

(4) 指示録の記載

指示は分りやすく、明確に記載する。

① 指示録に記載する内容は以下の通りとする。

クリパスの使用	I C関連・指導	輸血
食事	院内紹介(他科・リハビリ)	安静度 (ADL)
検 査	オーダーリング入力項目	放射線科関連・超音波
	一般検査(便・尿・痰・髄液)	生理学・細菌学的検査
外出泊	退院予定・退院指導	次回受診日
その他 必要と思われる事項		

入院時指示表に記載された事項以外の指示については、指示録に記載する。

② 伝達ミスを防止するため、指示は理解しやすく、読みやすいように記載する。

- 指示が変更になった場合も、変更の内容を明確に記載する。
- 口頭指示（電話による指示も含む。）の場合は、事後速やかに記載する。
- 必要に応じて、左右の別・部位等を記載する。

③ 各職種間の連携が明らかになるような記載を心がける。

④ 指示の日時・指示者のサイン

指示受け日時・指示受け者のサイン

以上の事項が明確になるように、必ず記載する。

指示ならびに処方薬剤の用量・用法を正確に記載する。

オーダーリングにより実施した処方内容を出力し、処方用紙(黄色)に添付するか、もしくは手書き記載する。手書きの原則は以下の通りである。

⑤ 医薬品名は原則として薬価基準に記載されている名称を用いるが、一般名でもよい。

なお、当該医薬品が薬価基準上、二つ以上規格単位がある場合には、当該規格単位も記載する。

(例) セルシン (2mg) 6錠、
分3 朝・昼・夕 食後 14日分

(例) フェノバルビタール 50mg
(フェノバルビタール散 0.5g は不可)

⑥ 内服薬の分量は一日量で記載し、一回量の記載は不可とする。ただし、頓服薬の分量は一回量を用いる。また、同一薬品に規格単位の異なる剤形があれば、() 内に必ず規格単位を記載する。

[分量記載方法]

内服薬 ————— 1日分量

内服用滴剤 ————— 投与総量

注射薬、外用薬 — 投与総量

頓服薬 ————— 1回分量

⑦ 散剤については、必ず原末量で記載する。

⑧ 内服薬の服用回数は、1日3回の場合「分3」と記載し、「3×」や「×3」は使用しない。

- 頓服薬の場合は、1日における最大許容服用回数を指示する。
- 服用時点は、朝・昼・夕・就寝前、食前・食間・食後、疼痛時などと日本語で記載する。

診療録には、処方せんと同じ内容を記載する。

注射指示については、オーダーリングの操作マニュアルならびに以下の指示方法を遵守し、出力した注射指示箋を診療録に綴じ込み、指示内容・指示者・指示受け者・実施者を明らかにする。

標準化治療の可能な場合

バリエアンスの少ない同一疾患に対する治療はクリティカル・パスに代表される標準化治療が可能であり、定型的手術や、決まりきった検査などがこれにあてはまる。こうした例では積極的にクリティカル・パスに乗っ取った指示箋の運用を進めたい。つまり、複数日（最長7日間）にわたる定期処方での運用である。この方法の最大の利点は、必要な処方を無駄なく、漏れなく計画、実施する点にあり、患者治療にかかわる全ての人に、実施されるべき指示内容を全体的に俯瞰することが出来るようになる。

標準化できない場合

一方、急性期疾患（救命センター、小児科病棟など）や、重症疾患（大手術後やICUなど）での処方箋は、頻繁に指示内容の変更が生じたり、そもそも数日先の指示内容は決定できない（その日の検査結果などにより指示内容が決定される）場合が多く、こうした場合は単一日処方を基本にしたい。これは、後に述べる処方変更方法において、混乱を最小にするためにも有効と考える。

処方変更の手順

一旦処方箋が発行された後の、処方内容の変更（中止、追加、内容変更）の方法も以下のように統一する。原則は追加処方薬剤のみの単独処方箋は発行せず、すでに発行した注射箋に対する変更指示を行う。この方法での変更では、追加処方箋は特に難しい入力はなく、単に追加処方が処方箋の項目数の追加として処理される。一方、一部実施済みの処方項目に対する中止指示は多少の手順が必要で、注射指示箋の変更メニューに入って、変更したい注射項目を選択すると、実施一覧の表（分割表）が表示され、この上で実施済み部分と中止する部分を分割するよう指示します。その上で、分割された未実施部分の指示に対する変更/削除を入力するという手順を踏むことになる。一見複雑なようであるが、変更された薬剤、変更後の薬剤が一目で判り、間違った指示受けを予防することができると思われる。

(例) 以下の記載はしない。

N, VDS等

(例) シオゾール (10mg/1ml)

1 アンブル筋注

有訴時指示（頻用薬）の扱い

通常によく生じる有訴時（具体的には、疼痛時、不眠時、便秘時など）に対する臨時処方、オーダーリング上での「入院中予定オーダー：有訴時指示」として入力可能な範囲の処方と解釈される。これらは、主に病棟ストック薬を使用し、その処方（箋）は「予定オーダー入院中」で指示入力されていれば実施時に看護師により処方箋が発行され、指示入力がない場合は事後に「済み処方」として入力をする。

抗がん剤指示の扱い

注射薬については、薬品の規格を確認して、細かいオーダー入力をする。頻用薬品の内、薬品の規格が複数あるものは以下のとおりである。

エンドトキサン	500mg, 100mg
タキソール	100mg, 30mg
パラプラチン	150mg, 50mg
ジェムザール	1g, 200mg
ランダ	50mg, 10mg
メソトレキセート	50mg, 5mg

注射指示の手書きの原則は以下のとおりである。

- ⑨ 注射薬の記載について
 - 用量の単位は、g、mg、μg、ml、%、IU、KE、などを用いるが、用量を剤形単位で示す場合は、原則としてアンプル、バイアル、ボトル、本、袋など日本語で記載する。
また、同一薬品に規格単位の異なる剤形があれば、（ ）内に必ず規格単位を記載する。
 - 投与回数は、「1日2回、朝・夕」などと記載し、「2×/日」や「×2/日」は用いない。
- ⑩ 点滴注射では、点滴速度や点滴時間を正確に記載する。

注射箋に関わる基本的な考え方

- ① 注射指示箋は「指示簿」「注射実施記録」「入院中の注射履歴」として活用する。
- ② 原則として体温表への転記はしない。
- ③ 注射指示箋はベッドサイドに持参し、チェックカードに従って患者と共に確認をして実施する。
注射指示箋は注射実施終了後、診療録に綴じ込む。

(例) エンドキサン 500mg/V
750mg
↓
エンドキサン 500mg/V 1V
100mg/V 2V
エンドキサン 100mg/V
(50mg 使用残廃棄)
不明な場合は担当薬剤師に問い合わせる。

(例) シオゾール (10mg/1ml)
1アンプル 筋注

オーダーリング入力でも左記のとおり、薬品規格による入力を遵守する。

注射指示の伝達・確認・実施について

<伝達・確認>

- ① 「注射指示箋」の確認は医師と看護師の双方で行うことを基本とする。
- ② 他部署から指示入力した場合は、必ず電話連絡にて看護師に伝達をし、指示確認を行う。
- ③ 看護師不在等、双方で指示確認が出来ない場合は指示を出したことが分かるように、診療録の指示簿に指示棒を挟みカルテラックに立てる。
- ④ 指示受け者は指示受け欄にサイン又は捺印する。
- ⑤ 処方が一部変更（変更・中止・追加）になった場合は、原則として医師と共に照合・確認後、実施部分を残し縦の赤線を引く。
- ⑥ 緊急時などに医師が口頭指示を出し、手書きの処方箋を使用した場合、看護師はカルテに黄色の指示棒を立て、医師に伝達する。医師はスミ入力または事後入力を行う。

<実 施>

- ① 看護師は指示を確認後、サインし、所定の位置に「注射指示箋」を保管する。
- ② 看護師は同一日の「注射処方箋」と「注射指示箋」を照合する。
- ③ 時間の指定がある場合は「注射指示箋」の中に書き加える。
- ④ 確認者は該当日の最下部にサインする。
- ⑤ 当日の受け持ち看護師は指示箋を見ながら注射等を準備・実施する。該当する点滴等の「○」の上にサインする。
- ⑥ 有訴時指示を出力する場合、看護師は指示を確認し処方箋を発行する。実施後は処方箋にサインする。

有訴時指示入力がない場合

- ① 本人用の当日分の注射指示箋がある時は空欄に手書きで記入する。
- ② 当日分の指示箋がない時は体温表に記入し実施者はサインする。

注射指示箋の保存

- ① 指示がすべて終了したらカルテの最後尾に綴じる。指示箋全体が変更されたものは保存しない。
- ② 指示箋の中に一回でも実施したものがあれば保存する。

(5) 傷病名の記載

傷病名は必ず所定の位置(病名シートなど)に記載する

- ① 傷病名は初診時から記載する。
 - 医学的に妥当適切な傷病名をつける。
 - 慢性・急性、部位、左右の区別をする。
 - 初診料算定の指示など、スタンプ押印又は手書きにて明示する。

- ② 新しい処置や治療・検査などを指示した場合は、疑い病名を中止し、新たに確定病名を傷病名記録用紙に記入する。
また、必要に応じて「転帰」を記載する。

- ③ 疑い病名は、診断がついた時点で確定病名に変更する。または、当該病名に相当しないと判断した段階で「中止」とする。

- ④ 医学的傷病名以外の、保険病名は認められない。

- ⑤ 主病名を明示する。

(6) 診療録は診療報酬請求の根拠

診療報酬請求にあたり、その算定要件とされている事項を必ず記載する。

- ① 診療録に必要事項の記載が要件として定められている事項の詳細は、「別添 医科診療報酬点数表」を参照のこと。また、スタンプ押印のみでは算定できないので、十分留意し、その旨を記載する。

以下院内で使用しているスタンプ一覧表

悪性腫瘍特異物質治療管理料【指導内容記載枠あり】
難病患者指導管理【指導内容記載枠あり】
在宅自己注射指導管理【指導内容記載枠あり】
EPI 指導【指導内容記載枠あり】
痴呆患者在宅療養指導【指導内容記載枠あり】
心臓ペースメーカー指導管理【指導内容記載枠あり】
その他多数

- ② 精神科領域においては、法的に必要な記載事項に注意する。
- ③ 非紹介患者加算初診料算定においては、適用か除外かを記載する。
- ④ 外来診療録には入院歴情報など確認できるように時系列で経過録に記載する。
- ⑤ 傷病手当については、傷病名、労務不能期間、入院期間を記載するか、もしくは、証明書の複写を添付する。
- ⑥ 手術については、手術・麻酔の伝票添付のみでは、算定できないため、手術名を記載する。

(7) 署名又は捺印の励行

診療録等に記載した場合は、その都度、必ず、署名又は捺印をする。

- ① 記載の末尾に必ず署名又は捺印をする（追加又は修正した場合も同様である。）。
- ② 同一患者を複数の医師が診察した場合は、診療を行うごとに、実際に診察した医師が署名又は捺印をし、責任の所在を明確にする。
- ③ 研修医が記載した場合は、指導医（上席医）が記載内容を確認し、適宜補足修正した後、両者の署名又は捺印を行い、連名で記載したことを明らかにしておく。

指導料や管理料を算定した場合に、その旨の記載がないと算定要件を欠くものとして、診療報酬の返還を求められる場合もあるので十分留意する。

特に、救急車による搬送 時間内の緊急受診などは適用除外とされるので明示すること。

(参考) 医師 2 号用紙 記載欄

(8) 記載を訂正する場合等

記載の訂正は、訂正する部分に二本線を引き、元の記載が見えるようにして訂正する。

- ① 元の記載を塗りつぶしたり、修正液などで修正するなど、元の記載がわからなくなるような訂正は行わないこと。
- ② 誤記を訂正する場合は、次の事項（必要に応じてイ以下）も明示する。
 - (ア) 修正者（署名又は捺印）
 - (イ) 修正箇所
 - (ウ) 修正理由
 - (エ) 修正した日時
- ③ 追加記載が必要となった場合は、日付を明記の上、「追記」として記載し、署名する。追記の場所は、該当する記載箇所の行間ではなく記載の末尾に行う。末尾に記載できない場合は、診療録の最後に用紙を追加して記載する。

左記のような訂正は改ざんを疑われるおそれがある。

(9) 禁止薬剤に関する記載

薬剤アレルギー（治療薬・麻酔薬・造影剤など）については、原則として診療録の表紙の裏面下部（該当箇所）に記載し、注意事項がすぐ目に入るようにする。その際、年月日 署名を必ず記載する。

退院時要約の書き方

(1) 退院時要約等の作成

退院時要約作成については、オーダーリングの操作マニュアルを遵守し、各情報画面の必要項目を漏れなく入力した上、医師入力済の登録により作成完了とする。手書きの原則は以下の通りである。研修医および必要とされる場合は、指導医（主治医・上席医）の確認登録が必要である。

- ① 患者の退院時（転院時を含む）、紹介時、他科への転科時等には、所定の様式に要約を速やかに作成する。

退院時要約には、「入院理由」、「重要な所見」、「実施した検査、治療、手術」「病状に関する患者や家族への説明」「当初の問題や、経過中の問題がどう解決されたか」、「今後に残る問題点」等が簡潔に記載されている必要がある。

- ② 診療が長期に渡っている症例、病名が多岐にわたる症例や重症例などは、その後の診療において非常に役に立つので、節目に応じて中間要約を作成する。

(2) 退院時要約の提出期限

- ① 退院時、紹介時、他科への転科時には、迅速な記載提出が望ましい。
- ② 検査、所見など報告書類等が整い次第、退院後 2 週間以内に退院時要約を作成し、提出する。

(資料2) 『診療録記載』評価用紙

患者ID	《患者番号》	評価年月日	2003/9/
診療科	《受診科》	在院日数	《在院》
入院年月日	《入院日》	退院年月日	《退院日》
主治医	《担当医》	《担当医2》	
	《担当医3_14》		
		評価者	医師氏名 《評価委員》 看護師氏名
		総合評価	(優・良・可・不可)

1. 記載の原則

- 1) 万年筆かボールペンで記載されているか (優・良・可・不可)
- 2) 日付けは正しく年/月/日の順に記載されているか (優・良・可・不可)
- 3) 読みやすく丁寧に記載されているか (優・良・可・不可)
- 4) 病名、人名、検査用語、所見以外は日本語で記載されているか (優・良・可・不可)
- 5) 正しい医学用語、略語が使用されているか (優・良・可・不可)
- 6) 行間を空けたり、行の末尾に文字を詰め込んでいないか (優・良・可・不可)
- 7) 記載者の署名、または捺印がなされているか (優・良・可・不可)
- 8) 訂正は適切になされているか (優・良・可・不可 評価対象なし)
- 9) 研修医の記載部分は、指導医が内容確認し連名の署名がなされているか (優・良・可・不可 評価対象なし)

2. 基礎データの記載

- 1) 医師が記載すべき1号用紙は適切に記載されているか (優・良・可・不可) 該当用紙(有・無)
- 2) 主訴/現病歴/既往歴/家族歴/生活歴は記載されているか (優・良・可・不可)
- 3) 現症は記載されているか (優・良・可・不可)

3. 医師経過記録の記載

- 1) 入院時に病状の評価、治療計画が記載されているか (優・良・可・不可)
- 2) POS方式(SOAP)で記載されているか (優・良・可・不可)
- 3) 患者、家族への説明内容、患者、家族の反応が記載されているか (優・良・可・不可 評価対象なし)
- 4) 理学的所見、検査所見の要点が記載されているか (優・良・可・不可)
- 5) 十分かつ適切な記載量であるか (優・良・可・不可)

4. 医師指示録の記載

- 1) クリパス使用有無、IC実施日、食事、院内紹介、退院日は記載されているか (優・良・可・不可) 該当用紙(有・無)
- 2) 検査指示(採血、画像、細菌検査など)は記載されているか (優・良・可・不可)
- 3) 注射指示はマニュアルに従いオーダーされているか (優・良・可・不可 評価対象なし)
- 4) 内服、外用などの処方指示は処方用紙に貼付されているか (優・良・可・不可 評価対象なし)
- 5) 注射/処方の手書き時の原則は遵守されているか (優・良・可・不可 評価対象なし)

5. その他の記載

- 1) 入院時診療計画書は記載されているか (優・良・可・不可 評価対象なし)
- 2) 手術、処置、検査などの説明/同意書は取られているか (優・良・可・不可 評価対象なし)
- 3) 退院時療養計画書は記載されているか (優・良・可・不可 評価対象なし)
- 4) 紹介医への入院時/途中経過時/退院時の報告はなされているか (優・良・可・不可 評価対象なし)
- 5) 病名シートに適切に病名が記載されているか (優・良・可・不可) 病名シート(有・無)
- 6) 退院時要約は退院後2週間以内に記載されているか (優・良・可・不可) 《サマリー》 ○:優 ×:不可
- 7) 退院時要約がわかりやすく十分に記載されているか (優・良・可・不可)

6. 看護師の記載

- 1) 医師指示録に指示受け署名はあるか (優・良・可・不可 評価対象なし)
- 2) 注射指示箋に指示受け署名はあるか (優・良・可・不可 評価対象なし)
- 3) 注射指示箋に実施者の署名はあるか (優・良・可・不可 評価対象なし)
- 4) 体温表に必要項目は記載されているか (優・良・可・不可)
- 5) 看護経過記録は記載されているか (優・良・可・不可)
- 6) 看護計画は立案されているか (優・良・可・不可)
- 7) 看護計画は評価、修正されているか (優・良・可・不可)
- 8) 患者情報は記載されているか (優・良・可・不可)
- 9) 看護要約は記載されているか (優・良・可・不可)
- 10) 看護記録に署名はあるか (優・良・可・不可)

患者ID 《患者番号》	診療科 《受診科》 科	評価年月日	2005/2/ or 3/ 日
入院年月日 《入院日》	退院年月日 《退院日》	医師氏名 《監査委員》	
在院日数 《在院日数》日間	サマリー提出日 《サマリー受入日》	看護師氏名 師長監査: 2/28	
転帰 《転帰_9》	病棟 《病棟_17》	評価者 《監査師長1》	
主治医 《担当医_8》	《担当医_2_10》	《監査師長2》	
《担当医_3_14》	★付医師は <u>研修医です</u>	総合評価 (基準により判定) 可・不可	

1. 記載の原則

- 1) 読みやすく丁寧に記載されているか (良・可・不可)
- 2) 病名、人名、検査用語、所見以外は日本語で記載されているか (良・可・不可)
- 3) 正しい医学用語、略語が使用されているか (良・可・不可)
- 4) 行間を空けたり、行の末尾に文字を詰め込んでいないか (良・可・不可)
- 5) 記載者の署名、または捺印がなされているか (良・不可)
- 6) 訂正は適切になされているか (良・不可 評価対象なし)
- 7) 研修医の記載部分は、指導医が内容確認し連名の署名がなされているか (★研修医 良・不可)

2. 基礎データの記載

- 1) 病名シートに適切に病名が記載されているか (良・可・不可 病名シートのない場合は不可)
- 2) 主訴/現病歴/既往歴/家族歴/生活歴は記載されているか (良・可・不可)
- 3) 現症は記載されているか (良・可・不可 現症記載用紙のない場合は保留)

3. 医師経過記録の記載

- 1) 入院時に病状の評価、治療計画が記載されているか (良・可・不可)
- 2) POS方式(SOAP)で記載されているか (良・可・不可)
- 3) 患者、家族への説明内容、患者、家族の反応が記載されているか (良・可・不可 評価対象なし)
- 4) 理学的所見、検査所見の要点が記載されているか (良・可・不可)
- 5) 十分かつ適切な記載量であるか (良・可・不可)

4. 医師指示録の記載

指示録用紙(有・無) 但し、ICU、NICU、救命救急は除外、必要に応じて一般の指示録を使用する

- 1) クリバス使用有無、IC実施日、食事、院内紹介、退院日は記載されているか (良・可・不可 評価対象なし)
- 2) 検査指示(採血、画像、細菌検査など)は記載されているか (良・可・不可 評価対象なし)
- 3) 内服、外用などの処方指示は処方用紙に貼付あるいは手書きされているか (良・不可 評価対象なし)

5. その他の記載

- 1) 入院時診療計画書は記載されているか (《入院診療計画書》 良(有)・不可(無))
- 2) 手術、処置、検査などの説明/同意書は取られているか (良・不可 評価対象なし)
- 3) 退院時療養計画書は記載されているか (《退院療養計画書》 良(有)・不可(無))
- 4) 紹介医への入院時/途中経過時/退院時の報告はなされているか (良・不可 評価対象なし)
- 5) 退院時要約は退院後2週間以内に記載されているか (病歴室自動判定:《病歴判定》)
- 6) 退院時要約がわかりやすく十分に記載されているか (良・不可)

6. 看護師の記載

- 1) 医師指示録に指示受け署名はあるか (良・不可 評価対象なし)
- 2) 注射指示箋に指示受け署名はあるか (良・不可 評価対象なし)
- 3) 注射指示箋に実施者の署名はあるか (良・不可 評価対象なし)
- 4) 体温表に必要項目は記載されているか (良・可・不可)
- 5) 看護経過記録は記載されているか (良・可・不可)
- 6) 看護計画は立案されているか (良・可・不可)
- 7) 看護計画は評価・修正されているか (良・可・不可・評価対象なし)
- 8) 看護情報は記載されているか (良・可・不可・評価対象なし)
- 9) 看護要約は記載されているか (良・可・不可)
- 10) 看護記録に署名はあるか (良・不可)

(資料4)

2005【診療録記載】評価用紙

患者ID	«患者番号_1»	診療科	«受診科_7»科	評価年月日	2005年 5 月 日
入院年月日	«入院日_4»	退院年月日	«退院日_5»	医師監査	医師氏名: «監査委員1»
在院日数	«在院日数_16»日間	サマリー提出日	«サマリー受入日»	看護師監査 (2005/5/9)	看護師長: «看護師長1» 看護師長: «看護師長2»
転帰	«転帰_9»	病棟	«病棟_17»	病歴室監査	2005/5/
主治医	① «担当医_8»	② «担当医_2_10»		総合評価	可・不可
	③ «担当医_3_14»				

監査項目 (医師・看護師・診療情報室)	評価
1 医師監査 (医師経過記録・退院時要約・指示録)	
1) 退院時要約に経過の要点が適切に記載されているか	(良・不可)
2) 読みやすく丁寧に、患者や家族に判読できるように記載されているか	(良・可・不可)
3) 理学的所見・検査所見・臨床経過の要点が記載されているか	(良・可・不可)
4) 日々記載されているか (2日以上の記載空白はないか)	(良・可・不可)
5) 手術に対する評価、術後の経過が記載されているか	(良・可・不可・対象なし)
6) 患者・家族への説明内容、患者、家族の反応が記載されているか	(良・可・不可・対象なし)
7) 予期せぬ事象※① (下記参照) はなかったか、それは記載されているか	(良・可・不可・対象なし)
8) 予定外の外科的手術・内科的処置※②はなかったか、それは記載されているか	(良・可・不可・対象なし)
9) 医師指示録は適切に記載されているか	(良・可・不可)
※① (経過中のアクシデント・インシデント、状態の急変など) ※② (再手術・再処置・予定外の臓器の切除など)	
コメント:	
2 看護師監査 (看護経過記録・計画・指示録・要約)	
1) 医師指示録に指示受け署名はあるか	(良・不可・対象なし)
2) 注射指示箋に指示受け、実施者の署名はあるか	(良・不可・対象なし)
3) 看護計画は立案されているか	(良・不可)
4) 看護経過記録は記載されているか	(良・可・不可)
5) 看護計画は評価・修正されているか	(良・可・不可・対象なし)
6) 看護要約は記載されているか	(良・不可)
7) 看護経過記録に署名はあるか	(良・不可)
コメント:	
3 診療情報管理室監査 (各種書式・署名・基礎データ)	
1) 退院時要約は退院後2週間以内に記載されているか 退院後 («退院時 _有 無_13») 日後	(«さまりー»)
2) 入院時に病歴は記載されているか	(良・不可)
3) 入院時に現症は記載されているか	(良・不可)
4) 病名シートに自科病名は記載されているか	(良・不可)
5) 入院診療計画書は記載・作成されているか 作成は («入院診療計画書»)	(良・不可)
6) 退院療養計画書は記載・作成されているか 作成は («退院療養計画書»)	(良・不可)
7) 記載者の署名または捺印がなされているか	(良・不可)
8) 研修医との連名署名がなされているか 研修医の担当は («研修医»)	(良・不可)
コメント:	

(資料5)

2005【診療録記載】評価用紙

患者ID	«患者番号_1»	診療科	«受診科_7»科	評価年月日	2005年 9 月 日
入院年月日	«入院日_4»	退院年月日	«退院日_5»	医師監査	医師氏名： «監査委員»
在院日数	«在院日数_16»日間	サマリー提出日	«サマリー受け入れ»	看護師監査 (2005/9/5)	看護師長： «SHICHOU» 看護師長： «SHICHOU2»
転帰	«転帰_9»	病棟	«病棟_17»	病歴室監査	2005/9/
主治医	① «担当医_8»	② «担当医_2_10»		総合評価	可 ・ 不 可
	③ «担当医_3_14»				

監査項目 (医師・看護師・診療情報室)	評価
1 医師監査 (医師経過記録・退院時要約・指示録)	
1) 退院時要約に経過の要点が適切に記載されているか	(良・不可)
2) 読みやすく丁寧に、患者や家族に判読できるように記載されているか	(良・可・不可)
3) 理学的所見・検査所見・臨床経過の要点が記載されているか	(良・可・不可)
4) 日々記載されているか (2日以上の記載空白はないか)	(良・可・不可)
5) 手術に対する評価、術後の経過が記載されているか	(良・可・不可・対象なし)
6) 患者・家族への説明内容、患者、家族の反応が記載されているか	(良・可・不可・対象なし)
7) 医師指示録は適切に記載されているか	(良・可・不可)
コメント:	
2 看護師監査 (看護経過記録・計画・指示録・要約)	
1) 医師指示録に指示受け署名はあるか	(良・不可・対象なし)
2) 注射指示箋に指示受け、実施者の署名はあるか	(良・不可・対象なし)
3) 看護計画は立案されているか	(良・不可)
4) 看護経過記録は記載されているか	(良・可・不可)
5) 看護計画は評価・修正されているか	(良・可・不可・対象なし)
6) 看護要約は記載されているか	(良・不可)
7) 看護経過記録に署名はあるか	(良・不可)
コメント:	
3 診療情報管理室監査 (各種書式・署名・基礎データ)	
1) 退院時要約は退院後2週間以内に記載されているか	(«さまりー»)
2) 入院時に病歴は記載されているか	(良・不可)
3) 入院時に現症は記載されているか	(良・不可)
4) 病名シートに自科病名は記載されているか	(良・不可)
5) 入院診療計画書は記載・作成されているか	作成は («入院診療計画書»)
6) 退院療養計画書は記載・作成されているか	作成は («退院療養計画書»)
7) 記載者の署名または捺印がなされているか	(良・不可)
8) 研修医との連名署名がなされているか	研修医の担当は («研修医»)
コメント:	

(資料6) 2005-Vers.3【診療録記載】評価用紙

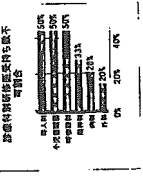
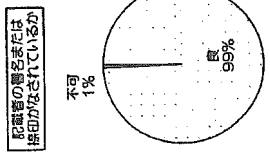
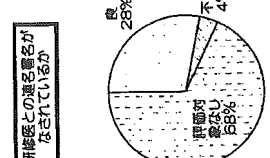
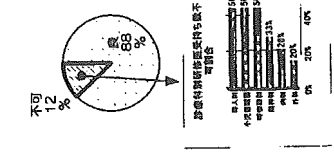
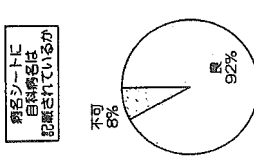
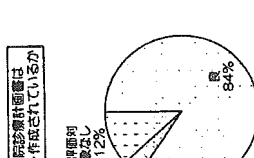
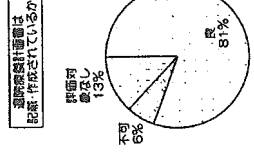
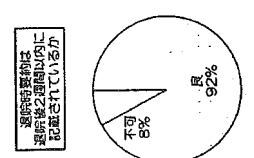
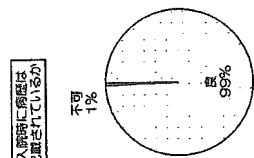
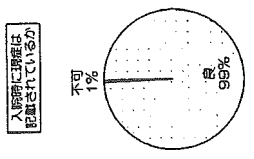
患者ID	「患者番号_1」	診療科	「受診科_7」	評価年月日	2006年3月 日
入院年月日	「入院日_4」	退院年月日	「退院日_5」	医師監査	医師氏名：「監査者」
在院日数	「在院日数_16」日間	サマリー提出日	「サマリー受入日」	看護師監査 (2006/3/6)	看護師長：「師長1」 看護師長：「師長2」
転帰	「転帰_9」	病棟	「病棟_17」	病歴室監査	2006/3/
主治医	① 「担当医_8」	② 「担当医_2_10」		総合評価	可・不可
	③ 「担当医_3_14」				

監査項目 (医師・看護師・診療情報室)	評価
1 医師監査 (医師経過記録・退院時要約・指示録)	
8) 入院診療計画書は患者にわかりやすく、疾患、症状に応じて項目を満たして記載され、3者の署名がそろっているか。入院診療計画書の作成が(《入院診療計画書》)	不要の場合：評価：該当なし (良・不可)
1) 退院時要約に経過の要点が適切に記載されているか 《提出状況》	(良・不可)
2) 読みやすく丁寧に、患者や家族に判読できるように記載されているか	(良・可・不可)
3) 理学的所見・検査所見・臨床経過の要点が記載されているか	(良・可・不可)
4) 日々記載されているか (2日以上記載空白はないか)	(良・可・不可)
5) 手術・検査に対する評価、術後の経過が記載されているか (主) 手術・検査年月日 (《手術実施_20》)	(良・可・不可・対象なし)
6) 患者・家族への説明内容、患者、家族の反応が記載されているか ※ (IC 関連の記載が、IC 用紙・2 号用紙に見当たらない場合は「不可」とする)	(良・不可)
7) 医師指示録は適切に記載されているか	(良・可・不可)
コメント:	
2 看護師監査 (看護経過記録・計画・指示録・要約)	
8) 入院診療計画書は患者にわかりやすく、疾患、症状に応じて項目を満たして記載され、3者の署名がそろっているか。入院診療計画書の作成が(《入院診療計画書》)	不要の場合：評価：該当なし (良・不可)
1) 医師指示録に指示受け署名はあるか	(良・不可・対象なし)
2) 注射指示箋に指示受け、実施者の署名はあるか	(良・不可・対象なし)
3) 看護計画は立案されているか	(良・不可)
4) 看護経過記録は記載されているか	(良・可・不可)
5) 看護計画は評価・修正されているか	(良・可・不可・対象なし)
6) 看護要約は記載されているか	(良・不可)
7) 看護経過記録に署名はあるか	(良・不可)
コメント:	
3 診療情報管理室監査 (各種書式・署名・基礎データ)	
1) 退院時要約は退院後2週間以内に記載されているか (退院 《提出までの期間》日後提出)	(《可・不可》)
2) 入院時に病歴は記載されているか	(良・不可)
3) 入院時に現症は記載されているか	(良・不可)
4) 病名シートに自科病名は記載されているか	(良・不可)
5) 入院診療計画書は記載・作成されているか 作成は(《入院診療計画書》)	(良・不可・該当なし)
6) 退院療養計画書は記載・作成されているか 作成は(《退院療養計画書》)	(良・不可・該当なし)
7) 記載者の署名または捺印がなされているか	(良・不可)
8) 研修医との連名署名がなされているか 研修医の担当が(《研修医》)	(良・不可・該当なし)
コメント:	

平成18年2月26日作成
診療情報管理室

診療情報管理室の監査

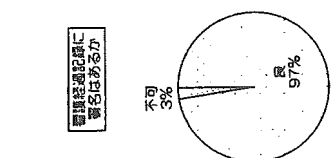
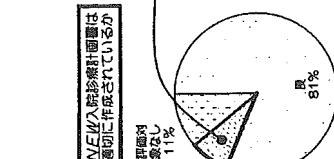
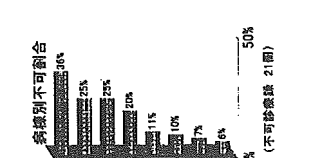
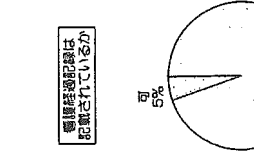
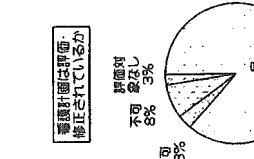
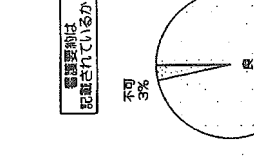
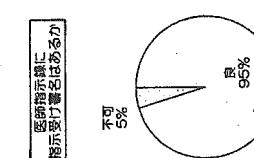
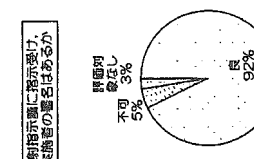
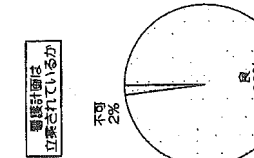
第30回診療録監査報告



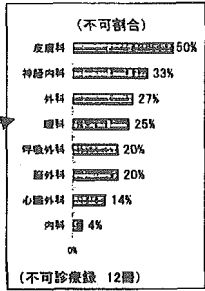
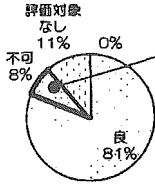
平成18年2月26日作成
診療情報管理室

看護師の監査

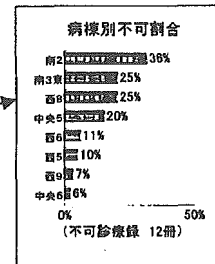
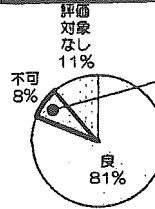
第30回診療録監査報告



医師
NEW入院診療計画書は適切に作成されているか



看護師
NEW入院診療計画書は適切に作成されているか



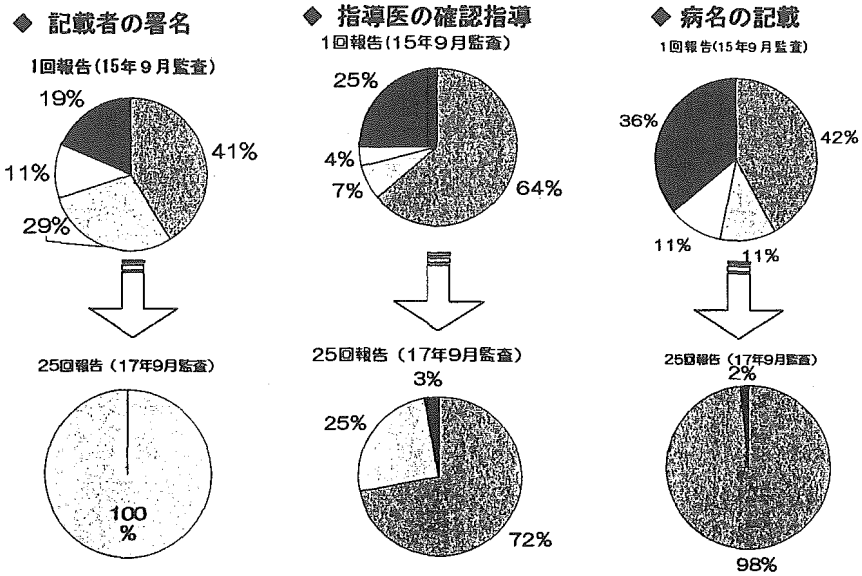
『入院診療計画書』不可の内容分析

診療科	患者ID	内容
神経内科	50-5588-7	看護・患者サイン無し
脳外科	52-5493-6	
皮膚科	24-0371-3	患者サイン無し
眼科	74-3073-8	
外科	74-3705-8	
内科	52-0009-8	
外科	27-7513-5	入院診療計画書無し
外科	74-0840-7	
心臓外科	67-2677-5	
外科	42-7282-7	
神経内科	02-9034-0	内容不備(医師から)
呼吸外科	39-9873-9	
内科	74-3050-7	内容不備(看護から)
循環器科	74-3565-8	

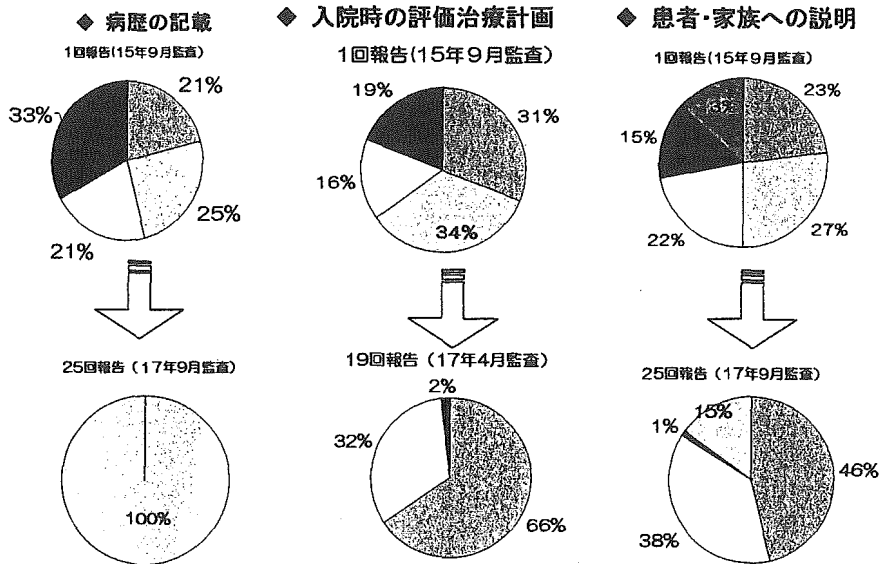
医師指示ID、氏名、年記入無し
医師指示録なし
経過用紙①ICなし、②退院の記載なし。
研修医部分、指導医のサインなしいくつかあり
術後の経過は入院診療計画書には不要でしょうか??
診療情報提供書なし。退院時要約、途中までの記載。
退院時要約一不十分。
入院診療計画書、患者氏名無し

医師の監査	項目																													
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
1) 退院時要約の記載がわかりやすく十分に記載されているか																														
2) 病状や予丁等に記載されているか																														
3) 学術的所見、経過所見の要約が記載されているか																														
4) 日付が記載されているか(2日以上の空白は不可)																														
5) 手術に対する評価、術後の経過が記載されているか																														
6) 症候、容態への説明が適切に記載されているか																														
7) 医師指示録は適切に記載されているか																														
8) 入院診療計画書は適切に作成されているか(LINE以外)																														
9) 医師の監査																														
1) 医師指示録に指示が書かれているか																														
2) 医師指示録に指示あり、実姓名の記載はあるか																														
3) 退院計画は立案されているか																														
4) 退院経路の記載は記載されているか																														
5) 退院計画の計画、修正されているか																														
6) 退院要約は記載されているか																														
7) 退院経路に署名はあるか																														
8) 入院診療計画書は適切に作成されているか(LINE以外)																														
9) 医師の監査																														
1) 退院時要約は退院後2週間以内に記載されているか																														
2) 生後/年齢/性別/既往症/家族歴/生活環境は記載されているか																														
3) 病歴は記載されているか																														
4) 病名が「上」適切に病名が記載されているか																														
5) 入院診療計画書は適切に記載されているか																														
6) 退院時要約は適切に記載されているか																														
7) 記載書の署名、または印がなされているか																														
8) 医師の監査																														

(図1) 監査結果から見た不可割合の変化



(図1) 監査結果から見た不可割合の変化



(図2) 監査委員の拡大

第1回～第2回

病歴管理委員会委員(@3冊) 計 9名

第3回～第12回

+主任部長・所属長(@2冊) 計 41名

第13回

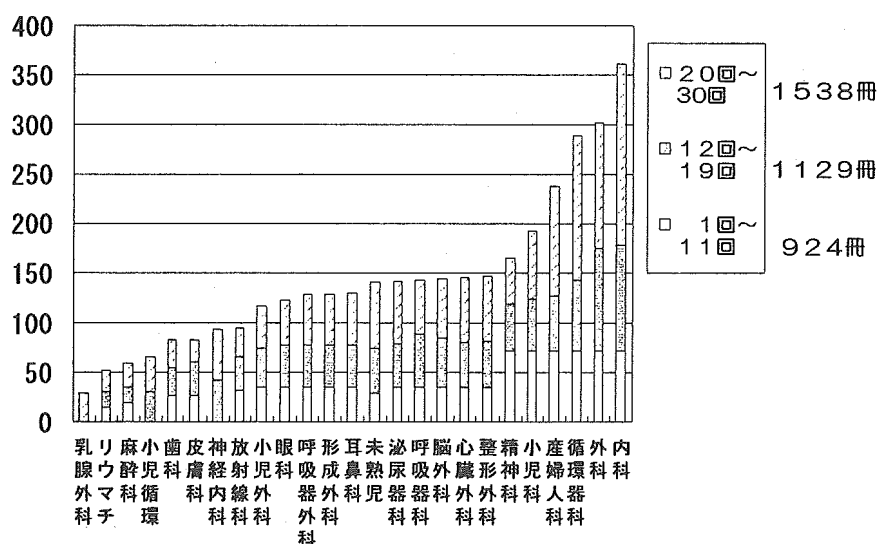
+研修医指導医(@1冊) 計 66名

第14回

+不可診療録担当医(@1冊)

第31回 (平成18年2月監査) 計104名

(図3) 監査冊数(診療科別)
合計 3591冊



(図4)

診療録監査評価基準(改正)

診療録監査評価基準について

1. 評価基準「優・良・可・不可」を「良・可・不可」に改める。
 - ① 「良・可・不可」について
良：評価項目について概ね満足できる内容である。 70点以上の内容である。
可：良・不可以外の内容である。
不可：評価項目について不満足、落第に値する内容である。 50点未満の内容である。
 - ② その他
小項目の評価にあたっては各評価委員の主観で評価されてよい。
記載の原則の5)、6)、7)については、1カ所でも不可部分があれば不可とする。
2. 総合評価は「優・良・可・不可」を「可・不可」と改める。

【不可】診療録とされる該当要件について

1. 総合評価「不可」評価について
判定は診療情報管理室（病歴管理室）が基準に従い行う。
(以下 該当する診療録は、自動的に「不可」カルテ とする)
 - ① 「記載の原則」の2項目以上 あるいは5)、6)、7)の1項目以上
 - ② 「基礎データ」の1項目以上
 - ③ 「医師経過記録」の2項目【(3)を除く】以上
 - ④ 「医師指示録」の2項目以上
 - ⑤ 「その他の記載」の(1)入院診療計画書の作成
(2)退院療養計画書の作成 いずれかが不可
2. その他
 - ① 不可カルテは当該科主任部長（部長）に返却し、担当医により不可部分の訂正あるいは追記が可能なものについては、それを実施してもらう。

監査委員の拡大ならびに【不可】診療録担当者のペナルティー

1. 診療録監査に研修医指導医（1回1冊）にも新たに参加していただく。指導医については、各診療科内で割振り、定員数を選抜していただく。
2. 不可カルテの担当医は診療録監査を2ヶ月（1回1冊）行う。催促の上、実施されない場合は、主任部長が代行する。

その他

1. 上記は6月退院診療録監査（7月実施）第12回監査から実施する。

病歴管理委員会では、診療記録の質の向上を目指すために、平成15年6月に長年の懸案であった『診療録等の記載要領』を作成し、平成15年7月から診療録の医師・看護師による監査を継続的に実施しています。診療録監査1年3ヶ月を経過して、診療録記載に対する医師の皆様の意識の変化をこのたびあらためて調査することといたしました。

【診療録監査について】

1. 当院で、定期的に診療録の監査をしていることをご存知ですか？ (はい、いいえ)
 2. 他科の医師に診療録を監査されているのをご存知ですか？ (はい、いいえ)
 3. 監査結果が定期的に部長会で報告され、全職員にフィードバックされているのを知っていますか？ (はい、いいえ)
 4. 監査が開始されて、丁寧に確実に、「より質の高い」診療録を記載しようという意識がめばえしましたか？ (はい、いいえ)
 5. 不可とされ、診療録を差し戻されたことがありますか？ (はい、いいえ)
 6. 『不可』とされた要件については、納得できましたか？ (はい、いいえ)
 7. 実際に監査をしたことがありますか？ (はい、いいえ)
- (感想) []
8. 現在の監査基準・評価用紙についてどう思いますか
(もっと厳しい基準が良い、現在の基準がよい、もう少し緩い基準が良い、基準を再考したほうが良い)
- [監査に関する感想・ご意見を自由にお書き下さい]

【診療録記載について】

1. 診療録の記載・内容は、『医療の質』をあらゆる指標だと思っていますか？ (はい、いいえ)
 2. 診療録は「だれの物」だと思っていますか？ (病院・主治医・患者・皆・)
 3. 『カルテ開示』を意識しながら、記載していますか？ (はい、いいえ)
 4. 『診療録などの記載要領』があることはご存知ですか？ (はい、いいえ)
 5. 記載ごとにサイン、または捺印が必要なことはご存知ですか？ (はい、いいえ)
 6. 訂正箇所には二重線、サイン、または捺印が必要なことはご存知ですか？ (はい、いいえ)
 7. 患者へのIC・同意書については、診療録(や同意書)に十分に記載する必要があることはご存知ですか？ (はい、いいえ)
 8. 当院は16年6月から急性期入院加算体制となりました。転科入院以外は『(詳細な)入院診療計画書』(患者用カハ代替用可能です)がすべての患者に必要なことはご存知ですか。 (はい、いいえ)
 9. 当院は16年6月から急性期入院加算体制となりました。死亡退院・転科・転院以外は『退院療養計画書』がすべての患者に必要なことはご存知ですか。 (はい、いいえ)
 10. 保険医は診療の事実および必要事項を診療録に記載しなければならないこと、また保険請求の根拠となるものであることをご存知ですか。 (はい、いいえ)
 11. 医師は医学的に妥当適切な傷病名を診療録に記載し、レセプトには診療録の傷病名を転記しなければならないことをご存知ですか。 (はい、いいえ)
 12. 診療録の記載は、十分にできていると思われませんか (十分、普通、不十分、)
- [その他・診療録について日頃から抱かれているご意見・感想を自由にお書き下さい。]

アンケートにご協力ありがとうございました。 病歴管理委員会