

医事紛争を防げ! 演習で学ぶ 医師・看護記録

「模擬カルテ開示」を楽しもう

著

国立病院機構姫路医療センター

嶋崎 明美

推 薦

本書は、医療関係者・医療機関の管理者・医療系学生の必携書と言え、ぜひ手にとつていただきたい1冊です。

各種の医療事故報告書や医療裁判の判決書を見ると、不適切な診療関係記録が原因の医療事故や紛争、訴訟があることが分かります。言い換えれば、適切に記録が作成されていれば、事故や紛争、訴訟は生じていなかったケースがあることが分かります。例えば、医師法24条1項は、周知のとおり、「医師は、診療をした時は、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」と定め、医師に対して診療録の記載を法的に義務付けています。また、日本医師会による医師の職業倫理指針は、「診療録の記載と保存」の項を設け、職業倫理の点から診療録の記載が重要であることを示しています。これらの規定の趣旨に言及するまでもなく、診療録をはじめとする看護記録等の診療関係記録は、診療行為等の再現性を持つ形で、また作成者以外にも理解・判読可能な形で作成されることが重要です。また、患者の診療に関わる記録であり、患者も読むことがあるものなので、患者にとっても分かりやすい形で作成されることが大切だと言えます。

本書の著者である嶋崎明美先生は、診療関係記録の在り方について、長らく医療安全管理や患者との対話促進という観点から検討してこられました。本書には、その成果がていねいに示されており、診療関係記録の作成方法、監査方法、そして記録の質の向上に向けた活動方法（「模擬カルテ開示」の実践方法）などが具体的に記述されています。これまでも、診療関係記録の在り方については議論が行われてきましたし、関連書籍も出版されてきました。しかし、本書が類書と異なるのは、豊富な臨床経験を持つ医師によってまとめられたということにとどまらず、カルテ監査や模擬カルテ開示といった、記録の質の向上を目指したご自身の実践活動を踏まえてまとめられたという点にあります。すなわち、幅も深みもあり、分かりやすさも備わっています。

今日では、医療機関内でも記録に関する研修会が行われることがあります。そのような研修会では「忙しいから書けない」といった意見が出されることがある、と聞きます。医療従事者が多忙であることは疑う余地のない事実です。しかし、そのことと不適切な記録との間には関係性がない場合もあると思うことがあります。同時に、不記載を含めた不適切な記録の原因は、本書で示されているような記録作成に関わる正しい知識が普及していないことにある、と思うことがあります。

ところで、嶋崎先生とは約15年前に九州大学で行われた公開講座で出会いました。当時、私は、九州大学医学研究院に勤務をしており、医療安全管理や臨床倫理、患者相談対応等に関わる上記の講座の運営を担っていました。この講座は、半年間でこれ

らの事項について実践的な解説を行うというものでしたが、嶋崎先生は、継続的に参加してくださいました。開講直前に本講座をお知りになられたようであり、外出先の屋久島からリュックサックを背負って駆けつけてくださった姿を今でも鮮明に覚えています。当時は、医療安全や臨床倫理に係る取り組みが今日ほど重視されていたわけではなく、またまさに日々の臨床業務で多忙を極めておられる中で、上記のような形で参加してくださったことに、当時、大変頭の下がる思いをしました。講座の開催中は、深みのある研究を行えているわけでもなく、強い思いだけが先走る、駆け出しの研究者の声に、嶋崎先生は真摯に耳を傾けてくださいました。この姿と、患者の声に耳を傾けられ、患者との対話も重視して記録の在り方の検討を進めてこられた嶋崎先生の活動には、共通の根があると強く感じています。

本書が医療関係者・医療機関の管理者の必携書であることは、私がここでくどくどと説明しなくても、本書を紐解いていただければすぐに理解していただけると思いますが。本書は、職種を問わず、医療系の学生を含めた、すべての医療関係者が読むべき価値ある1冊だと考えています。このため、多くの方々に本書を手にとっていただきたく、本書を強く推薦いたします。

2019年4月

慶應義塾大学大学院 教授
前田正一

はじめに 診療記録をどう書いたらいいか悩んでいませんか？

診療に関する情報には、診療録、診療記録、診療情報があります（表1）¹⁾。本書では、すべての医療関係者が作成した記録である診療記録（以下、「カルテ」と表記した場合は診療記録を意味する）、特に医師記録・看護記録を充実することを目的としています。以下、両者を区別する場合はそれぞれ「医師記録」、「看護記録」と明記し、区別せずに述べる場合は「診療記録」もしくは「記録」と表記します。

表1 診療に関する情報

診療録	医師法第24条に定められた医師記録
診療記録	診療録だけでなく診療に伴う記録全体を示す表現 医師以外の医療職種の記録や検査所見、画像の範囲までを含む
診療情報	紙に記載された診療記録に加え電子化された情報にまで広がり、診療の過程で患者の身体状況・病状・治療等について医療従事者が知り得たすべての記録

「何とかの書き方というのは苦手」と言われたことがあります。何かを型にはめて強制されるのをいやがる人は多いでしょう。しかし、様々なことには基本的なルールが存在します。ルールを守らなかったことで大変なトラブルに巻き込まれるかもしれません。その一つが医事紛争であり、医療事故の一手手前であるインシデント発生もルール遵守と深く関係しています。インシデントの防止には業務プロセスの変更が必要であり、適切な診療記録作成がその有効な手段となります²⁾。また、行った医療行為の正当性を医療裁判で証明するためにも診療記録は重要です。

医事紛争になる原因の一つは、診療記録に患者側が知りたい内容が書かれていないことによって病院側が何かを隠しているのではないかと患者側が疑ってしまう、あるいは本当に何が起こったのか知るためには医療裁判をするしか方法がないと患者側が考えてしまうことです。患者側が診療記録の改ざんを疑った場合にも同様に医事紛争が発生します。最近では、電子カルテが多く用いられていますので、コピー＆ペーストであたかも記録ができているかのように装うことが可能になりました。しかし、医事紛争を防ぐためには診療記録の記載内容の適正さが求められるのであって、記載された量ではありません。本来変化すると考えられる診察所見やアセスメントなどにコピー＆ペーストが繰り返されていると、「書いていないに等しい」とみなされて、記録の信頼性が損なわれる危険もあります。

第3章で述べるように、診療記録は開示されて人に見られるものであり、患者と医療者のコミュニケーションの上でも重要なものです。結果が不確実な医療において、発生した医療事故が医事紛争に発展するかどうかには、患者・医療者関係が大きな要因となります。人は、治療過程などのプロセスと治療成果などのアウトカムを別々に評価でき、治療過程で良くしてもらったという満足感が、不満足な結果を受け入れやすくしてくれます³⁾。医療事故に対する不満の軽減には、事故発生後の対応が鍵となるだけでなく、インフォームド・コンセントを含む診療プロセスもとても大切です。

診療記録は、診療プロセスを患者側が知るためにも存在します。ほんの少しのすれ違いで患者が診療プロセスに納得できないというだけでも医事紛争に発展することがあるのです。医療者が身に付けるべきリスクマネジメントのABCDのDは記録することです（表2）⁴⁾。

表2 診療医療者が身に付けるべきリスクマネジメント

A	Anticipate 予見する 事故を予見して起こらないようにし、患者・家族の感情的反応を予見して誠実に対応することで医事紛争を防止する
B	Behave 態度を慎む 日頃から患者に親身になって診療し、分かりやすく説明する
C	Communicate 何でも言い合う 傾聴によって信頼関係を築き、医療チーム内で情報を共有する
D	Document 記録すること

2005年、私は初期臨床研修医（以下、研修医）のインシデントを減らす方法を求めて、九州大学で開催された医療ネットワーク学講座「医療事故・患者の苦情のための人材養成講座」に参加しました。講座の修了課題レポートで提案したのが、記載を改善して適切な診療記録にするための「模擬カルテ開示」でした。「模擬カルテ開示」は、記録監査で改善の必要があるとされた記録やインシデント事例などの記録をもとにシナリオを作成し、カルテ開示の口頭説明場面をロールプレイする体験学習です。その後、筆者が勤務する病院の研修医だけでなく、医療事故・紛争対応研究会主催の医療安全管理者人材養成講座受講者、医療事故・紛争対応研究会セミナー参加者、複数の病院での医療安全研修会の出席者らに「模擬カルテ開示」を体験してもらい、体験者から「役に立った」「楽しかった」と好評を得ました。そこで、より多くの人に「模擬カルテ開示」を知ってもらえるよう、本にして紹介することにしました。

筆者が医療安全管理と記録について研修を担当する際に前半で行う講義の部分を、第1部「医事紛争を防ぐことができる記録とは」として、第1章から第5章に示しました。医事紛争を防ぐには、適切に記載された記録が存在し、開示でき、患者が診療プロセスを納得できることが必要です。第1章で診療記録記載の目的を、第2章で望ましい記載方法を確認します。カルテ開示については第3章で述べ、診療記録は人に見られるものであることを再確認します。この章では、どの人にも見せられる倫理的に配慮した記載方法を具体的に示します。第4章にはインフォームド・コンセントの記載のポイントを解説し、第5章で、医療裁判における記録の位置付けから医療安全管理における記録の重要性を理解できるように、いくつかの裁判例を提示しました。

第2部「模擬カルテ開示で記録を改善する」では、体験学習「模擬カルテ開示」を紹介します。第6章に、診療記録の現状を把握して改善につなげる記録監査について目的・方法・意義などを確認します。第7章では「模擬カルテ開示」の方法を示し、「模擬カルテ開示」で用いたシナリオの記載改善例を提示して、望ましい記載の在り方を具体的に解説しました。第8章で、「模擬カルテ開示」が記録改善に有効な仕組

みを考察し、第9章で、学生・研修医などを対象とした「模擬カルテ開示」以外の記載教育の取り組みを紹介しました。

第3部は「演習と解説」としました。本来「模擬カルテ開示」は2名以上で行うものであり、多職種のグループで体験する方がはるかに楽しいのですが、本書では読者1人でもロールプレイを体験できる方法を示しましたので、演習の形で体験してみてください。

医師・看護師ともに、SOAPなど記録の書き方の基本は大学や看護学校で学びます。しかし、記録の重要性についてどこまで理解できているのでしょうか。医療現場に出ると先輩の書き方を真似て記録をし、書き方の指導を受けるのは何かトラブルが起こった後だったりします。「知っている」と「できる」と、「できる」と「行う」とはそれぞれ別物です。記録をどう書いたらいいか悩んでいませんか？

本書は記載方法を解説するテキストでもありますが、さらに、どのようにして記載を改善するのか、その具体的かつ有効な方法を紹介するものです。どの章から読んでもいい構成を心がけました。関連する参考事項について「コラム」で説明し、筆者が研修を担当した時に受けた質問への回答を「Q&A」として各章に挿入しています。第2章と第9章にも演習を設けて、体験から気付いてもらえるようにしました。現場の医師・看護師、医療安全管理者、学生・研修医などの教育指導者はもちろん、診療記録の記載方法について学ぼうとする医療系学生の皆さんのお役に立てれば幸いです。

【目次】

推薦	i
はじめに 診療記録をどう書いたらいいか悩んでいませんか？	iii

第1部 医事紛争を防ぐことができる記録とは

第1章 なぜ診療記録は必要なのでしょう？ —— 記録する目的は？ 002

1 診療記録を記載する目的	002
2 医師記録と看護記録の違い	003
3 診療記録の法的位置づけ	004
4 まとめ	004

第2章 望ましい診療記録の記載方法とは 005

1 POS (Problem Oriented System)	005
1) POS の経過記録	005
【コラム 総合プロブレム方式】	006
2) SOAP 記録で見られる問題点の対応	006
【コラム 相手に伝わる記録を書く】	009
【コラム フォーカス チャーティング (Focus Charting)】	009
2 望ましい記載方法 —— 5つのポイント	010
【コラム クリティカルパス】	010
【コラム 記載の時間短縮を図る対策】	013
【Q&A 勤務交代後に記録修正が必要となった時にどうするか？】	013
【Q&A バイタルサインが検温表にある場合でも、看護師の経過記録に再度記載するべきか？】	013
【Q&A 医師事務作業補助者 (クラーク) が医師の口述内容を入力して良いか？】	014
【コラム 電子カルテ】	014
【Q&A コピー&ペーストが多いのはどうか？】	014
3 まとめ	014

第3章 カルテ開示 — 誰にでも見せられる記録ですか？ 015

1	カルテ開示に関する裁判例	015
2	カルテ開示に応えられる診療記録	016
	〔Q&A カルテ開示の口頭説明にリスクマネージャー（医療安全管理者）は 同席するのか？〕	018
	【コラム メディエーション】	018
3	まとめ	018

第4章 インフォームド・コンセント — 説明状況が記録から分かりますか？ 019

1	インフォームド・コンセントに関する裁判例	020
	〔Q&A インフォームド・コンセントが免除されるのはどういう場合か？〕	021
	〔Q&A 同じ質問が繰り返される場合の対応は？〕	022
2	医師記録に記載するインフォームド・コンセントの内容	022
3	看護記録に記載するインフォームド・コンセントの内容	023
4	インフォームド・コンセントにおける留意事項	024
5	医療事故発生時のインフォームド・コンセントと記録	025
	〔Q&A 診療記録に「謝罪」と書いても良いか？〕	026
6	まとめ	026

第5章 なぜ医療安全管理に記録が重要ですか？ — 裁判例を見てみましょう 027

1	インシデント・医療事故の発生要因	027
2	医療行為における法的責任とリスクマネジメント	027
	【コラム 債務不履行と不法行為】	029
	【コラム 立証責任】	029
	【コラム 時効】	030
3	裁判で問題となった記録の内容	030
	〔Q&A 改ざんと誤解されないために、追記・修正はいつまでにすれば 良いか？〕	033
	【コラム 改ざん】	033
	〔Q&A 損害賠償請求可能な20年間、診療記録を保管するのか？〕	035
	【コラム 面倒な作業】	035
4	診療記録記載の留意点 — 各論	036
	1) 医療事故発生時	036

【コラム 医療事故調査制度】	037
2) 急変時	037
3) 救急	038
4) 身体抑制	038
5) 転倒・転落	039
6) 暴言・暴力、クレーム	039
5 まとめ	040

第2部 「模擬カルテ開示」で記録を改善する

第6章 記録を見直していますか？ — 記録監査 042

1 記録監査の必要性	042
2 記録監査の種類	042
3 記録監査の効用	043
4 記録監査の問題点と対策	043
【Q&A 医師記録監査はどのようにアプローチしたら良いか？】	044
5 まとめ	045

第7章 「模擬カルテ開示」とは 046

1 「模擬カルテ開示」の流れ	046
1) 60分で行う「模擬カルテ開示」	046
2) 30分で行う「ミニ模擬カルテ開示」	048
3) 参加人数が少ない場合の「模擬カルテ開示」	049
2 「模擬カルテ開示」で用いたシナリオの記載改善例	050
1) 転倒・転落例（一部フォーカス チャーティング看護記録例示）	050
2) 身体抑制例（一部フォーカス チャーティング看護記録例示）	053
3 「模擬カルテ開示」とロールプレイ	056
4 「模擬カルテ開示」とシミュレーション	057
5 「模擬カルテ開示」を行う場合の問題点と対応	057
6 まとめ	059

第8章 「模擬カルテ開示」の有効性

060

- 1 体験者の評価 060
 - 1) 臨床研修医の「模擬カルテ開示」 060
 - 2) 医療安全研修実施施設での「ミニ模擬カルテ開示」 060
 - 3) 医療事故・紛争対応研究会 人材養成講座での「模擬カルテ開示」 061
- 2 有効性の仕組み 061
 - 1) アクティブラーニング 061
 - 2) リフレミング 062
 - 3) 気付き 062
 - 4) 変わる 062
 - 5) 「模擬カルテ開示」は楽しい 063
- 3 まとめ 063

第9章 記載教育における他の取り組み —— 学生・研修医などを対象として

065

- 1 研修医を対象とした記載教育 065
- 2 医学生を対象とした記載教育 066
- 3 看護師記録勉強会 067
- 4 看護学生を対象とした特別講義 067
 - 『Q&A 医師記録を書かない医師にどうしたら書かせることができるか?』 068
 - 『Q&A 医師記録の改善、看護記録の充実はどう取り組めば良いか?』 069
- 5 まとめ 069

第3部 演習と解説 —— 実際に「模擬カルテ開示」を体験しよう

第10章 シナリオの使い方

072

- 【コラム 「模擬カルテ開示」でのエピソード】 074

第11章 さあ、やってみよう!

076

- 1) 末梢神経障害例（看護記録） 076

2) 帯状疱疹後神経痛例 (看護記録)	080
3) 採血による末梢神経損傷例 (医師・看護記録)	084
4) 問題行動とされた例 (医師・看護記録)	088
5) 薬中止の説明不足が疑われる例 (医師・看護記録)	092
6) 中心静脈カテーテル (CVC) 挿入時の気胸発症例 (医師・看護記録)	096
7) 内視鏡的逆行膵管造影術後に手術となった例 (医師・看護記録)	100
8) 腹腔血管造影検査後の急変例 (医師・看護記録)	104
9) 経管栄養患者で発生した肺炎例 (看護記録)	108
10) 転倒して骨折した例 (医師・看護記録)	112
11) 夜間せん妄例 (医師・看護記録)	116
12) 術後せん妄例 (医師・看護記録)	120
13) ライン自己抜去例 (医師・看護記録)	124
14) 転院についてのインフォームド・コンセント例 (医師・看護記録)	128
15) 家族より「納得いかない」と言われた死亡例 (医師・看護記録)	132
 おわりに「模擬カルテ開示」はクレーム対応にも使えます	136
 参考文献	137
索引	140

第1部

医事紛争を防ぐことができる記録とは

第1章 なぜ診療記録は必要なのでしょう？
——記録する目的は？

第2章 望ましい診療記録の記載方法とは

第3章 カルテ開示
——誰にでも見せられる記録ですか？

第4章 インフォームド・コンセント
——説明状況が記録から分かりますか？

第5章 なぜ医療安全管理に記録が重要ですか？
——裁判例を見てみましょう

なぜ診療記録は必要なのでしょうか？

——記録する目的は？

1 診療記録を記載する目的

病院には診療に関する諸記録を備えておくことが義務付けられています（医療法21条）。日本診療情報管理学会が2006年に定めた「診療録記載指針」には、記載の基本的考え方が示されており（表1）⁵⁾、これを踏まえて、診療記録を記載する目的を4項目にまとめました。

表1 記載の基本的考え方

1. チーム医療のために共有される記録・情報 他職種が記載内容を理解でき、円滑な業務が実施できるようにする
2. 患者の個人情報。開示請求に堪えられる記載とするとともに個人情報を守る
3. 説明責任を果たし、適正な医療を実施していることを示す
4. 医療の質と安全や効率を評価し、その向上を図るために活用する
5. 臨床研究と教育・研修に役立てる

1) すべての医療職の専門的行為を支援するチーム医療の共通媒体

自分達の仕事内容・役割を明確にしてお互いに不足している部分を補い、患者に最良の医療を提供するためにチーム医療があります⁶⁾。症状・所見・治療計画などを記載することで¹⁾、患者の状態をチームで共有して治療を継続でき⁷⁾、診療記録を事後的に検証することで、診療が適切であったかどうか、プロセスを評価することもできます⁵⁾。診療記録はすべての医療職の専門的行為を支援します⁸⁾。

2) 患者と医療者のコミュニケーションの基本媒体

患者満足度を向上するのに、患者と病院職員とのコミュニケーションの円滑化は必須です。診療記録を用いたコミュニケーションには、患者の訴えと訴えに対する医療者の対応が記載されていることだけでなく、患者自身が自分に行われた治療を後から確認する機会となるカルテ開示（第3章参照）や⁷⁾、インフォームド・コンセント（第4章参照）の記録が関わります。診療記録は職員同士の情報共有コミュニケーションの役割を持ち、患者の安心と医療事故防止（第5章参照）の有効な手段になります⁹⁾。

3) 医療行為の証明手段

診療記録は、裁判において医療過誤や犯罪行為にあたる事実を証明するために使われる文書となります（第5章参照）⁸⁾。医療訴訟の場合、医療者の証言の信用力は弱く、診療記録の記載内容から医療行為の有無を判断されます¹⁰⁾。記載がない場合には、行った医療行為を証明する手段が診療記録以外にないと「診療を行わなかった」、または「医学的な判断をしていない」とみなされることがよくあります。このため、患者の病状に

変化がない場合でも「病状に変化なし」と記載する必要があります¹⁾。

記載することは医療行為に抜けているものがないか確認する機会となり、医療行為の失敗を減らすとも報告されています⁷⁾。診療記録は私的なメモや日記ではないことを十分意識して、外来患者は受診の都度、入院患者は原則毎日、事実を正確かつ客観的に記載することが求められます¹⁾。

4) 教育・研究・病院経営の基本情報

診療記録は、医療関係者の教育あるいは臨床研究を支援するだけでなく⁸⁾、病院の管理統計資料、診療報酬を請求する根拠として^{7, 10)}、病院経営の根幹をなします¹⁾。記載していないにもかかわらず診療報酬請求が行われた場合は不正請求とみなされて、該当する診療報酬分を返還しなければならないばかりか、記録管理不備の場合には50万円以下の罰則規定もあります（第5章参照）¹⁰⁾。

2 医師記録と看護記録の違い

看護記録とは、看護実践の過程を記録したものです。看護師の責任範囲を超える傷病名の診断、治療方針の決定などの記載はしません。医師記録はある時点の「点の記録」ですが⁵⁾、24時間患者のそばにいて患者の一連の状態変化を把握できる看護記録は時間を追って書かれた「線の記録」であり⁵⁾、「期間」や「面」の記録であると言われます¹¹⁾。看護記録も診療記録の一つですので記録する目的は1節に示した内容に準じますが、看護の視点から看護記録の担う役割を4項目にまとめました。

1) 診療経過の把握を容易にし、チーム医療における情報共有と医療行為の裏付け⁵⁾

患者の心身状態・病状・生じた問題、必要とされたケアに対する看護実践と経過・その結果、患者の反応に関する情報を提供し¹²⁾、看護実践の根拠および質を証明します^{12, 13)}。

2) コミュニケーションを図る重要なツール⁵⁾

医療チーム間、患者と看護者の情報交換の手段となるように^{12, 13)}、ほかの職種と協調し、矛盾や不整合がないように記録する必要があります¹¹⁾。

3) 医療の透明性の担保⁵⁾

看護記録は診療経過の証拠となる法的資料の役割を持ち¹³⁾、「時系列に整理された信頼性の高い記録」と裁判所は見ているので¹⁴⁾、裁判において、看護記録は医師記録と同様またはそれ以上に価値があります。

4) 法律の規定、施設基準の要件を満たしていることの証明^{12, 13)}

診療報酬請求の根拠として病院経営に役立つほか、ケアの質向上およびケア開発の資料とするなど¹²⁾、教育・臨床研究の資料として役立ちます⁵⁾。

3 診療記録の法的位置づけ

医師法24条に「医師は、診療をした時は、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、医師記録は法律で記載することを義務付けられています。また、医師法施行規則23条や療養担当規則9条などで医師記録に記載すべき内容および5年間の保存が定められています¹⁾。助産記録の記載も保健師助産師看護師法42条で規定されており、保存期間は5年間です。これらの記録は、法律で義務付けられていて書かないと罰せられるから書いているのでしょうか？

一方、看護記録は法律に記録に関する規定はありません。しかし、医療法22条および医療法施行規則21・22条において2年間の保存、健康保険法に基づく保険医療機関及び保険医療療養担当規則9条において3年間の保存が義務付けられています。記載に関する規定がない看護記録は書かなくてもいいのでしょうか？

本章で記録する目的を知った上で、第3章「カルテ開示」、第4章「インフォームド・コンセント」、第5章「なぜ医療安全管理に記録が重要ですか？」を読み進めると、医療者・患者両者にとって医師記録はもちろん大切ですが、看護記録もいかに大切かが理解できると思います。

4 まとめ

診療記録を記載する目的は、1) すべての医療職の専門的行為を支援するチーム医療の共通媒体、2) 患者と医療者のコミュニケーションの基本媒体、3) 医療行為の証明手段、4) 教育・研究・病院経営の基本情報となることです。看護記録は、医師記録と違って「線」・「期間」・「面」の記録としての役割を持ちます。診療記録記載の充実は、チーム医療の実践・医療安全の管理における必要かつ有効な手段であり、法的義務で強制されるからという消極的な理由ではなく、医療者にとって必須のものだから診療記録は書かなければならないのです。

1 POS (Problem Oriented System)

POS は、1968年に Dr. Lawrence L. Weed によって開発され^{1, 15)}、J. Willis Hurst らが啓蒙活動を行って普及しました¹⁶⁾。POS とは、記録の書き方の決まりではなく¹⁷⁾、患者の抱える問題の解決に向けて、医療職側が共同して対処する方法の一つで、表1に示す4つの特徴を持ちます¹⁸⁾。

表1 POSの特徴

1. 患者の問題を中心に据える診療とケア (patient-oriented)
2. 問題解決手順を踏む論理的診療 (problem-solving)
3. チェック機構による診療の質と教育内容の向上 (audit)
4. 情報共有によるチーム医療の実現 (health-care team)

POS に基づいた診療記録では、医師が何を問題とし、どうしようとしているのかを、すべての医療関係者が知ることができます⁸⁾。指導医など担当医以外の医師が書いている場合でも、担当医としての自分の記録も必ず残しましょう¹⁹⁾。医師以外の職種では、それぞれの役割に基づいた問題を見つけることとなります¹⁷⁾。また、診療記録は医療者間でのコミュニケーションの手段ですので¹⁾、誰が見ても理解できるように平易な文章で書く必要があります⁸⁾。さらに、作成された問題志向型診療記録 POMR (Problem-Oriented Medical Records) を監査 (audit) することで医療の質を高め、医療者の教育につなげることができます¹⁾。POS に基づいた看護記録は、問題志向型看護記録 PONR (Problem-Oriented Nursing Records) と呼ばれ、医療現場でよく用いられています。

1) POS の経過記録

まず、問診・診察・検査などから集めたデータを整理して、問題 (プロブレム) リストを作成します。各問題には「#」を付けて、問題番号と問題名を表示します (例: #1 心不全、#2 糖尿病)。POS の経過記録は、各問題について SOAP で記載しますが (表2)^{17, 20)}、2つ以上の問題番号を併記して共通する経過記録を記載しても良いとされます (表3)¹⁸⁾。

表2 SOAP が示す内容

S (Subjective data)	患者・家族が話したことなど主観的情報
O (Objective data)	観察など医療者が行った内容とその際に得られた客観的情報
A (Assessment)	S と O から考えられる医療者の評価・診断・考察
P (Plan)	医療者の判断・治療方針・患者教育計画

表3 2つの問題番号を併記した経過記録の例

	#1 急性肺炎、 #2 好中球減少症
S	黄色い痰が出ます
O	右下肺野に肺雑音聴取。体温38.0℃、血圧120/80、SpO ₂ 98%、WBC 1500 (好中球500) /μl、CRP 15.0mg/dl
A	好中球減少に伴う肺炎と考える。原因菌によっては抗生物質の変更も必要
P	喀痰培養、個室隔離（マスク、手洗い、無菌食）、好中球減少の原因精査（内服薬の副作用確認、血液内科医にG-CSF投与について相談）

SとOの区別は相対的なものとされますが¹⁷⁾、以下にコラムで紹介する総合プロブレム方式に基づく診療記録では、SとOを明確に定義します（表4）¹⁹⁾。患者がどのような状態であるかが分かるように整理されたSOAP記録を書くには、SとOの記載内容からAさらにPの順に一貫性をもたせるのがポイントです²⁰⁾。

Aは集めた情報を分析して問題を見出し、医療行為の方向性を決定することです^{21, 22)}。患者に対する医療者の現状認識であり、Pの理由となります¹⁷⁾。事実の記載がないAは主観にすぎませんから²²⁾、事実を根拠にして判断するようにしましょう。医療に直接関係しない事項は記載する必要はありません。

コラム 総合プロブレム方式

総合プロブレム方式の特徴と利点は、主治医がどの資料を根拠にして病気を評価し、診断と治療を進めたのか分かることである²³⁾。栄養、睡眠、排泄、家族、財政、仕事などを含んだ情報からプロブレムを登録する²³⁾。プロブレムは1つの名詞で表記し（例：病名のほか、不眠などの症状でも良い）、「～の除外」、「～の既往」、「～の疑い」は用いない²³⁾。総合プロブレム方式を基本とした記載の「型」を表4に示す。他科コンサルトでもらった意見はSに記載するのが原則で、Aにコピー&ペーストはしない¹⁹⁾。

表4 総合プロブレム方式を基本とした記載の「型」

S	他人（患者や家族、前医など）を通して収集した過去から現在に至る間接的な情報
O	現時点で医師自身や同僚が入手した直接観察による所見
A	記載者の意見。鑑別診断と根拠、根拠を踏まえたおおまかな方針を含む
P	計画。内容ごとにTx) 治療、Dx) 診断・経過観察、Ex) 説明・教育、Px) 疾患予防・健康増進、Wx) 福祉サービス・退院調整とする

2) SOAP 記録で見られる問題点の対応

記録の監査で改善を要すると判断されるいくつかのパターンを紹介します。

① Sに記載がない

裁判では記載のない医療行為は行っていないと判断されます（第5章参照）ので、Sにまったく記載がない場合と「症状がない」と記載する場合とは意味が異なります¹⁸⁾。Sの情報、特に重要な陰性所見の記載を忘れないようにする必要があります²⁴⁾。

演習 左右を比較して、どのような印象・感想を持ちますか？

S		S	頭痛があるが、吐き気はない
O	血圧200/100、脈拍80、Hb20g/dl	O	血圧200/100、脈拍80、Hb20g/dl
A	多血症に伴う高血圧による頭痛	A	多血症に伴う高血圧による頭痛
P	瀉血による降圧・鎮痛効果を見る	P	瀉血による降圧・鎮痛効果を見る



Sに記載がないと、患者とコミュニケーションをとらずに、医学的判断だけをしているように見えませんか？

② SとOの反復だけ

SとOを反復するだけではAもPも生まれません¹⁸⁾。SとOを繰り返すくらいなら、救急場面の記録のように経時記録とした方が潔いでしょう。問題意識を持って問診・観察・診察を行い¹⁸⁾、考えるに至った情報をSとOに書くようにしましょう²²⁾。

演習 左右を比較して、どのような印象・感想を持ちますか？

S	頭痛はあるが、吐き気はない	S	頭痛はあるが、吐き気はない
O	血圧200/100、脈拍80、Hb20g/dl	O	血圧200/100、脈拍80、Hb20g/dl
S	頭痛もあり、高血圧が心配です	A	多血症に伴う高血圧による頭痛
O	BP180/98、P84	P	瀉血による降圧・鎮痛効果を見る



SとOだけの記載は、患者の訴えを放置し、診療や看護ケアを実施していないように受け取れませんか？

③ SとOが一致しない

患者の発言が何を意味しているのか把握できていないか、患者の思いを医療者が受け止めていないことが考えられます²⁵⁾。患者の思い・意向を確認してSに記載し、関連するデータをOに記述するようにしましょう²⁵⁾。

演習 左右を比較して、どのような印象・感想を持ちますか？

S	頭痛もあり、高血圧が心配です
O	肺雑音なし、腹部所見異常なし
A	XPからも肺炎は否定的
P	抗生剤の中止を検討する

S	頭痛もあり、高血圧が心配です
O	血圧180/98、脈拍84
A	高血圧による頭痛と考える
P	高血圧の原因を精査する



SとOが関連していないと、患者の訴えを無視しているように感じられませんか？

④ OとAが同じ

OにはAの根拠を記載すると分かっていないためだと考えられます²⁵⁾。医療は根拠を持って行うものであり、患者の反応や行った処置・ケアの結果を観察することで根拠が見えてきます²¹⁾。Oには自分の解釈を書かず、事実や状況の記述に徹して客観的な事実だけ記載すると良いでしょう²⁶⁾。

演習 左右を比較して、どのような印象・感想を持ちますか？

S	頭痛はあるが、吐き気はない
O	血圧200/100、脈拍80
A	血圧が高い
P	降圧剤を処方し、効果を見る

S	頭痛はあるが、吐き気はない
O	血圧200/100、脈拍80
A	高血圧による頭痛と考える
P	降圧剤を処方し、鎮痛効果を見る



OとAの記載が同じだと、よく考えずに薬を投与したように思いませんか？

⑤ AとPが同じ

Aは、患者の状態の解釈と計画見直しのための評価です^{25, 26)}。Aを根拠とする方針だけで計画がないと何をしたいかわからないので、Pが必要になります¹⁹⁾。

演習 左右を比較して、どのような印象・感想を持ちますか？

S	頭痛はあるが、吐き気はない
O	血圧200/100、脈拍80、Hb20g/dl
A	高血圧に対し、降圧剤投与が必要
P	上記処方

S	頭痛はあるが、吐き気はない
O	血圧200/100、脈拍80、Hb20g/dl
A	多血症に伴う高血圧による頭痛
P	瀉血による降圧・鎮痛効果を見る



AとPが同じ場合、左下のようにPの内容を略して書くことが多くなります。この場合には、正確な記録という観点から、Pに投与薬剤名などを具体的に記載すると、Pが実行されていることが分かって良いです。

コラム 相手に伝わる記録を書く

相手に記録の内容が伝わらないのは、誰に何を伝えるか意識していないか、きちんと伝えるための技術が足りないからだとされる²⁶⁾。自分の書きたいことが明確でなければ、相手に伝わる記録を作成することはできない²⁷⁾。記録を書くこと自体を目的にするのではなく、自分が見聞きして行ったことの中からチームメンバーが必要とする情報を選び出し、短時間で要点が分かるように記録する必要がある²⁶⁾。患者に何が起こっていて、それをどのように評価し、行動したのかが分かれば良い²⁶⁾。

自分の記載した記録が相手に伝わるのかどうか、自分自身で気付くのに、本書で紹介する「模擬カルテ開示」は有用である。

コラム フォーカス チャーティング (Focus Charting)

フォーカスチャーティングとは看護記録様式の一つで、患者に起こった事実に関係する情報とそれに対する行為・活動および患者の反応を系統的に記載する経過記録である¹⁾。Focusは患者の問題点、Dataはフォーカスに関する情報（患者・家族の言葉、医療行為、検査など主観的・客観的どちらも）、Actionは何をしたか（実際に行ったケア・治療・処置のほか今後の計画も記載する）、Responseはどうなったか（反応が得られるまでに時間がかかる場合はすぐに書かなくても良い）で記載する^{1, 20)}。

フォーカスチャーティングの良い点は、Focusで取り上げる内容に柔軟性があることで自由な観点で記録できること、ケアにおける一連の流れが把握しやすいことである²⁰⁾。良くない点は、Focusの内容が人によって異なるため他の日と比較しにくいこと、記録の数が増えやすいことなどがある²⁰⁾。適切にフォーカスされているかどうか分かり難く、フォーカスされなかったことについては記載されないため、将来の事故に関わる重要な事実がまったく記載されない恐れがある。第7章に例示する。

2 望ましい記載方法——5つのポイント

必要な事実が簡潔に書かれているのが良い記録とされます²⁸⁾。また、診療記録は医療者が責任を持って行った行為の記録であり、医療行為を証明する目的も持ちますので、いつ誰が記載したのか、行為の時間と記載者が特定できなければなりません。このことは、紙カルテの場合やクリティカルパス（本章コラム「クリティカルパス」参照）を記録に用いる場合に、特に留意すべきです。医事紛争化に対応するだけでなく現在の診療に生かすためにも、以下の5つのポイントを身に付けてほしいと思います。具体的には第7章と第3部に示したシナリオ解説をご覧ください。

コラム クリティカルパス

クリティカルパス（パス）は、各スタッフの役割・目標が明確化され、治療プロセスを経時的に表に示した診療計画表である。通常、医療者用と患者用の両者を作成する。治療の標準化（医師による差をなくす）ができ、スタッフが作業内容を相互理解してチーム医療を行い、業務改善もできる。疾患ごとに治療内容だけでなく、食事・清拭・安静度などが網羅されていることで、患者に入院から退院までのプロセスを説明するのに役立つ。観察所見を記載できるスペースを設けたパスは、記録の一部にすることが可能である。退院後の治療計画も含めたパスには、地域医療連携パスなどがある。

1) 事実を客観的に記載する^{24, 29)}

診療記録の記載において、医療者側の主観をまったく排除することはできないまでも、客観的記載を意識して心がけましょう⁷⁾。単に「変化なし」ではなく、何を観察したか具体的に書くのが望ましいです³⁰⁾。判断根拠に自信がないと曖昧な表現になるので、自分の考え・判断を患者や医療スタッフに確認し、根拠を明らかにして記載しましょう²⁷⁾。

インシデントの状況を記載することも求められます²⁾。書きたくないかもしれませんが誤投薬も記載する必要があり⁷⁾、この場合は誤投薬と明記するのではなく、患者に実際に投与した薬剤名と量を記載すると良いでしょう。

ただし客観的記載の例外として、セクハラの内容はその一部を明記せず、読み手がその内容を想像できる程度に「○○」で書いても良いとされています⁷⁾。また、攻撃的な状況では、「強い口調で言う」など説明できる表現を用いるとともに、患者を公平に見ているか自身に問うことも必要です。

2) 観察だけでなく、行った内容、それに対する患者の反応も記載する²⁸⁾

患者の主訴のみの記録は、患者の問題点を強調するだけで、きちんと診療していなかつ

た印象を与えかねないので避けましょう²⁴⁾。また、問題点だけを書くと、トラブルが生じた時に「当時から注意すべき状態だった」と誤解される可能性があります²⁴⁾。診察・観察して問題がなかったか、診察・処置の内容も記載したか、主訴以外の重要な陰性所見を記載したか、をチェックして記載する必要があります²⁴⁾。さらに、問題情報を書くだけでなく、その問題に対処して改善を試みるとともに経過を記録に残すべきです^{24, 28)}。仮に問題が解決しなかったとしても、当時ベストを尽くしたことを示す記録が必要です²⁴⁾。

3) 判断だけでなく、その根拠も書く

判断の根拠となった所見が記録されていないければ、当時の患者の状態自体が争いの種になり、当時の状態を証明できずに「当時の判断は不適切」と誤解されることがあります。判断の根拠となった事実関係や所見について記載しましょう²⁴⁾。例えば、「理解していない」という記載は、記載者が「患者が理解していないと思っている」ことを示しているだけなので、なぜそう思ったか理由を書く必要があります⁷⁾。

また、当初診療記録に書かれた診断名と確定診断名が異なる場合、患者側は、「誤診だった」と捉えてしまいがちなので、確定診断をするまでは断定的表現を避け、鑑別診断すべき疾患名も記載しておきましょう²⁴⁾。

病態が安定していても、病態が安定していると判断した過程を記録する必要があります³¹⁾。何か変化していないか、行った看護ケアなどの効果はどうかなど、変化がないとする根拠はどこにあるのかという視点を持って書かれた看護記録は、実践と思考の過程が見え、看護の質を高めるとされます^{25, 31)}。

4) 表現は正確かを確認する

数字は正確に記載する必要があり、計測できる部位であれば○cm×○cmなどスケールで計測して値を書き^{20, 24)}、計測できないものは目で見たそのものをイメージしやすくコップ半分、500円玉大などと書いてください^{20, 22)}。「必要時」もいつか分からないので具体的に「〇〇の場合」とします。また、深夜勤務帯などと書かずに時間経過が分かるよう実施時間を正確に記載することは特に大切で^{28, 29)}、その詳細は第5章でとりあげます。

正しい日本語・英語、記載基準を守る様式・記号・略語を使用することは言うまでもありません²⁹⁾。裁判に際しては、医療の専門家ではない裁判官が理解できるよう、英語や略語の部分を日本語で解説した診療記録の提出を裁判所から要求されることがあり、その作業はとても面倒です（第5章コラム「面倒な作業」参照）。患者にカルテ開示をすることも考慮し、できるだけ日本語での記載を基本とした方が良いでしょう。

「拒否」は強い言葉なので避けた方が良いでしょう²²⁾。業務記録に敬語や丁寧語を使用する必要はありません²²⁾。疑問符(?)・感嘆符(!)・顔文字は用いないようにし²²⁾、Sに記載した患者の言葉が質問であることを示す「？」の使用に留めましょう。「、、、」も意味が明確に伝わらない可能性があるので使用せず、伝えたい内容を文章にしましょう。

5) 追記・修正を適切に行う

記録が事実と異なる、あるいは不足があればそのまま放置せず、正しく訂正・加筆されなければなりません²⁸⁾。追記では、追記を記載した日と記載者を忘れないように書き⁷⁾、電子カルテの訂正・追記は、同一ファイルの中に訂正なのか追記なのかを必ず明示して入力するのが良いでしょう³²⁾。紙カルテの場合、修正は訂正前の字句が読めるように2本線で消し、訂正日・時刻・訂正者サインをします。訂正に修正液を用いたり、簡単に消すことのできるボールペンなどを使用してはいけません。

診療情報の証拠保全が行われる場合、裁判所が電話してきてから1~2時間で保全執行者と立ち合いの相手方弁護士などが病院に来るので、連絡を受けてから追記・修正する時間はありません⁷⁾。法的には、追記はいつでもどの段階でも可能ですが⁷⁾、改ざんと疑われないためにも、追記の必要性が分かった時点ですぐに行うことが望ましいでしょう。追記・修正を含め診療記録を作成するのは、原則は記載事実を体験した人だけです⁷⁾。追記・修正と改ざんの違いについては、第5章を参照ください。

表5 望ましい記載方法の例

改善を要する記載例	望ましい記載例	改善ポイント
診察依頼もなかなか来てくれなかった	○○ 診察依頼 △△ 医師訪室	依頼した時間と診察時間を記載する ²⁹⁾
VS 異常なし	血圧 (BP) ○、脈拍 (PR) △ 呼吸数 (RR) □、 体温 (BT) °C	バイタルサインと記し、具体的数値を記載する ³⁰⁾ 医療機関で許可された略語であれば使用しても良い
意識レベル低下	声かけに開眼 JCS ○○	状況を記載するか、意識レベル評価のスケールに準拠して表記する ⁷⁾
苦情、クレーム	要望、希望	受け止め方、捉え方を変える
しつこく	○回繰り返して△△する	客観的に記載する
いま一つ		曖昧であり、客観的値を記載する ²⁹⁾
頻回、何度も	1時間に○回 ⁷⁾	数字で表記する ²⁹⁾
汚い色	黄緑色、黄土色	具体的に色を表現する ²⁹⁾
「頑固」	説明に同意した行動なし 「頑固な人」と妻の言葉あり	記載者の主観は記載しない 家族の発言内容を用いると良い ²⁹⁾
必要か?	必要と考えられる ²⁹⁾	曖昧な表現でもあり、?は用いない
心配性	「すぐに心配になってしまう」と話す ²⁸⁾	判断の根拠となった本人の発言などを記載する
体交 ガス抜き R 苦	体位交換 ²⁹⁾ 排気 ²⁹⁾ 呼吸苦 ²⁰⁾	略語を適正に使用する
ボケ症状	○回説明したが理解した様子が見られない	ボケは正式な用語ではない 倫理的配慮をして状況を記載する
反応が鈍い	話しかけても返答なし ²⁹⁾	客観的に状態を書く
やらせてみる、させる	実施してもらう	指示・命令的表現はしない
指示を仰ぐ	指示を受ける ²⁰⁾	職員間の誤った敬語は使わない

コラム 記載の時間短縮を図る対策

看護師から「記録に時間を取られると患者のそばに行けない」とか、「記録のために超過勤務になる」という声を聞く。記録に時間を要する理由として、多くのことを書きすぎる、アセスメントが書けずに悩む、ケア後に書くため思い出すのに時間がかかる、重複記録が多いなどがある²²⁾。まとめ書きは記録の正確性・信頼性を低下させうるので³⁰⁾、後で書く場合にはメモ書きをしておくとの良い。電子カルテのノートパソコンを患者のそばに持って行くメリットの一つは、その都度記載できることである。

記録記載時間の短縮を図るためには、以下のことに気を付けると良い。

- ①焦点を当てるべきことに注目して、必要な情報のみを整理して書く^{22, 29)}
- ②ケア後すぐに記録を書くように努める²²⁾
- ③特記すべきことがない場合は、検温表に記録したデータは経過記録に記載しないなどして、重複記録を防ぐ²²⁾
- ④各医療機関で使用が許可されている略語を使用する⁷⁾

Q&A

Q 勤務交代後に記録修正が必要となった場合にどうするか？

- A 自身が事実を確認できた内容であれば、事実確認した別の職員が「追記」として、追記した職員名を明らかにして修正内容を含む記載をする。このように記録が修正された場合は、その後、本人が勤務に出てきてから更に修正する必要はない。また、体験者に電話で聞き取った内容を別の職員がカルテ記載する場合は、(日付+〇〇看護師より聞き取り)と明記して、自分が聞き取りした事実を記載する形で聞き取り内容を記載する⁷⁾。

Q&A

Q バイタルサインが検温表にある場合でも、看護師の経過記録に再度記載すべきか？

- A 検温表は定時に観察されて作成されるので、観察点の間に患者の状態・経過に変化がなければ、重複記載しないことは記載時間節約のためにも合理的である。しかし、急変時など短い間にバイタルサインをチェックしていく場合には、検温表ではなく経過記録に記載する必要がある。また、重症記録に移行する場合は、その旨を経過記録に記載する。

Q&A

Q 医師事務作業補助者（クラーク）が医師の口述内容を入力して記録して良いか？

A クラークは医師の口述内容を代行入力することができるが、必ず医師が入力内容を確認して記載内容を承認する必要がある。医療事務作業補助体制加算を保険請求する場合は、施設基準として、クラークは6ヶ月の研修期間内に32時間以上の研修を受け、「診療録等の記載・管理および代筆・代行入力」のほか、医療法、個人情報保護、医療内容や用語、電子カルテシステムなどの基礎知識を習得することが求められている。

コラム 電子カルテ

電子カルテ普及の功績には、情報の一元化により情報共有を推進してチーム医療をサポートすること、診療情報を容易に処理できることによる利用価値の向上、診療情報管理業務の円滑化が挙げられる⁵⁾。しかし、スムーズに情報が伝達されても、正確かつタイムリーに入力しなければ意味がなく⁹⁾、情報が正確に入力されていることが前提であるため、些細な入力ミス・入力忘れから大きな事故につながる可能性もあることに留意すべきである⁹⁾。

Q&A

Q コピー&ペーストが多いのはどうか？

A 患者の状態は日々変化しており、現時点で必要な情報は過去の情報すべてであるとは限らない。過去の情報の中から必要な部分をコピーするのは診療に有用である。しかし、コピー&ペーストだけで、その内容に変化がなければ、実際に診察・観察していないのではないかとの疑念が生じる。さらに、多量にコピーされると、何が現時点で問題かなどを他者が把握しにくくなる。コピー&ペーストを上手に利用しながら、必要事項を簡潔に記載する能力も記載者には求められるのである。

3 まとめ

この章では、まず POS と SOAP で記載する経過記録について解説しました。そして、望ましい記載方法として、1) 事実を客観的に記載する、2) 観察だけでなく、行った内容、それに対する患者の反応も記載する、3) 判断だけでなく、その根拠も書く、4) 表現が正確かを確認する、5) 追記・修正を適切に行う、という5つのポイントを挙げました。

おわりに 「模擬カルテ開示」はクレーム対応にも使えます

第7章で、「模擬カルテ開示」で患者側がクレームを言うデモンストレーションをすると、クレーム対応のロールプレイになってしまうことを述べました。患者役が医療者に質問する時に質問を攻撃的な言い方に変えるだけで、「模擬カルテ開示」はクレーム対応を目的とする研修に使うことができます。第8章で、体験者から「コンフリクトマネジメントと記載教育が一度にできるので有用だ」という感想を得たことを報告しましたが、研修の目的を何にするか設定して「模擬カルテ開示」を活用してほしいと思います。

アイデアは常に「疑問」から生まれます¹⁰⁴⁾。研修医が適正な記載ができるようになるために、どのように教育すればよいか考えた時、「人は痛い目に合わないと変わらない」という言葉が浮かびました。医療裁判ほどではないにしても、カルテ開示の口頭説明時に患者側の質問に答えられない状況も相当つらいのではないかと、「きちんと書いておけば患者側の信頼が得られたらこうし、自分の医療行為の正当性を理解してもらえたのに」と悔やむのではないかと思ったのがきっかけです。記録に焦点を当てた模擬のカルテ開示をやろう、そう考えて「模擬カルテ開示」を開催しました。

10年以上が経過した現在、院内記録監査でも「研修医は良く書けている」と評価されるようになってきました。研修医の記録を見ると、彼らの成長に伴って記載内容が充実するのを確認できますし、POSを普及したJ. Willis Hurstは「良い医師は良い足跡を残している。足跡を見れば、その医師の良さがおのずと分かる」という言葉を残しています。記載教育は医療者自身が成長する教育です。記載を改善する体験学習「模擬カルテ開示」研修を希望される場合は、ご連絡ください。

診療記録は医療内容の質を判定する重要な証拠であり⁹⁾、診療記録の充実はチーム医療の実践、医療安全の管理における必要かつ有効な手段です。本書の目的は、患者・医療者間コミュニケーションを支援して医事紛争を防ぐことのできる診療記録を作成することです。目的達成のために、開示できるカルテ、つまり、医療プロセスにおける事実が正確に記載されていて、誰が読んでも不快に感じずに内容を理解できる記録にすることを戦略にしました。方法として用いたのが、診療記録を患者の立場から見えてみることによって望ましい記載の在り方を理解でき、グループで楽しく学べる体験学習「模擬カルテ開示」です。診療記録を充実することで、医療紛争の予防と紛争解決に貢献し、記載者それぞれが医療者として成長できることを願います。

最後に、本書を推薦くださった前田教授、各種記録勉強会・「模擬カルテ開示」開催に多大なる協力をしてくださった診療情報管理士をはじめとする当院職員の皆様、医療事故・紛争対応研究会関係者の皆様、「模擬カルテ開示」講演の機会を与えてくださった各医療施設の皆様、アンケートに回答くださった皆様に深謝いたします。

嶋崎明美

京都大学医学博士、神戸大学 MBA、兵庫医科大学臨床教授
国立病院機構 姫路医療センター 教育研修室長
医療事故・紛争対応研究会 近畿地区世話人
日本医療メディエーター協会認定医療対話推進者
連絡先 : kensyushima@yahoo.co.jp

医事紛争を防げ！ 演習で学ぶ医師・看護記録 「模擬カルテ開示」を楽しもう

2019年5月1日 第1版第1刷 ©

著者 嶋崎 明美 SHIMASAKI, Akemi
発行者 宇山 閑文
発行所 株式会社金芳堂
〒606-8425 京都市左京区鹿ヶ谷西寺ノ前町 34 番地
振替 01030-1-15605
電話 075-751-1111(代)
<http://www.kinpodo-pub.co.jp/>
製作 清塚あきこ
組版・製本 亜細亜印刷株式会社

落丁・乱丁本は直接小社へお送りください。お取替え致します。

Printed in Japan
ISBN978-4-7653-1785-6

JCOPY <(社) 出版社著作権管理機構 委託出版物>

本書の無断複写は著作権法上での例外を除き禁じられています。複写される場合は、そのつど事前に、(社) 出版社著作権管理機構(電話 03-5244-5088, FAX 03-5244-5089, e-mail: info@jcopy.or.jp)の許諾を得てください。

●本書のコピー、スキャン、デジタル化等の無断複製は著作権法上での例外を除き禁じられています。本書を代行業者等の第三者に依頼してスキャンやデジタル化することは、たとえ個人や家庭内の利用でも著作権法違反です。