

表1 点検患者の概要

病棟	A	B	C	D	E	F	G	H	合計	救急搬送患者合計
対象患者総数(質的点検患者数)	91	42	59	81	53	85	57	70	538	405
量の点検患者数	59	34	29	45	22	43	43	66	341	
救急搬送患者数			7	7	4	6	16	31	71	71
救急搬送患者割合			11.9%	8.6%	7.5%	7.1%	28.1%	44.3%	13.2%	17.5%

量的チェックの結果一覧		未記入率								
		A	B	C	D	E	F	G	H	
チェック項目内容		レビュー終了数	59	36	29	48	22	43	43	
1. 入院時(初期)記録										
①入院診療録:表紙										
1	禁忌・感染症		9%			11%				
2	感染症検査日		10%			11%				
3	入院日		0%	0%	0%	0%	0%			0%
4	転科・転棟		0%	0%	0%	0%	0%			0%
5	科名		0%	0%	0%	0%	0%			0%
6	主治医名		0%	3%	3%	0%	0%			0%
7	退院日		0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
8	開始年月日		0%	3%	10%	0%	5%	0%	0%	14%
9	終了年月日		9%	0%	17%	7%	9%	0%	0%	0%
10	転帰		12%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
11	傷病名		0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
②入院記録(看護1号用紙)										
1	情報提供者		3%	6%	0%	6%	5%	0%	0%	3%
2	記録者名(フル)		19%	8%	7%	2%	5%	3%	16%	6%
3	発症日		31%	3%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
4	禁忌		2%	0%	0%	4%	5%	8%	2%	9%
5	紹介元		2%	0%	3%	0%	23%	0%	0%	27%
6	役割		20%	3%	7%	60%	55%	10%(CCU等)	26%	12%
7	既往症		0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
8	住居		0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
9	再入院チェック		0%	3%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
10	連絡先②		0%	6%	0%	2%	0%	0%	0%	6%
③現病歴/入院時現症										
1	表の記載		95%	95%	69%	0%	100%	95%	85%	99%
2	表のサイン		100%	100%	90%	26%	100%	100%	100%	100%
3	裏の記載		100%	100%	69%	15%	100%	100%	100%	94%
4	裏のサイン		100%	100%	100%	18%	100%	100%	100%	100%
5	登録と異なるサイン		0%	0%	0%	0%	100%	0%	0%	0%
④入院時診断/PROBLEM&TEMPORARY LIST(内科)										
1	1段目記載		54%	54%	24%	75%	64%	53%	12%	94%
2	1段目サイン		100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
3	2段目記載		85%	85%	97%	100%	100%	98%	28%	94%
4	2段目サイン		100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
5	4段目記載		36%	36%	35%	100%	18%	93%	16%	94%
6	4段目サイン		100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
7	裏の記載		100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
8	裏のサイン		100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
9	登録と異なるサイン		0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
2. 入院時診療計画書(CP含)										
1	計画書なし		0%	0%	0%	0%	0%	2%	0%	0%
2	入院目的		56%	3%	66%	2%	23%	8%	47%	0%
3	入院期間		5%	0%	7%	0%	50%	38%	9%	2%
4	予想される合併症		0%	0%	0%	27%	5%	5%	14%	0%
5	身体拘束の同意します・同意しません		94%	94%	94%	25%	100%	94%	46%	94%
6	記載月日		0%	0%	0%	0%	0%	8%	2%	5%
7	検査・治療法		0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
8	検査・治療法の予定日時		0%	6%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
9	その他の担当者名(フル)		3%	0%	0%	0%	0%	15%	5%	0%
10	登録と異なるサイン		0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
11	患者・家族氏名(フル)		0%	0%	0%	0%	0%	0%	5%	0%
12	診療計画の同意します・同意しません		94%	94%	94%	4%	0%	94%	17%	94%
13	経過日数		14%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
14	日時		0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
15	治療・点滴		0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
16	内服		0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
17	処置		0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
18	検査関連		0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
19	安静度		0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
20	リハビリ		0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
21	食事		0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
22	清潔		0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
23	排泄		0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
24	抑制・拘束		94%	94%	94%	6%	0%	94%	0%	94%
25	主治医名(フル)		7%	3%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
26	登録と異なるサイン		0%	0%	0%	8%	18%	10%	0%	0%
27	病棟担当Ns(フル)		5%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	2%
28	患者・家族サイン		49%	6%	14%	0%	14%	28%	9%	94%
3. 入院時臨床検査所見記録:外来カルテコピー										
1	記載月日		0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
2	サイン		9%	0%	0%	4%	5%	4%	0%	0%
3	登録と異なるサイン		0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
4. 経過記録										
①医師:2号用紙・CPオーバービュー等										
1	Dr用CP記載月日		0%	0%	0%	0%	0%	0%	5%	0%

I 基本的事項

I 基本的事項	2	Dr用CPサイン	3%	17%	0%	4%	0%	20%	5%	0%	
	3	CP医師用チェック	0%	0%	0%	6%	0%	0%	2%	0%	
	4	経過記録の月日	0%	3%	3%	0%	0%	0%	0%	0%	
	5	平日の記載	21%	36%	35%	0%	14%	9%	0%	62%	
	6	経過記録のサイン	5%	8%	22%	4%	18%	25%	7%	41%	
	7	症例検討会用紙の記載月日	96%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	
	8	症例検討会用紙の患者名(フル)	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	
	9	症例検討会用紙の記載者サイン	96%	0%	0%	0%	0%	90%	0%	0%	
	10	化学療法用紙									
	11	化学療法用紙サイン									
	12	登録と異なるサイン	2%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	
	②PT・OT・ST:2号用紙・理学療法記録・要約書等										
	1	理学療法記録	100%	64%	100%	0%	14%	58%	100%	0%	
	2	作業療法記録	0%	16%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	
	3	言語療法記録	0%	0%	0%	0%	0%	8%	0%	0%	
4	経過記録の記載月日	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%		
5	経過記録	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%		
6	経過記録のサイン	0%	12%	0%	0%	0%	0%	11%	8%		
7	心リハ用紙記載者サイン						50%	0%	0%		
8	PT診療情報提供書の患者名(フル)	2%	4%	14%	0%	0%	0%	0%	0%		
9	OT診療情報提供書の患者名(フル)	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%		
10	PT退院要約書の患者名(フル)	7%	0%	0%	0%	0%	0%	11%	0%		
11	OT退院要約書の患者名(フル)	7%	0%	0%	0%	0%	0%	5%	0%		
12	OTのHDS-Rの患者名(フル)	7%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%		
13	経過記録以外の記載月日	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%		
14	CP理学療法系のサイン	0%	0%	0%	0%	14%	25%	0%	0%		
15	登録と異なるサイン										
③管理栄養士:栄養アセスメントシート・初期所見書等											
1	栄養アセスメントシートの記載月日	10%	0%	0%	0%	0%	0%	11%	71%		
2	栄養アセスメントシートの未記入	0%	100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%		
3	初期所見書の患者名(フル)	8%	0%	17%	0%	0%	0%	22%	0%		
4	経過記録の月日	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%		
5	経過記録のサイン	3%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%		
④薬剤師その他の医療職:鑑別報告書・服薬指導記録等											
1	鑑別報告書	2%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%		
2	鑑別報告書サイン	7%	0%	0%	4%	0%	0%	0%	0%		
3	服薬指導記録	3%	0%	2%	0%	16%	0%	0%	0%		
4	服薬指導記録サイン	2%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%		
5	経過記録	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%		
6	化学療法用紙				4%						
7	化学療法用紙サイン				2%						
⑤看護師:検温表・経過記録用紙・情報用紙・CP等											
1	一般検温表の観察項目	5%	41%	17%	58%	55%	3%	30%	99%		
2	一般検温表の食事量	2%	0%	0%	4%	5%	3%	0%	27%		
3	一般検温表の服薬確認	2%	0%	0%	0%	18%	23%	0%	26%		
4	一般検温表の入転退院	3%	0%	0%	0%	0%	20%	5%	0%		
5	一般検温表のサイン	2%	3%	0%	21%	0%	23%	5%	0%		
6	外来記録の外来Ns送りサイン				13%	18%	8%	16%	14%		
7	外来記録の病棟Ns受けサイン	22%	11%	17%	67%	27%	10%	0%	85%		
8	重症経過表の月日	15%	0%	0%	0%	0%	11%	0%	0%		
9	重症経過表の患者名(フル)	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%		
10	重症経過表の医師名	25%(CCU20%)	29%	83%	3%	80%	17%(CCU)	0%	0%		
11	重症経過表の看護師名	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%		
12	重症経過表の観察項目	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%		
13	重症経過表の観察事項	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%		
14	重症経過表のサイン	0%	0%	0%	3%	0%	0%	0%	50%		
15	CP月日	7%	0%	0%	0%	0%	18%	2%	0%		
16	CPチェック	20%	8%	20%	8%	50%	5%	0%	6%		
17	CPの患者名(フル)	15%	0%	0%	2%	0%	0%	5%	0%		
18	CPのDr名(フル)	10%	0%	0%	4%	0%	20%	2%	0%		
19	CPのNs名(フル)	16%	0%	0%	4%	0%	20%	7%	0%		
20	CPサイン	20%	8%	0%	0%	0%	0%	16%	0%		
21	バリエーションチェック	15%	25%	60%	10%	30%	15%	7%	10%		
22	バリエーション有の経過記録	2%	0%	0%	0%	0%	0%	100%	0%		
23	バリエーションチェックシートの月日	100%	100%	100%	0%	100%	100%	100%	0%		
24	バリエーションチェックシートのチェック	0%	25%	100%	0%	0%	0%	0%	5%		
25	バリエーションチェックシートのサイン	100%	100%	100%	0%	100%	100%	100%	100%		
26	情報用紙のサイン	100%	0%	0%	29%	23%	0%	100%	0%		
27	情報用紙の記載月日	7%	0%	0%	4%	0%	0%	0%	0%		
28	経過記録の記載月日	0%	0%	0%	0%	0%	0%	2%	0%		
29	経過記録	3%	3%	0%	0%	0%	0%	7%	0%		
30	経過記録のサイン	0%	22%	3%	8%	32%	0%	49%	38%		
31	化学療法用紙				0%						
32	化学療法用紙サイン				2%						
33	登録と異なるサイン	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%		
5.カンファレンス記録											
1	患者名(フル)	0%	0%	0%	0%	0%	0%	60%	0%		
2	記載月日	2%	0%	0%	0%	0%	0%	44%	0%		
3	医師	2%	0%	0%	75%	20%	8%	0%	0%		

4	看護師	0%	0%	14%	5%	0%	8%	0%	15%
5	管理栄養士	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
6	薬剤師	0%	0%	0%	0%	0%	25%	0%	0%
7	医師サイン	12%	5%	86%	0%	100%	83%	32%	39%
8	看護師サイン	7%	0%	57%	0%	100%	25%	12%	2%
9	PTサイン	5%	0%	29%	5%	20%	8%	0%	11%
10	OTサイン	2%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
11	STサイン	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
12	MSWサイン	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
13	管理栄養士サイン	7%	0%	14%	0%	0%	0%	0%	0%
14	その他の職種のサイン	0%	0%	14%	0%	0%	0%	0%	0%
15	方針等	43%			60%	20%	42%	38%	94%
6. 指示記録									
①入院時指示票									
1	主治医サイン	10%	3%	24%	0%	32%	3%	5%	2%
2	科長サイン	56%		100%	42%	64%	50%	28%	
3	両Drサイン	0%		24%	2%	27%	25%	0%	
4	登録と異なるサイン	7%	0%	0%	2%	0%	20%	7%	3%
5	記載月日	7%			0%		0%	5%	
6	患者名(フル)	3%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
7	一般指示	10%	0%	0%	0%	0%	10%	7%	0%
8	検査	14%	0%	0%	5%	0%	10%	5%	0%
9	点滴・注射	19%	0%	0%	0%	0%	0%	5%	0%
10	くすり	15%	0%	0%	0%	9%	0%	0%	0%
②指示票:(リハ・栄養・行動抑制指示等含)									
1	記載月日	66%	0%	0%	0%	0%	5%	14%	0%
2	患者名(フル)	7%	0%	0%	0%	0%	23%	2%	0%
3	サイン	37%	64%	31%	2%	18%	55%	14%	6%
4	登録と異なるサイン	3%	0%	0%	6%	0%	14%	0%	0%
5	リハ:Drチェック	25%	48%	100%	60%	36%	55%	100%	77%
6	リハ:Drサイン	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
7	栄養・GFOチェック	3%	33%	24%	4%	32%	9%	2%	5%
8	栄養・GFO記載月日	12%	8%	10%	0%	41%	27%	0%	11%
9	栄養・GFOサイン	8%	6%	17%	2%	55%	23%	9%	3%
10	行動抑制指示	5%	3%	13%		5%	0%	0%	0%
11	行動抑制指示サイン	0%	6%	25%		5%	0%	0%	0%
12	化学療法用紙指示サイン				0%				
13	化学療法用紙				4%				
14	口頭指示代筆後のサイン	100%	100%	100%	96%	100%	100%	100%	100%
7. 検査記録:画像診断記録・検査報告書等									
1	血液ガス検査用紙指示月日	2%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
2	血液ガス検査用紙実施サイン(集中治療室)	3%	11%	0%	3%	0%	15%	0%	3%
3	心電図台紙付き用紙実施サイン	3%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
4	シンチ・イメージフィルム実施サイン	0%	0%	0%	0%	0%	0%	2%	0%
5	スバイロ実施サイン				0%	0%	0%	2%	0%
6	特殊検査処置表月日	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
7	特殊検査処置表サイン	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
8	画像診断サイン	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
9	登録と異なるサイン	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
8. 他科受診記録:(御中用紙)									
1	記載月日	0%	10%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
2	サイン	0%	10%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
9. 手術・麻酔・処置等の記録									
①手術記録									
1	記載月日		0%		0%		0%	0%	0%
2	手術時間		13%		0%		0%	0%	40%
3	手術診断		0%		0%		0%	0%	0%
4	手術医名		0%		0%		0%	0%	10%
5	麻酔科医名		50%		0%		0%	0%	4%
6	登録と異なるサイン		0%		0%		0%	0%	0%
②麻酔記録									
1	使用薬剤量		0%		0%		0%	0%	0%
2	使用薬剤名		0%		0%		0%	0%	0%
3	時間		0%		0%		0%	0%	0%
4	手術医名		0%		0%		0%	0%	0%
5	輸液量		0%		0%		0%	0%	0%
6	輸血量		0%		0%		0%	0%	3%
7	出血量		0%		0%		0%	0%	3%
8	尿量		0%		0%		0%	0%	6%
9	その他エピソード		0%		0%		0%	0%	0%
10	サイン		0%		0%		0%	0%	0%
11	登録と異なるサイン								
③手術時看護・処置記録:手術室内処置票・手術室処方箋等									
1	患者名(フルネーム)		0%		0%		0%	0%	0%
2	記載(手術)月日		0%		0%		0%	0%	0%
3	手術医名		0%		0%		0%	0%	16%
4	麻酔医名		25%		0%		0%	0%	0%
5	時間		0%		0%		0%	0%	0%
6	直接介助者名		0%		0%		0%	0%	0%

I 基本的事項

I 基

本 的 事 項	7	間接介助者サイン			25%			0%		0%	0%	0%	0%
	8	ガーゼ・針カウントチェック			0%			1%		2%	19%	2%	
	9	看護問題と対策			0%			0%		0%	0%	8%	
	10	ケア内容			0%			0%		0%	0%	0%	
	11	ケア評価結果			?			1%		3%	58%	14%	
	12	麻酔記録がない場合の使用薬剤名			0%			0%		0%	0%	0%	
	13	麻酔記録がない場合の使用薬剤量			0%			0%		0%	0%	0%	
	14	麻酔記録がない場合のエピソード			0%			0%		0%	0%	0%	
	15	登録と異なるサイン											
	④処置記録:処置票・カードex・検温表の下欄												
	1	患者名(フル)			0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	2	実施月日			0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	3	処置内容			0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	10. 中間サマリー:2号用紙(転棟サマリー含)												
	1	記載月日			0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
2	2週間ごとの記載の有無			28%	15%	15%	80%	17%	9%	0%	71%		
3	サイン			10%	0%	12%	0%	50%	0%	0%	0%	0%	
4	登録と異なるサイン			0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	
11. 退院時療養計画書													
1	患者氏名			0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	
2	記載月日			0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	
3	退院後の治療計画			0%	0%	10%	0%	5%	0%	0%	0%	0%	
4	注意点			0%	0%	3%	0%	5%	0%	0%	5%	0%	
5	記載者Dr名(フル)			0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	
12. 退院時サマリー													
①医師:診療科病歴(入院)要約													
1	記載月日			0%		28%	33%	5%	13%	7%	2%		
2	入院・転科日			0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	
3	転科・退院日			0%	0%	0%	0%	0%	0%	7%	0%		
4	担当医サイン			2%	19%	10%	0%	0%	0%	14%	0%		
5	部長サイン			15%		62%	2%(内科)	9%	13%	14%	0%		
6	手術関連Dr名				0%		0%		0%	2%	0%		
7	原因									2%	23%		
8	登録と異なるサイン			12%	0%	0%	0%	0%	0%	2%	0%		
9	職業			36%		28%	6%(内科)	64%	68%	12%			
10	告知						0%			0%			
11	転帰チェック			3%		28%	0%	9%	10%	35%			
12	フォローアップチェック			3%		28%	0%	18%	15%	5%			
13	NIHSS				92%								
14	感染情報				31%								
15	既往症			0%	3%	0%	0%	0%	0%	0%	0%		
16	紹介元返事有無					0%	31%	0%	0%	0%	0%		
17	紹介元				8%	0%	0%	0%	0%	0%	0%		
18	MRSscale				8%								
19	手術詳細				0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%		
20	紹介医			0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	41%		
21	内服薬			0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%		
②看護師:看護要約													
1	禁忌			3%	3%	0%	10%	18%	0%	30%	6%		
2	入院日			0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%		
3	退院日			0%	0%	0%	0%	0%	0%	7%	0%		
4	病名			0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%		
5	障害情報			0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	8%		
6	検査・治療			7%	0%	0%	0%	5%	13%	14%	65%		
7	検査・治療日			0%	0%	0%	0%	5%	13%	0%	65%		
8	既往歴			0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%		
9	最終排便日			27%	0%	0%	0%	5%	0%	0%	0%		
10	介護認定日			5%	3%	0%	6%	5%	0%	2%	3%		
11	痴呆度			14%	3%	0%	4%	5%	0%	0%	0%		
12	寝たきり度			16%	6%	0%	4%	9%	0%	0%	0%		
13	意思疎通			10%	0%	0%	8%	0%	0%	0%	0%		
14	食事関連			0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%		
15	服薬管理			5%	0%	0%	3%	0%	0%	0%	0%		
16	補装具			0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%		
17	役割			3%	17%	0%	27%	9%	8%	5%	2%		
18	連絡先			0%	0%	0%	2%	0%	0%	0%	0%		
19	紹介先			0%	3%	0%	0%	0%	0%	0%	9%		
20	滞在先			0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%		
21	退院後のプラン			0%	63%	10%	0%	14%	0%	0%	38%		
22	処方薬			0%	3%	3%	0%	9%	0%	0%	27%		
23	要介護度			0%	6%	0%	0%	0%	0%	0%	2%		
24	記入者名(フル)			10%	0%	0%	0%	0%	0%	2%	0%		
25	所属長名(フル)			0%	0%	0%	4%	0%	0%	0%	0%		
1. 診断書:退院証明書・死亡診断書等													
2. 説明・同意書等患者の意思決定の書類													
1	CP兼同意書のDrサイン							0%	11%	0%	0%		
2	手術・検査・治療の同意書の記載月日			0%	0%	0%	5%	7%	3%	8%	6%		
3	手術・検査・治療の同意書の実施月日			14%	10%	14%	5%	0%	8%	4%	2%		
4	手術・検査・治療の同意書の説明Drサイン(フル)			7%	0%	0%	0%	0%	0%	4%	0%		

I 基本的事項

	5	手術・検査・治療の同意書の院長名	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	6	手術・検査・治療の同意書の患者名	0%	7%	0%	0%	0%	3%	0%	0%
	7	手術・検査・治療の同意書の保証人名&続柄	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	8	特定検査・治療の同意書の記載月日	0%	0%	0%	0%	0%	0%	8%	0%
	9	特定検査・治療の同意書の検査月日	11%	3%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	10	特定検査・治療の同意書の保証人氏名	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	11	特定検査・治療の同意書の患者氏名	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	12	特定検査・治療の同意書の説明Drサイン(フル)	0%	0%	0%	0%	0%	0%	8%	0%
	13	特定検査・治療の同意書の説明Nsサイン(フル)	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
II その 他の 文書	14	輸血・血漿分画製剤同意書の患者氏名(フル)	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	15	輸血・血漿分画製剤同意書の方法・製剤・輸血量	29%	0%	0%	0%	0%	8%	20%	33%
	16	輸血・血漿分画製剤同意書の必要性	0%	0%	5%	0%	0%	0%	0%	0%
	17	輸血・血漿分画製剤同意書の記載月日	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	18	輸血・血漿分画製剤同意書の患者・家族氏名(フル)	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	19	輸血・血漿分画製剤同意書の説明Drサイン(フル)	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	20	造影剤の同意の有無チェック	0%	0%	18%	2%	0%	0%	0%	6%
	21	造影剤の副作用	33%	0%	0%	0%	0%	3%	4%	2%
	22	造影剤の同意書の患者氏名(フル)	0%	0%	0%	0%	0%	6%	0%	0%
	23	造影剤の同意書のDrサイン(フル)	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	24	造影剤の同意書のNsサイン(フル)	13%	0%	0%	0%	0%	3%	4%	0%
	25	行動抑制同意書の記載月日	0%	0%	0%	0%	0%	0%	4%	0%
	26	行動抑制同意書の説明Drサイン(フル)	0%	7%	0%	0%	0%	3%	0%	0%
	27	行動抑制のNsサイン	0%	0%	0%	0%	0%	0%	4%	2%
	28	登録と異なるサイン	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
3. 撮創対策に関する診療計画書										
	1	計画書1の記載月日	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	2%
	2	計画書1のサイン	0%	0%	0%	0%	0%	13%	0%	2%
	3	計画書1のチェック	3%	26%	31%	27%	23%	0%	40%	17%
	4	計画書2の記載月日	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	5	計画書2のサイン	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	6	計画書2のチェック	11%	0%	0%	0%	0%	0%	5%	44%
	7	評価表の記載月日	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	8	評価表のサイン	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	9	評価表のチェック	20%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	10	登録と異なるサイン	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
4. その他の計画書:リハ・NCP等										
II その 他の 文書	1	リハ:記載月日	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	2	リハ:Drチェック	100%	48%	100%	7%	54%	59%	100%	72%
	3	リハ:Nsチェック	94%	100%	100%	12%	46%	50%	36%	78%
	4	リハ:理学療法科チェック	90%	96%	83%	9%	46%	27%	31%	55%
	5	リハ:Drサイン	0%	0%	0%	0%	0%	5%	0%	0%
	6	リハ:Nsサイン	4%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	8%
	7	リハ:理学療法科サイン	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	8	NCP:記載(入力)月日	0%	0%	0%	0%	0%	0%	8%	0%
	9	NCP:サイン	5%	0%	0%	0%	0%	0%	8%	0%
	10	NCP:評価記録	0%	3%	0%	0%	8%	0%	0%	0%
	11	NCP:患者名(フル)	0%	0%	0%	0%	0%	0%	8%	0%
	12	登録と異なるサイン	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%

表2 質的点検結果集計

病棟名	A	B	C	D	E	F	G	H	延総数	発生率
対象患者数	91	42	59	81	53	85	57	70	538	
対象者有害・警鐘事象発生件数	17	2	2	7	7	10	3	10	58	
対象者有害・警鐘事象発生率	18.7%	4.8%	3.4%	8.6%	13.2%	11.8%	5.3%	14.3%	10.8%	10.8%
1 前回入院に関連した予定外の再入院	0	1	0	0	1	0	0	1	3	0.6%
2 集中治療棟への急な転倒	4	0	0	0	1	4	0	0	9	1.7%
3 院内発症感染	3	0	1	2	2	0	0	0	8	1.5%
4 手術・検査の実施遅延	1	0	0	0	0	0	0	1	2	0.4%
5 手術・処置等の予定外の事象	1	0	0	1	0	1	1	1	5	0.9%
6 手術・処置後の異常	6	0	1	2	3	4	1	2	19	3.5%
7 薬剤の副反応	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0.2%
8 容態変化	0	0	0	1	0	1	0	5	7	1.3%
9 予測外の死亡	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0.2%
10 診断の遅れ	2	0	0	0	0	0	0	0	2	0.4%
11 本人・家族の不満	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0.2%
12 その他予定外の事象	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0%

記録項目	改善依頼内容	結果	
医療記録の記載指針で必要性有とされている項目（量的チェック項目）	I 基本的事項		
	1. 入院時（初期）記録		
	①入院診療録：表紙	* 感染症やアレルギー等、記載がまちまちだが改善依頼について委員会で協議。	* 原則としてクランクに依頼しているが、強制ではない。IT化すれば解決される内容であるため、現状維持。
	②入院記録（看護1号用紙）	* 家族構成図の記載方法が職種によりまちまちで、記載も重複している。 * 食物禁忌や薬物禁忌の欄にオーダ情報が連動しないし、選択式になっておりフリー入力も出来ないことから空欄が目立つ。 * 発症日が記載されていたりいなかったり、医師の記載する日付と不一致の場合があり情報収集。	* 看護部記録委員会がまとめた記載指針に採用されている図を院内の採用図とする。 * 連動させることは現システムでは不可。企画情報室担当者と担当師長で検討中。 * 専門学会でも定義が異なり、標準化を図ることは困難である。IT化の際に院内規定を設ければよしとする。
	③現病歴/入院時現症	* 記載率がかなり低いが、改善は必要ないかについて委員会協議。	* 初期臨床研修医を受け入れていく上でも、必要な項目であり、現状維持とする。
	③入院時診断/PROBLEM&TEMPORARY LIST（内科）	* 一部の欄以外はほとんど記載されない。改善は必要ないかについて委員会で協議。	* 内科のみの使用であり、空欄で記載されない欄に関しては、次回印刷時改善を検討するよう部門責任者に伝達済。
	2. 入院時診療計画書（CP含）	* 一部の診療科が作成したクリニカルパス一体型計画書に患者名の記載がなく、姓の異なる家族のサインの場合だれの計画書か不明瞭となりやすい。 * 記載月日を記載する欄がなく、PC作成の計画書であり改善依頼。 * 入院目的が入院日数と横並びの状態では印刷された用紙であり、入院目的の未記入率が高い。 * 医師のサイン欄に代筆があったため、代筆後忘れず押印するよう依頼。	* 当該部署に改善案を申し入れ、承認し即応済。 * 即応済。 * 入院診療計画書の目的欄にチェックボックスを設けて、選択できる用紙に変更した。 * Review途中から気付き押印しているとのこと。
	3. 入院時臨床検査所見記録		
	4. 経過記録		
	①医師：2号用紙	* 現在の記載用紙は先頭にサイン欄があるが、エピソードごとのサインが記載指針では必要とされており、用紙のレイアウトを変更してはどうか提案。	* 印刷した用紙が大量にあるため、次回印刷依頼時に検討。
②PT・OT・ST：2号用紙・理学療法記録・診療情報提供書等	* 院内で作成（印刷してない）している帳票類に、患者名や記載月日の記載がないものが複数あり、所属長に改善依頼。	* スタッフへの伝達により改善している。	
③管理栄養士：栄養アセスメントシート・初期所見書等	* 栄養アセスメントシートの栄養指示・医師の欄が空白になっているのを改善依頼。 * 栄養アセスメントシートに未記入のチェックボックスが複数存在しているので改善依頼。 * 栄養アセスメントシートのIDカードのインプリントが不十分で記載月日がないものが多いので改善依頼。 * 管理栄養士初期所見書の裏面にしか患者名を記載する欄がなく、表のみの記載の場合、患者名が抜かっていることが多いので、記載率向上を依頼。	* 不要のため削除した。 * 記載の徹底について承諾。 □無しのチェックボックス項目を追加。 * 手書きの場合の記載の徹底について承諾。 * 表にも患者名記載欄を設けた。	
④薬剤師その他の医療職：鑑別報告書・服薬指導記録等	* 服薬指導記録に未記入のチェックボックスが存在しているので改善依頼。	* スタッフに伝達し徹底を図る。	

	<ul style="list-style-type: none"> * 鑑別報告書のサインをフルネームで記載するよう依頼。 * 服薬指導記録の空欄の医師サインについて改善依頼。 	<ul style="list-style-type: none"> * スタッフに伝達し徹底を図る。サイン登録により解決。 * 医師サイン欄を切り取って貼る。
⑤看護	<ul style="list-style-type: none"> ⑤看護師:検温表・看護2号用紙等 * 一部の部署が作成したクリパスオーバビューに看護師サインが記されていない。 	<ul style="list-style-type: none"> * 当該部署に改善依頼し承認。
	<ul style="list-style-type: none"> * 体位交換・排泄チェックシート等のメモが製本されているが、実施サインがない。 * 退院当日の朝に医事課に検温表を提出していたことから退院日の検温表への入力がないもない。 * 一部の部署では、夜間の記録がされていないことがあったため、所属長に改善依頼。 * 有害事象？につき当該部署の所属長に事実関係を確認依頼。 * 重症経過表の記録について見直しを依頼。 	<ul style="list-style-type: none"> * 体位交換と排泄チェックを項目別に用紙を準備し、体位交換のみサインし製本する。排泄はメモ扱いとする。 * 他部署同様、退院当日に処置欄のみを出力し精算してもらう。 * スタッフ間で協議し記録する運用とした。 * 業務が新人同士のペアリングであったこと、記録が不十分であったことを反省し、事例を用いて部署内で勉強会を開催。 * 集中棟で見直しを検討中。
医療記録の記載指針で必要性有とされている項目(量的チェック項目)	<p>5. カンファレンス記録</p> <ul style="list-style-type: none"> * 合同カンファレンスの記録にサインがない職種が多い。 * カンファレンス用紙に設けてある空欄の職種欄は、必要な記載がないのか、記載は不要かの判断がつくように何らかの対応をしてもらうよう依頼。 	<ul style="list-style-type: none"> * カンファレンス用紙の検討を当該の所属長に改善依頼し検討してもらう。 * 病棟クラークに依頼し承認。
	<p>6. 指示記録</p> <p>①入院時指示票</p> <p>②指示票</p> <ul style="list-style-type: none"> * リハ指示票のチェックボックスの一部に未記入な項目があるのを改善依頼。 	
	<p>7. 検査記録:画像診断記録・検査報告書等</p> <ul style="list-style-type: none"> * 血管造影絡みの記載内容について、医師⇔放射線科Ns、放射線科Ns⇔病棟Ns間で記載内容の不一致が複数あり 	<ul style="list-style-type: none"> ①担当医への治療部位・内容を確認。 ②CAGのNs記録ではcoronaryの番号を記載しない。
	<p>8. 他科受診記録:(御中用紙)</p>	
	<p>9. 手術・麻酔・処置等の記録</p> <p>①手術記録</p> <ul style="list-style-type: none"> * 手術時間が記載されないことが複数例存在。 	<ul style="list-style-type: none"> * 結果報告会で看護師・クラークに協力依頼。
	<p>②麻酔記録</p> <ul style="list-style-type: none"> * 使用薬品の記載について、コスト表と合致しない部分について情報収集。 * 麻酔の予定について記載するタイミングと場所を確認。 * 麻酔覚醒のためのリバー스는、薬名と量を記載するよう依頼。 	<ul style="list-style-type: none"> * 使用薬剤しか記載しないことが原則。予備的に準備した薬剤に関しては医事課と協議。 * 麻酔用紙全体の変更について考案。ほぼ完成だが、手術申込票のみ検討中。 * 薬名・量を記載することで承認。
	<p>③手術時看護・処置記録</p> <ul style="list-style-type: none"> * 術前の問題提起と計画に対する結果評価について、記載の抜けが多いので記載率を上げるよう依頼。 * ガーゼ・機械・針等のカウントについて、サインがないことが多く、記録があっても「OK」と記載している。統一と記載率のアップを依頼。 	<ul style="list-style-type: none"> * スタッフへの伝達と再度記載チェックにつき努力すると返答⇒記載率が大幅にアップした。 * サインするよう伝達することを承認。⇒サイン記載率が大幅にアップした。
	<p>④処置記録:</p>	
	<p>10. 中間サマリー:2号用紙(転棟サマリー含)</p>	
	<p>11. 退院時療養計画書</p>	
	<p>12. 退院時サマリー</p> <p>①医師:診療科病歴(入院)要約</p> <ul style="list-style-type: none"> * 診療科ごとの用紙があるが、統一化は不可能か。 	<ul style="list-style-type: none"> * 各診療科の主張があり困難である

	<ul style="list-style-type: none"> * 用紙の項目に記載率の低い項目が複数存在する。空白のままが多いので、レイアウトを変更し項目を除外してはどうか。 * 入院・転入、転科・退院の定義が一定でないが、他の診療科が絡んでくるため、標準化が望ましいことを部科長会に問題提起。 	<p>ため、現状維持。</p> <ul style="list-style-type: none"> * 現段階での変更は困難。空白はそのままにしないよう、クラーク、看護師にも協力を得る。 * 部科長会にて改善案の配付に際し反対意見無し。
②看護師:看護要約	<ul style="list-style-type: none"> * 検査・治療欄で、画像系のメニューが無い為に整形外科では使用しづらい。フリー入力も出来ないが改善できないか検討依頼。 	<ul style="list-style-type: none"> * 企画情報室担当者と担当師長でMRI等追加出来るよう検討中。

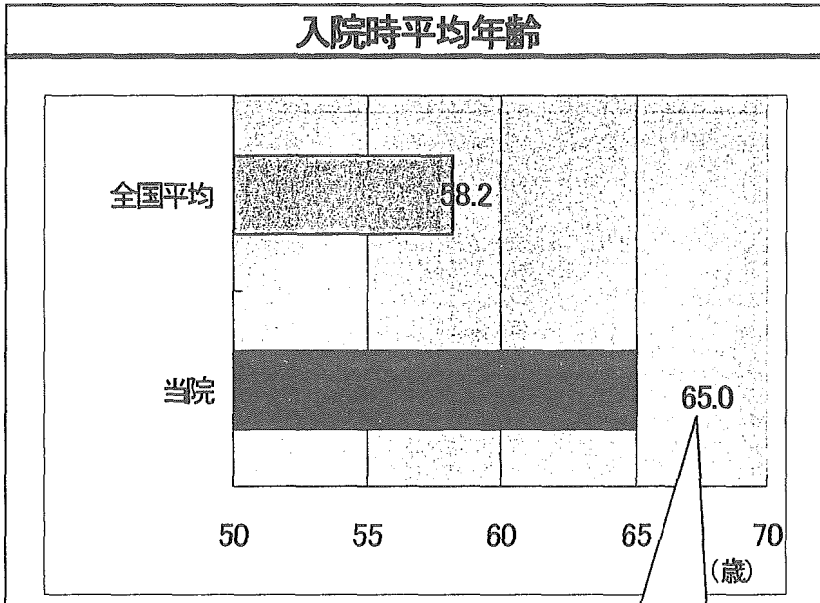
医療記録項目(量的指針でチェック項目とされている)	II その他文書	
	1. 診断書:退院証明書・死亡診断書等	* 12月より死亡診断書Reviewを開始し結果を集積中。
	2. 説明・同意書等患者の意思決定の書類 3. 褥創対策に関する診療計画書	<ul style="list-style-type: none"> * 即日伝達し部署の所属長に伝達依頼 * スタッフに伝達し検討。
	<ul style="list-style-type: none"> * 判定を間違い、対策立案がされるべきところがされていないものが数例存在。 * 院内発生が複数例あったため、予防対策について検討依頼。 	
その他	4. その他の計画書:リハ・NCP等	<ul style="list-style-type: none"> * NCPと一般検温表の観察項目等に連動性がない、経過記録と観察項目内容に重複が多いため、看護部記録委員会を通じて、計画と臨床の整合性を図る必要があることを伝達。 * リハ計画書の記入は、医師・看護師・理学療法科の職種で職種で計画書の記載枠の担当を決めているが、どの職種も記載やチェックが不十分であった。診療報酬上の問題があるため、未記入がないように各職種に改善依頼と用紙について作成側の担当者と協議。
	<ul style="list-style-type: none"> * 記録の訂正方法について、正しく行われていない。 ①抹消と訂正の勘違い ②訂正した文言の上に押印し、訂正前の内容が不明瞭 * クリパスの配付について、改訂して配付されているべきパスが配付されていなかったことから、薬剤だけが改訂前のパスの内容で運用されていたことについて、パス運用自体の見直しを検討依頼。 * クリパスオーバビューの様式が一定でないが、レイアウトを委員会内で改善案とするかどうか検討したが、使用率を上げることが優先であり、現段階としては、レイアウト等形式にこだわらないものと認識。 	<ul style="list-style-type: none"> * 部科長会にて記載要領の配付に際し反対意見無し。 * 紙ベースの「クリニカルパス集」の冊子を廃止し、スターオフィスで閲覧ならびに使用時プリントアウトする運用に変更した。

部署・部門	担当者	伝達月日	伝達・依頼内容	返答月日	返答内容
内科		05.05.12	Chart Review結果報告会において、診療録記載の不備に関する改善依頼。	即日	内科医への伝達報告会を再依頼。
		05.05.24	Chart Review結果内科のみ再報告会。特に、画像診断が総む検査において記載内容の不一致が多かったことを報告し、情報共有に協力依頼呼びかけ。	即日	報告会出席の消化器科長から、医師同士でさえ判りづらい記録がある。もっと共有しあう必要性ありとの意見があり、検査補助者であるNsから検査名ならびに検査部位の最終確認で相互認識する運用とした。
		05.05.16	CAGの記載につき判りづらいこと、ならびにNs間との記載内容に不一致があるので、情報共有の仕方について検討依頼。 一部の医師の中に、部位の確認時暴言を吐く医師の存在があり、指導依頼。	05.05.27	放射線科Nsから検査名・部位を確認することで合意、承諾。 暴言を吐くDrへの指導とともにNs支援を承諾。
			内科では発症日は書かなくても良いと決まったが統一ができていない。		
			内科病歴要約に患者の退院日の記載無し、転帰の状態・フォローアップ欄についてチェック無し。		
内科医師		05.05.24	医師の診療科病歴要約の職業欄の空白が多い。	05.05	斜線をひく。
内科と集中棟		05.05.12	発症日の記載方法が内科では決められているが、集中棟と関わりがある場合、発症日の不一致という問題が生じている。		
脳神経外科		05.05.12	Chart Review結果報告会において、診療録記載の不備に関する改善依頼。	即日	
放射線科		05.05.24	心カテの記録で看護サマリ(病棟看護師)、放射線科看護師、医師間の記録内容がまちまち。 ①処置部位・検査名を患者退室前に医師に確認。 ②可能であれば医師記録確認を実施できないか、申し入れ。	05.05.26	5月12日のChart Review説明会后、一部のスタッフとともに部長に、看護師から確認する運用を申し入れ、既に開始している。
部科長会		05.07.11	診療録の記載内容の訂正における協力依頼		
		05.07.11	入院要約における『入院・転入』『転科・退院』日付の院内統一の運用について		
A病棟		05.03.17	看護師サマリに発症日の記載抜けが多い。	即日	内科疾患は、発症日が定かでないので、記載不要ということになっているのでしていない。内科病棟は共通のはずとのことなので、内科はそれに対応する。
		05.05.12	退院時サマリの部科長のサインを、クラーグが部科長の代わりに印鑑を使って押印している。		
B病棟		05.05.12	褥瘡対策用紙で判定を間違ひ、対策を講じるべきところが立てられてないものが数例あり。	即日	
C病棟		05.06	内科では看護師サマリに発症日は記載不要とのことであつたが記載し、実際の発症日と異なっている。	即日	院内の取り決め通りで徹底する。
D病棟		04.12.30	カンファレンス時の記録として2号用紙にシールを貼付する際、職種、サインの明記が必要。	05.01.04	カンファレンス用紙を作成。
G病棟			患者家族のサインはあるが患者名なし。 CAPD腹膜炎のクリバスに病棟看護師のサインが全くない。		
		05.06.09	帳票類への鉛筆書きからボールペンへの変更依頼。 内科入院の場合の発症日記載不要の件。	即日	スタッフへの伝達承諾。 スタッフへの伝達承諾。
H病棟		05.01.31	体位交換・排泄チェックシートにサインがない。この用紙はメモの扱いなのか？	05.01.31	体位交換と排泄の用紙を別にし、排泄チェックはメモのみにしてカルテに綴じない。 体位交換はサインをし、カルテに綴じないようにする。
		05.02.03	退院日の朝、医事課に検温表を出して当日の処置コストをとってもらい、その後再出力は行わずカルテに綴じられていたため、検温表の退院日の記載がない。	05.02.03	他病棟と同様、退院当日、退院患者全員の処置欄のみを出力し、計算してもらおう。
		05.01.04	カンファレンスに参加してない職種の欄は斜線で記載の必要がない旨の明記が必要。	05.01.04	
		05.11.17	深夜帯の観察記録について。 他病棟では深夜帯も観察記録があるが、H病棟では術後3日目まで以外は記録していない。	即日	スタッフ間で協議し、全ての勤務帯において観察記録を記載することになった。
		05.11.17	褥瘡の院内発生数例あり。チェックの仕方と対策について病棟内で協議していただく。	即日	
透折外来		05.06.09	加療計画書ならびにNCPに患者名、記載月日等の記載枠を設けてもらうよう依頼。 Drのサイン箇所には、代筆でなく押印依頼。	05.06.17	スタッフと話し合っただけで承諾。 途中から押印に変更しているとのこと。代理サイン見つけたら連絡することで合意。
		05.05.12	Chart Review結果報告会において、重症経過表の記載方法の見直しの必要性。	即日	検討すること。
集中治療病棟		05.06.09	内科入院の場合の発症日記載不要の件。	05.06.10	スタッフに伝達し対処すると連絡有。
		05.06.09	内科入院の場合の発症日記載不要の件。	即日	スタッフに伝達し対処すると連絡有。
		05.06.09	内科入院の場合の発症日記載不要の件。	未	
看護部		05.04.11	NCPと一般検温表の観察項目に連動性がない、観察項目と経過記録の重複が多い。医師記録との記載内容の不一致が多いことを改善していく必要があると思われる。		記録の代表者会あるいは、教育・業務担当看護師長と総看護師長等で帳票類の改善から手がけている。

麻酔科	05.02.04	麻酔科術後指示、PCA回路指示票の用紙サイズ、レイアウトの検討を含め、患者名、指示日等必要な項目を入れていただきたい。		
		麻酔の実施方法を決定した時と実際の麻酔方法との整合性が無いのがあるが決定した段階の麻酔法を記載することは可能か。 麻酔覚醒のための薬剤は、リバースとひと括りにせず、薬品名と量を記載して欲しい。		麻酔記録用紙を新しく考案中。仕上がったら帳票委員会に提示する前に連絡いただけることとなる。 薬品名と量を記載することで合意。
栄養科	05.05.17		05.05.18	スタッフへの伝達承諾ならびに即応。
	05.01	栄養アセスメントシートの栄養指示、医師の欄が空白。		不要のため削除(帳票委員会済み)
	05.02.08	栄養アセスメントシートで空欄のチェックボックスがあった。		記載の徹底、口なしの項を追加予定
		栄養アセスメントシートにエンボスがインプリントされずに手書きになると、記載日がない。 管理栄養士初期所見書に患者名の記載欄無し(裏面にはある)。		
薬局	04.12	服薬指導記録に空欄のチェックボックスがあった。	04.12	スタッフに伝達し対処。
	05.01.12	鑑別報告書のサインをフルネームで記載するよう依頼。	05.01.12	スタッフに伝達し対処。
	05.02.04	服薬指導記録の医師サイン欄が空欄。	05.02.04	医師サイン欄を切り取って貼る
医事課	05.05.09	APとUAPは使い分けられないといけないか。	即日	以前、部長との間で、UAPと退院証明書に記載する運用としたこと。
	05.05.17	リハ計画書の未記入が多数あった⇒診療報酬上大問題。	?	理学療法科と話し合う。
理学療法科	05.02.07	PT専用コピー使用の用紙において空欄のチェックボックスがあった。	05.02.07	
	04.12	リハ指示票に患者サインの欄があるのはおかしい。		
	05.06.13	PTの退院要約につき、患者名を記載した要約にしていたらどうか。	未	
	05.01.25	OTの退院時チャートに患者名が無い。	未	
理学療法科 帳票委員会	05.05	作業療法科退院時チャートに患者氏名がどこにも入力記載されていない。		
クリニカルバス委員会	05.07.15	クリニカルバスの配付について。 C病棟のチャートレビューで改訂後バスがバス集に綴じられていなかったことから、改訂前バスにある別の薬剤を実施した事例について報告、運用について検討依頼。	05.7.25	紙ベースの「クリニカルバス集」を廃止、電子化しスターオフィスで閲覧する運用とした。
	05.07.15	オーバービューの書式を統一してはどうか。	未	
	05.07.15	バリアンスチェックシートに実施日欄、実施者サイン欄を設けてはどうか。	未	
システム検討委員会	05.01.25	用紙の書式変更が望ましい。入院診療計画書の目的にチェックボックスを付けてはどうか。	05.06.22	看護部記録代表者会との合作で、チェックボックス付きの計画書に変更になった。内容は承認され印刷依頼の予定。運用開始日は未定。
	05.05.09	複数の職種が1人の患者に異なった様式の家族構成を記載している。記載方法の統一あるいは、情報の一元化は無理か(患者基本情報に入力することで統一は無理か)。	未	
	05.05	看護師、PT、OT、ST間で患者の家族構成の記載方法が統一されていない。		
	05.05	入院時診療計画書に入院の目的の記載がない。	05.05	チェックボックスが設けられた。
企画情報室	05.02.07	CANの食物禁忌、薬物禁忌の欄にオーダー側から情報が入ってこない。フリー入力もできない。		情報室と看護長から現状・対策聴取→検討中
	05.11.21	CAN:看護要約の検査・治療欄に画像系メニューがないため整形外科では使いにくい。フリー入力もできない。		情報室と看護長でMRI等を追加し、選択できるよう対応中
診療情報管理室	05.02.01	現病歴/入院時現症について、記載日とサインの欄を設けては？ 各診療科で協議・検討し、記載率アップさせる働きが必要では？		
		入院時診療計画書のフォーマットを統一できないか(せめて診療科内だけでも)。		
		バスシート、バリアンスチェックシートに実施者サイン欄を設けた方がよい。		
	05.02.01	記録用紙(2号用紙)の末尾にサイン欄を設けては？		
	05.02.01	看護関連の記録用紙がばらばらに綴じられていて経過が見えにくい。順序の検討をした方がよいのでは？		
	05.02.01	情報用紙の扱い。メモとするならばカルテに綴じない。正本対象とするならサインを徹底する。		
	05.02.01	Nsの経過記録について、手書きと電子化の併用をしている施設は、どちらが正本とするのかを情報の種類ごとに明示する必要があるが、当院はどうするのか？		
05.02.01	退院時サマリが診療科でフォーマットが異なる。標準化は無理か？			

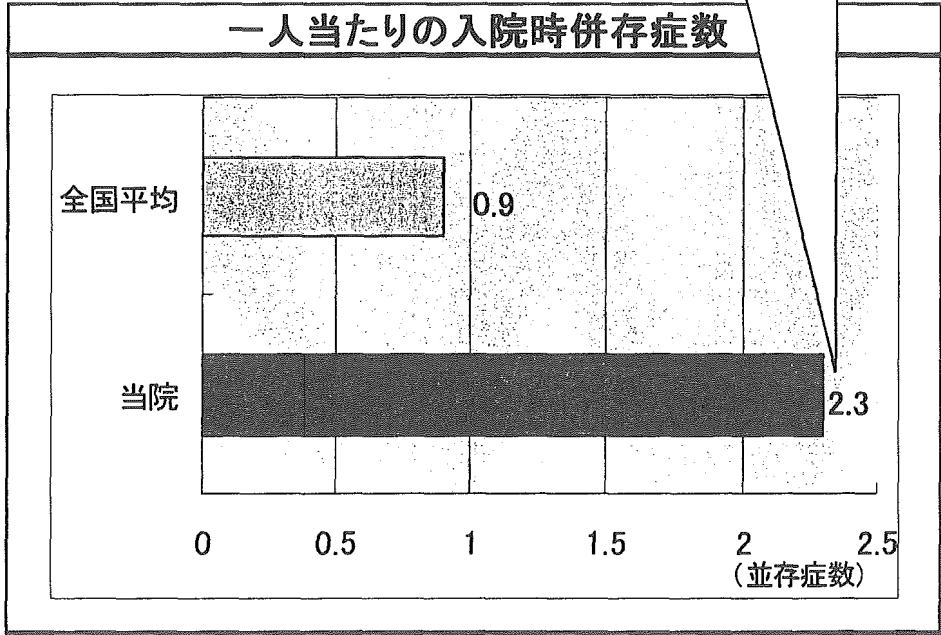
近森病院にかかる患者類型

2004年 DPC 調査協力
結果データから一部抜粋



平均年齢: 約7歳高値

入院時併存症数
約2.5倍高値



医療記録の記載および監査について

—NTT東日本関東病院の現状と課題—

NTT東日本関東病院医療安全管理室長

秋山 剛

I. 医療記録の監査と医療安全管理

1. 医療記録の監査：評価シートの目的

医療記録の記載および監査については、Chart Review 検討会で、評価シートが開発された。評価シートについては、このシートを用いて、日々発生している問題事象を、その都度捉えようとするのか、入院治療が終了したときにシートを用いて評価を行い、入院治療の経過全体の中で発生した問題事象を包括的にとらえるのか、という2つの方向性が当初から議論された。前者の立場をとる方からは、「インシデントレポートが自発的に提出されないので、日々の問題事象を把握することが、重要である」という指摘があった。

2. NTT東日本関東病院の現状

NTT東日本関東病院では、従来から、他のスタッフが起こしたインシデントについて、当事者以外がレポートを提出することを推奨している。これは、インシデントレポートが自発的に提出されないことにより、リスク関連情報が把握されないという事態を防ぐためである。他の病院と同じように自発的なインシデントレポートの提出率は、看護師がもっとも高く、薬剤師がこれに次ぎ、医師や技師は、あまり高くない。

他のスタッフが起こしたインシデントのレポートの提出を推奨することにより、ある程度シリアスな事態が起きた場合は、他のスタッフが気がついてインシデントレポートが提出する事例が多くなっている。そこで、NTT東日本関東病院で

は、Chart Review 検討会で開発された評価シートは、入院治療が終了したときに、臨床スタッフ自身が、問題事象を把握し、クリニカルインジケータの基礎データを作成するためのデータシートとして使用する方向性を考えた。

3. 医療記録の動的・静的な側面

診療中には、多くのスタッフが医療記録を共有し、医療記録に記載されている情報に基づいて診療行為を行う。つまり、医療記録には、現に動いている診療において情報伝達の齟齬が起きないようにする媒体という側面がある。動的な記録という意味で、記載は次々と追加される。一方、記載内容は、診療に関係しているスタッフが理解できれば、それで目的は果たされるという面がある。

一方、診療行為が終了すれば、当然ながら、記載は追加されない。この時点では、管理者や診療情報管理者などが、静的な状態にある医療記録を、「基準に則った記載がされているか」という観点でチェックすることになる。医療記録を患者に開示する場合も、ほぼ同じ様な状況である。

この2つの側面には、共通している部分もある。つまり、診療が動いているときに、他の治療スタッフが必要な情報を理解できるような指示の記載をすれば、診療が終了したときに、きちんとした「静的な医療記録」になっているとも言える。

一方、この2つの側面が完全に一致しているわけでもない。たとえば、診療情報管理士が、記録を読んで治療経過中に起きたことを、正確に把握できるように、治療スタッフが記載を行うたびに、

楷書体でフルネームの署名するべきであるという意見が出されたことがある。臨床場面で、もしこのようなことにスタッフの時間と労力を集中させれば、臨床の診療、ケアのレベルは、必ず低下するであろう。診療を行っているときに、医療記録を利用する人数は限定されており、楷書体のフルネーム署名は必要ないのである。

4. 安全管理における資源の最適使用——効率という観点

臨床スタッフには、診療行為やケアに、多くの労力を割くことが求められる。つまり、医療安全管理に使える時間や労力は限られている。一方、医療安全管理に関連する要因は無数にある。医療安全管理を現実的に改善するには、最小限の手間で、最大限の効果があがるような対策を考える必要があるし、限りがある資源を、様々な要因にどのように分配して使用すれば、最適な結果が得られるかという「資源の最適使用」について検討する必要がある。

一つの要因だけを重視して、多くの労力を投入することは避けなければならない。事故は様々な要因におけるエラーの連鎖で起きる。ある要因だけに労力を投入し、ほかの要因におけるチェックがおろそかになる状況では、全体的なリスクはかえって高まってしまう。

仮に事故に4つの要因が関わっているとして、ある要因だけに資源をすべて投入し、その要因における危険性を20%に低めても、他の要因の危険性がそのままであれば、全体のリスクは20%にしか低下しない。しかし、資源を分配して、4つの要因においてそれぞれ危険性が50%になるように働きかければ、全体のリスクは、 $0.5*0.5*0.5*0.5$ で、7%以下に低下する。医療安全管理では、多数の要因において少しずつ危険性が低下するような資源の投入が、全体的にはもっとも効率がよいと考えられる。

5. 目的の限定

こういった観点からも、NTT東日本関東病院では、動的に発生しているリスク要因の把握はインシデントレポートで行い、医療記録については、スタッフが自己監査し、問題事象を把握するという目的に限定して、評価シートを使用した。

II. 評価シートのトライアル

1. 目的

医療評価機構のChart Review検討会で開発された評価シートを、上記の観点から、臨床スタッフが経過中の問題事象を把握するために使用できるかという、実用可能性について検討した。

2. 方法

シートは、近森病院による改訂版に準じた。また、評価シートに対して、「記載に要した時間」を尋ねたほか、「項目数」「内容の適切さ」「評価判定の困難さ」「使いやすさ」「医療の質向上への有用性」について、4検法で質問を行った。評価シートの判断基準について、手引きは配布したが研修は行わなかった。

3. 対象

平成17年1月17日(月曜日)～1月23日(日曜日)の間の、NTT東日本関東病院における全退院症例を対象とし、主治医、プライマリナー스가、退院時、カルテを読み直して、独立に評価を行うように指示した。

4. 結果

① 回答率

該当期間の全退院数は264例であり、医師が167例(63%)、看護師が166例(63%)、合計333例評価シートが提出された。少なくとも、医師、看護師のどちらかはシートを提出した事例、医

師・看護師両方がシートを提出した事例は、それぞれ 192 例 (73%)、141 例 (53%) であった。

② 内部一貫性

評価シートの内部一貫性について、333 シートを対象に Cronbach の α 係数を算定したところ、0.49 であった。

③ 事象発生率

報告があった 192 事例について、医師または看護師が「あり」と報告した項目は、頻度が高い順に、再入院 10 例 (5.2%)、患者家族の不满 10 例 (5.2%)、在院期間 9 例 (4.7%)、感染持ち込み 7 例 (3.6%)、転倒転落 6 例 (3.1%)、薬剤副作用 5 例 (2.6%) であった。また、転棟、不適切な退院、治療不遵守、その他のインシデントが 3 例 (1.6%)、転院、その他の薬剤関連、神経障害が 2 例 (1.0%)、処置遅延、手術・処置のできごと、異常反応・術後合併症、投与量の誤り、一般合併症、褥創、記載不一致が 1 例 (0.5%) という結果であった。(表 1)

④ 評価一致度

医師・看護師双方から評価シートが提出された 141 例について、評価の一致度を分析した。表 2 で報告が一致しているものは同一の事象を報告しているので、実際に発生した事象は、一致数の半分と算定される。一方、不一致数は、それぞれ独立に事象を報告しているので、一致度を、 $(一致数 \div 2) / (一致数 \div 2 + 不一致数)$ で算定した。その結果、一致度が 50% を越えたのは、神経障害 (100%)、転倒転落 (60%)、在院期間、転院、その他薬剤関連 (50%) にとどまり、そのほかの項目はほとんど 20% 以下であり、まったく一致しない項目が 9 項目みられた。全体的な一致度は、25% であった。職種間の差を見ると、医師がより多く事象を報告したのは「患者家族の不满」

「感染持ち込み」「褥創」「処置遅延」「異常反応・術後合併症」の 5 項目、看護師がより多く事象を報告したのは「再入院」「在院期間」「転院」「不適切な退院」「手術・処置時できごと」「薬剤副作用反応」「投与量の誤り」「その他薬剤関連」「転倒転落」「その他のインシデント」の 10 項目、異なった事例で医師・看護師が同数報告を行ったものが「転棟」「治療不遵守」の 2 項目であった。(表 2)

⑤ 評価シートに対する質問

評価シートに対する質問では、「記載に要した時間」は 82% が 5 分以内で評価シートを作成していた。そのほかの質問では、「項目数が多い・やや多い」98%、「内容が適切でない・やや適切でない」38%、「評価判定が困難・やや困難」42%、「使いにくい・やや使いにくい」50% であったが、「医療の質向上に有用でない・やや有用でない」と答えたものは、35% にとどまった。評価シートに対する質問の α 係数は、0.87 であった。(表 3)

⑥ 記載時間の影響

記載に要した時間は、シートで報告しているインシデント数と正の相関を示した。 $(r_s, 0.27, p < 0.01)$ 回答時間が 5 分以下の群 (274 例) と 5 分超の群 (59 例) に分けると、5 分超の群が、「項目が多い」「シートが使いにくい」と回答する傾向が見られた。(表 4)

⑦ 有用感への影響

「医療の質向上に有用である」という質問への影響度を見るために、単回帰分析を行ったところ、「記載に要した時間」以外の、「項目数」「内容の適切さ」「判定の困難度」「使いやすさ」がすべて、高度に有意な影響を示した。(表 5) 「項目数」「内容の適切さ」「判定の困難度」「使いやすさ」は、お互いに高い正の相関関係があり、多重共線性の

ために重回帰分析には適しない状況であった。
(表6)

5. 考察

今回の調査で、医師・看護師のいずれかが回答した事例が73%、両方が回答した事例が53%あったことは、将来、評価シート調査を全退院例に実施できる可能性を示唆している。評価シートの項目は、患者、家族にデータとして示すべき項目を多く含んでおり、退院時にスタッフがデータ入力することによって、クリニカルインジケーターを作成できる可能性が示された。

評価シートの α 係数は、0.49であった。この値の評価は、評価シートでチェックしている事象が、相互に独立して発生しているか、関連して発生しているかによって変わってくる。「評価シートの内部一貫性とは何か?」という問題は、これまで系統的には議論されていない。分析方法についても検討が必要であろうし、大規模なサンプルが必要である可能性もある。

今回の報告における事象発生率については、実際よりも低い可能性が考えられる。というのは、報告の一致度が低く、スタッフの事象把握にばらつきがあるからである。今回の調査で医師の事象発生報告が少ないこと、一般にインシデントレポート提出が医師において低いことを考えると、スタッフ全体、特に医師において、事象の過少報告があった可能性を否定できない。

一致度が50%を越えた項目が5項目しかなく、一致度0%の項目が9項目あったこと、全体的な一致度が25%にとどまったことは、評価シートを使用する際に、スタッフへの研修を行う必要性を強く示唆している。

82%のシートが5分以内に作成されたことは、主治医、プライマリナースという立場にあれば、評価シートを退院時に作成することが容易であることを示している。「項目数の多さ」への強い

ネガティブな反応は、シートを使い慣れれば改善する可能性があると思われる。使いにくさ、評価の困難へのネガティブな回答が半数以下にとどまったことは、事前研修がなかったことを考えれば、やや驚きであった。さらに内容の適切さ、医療の質向上への有用性については、ポジティブな回答が半数を越えており、今回の評価シートが実用に耐える可能性を示唆する。

記載時間が長い群で、「項目が多い」「シートが使いにくい」と答える傾向があったことは理解できる。一方、「内容の適切さ」「医療の質向上への有用感」で差がなかったことは、回答に手間がかかっても、これらの項目に対する評価に大きく影響するわけではないことを示している。

有用感への影響については、「項目数」「内容」「判定の困難度」「使いやすい」がすべて有意な影響を示した。しかし、「項目数」「内容」「判定の困難度」「使いやすい」は相互に非常に高い相関を示しており、それぞれの影響について論ずるよりは、医療安全管理への熱心さが、各質問への回答に共通して反映していると考えほうが妥当と思われる。

6. 結論

- ① 今回の調査に使用された評価シートの内部一貫性については、分析方法を含めて今後の検討を要する。
- ② 判断の一致度を高めるために、スタッフに十分な研修を行う必要がある。
- ③ 医療安全管理への熱心さが、シートへの評価に一貫して影響している可能性がある。
- ④ 研修を十分に行い、医療安全管理への意識づけを高めれば、全退院事例を対象に評価シートを施行し、クリニカルインジケーターの基礎データを作成しうる。

表 1 事象発生率 全 192 例

	n	%
再入院	10	5.2
患者、家族の不満	10	5.2
在院期間	9	4.7
感染持ち込み	7	3.6
転倒・転落など	6	3.1
薬剤副作用反応	5	2.6
転棟	3	1.6
適切な退院、転帰	3	1.6
治療不遵守・暴力	3	1.6
その他のインシデント	3	1.6
転院	2	1.0
その他薬剤関連	2	1.0
神経障害	2	1.0
処置遅延	1	0.5
手術・処置時できごと	1	0.5
異常反応・後発合併症	1	0.5
投与量の誤り	1	0.5
一般合併症	1	0.5
褥創	1	0.5
記載不一致	1	0.5
術後感染	0	0.0
院内感染	0	0.0
予定外再手術	0	0.0
重大な変化	0	0.0
手術中死亡	0	0.0
入室後短時間死亡	0	0.0
予測外病死	0	0.0
自殺、外因死	0	0.0
診断名不一致	0	0.0
自傷・自殺企図	0	0.0

表 2 評価一致度 全 141 例

	医師(n)	看護師(n)	一致数(n)	不一致数(n)	一致度(%)
神経障害	1	1	2	0	100
転倒・転落など	3	5	6	2	60
在院期間	5	7	8	4	50
転院	1	2	2	1	50
その他薬剤関連	1	2	2	1	50
再入院	5	6	4	7	22
感染持ち込み	4	2	2	4	20
薬剤副作用反応	2	4	2	4	20
患者や家族の不満	5	4	2	7	13
転棟	1	1	0	2	0
褥創	2	0	0	2	0
治療不遵守・暴力	1	1	0	2	0
その他のインシデント	0	2	0	2	0
不適切な退院、転帰	0	1	0	1	0
処置遅延	1	0	0	1	0
手術・処置時できごと	0	1	0	1	0
異常反応・後発合併症	1	0	0	1	0
投与量の誤り	0	1	0	1	0
術後感染	0	0			
院内感染	0	0			
予定外再手術	0	0			
一般合併症	0	0			
重大な変化	0	0			
手術中死亡	0	0			
入室後短時間死亡	0	0			
予測外病死	0	0			
自殺、外因死	0	0			
診断名不一致	0	0			
記載不一致	0	0			
自傷・自殺企図	0	0			
合計	33	40	30	43	26

※「一致・不一致」の空欄は
インシデントなし

表3 評価シートへの質問

		n	%
記載時間 (分)	1	43	12.9
	2	50	15.0
	3	77	23.1
	4	5	1.5
	5	99	29.7
	6	2	0.6
	8	1	0.3
	10	38	11.4
	15	8	2.4
	20	9	2.7
	30	1	0.3
	合計	333	100
項目数	多い	96	28.8
	やや多い	231	69.4
	やや少ない	5	1.5
	少ない	1	0.3
	合計	333	100.0
内容	適切でない	32	9.6
	やや適切でない	95	28.5
	やや適切である	157	47.1
	適切である	48	14.4
	無回答	1	0.3
	合計	333	100
評価判定	困難である	33	9.9
	やや困難である	107	32.1
	あまり困難でない	136	40.8
	困難でない	56	16.8
	無回答	1	0.3
	合計	333	100
使いやすさ	使いにくい	53	15.9
	やや使いにくい	115	34.5
	やや使いやすい	119	35.7
	使いやすい	45	13.5
	無回答	1	0.3
	合計	333	100
質向上への有用性	有用でない	50	15.0
	やや有用でない	68	20.4
	やや有用である	162	48.6
	有用である	51	15.3
	無回答	2	0.6
	合計	333	100

表4 記載時間の影響

	5分以下	5分超	p
	n=274 mean	n=59 mean	
項目数	1.8	1.6	0.00
内容	2.7	2.6	0.75
評価判定	2.7	2.5	0.19
使いやすさ	2.5	2.2	0.01
質向上への有用性	2.7	2.6	0.56

表5 「有用感」への影響

	β	t	p	調整済みR ²
時間	-0.02	-0.36	0.72	0.00
項目数	0.50	10.41	0.00	0.25
内容	0.67	16.29	0.00	0.44
評価判定	0.47	9.55	0.00	0.21
使いやすさ	0.65	15.42	0.00	0.42

表6 質問間の相関

Spearmanの相関係数(r_s)

	項目数	内容	評価判定	使いやすさ
項目数	r_s	0.49	0.22	0.42
	p	0.00	0.00	0.00
内容	r_s		0.49	0.59
	p		0.00	0.00
評価判定	r_s			0.75
	p			0.00

「医療の質・安全の向上と医療安全推進部の組織的な取り組みについて」

研究協力者 元島昭精 特定医療法人慈泉会相澤病院 医療安全推進部部长

研究要旨：病院がその社会的責務を果たし、医療に対する国民の信頼をえるためには「安全な医療」の提供を確実なものにすることである。安全な医療を構築することの重要性を職員全員が認識し、職種の壁を越えた不断の改善活動を推進していくとともに職種間のコミュニケーションを良くする事が重要である。

安全な医療を推進するための基本理念は「医療の質の向上」である。これを達成するためには「医療の構造」「医療の過程」「医療の結果」それと「医療従事者のマナー」について、この4つのファクターを常に自己評価できるシステムの構築が重要である。

Chart Review 検討会で策定された「医療記録の記載指針」を参考として、実施した医療についてそのプロセスの評価とその改善、また失敗に学ぶ（厚生労働省をはじめさまざまな団体から配信される情報を含む）ことを大切に、安全な医療の提供を確実なものとするために、当院が行ってきた組織的な取り組みについて報告する。

A. 研究目的

医療には数字では表せない不確実性があり、診療行為の中には、いろいろな形のミスが必ず発生する。医療は、医学の進歩と共にますます複雑化し医療従事者が担う業務量も増大化してきており、1999年を境に国民の医療に対する不信と権利意識が一層高まりを見せる傾向が指摘されている。このような中で患者と医師との信頼関係の欠如と言った社会風潮と、その一方で医療への過大な期待がある。

医療の質を保証するために、病院は常に地域生活者の人たちが安全と安心で満足できるような医療を提供する努力を積み重ね国民一般の負託に答える必要がある。

本研究の目的は、「患者の立場に立ち患者が安心して医療を受けられる環境を整える」ことである。この目的を達成するためには、医師の意識改革と組織的な協力を得ることが必要とされる。

患者にとっての医療安全とは、①患者が期待する安全な医療の結果であり、②医療の過程においての医療従事者のマナーからくる心の安全であると定義して医療安全推進部は行ってきた。患者が安心で、バランスよく安全な医療が受けられる仕組みを構築するために、医療の質向上・職員の質向上に絞り込み医療安全推進部の行ってきた活動について報告する。

B. 研究方法

1. 自己評価システムの構築

日本医療機能評価機構 構認定病院患者安全推進協議会の Chart Review 検討会で策定された「医療記録の記載指針」を参考とした。「医療の構造」「医療の過程」「医療の結果」それと「医療従事者のマナー」について、この4つのファクターを常に自己評価できるシステムを構築するために、医師の医療行為に立ち入った検討が必要で