

医療安全情報「つなぐ」No.2

発行日：平成 27 年 3 月 10 日
発行元：長崎県 医療政策課
担当者：馬郡、中川
連絡先：095-895-2464

特集 1 「診療録等の管理」

診療録や看護記録等の診療に関する諸記録（以下、「診療記録」）は、患者さんにとって、検査や治療の経過が記載された大切な記録であり、関係法上、原則開示が求められています。また、病院にとっては、医療従事者が患者さんの状態を共有できる必要不可欠な情報で、安全かつ適切な医療の提供には欠かすことのできない記録です。

これら診療記録は事故が起きれば裁判の証拠書類として取り扱われますが、先般の医療介護総合確保推進法で今年 10 月からは病院等の管理者に「死亡を予期しなかった医療事故」が生じた場合の報告と調査が義務付けられたことから、裁判以外でも事故の経緯や原因を調査する際には大切な記録となります。

そこで、今回は「カルテは患者さんのものだから」をモットーに、定期的な「診療記録監査」で適切に維持・管理を目指す「医療法人仁寿会南野病院」様の取り組みをご紹介します。診療記録は、医療法、医師法をはじめとする職域関連法、療担規則、個人情報保護法、診療報酬の基準、関連通知やガイドラインと多くの法規が各立場から規定していますが、記載の程度や具体的な記載方法を示すものではなく、その程度は記載者と病院に委ねられています。この点を南野病院様が「診療記録監査」でどのように標準化・評価し、施設の特異性を踏まえながら改善に繋がれているのか、是非、参考にしていただき、貴施設での管理に繋がっていただければ幸いです。

「定期的な診療記録監査の導入について」 南野病院 診療情報管理士 福田 佳奈

1 病院の特徴

当院は、大村駅徒歩 3 分の距離に位置する療養病棟 43 床、回復期リハビリテーション病棟 35 床、緩和ケア病棟 17 床の在宅療養支援病院です。必要な医療が必要な場所で提供するため、院内外の多職種連携による在宅支援体制の構築を進めています。「チャンスがあれば、一分一秒でも本人が居たい場所へ」をテーマに、退院調整・在宅療養支援、緩和ケア・看取りにも力を入れています。

2 「診療記録監査」導入の経緯

平成 25 年 1 月の医療機能評価機構 Ver.6 の更新受審が契機です。それまで、看護部で「看護記録監査」を行っていましたが、医師やコメディカルによる診療部に係る記録でも同様な確認が必要という認識の下、病院の取り組みとして、平成 26 年 4 月から監査を開始しました。

なお、当院は平成 21 年度から一部に電子カルテを導入していますが、現時点では紙ベースの記録との混合運用です。

3 「診療記録監査」の取り組み

(1) 目的

診療記録を適正に管理し、真正性・見読性・保存性を担保し、医療の質の向上・維持を図ることを目的としています。診療記録は公的記録で、調査・研究教育・法的資料として診療情報開示に耐える必要があります。また、多職種で記載・入力、参照し、情報共有を行いますから、チームとして、安全かつ良質な医療を提供するためにも、院内のルールに従って記録する必要があります。そこで、一定水準以上の精度を維持するため、診



写真1 病院全景（平成 24 年度改築）



写真2 「カルテは患者さんのものだから」と語る南野浄病院長（右）、「診療記録監査」を担当している福田診療情報管理士（左）

療情報管理運営委員による定期的な監査を行うことしました。

(2) 監査実施者

診療情報管理並びに医療情報システム管理運営委員会委員 7 名
医師（院長・副院長）、看護師（看護部長・病棟師長）、事務部（情報管理企画室長・診療情報管理士）
リハビリ科（科長）

(3) 監査対象記録

月に 1 冊程度。前々月 15 日から前月 14 日までの退院患者診療録から、月ごとに設定したテーマに沿った診療録を診療情報管理室が選択します。なお、その選択に際しては、各部署からの意見も参考にしています。（テーマ例）標準的入院期間の診療録、短期・長期入院の診療録、入退院を繰り返している診療記録、緩和ケアの診療記録、回復期地域連携パス利用者の診療録、医療安全その他の検討事例診療録

(4) 監査の方法

事務部→リハビリ科→看護部→診療部（医師）の順で回覧し、各部署が所定の監査様式（図 1・2：医師・事務部門の様式のみ次頁に掲載）に基づき確認を行い、点数を記入します。なお、監査後は、結果を診療情報管理室が集計して、上記運営委員会に報告します。委員会は報告結果を評価し、不備が認められた診療記録は記載者に内容補完・修正を依頼し、診療情報管理室に返却してもらいます。また、以上の結果は「監査結果のお知らせ」として院内回覧で職員に周知を行っています。

(5) 監査導入後の効果

平成 26 年度から開始以降、各部門 70 点～95 点程度の得点率です。毎月、テーマの設定を変更しているため、月ごとに評価点数がばらついており、現段階では取組み前後で何点上昇という、具体的な絶対値評価結果までは得られていません。ただ、記録は着実に整備され、職員の意識も向上してきました。委員会でも、事務部以外の職員からも意見が活発に出るようになり、管理がより円滑に行えるよう変化してきています。

また、監査による直接的な効果ではありませんが、病棟看護部門・医事部門で使用する「入院診療録チェックシート」（図 2・3：全病棟共通・回復期の様式のみ次頁に掲載）の見直しにも有用でした。改訂前のチェックシートは職員から改訂希望の意見が出ていましたが、理想的な改訂案が示せず、長年の懸案事項となっていました。しかし、今回の診療記録監査で、診療記録に求められる要件を再整理し、現在のシートに、①保管の電子・文書区別、②算定根拠を盛り込むことで、職員が書類添付の必要性を具体的にイメージできるようになったため、看護部門からの協力も得やすくなり、結果として、診療録と一体的に保管すべき書類や記録の不備も目に見えて減少してきました。

(6) 今後の課題

今回の「診療録監査」で記載されるべき項目が記載されているか否かの確認はある程度可能となりました。しかし、「質的」側面の多い記録については難しい部分があります。例えば、医師の記録における「説明と同意」に係る記載等です。当院は院長がメディエーターの養成研修を受けた医師だからこそ、他の先生方に助言やアドバイスできますが、属人的な評価基準であることは否めません。看護記録においても然りです。

また、診療録監査を導入して 1 年が経過し、その結果と課題が次第に蓄積されてきました。今後、これらをどのように分析し、どのように職員の皆さんへ還元し、改善につなげていくかという点も課題です。

(7) その他

今回報告させていただきました「診療録監査」は、「長崎診療情報管理勉強会」及び「県北診療情報管理勉強会」を通して、他の施設の診療情報管理士さんにアドバイスをいただきながら、作り上げてきたものです。県内の診療情報管理士さんからの支援なくては実現していません。ですから、当院で使用している監査様式・看護師・リハビリテーション科・事務部門の 4 種類と入院時チェックリスト（全病棟共通・回復期・緩和・療養の 4 種類）は当院院長の許可を得て、県医療政策課のホームページに掲載させていただく予定です。私どもの様式も未だ改良の余地は多くあると思いますが、今後、同様な取り組みをしてみたいと考えている施設様にとって、何かお役に立つようでしたら、是非、参考にしていただき、患者様への安全・安心な医療の提供に繋がっていただければ幸いです。

図1：診療記録監査様式（医師用）

診療記録監査用紙（診療部医師用）			
監査者		患者情報	
診療情報管理委員会 委員長		ID	氏名
委員名		入院期間	年 月 日～ 年 月 日
<p>評価基準</p> <p>2点：監査項目を実施している。 1点：監査項目を一部実行しており、2点・0点いずれでもない。 0点：監査項目を実施していない。 NA：該当しない。 ※折換事項は備考欄に記載。</p>			
No.	監査項目	評価	備考
1	患者・家族が読んで理解できるように、わかりやすく記載されている。		
2	主病名、傷病名、開腹日、転院、終了日が記載されている。		
3	入院診療計画書の記載が適切であり（病名、症状、診療計画、内容及び日程、推定される入院期間）、説明・同意の上交付されている。		
4	転院時、計画に変更があった時、また長期入院の場合は通院計画の見直しを行い、診療計画書が作成され、説明・同意の上交付されている。		
5	入院時の記録がある。		
6	*主訴、現病歴、既往歴、家族歴、全身所見の記載がある。		
7	医師は患者の問題を把握し、記録している。		
8	医学的入院の必要性が記載され、評価されている。		
9	診療経過や評価が記載されている。		
10	観察所見・検査内容の客観的データが記載されている。		
11	客観的データに基づいて評価が記載されている。		
12	治療計画が記載されている。		
13	治療結果についての評価が記載されている。		
14	侵襲を伴う検査の説明及び同意がある。		
15	画像診断所見・検査所見が記載されている。		
16	患者や家族に説明した場合（包括的対応も含め）、説明者・日時・相手方・同意者・説明内容・質問と回答が書かれている。		
17	退院サマリーが退院後2週間以内で作成されている。		
18	サマリーに入院の理由が記載されている。		
19	入院中に実施された治療の内容・経過が記載されている。		
20	フォローアップ方法が記載されている。		
合計点数		点 / 点	
得点率		%	

図2：診療記録監査用様式（事務部門用）

診療記録監査用紙			
監査者		患者情報	
診療情報管理委員会 事務係 委員長		ID	氏名
委員名		入院期間	年 月 日～ 年 月 日
<p>評価基準</p> <p>2点：監査項目を実施している。 1点：監査項目を一部実行しており、2点・0点いずれでもない。 0点：監査項目を実施していない。 NA：該当しない。 ※折換事項は備考欄に記載。</p>			
No.	監査項目	評価	備考
1	黒のボールペンを用い、鉛筆による記載はしない。		
2	記載者のサイン漏れがない。		
3	訂正は二重線でを行い、訂正者の押印がある。		
4	余白には以下余白、空欄には斜線が引かれている。		
5	規定された用紙以外の記録の混入がない。		
6	入院診療計画書が他職種により入院後7日以内で作成されている。作成・交付されていない場合は、記事に理由を記載している。		
7	医師・看護士の押印、患者（家族）の署名がある。		
8	長期入院の場合は8ヶ月毎に入院診療計画書と中間サマリーを作成している。		
9	必要な事項について、説明と同意書・署名がある。		
10	転院・転居のリスクについて説明の記録がある。		
11	海老原病院内の評価が定期的に行われ、危険因子・海老原のある患者には計画の作成・実施・評価が行われている。		
12	入院時・退院時に、紹介元への連絡状が作成されている。		
13	退院時に医師サマリー（2週間以内）と看護サマリーが作成されている。		
14	他職種（栄養士・薬剤師）により栄養管理計画書が入院日に作成されている。やむを得ない事情の際は7日以内、その後毎月再評価。		
15	（検査・回復）SGAが入院後2日以内で作成されている。		
16	（検査・回復）栄養評価が入院後1週間以内に行われている。（栄養士）		
17	（検査・回復）他職種による栄養アセスメントの入力がある。（栄養士・看護師・ST 介入時はST）		
18	投薬チェック表の記載漏れ、投薬の有無不明がない。		
19	麻酔処方箋に医師の押印がある。		
20	麻酔の再開・廃棄等の記録がある。		
21	（回復）入院時・退院時の日常生活機能評価の記録がある。		
22	（検査）医療区分・重症者加算の取扱いとなる記録がある。		
23	医学管理科の指導内容の記載等、算定要件となる記録がある。		
24	在宅へ退院する患者に必要な指導を行った記録がある。		
25	退院後、訪問診療予定の患者へ、在宅診療計画書の作成と説明の記録、24時間連絡体制の説明の記録がある。		
合計点数		点 / 点	
得点率		%	

「自分のカルテが見てみたい」 長崎県医療安全相談センター（医療政策課内） 相談員 中川 洋美

日頃、医療相談を受けていますと、医師の病状説明を受ける患者さんは「先生が貴重な時間を削って説明をしてくれているから・・・」、「質問すると先生に文句を言っているようで・・・」と、質問を控えたり、曖昧なまま返事（同意したと受け取られる）をしてしまったという話をお聴きします。さらに、この不十分な理解と認識のズレを放っておくと、期待する結果が得られなかった場合に、「説明が違う」、「聞いていない」、「信用できない」等と発展し、「カルテ開示を求めたい」、或いは「カルテ開示を求めた」という相談もしばしば伺います。

患者さんと医療従事者間のコミュニケーション構築において、患者さん側に原因がある場合もありますが、今一度、説明責任を果たすという観点から「伝わりやすい言葉」とは何か考えてみたいと思います。

私たち相談員も、相談者の方が理解できているか反応を見ながら相談を進めますが、相談者の方が用いる言葉は理解できている言葉だと認識し、また、短時間で誤解なく説明を行うため、言い換えることなくこれらの専門用語を用いて話します。しかし、前述の相談例のように「言葉がわかりません」とは言い出せない患者さんがいるのも事実ですし、患者さんが発している言葉を患者さん自身が正しく理解しているとは限りません。

これらの専門用語に対する患者さんの認知度・理解度を調査・分析し、提言としてまとめられたものに、「国立国語研究所」公表の「病院のことは」をわかりやすくする提案”があります。そこでは、54項目の「病院のことは」を具体的にどのように言い換え、説明し、普及すれば良いのか、実例を挙げて説明されています。この提案は国立国語研究所のホームページ (<http://www.ninjal.ac.jp/byoin/>) からPDFでダウンロードできますし、更に医療現場で使いやすく編集されたものが書籍としても販売（「病院の言葉をわかりやすく－工夫の提案－」国立国語研究所「病院の言葉」委員会編著 勁草書房 2,100円）されています。下記に掲載許可を得たその一部を紹介しますが、興味のある方は、是非、ご一読いただき、院内で「正しく伝わる言葉」とは何か、今一度、見直していただければ幸いです。



－「病院の言葉」をわかりやすくする提案”人間文化研究機構国立国語研究所「病院の言葉」委員会 平成21年3月－

図3：入院時チェックシート（各病棟共通）

入院診療記録チェックシート 2/2			
ID:		患者氏名:	
診療科: 内科		病棟: 療養・回復期・緩和	
入院期間: 年 月 日～ 年 月 日			
: 算定等に必要書類			
チェック項目	チェック内容	確認日	サイン
入院診療計画書	電子カルテ添付 <input type="checkbox"/> 無添付コメント <input type="checkbox"/> 入院決定		
入院説明書 (他院)	電子カルテ添付 <input type="checkbox"/> なし		
診療情報提供書 (他院)	電子カルテ添付 <input type="checkbox"/> 重複記載		
診療録1等用紙	病名 <input type="checkbox"/> 主病名 <input type="checkbox"/> 理由看護士		
入院時連絡	郵送		
偏離併用療養費の取扱い	<input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> ケア用品		
栄養管理計画書	入院後7日以内 <input type="checkbox"/> 他職種コメント		
栄養評価 (検査・回復期)	入院後2日以内		
出来高算定項目の算定要件	<input type="checkbox"/> 記録 <input type="checkbox"/> 書類		
当院フォロー在宅療養	在宅診療計画書 <input type="checkbox"/> 24時間連絡体制説明 <input type="checkbox"/> 在宅療養指導管理 <input type="checkbox"/> 指導なし		
診療録1等用紙	病名 <input type="checkbox"/> 転院		
入院サマリー 医師	退院後2週間以内		
退院サマリー 看護師	郵送		
退院サマリー 看護師	<input type="checkbox"/> 退院時 <input type="checkbox"/> 1ヶ月毎・変更時・連絡時		
看護計画評価	<input type="checkbox"/> (回復期) 1ヶ月毎・変更時・連絡時 <input type="checkbox"/> (緩和) 1週間毎・変更時・連絡時		
看護計画評価	<input type="checkbox"/> 毎月評価・作成		
リハビリテーション処方箋	<input type="checkbox"/> 3ヶ月毎 <input type="checkbox"/> 変更時 <input type="checkbox"/> 指示なし		
リハビリテーション評価書	<input type="checkbox"/> 1ヶ月 (回復期) <input type="checkbox"/> 3ヶ月毎 (療養・緩和)		
リハビリテーション実施計画書	<input type="checkbox"/> 毎月 <input type="checkbox"/> 説明者署名 <input type="checkbox"/> 患者署名		
看護記録	<input type="checkbox"/> 1ヶ月毎 <input type="checkbox"/> 1週間毎 <input type="checkbox"/> 1ヶ月毎・サイン		
看護計画評価	<input type="checkbox"/> 3ヶ月毎 <input type="checkbox"/> 施行なし		
ゼリー使用同意書	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 使用なし		
摂食嚥下療法実施記録	<input type="checkbox"/> 実施記録 <input type="checkbox"/> 施行なし		
リハカンファ記録 (回復期)	<input type="checkbox"/> 毎月作成		
退院支援カンファ記録 (療養)	電子カルテ添付 <input type="checkbox"/> 加算なし		
注射薬処方箋	押印 <input type="checkbox"/> なし		
麻酔処方箋 (注射・吸入)	<input type="checkbox"/> 押印 <input type="checkbox"/> 患者署名 <input type="checkbox"/> なし		
麻酔処方箋 (麻酔)	<input type="checkbox"/> 毎月作成 <input type="checkbox"/> 電子カルテ添付		
日常生活機能評価 (回復期)	<input type="checkbox"/> 評価 <input type="checkbox"/> 記事添付		
退院後算定の記録 (療養)	<input type="checkbox"/> 評価 <input type="checkbox"/> 記事添付 <input type="checkbox"/> 加算なし		
在宅1ヶ月継続見込記録 (療養)	<input type="checkbox"/> かかりつけ医連絡書添付 <input type="checkbox"/> 在宅以外		

図4：入院時チェックシート（回復期病棟用）

入院診療記録チェックシート 1(回復期)/2			
ID:		患者氏名:	
診療科: 内科		病棟: 4層病棟	
入院期間: 年 月 日～ 年 月 日			
: 診療報酬の算定に必要な書類			
チェック項目	チェック内容	完了日	サイン
入院診療計画書	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> Dr. Ms. 押印・患者署名		
看護記録基礎データ (入院時)	<input type="checkbox"/> 看護計画のためのアセスメント		
転院転居の危険性 (看護計画)	<input type="checkbox"/> 説明者署名 <input type="checkbox"/> 患者署名		
自立支援システムパス	<input type="checkbox"/> 説明者署名 <input type="checkbox"/> 患者署名		
看護計画	<input type="checkbox"/> 説明者署名 <input type="checkbox"/> 患者署名		
日常生活機能評価・看護必要度A項目	<input type="checkbox"/> 評価 <input type="checkbox"/> 記事添付		
SGA	<input type="checkbox"/> 入力 (入院後2日以内)		
説明・同意書類	<input type="checkbox"/> あじさいネット説明同意書 <input type="checkbox"/> 利用なし		
	<input type="checkbox"/> おむつ使用承諾書 <input type="checkbox"/> 利用なし		
	<input type="checkbox"/> ケア用品購入承諾書 <input type="checkbox"/> 利用なし		
	<input type="checkbox"/> 心肺発生説明同意書 <input type="checkbox"/> なし		
	<input type="checkbox"/> 身体拘束説明同意書 <input type="checkbox"/> なし		
看護記録基礎データ (初期カンファまでに)	<input type="checkbox"/> 記入確認・変更は斜線 <input type="checkbox"/> 説明者署名 <input type="checkbox"/> 患者署名		
看護アセスメント表	<input type="checkbox"/> 初期作成		
口腔ケアアセスメント	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
栄養アセスメントシート	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
倫理的課題チェックリスト	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
栄養アセスメント	<input type="checkbox"/> 栄養士 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> ST (介入時)		
地域連携診療計画書 (連携パス)	<input type="checkbox"/> 説明者署名 <input type="checkbox"/> 患者署名 <input type="checkbox"/> なし		
中間サマリー (看護師)	<input type="checkbox"/> 記載者署名 <input type="checkbox"/> なし		
リハビリカンファレンス記録	<input type="checkbox"/> 毎月作成		
投薬チェック表	<input type="checkbox"/> サイン <input type="checkbox"/> 訂正印		
注射薬処方箋	<input type="checkbox"/> サイン <input type="checkbox"/> 残薬返却記録 <input type="checkbox"/> なし		
麻酔処方箋	<input type="checkbox"/> サイン <input type="checkbox"/> 残薬返却記録 <input type="checkbox"/> なし		
日常生活機能評価	<input type="checkbox"/> 評価 <input type="checkbox"/> 記事添付		
看護計画評価	<input type="checkbox"/> 退院時の評価 <input type="checkbox"/> 退院後算定の記録		
退院後算定の記録 - 在宅診療計画	<input type="checkbox"/> 記載者署名 <input type="checkbox"/> なし		
退院サマリー (看護師)	<input type="checkbox"/> 記載者署名		

表1：「認知率が60%以上の言葉の認知率と理解率の差」 7～9頁から一部抜粋

言葉	認知度	理解率	認知率と理解率の差
ショック	94.9%	43.4%	51.0
肺水腫	74.4%	27.9%	46.5
ウイルス	99.7%	64.6%	35.1
ガイドライン	89.6%	57.0%	32.6
介護老人保健施設	89.3%	59.6%	29.7
腫瘍	99.1%	76.0%	23.1
炎症	98.4%	77.4%	21.0
心筋梗塞	99.2%	80.2%	19.0
インフルエンザ	99.8%	81.5%	18.3
対症療法	63.5%	48.2%	15.3
化学療法	91.5%	77.3%	14.2
狭窄	65.0%	53.5%	11.5
セカンドオピニオン	80.8%	71.5%	9.3
カテーテル	91.3%	82.3%	9.0
抗生剤	79.3%	72.8%	6.5
既往歴	73.2%	71.8%	1.4
CT	84.8%	83.5%	1.3
MRI	92.7%	87.5%	5.2

* 上記、認知度・理解度に現れないものとして、例えばCTとMRIを比較した場合のMRIの方が全てにおいて優れていると誤解している人がいること等があげられます。(116頁一部抜粋)

* 上記データの記事掲載については、予め「人間文化研究機構国立国語研究所」の掲載許可を受けています。

診療記録監査用紙（診療部医師用）

実施日： 年 月 日

監査者	診療情報管理委員会		委員名：
患者情報	ID	氏名	入院期間 年 月 日 ~ 年 月 日

- 評価基準 -

2点：監査項目を実施している。 1点：監査項目を一部実行しており、2点・0点いずれでもない。
 0点：監査項目を実施していない。 NA：該当しない。 指摘事項は備考欄に記載。

	No	監査項目	評価	備考
一般的事項	1	患者・家族が読んでも理解できるように、わかりやすく記載されている。		
	2	主病名、傷病名、開始日、転帰、終了日が記載されている。		
診療計画書	3	入院診療計画書の記載が適切であり（*病名、症状、診療計画、内容及び日程、推定される入院期間）、説明・同意の上交付されている。		
	4	転棟時、計画に変更があった時、また長期入院の場合は適宜計画の見直しを行い、診療計画書が作成され、説明・同意の上交付されている。		
経過記録	5	入院時の記録がある。 *主訴、現病歴、既往歴、家族歴、全身所見の記載がある。		
	6	医師は患者の問題を把握し、記録している。		
	7	医学的な入院の必要性が記載され、評価されている。		
	8	診療経過や評価が記載されている。		
	9	観察所見・検査内容の客観的データが記載されている。		
	10	客観的データに基づいて評価が記載されている。		
	11	治療計画が記載されている。		
検査	12	治療結果についての評価が記載されている。		
	13	侵襲を伴う検査の説明及び同意がある。		
説明同意	14	画像診断所見・検査所見が記載されている。		
	15	患者や家族に説明した場合（電話での対応も含め）、説明者・日時・相手方・同席者・説明内容・質問と回答が書かれている。		
サマリー	16	退院サマリーが退院後2週間以内に作成されている。		
	17	サマリーに入院の理由が記載されている。		
	18	入院中に実施された治療の内容・経過が記載されている。		
	19	フォローアップ方法が記載されている。		

合計点数 点 / 点
 得点率 %

看護記録監査用紙

NO1

合計	/
----	---

監査日
 監査者
 受持看護師

年 月 日

患者名

		評価	コメント
看護記録基礎データ	1	アセスメント作成日が記載されているか	
	2	記録者が記載されているか	
	3	アセスメント理由がチェックされているか	
	4	部屋番号・患者氏名・年齢・生年月日・住所が記載されているか	
	5	スクリーニング項目の1から15までの項目がチェックされているか	
	6	保険種別についてチェックされているか	
	7	身体障害者手帳についてチェックされているか	
	8	所得区分についてチェックされているか	
	9	入院日が記載されているか	
	10	身長・体重が記載されているか	
	11	かかりつけ医が記載されているか	
	12	紹介病院、主治医名が記載されているか	
	13	病名が記載されているか	
	14	既往歴が記載されているか	
	15	病歴が簡潔に記載されているか	
	16	生活歴が簡潔に具体的に記載されているか	
	17	治療内容が記載されているか	
	18	まとめ・問題点が記載されているか	
	19	まとめ・問題点の対応者が記載されているか	
	20	精神機能についてチェックされているか	
	21	必要時、問題行動・気分変容についてチェックされているか	
	22	精神機能についてまとめ・問題点が記載されているか	
	23	まとめ・問題点の対応者が記載されているか	
	24	視聴覚についてチェックされているか	
	25	まとめ・問題点の対応者が記載されているか	
	26	日常生活動作についてチェックされているか	
	27	看護職員による機能回復訓練が記載されているか。	
	28	口腔・嚥下機能	
	29	褥瘡がある場合、記載があるか	
	30	まとめ・問題点が記載されているか	
	31	まとめ・問題点の対応者が記載されているか	
合計			

<評価基準> 2点：監査項目を実施している。 1点：監査項目を一部実行しており、2点・0点いずれでもない。 0点：監査項目を実施していない。 NA:該当しない。

看護記録手順に沿って監査する。

H. 24. 4月作成 記録委員会

H. 26. 7月改訂 記録委員会

医療法人仁寿会 南野病院 看護部

			評価	コメント
看護記録基礎データ	31	退院後のサービスと意向についての項目がチェックされているか		
	32	まとめ・問題点が記載されているか		
	33	家族構成・退院後の主たる介護者について記載があるか		
	34	同居家族の記載があるか		
	36	家族構成図の記載があるか		
	37	主介護者について記載があるか		
	38	まとめ・問題点が記載されているか		
	39	社会的機能と日常についてチェックされているか		
	40	まとめ・問題点が記載されているか		
	41	住居環境についてチェックされているか		
	42	まとめ・問題点が記載されているか		
	43	支援体制・社会資源利用状況についてチェックされているか		
	44	まとめ・問題点が記載されているか		
	45	説明年月日、説明者、患者もしくは代理人の署名があるか		
合計				

看護目標	1	看護目標（方針）が記載されているか		
	2	実現可能な表現であるか		
	3	医師の方針が記載されているか		
看護問題	1	入院日に記載されているか		
	2	看護問題は情報収集したものから患者の問題を的確にとらえられているか		
	3	看護問題にナンバリングがしているか		
	4	看護問題立案日が記録されているか		
計画看護	1	看護計画は具体的で実行可能なケア内容が記録されているか		
評価	1	看護問題毎に評価予定日が設定されているか		
	2	評価予定日1週間前後に評価が出来ているか		
	3	評価が電子カルテの記録に記録されているか		
	4	看護目標に対する評価がなされているか		
合計				

機械的監査	1	筆記用具の選択は適切に行われているか		
	2	字は丁寧で読みやすく記録されているか（誤字・脱字の有無）		
	3	訂正は適切に行われているか		
	4	用語、略語は適切に記録されているか		
	5	日時、サイン漏れはないか		
合計				

指導日	指導内容
	受持Nsサイン
	指導者サイン

診療記録監査用紙（リハビリテーション科）

実施日： 年 月 日

監査者	診療情報管理委員会		委員名：
患者情報	ID	氏名	入院期間 年 月 日～ 年 月 日

- 評価基準 -

2点：監査項目を実施している。 1点：監査項目を一部実行しており、2点・0点いずれでもない。
 0点：監査項目を実施していない。 NA：該当しない。 指摘事項は備考欄に記載。

	No.	監査項目	評価	備考
一般事項	1	黒のボールペンを用い、鉛筆等（フリクションボールペン）による記載はしない。		
	2	記載者のサイン漏れがない。		
	3	訂正は二重線で行い、訂正者の押印がある。（修正テープ不可）		
	4	余白には以下余白、空欄には斜線が引かれている。		
	5	規定された用紙以外の記録の混入がない。		
処方箋	6	リハビリテーション開始日に作成されている。		
	7	主治医の押印がある。		
	8	長期入院の場合は3ヶ月毎に作成している。		
総合実施計画書	9	各項目に記載漏れがない。		
	10	説明者のサインがある。		
	11	患者もしくは家族の署名がある。		
	12	治療計画3・4にFIMの記入がある。		
	13	治療計画4の機能回復訓練欄に記入がある。		
	14	1回/月に作成されている。		
摂食計画書	15	各項目に記載漏れがない。		
	16	説明者のサインがある。		
	17	患者もしくは家族の署名がある。		
	18	長期入院の場合は3ヶ月毎に作成されている。		
実施記録	19	実施記録は入院月より毎月作成されている。		
	20	入院時・退院前・退院時指導記録が作成されている。		
その他	21	入退院審査会議事録にセラピストの記録がある。		
	22	（療養・回復、ST介入時）栄養アセスメントにSTの記録がある。		
総評				

合計点数 点 / 点
 得点率 %

診療記録監査用紙

実施日： 年 月 日

監査者	診療情報管理委員会 事務部 委員名：		
患者情報	ID	氏名	入院期間 年 月 日～ 年 月 日

- 評価基準 -

2点：監査項目を実施している。 1点：監査項目を一部実行しており、2点・0点いずれでもない。

0点：監査項目を実施していない。 NA：該当しない。 指摘事項は備考欄に記載。

	No.	監査項目	評価	備考
一般事項	1	黒のボールペンを用い、鉛筆による記載はしない。		
	2	記載者のサイン漏れがない。		
	3	訂正は二重線で行い、訂正者の押印がある。		
	4	余白には以下余白、空欄には斜線が引かれている。		
	5	規定された用紙以外の記録の混入がない。		
診療計画書	6	入院診療計画書が他職種により入院後 7 日以内に作成されている。作成・交付されていない場合は、記事に理由を記載している。		
	7	医師・看護師の押印、患者（家族）の署名がある。		
	8	長期入院の場合は 3 ヶ月毎に入院診療計画書と中間サマリーを作成している。		
看護記録	9	必要な事項について、説明と同意書・署名がある。		
	10	転倒・転落のリスクについて説明の記録がある。		
	11	褥瘡危険因子の評価が定期的に行われ、危険因子・褥瘡のある患者には計画の作成・実施・評価が行われている。		
サマリー	12	入院時・退院時に、紹介元への連絡状が作成されている。		
	13	退院時に医師サマリー（2 週間以内）と看護サマリーが作成されている。		
栄養の記録	14	他職種（栄養士・薬剤師）により栄養管理計画書が入院日に作成されている。やむを得ない事情の時は 7 日以内。その後毎月再評価。		
	15	（療養・回復）SGA が入院後 2 日以内に作成されている。		
	16	（療養・回復）栄養評価が入院後 1 週間以内に行われている。（栄養士）		
	17	（療養・回復）他職種による栄養アセスメントの入力がある。（栄養士・看護師・ST 介入時は ST）		
投薬	18	投薬チェック表の記載漏れ、投薬の有無不明がない。		
	19	麻薬処方箋に医師の押印がある。		
	20	麻薬の残薬返却・廃棄等の記録がある。		
その他	21	（回復）入院時・退院時の日常生活機能評価の記録がある。		
	22	（療養）医療区分・重症者加算の根拠となる記録がある。		
	23	医学管理料の指導内容の記載等、算定要件となる記録がある。		
	24	在宅へ退院する患者に必要な指導を行った記録がある。		
	25	退院後、訪問診療予定の患者へ、在宅医療計画書の作成と説明の記録、24 時間連絡体制の説明の記録がある。		

合計点数 点 / 点
得点率 %

ID :	患者氏名 :
診療科 : 内科	病棟 : 療養 ・ 回復期 ・ 緩和
入院期間 :	年 月 日 ~ 年 月 日

■ : 算定等に必要書類

		チェック項目	チェック内容	確認日	サイン
入院時	FM	入院時審査会記録	各職種コメント 入退院判定	年 月 日	
	電	退院証明書(他院)	電子カルテ添付 なし		
	紙	診療情報提供書類(他医)	電子カルテ添付 重複破棄		
	紙	診療録1号用紙	疾病名 主治医 担当看護師		
	電	入院時返書	郵送		
一週目	紙	保険外併用療養費の同意書	おむつ 口腔ケア用品	年 月 日	
	電	栄養管理計画書	入院後7日以内 他職種コメント		
	電	栄養評価(療養・回復期)	入院後7日以内		
退院時	電	出来高算定項目の算定要件	記事 書類	年 月 日	
	紙	当院フォロー在宅療養	在宅診療計画書 24時間連携体制説明 在宅療養指導管理 指導なし		
診療録管理室確認欄	紙	診療録1号用紙	疾病名 転帰	年 月 日	
	電	入院サマリー 医師	退院後2週間以内		
	電	退院時返書	郵送		
	紙	退院サマリー 看護師	退院時		
	電	看護計画評価	(療養)1ヶ月毎・変更時・退棟時		
			(回復期)1ヶ月毎・変更時・退棟時		
			(緩和)1週間毎・変更時・退棟時		
	電	褥瘡対策診療計画書	毎月評価・作成		
	紙	リハビリテーション処方箋	3ヶ月毎 変更時 指示なし		
	紙	リハビリテーション評価票	毎月(回復期) 3ヶ月毎(療養・緩和)		
	紙	リハビリテーション実施計画書	毎月 説明者署名 患者署名		
	紙	実施記録	実施記録 施行なし		
	紙	連携パス書類	有・記載年月日・サイン パスなし		
	紙	嚥下機能評価計画書	3ヶ月毎 施行なし		
	紙	ゼリー使用同意書	有 使用なし		
	紙	摂食機能療法実施記録	実施記録 施行なし		
	FM	リハカンファ記録(回復期)	毎月作成		
	電	退院支援カンファ記録(療養)	電子カルテ添付 加算なし		
	紙	注射薬処方箋	実施印 なし		
	紙	麻薬処方箋(注射・投薬)	印 残薬返却・廃棄等の記録 なし		
電	医療区分・ADL区分評価表(療養)	毎月作成・電子カルテ添付			
電	入・退院時の日常生活機能評価 看護必要度A項目(回復期)	評価 記事添付			
電	重症者加算の記録(療養)	評価 記事添付 加算なし			
電	在宅1ヶ月継続見込確認(療養)	訪問記事 かかりつけ医確認書類添付 在宅以外			

記載全体

鉛筆書き・付箋チェック(必要ないものは外すか消す。必要ならペンで記入)

修正方法チェック(二重線で抹消の上、押印)

規定以外の用紙混入チェック(カルテの綴じ方以外は外す。)

他患者の記録混入チェック

事務サイン

確認年月日: 年 月 日 診療情報管理室長サイン欄:

入院診療録チェックシート 1(療養)/2

ID:	患者氏名:
診療科: 内科	病棟: 3階病棟
入院期間:	年 月 日 ~ 年 月 日

：診療報酬の算定に必要な書類

	チェック項目	チェック内容	完了日	サイン
入院時	紙 入院診療計画書	有 Dr.Ns.捺印・患者署名 無 経過記録に理由記載済	年 月 日	
	電 超重症者・準超重症者の判定基準	FMに評価入力 記事添付 該当なし		
	紙 看護記録基礎データ(入院時)	看護計画のためのアセスメント		
	紙 転倒転落の危険性(看護計画)	説明者署名 患者署名		
	紙 自立支援システムパス	説明者署名 患者署名		
	電 看護計画	説明者署名 患者署名		
	紙 褥瘡対策診療計画書	初回作成		
	電 SGA	入力(入院後2日以内)		
説明と同意	紙 説明・同意書類	あじさいネット説明同意書 利用なし おむつ使用承諾書 利用なし 口腔ケア用品購入承諾書 利用なし 心肺蘇生説明同意書 なし 身体拘束説明同意書 なし	年 月 日 年 月 日 年 月 日 年 月 日 年 月 日	
	紙 看護記録基礎データ(初回カンファまでに)	記入確認・空欄は斜線 説明者署名 患者署名	年 月 日	
	紙 口腔ケアアセスメント	あり なし		
	紙 排泄アセスメント表(必要時)	あり なし		
	紙 服薬アセスメントシート	あり なし	年 月 日	
入院後1週()月()日	紙 倫理的課題チェックリスト	あり なし	年 月 日	
	電 栄養アセスメント	栄養士 看護師 ST(介入時)	年 月 日	
退院調整	紙 退院支援計画書(初回)	患者署名 カルテ添付 なし	年 月 日	
	紙 退院支援計画書(変更時)	患者署名 カルテ添付 なし	年 月 日	
	電 退院支援カンファ記録	電子カルテ添付 なし	年 月 日	
	紙 介護支援連携指導書(初回)	患者署名 カルテ添付 なし	年 月 日	
	紙 " (2回目)	患者署名 カルテ添付 なし	年 月 日	
退院前	紙 投薬チェック表	サイン 訂正印	年 月 日	
	紙 注射薬処方箋	サイン 残薬返却記載 なし		
	紙 麻薬処方箋	サイン 残薬返却記載 なし		
	電 看護計画評価	退院時の評価		
	紙 退院療養・在宅医療計画書	患者署名 なし		
	紙 退院サマリー(看護師)	記載者の署名		

記載全体

鉛筆書き・付箋チェック(必要ないものは外すか消す。診療録に綴じるものはペンで記入。)

修正方法チェック(二重線で抹消の上、押印。修正テープは使用しない。)

規定以外の用紙混入チェック(ポケットの書類は綴じるか破棄。カルテの綴じ方がないものは外す。)

他患者の記録混入チェック

病棟サイン

確認年月日: 年 月 日 看護部長サイン欄:

入院診療録チェックシート 1(回復期)/2

ID:	患者氏名:
診療科: 内科	病棟: 4階病棟
入院期間:	年 月 日 ~ 年 月 日

：診療報酬の算定に必要な書類

		チェック項目	チェック内容	完了日	サイン	
入院時	紙	入院診療計画書	有 Dr.Ns.捺印・患者署名 無 経過記録に理由記載済	年 月 日		
	紙	看護記録基礎データ(入院時)	看護計画のためのアセスメント			
	紙	転倒転落の危険性(看護計画)	説明者署名 患者署名			
	紙	自立支援システムパス	説明者署名 患者署名			
	電	看護計画	説明者署名 患者署名			
	電	日常生活機能評価・看護必要度A項目	評価・記事添付			
	電	SGA	入力(入院後2日以内)			
説明と同意	紙	説明・同意書類	あじさいネット説明同意書 利用なし おむつ使用承諾書 利用なし 口腔ケア用品購入承諾書 利用なし 心肺蘇生説明同意書 なし 身体拘束説明同意書 なし	年 月 日		
	入院後1週間()月 日	紙	看護記録基礎データ(初回カンファまでに)	記入確認・空欄は斜線 説明者署名 患者署名	年 月 日	
		紙	褥瘡対策診療計画書	初回作成	年 月 日	
		紙	口腔ケアアセスメント	あり なし	年 月 日	
		紙	排泄アセスメント表	あり なし	年 月 日	
紙		服薬アセスメントシート	あり なし	年 月 日		
紙		倫理的課題チェックリスト	あり なし	年 月 日		
電		栄養アセスメント	栄養士 看護師 ST(介入時)	年 月 日		
紙	地域連携診療計画書(連携パス)	説明者署名 患者署名 なし	年 月 日			
/	紙	中間サマリー(看護師)	記載者署名 なし	年 月 日		
退院前	FM	リハビリカンファレンス記録	毎月作成	年 月 日		
	紙	投薬チェック表	サイン 訂正印	年 月 日		
	紙	注射薬処方箋	サイン 残薬返却記載 なし			
	紙	麻薬処方箋	サイン 残薬返却記載 なし			
	電	日常生活機能評価	評価・記事添付			
	電	看護計画評価	退院時の評価			
	紙	退院療養計画書・在宅診療計画	患者署名 なし			
	紙	退院サマリー(看護師)	記載者の署名			
			年 月 日			

記載全体

鉛筆書き・付箋チェック(必要ないものは外すか消す。診療録に綴じるものはペンで記入。)

修正方法チェック(二重線で抹消の上、押印。修正テープは使用しない。)

規定以外の用紙混入チェック(ポケットの書類は綴じるか破棄。カルテの綴じ方がないものは外す。)

他患者の記録混入チェック

病棟サイン

確認年月日: 年 月 日 看護部長サイン欄:

入院診療録チェックシート 1(緩和)/2

ID :	患者氏名 :
診療科 : 内科	病棟 : 5階病棟
入院期間 :	年 月 日 ~ 年 月 日

：診療報酬の算定に必要な書類

		チェック項目	チェック内容	完了日	サイン
入棟時	紙	入院診療計画書	有 Dr.Ns.捺印・患者(家族)署名 無 経過記録に理由記載済	年 月 日	
	紙	看護記録基礎データ(入院時)	看護計画のためのアセスメント		
	紙	転倒転落の危険性(看護計画)	説明者署名 患者署名		
	紙	自立支援システムパス	説明者署名 患者署名		
	電	看護計画	説明者署名 患者署名		
説明と同意	紙	説明・同意書類	緩和ケア病棟入院申込同意書 なし あじさいネット説明同意書 利用なし おむつ使用承諾書 利用なし 口腔ケア用品購入承諾書 利用なし	年 月 日 年 月 日 年 月 日 年 月 日	
	紙	看護記録基礎データ (初回カンファまでに)	記入確認・空欄は斜線 説明者署名 患者署名	年 月 日	
	紙	褥瘡対策診療計画書	初回作成		
	紙	口腔ケアアセスメント	あり なし		
入院後→週間()	紙	服薬アセスメントシート	あり なし	年 月 日	
	紙	TOTAL PAIN	患者氏名 記載者氏名 記入日時	年 月 日	
	紙	STAS-J	患者氏名 記載者氏名 記入日時	年 月 日	
退院前・退院時	紙	LCP 看取りに関するクリティカルパス	LCP の使用基準 セクション1 セクション2 セクション3	なし	年 月 日
	紙	投薬チェック表	サイン 訂正印		
	紙	注射薬処方箋	サイン 残薬返却記載	なし	
	紙	麻薬処方箋	サイン 残薬返却記載	なし	
	電	看護計画評価	退院時の評価		
	紙	退院療養・在宅医療計画書	患者署名	なし	年 月 日
	紙	退院サマリー(看護師)	記載者の署名	年 月 日	

記載全体

鉛筆書き・付箋チェック(必要ないものは外すか消す。診療録に綴じるものはペンで記入。)

修正方法チェック(二重線で抹消の上、押印。修正テープは使用しない。)

規定以外の用紙混入チェック(ポケットの書類は綴じるか破棄。カルテの綴じ方ないものは外す。)

他患者の記録混入チェック

病棟サイン

確認年月日： 年 月 日 看護部長サイン欄：