

	<p>5. 他科の経過記録、看護記録、薬剤管理指導記録、栄養指導記録、リハビリテーション記録、画像診断の諸記録、生理検査の諸記録、病理診断記録、医療相談等の諸記録を相互の関係性が分るように、経過の区切りごとに要約して経過記録に記載する。</p> <p>6. 上記の実施事実を閲覧できるように熱型表（温度版）に、上記の見出し項目を記載する。</p>
指示(依頼)記録	<p>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、実施の各段階での責任範囲がわかるように記載する。</p>
	<p>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。</p> <p>2. 指示内容：「どの職種に求める指示か」「いつ」「何を」「どのように行うか」を明記する。</p> <p>3. 署名など：指示者は指示欄に2. を記載の都度、記載時刻の記載と署名を行う。 ☞「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、「電話による指示」「口頭指示」であったことを明記する。</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、「確認時刻」の記載と署名を行う。 ☞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)」を行うかを、実施直前に確認したことを記録し、確認時刻の記載と署名を行う。</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、完了時刻の記載と署名を行う。</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>
中間要約(サマリ)	<p>過程の途中で医療を進める上で問題点を確認し、必要に応じて計画を立て直すため、あるいは担当医師の交代時に、経過記録中に記載する。</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、ケースカンファレンスを一定期間(1週間単位など)に設定するなどにより、必要に応じて要点を記載する。</p> <p>2. 経過記録の中に簡潔に記載する。</p>
退院時要約(サマリ)	<p>継続的に一貫した医療を提供するために、退院時に入院経過と今後の療養計画を記載する。</p>
	<p>〔必須(共通)記載事項〕</p> <p>1. 退院時サマリは原則として退院後1週間以内に記載する。</p> <p>2. 基本的書式(共通記録と各科記録ともに)が標準化されている。 ☞医師サマリと看護サマリとともに、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を統合してファイルする。</p> <p>1) 患者基本情報：患者識別番号、患者氏名、性別、生年月日、住所</p> <p>2) 入院中の主な診療目的</p> <p>①診断・検査のみ</p> <p>②教育入院</p> <p>③特定の目的に計画された短期入院 (化学療法・放射線療法・抜釘・ペースメーカーの交換・その他())</p> <p>④その他の診断および加療のための入院(長期入院も含む) (外科的治療・内科的治療・リハビリテーション・その他())</p> <p>⑤緩和ケアのための入院</p> <p>3) 入院(転入)年月日</p>

	<p>4) 退院（転出）年月日</p> <p>5) 退院経路</p> <p>①自施設外来通院</p> <p>②他施設外来通院</p> <p>③急性期一般病院入院</p> <p>④長期療養型病院入院</p> <p>⑤介護福祉施設入所</p> <p>⑥他施設への救急搬送</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. 入院時診断名（初期記録に記載の傷病名）</p> <p>5. 最終診断名（ICD-10）</p> <p>（医療情報専門職がコード等を記載する場合は、医師はないよう確認の上、署名する。）</p> <p>1) 主要傷病名（症）：現時点での主たる診断名（傷病名）</p> <p>①主傷病名（主たる傷病名、または基礎疾患名）</p> <p>②入院の契機となった傷病名（今回の主たる治療目的とした傷病名）</p> <p>③入院中に最も資源を投入した傷病名</p> <p>☞一般には臨床診断名を、病理診断がある場合は両者を記載する。</p> <p>2) 副傷病名（症）（ICD-10）</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>6. 入院時の意識障害レベル</p> <p>7. 退院時の意識障害レベル</p> <p>6. 7. とともに JCS コードにより類型化する</p> <p>☞ 0. なし</p> <p>1. あり（1～300） R. 不穏 I. 便・尿失禁 A. 自発性喪失</p> <p>8. 専門別記載事項</p> <p>専門診療科別に、退院後の評価、検索資料として記載すべきものを設定する。</p> <p>記載事項は次の諸点を考慮する。</p> <p>主たる傷病について</p> <p>1) 発生状況（初発、再発、慢性疾患急性増悪など）</p> <p>2) 重傷度、進行度、病期など ⇒（注釈例：癌など参照）</p> <p>3) 関係臓器、全身の機能分類・病類 ⇒（注釈例：循環器など参照）</p> <p>9. 手術（施行した場合手術記録から転記）（施行した場合）</p> <p>1) 診断名（術前・術後）</p> <p>2) 手術名（術式）</p> <p>☞名称 ICD-9-CM による術式コード（医療情報専門職が記載する場合は医師が内容を確認し、署名する）</p> <p>3) 手術実施の背景</p> <p>①初回</p> <p>②予定した再手術（ ）</p> <p>③再発による再手術（前回： 他施設 ・ 自施設）</p> <p>④入院中の予定しなかった再手術（ ）</p>
--	--

	<p>⑤緊急入院手術（ ）</p> <p>4) 術者名、助手名</p> <p>5) 手術日時刻</p> <p>①手術室入室時刻</p> <p>②麻酔開始時刻</p> <p>③手術開始時刻（執刀開始時刻）</p> <p>④手術終了時刻（施術終了時刻）</p> <p>⑤麻酔覚醒時刻</p> <p>⑥手術室退室時刻 を必要に応じて記載する。</p> <p>6) 出血量、輸血量（日時）</p> <p>7) 手術中の特記事項</p> <p>10. 麻酔方法（施行した場合麻酔記録から転記）</p> <p>1) 全身麻酔</p> <p>2) 硬膜外麻酔</p> <p>3) 脊椎麻酔</p> <p>4) 静脈麻酔</p> <p>5) 局所麻酔</p> <p>6) 全麻＋硬膜外</p> <p>7) その他</p> <p>8) なし</p> <p>11. 輸血</p> <p>1) 全血</p> <p>2) 血球成分</p> <p>3) 血漿</p> <p>4) 自己血</p> <p>5) その他</p> <p>6) なし</p> <p>☞それぞれの量を記載する。</p> <p>12. 入院時の日常生活活動度（老人、障害者など評価を必要とする場合）</p> <p>13. 退院時の日常生活活動度（ 同上 ）</p> <p>12. 13. ともに以下の項目について、ADLスコア（a. 自立 b1. 見守り b2. 一部介助 c. 全介助）に類型化する。</p> <p>☞①食事②移乗③整容④排泄（トイレ動作・トイレの使用）⑤入浴（シャワー）、⑥平地歩行⑦階段歩行⑧更衣⑨排便管理⑩排尿管理</p> <p>14. 入院時の認知障害（老人、障害者など評価を必要とする場合）</p> <p>15. 退院時の認知障害（ 同上 ）</p> <p>14. 15. ともに以下に類型化する。</p> <p>☞0. なし</p> <p>1. あり I、II、III、IV、V、M</p> <p>16. 入院時の寝たきり度（老人、障害者など評価を必要とする場合）</p> <p>17. 退院時の寝たきり度（ 同上 ）</p> <p>16. 17. ともに以下に類型化する。</p> <p>☞J A1 A2 A3 A4 B1 B2 C1 C2</p> <p>18. 入院時の褥創（老人、障害者など評価を必要とする場合）</p>
--	--

	<p>19. 退院時の褥創 （ 同上 ）</p> <p>18. 19. ともに以下に類型化する。</p> <p>☞ 0（変化なし）</p> <p>1（変化あり） I II III IV</p> <p>20. 転帰</p> <p>治癒、軽快、寛快、不変、増悪、検査、中止、自主退院、死亡（主要傷病名、入院の契機になった傷病名、その他による）その他（ ）を分ける。</p> <p>☞ 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>21. 全体経過の総括</p> <p>1) 傷病（問題点）ごとに経過概要を簡潔に記載する。</p> <p>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。</p> <p>3) 手術及び侵襲的処置を伴う検査・処置は、施行年/月/日、術者名及び助手名、実施中の経過内容を簡潔に記載する。</p> <p>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。</p> <p>22. 退院後の方針</p> <p>継続的な医療が行えるよう、退院後の治療、検査等必要性・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>23. 記載者の署名</p> <p>所属と患者との関係（担当医師、担当看護師、担当理学・作業療法士、担当言語聴覚士、担当薬剤師、担当栄養士、担当社会福祉士、担当介護福祉士、担当ケアマネージャーなど）をフルネーム・楷書で署名する。</p> <p>24. 内容監査者</p> <p>指導の上級医や看護師長および医療情報専門職（診療情報管理士など）などは、要約を点検し、役職をフルネーム・楷書で署名する。</p>
--	--

注 釈

記載の基本的事項

- 医療記録
 - ・ 医療専門職が医療の過程と成果を記載した患者の健康に関する個人記録である。
 - ・ 多職種が組織的に行う医療（チーム医療）の実を挙げるために、担当したすべての医療専門職種がそれぞれの役割と責任の所在を明確に相互の関係を意識して記載する。
- 入院医療記録
 - ・ 入院前から入院後に至る視野で継続的な医療の展開ができるよう、他の医療機関などと連携することを配慮して記載する。
- 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。医療記録の記載は、患者を中心として記載されているかが問われる（正常分娩が期待される妊産婦の場合は患者ではないが、「受益者本位」という趣旨は同じであり、ここでは「患者本位」に代表して表現する）。
- 医療専門職
 - ・ ここでは国家資格を有する医療専門職のほか、介護福祉士、社会福祉士など、医療機関などにおいて患者および家族の支援にあたる社会福祉系の専門職（以下、MSW）、心理学専門職を含む。
- 患者情報の利用目的
 - ・ 医療記録を患者の個人情報として位置づけ、当該患者が受ける医療行為に直接関わる利用、当該患者が受ける医療に必要な医薬材料の調達および医療費請求に関わる事務に必要な利用（第一次利用）と、医療施設の健全な経営管理、学術研究・教育、および感染症サーベイランスや癌登録などの公共社会の健康安全と危機管理などへの利用（第二次利用）を明確に区別し、医療施設の規模、機能に応じて必要な医療情報管理専門職を配置するなど、患者情報の適正な管理に努める。
- 医療情報管理専門職
 - ・ 診療情報管理士（医療記録の内容管理に関する専門職）、医療情報技師（医療情報システムの構築・管理に関する専門職）、および医療事務職（患者サービス・医療費請求・物流経営管理）など、患者情報の適正な集積・流通・利用管理に関わって医療の質の向上を支援すべきすべての職種を包括的に定義する。
- 目標志向型の記録
 - ・ 単なる Problem Oriented System や Focus Charting などの形式だけにとらわれてはならない。それによって記載が困難な場合や、また内容が希薄になることがあってはならない。
 - ・ 患者の問題点が多角的に整理され、解決目標（到達点）を明確化し、対応策（計画）手順・実施・成果・評価が系統的に表現されれば良い。
 - ・ その際、単に当面の身体的問題点の解決だけでなく、患者のライフステージや価値観にも配慮して短・中・長期にわたる視野で「患者がどのようになれば良いのか」を意識的に検討して目標を設定することが重要である（後述）。
- 結果評価
 - ・ どのような目標を設定し、医療（診断・治療のみならず看護、介護）がなされた結果、どのような効果、成果をもたらしたかを評価する。
- 過程評価
 - ・ 医療の過程（問題点の抽出、判断（診断）、目標設定、対応策（計画）、実行の各段階に対する評価に努める。
- 継続性の意義
 - ・ 医療記録は時系列に進行する医療過程（ケアプロセス）をエピソードごとに整理することが基本である。
 - ・ 初期には原因が分からない複数の症状や所見、愁訴などは経過中、可及的速やかに集約統合して明確な傷病名として確定し、傷病名欄に整理する努力をする。
 - ・ 新たに発生した問題点は新たな整理番号をつけることを薦める。

注 釈

- ・ 以前の経過中に認められたエピソードは同一の整理番号を再利用する。
 - ・ 同時に、それは単に入院中の記録および記載時点の記載者だけの視点ではなく、入院前から入院後のケアに継続した視野で、他者が指摘している問題点、エピソードについても情報を集めて検討することが必要である。
 - ・ 記載時点のみではなく、過去の経過を通覧した上で、現在、未来を視野に入れて記載する。
 - ・ それによって、自分だけでは気づかない問題点に気づくとともに、引いては安全性の確保および質の向上につながると考える。
- 概括性とは
- ・ 記載者以外（例えば当直者など）が多忙な業務中にあるいは緊急時に、入院経過がすぐに理解でき、迅速な対応が取れるよう、経過を概観できる記載の配慮が求められる。
 - ・ 原則は時系列に、「問題点」「専門職の判断」「対応策」「成果」を他者が容易に理解できるように記載する。
 - ・ 原則、一事象（以下、エピソード）を一文で記載することを薦める。それによって、多忙な医療過程の中で、容易に内容の理解ができるものとする。
 - ・ ホルダー内は原則、時系列に綴じ、同一日内では問題点の重要性に応じて順次性を考慮すると良い。
- 日本語での記載
- ・ 患者本位の医療を行うために、患者および家族に開示することを前提に略語や外国語を使用せず可及的に日本語で記載する。
 - ・ さらに、非専門分野の医療職、医療情報専門職も専門分野の略語は必ずしも共通の意味合いに認識しない場合があることを考慮すると、一般的な略語（MR・CT など）や外国語（人名など）を除き、安全確保のためにも可及的に日本語で記載することが望ましい。
 - ・ 他分野の医療従事者には普及していない新しい概念の専門用語を使う場合には、概説ないしは参照先を可及的に記載することが望ましい。
- 真正性の保証とは
- ・ 法的に定められた診療録や医療法規で定められた医療記録は、社会的に証拠能力を有す公式文書という位置づけがある。事実が誤り無く正しく記載されていることが求められる。
 - ・ あくまで、記載者の責任においてエピソードの経過の事実を他者にわかる記載に努める。
 - ・ 後述の「原本性について」の項に記載の「一時的な備忘録（メモ書き）」（一時ファイルへの蓄積）においても、「最新の事実」を記載し、他者が行動を誤らぬ配慮が必須である。
 - ・ 一時備忘録は公式記録の備忘録として位置づけられ、編集に当たってはエピソード発生の実事、内容を曲げてはならない。
 - ・ 公式記録として記載した後、往々にして思い違いや追加すべき不測事態の記載は、エピソードの発生年/月/日を明記した上、積極的に訂正することが薦められる（これは事実の改ざんには当たらない。「改ざん」とは悪意または故意に行う不当な変更をいう）。
- 署名
- ・ 責任を担保するために、エピソード（独立した日時刻に発生した独立したエピソード）ごとに記載することが望ましい。その際、略字で記載された署名が他に識別できない事例もあるため、医療記録の冒頭（入院時記録など）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）、使用する署名（略字・イニシャルなど）を並列に登記する欄を設けると良い（医療機関ごとに組織として統一した楷書記名と署名（サイン）の登記簿を用意することも一法である）。
 - ・ 電子記録の場合は、パスワード、その他の個人識別方式で個人が特定でき、入力時刻とともに保存されるなどの真正性、保存性、見読性が保持されている場合は自筆と同質としてみなし、本指針および本注釈に記載のすべての「署名」に読み替える。

注 釈

- 記載の時機
 - ・ 各記録はエピソードが発生の都度（医療行為がなされた）速やかに記載する。
 - ・ 「速やかに」とは（緊急に伝達すべきことは即座に記載するなど）エピソードの性格によるが記載者の当日の勤務時間内（三交代制勤務の場合は8時間以内、同一人が継続する場合も8時間以内、最長24時間以内）にはすべての記録を完成することが望ましい。
- 原本性について
 - ・ 医療記録は医療過程を説明する原典であり、公式文書として確定した情報を明示することが求められる。
 - ☞「確定した情報」とは、医療専門職等が収集した患者の状況、エピソード、行った医療行為とその成果の事実、および評価情報が公式に表示できると記載者が判断し（確定）、署名した段階の記録である。
 - ・ 公式記録として保管しない一時的な備忘録（メモ書き）は、鉛筆書きが許されるが、逆に、容易に消える状態では公式記録にはなり得ない。（電子化記録の場合は、端末から書き換えが可能なファイルは公式保存ファイルとはいえない。）
 - ・ 電子記録において、メモ書きに相当する機能は、運用を柔軟にする上で重要であり、「一時記録ファイル」（テンポラリファイル）に置き編集可能として差し支えないが、一定時間経過以降（最長概ね8時間以内）は自動的に公式保存ファイルに蓄積する処理がなされる必要がある。
- 病院の設置目的による記載法の違い
 - ・ 一般急性期病院、療養型、精神などの医療目的、形態による記載形式の違いは焦点とすべき項目によって変わる。
 - ・ しかし、基本的事項はすべての病院施設種別に共通概念として、本指針に示す基本構造は施設内で共通とする。
 - ・ 病棟、専門診療科の種別などに応じて細部の記載形式フォーマットを工夫する。
 - ・ ただし、同系の診療科が複数ある場合にも、同一の意味を示す用語は統一、統一形式とする努力が強く求められる。

注 釈

● 入院時の記録(初期記録)

- 入院時の意味
 - ・ 予定入院の場合は、事前に情報入手が望ましい。
 - ・ 他院からの紹介あるいは外来の担当医が異なる場合、情報提供書や紹介状の内容に疑問があるときは、直接記載者に内容の真正性の確認をすべきである。
 - ☞ 誤りの情報に基づいて治療が行われることによって生じる医療事故を防止するためである。誤記にもかかわらず、情報提供書に記載された内容(処方情報など)を無批判に転記した結果、有害事象を生じたときは実施者の責任となることはいうまでもない。
- 全診療科共通記録
 - ・ 医療機関全体として共通の様式で書く部分で、基本情報、最終診断名、転帰、入退院経路、全体経過、退院後の方針などが可能であろう。
- 各診療科記録
 - ・ 全経過のうち、各専門分野に特有の様式で書く部分で、手術、処置、眼底・内視鏡など特殊検査などの概要や画像データの添付資料などがとくに必要と考えられる。
- 入院時記録の記載目的は、以下の点を明示してケアプロセスの指針を示すことにある。
 - ・ 入院目的を明確にする。
 - ・ 急性期の場合は、まず当面の目標(特に身体面、心理面)を明確にし、当面の計画・手順を明示する。
 - ・ 全人的観点(身体面、心理面、社会生活面)から問題点や課題を整理して、医療専門職はどのエピソードをどこまでかわり、診療・看護面および福祉・介護面から支援するのかなどの方針を明示する。
 - ・ 入院中のみならず、退院後に継続する視野で記載する。
 - ・ 目標を明確にする。すなわち中・長期的に対象者が何を克服し、どのようになればよいかを記載する(医学的のみならず、本人および家族の希望・願いについても記載する)。
 - ・ 入院直後に明確にならない問題は、「可能性のある問題点、課題、恐れ」として記載しておく。
 - ☞ 入院経過中に状況の変化、計画、方針が変更された場合は、変更期日とともに変更点を明示する。
- 入院までの経緯は何故必要か
 - ・ 医療はひとりの医師のみで完結することはきわめて稀であり、チーム医療によって質と効率が確保される。入院中のみならず、退院後に継続する医療を展開するために、入院前の患者のケア状況を担当する医療専門職等が共通認識する必要があるからである。
- 予定・緊急入院区分の必要性
 - ・ 医療施設の患者の受け入れ実態を分析し、将来の医療サービス向上の工夫に資するために重要資料と考えられる。
- コミュニケーション能力の判定についての注意事項
 - ・ 入院中のケアの方法に大きく影響するので、多角的に(家族・周囲の関係者の意見を聞き)能力を総合判定する必要がある。
 - ・ 入院前および入院時の病状、様態が誘引になる心理的な因子が影響する場合が多いので慎重に判定する。高齢者の場合、聴力低下のためにいわゆる認知症と混同することがあるので慎重に判定する必要がある。
- 目標について
 - ・ 入院時にまず、目標が検討されなければならない。
 - ・ 検討すべき視点は、提供する医療の達成目標の前に、対象患者が当面および日常生活において短・中長期にどうなったら良いのか、患者本人または家族が何を期待しているのかを把握する。

注 釈

- ・ 患者および家族の期待もこの範疇にある。
- ・ 関係する医療専門職は、その達成のための漸次的視点からの課題と、どのような医療を提供すれば効果が上がるか、とをカンファレンスなど(紙面・電子的カンファレンスでも良い)を通じて退院後にも継続する達成目標を設定し、本人および家族ともに共通認識を持つことが薦められる。
- 問題点リスト
 - ・ 入院中に継続的に経過観察、検査、治療、支援、支持しなければならない問題、課題を列挙する。
- 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。
- 入院診療計画書
 - ・ 医師、看護師をはじめ、担当するすべての専門職がそれぞれの観点から協同で記載し、署名する。
 - ・ 入院目的、入院中の達成目標、期待される成果を記載する。
 - ・ 判明している範囲の主要傷病名(症状)、随伴傷病名(症状)、併存傷病名(症状)を記載する。
 - ・ 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、その他入院に関し必要な事項を記載する。
 - ・ 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する。
 - ・ 入院診療計画書は、患者に対する最初の情報提供手段であり「提案書」の意味もある。したがって、患者にわかる表現で記載すべきである。
 - ・ 入院診療計画書に対して、患者(判断できない場合は家族)が内容を理解し、同意したことを最終的に残す。
- クリニカルパス(クリティカルパス)を入院診療計画書として代用する場合
 - ・ 目標、目的、期待される成果、実行計画はパス適用外の医療行為についても明示する。
パス適用項目も、経過中に変更が生じたときには、速やかに修正する。(修正前後の変化がわかるよう両者を記述する)
 - ・ 略語は可及的に使用せず、止むを得ない場合は必要に応じて別欄に注釈を付記する。

注 釈

● 経過記録

- 記載に当って念頭に置くべき事項
 - ・ (1) 情報の共有 (2) 情報の開示 (3) 医療の質保証のために、時系列、多角的視点からプロセスが概括できる記載
- 上記を達成するための「経過記録」および「指示記録」の作成のためのキーポイント
 - ・ 問題志向型による記載
 - ・ 医療サービスの評価・検証
 - ・ 記載者の責任性
 - ・ 判読効率の良い記載手順
 - ・ 論理的な記載
 - ・ 見読性（略語の限定、日本語を使用）
 - ・ 時系列の記載（本指針「記載の基本的事項第2項および第4項」参照）
- 経過記録記載時の留意事項
 - ・ 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。
 - ・ 実施した事実と結果に対して評価を記載する習慣をつける。
 - ・ 評価に基づく再計画を怠らない（有害エピソードも含む）。
 - ・ インフォームド・コンセントを日常化し、患者の意思、要求、期待および希望を表現する。
 - ・ 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。
- 情報の一元化、統合的記載
 - ・ 同じページに異なる専門職が協同で記載すべきである。
 - ・ その際どの職種が記載したのかが一目でわかるようそれぞれのエピソードごとに署名する。
 - ・ 職種ごとに色を変更、職種名表記などの工夫をすると良い。その際に使用する色は医療機関内では統一する必要がある。
- ケースカンファレンス要約について
 - ・ 担当者間の日常の協議内容は積極的に経過記録に記載する。会議が行われた際には、会議録とは別に経過記録内に要約を記載することがチーム医療に有効であると考ええる。
- 上級医、指導者などの補追・修正記載時の留意事項
 - ・ 研修医などが記載した内容を上級医や指導医または上級の専門職などが補追、内容修正したりする場合、また電子記録において、注釈、コメントなどを噴出し挿入機能などを利用してメモ書き機能を活用する場合、公式記録では特に次の配慮をおこなう。
 - ① 改ざん（違法な修正・追記）との誤解を避けるために「追記」「誤り修正」記事であることを明記する。
 - ② 「補追」「誤り修正」記事には、「元の記事の年/月/日/刻」と「内容が判る端的な見出し」を付記して元の記事と関連付ける。
 - ③ 補追、誤り修正の年/月/日/刻及び記載者を明記する。

注 釈

● 説明と同意書等、患者の意思決定の書類

- 患者の意向
 - ・ 成人にあつては、原則として本人の意思表示に従うことが大前提である。合理的判断が不能であると複数のものが判断する場合は、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(インフォームド・コンセント)の過程の書類
 - ・ 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、入院患者には入院診療計画書および退院指導計画書(退院療養計画書)がある。
 - ・ これらの目的は、病状・検査や治療について、医師のみならず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、患者(患者家族または保護者を含む)の理解を得ることである。その結果、患者の意思が治療に反映されることが重要で、セカンドオピニオンを求める権利、またはそれを拒否・保留する権利を保証することを明記する。
- 入院時医療の計画書の位置づけ
 - ・ 入院時計画書が最初のインフォームド・コンセントの過程の記録である。
 - ・ 患者が治療の主体であることを念頭に記載する。
 - ・ 患者がどのようなことを目標に、医療者は何をどのようにしようとしているか、治療により期待される効果および起こり得る不都合点、および危険性も含み記載する。
 - ・ 経過中に変化、変更が生じたときは速やかに修正する。その際、変更の理由、変更前後の内容が明示する必要がある。
- インフォームド・コンセント(10)
 - ・ インフォームド・コンセントは単に、患者(家族)に説明し、患者(家族)が同意したという事実を書類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)を生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」として患者の意向を正確に(必要によって患者(家族)の発言をそのまま)記録する。

注 釈

● カンファレンス記録

● カンファレンス記録とは

- ・ 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）および退院時などに記載する。他職種が異なった視点から、次の諸点を共通認識する過程を記録する。
 - ① 状態評価（健康障害となるエピソード（残存する能力）、生活障害になるエピソード（代替の方法））
 - ② 問題点の整理、解決すべき課題の整理、医療方針の立案、方針変更すべき点などを協議した事項
- ・ 本人・家族などにも積極的に参加してもらうことが望ましい。その際には、会議概要には発言を忠実に反映し記載する。

注 釈

● 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・処置記録を含む。
- ・ 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ICD-9-CMなどの一般的コードを採用することが望ましい。)
- ・ タイムアウト(麻酔前および執刀前に、医師・看護師が一斉に手を止めて患者確認作業を行うことを言う)の時刻を「手術麻酔関係時刻」として記載する。

● タイムアウト時の記載事項

- ・ 執刀医の責任のもとで、麻酔前および執刀前に、麻酔医、外回り看護師が医療記録、患者のリストバンドなどによって患者を確認する。
 - ◇ 患者氏名と予定術式(手術部位)および予定麻酔方式を確認、(術式によっては、画像所見によって部位を確認)手術器械等の種類(ガーゼ・チューブなどを含む)、員数、材料(インプラント・ペースメーカーなど)が揃っているかなどを確認する。
- ・ 術後に、実施した手術名(術式)、部位、手術器械等の種類、手術部位完全閉鎖などを確認する。

● 使用した手術材料の記載者

- ・ 術者が記載することが原則である(外回り看護師および麻酔担当医が記載したものを、手術責任者として術者および麻酔担当医が内容を共に確認し、署名しても良い)。
- ・ タイムアウト時に担当者全員が確認して記載する。
- ・ 術者以外の医師(助手、外回りの医師など)が代理記録する場合は、事後に術者が手術責任者として確認し、署名する。

● 予定外の手術およびエピソード

- ・ 予定外(計画外)追加手術を行った場合はその理由、術中に起こった(発見した)異状など予期しないエピソードを記録する。
 - ① 予期しない問題点のための同一目的の再手術
 - ② 入院中を問わず症状・傷病の再発に対する再手術(自施設、他施設を問わず)
 - ③ 予定していた再手術(ペースメーカーの入れ替え、人工骨頭の入替えなど)

● 診断名の記載

- ・ 術前病理診断は、例えば内視鏡検査により病理診断が確定している場合に記載し、術前臨床診断と区別する。
- ・ 術後病理診断は、確定病理診断が出た後記載する(退院時に確定していない場合は確定後に追加記載する。その際、病理診断が確定した日時を記載し、病理診断報告書を同一ファイルに追加保存する)。

● 手術記録の完成時期

- ・ 手術終了後8時間以内を原則とする。病理確定診断は結果が出しだい、術者が臨床診断との比較評価を記載する。

● 麻酔医の事前訪問時の診察記録について

- ・ 麻酔担当医は手術前日に患者を訪問し、全人的観点から患者の容態を評価するとともに心理的狀態も記録する。
- ・ 麻酔医、患者が術前に不安を抱えていることに配慮し、患者を訪問して術者と異なる立場で面接し、インフォームド・コンセントの形成過程を記録することが望ましい。

注 釈

- 手術時看護処置記録について
 - ・ 手術室入室に、病棟(外来)担当看護師と手術担当看護師(外回り、手術補助の両者が望ましい)が、医療記録、リストバンド、患者名の呼称(意識があり応答ができる場合)などによって確認した事実を記載する。
 - ・ 術中は外回り看護師が処置内容を記載し、術後に手術補助看護師と確認し、双方が署名する。
 - ・ 外回り看護師は、術後のタイムアウト時に使用した手術器械、材料の種類・員数(回収した種類・員数)を手術担当医(責任者)、担当看護師、および麻酔担当医と相互に確認し、独自に記録する。
- 記録の完成時期
 - ・ 術後治療、処置担当者に必要な情報が引き継ぐべき事項は手術室内において可及的に完成する。
 - ・ 執刀医、麻酔医、看護師および臨床工学士などすべての担当者が内容を確認する。
 - ・ 術中の迅速病理組織診断結果もその範囲にあるが、事後に確定診断結果が提出された段階で記載する。

処置記録

- 検査・治療上の処置
 - ・ 病棟などで行う中心静脈圧測定や血流測定のための中心静脈カテーテル挿入や、褥創に対する小外科手術や、導尿用の膀胱カテーテルの挿入と前立腺肥大患者にブジーによる尿道拡張などの処置をいう。
- 看護上の処置
 - ・ 患者の療養生活支援上の排便、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
 - ・ 例えば導尿(尿道拡張を用するもの)と膀胱洗浄および留置カテーテルの設置は同一日内には算定できない。しかし、医療記録には(結果評価、経過評価に供するため)行った処置をすべて記載する。

検査記録

- 専門性の高い検査項目
 - ・ 画像検査、脳波や呼吸機能検査などで、専門医による判定が望ましい。
 - ・ 内視鏡による生検の判定、高度な知識経験を必要とする CT、MR、PET、超音波画像およびエックス線画像などの判定は、専門医が担当することが望ましい。
 - ・ 専門医が常時在勤できない場合は、定期的に担当医と検討会を開き、その結果を記録することが求められる。(情報ネットワークを介した遠隔会議、遠隔診断も代用できる)

他科受診記録

- 他科受診
 - ・ 同一医療機関内の二つ以上の診療科(医療部門)などで協同して医療を行う場合をいう。
 - ・ 「併科受診」「共同診療科」などと呼称する医療機関もある。
 - ・ 外来診療扱いの場合も外来医療記録のみならず入院医療記録に概要を記載する。

指示(依頼)記録

注 釈

- 指示記録
 - ・ 同一医療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
- 薬剤投与（注射・経口・外用）、輸血
- 一般（食事・処置）
- 検査、画像診断の指示・依頼など
 - ・ 継続指示（定期指示）
 - ◇ 一定期間を継続的に実施するか、または定期的に繰り返し実施を求める指示行為をいう。
 - ・ 一時指示（臨時指示）
 - ◇ その時点あるいは臨時的に実施を求める指示行為をいう。
 - ・ 口頭指示
 - ◇ 対面した口頭による指示のほか、電話などによる音声のみによる指示を含む。⇒「事後記録」参照
 - ・ メモ用紙などの取り扱い
 - ◇ 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、欠落、落丁に留意し、経時的な保管が必要である。
 - ・ 指示簿
 - ◇ 患者別の指示記録は経過記録内に記載し、病棟内での業務単位ごとに指示簿を用意する場合には、両者に記載する。
 - ◇ 電子化に際しては、このような転記作業が発生しないよう一貫したシステムとする。
 - ・ ワークシート
 - ◇ 患者個別の指示簿（記録）とともに、担当者が、誰に、何をいつすべきか、変更・中止などの指示、指示受け、実施確認の経過等が通覧できる「ワークシート」を記載することが多い。その際、患者個別の記録から担当者別に再構成のために転記するので、誤記がないように確認する手順が不可欠である。
 - ・ 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、実施前確認の記載が実時間で記載することが困難な場合がある。
 - ◇ ここでは、「実施後確認」時に上記の過程を記載する場合を「事後記録」という。
- 医療機関によっては、指示が経過記録のみ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を「指示・依頼」の表示をするなどして、他の記事と区別して認識できるよう記載する。

● 中間要約（サマリ）

中間要約（サマリ）

- ・ 経過記録に「中間要約」（サマリ）項目を特に明示して記載記述する。
- ・ 医療機関内で共通のタイミングや記載の様式などを設定して、他の経過記録と容易に識別できるように記載することが望ましい。
- ・ 方針、医療サービスの変化時には必ず記載する。
- ・ 適用する保険の変更時に必ず記載する。
- ・ 家族関係、生活環境の変化時など社会的変化が生じたときも、必要に応じて記載する。
- ・ 入院中の転科、転棟時など、担当者が変わるときに引継ぎ事項として活用する。
医師、看護師のみならずリハビリテーション、服薬指導、栄養指導などの特記事項も成果を要約（サマリ）する。

注 釈

退院時要約 (サマリ)

- 様式
 - ・ すべての専門職種が同一の様式内に統合して共同記載することが望ましいが、現時点では専門職種ごとに様式が異なり分離して記載している場合でも一定の順序で統合して綴じる。
- サマリの電子化
 - ・ 電子化時には専門職種が相互参照しながら共同記載するように設計する。検索時には必要に応じて分離表示、統合表示などの編集を可能にすると利便性が増す。
- 傷病名 (症) の記載について
 - ・ 患者が抱える医学的観点からみた主たる身体的・心理的問題点を傷病名と定義する。
 - ・ ある時点で、「検査や治療などの主たる対象となった基礎疾患の名称」を主傷病名と定義する。
 - ◇ わが国の診断群分類 (DPC : Diagnosis Procedure Combination) による包括評価制度では「もっとも資源を投入した疾患名」を別に定義している。多くの場合、両者は一致する。
 - ◇ しかし、例えば透析通院していた患者がアレルギー性皮膚炎で皮膚科に入院した場合は、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が、主傷病名としてアレルギー性皮膚炎を選択すべきである。
 - ・ さらに、主傷病名以外の傷病名を「副傷病名」と定義する。医療の質的評価指標とするために、副傷病名の概念を以下のように区別して記述することが望ましい。
- 随伴症 (病名) : 発生の時機を問わず主傷病に伴う傷病概念の名称、または症状
- 併存症 (病名) : 主傷病とは独立して存在する傷病概念の名称、または症状
- 合併症 (病名) : 経過中に新たに発生した傷病概念の名称、または症状に類型化

症例 - 1

	コード上の定義	⇒	位置づけ
# 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	⇒	位置づけ
# 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

注 釈

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

- 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。

平成15年度～平成17年度 Chart Review検討会 委員一覧

(データは平成16年度現在 (一部))

氏名	所属	部門・役職
石川 澄	広島大学病院	医療情報部 教授
秋山 剛	N T T東日本関東病院	医療安全管理室 室長
阿部 眞澄	財団法人聖路加国際病院	ヘルスイノベーション科 マネージャー
乾 静	医療法人近森会 近森病院	看護部 医療安全担当看護師長
井上 恵実	医療法人宝生会 P L病院	看護師長
上田 京子	独立行政法人国立病院機構 仙台医療センター	診療情報管理室 算定・病歴係主任
梅里 良正	日本大学	医学部社会医学講座医療管理学 助教授
梅本 礼子	広島市立広島市民病院	診療情報管理室 主査
枝光 尚美	大阪府立母子保健総合医療センター	企画調査部 主任
大槻 憲吾	相澤病院	法人事務局経営企画部情報企画グループ兼ポジトロン断層撮影センター
大友 建一郎	青梅市立総合病院	循環器科部 部長
岡田 好一	医療法人財団康生会 武田病院	診療情報システム部 部長
奥田 直樹	医療法人宝生会 P L病院	
河村 保孝	焼津市立総合病院	診療技術部診療情報管理室 係長
北村 龍彦	医療法人近森会 近森病院	副院長
倉部 直子	江別市立病院	診療録管理課 主幹
小池 恵子	医療法人社団三喜会 鶴巻温泉病院	2階南病棟 看護科長
小坂 清美	日生病院	病歴図書室 調査役
小森 和子	名古屋第一赤十字病院	看護副部長
坂田 香代	広島大学病院	看護部 副看護師長
重田 イサ子	医療法人社団高邦会 高木病院	医事課 主事 (診療録担当)
須貝 和則	昭和大学病院	診療録管理室 主任
鳥羽 克子	国際医療福祉大学	医療経営管理学科 教授
中村 定敏	医療法人真鶴会 小倉第一病院	院長
西海 孝男	静岡赤十字病院	第4外科部 部長
花井 恵子	北里大学病院	医療安全管理室 医療安全管理者
福田 環	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
丸山 勝	特定医療法人慈泉会 相澤病院	医療安全推進部 メディカルコーディネーター
三宅 裕子	広島国際大学	医療福祉学部医療経営科 教授
本橋 敏美	特別医療法人財団董仙会 恵寿総合病院	集中治療病棟 看護師長
吉崎 悦子	済生会神奈川県病院	病歴図書室 課長補佐

チャートレビュー実践と課題
—近森病院での実践結果から—

平成 18 年 3 月

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：日本医療機能評価機構の認定病院で組織された患者安全推進協議会の部会のひとつである医療記録部会（Chart Review 検討会）で策定された医療記録の記載指針と医療記録の点検評価手順を近森病院の医療記録と運用にあわせてカスタマイズし、全部署に展開した。看護師と薬剤師の2名がクオリティマネージャーの立場でレビュー・スクリーナーとして、量的・質的点検を行った。量的点検内容は用紙・サインの有無とともに、記載内容について患者の治療のプロセスが適切に行われ、患者をはじめ第三者が理解できる内容かどうかにも着目してレビューし、質的点検としては機構の策定した点検項目を近森病院に合わせた12項目について、患者へ不利益となった警鐘・有害事象の有無の抽出とし、抽出した事象をヒヤリハットレベルとアクシデントレベルにわけ、検討を加えた。行われた医療行為の診断から治療にいたるまでのプロセスにおける厳密な意味での質的な検証までは行わなかった。レビュー結果を各科、部門・部署にフィードバックすることにより、近森病院の医療の質と安全の向上に貢献することは大であった。近森病院で、この体制の維持・継続性を保ち、今後この活動をすべての医療機関に展開し、医療の質と安全に寄与する活動の継続性を保つためには、各医療機関が提供する医療の質と安全を自らが保証するという使命感を持った管理者の理解と強いリーダーシップに支えられ、レビューの選任を含めたマンパワーの充実と組織体制の整備に加え、点検基準の標準化とレビューの育成、医師および全職員の理解と協力・自助努力とともに医療機関に強力なインセンティブを働かせる外圧が必要と考えられた。

A. 研究目的

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に則って記載記録の点検評価の手順を近森病院全部署に展開し、点検結果を分析評価後、用紙の見直しやシステムの改善、職員教育など個人のレベルの向上とともに組織的な改善案を各部署・部門や関係職種・委員会などへフィードバックすることにより、自院の医療記録の記載の不備をなくし、病院内のシステムの改善や自院の事故防止と安全の確保、医療の質の向上につなげていくビジネスモデルの構築と、その過程において点検内容の統計分析を容易に行い、かつ今後多くの参加病院のデータベース構築とベンチマーキング可能なソフトの開発・システム

構築を目的とした。

B. 研究方法

はじめに、近森病院の概要を資料1に示す。この規模の病院で、種々の基盤整備の一環として本研究を実施した。

①. 体制整備：平成16年11月1日に発足した近森会の医療の質管理委員会を継続し、タスクフォースメンバーとして、クオリティマネージャー2名、診療支援部長とその配下で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2名と委員長の私の計9名があたり、理事長・管理部長・看護部長の3名を加えた12名が正式な委員会メンバーであ

る。委員会の重要な業務として Chart Review を捉え、病棟クラークとクオリティマネージャーによって医療記録をレビューし、タスクフォースミーティングを毎週1回開催し、問題点の抽出と課題の検討・改善案の作成などを行い、毎月1回開催される医療の質管理委員会では院長・看護部長・管理部長の3役を加えて課題に対して検討を加え、対策や改善案を各組織へ提示・改善を依頼するという体制を継続した。(図1)

- ②. 書類の更新：近森病院全部署へ展開する前に試行した2病棟の Chart Review 結果から点検用書類すべての見直しを図った。医療記録の記載指針は Ver. 05-03 に準拠し、医療記録チェックシート(量的：図2)、医療安全自己点検シート(質的：図3)、医療安全自己点検シート評価基準表(図4)、警鐘・有害事象報告書(図5)、医療チーム担当者署名表(図6)、署名表の運用手順(資料2)をそれぞれ Ver. 2.00 に改訂した。
- ③. 点検手順：Chart Review を実施した近森病院は、1フロアーに2部署で4フロアー合計8部署あり、2名のクオリティマネージャーが2ヶ月間隔で全部署を順番に実施した。対象部署で1ヶ月間に外来から入院あるいは集中治療棟から転入し、その月内に退院した患者を対象患者とし、次の1ヶ月間を退院カルテの返却期間のリミットとしてレビューを行った。量的点検の手順は、対象部署で入院カルテを整理している病棟クラークが担当となり、退院時に手順に応じて入院カルテの量的点検をおこなった。その後整理された退院カルテが病歴室に返却され、医療の質管理委員会の二人のクオリティマネージャーが用紙・サインの有無とともに、記載内容について患者の治療のプロセスが適切に行われ、患者をはじめ第三者が理解できる内容かどうかにも着目して最終点検を行った。質的点検手順は、医療安全自己点検シートの大項目・

中項目の内容につき、担当医や所属長・看護長が対象患者の発生時点(オンゴーイング)および退院時にチェックし、警鐘・有害事象報告書を自主作成する運用とし、ミスや過誤・事故の種類は問わず、患者さんに関するすべての不利益を対象として警鐘・有害事象を抽出した。量的点検と同様、現場での点検の不備を補うために、退院カルテの整理・返却後に二人のクオリティマネージャーがレトロスペクティブに最終点検を行った。実際には対象部署から退院カルテの返却を待たずにすべての対象患者を入院中から質的点検を実施していたので、質的点検総数は未返却カルテの点検も含んだ。また、医療安全委員会で集計している自己申告制のヒヤリハット・アクシデント報告も集計に含んだ。詳細な手順は資料3の実施要綱参照。

- ④. 前の担当部署への説明会：各部署のレビュー開始前に関係者を集めて説明会を開催した。(資料4参照)
- ⑤. ソフト開発：前年開発した量的点検の結果入力・分析・統計処理するためのソフト(ファイルメーカープロ7、およびデベロッパー)は、クオリティマネージャー二人のレビュー結果の一致率を評価できる内容を盛り込んだが、今回は一人でレビューした結果を入力・集計・後利用できるような改良を加えた。(別CD-R参照：図7, 8)

C. 研究結果(点検結果と結果のフィードバック)

1. 点検患者の概要(表1)：近森病院4フロアー8部署の対象期間中のすべての質的点検患者数は538例であり、この中で救急搬送の有無を確認できた6部署405例中救急搬送された症例は71例17.5%を占めていた。また質的点検とともに退院カルテについての詳細な量的点検を実施した患者数は341例であった。