

回答件数:57

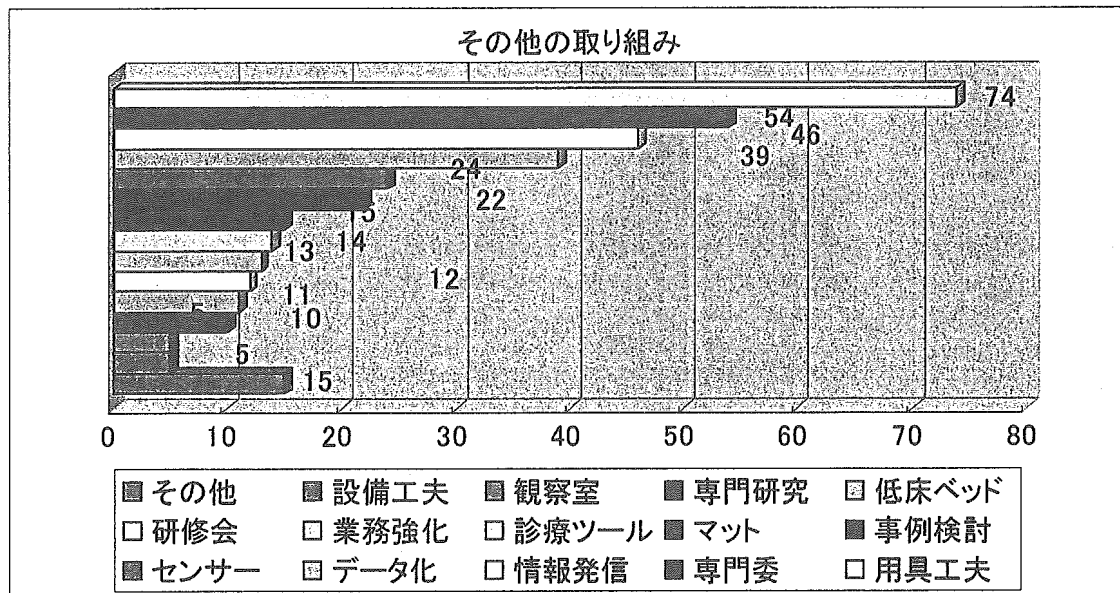
☞ 身体管理を不得手とする精神科病院ですが、約 6 割近い病院が何らかの対策を行っています。設備上の制限がある中、今後ノウハウを共有してゆくことが有用です。

## 7. その他の専門的取り組み

その他、身体抑制(身体拘束)に関して、安全管理や事故防止のために何らかの取り組みをされていますか？

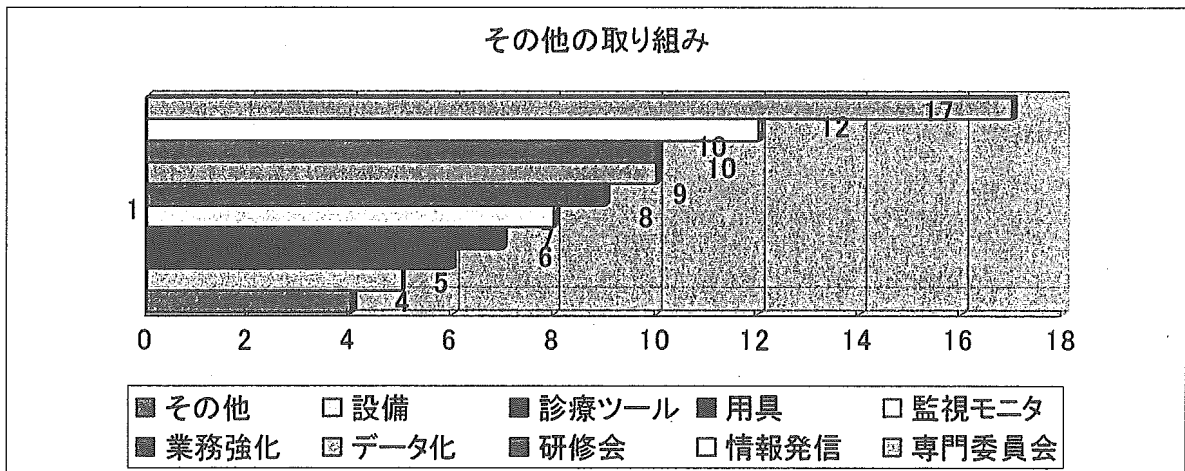
一般病院 回答件数:542

なんらか行っている	特に行っていない	無回答
224(41.3%)	309(57.0%)	9(1.7%)



精神科病院および精神科病床を有する病院 回答件数:105

なんらか行っている	特に行っていない	無回答
63(60.0%)	34(32.4%)	8(7.6%)



⇒ 一般病院の約4割、精神科病院の6割で、それぞれ様々な取り組みが報告されました。本設問では両群間ではっきりした違いがあり、監視モニタはほぼ精神科病院のみ、センサーや緩衝マット、低床ベッドは一般病院でのみ見られた意見でした。行動制限の目的や質の違いが反映されたものと考えられます。すべてを行う必要はありませんが、自院にとって可能で、有益と思われる対策があれば導入してみたいかでしょうか。

## 8. アクシデント

過去3年間に、貴施設において身体抑制(身体拘束)に関連した重大事故(予期せぬ死亡、死亡事故、あるいは不可逆的な重大損傷)が発生したことはありますか？

一般病院 回答件数:542

あり	なし	無回答
20(3.7%)	516(95.2%)	6(1.1%)

事例数 22(20 施設より。重大とは思われない事故、身体拘束とは直接関連のない事例を省く)

結果による分類

事故結果	件数	備考
死亡	5	ルート抜去(3)(気管チューブ(2)、透析用カテーテル(1))、転落後死亡発見(死亡原因不詳)(1)、圧迫(1)
不可逆損傷	5	ルート抜去(2)(低酸素脳症(1)、遷延性意識障害(1))、手指抹消の循環不全・先端壊死(1)、転落による頸椎損傷(1)、気管切開例で寝返りによる心肺停止(1)
他の重大事故	8	転落による硬膜下血腫(3)、大腿骨骨折(2)、ルートトラブルによる状態悪化(2)(中心静脈→出血、胃管→呼吸状態悪化)、自殺企図多発骨折(1)
結果の記載のないもの	4	転落(2)、ルート自己(事故)抜去(2)

### 事故内容による分類

事故内容	件数
ルートトラブル	9
転倒・転落	9
圧迫など	2
自傷行為	1

### 状況による分類

解除状況	件数
解除後、(一時的な)解除中の事故	7
自己解除	5
抑制をしていなかった	3

### 精神科病院および精神科病床を有する病院 回答件数:105

あり	なし	無回答
18(17.1%)	82(78.1%)	5(4.8%)

事例数 20(18 施設より)

事故内容	件数	備考
自殺	8	うち解除中のもの 3
突然死	7	うち原因の記載のあるもの 2
圧迫などの事故	4	(窒息死 1、末梢神経の麻痺 2、結果の記載の無いもの 1)
破壊行為	1	ライターの持込によるポヤ

☞ 事故の種類は、精神科病院では、隔離という要素が加わり、患者の行動病理に基づく問題が中心です。一方一般病院ではルートトラブル、転倒・転落が中心です。これらは行った身体拘束が不完全・不適切(身体拘束がゆるい、あまい、解除の判断が結果的に事故につながった、など)が原因であることが多いようです。身体拘束を最小化することは最も重要ですが、必要と判断した場合には、本来の身体拘束の目的が何であるかをしっかり認識し、達成するための管理を的確に行うことが必要です。身体拘束をしたことによって患者負担が増えるので、その分の対策を予め考慮に入れ、入念な観察を行って必要性を継続的に判断することが肝要と思われれます。

## 9. インシデント

過去3年以内に、警鐘的事例となり得るような身体抑制(身体拘束)に関するインシデントがありましたか

### 一般病院

意見数 13(10 施設より。必ずしも具体事例でなく、「ルートトラブルはしばしばあり」などの記載もあり、意見数とした。いずれも結果は軽微であるが、骨折(本来はアクシデント)、離院(インシデントかどうかは病院により異なる)が各1例含まれていた。

### 事故内容による分類

事故内容	件数	備考
ルートトラブル	7	すべてが事故除去

転倒・転落	2	
圧迫など	2	
その他	1	ミトンによる手掌皮膚疾患(1)、離院(1)

#### 精神科病院および精神科病床を有する病院

総インシデント数 37

事故内容による分類

事故内容	件数	備考
破壊行為	8	暴力(3)、離院(2)、放火(2)、施設汚染(1)
転落	6	他患者が緩めた(1)、外れた(1)、車椅子ごと転倒(1)、不明(1)、職員がかわいそうで緩めた(1)、解除後1日目(1)
圧迫	5	うち胴抑制のみの事例(4)、体動・擦過による損傷(1)
自傷行為	6	異食(3)、縊首未遂(2)、眼球損傷(1)
外れただけ	5	
大きな影響なし	4	主に指示受けの解釈ミスで、隔離の開放が遅れた、隔離室の施錠し忘れなど。うち1件はライターの回収し忘れ
ルート自己抜去	2	

原因による分類

不適切拘束	17
持ち込み物品	5
施設や器具の問題	4
他患者の接触	2
指示ミス	3

- ☞ インシデントにおいても、アクシデントと同様、一般病院の特徴(ルートトラブルと転倒転落)、精神科病院の特徴(行動病理にもとづく)がそれぞれ反映されています。判る範囲で内容を分類した結果、精神科病院でも身体拘束が不完全・不適切(身体拘束がゆるい、あまい、解除の判断が結果的に事故につながったなど)であったと考えられる事例は多く、適用や解除の判断の正確さを高めるための取り組み(セルフレビューや話し合いによる解除判断、点検システム、基準や診療ツールの活用など)、あるいは確実・安全に実施するための手順や知識(例えば胴のみの拘束は体幹が回転し圧迫事故が起こることがある、身体拘束の場合は動ベッドの使用を禁止したほうが良いなど)を身につけることは、身体拘束に伴う事故防止に役立つといえそうです。

## 10.まとめ

その他、行動制限や身体拘束について、一般・精神の両病院群から多くのご意見を寄せていただきました。いずれのご意見も真剣に取り組んでいることが伺われました。特に明確な法的基準を持たない一般病院では、「身体拘束が良くないこととされており、自分自身もそう思うけれど、安全のためにどうしても必要になることも事実で、どう考えたらよいのか迷う」「身体拘束をすることに慣れっこにならないようにしたい」といった医療者側の人間としてごく自然で真剣な悩みが感じられる意見が多く、適応判断、解除の判断、倫理的解釈などについて標準的な考え方を求めるご要望が目立ちました。また、認定病院患者安全推進協議会で、行動制限に関するアクシデントやインシデントを収集・情報発信し、皆で共有して今後の向上に役立てたいとするご意見も寄せていただきました。今後同協議会精神科領域における医療安全管理検討会では、今回のアンケート結果やこれまでの研究成果、各領域からの資料・文献などをふまえ、身体拘束についての提言を発信する予定です。アンケートへのご協力、有難うございました。

医療記録 / Chart Review

# 医療記録の記載指針 Ver. 6.0

(2006年1月)

厚生労働科学研究医療技術評価総合研究事業

Chart Review 検討会

**【趣旨】**

医療をひとの健康・安全を支える社会サービスと位置づければ、医療提供者は、提供する医療の質の確保に努め、患者と社会に説明する責務を負っている。医療記録は、医療行為の単なる記録ではない。以下のような目的を有している。

- (1) 医療過程における医療専門職の思考のよりどころ
- (2) 患者と医療専門職とのコミュニケーションのよりどころ
- (3) チーム医療の共通媒体
- (4) 医療行為の公式証明の基本情報
- (5) 医療施設などの経営の基本情報
- (6) 学術研究・教育の基本情報
- (7) 公共・社会の健康安全と危機管理の基本情報
- (8) 社会全体の医療経済運営の基本情報

この指針は、組織的な医療の安全と質を維持向上する視点から、記載に際して、医療専門職の視点を整理したもので、特に各施設における初任者の教育研修の教材として役立つことを期待して編纂した。内容は急性期・慢性期病院を問わず、必要な事項を限られた時間の中で効率よく記載するための目安となるよう、共通課題の記述に配慮した。

さらに、病院管理者に置かれては、患者本位の医療過程・成果を評価し、質向上に努めるよりどころとし、開示に堪える医療記録の作成を組織的に行う体制づくりに活かされることを期待したい。細部の表現が個々の施設の運用と異なる場合があると思われるが、それぞれの施設の実情に照らして柔軟に解釈し、個々の施設における指針の見直しなどに活用していただければ幸いである。

Chart Review 検討会 座長 石川 澄



項目	記載の目的・留意事項
記載の基本的事項	患者本位の医療を効果的かつ継続的に展開するために、対象患者に関わるすべての医療専門職種が、共有すべき情報を系統的に記載する。
	<p>1. 患者の個人情報としての医療記録</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・患者は次の点を医療専門職等に求め、自らの情報の流れをコントロールすることができることを念頭に、個人情報保護法および関連法規に準拠して記載する。             <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 守秘</li> <li>2) 自己情報の開示</li> <li>3) 誤りの訂正</li> <li>4) 自己情報の利用制限</li> </ol> <ul style="list-style-type: none"> <li>☞患者の死後も本人と家族の尊厳が護れるよう表現に配慮して記載する。</li> </ul> </li> <li>・患者情報の利用目的の明示：当該患者に対する医療行為のために利用する第一次利用と、個人情報の社会的有用性を加味した第二次利用とを明確に区別する。</li> <li>・第二次利用に際しては、あらかじめ利用目的を公示するとともに、原則、事前（情報の取得前）に本人にも通知するなど個人の尊厳保持に配慮する。             <ul style="list-style-type: none"> <li>☞施設規模に応じて医療情報管理専門職を配置するなどして適正な利用を担保する。</li> </ul> </li> </ul> <p>2. チーム医療の共通媒体としての医療記録</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・医師による診療記録、手術・麻酔記録のみならず、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、医療相談に関する記録などを有機的に連携して記載する。             <ul style="list-style-type: none"> <li>☞一定期間の記録を一ホルダーとして保存、可能ならば経過記録は協同記載することが望ましい。</li> </ul> </li> <li>・多職種による医療行為の相互関係が分かるように、記載とファイリングを工夫する。             <ul style="list-style-type: none"> <li>☞問題点の抽出・整理、目標設定、医療の計画、指示依頼・確認、実施確認、および結果評価が時系列に統合し、組織的な医療を反映させる。</li> <li>☞特に問題点リストおよび経過記録は各職種の立場を明示して、多職種が専門的観点から作成した記録を統合的に表記・編集することが望ましい。</li> </ul> </li> </ul> <p>3. 目標志向型の記載</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・当該患者に対する医療サービスの目標（身体・心理・社会生活面から短期および中長期的な到達目標）を明確にする。</li> <li>・到達目標に即した実行計画を明示する。</li> <li>・到達目標と実行計画は容態・状況変化に即して見直す必要があり、変更点は明示する。</li> </ul> <p>4. 継続性の保証</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・新たな診療・看護行為を行った場合（面談・観察・計測・評価・診断・計画・処置・治療行為・成果評価の全てを含む）、発生ごとに年/月/日を記載する。             <ul style="list-style-type: none"> <li>☞ただし、同一日内では時刻のみの記載でもよい。</li> </ul> </li> <li>・経過中に発生するエピソード（事象・現象・課題・問題点：episodes, events, subjective/objective problems）、およびそれらの変化の時間関係、担当医療専門職間の業務の流れが容易に分かるよう系統的に綴じる。</li> <li>・作成（記載）時以前に発生したエピソードや診療・看護行為の記事を遡って記載する場合は、エピソードが発生した日付、時刻と作成（記載）日時とを切り分ける。</li> </ul>

## 5. 概括性の保証

- ・患者の全体像および一連の経過が容易に把握できるように記載する。
  - ☞問題点リスト、到達目標リストおよび方針計画リストをファイルの冒頭に置くとともに、中間サマリを経過記録に記載する。
  - ☞退院時サマリは、入院前から退院後にいたるケアの継続性に配慮して、端的に概括できるよう配慮する。
- ・エピソードについての分析評価 (assessments)、実行計画 (plans)、対応 (interventions)、および患者への影響・効果 (outcomes)、成果評価、次の段階への計画をエピソードごとに簡潔に記載する。
  - ☞エピソードごとに一連の整理番号を付与して問題解決以降は「休番」として、再度発現時には復活させることにより継続性を担保する。
- ・患者および家族への開示に堪える（開示して価値がある）ように、専門分野の略語をできるだけ避け、一般に理解できる用語で記載する。
  - ☞日本語が望ましい。

## 6. 真正性の保証

- ・事実に即し客観的に記載する。
  - ☞特に推測、推論部分は正確な動詞表現を行う。
- ・記載時に最新のデータを記述する。
  - ☞原則、エピソード発生後8時間以内に記載する。
- ・手書き記録は容易に消えないようにボールペンまたはインクなどで記載する。
  - ☞電子医療記録では公式保存ファイル（パーマネントファイル）に登録した記録（記載内容が確定した記録）は上書き変更・削除できないよう設計する。
- ・誤記、考え違いなどによる内容の誤りは積極的に訂正し、原則、訂正年/月/日、元情報の年/月/日、訂正前後の内容、訂正者名を記載する。
  - ☞電子医療記録では、一時的に保存するファイル（一時ファイル）を作成し、一定時間内は真正性を担保する範囲内で編集可能として差し支えない。
  - ☞ただし、一時ファイルの作成と運用は現時点の電子記録にはその機能が無いことが多く、誤解を生じかねないので、実装に当たっては、注釈「真正性の保証について」および「原本性について」の項を参照して、適切な措置を講じる必要がある。
- ・手書きの医療記録は訂正を行う場合は、原則として訂正前の内容が判るように二本線を引き、修正点を新たに記載する。
  - ☞修正液、砂消しゴムは使用しない。
  - ☞記載途中の文脈を損なわない程度の記載ミスは、訂正前の内容が判読できるならば、逐次の訂正印や署名は不要である。

## 7. 原本性の保証

- ・公式記録として確定した情報を種類ごと（保険診療録1号様式、経過記録、指示記録、経過表、手術・麻酔記録、サマリおよび検査結果など）に明示する。
  - ☞手書き記録と電子記録が併用されている医療施設は、情報の種類ごとにどちらを正本（公式の医療記録）とするかを設定する。

入院時の記録 (初期記録)	医療の目標を明確にするために、入院時の問題点を多角的に整理し、速やかに記載する。
	<p>1. 原則として入院後8時間以内に基本的事項を記載する。</p> <p>2. 基本的事項の書式（共通記録と各科記録ともに）を施設内で標準化する。</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、保険種別区分、被保険者番号</p> <p>2) 入院目的</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/加療 (外科的治療・内科的治療・リハビリテーション・その他( ))</p> <p>3) 入院(転入)年/月/日</p> <p>4) 入院までの経路</p> <p>①他施設外来通院中</p> <p>②自施設外来通院中</p> <p>③急性期一般病院入院中</p> <p>④長期療養型病院入院中</p> <p>⑤介護福祉施設入所中</p> <p>⑥医療施設利用なし(有疾患)</p> <p>⑦医療施設なし(無疾患)</p> <p>5) 予定・緊急入院区分</p> <p>①予定入院</p> <p>②緊急入院 救急搬送・その他( )</p> <p>3. 主訴または入院理由 患者の訴え、全人的観点からの状況・課題(身体・心理面)を端的に記載する。</p> <p>4. 入院時診断名</p> <p>1) 主要傷病名(症)：入院時点での主たる診断名(傷病名) (ICD-10)</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) ☞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)：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>5. 現症、現病歴、既往歴、家族歴、投薬歴、その他医療に必要な入院前(入院時)の状況を、必要に応じて時系列に記載する。</p> <p>☞それぞれ全人的観点から(身体的・心理的・社会的生活環境)、家族の希望などを端的に表現する。</p> <p>6. 日常生活能力の目標(即時的、短期的、中長期的)</p> <p>☞患者の訴えおよび診察所見、入手できるデータに基づき、身体的・心理的な側面に加え、社会生活面(家族関係・職場環境や経済的な問題など)を含め、全人的に設定し、医療(診療・看護・リハビリテーションなど)の計画を作成する。</p>

	<p>7. 医療目標 診断（その時点で判っている解決すべき問題点）、治療、教育、看護、リハビリテーション、その他の方針および手順の概略を記載する。</p> <p>8. コミュニケーション能力（インフォームドコンセント形成過程の手段） ☞口頭会話能力（可、否、聴力低下、発語力低下）、文字認識（可、否、視力低下）、筆頭記述（可、否）、認知判断能力（良、否）</p> <p>9. 診療・看護計画書 問題点リストを作成し、入院中のケアの課題を列挙する。 ☞診療・看護計画は容態・状況変化に応じて見直し、修正した場合には理由を記載する。 ☞以後経過中に計画が変更された場合は、理由と変更点を診療・看護計画書の用紙に追記する。</p> <p>10. 担当者リスト 当該患者の医療にかかわるすべての担当者名および職種を記載する。 ☞患者に関わる立場（主治医・担当看護師など）を明示、署名（サイン、印章）を登録する。</p>
<p>経過記録</p>	<p>チーム医療の実践を明確にするために、多職種にまたがる医療の経過の詳細を時系列にかつ記載者の役割を明確に記載する。</p>
	<p>1. 経過中の患者の問題点（病態・心理変化など）ごとに、医療の過程と成果評価を時系列に記載する。 1) 問題点（エピソード、訴え、症状・検査データ・治療などによる患者の変化） 2) 分析（医療専門職の受け止め、感じたこと、到達目標、対応策検討など） 3) 対応（医療専門職の行為・行動） 4) 成果評価（得られた結果、患者の反応、患者にもたらした影響）</p> <p>2. 病態の変化に伴う処置・治療の計画変更時には他の専門職への「指示（依頼）」、および他の専門職からの「指示（依頼）受け」の内容を記載する。 ☞他の専門職への指示依頼（処方・処置等）を、独立した指示箋あるいは指示簿に記載して運用する場合は、医療記録と同一ホルダーに一元化して保管する。</p> <p>3. 緊急時の止むを得ない電話や口頭指示は、事後にその事実を記載する。 ☞原則、口頭指示は行わない。</p> <p>4. 検査、治療、処置などの記録は事実だけではなく、分析・評価結果を記載する。 ☞画像検査においては主要画像やスケッチなどの添付が有効である。</p> <p>5. 必要に応じて患者への説明、患者の反応、それに対する医療専門職の対応を記載する。（次項参照）</p> <p>6. 医療チーム内での協議結果（ケースカンファレンスなど）の要約を経過記録に簡潔に記載する（但し、ケースカンファレンス記録の本体は資料としてファイルする）。</p> <p>7. 熱型表（温度板）は、時系列の総括と位置づけ、担当者が協同記載する。</p> <p>8. インシデント・アクシデント（不都合エピソード）記事については、発生的事实を客観的に記載し、インシデントレポート・アクシデントレポート作成の根拠とする。 1) 記載日時刻と発生日時刻を明確に分けて記載する。 2) 経過が追跡できるように問題点、発生時（発見時）の状況、分析・評価、対応内容、結果について事実のみ記載する。 3) 推論、推量は可及的に行わず、記載必要時には推論または推量である旨を明確に表現</p>

	<p>する。</p> <p>9. 空白行(スペース)が生ずる場合には、その部分に斜線を記入するなどして無用な空白(余白)を作らない。</p>
<p>説明と同意書等、 患者の意思決定の書類</p>	<p>患者と医療者が強い信頼関係を築くために、十分な説明に基づいて患者本人の意向を反映するよう努めた協議プロセスを誰にでも理解できる表現で記載する。</p>
	<p>医師・看護師、および関係する他の医療専門職は協同して以下を作成する。</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 入院診療計画書：総合的な医療の計画を策定             <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 入院の目的(傷病名(症)、症状容態、患者(家族)の問題解決への期待)</li> <li>2) 診療看護の方針(1)に対する医療専門職の分析評価と対応の概略)</li> <li>3) 検査内容及び日程の概略(観血的またはリスクを伴う検査はその必要性)</li> <li>4) 治療内容および日程の概略(特に制癌剤などの苦痛を伴う内科的治療、手術は内容、必要性、リスク、代替方法との比較)、それに伴う看護およびリハビリテーションの計画などを関係付ける。</li> <li>5) 推定される入院期間、起こり得る計画変更等を記載する。</li> <li>6) 入院後48時間以内に未定の計画を含めて計画の概要を完成する。</li> </ol> </li> <li>2. 経過中の説明と同意書など：検査結果と評価、および経過中の病態変化および治療法や医療行為の変更に対してインフォームドコンセントの過程が分かるように記載する。             <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 病態の変化、検査・治療内容、手順など、当初からの変更点の有無と内容</li> <li>2) 患者がその医療サービスを受けることによるメリットやデメリット、危険性、およびそれら代替方策などの他の選択肢</li> <li>3) 希望があればセカンドオピニオンを求めることができることの説明</li> </ol> </li> <li>3. 経過中の変更事項はその都度「計画変更書」を記載する。</li> <li>4. 退院療養計画書：入院時中の経過を総合的に集約し、今後の診療・看護の方針および患者の療養の方針が分かるように記載する。             <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 入院時の問題点、診療・看護の目標と達成度の要約</li> <li>2) 経過中の病態変化などの要約</li> <li>3) 退院後の診療・看護方針、療養上の注意点</li> <li>4) 計画される保健医療福祉サービス(紹介先、次回の外来診察など)などの説明</li> </ol> </li> <li>5. 上記1.～4. は患者(家族)が理解できるように配慮する。             <ul style="list-style-type: none"> <li>☞専門用語は必要に応じて注釈をつける。(別紙に添付してもよい)</li> </ul> </li> <li>6. 説明に対する患者(家族または保護者など)の意向を記載する。</li> <li>7. 説明時、全ての出席者の職責、氏名、および文書の作成者名を記載する。</li> <li>8. 患者・家族などに提示し、最終的に患者・家族などの署名によって完結する。</li> </ol>
<p>カンファレンス記録</p>	<p>チーム医療の具現化を示すために、カンファレンスに関わる医療専門職のみならず、必要に応じて患者(家族または保護者)の意向を記載する。</p>
	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 多職種(必要に応じて患者、家族または保護者を含めて)が参加して行う。</li> <li>2. 概要(会議の目的、会議経過、問題点・課題、解決方針・手順、制約、結論など)を具体的かつ簡潔に記載する。</li> <li>3. 病態、治療上の問題点のみならず、生活環境、心理的問題も考慮する。</li> <li>4. 会議を行った事実、要約を経過記録に簡潔に記載する。</li> <li>5. 必要に応じ、会議用に準備した資料の出典を記載する。</li> <li>6. 出席者の職責、氏名、および文書の作成者名を記載する。</li> </ol>

手術・麻酔時記録	手術・麻酔が適正に実施されていることを示すために、それらの過程を系統的に記載する。
手術記録	<p>1. 次の諸点を術者が記載し、署名する。</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 診断名〔術前臨床（病理）・迅速病理・術後臨床（病理）〕</li> <li>2) 手術名（術式）                         <ul style="list-style-type: none"> <li>☞名称 ICD-9-CM などによる共通術式コード（医療情報専門職がコーディングし、術者が確認する）</li> </ul> </li> <li>3) 手術の背景区分                         <ol style="list-style-type: none"> <li>①初回</li> <li>②予定した再手術（ ）</li> <li>③入院中の予定しなかった再手術</li> <li>④再発による再手術（前回：他施設・自施設）</li> <li>⑤緊急入院手術</li> </ol> </li> <li>4) 術者名、助手名</li> <li>5) 手術日時刻                         <ol style="list-style-type: none"> <li>①手術室入室時刻</li> <li>②麻酔開始時刻</li> <li>③手術開始時刻（執刀開始時刻）</li> <li>④手術終了時刻（施術終了時刻）</li> <li>⑤麻酔終了時刻（全身麻酔、腰椎麻酔の場合）</li> <li>⑥麻酔覚醒時刻</li> <li>⑦手術室退室時刻</li> </ol> </li> <li>6) 出血量、輸血量</li> <li>7) 使用した医療材料</li> <li>8) タイムアウト時の確認事項                         <ul style="list-style-type: none"> <li>☞タイムアウト：手順の区切りで担当者が全員作業を止めて現状確認、以後の方針手順を確認する（注釈参照）</li> </ul> </li> <li>9) 手術中の特記事項</li> <li>10) 手術手順の概略</li> </ol> <p>2. 記録は手術終了後、速やかに完成する。</p>
麻酔記録	<p>1. 次の諸点を麻酔担当医が記載し、署名する。</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 診断名                         <ol style="list-style-type: none"> <li>①手術目的となる傷病名</li> <li>②随伴傷病名</li> <li>③併存傷病名</li> </ol> </li> <li>2) 事前訪問時の診察記録                         <p>年/月/日・時刻、所見および担当医の署名</p> </li> <li>3) 麻酔開始前の診察記録                         <p>年/月/日・時刻、所見および担当医の署名</p> </li> <li>4) 麻酔関係時刻                         <ol style="list-style-type: none"> <li>①麻酔開始時刻</li> <li>②手術開始時刻（執刀開始時刻）</li> <li>③手術終了時刻（施術終了時刻）</li> <li>④麻酔終了時刻</li> </ol> </li> <li>5) バイタルサインの経過と使用薬剤、処置（看護・処置記録の記載内容も確認する）。</li> </ol>

	<p>6) 麻酔中の特記事項</p> <p>2. 麻酔方法</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 全身麻酔</li> <li>2) 硬膜外麻酔</li> <li>3) 脊椎麻酔</li> <li>4) 静脈麻酔</li> <li>5) 局所麻酔</li> <li>6) 全麻+硬膜外</li> <li>7) その他</li> </ol> <p>3. 記録は、麻酔管理終了後、速やかに完成する。</p>
<p>手術時看護 ・処置記録</p>	<p>1. 手術前後及び手術中に生じた看護上の特記すべき内容を、担当看護師が記載し、署名する。</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 患者の心理状態に対する看護上の支援</li> <li>2) 患者の身体的状態の変化に対する看護上の支援</li> <li>3) 術者への看護上の補助</li> <li>4) 輸液、輸血量、排尿量などに基づく水分バランス</li> <li>5) 予期せぬエピソードの発生時刻、内容、および処置</li> </ol> <p>2. 手術中に使用した器材および医療材料、医薬品の名称と量を記載する。 (手術中は執刀医および麻酔医が内容を確認し、署名する)</p> <p>3. 記録は手術終了後、速やかに完成する。</p>
<p>処置記録</p>	<p>検査・治療上および看護上の処置が適正に実践されていることを示すために、それらの過程を系統的に記載する。</p>
	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 処置名、施術者名（担当者名）、特記すべき事項、使用した器材および医療材料を記載し、記載者が署名する。</li> <li>2. 観血的処置・病棟内で行う外科的処置およびその準備過程はタイムアウトを行い記載する。</li> <li>3. 必要に応じて処置を要した理由、手順、成果の概要を記載する。</li> <li>4. 記録は処置後速やかに完成する。</li> <li>5. 定期的に行う処置は実施計画（内容）に対して、実施事実の確認を併記する。</li> <li>6. 緊急および臨時的に行う侵襲を伴う処置は、特に処置を必要とした容態、状況、手順の概要と成果を記載する。</li> </ol>
<p>検査記録</p>	<p>根拠に基づく医療の実践を示すために、診断・治療経過に即して検査結果が系統的に通覧できるよう記載する。</p>
	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 検査項目、結果、その他特記事項を経過が通覧できるよう時系列に記載する。</li> <li>2. 観血的検査およびその準備過程はタイムアウトを行い記録する。</li> <li>3. 専門性の高い検査項目は当該検査者が所見、評価判定（診断）を記載すると共に、他医による二重判定を行い、すべての判定者が署名する。</li> </ol>
<p>他科受診記録</p>	<p>他の診療科等との連携・共同医療を確実にを行うために、役割分担、責任範囲がわかるように記載する。</p>
	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 経過記録内に記載する。</li> <li>2. 主治医は依頼目的（必要性）、目標を明記する。</li> <li>3. 依頼日（必要に応じて時刻）、他科等への診療依頼、依頼された診療科等の対応・経過、結果および結果に対する依頼元の対応などが系統的に判るように記載し、記載者が署名する。</li> <li>4. 依頼される側の担当者は指示依頼の確認、実施計画、実施記録、成果評価を記載し、署名する。</li> </ol>

	<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. 上記の実施事実を通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)」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の問題点を確認し、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 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. 退院時の橋創 （ 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 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。 ☞ 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 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 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 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>
--	---

## 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。