

16. 診療録への記録

診療録とは、診療に関する記録であり法的な文書である。子ども虐待において、医療における医学診断とその診療の記述は、ケースワークの中で子どもの安全を担保するための根拠となる重要な役割を担っている。我々医療者は専門家としての姿勢を維持しながら、先入観を持たず、客観的な事実に基づいて記録すべきである。

1. 診療・記載に際しての心得

- 問診票記載時の主訴（誰が記載したのか？詳細過ぎるくらい記載しているか？逆に全く記載していないのか？）、書き方（ひらがなばかり？字が汚いのか？）などにも注意する
- 問診時は Open Question で行う 例）「何があったのか教えてくださいか？」など
- 診療録への記載時には、母子健康手帳（母子手帳）を確認し参考にする 例）妊婦健診、乳幼児健診、予防接種など
- 子どもや家族が話した言葉通り（逐語的）に記載する（態度や行動も客観的に記載する）
- 発言を記載する場合、自発的な発言か？問診の返答なのか？も記載する

2. 診察時状況の記載

- 患児の年齢、性別、問診時の日時・場所、受傷時から来院時までの時間
- 誰から問診したか？誰が同席していたか？同席した人それぞれに問診したか？
※父母、きょうだいなど親密な関係者か？救急隊、警察など公的な関係者か？など詳細に
※患児と別々に問診した場合も、その旨を記載
- 今回の主訴（外傷の場合）受傷した瞬間を直接目撃したのか？伝聞事項なのか？状況からの推察なのか？

3. 現病歴

- 関連性が低い情報と思っても、のちに虐待の判断を下す際に有用となることもあるので詳細に記載する
 - 詳細が不明であれば、その旨も記載する
- ①受傷状況
- ・誰が、いつ、どこで、何が、どんなふうにかきたのか？（5W1H の Why 以外）
 - ・誰がその場にいたのか？なぜ受傷に気づいたのか？
- ②受傷後の子どもの反応や行動
- ・どんな症状だったか？それに対してどう対応したか？
 - ※誰が説明したか、自発的な説明なのか、問診に対しての説明なのか、その他、気になる発言・行動は診療録に記載する

4. 既往歴

- 外来受診歴（一般外来か救急外来か？、内因・外因の別、受診頻度など）、入院歴など
- 母子手帳を参考に以下の項目をチェックする
出生歴（在胎週数、出生時体重、出産方法、NICU 入院歴など）
成長曲線、乳幼児健診や予防接種の記録の確認（発達歴：運動面、言語面も含め遅れがないか、発達障がいの有無等）
- 集団生活歴（保育所・幼稚園への通園の有無、通常学校・支援学校の別、療育や学童利用の有無など）

5. 家族歴

- 家族構成（亡くなったきょうだいなど家族全員、同居・別居の別も含めて）
- 家族それぞれの病歴（疾患、ケガの既往など）

6. 身体所見の記載

- 医学的な診断が虐待の判断を下す際の重要な情報となるので、正確で詳細に記載する
- 診察時の体重・身長（可能なら成長曲線（標準範囲内なのか）のチェック）
- バイタルサイン（体温、心拍数、呼吸数等）、見た目の印象（not doing well）
- 外傷があれば、損傷（表皮剥脱、皮膚変色、挫創・裂創など）、熱傷なのか。部位（体のどこにあるのか）、大きさ、形状（パターンのなのか）、色調など
例）「右頬部に直径4 cm の円形の赤紫の皮膚変色を認める」など
- 治療過程にあるものや、すでに瘢痕や色素沈着となっているものも全て記載する
- 外傷であれば、写真撮影 or スケッチを残す

〈写真撮影について〉

- ・外傷を記録する場合、写真撮影が望ましい。
- ・スマートフォンによる撮影でもよい（充電・メモリーカードは事前に確認を）。
※撮影後の画像記録の管理は厳重に行う。
※電子カルテなら画像の取り込み、紙カルテであれば写真の添付を速やかに行う。
- ・外傷の撮影前に、患児の名前・ID 番号の画像（電子カルテ or 紙カルテ）撮影を行う。
- ・外傷が身体の中のどの部位なのかわかる全体像の写真と、その外傷をクローズアップした写真の2枚1セットで撮影するのが原則。個人特定ができるよう、顔等を含める。
- ・基本は真正面での撮影だが、異なる視点と異なる距離で複数枚の撮影を行う。
- ・大きさの基準となる物（定規やコインなど）と一緒に撮影する。
- ・保護者には「外傷の経過をきちんと診ていくため」等と説明し撮影する。また、説明時の保護者の反応も記載する。

7. アセスメント・対応の記載

- 虐待の疑いがあればその旨を記載し、院内虐待対応チーム（CPT）や CPT を持つ地域の二次医療機関へコンサルトした内容も記録しておく