

これは予防可能かつ適切な対応でいくつかのエラーは根絶出来る可能性のある領域である。それゆえこの軸での対策活動は非常に重要である。しかし一般に報道される医療事故の多くは第2の軸、つまり診療の質、医師の知識や技術そのものを問うているものも多いのである。また自治医大の医師の報告例ではこの軸に合致する内容が多いのである。例えばレントゲン上の淡い腫瘍陰影を見落とし結果的に進行肺癌となってしまった事例である。これは医師の業務環境などの背景因子以上にまずは医師の読影能力が問われている。この軸を『医療（医師・医療従事者）の質』と呼ぶ。すべての医師が十全な能力を有していれば良いが、現実の医療現場ではそういうことはあり得ない。この軸での対策としては、専門家集団によるPeer reviewの強化と手術成績など医療行為自体のPerformanceの計測が不可避となる。ここでは治療成績公開などPublic disclosureの諸問題も検討される必要がある。そしてすべての領域に十分な能力を有する医師というのは、現代の複雑かつ高度な医学体系ではあり得ないことを前提とした診療体制の管理が必要となる。

第3の軸は医療と社会との関係を含み込む次元であり、『医療紛争』の軸と呼ぶ。具体的には医療水準としては十分なものであっても患者側の期待に十分に答えられていない事例がここに含まれる。例えば交通事故で多臓器損傷があり緊急手術で救命できたが、そのときの医師の対応に不満がありかつ術創に不満があり訴訟を起こしている事例などである。この軸には法的な問題を包含するものとし、多くの医療機関で問題となっている医療関連死亡の警察報告などもこの軸で検討されるべきである。従来から期待されている裁判外紛争処理の医療への応用などもこの軸で議論されるべきことだと考える。患者側への説明の契機として従来からの医師からの説明を超えた種々の説明機会の創設が望まれており、その方法

として警察による検案の利用も考えられる。医師法21条に関連した警察報告の問題も現場ではこういった運用レベルでの対応によって解決を図るしかないのが実情である。こういった活動は結果的には医師や医療従事者を支持することになり、医療安全に間接的に寄与するものである。3つの軸の概念図を図7に示した。

E. 結論

現場で入手可能な医療安全関係の情報及び医療事故情報から、問題の整理のために有用な3つの軸設定を提案した。このカテゴリーは分類を目的としているのではなく、医療安全を実践するために全体の配置を理解するための道具である。この道具を用いて医療安全活動実践において時間浪費的な迂回路を回避することがこの提言の目的である。

F. 健康危険情報

特になし

G. 研究発表

1. 論文発表

特になし

2. 学会発表

特になし

3. 講演・シンポジウムなど

(1) 岡山リスクマネジメントセミナー、平成17年11月、岡山

(2) 倉敷中央病院研修会、平成18年3月、倉敷

H. 知的財産権の出願・登録状況

特になし

図1 平成16年度インシデントレポート集計

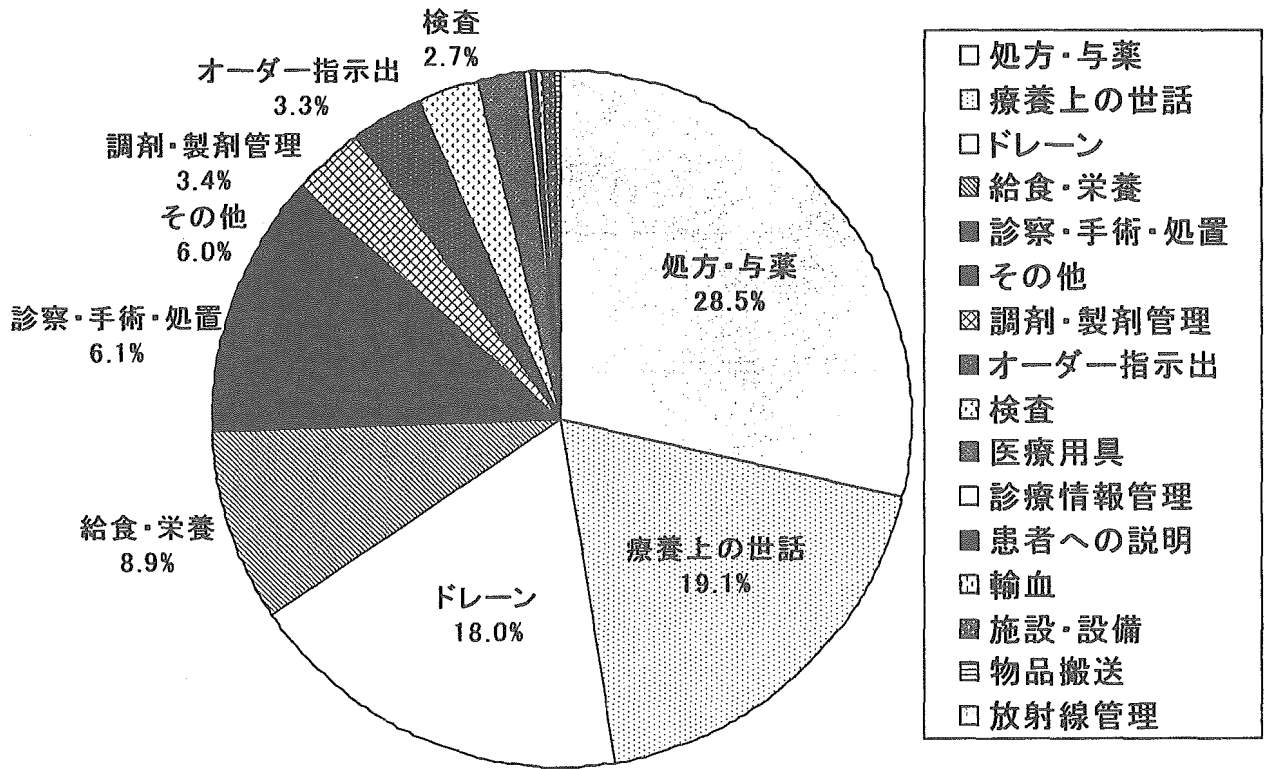
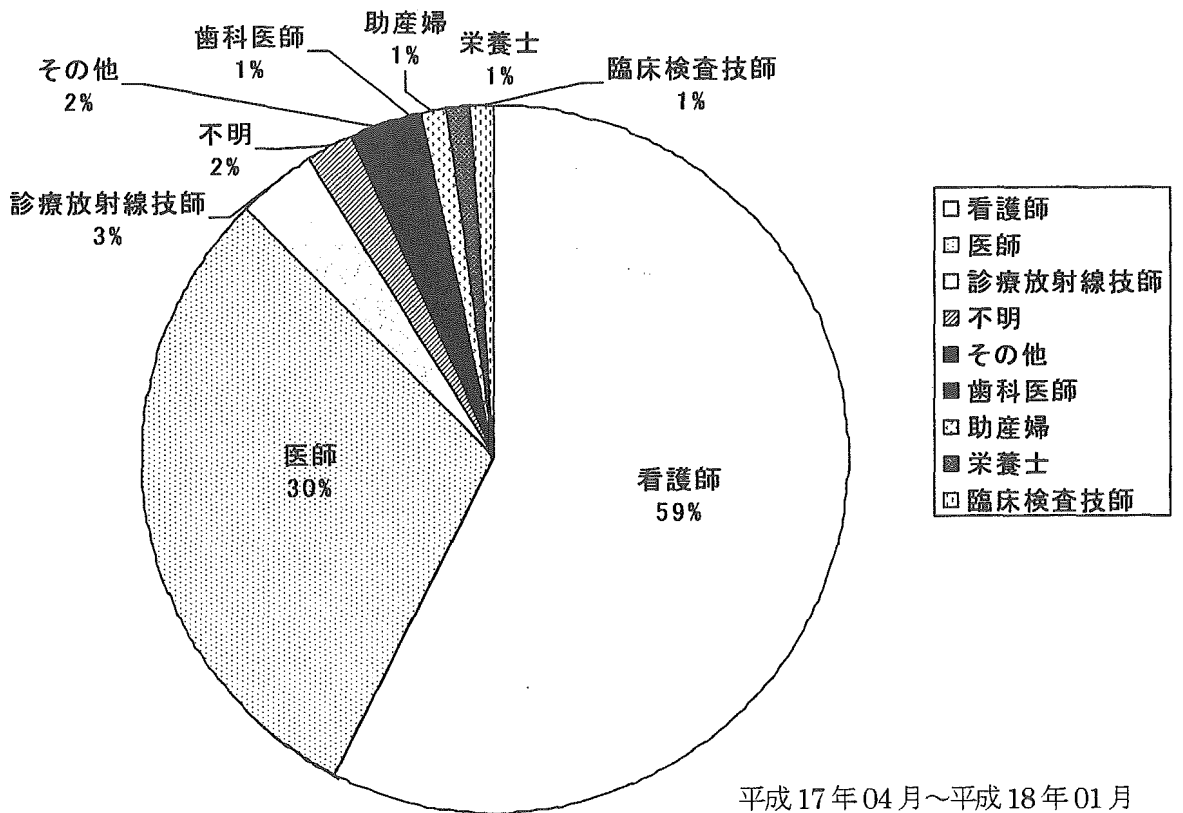


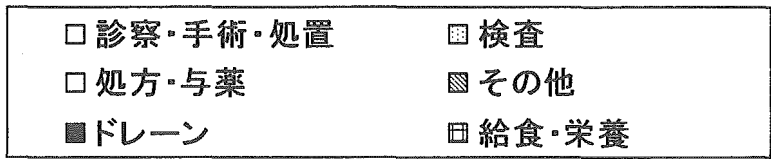
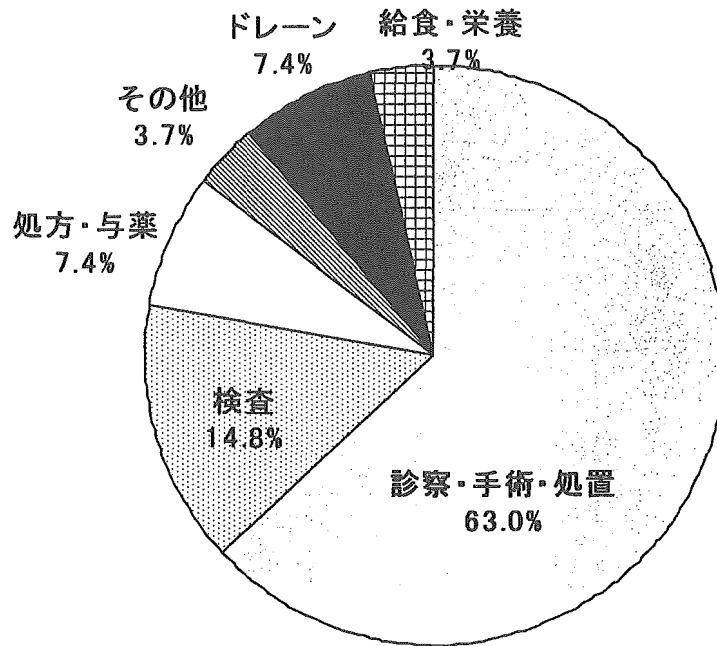
図2 職種別アクシデント



平成17年04月～平成18年01月

図3 医師・看護師のアクシデント

医師



看護師

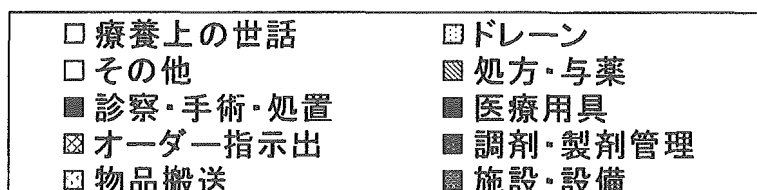
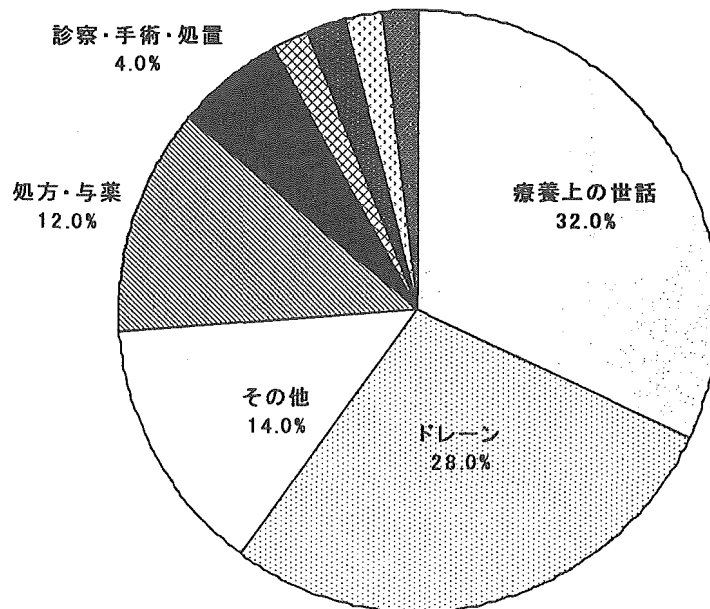


図4 インシデントの分類

表1 インシデントの分類

レベル 0	間違ったことが患者に実施される前に気づいた場合
レベル 1	間違ったことが実施されたが、患者に変化がなかった場合
レベル 2A	事故により患者に変化が生じ、一時的な観察が必要になったが治療の必要がなかった場合
レベル 2B	事故により患者に変化が生じ、継続的な観察や安全確認のための検査が必要になったが、治療の必要がなかった場合

図5 アクシデントの分類

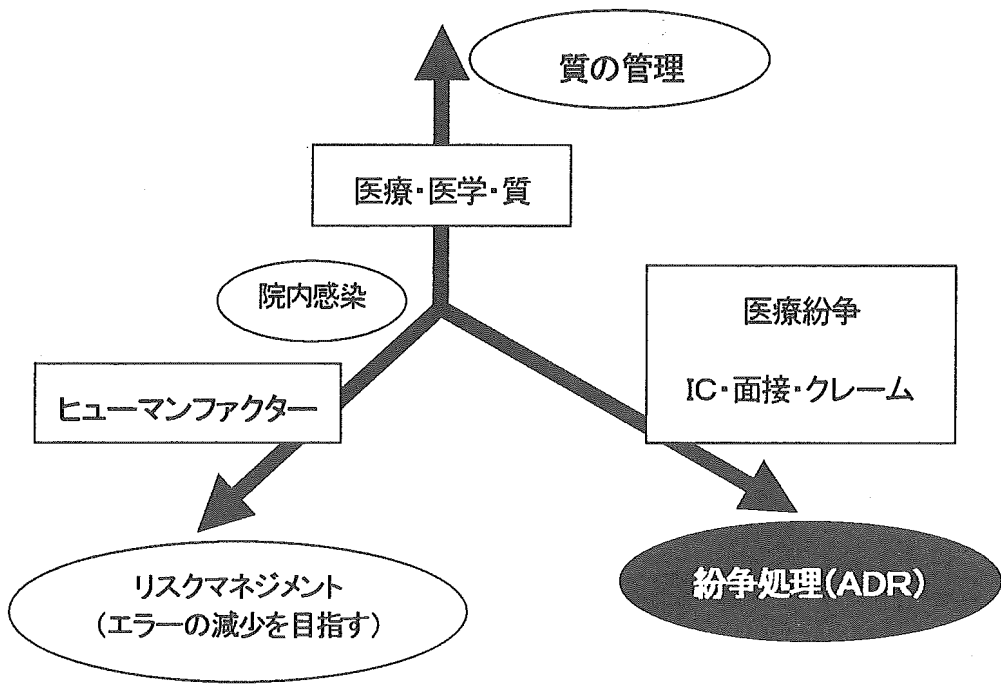
表2 アクシデントの分類

レベル 3A	事故のため一時的な治療が必要になった場合
レベル 3B	事故のため継続的な治療が必要になった場合
レベル 4	事故により長期にわたって障害が残った場合
レベル 5	事故が死因となった場合

図6 医療過誤と医療事故の区別 (森山)

- **医療過誤**
 - 一 医療行為(問診・検査などによる診断行為、投薬・手術などの治療行為)上のミスによって、患者に何らかの障害を与えるもの
- **医療事故**
 - 一 医療行為実施の過程でのヒューマンエラーに基づくアクシデント

図7 医療安全を考える座標軸



厚生労働科学研究費補助金（医療技術評価総合研究事業）
研究報告書

開示に堪える医療記録 —医療の安全と質の説明責任を担保する—

研究協力者 石川 澄 広島大学病院 医療情報部教授

1. 医療における情報の価値

医療を人の健康・安全を支える社会サービスと位置づければ、医療提供者は、提供する医療の質の確保に努め、患者と社会に説明する責務を負っている。

医療記録は、医療行為の単なる記録ではない。以下の議論に先だて、私たち医療専門職は医療における情報の価値を、

- (1) 医療過程における医療専門職の思考のよりどころ
- (2) 患者と医療専門職とのコミュニケーションの基本媒体
- (3) チーム医療の共通媒体
- (4) 医療行為の公式証明の基本情報
- (5) 医療施設などの経営の基本情報
- (6) 学術研究・教育の基本情報
- (7) 公共・社会の健康安全と危機管理の基本情報
- (8) 医療経済運営の基本情報

など多様な意義を見出す必要がある。

上記の(1)～(4)は、患者および当該患者への医療に直接関わる医療従事者間での情報の共通利用による適切な医療の展開に資するという点で、患者に直接利益を還元できる（第一次）利用であり、(5)～(8)は社会全体の利益（公益）のための（第二次）利用と区別しておく必要がある。

2. 指針作成の目的

わが国の医療の担い手の6割以上が、自由開業制を基本に自ら施設機能の整備と日夜分かたぬ医療に努めてきた。結果、世界的にも有数の成果を上げていることはWHOの報告書にも反映されている。しかし、このような医療者の努力にかかわらず、マスコミなどが取り上げる医療のユーザー（患者・家族）側の論調は、必ずしも高い評価をしていないように思える。何故か。誤解を恐れずに言うならば、それは患者・家族の期待に対して、成果が必ずしも一致しているとは言えず、経緯の説明について十分な理解を得ていないからではないか。

医療は専門性が高くプロセスが複雑であり、ユーザーはそれを理解しにくい。専門各分野の先端技術が普及するとともに、救命率を高めることには成功した。しかし、生命の重大危機に陥った患者は、一命はとりとめたが後に障害を残ることが多い。その後は、生命の危機に脅かされながら生活を営まなければならない重圧が患者および家族にのしかかる。

医療専門職は、それぞれの専門性を駆使して、このような悩みを持つ患者が人生を全うするために、健康との仲立ちができなければならない。

この指針は、作成の視座を「患者本位の医療を効果的かつ継続的に展開するために」、「組織的な医療の安全と質を維持向上する視点から」、記載に際してどの医療専門職も念頭におきたい視点を整理したもので、特に各施設における初任者の教育研修の教材として役立つことを期待して編纂した。

内容は急性期・慢性期病院を問わず、必要な事項を限られた時間の中で効率よく記載するための目安となるよう、共通課題の記述に配慮した。

さらに、病院管理者に置かれては、患者本位の医療過程・成果を評価し、質向上に努めるよりどころとし、開示に堪える医療記録の作成を組織的に行う体制づくりに活かされることを期待する。細部の表現が個々の施設の運用と異なる場合があると思われるが、それぞれの施設の実情に照らして柔軟に解釈いただき、個々の施設における指針の見直しなどにご活用いただければ幸いである。

3. なぜ「医療記録」としたのか

従来、この種の記録は、医師法（第24条）に規定する「診療録」や、医療法（第21条）に規定する「診療に関する諸記録」およびその両者を含めて「診療記録」という表現が使われることが多い。

しかし、現代医療は、一人の医師が始めから終わりまでの診療を担当することは稀である。同僚の医師、専門が異なる医師だけでもない。看護師、薬剤師、検査技師をはじめ、栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚療法士などの多くの医療専門職が協同することが不可欠になっている。

さらに、特に介護医療の分野では介護福祉士、社会福祉士などが、医療機関においては患者および家族の生活面の支援に当たる社会福祉系の専門職（以下、MSW）および、心理的支援に当たる心理学専門職などが、受益者である患者・家族との間に介在する。さらに患者も自ら受ける医療の内容を知って、医療に参画することが効果を高めるとされている。このように、対象者の抱える問題点を多面的に捉えることによって、全人格的な医療が展開されるべきことに異議を唱えるものはいないであろう。

一方、多くのものが、同時に医療のプロセスを展開するという事は、相互に、対象者の状態と医療行為の進捗が共通に認識されていなければ、チーム医療の効果を発揮し得ない。そればかりか、意思の疎通の欠如が誤認につながり、対象者の安全を脅かしかねない。

医療記録部会に設置されたワーキンググループはこのような議論の末、医療に関わるすべての専門職種を「医療専門職」と定義するとともに、上記のすべての意義を包括する観点から、「多職種が組織的に行う医療（チーム医療）の実を挙げるために、担当したすべての医療専門職種が、それぞれの役割と責任の所在を明確に相互の関係を意識して記載する」記録を「医療記録」と定義した。

4. 何をどのように書くのか

このたびの指針は、研修医やレジデントに指導に使用することを主眼に、まず、『入院医療記録』に焦点を絞った。指針の冒頭に次の7項目の基本事項を示した。

（1）患者の個人情報としての医療記録

患者は次の四点を求めることができることを念頭に記載する。

○守秘

他人に知られたくない健康上の秘密が「公開」されない権利（権限の無いものが閲覧できないことを求める権利）

○自己情報の開示

- ・ 自分の健康の情報開示を求める権利（同時に、知りたくない権利も保証）
- ・ 患者の「自己情報へのアクセス権」を保証することである。
- ・ 患者が求めれば当然、本人への開示が原則である。

しかし、そのタイミングや内容への配慮は前記のとおり慎重に進める必要がある。画一的にカルテ情報をコピーして渡せばよいというものでもない。

- ・ 一方、知りたくない権利も同時に保証することも必要である。しかし、患者の気持ちはさまざまな状況で変化する。
- ・ 「情報開示」を求めるか否かの事前のヒアリングをしておくという意見もあるが、それはあくまで一般的な意向の調査であって常に有効であるとは限らない。
- ・ 患者とのコミュニケーションを密に、言葉表現だけではなく表情や態度を十分観察して適時、的確な行動をとることが医療者に求められる。

○誤りの請求

自分の健康状態が誤解されるような、誤ったまたは不完全な情報を排除する権利

○自己情報の利用制限・・・「自己情報のコントロール権」の保証

- ・ 自分の情報が不適切に流通することを拒否する権利である。
- ・ 患者を他の医療者に紹介するときなどはサマリー情報を提供しなければならない。その際、情報提供先、情報提供の目的、内容、伝達方法、保存、利活用形態の情報を説明し、原則は本人の意思に従うことが必須である（緊急時はその限りではなく、患者の生命が優先する。担当医師の裁量に委ねられる）。
- ・ さらに家族といえども、原則、患者の同意なしに明かしてはならない。
- ・ 脳機能障害のために、自己判断が出来なくなった患者、自己判断が出来ない乳幼児は後見する保護者が代理を務める。成人の場合は判断が出来ない事実を医療記録に記載しておく。

(2) チーム医療の共通媒体としての医療記録

○医師による診療記録、手術・麻酔記録のみならず、看護記録、リハビリテーション記録、薬剤管理指導記録、栄養指導記録、医療相談に関する記録などを有機的に連携して記載する。

- ・ 一定期間の記録を一ホルダーとして保存、可能ならば経過記録は協同記載することが望ましい。
- ・ 多職種による医療行為の相互関係が分かるように、記載とファイリングを工夫する。
- ・ 問題点の抽出・整理、目標設定、医療の計画、指示依頼・確認、実施確認、および結果評価が時系列に統合し、組織的な医療を反映させる。
- ・ 特に問題点リストおよび経過記録は各職種の立場を明示して、多職種が専門的観点から作成した記録を統合的に表記・編集することが望ましい。

(3) 目標志向型の記載

○当該患者に対する医療サービスの目標(身体・心理・社会生活面から短期および中長期的な到達目標)を明確にする。

- ・ 到達目標に即した実行計画を明示する。
- ・ 到達目標と実行計画は容態・状況変化に即して見直す必要があり、変更点は明示する。

(4) 継続性の保証

○時系列に進行する医療過程(ケアプロセス)をエピソード(事象・現象・課題・問題点)に沿って記載することが基本である。

○記載時点だけの視点だけでなく、入院前から入院後のケアに継続した視野で記載する(過去の経過を通覧し、現在および未来を念頭に記載する)。

○他の医療チームの専門職が記載した問題点、エピソードについても検討して、それについても自らの立場からコメントする。

○新たな診療・看護行為を行った場合（面談・観察・計測・評価・診断・計画・処置・治療行為・成果評価の全てを含む）、発生ごとに日時を記載する。

原則、以下のフィードバックサイクルで患者の同意を得ながら時系列に情報を記載し、綴じる（電子カルテ（Electronic Health Record：EHR）の場合はファイリングする）。

・ 患者をはじめとするクライアントからの情報取得（愁訴・診察・検査）

↓

・ 医療者の判断の集約（複数・多職種にまたがる多角的情報）

↓

・ 追加の検査・治療法の選択（治療計画）

↓

・ 処置治療の実施

↓

・ 患者からの情報取得（処置治療結果の患者の反応）

↓

・ 過程と結果の総合評価

○作成（記載）時以前に発生したエピソードや診療・看護行為の記事を遡って記載する場合は、エピソードが発生した日付、時刻と作成（記載）日時とを切り分ける。

（5）概括性の保証

○緊急時や休日夜間など、主治医、担当医が不在であることがある。また、上級医が回診の際に、限られた時間内に経過が把握できる必要がある。原則、時系列に、「問題点」「専門職の判断」「対応策」「成果」が容易に理解できるように記載する。

・ 中間サマリの項を設定するなどして、経過中のエピソードについての分析評価（assessments）、実行計画（plans）、対応

（interventions）、および患者への影響・効果（outcomes）、成果評価、次の段階への計画を簡潔に記載する。

○他の専門職に患者の全体像および一連の経過が容易に把握できるように、同一施設内で基本的な書式を統一する。

・ 問題点リスト、到達目標リストおよび方針計画リストをファイルの冒頭に置くとともに、中間サマリを経過記録に記載する。

・ 退院時サマリは、入院前から退院後に至るケアの継続性に配慮して、端的に概括できるよう配慮する。

○原則、一事象を一文で記載することを薦める。

○エピソードごとに一連の整理番号を付与して問題解決以降は「休番」として、再度発現時には復活させることにより、継続性を担保する。

○専門分野の略語をできるだけ避け、一般に理解できる用語で記載する（日本語が望ましい。やむを得ず略語を使用するときは、他分野の専門職にも理解できるように、適宜、注釈を記す配慮が必要である）。

（6）真正性の保証

○医療記録には、法令に規定されている、いないに関わらず、社会的に証拠能力有す公式文書という位置づけがある。

○あくまで、記載者の責任において事実在即し客観的に記載する。

・ 特に推測、推論部分は正確な動詞表現を行う必要がある。

○記載時に最新のデータを記述する。

・ 原則、三交代制をとっている組織では、エピソード発生後8時間以内に記載する（医師法第24条に規定されている「医師は患者を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」の「遅滞なく」の意味を当日内（24時間以内）と解釈するこ

とが多いが、チーム医療が一般的である現在、他に最新のデータを提供する必要がある。

○口頭指示は原則行わない。

- ・ 緊急時などやむを得ない場合は「事後記録」として、「口頭指示」であったことを明記する。

○公式記録ではなく鉛筆で仮に記載することがあるが、誤りのない事実を客観的に記載する。

○手書きの医療記録は訂正を行う場合は、原則として訂正前の内容が判るように二本線を引き、修正点を新たに記載する（修正液、砂消しゴムは使用しない）。

- ・ 記載途中の文脈を損なわない程度の記載ミスは、訂正前の内容が判読できるならば、逐次の訂正印や署名は不要である。

☞電子医療記録では、公式保存ファイル（パーマネントファイル）に登録した記録（内容が確定した記録）は上書き変更・削除できないよう設計する。

- ・ 誤記、考え違いなどによる内容の誤りは積極的に訂正し、原則、訂正日時刻、元情報の日時刻、訂正前後の内容、訂正者名を記載する。

☞電子医療記録では、一時的に保存するファイル（一時ファイル）を作成し、一定時間内は真正性を担保する範囲内で編集可能として差し支えない。

☞ただし、一時ファイルの作成と運用は現時点の電子記録にはその機能が無いことが多く、誤解を生じかねないので、実装に当たっては、注釈「真正性の保証について」および「原本性について」の項を参照して、適切な措置を講じる必要がある。

- ・ 上級医や指導シヤンなどが補追、修正記載する場合、改ざん（違法な修正・追記）や誤解を避ける必要がある。「追記」「誤り修正」記事であることを明記するとよい。

- ・ 「補追」「誤り修正記事」など「内容が分か

る端的な見出し」とともに、「元の記事の日時刻と記事番号を付記して関連付けると良い。

- ・ 「署名」は、責任性を担保するためにエピソードごとに記載する。

☞担当者氏名（楷書フルネーム）と署名（イニシャル）の両者を事前に施設として登録しておくことを薦める。

☞電子医療記録の場合は、入力開始時にID、パスワードないしは生体情報認識によって、記載責任を担保する。

○「指示記録」は特に安全性に関わる。

- ・ 指示、指示受け、実施前確認を系統的に記載する。

- ・ 指示の途中変更および中止は明示する。

- ・ エピソードの発生時刻を正確に記録（特に多職種が関わっている場合は時刻が一致していることを相互に確認）する。記録者間での時刻の不一致は許されない。

(7) 原本性の保証

- ・ 公式記録として確定した情報を種類ごと（保険診療録1号様式、経過記録、指示記録、経過表、手術・麻酔記録、サマリおよび検査結果など）に明示する。

☞手書き記録と電子記録が併用されている医療施設は、情報の種類ごとにどちらを正本（公式の医療記録）とするかを設定する。

5. 医療記録の基本構造

すべての専門診療科に共通の構造を11のカテゴリに分けて示した（「医療記録の記載指針」参照）。それぞれの関連を整理したものが図1である。

それぞれのカテゴリの記載目的は以下のとおりである。

○入院時の記録

入院前情報を含め、可及的に8時間以内に記載する。内容は患者の入院時の問題点、短・長期の目標および実行計画である。

入院時計画書をクリニカルパスで代用する施設もあるが、患者に交付することを考慮して、患者用のクリニカルパスを準備して、専門用語や略語などには注釈をつける必要がある。

○経過記録

チーム医療の過程を明確にするために、多職種がそれぞれの立場を明確にして、同一用紙に統合的に記載することを薦める。

○説明と同意書等患者の意思決定の書類：

患者と医療専門職が信頼関係を築くために、患者本人、家族に説明した内容、それに対する患者の意向をそのまま反映するよう（患者・家族の言葉で）記載することを薦める。必ずしも、同意を得るばかりではなく、忌避した事実を記載する。

○カンファレンス記録

多職種が参加（必要に応じて患者・家族も同席）し、身体面、治療面のみならず、生活環境面、心理面など多角的に検討した内容を記載する。

○手術・麻酔時記録

手術・麻酔が適切に実施されていることを示すために、過程を系統的に記載する。

○処置記録

検査・治療上および看護上の処置が適正に実践されていることを示すために、過程を系統的に記載する。

○検査記録

根拠に基づく医療の実践のために、診断・治療経過に即して検査結果が系統的に通覧できるよう記載する。

○他科受診記録

他の診療科などとの連携・共同医療を確実にを行うために、役割分担、責任範囲がわかるように記載する。

○指示記録

医療チームの中で情報伝達が確実になされるために、特に指示、指示内容、指示受け、実施前確認、実施後確認、事後記載について留意して記載する。口頭指示は止むを得ない緊急時を除いて行わない（前述）。

○中間サマリ

過程の途中で問題点を確認し、必要に応じて計画を立て直すため、あるいは担当医師、担当看護師の交代時に経過記録中に改めて項目を立てる。

○退院時サマリ

継続的に一貫した医療を提供する、来院時に、入院経過と今後の療養計画を記載する（退院後の外来、多施設への紹介状の資料として入院経過を概括する）。

したがって、傷病名ほか記載内容を各診療科共通の「必須記載事項」と専門診療科に特化した「任意記載事項」（老人・障害者対象に特化した内容を含む）を一定のフォーマットで記載することを薦める。

6. 用語の標準化

特に、傷病名の標準化が不可欠である。診療の質の評価、治験、追跡調査および治験を行う上で、大規模な施設間比較が必要であり、その基本的な要件は、診療データおよび医学用語の標準化が必要である。

たとえば、同じ病態に複数の病名がつけられている場合、同義の病名についてはコードを同一に定めておく必要がある。

上記の目的のため広島大学病院では、国際疾病分類（ICD-10）による病名記載を義務付け、さらには診断群分類による包括支払い制度（DPC）の適用を受けるために、診断名に次のルールを適用している。

- ・ 主傷病名（DPCでは以下の①②を切り分ける）
①今回の主たる治療目的としたもの

②基礎疾患

③最も資源を投入した疾病名

※例外：多くの場合、「治療や検査など医療サービスの主な対象となった診断名」と「最も資源を投入した病名」あるいは「入院目的となった病名」は一致する。しかし、透析通院していた患者がアレルギー性皮膚炎で皮膚科入院となった場合は、入院中も透析を行うため資源投入では透析の費用が大きい、主要病態としてアレルギー性皮膚炎を選択すべきである。

・ 副傷病名（症）

主要傷病名（症）に付随する傷病名を次のように類型化している。

①随伴症（病名）：入院時、入院中の期間を問わず主要傷病に伴う傷病名、または症状

②併存症（病名）：入院時に既に存在していた主要傷病以外の傷病名、または症状

③合併症（病名）：入院経過中に発生した傷病名または症状

・ 転帰

評価の基礎的なインデックスとなるのは転帰である。治癒、軽快、不変、増悪、検査、中止、自主退院、死亡、その他、を分ける。

7. おわりに

この記載指針が検討された背景には、あまりにも「医療記録の記載の仕方にバラツキがある」実態を目の当たりにしたことである。病院機能評価の訪問審査の際、はなはだしい場合には、毎日、日付と書名は書かれているが、すべて判を押したように「特記事項なし」となっている記録に遭遇したこともある。記載者になぜ医療に関する記録を書くのでしょうか？」と問えば、「書かなければならないことになっているから書いている」との答え。機能評価が形骸化することを危惧する。

求められるのは、何のためにこの患者が入院して、どのようなプロセスをたどり、成果がどうなったかを掴めるように記載されることである。「開示に堪える」とは「第三者の評価してもらえよう、開示して価値がある」という意味である。

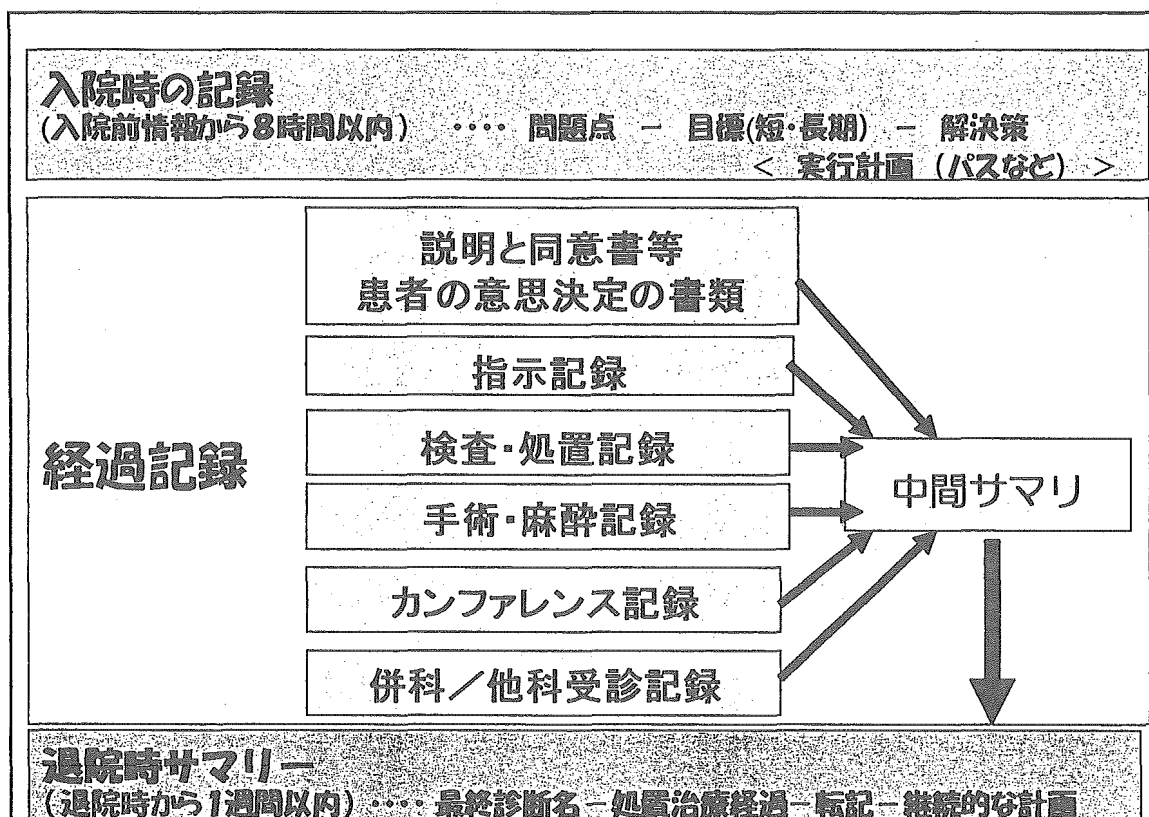
「患者本意」「患者中心」「患者主体」の医療という言葉をよく耳にするようになった。記載指針の基本事項にもその表現が使われている。

多くの識者といわれる人たちの論調は、「患者が主役であり、自分の病気に対する治療法を自分自身で選択できることが重要」という。原則はそれとおりのことである。しかし、果たして、本当にそれは可能だろうか。専門的な教育を受け、修得する知識、経験はあまりにも患者と医療者との間には差がありすぎる。

医療記録に関して重要なことは、まず医療者が専門的観点から噛み砕いて説明し、それが患者家族に理解されることである。さらには医療チームの間で、患者がどのようになればよいのかという医療サービスの目標を共通認識し、できるだけ患者の意思に近づける努力をし続ける証しと位置づけて記載することである。それが医療給付、診療報酬請求の証しとなり、費やした医薬材料や労務量とのバランス評価に活用され、施設の合理的経営のよりどころとなることを期待したい。

本稿が今一度、医療の主役は誰かということを見つめなおす機会になり、特に若い世代の医療者の研修に役立てば幸いである。

図1 入院医療記録の基本構造



項目	記載の目的・留意事項
記載の基本的事項	患者本位の医療を効果的かつ継続的に展開するために、対象患者に関わるすべての医療専門職種が、共有すべき情報を系統的に記載する。
	<p>1. 患者の個人情報としての医療記録</p> <ul style="list-style-type: none"> ・患者は次の点を医療専門職等に求め、自らの情報の流れをコントロールすることができることを念頭に、個人情報保護法および関連法規に準拠して記載する。 <ol style="list-style-type: none"> 1) 守秘 2) 自己情報の開示 3) 誤りの訂正 4) 自己情報の利用制限 <ul style="list-style-type: none"> ☞患者の死後も本人と家族の尊厳が護れるよう表現に配慮して記載する。 ・患者情報の利用目的の明示: 当該患者に対する医療行為のために利用する第一次利用と、個人情報の社会的有用性を加味した第二次利用とを明確に区別する。 ・第二次利用に際しては、あらかじめ利用目的を公示するとともに、原則、事前（情報の取得前）に本人にも通知するなど個人の尊厳保持に配慮する。 <ul style="list-style-type: none"> ☞施設規模に応じて医療情報管理専門職を配置するなどして適正な利用を担保する。 <p>2. チーム医療の共通媒体としての医療記録</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医師による診療記録、手術・麻酔記録のみならず、看護記録、リハビリテーション記録、薬剤管理指導記録、栄養指導記録、医療相談に関する記録などを有機的に連携して記載する。 <ul style="list-style-type: none"> ☞一定期間の記録を一ホルダーとして保存、可能ならば経過記録は協同記載することが望ましい。 ・多職種による医療行為の相互関係が分かるように、記載とファイリングを工夫する。 <ul style="list-style-type: none"> ☞問題点の抽出・整理、目標設定、医療の計画、指示依頼・確認、実施確認、および結果評価が時系列に統合し、組織的な医療を反映させる。 ☞特に問題点リストおよび経過記録は各職種の立場を明示して、多職種が専門的観点から作成した記録を統合的に表記・編集することが望ましい。 <p>3. 目標志向型の記載</p> <ul style="list-style-type: none"> ・当該患者に対する医療サービスの目標（身体・心理・社会生活面から短期および中長期的な到達目標）を明確にする。 ・到達目標に即した実行計画を明示する。 ・到達目標と実行計画は容態・状況変化に即して見直す必要があり、変更点は明示する。 <p>4. 継続性の保証</p> <ul style="list-style-type: none"> ・新たな診療・看護行為を行った場合（面談・観察・計測・評価・診断・計画・処置・治療行為・成果評価の全てを含む）、発生ごとに年/月/日を記載する。 <ul style="list-style-type: none"> ☞ただし、同一日内では時刻のみの記載でもよい。 ・経過中に発生するエピソード（事象・現象・課題・問題点：episodes, events, subjective/objective problems）、およびそれらの変化の時間関係、担当医療専門職間の業務の流れが容易に分かるよう系統的に綴じる。 ・作成（記載）時以前に発生したエピソードや診療・看護行為の記事を遡って記載する場合は、エピソードが発生した日付、時刻と作成（記載）日時とを切り分ける。

5. 概括性の保証

- ・患者の全体像および一連の経過が容易に把握できるように記載する。
 - ☞問題点リスト、到達目標リストおよび方針計画リストをファイルの冒頭に置くとともに、中間サマリを経過記録に記載する。
 - ☞退院時サマリは、入院前から退院後にいたるケアの継続性に配慮して、端的に概括できるよう配慮する。
- ・エピソードについての分析評価 (assessments)、実行計画 (plans)、対応 (interventions)、および患者への影響・効果 (outcomes)、成果評価、次の段階への計画をエピソードごとに簡潔に記載する。
 - ☞エピソードごとに一連の整理番号を付与して問題解決以降は「休番」として、再度発現時には復活させることにより継続性を担保する。
- ・患者および家族への開示に堪える（開示して価値がある）ように、専門分野の略語をできるだけ避け、一般に理解できる用語で記載する。
 - ☞日本語が望ましい。

6. 真正性の保証

- ・事実在即し客観的に記載する。
 - ☞特に推測、推論部分は正確な動詞表現を行う。
- ・記載時に最新のデータを記述する。
 - ☞原則、エピソード発生後8時間以内に記載する。
- ・手書き記録は容易に消えないようにボールペンまたはインクなどで記載する。
 - ☞電子医療記録では公式保存ファイル（パーマネントファイル）に登録した記録（記載内容が確定した記録）は上書き変更・削除できないよう設計する。
- ・誤記、考え違いなどによる内容の誤りは積極的に訂正し、原則、訂正年/月/日、元情報の年/月/日、訂正前後の内容、訂正者名を記載する。
 - ☞電子医療記録では、一時的に保存するファイル（一時ファイル）を作成し、一定時間内は真正性を担保する範囲内で編集可能として差し支えない。
 - ☞ただし、一時ファイルの作成と運用は現時点の電子記録にはその機能が無いことが多く、誤解を生じかねないので、実装に当たっては、注釈「真正性の保証について」および「原本性について」の項を参照して、適切な措置を講じる必要がある。
- ・手書きの医療記録は訂正を行う場合は、原則として訂正前の内容が判るように二本線を引き、修正点を新たに記載する。
 - ☞修正液、砂消しゴムは使用しない。
 - ☞記載途中の文脈を損なわない程度の記載ミスは、訂正前の内容が判読できるならば、逐次の訂正印や署名は不要である。

7. 原本性の保証

- ・公式記録として確定した情報を種類ごと（保険診療録1号様式、経過記録、指示記録、経過表、手術・麻酔記録、サマリおよび検査結果など）に明示する。
 - ☞手書き記録と電子記録が併用されている医療施設は、情報の種類ごとにどちらを正本（公式の医療記録）とするかを設定する。

<p>入院時の記録 (初期記録)</p>	<p>医療の目標を明確にするために、入院時の問題点を多角的に整理し、速やかに記載する。</p>
	<ol style="list-style-type: none"> 1. 原則として入院後8時間以内に基本的事項を記載する。 2. 基本的事項の書式（共通記録と各科記録ともに）を施設内で標準化する。 <ol style="list-style-type: none"> 1) 患者基本情報：患者識別番号、患者氏名、性別、生年月日、住所、保険種別区分、被保険者番号 2) 入院目的 <ol style="list-style-type: none"> ①診断・検査のみ ②教育入院 ③特定の目的に計画された短期入院 (化学療法・放射線療法・抜釘・ペースメーカーの交換・その他 ()) ④その他の診断/加療 (外科的治療・内科的治療・リハビリテーション・その他 ()) 3) 入院(転入)年/月/日 4) 入院までの経路 <ol style="list-style-type: none"> ①他施設外来通院中 ②自施設外来通院中 ③急性期一般病院入院中 ④長期療養型病院入院中 ⑤介護福祉施設入所中 ⑥医療施設利用なし(有疾患) ⑦医療施設なし(無疾患) 5) 予定・緊急入院区分 <ol style="list-style-type: none"> ①予定入院 ②緊急入院 救急搬送・その他 () 3. 主訴または入院理由 患者の訴え、全人的観点からの状況・課題(身体・心理面)を端的に記載する。 4. 入院時診断名 <ol style="list-style-type: none"> 1) 主要傷病名(症)：入院時点での主たる診断名(傷病名) (ICD-10) <ol style="list-style-type: none"> ①主傷病名(主たる傷病名、または基礎疾患名) ②入院の契機となった傷病名(今回の主たる治療目的とした傷病名) ☞一般には臨床診断名を、病理診断がある場合は両者を記載する。 2) 副傷病名(症) (ICD-10) <ol style="list-style-type: none"> ①随伴症(病名)：主要傷病に伴う傷病名、または症状 ②併存症(病名)：入院時に既に存在していた主要傷病以外の傷病名、または症状 5. 現症、現病歴、既往歴、家族歴、投薬歴、その他医療に必要な入院前(入院時)の状況を、必要に応じて時系列に記載する。 ☞それぞれ全人的観点から(身体的・心理的・社会的な生活環境)、家族の希望などを端的に表現する。 6. 日常生活能力の目標(即時的、短期的、中長期的) ☞患者の訴えおよび診察所見、入手できるデータに基づき、身体的・心理的な側面に加え、社会生活面(家族関係・職場環境や経済的な問題など)を含め、全的に設定し、医療(診療・看護・リハビリテーションなど)の計画を作成する。

	<p>7. 医療目標 診断（その時点で判っている解決すべき問題点）、治療、教育、看護、リハビリテーション、その他の方針および手順の概略を記載する。</p> <p>8. コミュニケーション能力（インフォームドコンセント形成過程の手段） ☞口頭会話能力（可、否、聴力低下、発語力低下）、文字認識（可、否、視力低下）、筆頭記述（可、否）、認知判断能力（良、否）</p> <p>9. 診療・看護計画書 問題点リストを作成し、入院中のケアの課題を列挙する。 ☞診療・看護計画は容態・状況変化に応じて見直し、修正した場合には理由を記載する。 ☞以後経過中に計画が変更された場合は、理由と変更点を診療・看護計画書の用紙に追記する。</p> <p>10. 担当者リスト 当該患者の医療にかかわるすべての担当者名および職種を記載する。 ☞患者に関わる立場（主治医・担当看護師など）を明示、署名（サイン、印章）を登録する。</p>
<p>経過記録</p>	<p>チーム医療の実践を明確にするために、多職種にまたがる医療の経過の詳細を時系列にかつ記載者の役割を明確に記載する。</p>
	<p>1. 経過中の患者の問題点（病態・心理変化など）ごとに、医療の過程と成果評価を時系列に記載する。 1) 問題点（エピソード、訴え、症状・検査データ・治療などによる患者の変化） 2) 分析（医療専門職の受け止め、感じたこと、到達目標、対応策検討など） 3) 対応（医療専門職の行為・行動） 4) 成果評価（得られた結果、患者の反応、患者にもたらした影響）</p> <p>2. 病態の変化に伴う処置・治療の計画変更時には他の専門職への「指示（依頼）」、および他の専門職からの「指示（依頼）受け」の内容を記載する。 ☞他の専門職への指示依頼（処方・処置等）を、独立した指示箋あるいは指示簿に記載して運用する場合は、医療記録と同一ホルダーに一元化して保管する。</p> <p>3. 緊急時の止むを得ない電話や口頭指示は、事後にその事実を記載する。 ☞原則、口頭指示は行わない。</p> <p>4. 検査、治療、処置などの記録は事実だけではなく、分析・評価結果を記載する。 ☞画像検査においては主要画像やスケッチなどの添付が有効である。</p> <p>5. 必要に応じて患者への説明、患者の反応、それに対する医療専門職の対応を記載する。（次項参照）</p> <p>6. 医療チーム内での協議結果（ケースカンファレンスなど）の要約を経過記録に簡潔に記載する（但し、ケースカンファレンス記録の本体は資料としてファイルする）。</p> <p>7. 熱型表（温度板）は、時系列の総括と位置づけ、担当者が協同記載する。</p> <p>8. インシデント・アクシデント（不都合エピソード）記事については、発生の事実を客観的に記載し、インシデントレポート・アクシデントレポート作成の根拠とする。 1) 記載日時刻と発生日時刻を明確に分けて記載する。 2) 経過が追跡できるように問題点、発生時（発見時）の状況、分析・評価、対応内容、結果について事実のみ記載する。 3) 推論、推量は可及的に行わず、記載必要時には推論または推量である旨を明確に表現</p>

	<p>する。</p> <p>9. 空白行(スペース)が生ずる場合には、その部分に斜線を記入するなどして無用な空白(余白)を作らない。</p>
<p>説明と同意書等、 患者の意思決定の書類</p>	<p>患者と医療者が強い信頼関係を築くために、十分な説明に基づいて患者本人の意向を反映するよう努めた協議プロセスを誰にでも理解できる表現で記載する。</p>
	<p>医師・看護師、および関係する他の医療専門職は協同して以下を作成する。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 入院診療計画書：総合的な医療の計画を策定 <ol style="list-style-type: none"> 1) 入院の目的(傷病名(症)、症状容態、患者(家族)の問題解決への期待) 2) 診療看護の方針(1)に対する医療専門職の分析評価と対応の概略 3) 検査内容及び日程の概略(観血的またはリスクを伴う検査はその必要性) 4) 治療内容及び日程の概略(特に制癌剤などの苦痛を伴う内科的治療、手術は内容、必要性、リスク、代替方法との比較)、それに伴う看護およびリハビリテーションの計画などを関係付ける。 5) 推定される入院期間、起こり得る計画変更等を記載する。 6) 入院後48時間以内に未定の計画を含めて計画の概要を完成する。 2. 経過中の説明と同意書など：検査結果と評価、および経過中の病態変化および治療法や医療行為の変更に対してインフォームドコンセントの過程が分かるように記載する。 <ol style="list-style-type: none"> 1) 病態の変化、検査・治療内容、手順など、当初からの変更点の有無と内容 2) 患者がその医療サービスを受けることによるメリットやデメリット、危険性、およびそれら代替方策などの他の選択肢 3) 希望があればセカンドオピニオンを求めることができることの説明 3. 経過中の変更事項はその都度「計画変更書」を記載する。 4. 退院療養計画書：入院時中の経過を総合的に集約し、今後の診療・看護の方針および患者の療養の方針が分かるように記載する。 <ol style="list-style-type: none"> 1) 入院時の問題点、診療・看護の目標と達成度の要約 2) 経過中の病態変化などの要約 3) 退院後の診療・看護方針、療養上の注意点 4) 計画される保健医療福祉サービス(紹介先、次回の外来診察など)などの説明 5. 上記1.～4. は患者(家族)が理解できるように配慮する。 ☞専門用語は必要に応じて注釈をつける。(別紙に添付してもよい) 6. 説明に対する患者(家族または保護者など)の意向を記載する。 7. 説明時、全ての出席者の職責、氏名、および文書の作成者名を記載する。 8. 患者・家族などに提示し、最終的に患者・家族などの署名によって完結する。
<p>カンファレンス記録</p>	<p>チーム医療の具現化を示すために、カンファレンスに関わる医療専門職のみならず、必要に応じて患者(家族または保護者)の意向を記載する。</p>
	<ol style="list-style-type: none"> 1. 多職種(必要に応じて患者、家族または保護者を含めて)が参加して行う。 2. 概要(会議の目的、会議経過、問題点・課題、解決方針・手順、制約、結論など)を具体的かつ簡潔に記載する。 3. 病態、治療上の問題点のみならず、生活環境、心理的問題も考慮する。 4. 会議を行った事実、要約を経過記録に簡潔に記載する。 5. 必要に応じ、会議用に準備した資料の出典を記載する。 6. 出席者の職責、氏名、および文書の作成者名を記載する。

	<p>6) 麻酔中の特記事項</p> <p>2. 麻酔方法</p> <p>1) 全身麻酔</p> <p>2) 硬膜外麻酔</p> <p>3) 脊椎麻酔</p> <p>4) 静脈麻酔</p> <p>5) 局所麻酔</p> <p>6) 全麻+硬膜外</p> <p>7) その他</p> <p>3. 記録は、麻酔管理終了後、速やかに完成する。</p>
手術時看護 ・処置記録	<p>1. 手術前後及び手術中に生じた看護上の特記すべき内容を、担当看護師が記載し、署名する。</p> <p>1) 患者の心理状態に対する看護上の支援</p> <p>2) 患者の身体的状態の変化に対する看護上の支援</p> <p>3) 術者への看護上の補助</p> <p>4) 輸液、輸血量、排尿量などに基づく水分バランス</p> <p>5) 予期せぬエピソードの発生時刻、内容、および処置</p> <p>2. 手術中に使用した器材および医療材料、医薬品の名称と量を記載する。 (手術中は執刀医および麻酔医が内容を確認し、署名する)</p> <p>3. 記録は手術終了後、速やかに完成する。</p>
処置記録	<p>検査・治療上および看護上の処置が適正に実践されていることを示すために、それらの過程を系統的に記載する。</p>
	<p>1. 処置名、施術者名(担当者名)、特記すべき事項、使用した器材および医療材料を記載し、記載者が署名する。</p> <p>2. 観血的処置・病棟内で行う外科的処置およびその準備過程はタイムアウトを行い記録する。</p> <p>3. 必要に応じて処置を要した理由、手順、成果の概要を記載する。</p> <p>4. 記録は処置後速やかに完成する。</p> <p>5. 定期的に行う処置は実施計画(内容)に対して、実施事実の確認を併記する。</p> <p>6. 緊急および臨時的に行う侵襲を伴う処置は、特に処置を必要とした容態、状況、手順の概要と成果を記載する。</p>
検査記録	<p>根拠に基づく医療の実践を示すために、診断・治療経過に即して検査結果が系統的に通覧できるように記載する。</p>
	<p>1. 検査項目、結果、その他特記事項を経過が通覧できるように時系列に記載する。</p> <p>2. 観血的検査およびその準備過程はタイムアウトを行い記録する。</p> <p>3. 専門性の高い検査項目は当該検査者が所見、評価判定(診断)を記載すると共に、他医による二重判定を行い、すべての判定者が署名する。</p>
他科受診記録	<p>他の診療科等との連携・共同医療を確実にを行うために、役割分担、責任範囲がわかるように記載する。</p>
	<p>1. 経過記録内に記載する。</p> <p>2. 主治医は依頼目的(必要性)、目標を明記する。</p> <p>3. 依頼日(必要に応じて時刻)、他科等への診療依頼、依頼された診療科等の対応・経過、結果および結果に対する依頼元の対応などが系統的に判るように記載し、記載者が署名する。</p> <p>4. 依頼される側の担当者は指示依頼の確認、実施計画、実施記録、成果評価を記載し、署名する。</p>