

第4回富山県医師会医療安全研修会
2021年3月8日(月)19:30～20:45
主催：富山県医師会



SOMPOリスクマネジメント

安心・安全・健康のテーマパーク

診療録・記録の重要性 -裁判事例からの学び-

SOMPOリスクマネジメント株式会社
医療・介護コンサルティング部

2020年度 第4回富山県医師会医療安全研修会
「診療録・看護記録の重要性」
COI開示

氏名 能村 仁美

**演題発表に関連し、開示すべきCOI関係
にある企業等はありません**

今日お伝えしたいこと

- 診療録は、その作成と保存が法令で義務付けられているものであり、医師の思考過程や実施した治療を反映したものといわれ、訴訟においては看護記録も同様に重視されます。これらの記録類が法律上どのように取り扱われるのか理解することを目的とします。
- 具体的にどのような記載が問題とされたのかを知り、院内におけるリスクマネジメントにつながるポイントを学習します。

本日お話ししたいこと

1. なぜ記録が重要視されるのか
2. 裁判事例紹介
3. 記録に関する留意点



講師：S O M P O リスクマネジメント株式会社

医療・介護コンサルティング部 上級コンサルタント・看護師 能村仁美 hnomura39@sompo-rc.co.jp

国立療養所松江病院附属看護学校卒。1995年～大学病院、公立病院勤務を経て、2008年～株式会社聖ルカレジデンス（聖路加国際病院提携医療介護付き居住施設）勤務、入居者への健康管理、介護、診療支援業務に携わる。2010年12月NKSJリスクマネジメント株式会社（現：S O M P O リスクマネジメント株式会社）入社。

執筆：医療機関でおさえておきたい個人情報保護のポイント Nursing BUSINESS 2018 vol.12 no.2 P60-P64

効果的な「個人情報保護法」研修会のノウハウ Nursing BUSINESS 2018 vol.12 no.2 P65-P67

新型コロナウイルスの感染拡大（14）新型コロナウイルス感染症の治療薬・ワクチン開発の動向 損保ジャパンRMLレポート205 2020年7月7日

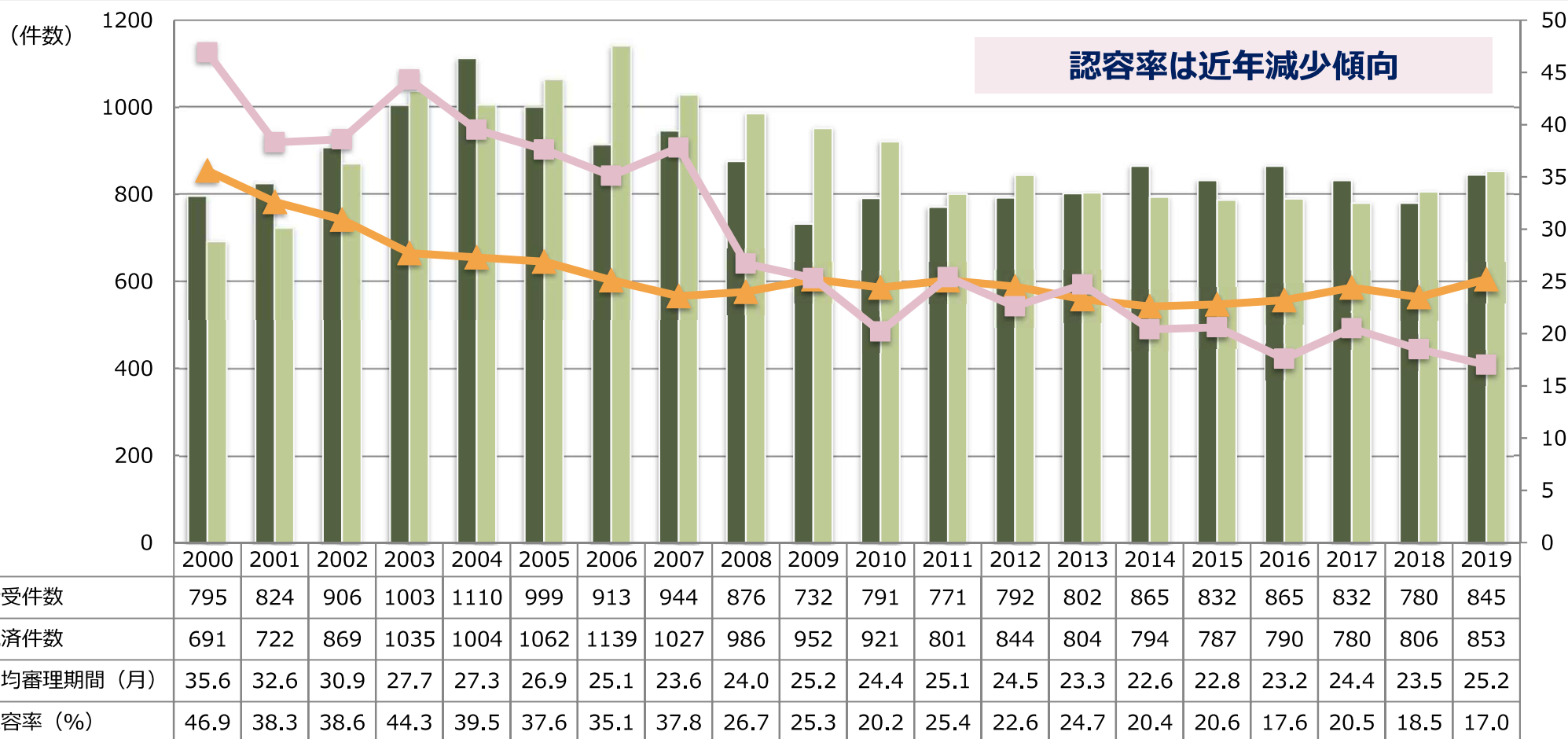
近年の医事訴訟の傾向①

※ 医事関係訴訟事件には、地方裁判所及び簡易裁判所の事件が含まれる。

医事関係訴訟 2019年は増加

1,110件を最多(2004年)とし、732件(2009年)まで減少した訴訟件数(新受)は、**近年771~865件の間で推移**。2019年は845件と昨年より増加しました。また「既済」853件のうち、終局区分は「和解」が475件(55.7%)、「判決」が253件(29.7%)。**認容率は17.0%と減少傾向**。ここ数年の平均審理期間は増加傾向にあり、2019年は25.2か月。

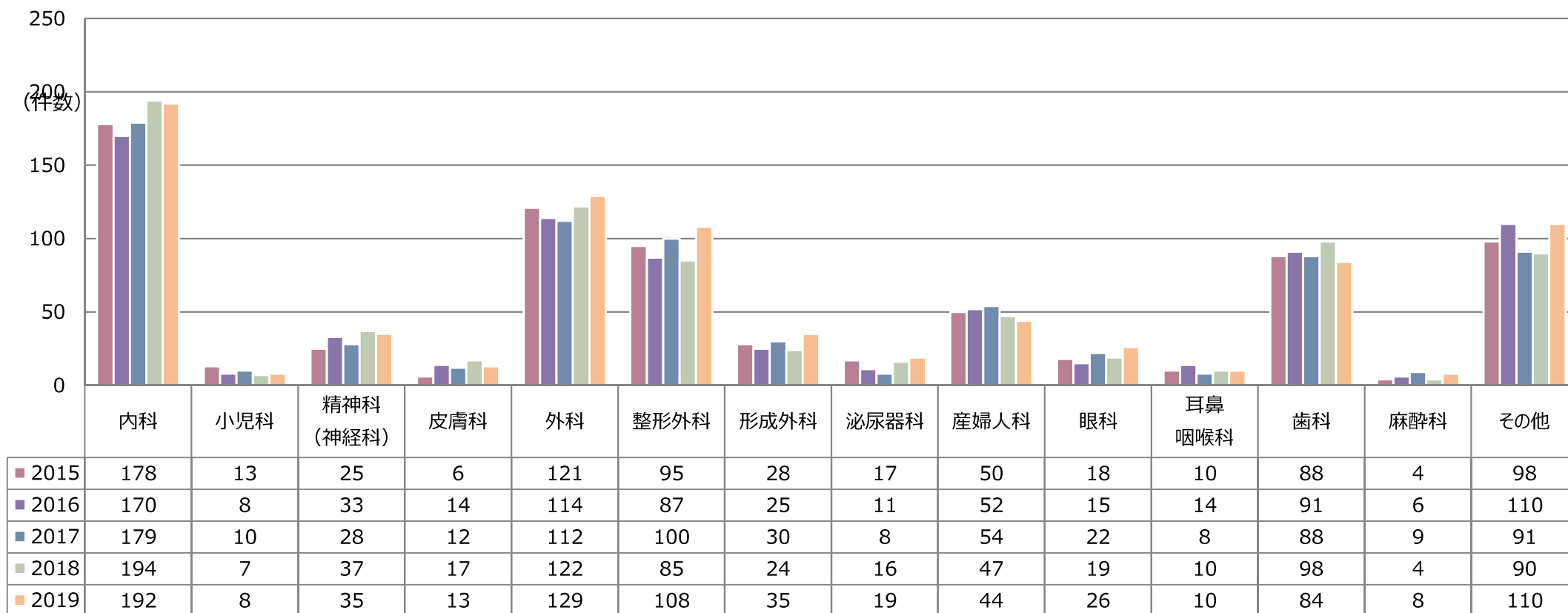
※「**認容率**」…判決総数に対して、認容件数(裁判所が原告の訴えを認めた件数)の占める割合であり、認容には一部認容を含む。



【出典】 最高裁判所. “医事関係訴訟委員会について 6. 医事関係訴訟の現状.” <http://www.courts.go.jp/saikosai/iinkai/izikankei/index.html>, もとに当社にて作成(accessed on 2020-12-10).

近年の医事訴訟の傾向②

医事関係訴訟事件(地裁)の診療科別既済件数



※複数の診療科目に該当する場合は、そのうちの主要な一科目に計上している

診療科目別既済件数については、**多い順から内科192件、外科129件、整形外科108件、歯科84件。**
 なお、引用元資料には「数値は、各診療科における医療事故の起こりやすさを表すものではないので、注意されたい。」との注意書きがある。

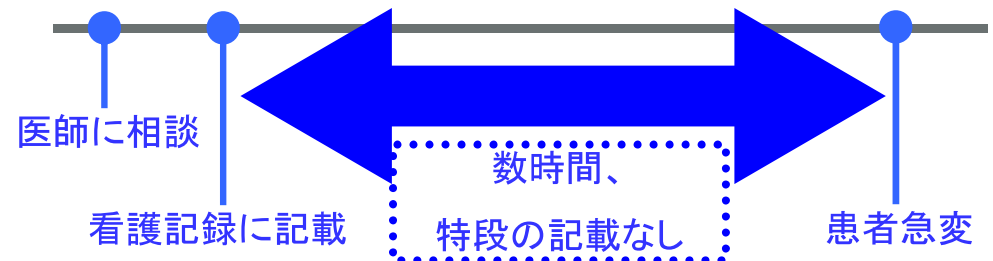
いつクレームになるか分からない

□ 紛争や訴訟は医療行為日から相当期間経過してから発生することがある

- ✓ 事故後、長期間リハビリを行い、後遺症が残存することが確実にってから
- ✓ 過失が明らかであるが、入院中で病院の世話になっている間はクレームはなく、患者の死後に賠償要求
- ✓ 分娩時の脳性麻痺で、健康な子との差が目立ってくる時期（幼稚園、小学校）や、時効直前に提訴

□ 事実関係の確認が困難になる場合がある

- 提訴されたが医師・看護師ともに当時の関係者が退職(不在)、記憶が薄くなる
- カルテ、記録類を見直したところ、記載が不十分だと分かる
- 医療機器の時刻に対して疑問、etc.....



裁判での陳述



それでは、
3年前の9月5日の
15:30に訪室したとき、
患者であるAさんの
状況はどうでしたか？

え〜っと、確かあの時は、
ご家族が来られていて…
で、えっと、血圧が…



Only one と One of them



いつも主治医のB先生は、
〇〇と言われていたのに、
当直のあの先生は、
×××と言われて、
△△したとたんに
呼吸が止まったんです。

記録の法的証拠能力

□ 医師法第24条第1項

- 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。
- 『**医師法第24条**がカルテの作成・保存を医師に義務づけたのは、診療行為の適正を確保するとともに、患者との法的紛争についての重要な資料となるもので、**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ものとする一般的なにはいうことができる**』新生児が未熟児網膜症によって失明したことにつき、病院側の過失が認められた事例（*後の控訴審では責任否定）一岐阜地裁 昭和49年3月25日判決

□ 看護記録および診療情報の取り扱いに関する指針（7-1-2）

- **看護記録は診療録と同様に重要な証拠となる。**
- 証拠は書証と証言に分けられ、看護記録は書証に分類される。看護記録を作成しないことに関する罰則はないが、訴訟となった場合に看護記録に不備があると、観察や処置などの必要なケアが行われていないと判断されることがある。...

それぞれの立場から見た診療記録

□ 医療者にとっての診療記録とは

- 患者により良い医療を提供するための記録
- 未来を指向する情報
- 時間的な制約などから臨床上の全ての情報を記録することは不可能なので記録にない部分は医療者の経験（記憶）、知見によって補われる

記録＋経験＋知見



臨床上の事実



「医療側の事実」

□ 患者・家族にとっての診療記録とは

- 多くの場合、ネガティブな先入観で医療側の過ちの有無など自分に有利な材料を集めるための資料
- 医療側が提供した診療情報が全てで、医療側と比較すると、情報や知識の量が圧倒的に少ないため、様々な主観が入り込みやすい

記録＋記憶＋主観



好ましい事実



「患者側の事実」

誤解＋混乱＋妄想

電子カルテの問診記載不備 一名古屋高裁 平成23年8月12日判決

□エルゴメーターによる運動負荷試験中に心室頻拍を起こした患者が後遺障害を負った後に死亡したケースで、医師の過失が認められた事例 損害賠償額：約6,600万円

診療録上、症状について「2週間に4回の胸痛があった」との記載のみ。
胸痛の性状・強さ・持続時間などの詳細について確認された記載がない。

【医師】「電子カルテを導入したばかりでパソコンに慣れていなかったため、記載を省略したに過ぎない。詳細な問診は行っていた。」

◆45歳前後の医師がパソコン入力に不慣れということ自体が不自然

◆仮に不慣れであったとしても、必要な記載を省略するのではなく、手書きのカルテを併用するなどの措置を採るのが当然のこと

□内視鏡検査でキロシカイン・ショックによって患者が死亡したケースで、急変時の対応に過失が認められた事例

- バイタルサインの推移や処置の時刻に関する記録が一切残されていなかった

✓『このようなことは、異常な事態といわなければならない。』

- 心電図モニターの記録用紙は紛失したとし、救命措置の時間的経過に関する客観的証拠も全く提出されなかった



『救命措置現場の混乱ぶりを如実に示すとともに、何らかの不自然さをめぐることができない』



医療機関は『立証に関する不利益を負うべき』

判断の医学的根拠が乏しい記録①

□ 絞扼性イレウスを見逃し、その結果検査や手術が遅れたために死亡したと遺族から提訴され、高額和解となった事例

和解金：6,500万円

- **13歳の患者**で6歳の時にイレウス手術既往あり。
- 22時頃に嘔気・嘔吐・腹痛の症状があり母親と一緒に受診される。
- 各所見からも閉塞性イレウスの再発を考え、入院させてイレウスチューブで解除を試みるも、廃液・排ガスはあまり認められなかった。
- 主治医は保存的治療と手術を説明し、母親が保存的治療を選択。
- 翌日8時、症状悪化。10時絞扼性イレウスと判明、手術直前に心肺停止。死因は急性汎発性腹膜炎による敗血症性ショック

患者側の主張： 絞扼性イレウスを見逃し、その結果検査や手術が遅れたために死亡した。

【病院側の主張】

前夜の所見では絞扼性イレウスに進展する可能性は予測不能であった。発見から検査、手術に至る経過に遅延はないと反論した。

判断の医学的根拠が乏しい記録②

■ カルテ記載 ■

01:38 母親に手術を勧めたが、学校を休めないとのこと



「手術をすれば、しばらく入院になりますよね。
学校の試験が間近にあって休めないで、お薬での治療をお願いします。」

「腸閉塞の再発が第一に考えられます。今のところそれほど緊急性はありませんので、お薬で様子を見ていくのも選択肢です。しかしお母さんも付き添いで大変でしょうし、手術してしまえば、原因もはっきりして安心できるので、手術をお勧めします。」



□ 裁判所の判断

- カルテに記載はないが、医師が手術を勧める以上、当然医学的根拠の存在が前提となる。
- 一方、手術回避の理由は、学校を休めないという母親の意向のみであり、医学的に適切な判断であったとは到底言えない。

判断に迷いがある記録①

□ 十二指腸潰瘍穿孔の見落とし、再診指示がなかった事について 遺族から1億円超の裁判を提起された事例



- 患者: 44歳 男性 既往歴: 不明
- 救急外来にて・・・
19時頃、救急車で搬送される。主訴は前日からの嘔気・嘔吐・腹痛。
- 来院時、バイタルは安定していたが、血液検査の結果、WBC7500 CRP4.1
と炎症反応を認めたため、感染性腸炎を疑い、輸液と鎮痛剤、制吐剤などを投与。
- 2時間ほど様子をみていたら
患者から「少し良くなったようなので帰宅したい。」との申し出があったので、
「症状が続くようなら、明日また受診するように」と指示した上で帰宅を許可した。
- 翌日夕方、家人が自宅ベッドで死亡している患者を発見。
- 司法解剖の結果・・・
死亡原因は十二指腸潰瘍穿孔による急性腹膜炎とされた。

**患者側の主張: CT検査の義務を怠り十二指腸潰瘍穿孔を見落とした。
再診指示も行わなかった**

判断に迷いがある記録②

【病院側の主張】

検査結果などから診察時点では十二指腸潰瘍穿孔は生じていない。
カルテ記載はないが、再診指示はしていた。

■ カルテ記載 ■

21:12 顕著な腹膜刺激兆候は認めないが、そうともとれる所見もあり、
単なる腸炎として、帰宅させても大丈夫か？・・・（以下略）

□ 裁判所の判断

- カルテ記載から、**担当医は判断に迷っている**。そうであれば、帰宅を許可する前に他の医師に相談するか、念のために入院させるべきであった。
- 患者自身が帰宅したいと述べた点もカルテ記載はない。
また仮にそうだとしても、投薬で症状がマスキングされ、軽快したと思った患者の求めに漫然と応じて帰宅許可したことは不適切であった。
- しかしながら、受診当日の各所見から、十二指腸潰瘍穿孔を診断あるいは予見することは困難であり・・・後略

誤解を招く記録内容①

□ 入院患者(81歳・女性)が転倒し、病室にて意識消失の状態で発見され、外傷性クモ膜下血腫により、意識が戻ることなく一週間後に死亡した事例 損害賠償額:2,000万円

- 発熱、食欲減退などを訴え入院。軽度の認知症あるも意思疎通可能で、理解力あり。夜間トイレの際は、ナースコールするよう本人に説明。

午後 11:00頃	トイレ前にいるところを発見し、トイレ介助後にベッドへ誘導。
午前 2:00頃	同じくトイレ前でウロウロしている患者を発見。同様にトイレ介助しベッドへ誘導。 (※夜間トイレに行く際はナースコールをするよう再度説明していたが、記録なし)
午前 5:10	5:00にナースステーションの外から物音がしたような気配があり、巡回したところトイレ前で座っている患者を発見。ベッドに戻しバイタル測定し安定、意識清明であることを当直医に報告し、様子見との指示を受ける。朝方まで著変なし。
午前 6:00	再度バイタル測定し安定。少し話をし、再入眠。(※朝方まで著変なし。と記載のみ)
午前 7:00	再度バイタル測定し安定。(※朝方まで著変なし。と記載のみ)
午前 8:00	起きて来ないので訪室。「眠い」とのことで、退室。
午前 9:00	訪室したところ、意識のない患者を発見。ドクターコール。すぐにCT検査を実施。(外傷性クモ膜下血腫の診断で手術実施)

誤解を招く記録内容②

患者側の主張：

転倒前に2度もナースコールをせずにトイレに行こうとしたのだから、3度目は予測・回避が可能であった。
転倒後のCT検査を怠り、外傷性クモ膜下血腫の発見が遅れたことで死亡した。

【病院の主張】

カルテ記載はないが都度ナースコールを説明し、本人もうなずいて、「分かりました。」などと返事をしていた。
(23時、2時の発見時にナースコールの説明をしたが、看護記録に記載していなかった)
転倒直後も意識ははっきりしており、他に異常も認められなかったので、CT検査をする義務はなかった。

■ 看護記録記載 ■

05:15 看護詰め所に待機していると、病室の方からボタンという音が聞こえ、駆けつけると一人でトイレに行こうとした〇〇さんが転倒していた。

誤解を招く記録内容③

❑ 裁判所の判断①

2回の夜間発見時、ナースコールを
するよう再指示した記載無し

実際は
再指示をしていた

患者を発見した看護師は、都度ナースコールをするよう指示する必要があったが、そうした配慮をしたという**証拠（記載）は無い。**

【カルテ記載】
「1人でトイレに行こうとして転倒した」

⇒看護師の**憶測**

裁判所はカルテ
記載事項を認定

2回の夜間発見時にナースコールの指示をしなかったために
患者はナースコールすることを軽視し、患者は1人でトイレに行った。

誤解を招く記録内容④

❑ 裁判所の判断②

【カルテ記載】
「ボタンと音がした」

物音がしたような気配

音をオーバーに
脚色してしまった

ボタンと大きな音がしたのであれば**CT検査を実施すべきであった**

【カルテ記載】
朝方まで著変なし

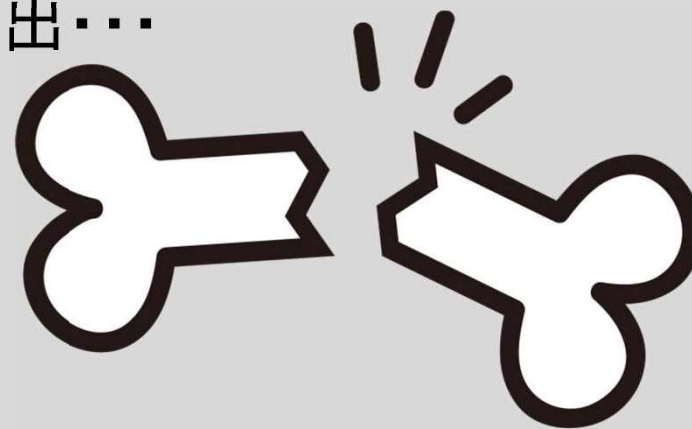
思考過程が見えない
いつ、どこを観察したのか
「何を根拠に」著変なし、なのか

訪室した時間さえも記載されておらず、本当に**観察したのか疑わしい**

【参考】擬音語・擬態語

擬音語・擬態語(オノマトペ)による記載例

- (手術中)・・・ドレーンから血性排液が**ドバツ**と流出・・・
 - 「ドレーンから〇分で〇〇mlの血性排液が流出・・・」
- (体交時)・・・大腿部で**ボキッ**と音が・・・
 - 「大腿部に異音あり」
- (リハビリ中)・・・**ドシン**と尻餅をついた。
 - 「尻餅をついた」



- 「・主観が入りやすい表現。
- 「しかも習慣的に使ってしまうことがあり、事実とかけ離れていることがある。
- 「・**ドバツ** そもそも不測の悪い事を連想してしまう表現
- 「・**ボキッ** 折られた本人の感覚も加えた表現で、実際にこうは聞こえない。
- 「・**ドシン** 転落を連想させる。習慣的に使いがちだが、実際には聞こえない。」

転倒アセスメントに関連した事例①

□ 入院患者(78歳・男性)が病室ベッドサイドで倒れている状態で発見され、救命処置を実施したが翌日死亡した事例

- 患者がナースコールせずトイレ歩行する度に、看護師を呼ぶよう伝えていた
- 患者の状態により、付き添い、歩行器、尿器、ポータブルトイレなどを行っていた

■ 看護記録（転倒に関する部分のみ抜粋） ■

H18.10.28	入院。転倒転落アセスメント・スコア7点 危険度Ⅰ→看護計画立案。
11.20	眠剤1/2錠余分に飲んだらふらつき、夜中に 転倒した と朝話す。腰痛なし。尿器・ポータブルトイレ・歩行器をすすめる。
12.21	夜中に エレベータ前で転倒した と、昼間話す。
H19.1.4	ドーンと音 がして訪室する。「歩行器が滑った」と話す。医師診察し経過観察。尿器で排尿促し、排便時はナースコールするよう伝えたが、 その後も勝手にトイレに行くため、再度説明 する。
1.19 2:10	物音で訪室すると、 廊下に尻もち をついたような姿で座り込んでいる。「手間かけると悪いと思って」「胸を打った」などと話す。
10:00	訪室すると顔面蒼白、Bp66/46、P86、SpO ₂ 94%のためモニター装着。嘔吐あり、尿管挿入。医師より酸素2Lカニューレ開始指示あり。
20:30	モニター上HR30のため訪室すると、 ベッドサイドで倒れている 。
1.20 0:27	救命処置を行うが死亡。

転倒アセスメントに関連した事例②

患者家族の訴え



- 以前の入院から転倒していたし、今回の入院でも転倒していた。
- 父が転倒するとがわかっていながら、病院が**何も対策をとらずに放置**していたのは**安全配慮義務違反**じゃないか！

■ 患者側が証拠としたのは、**転倒転落アセスメント・スコアシート** ■

転倒転落アセスメント・スコアシート

- ・ 入院時のアセスメント：7点 危険度 I
(転倒・転落を起こす可能性がある)
- ・ **転倒事故発生日** (H18年11月19日、12月21日、平成19年1月4日) に**再評価が行われていなかった**

看護記録に大きな不備がなくとも、タイムリーに再評価していない書類が、不利な証拠に使われることがある。

身体拘束に関連した判例① –最高裁 平成22年1月26日判決

□ 腰痛及び骨盤部痛のため入院していた患者の(80代女性)、夜間せん妄が強く、両手にミトンを使用してベッド柵に拘束したケースで、病院が逆転勝訴した事例

- 患者は、右手首と下唇に治癒20日間を要する傷を負った
- 名古屋高裁 H20年9月5日では病院側に50万円の損害賠償請求

「医療機関による場合であっても、同意を得ることなく患者を拘束して、その身体的自由を奪うことは原則として違法」

□ 「同意がなくても、緊急避難行為として、例外的に許される場合」

✓「身体拘束ゼロへの手引き」に示された、**『切迫性』・『非代替性』・『一時性』**の3要件が、判断要素として参考にされる

- **患者が制止にもかかわらず点滴を抜去、**
- **正当な理由なく必要な医療措置を妨げる、**
- **他の患者等に危害を加えようとする場合・・・など**

身体拘束に関連した判例② -最高裁 平成22年1月26日判決

切迫性

歩行中に転倒したりベッドから転落したりして、骨折等の
⇒**重大な傷害を負う危険性は極めて高かった。**

非代替性

○ 看護師3名で27名の入院患者に対応；1名が付きっきりで対応することは困難
○ 腎不全の診断を受けており、薬効の強い向精神薬を服用させることは危険と判断された
⇒**他に転倒・転落を防止する適切な代替方法はなかった。**

一時性

○ ミトンの片方は患者が自ら外し、もう片方は入眠を確認した看護師が
速やかに外した。
○ 拘束時間は約2時間に過ぎなかった。
⇒**患者の状態からして、危険を防止するため必要最小限度のものであった。**

- 身体拘束は、必要やむを得ない事情がある場合にのみ許容される。
- ミトンを外した際の怪我は判断に影響を及ぼさない。
- 事前に当直医の判断を経なかったことをもって違法とする根拠を見いだすことはできない。

看護記録の不適切なデータ記載

■ 呼吸不全が発生した時の看護記録 ■

13:55	モニター上SpO ₂ 50%まで低下し、 <u>訪室すると呼吸停止し、チアノーゼ出現していた。主治医報告。</u>
-------	--

裁判で担当看護師は、
『**実際はモニター上で80%であることを発見し**』
『**訪室したら50%だった**』と主張した

- 呼吸管理については、発見時がSpO₂ 50%であったかのような記載のため、観察義務違反による発見遅れ、アラーム不備の責任を問われる可能性が高かった
- ※看護師の観察義務違反は容易に認定される傾向が強い

 **和解金 3,300万円**

時間経過の不整合①

- 抗生剤投与後、アナフィラキシーショックで死亡したのは、病院側の対応の遅れや、抗生剤の副作用について十分説明がなされていなかった事が原因として遺族から提訴された事例 賠償金額：約5,000万円

□ 経過

➤ 急変前...

58歳男性、既往歴なし。前立腺癌の疑いにて、近医から生検目的に紹介受診。

問診にてアレルギーなどの既往がないことを確認し、前処置で抗生剤の点滴投与を開始。開始して1分後に看護師は処置室から退出。

➤ 急変後...

看護師が退出してから約3分後に患者が気分不良を訴えてナースコール。

看護師が訪室すると、患者は顔面蒼白で嘔吐していたので直ちにドクターコール。

数分後に医師が駆けつけてたが、意識消失して脈拍も触知不可となりただちに蘇生処置を講じたが死亡の転帰となった。死亡原因『重症アナフィラキシーショック』

時間経過の不整合②

□ 診療録

看護記録

急変前の記録が一切ない

<記録時間: 18:25>

10:23 顔面チアノーゼ(+)

嘔吐(+)
意識(↓)

10:27 意識(一) → arrest

ソラクト(全) epi

8分

10:35 挿管 心マ

10:42 epi

⋮

15:15 死亡確認

医師到着まで8分

マスク換気
記載なし

<記録時間: 12:45>

10:15 NC 気持ちが悪い

顔面蒼白、嘔吐(+)

P142 BP 50/～

K医師コール

10:20 K医師着 BP、P 触知不可

呼吸停止 (2ヶタ)

輸液全開で実行、ボスミン注

20分

10:40 挿管 心マ開始 ボスミン注

時間経過の不整合③

患者側の主張：

副作用に関する説明義務違反。
看護記録では呼吸停止から挿管まで約20分を要した、挿管遅れの過失は明らか。

病院側の主張：

カルテに記載はないが、抗生剤の副作用に関する説明は型どおり行った。

カルテと看護記録の時間差は、それぞれが見ていた時計の違いが原因であり、作為的なものではない。

急変直後は現場も相当に混乱していたため、看護記録の方が不正確であった可能性が高い。

カルテに記載はないが、挿管までの間、当然マスク換気は行っていた。

処置に遅延はなく、病勢から救命は困難な症例であった。

□ 裁判所の判断

- カルテと看護記録、どちらの時間が正しいのかは双方の立証不足で判断不能。
- 抗生剤投与後5分間の患者監視と15分間の担当医待機という院内ルールが存在するのに、看護師は1分後に退出し、ドクターコールを受けた医師は訪室まで5分ないし8分を要したことは過失である。このような過失がなければ救命できた高度の蓋然性がある。

時刻合わせの重要性



臨床経過をはっきりさせるためには。時刻の把握・記録が重要！

PHS

いつ・誰が・誰に
連絡したのかが
残るため、非常
に重要！

モニター機器

電波時計でも
電波が届かず、
ずれることも

電子カルテ

記録の中心（重要！）
ずれたならすぐ直すべき
すぐ直せないならずれを
把握しておくべき

かけ時計

月1回、日等を
決めて調整して
いるところもある

**個人の腕時計
懐中時計**

Point

**日頃より基準となる時計を決め、定期的に合わせておく
基準がない場合は、事故発生時に基準を設けて記録を残す**

記録のポイント①

- 開示を前提とした記載内容
- 治療や経過把握に不要な内容は記載はしない
(患者、家族の個人情報や他の医療者の文句等)
- 時刻、時系列が分かる記載に努める
- 改ざんは厳禁(修正が必要な場合は修正前の記録も明確に)
- 出来る限りタイムリーに記録する
 - ✓ 記載した時刻が記録(ログ)として残る
- 前もって、これから行う処置やケアをまとめて記録しない
- 自分が実際に見ていない患者の記録をしない
- 標準化されていない略語、記号は使用しない「・・・、！、？等」
- 勝手に要約しない
 - ✓ 患者の訴えを「著変なし」と記載 ⇒ 本当に患者さんが「著変なし」と言ったのか？

記録のポイント②

□ 実施したケア、判断の根拠を明確に記録する ×「いつもこうしている」

✓ 判断の根拠をバイタルサインや検査データ等含めて記録する。

□ 思考過程が見えない、行動（実践）につながらないような書きっぱなしの情報・アセスメントは適切ではない

✓ 「～と思われる」「～のように見える」「医師へ相談しよう（・・・以後記録なし）」

⇒評価をする以上、ケアの計画・実践・反応を残す

□ 回顧的表現は避ける

×「ナースコールで駆けつけてみると足を滑らせて尻餅をつき、大腿骨を骨折。見守りが足りなかった。」

○「ナースコールで駆けつけてみるとベッドの脇にしゃがみ込み、大腿部の痛みを訴えていた。」

□ 緊急時は特に、記録の漏れがないようにしておく(記録者の指定)

記録のポイント③

【主観的な表現】

- 頑固
- 太り過ぎ
- しつこく聞いてくる



- ❖ 家族が説得しても承知しない
- ❖ 体重〇〇キロ、肥満あり
- ❖ 1日に〇回聞いてくる

【医療従事者が優位であるかのように感じさせる表現】

- 自分でやらせる
- 指示に従うよう注意したが従わず
- 外泊許可が下りる



- ❖ 自分でできるように促す
～について説明したが、応じてもらえない
- ❖ 外泊することになる

【客観性に乏しく誤解を招きやすい表現】

- 必要時看護師介助
- 多量、中等量、少量



- ❖ 夜間トイレ歩行時は見守り(介助)する
- ❖ Og、Oml、測定可能な単位で表現
(病院の記録記載基準に従う)

電子カルテ(電子保存)の三原則

□ 見読性

- 電子媒体に保存された内容を、権限保有者からの要求に基づき必要に応じて肉眼で見読可能な状態にできることである。

□ 真正性

- 正当な人が記録し確認された情報に関し第三者から見て作成の責任の所在が明確であり、かつ、故意または過失による、虚偽入力、書き換え、消去、及び混同が防止されていること。

※混同: 患者を取り違えた記録がなされたり、記録された情報間での
関連性を誤ったりすること

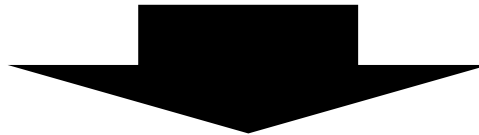
□ 保存性

- 記録された情報が法令等で定められた期間に渡って真正性を保ち、見読可能にできる状態で保存されること。

厚生労働省ホームページ「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン第5版)」より

https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000166260.pdf (アクセス2018/8/27)

急患対応で・ログアウトできなくて・参照だけのつもりで
他人のIDログイン状態でシステムを操作した



- ・都合の悪い事象が発生したため辻褃合わせ・ごまかし
- ・他人のIDと分らないくらい判断が出来ない状態(混乱)
- ・ずさんなシステム管理(管理不備)
- ・他の患者の状態を間違えて記入(個人情報流出)

・・・実施者は「わたし」ではなく、「ログインしていた方」

**患者家族より
疑念を抱かれる結果に**

よくある質問：

カルテ記載には何が重要なのか？

カルテ記載には再現性が重要です。

つまり最終的な判断に至った思考プロセスが記入されていることが必要なのです。

いちいち細かなことまで漏らさず記載するのは現実的には困難でしょうが、

かいつまんで一行か二行程度の記載があるだけでも違います。

裁判所は書いてないことはやってないとみなす傾向にあるからです。

次に重要なのは、記録が正確であることです。

たとえば手術中の記録で記録者によって時間がバラバラということがよくあります。

それはそれぞれが見ている時計が違うことが原因なのですが、裁判で追求され大問題に発展することもあります。これを裁判所に説明するのは大変困難なのです。



<出典> 宮澤潤弁護士・2013年9月日講演「事故を紛争にしないために」より



SOMPOリスクマネジメント

安心・安全・健康のテーマパーク