



# 看護記録の記載基準と監査

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

今日、医療機関に求められているのは、安全の確保と、質の高い看護の提供である。それらに応えるために看護師には、専門職として看護実践を行うという意識を高め、看護の質を保証していくという意気込みが必要である。

国民の期待に応える医療と看護の実現を目指し、本稿では看護記録の記載基準と監査について検討しよう。

## 看護行為用語分類の活用

日本看護科学学会は、看護学の発展をもって、社会や人々の健康と福祉に貢献することを目指す学術団体である。本学会では、1986（昭和61）年に、会員の学術研鑽と資質の向上に寄与すべく、「看護学学術用語検討委員会」を立ち上げ、看護職者の行為（看護行為）を表す用語、つまり看護学学術用語（Nursing Terminology）を検討してきた。2005（平成17）年に、6領域、32分野、212の行為用語に整理したと報告されている<sup>1)</sup>。

看護行為とは、看護職者が健康という視点からアセスメントした人々の諸問題を解決するために、意識的に行うものである<sup>2)</sup>。これ

までは、同じ看護行為であっても、病院や施設、看護師の間で、必ずしも共通の用語で表現されてきたわけではないので、看護記録の記載基準を検討するにあたっては混乱を来していた。看護記録の開示という、時代や社会の要請が高まっている今日、専門職として実施する個々の行為を吟味し、その行為を表す用語を検討する必要性は大きい<sup>2)</sup>。そこで、本委員会が編者となって刊行されたのが、『看護行為用語分類—看護行為の言語化と用語体系の構築』である。

看護行為の6領域を表1に示す。各領域に含まれる用語は、内容の類似性から、さらに分野ごとに分けられ、各用語には分類上の位置づけと相互関連性が理解しやすいように、6桁のコードが付されている。例えば、「領域1：観察・モニタリング」では、「分野A：一般的観察・モニタリング」「分野B：発達段階別観察・モニタリング」「分野C：場・状況別観察・モニタリング」の3分野に分類されている<sup>3)</sup>（表2）。

看護行為用語は、「定義」「対象の選択」「方法の選択にあたって考慮する点」「実施に伴って行うこと」「期待される成果」の5つの構成要素で説明されている<sup>4)</sup>（表3）。

なお、本委員会は今後の課題として、新た

◎表1 看護行為の6領域

<p><b>領域1：観察・モニタリング</b> 看護職者が働きかける対象の状態や状況について、情報を得て査定すること。対象には、人、環境、事業などを含む。</p> <p><b>領域2：基本的な生活行動の援助</b> 基本的な生活行動の不足を補うこと。</p> <p><b>領域3：身体機能への直接的働きかけ</b> (身体への働きかけによる看護治療行為) 身体に働きかけて、安楽の促進、苦痛の緩和、身体機能の回復・賦活化を図ること。</p> <p><b>領域4：情動・認知・行動への働きかけ</b> 情動や認知に働きかけてその安定や変容を図り、行動の習慣化を促すこと。</p> <p><b>領域5：環境への働きかけ</b> 環境が対象の健康回復・維持・増進、発達に適切なものになるようにすること。</p> <p><b>領域6：医療処置の実施・管理</b> 対象が必要とする医療処置を安全・確実に、できるだけ少ない苦痛で実施・管理すること。</p>
---

日本看護科学学会看護学術用語検討委員会編：看護行為用語分類—看護行為の言語化と用語体系の構築，P.17, 18, 日本看護協会出版会，2005.

◎表2 看護行為用語の分類例  
—領域1：観察・モニタリング

<p><b>分野A：一般的観察・モニタリング</b></p> <p>1A0101 バイタルサインの測定 1A0201 全体的印象の把握 1A0301 日常生活動作アセスメント 1A0401 認知機能のアセスメント 1A0501 見守り 1A0601 水分出納のモニタリング 1A0701 栄養モニタリング 1A0801 循環機能のアセスメント 1A0901 呼吸機能のアセスメント 1A1001 血管内圧モニタリング</p> <p><b>分野B：発達段階別観察・モニタリング</b></p> <p>1B0101 妊娠経過の評価 1B0102 分娩経過の評価 1B0201 出生直後の新生児の評価 1B0202 早期新生児の評価 1B0301 乳児の訴えの評価 1B0302 幼児の訴えの評価 1B0401 小児感染症の罹患歴と予防接種の確認 1B0501 成長発達の評価 1B0601 高齢者生活機能評価</p> <p><b>分野C：場・状況別観察・モニタリング</b></p> <p>1C0101 地区診断</p>
--

日本看護科学学会看護学術用語検討委員会編：看護行為用語分類—看護行為の言語化と用語体系の構築，P.22, 日本看護協会出版会，2005.

な看護用語の検討と共に、電子カルテとの整合性の検討を表明している<sup>5)</sup>。

病院や施設で看護記録記載基準を作成するにあたっては、この『看護行為用語分類—看護行為の言語化と用語体系の構築』を参考にされることをお勧めする。

## 「病みの軌跡」に沿った記載基準

STEP 1でも紹介した「病みの軌跡 (illness trajectory)」は、慢性疾患管理のための理論

(看護モデル) である。慢性疾患は、長い時間をかけて多様に変化していく一つの行路 (course) を示すという考え方に基づいている。慢性疾患患者は、疾患によって生活の質 (QOL) に少なからず影響を受けながら、慢性疾患を持ちつつ生きることになる (以下、慢性疾患を生きる)。病みの軌跡の局面 (STEP 1 の表1 [P.5]) にも見られるように、慢性疾患にはクライシス期も急性期、臨死期も含まれているため、慢性疾患を生きる上でのさまざまな問題から、看護記録の記載基準を検討してみよう。

◎表3 看護行為用語の説明例—領域1：観察・モニタリング「日常生活動作アセスメント」

I. 定義	日常生活に必要な動作の自立度を評価すること 同義語：ADL評価
II. 対象の選択	・日常生活動作（ADL）のレベルが低下している人または可能性がある人
III. 方法の選択にあたって考慮する点	<ul style="list-style-type: none"> <li>・チェックリストの項目、様式</li> <li>・評価の方法（自己申告、観察）</li> <li>・評価の時期と頻度：入院時、初回訪問時、随時</li> <li>・本人が実際に行っている行動と、実際に行える行動の差に注意する。</li> <li>・昼間と夜間で行動が異なることがないか注意する。</li> <li>・成長発達段階</li> </ul>
IV. 実施に伴って行うこと	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 観察・確認                     <ul style="list-style-type: none"> <li>・食事、排泄、入浴、整容、更衣、移動などの生活基本動作の自立度</li> <li>・現在治療している疾患に関する諸情報、制限の有無</li> <li>・日常生活動作への影響因子（心理的要因、不眠、食欲低下、疲労など）</li> <li>・使用している補助具（杖、歩行器、車いす、ポータブルトイレ、自助具）</li> </ul> </li> <li>2. 安全策                     <ul style="list-style-type: none"> <li>・動作確認時の自己防止</li> <li>・能力以上の動作を勧めない。</li> </ul> </li> <li>3. 照会・報告・対策                     <ul style="list-style-type: none"> <li>・前回の評価より著しく悪化した時</li> </ul> </li> <li>4. 対象への教育                     <ul style="list-style-type: none"> <li>・適切な自己評価の大切さを説明する。</li> </ul> </li> <li>5. 心理的支援                     <ul style="list-style-type: none"> <li>・できないことはできないと言える雰囲気をつくる。</li> </ul> </li> </ol>
V. 期待される成果	・対象が適切な支援を受けるための情報が得られる。

日本看護科学学会看護学術用語検討委員会編：看護行為用語分類—看護行為の目語化と用語体系の構築，P.53，日本看護協会出版会，2005.より，一部改編

慢性疾患患者を理解する時、病みの軌跡の局面におけるライフイベントと関連させて考えるとわかりやすい。現象としての態度の側面からだけで判断すると、指導内容を遵守しない人は困った人、わがままな人ととらえがちであるが、病みの軌跡におけるライフイベントとの関連で検討してみると、真実の患者像が浮かび上がってくることがある。

## 1) 危機状態の予防と管理

慢性疾患が危機状態に陥った場合、医学的

処置が必要となるが、危機状態を可能な限り未然に防ぐことと、危機状態が起こった時の被害を最小限にとどめるための管理ができるように支援することが看護の方針となる。

危機状態の予防と管理の側面での看護記録の記載基準は、危機状態の徴候、危機状態の進行の速さ、危機状態の起こる頻度、危機状態に対する患者の認識、再発の可能性、予後（最悪の場合、死に至るかどうか）、危機状態を最小限でくい止めるための看護ケア、危機状態を乗り越えるための患者が行う備え・処

置・資源などである。周手術期の患者であれば、手術方式と麻酔の種類、手術前・中・後の心身の状況、バイタルサイン、手術が生体に及ぼす影響と反応などが記載基準となる。

例えば、危機状態に陥りやすい糖尿病であれば、低血糖症状の対処法としての砂糖やあめ、インスリンなどの携帯とその服用状況および回復の反応、心筋梗塞であれば、ニトログリセリンの常備とその服用、極度に重症の肺気腫であれば、心理的動揺と生命維持に必要な酸素不足との関連など、危機状態の徴候とその対処法を看護記録の記載基準として検討しておこう。

## 2) 生活管理

慢性疾患患者には、医師や看護師から生活指導が行われ、自立した生活管理が重要となる。通常、患者は慢性疾患を生きたいので、治療を伴う生活管理は遵守され、コンプライアンスは高いと考えられる。しかし実際には、さまざまな社会生活上の制約を受けつつ慢性疾患を生きることになるので、そう簡単ではない。

筆者が経験した糖尿病患者の例であるが、彼は高校の教師であり、知的レベルも高く、模範的なほどに糖尿病を管理したライフスタイルを送っていた。しかし、ある日突然、父親を交通事故で失ったことをきっかけに、糖尿病が悪化した。長男である彼は、交通事故の対処から通夜の采配、葬式の段取りまでを、中心となって行わなければならなかったため、インスリン注射や食事を規則正しく行ったり、食事のカロリーやバランスに配慮したりすることが到底できなかつたのである。

彼のような模範的とも言える生活管理は、

平常時は行えても、予期せぬアクシデントが起きた場合、慢性疾患を生きることが主体にして生活することができなくなる。社会生活や家庭生活上の制約を抱えながら慢性疾患を生きるということは、並大抵のことではないということ、看護師は認識しておこう。

さて、看護記録であるが、指導した生活管理の内容と理解状況、生活管理に伴う不快感と苦痛、副作用の有無、体力や気力、効果と病気の進行状況、家族やキーパーソンといった協力者、日常生活への影響、生活の質、健康補助食品の利用状況などの代替療法の有無、運動などの補完療法の有無、取り組みへの姿勢は積極的か消極的かなどが記載基準となる。

## 3) 症状制御

慢性疾患を生きるには、症状制御が不可欠である。症状制御とは、慢性疾患をコントロールして、疾患特有の症状が出現しないようにすることである。慢性疾患を生きる人は、苦痛か否か、体力を消耗するか否か、息切れするか否か、見えるか否か、聞こえるか否か、歩けるか否か、言語障害が起こるか否かといった症状による障害が出現することと、それらが生活に支障を来すことが一番の関心事である。

筆者が経験した多発性硬化症の患者は、複視で物が二重、三重に見えるようになり、どれが実際のものなのか判断できず、勘に頼って歩こうと思えば歩けるが、怖くて外出できないと嘆いていた。彼女の場合、視力自体はよいので、看護師は視力の問題はないと考えがちであるが、患者の生活を考えると、複視という症状の出現は大問題なのである。

また、症状制御を考える場合、疾患制御と

の関係も理解しておく必要がある。化学療法はがんの悪化を防ぐ目的で行われる疾患制御であるが、症状を軽減させることから、可視徴候が抑制されて見逃すこともあり、副作用によりがんの進行状態を判断しにくいこともある。終末期では、疾患抑制である積極的な治療を行わず、病状制御である疼痛コントロールがなされる場合もある。

よって、看護記録としては、疾患特有の症状と苦痛の程度、持続時間、症状制御から派生する生活行動様式の変化、患者の価値観などが記載基準となる。

#### 4) 生活時間の再編成

慢性疾患であれ、急性疾患であれ、症状や治療などにより、患者は日常生活の変更を余儀なくされる。糖尿病患者の場合、症状制御と疾患制御のために、食事内容と食事時間をスケジュール化する必要がある、生活時間の再編成に迫られる。

筆者が経験した糖尿病の患者は美容師で、美容院の経営が軌道に乗ったところであった。彼女は客の接待を最優先に考え、自分の食事時間は不規則であった。客が立て込んでくると、食事も摂らないことが度々あったのである。当然、糖尿病が悪化して再入院となった。彼女の場合、美容師として生きることが生きがいではあるけれど、慢性疾患を生きる必要もあった。話し合った結果、美容師を1人採用して、昼食と夕食を定時に摂るスケジュールを整え、生活時間の再編成ができた。

また、生活時間の再編成にあたっては、患者に時間がありすぎる場合と、時間が足りない場合が考えられる。疾患によって身体活動性が低下すれば、以前の活動はできなくなる

ので、何もできない時間を過ごすことになる。その場合、倦怠感や無為な生活への諦め、社会的技能の低下、廃用症候群の出現などの問題が起きてくる。一方、腎臓病患者が透析を受ける場合などでは、治療に時間を割かなければならないので、生活時間が足りないという思いになる。

時間に関する基本的問題は、時間がありすぎる、時間が足りない、スケジュール化、タイミングの4点に集約される<sup>6)</sup>。症状と治療法、ライフスタイルに対する価値観、家族の協力体制などが時間管理に影響を及ぼす。

看護記録としては、症状と治療法、ライフスタイルと生活時間の管理、治療法の遵守状況と阻害要因、家族の協力体制、価値観や信念、改善すべき事項などが記載基準となる。

#### 5) 病みの軌跡の管理と方向づけ

どのような疾患であっても、時間経過に伴って症状が出現したり、悪化したり、好転したりしながら変化していくように、疾患特有の段階と症状がある。これを疾患コース(course of illness)という。これに対して、病みの軌跡は、疾患コースのように病態生理学的な展開において疾患を管理するという考えだけでなく、予測不能な事態に備えて最善を尽くして対処していく生活全般の方向づけ(shaping)を行うという考え方である。

筆者が経験した多発性硬化症の患者は、複視、握力の低下、歩行不能、感覚麻痺というように、症状の出現がまさにさまざまであった。しかし、「こうなったらああしよう」「あんならこうしよう」というように、常に病みの軌跡を想像しつつ、車いすの手配、階段昇降機の整備、家具の配置換えなど、生活の

方向づけができていた。慢性疾患を生きる場合、生活時間のなかで病みの軌跡について計画表を作成しながら方向づけ、管理していく必要があるのである。

看護記録としては、病みの軌跡の位置づけに対する認識、病みの軌跡の方向づけに対する意識、病みの軌跡に対する想像、病みの軌跡に関する計画表などが記載基準となる。

## 6) 社会的疎外

疾患を患うと、治療や症状制御のために費やされる時間が多くなり、その疾患管理のために会社や学校を休まざるを得ず、社会的接触が減少する。同時に、症状から来る苦痛、体力の消耗、動作の制限や制約による活動性低下、身体の変形、視力・聴力の低下、言語障害などの症状を社会の人々にさらしたくないという心理が働き、引きこもり状態になりやすい。このように、社会との接触を患者が自発的に避ける場合もあれば、感染症がうつるという誤った考えや、疾患や外見上の変化に対する偏見、精神障害者の場合には、どう対応してよいかわからないし、何をするかわからないので危険という思い込みなどから、周囲の人々が避ける場合もあり、また病状によって強制的離脱となる場合もある。これらにより、社会的関係は不安定になり、社会的に疎外され、破綻もしやすくなる。

筆者が経験した慢性関節リウマチの患者は、手指の変形が激しく、痛みとしびれが強く、変形してしまった身体を人に見られたくないという心理から、4人部屋ではあったが、カーテンを閉ざしてベッドに引きこもり、閉鎖的空間で入院生活を過ごしていた。患者自ら社会的疎外をつくり出していたのである。

筆者は彼女の声が美しいことに着目し、文学少女だったという話を聞いたことがあったので、詩の朗読を提案してみた。彼女は、少女時代に中原中也のファンだったこともあって、その提案に賛同し、早速、中原中也の詩を朗読し合った。「ゆああ〜〜ん、ゆよお〜〜ん、ゆやゆよお〜〜ん」。まさにブランコが揺れている様が想像された。数ヵ月後に開催された病院のクリスマス会では、彼女の詩の朗読が演目として行われ、大喝采を浴びた。これにより、彼女自らが閉鎖的環境から社会的な関係を構築していくことができ、社会的疎外を克服したのである。

看護記録としては、社会的疎外感、引きこもりの状況、周囲の対応などが記載基準となる。

## 7) 生活の常態化

慢性疾患患者の目標は、慢性疾患をコントロールして可能な限り自立して社会生活を送り、慢性疾患を生きることである。患者は生活の常態化のために、生活の確立と維持を目指してたゆまぬ努力をし、症状をほかの人に気づかれぬよう隠したり、平静さを失わないようにしたりしている。

ここで問題になるのは、病状のアセスメントに、患者と看護師で食い違いがあるということである。患者の方が看護師よりも、病状が悪いと判断する場合と、もうよくなったと判断する場合の2つの方向が考えられる。悪いと患者が判断している場合は、過剰に安静を保とうとするので、依存的に見えたり、患者の行動がだらしなく感じられたりする。よいと患者が判断している場合は、無理をしていると感じられ、病状に適した行動をとらなくなるので、悪化する恐れがある。

看護記録としては、患者の疾患の理解状況と疾患に対する考え方・受け止め方、症状と生活行動などが記載基準となる。

## 看護記録の監査

保険診療における指導や監査は、不正な保険診療を取り締まる制度であり、看護記録は入院基本料の算定に関係してくる。患者ごとに看護計画が立てられ、経過記録が記載されていることが必要となる。ここでの監査は、病院として満たす必要がある最低の基準が満たされているかを見ることであり、目標の達成度と達成するための方法を明確にするものである。

看護記録の監査は、監査表を自院で作成し、その項目に沿って評価・判断する方法が取られる。監査表は、アセスメント、看護診断、看護計画、実施した看護ケア、評価という看護過程の展開に沿って実践した看護ケアの一連のプロセスが監査できるように作成されなければならない。

POSでは、そのシステムに監査が組み込まれており、ベッドサイド監査について、中木は「看護計画立案時にあらかじめ設定した看護目標（期待される良い結果）と、ナースが提供した看護ケアによる患者さんの実際の変化とを比較することによって目標の達成度を判定し、ケアの適否を判断すること」<sup>7)</sup>と定義している。つまり、看護ケアの結果を評価することになるので、これは看護ケアのアウトカムの監査である。

看護の質保証のための監査は、「病院としてあらかじめ設定した基準と、実際に病院で行われている看護ケアとを比較することに

よって、基準にあった看護を行っているかどうかを判定し、看護の水準を判断すること」<sup>8)</sup>である。それは、①構造の監査（看護部の理念や看護基準と比較して行う看護管理に関するもの）、②過程の監査（退院した患者のカルテから看護過程を評価・判断するもの）、③結果の監査（退院した患者のカルテから患者のニーズにどの程度応えられていたかどうかを評価・判断するもの）の3つについて行われる。

監査項目には、基礎データが適切か、問題リストが作成されているか、問題リストは信頼性があるか、看護計画は立てられているか、決められた日に評価しているか、問題発生日時・解決した日時が正確か、SOAPの「S」に書かれていることは適切か・見落としはないか、「O」に書かれていることは適切か・信頼性のない所見はないか・見落としはないか、「A」に書かれている考え方は適切か・論理的か・「S」と「O」から判断されることか・信頼性のない考え方はないか、「P」に書かれていることは適切かといったことが挙げられる。

## 病院機能評価から見る看護記録

病院機能評価は、評価項目が改良され、現在Ver.5.0で評価されている。

自己評価調査票で評価する項目は、「1. 病院組織の運営と地域における役割」「2. 患者の権利と安全確保の体制」「3. 療養環境と患者サービス」「4. 医療提供の組織と運営」「5. 医療の質と安全のためのケアプロセス」「6. 病院運営管理の合理性」の6つ

の柱で構成されている。そのなかには、「看護記録の記載が適切である」「同意が確認されたことを記録している」「評価・修正した記録がある」「検査中、検査後の患者の状態・反応を観察した記録がある」「患者・家族の意見・要望を計画に反映した記録がある」「説明された内容が記録されている」というように、直接的に「〇〇を記録している」という表現の項目があり、看護実践の一連の過程が記録されているかを評価するようになっている。また、「評価（アセスメント）が適切に行われ、計画が立てられる」「患者の病態を把握している」というように、看護として行うべき事柄についての表現もあるが、当然それらの内容を看護記録に記載することが要求されていると解釈される。

病院機能評価に挙げられた評価項目は、チーム医療のすべての職種に対して、部門や領域ごとに網羅的に自己評価できるように構築されているが、看護という立場で見直してみると、看護師が他職種との協働と連携を図り、コーディネート機能を果たすことが求められていることがうかがえる。これら看護活動が、看護記録の記載基準となり得るものである。

詳細については、病院機能評価自己調査票を参照していただきたい。

あなたの病院の設置目的と趣旨、存在意義から、病院の理念や看護部の目標が立案されているとしよう。その目標に向かって、入院病棟や外来では看護が実践されているはずである。どのような看護をしたいのか、すべきなのかという目標に到達するために実現できることを検討すれば、看護記録監査表に何を項目として挙げればよいか判断できる。

地域住民の健康を守り、健康上のニーズに応え、患者満足度を高める看護実践を提供するためにも、看護記録監査表を有効に活用したいものである。

#### 引用・参考文献

- 1) 数間恵子他：看護学学術用語検討委員会からの報告，日本看護科学学誌，Vol.25，No.1，P.74，2005.
- 2) 日本看護科学学会看護学学術用語検討委員会編：看護行為用語分類—看護行為の言語化と用語体系の構築，P.8，日本看護協会出版会，2005.
- 3) 前掲2)，P.22.
- 4) 前掲2)，P.18～21.
- 5) 日本看護科学学会ホームページ：委員会活動 <http://plaza.umin.ac.jp/~jans/naiyo/committ.html> (2006年10月閲覧)
- 6) 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，P.81，医学書院，1997.
- 7) 中木高夫：POSをナースに，P.167，医学書院，1996.
- 8) 前掲7)，P.179.
- 9) 日本医療機能評価機構ホームページ：自己評価調査票（一般病院版V5.0） [http://jqhc.or.jp/html/documents/pdf/jlkohyoukaV5/V5DATA\\_G.pdf](http://jqhc.or.jp/html/documents/pdf/jlkohyoukaV5/V5DATA_G.pdf) (2006年10月閲覧)
- 10) 前掲2)，P.17，53.

## おわりに

看護記録は実践した看護ケアの一連の過程を証明するものであるため、看護記録の記載基準は最低レベルの看護の質を保証するものである。看護記録監査表によって、看護が確かに適切に実践されたかを判断していくことになる。