

診療記録監査を実施して

日本赤十字社和歌山医療センター 管理局 業務部 医療情報管理課

西岡 直子, 勝山 聡, 中西 由貴

索引用語：診療記録監査, 医師法, 医療法, 医療法施行規則,
診療情報管理士 (Health Information Managers)

要 旨

診療記録は、患者さんに対してどのような医療が提供されたのか、誰が見てもわかるものでなければならない。本センターの診療記録の現状はどうかを知るために、オーダリング・電子カルテ等システム運営委員会において診療記録監査実施を決定した。

監査は、医師部門・看護部門・リハビリテーション部門・薬剤部門・栄養課部門の各部門別に実施することとし、監査委員・監査方法・監査項目等の詳細については、診療記録監査小委員会を設置し、そこで協議検討を行った。定期的に診療記録の監査を実施することにより、診療記録の記載内容に向上が見られたことから、監査の成果が得られたといえる。詳細な監査結果をフィードバックして欲しいとの要望があり、電子カルテ上で閲覧可能としたことにより、今後更に記載内容が充実していくと思われる。監査実施後のアンケートからは、監査の重要性が理解されていることが伺える。ここでは、第1回～3回の医師部門について報告する。

背景および目的

本センターの診療記録の記載については、平成16年4月に本社から通達があった「診療記録の記載に関する指針について」に基づき行われていた。

平成20年に日本医療機能評価機構における病院機能評価 Ver5 受審に向け、本センターの「診療記録の記載に関する指針」(以下、指針という.)を作成し、本センターの診療記録の現状は指針に沿って記載されているかどうかを調べる事を目的に、診療記録監査(以下、監査とい

う.)を実施した。

平成21年9月、電子カルテシステム入替に伴い、指針を見直し改正を行った。また、診療記録内容をより充実させるために、監査を定期的に実施することを指針に盛り込んだ。

監査方法については、オーダリング・電子カルテ等システム運営委員会(以下、委員会という.)の下に診療記録監査小委員会(以下、小委員会という.)を設置し、そこで監査の詳細を協議し、委員会で運用を決定した。

今回、医師の記載内容が監査によってどのように変化が見られたのか、また監査実施後に行ったアンケートの結果について報告する。

(平成24年9月10日受付)(平成24年9月24日受理)
連絡先：(〒640-8558)

和歌山市小松原通四丁目20番地
日本赤十字社和歌山医療センター
医療情報管理課

西岡 直子

監査実施方法

小委員会メンバーは、診療科部長6名、診療科部副部長4名、看護部副部長1名、薬剤部副

部長，看護師長1名，リハビリテーション課長，栄養課課長補佐，臨床工学技術課課長補佐，医事課職員3名，診療情報管理士2名，医療情報管理課職員1名の計22名とした。小委員会では，監査委員，監査項目等詳細について協議し，下記のとおり実施する事を委員会で決定した。

〔監査委員〕

各診療科部長，各看護師長，小委員会委員

〔監査部門〕

医師部門，看護師部門，リハビリテーション部門，薬剤部門，栄養課部門

〔監査項目〕

各部門の監査項目については，それぞれの部門で決定

〔監査評価〕

下記の4段階評価とした。

『優』……第三者が見て，よく理解できる。

『良』……全ての項目に記載がある。

(本センターの基準とする。)

『可』……記載はあるが，不十分である。

『不可』……記載がない。

〔監査対象〕

監査対象期間中の在院日数が2日以上全退院患者数と各診療科の退院患者数の比率とするが，最低各診療科の所属医師数を監査対象とし，医療情報管理課において無作為に抽出した。

(参考)

$$\text{各診療科監査対象数} = \frac{\text{各診療科退院患者数}}{\text{全退院患者数 (在院日数2日以上)}} \times 200 \text{人} \quad (\text{監査実施目標数})$$

〔監査実施〕年2回

〔監査件数〕

第1回(平成22年8月実施)……158件

第2回(平成23年2月実施)……214件

第3回(平成23年8月実施)……219件

〔監査方法〕

電子カルテ及び入院患者ファイルを診療記録監査チェックシートにある監査項目に沿って監査する。

〔監査集計〕

医療情報管理課は，回収された診療記録監査チェックシートを集計後，小委員会及び委員会で報告する。

監査結果

診断名については，①-1「主病名の診断根拠の記載」(表1)，①-2「病名整理」(表2)とも『優』が増加し『不可』が減少したが，監査委員コメント(以下，コメントという。)は，『病名整理ができていない』が多い。初診時記録については，②-1「主訴・現病歴・既往歴/手術歴・アレルギーの記載」(表3)，②-2「診察所見の記載」(表4)とも『不可』が増加し，『優』が減少したが，『入院までの経過がない』というコメントが多い。この監査項目に対して『該当なし』が数例あり，監査委員の評価基準がどうなのか疑問が残る結果となった。入院診療計画書については，③-1「入院目的」(表5)，③-2「治療計画」(表6)，③-3「推定される入院期間」(表7)とも『可』が増加し，『不可』が減少したものの，入院診療計画書のこれらの項目は医療法及び医療法施行規則で記載が定められているため今後『可』が100%になるようにしなくてはならない。また，この項目は毎回悪い結果となっており，理由として入院目的が手術の場合は，入院目的=治療計画となるため記載がないと思われる。経過記録については，④-1『記載頻度』(表8)，④-2『アセスメントの記載』(表9)は，『良』が増加し，『可』が減少した。説明と同意については，⑤-1「説明と同意」(表10)，⑤-2「説明と同意(病状説明)」(表11)とも，『優』が増加し，『不可』が減少した。「退院時サマリ」(表12)については，月2回の督促を行い管理会議の議題としているにも関わらず『不可』があった。診療録管理体制加算を算定している以上，全退院患者の退院時サマリは必須である。

表1 ①-1診断名 主病名の診断根拠の記載

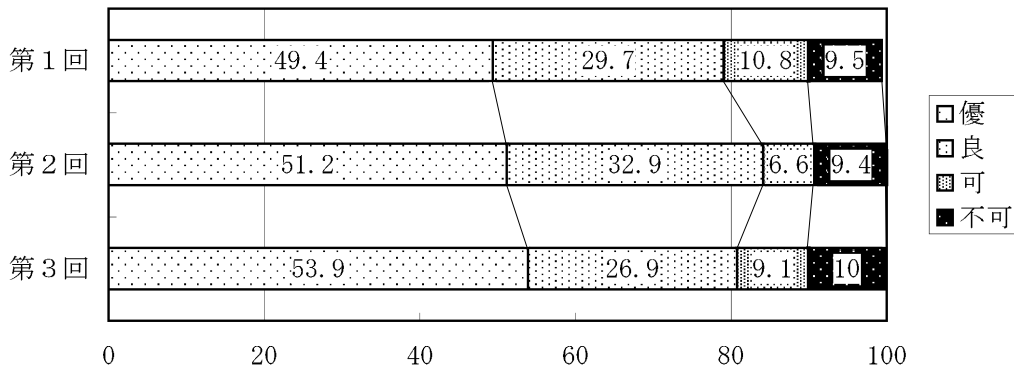


表2 ①-2診断名 病名整理

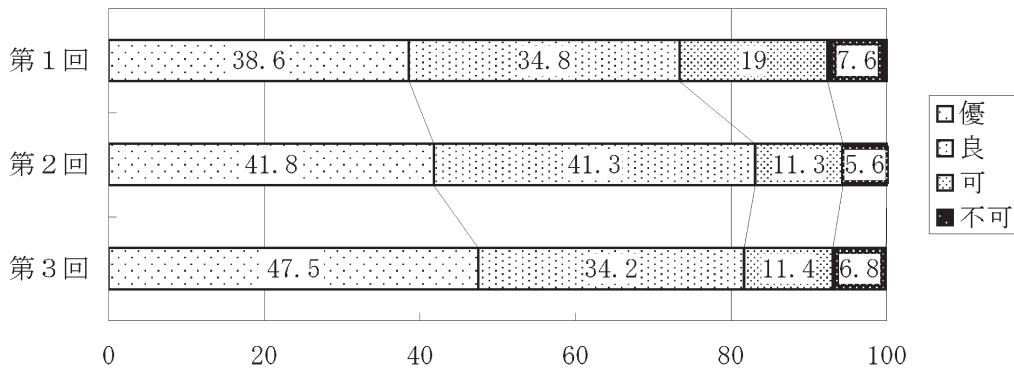


表3 ②-1初診時(入院時)記録 主訴・現病歴・既往症/手術歴・アレルギーの記載

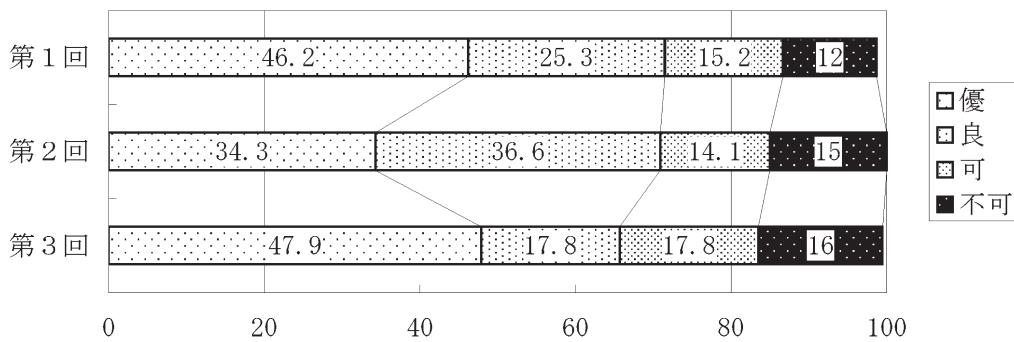


表4 ②-2初診時(入院時)記録 診察所見の記載

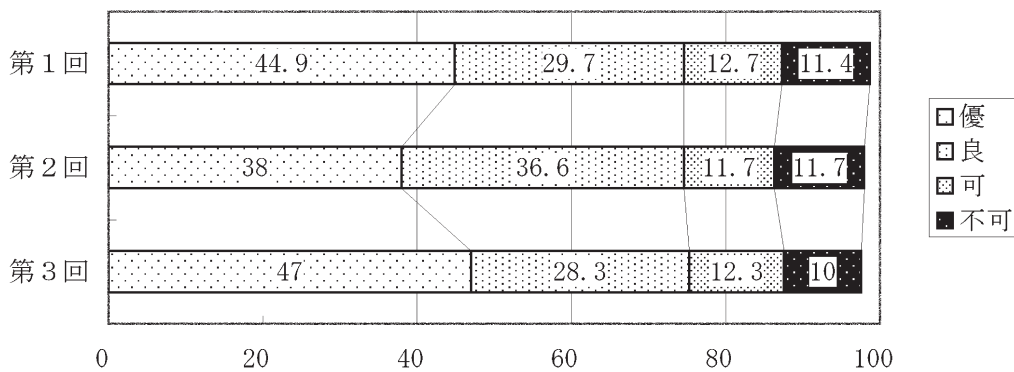


表5 入院診療計画書 入院目的

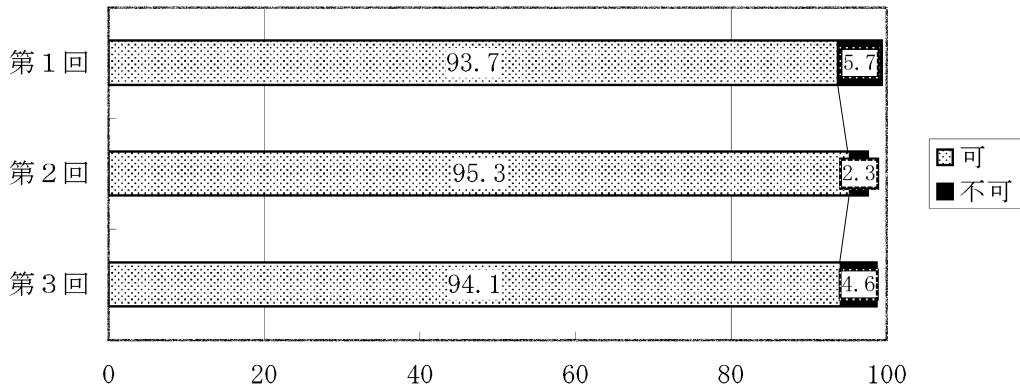


表6 入院診療計画書 治療計画

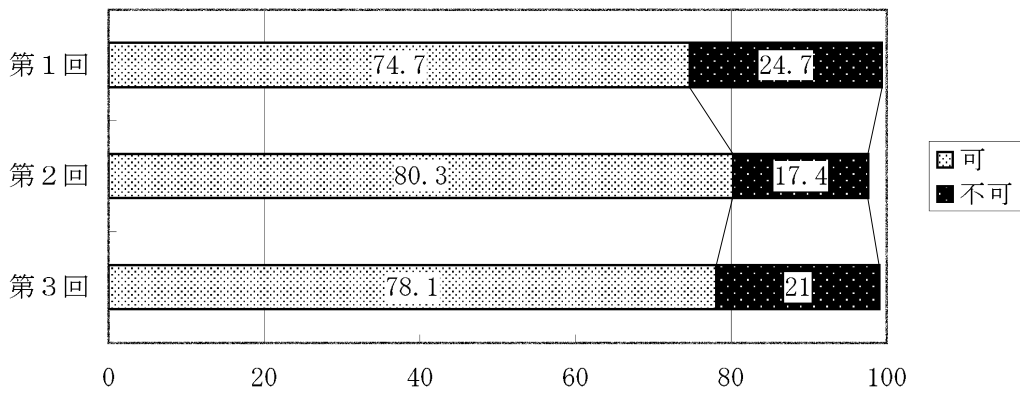


表7 入院診療計画書 推定される入院期間

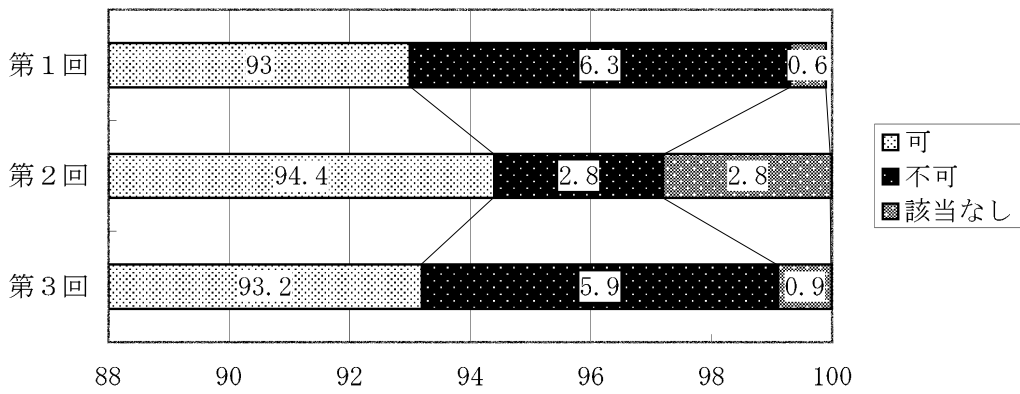


表8 ④-1記載頻度

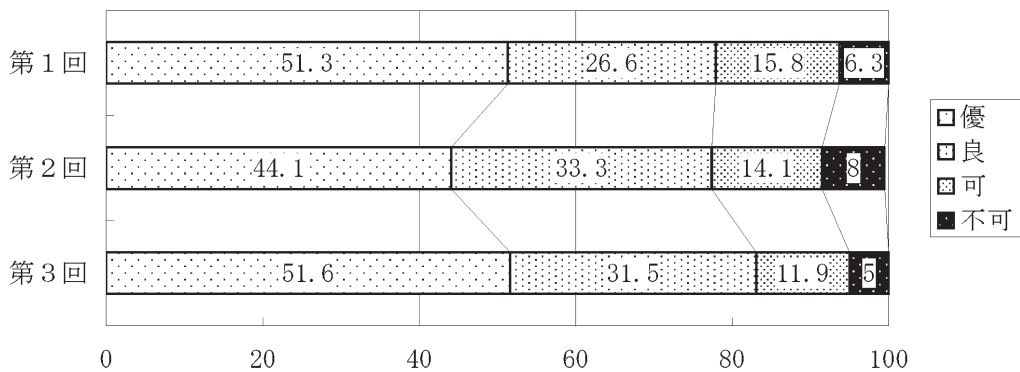


表 9 ④-2アセスメントの記載

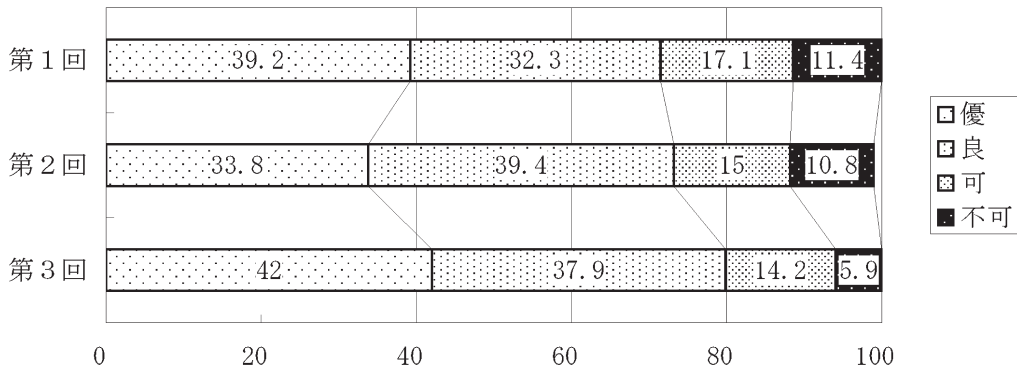


表 10 ⑤-1説明と同意

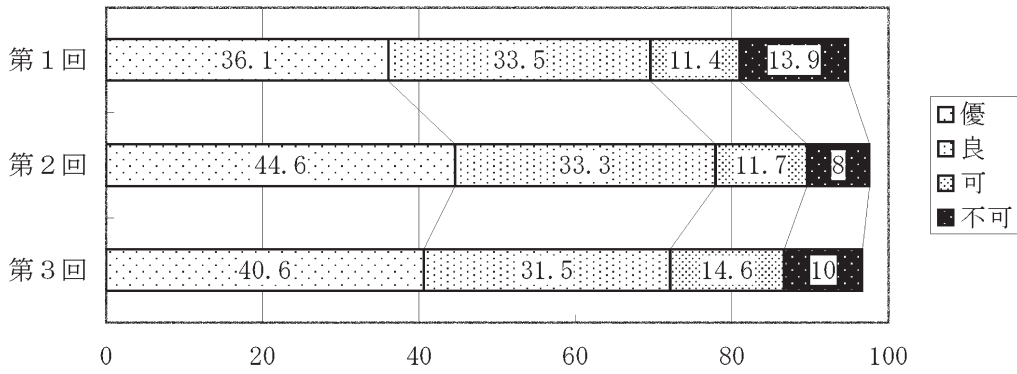


表 11 ⑤-2説明と同意 (病状説明)

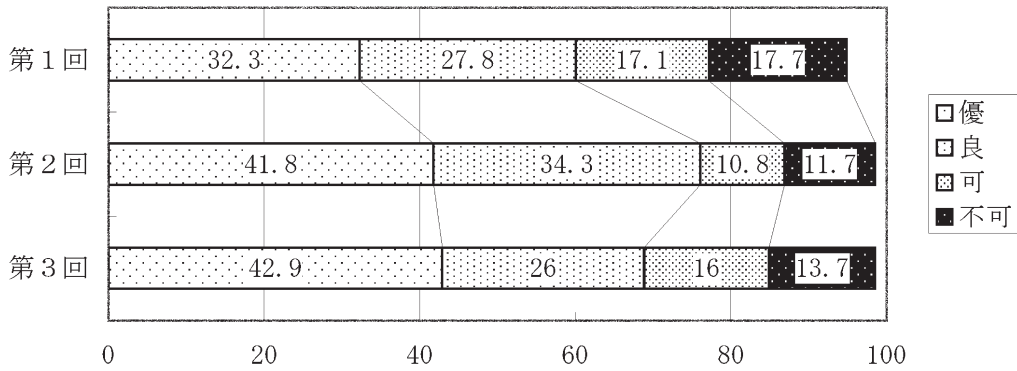
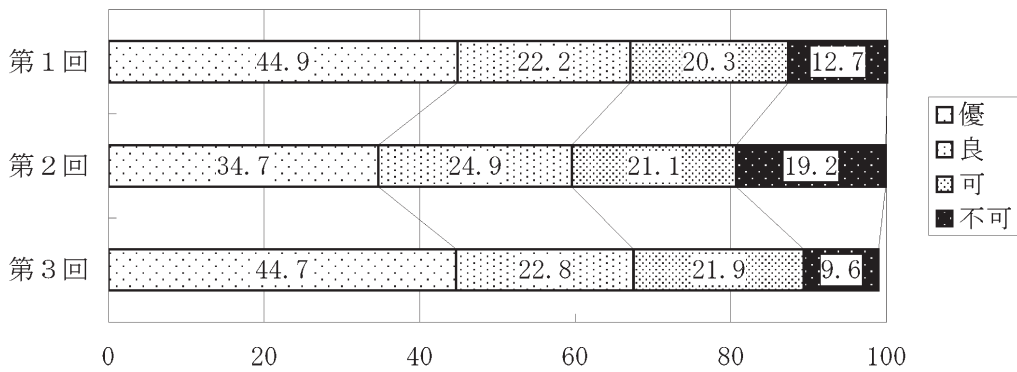


表 12 ⑥退院時サマリについて



第3回の監査終了後に各診療科部長に対して監査者コメントを含む詳細な監査結果を添付し、監査に対するアンケートを実施した。アンケートの結果、『第三者の立場で診療記録を見直すことができた』、『定期的実施することにより不備が改善される』等、監査に対する理解が得られていることがわかった。また、『「優」と「良」の定義が曖昧』、『電子カルテは、入院外来の区別がないので入院期間を監査対象にする」と外来部分に記載があっても全て不可になってしまうのは如何なものか』、『詳細な監査結果が知りたい』等の意見があった。これらについては、小委員会の検討課題とした。

第3回から、「優」4点、「良」3点、「可」2点、「不可」1点、「該当なし」2点と点数化し平均点を表示することにより、各診療科間の比較をできるようにした。

監査結果のフィードバック方法は、委員会及び管理会議で報告後、表13のように院内ホームページに公開しているが、これでは詳細な結果がわからず『不可』を改善する資料と言い難い。そこで、電子カルテのナビゲーションマップに新たに「監査」ボタンを設け、各診療科の詳細な監査結果を表14のように閲覧可能とした。このように、監査委員のコメントも閲覧可能とすることにより、どの部分が不備であった

表13

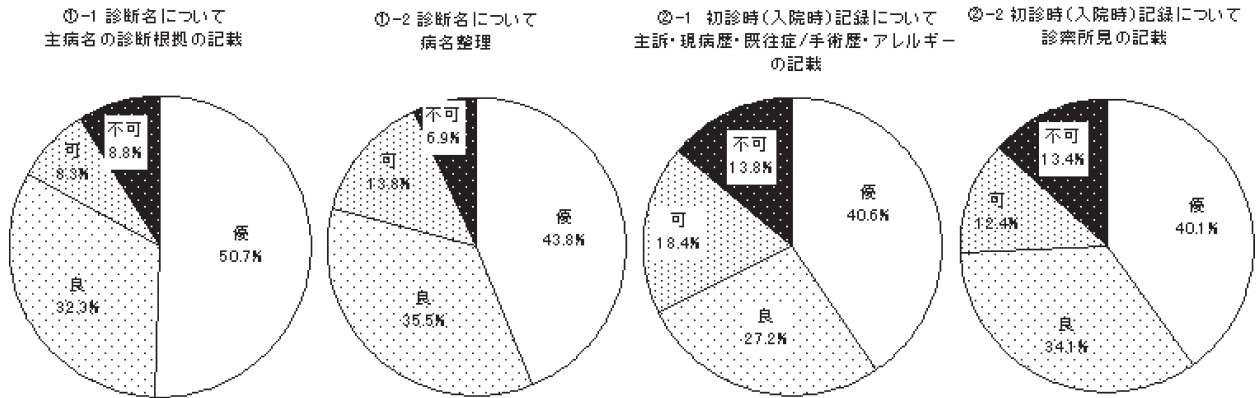


表14 平成23年度第1回監査結果(医師部門)

【診療記録監査項目】		【判定基準】																		
①-1 診断名について 主病名の診断根拠の記載	②-1 経過記録について 記録頻度	優(4点)...	第三者が見て、よく理解できる、良(3点)...																	
①-2 診断名について 病名整理	②-2 経過記録について アセスメントの記載	可(2点)...	記載はあるが、不十分である、不可(1点)...																	
②-1 初診時(入院時)記録について 主訴・現病歴・既往症/手術歴・アレルギーの記載	③-1 説明と同意(侵襲性のある検査・処置や手術、全てに必要)について 説明と同意	該当なし(2点)																		
②-2 初診時(入院時)記録について 診察所見の記載	③-2 説明と同意(侵襲性のある検査・処置や手術、全てに必要)について 病状説明																			
③-1 入院診療計画書について 入院目的	④ 退院時サマリについて																			
③-2 入院診療計画書について 治療計画																				
③-3 入院診療計画書について 推定される入院期間																				
診療科	患者番号	氏名	科歴病棟	科歴医師	入院日	退院日	①-1	①-2	②-1	②-2	③-1	③-2	③-3	④	合計	コ.				
循環			本9A				4	3	4	4	2	1	2	4	4	4	40	入院診療計画書に治療計画の記載		
循環			南産5				3	4	3	3	2	2	2	3	3	2	32	入院診療計画書に入院目的の記載 既往歴も入力していただき。		
循環			南産2				4	4	3	3	2	1	2	3	3	4	34	入院時の既往、アレルギーの記載 も同様。		
循環			本9A				3	4	2	3	2	1	2	3	2	3	4	30	退院サマリがまだ書かれていませ	
循環			南産5				4	4	4	4	2	1	2	4	4	4	4	41		
循環			本9A				3	3	4	4	2	1	2	3	3	3	4	35	全体的に良く書けており内容がよ	
循環			本9A				2	2	1	1	2	1	2	1	1	1	1	16	サマリが一言もありません。	
循環			本9A				3	4	4	3	2	1	2	3	4	3	3	35		
循環			本9A				4	2	4	3	2	1	2	4	3	4	4	2	35	病状説明、検査説明など詳細に記
循環			南産13				3	4	3	3	2	2	2	4	4	3	4	37	病名整理は行えているが、整理し えないようにしないと病名が重複	
循環			南産5				4	4	4	4	2	1	2	3	3	1	2	33	おそらく家人に病状説明を徹底し それに際して記載がありません。	
循環			南産5				4	3	3	3	2	1	2	4	4	3	1	3	33	検査結果、病状について説明して ません。
平均点(循環)							3.4	3.4	3.3	3.2	2.0	1.2	2.0	3.3	3.2	2.8	2.7	33.4		
平均点(全診療科)							3.2	3.2	3.0	3.1	2.0	1.8	1.9	3.3	3.2	3.0	3.0	33.7		

のか具体的に知る事ができ、診療記録記載の質の向上が望める。

考 察

監査の回数を重ねる度に、全監査項目でわずかではあるが『優』『良』の比率が上昇してきており、監査の成果といえる。しかし一方で、監査は監査委員の主観的評価になりかねないため、今後監査実施方法等小委員会で協議し、より有効な監査を実施するためにはどうしたらよいか、また、紙カルテと電子カルテとの違いを認識し、「誰が見てもよくわかる」診療記録であるためには、どう記載するべきなのかを院内で統一する必要がある。

結 語

診療記録は病院の財産である。診療記録を見れば、その病院の質がわかると言われている。医師法では、診察の度に遅滞なく記載する義務が課せられているので、記載がない＝診察がなかった、とみなされる。診療記録は、主治医だけがわかれば良いというものではなく、チーム医療を実施していくうえで、診療にあたる者全員が理解できるものでなくてはならない。いつ

いかなる状況において患者さんが来院したとしても、その患者さんの治療経過が理解できる診療記録でなくてはならない。情報を共有できなければ医療事故に繋がりがねない事をもっと認識して記載しなくてはならない。

私達診療情報管理士は、直接患者さんに対して診療行為は行うことはできないが、行われた診療内容が、違法ではない事を証明できる診療記録であるのか、開示に耐えうる診療記録かどうかをチェックしなくてはならない。また、超多忙な医師が記載しやすい電子カルテシステムの構築を考える事も重要である。

監査は、アラ探しではない。誰が見てもよくわかる診療記録を目指し、今後も引続き監査を実施し、本センターの医療の質向上に貢献していきたい。

参考文献

- 1) 医師法第 24 条
- 2) 大井利夫ほか、診療情報学、第一版。
東京：医学書院；2010.

Key words : Medical Records Audit, Medical Practitioners Act, Medical Service Act,
Enforcement Regulation of Medical Service Act, Health Information Managers

Medical Records Audit

Naoko Nishioka, H.I.M., Satoshi Katsuyama, H.I.M., Yuki Nakanishi

Medical Information Management Division, Japanese Red Cross Wakayama Medical Center

Abstract

Medical records have to describe, in an easy-to-understand manner, what treatment the patient received.

The System Managing Board of the ordering system and the electronic health record system decided to carry out a medical records audit to know the current situation of the medical records in Wakayama Medical Center.

The audit was conducted in the following sectors-the doctor sector, the nurse sector, the rehabilitation sector, the pharmaceutical sector, and the nutrition department sector.

We established a Medical Records Audit Subcommittee and discussed the details of the audit commissioners, the audit methods, and the audit items.

The adoption of a regular audit system saw a subsequent positive outcome in that there was noticeable improvement in the manner in which doctors made entries in the medical records.

The doctors requested feedback of the detailed results of the audit in a manner in which they could be viewed on the electronic medical records system, which would lead to improvements in the doctors' entries in the future.

A questionnaire carried out after the audit showed that the importance of the audit was understood by the doctors.

This report deals with the first to the third audits of the doctor sector.