

総論 2

法律家の視点からみた診療記録

小島 崇宏

大阪 A&M 法律事務所 弁護士／医師

Summary

医事紛争においては、診療記録は診療経過の事実を認定するための重要な証拠として取り扱われる。民事裁判では、診療録に記載のある事実については、基本的にその事実があるものと推認されるため、正常所見も含め、適切な記録を残すことが重要である。もっとも、医療をするうえで適切な記載のなされた診療記録は、紛争対応の記録としても十分であるので、医療を行ううえで、適切な記録を残すよう、自分自身の記録について見直すことが重要である。

医療事故に関する裁判などのニュースを目にしない日はないというくらい、医療に関する紛争は日々発生している。医療に関する民事訴訟の件数は、横浜市立大学医学部附属病院の患者取り違い事故、都立広尾病院の注射器取り違い事故の発生した1999年から急増し、2004年には年間1110件となった。その後、いったん減少したものの、2009年の732件を底に反転し、最近では年間800件前後で推移している(図1)。

また、この背後には、訴訟に至らない紛争というもの、かなりの数、発生している。このように、医療従事者にとって、医事紛争を意識せざるを得ないこと

が現実としてあるなかで、本稿では、医事紛争で診療記録がどのような取り扱われ方をするのか、医事紛争を意識した診療記録のあり方など、法律家の視点からみた診療記録について概説する。

診療記録と法

診療記録には、医師の作成する診療録、処方せん、手術記録、看護記録、検査所見記録、エックス線写真、紹介状など、さまざまなものがある。法令上は、病院に保管義務がある診療に関する諸記録は、「病院日誌、

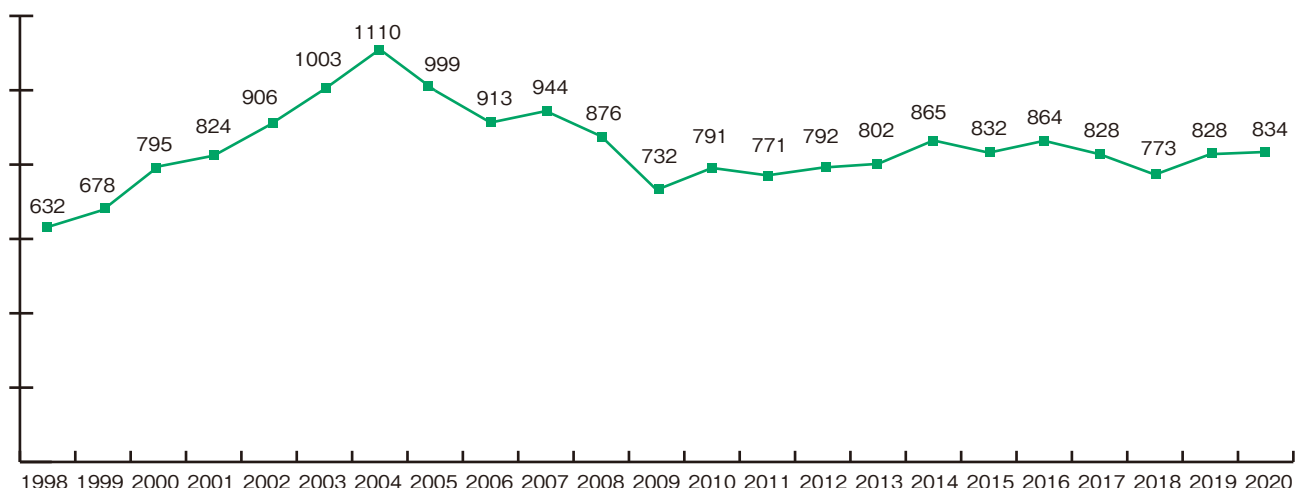


図1 年度ごとの医事関係訴訟事件の新受件数(裁判所HPより)

各科診療日誌、処方せん、手術記録、看護記録、検査所見記録、エックス線写真、入院患者及び外来患者の数を明らかにする帳簿並びに入院診療計画書」(医療法施行規則20条10号)であると定義されている。

なかでも、医師の作成する診療録については、医師法24条1項で、「医師は、診療したときは、遅滞なく診療に関する事項を診療録に記載しなければならない」とされ、違反した場合には、50万円以下の罰金刑に処せられるとされている(医師法33条の2)。この法律の文言だけを読むと、診療したときは、診療録を遅滞なく記載する必要がある、それに違反した場合には、刑罰が科せられるということで、非常に重たい義務であることがわかる。

そのほか、助産師の作成する助産録(保健師助産師看護師法42条)、薬局開設者の設置する調剤録(薬剤師法28条)等についても、法律上、作成義務があり、違反した場合に刑罰が課される。他方、看護師の作成する看護記録については、法律上、作成義務に関する規定はないが、重要な診療記録であることは当然である。

また、診療記録については、法令上の保存義務も課されている(医師法24条2項、医療法21条1項9号等)。

診療記録の意義

上記のとおり、診療記録については、法令上、作成義務や保存義務が科されているが、その意義について規定したものはない。また、記載内容や記載方法についても、法令上、診療録には、①診療を受けた者の住所、氏名、性別および年齢、②病名および主要症状、③治療方法(処方および処置)、④診療の年月日を記載する、との規定はあるものの(医師法施行規則23条)、具体的な規定はない。

この点について、日本医師会作成の「医師の職業倫理指針(第3版)」においては、診療録を作成することに関して、「医師は次回の、あるいは将来の患者の診療に備えるとともに、過去の医療内容を確認し点検する材料とすることができる。また、医師が日常的に診療に関する記録を作成し保存することは、業務内容の科学性、透明性を確保するためにも大切である。同時に、医学教育、研究のためにもこのような記録が重要となる場合があり、患者にとっても、記録が保存されていることは大きな利益となる」と記載されている¹⁾。

診療記録の役割としては、①患者に対して行った診療行為の記録、②チーム医療のための情報共有手段、③保険請求の根拠資料、④臨床研究の資料、⑤患者へ

著者紹介

小島 崇宏(こじま・たかひろ)
大阪A&M法律事務所 弁護士/医師
2001年大阪大学医学部医学科卒業後、
同整形外科学教室入局。2008年に司法
試験に合格し、2010年から医療機関側の
弁護士として業務を行っている。



表1 診療録の役割

- | |
|----------------|
| ①診療行為の記録 |
| ②チーム医療のための情報共有 |
| ③保険請求の根拠 |
| ④臨床研究の資料 |
| ⑤患者への情報開示 |
| ⑥紛争時の証拠 |

の情報開示手段、⑥紛争時の証拠、などがあると考え(表1)。

もちろん、①患者に対して行った診療行為の記録としての機能、が診療記録の最も根本的な役割ではあるが、1人の患者に対して多職種の医療従事者が関与する近時の医療においては、②チーム医療のための情報共有としての役割、も非常に重要になってきている。医療従事者が、日々、多数の患者を抱え多忙ななかで業務を行っている現状からすると、毎日、すべての患者に対し、関連する医療従事者が一堂に会してカンファレンスなどを行うことは困難であり、他の医療従事者が行った医療の内容や今後の治療方針などについては、診療記録から入手せざるを得ないからである。

診療録に記載すべき事項については、法律上は最低限の規定があるのみであるが、このような診療記録の意義を踏まえ、充実した記録がなされる必要がある。

訴訟における診療記録の取り扱い

医療訴訟では、不法行為責任(民法709条)や債務不履行責任(民法415条)が追及され、損害賠償請求がなされる。これらの法律に基づく請求においては、行った医療行為に過失があるか否かや、死亡などの望ましくない結果との間に因果関係があるか否かが問題となる。そして、その判断の前提として、患者が診療を受けるに至った経緯、患者の主訴、症状、診察の結果、診療の経過、インフォームド・コンセントの有無

や内容など、事実関係を明らかにする必要がある、診療録や看護記録などの診療記録は、事実関係を把握するための重要な証拠として取り扱われる。

この点、基本的に紙カルテについての裁判例では、診療録等の記載に改ざんや偽造があると認定されたものも散見されるが、裁判所の基本的なスタンスとしては、「診療録は、その他の補助記録とともに、医師にとって患者の症状の把握と適切な診療上の基礎資料として必要欠くべからざるものであり、また、医師の診療行為の適性を確保するために、法的に診療の都度医師本人による作成が義務づけられているものと解すべきである。従って、診療録の記載内容は、それが後日改変されたと認められる特段の事情がない限り、医師にとっての診療上の必要性と右のような法的義務との両面によって、その真実性が担保されているというべきである」（東京高等裁判所昭和59年9月24日判決、判例タイムズ452号152頁）という形で、医療訴訟においては、まずは、診療録等に記載がある場合は、その記載に即した事実があるとの推認が働く、という理解がされている²⁾。この考え方については、法律上の作成義務はないとはいえ、看護記録やその他の診療記録についても同様である。

つまり、医療に関する民事裁判では、まずは、診療録に記載がある事実は、そのとおりの事実があると判断されるのであり、患者側において、診療録の記載が誤っているということについての立証が求められることになる。したがって、医療機関側にとっては、医療に関する訴訟を進めていくうえで、診療録に適切な記載が残っていることは、非常に重要なことである。

他方、診療録に記載がないことについては、医師には医師法において診療録の記載義務があるにもかかわらず、記載がなされていないということで、医療行為を行ったこと等についての事実がなかったのではないかと、との推認が働くということになる。

例えば、聴診を行ったが、正常であったために、診療録に聴診について何も記載をしなかった場合には、聴診の結果が正常であったか否かという次元の議論ではなく、そもそも聴診をした事実がなかったとの推認が働くということになりかねない、ということである。もちろん、医師の証言など、その他の証拠から、診療録に記載のないことについても、事実として認定されることもあるが、診療録に記載がないというだけで、事実がないと認定され、医療過誤があるなどとされることは、避けなければならないことである。

このように、医事紛争という視点からも、診療録の記載というものが重要であることは、医事紛争が日々発生している現状からすると、意識せざるを得ないと

ころである。

診療記録の加除・修正

診療記録の記載が不十分である場合に後で追記をしてもよいのかや、誤った記載があることに気づいた場合に修正をしてもよいのが問題となるが、診療記録は、事実に基づいた正確な記載が求められるのであり、記載内容に不十分な点や誤りがある場合には、追記や修正を行うことは、むしろ求められているというべきである。もっとも、特に患者との間で、診療について紛争化した後に、追記・修正されたものについては、その記載が真実か否かについて、信用性に疑義が生じることになるため、やはり、診療記録を記載する当初から、十分かつ正確な記載が求められることは当然である。

なお、やむを得ず、後日、診療記録の追記や修正を行う場合には、診療記録を偽造・改ざんしたとの疑いが出ないように、追記・修正した日時、修正した理由、修正した者の氏名なども残すようにする必要がある。

電子カルテについては、基本的には修正履歴が残るので、元の記事を直接追記・修正することで問題となることは多くはないが、確定保存された記事を修正することについては、偽造・改ざんとの疑念を患者に与えることにもなりかねないため、新規の記事として、過去の記事の誤っている点や修正が必要な理由などを記載するという方法で、追記・修正を行うことも、1つの方法である。

法律家の視点から見た

理想的な診療記録、避けるべき記載

前記のとおり、診療録の記載は、医師に求められた法律上の義務であり、裁判所は、診療録に記載のあることについては、事実であるとの推認をしてくれるのが通常である。したがって、もちろん、多忙な診療業務のなかで、診療録を作成することについて、時間的な制約があることは十分理解されるが、やはり、診療した内容については、メリハリをつけつつ、正常所見も含めて、正確かつ十分に診療録に記載をする必要がある。この際には、5W1Hを意識しつつ、いつ、誰が、誰に、どのようなことを行い、その結果はどうであったのか、といったあたりを中心に、記載することが望ましい。

電子カルテが普及し、診療録を入力した日時は、電子カルテ上に保存されるが、診療行為等を行った日時については、診療記事のなかに記載をしなければ残ら

ないのであり、特に、急変時の対応など、経時的変化が重要となる場合には、意識的に記録に残すことが重要である。

また、インフォームド・コンセントの場面などでは、誰が、誰に対して行ったのかなどが、後に問題となることも少なくなく、同席者が誰であったのかなどについて、具体的に記録しておくことが重要である。さらに、インフォームド・コンセントについての記載では、患者や患者家族の反応などを、記録に残しておくことも重要である(表2)。

診療記録の意義についてはすでに述べたとおりであるが、診療記録は、他の医療従事者など、関連するさまざまな人が見ることになるのであるから、記載をする人の「メモ」というレベルのものや、気づいたことの羅列というようなものでは不十分であり、SOAPなどの記載方法を用いるなど、論理的に、整理された記載がなされる必要がある。

また、個人情報保護法が制定されて以来、診療記録は患者に開示されることが当然となっており^{3,4)}、患者および患者家族が、診療記録を目にする機会が増えている。そのような状況においては、患者や患者家族が診療記録を目にするのを前提にして記載せざるを得ず、患者や患者家族に対する誹謗・中傷ととられるような記載は、医学的に必要性がない限りは、厳に慎むべきである。

もちろん、患者や患者家族からの迷惑行為があったことなどについては、記録に残す必要があるが、こういった事柄については、診療記録に残すことが適切なのか、その他の医療機関内での記録として残すことが

適切なのか、状況に応じた対応が必要である。

さらに、医療訴訟においては、診療記録が重要な証拠となることは前記のとおりであるが、複数の医師の間や、医師と看護師などとの間で、記載内容に齟齬がある場合には、診療内容に疑義が生じることもあるため、診療記録を記載する際には、チームとして適切な記載となるように心がける必要がある。例えば、緊急対応を行った日時について、医師と看護師で時間にずれが生じているなどということも見られるし、上級医と研修医の間で、診察所見が大きく異なっていたり、評価や治療方針の内容が異なっているなどということも見られるので、注意が必要である。

また、時に、医療従事者間で、同僚を批判したり、他の医療従事者の治療内容を批判するようなカルテ記載も散見されるが、診療記録は、患者なども目にする公的なものであり、そのような記載もなされるべきではない。

* * *

本稿では、診療記録の意義のなかでも、法律家の視点から、裁判などの紛争場面を想定し、紛争時の記録という意義を中心に解説を行ったが、紛争対応として、多くの診療記録を目にしてきた弁護士としては、医療を行ううえでの適切な記載がなされている診療記録は、紛争時の記録としても、十分なものであるというのが、正直な感想である。

したがって、本稿を読んで、弁護士に言われたから、紛争時のために診療記録を適切に残そうなどという考えはもつ必要はなく、診療記録の本来的な意義に立ち返り、患者のためによりよい医療を提供することを目的とし、適切な診療記録を残すという視点から、診療記録の記載内容、記載方法について、再考していただければ十分である。

医療を行ううえで、適切な記録を残すことを心がけることが、紛争に巻き込まれた際には、自分自身、医療機関、そして同僚を守ることにつながるのであり、これを機に、自分自身の診療記録がより充実したものとなるよう、見直してもらえればと考える。

表2 インフォームド・コンセント(IC)に関する診療記録の例

◆例1

●●医師よりICの状況。内容は医師記録参照。
弟、長女に不明点を尋ねるも「今は大丈夫です」と話す。
看護師より今後も不明点あれば訴えていただくよう促す。弟、長女は「ありがとうございます」と話す。

◆例2

IC後、面談室でお気持ちを尋ねた。
(今日話を聞いて)
ご本人は「びっくりしました、ショックと言うより……」と話す。
息子様より「●●●●」
(治療方法について)「●●●●」
(手術を受ける意志について)「●●●●」
→本人が手術を受ける意志があることを医師に報告した。

文献

- 1) 日本医師会：医師の職業倫理指針 第3版。2016, p7.
- 2) 福田剛久, 高橋譲, 中村也寸志：最新裁判実務体系第2巻 医療訴訟。青林書院, 2014, p260.
- 3) 厚生労働省：診療情報の提供等に関する指針。2003.
- 4) 厚生労働省：医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス。2017.