

に慎重に判断していく必要がある。

遺族の範囲等は、「診療情報の提供等に関する指針」（参考資料3）を参考に各施設で規定を整備しておくことが望ましい。

### 6-3 開示の方法

看護記録の開示の方法は次の3つが挙げられる。看護者は、患者の求める情報の性質、量を考慮して最適な方法を選択する。いずれの方法であっても、施設内の規定に従って開示する。

- 看護記録の閲覧
- 看護記録の写しの交付
- 看護記録を要約した書類（サマリー）の交付

### 6-4 開示を拒み得る場合の判断

「診療情報の提供等に関する指針」（参考資料3）では、診療記録の開示の可否については、医療機関内に設置する検討委員会等において検討した上で決定することが望ましいとしている。

看護記録の場合は、開示の目的が患者の自己決定の支援や信頼関係の構築であることから、患者の希望がある場合はできる限り情報を開示する方向で検討を行う。その際、施設管理者および看護管理者等が開示請求者と話し合いの場を持ち、「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」を参考に個別具体的に慎重に判断する。

### 6-5 苦情対応

苦情対応については、個人情報保護法（第31条）および「診療情報の提供等に関する指針」（参考資料3）に規定がある。

看護者は、看護記録の開示に関する苦情について内容・理由を傾聴し、各施設の規定や対応マニュアルに則して誠意をもって対応する。原則として苦情対応は個人で行わず、組織的に対応する。（苦情対応体制については「8-4 苦情対応体制の整備」参照。）

## 7 診療記録開示の目的に適う看護記録のあり方

看護記録は看護者の思考と行為を示すものであり、看護実践の一連の過程を記録したものである。また、看護記録は、遂行した看護業務を客観的に証明する重要な書類である。

看護業務基準（日本看護協会、1995年）抜粋

#### 8. 看護実践の一連の過程は記録される。

看護実践の一連の過程の記録は、看護職者の思考と行為を示すものである。吟味された記録は、他のケア提供者との情報の共有や、ケアの連続性、一貫性に寄与するだけでなく、ケアの評価やケアの向上開発の貴重な資料となる。必要な看護情報をいかに効率よく、利用しやすい形で記録するかが重要である。

### 7-1 看護記録の法的位置づけ

#### 7-1-1 看護記録に関する法的規定

看護者が行う記録には、看護記録、助産録、指定訪問看護等の提供に関する諸記録等がある。助産師が記載する助産録については保健師助産師看護師法第42条で記録が義務づけられている。しかし、その他の記録については、「医療法施行規則」における施設基準、「保険医療機関および保険医療養担当規則」、および厚生省（現厚生労働省）からの通知「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取り扱いについて」に施設基準として記載されているのみで、法的な規定はされていない（参考資料6）。

## 7-1-2 看護記録の法的証拠能力

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等はないが、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。証言は書証を補うものであるため、裁判時に必要な観察や処置は行っていたと証言しても、記録が残されていないと証拠として認められず、看護者が責任を問われる場合もある。

また、看護を実施した時間や処置内容について他の医療従事者の記録との整合性が問題となる場合もあるため、正確な記載が求められる。

## 7-2 看護記録の目的および意義

看護記録の目的および意義は、次の7点である。

- ①看護の実践を明示する。
- ②患者に提供するケアの根拠を示す。
- ③医療チーム間、患者と看護者の情報交換の手段とする。
- ④患者の心身状態や病状、医療の提供の経過およびその結果に関する情報を提供する。
- ⑤患者に生じた問題、必要とされたケアに対する看護実践と、患者の反応に関する情報を提供する。
- ⑥施設がその設立要件や診療報酬上の要件を満たしていることを証明する。
- ⑦ケアの評価や質向上およびケア開発の資料とする。

## 7-3 看護記録の整備

### 7-3-1 看護記録の構成

看護記録は、基本的に、基礎（個人）情報、看護計画、経過記録、看護サマリーの4つの要素により構成される（表1参照）。

POS（Problem Oriented System：問題志向型システム）で記録を行う場合は表1に示した要素に問題リスト（Problem List）が加わる。

表1 看護記録の構成要素

基礎（個人） 情報	看護を必要とする人についての属性・個別的な情報が記載されたものである。看護を必要とする人を理解し、現在あるいは今後必要とされるケアや問題を判別したり、ケアを計画し、実行したりするうえで基礎となるものである。
看護計画	看護を必要とする人の問題を解決するための個別的なケアの計画を記載したものである。看護計画は、患者に説明し、患者・家族の同意を得ていることを記録する。入院後速やかにその患者に応じたケアを提供するため、患者・家族のニーズを考慮し、24時間以内に立案することが望ましい。 なお、標準看護計画とは、看護を必要とする人の特定の問題を解決するために研究結果を活かした共通する看護実践をあらかじめ記載したものである。実際に患者に適用する場合には個別性を考慮し、追加・修正を行う。
経過記録	看護を必要とする人の問題の経過や治療・処置・ケア・看護実践を記載したものである。経過記録には、叙述的な記録と経過一覧表（フローシート）がある。 叙述的な記録には、経時記録、SOAP、フォーカスチャータリングなどがある。 経過一覧表（フローシート）は、ルーチンのケア、アセスメント、特定の問題の経過等について、項目を設定し、図や記号などで簡潔に状況を記載するものである。
看護サマリー	看護を必要とする人の経過、情報を要約したものであり、必要に応じて作成する。施設をかわる際や在宅ケアへの移行の際に、ケアの継続を保証するために送付する。

### 7-3-2 看護記録の記載基準の明文化

看護記録は、医療従事者および患者が理解しやすく簡潔であることを基本とし、看護実践を証明するために適切な記載基準を作成する。病棟に特化した記載基準が必要な場合は、各施設で規定した記載基準に当該病棟に必要な内容を追加する。記載基準には、使用する記録様式、署名方法、訂正方法、略語の使用法、記載時の注意点（あいまいな表現は避ける、簡潔に記載する、患者の人格を否定するような表現は避けるなど）を含み、特に、署名方法や訂正方法、略語の使用法は明確に規定する。

単一で完全な看護記録の様式はないため、各施設における記載基準を規定し、明文化して周知することが必要である。本会がこれまでに作成した指針類の記録に関する記述を参考資料7に示す。

### 7-3-3 看護記録の記載範囲

看護記録の記載範囲は、看護計画および実践した看護に関する事項のみである。看護者の責任範囲を超えるような傷病名の診断、治療方針の決定などの記載は行わない。

### 7-3-4 看護記録の訂正

看護者は適正な医療を提供するため、看護記録を正確かつ最新の内容に保たなければならない。そのため看護記録に誤った記載をした場合は訂正する。訂正の際は、訂正前の内容、訂正した者、訂正した日時がわかるようにする。さらに、訂正箇所について改ざんが疑われる等の誤解を防ぐため、修正液の使用や誤記部分を塗りつぶすこと等は行わず、記載基準に基づき訂正する。

訂正とは誤った記載を修正することであり、改ざんとは事実と異なる記載になるよう不当に改めることである。看護記録の改ざんは行ってはならない。改ざんは、刑法により「証拠隠滅」と「文書偽造」の罪に問われる場合がある。さらに「看護者の倫理綱領」（参考資料1）第3条「看護者は、対象となる人々との間に信頼関係を築き、その信頼関係に基づいて看護を提供する」に反する。

刑法（明治40年4月24日 最終改正：平成16年6月18日）抜粋

#### 【証拠隠滅等】

第104条 他人の刑事事件に関する証拠を隠滅し、偽造し、若しくは変造し、又は偽造若しくは変造の証拠を使用した者は、2年以下の懲役又は20万円以下の罰金に処する。

#### 【公文書偽造等】

第155条 行使の目的で、公務所若しくは公務員の印章若しくは署名を使用して公務所若しくは公務員の作成すべき文書若しくは図画を偽造し、又は偽造した公務所若しくは公務員の印章若しくは署名を使用して公務所若しくは公務員の作成すべき文書若しくは図画を偽造した者は、1年以上10年以下の懲役に処する。

2 公務所又は公務員が押印し又は署名した文書又は図画を変造した者も、前項と同様とする。

3 前2項に規定するもののほか、公務所若しくは公務員の作成すべき文書若しくは図画を偽造し、又は公務所若しくは公務員が作成した文書若しくは図画を変造した者は、3年以下の懲役又は20万円以下の罰金に処する。

#### 【虚偽公文書作成等】

第156条 公務員が、その職務に関し、行使の目的で、虚偽の文書若しくは図画を作成し、又は文書若しくは図画を変造したときは、印章又は署名の有無により区別して、前2条の例による。

#### 【私文書偽造等】

第159条 行使の目的で、他人の印章若しくは署名を使用して権利、義務若しくは事実証明に関する文書若しくは図画を偽造し、又は偽造した他人の印章若しくは署名を使用して権利、義務若しくは事実証明に関する文書若しくは図画を偽造した者は、3月以上5年以下の懲役に処する。

2 他人が押印し又は署名した権利、義務又は事実証明に関する文書又は図画を変造した者も、前項と同様とする。

3 前2項に規定するもののほか、権利、義務又は事実証明に関する文書又は図画を偽造し、又は変造した者は、1年以下の懲役又は10万円以下の罰金に処する。

### 7-3-5 看護者が行う記録の保存期間

看護記録、助産録、指定訪問看護等の提供に関する諸記録のそれぞれの最低保存期間は、根拠となる法令によって異なる（参考資料8）。

看護記録の保存期間は、法令による規定を最低限とし、継続性のある医療を提供するためにできる限り長期間に設定することが望ましい。

## 8 看護記録および診療情報の取り扱いに関する看護管理者の責務

看護管理者は、看護組織の指示系統を用いて、看護記録および診療情報の取り扱いに関する法令、通知、指針等の周知徹底を行う。また、看護管理者は施設全体の診療情報の取り扱いに関する規定の作成や、看護記録と診療録の一元化による診療記録の整備等に主体的かつ積極的に参画し、他の医療従事者とともに施設の情報管理に携わる。作成した規定等は社会情勢および法令の改正などに応じて見直す必要がある。

### 8-1 看護記録の管理

看護管理者は、看護記録の記載を看護業務として位置づけ、適切に記録が行われるよう業務調整を行う。また、看護記録の質の保証と向上のために、看護記録に関する施設内の基準・手順を作成し、看護記録の監査体制を整備する。基準・手順の適切性は適宜評価し、必要に応じて改訂する。これらの看護記録の管理体制は、施設内の看護者および医療従事者に周知する。

看護管理者は、看護者が個人的理由で患者の個人情報に安易にアクセスすることがないように、個人情報へのアクセスに関する規定を整備する（「5-2-1 情報収集のあり方」参照）。

### 8-2 診療情報の管理と環境整備

看護管理者は、看護者が知り得た診療情報の漏出を防ぐため、診療情報が記載された看護記録、申し送りノート等の管理はもちろんのこと、患者との会話や説明、またそれらが録音された音声等についても適切に管理する。

例えば、診療情報が記載されたものがオープンスペースのナースステーション等に放置され、面会者など他人の目に容易に触れる状況にならないよう、管理・保管方法に責任を持つ。また、医療従事者と患者の会話等が第三者に聞こえないようにするなど、プライバシーを保護するための環境整備を行う。電子カルテが導入されている場合には、個人情報のセキュリティ確保に加え、画面上の個人情報他人の目に容易に触れる状況にならないよう、環境整備および電子機器の使用方法について施設管理者に提言する。

### 8-3 看護記録の開示に関する規定の整備と周知

看護管理者は、患者の自己決定を支援するという立場から所属施設の看護記録の開示に関する規定の整備に参画する。規定には開示請求を受けた場合の指示系統、3つの開示方法（「6-3 開示の方法」参照）の選択基準、各開示方法の注意点、開示の経緯に関する記録方法などを含む。整備した規定は、新採用者オリエンテーション等の機会を用いて、看護者および他の医療従事者に周知する。

さらに、患者には初診時および入院時オリエンテーション等の機会を用いて看護記録の開示について看護者が実施していることや手続き等について周知する。

### 8-4 苦情対応体制の整備

看護管理者は、看護記録の開示および診療情報の提供に関する苦情に対し、適切かつ迅速に対応するため、各施設における苦情対応体制の整備に参画する。苦情対応体制の整備には苦情対応の窓

口の設置、報告・指示系統の整備、他部署との連携、苦情内容と対応の蓄積、対応マニュアルの作成等がある。看護管理者は、これらの規定や対応マニュアルについて看護者に周知する。

なお、施設内における対応が困難な場合は、都道府県等が設置する医療安全支援センターや、医師会が設置する苦情対応機関等の相談窓口を活用する。

## 8-5 看護者への支援

看護管理者は、施設内の看護者が適切な記録を行い、法令・指針等を遵守して患者の診療情報を適切に取り扱うことができるよう看護者に対し必要かつ適切な支援を行う。

看護管理者は、基礎教育の内容を踏まえて新卒看護師の教育プログラムを整備する他、各施設の特徴に応じた看護記録および診療情報の取り扱いに関する継続教育プログラムを整備し、看護者の能力に応じて段階的な教育を行う。あるいは、必要な知識・技術を習得するために適切な外部研修の受講を促進する。

看護者がカンファレンスを行う際の資料を作成する場合等は、個人情報の取り扱いに細心の注意を払うよう指導し、診療情報の使用に関して事前に患者あるいは遺族から同意を得る。

## 8-6 看護研究および実習を受け入れる場合の留意点

看護管理者が管理する情報は、日々の看護に関する情報に限らず、看護研究や実習で取り扱われるものも含む。看護管理者は、管理する施設・病棟が看護研究の対象や看護学生の実習受け入れ先となった場合には、その看護研究および実習で取り扱う情報の管理方法について研究または実習責任者に確認し、把握しておく。情報の管理方法に問題があると判断した場合には、情報管理に関わる全てのメンバーで話し合いの場をもち、改善策を検討する。

# 9 看護記録および診療情報の取り扱いに関する基礎教育のあり方

看護教育者は、看護学生に患者の個人情報、看護記録および診療情報に関する概念や取り扱いに関する教育を行う責務がある。また、看護学生が作成した実習記録の管理責任は看護教育者および学生が負うが、実習の対象者となる患者の個人情報の流出に関する責任は、担当の看護者や看護管理者および施設管理者にまで及ぶ場合がある。看護教育者は、看護学生が個人情報を施設外に持ち出すことなく実習記録を作成できるよう、実習記録時間が確保できる実習カリキュラムを検討し、実習施設の施設管理者および看護管理者と協力し、施設内に実習記録を作成する場所を確保するよう努める。

## 9-1 看護記録および診療情報の取り扱いに関する基礎教育の基本

看護記録に関する基礎教育の際には、本指針「7 診療記録開示の目的に適う看護記録のあり方」について十分な理解が得られるようにする。また、患者の人権を尊重する看護者を育成するため、看護者の守秘義務、個人情報の保護、診療情報の提供に関する責務等、情報に関する倫理教育を行うことも重要である。

## 9-2 臨地実習前の準備

### 9-2-1 臨地実習前の教育

看護教育者は臨地実習前の教育において、本指針「5 診療情報の取り扱いに関する看護者の責務」についての学内講義を充実させる。看護学生は臨地実習で患者の診療情報を取り扱うため、臨地実習前の教育が重要である。

## 9-2-2 臨地実習に関するインフォームドコンセント

WHOはヨーロッパにおける患者の権利の諸原則（1994年4月）において、臨床教育への患者の参加もその患者のインフォームドコンセントに基づくものでなければならないとしている。臨地実習において看護学生が患者を受け持ち、療養上の世話および診療の補助等の看護業務を行うこと、また患者の診療情報を取り扱うことについて患者の同意を得て、それを記録に残すことが必要である。看護者および看護教育者は、看護学生が患者の診療記録から情報収集を行い必要な情報を実習記録に記載すること、実習記録の保管方法、知り得た情報を守秘すること、実習以外の目的には使用しないことを患者に説明する。さらに、患者が実習の受け入れを拒否した場合であっても不利益を受けないことを説明する。

厚生労働省は、「看護基礎教育における技術教育のあり方に関する検討会報告書（2003年）」において、看護基礎教育における技術教育の現状と課題、臨地実習において学生が行う看護技術についての基本的考え方、身体的侵襲を伴う看護技術の実習指導のあり方、患者の同意を得る方法など実習環境の整備について示している。

### 「看護基礎教育における技術教育のあり方に関する検討会」報告書（厚生労働省，2003年）抜粋

#### 臨地実習における患者の同意等

- (1)国民の権利意識及び医療安全への関心が高まっている今日、患者の権利を保障し、安全性の確保を最優先に実習を進めることは最も重要なことであり、臨地実習の開始に当たっては、患者の同意を得ることは必須の事項である。従って、学生の実習に際しては、患者・家族に対して、事前に十分かつ分かりやすい説明を行い、患者が納得した上で、協力の同意を得る必要がある。
- (2)患者・家族の同意は、教員及び看護師等が実習の必要性や実習内容等について十分説明を行った上で、看護師学校養成所及び実習施設双方が連名で患者・家族と文書で取り交わすことが望ましい。また、口頭で同意を得た場合であっても、その旨を記録として残すことが必要である。
- (3)説明、同意に関する文書には、患者・家族は同意を拒否できること、また、既に同意した内容についてもいつでも拒否できること、また、拒否したことを理由に看護及び診療上の不利益な扱いを受けないことを明記することが必要である。
- (4)学生は、臨地実習を通して知り得た患者・家族に関する情報については、これを他者に漏らすことがないようにプライバシーの保護に十分留意すべきである。
- (5)臨地実習説明書及び臨地実習同意書の例

※(5)臨地実習説明書及び臨地実習同意書の例は参考資料9に示す。

## 9-2-3 看護学生による看護行為の違法性阻却証明

看護職の免許を有しない看護学生による臨地実習中の看護行為は、法的には①患者の同意②目的の正当性③手段の相当性が証明されれば、無資格行為、民法上の不法行為、刑法上の犯罪行為についての違法性が阻却されると解釈されている。そのため、看護教育者は、患者の同意、目的の正当性、手段の相当性について記録しておく必要がある。

### 「看護基礎教育における技術教育のあり方に関する検討会」報告書（厚生労働省，2003年）抜粋

#### 学生の臨地実習に係る保健師助産師看護師法の適用の考え方

看護師等の資格を有しない学生の見守り行為も、その目的・手段・方法が、社会通念から見て相当であり、看護師等が行う看護行為と同程度の安全性が確保される範囲内であれば、違法性はないと解することができる。

すなわち、(1)患者・家族の同意のもとに実施されること、(2)看護教育としての正当な目的を有するものであること、(3)相当な手段、方法をもって行われることを条件にするならば、その違法性が阻却されると考えられる。

ただし、(4)法益侵害性が当該目的から見て相対的に小さいこと（法益の権衡）、(5)当該目的から見て、そのような行為の必要性が高いこと（必要性）が認められなければならないが、正当な看護教育目的でなされたものであり、また、手段の相当性が確保されていれば、これらの要件は満たされるものと考えられる。

## 9-3 臨地実習中の学生への指導

### 9-3-1 看護学生の臨地実習における情報の取り扱い

実習中は看護学生が患者の診療情報を容易に入手できる環境にあり、看護者が行うケアの一部を実施しているため、看護学生にも守秘義務が生じると考えられる。また、実習記録の保管やプライバシー保護にも看護記録と同等の配慮が必要となる。看護教育者は、看護学生が実習期間中に知り得た情報について、守秘義務を遵守するよう教育・指導する。

看護教育者は個人情報の漏洩は不法行為であることを認識し、守秘義務について看護学生の認識を高めるように努める。

### 9-3-2 実習記録の取り扱い

看護教育者や実習受け入れ先の看護者は、実習記録の取り扱いに関する規定を作成し、看護学生や患者に明示する必要がある。また、実習記録に個人を特定できる内容が含まれる場合には、「匿名性」の確保だけが機密の保持になるわけではないということを十分に理解し、取り扱いに留意する。実習記録の取り扱いに関する主な留意点を以下に示す。

- 記録用紙は、個人を特定する情報（住所、氏名、生年月日、病院、病棟名、家族歴や遺伝情報等）を可能な限り記載しないようなフォーマットにする。
- 不必要な情報・不確実な情報は記述しない。
- 診療記録および実習記録は安易に複写しない。
- カンファレンスの資料等に利用するために複写した場合は、担当の看護教育者がシュレッターにかける等適切に処分する。
- 個人が特定される可能性がある実習記録等の院外への持ち出しは原則として禁止する。やむを得ず院外に持ち出す際にはルールに則る（紛失・散逸の防止に努める。ファイル等で管理し、第三者の目に触れないようにする）。
- 実習目的以外に利用しない。
- 実習記録の作成にパソコン等の電子媒体を使用した場合には、ハードディスクや機体にデータが残ることを考慮し、個人所有の電子媒体の使用は避ける。
- 実習終了後、不必要となった記録物やメモ類はシュレッターにかける、電子媒体は内容を消去する等の処分を行う。
- 実習終了後の実習記録は、看護教育者が適切に保管・管理し、看護学生が必要な際はこれを閲覧させることが望ましい。実習記録を学生が保管する場合は、その取り扱いを適切に行う。

### 9-3-3 看護学生による看護記録の記載

看護学生が看護記録に記載した場合は、記載した学生と記載内容の確認を行った看護者の両者の署名が必要である。患者への看護実践の記録者としての最終責任は担当の看護者にある。

## 9-4 実習記録の開示への対応

看護学生の実習記録は実習目的を達成するための手段であり、公的な記録である看護記録とは異なるため、原則として実習記録を開示する必要はないと考えられる。しかし、開示を求めた患者の状況、病院の設置主体、当該地域の条例、実習記録の内容などにより、場合によっては開示しなければならないこともある。

## 9-5 実習記録の取り扱いに関する規定の整備

実習記録の取り扱いについては各教育機関に任されているが、今後は、実習受け入れ機関と教育機関で実習記録の取り扱いに関する取り決めを行う等の対策が必須である。また、実習記録も開示の対象となりうることを周知する必要がある。

取り決めておくべき主な内容は以下の通りである。

- 実習受け入れ機関、教育機関それぞれの責任者
- 実習中の実習記録の取り扱い
- 実習記録の保管方法、保管期間
- 保管期間後の取り扱い
- 実習記録の開示請求があった場合の対応

## 10 診療記録の IT (Information Technology) 化

平成11年4月の厚生省（現厚生労働省）通知により、診療録等の電子媒体による保存が真正性、見読性、保存性の3条件を満たすことで容認されて以降、各施設における診療記録のIT化の取り組みが進められている。

厚生労働省は「保健医療分野の情報化にむけてのグランドデザイン（最終提言）」（2001年12月26日）のなかで、2006年度までに400床以上の病院の6割、全診療所の6割に電子カルテの普及を図りたいとしている。また、2005年までに世界最先端のIT国家となる目標を達成するために策定された「e-Japan 戦略Ⅱ加速化パッケージ」では、医療の質の向上と効率的な医療提供体制の構築に向けて、処方せん、診断書、出生証明書を始めとする様々な診療情報の電子化などの医療分野のIT利用促進を図るための方策を包括的に検討し、2004年9月までに結論を得ることを示した。これを受け、2004年9月30日に書類の電子化および診療録等の電子保存の主要検討課題などをまとめた医療情報ネットワーク基盤検討会の最終報告書が公表された（<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2004/09/s0930-10.html>）。

厚生省健康政策局長・厚生省医薬安全局長・厚生省保険局長通知（平成11年4月22日付け医薬発第517号保発第82号）診療録等の電子媒体による保存について（抜粋）

### 二 基準

法令に保存義務が規定されている文書等に記録された情報（以下「保存義務のある情報」という。）を電子媒体に保存する場合は次の三条件を満たさなければならない。

- (一) 保存義務のある情報の真正性が確保されていること。
  - 故意または過失による虚偽入力、書換え、消去及び混同を防止すること。
  - 作成の責任の所在を明確にすること。
- (二) 保存義務のある情報の見読性が確保されていること。
  - 情報の内容を必要に応じて肉眼で見読可能な状態に容易にできること。
  - 情報の内容を必要に応じて直ちに書面に表示できること。
- (三) 保存義務のある情報の保存性が確保されていること。
  - 法令に定める保存期間内、復元可能な状態で保存すること。

### 10-1 情報の共有

診療記録のIT化により、診療情報の一元化が可能となり、医療を提供するすべての医療従事者が、異地点においても同時に当該患者に関する情報を共有することができる。また、すべての医療従事者が必要とする患者基本情報と各専門職種が必要とする情報を明確にし、情報収集の重複を避けることによって、患者・医療従事者双方の負担を軽減することができる。

電子カルテでは、標準的な用語の使用により画面上あるいは印刷物に表示される情報項目やその内容の表記が統一されるため、医療従事者ばかりでなく患者も診療情報を理解しやすくなり、診療情報の提供の促進につながる。

### 10-2 迅速な医療提供

診療記録のIT化により、発生源において入力ができ、複数の医療従事者が同一の情報を参照す