

資料2

入院診療録点検シート

点検項目	評価
1. 退院サマリー	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無
2. クリニカルパス欄の記載	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無〔記載 <input type="checkbox"/> 〕
3. フェースシート退院日	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無〔記載 <input type="checkbox"/> 〕
4. 死亡診断書（死亡患者のみ）	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無
5. 手術記録（手術実施時のみ）	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無
6. 入院診療計画書	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無
7. クリニカルパス用紙（パス実施時）	<input type="checkbox"/> 適正 ・ <input type="checkbox"/> 不適切
8. 褥瘡	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無
9. 誤貼付	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無
10. その他（チェックシート戻し）	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; min-height: 80px;">                     誤貼付・その他の内容                 </div>	
<p>DPC 連絡票挿入 <input type="checkbox"/> 無</p> <p>担当者： <span style="background-color: black; color: black;">          </span> ・ <span style="background-color: black; color: black;">          </span> ・ <span style="background-color: black; color: black;">          </span></p> <p>完了日：            (    /    )</p>	

# <<入院診療録チェックシート>>

国

発行日:

2006年3月25日

先生

完成サイン:

※ 未整理診療録の完成後は必ずサインをして  
診療録管理室へ提出してください。



病棟

診療科		担当医師	
入院日:		退院日:	
患者ID			
患者氏名			

診療録管理室受領日:

診療録管理室担当者:

下記項目を記載し診療録管理室へ \_\_\_\_\_ までに提出し

てください。(期限は、発行日から1週間です。)

- 入院サマリー (記載)
- 入院サマリー (検印)
- 手術記録
- 麻酔記録
- 死亡診断書

備考

診療録管理室

(内線

)

(搬送者:

)

資料4

<<誤貼付>>

発行日: 2006年3月25日

病棟医長  _____ 先生  		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">医長検印</td> <td style="text-align: center;">看護師長検印</td> <td style="text-align: center;">クラーク検印</td> </tr> <tr> <td style="height: 40px;"></td> <td style="height: 40px;"></td> <td style="height: 40px;"></td> </tr> </table>	医長検印	看護師長検印	クラーク検印			
医長検印	看護師長検印	クラーク検印						
※ 関係者検印後、この用紙は必ず 診療録管理室へ提出してください。								
診療科		病棟						
入院日:		退院日:						
患者ID								
患者氏名								
診療録管理室受領日: 診療録管理室担当者:								
下記項目の誤貼付がありました。つきましては、_____ま								
での該当箇所の修正と該当患者診療録への貼付をお願いいたします。								
<input type="checkbox"/> 医師記録 <input type="checkbox"/> ミニプリンタ <input type="checkbox"/> 手術記録 <input type="checkbox"/> 麻酔記録 ( 件数: <input type="checkbox"/> 書類 <input type="checkbox"/> その他の医師記録								
<input type="checkbox"/> 看護記録 <input type="checkbox"/> 経過記録 <input type="checkbox"/> 看護計画 ( 件数: <input type="checkbox"/> 観察板 <input type="checkbox"/> その他の看護記録								
<input type="checkbox"/> 検査記録 <input type="checkbox"/> 内視鏡 <input type="checkbox"/> 心電図 <input type="checkbox"/> 超音波 ( 件数: <input type="checkbox"/> A4検査記録 <input type="checkbox"/> 外注 <input type="checkbox"/> その他の検査記録								
<input type="checkbox"/> その他 ( 件数: _____								
備考								

診療録管理室 (内線: \_\_\_\_\_)

(搬送者: \_\_\_\_\_)

資料5

説明・同意書

患者氏名 \_\_\_\_\_ 様 (ID \_\_\_\_\_ )  
病名・病状 \_\_\_\_\_

医療行為 (治療・検査・処置・手術・麻酔・自己血輸血など) の名称及び内容

名称 \_\_\_\_\_  
内 容 \_\_\_\_\_

上記の医療行為について、その必要性と内容、起こり得る危険性、後遺症、合併症などについて説明いたしました。

年 月 日 時

説明医師 (所属・氏名)  
その他の職種 (職種・氏名)

同意書

昭和大学病院 院長 様

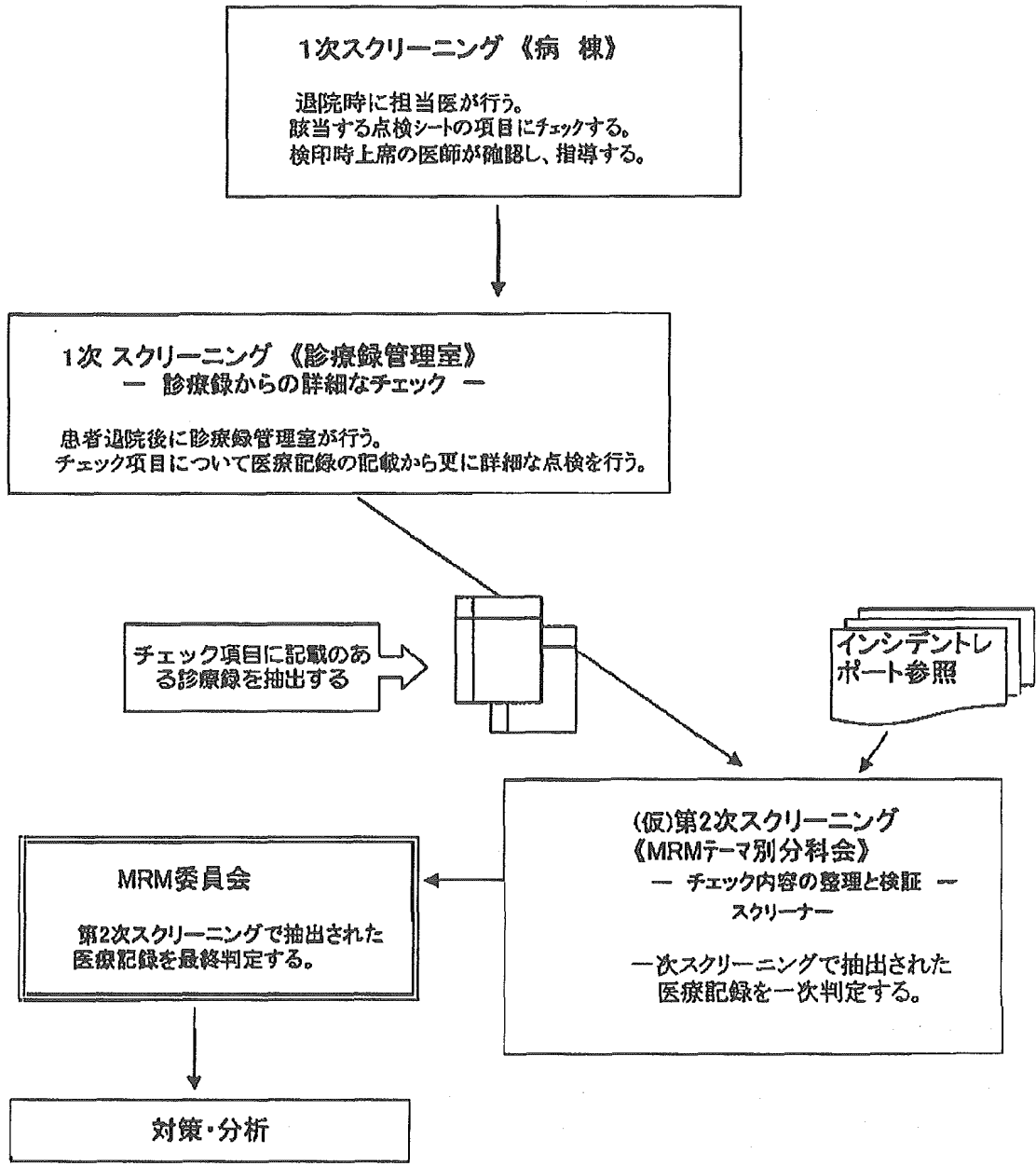
- 私は、上記の説明(説明書)を受け、その医療行為を受けることに同意いたします。なお、医療上から、上記の内容を緊急に変更する必要がある場合は、その変更処置を受けることについても同意いたします。
- 説明を受けましたが、同意いたしません。
- その他

年 月 日 時

患者氏名: \_\_\_\_\_ (自署)

代理人 (間柄) : \_\_\_\_\_ ( ) (自署)

# 内容の点検と検証



# 医療記録の記載および監査について —広島市立広島市民病院の現状と課題—

広島市立広島市民病院 診療情報管理室  
梅本 礼子

## 【はじめに】

広島市立広島市民病院では、病歴管理委員会が中心となり医療記録の記載を充実させるために様々な取り組みを行ってきた。平成15年6月、初版「診療録等の記載要領」(資料1)を作成し、医療従事者(全職種)への説明会(医師の出席は必修とし、看護部・その他の部門からは主任以上の管理職員の出席を必修とする)を開催した後、平成15年9月から現状の医療記録記載内容を把握し、より一層の充実を図る目的で、医師を中心とする同僚監査を行ってきた。今回は同僚監査開始当初から現在に至る監査の経緯と結果を報告し、医療記録記載充実への具体的な取り組みとそれを支える急性期・大規模病院の診療情報管理室における医療記録の点検について報告する。

## 【目的】

医師による医療記録の同僚監査を継続的にやってきたこと、監査内容・項目を監査結果や急性期病院、病院機能評価受審などの病院を取り巻く環境の変化に合わせて改編してきたことが医療記録の記載内容にどのように影響したのかを明らかにする。

## 【方法】

医療記録同僚監査の方法は以下の通りである。  
監査者:委員会委員9名・所属長・主任部長32名・臨床研修指導医34名・前月監査において「不可」評価とされた担当医師とする。

監査対象医療記録:

- ① 患者を担当している医師全員の受け持ち医療記録1冊以上を診療情報管理士が無作為に抽出する。
- ② 監査月の前々月退院分の医療記録一式とする。
- ③ 監査者の自科以外の医療記録を監査する。
- ④ 臨床研修指導医は自科以外の臨床研修医受け持ち医療記録を監査する。

監査実施:1回/月、診療情報管理室において指定した2週間の期間内に行う。

監査評価票:監査結果や病院をとりまく環境変化に応じて改編した。第1回~11回(資料2)、第12回~19回(資料3)、第20回~22回(資料4)、第23回~25回(資料5)、第26回~現在(資料6)  
監査方法:評価項目ごとの判定を監査評価票に記入する。

監査結果および報告:医療記録毎の総合判定は診療情報管理室で基準に従い自動判定される。全体の監査結果は委員長(副院長)から毎月、病歴管理委員会、幹部会、部長会、各種連絡会で詳細に報告され、同内容を院内LANでも全職員が閲覧できるよう配信した(資料7)。

総合判定「不可」の医療記録の取扱:医療記録は評価票を添えて、委員長から主任部長を通じて担当医に返却し、担当医が不備な部分を認識し、適正な処理を行った上で、担当医もしくは主任部長自らが、診療情報管理室に持参、返却する流れとした。

なお、本報告書では記述していないが、当該監査実施に際して、看護師部門も医師部門と同様に、同僚監査を実施し、上記(監査結果および報告)に委員長から報告されている。

## 【結果】

同僚監査の結果、平成15年後期、「研修医記載部分の確認署名」に関する「不可割合」が30%前後の状態であったが、平成18年2月監査では11%程度に改善した。「病名の記載」「病状の評価」

「SOAP記載」「患者・家族への説明」などは「不可割合」が30%以上のものもあったが、0~2%と大幅に改善した。特に入院時に必要な情報の記載に関する、「入院時の現症」「病歴・既往歴・家族歴」の不可割合が33%と高率であったが、0~5%に改善された。平成15年7月から「診療録等の記載要領」において規定された「記載者の署名」も20%程度が不備であったが0%と改善した。(図1) 監査開始時には「訂正のあり方・字体の判読性・書類の有無」なども監査項目であったが、あるべ

き体裁や改善が見られ、院内に十分浸透したため、監査項目から外した。記載内容に不備を認める部分は新たに監査項目に追加し、診療情報管理士も監査メンバーとするなど、5度の監査内容・項目の改編を行った。

第20回監査からは医師の監査項目を「記載の内容を監査できる項目」に大きく変更したが、監査項目から外した部分の内容に不備が目立つなどの変化はなく、医療記録の記載にはさらに充実がみられ、継続して着実な結果を残している。

#### 【考察】

同僚監査は院内に広く認知されるように評価委員を徐々に拡大、増員して、第1回時には9名で行っていたが、現在では、概ね毎月100名前後で実施されている(図2)。通算監査冊数は平成18年3月現在で3591冊となった(図3)。

監査の所要時間は医療記録のボリューム、個人の判定能力、医療記録に抱く温度差により様々であるが、平均して1冊あたり7分程度である。監査開始から約3年を経過するが、最近では評価委員が評価慣れした傾向がうかがえ、一冊あたりの監査所要時間が短縮される傾向が見られるようになった。評価判定の正確性を担保するために、今後は評価判定を検証する体制が必要である。

監査項目および評価票改編の経緯は、第1回～第11回評価票においては、記載の原則、基礎データの記載、医師経過記録の記載、医師指示録の記載、その他の記載、看護師の記載の6部分に仕分けし、詳細に項目を定めていった。

第12回以降の評価票は、判定に個人の理解力や経験に依る偏りやばらつきが見られ、判定の正確性を欠いたため、監査基準を4段階評価(優・良・可・不可)から、3段階評価(良・可・不可)、もしくは項目によっては2段階評価(可・不可)に変更した(図4)。

監査開始から1年2ヶ月経過した時点で、医療記録に関する記載・監査について、医師に意識調査を行った(資料8)。意識調査結果から「書式や書類の有無に終始するのではなく診療内容の記載

に目を向けていくべきである」「現在の監査項目を見直すべきである」との多数の意向を受けて、第20回監査からは医師の監査項目を「診療内容を監査できる項目」に大きく変更した(資料3)。

第20回～22回監査項目に医療安全(有害事象の把握)に関する項目「予期せぬ事象はなかったか、それは記載されているか(経過中のアクシデント・インシデント・状態の急変)」「予定外の外科的手術・内科的処置はなかったか、それは記載されているか(再手術・再処置・予定外の臓器の切除など)」を追加した。医療安全(有害事象の把握)に関する項目についての判定結果や、監査者の見解から「有害事象の記載」については、「診療録等の記載要領」に記載基準が示されず、検討された経緯もないため、医療記録からは判読しにくいことが指摘され、明らかになった。

当院では「インシデント・アクシデントレポート(以下「IAレポート」)」の提出を院内LANシステムで行ない、平成16年度から電子化した。入力や統計は簡便になった反面、平成16年度当初はレポートのレベル分析や、内容分析を管理できていない時期もあったが、医療記録の点検により「有害事象の記載」を検出し得るか否か検証するために、医療安全対策室に集積された「IAレポート」と「医療記録の記載」を照合した。平成16年度IAレポート年間提出2,340件のうちレベル4以上62件、そのうちエラーデータなど削除し、医療記録を特定することが可能な45件、症例41件について検証を行った。患者・家族側に認識される事象(転倒転落・チューブ抜去・自殺企図・明らかな副作用の懸念される誤投与など)については、医師・看護医療記録に十分詳細に書かれていた。しかし、積極的な治療に至らず、患者病態を経過観察したものについては、看護観察項目として計測数値の記載のみに止まっている事例がある以外、多くは記載されていなかった。上記検証事例を病歴管理委員会で報告した結果、第23回からこの事項は監査項目から削除された。本研究医療記録部会で提案された「医療記録の記載指針V.6」に示

されている通り、有害事象にかかる記載についての必要性は病歴管理委員会で確認されたものの、詳細な記載基準を提示するには及ばず、臨床指標の設定とその報告と関連させて、今後の病歴管理委員会の検討課題となった。

当院は平成 17 年 2 月病院機能評価を受審し、7 月結果報告書を受理した。病歴管理委員会では「改善要望事項：クリニカルパス以外の入院診療計画書の記載を充実すること」の改善に向けて、3 ヶ月間にわたり、医療記録に編綴されたすべての入院診療計画書を、委員長と診療情報管理士が Chart Review し、記載内容に不備が見られたものは、該当診療科の主任部長を通じて担当医に赤ペン添削した入院診療計画書（複写）と入院診療計画書の作成指針を添えて差戻し、改善を促した。当院の場合、平成 17 年 2 月病院機能評価受審時に指摘を受けてからは、入院診療計画書に診療計画の記載、医師、看護師、特に患者を含めた三者サインが揃うことを条件としている。3 ヶ月間の入院診療計画書 Chart Review の結果、「内容に不備の見られた入院診療計画書」は当初の 35 件が 4 件に、「患者確認サインが見られなかった計画書」は 342 件から 90 件に減少した。ADL（食事・排泄・清潔・行動など）に関する記載の不備、患者確認サイン、看護師サインの不備については、医師部門と同じく赤ペン添削した入院診療計画書（複写）を該当病棟の師長に差戻し、現場における記載指導を依頼した。監査の際、医療記録の中に入院診療計画書が編綴されていない例を追跡すると、実際には内容・三者サインが整った入院診療計画書が患者に手渡されている例が少なくなかった。これは入院診療計画書を示しながら説明する担当者・場所が複数であり、入院診療計画書のコピーが必要となるために、入院診療計画書の所在不明が起こることがわかった。しかしながら短期間で医師・看護部に入院診療計画書の記載を周知徹底させるには、Chart Review した入院診療計画書を担当者にフィードバックすることは、非常に有用な手法であった。第 28 回監査から医師監査項目・看護師監査

項目に「入院診療計画書の十分な記載と 3 者の署名」を追加したことは、入院診療計画書の必要性を啓発する一助となっている。今後は、現場における入院診療計画書の取扱（患者への受け渡し・編綴）の手順を徹底することが課題である。

監査項目の改編に伴い、第 20 回監査から診療情報管理室部門も監査を担うこととなった。診療情報管理室監査領域が明示されたのを機会に、病歴管理委員会の了承が得られた後、本研究の傘下にある「Chart Review 検討会」で提案された「医療記録チェックシート」と当院独自の医療記録見出し用紙を複合させたチェックシート（資料 9）の使用を開始した。チェックシートを活用することで、点検業務が標準化され、診療情報管理室スタッフの経験や力量のみに頼ることなく、診療情報管理士の資格のない、初めて医療記録を取り扱うスタッフでも着実に Chart Review の技量を上げていくことができている。診療情報管理室では、退院時要約を読み、「同意書、結果報告書、経過記録、指示書など一連の医療行為の流れ」を理解して、「サインの有無」「医療行為内容の記載の有無」を Chart Review チェックシートに記入ながら 22 診療科の傾向を会得し、医療記録を間違いなく編綴できるまでに、以前は 6 ヶ月以上必要であったが、現在では 2～3 ヶ月と養成期間を短縮することができた。Chart Reviewer は医療記録を編綴する必要性と責務があることを明示するためにチェックシートに編綴年月日と署名をしている。診療情報管理室が正確な Chart Review を行うことにより、後日誰が見ても解りやすい医療記録となり、記載箇所を探す手間や、記録の所在の有無を推量する必要がなくなっている。編綴の間違いのない医療記録を判定することは、より正確な監査を行う要素の一つである。

#### 【課題】

今後、現在の量的点検業務は電子カルテでは、システム処理が可能となり、診療情報管理室の業務も変換期を迎える。「臨床指標を含んだ独自の質的 point check テンプレート」「医療安全に基づく診療と同



時進行に行える質的点検テンプレート」の作成と、電子カルテ移行後の監査方法・項目を考案し、これまで同僚監査で培ってきた医療記録への意識の高まりを継続させることが課題である。

#### 【結論】

医療記録を充実させるために、評価の基本として同僚監査を継続的に実施することが「分量の記載があり、誰が読んでも分かり易く、どこへ出しても恥ずかしくない診療記録を作成しなければならないという意識」を医療従事者に芽生えさせ有用であること、監査の指標を常に病院の抱える問題や改善すべき案件、改善すべき記載の内容に向け、更新・改編し続けることが医療記録の充実に効果的であることなどを示した。

添付資料

(資料1) 広島市立広島市民病院「診療録等の記載要領」

(資料2) 監査評価票 (V. 1)

(資料3) 監査評価票 (V. 2)

(資料4) 監査評価票 (V. 3)

(資料5) 監査評価票 (V. 4)

(資料6) 監査評価票 (V. 5)

(資料7) 監査結果報告書一式

(図1) 監査項目不可割合の変遷

(図2) 監査委員の拡大・増員

(図3) 監査冊数の経緯

(図4) 監査基準・判定基準等の変更

(資料8) 診療録記載に関するアンケート

(資料9) 診療録編綴チェックシート

(資料1)

広島市立広島市民病院  
診療録等の記載要領

広島市立広島市民病院  
病歴管理委員会編

2005年2月

## 目 次

1 はじめに	2
2 診療録に関する法規	3-4
3 診療録等の記載要領	
• 診療録等の書き方	
(1) 記載の原則	5
(2) 記載上の留意事項	6
(3) 診療録記載の方法	7-9
(4) 指示などの記載	10-13
(5) 傷病名の記載	14
(6) 診療録は診療報酬請求の根拠	15
(7) 署名又は捺印の励行	15
(8) 記載を訂正する場合	16
(9) 禁止薬剤に関する記載	16
• 退院時要約の書き方	
(1) 退院時要約の作成	17
(2) 退院時要約の提出期限	17
4 入院診療録の編綴順序	18-19
5 診療録記載監査体制・評価基準・評価用紙	20-21

### 附則

この要領は、平成15年5月から施行する。

### 附則

この要領は、平成16年10月から施行する。

## はじめに

医学資料は病院に属するものではなく、患者の大切な財産であり、医療にあずかるわれわれは医学資料の内容の充実に努め、医療法に基づきこれを保存しなければなりません。日本医療機能評価機構の病院機能評価項目にも診療録管理部門の内容、果たすべき役割について13項目が取り上げられています。また外部からの情報開示請求も年を経るにつれ増加しており、これまで以上に医学資料内容の充実と適切な管理が必要となってきました。これらのことから診療情報管理委員会において新しい「診療情報管理室の診療情報管理規程と診療録等の記載要領」を作成することになりました。

診療情報管理室の管理規程では特に医学資料の保存、閲覧、貸し出しに関する規程が従来と変わっています。個人情報の漏洩、医学資料の散逸、紛失はあってはならず、ルールを遵守した利用をお願いいたします。ルール違反については罰則規程も設けましたが適用されることのないように留意して下さい。

診療録記載は医療人として当然の責務であり、診療行為のすべてについて適切な記載が必要です。たった一行の記載が自らの医療人としての命を救うことにもなります。決して病院のために診療録を記載するのではなく、自分自身と患者の利益を守るために適確な診療録を作成する必要があるのです。来院から退院に至るまでの投薬、注射、検査、手術などの診療内容、その必要性、また Informed Consent などについて自信を持って開示できる診療録を作成しなければなりません。これまで当院では診療録は各診療科、各病棟、各個人ごとに統一されたルールがないままに記載されていましたが、チーム医療やリスクの観点からも診療録記載マニュアルを作成し、これに沿った診療録記載をお願いすることになりました。

皆様方の日常業務の忙しさは十分に理解していますが、より良質の医療を目指してご協力のほどをお願いいたします。

平成 15 年 5 月

広島市立広島市民病院 副院長  
高 倉 範 尚

## 診療録等の定義と関連法規

### (1) 診療録等の定義

診療録は法律上の名称で、狭義には、医師法で定める医師が患者の診療内容・経過などを記載する文章を指す。また、広義には、医療法施行規則第20条に示されるように診療に関する諸記録を含むものと解釈される。

このマニュアルでいう「診療録等」とは、医師等の医療従事者が作成・記載する診療録、看護記録、処方内容及び医療保険制度上適切な記載が必要とされる書類のことをいう。

### (2) 診療録について

診療録については、医師法及び医師法施行規則で次のように規定されている。

#### 【医師法】【診療録の記載及び保存】

第24条 医師は、診療をしたときは、遅滞なく診療に関する事項を診療録に記載しなければならない。

2 前項の診療録であって、病院又は診療所に勤務する医師のした診療に関するものは、その病院又は診療所の管理者において、その他の診療に関するものは、その医師において、5年間これを保存しなければならない。

#### 【医師法施行規則】【診療録の記載事項】

第23条 診療の記載事項は、左の通りである。

- 一 診療を受けた者の住所、氏名、性別及び年齢
- 二 病名及び主要症状
- 三 治療方法（処方及び処置）
- 四 診療の年月日

また、保険医療機関及び保険医療養担当規則（以下「療養担当規則」という。）では、

#### 【療養担当規則】【診療録の記載及び整備、診療録の記載】

第8条 保険医療機関は、第22条の規定による診療録に療養の給付の担当に関し必要な事項を記載し、これを他の診療録と区別して整備しなければならない。

第22条 保険医は、患者の診療を行った場合には、遅滞なく、様式第1号又はこれに準ずる様式の診療録に、当該診療に関し必要な事項を記載しなければならない。

と規定しており、医師法施行規則で定める記載事項に加え、健康保険法による保険診療として必要な事項を記載するよう定めている。

なお、具体的な記載事項については、所定様式（第1号（1）の1～3）を示すことで、記載すべき内容を指示する形態となっており、これらは必ず記載しなければならないものとされている。

この療養担当規則所定様式の記載事項は次のとおりである。

療養担当規則所定様式が示す具体的記載事項

様式 第一号	(1)の1	受診者欄	氏名、生年月日、性別、住所、職業、被保険者との続柄
		被保険者証欄	保険者番号、被保険者証及び被保険者手帳の記号・番号、有効期限、被保険者氏名、資格取得、事業所所在地・名称、保険者所在地・名称
		傷病名欄	傷病名、職務上・外の区分、開始、終了、転帰、期間満了予定日、労働不能に関する意見、入院期間、業務災害又は通勤災害の疑いがある場合の記載
		公費負担番号	第1公費及び第2公費の公費負担番号、公費負担医療の受給者番号
		備考欄	備考
	(1)の2	既往症欄	既往歴、原因、主要症状、経過等
		処置欄	処方、手術、処置等
	(1)の3	診療の点数欄	種別、月日、点数、負担金徴収額、食事療養算定額、標準負担額

# 診療録等の記載要領

## 診療録等の書き方

### (1) 記載の原則

#### 診療の都度記載する。

- ① 記載がない場合は、診療を行わなかったものとみなされる。入院患者についても、毎日記載すること。
- ② 診療録等の記載は、インク又はボールペンを用い、鉛筆による記載は行わない。ただし、図示などのための色鉛筆やゴム印の使用は可とする。
- ③ 日付は忘れずに、正確に記載する。(日付は年/月/日の順に記載する。)
- ④ 行間を空けたり、行の末尾に文字を詰め込むようなことはしない。
- ⑤ 第三者も読みやすいように丁寧に記載する。
  - 外国語はできる限り使用せず、病名、人名、検査用語、所見に限定する。
  - あいまいな言葉は使用しない。
  - 判読できる文字で記載する。
- ⑥ 医学用語は学会用語集に、略語は医学辞典に準拠して用いる。不正確な略語、意味不明な造語、仲間内だけの隠語などは使用しない。

記載のないものは、事実がどうであれ、診察していないか、又は医学的な判断をしていないと判断されてしまうおそれがある。少なくとも休日等を除き、毎日、診療の都度記載する。

チーム医療の推進や情報開示を意識して、日頃から第三者にも読みやすく、丁寧な文字で記載するように心掛けることが重要である。



## (2) 記載上の留意事項

診療録等は、医師等の私的なメモでないことを十分認識し、事実を正確かつ客観的に記載する。

- ① 医師法施行規則第 23 条で規定する、記載義務のある事項は次のとおりであり、遅滞・遺漏なく記載しなければならない。
  - 診療を受けた者の住所、氏名、性別および年齢
  - 病名及び主要症状
  - 治療方法（処方及び処置）
  - 診療の年月日
- ② 症状・所見・治療計画などは、簡潔で明瞭に記載する。
  - 記載者以外の人が見ても診療内容が妥当であると納得できるような記載を心がける。このため、できるだけ POS に沿って記載する。
  - 患者の訴えや不満は内容を正確に記載し、記載者の主観を混じえない。また、訴えなどに対する対応についても記載する。
  - 他の医療スタッフからアドバイスがあれば、その内容と対応を記載する。
  - 以前の記載と矛盾が生じた場合は、その理由を明らかにする。
- ③ 患者や家族に対する説明内容は正確に記載する。
  - 説明者、説明時間、相手方及び同席者、説明内容、質問と回答などは必ず記載しておく。また、電話での対応についても同様に記載する。
  - 説明書を用いた場合は、説明書と同意書を診療録に貼付する。
- ④ 診療録等は公的な記録であり、開示請求の対象である。
  - 患者のプライバシーに関することで、臨床的に必要でないものは記載しない。
  - 臨床的に必要でない患者の性格や態度についての意見は記載しない。
  - 他の医療スタッフとのトラブルや他のスタッフに対する非難や批判は記載しない。
  - 自分の診療不備を他人に転嫁するような記載はしない。
- ⑤ 事故発生時には、患者の状態や実施した処置の内容等の記載が極めて重要となる。正確な事実を時系列で記載し、後に、事実経過の検証と問題点の解決が容易に行えるようにする。推測や自己弁護的な記載は行わない。

診療録等は医師等のメモではなく、公的な記録であって、診療経過と医学的判断の根拠となるものであり、自らの診療内容の点検、チーム医療の推進や情報開示、診療報酬請求の根拠などあらゆる事項の基本となるものである。

事故発生時には、直ちに上司に報告し、「インシデント・アクシデント・レポート」を作成し提出する。

### (3) 診療録記載の方法

診療録の主要な事項は、下記を留意の上、それぞれ所定の用紙に記載する。

#### 入院時診療計画：

主治医は患者が入院すれば速やかに入院時診療計画(患者用クリニカルパスでも代用可)を作成し、患者に説明の上、記載する。

#### 診断名：

- ① 確定診断名を記載する。
- ② 順位は、最も医療財源を投じた重要な疾病から記載する。
- ③ 新生物の場合、悪性・良性の別と部位を記載する。
- ④ 悪性の場合、原発性・転移性も記載する。
- ⑤ 炎症疾患の場合は、慢性・急性の別を記載する。
- ⑥ 肺炎の場合は、急性・非定型性・ウイルス性・術後等のタイプを記載する。
- ⑦ 感染症の場合は病原菌が分かれば記載する。
- ⑧ 略語は使用しない。

#### 主治医・担当医：

- ① 診療録の表紙には主治医・担当医名を必ず記載する
- ② 主治医・担当医が複数の場合、全員の氏名を記載する。

#### 主 訴：

- ① 患者の訴える症状を具体的かつ個別的に書く。
- ② 裏づけとなる症状の有無を確かめ、いくつかの症状の中から代表的なものを選んで主訴とする。主訴は一つとは限らない。

#### 現病歴：

現在の病気を中心に記述し、主訴に関連した病状については年代順に追ってできるだけ正確な日付を入れながら書く。

過去に診察を受けている場合、その内容(診察場所、病名、治療内容と期間、治療効果など)を記載する。初診時に確認できなかった臓器障害についてもこれらの確認に心掛け、症状・病歴について患者から詳細に問診したことを記載する。

既往歴：

次の各項目について、必要に応じその時期をつけて記載する。

- ① 過去の病気
- ② 予防接種
- ③ アレルギー
- ④ 輸血
- ⑤ 月経および出産歴等

家族歴：

患者家族の健康状態、病気、死因などを記載する。

- ① 同居者は同一枠内に囲む。
- ② 一組の夫婦から生まれた子供たちは、生まれた順に上から記載する。
- ③ 病気としては、がん・結核・糖尿病・心臓病・高血圧・脳卒中・神経性疾患・精神病・痛風・腎臓病・アレルギー・喘息などに注意する。

入院時所見：

- ① 全身状態について、発育、栄養状態、体温、血圧などを記載する。
- ② 体の各器官別・系統別に、患者のもつ身体所見、現症等を全身に及ぶ診察法に従い記載する。
- ③ 特記すべき局所所見については、できれば図を用いて記載する。

説明・同意書：

検査、輸血、化学療法、処置、麻酔、手術、臨床試験などに際しては、必ず患者に納得のいく説明をし、同意を得、同意書を作成し診療録に保存する。尚、同意書の作成については「インフォームドコンセントマニュアル」を参考とする。

他科受診・対診：

必要な場合は、対診手続きをとり、照会内容、回答を詳細に記載し対診を行った医師と意思の疎通を図る。

服薬指導：

必要な場合は、与薬用紙（黄色）に依頼およびその実施内容について、担当者が記載する。

経過記録：

- ① できるだけ完成された文章で毎日記載する。
- ② 診察又は観察所見(症状)、主要な計測値、画像診断所見、検査所見やデータの分析・評価・解釈などを記載し、患者の訴え、看護師や家族によって観察された訴えなども記載する。
- ③ 必要があれば診断、検査、治療計画等の見直し、変更、追加、診療科におけるカンファランス、術前・術後カンファランスなどの討議内容を記載する。
- ④ 患者に対する医療と関係のない、個人的な印象などの記載はさけるべきである。

手術・麻酔記録：

手術日・手術術式・執刀医・すべての麻酔医含む、その他の担当医を必ず記載し、手術所見・術中経過を詳細に記載する。

退院計画・退院療養計画書：

退院が決定すれば速やかに退院時療養計画を患者に説明し、退院療養計画書を作成する。必要があれば他職種の職員による相談、対応、指導を行い診療録に記載する。