

あり、医師の従来からの保護的姿勢を変えなければならない。

別に研究報告している「チャートレビューの実践とそこから得た課題」と一部重複するが、自己評価と改善までのフローは次の通りである。

- ① 診療情報管理室から毎月10日迄に報告を受ける6項目からなる事象のデータに加えヒヤリ・ハット事故報告書や患者・家族からの苦情の症例を加える。

100 症例前後

↓

- ② 医療安全推進部において7つの評価項目によりデータの絞り込みを行う。

60 症例前後

↓

- ③ 院長の外に内科系を外科系担当院長補佐が、外科系を内科系担当院長補佐が其々一次スクリーニングを行い(とかく見受けられる医師同士の底い合いの心理を避けるため)絞り込みを行う。

25 症例前後

↓

- ④ 一次スクリーニングから得られた情報を基に、適正な情報を得るために、当該統括医長(主治医)に対する質問状を作成し、其々報告を受ける。

20 症例前後

↓

- ⑤ 院長補佐3名の医師と事務局が評価すべき症例の絞り込みを行う。

約15 症例前後

↓

- ⑥ 院長と医療安全推進部が協議して評価すべき症例の決定を行う。

約5~8 症例

↓

- ⑦ 医療評価委員会の実施 ⇒ 評価結果報告書の作成と答申

↓ (資料1)

- ⑧ 改善事項を決定し、院長名により改善実施

を指示する。

↓ (資料2)

- ⑨ 当該部門担当の院長補佐又は当該部門の統括医長は具体的な改善実施内容を院長に報告する。

↓

- ⑩ 「医療の質向上会議」の開催  
評価の結果を部門別・部署別・月別に整理し、そのデータに基づいて、改善の進まない部署及び評価結果の内容が緊急を要する場合、当該部署の医長以上の責任者と勤務に支障の無い医師を含む関係部門のスタッフの出席を求めて随時開催する。スタッフと情報を共有すると共に改善の再徹底を図る。

## 2、医療従事者のマナーの教育

患者本位の医療の安全では、医療の質の向上と接遇の向上のバランスが必要である。相澤病院では、各部門から1名計14名のメンバーを選出、委員長には医師をそれぞれ任命して接遇改善委員会を発足して、医療従事者のマナーの向上を図ることを目的に次の様な活動を行った。

- ①理事長による医師及び管理者を対象とした職業倫理教育の実施 ②医師と他部門スタッフの組み合わせによる挨拶運動の実施 ③柳田邦男氏を講師に招いて講演会を開催 ④新人職員の研修が終了した5月より、次のようなイベントを組み実施した。

挨拶強化月間5、6月、9月

接遇改善推進大会6月

接遇改善の集い7月

「心配り・気配り」強化月間10月、11月

接遇改善の集い11月

「心配り・気配り」強化月間12月、1月

接遇改善の集い1月

## C、研究結果

- 1、医療評価委員会の設置と組織的な活動で自己

評価できるシステムを構築するためには、組織横断的に医師の協力を得ることが必須の条件であり事務局として一番懸念されたところであった。特に、先に述べた自己評価と改善までのフローの中で④の主治医への質問に対する報告書の回収はスタートしてから2~3ヶ月困難を要したが、院長及び診療部の院長補佐に依る指導があって、医療の質の向上を自分のものとして捉えられる傾向が強くなり積極的な協力体制が出来上がった。

医療の安全を確保するためには、医師・看護師等の医療スタッフのマンパワーの確保こそ重要な要素である。医師の確保が大学の医局人事に依存された状態が続く限り、病院が考える改善は進まない。全国的に医師不足が指摘されている現状は当院もその例外ではない。医療の質・安全の向上を組織的に推進した、その結果地域生活者から評価され信頼を得る病院になりつつある。まだまだ大学の医局人事に依存する部分もあるが全国レベルでの医師・看護師の採用が可能になり5年前に比べ2倍以上の診療部の体制構築がされてきた。記録を用いて医療のプロセスを評価し、医療の安全の検証を行いその情報を共有化してきた結果、診療録や看護記録等の記載が、まだまだ適切とは言えないまでも著しい改善がなされてきた。

インフォームドコンセントのあり方についても従来から指摘されている、医療者本位の誘導的説明から、患者自らの身体についての自己決定ないしは自律性を尊重した患者本意の説明に変わりつつある。

評価の結果 ⇒ 改善指導 ⇒ チェックのプロセスを通して、現在の医療水準に即した適切で安全な診療に心がける姿勢と、日常の診療活動において患者との良好な信頼関係を維持する姿勢が相澤病院の診療の現場に醸成されつつある。患者の期待する医療の結果が得られているにも関わらず、患者とのコミュニケーション不足等による信頼関係の構築がされなかったため発生していたトラブルのケースが、ここ1~2年全くおきて

はいない。

この自己評価システムの症例抽出の過程で、チェックが可能となるため、医師からの「ヒヤリ・ハット事故報告書」が積極的に提出される様になり患者本位の速やかな対応も可能となってきている。

## 2、医療従事者のマナーの教育

患者が期待する医療の結果が得られても、医療従事者のマナーが悪ければ患者の満足は得られない。そのために、医療者は患者及び家族に誠実な対応を心がける必要がある。医療者のマナーの向上については、診療部の院長補佐をはじめとする医師が率先して廊下に立ち挨拶運動を行っている姿が他の医療従事者の刺激となり、その質の向上がされてきた。

17年10月に実施した、厚生労働科学研究「臨床指標を用いた医療の質向上に関する国際共同研究」における「平成十七年度外部顧客満足度調査」に参加して実施された患者満足度調査の結果は、入院部門において全日病・VHJグループ46参加施設中2位、北陸甲信越地区の19参加施設中1位に評価された患者満足度であった。

## D. 考察

医療安全を推進する目的は、医療事故を限りなくゼロに近づけることにより医療の質を担保すると共に、「患者の安全」と「医師の安心」を確保することにある。

医療の質が向上すればヒヤリ・ハット事件事例の発生を最小限に抑えることが可能となる。医療安全の確立と医療の質向上を図るために最も必要なことは、有害事象の把握、すなわち医療事故の可能性のある出来事を医療記録から抽出することにある。相澤病院が実施している自己評価システムは、着実に医療の安全と医療の質の向上が図られており効果的で有効な手段であることを実感している。

Chart Review 検討会で策定された「医療記録の記

載指針」や Chart Review の考え方を参考にして導入されることを推奨したい。

このシステムを成功に導くためには、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、職種の間を越えた不断の改善活動を組織横断的に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なことである。

当院の自己評価システムが成功している理由として、①院長及び診療部門の院長補佐のリーダーシップ ②医療安全推進部に4名の専従が配置されている ③医療安全推進部に医療事故紛争・苦情対応責任がある ④評価結果をフィードバックしている ⑤トップマネジメントと現場との調整機能が有効に働いている、等が主にあげられる。なお、医療の質の向上は、「医師の安心」を確保することであり、この点を強調し実践することも大切なことである。

評価結果をどのように伝えて改善に結びつけるか、資料 1、2 の一般的方法に加えて当院では人事考課制度により改善活動の強力な推進力になっている。(資料 3)

緊急を要する場合は別として、医療の提供は患者との信頼関係の基で行われるべきである。この信頼関係を確保するためには、日ごろから患者と医療者間の良好なコミュニケーションの中で関係を構築・維持していくことが重要である。

信頼関係の第一歩は、第一印象によって、良くもなり、悪くもなる。第一印象が悪ければ、その後の印象も簡単には改善できない。悪い印象を良くするためには大変な労力が必要となる。簡単なことではあるが患者との関係を築くための第一印象を良くするためには、自ら明るく、積極的に挨拶するよう心がけることも大切である。

#### E. 結論

「医療の構造」「医療の過程」「医療の結果」とそれと「医療従事者のマナー」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し、医療の質の向上をはかるためには、Chart Reviewこそが

最も有効な手段であることが確認された。

診療の現場も、医療の安全の確保や医療の質向上のための活動も、接遇の改善においても、医師が従来の保護的姿勢を変えなければ、改革・改善を推進し安全な医療の提供を確実なものとして、医療に対する国民の信頼を得ることは難しい。

#### F. 健康危害情報

特になし

#### G. 研究発表

特になし

#### H. 知的財産権の出願

特になし

# 医療安全組織図

理事長



## 医療安全推進部

医療安全管理者（専従）  
（4名）



相澤健康センター

相澤病院

地域在宅医療

支援センター

医療安全推進担当者  
（2名）

医療安全推進担当者  
（105名）

医療安全推進担当者  
（1名）

病院長

医療評価委員会委員長

## 第2回医療評価委員会 評価報告書

平成17年5月24日に行なわれました医療評価委員会にて、審議されました評価内容(委員会規定第2条により審議対象となった3月に当院にて行なわれた医療行為の評価)につきまして以下の通り報告いたします。

### I、退院後10日以内の再入院に関して

報告症例数： 22例  
うちスクリーニングにて何らかの指摘を受け報告書の提出をうけた症例：7例  
委員会で検討対象となった事例：2例

#### 1、患者の訴えに対する関わりについて (ID: 1234567・8912345)

患者の訴えに対して必ずしも的確な傾聴が行なわれておらず、医師等へ必要な情報が提供されず、予期せぬ再入院等を招く一因となっている可能性がある。

また、医療提供者が認知症と断定した患者に対する関わりについて以下の①②について再検討し適正化する必要がある。

- ①認知症の患者に対する適正なアプローチの方法
- ②認知症を判断するためのスケールの適正使用

#### 【改善策I-1】

看護部院長補佐、看護部主任医療安全推進担当者：

「看護の質向上会議」にて当該事例を検討し改善をはかる。

### II、入院後24時間以内の死亡例

報告症例数：8例  
うちスクリーニングにて何らかの指摘を受け報告書の提出をうけた症例：1例  
委員会で検討対象となった事例：1例

#### 1、解剖の適切な実施について (ID: 5678910)

死因が特定しにくい状況下において、解剖をご家族に対してすすめたことが診療録に記載されていない(実際に説明が行なわれたか否かは不明)事例が確認されている。

死因について、不明確な部分があれば「解剖」の必要性を御家族に対し積極的に行い、その一連の過程についての診療録への記載についても徹底する必要がある。

#### 【改善策I-1】

診療部院長補佐内科系担当：当該医師(〇〇医師、△△医師)に対して伝達指導。

診療部院長補佐外科系担当：診療部会議、医局会にて周知徹底。

平成17年△月○日

関係各位

病院長

## 手術に関連した医療安全対策について

標記の件について、平成17年6月14日に行われた医療の質向上会議での決定事項について通達致します。

患者さんに安全な手術を、安心して受けていただけるよう、関係各位におきましては下記事項について周知徹底願います。

### 記

#### 1. 手術部位の左右誤認防止に関して

- (1) 電子カルテ内の「手術予約」に手術オーダーを入力していない手術は、一切手術室では受けないこととする（必ず手術前に、手術オーダーを入力すること）。
- (2) 左右のある手術に関して、手術オーダーに左右を入力できるように、システム的な改善を検討するが、当面の誤認防止策として、入力する医師は必ず左右を明確にして、手術オーダー内に直接手入力する。
- (3) 病棟・外来看護師は、手術室へ申し送りを行う場合は、必ず左右を確認して「入室申し送りシート」に記載する。手術室看護師は、部位が記載されているか確認をする。
- (4) 手術室看護師は、手術直前に執刀医に手術部位を確認する。

#### 2. 手術中に方針変更や予期せぬ出来事が起きた場合の対応について

- (1) 手術中に方針変更した場合、予期せぬ出来事が起きた場合は、執刀医は必ず統括医長に連絡し、対処を協議する（単独で判断しないこと）。
- (2) 手術中に手術方法の変更など、方針変更を行う場合は、必ず患者・家族に説明を行い、同意を得た上で行う。
- (3) 以上の経過について、必ず診療録に記載する。

以上

照会先：医療安全推進部

## 人事考課カード&lt;医師用&gt;

平成17年度(後期)  
平成17年10月1日  
～18年3月31日

所属部署	
役職・等級	
氏名	㊦
	理事長 ㊦
	㊦

項目Ⅰ	考課内容	結果	ウエイト	考課	備考
業績目標	1 <平均在院日数(病院全体=月報数値)> 5=13日未満 4=13～14日未満 3=14～15日未満 2=15日以上		% 30		
	2 <新入院患者数(病院全体=月報数値)> 5=32人以上 4=30～32人未満 3=27～30人未満 2=27人未満		40		
	3 <入院外来比率(病院全体=月報数値)> 4=1.2～1.3未満 3=1.3～1.4未満 2=1.2未満又は1.4以上		30		
集計欄	考課結果Ⅰ		100.0		*30%=

項目Ⅱ	考課内容	結果	ウエイト	考課	備考
医療の質	1 <チームカンファレンス> ※入院30日超の患者について チームカンファレンスについて 5=カンファレンスの方針に基づいて、チーム医療が実践されている 4=カンファレンスにより方針が決定されている 3=1回/月以上行なわれている 2=1回/月行なわれていない。行なわれていても内容が不適切		% 20		
	2 <インフォームドコンセント> ※無作為抽出したカルテを、担当補佐が別紙審査基準で考課して 4=患者に複数の治療法が提示され、患者の自由意思で選択されていることが記載されている 3=規程どおりに行なわれ、記載されている 2=行なわれていないか、不適切		20		
	3 <入院診療計画書> ※無作為抽出したカルテを、担当補佐が別紙審査基準で考課して 4=診断が適切であり、十分な検査・治療プランが立てられている 3=例外を除き、作成率が100% 2=例外を除き、作成率100%未満		20		
	4 <退院療養計画書> ※無作為抽出したカルテを、担当補佐が別紙審査基準で考課して 4=退院の判断が適切になされ、退院後の方針や社会資源利用が明確にされている 3=例外を除き、作成率が100% 2=例外を除き、作成率100%未満		20		
	5 <退院時サマリー作成率> 5=2週間以内作成率が100% 4=2週間以内作成率が98%～100%未満作成 3=2週間以内作成率が95%～98%未満作成 2=2週間以内作成率が95%未満		20		
集計欄	考課結果Ⅱ		100.0		*40%=

項目Ⅲ	考課内容	結果	ウエイト	考課	備考
基本計画	① 「DPCに対応した急性腎盂腎炎のクリニカルパスを作成する」 (基本計画書・実施計画書・基準表による)		50		
	② 「病院併設型センターの強みを生かし、急性血液浄化療法の研修システムを充実させる」 (基本計画書・実施計画書・基準表による)		50		
集計欄	考課結果Ⅲ		100.0		*30%=

チャートレビューの実践とそこから得た課題

研究協力者 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）

研究要旨：安全な医療を実現するためには、医療の質を確保する必要がある。医療の妥当性は医療記録から第三者が読み取れなければならない。すなわち医療記録の評価を行うことが医療の質を評価することにつながる。当院では病院長の発案により、継続的に医療の質を改善するためのシステムとして医療評価委員会を設置し、電子カルテを活用して医療記録の検証を行っている。このチャートレビューの実践を通して、医療記録の記載指針を整備し、適切に記録を行ない、その記録を検証することで、医療の質向上と医療安全の推進に寄与することが考えられたので、実践する上での検証方法とその有効性について報告する。

A. 研究目的

近年の著しい医療技術の向上により、医療の可能性は飛躍的に高まった反面、医療過程の複雑化と危険性が存在している状況である。患者本位の医療を効率的かつ継続的に提供していくためには、医療の質を確保する必要がある。医療の質の確保、医療安全推進の観点から Chart Review 検討会では、医療記録の記載指針と記載記録の点検、評価が検討されている。行われた医療が妥当であるかどうかは、医療記録から第三者が読み取れなければならない。当院では継続的な医療の質向上を目的として、医療評価委員会が設置された。その検証方法と有効性について検討した。

B. 研究方法

1. 体制づくり

医療の質を確保するためには、医師の医療行為に立ち入って検討を行い、従来の保護的姿勢を変え

なければ、チーム医療のリーダーとしての医師の信頼が維持できなくなるという認識に立ち、施設内の評価システムとして医師集団の自浄作用を働かせ、医師集団の中で客観的な評価を行い、チーム医療のリーダーたる医師の信頼性を維持、向上するための組織として医療評価委員会が設置された。以上の内容は委員会の設立主旨として委員会規定に定められている。

委員会の構成メンバー、審議事項、評価項目については以下のとおりである。

1) 構成メンバー

- ①病院長、②医療安全推進部長、③院長補佐3名（診療部門外科系、内科系、医療安全推進担当）、④院長補佐3名（看護部門、ふれあいメディカルセンター担当）、⑤臨床検査センター長、⑥病棟長2名、⑦救命救急センター看護部科長、⑧薬剤科長、⑨検査科長、⑩放射線科長、⑪総合リハビリテーションセンター部門長、⑫法人事務局長



委員会は以上の17名で構成され、委員会事務局を医療安全推進部が担当している。

## 2) 審議事項

委員会の審議事項は次の6項目から成る。

①退院後10日以内の死亡または再入院例、②入院または手術後24時間以内の死亡例、③輸血、輸液、薬剤、手術、麻酔による予期せぬ合併症、④予期せぬ再手術例、⑤入院時診断からみて長期にわたる入院例、⑥その他入院中のあらゆる予期せぬ出来事

## 3) 評価項目

評価項目は次の7項目から成る。

①医療技術上の問題、②医療判断上の問題、③医療者の労働条件、④医療者の心理的背景、⑤病院のシステムの問題、チェック機能が働いているか、⑥患者様側の問題、⑦医療行為を取り巻く問題

この委員会は、医療記録（診療情報）から問題点を分類、抽出し、評価を行い、その後の継続的な評価を通して改善状況を確認する一連の質向上のアクションを行う中で中心的な役割を担っている。委員会は原則として月1回開催し、その他評価が必要な事例が発生した時点で委員長が召集し、臨時に開催されている。

## 2. 医療評価委員会運営プロセス

医療評価委員会の運営プロセスについて以下に示す。

### 1) 情報収集

委員会の審議事項に該当する症例データを収集する。診療情報管理課、経営管理部の協力を得て、毎月初旬に前月1か月間のデータが収集される。さらに医療安全推進部で収集しているヒヤリハット事故報告や患者・家族からの意見情報をもとに審議事項に該当するデータを追加する。

### 2) データ整理

委員会事務局である医療安全推進部では、審議事項に基づき、データを事務的に整理する。評価対象外と判断できる事例については対象から除外する。整理されたリストを委員長に報告し、承認を受ける。

### 3) 一次スクリーニング

作成されたリストの症例を委員会規定の評価項目に照らし合わせ、改善すべき点を含んでいると考えられる症例をスクリーニングし、問題と思われる事項について症例ごとに列挙する。この一次スクリーニングは委員長（病院長）と院長補佐2名（診療部門外科系、内科系担当）により行われる。

### 4) 質問事項検討

一次スクリーニング時のコメントに基づき、委員会での適正な評価に必要な情報を得るための質問事項を設定する。この質問事項の設定は院長補佐（診療部門医療安全推進担当）と委員会事務局で協議し作成している。

### 5) 報告書の作成

統括者（該当部署責任者：統括医長、看護師病棟長等）は部署の対象事例に関する質問事項について確認を行い、所定の様式を用いて文書にて委員会事務局に提出される。

### 6) 評価前検証

一次スクリーニングで得た情報と各部署統括者より提出された報告書をもとに、委員会開催前に事前検証を行う。この評価前検証は院長補佐（診療部門医療安全推進担当）と委員会事務局で行っている。

### 7) 集中評価症例の決定

評価前検証の結果に基づき、委員長は委員会にて集中評価を行う事例を決定する。

### 8) 評価実施（医療評価委員会）

電子カルテをプロジェクターを用いてスクリーンに投影し、医療記録を検証しながら評価

を行う。委員会では集中評価事例の評価、一次スクリーニング及び評価前検証で得た情報の概要報告と承認を得ている。

#### 9) 評価結果報告（評価報告書作成、答申）

委員会にて評価された内容及び承認された検証報告内容について、委員会事務局で評価報告書として取りまとめ、病院長に報告する。

#### 10) 改善事項の決定

病院長は、評価報告書の答申を受理、承認する。

#### 11) 改善事項の実施

評価報告書に基づき、改善が必要な事項について、該当部門（部署）責任者、または該当委員会委員長に対して、病院長より期限を定め、書面で改善実施指示が出される。

#### 12) 改善策報告（報告書の提出）

該当部門（部署）責任者は、所属部門（部署）に対して改善事項を伝達指導する。

またシステム改善を行う必要がある事項については、検討を行い、改善策を書面にて提出する。

#### 13) 改善策の受理、承認

病院長は提出された改善策を受理、承認する。

### C. 研究結果

#### 1. 検証方法について

医療評価委員会を中心とした医療記録の検証は、継続的な医療の質の改善を全病的に取り組むことを前提に導入された。委員会の開催は原則として毎月1回、1か月分の診療データを収集、整理してから委員会にかけられるまでに約2か月を要する。

従来、医療評価委員会はヒヤリハット事故報告の症例からリストアップして、医療の質向上を目的に審議されてきた。リスクマネジメントの実践において使われている「PDCAサイクル」につい

て、病院長から現在行っていることを分析、抽出すること、つまりC（Check）から始めるCAPDサイクルと考えることの重要性が示された。そしてチェックするためには一定のものさしを作り、そこから外れたものを洗い出すことと、個々の職員が気づいていける風土をつくる二つの取り組みが必要であり、後者についてはヒヤリハット報告が該当する。一方、自分自身で気がつかない部分は他人からの指摘が必要であるが、それを誰（どこ）が行うべきかを考えた時に医療評価委員会のシステムにたどり着いている。このシステムは病院長の発案によるものである。

医療評価委員会の運営フローでは、まず情報を収集することから始まる。委員会規定の審議事項について、診療情報管理課、経営管理部から情報の提供を受けるとともに、医療安全推進部で集積している情報を追加する。事務局である医療安全推進部で整理する事例は、この時点で約60例である。事務局で事務的に整理の上、リストを作成し、その後委員長と診療部院長補佐2名により一次スクリーニングが行われる。この時点で改善が必要と考えられる事例は20～30例となる。この事例全てに対して該当部署責任者に文書により報告書の提出が求められる。この目的は委員会で適正に審議が行われるための情報を入手するとともに、どのような点を問題としているか、各部署責任者と情報共有し、改善につなげる目的も含まれている。こうして得た一次スクリーニングの内容と各部署からの報告をもとに評価前検証を行い、委員長により委員会での集中評価事例が決定される。当初、委員会までの情報収集や整理、検証作業に多くの時間が費やされていたが、継続した実践であることから、検証者に負担をかけないよう各段階での改善が進められ、現在の運用に至っている。委員会では電子カルテを活用している。電子カルテを活用することにより、多職種が作成する医療記録が一元化され、医療記録や検査デー

タ、画像データなどの診療情報が共有された中で検証が行われている。検証された結果は、評価報告書として作成され、病院長に答申、受理される。委員会の評価結果は、別に組織されている医療安全管理対策委員会で報告、共有される。改善が必要な事項については、各部門の責任者を通して伝達、指導され、システム改善が必要な事項については、該当部門の責任者あるいは該当する委員会委員長宛に書面により改善指示が出される。

## 2. 検証結果について

医療評価委員会による医療記録の検証を通じた改善内容は多岐に渡るものであった。実際に検証が行われ始めると、医療記録の整備の必要性が指摘された。診療記録管理委員会の主導により、診療録、看護記録のみならず、リハビリテーション記録、薬剤管理指導記録、栄養指導記録など多くの記載規定が整備された。また、患者本位の医療を提供する上で必要不可欠なインフォームドコンセント、チーム医療を推進する上で重要な場であるチームカンファレンスの実施、その記載規定についても診療記録管理委員会の主導により整備された。電子カルテ内では専用のテンプレートが作成され、インフォームドコンセント（IC）、チームカンファレンスに関する記録が保存されている。これらの記載状況は経営管理部で毎月データ集計されている。上記2点について記載状況の一指標としてこのデータを利用し、医療評価委員会による医療記録の検証開始直後とそれから2年後にあたる現在で比較した結果を図1、図2に示す。なお結果の作成にあたっては、サブタイトルにインフォームドコンセント（IC）の記載のあるもの、カルテ種別にチームカンファレンスと記載のある件数を月ごとに集計されたものを月ごとのばらつきを補正するため3か月分を合算し、検証開始直後の件数を指数に変換して100とした。検証開始直後は平成15年12月から平成

16年2月までの3か月分のデータ、2年後である現在のデータは平成17年12月から平成18年2月までの3か月分のデータをもとにした。その結果、インフォームドコンセントでは検証開始直後に比較して2年後では177ポイントに増加していた。またチームカンファレンスでは460ポイントに増加していた。また委員会での審議事項の一つである再入院例について同様に比較した結果を図3、図4に示す。退院後10日以内の再入院例では95ポイントに減少していた。また退院後30日以内の再入院例でも83ポイントに減少していた。また検証を通じ、退院に向けての情報共有や判断、医療者間のコミュニケーション、他科との連携、他院との連携、多職種に渡る業務手順の見直しなど多くの改善につながった。

## D. 考察

患者本位の医療を提供する上で、医療の質向上と医療安全の推進の取り組みは、病院全体で行っている課題である。当院の医療安全管理基本方針では次のように掲げ、課題に取り組んでいる。「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よくしていくことが重要である」。医療の質とは、患者が求める医療サービスを効率的、効果的に提供して、その過程、結果の全てで患者の安全と満足を得ることであるといわれている。医療記録を有効に活用するには、適切に記載されている必要がある。医療の質向上と医療安全の推進の上で、診療録や看護記録など医療記録の適切な記載とその検証が必要であり、その実践に向けた方法と手順が問われている。日本医療機能評価機構の医療記録部会のChart Review検討会では、医

療記録の記載指針とその点検方法について検討が行われている。医療の妥当性を評価するには、医療記録が適切に記載されていなければならない。当院では医療の質向上と医療安全の推進を目的として、継続的に医療の質の改善を行うため、病院長の発案により医療評価委員会が設置された。委員会の事務局を医療安全推進部で行い、実践を通じた経験から言えることは、自院を客観的にとらえることにより、医療記録の記載に関する規定の整備、委員会活動、チーム医療推進のための整備、安全対策や質の向上に活かすことができることである。

検証開始当初は、情報収集や整理、委員会開催までの検討に多くの時間を費やした。本来、質を改善することに重点を置かなければならないわけであり、その過程の改善が必要とされた。情報収集や整理に関しては、診療情報管理課や経営管理部の協力を得て、リストの元になる必要な患者情報を盛り込み、情報提供を受けることにより作業の効率化を図った。また、検証の観点である程度均一化するため、何を検証するのか、どのように改善したいのかという点について標準検証項目が設定された。主として長期入院例における標準検証項目としては、カンファレンスが適切に行われているか、情報の共有は適切に行われているか、インフォームドコンセントは適切に行われているか、他科医師との連携は適切に行われているか、主治医はその役割を果たしているか、診療、看護の方針は適切に立案、実行されているか、医師はその診療過程から治療方針が導き出されているか、看護師は看護診断が適切に行えているか、看護計画の立案とそれに基づいた看護介入が行われているか、その他に改善すべき事項はないかなどである。検証を効率的に行う上で、事務作業の効率化や事前検証の標準化が図られた。

医療評価委員会の運営にあたり、情報収集は改善情報を多く含んだ事例群の抽出が必要であり、医

療内容に立ち入ろうとするほど抽出が必要である。アトランダムでも改善情報はあがるが、何を改善するかが重要である。委員会の中で集中的に検証できる症例は数例である。一次スクリーニングで挙げられた全ての事例について委員会の中で検証することは困難であるため、委員会の運営の中で改善につなげるような方策がとれないか検討された。改善すべき情報をその対象範囲で分類すると個人レベル、部署レベル、全体レベルに区分される(図5)。委員会前までの検証プロセスの中で得られる改善情報は、情報量(件数)は多いが、教育的な内容が多く、そのまま部署責任者へ改善指示が出される。一方、委員会で集中評価される事例からの改善情報は、システム改善が必要とされ、部門や他職種からなる専門の委員会での検討を要する。一次スクリーニング後に行う委員会で適正に評価するために提出される報告書には、該当部署における評価プロセスの共有化とともに教育的な効果も含まれている。問題観点を共有し、改善の促進と評価プロセスの共有につながる開放型の検証システムであると考えられる。また、評価結果を書面により行うことにより、改善すべき事項について明確化され、組織的な情報管理が可能となる。以上の改善プロセスを行ってもなお、改善されない場合は、会議を通じた指導が行われている。診療科別、部署別の業務検討会議であり、当院では、「医療の質向上会議」と呼称され、必要時に開催している。また個人レベルで改善されない場合は、面接を通じての指導を行い、再教育の対象となる場合もある。

医療記録の記載規定を整備し、電子カルテを活用することにより、診療録、看護記録、リハビリテーション記録、薬剤管理指導記録、栄養指導記録など一元的な管理を行い、必要な時には迅速に相互に閲覧できて情報の共有を行うことができる。これはチーム医療が安全かつ効果的に行われるためにも重要である。また医療記録の点検を通じ、

委員会で重要視しているインフォームドコンセントやチームカンファレンスの記載状況を比較した結果では、その件数を指数化したのみで内容には触れていないため、議論の余地はあるが、委員会による医療記録の点検の開始から2年を経過する中でいずれも増加しており、繁忙な医療の現場で医療の安全と質向上に資するための必要な医療記録を記載するという意識が向上したと考えられる。また審議事項になっている再入院例についても退院後10日以内、30日以内のいずれも減少がみられることから、退院に向けてのチーム医療の推進が質の向上につながっていると考えられる。

またこれまでの医療の質向上のための改善プロセスを継続的に行うことで、課題に対して改善されたか、組織的なチェックを行う必要がある。チェックは中期的なチェックシステムと短期的なチェックシステムに分けられる。短期的には主に部門・部署単位における改善状況については、各部門別や部署別会議で責任者を通じて行われている。中期的なチェックシステムとしては、委員会での評価自体がその役割を果たすようにプロブレムシートによる管理を行っている。これは縦軸に部署あるいは項目を設け、横軸に委員会の開催月を設け、評価結果（改善課題）を入力し、管理していく方法である。ある課題について改善されなければ、再び委員会で同様の問題点が指摘され、評価結果として挙げられるため、繰り返されている課題を確認することができる。しかしこれらの管理については、現状必ずしも十分ではない。改善管理は効果的にチェックを行うことが重要であり、今後も運用の検討が必要である。医療の進歩が著しい現在、現状の改善が半永久的なものにはならないことから必要な改善を繰り返し行っていく必要がある。この医療の質向上のための改善プロセスは、情報の収集・整理→評価分析→改善策の立案→改善の実施→改善状況の評価に

つながるCAPDサイクルと考えられ、医療記録の点検は医療の質向上と医療安全の推進に寄与すると考えられる。そのためには病院長のリーダーシップのもと、全病的に取り組むことで効果が上がると考えられる。このシステムの実施に当たっては、委員長（病院長）と診療部門院長補佐の一次検証、診療情報管理課、経営管理部からの情報提供、多職種で構成された委員会の開催など全病的に行われている。また事務局である医療安全推進部は部長含め多職種4名で構成されており、各自がそれぞれの役割を担い、各部署との調整を行いながら運営にあたっている。複数の医療安全専任者を配置し、医療の質向上に向け、チャートレビューに取り組むためのシステムの構築とその実践は有効であると考えられる。

#### E. 結語

医療の質向上と医療安全の推進のため、医療記録の記載指針を定め、医療記録の点検、評価を行うことは有効であると考えられる。そのためには、病院長のリーダーシップのもと複数の専任者を配置し、全病的な取り組みが望ましいと考えられる。

#### F. 健康危険情報

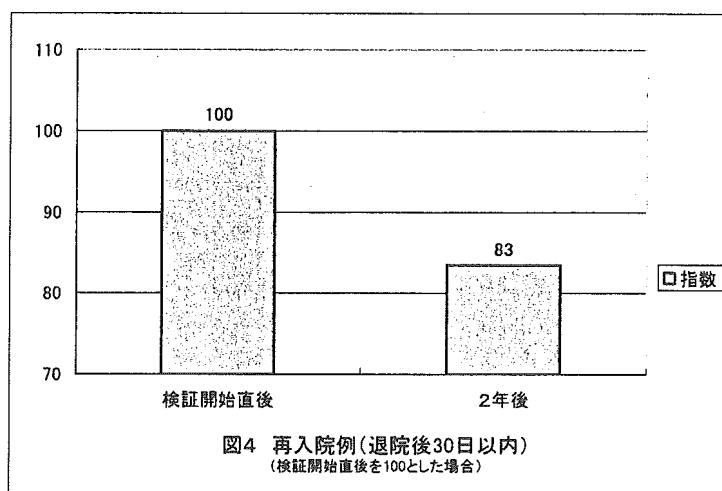
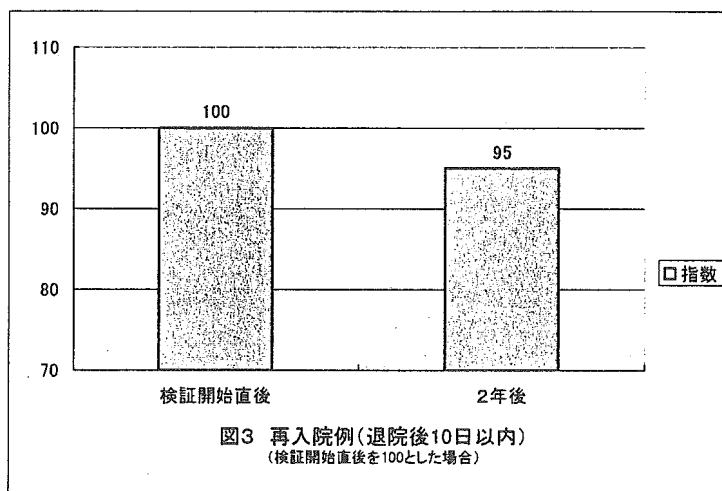
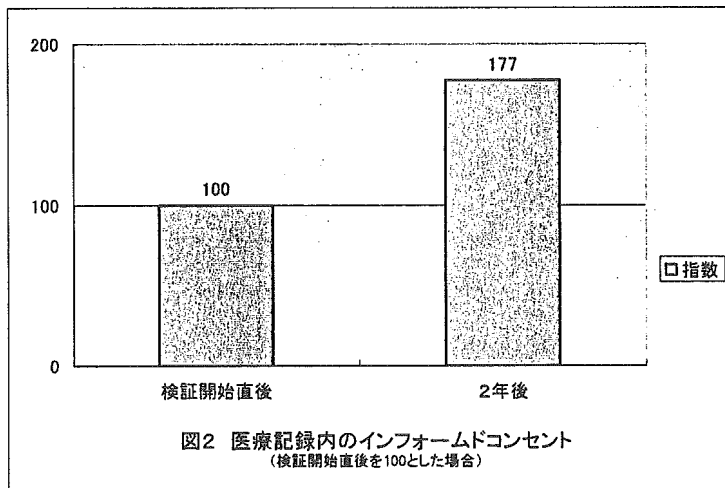
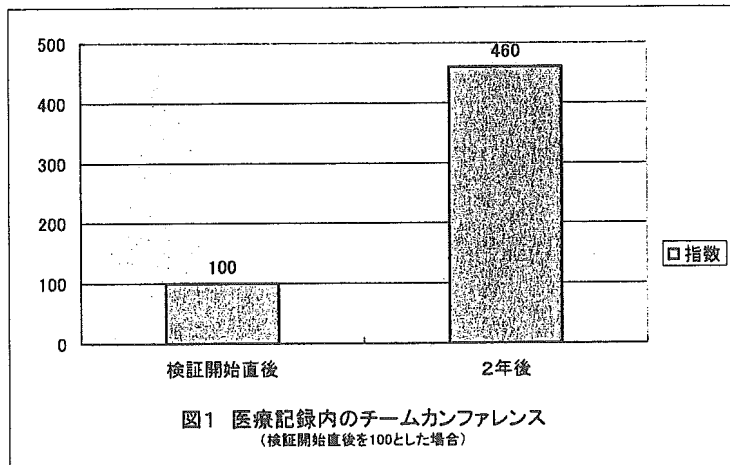
特になし

#### 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





# 事例報告：医療記録から「医療の質」向上への取り組み

昭和大学病院 診療録管理室 須貝和則

## 1. 導入経過

昭和大学病院は、平成16年10月より診療記録の量的、質的な評価体制に日本医療機能評価機構の「医療事故関連情報の共有と医療記録の検証に関する研究」Chart Review 検討会（以下：CR検討会）の点検手法を採用し、全病院的に導入した。導入にあたり、医師・看護師の反発を想定し、部分的導入を検討したが「医療記録（医療）の質を向上させる取り組みは、病院全体で取り組むことに価値がある」という方針のもと、トップダウン式に導入が決定した。診療情報管理部門を中心とする診療録管理委員会によって調整が図られ、僅か1ヶ月の準備期間を置いて運用開始となった。

## 2. チャートレビューの意義

診療記録の質を追求する意義は、診療情報の共有化による医療の質の向上にある。また、患者が理解できる診療記録は、患者と医療側との人間関係を支える必須媒体となり、患者本位の医療を提供する源である。医師への不信感を訴える患者は決まって診療記録の開示を要求する時代になり、患者を意識した正確な診療記録が求められている。その一方で病院は診療報酬算定上の記載要件によって課せられる記録や医療訴訟、医療安全を意識した記録が必要である。このように診療記録を取り巻く時代の流れは、医療者が診療記録を公式な患者の個人情報として認知し、病院全体で診療記録の質を担保していかなければならない。チャートレビューは、この様な背景の中からその意義が認知され行われている。

## 3. 記載指針

チャートレビューは、レトロスペクティブに診療記録を評価し、得られた成果をいかに改善に結びつけるかが問題である。これまで行われてきた診療記録の監査は、概ね診療情報管理士が一方的に点検し、コンセンサスが不十分にもかかわらず記載者側の協力を求めてきた。大きな労力に対して、得られない成果を課題としながらも、次なる方策を模索していたのが実情であった。チャートレビューは、量的点検と質的な点検によって構成されるが、院内からは何を行うかが分かりにくい、量的・質的という表現も解らない、という意見があり、第一ステップに「記録の点検」、第二ステップに「内容の点検と検証」という2ステップ式に分け、表現も改めた。また、点検を行うにあたり必須となるのが、記載の基準である。特に医師の記載を指摘する上で用いる記載基準は、認知度が高く、標準的なものを採用していることが、後の運用に説得性が増し、効果がある。そこで、CR検討会が作成した「医療記録の記載指針」を改編し、院内むけに記載マニュアルとして発行した。

## 4. 院内調整

すべての入院診療録を対象としたチャートレビューの実施は、医師、看護師の協力なくして実現できない。院内調整が最も重要である。まずは診療科長の集まる会議において、趣旨説明や運用の概要、そしてその効果等を十分理解してもらった。次に医局長、病棟医長会議で同様の説明を行うと同時に、チェック項目などの詳細についても実務者レベルの視点で意見をもらった。また、看護記



録は看護部長と点検範囲を確認し、看護師長会で説明を行った。

## 5. チャートレビュー実施手順

### ① 医師、看護師の点検

紙の診療録を用いた運用は、入院時の診療録作成と同時にチェックシート（資料 1）を発行し、診療録内に保管する。退院後に診療録を完成（サマリーの完成）した段階で担当医はチェックシートのチェック項目に沿って記録を点検し、チェックする。続いて担当看護師も同様に点検、チェック記載を行う。次に記載者点検が完了すると検印が行われる。医師の検印担当は、当初、病棟医長を予定したが、診療科によって体制が異なり、グループ制を採用している科はグループリーダーが行うこととなった。また、看護部は各病棟の看護師長が担当した。これらの点検が済むと、チェックシートは完成した診療録と一対にして、診療情報管理部門へ 1 週間以内に提出することになっている。

### ② 診療情報管理部門の初期点検

完成された診療録は、入院診療録点検シート（資料 2）により初期点検が行われる。初期点検は、主に必須用紙の有無、サマリーの記載不足（病名なし、経過記録が未記載）、誤貼付（他の患者の記録が間違えて挿入されていること）、用紙の順序、破損修復が点検される。用紙の不足等が見つかった場合はチェックシート戻し（資料 3）を発行し、記載者へ差し戻しを行っている。サマリーの記載不足、検印漏れ、手術記録、麻酔記録、死亡診断書を固定項目として、備考欄には入院診療計画書、退院療養計画書、褥瘡記録、クリニカルパス用紙等の種々の記録用紙の不備をフリーに記載できるようにしている。また、他の患者の記録の挿入が発覚した場合には、誤貼付用紙（資料 4）を発行し、訂正を指示している。最終的に用紙の順序、破損等を整え、第一ステップの記録の

点検が完了する。

### ③ 診療情報管理部門のチェックシート評価

通常、初期点検が済んだ診療録は疾病コーディング（ICD-10）が行われ、情報処理が済むと保管される。しかし、約 3 割（約 300 冊）の診療録を無作為に抽出し、月ごとに記載内容の点検を実施している。これが、内容の点検である。資料 1 のチェックシート内にある、項目毎のチェックボックス「用紙、記載、サイン」を用いて、点検が行われ、評価の結果は病院運営委員会等で科長に報告されている。

## 6. チャートレビュー実施報告

チャートレビューで上がった問題点は次の通りだった。

- サインが読めない、わからないこと
- 同意取得（同意書作成）の基準に曖昧さがあること。
- 入院時初記録の記載に空欄が多いこと（主訴、現病歴、現象等）

また、退院後 2 週間の診療録の完成率（図 1）は、チャートレビュー実施後に 65.4%と -20%程度下降している。これは、チャートレビュー導入により診療録完成に一工程増えたことが原因している。この点を理由に多くの院内関係者からチャートレビューを中止する意見が出たが、しっかりと診療記録を作成することが第一条件であり、それにかかる時間を無駄にする考えは間違いであるとして、却下した。

一方、全体の 93%に何らかの記載の問題があることがわかり、看護記録の 76%にサイン漏れが出ていた（図 2）。また、説明同意書においては、説明医師、同席医師、看護師等の項目を区分しているために不在時の記載（斜線を引くルール）が認識されていないことによる不備が多く発生していた。後にこの同意書は資料 5 の様式に改正している。

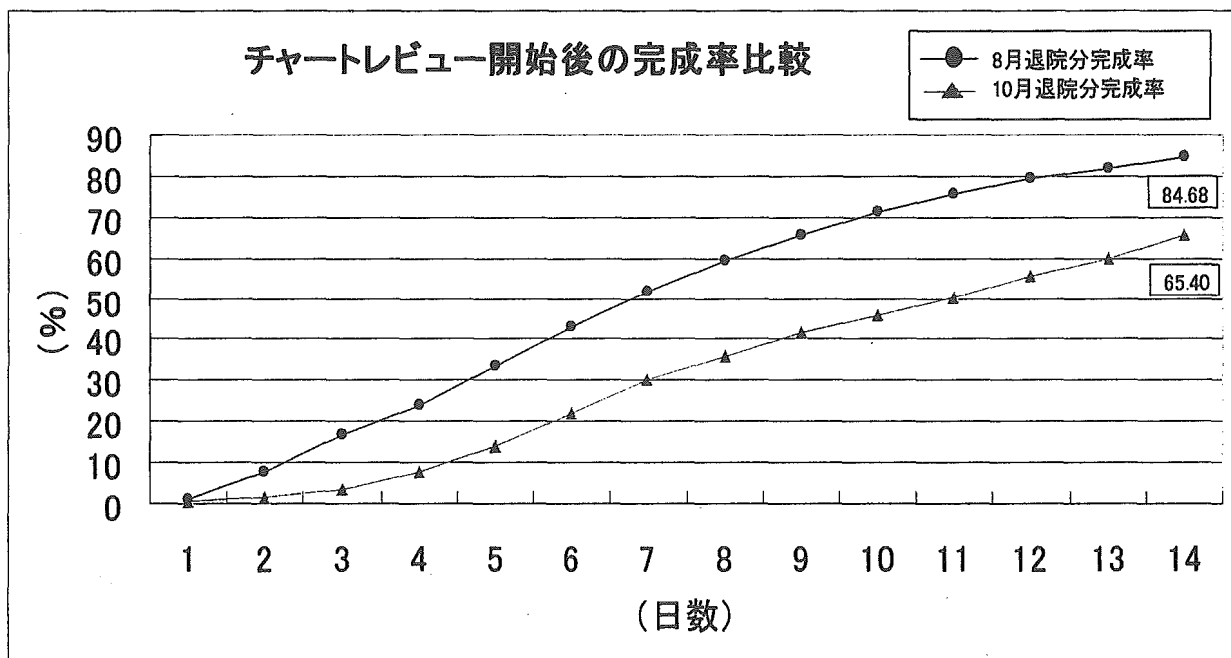
7. 今後の課題

今回のチャートレビュー導入は、第1次の導入計画であり、主に量的な点検を中心に体制が整備されている。第2次導入では、「内容の点検と検証」の検証を中心に考えていかなければならない。検証とは医療の質に係わる評価を行うことであり、資料6のステップで実施することを計画している。

しかしながら、2次スクリーナーの役割や権限、適正な人材をどの様にして教育していくのが問題である。一方、保険診療の指導監査的な意味合いで、診療記録をレビューすることもひとつの方策である。つまり、指導料を算定している上での必須の記載事項の有無や臨床研修病院入院診療加算から研修医の記録に指導医のサインの有無など、評価項目は多数存在すると考える。

図1

※ 併診、転出、出生および当病院精神神経科と除く



受領期間	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
8月退院分完成率	0.81	7.89	16.80	24.02	33.74	43.18	51.75	59.31	65.72	71.26	75.64	79.35	81.78	84.68
10月退院分完成率	0.41	1.45	3.53	7.68	13.90	21.99	30.29	35.68	41.70	45.85	50.21	55.39	59.75	65.40

(10月完成率データ概要)

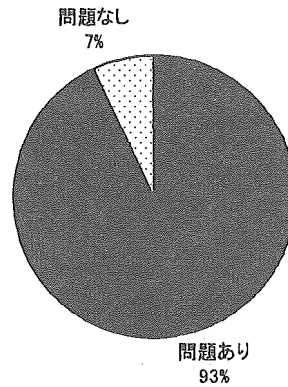
- ・調査日:H16.11.5
- ・10月入院、10月退院患者診療録数:869件  
内 退院後14日を経過したもの:482件(55.5%)を対象
- ・14日以内における受領率:65.4%

図 2

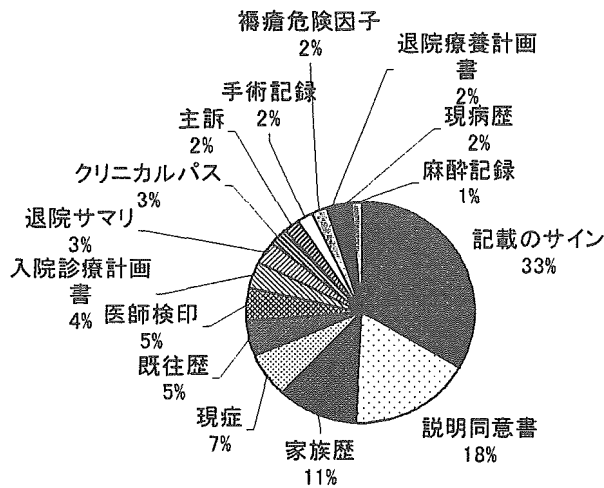
入院診療録 チャートレビュー結果

(調査対象)  
10月入院、10月退院患者  
H16年11月5日までの受領診療録

問題あり	問題なし	合計
541	40	581

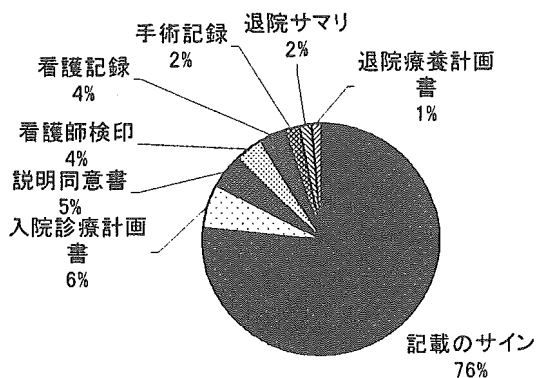


チェック項目別不備状況(医師)



項目	件数
記載のサイン	259
説明同意書	136
家族歴	87
現症	51
既往歴	40
医師検印	36
入院診療計画書	31
退院サマリ	25
クリニカルパス	20
主訴	18
手術記録	18
褥瘡危険因子	17
退院療養計画書	14
現病歴	13
麻酔記録	11
合計	776

チェック項目別不備状況(看護師)



項目	件数
記載のサイン	241
入院診療計画書	19
説明同意書	15
看護師検印	12
看護記録	11
手術記録	6
退院サマリ	6
退院療養計画書	4
合計	314

# 資料1

## 診療録の点検 チェックシート

検 印 ※上席の医師及び病棟師長のサイン	
医 師	看護師長

病棟：      科：      退院日：

注) 適用の無い項目がありましたら、  
○に大きく×をしてください。

HIM

HIM

担当医師・看護師は診療録完成時に診療録の記載を確認し、以下の○に  
チェック✓を入れてください。□は、診療録管理室のチェック項目になります。

	医師	用紙	記載	サイン	看護師	用紙	記載	サイン	コメント
1. 退院サマリ	<input type="radio"/>	HIM	HIM	HIM					
2. 入院時の記録									
a. 主 訴	<input type="radio"/>	HIM	HIM	HIM					
b. 現病歴	<input type="radio"/>	HIM	HIM	HIM					
c. 家族歴	<input type="radio"/>	HIM	HIM	HIM					
d. 既往歴	<input type="radio"/>	HIM	HIM	HIM					
e. 現 症	<input type="radio"/>	HIM	HIM	HIM					
3. 医師記録	<input type="radio"/>	HIM	HIM	HIM					
4. 麻酔記録	<input type="radio"/>	HIM	HIM	HIM					
5. 手術記録	<input type="radio"/>	HIM	HIM	HIM					
6. 入院診療計画書	<input type="radio"/>	HIM	HIM	HIM	<input type="radio"/>	HIM	HIM	HIM	
7. 退院療養計画書	<input type="radio"/>	HIM	HIM	HIM	<input type="radio"/>	HIM	HIM	HIM	
8. 説明・同意書	<input type="radio"/>	HIM	HIM	HIM	<input type="radio"/>	HIM	HIM	HIM	
9. 褥瘡危険因子の評価					<input type="radio"/>	HIM	HIM	HIM	
10. 看護記録					<input type="radio"/>	HIM	HIM	HIM	

備考

診療録管理室

看護師

担当医