー内容をカルテ貼付することの抜けや記載の不備が見られており、これらは当該部署にフィードバックした。また、用紙やシステムの改善すべき問題点も浮上し、以下のような検討・改善依頼を行った。

量のチェック結果：用紙・システムの改善

◎ **医療の質管理委員会から検討・改善依頼**

⇒診療録管理委員会

- ◆全診療科の用紙、書式の統一
 - …現病歴／入院時現症
 - 退院時サマリー（医師）

- ◆サイン欄を頭部から末尾に変更
 - …経過記録

- ◆サイン欄を追加
 - …現病歴／入院時現症、
 - カンファレンス記録

⇒クリニカルパス委員会

- ◆サイン欄を追加
 - …経過記録
 - （クリニカルパスシート、バリエーションチェックシート）

⇒企画情報室

- ◆看護支援システムの不備について

⇒各コメディカル部門

- ◆記録用紙の整備（必要な項目とそうでない項目の切り分け等）

一方、質的 point 点検により洗い出された有害事象は271例中46例17%に認められた。事象別分類では（図6）外科は汚染手術による手術部位感染や尿路感染が多く、整形外科はギプスやシーネなどによる褥瘡が多く見られたが軽度のものがほとんどで、事故報告を行うような事象は認めなかった。

年齢や併存疾患の有無、重傷度やリスク分析など詳細な内容の検討ができてないが、救急医療の現場での発生率としてまず現場に報告し、そのうえで委員会内で事例分析を行い、回避の可能性やシステム上の対策などの必要性につき検討を加えフィードバックする予定である。

D. 考察

昨今声高に問われている医療の質と患者安全への取り組みは、医師、看護師はじめ医療者全体で取り組んでいる課題である。この課題に対し、方法論や対策・施策も国や行政レベルから各学界・団体・医師会もさまざまな取り組みを行っている。その中のひとつの取り組みが診療情報の取り扱いと記録の信頼性の確保と監査である。診療情報の提供等に関するガイドラインや個人情報の適切な取り扱いのためのガイドラインが公表され、開示に耐えうる記録の重要性はますます高まっている。記録に関する呼称は診療記録・診療録・医療記録・カルテなど取り扱う情報の範囲である程度規定されており、医師法や保健医療養担当規則の規定とともに日本診療情報管理士協会も機関紙メディカルレコードで二度にわたり診療情報管理指針を策定し、記載方法に関しても適切な記録の手引書が数多く出版され、卒前のコアカリキュラムや医師臨床研修制度の中にも重要な指導項目として捉えられ、各病院で記録の適切な記載の教育がなされている。このたび、日本医療機能評価機構の医療記録検討部会の Chart Review 検討会で策定された指針は、医療記録の記載指針とその点検方法 (Chart Review) についてであり、認定病院患者安全推進協議会に参加している会員病院が医療安全と医療の質の向上に寄与するために利用・実践すべき指針である。この検討会に参加する機会を得た筆者が自院に持ち帰り、試行した結果を報告した。試行経験から言えることは、まず試してみること

の重要性：「Try and error」であり、試行することにより自院を客観的にとらえ、種々の組織整備や安全対策や質の向上に活かせるということであると考える。われわれの病院でもレビューすることにより多くの問題点が浮き彫りにされた。紙面の都合上詳細項目は省略するが、量的点検では、レビューした当該部署へのフィードバックや帳票の見直しとともに各部門・委員会への改善要望などを提案し、また、Chart Review の方法論の見直しや各種帳票の精緻化と点検基準の整備や追加帳票など医療記録検討部会へのフィードバックも提案できた。質的 point による警鐘事象・有害事象は、ヒヤリハットやアクシデント報告に挙がらない事象も洗い出すことができ、質の管理委員会で検討・分析を行い、患者要因や医療者要因、システム要因、法・行政に関するものなどに分類し、改善につなげるシステムが構築でき非常に有益と考えられた。当院では今後の取り組みとして、平成 17 年度の Chart Review の年間スケジュールを立案し、断続的に全部署を点検することを計画している。また、点検シートなど必要書類も 3 月分からは精緻化されたバージョンアップ版 (V.2) で行い、ファイルメーカーなどを利用した登録システムを構築し、点検内容や事象のデータベース化を図り、また教育システムの導入による職員へのフィードバックも準備中である。何事も改善にエンドポイントは無いと考えられるので、まず取り組んでドロップアウトしないような継続力が重要と考える。初めて取り組むにはスクリーナー (当院ではクオリティマネージャー) の判断基準の統一も必要であり、何よりスクリーナーの養成が第 1 条件と考えられ、日本医療機能評価機構の医療記録検討部会では参加病院がスムーズに自己点検できるような体制を整えられるように支援することも課題と考える。また、作成されたソフトを Chart Review 参加病院に配布し、結果を集積してデータベースを構築し、参加病院がベンチマーキング可能なシ

システムとし、結果に対して各病院が説明責任を果たせる体制作りも必要と考える。

さらに可能であれば、会員病院以外にも拡大し、日本中の医療機関で取り込まれるようなシステム構築も必要と考えられる。

E. 結語

Chart Review 検討会の医療記録の記載指針と Chart Review (案) の策定にかかわり、その紹介と近森病院の取り組みを紹介した。また、運用に当たり実用に耐えうるソフト開発を行い、試行した。これらの取り組みは医療の質と安全の向上に寄与することが大であると考えられた。

F. 健康危険情報

特になし

G. 研究発表

特になし

H. 知的財産権の出願・登録状況

特になし