

# 医療安全管理部門の視点からみた 診療記録

南須原 康行

北海道大学病院 医療安全管理部 教授/部長/副病院長(医療安全担当)

## Summary

診療記録は安全な医療を行うために必須である。医療者は記録を行うことによって、行った医療を頭のなかで整理し、その後の方針を検討する。さらに、医療者間の情報共有という点でも診療記録は唯一の手段である。特に多くの職種がかかわるチーム医療において、診療内容の共有はきわめて重要である。一方で、診療記録は医療行為を行った証拠としても重要である。診療記録の記載によって、適切な医療が行われたことが証明され、無用な患者-医療者間の軋轢を回避することができる。

## なぜ、診療記録が必要か

診療記録には、患者に適切かつ安全な医療を行うことと、適切な医療が行われたことを証明するという2つの役割がある。以下では、診療記録の必要性について、例を挙げながら考えていく。

### ■ 適切な診療を行うために

患者状態の変化、治療内容の記録がなければ、治療方針の変更を行うことはできない。1人の医師が多くの患者を同時に受け持っている状況では、すべての患者の状態や治療内容を記憶するのは不可能であり、記録が必要となるのは当然である。

また、筆者の実感として、SOAPのA(アセスメント)を文書として記載することにより、頭のなかで整理され、必要な検査や適切な治療への変更につながることをしばしば経験する。

さらに、前回診療時のS(患者の自覚症状)を確認し、「〇〇についてはどうですか?」と尋ねることは、「自分の訴えをよく覚えてくれる頼りになる先生だ」と患者が感じてくれることにつながり、よりよい患者-医療者関係の構築にも必要となる。

### ■ 情報共有

医療が複雑となり、複数の職種でチーム医療を行うことが当たり前になっている昨今では、情報共有の面からも診療記録は重要であり、そのための唯一の手段であるともいえる。

さらに、働き方改革においてグループ診療が推奨されており、医師同士の情報共有がより重要になってきている。筆者の私見だが、兼業で宿直での診療を行う際、ほとんど医師の記載がない診療録をみかけることがある。看護師からの情報や看護記録などを参考に判断するが、やはり医師の観点からの診療方針や治療内容が書かれていないと、患者を十分に把握することはできない。そのような場合、診療録を記載しない医師は、深夜であっても宿直医から電話で相談されても仕方ないと思われる。

### ■ インフォームド・コンセント(IC)

ICとは、医師が十分な説明を行うことで患者が理解・納得し、自発的に承諾し、それらの説明経過および決定について確認するために、書類などにお互いが署名することである。ICというと、患者から署名をもらうことが目的であると誤解している医師が多いよ

うに思える。ICにおいては、患者本人が受ける治療を選択するうえで十分な情報を、わかりやすく説明しなければならない。同じ疾患、同じ術式であっても、患者各人の年齢、性別、併存疾患はさまざまである。事前に準備されている説明同意書内の説明内容は、あくまでも最大公約数的なものであり、ICのための説明の場においては、患者個人の特性に沿った説明を行わなければならない。

そして、その内容は診療録に記載されなければならない。2015年10月から実施されている改正医療法に基づく医療事故調査制度においては、医療事故調査・支援センターに報告する医療事故の定義は、「提供した医療に起因し、又は起因すると疑われる死亡又は死産であって、当該管理者が当該死亡又は死産を予期しなかったもの」とされている。つまり、事故が発生する前に、その事故およびそれによる死亡の可能性を説明していた場合に、その死亡を予期していた、と判断されることになる。またその説明に関して、医療事故調査制度についての厚生労働省のQ&Aでは、当該患者個人の臨床経過を踏まえ、当該患者に関して死亡が予期されることを説明するのであって、個人の病状等を踏まえない「一定の確率で死亡は発生しています」といった一般的な死亡可能性についてのみの説明または記録は該当しない、とされている。

これはあくまでも死亡事例に関して述べられたものであるが、通常のICにおける説明でも同様と考えるべきである。患者個人の病状等を踏まえた説明内容については、説明同意書に加筆する、または診療録に記載する必要がある。

説明日時、場所、同席者についても診療録に記載しておく必要がある。十分に時間をかけて説明が行われたことを示すため、時間も記載することが望ましい。患者・家族が説明に納得したうえで同意し署名したことを示すため、質問内容とそれに対する回答も記載するべきである。

実際のICの場においては、患者・家族は医師には質問しにくい、気持ちを表出しにくい、ということがある。説明の後、医師からの説明を患者・家族が受け止められたかどうかを看護師が確認し、看護記録に記載することも必要である。

## ■ 記載のない医療行為は 行ったとはみなされない

およそ50年前の判決であるが、未熟児網膜症訴訟の判決において、「カルテに記載がないことはかえって診察をしなかったことを推定せしめる」とされた。診療録に書かれていなければ、その医療行為を行った

### 著者紹介

南須原康行(なすはら・やすゆき)  
北海道大学病院 医療安全管理部 教授  
／部長／副病院長(医療安全担当)  
1988年北海道大学医学部卒業。英国インペリアル大学国立心肺研究所胸部疾患部門研究員、北海道大学病院第一内科講師、同医療安全管理部准教授などを経て、2017年同教授。2019年より現職。



北海道大学病院(札幌市北区): 944床

とは認められないということである。実際の裁判においては、診療録のほか、オーダーや結果の記録、看護記録や証言などから総合的に判断されると思われるが、診療記録が記載されていないと、裁判において不利になることは間違いない。

ICについても同様である。記録がない以上、医師-患者・家族間で「言った、聞いていない」の争いになった場合、水掛け論になってしまう。

## ■ カンファレンス記録も残しておく

医療が進歩し、複雑化することにより、治療の選択肢も増えており、複数診療科の複数の医師が相談して治療方針を決定することが多くなってきている。昨今、医療監査や相互チェックなどの際に、カンファレンス記録の有無の確認が行われることが多い。訴訟においても、治療方針が争点になる場合には、1人の医師が独断でその方針を決めたのかが問われることがある。複数診療科で行われる治療方針のカンファレンスでも行われているのは、キャンサーボードであろう。

複数の医師が、相談のうえで治療方針を決定したことを示すために、カンファレンスの記録を残すことが重要である。その場合、日時、場所、参加者も記載しなければならない。カンファレンス内容について詳細に記載する必要はないが、議論された複数の選択肢、そして、選択された方針とその理由については記載するべきである。

## 職員教育

筆者はこれまで多くの医療事故調査を行ってきっており、さまざまな医療機関の診療記録を目にしてきたが、記載内容(量、質)にはかなりの差がある。医師の記録が1週間に1行程度、といった診療録も存在する。そのような医療機関では、看護記録に頼らざるをえない。筆者が所属する大学病院クラスでも、施設によって差があり、また、同じ医療機関でも診療科によっ

て、さらには医師によっても、かなりの差がある。

手前味噌ではあるが、筆者が医療安全管理責任者を務める北海道大学病院（以下、当院）では、医師の診療記録がかなりしっかりとされていると考えている。後述するコピー&ペースト多用の問題もあり、まだ十分とはいえないが、日々の記載と患者への説明、ICの記録については、大学病院として標準以上であると思われる。その理由については、以下の3つが考えられる。

第一に、医療安全管理部門の日々の努力であろう。インシデントレポートに基づいて、当事者からの聞き取りなどを行った際に、診療録記載の不足を指摘し、特に、患者への説明内容の記載についての指導を厳しく行っている。長年の繰り返しにより、医療者、特に医師の診療録記載についての意識改革が進んできていると思われる。

第二に、どの施設にも共通すると思われるが、講演会や研修会を繰り返し行っていることである。外部講師として医療側の弁護士、例えば本誌執筆の小島崇宏先生のような医師／弁護士による講演を数年に1回行うほか、定期的な研修としてリスクマネジャー、異動後医師、研修医に対しては、筆者が講師となって研修を行っている。

第三に、医療安全管理部と診療録管理室が合同で

行っている診療録点検・監査がある。これについては、以下に詳しく紹介する。

## ■ 北海道大学病院における診療録監査

当院における診療録の監査には長い歴史があり、筆者が医療安全管理部に異動した2008(平成20)年には、すでに行われていた。図1に診療録監査の流れを示す。

監査者やチェックポイントなどは時代とともに変化しているが、その基本となるものは、国立大学附属病院医療安全管理協議会で作成された「医療安全・質向上のための相互チェック」のチェック項目を改変したものを用いている。以前は、すべての診療科を共通の項目で監査していたが、科の特性があることから現在では、内科系、外科系、産科、NICU/GCU、救急科/ICUの5種類のテンプレートを用いている。

10項目を、評価基準に則って1項目2点満点(小項目の平均点)で計算し、20点満点×5症例の合計点数100点で評価している(図2)。5症例中入院中が3症例、退院が2症例であり、退院症例については退院2週間後の症例とし、退院時要約の有無と質も評価する。

監査者については、以前は、監査される側のリスクマネジャーとサブリスクマネジャー同席のもと、他の診療科のリスクマネジャーとサブリスクマネジャーが、

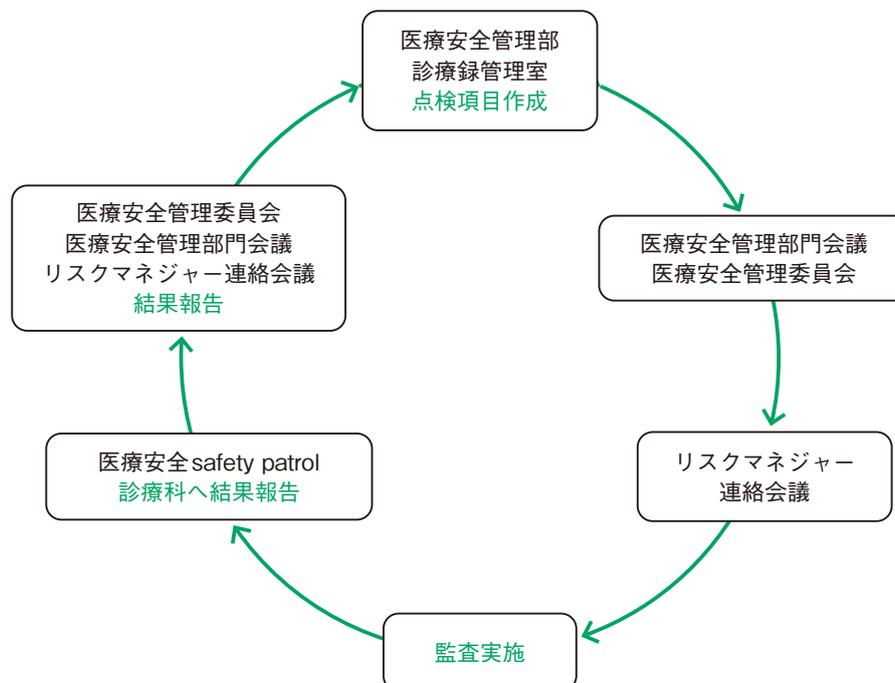
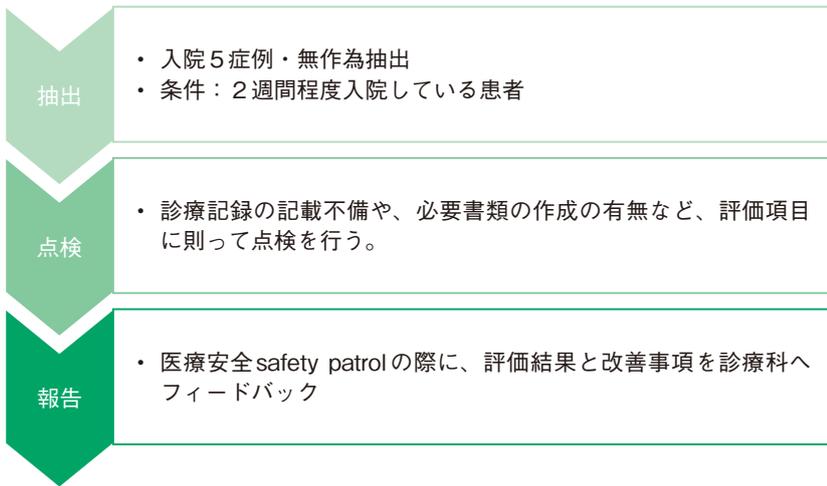


図1 診療記録点検・監査の流れ

医療安全管理部と診療録管理室にて、診療記録の点検項目を作成後、各会議にて承認を得た後に監査を実施する。監査終了後は医療安全 safety patrolで診療科へ評価の結果を報告し、医療安全管理部門会議およびリスクマネジャー連絡会議などに、監査の集計結果の報告を行っている。

点検者:	GRM:	診療情報管理士:
ID:	患者氏名:	
1	<b>禁忌情報・感染・アレルギー情報等が重要情報画面に記載されている</b>	
	入院時要約が記載されている	
	①入院時要約と認識できるテンプレート名が記載されている	
	②主訴が患者にとっての主観的症状として記載されている	
2	③4W1Hを基本に現病歴が記載がされている (いつから、どこで、なぜ、どのように、なにをされてきたのか)	
	④主要疾患の既往歴が記載されている	
	⑤必要な現症が記載されている	
	⑥必要な家族歴が記載されている	
	⑦初期治療 (検査) 計画が記載されている	
3	<b>診療記録には、診療に係る記録が遅滞無くかつ正確に記載されている (記載がない場合は診療していないか、医学的判断していないと判断される恐れがある)</b>	
	①平日にもれなく記載されている	
	②適切なテンプレートを用いて診療記録を記載している	
4	<b>必要な情報が診療記録に記載されている</b>	
	①患者の主観的訴えが記載されている	
	②理学所見や検査所見などの客観的情報が記載されている	
	③臨床経過や客観的な情報に基づいたアセスメントが記載されている	
	④アセスメントに基づいてその後の治療方針が記載されている	
	⑤主要診断名が病名オーダに入力されている (慢性・急性、部位、左右の区別まで記載する)	
5	<b>診療記録は公文書として記録されている</b>	
	①略語や外国語の使用は必要最小限にとどめている	
	②私的メモや患者の診療に直接関係のない伝言、推測や憶測は記載されていない	
	③患者の人格を尊重した不快のない記載がされている	
	④他の医療者を批判するような記載はされていない	
	⑤冗長な記述 (診察記事がサマリーのように記載されている等) がされていない	
	⑥安易なコピー&ペーストを繰り返す記載がされていない	
6	<b>診療記録には、病名・問題点や検査・治療の経過等が記載され、現状や全体像を把握するために十分な情報が記載されている</b>	
7	<b>患者家族への説明及びインフォームド・コンセントに関する内容が記載されている</b>	
	①入院の目的・治療方針について説明がされていることを示す入院診療計画書が作成されている	
	②入院診療計画書には、病名、症状、治療計画、日程、計画書作成に携わる医師・看護師・その他コメディカルの氏名、説明者 (医師・看護師) の署名又は記名捺印、患者の署名、説明した日が記載されている。	
	③侵襲的医療行為もしくは治療経過の説明を説明承諾書もしくはIC記録を用いて行っている	
	④IC記録には、説明日、説明時間、場所、説明者、同席者、説明を受けた人、説明内容の記載があり、説明承諾書には、説明医師、患者または家族の承諾のサインがされ、かつスキャンされている	
	⑤ICの実施に際して、患者・家族等の質問と回答内容及び今後の方針が記載されている	
8	<b>診療記録が確定および承認がされている</b>	
	①未確定の診療記録がない	
	②研修医が記載した診療記録は原則として48時間以内に確認及び指導 (承認) がされている	
9	<b>診療記録には必要な書類が全て電子カルテ上で記載もしくは紙媒体がスキャンされている</b>	
	①治療方針を決定したカンファレンスの概要が記載されている	
	②カンファレンス記載には診療科、カンファレンス参加者名、開催日時、開催場所、疾患名、検討内容・意見 (根拠)、決定した内容 (治療方針)、その他の重要な検討事項 (適宜) が記載されている	
	③必要な書類が全て電子カルテ上で記載もしくは紙媒体がスキャンされている	
	④紙で発生する診療記録 (経過記録等) に関しては、記載のつど署名されている	
	⑤説明同意書には、署名の他に説明日と住所の記載がされている	
10	<b>退院時要約が記載されている (治療経過と治療結果、治療方針が分かる要約)</b>	
	①基礎情報 (主訴・現病歴・既往歴・現症・家族歴等)、病名、行った手術、入院経過が記載されている	
	②過去の入院経過が長期に渡る患者については、適宜内容が整理されている (月日しか記載がなく、何年の経過記録か判断が困難である等)	
	③退院時の患者の状態および今後の方針に関する内容が記載されている	
コメント		

図2 内科系テンプレートの評価項目 (実物、抜粋)



監査時の人員構成  
 GRM\*：2名  
 診療科医師：2名  
 診療情報管理士：2名  
 \* GRM：医師、看護師、薬剤師

### 図3 監査方法

年1回、医療安全管理部のGRM(ゼネラルリスクマネジャー)、診療情報管理士、各診療科のリスクマネジャー、サブリスクマネジャーにて入院5症例を無作為抽出し、診療録の点検・監査を実施している。

診療記録が確定及び承認がされている	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	10.0
①未確定の診療記録がない	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0
②研修医が記載した診療記録は原則として48時間以内に確認及び指導(承認)がされている	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0
診療記録には必要な書類が全て電子カルテ上で記載もしくは紙媒体がスキャンされている	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	10.0
①妊娠基本情報を適切に更新している	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0
②治療方針を決定したカンファレンスの概要が記載されている	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0
③カンファレンス記載には診療科、カンファレンス参加者名、開催日時、開催場所、疾患名、検討内容・意見(根拠)、決定した内容(治療方針)、その他の重要な検討事項(適宜)が記載されている	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0
④その他の必要な書類が全て電子カルテ上で記載もしくは紙媒体がスキャンされている	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0
⑤紙で発生する診療記録(経過記録等)に関しては、記載のつど署名されている	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0
⑥説明同意書には、署名の例に説明日と住所の記載がされている	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0
退院後14日以内	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	10.0
①基礎情報(現病)	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0
②過去の入院経過	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0
③退院時の患者の	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0
合計点	17.8	17.2	17.3	18.5	17.3	88.1

コメント欄に不備と判断した記載を記録する

計が分かる要約)  
 ・手術、入院経過が記載されている  
 ・記載がなく、何年の経過記録か判断が困難である等)

### 図4 診療科へのフィードバック(実物、抜粋)

医療安全 safety patrolの際に、どの記載が不備とみなされたのか、評価結果と改善事項を診療科へフィードバックする。

5症例を評価していた。図3に実際の監査の方法とその様子を示すが、評価時にはさらに、診療情報管理士2名と医療安全管理部のゼネラルリスクマネジャーも同席し、評価の際にアドバイスをしていた。

他の診療科による評価では、評価する側も自分および自診療科の振り返りを行うことができ、評価した側の診療科の診療録記載の改善に役立つ、という副次的な効果も大きかった。しかし、4名の医師が一同に会して行う作業は日程調整が難しく、またこの方法により一定の成果がみられたこともあり、現在は診療科のリスクマネジャーとサブリスクマネジャーが、自診療科の評価を行いつつ、診療情報管理士と医療安全管理部ゼネラルリスクマネジャーの立ち合いを継続している。

診療科へのフィードバックは、医療安全管理部が毎年行う部署単位の safety patrol にて行われる(図1参照)。診療情報管理士が safety patrol に参画し、診療録の監査結果と対応策を、直接診療科のリスクマネ

ジャーに伝えて議論している(図4)。

また、院内全体への通知は、全リスクマネジャーが参加する連絡会議において、診療情報管理士が分析結果を説明し、医療安全管理部門会議および医療安全管理委員会などにおいても、結果の報告を行っている(図5)。

## 電子カルテ時代の問題点

### ■ コピー & ペーストの功罪

電子カルテの最も便利な点の1つが、コピー & ペーストである。日々の記録、サマリーの作成などにおいてこの機能を適切に使うことによって、時間と労力の大幅な節約ができる。

しかし、この便利さの陰にはいくつかの大きな危険が潜んでいる。

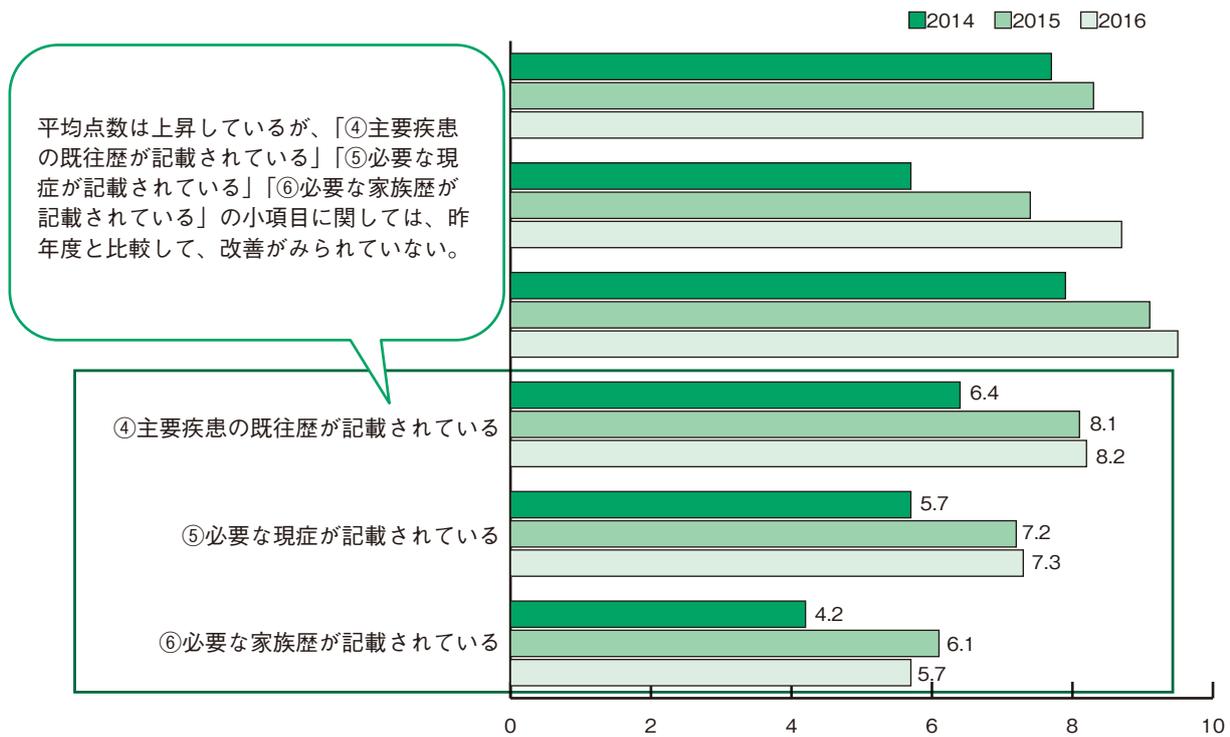


図5 院内全体に向けた周知の例

医療安全管理部門会議およびリスクマネージャー連絡会議などにて、診療録監査の結果を周知している。

第一に、意図しない虚偽の記載である。前述した診療録監査で時々見られるが、まったく同じSOAPの記載内容が、繰り返し記載されていることがある。極端な例としては、同じ血圧が1年以上続けて記載されていることもある。前回の記載をコピー＆ペーストすること自体は問題ないが、当然その日の診療内容に応じて修正しなければならない。コピー＆ペーストをしたうえで実際に診察して得られた情報に修正しなかった場合には、結果として虚偽の記載ということになる。訴訟の際には、致命的な結果につながるかもしれない。実際は異なる値であったと主張しても、通用しないと思われる。

第二に、コピー＆ペーストすることによって、検査値や画像読影結果を確認しないことである。当院で、CTの読影報告書に記載されていた「予期していない病変」の存在を見落とすという医療過誤が発生した。しかし、読影報告書の記載をそのままコピー＆ペーストしているため、診療録上はその所見を確認したことになる。担当医に確認したところ、見落としした所見については「記憶がない」とのことであった。コピー＆ペーストした時点で、「全文を読んだ」と思い込んだと推測される。報告書を読み、重要点のみを自分で転記する作業を行うのであれば、そのような見落としは生じない。

第三に、診療録の量である。前回の記録をコピー＆

ペーストして、その日の所見などを最後に記載することを繰り返している診療録が散見される。記載者に尋ねると、「1日の記載を確認するだけで経過がすべてわかるので便利である。何が悪いのか」と反論されてしまう。一理あると思われるが、診察時の記録であるべき診療録としては、適切ではないと考える。情報共有の面からも、週間サマリーを適宜作成するなどして、情報共有を行いやすい(読みやすい)診療録が望まれる。

### ■ 情報共有の標準化

電子カルテの利点の1つに、いつでもどのような医療者(権限に差はあるが)でも、患者の情報にアクセスできることがある。従来の診療科単位での紙カルテであれば、例えば薬剤アレルギー歴などは、その診療科内での共有にとどまらざるをえなかった。そして、本来あってはならないことではあるが、1つの診療科の情報が他の診療科で共有されなかったことによって患者に不利益が生じた場合に、必ずしも医療機関が責任を負うとは限らなかった。しかし、電子カルテはアクセスが容易であるがゆえに、重要な患者情報は医療機関のなかで共有されていて当然、とみなされる。

電子カルテにおける情報共有の仕組みは、バンダーによるデフォルト機能に加え、各施設で工夫していると思われる。しかし、どのような仕組みを構築しても、情報が入力されなければ共有されない。当院では、図

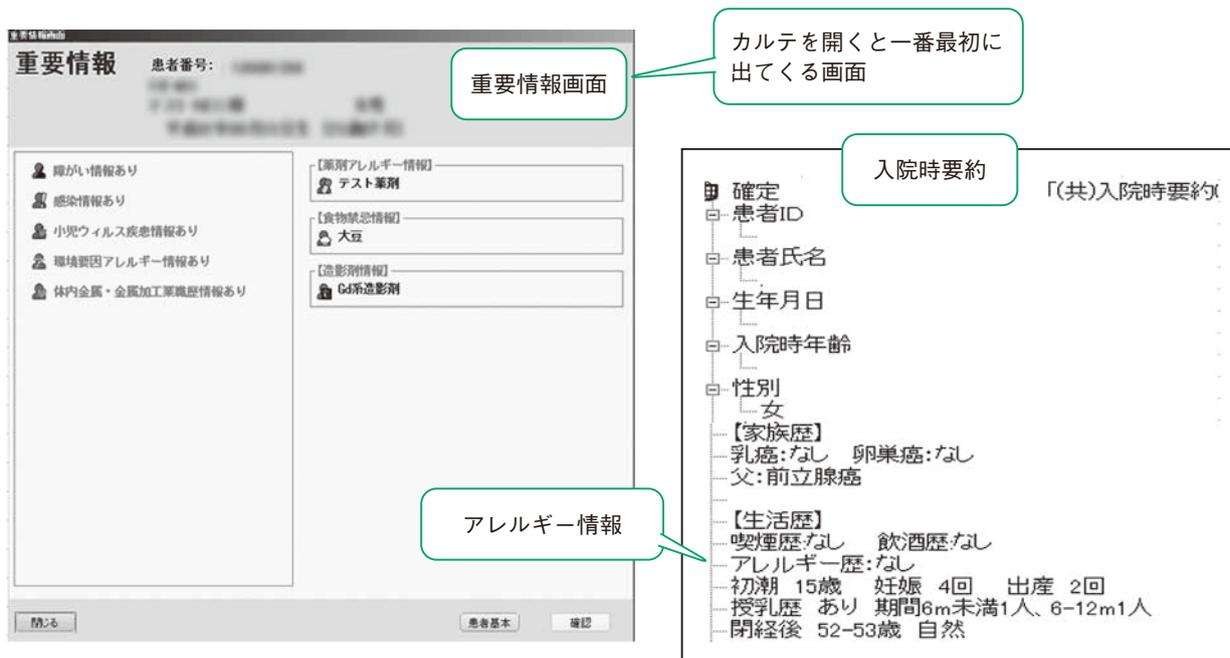


図6 電子カルテ上の情報共有の工夫例

重要情報画面と入院時要約に記載されている各項目を照らし合わせて、重要情報画面に記載漏れがないかを確認している。

6の左に示す「重要情報画面」を活用することになっている。前述の診療録監査において、診療科の診療記録に記載されているアレルギー情報などの院内で共有されるべき情報が、「重要情報画面」に記載されているかを確認している。

\* \* \*

本稿では、医療安全管理部門の視点からみた診療記録(特に医師の診療録)の重要性および記載における注意点について解説した。診療記録は診療の質の向上に加えて、医療者と患者の軋轢を回避するという点からもその重要性が高まっている。適切な診療記録の作成のためには、医療安全管理部門と診療録管理部門が協力して啓発活動を行う必要がある。