

医療安全推進週間に因んで

～診療録（カルテ）記載の重要性～



県立中部病院 医療部長 小濱 守安

医療事故とは、医療に関わる場所で、医療の全過程において発生する事故であり、患者に生命の危険や死亡、病状の悪化等の身体的被害及び苦痛、不安等の精神的被害が生じたものである。医療事故の防止に努め、医療における安全と信頼を保証し、患者を守り、医療者も守るための活動全般が医療安全であり、多くの医療機関で医療安全に対する取り組みが行われている。これまでの医療安全に関する経緯を振り返ると1999年、横浜市大での患者取り違え事故、都立広尾病院消毒薬誤注入事件を皮切りに、次々と大きな医療事故が発生、以来医療界はマスコミから大きな批判やバッシングを受けるようになった。患者の医療不信が増大し、権利意識の高まりとともに医療訴訟件数が急増していった。しかし医療訴訟だけでは、医療事故の原因究明や再発防止にはつながらず、2014年6月に医療事故調査制度を含む医療法改正法案が成立し、2015年10月に医療事故再発防止につながる医療事故調査制度が施行された。対象となる医療事故は、「医療機関（病院、診療所、助産所）に勤務する医療従事者が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、当該医療機関の管理者がその死亡又は死産を予期しなかった」とされている。予期しなかった死亡・死産とは、管理者が、(1) 当該医療の提供前に、医療従事者などにより、当該患者などに対して、当該死亡又は死産が予期されていることを説明していた。(2) 当該医療の提供前に、医療従事者などにより、当該死亡又は死産が予期されていることを診療録（カルテ）または文書に記録していた。(3) 当該医

療の提供前に、医療従事者からの事情の聴取及び、医療の安全管理のための委員会からの意見の聴取を行った上で、当該医療の提供前に、当該医療の提供に係る医療従事者などにより、当該死亡又は死産が予期されていると認めたもの以外である。すなわち死亡・死産を予期しなかったものとは、当該死亡が予期されることを、(1) ちゃんとした説明が前もってなされている、(2) 診療録に記録が残っている、(3) 委員会で死亡・死産が予期していたものと認めることができるもの以外ということになる。説明、記録等があり、患者家族との信頼関係が成立しており、医療を受ける側が納得・了解していることが必要である。このような状況で近年、患者からの診療録開示請求が増加している。診療録とは、収集した情報に基づいて診断・治療を客観的に記載する義務・責任が課せられている公的文書である。医師法24条で医師は診療を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あり、診療録に記述のない事項は、行っていないものとみなされた判例もある（岐阜地裁昭和49）。患者と問題が発生した場合、医療者としては説明したつもりであるが、「患者がその説明は聞いていない」ということを証明するのは困難である。医師自身の身を守るためにも、原則通り説明した内容を診療録に記載することが求められる。説明が十分に患者に伝わらなかったと感じた時は、「伝えなかったこと」を診療録に残しておくことも重要である。診療録は医療の正当性を証明できる唯一の証拠であり、正確な診療録の記載は、医師の身を守る。開示を前提とした記載内容が

求められ、患者とのやりとりも記載するとよい。診療録記載は、遅滞なく（＝遅くともその日のうち）記憶の確かなでできるだけ早いうちに記載すべきである。結果が判明し、振り返って考え直した時に、認識が異なることはよくある。しかし診療録は、診療などを行った時点の認識と行動の記録である。事後の認識の変更で書き改めることは、記録の在り方が歪められてしまう。そして記憶は時間とともに不正確となっていく。診療日から記載までの期間が長いと、記憶に頼って追加記載する作業には、虚記憶の入り込む余地が多く、信頼性に疑念を持たれる可能性もある。電子診療録（カルテ）は、入力や修

正を行うと必ずログが残る。記載の訂正は、あらぬ疑いをかけられる可能性がある。訂正がやむを得ない場合、必ず訂正の期日、時間、訂正理由もあわせて記載する。改ざんは決して行ってはいけない。診療録は施設が診療報酬上の要件を満たしていることの証明であり、また医療訴訟の際には重要な証拠となる。医療者として、適切な医療を行ったということを、事後に第三者が確認できるように開示を前提とした適切な表現と正確さが求められる。不幸にして医療事故が発生した場合、適切な診療録記載が医療者の身を守り、事故の原因究明につながり、医療安全の向上につながる。

