

社会・医療・看護の変化と 看護記録記載基準

熊本大学 医学部 保健学科 教授 森田敏子
信州大学 医学部 保健学科 教授 松永保子

はじめに

基礎固め編では、看護過程の展開と看護記録の有機的なリンクを考えている。

本稿では、社会や医療の進歩・発展、看護を取り巻く状況の変化に合わせて進化を続ける看護記録記載基準について検討しよう。

変貌し続ける医療現場

近年は、人々のライフスタイルの変化から生活習慣病が急増し、また新興感染症の出現や医療事故の多発などにより医療への信頼感が揺らぎ、さらには医療に対する人々のニーズの多様化と権利意識の高揚と共に、医療安全保障への要求が高まるなど、医療を取り巻く環境は大きく変化し続けている。

医療の進歩・発展は目覚ましく、脳死肝移植やDNA診断など高度先進医療が推進され、医療システムも、地域がん治療拠点病院が整備されるなど、急性期対応型病院や療養型病院、ホスピス医療といった役割機能の分化が進み、入院医療は在宅療養へとシフトしている。それに伴って、看護界は多方面への対応を余儀なくされ、さまざまな取り組みが行われている。

折しも、国民総医療費の高騰により、医療費の適正化や医療の効率化が今日的課題となっている。2005（平成17）年11月に提示された「平成18年度診療報酬改定に係る基本的考え方」¹⁾では、医療費の配分のなかで効率化の余地があると思われる領域の評価の在り方について検討する視点が挙げられ、急性期から回復期、慢性期を経て在宅療養へ、切れ目のない医療の流れをつくり、患者が早く自宅に戻れるようにすることで、患者の生活の質（QOL）を高め、必要かつ十分な医療を受けつつ、トータルな治療期間（在院日数を含む）が短くなる仕組みをつくる必要があるとしている。これらによって、在院日数の短縮と医療費の支出抑制を図り、収入を上げるという病院経営管理のコスト意識が、看護師には求められている。そのなかでも、看護記録が在院日数の短縮にどう貢献できるか、検討する必要がある。

また、情報化社会の到来によって、「保健医療分野の情報化にむけてのグランドデザイン」²⁾が公表され、電子カルテが病院で稼働するなど、今や看護師がパソコンを駆使しなければ、医師の指示さえ受け取れないという時代である。電子カルテを使いこなすには、それなり

の訓練が必要であり、電子カルテにおける看護記録の記載基準も作成していかなければならない。

さらに、患者の権利意識が向上するなかで、患者と共に歩む医療が推進され、個人情報保護法によって情報の開示が現実のものとなり、看護記録が公になる時代でもある。そのため、「看護記録は看護師のもの、病院のもの」という考え方から、「看護記録は患者のもの」という考え方へ発想を転換しなければならない。そして、看護記録は患者のものであるという視点から、看護記録の書き方を考える必要がある。

その一方で医療現場では、医療過誤や院内感染が多発し、「病院は安全でない」という神話さえ生まれかねない状況にもある。病院の信頼性確保のためにも、これまで以上に真摯な態度で看護を実践していかなければならない。医療過誤や院内感染などが発生しないように、看護師の責務を全うし、確実にリスクマネジメントしていくことが求められる時代なのである。

このような医療、ひいては看護を取り巻く状況は具体的にどのようなものなのか、次に整理しながら確認してみよう。

看護を取り巻く状況と看護記録

1) 少子高齢化による患者層の変化

近年、少子化によって一人っ子が多くなり、一人っ子をより大切に思う親は、治療や看護に対する要望が高く、権利意識も強くなっている。一方、高齢化によって、今まで経験したことのない超高齢の人が大きな手術を受

ける機会などが増えている。いずれにしてもそのようななかで、看護師は患者の安全を守り、権利擁護者として機能する責任がある。

そのため、乳幼児や子どもに対しては、より注意深い観察と判断力、的確な看護実践が必要であり、高齢者に対しては、転倒や褥瘡の危険因子から守り、予測と不測の両面から病態を把握して看護過程を展開する必要がある。これらを看護師の共通認識として看護に生かせるかどうかは、看護記録をどう書き、どう活用するかにかかっている。

2) 生活習慣病など疾病構造の変化

今日、生活習慣病である糖尿病や高脂血症などの慢性疾患患者や悪性疾患患者が増加しており、生活習慣病はわが国を挙げて取り組むべき課題となっている。

看護師は、慢性疾患患者が自分の病気と向き合い、病気と共存しつつ、自立して生活を送れるように支援する必要がある。悪性疾患患者に対しては、痛みのコントロールを主とした親身な治療と看護が求められ、緩和医療、ホスピス医療が期待されている。また、これまでは入院治療で行われていた抗がん剤治療も外来で行われるようになり、入院における看護の充実はもとより、外来看護への継続・連携が求められ、在宅療養も入院時から視野に入れていかなければならない。もちろん、これまでも、入院時から退院後の生活を視野に入れて看護にあたってきたが、それをより強化する必要があるのである。

看護記録においては、看護の一貫性、継続性という視点から、患者の「病みの軌跡 (illness trajectory)」を管理し、方向づけを行うこと

ができるように、記載基準を見直すことが重要になるだろう。「病みの軌跡」は、コービン (Corbin, J. F.) とストラウス (Strauss, A. L.)³⁾ の慢性疾患管理のための理論 (看護モデル) であるが、慢性疾患を生きる上でのポイントとして、危機状態の予防と管理、症状の制御、生活時間の再編成などを挙げている。これらのポイントと対応が看護記録に反映されることになる。

「病みの軌跡」の局面と定義を表1に示す。

3) 個人情報保護法下の 看護記録の開示

個人情報保護法が全面施行されたのは、2005 (平成17) 年4月1日である。これに先駆け、厚生労働省は2004 (平成16) 年12月24日付で、「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイドライン」を通知した (2005 [平成17] 年4月施行)^{4, 5)}。

これを受けて、日本看護協会は「看護記録および診療情報の取り扱いに関する指針2005」⁶⁾ (以下、指針) を公表した。

指針によれば、看護記録の開示の方法には、①看護記録の閲覧、②看護記録の写しの交付、③看護記録を要約した書類 (サマリー) の交付⁷⁾ があり、診療録開示の目的にかなう看護記録の在り方を規定している。

また指針には、「看護記録の開示を含めた診療情報の提供は、医療の透明性の確保、患者と医療従事者との情報共有による医療の質向上、患者の知る権利および自己決定権の尊重、患者と医療従事者との良好な関係の構築を促すものとして積極的に取り組むことが求められている」⁸⁾ とあり、看護実践の質を維持し高めるために、看護師は自主規制して (襟を正して)、真摯に取り組む責務を有している。

一方では、情報化社会の到来を受けIT戦略の一環として、厚生労働省は1999 (平成11)

●表1 「病みの軌跡」の局面と定義

局面	定義
①前軌跡期	病みの行路が始まる前。予防的段階。徴候や症状がみられない状況
②軌跡発症期	徴候や症状がみられる。診断の期間が含まれる
③クライシス期	生命が脅かされる状況
④急性期	病気や合併症の活動期。その管理のために入院が必要となる状況
⑤安定期	病みの行路と症状が養生法によってコントロールされている状況
⑥不安定期	病みの行路と症状が養生法によってコントロールされていない状況
⑦下降期	身体的状態や心理的状态が進行性に悪化し、障害や症状の増大によって特徴づけられる状況
⑧臨死期	数週間、数日、数時間で死に至る状況

Pierre Woog著, 黒江ゆり子他訳: 慢性疾患の病みの軌跡—コービンとストラウスによる看護モデル, P.13, 医学書院, 1995.

年に診療録に記載することに関する解釈通知（以下、解釈通知）を出し、「真正性」「見読性」「保存性」の3条件を満たせば、紙の診療録をなくしてもよいとした⁹⁾。この解釈通知によって、電子カルテの普及に弾みがついたものと思われる。電子カルテについては、本シリーズの第6回（本誌Vol.16, No.6, P.6～24）で紹介している。

電子カルテの看護記録については、プライバシー保護という安全性を確保した運用と、適切な看護記録の在り方を、看護師と他の医療従事者の間で共有する必要がある。そのためにも、電子カルテ運用上の自院の看護記録記載基準を決めておこう。

4) リスクマネジメント

医療過誤は本来起きてはならないものだが、それにもかかわらず、痛ましい医療過誤の報道が後を絶たない。医療過誤が報道されるたびに、患者と家族の苦しみと怒りを察すると胸が痛む。不幸にして患者が命を落とした医療過誤ともなれば、患者の家族や当事者は、悔やんでも悔やみきれないであろう。当事者の苦悩が深いのは当然であるが、個人の責任に帰結するのではなく、「人は誰でもミスを犯す」という考えを前提に、病院組織の機能としてリスクマネジメントのシステムを構築することが重要である。

今日の看護記録を考える時、リスクマネジメントの視点を抜きにすることはできない。システムとして看護記録が確実かつ適切になされていたら、防げた事案もあるかもしれない。何よりも、看護記録は看護実践を証明するものとして、看護の一連の過程が記録されているものである。そのため、リスクマネジ

メントの視点から、看護記録の記載基準を見直すことは重要となる。

まずは、看護記録を書く前に、リスク感性を磨きたい。リスク感性とは、「周りから『危ないぞ』『注意してやりなさい』と言われなくても、リスクを察知して、自然に安全行動が取れるような感覚」¹⁰⁾である。また、「『リスク感性』は生きているものなので、見えなくなることも、低くなることもあります。そして生きているからこそ、育てることができるのです」¹¹⁾とされているように、各看護師が育てる必要がある。

5) 医療費抑制政策による 在院日数短縮化

2002（平成14）年の診療報酬改定によって、平均在院日数17日以内が急性期特定入院医療加算の取得要件の一つとなり、在院日数をいかに短縮するかが命題となった。在院日数を短縮するには、看護実践を的確かつ効率的に行う必要がある。

また、在院日数が短縮されれば、新しく入院してくる患者が増えて稼働率が上がるので、多忙さがより一層増すことが予測される。忙しさを理由に看護記録が手抜きにならないように、速やかに記録されることが要求される。

6) 新人看護師の早期退職

今日の病院では、新人看護師の早期退職が問題になっている。新人看護師の職場定着を困難にしている要因としては、次の点が上位3位に挙げられている¹²⁾。

- ① 基礎教育終了時の能力と看護現場で求められる能力とのギャップ（病院調査〔76.2%〕、学校調査〔80.3%〕）

- ② 現代の若者の精神的な未熟さや弱さ（病院調査〔72.6%〕、学校調査〔76.4%〕）
- ③ 看護職員に従来より高い能力が求められるようになってきている（病院調査〔53.3%〕、学校調査〔47.0%〕）。

仕事を辞めたいと思った理由としては、次の点が上位3位に挙げられている¹²⁾。

- ① 自分は看護職に向いていないのではないかと思う（21.6%）。
- ② 医療事故を起こさないか不安である（18.1%）。
- ③ ヒヤリ・ハット（インシデント）レポートを書いた（16.1%）。

このほかに辞めたい理由としては、「勤務時間内に仕事が終わらない」「職場の先輩に質問しづらい」「院内のITシステムが使いこなせない」「十分な教育研修が受けられていないと感じる」¹²⁾などが挙げられている。

これらには、直接的に「看護記録が書けず負担である」という回答はないが、看護職に向かないと思うその理由に、患者に向き合えない、看護過程が展開できない、看護記録が書けないといった要素が含まれていることが推察される。

看護実践が、問題解決法である看護過程の展開という方法でなされ、それが看護記録として証明されるのであれば、看護過程の展開の指導と看護記録の書き方の支援が必要である。新人看護師にわかりやすい看護記録の記載基準が設定されていれば、看護記録が書けなくて嫌になって辞職する看護師を思いとどまらせることができるのではないだろうか。少なくとも、看護記録に関する理由で辞職してしまうということは避けたいものである。

7) 病院機能評価から見た看護記録

病院機能評価については、本シリーズの第7回（本誌Vol.16, No.7, P.11, 12）で紹介している。

病院機能評価の認定を受けた福井総合病院は、病院機能評価では看護記録から何を見るか、次のように紹介している¹³⁾。

- ・看護師記録として：看護をしたか、患者情報、患者状態、患者・家族の代弁者
- ・その他の要件の記録として：医師指示を発信源とした一連の流れ、多職種参加のカンファレンス結果、職種間の連絡の仲介、手術や検査・輸血に対する説明・評価・同意、身体抑制や疼痛緩和、退院に対する説明や実施、記録をしない職種からの情報

したがって、これらが適切な表現で記録されることが求められている。病院機能評価によって看護記録の見直しが実現することは、看護の質向上になり、ひいては病院の質向上に貢献する。これは、患者満足度（patient satisfaction）にもつながるものである。

8) 患者満足度を高める看護記録

病院は患者あってこそ、その使命を果たせるのであるから、患者の気持ちを大切にして対応する必要がある。患者満足度は、医療評価の一つの方法として、医療を受けた患者から評価を受けるものである。評価の結果は、回答者の特性や医療機関に対する期待と関連していることが指摘されており、結果の解釈に際してはこれらを考慮することが必要である¹⁴⁾。

いずれにしても、患者満足度が高まるような看護実践が行われ、それらが適切に記録されることが必要である。看護記録の開示が求められた場合にも、何ら恥ずべきことのない

よう、正確かつ適切に記録するように心がけることが肝要である。

このように、看護に影響を及ぼす要因は多岐にわたるが、いずれにしても、われわれ看護師は専門職としての責務を果たさなければならないし、そうありたいと願っている。これら影響要因に果敢に取り組むなかで、看護の質を保証するのは、看護過程の一連の活動であり、それらは看護記録と一体となっているものなのである。

看護業務基準から 看護記録記載基準へ

基準とは、よりどころとなるもの、一定の目安となるもの、従うべき決まりである。日本看護協会は“看護業務基準”としての「看護実践基準」を明示しており、その基準の役割を「専門職である看護者の行動指針であり、実践評価のための枠組みとなる。すべての看護者に共通に求められる看護実践の要求レベルを示すとともに、社会に対して看護者が責任をもつ範囲およびその結果に対する責任を表明するものである」¹⁵⁾としている。つまり、「看護実践基準」は、看護実践要求レベルを満たす行動指針であり、看護師の責任範囲を明確にするものである。私たち看護師には、看護実践の基準を提示する責任があり、看護記録に関しても基準を設ける必要があることを受け止めておこう。

それでは次に、「看護実践基準」について、看護記録との関係で確認してみよう。

基準1：看護を必要とする人に身体的、精神的、社会的側面から手助けを行う

この基準については、「看護を必要とする個人、家族、集団を身体的、精神的、社会的側面から捉え、健康な日常生活を送っていくうえで、身体的、精神的、社会的に自分のことが自分で行えない状態にある人に、その人なりの日常生活ができるよう援助を行う」¹⁶⁾と解説されている。

したがって、看護記録には、看護を必要とする人の身体的な側面、精神的な側面、社会的な側面を記載することが基準となる。つまり、患者が日常生活をどのように送っているか、身体的・精神的に自分のことが行えるか、行えないとしたらどのようなことか、日常生活が自分で行える状態とはどのようなことか、社会的側面で日常生活に影響があるかといったことが記載基準となる。

基準2：看護を必要とする人が変化によりよく適応できるように支援する

この基準については、「現在行われている治療や検査、訓練などについて本人が安心して、さらに積極的に参加できるように援助し、さらに、健康レベルの変化に応じたライフスタイルを創造するために調整し、情緒的、情報提供的支援を行う」¹⁶⁾と解説されている。

したがって、看護記録には、現在行われている治療や検査、その検査を患者はどのように受け止め、認識し、取り組んでいるか、治療や検査に期待感を持っているか否かなどを記載することが基準となる。また、訓練が行われている場合は、訓練の内容と姿勢など、安心して積極的に参加できる状況か否か、積極的に参加できるようにするための計画と取り組みか、その成果も記載基準となる。さら

に、健康レベルの変化に応じたライフスタイルとは何か、どのように行動変容することができるか、健康生活を獲得・維持するライフスタイル創造のための調整とは何か、情緒的な支援は効果を得ているか、適切な情報提供はなされているかなども記載基準となる。

基準3：看護を必要とする人を継続的に観察、判断して問題を予知し、対処する

この基準については、「看護を必要とする個人・家族・集団を継続的に観察し、健康状態や生活状況を判断することによって、重大な徴候を識別し、適切な対策を講じる」¹⁶⁾と解説されている。

したがって、看護記録には、患者の観察事項、健康状態や生活状況から予測される問題、重大な徴候の有無とその徴候の程度、適切と考えられる対策・看護ケアを記載することが基準となる。

基準4：緊急事態に対する効果的な対応を行う

この基準については、「緊急事態とは、極度に生命が危機にさらされている状態で、予測・不測の両方の事態が含まれる。効果的な対応とは、直面している状況をすばやく把握し、必要な人的・物的資源を整え、的確な救命救急活動を行い、危機状況を管理し、安定化をはかることである」¹⁶⁾と解説されている。

したがって、看護記録には、緊急事態の定義とその対応を記載することになるが、どのような状態になった時に緊急と判断されるのか、判断の根拠となるデータを記載できるように、各病院で対処マニュアルを設けておく。例えば、バイタルサインや意識レベルの表示の仕方、家族への連絡などの対応方法である。

具体的には、緊急時の発見状況、発見者、発見時の対応、発見時の患者のバイタルサイ

ン、行われた救命活動、危機状態の管理、行われた検査、行われた治療、使用された薬剤と与薬方法、患者の家族への連絡の有無と内容などを記載することが基準となる。

基準5：医師の指示に基づき、医療行為を行い、その反応を観察する

この基準については、「医療行為の実施に際しては、保健師助産師看護師法第37条の定めるところに基づき医師の指示が必要であり、以下の点について看護独自の判断が必要である。1) 医療行為の理論的根拠と倫理性、2) 患者にとって適切な手順、3) 医療行為による患者の反応の観察と対応」¹⁶⁾と解説されている。

したがって、看護記録には、医療行為の内容、医師の指示、医療行為の理論的根拠と必然性、医療行為のインフォームドコンセント、医療行為に伴う患者の状態を観察した項目とその反応、医療行為に伴うケアを記載することが基準となる。

基準6：専門的知識に基づく判断を行う

この基準については、「専門的知識とは、看護の領域に限らず、関連分野の学際的な知識をさし、広くその時代に受け入れられている最新のものを意味する。専門的知識に基づく判断とは、看護を必要とする人々の状態を識別し、問題解決に関する意志決定を行うことである」¹⁶⁾と解説されている。

したがって、看護記録には、患者の病態に基づく状態と看護の必要性の根拠、看護が必要と判断される状況とその理由、つまり看護過程の展開におけるアセスメントを記載することが基準となる。また、看護実践したことの記録として、POSシステムのSOAPも看護師の判断の証拠となるため、記載基準とする。

基準7：系統的アプローチを通して個別的な実践を行う

この基準については、「看護を必要とする人に個別的な看護を提供するためには、健康状態や生活環境を査定し、援助を必要とする内容を明らかにし、計画立案、実行、評価という一連の過程が必要である。この過程は、健康状態や生活環境の変化に敏速かつ柔軟に対応するものであり、よりよい状態への援助のために適宜見直しが行なわれなければならない」¹⁶⁾と解説されている。

したがって、看護記録には、生活環境と健康レベルに基づく対象理解と看護アセスメント、看護計画、看護ケアを実行したサイン、評価の日時と評価内容を記載することが基準となる。

基準8：看護実践の一連の過程は記録される

この基準については、「看護実践の一連の過程の記録は、看護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」¹⁶⁾と解説されている。

したがって、看護記録には、各病院での基本的な記録方法や様式に基づき、適切な記録が保証されるように、具体的な基準を設けておく。看護実践の一連の過程の記録であるため、主に看護過程の展開をどのように記録するかという基準となる。アセスメントはどの用紙に書くか、看護診断はどこに書くかなど、用いる看護理論によって、記載基準を設けておく。例えば、NANDA看護診断13領域を用いるのであれば、診断名と診断指標、関連因

子を記載することなどが基準となる。

さらに具体的に言えば、例えば、食事摂取量であれば、体温表に記載するとか、全量摂取であれば「全」、半分摂取であれば、「主食1/2」「副食半」というように表記の仕方を例示するなどの基準を明示しておく。また、排便であれば、時刻、性状（色・硬さ・臭気）、量、混入物などが記載基準となる。

この部分が看護実践の一連の過程の記録であるため、自院の実情に応じて、確実な記載基準を設けるようにする。

基準9：全ての看護実践は看護者の倫理綱領に基づく

この基準については、「全ての看護実践は、看護者の倫理綱領を行動指針として展開される。倫理綱領は時代の変化とともに改定されなければならない」¹⁶⁾と解説されている。

したがって、看護記録には、倫理的態度で正しい情報を的確に記録することを基本姿勢とし、患者に対しても患者の権利擁護者となり得たか、インフォームドコンセントは適切な時期に適切な人によって適切になされたかを記載することが基準となる。

このように、“看護業務基準”としての「看護実践基準」によって、看護記録記載基準の基本となる考え方や大枠が示されている。しかし、具体的に何をどのように書くのかという記録そのものの基準は示されていない。したがって、各病院の看護部の目標や看護方針を基に、院内共通の看護記録記載基準を作成し、その基準に従って、各病棟の看護記録記載基準を具体化することになる。

新人看護職員の 臨床実践能力の向上に関する 検討会報告書から見る 看護記録

厚生労働省は、2004（平成16）年3月に「新人看護職員の臨床実践能力の向上に関する検討会」から報告書¹⁷⁾を公表した。それには、臨床実践能力の構造が円柱形で図式化され、「看護職員として必要な基本姿勢と態度」「技術的側面」「管理的側面」の3側面から構成要素が示されている。これらは、それぞれ独立したものではなく、患者への看護ケアを通して統合されるべきものとされている。

また、報告書には、単に「技術ができた・できない」だけではないことが強調され、看護技術を支える要素として、「医療の安全の確保」「患者および家族への説明と助言」「的確な看護判断と適切な看護技術の提供」の3つの柱を立てている。看護記録に関しては、「的確な看護判断と適切な看護技術の提供」のなかで、「看護計画の立案と実施した看護ケアの正確な記録と評価」が挙げられている。

看護職員として必要な基本姿勢と態度についての到達目標（表2）としては、「看護職員としての自覚と責任ある行動」「患者の理解と患者・家族との良好な人間関係の確立」「組織における役割・心構えの理解と適切な行動」

表2 看護職員として必要な基本姿勢と態度についての到達目標

領域	到達目標
看護職員としての自覚と責任ある行動	<ul style="list-style-type: none"> ①医療倫理・看護倫理に基づき、人間の生命・尊厳を尊重し患者の人權を擁護する。 ②看護行為によって患者の生命を脅かす危険性もあることを認識し行動する。 ③職業人として自覚を持ち、倫理に基づいて行動する。
患者の理解と患者・家族との良好な人間関係の確立	<ul style="list-style-type: none"> ①患者のニーズを身体・心理・社会的側面から把握する。 ②患者を一個人として尊重し、受容的・共感的態度で接する。 ③患者・家族が納得できる説明を行い、同意を得る。 ④家族の同意を把握し、家族にしか担えない役割を判断し支援する。 ⑤守秘義務を厳守し、プライバシーに配慮する。 ⑥看護は患者中心のサービスであることを認識し、患者・家族に接する。
組織における役割・心構えの理解と適切な行動	<ul style="list-style-type: none"> ①病院および看護部の理念を理解し行動する。 ②病院および看護部の組織と機能について理解する。 ③チーム医療の構成員としての役割を理解し協働する。 ④同僚や他の医療従事者と安定した適切なコミュニケーションをとる。
生涯にわたる主体的な自己学習の継続	<ul style="list-style-type: none"> ①自己評価および他者評価を踏まえた自己の学習課題を見つける。 ②課題の解決に向けて必要な情報を収集し解決に向けて行動する。 ③学習の成果を自らの看護実践に活用する。

新人看護職員の臨床実践能力の向上に関する検討会：「新人看護職員の臨床実践能力の向上に関する検討会」報告書，P.9，2004.

「生涯にわたる主体的な自己学習の継続」が挙げられている。したがって、看護記録に関しても、この基本姿勢と態度に基づくことになる。

このように、新人看護職員に必要な臨床実践能力として、看護過程の展開能力と、それを適切に記録する能力が必要なことは示されているが、具体的に何をどのように記載するかという基準は示されていないことから、やはり各病院の看護理念と特徴、看護ケア事情に応じて、看護記録記載基準を具体化していくことになる。

看護学教育の在り方に関する検討会報告書から見る看護記録

文部科学省は、2004（平成16）年3月に看護学教育の在り方に関する検討会報告書として、「看護実践能力育成の充実に向けた大学卒業時の到達目標」¹⁸⁾を公表した。それによると、看護実践能力の構成が図式化され、「Ⅰ群：ヒューマンケアの基本に関する実践能力」「Ⅱ群：看護の計画的な展開能力」「Ⅲ群：特定の健康問題を持つ人への実践能力」「Ⅳ群：ケア環境とチーム体制整備能力」「Ⅴ群：実践の中で研鑽する基本能力」の5つの群に区分されている。それぞれの群の下位に、全部で19項目の看護実践能力が提示されている。

看護記録については、主にⅡ群の下位項目である「看護の計画立案・実施・評価の展開」「人の成長発達段階・健康レベルの看護アセスメント」「生活共同体における健康生活の看護アセスメント」「看護の基本技術の的確な実施」が該当する。これ以外の群についても、看護

ケアを実施したことを的確に記録に残すことは言うまでもない。このⅡ群にかかる能力は、原則として卒業時には自立してできるレベルが求められている。つまり、臨床の看護師であれば、当然、看護記録を含む看護の計画的な展開能力が求められているのである。

これらの看護実践能力のうち、「看護の計画立案・実施・評価の展開」には、①看護過程を展開するために必要な情報の収集と分析と健康問題の判断、②看護上の問題の明確化と解決のための方策の提示、③問題解決のための方法の選択、利用者へのインフォームド Consent、直接的看護方法・相談・教育の実施、④実施した看護の事実即した記録作成、⑤実施した看護の評価、計画の修正・再構成が挙げられている¹⁸⁾。

看護過程を展開するには、患者と家族など病院や施設の利用者の状況に応じた計画を立案し、それに基づいて実施し、評価する能力が必要とされる。それらは、常に看護の論理的な思考過程に基づく実践や、科学的根拠に基づく実践としての看護であることを証明するために、「看護記録」という形で記録されなければならない。

おわりに

今日の医療を取り巻くさまざまな環境要因から、看護記録の在り方について検討してきた。どのような社会状況になろうとも、看護は専門職であるということを認識し、自覚を持ってその役割を果たすならば、おのずと看護記録も充実したものになるはずである。看護の質保証に貢献する看護記録の重要性を再認識して、日々の看護実践に取り組みたい。

引用・参考文献

- 1) 厚生労働省ホームページ：平成18年度診療報酬改定の基本方針
<http://www.mhlw.go.jp/topics/2005/11/tp1125-2.html> (2006年10月閲覧)
- 2) 厚生労働省保健医療情報システム検討会：保健医療分野の情報化にむけてのグランドデザイン（第一次提言）
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/0112/s1226-1b.html> (2006年10月閲覧)
- 3) Anselm L. Strauss, J. Corbin他著、南裕子監訳：慢性疾患を生きる—ケアとクオリティ・ライフの接点、医学書院、1997.
- 4) 厚生労働省ホームページ：「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」等について
<http://www.mhlw.go.jp/houdou/2004/12/h1227-6.html> (2006年10月閲覧)
- 5) 濱田幸夫、吉川展代：個人情報保護に係る医療分野における取組み、ジュリスト、No.1287、P.32～39、2005.
- 6) 日本看護協会編：日本看護協会看護業務基準集 2005年、P.203～237、日本看護協会出版会、2005.
- 7) 前掲6)、P.213.
- 8) 前掲6)、P.203.
- 9) 電子カルテ研究会編：新版電子カルテってどんなもの？、P.5、中山書店、2005.
- 10) 釜英介：「リスク感性」を育て、磨く意義—リスクマネジメントをめぐる新たな潮流を見据えて、看護、Vol.57、No.3、P.40、2005.
- 11) 前掲10)、P.41.
- 12) 廣瀬佐和子：新卒ナースの定着対策—職業継続意思を育てよう、看護、Vol.58、No.11、P.43、2006.
- 13) 勝尾信一他：病院機能評価を意識した看護記録の改変、月刊ナースセミナー、Vol.27、No.2、P.18～28、2006.
- 14) 和田攻他総編集：看護大事典、P.531、医学書院、2002.
- 15) 前掲6)、P.7.
- 16) 前掲6)、P.9、10.
- 17) 新人看護職員の臨床実践能力の向上に関する検討会：「新人看護職員の臨床実践能力の向上に関する検討会」報告書、2004.
- 18) 看護学教育の在り方に関する検討会：看護実践能力育成の充実に向けた大学卒業時の到達目標、2006.
- 19) Pierre Woog著、黒江ゆり子他訳：慢性疾患の病みの軌跡—コービンとストラウスによる看護モデル、P.13、医学書院、1995.