

令和7年1月28日(火)開催

令和6年度 都道府県がん診療連携拠点病院 PDCAサイクルフォーラム

PDCAサイクルを使って取り組む 診療記録の質向上 ～多職種による質的点検～



独立行政法人国立病院機構 九州医療センター
皆元麻里加

※開示すべきCOIはありません

当院の概要

九州医療センター
公式キャラクターの
ももろうです

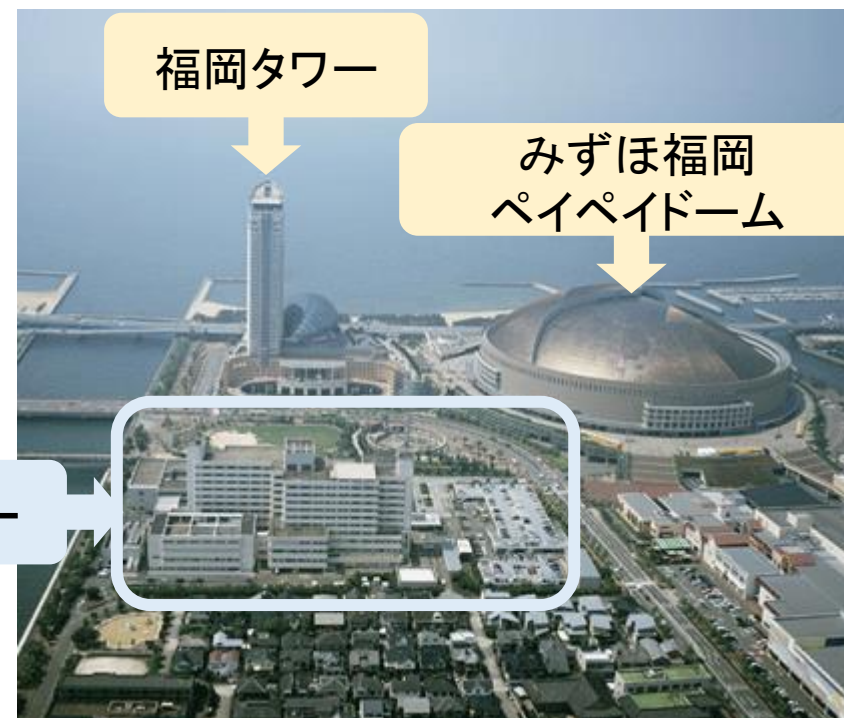


- 所在地:福岡県福岡市中央区地行浜1-8-1
- 病床数:702床 (一般650床 精神50床 感染症2床)
- 退院患者数(2023年度):18,049人
- 常勤診療情報管理士:6名
非常勤診療情報管理士:20名

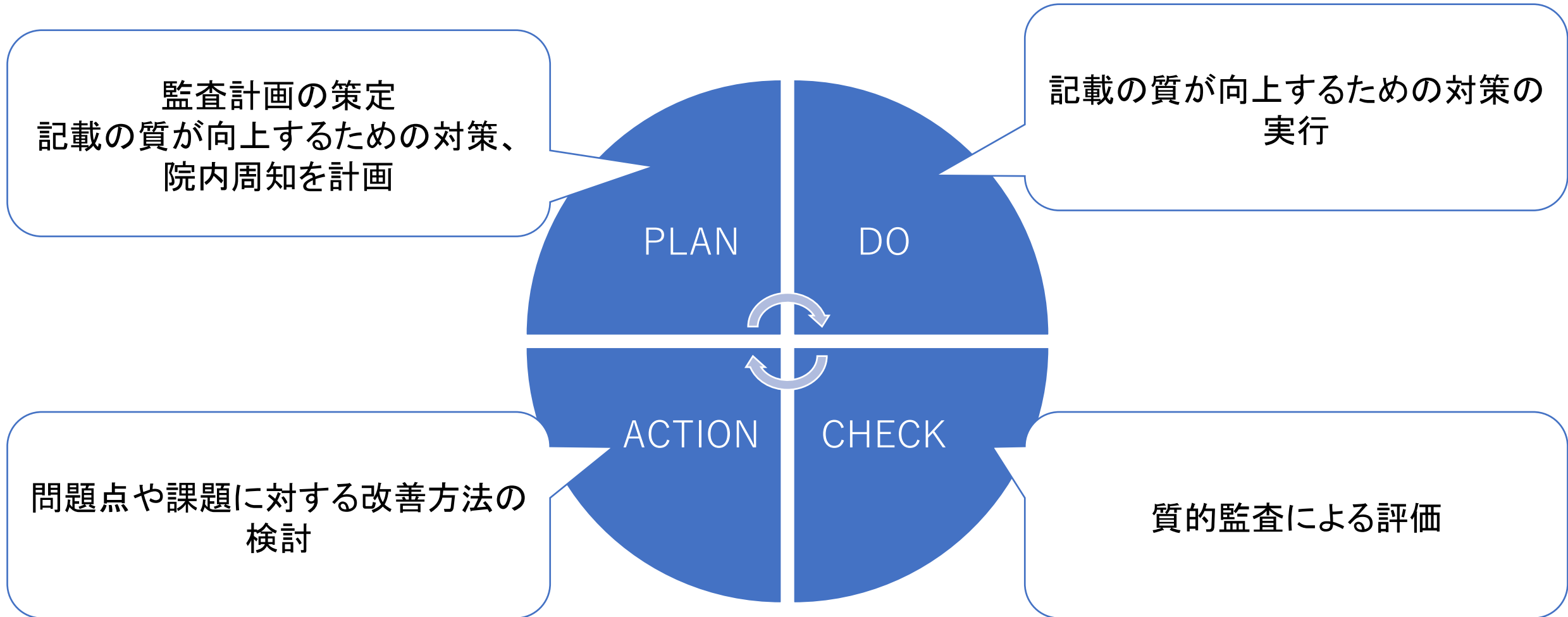
九州医療センター

福岡タワー

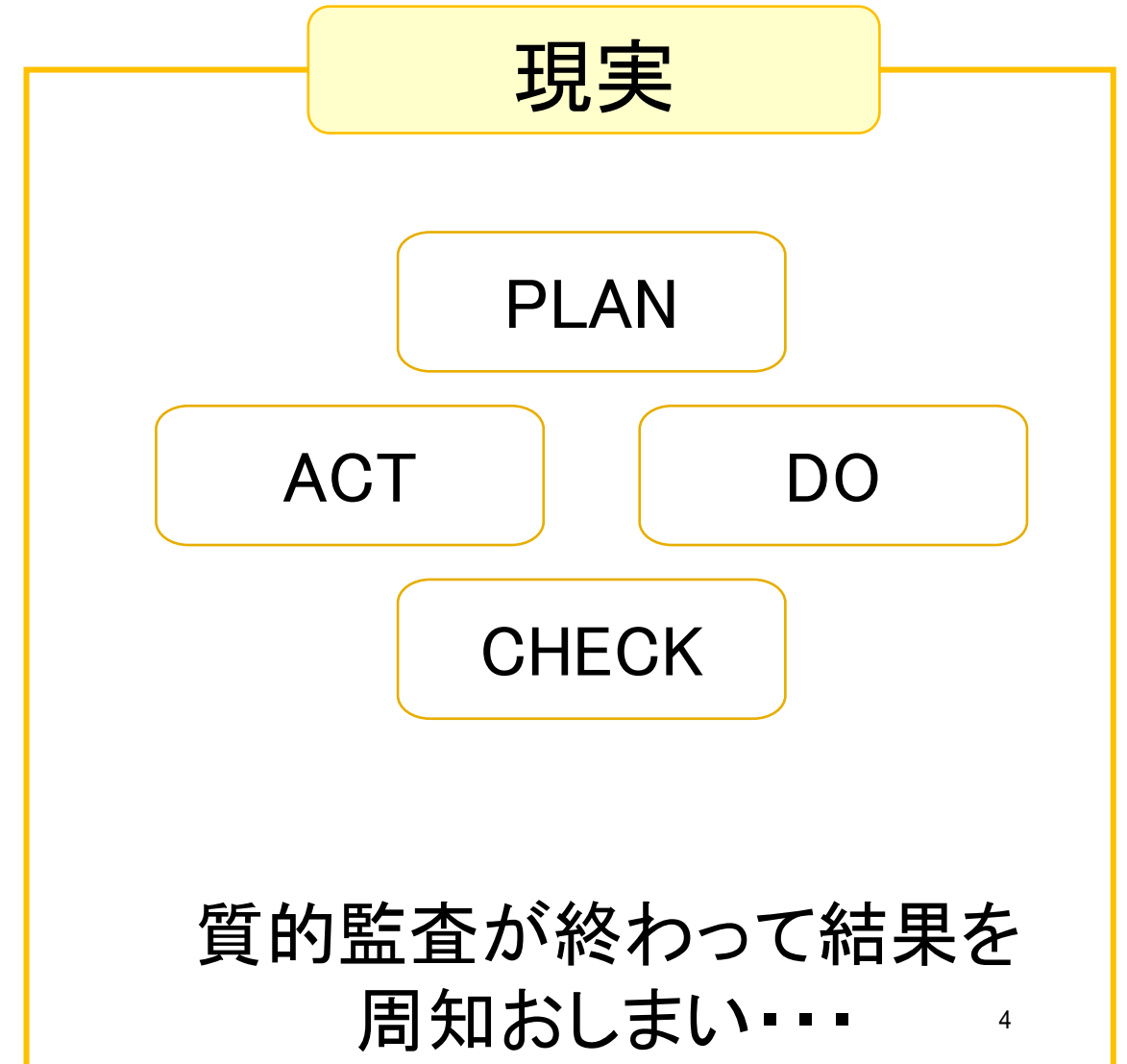
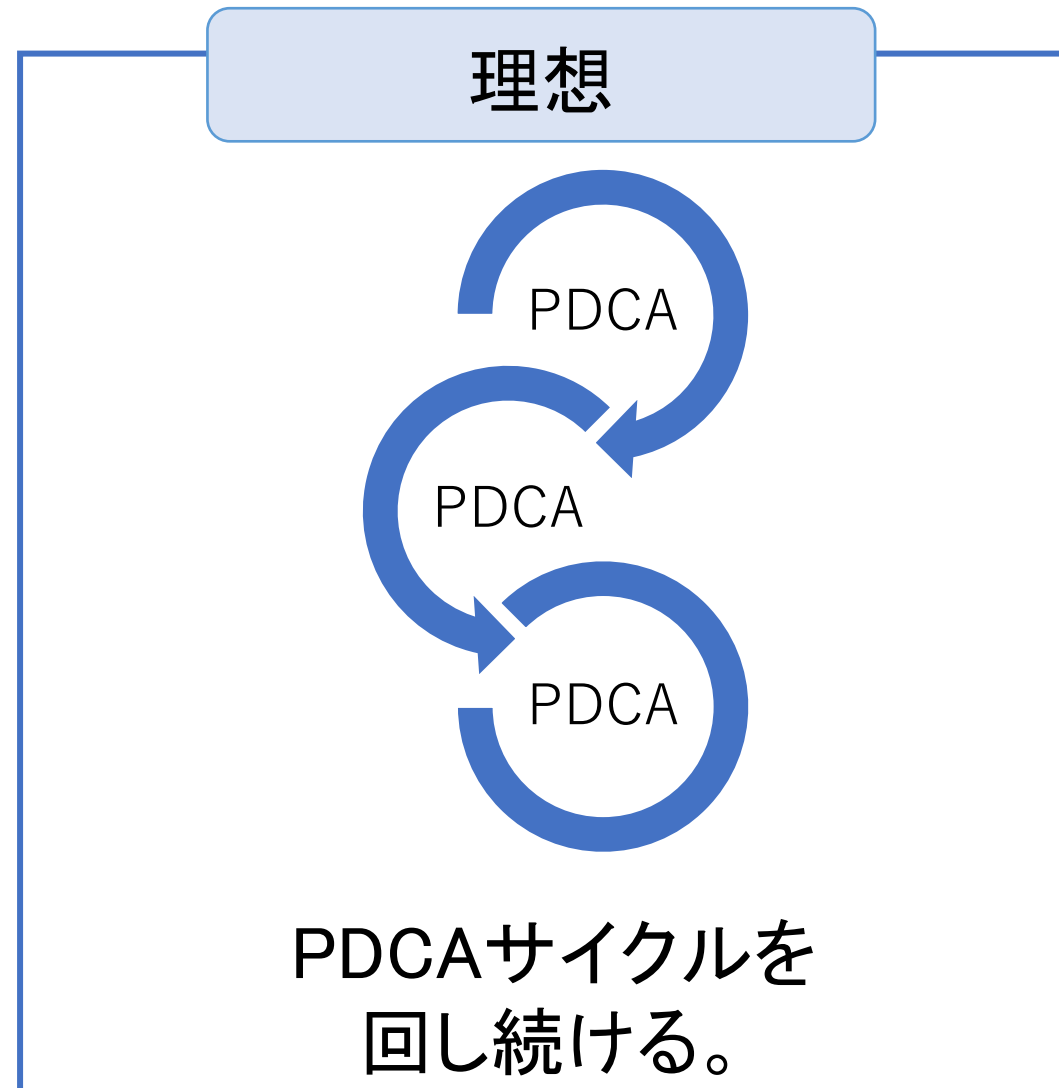
みずほ福岡
ペイペイドーム



質的監査がPDCAサイクル・・・？



質的監査がPDCAサイクル・・・？



質的監査がPDCAサイクル・・・？

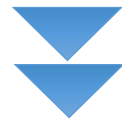
医療の質向上のために診療記録を整備していくには、

継続的な診療記録の質的監査の実施と評価

継続的な結果のフィードバック

継続的な課題への対策

が必要！



継続可能な無理のない質的監査の実施が必要

当院の質的監査の概要

▶ 監査期間

2ヶ月に1回質的監査を実施。(前年度末に次年度の年間計画を決定)

▶ 監査者

診療記録委員会のコアメンバー

(固定メンバー: 医師、看護師、コメディカルスタッフ、診療情報管理士)

▶ 監査対象

毎回30症例ランダムに選択。(1年で全診療科分計180件の監査を行う)

▶ 監査方法

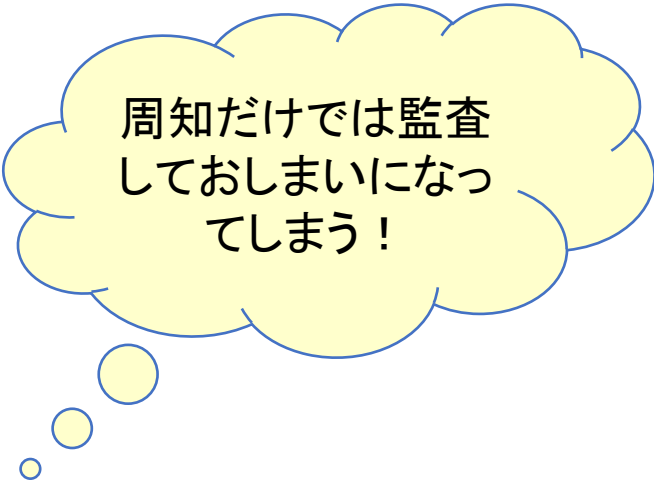
チェックシートに従い、診療記録を確認。監査日にコアメンバーで集まり、結果をとりまとめる。

当院の質的監査の概要

▶ 結果の周知方法

診療記録委員会、各職場の長が集まる会議にて結果の報告。

診療科長、病棟師長へ結果の配布。



周知だけでは監査
しておしまいになっ
てしまう！

▶▶ 重点項目を決め、その項目に対して
どうしたら記載の質が向上するか
検討し、対策を講じる。

PDCAサイクルを使用した質的監査

1回目

PLAN

- ・ 1年間の監査スケジュールの作成
- ・ 監査項目の検討

DO

- ・ 監査スケジュールの周知
- ・ 監査者へ実施要領連絡

CHECK

- ・ 監査実施
- ・ 監査結果の確認(院内で監査結果の共有)

ACTION

- ・ 重点項目の選択
- ・ 問題点に対する対策の検討

PDCAサイクルを使用した質的監査

1回目

▶ PLAN: 監査計画の立案(年度末)

月	4月26日	6月28日	8月30日	10月25日	12月20日	2月28日
監査対象診療科	全診療科より計30症 例選択	全診療科より計30症 例選択	全診療科より計30症 例選択	全診療科より計30症 例選択	全診療科より計30症 例選択	全診療科より計30症 例選択
監査者	・委員長 ・看護師長 ・リハビリ担当 ・診療情報 管理士	・委員長 ・看護師長 ・栄養管理室 ・経営企画室 ・診療情報 管理士	・委員長 ・看護師長 ・放射線部 ・診療情報 管理士	・委員長 ・看護師長 ・薬剤部 ・診療情報 管理士	・委員長 ・看護師長 ・臨床検査科 ・診療情報 管理士	・委員長 ・看護師長 ・リハビリ担当 ・診療情報 管理士

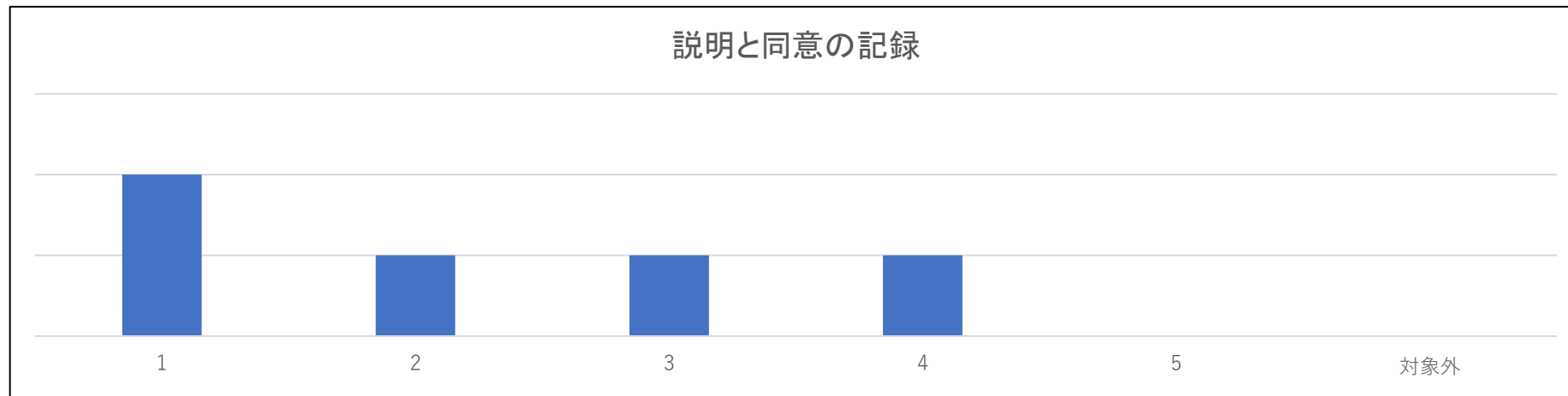
▶ DO: 院内周知(年度末)

診療記録委員会や院内会議にて実施周知、監査者へ実施要領連絡

PDCAサイクルを使用した質的監査

1回目

▶ CHECK: 監査実施、監査結果の確認



▶ ACTION: 問題点と対策の検討

説明の記録、同意を得た記録がない。説明を行うタイミングが周知されていない。
→説明記録テンプレートや記載項目の再周知が必要。

PDCAサイクルを使用した質的監査

2回目

PLAN

- ・ 問題点に対する改善計画立案

DO

- ・ 対策実施

CHECK

- ・ 監査結果の確認(院内で監査結果の共有)

ACTION

- ・ さらなる改善に向けての対策を検討

PDCAサイクルを使用した質的監査

2回目

▶ PLAN: 改善計画の立案

説明記録テンプレートや記載項目の再周知が必要。

→テンプレートや必要な記載項目のマニュアル作成と全医師への配布を計画。

PDCAサイクルを使用した質的監査

2回目

▶ DO: 対策実施

説明記録テンプレート(eXChart)画面について

① 選択

②【eXChart書式記載ツール】
書式一覧画面が表示

③ 選択

④【説明記録】画面が表示

テンプレートの再周知

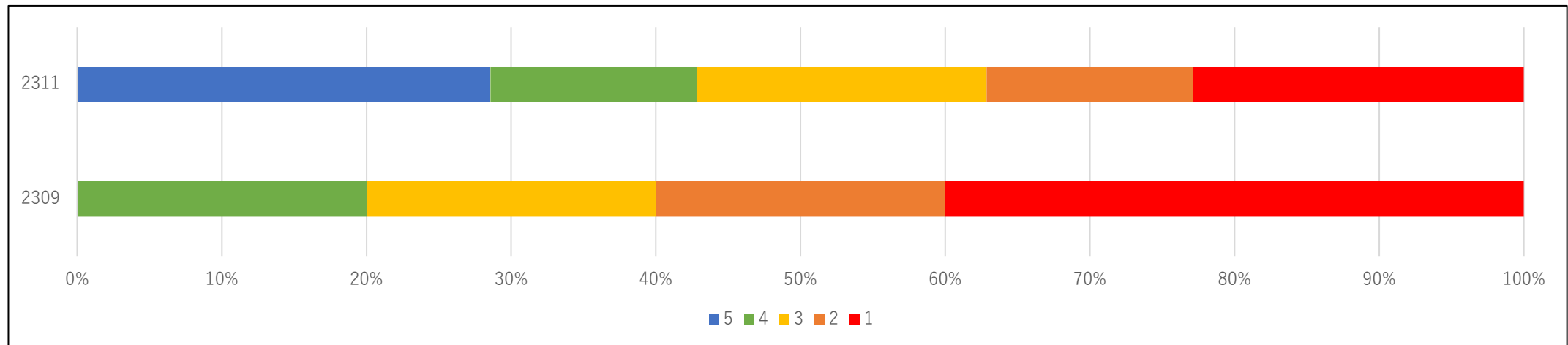
記載項目の再周知と説明を行うタイミングを周知

2023/11/19電子カルテ

PDCAサイクルを使用した質的監査

2回目

▶ CHECK: 監査実施、監査結果の確認



▶ ACTION: 問題点と対策の検討

点数が高いものが増加。
普通(3点)の割合も6割を超えてきた。
→次回再度チェックする。

PDCAサイクルを使用した質的監査

3回目以降

PLAN

- ・ 問題点に対する改善計画立案

DO

- ・ 対策実施

CHECK

- ・ 監査結果の確認(院内で監査結果の共有)

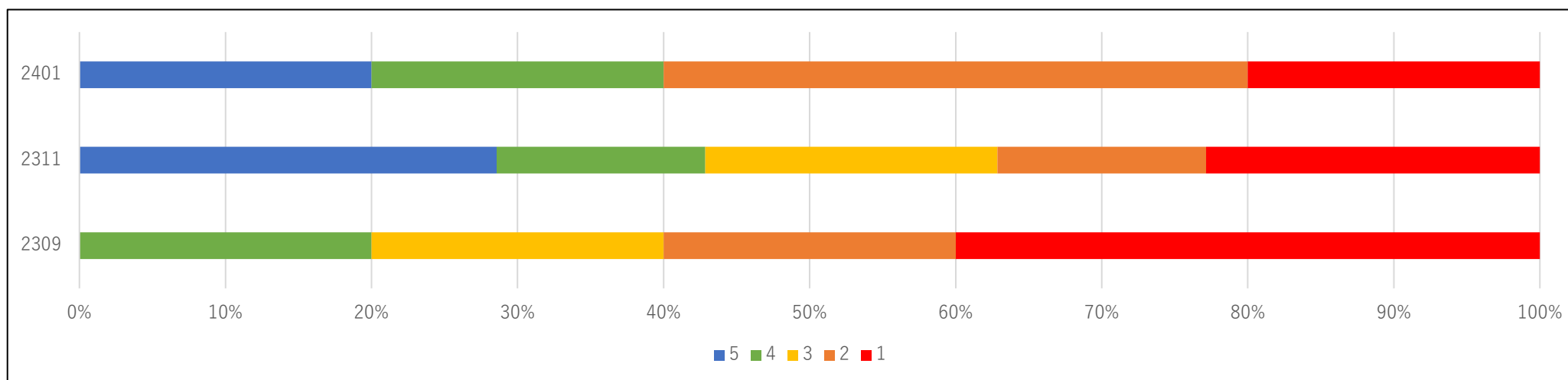
ACTION

- ・ さらなる改善に向けての対策を検討

PDCAサイクルを使用した質的監査

3回目以降

▶ CHECK: 監査実施、監査結果の確認



▶ ACTION: 問題点と対策の検討

2024年1月実施監査にて結果が悪くなっている。
→11月の電子カルテシステム更新が影響している？
※更新にて説明記録テンプレートの画面変更あり。

PDCAサイクルを使用した質的監査

3回目以降

▶ PLAN: 改善計画の立案

システム更新後のテンプレート立ち上げ方法の再周知が必要。
→マニュアル作成と全医師への配布。

PDCAサイクルを使用した質的監査

3回目以降

▶ DO: 対策実施

説明記録テンプレート画面について

2023年11月19日の電子カルテ更新に伴い、eXChart画面がなくなりました。
説明記録テンプレートは下記のごとく、共通1→テンプレート記載→共通→サマリ→説明記録より作成できます。

① 選択

② 選択

③ 【テンプレート記載】画面が表示

④ 共通

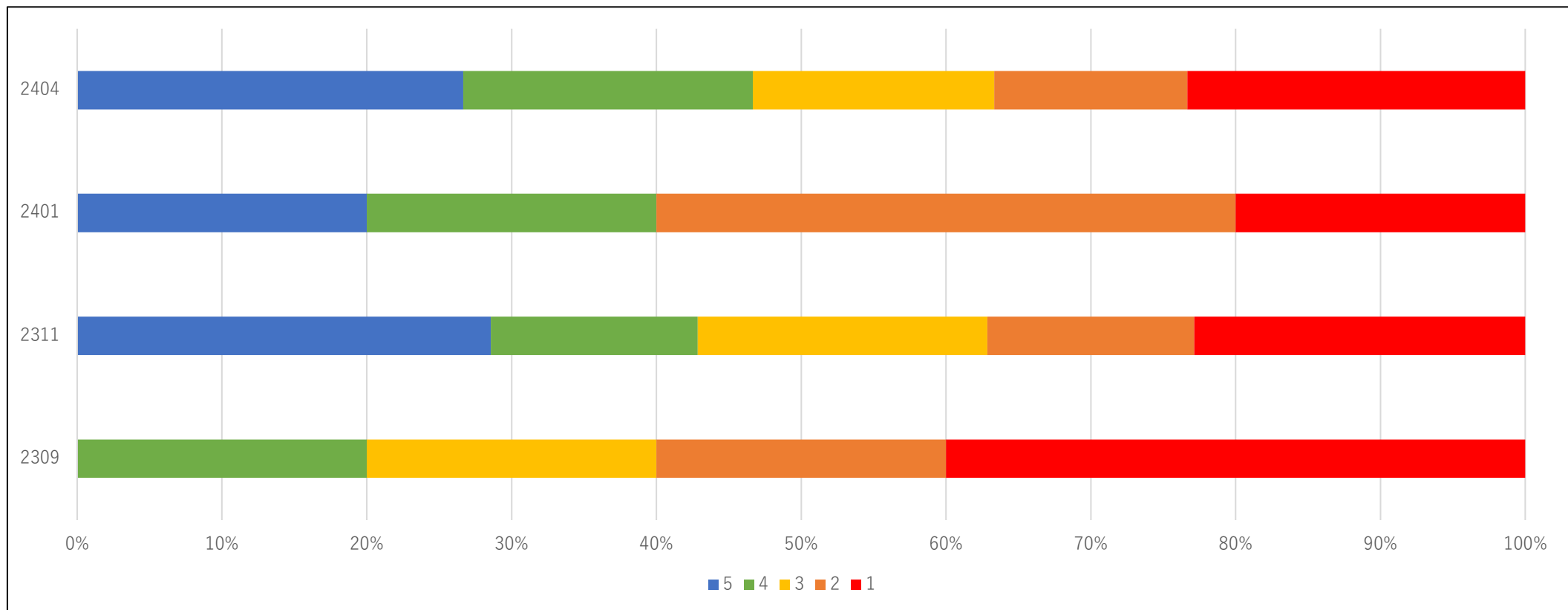
⑤ 【説明記録】画面が表示

テンプレートの再周知

PDCAサイクルを使用した質的監査

3回目以降

▶ CHECK: 監査実施、監査結果の確認



PDCAサイクルを使用した質的監査

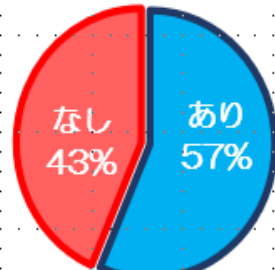
3回目以降
繰り返し

▶ DO: 対策実施 そのほか行ってきたこと

医師IC記録の記載監査

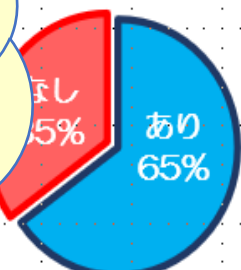
診療科	記載率	
	R05.10	R06.01
	93%	100%
	67%	100%
	100%	100%
	100%	86%
	83%	85%
	67%	83%
	80%	80%
	72%	79%
	67%	76%
	75%	75%
	75%	75%
	56%	65%

医師IC記録の記載の有無 (R05.10)



※2023/10/13~10/25提出・受領されたサマリーに対する入院患者のみ対象

医師IC記録の記載の有無 (R06.01)



※2024/1/15~1/26提出・受領されたサマリーに対する入院患者のみ対象

2024/2/14 診療記録委員会

質的監査とは
別で診療情報
管理士による
説明記録監査

説明記録のテンプレート

病院機能評価にむけて
「説明記録のテンプレート」を
よりわかりやすい場所へ変更しました。
また容易に入力できるようにしてみました
ので、ぜひご利用をお願いします！

説明記録
テンプレートの
改訂と再周知

お気に入りに登録して
ご利用ください！

- 01.説明記録 (医師)
- 02.説明同席記録
- 03.説明後反応確認
- カンファランス記録[1版]
- カンサボード記録[1版]
- リハビリテーション開始時実施計画書[1版]
- 医療チームによるDNAR決定確認書[1版]

2024.4.12 医療情報管理センター

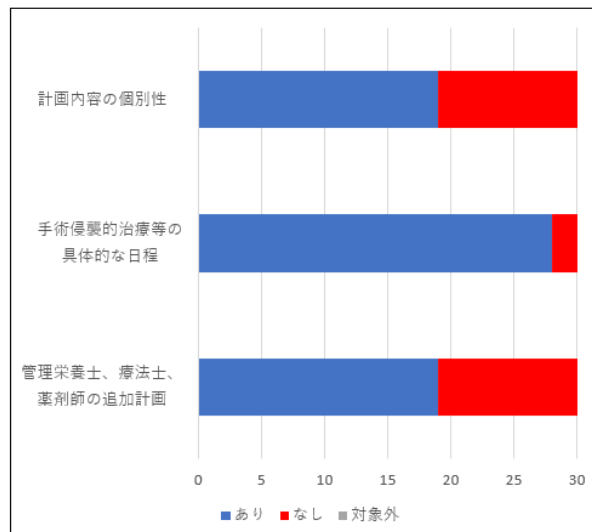
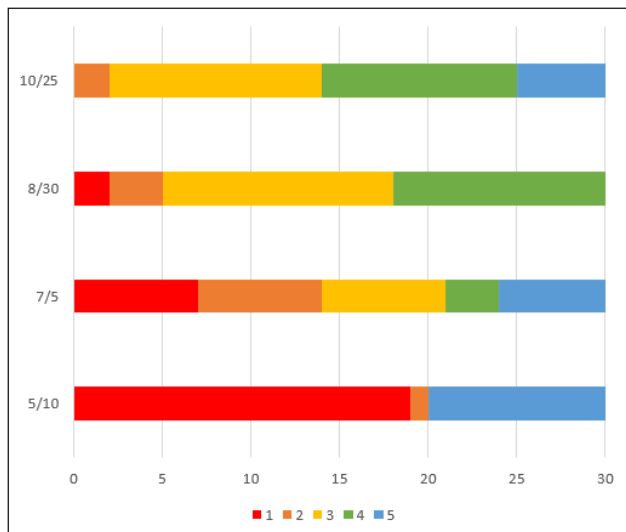
PDCAサイクルを使用した質的監査

▶ 現在進行中の重点項目

集計結果

入院診療計画

- ・計画内容の個別性
- ・手術侵襲的治療等の具体的な日程の記載
- ・管理栄養士または療法士または薬剤師の患者特有の問題に関する具体的な追加計画の記載



患者さんへ分かり
やすい入院診療計画
の作成



まとめ

診療記録の多職種監査を行うことで、診療記録の質の評価が可能。
継続的にPDCAサイクルを回すことで、記録の質向上に寄与することができると思う。

現在、質的監査の
監査マニュアルも
改訂中。

