

## カルテ記載の注意点

### 【質問】

当病院はリスクマネジメントの見地から、カルテの記載方法について整備したいと考えています。医師がカルテの記載をする場合にどのような点に注意すべきなのでしょう。

### 【回答】

医師法24条は「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。」と規定し、医師の診療録（カルテ）作成義務を定めています。

カルテは医師自身の診断過程、治療過程を記録し証明する資料として、診療の上でも紛争予防、紛争対応の上でも極めて重要なものです。

日常の煩雑な診療業務に追われる医師にとって、カルテの記載に十分な時間をかけることは容易ではなく、ちょっとした誤記、記載洩れ等が生じやすいので、後日思わぬトラブルを招くことにもなりかねません。また、時間が経過してから記憶をたよりにカルテの記載をしたりすると、誤りが生じやすく、またそのような作成の経緯から記載内容の信用性が弱いものとみなされ医療側に不利な結果を招くことにもなります。

カルテには患者の訴え、自覚症状のほか、できる限り客観的な他覚的所見を詳しく記入し、更に「異常なし」「所見なし」というような「ネガティブ」の所見も明確に記載しておくべきです。「そのような所見がなかったから記載しなかった」と弁解しても、「そのような検査診察をしなかったので記載しなかった」との区別がつかえません。

連続長期受診の場合や慢性疾患の診療においても、1、2週間に1回位は、症状がどう変わったかなどの経過、慢性疾患の指導内容など、処方や処置などの変更があった時や療養指導内容の変更があった時の判断内容などを記載しておくようにすべきでしょう。

また検査を行った場合にはその理由となった症状、所見も簡単に記載すべきで、検

査成績表なども常に整理しておくようにしたいものです。

一人の患者に複数の医師が診療にあたっているような場合には、サイン、略称等で記載部分と記載者が判るようにしておくのが望ましいといえます。

医事紛争において、カルテの改ざんが問題となることがありますが、後日改ざんと疑われるような記載の仕方は絶対に避けるべきです。たとえば、不自然な挿入や書直し、従前の記載が読めなくなるような消去などはその恐れがあります。

何らかの理由でカルテの記載を訂正する必要がある場合、やむを得ず訂正を行うときには、不正な改ざんとの疑いを防ぐためにどこをどのように訂正したかを明確にしておくべきです。

訂正の具体的方法としては、①訂正前の字句が読めるように2本線で消し余白に訂正後の記載をし、②訂正の日付と時刻を記載し、③訂正者の氏名、サイン等によって訂正した者が判るようにし、④訂正の理由を簡潔に付記しておくのがよいでしょう。

いずれにしても、医事紛争においてカルテ等の記載は証拠として非常に重要なものになりますので、十分注意して遅滞なく的確な記載をするよう努めるべきです。

2001年3月1日、国立大学医学部付属病院長会議「医療事故防止策の策定に関する作業部会」診療記録サブワーキングにおいて、「優れた診療記録の作成」について論じられていますが、すぐに医療機関でも活用できる示唆に富んだ内容ですので参考にして下さい。

#### (1) やるべき五原則

- \* 客観的で臨床に関連した事項であること。
- \* 正確であること。
- \* 読める字で書いてあること。
- \* タイムリーに記載されていること。
- \* 完成されたものであること。

#### (2) やってはいけない三原則

- \* 改ざんや改ざんで見なされることはしない。
- \* 他の医療従事者の非難はしない。

\*患者さんや家族について、偏見に満ちた表現や感情的表現を用いない。

(3)医療事故に関する記録（事故が発生した場合の記録も、原則として上記①②が基本になる）

- a. 医療事故に関する事実を必ず記載すること。
- b. 患者さんや家族への説明や、やり取りを必ず記載すること。
- c. 正確で誤解の無い表現を用い、根拠の無い断定的な表現はしないこと。
- d. タイムリーに記載すること。
- e. 患者さんの診療に直接関係の無い病院業務に関わることは記載しないこと。
- f. 反省文、他者の批判などは書かないこと。