

ばおおむね良好だが、大学附属病院では原則100%である」と記載されている。当院の本年3月以降の退院総括の退院後2週間以内提出率は約40%であり、目標に遠く及ばない。退院総括の期限内提出率は診療科によって大きく差があり、常に80～100%を維持している診療科がある一方、10%にも満たない提出率がますます低下している診療科もある。診療科ごとに科内で対策を立てる必要がある。

低い提出率を機能評価受審までにどうやって100%まで高めるかについて、下記のような対策を立てた。

- 1) 退院総括の提出実績を毎月、病院内の主要な会議（病院運営会議、病院連絡会議など）で報告する。その際、各診療科名を公表して、提出率が低い診療科の自覚を促す。
- 2) 入院病歴室から退院総括の提出を促す。
- 3) 提出率が低い診療科については、機能評価ワーキンググループから個別に改善勧告をする、あるいは改善案の聴聞を行う。

診療録記載内容の改善

「解説集」では、「特に強調したいのは医師の字がしばしば汚く読みにくいことである、英語での記載や略語の使用は避けた方がよい、日本語で丁寧に記載する、記録を書いた人のサインなども確認する」等々の記述がある。医療情報部と医療安全管理部が共同で行った診療録監査の結果から、上記の記述と照らし合わせて下記の点が問題であると考えた。

- 1) 読めない字で書かれた診療録が多い。
- 2) 日本語主体で書かれていない診療録がある。
- 3) 記載者の所属、氏名、記載日の記載がない。
- 4) 塗りつぶしや、ホワイトを使って訂正している。

以上の問題点についても、診療科ごとに成績は大きく異なった。退院総括送付問題と同じように、診療科ごとの対策立案が重要である。診療科長・総括医長・病棟医長による診療科内での指導を強くお願いする。病棟SWGとしては、主要な会議、

各診療科・病棟への文書配布、メール配信を通じて、診療録記載上の問題点を周知する。その上で再度診療録監査を行い、注意勧告したことがどの程度改善されているかを調査する予定である。

各種資料・マニュアル類の整備

「診療の質の確保」に関連して、下記の資料・マニュアルを各診療科で用意する必要がある。

- 1) 侵襲を伴う検査の適応基準
- 2) 同じく同意書
- 3) 同じく手順書
- 4) 主な手術の適応基準
- 5) 主な疾患の治療成績
- 6) 症例検討会の記録（多職種の陪席を記録に残す）
- 7) 主治医・担当医マニュアル
- 8) 病棟回診マニュアル
- 9) 診療マニュアル

どのような資料・マニュアルを提出できるかというリストは、既に各診療科から報告を受けている。今後は、実際の資料・マニュアルを各診療科から提出していただくよう呼びかけを行う。

司会（青柳） 下条先生、確認なのですが、カルテの記載を日本語主体で書くということに関して、各診療科で見解のずれが少しあるように思います。

司会（下条） 病名や診断名については必ずしもすべてを日本語で書く必要はないと思います。

司会（青柳） 専門用語についてはすべてを日本語で書け、という意味ではないと思いますので、あくまで日本語を主体に記載するというところでよろしいですね。

伊藤 例えば、自己評価でc、bであっても当日までの改善でbあるいはaになることもあるので、そのままb、cと記載して構わないと思います。改善すればaになるだろうということで現状ではbであるのをaとするようなことはやらない方がよいと思います。

病棟で最も大事なものはケアプロセスです。これは医師と看護師のサバイヤーがペアを組んで診療と看護のプロセスのチェックを行うものです。なかでも指示の出し方と指示の受け方を重要視するということを申し上げておきます。