

700500116 A

厚生労働科学研究研究費補助金

特別研究事業

看護記録の実態と法的整備の在り方に関する研究

平成 17 年度 総括研究報告書

主任研究者 石鍋 圭子

平成 18 (2006) 年 3 月

目 次

I. 総括研究報告書

看護記録の実態と法的整備の在り方に関する研究	1
石鍋 圭子	
A. 研究目的	1
B. 研究方法	2
1. 看護記録の法的整備に関する現状	2
2. 医療施設および介護施設を対象とした看護記録の実態調査	2
1) 調査票の作成	2
2) 実態調査の実施	3
3. 看護記録に関する教育の実態調査	3
1) 看護記録に関するテキスト内容の分析	3
2) 看護記録の教育に関する実態調査	3
4. アメリカ合衆国における看護記録の法的位置づけ	3
1) ヒアリング調査	3
2) 文献検討	3
C. 研究結果	4
1. 看護記録の法的整備の現状	4
1) 現在の看護記録に関する法的位置づけ(表 I-1)	4
2) 法整備をすすめるうえでの論点と課題	4
2. 医療施設および介護施設を対象とした看護記録の実態	8
1) 調査対象における看護職員の配置状況	8
2) 看護記録の種類別記載状況	8
3) 記録の取り扱い方	13
3. 看護記録に関する教育の実態	16
1) 看護基礎教育に関する規定、基準等による「看護記録」に関する記載内容	16
2) 看護記録に関するテキスト内容の分析	16
3) 看護記録の教育に関する実態調査	26
4. アメリカ合衆国における看護記録の法的位置づけ	35
1) 看護大学教授からのヒアリング調査	35
2) NCSBN の看護師規則のモデル	35
3) オレゴン州看護法令	36
4) ペンシルバニア州の看護実践法	36
D. 考察	38
1. 看護実践における記録の現状と課題	38
1) 看護記録の記載状況	38
2) 看護記録の取り扱い方	38
2. 看護教育の現状と課題	39
1) テキストの内容分析について	39
2) 看護記録の教育に関する実態調査結果について	41
3. アメリカ合衆国の制度との比較による検討	44
4. 全体のまとめ	45
1) 看護記録の法的整備のための方向性	45
2) 法制化の前提としての看護記録に関する教育・研修の徹底	45
3) 法的規定に加え、多方面から看護記録の質的評価を行う必要性	46
E. 結論	46
F. 健康危機情報	48
G. 研究発表	48
H. 知的財産の出願・登録状況	48
(資料)	49

看護記録の実態と法的整備の在り方に関する研究

主任研究者 石鍋 圭子 青森県立保健大学教授

【目的】医療安全や倫理的配慮への社会的ニーズの高まりを背景に看護記録に記載・保管することを義務として法政化することは重要課題であり、この観点から、わが国における看護記録の実態を調査し法的整備のあり方の検討に資することを目的とする。【方法】以下の課題別に分担研究し、結果をまとめた。①看護記録の法的整備の現状検討：関連する法律、制度等の資料収集、看護職との意見交換、法律家からの意見聴取。②医療提供施設における看護記録の実態調査：質問紙郵送調査法で全国 682 施設が回答。③看護基礎教育における看護記録教育の実態調査：看護学テキストの内容分析、看護教員対象の質問紙郵送調査法。専門的研究者・教育者 2 名の意見聴取。④米国の法制度の検討：専門家 2 名への面接と文献レビュー。【結果】①法的整備状況：保助看法では助産師のみ記録が義務づけられている。病院には医療法上の施設基準による看護記録に関する規定があり、診療報酬や介護保険関連施設への厚生労働省令においても看護記録に関する基準が規定されている施設があるが、全ての医療提供施設を網羅するものではない。②施設の実態調査では、病院の看護記録の記載・保管等については整っていたが、診療所や外来部門では低い結果であった。また、病床規模の少ない施設で、基準を有する割合、保管責任者の存在や看護記録に関する教育・研修の実施状況が低かった。③看護基礎教育では、法制化との関連で「看護記録」の概念を明確にして教授する必要性、看護実践と「看護過程」教育を区別した記録の教育の必要性、記録の電子化、個人情報保護法のなかで臨地実習における看護記録指導の再検討の必要性、が明らかになった。④看護記録に関する米国の国・州法上の規定は非常に一般的なものであるが、職能団体(ANA)、第三者評価等(例 JCAHO)の指針を取り入れて施設の理念や手順が作成されていた。【結論】本研究の結果、看護記録の法整備上の次の課題が明らかになった、①看護記録の法制化は関連する制度の適用範囲を拡大し、看護記録の質的向上のための啓蒙を進めながら、実施基盤を整えるなど、段階的な実施が望ましい。②法制化の前提として看護記録に関する教育・研修の徹底をはかる必要がある。③法的規定に加え、多方面から看護記録の質的評価を行う環境を作る必要がある。

研究分担者

新道 幸恵：青森県立保健大学学長
中村 恵子：青森県立保健大学教授
上泉 和子：青森県立保健大学教授
大串 靖子：青森県立保健大学教授
小山 敦代：青森県立保健大学教授
リボウイツ志村よし子：青森県立保健大学教授
中村 由美子：青森県立保健大学教授
鄭 佳紅：青森県立保健大学講師
福井 幸子：青森県立保健大学助手
木浪智佳子：青森県立保健大学助手

A. 研究目的

近年、医療に対する国民の期待が高まると共に、質の高い医療の提供が強く求められている。効率的な医療の提供体制の構築等に向け様々な法制度の見直しが行われている。2003 年 6 月の「診療に関する情報提供の在り方に関する検討会」において看護記録の実態及び法的位置付けも含めた在り方に関する調査研究の必要がいわれ、今年 4 月から開催されている「医療安全の確保に向けた保健師助産師看護師法等のあり方に関する検討会」でも、看護職に関する諸問題が議論される中、看護記録に関する法的位置づけに関して検討事項となっている。

看護記録の位置づけは、保険診療における入院基本料にかかる看護記録として(厚生労働省保険局医療課長通知 2000年3月17日)や、特定機能病院及び地域医療支援病院の施設基準の一つとして看護記録の具備(医療法施行規則)が規定されているのみである。

日本看護協会看護業務基準(日本看護協会, 1995)においては「看護実践の一連の過程は記録される」としている。患者の知る権利、自己決定を尊重するために看護職として必要なのは、実践した看護に責任を持ち、一連の過程を記録し、それを提供することであり、安全な医療の提供を考えると看護記録についても法的な整備の検討が必要である。

そこで、本研究は、看護記録の実態、看護基礎教育における看護記録教育のあり方、諸外国の看護記録の法的位置づけを明らかにすることで、わが国における看護記録の法的整備のあり方の方向性を示すことを目的とした。

B. 研究方法

本研究は、①看護記録の法的整備に関する論点の検討、②医療施設および介護施設を対象とした看護記録の実態調査、③看護記録に関する教育の実態調査、④アメリカ合衆国における看護記録の法的位置づけについての検討をもとに、わが国における看護記録の法的整備のあり方についての検討を行った。

1. 看護記録の法的整備に関する現状

看護記録の法的整備に関する論点の検討のため、以下の各専門職者からの意見収集を行った。

- ・第5回日本看護科学学会において、本課題に関する交流集会を開催し、研究・教育・臨床に従事する参加者
- ・医療制度に詳しい法律の専門家
- ・看護記録の専門的立場の研究教育者

2. 医療施設および介護施設を対象とした看護記録の実態調査

1) 調査票の作成

調査票の作成は、①文献からの検討、②看護記録の法的整備の要件について法律の専門家1名からの意見聴取、③ヒアリングおよびプレテストの実施をもとに行った。

調査内容および調査票は、日本看護協会発行の「看護記録および診療情報の取り扱いに関する指針(日本看護協会, 2005)」に基づき作成し、2県の老健・特養の施設職員6名を対象に実施したヒアリング調査およびプレテストの結果をもとに精練した。

調査項目は、以下の①～⑥とした。

- ①記録の保管・管理方法および管理者の配置、
 - ②看護記録の記載基準等の整備状況、
 - ③看護記録に関する教育・研修等の実施状況、
 - ④看護記録の開示に関する状況、
 - ⑤看護記録に関するガイドラインの認知状況、
 - ⑥看護職員が業務上記載する記録物の内容と記載担当者、署名、電子化の有無
- ⑥については、各施設において看護職の配置が予測される下記の部門について、それぞれの看護記録についての記載をもとめた。

有床診療所：	入院部門、外来部門、その他(自由記載)
病院	：入院部門(一般、療養)、外来診療部門、手術部門、透析室、外来化学療法室、放射線治療部門、その他(自由記載)
介護療養型医療施設：	病院におなじ
重症心身障害児施設：	入院部門、外来診療部門、手術部門、療育部門、リハビリテーション部門、その他(自由記載)
老人介護保健施設・老人介護福祉施設	(以下、老健・特養施設)：入所部門、通所部門、相談支援部門、その他(自由記載)

これらの項目に、各施設の特徴をふまえた施設等の概要(施設種別、病床等規模など)に関

する質問項目を加え、4種類の調査票を作成した(別添資料)。

2) 実態調査の実施

調査方法は、郵送式自記式アンケート調査を用い、調査対象は、看護職の配置のある施設等とした。調査対象の抽出は、WAMNet を利用し、公開されている施設から無作為抽出を行った。

3. 看護記録に関する教育の実態調査

調査は、①看護記録に関するテキスト内容の分析、②看護記録の教育に関する実態調査を下記のとおり実施した。

1) 看護記録に関するテキスト内容の分析

(ア) 対象: 現在、日本で出版されている看護学テキストを対象に、五十音索引し、看護記録の記載があったもの。

(イ) 方法・分析: テキスト名、出版社名、出版年、記載量、用語の定義の他、看護記録の目的・意義・種類・様式・内容・方法等16項目の記載の有無と記載内容を調査した。テキスト全体における位置づけを明らかにするため、見出し項目を目次から抽出し、フィッシュボーン図で構造化を行った。

2) 看護記録の教育に関する実態調査

調査対象: 3年課程372校の教員(1校7名: 基礎(看護管理学含む)・成人・老年・小児・母性・在宅(地域看護学含む)・精神看護学)2604名と、准看護養成所136校の教員(看護記録を教授している教員1名)136名。3年課程の調査対象は、保健師助産師看護師学校養成所指定規則第四条別表三に掲げる7分野の教員としたため、看護管理学は基礎看護学に、地域看護学は在宅看護学を含めて回答を依頼した。

データ収集: 質問紙郵送調査法

調査内容: 属性、看護記録に関する授業科目・時間数、形態、目標、内容、教材、テキスト、参考書、臨地実習施設における看護記録への記載、看護記録の閲覧・活用の現状、臨地実習における看護記録の課題(資料Ⅲ-)。

4. アメリカ合衆国における看護記録の法的位置づけ

調査方法は、ヒアリングおよび文献による検討を用いた。

1) ヒアリング調査

調査対象: ペンシルバニア州の看護大学教授2名および病院看護部長1名

調査内容: アメリカ合衆国における看護記録に関する法制度と運用上の実態

2) 文献検討

NCSBN(National Council of State Boards of Nursing)における看護記録に関する定義および、ペンシルバニア州およびオレゴン州の Nursing Practice Act や以下のキーワードによる文献レビューを行った。

[key words]

Professional Nursing Law ,
PA JCAHO ,
Medical Record ,
JCAHO Nursing documentation Standard ,
ANA Documentation ,
Standard ,
USA Midwifery standard ,
documentation

(倫理面への配慮)

本研究の協力は、自由意思のもとであり、調査対象となる施設および個人には、研究の趣旨、内容等を文書にて説明した。アンケート調査は無記名であり匿名性の確保をした。また、データは鍵のかかる場所に保管した。

なお、本研究の遂行にあたり、研究者の所属機関の倫理審査を受けた。

C. 研究結果

1. 看護記録の法的整備の現状

—関連資料の分析および看護職と法律家の意見収集から—

1) 現在の看護記録に関する法的位置づけ(表 I-1)

看護職の身分法である保健師助産師看護師法において、看護師、保健師、准看護師には看護記録に関する記載の義務は規定されていないが、助産師については助産録の記載および保存の義務が明記されている(保健師助産師看護師法第42条)。また、医師は医師法において診療記録を記載し、保存する義務が明記されている(医師法第24条)。

その他、医療法には診療に関する諸記録を具備することが規定されており、「医療法施行規則」における施設設置基準の規定では、診療に関する諸記録に「看護記録」が含まれているのは、地域医療支援病院と特定機能病院のみであり、その内容は規定されていない。看護記録の内容について言及しているのは、厚生省(現厚生労働省)からの通知である「基本診療料の施設基準等およびその届け出に関する手続きの取り扱い(平成12年)」に、設置基準として1看護単位ごとに(1)患者の記録(経過記録、看護計画)、(2)看護業務の計画に関する記録(看護業務の管理、看護業務の計画)、がなされる必要があると記載されているが、法律には規定されていない。

病院以外の看護職が業務を行っている場での看護記録の記載に関する規定は、訪問看護において、厚生労働省令「指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準」第65条に、指定訪問看護事業者による、①訪問看護計画、②訪問看護報告書、の作成と保管を義務づけている。介護保険関連施設(介護老人福祉施設、特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、介護療養型施設)においては、「指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準」「特別養護老人ホームの設備及び運営に関

する基準」に「介護老人保健施設の人員、設備及び運営に関する基準」「指定介護療養型医療施設の人員、設備及び運営に関する基準」において、提供したサービスの内容、苦情処理の内容、事故発生時の対応について記録しなければならないとされているが、諸記録の記載者については記されていない。

看護記録の基準については、1997年に医療法にインフォームド・コンセントが努力規程として明記されたこと、また、2003年には「診療情報の提供等に関する指針(厚生労働省, 2003)」が示されたことなどを背景に、2005年に日本看護協会から「看護記録および診療情報の取り扱いに関する指針(日本看護協会, 2005)」が出された。これは看護者の専門職として社会的責任を果たすために必要な、看護記録および診療情報記録の取り扱いに関する基本的な考え方を示すもので、看護記録については診療記録開示の目的に適う看護記録のあり方として、①看護記録の法的位置づけ、②看護記録の目的および意義、③看護記録の整備(看護記録の構成、記載基準の明文化、看護記録の記載範囲、看護記録の訂正、記録の保管)、の各基準が示されている。

2) 法整備をすすめるうえでの論点と課題

(ア)看護専門職としての義務に関する議論

看護専門職としてその実践を記録に残すことは当然であるという考えは下記3点である。①安全で質の高い看護ケアを提供すること、また、患者の知る権利や自己決定を尊重するために、看護専門職は実践した看護に責任を持ち、一連の過程を記録し、対象者の情報を開示し、適正な医療や看護サービスの提供に資することが当然の義務である。

②1990年代後半からインフォームド・コンセントや情報開示についての提言が相次ぎ、医療チームの一員として看護職の実践記録は、患者へ開示される情報の一つとして含まれるべき者であり、当然看護職は自らの実践の記録を記載する義務と責任がある。

表 I-1 看護記録等に記載に関する規定

法令・通知	条項	条文
保健師助産師看護師法 (昭和23年7月30日法律第203号) (最終改正:平成13年12月12日法律第153号)	第42条	(助産録の記載及び保存) 助産師が分べんの介助をしたときは、助産に関する事項を遅滞なく助産録に記載しなければならない。 (中略) 3第1項の規定による助産録の記載事項に関しては、厚生労働省令でこれを定める。
医療法 (昭和23年7月30日法律第205号) (最終改正:平成17年11月7日法律第123号)	第21条	病院は、厚生労働省令の定めるところにより、次に掲げる人員及び施設を有し、かつ、記録を備えて置かなければならない。 (中略) 九 診療に関する諸記録 (以下略)
	第22条	地域医療支援病院は、前条第一項(第九号を除く。)に定めるもののほか、厚生労働省令の定めるところにより、次に掲げる施設を有し、かつ、記録を備えて置かなければならない。 一 集中治療室、二 診療に関する諸記録、三 病院の管理及び運営に関する諸記録 (以下略)
	第22条の2	特定機能病院は、第二十一条第一項(第一号及び第九号を除く。)に定めるもののほか、厚生労働省令の定めるところにより、次に掲げる人員及び施設を有し、かつ、記録を備えて置かなければならない。 一 厚生労働省令で定める員数の医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の従業者、二 集中治療室、三 診療に関する諸記録、四 病院の管理及び運営に関する諸記録
医療法施行規則 (昭和23年11月5日厚生省令第50号) (最終改正:平成17年12月22日厚生労働省令第172号)	第20条	(病院の基準) 法第二十一条第一項第二号 から第六号 まで、第八号、第九号及び第十一号の規定による施設及び記録は、次の各号による。 (中略) 十 診療に関する諸記録は、過去二年間の病院日誌、各科診療日誌、処方せん、手術記録、検査所見記録、エックス線写真並びに入院患者及び外来患者の数を明らかにする帳簿とする。
	第21条の5	(地域医療支援病院の施設等の基準) 法第二十二条第一号 から第八号 までの規定による施設及び記録は、次のとおりとする。 (中略) 二 診療に関する諸記録は、過去二年間の病院日誌、各科診療日誌、処方せん、手術記録、看護記録、検査所見記録、エックス線写真、紹介状及び退院した患者に係る入院期間中の診療経過の要約とする。三 病院の管理及び運営に関する諸記録は、共同利用の実績、救急医療の提供の実績、地域の医療従事者の資質の向上を図るための研修の実績、閲覧実績並びに紹介患者に対する医療提供及び他の病院又は診療所に対する患者紹介の実績を明らかにする帳簿とする。
	第22条の3	(特定機能病院の施設等の基準) 法第二十二条の二第二号 から第四号 までの規定による施設及び記録は、次のとおりとする。 (中略) 二 診療に関する諸記録は、過去二年間の病院日誌、各科診療日誌、処方せん、手術記録、看護記録、検査所見記録、エックス線写真、紹介状及び退院した患者に係る入院期間中の診療経過の要約とする。三 病院の管理及び運営に関する諸記録は、過去二年間の従業者数を明らかにする帳簿、高度の医療の提供の実績、高度の医療技術の開発及び評価の実績、高度の医療の研修の実績、閲覧実績、紹介患者に対する医療提供の実績、入院患者、外来患者及び調剤の数並びに第九条の二十三第一項第一号及び第十一条各号に掲げる体制の確保の状況を明らかにする帳簿とする。
保険医療機関及び保険医療養担当規則 (昭和32年4月30日厚生省令第15号) (最終改正:平成18年3月14日厚生労働省令第32号)	第9条	(帳簿等の保存) 保険医療機関は、療養の給付の担当に関する帳簿及び書類その他の記録をその完結の日から三年間保存しなければならない。ただし、患者の診療録にあつては、その完結の日から五年間とする。
基本診療料の施設基準等及びその届け出に関する手続きの取扱いについて (平成12年3月17日保険発第29号老健発第51号)	-	入院基本料の届出を行った病棟においては、看護体制の1単位ごとに次に掲げる記録がなされている必要がある。ただし、その様式、名称等は各保険医療機関が適当とする方法で差し支えない。 1 患者の個人記録 (1)経過記録 個々の患者について観察した事項及び実施した看護の内容等を看護要員が記録するもの。 ただし、病状安定期においては診療録の温度表等の余白にその要点を記録する程度でもよい。 (2)看護計画に関する記録 個々の患者について、計画的に適切な看護を行うため、看護の目標、具体的な看護の方法等を記録するもの。 2 看護業務の計画に関する記録 (以下略)

表 I-1 看護記録等に記載に関する規定（つづき）

法令・通知	条項	条文
介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準 (平成11年3月31日厚生省令第40号) (最終改正:平成18年3月14日厚生労働省令第33号)	第9条の2	(サービスの提供の記録) 介護老人保健施設は、介護保健施設サービスを提供した際には、提供した具体的なサービスの内容等を記録しなければならない。
	第38条の2	(記録の整備) 介護老人保健施設は、入所者に対する介護保健施設サービスの提供に関する次の各号に掲げる記録を整備し、その完結の日から二年間保存しなければならない。 (中略) 三 第九条第二項に規定する提供した具体的なサービスの内容等の記録、 四 第十三条第五項に規定する身体的拘束等の態様及び時間、その際の入所者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由の記録、五 第二十二条に規定する市町村への通知に係る記録、六 第三十四条第二項に規定する苦情の内容等の記録、七 第三十六条第二項に規定する事故の状況及び事故に際して採った処置についての記録
特別養護老人ホームの設備及び運営に関する基準 (平成11年3月31日厚生省令第46号) (最終改正:平成18年3月14日厚生労働省令第38号)	第9条の2	(記録の整備) 特別養護老人ホームは、入所者の処遇の状況に関する次の各号に掲げる記録を整備し、その完結の日から二年間保存しなければならない。 (中略) 二 行った具体的な処遇の内容等の記録、三 第十五条第五項に規定する身体的拘束等の態様及び時間、その際の入所者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由の記録、四 第二十九条第二項に規定する苦情の内容等の記録、五 第三十一条第二項に規定する事故の状況及び事故に際して採った処置についての記録
	第8条の2	(サービスの提供の記録) 指定介護老人福祉施設は、指定介護福祉施設サービスを提供した際には、提供した具体的なサービスの内容等を記録しなければならない。
指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準 (平成11年3月31日厚生省令第39号) (最終改正:平成18年3月14日厚生労働省令第33号)	第37条の2	(記録の整備) 指定介護老人福祉施設は、入所者に対する指定介護福祉施設サービスの提供に関する次の各号に掲げる記録を整備し、その完結の日から二年間保存しなければならない。 (中略) 二 第八条第二項に規定する提供した具体的なサービスの内容等の記録、 三 第十一条第五項に規定する身体的拘束等の態様及び時間、その際の入所者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由の記録、四 第二十条に規定する市町村への通知に係る記録、五 第三十三条第二項に規定する苦情の内容等の記録、六 第三十五条第二項に規定する事故の状況及び事故に際して採った処置についての記録
	第30条の2	(記録の整備) 指定訪問看護事業者は、利用者に対する指定訪問看護等の提供に関する諸記録を整備し、その完結の日から二年間保存しなければならない。
指定訪問看護及び指定老人訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準 (平成12年3月31日厚生省令第80号) (最終改正:平成18年3月6日厚生労働省令第28号)	第19条の2	(サービスの提供の記録) 指定訪問介護事業者は、指定訪問介護を提供した際には、提供した具体的なサービスの内容等を記録するとともに、利用者からの申出があった場合には、文書の交付その他適切な方法により、その情報を利用者に対して提供しなければならない。
	第39条の2	(記録の整備) 指定訪問介護事業者は、利用者に対する指定訪問介護の提供に関する次の各号に掲げる記録を整備し、その完結の日から二年間保存しなければならない。 (中略) 二 第十九条第二項に規定する提供した具体的なサービスの内容等の記録、三 第二十六条に規定する市町村への通知に係る記録、四 第三十六条第二項に規定する苦情の内容等の記録、五 第三十七条第二項に規定する事故の状況及び事故に際して採った処置についての記録

③医療の機能分化と連携を促進するという医療提供体制の今日的課題を推進していくためには、連携の重要な役割を担う看護職の記録について、その作成を法的に位置づける必要がある。

以上のように当然専門職として記録する義務があるとする考えが多数であるが、診療録に看護記録が含まれているかどうかの実態を把握する必要性が確認された。

(イ)看護記録の法的証拠能力について

看護記録は裁判時の際には「証拠」として扱われ、法的証拠能力があると判断される。従って、訴訟等においては看護記録に不備があると、実施していないと判断される場合があり、証言として実施したと述べたとしても、記録がなければ責任を問われることがある。また、他の診療記録の記載内容との整合性が問われることもあり、看護記録は実施した内容を正確に適正に記載することが求められる。すなわち、法的証拠能力を有する看護記録を適正に記載するため、適正な記録とは何かその基準の整備と普及がどの程度進んでいるかについては明らかになっていない。

(ウ)看護記録として何を書くべきか、もしくは書い てはいけないものは何か

看護記録として何を書くべきかについての基

準は、診療報酬上の基本診療料設置基準に規定されているが、これは適応の範囲が限定されるため、これによって規制を受けない、外来や社会福祉施設等での看護記録の実態を把握する必要がある。日本看護協会の「看護記録および診療情報の取り扱いに関する指針」には、看護記録の構成要素として、基礎(個人)情報、看護計画、経過記録、看護サマリーが含まれるが、この基準には罰則規定はなくまた普及の程度も明らかでないため、基準活用の実態を把握する必要性が示された。

(エ)看護記録の教育について

看護記録が看護専門職として当然記載すべきものとするならば、基礎教育、継続教育にいてどのような教育訓練が実施されているか、教育上の課題は何か、何を教育すべきかについて実態把握の必要性が確認された。

(オ)諸外国における看護記録について

看護職労働力の国際移動が進んでいる中で、看護専門職の役割と責任や看護教育制度についてもグローバルスタンダードが必要になっている。わが国の看護記録の実態とともに、諸外国の看護記録の責任に関する実態と法的整備の状況を比較し、国際水準に適合した看護職の役割と責任を把握する必要性を確認した。

2. 医療施設および介護施設を対象とした看護記録の実態

調査票は、平成18年2月27日に発送し、3月26日までに682件の返送を受けた（回収率29.1%）。施設種別による回収率は表Ⅱ-1のとおりであった。これらすべてを有効回答とした。

表Ⅱ-1 調査対象施設と回収状況

	発送数	閉鎖等	回収数	回収率
有床診療所	376	3	81	21.7%
病院 200床未満	643	8	167	26.3%
病院 200床以上	691	5	220	32.1%
介護療養型医療施設	141	0	42	29.8%
重症心身障害児施設	88	0	33	37.5%
老人介護保健施設・老人介護福祉施設	282	0	80	28.4%
訪問看護ステーション	141	1	41	29.3%
無回答	-	-	18	-
総計	2362	17	682	29.1%

1) 調査対象における看護職員の配置状況

各調査対象施設別の看護職員配置状況は、表Ⅱ-2のとおりであった。

看護職員中の看護師比率（保健師・助産師を含む）は表Ⅱ-3のとおりであった。

2) 看護記録の種類別記載状況

【有床診療所における看護記録】

有床診療所において看護職員が業務（看護実践）において記載する記録物のうち、入院部門の記録について「記載あり」の回答が多かったものは、点滴・注射実施記録65件（80.2%）、その他の処置の記録64件（79.0%）、与薬（内服など）の実施記録63件（77.8%）、患者の基礎情報61件（75.3%）であった。一方で、看護計画、看護要約の記載は5割程度であった（図Ⅱ-1）。

外来部門の記録について「記載あり」の回答が多かったものは、点滴・注射実施記録42件（51.9%）、その他の処置の記録42件（51.9%）、患者の基礎情報42件（51.9%）

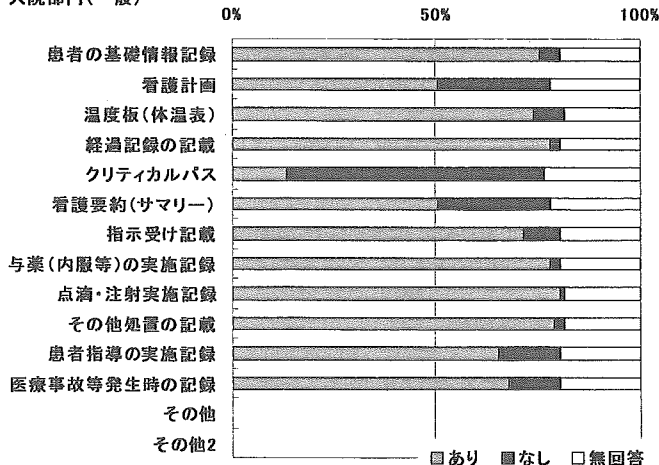
表Ⅱ-2 看護職員の配置数

	度数	最小値	最大値	平均値	標準偏差
有床診療所	81	1	41	9.4	6.8
病院200床未満	166	10	833	57.3	68.5
病院200床以上	212	39	935	198.8	139.7
介護療養型医療施設	39	6	144	44.1	33.7
重症心身障害児施設	33	13	124	48.8	29.1
老健・特養施設	80	2	69	9.0	8.4
訪問看護ステーション	41	2	23	6.0	4.3

表Ⅱ-3 看護師比率

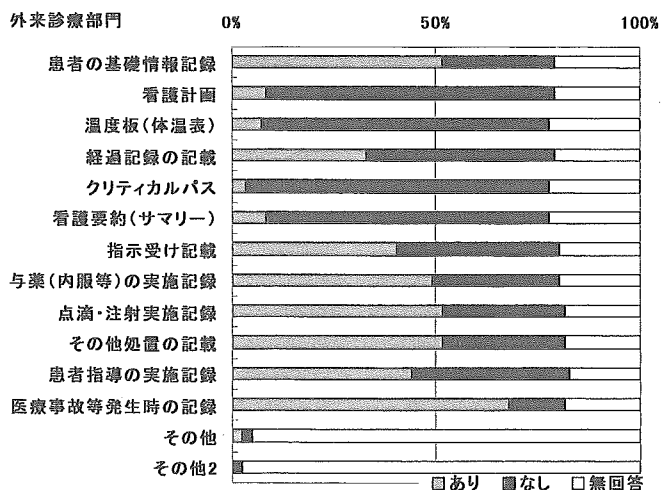
	20%未満	20-40%未満	40-70%未満	70%以上	無回答
有床診療所	19 (23.5)	20 (24.7)	25 (30.9)	17 (21.0)	0 (0.0)
病院200床未満	3 (1.8)	23 (13.8)	70 (41.9)	70 (41.9)	1 (0.6)
病院200床以上	0 (0.0)	13 (5.9)	58 (26.4)	141 (64.1)	8 (3.6)
介護療養型医療施設	0 (0.0)	18 (42.9)	18 (42.9)	3 (7.1)	3 (7.1)
重症心身障害児施設	0 (0.0)	2 (6.1)	10 (30.3)	21 (63.6)	0 (0.0)
老健・特養施設	16 (20.0)	25 (31.3)	24 (30.0)	15 (18.8)	1 (1.3)
訪問看護ステーション	-	-	-	-	-

入院部門（一般）



図Ⅱ-1 有床診療所「入院部門」記録実施状況

外来診療部門



図Ⅱ-2 有床診療所「外来部門」記録実施状況

であった（図Ⅱ-2）。

医療事故等発生時の記録について「記載あり」と回答したものは、入院部門、外来部門とも 55 件（67.9%）であった。

【病院における看護記録】

病院において看護職員が業務（看護実践）において記載する記録物のうち、入院部門（一般病棟）の記録について「記載あり」の回答が多かったものは、温度板（体温表）371 件（95.9%）、患者の基礎情報 370 件（95.6%）、看護計画 369 件（95.3%）であった。

施設により導入状況の異なるクリティカルパスを用いた記録をのぞき、それぞれの記録物の記載状況は、8 割以上であった。

外来診療部門の記録について「記載あり」の回答が多かったものは、医療事故等発生時の記録 320 件（82.7%）であったが、点滴・注射実施記録 229 件（59.2%）、その他の処置の実施記録 208 件（53.7%）、患者指導の実施記録 191 件（49.4%）であり、約半数は記録していない結果となった。

手術部門を有する施設 195 件中、手術部門の記録について「記載あり」の回答が多かったものは、医療事故等発生時の記録 195 件（100.0%）、その他の処置の記録 179 件（91.8%）、経過記録 174 件（89.2%）、点滴・注射実施記録 154 件（87.7%）であった。

透析室を有する施設 131 件中、透析室の記録について「記載あり」の回答が多かったものは、経過記録 85 件（64.9%）、体温表 77 件（58.8%）、点滴・注射実施記録 77 件（58.8%）、その他の処置の実施記録 77 件（58.8%）であった。

外来化学療法を有する施設 38 件中、外来化学療法室の記録について「記載あり」の回答が多かったものは、点滴・注射実施記録 38 件（100%）、医療事故等発生時の記録 38 件（100%）、経過記録 36 件（94.7%）であった。

放射線治療部門を有する施設 63 件中、放射線治療部門記録について「記載あり」の回答が多かったものは、医療事故発生時の記録 26 件

（41.3%）その他の処置の記録 25 件（39.7%）、経過記録 23 件（36.5%）であった。

その他の部門として、地域医療連携室、精神科デイケアセンター、内視鏡室などで看護記録が記載されていた。

看護記録の記載者は看護師等が 90%以上を占めていた。

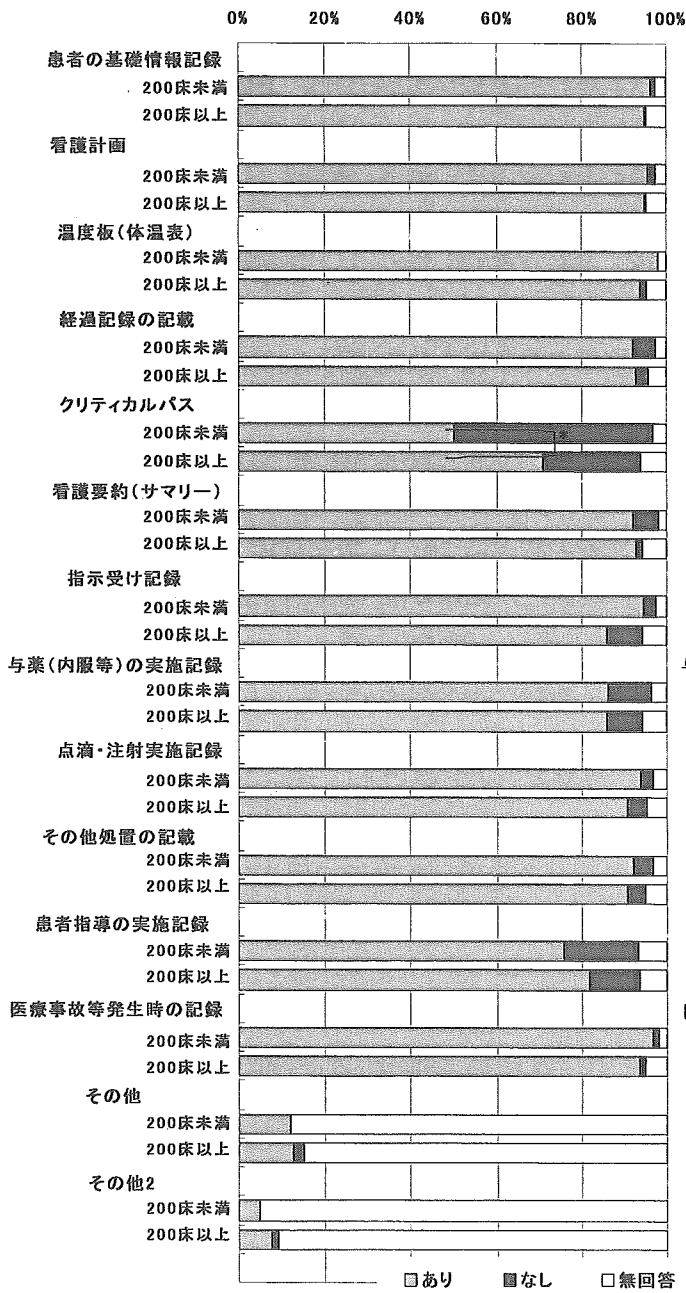
看護記録の記録者の署名/押印は、「あり」の回答が多かったが、入院部門の記録において温度板は、署名/押印が「ない」の回答割合が高く、126 件（32.6%）であった。

看護記録の電子化の状況は、入院部門の記録において、看護要約 74 件（19.1%）、看護計画 67 件（17.3%）、点滴・注射実施記録 60（15.5%）、温度板 57 件（14.7%）であった。

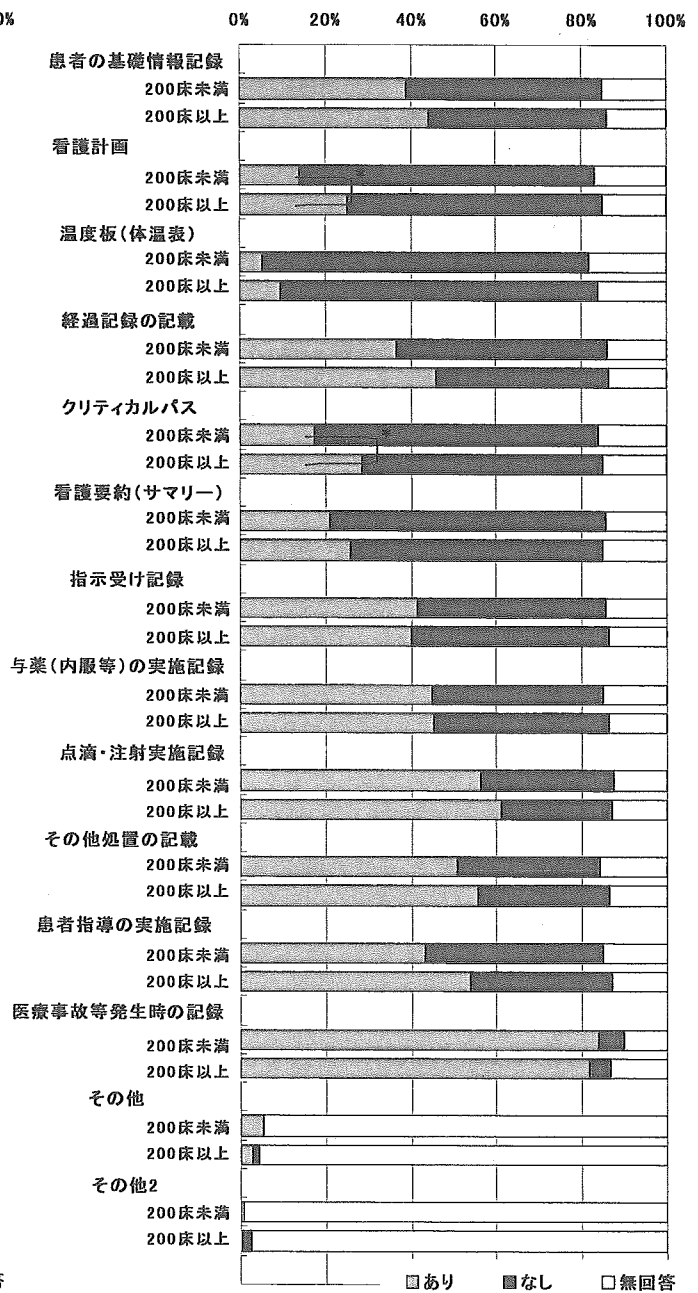
看護記録の状況について、病床規模で比較すると、入院部門の記録では、200 床未満病院に比べて 200 床以上病院の方がクリティカルパスを用いた記録の実施が高かった（ $p < 0.05$ ）（図Ⅱ-3）。

また、外来部門の記録においても、200 床以上の病院のほうが、看護計画の記録の実施、クリティカルパスを用いた記録の実施において高かった（ $p < 0.05$ ）（図Ⅱ-4）。

記録の電子化について、病院病床の規模で比較すると、入院部門の記録では、200 床未満病院に比べて 200 床以上病院の方が、電子化の割合が高かった（ $p < 0.05$ ）（図Ⅱ-5）。

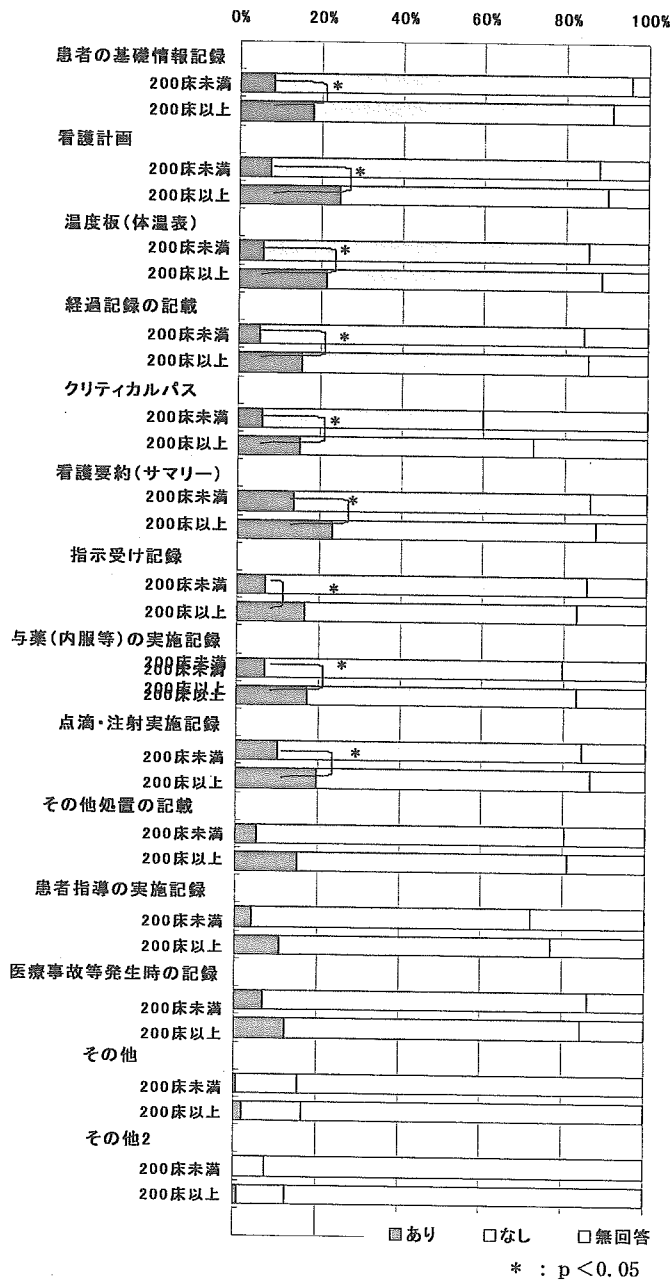


図Ⅱ-3 病院「入院部門(一般病棟)」の記録実施状況



* : p < 0.05

図Ⅱ-4 病院「外来部門」の記録実施状況

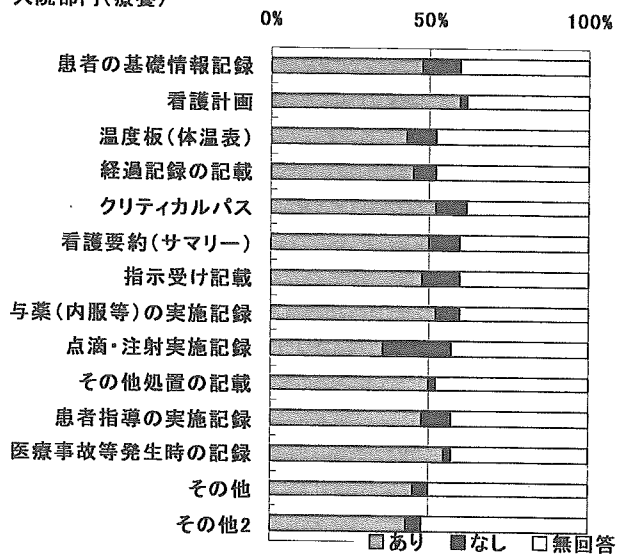


図II-5 病院における入院部門（一般病棟）の記録電子化の状況

【介護療養型医療施設における看護記録】

介護療養型医療施設において記載する記録物のうち、入院部門（療養病棟）の記録について「記載あり」の回答が多かったものは、看護計画 25 件 (59.5%)、医療事故等発生時の記録 23 件 (54.8%)、クリティカルパス 22 件 (52.4%)、与薬の実施記録 22 件 (52.4%) であった (図II-6)。

入院部門(療養)



図II-6 介護療養型医療施設「入所部門」記録実施状況

外来部門の記録について「記載あり」の回答が多かったものは、医療事故等発生時の記録 27 件 (64.3%)、点滴・注射実施記録 11 件 (26.2%)、指示受け記録 10 件 (23.8%)、その他の処置の記録 10 件 (23.8%) であった。

記録の記載者は、どの記録についても約半数が看護師等（管理者を除く）とする回答であったが、無回答が多かった。

同様に、記録の署名についても約半数が「ある」としていたが、無回答も多かった。

【重症心身障害児施設における看護記録】

重症心身障害児施設において記載する記録物のうち、入院部門（療養病棟）の記録について「記載あり」の回答が多かったものは、看護計画 32 件 (93.9%)、温度板 32 件 (93.9%)、医療事故等発生時の記録 32 件 (93.9%) であった (図II-7)。

記録の記載者は、ほとんどが看護師等（管理者を除く）であった。署名についても「ある」の回答が多かったが、温度板の署名は 16 件 (48.5%) であった。

【老人介護保健施設および老人介護福祉施設
(老健・特養施設)における看護記録】

老健・特養施設において記載する記録物のうち、入所部門の記録について「記載あり」の回答が多かったものは、医療事故等発生時の記録 80 件 (100%)、利用者の基本情報の記録 77 件 (96.3%)、看護要約 77 件 (96.3%) であり (図 II-8)、看護管理者も含みほとんどの記録物について主に看護師等が記載していた (図 II-9)。

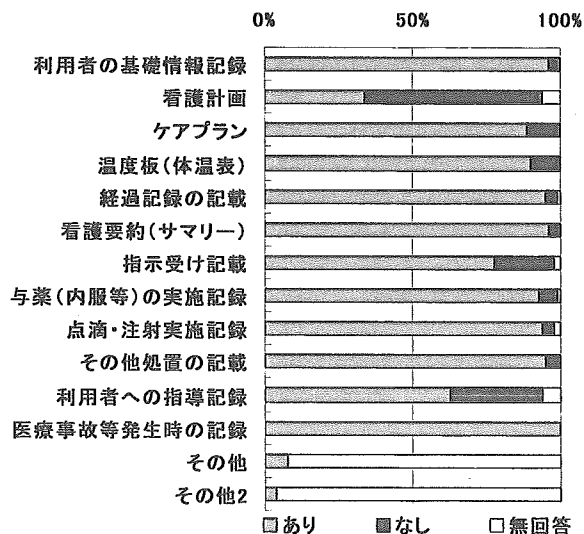


図 II-8 老健・特養施設「入所部門」記録実施状況

【訪問看護ステーションにおける看護記録】

訪問看護ステーションにおいて記載する記録物のうち、入所部門の記録について「記載あり」の回答が多かったものは、患者の基礎情報記録 41 件 (100%)、看護計画 39 件 (95.1%)、経過記録 38 件 (92.7%) であり、記載者は看護師であった (図 II-10)。

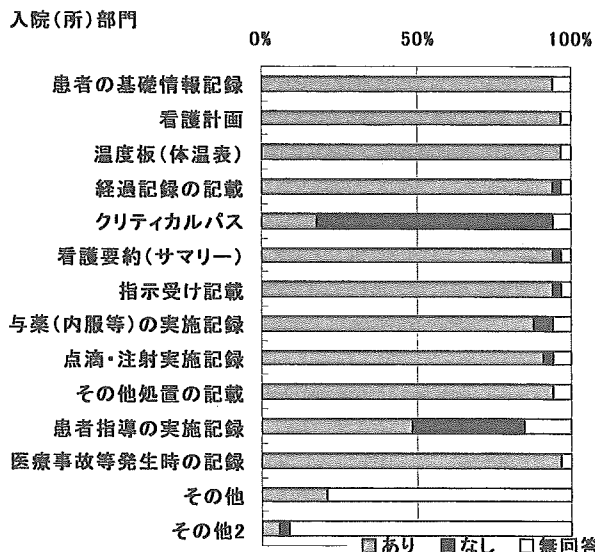


図 II-7 重症心身障害児施設「入所部門」記録実施状況

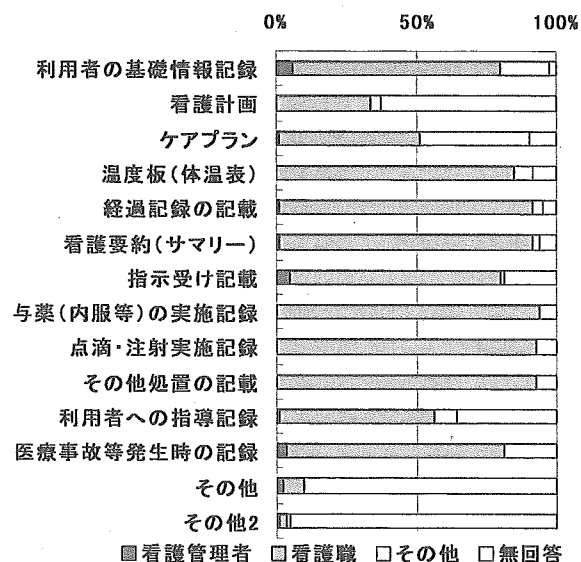


図 II-9 老健・特養施設「入所部門」記録記載者

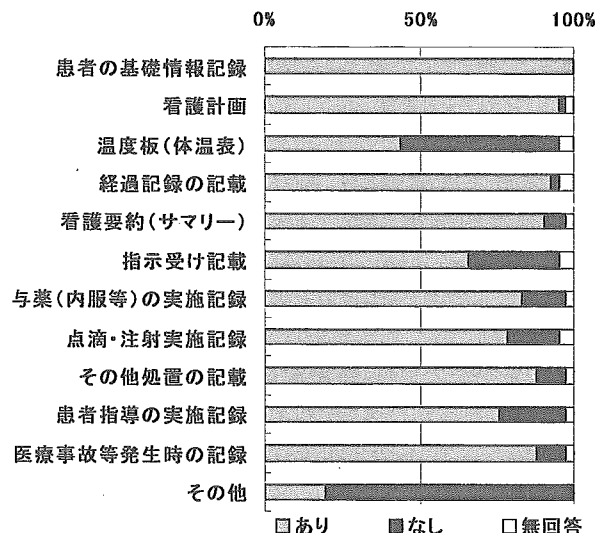


図 II-10 訪問看護ステーションの記録実施状況

3) 記録の取り扱い方

(ア)看護記録の保管方法

看護記録の保管方法は、「診療録（カルテ）と一体」が多かったが、「カルテと分離」は、有床診療所 17 件（21.0%）、病院 200 床未満 23 件（13.8%）、病院 200 床以上 20 件（9.2%）、介護療養型医療施設 3 件（7.1%）、重症心身重症心身障害児施設 11 件（33.3%）、老健・特養施設 27 件（33.3%）あった。

看護記録を「保管していない」と回答した施設はなかった（表Ⅱ-4）。

(イ)記録の保管責任者

診療録の保管責任者が「いる」の回答は、有床診療所 41 件（50.6%）、病院 200 床未満 100 件（59.9%）、病院 200 床以上 173 件（79.4%）、介護療養型医療施設 27 件（64.3%）、重症心身障害児施設 19 件（57.6%）、老健・特養施設 50 件（61.7%）であった

また、看護記録の保管責任者が「いる」の回答は、有床診療所 41 件（39.5%）、病院 200 床未満 100 件（59.9%）、病院 200 床以上 173 件（79.4%）、介護療養型医療施設 27 件（64.3%）、重症心身障害児施設 19 件（42.4%）、老健・特養施設 50 件（61.7%）であった（表Ⅱ-5）。

(ウ)記録の保管期間

外来診療記録の保管期間は、有床診療所、病院、介護療養型医療施設では、3 年から永久までで最頻値は、5 年であった。重症心身障害児施設では、5 年から永久までで最頻値は永久であった。老健・特養施設では、2 年から永久までで最頻値は、5 年であった。訪問看護ステーションでは、2 年から永久までで最頻値は、5 年であった（表Ⅱ-6）。

入院診療記録の保管期間は、有床診療所では、5 年から永久までで最頻値は、5 年であった。病院、介護療養型医療施設では、3 年から永久までで最頻値は、5 年であった。

重症心身障害児施設では、5 年から永久までで最頻値は永久であった。老健・特養施設では、

表Ⅱ-4 看護記録の保管方法 (%)

	カルテと一体	カルテと分離	保管していない	無回答	総数
有床診療所	60 (74.1)	17 (21.0)	0 (0.0)	4 (4.9)	81 (100.0)
病院200床未満	142 (85.0)	23 (13.8)	0 (0.0)	2 (1.2)	167 (100.0)
病院200床以上	198 (90.8)	20 (9.2)	0 (0.0)	0 (0.0)	218 (100.0)
介護療養型医療施設	39 (92.9)	3 (7.1)	0 (0.0)	0 (0.0)	42 (100.0)
重症心身障害児施設	22 (66.7)	11 (33.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	33 (100.0)
老健・特養施設	52 (64.2)	27 (33.3)	0 (0.0)	2 (2.5)	81 (100.0)
訪問看護ステーション	-	-	-	-	-

表Ⅱ-5 看護記録の保管責任者の有無 (%)

	いる	いない	無回答	総数
有床診療所	41 (50.6)	32 (39.5)	8 (9.9)	81 (100.0)
病院200床未満	100 (59.9)	55 (32.9)	12 (7.2)	167 (100.0)
病院200床以上	173 (79.4)	39 (17.9)	6 (2.8)	218 (100.0)
介護療養型医療施設	27 (64.3)	12 (28.6)	3 (7.1)	42 (100.0)
重症心身障害児施設	19 (57.6)	14 (42.4)	0 (0.0)	33 (100.0)
老健・特養施設	50 (61.7)	27 (33.3)	4 (4.9)	81 (100.0)
訪問看護ステーション	24 (58.5)	16 (39.0)	1 (2.4)	41 (100.0)

表Ⅱ-6 外来診療記録の保管期間

	2年	5年未満	5-10年未満	10年以上	永久	無回答
有床診療所	-	1 (1.2)	39 (48.1)	22 (27.2)	6 (7.4)	13 (16.0)
病院200床未満	-	4 (2.4)	91 (54.5)	27 (16.2)	15 (9.0)	30 (18.0)
病院200床以上	-	2 (0.9)	112 (50.9)	51 (23.2)	32 (14.5)	23 (10.5)
介護療養型医療施設	-	1 (2.4)	25 (59.5)	7 (16.7)	1 (2.4)	8 (19.0)
重症心身障害児施設	-	0 (0.0)	4 (12.1)	7 (21.2)	13 (39.4)	9 (27.3)
老健・特養施設	6 (7.5)	5 (6.3)	44 (55.0)	10 (12.5)	5 (6.3)	10 (12.5)
訪問看護ステーション	14 (34.1)	3 (7.3)	18 (43.9)	1 (2.4)	3 (7.3)	2 (4.9)

表Ⅱ-7 入院診療記録の保管期間

	2年	5年未満	5-10年未満	10年以上	永久	無回答
有床診療所	-	0 (0.0)	40 (49.4)	22 (27.2)	8 (9.9)	11 (13.6)
病院200床未満	-	4 (2.4)	106 (63.5)	33 (19.8)	17 (10.2)	7 (4.2)
病院200床以上	-	2 (0.9)	111 (50.5)	57 (25.9)	37 (16.8)	13 (5.9)
介護療養型医療施設	-	1 (2.4)	33 (78.6)	6 (14.3)	1 (2.4)	0 (0.0)
重症心身障害児施設	-	0 (0.0)	4 (12.1)	10 (30.3)	18 (54.5)	1 (3.0)
老健・特養施設	7 (8.8)	4 (5.0)	50 (62.5)	12 (15.0)	7 (8.8)	7 (8.8)
訪問看護ステーション	-	-	-	-	-	-

2 年から永久までで最頻値は、10 年であった（表Ⅱ-7）。

(エ)看護記録の記載基準

看護記録の記載基準が「ある」の回答は、有床診療所 44 件（54.3%）、病院 200 床未満 126 件（75.4%）、病院 200 床以上 211 件（96.8%）、介護療養型医療施設 33 件（78.6%）、重症心身障害児施設 27 件（81.8%）、老健・特養施設 42 件（51.9%）、訪問看護ステーション 26 件（63.4%）であった。

記録様式の指定は、8 割以上の施設が「ある」と回答していた。

署名方法の基準が「ある」の回答は、病院 200 床以上 209 件（95.9%）であったが、老健・特養施設では 48 件（59.3%）であった。

訂正方法の基準が「ある」の回答は、病院 200 床以上 211 件 (96.8%) であったが、老健・特養施設では 42 件 (51.9%) であった。

略語の基準が「ある」の回答は、病院 200 床以上で 186 件 (85.3%)、訪問看護ステーションでは 10 件 (24.4%) であった。

注意事項の基準が「ある」の回答は、病院 200 床以上で 208 件 (95.4%)、訪問看護ステーションでは 16 件 (39.0%) であった (表 II-8)。

(オ)看護記録の記載に要する時間

看護記録の記載に要する時間の最頻値は、病院 200 床以上では 60 分、その他の施設等では 30 分であった (表 II-9)。

(カ)看護記録に関する教育・研修

看護記録に関する教育・研修を「行っている」と回答したのは、有床診療所 34 件 (42.0%)、病院 200 床未満 120 件 (71.9%)、病院 200 床以上 205 件 (94.0%)、介護療養型医療施設 29 件 (69.0%)、重症心身障害児施設 24 件 (72.7%)、老健・特養施設 30 件 (37.0%)、訪問看護ステーション 23 件 (56.1%) であった。

教育・研修の対象は、「新採用者を対象」としているのは有床診療所 15 件 (18.5%)、病院 200 床未満 63 件 (37.7%)、病院 200 床以上 113 件 (51.8%)、介護療養型医療施設 12 件 (28.6%)、重症心身障害児施設 8 件 (24.2%)、老健・特養施設 23 件 (28.4%)、訪問看護ステーション 10 件 (24.4%) であり、「全職員を対象」としているのは、有床診療所 21 件 (25.9%)、

病院 200 床未満 61 件 (36.5%)、病院 200 床以上 86 件 (39.4%)、介護療養型医療施設 20 件 (47.6%)、重症心身障害児施設 14 件 (42.4%)、老健・特養施設 12 件 (14.8%)、訪問看護ステーション 14 件 (34.1%) であった (表 II-10)。

表 II-9 看護記録の記載に要する時間 (分)

	最頻値	平均値	SD	最小値	最大値
有床診療所 n=73	30	51.0	40.3	0	240
病院200床未満 n=142	30	57.9	47.0	1	480
病院200床以上 n=192	60	59.3	31.1	10	240
介護療養型医療施設 n=39	30	54.4	35.6	20	180
重症心身障害児施設 n=33	30	37.4	19.4	10	90
老健・特養施設 n=72	30	47.7	31.9	10	180
訪問看護ステーション n=39	30	37.4	26.1	5	120

表 II-10 看護記録に関する教育・研修の実施状況 (%)

	行っている	教育・研修の対象		
		新採用者	全職員	その他
有床診療所	34 (42.0)	15 (18.5)	21 (25.9)	2 (2.5)
病院200床未満	120 (71.9)	63 (37.7)	61 (36.5)	3 (1.8)
病院200床以上	205 (94.0)	113 (51.8)	86 (39.4)	4 (1.8)
介護療養型医療施設	29 (69.0)	12 (28.6)	20 (47.6)	2 (4.8)
重症心身障害児施設	24 (72.7)	8 (24.2)	14 (42.4)	3 (9.1)
老健・特養施設	30 (37.0)	23 (28.4)	12 (14.8)	3 (3.7)
訪問看護ステーション	23 (56.1)	10 (24.4)	14 (34.1)	1 (2.4)

(キ)看護学生の臨地実習における看護記録の記載

看護学生の臨地実習において実施したケアについて看護記録に記載していると回答した割合は、病院 200 床以上で最も多く 30.3% であった (表 II-11)。

表 II-11 看護学生のケアの実施記録の記載状況 (%)

	学生実習の受入	ケアの記録がある	学生本人が記載
有床診療所	11 (13.6)	8 (9.9)	5 (6.2)
病院200床未満	53 (31.7)	21 (12.6)	15 (9.0)
病院200床以上	173 (79.4)	66 (30.3)	35 (16.1)
介護療養型医療施設	9 (21.4)	5 (11.9)	4 (9.5)
重症心身障害児施設	21 (63.6)	4 (12.1)	2 (6.1)
老健・特養施設	34 (42.0)	7 (8.6)	9 (11.1)
訪問看護ステーション	32 (78.0)	6 (14.6)	4 (9.8)

表 II-8 看護記録に関する基準の整備状況 (%)

	基準がある	記録様式の指定	署名方法の基準	訂正方法の基準	略語の基準	注意事項の基準
有床診療所	44 (54.3)	65 (80.2)	55 (67.9)	49 (60.5)	21 (25.9)	34 (42.0)
病院200床未満	126 (75.4)	149 (89.2)	136 (81.4)	139 (83.2)	96 (57.5)	118 (70.7)
病院200床以上	211 (96.8)	215 (98.6)	209 (95.9)	211 (96.8)	186 (85.3)	208 (95.4)
介護療養型医療施設	33 (78.6)	39 (92.9)	35 (83.3)	35 (83.3)	24 (57.1)	28 (66.7)
重症心身障害児施設	27 (81.8)	31 (93.9)	28 (84.8)	30 (90.9)	20 (60.6)	22 (66.7)
老健・特養施設	42 (51.9)	69 (85.2)	48 (59.3)	42 (51.9)	25 (30.9)	33 (40.7)
訪問看護ステーション	26 (63.4)	37 (90.2)	26 (63.4)	27 (65.9)	10 (24.4)	16 (39.0)

(ク)看護記録の開示について

看護記録の開示について、「規定がある」と回答したのは、有床診療所 16 件 (19.8%)、病院 200 床未満 107 件 (64.1%)、病院 200 床以上 188 件 (86.2%)、介護療養型医療施設 21 件 (50.0%)、重症心身障害児施設 15 件 (45.5%)、老健・特養施設 27 件 (33.3%)、訪問看護ステーション 21 件 (51.2%) であった (表 II-12)。

(ケ)看護記録に関するガイドラインの認知

日本看護協会の「看護記録および診療情報の取り扱いに関する指針」について、「知っている」と回答したのは、有床診療所 36 件 (44.4%)、病院 200 床未満 144 件 (86.2%)、

看護記録に関する病院 200 床以上 208 件 (95.4%)、介護療養型医療施設 33 件 (78.6%)、重症心身障害児施設 28 件 (84.8%)、老健・特養施設 29 件 (35.8%)、訪問看護ステーション 34 件 (82.9%) であった (表 II-13)。

表 II-12 看護記録の開示に関する状況

	看護記録開示規定あり	開示要求あり	開示あり
有床診療所	16 (19.8)	8 (9.9)	10 (12.3)
病院200床未満	107 (64.1)	55 (32.9)	57 (34.1)
病院200床以上	188 (86.2)	137 (62.8)	133 (61.0)
介護療養型医療施設	21 (50.0)	7 (16.7)	8 (19.0)
重症心身障害児施設	15 (45.5)	8 (24.2)	11 (33.3)
老健・特養施設	27 (33.3)	16 (19.8)	25 (30.9)
訪問看護ステーション	21 (51.2)	6 (14.6)	5 (12.2)

表 II-13 記録に関する「指針」の認知状況 (%)

	指針を知っている	知らない	無回答	総数
有床診療所	36 (44.4)	39 (48.1)	6 (7.4)	81 (100.0)
病院200床未満	144 (86.2)	18 (10.8)	5 (3.0)	167 (100.0)
病院200床以上	208 (95.4)	10 (4.6)	(0.0)	218 (100.0)
介護療養型医療施設	33 (78.6)	6 (14.3)	3 (7.1)	42 (100.0)
重症心身障害児施設	28 (84.8)	5 (15.2)	(0.0)	33 (100.0)
老健・特養施設	29 (35.8)	43 (53.1)	9 (11.1)	81 (100.0)
訪問看護ステーション	34 (82.9)	7 (17.1)	(0.0)	41 (100.0)

3. 看護記録に関する教育の実態

1) 看護基礎教育に関する規定、基準等における「看護記録」に関する記載内容

看護基礎教育に関する規定、基準等における「看護記録」に関する記載内容は、非常に少なく(ア)～(エ)のとおりである。

(ア)看護師等養成所の運営に関する指導要領について(平成13年1月5日健政発第5号)

第七 実習施設に関する事項、4 看護師養成所

(2) 主たる実習施設は、実習施設のうち基礎看護学、成人看護学の実習を行う施設であり、次の条件を具備していること。

ア (略)、イ (略)、ウ (略)、エ看護に関する諸記録が適正に行われていること、オ (略)、カ (略)

(5) 在宅看護論の実習施設については、次の要件を満たしていること。

ア (略)、イ利用者ごとに訪問看護計画が立てられ、看護記録が整備されていること。

(イ)看護師等養成所の運営に関する手引き(平成13年1月5日看第1号)

第七 実習施設等に関する事項、9 指導要領第七-4

(2) 及び七-5 (2) にいう主たる実習施設の条件の詳細については、次の事項に配慮すること。

(4) 「看護に関する諸記録が適正に行われていること。」とは、次のことを意味すること。

ア 看護記録(患者の症状、観察事項等、患者の反応を中心とした看護の過程(計画、実施、実施後の評価)を記録したもの)が正確に作成されていること。

イ 各患者に対する医師の内容が正確に、且つ確実に記録されていること。

ウ 患者のケアに関するカンファレンスが行われ、記録が正確に作成されていること。

(ウ)看護記録および診療情報の取り扱いに関する指針 2005年(日本看護協会)

9 看護記録及び診療情報の取り扱いに関する基礎教育のあり方

9-1 看護記録及び診療情報の取り扱いに関する基礎教育の基本

9-2 臨地実習前の準備

9-2-1 臨地実習前の教育

9-2-2 臨地実習に関するインフォームドコンセント

9-2-3 看護学生による看護行為の違法性阻却証明

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

9-3-2 実習記録の取り扱い

9-3-3 看護学生による看護記録の記載

9-4 実習記録の開示への対応

9-5 実習記録の取り扱いに関する規定の整備

(エ)保健師・助産師・看護師国家試験出題基準(平成15年版)

【基礎看護学】

目標2: 基本的看護技術についての理解を問う。

大項目: 1. 共通基本技術

中項目: G. 記録・報告

小項目: a) 記録・報告の目的、

b) 記録の種類(P.O.S、フォーカスチャータイングを含む)

c) 記録・報告の条件(情報開示を含む)

「看護師等養成所の運営に関する指導要領」や「看護師等養成所の運営に関する手引き」における「看護記録」に関する記載は、実習施設の条件のみである。

「看護記録および診療情報の取り扱いに関する指針」(日本看護協会, 2005)は、取り扱いについての基礎教育の基本の記載があり、国家試験出題基準(平成15年版)では、「基礎看護学」において、基本的な事項の記載があった。

2) 看護記録に関するテキスト内容の分析

(ア) 看護師課程テキストの分析対象

検索対象としたのは、7社が出版しているテキストで、計191冊であった。

内訳は、基礎分野2冊、専門基礎分野44冊、専門分野145冊で、専門分野を領域別でみると、基礎看護学(看護管理・看護研究・看護制度を含む)35冊、老年看護学9冊、成人看護学67冊、在宅看護学6冊、精神看護学8冊、母性看護学13冊、小児看護学7冊であった。

基礎分野と専門基礎分野は、「情報科学、医療学総論、関係法規、社会福祉、公衆衛生、総合医療論、保健医療論、総合保健医療論、医学概論、医療安全論、精神保健福祉論、人間関係論、総合人間概論、健康科学概論」で、専門分野は、「看護学概論、基礎看護技術、臨床看護総論、成人看護学総(概)論、成人看護学各論、在宅看護論、臨床外科看護総論、救急看護学、看護管理、看護研究、看護制度、ターミナルケア、精神看護学、老年看護学、リハビリテーション看護、小児看護学、母性看護学」であった。うち分析対象として有効であったのは37冊であった。基礎分野は情報科学2冊、専門基礎分野は計5冊で、内訳は、関係法規2冊、総合保健医療論2冊、公衆衛生学1冊であった。専門分野は計30冊で、基礎看護学17冊(基礎看護技術10冊、看護学概論4冊、看護管理3冊)、成人看護学5冊、在宅看護学2冊、精神看護学2冊、母性看護学2冊、老年看護学1冊、小児看護学1冊、であった。記載内容は1/6頁～19頁と、内容量に差があった(表Ⅲ-1)。

最も記載量が多いのは、基礎看護技術であった。出版年は、1997年～2005年で、2005年出版(改訂)は、情報科学1冊、関係法規2冊、基礎看護技術3冊、成人看護概論1冊であった。版は初版～37版で、37版は関係法規で、1968年に出版され、2005年に最新版となっていた。

(イ)「看護記録」の定義について記載の有無

「看護記録とは何か」について記載されていた内容を看護の定義とし、抽出した結果、記載されていたのは37冊中7冊で、記載量が多いテキストであっても、看護記録の定義がないものがあつた(表Ⅲ-2)。

定義の内容は、日本看護協会の看護業務基準や、厚生省の監修書物(厚生省健康政策局看護課監修,1984)を引用し、看護実践の一連の過程の記録や看護過程実行の証明であるとするものや、看護師の責任で記載する公的な患者自身の記録、個々の患者を看護するために必要な情報と看護経過を記録、専門知識と技術で行う看護計画および実践の記録、ケア提供後の結果の記録、などがあつた。

表Ⅲ-1. 看護記録に関する記載ページ数

分野	版	出版年	記載量(頁数・行数)	分野	版	出版年	記載量(頁数・行数)
1. 情報科学	2	2005	7頁	7. 看護管理	2	2002	5頁
	4	2004	3頁		1	2002	2.5頁、1.5頁
2. 関係法規	37	2005	1頁		7	2002	5頁
	14	2005	1/2頁	8. 老人看護学	1	2003	5行
3. 公衆衛生	11	2004	6行	9. 成人看護学概論	1	2005	1/5頁
4. 総合保健医療論	1	2003	5頁と4頁	10. 成人看護学各論	8	2002	2頁
	2	2002	1/3頁		2	2002	2.5頁
5. 基礎看護技術	2	1998	1/4頁、1頁、5頁		3	2002	9頁
	6	2005	14頁		1	2004	5行
	2	2002	15.5頁	11. 在宅看護論	1	1997	2頁
	13	2002	9頁	1	1999	4.5頁	
	1	2003	19頁	12. 精神看護学	2	2001	4頁
	1	2003	8.5頁	2	2004	4行、2行	
	5	2003	約14頁	13. 母性看護学	2	2002	3行、9行
	1	2004	2頁		3	2004	2/3頁
6. 看護学概論	2	2005	7頁	14. 小児看護学	3	2003	5行
	3	2005	3頁				
	13	2004	2頁				
	1	2003	1頁				
	3	2003	5頁				
	1	2004	2頁				

表Ⅲ-2. テキストにおける看護記録の定義

	出版年	見出し	記載内容
基礎看護技術	2003	「看護記録」	看護記録とは看護師の責任で記載する公的な患者自身の記録である。(後略)。
基礎看護技術	2005	「種類」	看護に関する記録には、個々の患者について書かれる記録と、日報や月報などの用に看護単位ごとに総括的に書かれる記録がある。前者は個々の患者を看護するために必要な情報(観察を含む)で看護経過を記録したもので、これを看護記録nurse's record といっている。
基礎看護技術	2003	「看護記録の目的と意義」	看護職者の役割は、「看護ケアの計画の立案、実践、評価に責任を持ち、質が保証できるケアを行うことである」とされており、看護記録はこれらの看護過程を実行したことを証明するものである(厚生省看護課、1984)。すなわち、看護職者は、看護のプロセスにおける患者の状態、看護職者の判断、及び提供した看護実践を記録することで、自分が行った看護介入の結果を評価し、専門職として看護の質の維持、向上を図ることを可能とすることができるのである。
基礎看護技術	1998	「正確な記録」	看護記録は、看護婦の専門的知識と技術で行う看護計画及び実践の記録であり、(後略)。
看護学概論	2003	「患者記録の目的」	患者記録は保健医療チームが記述・活用する患者のヘルスケア情報の系統的記録である。看護記録は、看護師の書く患者記録であり、個々の患者とその看護について記録すること、また記録したものをいう。
総合保健医療論	2004	「看護記録とは何か、看護記録の種類」	看護師は、看護ケアを提供し、その行ったケアによってどのような結果を生み出したかについて記録する必要があります。その記録のことを看護記録と呼び、看護は記録することによってその業務を行ったという証明をすることができるのです。
情報科学	2005	「看護記録とは」	記録は、①法的なもの(医療法、保健師助産師看護師法など)、②診療報酬に関するもの、③日本看護協会の基準として示されたものに大別できます。このうち日本看護協会では、看護記録について、1995年に「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。(後略)。

表Ⅲ-3: 看護師学校養成所向けテキスト記載内容一覧(記載のあったテキスト冊数) n=37

	情報科学 n=2	関係法規 n=2	公衆衛生 n=1	総合保健 n=2	基礎看護学 n=14		看護管理 学 n=3	老年看護 学 n=1	成人看護 学 n=5	在宅看護 学 n=2	精神看護 学 n=2	母性看護 学 n=2	小児看護 学 n=1	計
					技術 n=10	概論 n=4								
目的	2			1	5	1			1		2			12
意義	1			2	6		1		3	1	2			16
種類	1	1		1	7	1	2		1	1	2	1		18
記録様式	2			1	8	1	1		1					14
記録内容	1			1	7	1			2				1	13
記録方法	1			1	8				1			1		12
記載例			1		8				1	2	2			14
留意事項					7	1	1		1	1				11
記録の機能	1			1	3		2							7
記録管理	1	1		1	5		1							9
記録活用					2			1	1		1			5
電子化	1			1	5	1	2							10
ガイドライン				1	3	1								5
情報保護	1		1	1	1		2							6
法的意義	2	1		1	4	1						1		10
情報開示	2		1	1	3		1							8