



シーズ名

診療記録と監査

氏名・所属等

柴田 実和子 保健医療経営学科 講師

<概要> 良い診療記録とは、誠意のある記録、整合性のとれた記録、正確な記録、十分な記録である。例えば、誠意のある記録→主観で粘着質・神経質・理解力が足りない等表現を使わない。不十分な記録→病状説明がない、経過記録がないなど。整合性のとれた記録→医師や看護等のすべての記録が一致している。正確でない記録→名前や年齢誤り、日付誤り、記載漏れ等、事実を確認出来ない

良い診療記録であれば、患者にとっての価値、病院にとっての価値、医師にとっての価値、法的防衛上の価値、公衆衛生上の価値、医学研究上の価値、医療保険上の価値が見いだせる。また精度の高いデータの構築ができる。例えば、病院にとっての価値とは、患者の診療圏の分析→広報活動、医療費と診療内容を分析→効率的な医療行為、自院の死亡率（疾患別・手術別）在院日数・紹介率・剖検（解剖）率等、また法的防衛上の価値とは裁判での診療内容の証拠となる。

診療記録の質を上げるためには監査が必要である。そのためには筑後地区の病院の診療記録に係る職員に対して、平成28年度勉強会を立ち上げ、年数回開催する。

#### <アピールポイント>

個人情報保護や病院機能評価やDPC対象病院・準備病院から質問を受けたICDコーディングの質問に対してみんなで議論する。大きな会場では質問しにくく何をすればいいのかわからない職員にこの勉強会参加してモチベーションを高めていき、自院に持ち帰って役立てていただく。

↓

その都度テーマに即した監査シートを作成し提供していく。電子カルテを導入した病院、紙カルテの病院、DPC対象病院によって監査方法や項目は多少違うが、やってみる。その結果を集計し、良くない部分を医師や看護師等の書き手に提言し数ヶ月後の結果を集計する。1年先どう変化したかを調査する

#### <監査項目一部を紹介>

◇指導医の記載

◇経過記録の記載は適当か

◇指導報告書（服薬指導・栄養指導等）、実施報告書等の添付

◇記載内容（表現）

→診療記録は、患者との共有物であるという認識で対応を行う必要がある→自分が書かれていやなことは書くまいという意識。主観をまじえないでありのままに書く

◇一号用紙（表紙）の記載：傷病名や属性等と診療録の内容との整合性

◇死亡診断書の傷病名：サマリー、表紙等との整合性

◇サマリーや各種書類の傷病名との整合性：傷病名や属性等と診療記録の内容との整合性

◇患者への説明の記載

→食い違い（患者からは説明を受けていない・患者には説明をした）をなくすために 説明義務違反とみなされる

◇ムンテラ、病状、手術等の説明時、患者本人が同席していない場合の対応

→誰に説明がなされているか、説明した相手、家族等の続柄の記載と説明内容（例）「family」や「家族」ではなく父とか長女とか書く。会社の上司・弁護士・友人・保険外交員に説明する義務はない

#### <利用・用途・応用分野>

医療の質のを担う病院職員の向上心を高める。DPCデータの精度を高める。診療記録の質を高める

#### <関連するURL>

<http://jcqhc.or.jp/works/examination/e2.html>

<http://jcqhc.or.jp/pdf/works/v6.pdf>

厚生労働省 政策科学総合事業統計情報総合研究（研究協力者）

・我が国の統計における死因及び傷病構造の把握精度の向上を図るための具体的な方策についての研究（2007年4月～2009年3月）

・死因統計の精度向上にかかる国際疾病分類に基づく死亡診断書の記載適正化に関する研究（2009年4月～2011年3月）

・死因統計の精度向上の視点から病院医療の質に資する退院時要約の検討（2013年4月～2014年3月）

キーワード

医療の質、診療記録、診療情報管理士、監査