

## 大分健生病院 診療録（診療記録）管理 規定

診療録は、医療を展開する上で、その内容を評価するのに必要不可欠な資料であり、患者に関するすべての個人情報記録されている。また、医療活動を検証する唯一の証拠である。

### 1、診療記録の価値

#### 1) 医療上の価値

患者にとって、診断・治療方針の決定、実際の診療支援の基盤となり、生涯の健康の記録として活用される。また、医師の総プロセス行為の証となり、複数の部門から発生する情報を複数で分析評価し、意思決定のプロセスを示す記録でもある。

#### 2) 病院にとっての価値

医療を評価する基本資料として、病院の医療活動の状態が把握でき管理運営の指針となる。

#### 3) 医学研究・教育の向上

医師の研究・教育の向上、看護師その他のコメディカル部門の養成・教育の重要な資料となる。

#### 4) 公衆衛生への貢献

感染症や死因情報を把握して提供することにより、地域社会の保健衛生のあり方に貢献する。

#### 5) 法的価値

診療録作成・保存の義務について、医師法、医療法、療養担当規則などで定められている。正確に記録され管理されている診療記録は、医療者の行為を実証する記録としての価値を持ち、医療事故、医療訴訟、その他法律的な要請に応える場合での証拠書類として使用される。

#### ※診療録に関する法律

医師法 24 条、医師法施行規則第 23 条

保険医療機関及び保険医療養担当規則第 22 条

保険医療機関及び保険医療養担当規則第 8 条、第 9 条

厚生労働省健康政策局総務課通知、健康政策局長通知

刑法第 134 条：秘密漏洩

### 2、目的

診療録は以下の目的のために正確に記載し、管理されなければならない。

- 1) 患者中心のもっとも効果的な診療を行うため
- 2) 臨床、教育、研究及び統計調査に役立たせるため
- 3) 病院管理上の計画、評価に対する資料として
- 4) 法的防衛上の資料として

- 5) 診療録の紛失、散逸、破損を防ぐため
- 6) 第三者的支払者（各種保険会社等）に対する内容照会のため

### 3、一般管理規定

すべての診療情報は、診療記録の保管・管理規定に定める通りとする。医師をはじめとするスタッフは、完全な診療録を作成するよう心がけ、積極的に協力しなければならない。

#### 1) この規定における診療録とは、以下の諸記録をいう

保険証記載事項、医学的記録、検査・放射線記録、入院時所見記録、医師指示、入院時診療計画、退院時療養計画、検査記録、放射線記録、手術・麻酔記録、病理報告、体温表、ワークシート、看護記録、リハ実施記録、栄養指導記録、薬剤管理指導記録、退院時総括書 等  
その他診療に関する記録：診療情報提供書、心電図・エコー類書類、X線フィルム等

#### 2) 記載について

診療記録への記載は、正確かつ明瞭に省略することなく行う。記入（記載）日、記入者名を必ず記載（または捺印）する。電子カルテにおいては、これらを必ず確認し入力を行う。記載は原則日本語を用いる。ただし、一般的に医療用語として用いられているものはこの限りではない。

#### **外来診療録**

電子カルテにおいては必ず日付を確認し、患者名や入力間違いをしないように注意する。診断名、他科紹介年月日、その結果等の記載が、担当医師が変更した場合でも患者の状況が直ちに把握できるものでなければならない。

#### **入院診療録**

- ①入院時には、現病歴、既往症、家族歴、外来からの申し送り事項、その他の基礎データの記入が直ちに行われること。
- ②患者の状態、診断、治療、合併症等、診療経過の記載は遅滞なく記入すること。
- ③各種診療記録、文書、検査等全ての記録は決められたシートに記入すること。  
他院所からの診療情報等はスキャンし、タイトル名に病院名等を入力すること。
- ④退院時総括書、看護要約の記載は遅滞なく行うこと。できるだけ退院日までに作成すること。

電子カルテにおける記載の訂正は、シートの修正で入力を行う。

#### 書いてはいけない事項

- ①患者のプライバシーに関していて、しかも医療に不必要な事項

②患者に対する個人的な感情  
③チームを組んでいる他の医療従事者についての個人的感情・トラブル・非難中傷  
④前医の医療についての無用なコメント  
⑤医療に不要な記載は極力避ける。診療録は講義のサブ・ノートではない。  
⑥診療録が開示されることを念頭に置き、無用な誤解を他に与えかねない記載は極力避ける。

### 3) 署名

記載上の責任を明確にするため、指示表、記録等の署名欄に署名または捺印が必要である。同一患者を複数の医師が診察した場合は、診療を行うごとに実際に診察した医師が署名または捺印をし、責任の所在を明確にする。

電子カルテにおいて、他人のIDで入らないよう十分注意する。

### 4) 書式

診療録の新規書式は、診療録委員会の承認を得たものとする。また、シートに関する新設、記録書式の改定については、診療録委員会にて検討し承認を必要とする。

### 5) 転帰

退院時総括書における転帰は、

①治癒 ②軽快 ③寛解 ④不変 ⑤増悪 ⑥死亡 ⑦その他（検査入院含む）の7種類とする。

### 6) 保管・管理

紙の診療録、その他の情報の保管・管理・場所については、別に規定を定める。

電子カルテからプリントアウトされた同意書等については、電子カルテ上にスキャンし、原本を保管する。

### 7) 診療記録の使用および閲覧

①患者の秘密保持に関する法的規則（刑法第134条1項）に基づき、常務上知りえた情報は職務以外に口外してはならない。

②診療記録については、原則として院外への持ち出しを禁じる。また、電子カルテからのハードコピー等も原則禁止とする。

③保険関係・裁判関係は公的文書委任状によるものとする。必要があつて院外持ち出しをする場合はコピーをし、そのコピーを持ち出すこととする。

④貸し出し・返却については別途定める。

心電図・エコー関係、X線フィルムについては別に規定を定める。

#### 8) 診療録開示

医療従事者が患者本人や家族に診療録の閲覧を許可することや複写を交付することで診療情報を提供することである。

カルテ開示に関する規定は別途定める。

#### 4、患者の個人情報の取扱いについて

診療録は、患者の診療の経過、つまり診療契約の経過において作成される記録である。法的には、所有権は病院にあるが、患者にとっても貴重な情報であり「情報の共有」が基本である。診療記録【3、一般管理規定 1】についての取り扱いについて、複写は原則的に禁止とし、不必要になった情報関係等医療情報に関わる資料等についてはシュレッダーにかける。

電子カルテにおいては、ハードコピー等情報に抜き出しは原則禁止とする。必要な場合は、別途データベース利用申請書にて申請をする。

#### 5、規定の改定

本規定の改訂は、管理会議の確認を必要とする。

2014年11月1日 実施

2015年9月24日 改定