

医事紛争に強い カルテ・看護記録を 考える



福田友洋

弁護士法人佐々木総合法律事務所
弁護士・医師

2001年横浜市立大学医学部卒業。医師国家試験合格。国立国際医療研究センターにて外科系研修（産婦人科）。2007年北海道大学法科大学院卒業。2008年司法試験合格（新62期）。2009年から札幌弁護士会に所属し弁護士法人佐々木総合法律事務所として勤務。主な業務内容は医療・介護事故訴訟事案、クレーマー患者対応、その他病院および介護施設を取り巻く法律問題。

医療訴訟における カルテ・看護記録の役割

「裁判所は、カルテや看護記録に記録されていない事実を認定してくれないので、きちんと記録に残しましょう!」。最近頻繁に指摘されていることですので、皆さんもどこかで聞いたことがあるかもしれません。もっとも、具体的な不利益について十分に理解されている方は多くないと思いますので、次の仮定的事例を通じて、その不利益について少し考えてみましょう。

午前7時頃、80歳の患者が腹痛を訴えて救急外来にきました。触診上腹部所見は乏しかったのですが、家族の強い希望で急のため入院させました。患者は、病棟まで自力歩行で移動し、「先生の顔を見たら、だいぶよかった」と訴えました。血圧110/70mmHg、脈拍75とバイタルは安定していました。当直医は、状態が安定しているので、看護師の負担などを考えて通常勤務の午前9時になってから、採血検査などの入院時検査を行えば足りると思っていたところ、午前8時頃に大量に吐血・下血をして心肺停止となり、懸命に救命措置をしたものの死亡しました。

司法解剖したところ、死因は胃潰瘍からの大量出血であることが判明しました。

本件の場合、結果から見れば、入院直後に採血検査を実施し貧血の有無を確認し、内視鏡を実施して止血までできればよかったということになりますが、①腹部所見が乏しいこと、②自力歩行できていたこと、③痛みの改善を訴えていたこと、④バイタルが安定していたことなどを考慮すれば、採血検査の実施を午前9時まで待機する、という判断は必ずしも過失とは言えないと反論する余地があるかと思います。

ところで、これら4つの有利な事情が、カルテにも看護記録にも記載されていなかったとしたらどうなるのでしょうか。裁判所には、これら4つの有利な事情を認定してもらえず、「午前7時頃に腹痛の患者を緊急入院させたにもかかわらず、医師は、何も検査をすることなく放置していた」と認定されてしまう可能性があります。主治医の判断の適否が争われる以前に、ボロ負けしてしまう事案となってしまうわけです。

裁判所は、重要な所見や医療行為が行われたならば、医療従事者は、当然医療記録に記録を残すだろうと考えます。そのため、医療記録に記録が残っていない事実は認定されない可能性が高くなります。記録をきちんと残さなかった場合、真実は正しい医療が行われていたとしても、裁判では正しい医療が行われた事実が認定されないことで、医療機関が敗訴してしまうことがあることを十分に認識しておく必要があります。

重要なネガティブ所見の記録を 忘れない

勤務時間に限界があるため、カルテや看護記録に患者のすべての所見を記載することは

不可能ですし、裁判所も医療従事者がすべての所見を記載しているとは考えていません。患者の疾患について、重要な所見の有無を記載すれば十分と言えます。

一方で、重要な所見の記録で注意が必要な点は、所見があったこと（ポジティブ所見）のみを記録するのではなく、なかったこと（ネガティブ所見）の記録が必要な場合がある点です。

例えば、急性腹症患者に対する手術の実施時期の適否が争われる事案では、裁判所は当然、圧痛（Tenderness）、反跳痛（Rebound）、筋性防御（Defence）などの腹部所見の有無を重視します。訴訟になれば、これらの腹部所見の記録が重要になってくるわけですが、触診したところ「圧痛＋、反跳痛－、筋性防御－」だった場合、皆さんだったらどのように記録するでしょうか。

「圧痛＋、反跳痛－、筋性防御－」とすべての所見が記録されていればよいのですが、残念ながら、所見があった「圧痛＋」のみしか記録されていないカルテや看護記録を目にすることがあります。

特に、前日までに「反跳痛－、筋性防御－」という所見が続いていると、次の日もこれらの所見はないのが当たり前だろうという判断になってしまうせいか、なかったこと（ネガティブ所見）の記録が省略されてしまう傾向にあるように感じます。

この事例で、「圧痛＋」とのみ書いた方は、「反跳痛」や「筋性防御」の所見がなかったから書かなかったつもりなのかかもしれません。実は、裁判所はそうには判断してくれません。先ほども説明したとおり、裁判所は記録がない事実は認定しない傾向にあるので、「反跳痛」や「筋性防御」については確認していないと判断する可能性が高いです。

したがって、「圧痛＋、反跳痛－、筋性防御－」という所見であれば、経過観察という

判断が必ずしも過失ではないという事案であっても、カルテや看護記録に「圧痛＋」としか書かれていない場合には、裁判所が「『圧痛』があるのに『反跳痛』や『筋性防御』についての確認を怠った」という事実を認定し、重要な腹部所見の確認を怠ったが故に手術の実施時期の判断を見誤ったと判断する危険性があります。

すべての所見を記録する必要はありませんが、重要な所見については、なかったこと（ネガティブ所見）の記録もきちんと行う必要があります。

患者の訴えを具体的に記載する

カルテや看護記録は、一般的には「SOAP」の形で記録することになっていると思います^{1,2)}。

臨床の現場では「A（アセスメント）」や「P（プラン）」の内容で記録をした人の臨床センスが問われるのですが、訴訟の場では「S（主観的情報）」の記録が重要となってきます。

「S 胸が痛い」といったカルテや看護記録を頻繁に目にしますが、これでは痛みの性状や程度が全く伝わってきません。このような記録しか残っていない場合、実際には経過観察が十分に許容されるような性状および強さの痛みだったとしても、家族から「かなり強い痛みを訴えているように感じました」などと証言されてしまい、厳しい事実認定がされてしまう危険性があります。

痛みの性状については、患者が使った表現をそのまま記録していただいて構いませんし、そのまま記録していただいた方が、事実に基づく判断がなされる可能性が高いように感じます。「チクチクする痛み」「重い感じ」「しくしく痛む」などさまざまな訴えがあると思いますが、訴訟の場になると、患者がどのように訴えたかという事実関係が争点となることが多いので、ひとまず「S」の欄では患者の表現をできる限り忠実に記載し、その上で

「A」の欄で「鈍痛」を認めるなどと、患者の痛みを評価していくことをお勧めします。

痛みの程度を表示する手段としては、NRS (Numerical Rating Scale, 「疼痛スケール」と呼ばれることもあります) という評価方法を用いて、痛みを10段階の数字で表示する方法が一般的だと思います³⁾。数字で表現されると痛みの変化や程度を把握しやすいので、裁判となった場合に、正しい事実が認定されやすいと考えます。もっとも、このような方法をとらなくても、「昨日より痛い」とか「我慢できないくらい痛い」などと表現方法を少し工夫するだけで、読み手にはその時の状態がかなり伝わります。

「S (主観的情報)」の表現に、少し注意を払っててください。

記録をするのであれば、中途半端な記録をしない

褥瘡予防のために、2時間ごとに患者の体位変換を実施している施設は少ないと思います。

体位変換の記録については、時刻と「体位変換実施」と記録している施設、温度板に体位変換を実施した回数に応じて「正」という漢字で記録している施設、体位変換を実施した時刻に担当者の印鑑を捺印している施設など、さまざまな記録を拝見します。いずれの記録方法でも構わないのですが、記録を残すのであれば、毎回きちんと記録を残す必要があります。

実際には1日12回の体位変換を実施しているにもかかわらず、1日6回分程度しか体位変換の記録が残っていない看護記録をよく目にします。患者に急変があって記録のための時間が十分に確保できなかったり、単に記録を付け忘れたりした影響だとは思いますが、裁判所にはそのような現場の声は届きません。今までの話から分かるとは思いますが、1日6回分しか体位変換の記録がないのな

ら、1日6回しか体位変換を実施していないと事実認定されてしまうことになります。

せっかく褥瘡予防のために、褥瘡予防マットを使用したり、褥瘡予防や治療に関する勉強会を開催したりしていても、記録が不十分であるが故に、すべてが無になってしまう可能性があります。

体位変換だけでなく、痰がらみの多い患者に対する気道のサクシンの回数なども、記録が不十分になる傾向にあります。いずれもその患者に対する処置が当たり前になってしまうと、記録が不十分になってしまう傾向にありますので注意が必要です。

時刻をきちんと書く

入院患者が突然心肺停止になった場合には、1分1秒を争って救命処置を実施すると思います。訴訟になった際にも、1分1秒を争って懸命に救命処置を実施したと主張するためには、医療行為の内容と共に、各医療行為を実施した時刻を正しく記録する必要があります。

もちろん「分」や「秒」単位まで、厳密な時刻を記録することが難しいのは分かります。しかし、実際の救命処置が心肺停止から10分後に開始されたのでは、すでに手遅れとなってしまうことが多いことから分かるように、記録上の時刻が実際の救命処置の時刻よりも10分程度遅れて記載されている場合には、厳しい戦いを強いられる可能性が出てきますので注意が必要です。

特に、救命処置中は記録を残す時間などないと思いますし、救命処置後も家族へのムンテラや転院・転棟の準備などに追われ、記録に取りかかれるのが数時間後になってしまうことが多いと思います。その間に記憶が薄れてしまうという感覚は、臨床の場にいると非常によく分かるのですが、裁判所には理解されにくいので、救命処置中にはメモに記録を

残しておいて、最終的にはメモに基づいてきちんと記録することが必要です。

また、医師の書いたカルテと看護師の書いた看護記録が、時刻や処置の内容の点で微妙に異なっている場合があります。救命処置の内容については、医師と看護師がお互いに確認しながら、正しい記録を残すことが望ましいと考えます。

さらに、救命処置中に、心電図、超音波、X線などの検査を実施することがありますが、救命処置の適否が争われる場合には、心電図用紙、超音波写真、X線写真に表示される時刻から、まずその検査を実施した時刻を認定し、さらにその前後の医療行為の時刻を認定するといった手段をとることがあります。検査機器に内蔵された時計の時刻が正しくないと、実際に検査を実施した時刻とは異なる時刻が表示され、誤った事実認定がなされてしまう可能性がありますので、検査機器に内蔵された時計の時刻や日付が正しく表示されているかを確認しておく必要があります。

インフォームドコンセントと医療記録

皆さんご存じのとおり、医療訴訟では説明義務違反が争われるケースが非常に多いです。

最近のような風潮を受けて、頻繁に行われる手術や検査については、定型の説明用紙を作成し、それを患者に対して配布している施設が多いかと思います。しかし、定型の説明用紙を作成して配布することで説明義務を果たしたと満足していると、思わぬ形で足をすくわれることがあります。患者側から「説明用紙はもらっていない」、または「説明用紙を手渡されただけで、医者からは何の説明もなかった」といった反論を受けることがあるからです。

患者に定型の説明用紙を手渡しただけでは、実際に定型の説明用紙を使用して説明したことの証拠が何も残りません。裁判にて、普段使っ

ている定型の説明用紙を証拠として提出したとしても、その医療機関が定型の説明用紙を使っているということの証明にしかならず、実際にその患者に対して説明用紙を手渡して説明を実施したことの十分な証拠にはなりません。

そのような事態を防ぐために、定型の説明用紙の最終部分に署名欄を設け、説明を完了した段階で患者から日付と署名を記入してもらい、日付と署名が記入された説明用紙の原本を医療機関が所持し、そのコピーを患者に手渡すという運用を行っている医療機関があります。非常に上手な方法だと思いますのでお勧めします。

また、説明用紙を手渡されただけという反論を防ぐため、説明を行う際には説明用紙に適宜アンダーラインを引くなどの加筆をし、加筆した説明用紙の原本を残し、そのコピーを患者に手渡すと、説明用紙の内容を説明したということが証拠として残ります。

その上で、カルテや看護記録に、患者や家族からの質問や感想を記載しておけば、患者との意思疎通が記録に残り、説明義務を果たしていることが明確に証拠として残ります⁴⁾。

まとめ

カルテや看護記録がきちんとしていて、実際の医療行為を後から振り返って把握することができますので、医療側が勝つべき事案について、訴訟で優位に戦うことができます。一方、医療側が敗訴する可能性が高い事案についても、記録がきちんとしていて、訴訟前に早期に和解すべきとの判断につながりやすいので、無駄な労力を費やさずに済みます。

一度時間をつくって、カルテや看護記録の記載の仕方について、検討することをお勧めします。

参考文献

- 1) 内科学研鑽会編：カルテはこう書け！ 目からウロコ「総合プロブレム方式」, 新興医学出版社, 2013.
- 2) 大島敏子監修, 市村尚子著：見える記録—患者が見える, 看護実践が見える書き方, 日経研出版, 2008.
- 3) 日本緩和医療学会：がん疼痛の薬物療法に関するガイドライン, 2010.
- 4) 西内品, 許功他：Q & A 病院・医・歯科医院の法律実務, P.145, 新日本法規出版, 2008.