

(ウ)看護記録に関する見出し項目からの検討

抽出されたテキストで記載量が多い基礎看護学を中心としたテキスト及びその他看護記録に関連する文献の記載内容から、見出し項目を抽出し、各テキストの記載の有無を調査した。記載内容の調査項目は、「記録の目的、記録の意義、記録の種類、記録の要素、記録の様式、記録の内容、記載方法、記載例、記載上の注意、記録の機能、記録の管理、記録の活用、電子化、看護記録に関するガイドライン、個人情報保護、法的意義、情報開示」で、調査結果は表Ⅲ-3のとおりである。

看護記録について広い範囲で記載されていたのは、情報科学や総合保健医療、基礎看護技術のテキストであった。

看護記録の記載内容で多かった項目は、記録の種類(18冊)、意義(16冊)であった。法的意義は10冊で、記録活用(5冊)や、ガイドライン(5冊)、情報保護(6冊)、情報開示(8冊)、記録の機能(7冊)、記録管理(9冊)に関する記載は10冊以下であった。

(エ)看護記録に関する内容の構造化

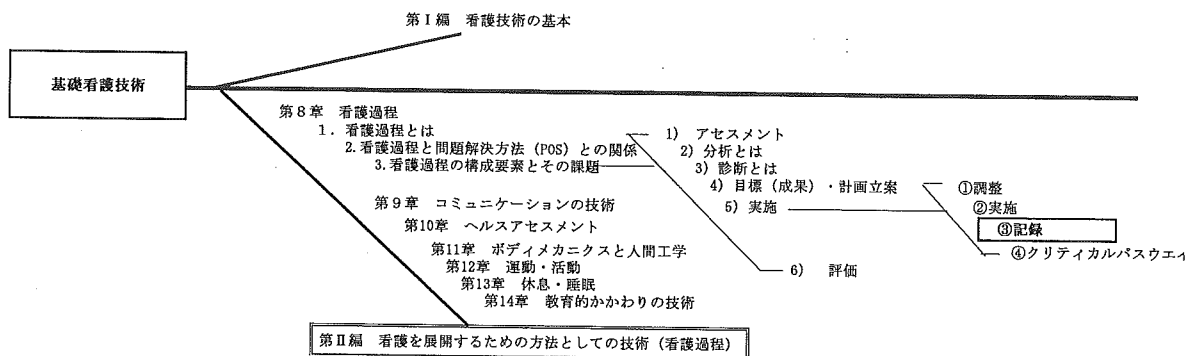
テキスト全体における看護記録に関する記載の位置づけは資料のとおり、フィッシュボーン図で表した。図中では、看護記録の内容が記載されていた項目を太字と枠で表示している。またその項目の上位段階である大項目を二重線枠で囲んでいる。

基礎科目の情報科学2冊は、「看護と情報システム」の中に「看護記録」、「診療記録と看護記録の統合」や、「看護と情報に関する倫理」の「医療情報をめぐる倫理的問題」の中に「診療録・看護記録と倫理」で記載があった。

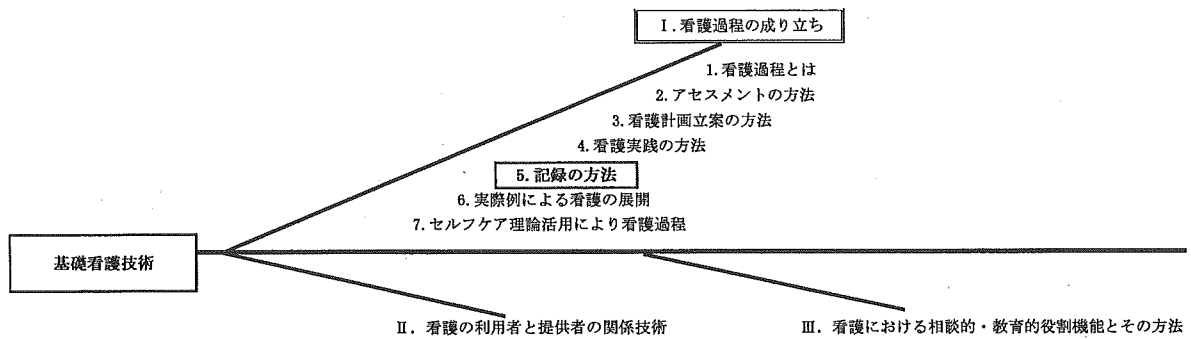
専門基礎科目の関係法規2冊では、「医療法」の中に「診療に関する諸記録など」や、「保健師助産師看護師法」の中の「助産師の業務」で記載があった。公衆衛生は、「公衆衛生と国際化」の「情報公開と生命倫理」の「診療情報の提供」で記載されていた。総合保健医療2冊のうち1冊は、「医療倫理」の中の「情報開示と個人情報保護、看護記録」や、「看護業務とは」の中の「看護記録と標準化の理由」で記載されていた。他の1冊は、「インフォームド・コンセントと医療情報の開示」の「ふえつづける医療訴訟」で記載があった。

専門科目の基礎看護学で、基礎看護技術10冊のうち7冊は、大項目が「看護過程の成り立ち」や「看護を展開するための方法としての技術(看護過程)」、「看護の方法」、「基礎看護技術を総合して行う看護行為」、「看護実践の場と共通基本技術」などで、見出し項目は、「看護過程」の項に記載されていたり、同じ章の別項に記載されていた(例:図Ⅲ-1、図Ⅲ-2)。

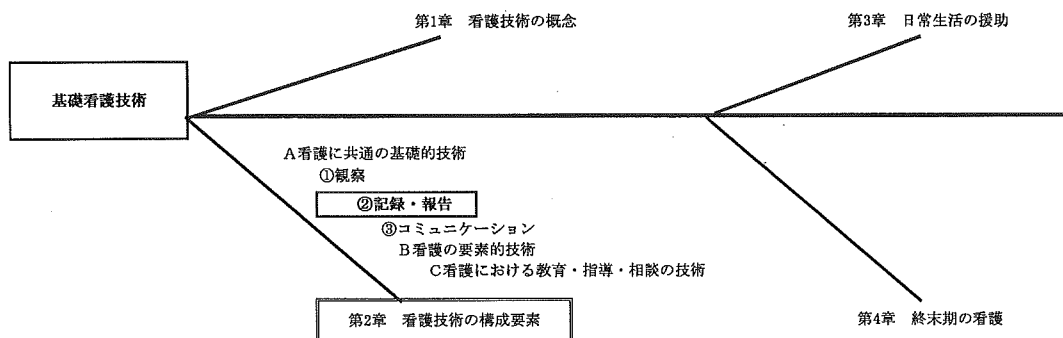
3冊は「様々な看護活動に共通する看護技術」や、「看護に共通の基礎的技術」、「その他の技術」で、「情報の伝達と共有化;看護記録と報告」や、「記録・報告」という見出しで記載されていた(例:図Ⅲ-3、図Ⅲ-4)。



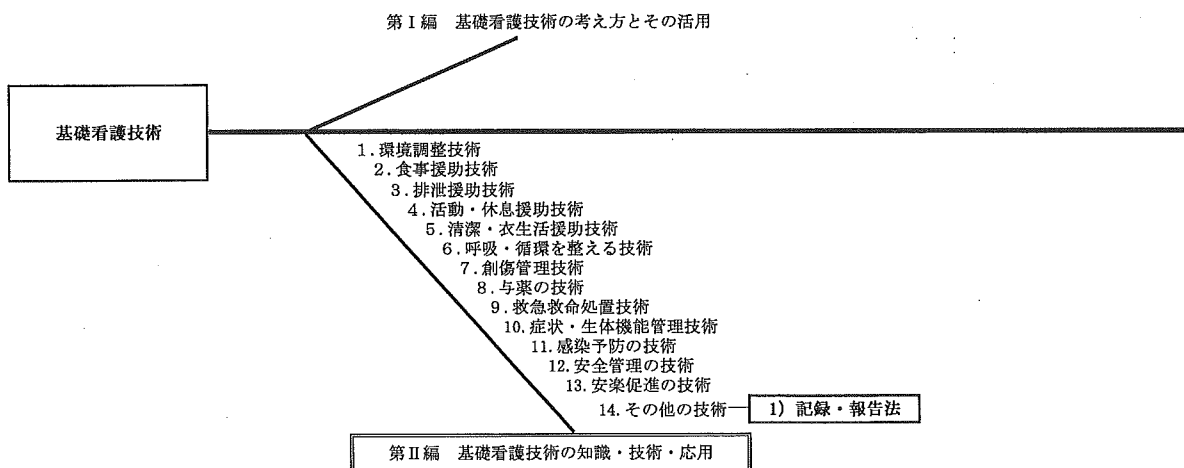
図Ⅲ-1. 基礎看護技術①



図Ⅲ-2. 基礎看護技術③



図Ⅲ-3. 基礎看護技術②



図Ⅲ-4. 基礎看護技術④

看護学概論 4 冊の内容は、「保健医療福祉チームの活動の仲介と調整」の中の「連絡・報告・記録」中や、「看護過程の各段階の持つ意味」の「実施」、「看護活動」の「記録」、で記載されていた。また、1 冊に 2 ヶ所の記載があり、「看護実践のための基準」の「ガイドライン」と、「看護実践の職業的及び法的規則」の「看護記録の位置づけ」で記載されていた。

看護管理 3 冊中 2 冊は 2 ヶ所の記載があり、「看護ケアの管理」の「看護実践評価—看護記録の評価」と「看護単位の組織運営」の「記録の管理」で記載や、「病棟における管理」の「情報の伝達と共有」と、「看護管理の今日的課題」の「IT 導入による医療の質と効率の向上」であった。他は、「ケアのマネジメント」の「情報」に記載があった。

老年看護学 1 冊は、「高齢者の看護過程」の「アセスメント（情報の収集、分析・解釈）」にあった。

成人看護学 5 冊のうち、成人看護学概論では「看護過程のステップ 4」の「実施」に、臨床外科看護では「医療事故と過失」の「記録の重要性」と、「手術後期の看護」の「看護記録と引き継ぎ」に、救急看護学では、「救急患者の観察と把握」の「記録」に、リハビリテーション看護では、「チームケアの基本的プロセス：情報収集から評価まで」の「情報収集・評価とチームの連携」に記載があった。

在宅看護学 2 冊は、「在宅看護過程」の「記録方法」に、「個人・家族への指導方法」の「家庭訪問」にあった。

精神看護学 2 冊は、「支え手を支える手段と形態」の「看護状況の記録と伝達」に、「外来看護・訪問看護」の「外来看護」にあった。

母性看護学 2 冊は、「分娩後の処置」の「分娩記録」に、「分娩第 1 期の看護の要点」の「観察と記録」にあった。

小児看護学 1 冊は、「小児病棟における看護」の「看護記録と看護職員」に記載があった。

(オ) 看護記録に関する内容の分析

看護記録に関する記載量や記載冊数が多かった基礎看護技術 10 冊について記載内容を項目ごとに抽出した。

記録の目的では、表Ⅲ-4 のとおり、保健医療福祉チームの連携、専門職としての看護の質の維持・向上、法的証拠書類、看護の継続という内容が見られた。

記録の種類・構成要素等では、表Ⅲ-5 のとおり、基礎情報・看護計画、経過記録、問題リスト、看護要約といった分類が、名称は、「基本的要素」や「構成要素」、「記録様式」、「記録方式」と分類名が統一されていなかったり、分類内容や用語も様々であった。

法的意義・位置づけについては、表Ⅲ-6 のとおり、保健師助産師看護師法や医療法施行規則、診療報酬の算定要件、厚生労働省の通知文書から看護記録記載の法的根拠を述べたり、医療法、検討会報告書、日本看護協会のガイドラインから情報提供の推進について記述されていた。中には、看護職者として、記録の記載・開示に責任を持って対処するために、さらなる法的整備の必要性を記述しているテキストもみられた。

診療記録を医師の書く記録（カルテ）とし、看護記録と分けて説明しているテキストや、診療録をカルテ・診療記録・病歴と同意語として使用し、この診療録と看護記録や体温表、諸検査記録などを含んで医療記録とするテキストがあった。また、診療録や手術記録、麻酔記録、各種検査記録、検査成績表、エックス線写真、助産録、看護記録、その他、診療の過程で患者の身体状況、病状等について作成、記録された書面、画像等を「診療記録等」と定義している日本医師会の「診療情報の提供に関する指針」を引用しているテキストもあった。

表Ⅲ-4. テキストにおける記録の目的や意義の記述

() は発行年、下線は項目

A (1998)	B (2002)	C (2002)	D (2003)	E (2003)
<p><u>記録の必要性</u> 1. 看護の継続 2. 情報の共有 3. 看護の質の管理 4. 法的証拠書類</p>	<p><u>看護記録の機能</u> (中略) 事実の記録だけでなく、行われた看護行為の根拠として、ケアを必要とした問題や関連因子、それに基づいた看護計画が記録に残されることが重要になるであろう。その他、看護記録には次のような役割も担う。 (1) 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。 (2) ケアの評価やケアの向上開発の貴重な資料となる (3) 医療事故や医療訴訟の際の法的資料となる。</p>	<p><u>記録の重要性一何のための情報の共有か</u> 看護の実践は、正しい記録によって支えられているといえる。 正しい記録とは、看護する上でどのような条件をもった患者であるかを大づかみにとらえることができ、基本線としてどのような方向で看護を必要としているかを示しているものといえよう。</p>	<p><u>看護記録</u> 保健医療福祉チームの連携をはかるための要ともなる記録には、医師の記載する診療録、体温表、諸検査の記録などがあり、その一つに看護記録がある。</p>	<p><u>看護記録の目的と意義</u> 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、向上を図ることが可能とすることができる。(後略)。</p>
F (2003)	G (2004)	H (2005)	I (2005)	J (2005)
<p><u>看護における記録の目的と重要性</u> (中略) 看護の機能からその目的や重要性について考えると次のことがいえる。 (1) 看護実践のための資料とする (2) 個々の患者に対する看護過程の展開を実証する (3) 医療従事者間のコミュニケーションの手段である (4) 教育・研究上の資料となる (5) 法律上の諸問題に対する証拠書類となる</p>	<p><u>看護記録の作成と管理</u> 看護記録は、看護ケアの実践と評価に不可欠なものであり、特に看護のチームメンバー間のコミュニケーション手段として意義をもつ。(後略)。</p>	<p><u>目的</u> ①一貫した看護を提供するために看護者間で情報を共有する。 ②アセスメントや計画、実施した看護の評価を行うための資料とする。 ③医療に役立つ情報を他の医療職者に提供する。 ④施設の管理・運営上の資料とする。 ⑤教育・研究の資料とする。 ⑥法的な証拠とする、等の目的がある。</p>	<p><u>記録</u> (中略)。この記載は、他者とのコミュニケーションの道具として用いられるだけではなく、ケアの継続をスムーズにさせる。さらに、自分のケアの内容やその援助による患者の反応を記載することで、看護の責任が明確になる。</p>	<p><u>意義</u> (中略)。ナースや関係者に伝え、対象をより理解し、より適切な看護へ発展させるために、書き記すことであり、書き記したものである。また、看護する上に欠かすことのできない情報の蓄積や伝達行為である。 <u>目的</u> (1) 看護行為を実施するための資料とする。 (2) 看護行為の結果を評価するための資料とする。 (3) 医師を始め、保健医療関係者に診断・治療あるいは相談などをするための資料を提供する。 (4) 管理・運営上の資料を提供する。 (5) 教育や研究の資料とする。 (6) 法律上の証拠とする。</p>

表Ⅲ-5. テキストにおける記録様式・構成要素に関する記述 () は発行年、下線は項目

A (2002)	B (2002)	C (2003)
<p><u>主な看護記録方式と種類</u> 基本的に看護記録には、患者の背景、既往歴、現病歴などを含む基礎情報（データベース）、看護計画、経過記録の3種類がある。新しい記録方式としては、問題リスト、看護要約（サマリー）が追加される場合も多い。記録方式は様々である。なかでも経過記録には、大きく分けると文章で書く叙述式経過記録と図表式経過記録（フローシート）がある。叙述式記録にはさらに、1) 伝統的な経時的記録方式、2) 問題志向型システム(POS)、3) フォーカスチャーティングなどがある。</p>	<p><u>記録の種類</u> 診療記録 看護記録 個人記録、看護日誌、看護過程記録 体温表 医師指示票 その他 検査成績表、食事表、手術記録など</p>	<p><u>看護記録の基本的要素</u> 看護記録の基本的要素は「基礎（個人）情報」「看護計画」「経過記録」の3つである。 <u>看護記録の基本的要素</u> 看護記録の様式には問題思考型看護記録（PONR）、経時的叙述的記録、フォーカスチャーティングなどの種類があるが、この中でも問題志向型看護記録が多くの臨床現場で用いられている。 1) 問題志向型看護記録 (1) POS（問題志向型システム）とは (2) 記録の内容 ①基礎（個人）情報 ②看護問題（看護診断） ③看護計画 ④経過記録 叙述的記録 フローシート ⑤看護サマリー 2) 経時的叙述的看護記録 3) フォーカスチャーティング</p>
D (2003)	E (2003)	F (2003)
<p><u>看護記録の様式—POSにおけるPONR</u> 現在、看護記録にPOSによる記録方法を導入している施設が多い。 PONRの構成要素 看護基礎情報（看護データベース）、看護診断リスト（看護問題リスト）、看護計画、看護経過記録、看護要約（看護サマリー）</p>	<p><u>a 記録システム</u> 援助の要件によって選択される記録システムによって、記録様式も異なってくる (1) 叙述型記録 (2) POS (3) フォーカスチャーティング (4) 電子情報化診療記録 <u>b 記録様式</u> (1) 個人（記録）表 (2) 経過記録 ①経過記録 ②温度表（体温表） ③フローシート（経過一覧表） (3) 看護計画記録 その他の記録 ①看護要約 ②プロセスレコード ③分娩経過記録 ④手術経過記録 ⑤その他 ケアシート</p>	<p><u>看護記録の種類</u> ①POS ②フォーカスチャーティング ③経時的経過記録</p>
G (2005)	H (2005)	I (2005)
<p><u>種類</u> ①フローシート ②看護経過記録 a. 経時的看護記録 b. 問題志向型経過記録 c. フォーカスチャーティング ③看護過程記録 ④看護要約（サマリー） a. 退院時サマリー b. 転院サマリー c. 転棟・転科サマリー d. 中間サマリー ⑤データベース</p>	<p><u>記録</u> （中略）この記録に用いられているのがSOAP式やSOAPIE式の記述様式である。また、最近、ICUや外来、透析や手術室などで導入されているフォーカスチャーティングがある。</p>	<p><u>看護記録</u> 一般に用いられている看護記録用紙は、内容によって1号紙と2号紙に分けられている。1号紙は患者の背景や入院までの状況、（中略）、2号紙はナースが患者を実際に看護するようになってからの観察事項を含めた看護経過記録である。 <u>POSによる記録</u> POSの構成内容 第1段階 POMRの作成 (1) 基礎データ (2) 問題リスト (3) 初期計画 (4) 経過記録 (5) 要約書 <u>電子カルテ</u> <u>その他の方法による記録</u> (1) フォーカスチャーティング (2) フローシート (3) クリニカルパス 体温表</p>

表Ⅲ-6. テキストにおける法的意義・位置づけ

A (2002)	B (2003)
<p>看護記録の法的位置づけ 我が国の看護職者が行う記録については、助産婦が記載する助産録が、「保健師助産師看護師法(昭和23年、最終改正平成11年)」で義務づけられている。しかし、その他の看護職者が記載する記録に関しては「医療法施行規則(昭和23年、最終改正平成12年)」第21条の5第二、第22条の3第二号に次のように明記された。(中略)従って、看護記録は診療情報の1つなのである。</p> <p>医療における情報提供の推進 「医師、歯科医師、薬剤師、看護婦その他の医療の担い手は、医療を提供するに当たり、適切な説明を行い、医療を受ける者の理解を得よう努めなければならない(医療法第一条の4第二号)」。(中略)。以上のように看護記録は診療情報の一部であることは明らかである。1999年、日本看護協会は記録の開示を患者の自己決定権を保証するものとして位置づけ、看護記録を含む診療記録の開示に向けて提言を行い、「看護記録の開示に関するガイドライン」を発行した。</p>	<p>看護の機能と法的意義 医療法は病院(第21条)、地域医療支援病院(第22条)、特定機能病院(第22条の2)のそれぞれについて「診療に関する諸記録」の整備を義務づけている。(中略)。地域医療支援病院と特定機能病院では看護記録の整備が義務づけられているとともに、その保管年限も定められている。しかしそれ以外の病院において、整備すべき諸記録に看護記録が含まれていないからといって、その法的意義が小さいわけでは決してない。医療事故や医療訴訟に際しては、重要な法的資料になることを自覚して記載しなければならない。</p> <p>看護記録の保管年限 記録の保管年限については医療法施行規則で規定されているほかに、医師の記載する診療録については、医師法に規定されている。看護記録については、医療法施行規則の他に、診療報酬請求上の要件として、以下のような規定がある。(中略)。助産婦が記載する助産録については保健師助産師看護師法において、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こと、5年間保存が規定されている。</p>
D (2003)	C (2003)
<p>記録の開示 1997年の医療法改正によりインフォームドコンセントの重要性が盛り込まれ、1998年の「カルテ等の診療情報の活用に関する検討会」報告書で看護記録を含めた診療記録の開示と法制化が提言されてから、加速度的に情報提供の動きが高まった、日本看護協会でも2000年に看護記録の開示に関するガイドラインを作成し、看護における情報提供とその一貫としての看護記録の開示を推進する一役を担っている。</p>	<p>看護記録の法的位置づけ 記録が法的に義務づけられているのは助産録(保健師助産師看護師法第42条)。その他の看護記録については、医療法施行規則における設置基準及び診療報酬の算定要件として厚生労働省から出されている通知文書(入院基本料に係る看護記録、基本診療科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)に記載されているのみである。医療法施行規則では、看護記録は診療に関する諸記録に含まれることが記されているが、医療チームの一員として看護職者が看護記録の記載及び開示に責任を持って対処するためには、看護記録に関するさらなる法的整備が不可欠であるという指摘もある。看護記録は医師法では5年間の保存義務があり、医療法施行規則では2年間の保存の義務がある。</p>

表Ⅲ-7: 准看護師学校養成所向け看護学教科書 記載内容一覧(記載のあったテキスト冊数)

	看護と法律 n=1	基礎看護 n=4	老年看護 n=1	計 n=6
目的	0	3	0	3
意義	0	4	1	5
種類	0	4	1	5
記録様式	0	2	1	3
記録内容	0	2	0	2
記録方法	0	2	0	2
記載例	0	2	0	3
留意事項	0	2	1	3
記録の機能	0	1	1	2
記録管理	0	2	0	2
記録活用	0	1	0	1
電子化	0	0	0	0
ガイドライン	0	0	0	0
情報保護	0	0	0	0
法的意義	1	1	1	3
情報開示	0	0	0	0

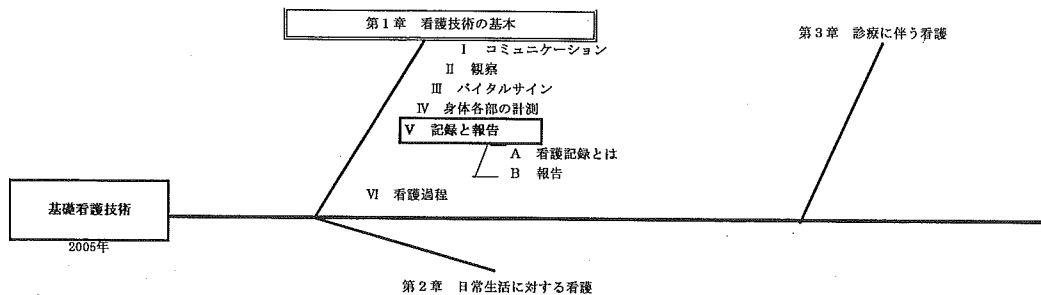
(カ) 准看護師課程テキスト

検索対象としたのは、2社のテキストで、計28冊であった。内訳は、専門基礎分野10冊で、専門分野が18冊であった。専門基礎分野は、「人体の仕組みと働き、疾病の成り立ち、食生活と栄養、薬物と看護、患者の心理、看護と倫理、保健医療福祉の仕組み、看護と法律」で、専門分野は「基礎看護、成人看護、老年看護、母子看護、精神看護」に関するものであった。

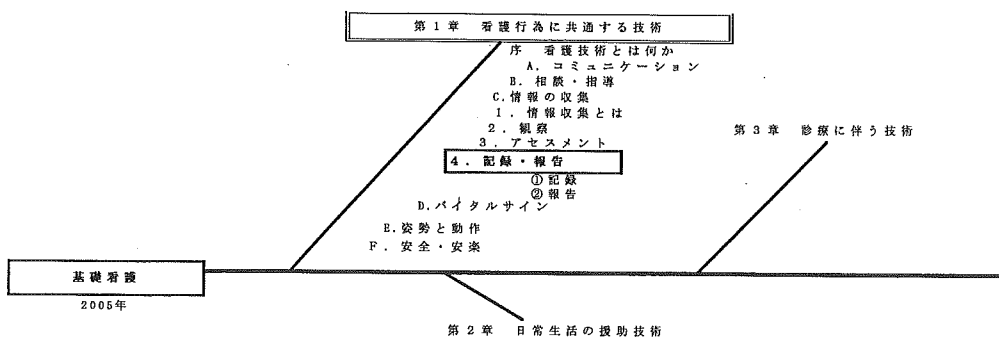
抽出され、有効となったテキストは6冊で、概要は表Ⅲ-7の通りである。専門基礎分野は看護と法律1冊、専門分野は計5冊で、基礎看護4冊（基礎看護技術2冊、看護概論1冊、臨床看護概論1冊）、老年看護1冊であった。記載内容は1/6頁～10頁と、内容量に差があった。出版年は、2004年～2005年で、2004年の基礎看護技術1冊以外は5冊全て2005年に出版（改訂）されたものである。版は初版～12版であった。

看護記録の定義について記載されていたのは2冊で、看護学概論と基礎看護技術であった。内容は、「重要な診療録の一部であり、患者の状態や看護の計画・実施内容・評価などについて記録することが義務づけられている」や、「看護過程の実施を証明するもの。看護のプロセスが記録されているものである。」であった。

看護記録の位置づけをフィッシュボーン図で表した結果、看護概論は、「保健医療福祉チームの活動と職種間の調整」の「連絡・報告・記録」に、臨床看護概論は、「情報の収集」の「記録・報告」にあった。基礎看護技術は、「看護技術の基本」の「記録と報告」（図Ⅲ-5）と、「情報の収集」の「記録・報告」に記載が見られた（図Ⅲ-6）。老年看護は「看護観察と看護記録」の「記録の種類と方法」にあった。看護と法律では、「保健師助産師看護師法」の「業務」の「業務に従事する者の義務」にあった。



図Ⅲ-5. 基礎看護技術①



図Ⅲ-6. 基礎看護技術②

3) 看護記録の教育に関する実態調査

(7) 調査票の回収率、有効回答率

i) 教育機関別の調査票回収数

- ① 3年課程回収数 203 校、回収率 54.6%、有効回答数 201 校、有効回答率 99.0%
- ② 准看養成所回収数 62 校、回収率 45.6%、有効回答数 62 校、有効回答率 100%
- ③ 3年課程と准看養成所を合わせた教育機関への発送総数 508 校に対して回収数 265 校、回収率 52.2%、有効回答数 263 校、有効回答率 99.2%

ii) 教員別の調査票回収数

- ① 3年課程は 1 校につき 7 分野の教員から回答を求め 2604 名に発送し、回収数は 1059 名、回収率 40.7%、有効回答者数 1044 名、有効回答率 98.9%であった。
- ② 准看養成所は 1 校 1 名で 136 名あて発送し、回収数は 79 名、回収率 58.1%、有効回答者数 79 名、有効回答率 100%であった。
- ③ 3年課程と准看養成所を合わせた教員への発送総数は 2740 名であり、回収総数は 1138 名、回収率は 41.5%、有効回答数 1123 名、有効回答率 98.7%であった。

(4) 回答者の属性(資料)

i) 所属学校の種別について

3年課程は、学校養成所(以下、専門学校等)が 132 校(65.7%)を占め、大学は 52 校(25.9%)、短期大学は 17 校(8.5%)であった。准看養成所はすべてが養成所であった。

ii) 所属学校の設置主体について

3年課程は、私立 76 校(37.8%) (内訳：学校法人 40 校、財団法人 16 校、医療法人 13 校、その他の法人 7 校)、公立 60 校(29.9%) (内訳：都道府県 37 校、市 23 校)、国立 40 校(19.9%)、その他 25 校(12.4%) (内訳：日本赤十字社 10 校、その他 15 校)であった。

准看養成所は、私立 43 校(69.4%) (内訳：財団法人 10 校、医療法人 7 校、その他の法人 26 校)、公立(市立)1 校(1.6%)、その他 17 校(27.8%)、無回答 1 校(1.6%)であった。

iii) 回答者の主な担当分野

3年課程は、7 分野から 1 名ずつ(各 14.3%相当)回答してもらい、延べ総数 1056 名であったが、回答結果の内訳では、基礎・管理 201 名(19.0%)、成人 165 名(15.6%)、老年 138 名(13.1%)、小児 139 名(13.2%)、母性 138 名(13.1%)、在宅・地域 144 名(13.6%)、精神 124 名(11.7%)、無回答 7 名(0.7%)であった。

准看養成所は、延べ総数 83 名から回答があり、担当分野別内訳は、基礎 66 名(79.5%)、精神 5 名(6.0%)、成人 4 名(4.8%)、老年 4 名(4.8%)、母子 2 名(2.4%)、無回答 2 名(2.4%)であった。

(ウ) 看護記録の教育に関する実態

i) 看護師学校養成所 3年課程について

a. 看護記録の授業の実態(資料)

① 看護記録に関する授業科目

全 1044 名の回答者中、授業科目の回答は、複数回答で延べ 1087 件であった。これを 7 分野に分類した結果、分野ごとの件数は、基礎看護学・看護管理学 209 件(28.4%)、成人看護学 140 件(12.9%)、老年看護学 111 件(10.2%)、小児看護学 107 件(9.8%)、母性看護学 127 件(11.7%)、在宅看護学 168 件(15.5%)、精神看護学 125 件(11.5%)であった。

授業科目名は多岐にわたるため、共通項を設けて分類した。共通項とした科目名は、①看護概論、②看護過程、③看護演習、④看護実習、⑤看護技術、⑥各看護学、⑦その他とした。

各共通項とした科目名に含まれる詳細な科目名の記載例は以下のとおりである。

「看護概論」には、看護学概論、看護学総論、看護概論、看護学基礎論などが含まれた。

「看護過程」は、看護過程、看護過程演習、看護過程の展開、看護過程基礎論、看護過程理論、看護過程論、ゼミナール看護過程などであった。

「看護演習」には、看護技術演習、看護学演習、生活援助演習、演習、看護過程実践論演習、臨床看護事例演習、看護方法論事例展開、領域の演習、援助論演習、看護論演習などを含めた。

「看護実習」は、看護学実習、看護実習、生活

援助実習、フィールド体験実習、臨地実習、臨床実習、発達援助実習、臨床看護学実習、看護論実習、地域における看護活動などであった。

「看護技術」は、基礎看護技術、基礎看護方法、看護学方法論、基本看護、看護学技術論、基本的援助技術、基礎技術、実践看護技術、看護技術学、看護技術論、共通基本技術、看護実践方法、看護方法、ケア方法論、フィジカルアセスメント、看護学援助論などであった。

「各看護学」には、～看護学(例. 成人看護学)、～看護論(例. 在宅看護論)、臨床看護学、看護学各論、看護学目的論、看護学目的・対象論、看護学臨床総論、臨床看護総論、健康障害期の看護、慢性期の看護、腎看護、看護対象論、看護学対象論、生命維持看護、セルフケア看護、～保健(例. 母性保健)、～保健論(例. 精神保健論)、～援助論(例. 小児援助論)などであった。

②記録に関する授業時間数

時間数の記載は延べ1087件で、内訳は、基礎看護学 309件、成人看護学 140件、老年看護学 111件、小児看護学 107件、母性看護学 127件、在宅看護学 168件、精神看護学 125件であった。

記録に関する授業時間数は、表Ⅲ-8のとおりで、看護学全領域の平均授業時間は389.2(±433.7)分(6.5時間)であった。最小は小児看護学・母性看護学の5分から最大は成人看護学実習の20250分(337.5時間)であった。

③記録に関する授業方法・授業形態

延べ1087件で、内訳は講義 538件(49.5%)、演習・校内実習 353件(32.5%)、臨地実習 196件(18.0%)であった。

④記録に関する授業の目標

延べ3091件で、多い順に、最も多かったのは「目的・意義・重要性の理解」と「記録方法・留意点の理解」が共に、519件(16.8%)であった。次いで、「専門領域の特殊性に応じた記録方法の理解」448件(14.5%)、「看護職員の責任の理解」381件(12.3%)、「正確な記録ができる」324件(10.5%)、「専門領域の特殊性に応じて記録できる」305件(9.9%)、「運用・管理・保管の理解」301件(9.7%)の順であった。

表Ⅲ-8. 記録に関する授業時間数

		平均時間(分)	最大(分)	最小(分)	平均時間(分)	最大(分)	最小(分)	標準偏差
基礎看護学・看護管理学	講義	310.7	1800	10	298.4	5400	10	583.4
	演習	102.1	720	10				
	実習	614.1	5400	10				
成人看護学	講義	293.7	2700	10	773.0	20250	10	913.4
	演習	660.7	2700	10				
	実習	1911.1	20250	30				
老年看護学	講義	198.8	900	30	454.8	5400	10	627.6
	演習	443.8	1800	10				
	実習	902.3	5400	10				
小児看護学	講義	290.5	1350	30	346.5	5400	5	314.4
	演習	329.0	1800	5				
	実習	471.8	5400	10				
母性看護学	講義	161.4	840	5	213.0	4320	5	201.2
	演習	206.1	900	10				
	実習	350.0	4320	10				
在宅看護学・地域看護学	講義	139.1	1080	10	389.9	7800	10	495.1
	演習	544.0	7800	10				
	実習	1002.5	5400	20				
精神看護学	講義	253.9	2700	10	409.9	5400	10	436.9
	演習	279.2	1260	20				
	実習	1172.1	5400	10				
総計					389.2	20250	5	433.7

⑤ 記録に関する授業内容

延べ 4673 件であり、内訳は、多い順に、「記録内容・項目」515 件(11.0%)、「記録方法・留意点」477 件(10.2%)、「記録の目的」461 件(9.9%)、「記録の種類」434 件(9.3%)、「記録の意義」429 件(9.2%)、「記録と個人情報保護」423 件(9.1%)、「取り扱いの留意事項」410 件(8.8%)、「記録の様式」340 件(7.3%)、「記録の運用管理」260 件(5.6%)、「記録の法的規定」247 件(5.3%)、「記録と情報開示」187 件(4.0%)、「記録の電子化」114 件(2.4%)、「記録に関するガイドライン」111 件(2.4%)、「その他」であった。

「その他」の内容は、「看護過程展開」8 件、「プロセスレコード」4 件、「医療情報」2 件であり、以下の内容は各 1 件であった。「個人情報保護法」「精神保健福祉法」「記録様式と使用目的」「情報収集の方法」「思考プロセスの確認」「領域の視点から一通り触れる」

⑥ 教材としている看護記録の種類

延べ 3191 件で、その内訳は表Ⅲ-9 のとおりである。「その他」に含まれたのは、「プロセスレコード」19 件、「助産録・パルトグラム・母子手帳」7 件、「訪問看護報告書・訪問看護指示書」6 件、「実習記録」4 件、「関連図(全体像)」4 件、「アセスメント用紙」3 件、「実習先の記録様式」2 件、「看護過程」2 件、「オリジナルな事例」2 件、「成人高齢者アセスメントケアプラン用紙」2 件、「クリティカルパス」2 件、その他各 1 件のものが 13 種類あった。

表Ⅲ-9. 教材としている看護記録の種類

看護記録の種類	件数	%
看護計画	644	20.2
基礎情報記録(データベース)	562	17.6
経過記録	538	16.9
体温表	316	9.9
経過処置一覧表	314	9.8
看護要約(サマリー)	265	8.3
訪問記録	131	4.1
電子化記録	62	1.9
介護記録	38	1.2
その他	83	2.6
無回答	238	7.5
合計	3191	100.0

⑦ 記録に関する使用テキストの種類

回答は延べ 881 件で、主に領域別にまとめて分類した結果、基礎看護技術 157 件、在宅(地域)看護学 127 件、看護過程・看護診断 103 件、精神看護学 98 件、母性看護学 85 件、老年看護学 82 件、小児看護学 52 件、基礎看護学 39 件、成人看護学 34 件、看護学概論 27 件、看護記録 22 件、ガイドライン・基準集 8 件、家族看護学 8 件、看護理論 7 件、であり以下は 1~2 件であった。またその他として 27 件であった。

⑧ 参考資料の使用状況

延べ 688 件の回答があり、内訳は、①「看護記録及び診療情報の取り扱いに関する指針」(以下①)は、362 件(52.6%)、②「診療情報の提供等に関する指針」(以下②)は 134 件(19.5%)、③「診療に関する情報提供のあり方に関する検討会報告書」(以下③)は 93 件(13.5%)、その他 99 件(14.4%)であった。本調査への回答者総数 1044 名で使用の比率をみると、①は 34.7%、②は 12.8%、③は 8.9%となった。

「その他」の内容は、「自作の記録方法・ガイドライン・資料」が 14 件と最も多く、他に、「看護過程・看護診断」6 件、「日本看護協会の指針・規定」6 件、「個人情報・診療上の取り扱い」5 件、「テキスト・参考書」5 件、「実習施設の記録用紙・ガイドライン」4 件、その他であった。

b. 臨地実習における看護記録の実態(資料)

① 臨地実習施設における看護記録への記載の有無

回答者総数 1044 名の内、「記載させている」は 123 件(11.8%)、「記載させていない」は 843 件(80.7%)、その他 61 件(5.8%)、無回答 17 件(1.6%)であった。

その他に含まれた回答は、体温表 28 件(2.7%)が多いものであったが他は「状況により記載」7 件、「施設、病棟により異なる」4 件、「学校が指定した用紙に記載」4 件、「一部記載」3 件「実習病棟により体温表、経過記録記載」2 件、「実習指導者の指示で記載」、「スタッフの情報共有の用紙」、「チャート・処置表・フローシー

ト・水分出納表・電子カルテ以外」などが各 1 件だった。

② 臨地実習施設における看護記録記載の意義

「記載させている」が 123 名で、延べ 264 件となり、多いものから「記録をする責任自覚」が 97 件 (36.7%)、次いで「記録の重要性理解」が 64 件 (24.2%)、「記載方法の理解」が 60 件 (22.7%)、「臨床実践能力の向上」34 件 (12.9%)、その他 6 件、無回答 3 件だった。

その他の意見には「実施したものが責任を持って記載することの自覚」「看護師とのコミュニケーション」「対象の状態を的確に伝える能力の向上」などであった。

③ 看護記録記載の経緯

延べ 128 件の回答であり、その内訳は、「実習施設と協議し決定」55 件 (43.0%)、「学校側が必要と判断し実習施設へ依頼」42 件 (32.8%)、「実習施設側が必要と判断、勧められた」10 件、「その他」12 件、無回答 9 件であった。その他として、「以前から行っていた」「バイタルサイン測定の結果報告のため記載」「経緯は不明」などの記載があった。

④ 実習施設で学生が記載する記録の種類

回答者 123 名で回答は延べ 207 件であり、体温表 86 件 (41.5%)、経過記録 52 件 (25.1%)、経過・処置一覧表 23 件 (11.1%)、データベース 16 件 (7.7%)、看護計画 9 件 (4.3%)、訪問記録 6 件 (2.9%)、看護要約 4 件 (1.9%)、電子化記録 1 件 (0.5%) だった。

その他 6 件には、クリティカルパス、水分出納表、母子手帳、看護予診(アナムネーゼ)、処置伝票、チェック表等が含まれた。

⑤ 記載者の署名のしかた

回答者 123 名で延べ 132 件の回答があり、「看護師名と学生名を併記する」は 66 件 (50%)、「学生名を記載しない」32 件 (24.2%)、「学生名を記載する」21 件 (15.9%) であった。

その他には、「体温表なので署名は不要」2 件、「指導看護師名のみ」4 件、「学生名と教員名」「大学名、学年、学生名」「学生名の前に学をつけ

る」「学生名のみ」「記載しない」などが各 1 件であった。

なお、「学生氏名を記載する」場合、その記録の種類は、経過記録 2 件、体温表 2 件、看護計画 1 件、データベース 1 件の計 6 件のみであった。

「看護師名と学生名を併記する」場合、その記録の種類は、経過記録が 18 件、経過・処置一覧表が 11 件、体温表 9 件、データベース 5 件の計 47 件の記載であった。

記録の記載はするが「学生名を記載しない」場合、その記録の種類は、体温表 21 件、経過・処置一覧表 2 件であった。

⑥ 看護記録を記載させる学年・学期

1 学年 53 件 (43.1%)、2 学年 47 件 (38.2%)、3 学年 20 件 (16.3%)、無回答 3 件であった。

⑦ 看護記録記載についての実習施設側の理解

「理解されている」81 件 (65.9%)、「場所により理解度が違う」36 件 (29.3%) であった。

⑧ 看護管理者との取り決めの有無

看護記録記載について看護管理者と「取り決めをして許可を得ている」63 件 (51.2%)、「特に取り決めはせず従来どおり」51 件 (41.5%) であった。

⑨ 看護記録を記載しない場合の受け持ち患者記録の記載

臨地実習施設において「看護記録を記載させていない」という回答は 843 名であった。その場合の、受け持ち患者記録は何に記載させているかを問う設問に対する回答は、以下の通りであった。

「学校作成の実習記録用紙」が 801 件 (86.5%)、「学生の実習ノート」が 90 件 (9.7%) であった。その他は 18 件あり、その内容は「施設の経過記録用紙のコピー」や「学校指定の実習記録用紙」「学生のメモ帳」「レポート用紙」などがあつた。その他に「利用者の記録を書くことを課していない」「受け持ちはしていないので記録を記載しない」などがあつた。

⑩ 看護職員による実習記録(受け持ち患者記録)の指導

実習施設の看護記録に記載せず実習記録に受持ち患者の記録を記載している場合、「看護職員から実習記録の指導を受けているか」という設問に対する回答結果は以下の通りであった。

3年課程では、「指導を受けている」が560件(65.6%)、「実際はほとんど指導されていない」が71件(8.3%)、「指導を受けることを決めていない」が141件(16.5%)、その他55件(6.4%)であった。その他の内容は、「ケースによって看護職員にも指導を受ける」20件、「教員が指導する」17件、「看護計画の指導で指導を受ける」7件等だった。

なお、「実際はほとんど指導されていない」と回答した場合、その理由は以下の通りであった。

「看護業務が多忙で時間がないうため」31件であり、以下は3~1件であったが「担当教員が指導するため」「タイムリーな指導ができないため」「業務上の都合のため」「読んでもらうのみにしているため」「実習終了時提出するため」「プライマリナースと話す機会がないため」「技術の指導を主に受けるため」「関心がないため」「申し送り時指導を受けているため」などであった。

⑪ 実習施設の看護記録記載させないことの経緯

「実習施設の看護記録に一切記載させていない」と回答した場合、そのようになった経緯を尋ねた結果は以下の通りであった。「学校と実習施設が協議して決定した」が大体半数近くを占め、その他で多いのは、「学校から申し出て記載しないことにした」であった。

⑫ 実習施設の看護記録に記載させていない理由

「学生は責任持てない」517件(35.5%)、「法的に問題」439件(30.2%)、「コンセンサス得にくい」181件(12.4%)、「未熟なので記載すべきでない」149件(10.2%)、その他125件(8.6%)であった。

その他としては、「記録に時間がかかるため」18件、「電子化により記録が困難になったため」18件、「実習目的としていないため」10件、「見学実習なので書かせない」9件、「記録の意義や必要性はないため」9件、「実習記録用紙で十分だから」8件、「ケアなどに時間をかけたいため」8件、「記録内容が不十分のため」7件、「学生のストレスになるため」2件、「公的な記録だから」2件、その他であった。

⑬ 看護記録記載しないことの学生への説明

「代わりに実習記録に記載する意味を説明」が最も多く、437件(37.9%)、「経緯や理由説明せず記載しないことだけ伝える」302件(26.2%)、「倫理的・法的意義から説明」226件(19.6%)、「経緯や理由を説明」99件(8.6%)、その他であった。その他として、「特に説明していない」18件、「以前から記載させていないから」2件、「電子カルテ記入になったので」2件、その他だった。

⑭ 臨地実習における看護記録の閲覧・活用の現状

3年課程は、受持ち患者に関して、「許可を得て閲覧」が542件(44.4%)、「許可を得ず閲覧」114件(9.3%)であった。受持ち患者以外に関しては、「許可を得て閲覧」169件(13.8%)、「許可を得ず閲覧」62件(5.1%)、「必要のつど許可を得て閲覧」234件(19.2%)であった。

その他としては、「受け持ち以外の閲覧例(同行訪問の利用者)」、「実習期間中は改めて許可なく受持ち患者は閲覧を申し合わせている」、「受け持ち、受け持ち以外とも許可は得ないがそのつど声をかけて使用する」、「受け持ちでもそのつど許可を得て使用」、「看護室内でスタッフに必ず断って使用(所在がわかるように)」、「在宅看護では受け持ちはないので記録を見るときは必ず許可を得て見させる」、「施設によっては記録閲覧は禁止されており、必要時は口頭で指導者に確認」、「すべての利用者をそのつど口頭で許可を得て閲覧」、「患者には同意書で許可を得ている(包括的同意)」、「病院として実習

受入れを患者に掲示しているが受持ち患者には閲覧を伝える。受け持ち以外は特に許可を得ていない」、「受け持ち患者に限って必要時指導者(または教員)と閲覧」、「電子化され学生用端末もパスワードも用意され自由に閲覧できる」などの記載があった。

⑮ 電子記録の場合の学生の閲覧・活用の現状

「パスワードを得て自由に閲覧」113件(10.5%)、「パスワード得て自由に記入」1件(0.1%)、「看護師に依頼して閲覧」346件(32.0%)、「看護師に依頼して記入」18件(1.7%)、「学生には閲覧・記入を一切させない」66件(6.1%)、「実習施設に電子記録が未設置」200件(18.5%)であった。無回答が270件(25.0%)と多かった。

その他の記載内容は、「教員がパスワードを得て学生に閲覧させる」、「必要時教師に申し出て閲覧させる」、「学生にパスワード得ているがナースか教員同席で閲覧」、「指導者(ナース)が必要と判断したときのみ閲覧させる」、「指導者(ナース)のパスワードで自由に閲覧」、「病棟師長のパスワードを学生用に使用させてもらっている」、「教員か看護師がパスワード入力した後学生が閲覧」、「検査データのみプリントアウトしてもらう」、などの記載であった。

(エ) 臨地実習における看護記録の課題について(自由記述まとめ)

自由記述による意見調査の結果、「臨地実習における看護記録の課題」は回答者が216名で、記載内容はカテゴリ6件にまとめられた。カテゴリとサブカテゴリは表Ⅲ-10のとおりである。

表Ⅲ-10. 臨地実習における看護記録の課題

カテゴリ	サブカテゴリ	カテゴリ	サブカテゴリ
記録の教育に関連する課題	指導上の課題	臨床側の問題に関連する課題	看護記録の簡素化
	実習上の制約		実習指導体制
	実習記録		記録の質
	教育内容		記録様式
	記録記載の是非	記録の電子化に関連する課題	閲覧の問題
	記録様式の違い		学生への指導
	実習記録の負担		機器不足の問題
個人情報保護に関連する課題	実習記録の管理		記録内容の問題
	実習上の制約	学生自身に関連する課題	学生の能力
	学生への指導	情報開示に関連する課題	学生の記録の責任
	取り決め		

ii) 准看護師学校養成所について
a. 看護記録の授業の実態 (資料)

① 看護記録に関する授業科目

回答は、延べ 148 件で、内訳は、基礎看護技術・看護技術は 50 件(33.8%)、観察・記録・報告 20 件(13.5%)、看護過程 17 件(11.5%)、看護概論・基礎看護概論 3 件、臨床看護概論 7 件、基礎看護 13 件、看護と法律 4 件、成人看護 6 件、老年看護 5 件、精神看護 5 件、母子看護 3 件、その他 2 件であった。基礎看護に相当する科目(基礎看護技術、観察・記録・報告、看護概論、基礎看護)を合わせると合計 86 件(58.1%)となった。また、この他に科目名ではないものとして、校内実習・演習が 4 件、臨地実習 4 件、基礎実習オリエンテーション 3 件があった。

② 記録に関する授業時間数

時間数の記載は延べ 167 件で、内訳は、基礎看護 134 件、成人看護学 13 件、老年看護 8 件、母子看護 5 件、精神看護 7 件であった。看護学全領域の平均授業時間は 551.2(±3245.6)分(9 時間)であった。最小も最大も基礎看護実習で、15 分から 39900 分(665 時間)であった。

看護学領域毎の授業時間数は、基礎看護学平均 611.7(±3553.6)分(10 時間)、最小 15 分、最大 39900 分(665 時間)、成人看護学平均 224.6(±219.3)分(3.7 時間)、最小 10 分、最大 20250 分(337.5 時間)、老年看護学平均 335.0(±138.0)分(5.6 時間)、最小 120 分、最大 600 分(10 時間)、母子看護平均 118.0(±314.4)分(2.0 時間)、最小 30 分、最大 240 分(4 時間)、精神看護平均 282.0(±253.3)分(4.7 時間)、最小 90 分、最大 720 分(12 時間)であった。

授業方法別の時間数は、基礎看護では、講義平均 205.9 分(3.4 時間)、最小 30 分、最大 750 分(12.5 時間)、演習平均 207.7 分(3.5 時間)、最小 25 分、最大 1620 分(27 時間)、実習平均 7849.5 分(130.8 時間)、最小 15 分、最大 39900 分(665 時間)であった。講義の時間数で最も多かったのは精神看護で、平均 720 分(12 時間)

で、実習・演習とも基礎看護学を超える領域はなかった。

③ 記録に関する授業方法・授業形態

延べ 184 件で、内訳は、講義 76 件(41.3%)、演習・校内実習 60 件(32.6%)、臨地実習 47 件(25.5%)、無回答 1(0.5%)であった。

④ 記録に関する授業の目標

延べ 310 件で、多い順に「目的・意義・重要性の理解」76 件(24.5%)、「記録方法・留意点の理解」69 件(22.3%)、「看護職員の責任の理解」59 件(19.0%)、「正確な記録ができる」50 件(16.1%)、「運用・管理・保管の理解」34 件(11.0%)、「専門領域の特殊性に応じた記録方法の理解」13 件(4.2%)、「専門領域の特殊性に応じて記録できる」6 件(1.9%)、「その他」67 件(2.2%)となっていた。

⑤ 記録に関する授業内容

延べ 662 件であり、その内訳は、多い順に「記録の目的」76 件(11.5%)、「記録の意義」73 件(11.0%)、「記録の種類」72 件(10.9%)、「記録方法と留意事項」71 件(10.7%)、「取り扱いの留意事項」66 件(10.0%)、「記録の様式」60 件(9.1%)、「記録内容・項目」58 件(8.8%)、「記録と個人情報保護」48 件(7.3%)、「記録の法的規定」45 件(6.8%)、「記録の運用管理」43 件(6.5%)、「記録と情報開示」25 件(3.8%)、「記録の電子化」13 件(2.0%)、「記録に関するガイドライン」9 件(1.4%)であり、「その他」はなかった。

⑥ 教材としている看護記録の種類

延べ 362 件で、その内訳は、多い順に、「経過記録」70 件(19.3%)、「体温表」70 件(19.3%)、「看護計画」63 件(17.4%)、「基礎情報記録」62 件(17.1%)、「経過処置一覧表」45 件(12.4%)、「看護要約」39 件(10.8%)、「電子化記録」4 件(1.1%)、「訪問記録」2 件(0.6%)、「介護記録」1 件(0.3%)、「その他」3 件(0.8%)であった。⑦ 記録に関する使用テキストの種類 (表 20)

延べ 113 件であった。内訳は、基礎看護技術 55 件と最も多かった。その他は、基礎看護に関するテキストや、テキストのシリーズ名である看

護学入門、新看護学を挙げているものが多かった。看護過程や看護診断に関するものが9件で、その他には3から1件ずつに分散したが、実習記録や看護記録の解説書などがあつた。

⑧ 参考資料の使用状況

延べ86件の回答であり、内訳は、①「看護記録及び診療情報の取り扱いに関する指針」が50件(60.2%)、②「診療情報の提供等に関する指針」が13件(15.7%)、③「診療に関する情報提供のあり方に関する検討会報告書」が12件(14.5%)、その他11件(13.2%)であつた。本調査への回答者総数79名で使用する比率をみると、①は63.2%、②は16.5%、③は15.2%であつた。

(2) 臨地実習における看護記録の実態について(資料)

① 臨地実習施設における看護記録への記載の有無

回答者総数79名の内、「記載させている」は13件(16.5%)、「記載させていない」53件(67.1%)、その他11件(13.9%)、無回答2件であつた。

② 臨地実習施設における看護記録記載の意義

「記載させている」が13名で複数回答可として延べ22件の回答があり、多いものから「記録をする責任自覚」「記録の重要性理解」が共に7件(31.8%)ずつであつた。次いで、「記載方法の理解」4件、「臨床実践能力の向上」2件、その他1件、無回答1件であつた。

③ 看護記録記載の経緯

延べ回答13件、その内訳は、「学校側が必要と判断し実習施設へ依頼」6件(46.2%)、「実習施設が必要と判断、勧められた」2件(15.4%)、「実習施設と協議し決定」2件(15.4%)、その他1件7.7%、無回答2件(15.4%)であつた。

④ 実習施設で学生が記載する記録の種類

回答は延べ20件であり、体温表12件(60%)、経過記録6件(30%)、経過・処置一覧表2件(10%)で、他の記載はなかつた。

⑤ 記載者の署名のしかた

「看護師名と学生名を併記する」5件(33.3%)、

「学生名を記載しない」6件(40%)、「学生名を記載する」2件(13.3%)で、その他はなかつた。

なお、「学生氏名を記載する」場合、その記録の種類は、経過処置・一覧表1件のみであつた。

「看護師名と学生名を併記する」場合、その記録の種類は、経過記録4件、体温表3件、経過・処置一覧表2件、データベース件の回答であつた。

記録の記載はするが「学生名を記載しない」場合、その記録の種類は、体温表6件、電子化記録1件であつた。

⑥ 看護記録を記載させる学年・学期

2学年7件(53.8%)、1学年5件(38.5%)、無回答1件であつた。

⑦ 看護記録記載についての実習施設側の理解

「理解されている」7件(53.8%)、「場所により理解度が違う」4件(30.8%)であつた。

⑧ 看護管理者との取り決めの有無

「取り決めをして許可を得ている」9件(69.2%)であり、「特に取り決めはせず従来どおり」3件(23.1%)であつた。

⑨ 看護記録を記載しない場合の受け持ち患者記録の記載

臨地実習施設において「看護記録を記載させていない」という回答は、准看護養成所では53名であつた。その場合の、受け持ち患者記録は何に記載させているかを問う設問に対する回答は、「学校作成の実習記録用紙」が50件(84.7%)、「学生の実習ノート」が6件(10.1%)であつた。

⑩ 看護職員による実習記録(受け持ち患者記録)の指導

実習施設の看護記録に記載せず実習記録に受け持ち患者の記録を記載している場合、「看護職員から実習記録の指導を受けているか」という設問の回答結果は以下のとおりであつた。

「指導を受けている」が49件(90.7%)、「実際はほとんど指導されていない」1件(1.9%)、「指導を受けることを決めていない」1件(1.9%)、その他2件であつた。

⑪ 実習施設の看護記録記載させないことの経緯

「実習施設の看護記録に一切記載させていない」と回答した場合、そのようになった経緯を尋ねた結果は以下の通りであった。

⑫ 実習施設の看護記録に記載させていない理由

「法的に問題」36件(33.6%)、「学生は責任持てない」34件(31.8%)、「コンセンサスが得にくい」と「未熟なので記載すべきでない」が同数17件(15.9%)、その他3件であった。

⑬ 看護記録記載しないことの学生への説明

「変わりに実習記録に記載する意味を説明」が最も多く、42件(51.9%)、「経緯や理由説明せず記載しないことだけ伝える」20件(24.7%)、「倫理的・法的意義から説明」11件(13.6%)、「経緯や理由を説明」8件(9.9%)、その他であった。

⑭ 臨地実習における看護記録の閲覧・活用の現状

受持ち患者に関しては、「許可を得て閲覧」40件(39.2%)、「許可を得ず閲覧」5件(4.9%)であった。受持ち患者以外に関しては、「許可を得て閲覧」16件(15.7%)、「許可を得ず閲覧」5件(4.9%)、「必要のつど許可を得て閲覧」26件(25.5%)であった。

⑮ 電子記録の場合の学生の閲覧・活用の現状

「パスワード得て閲覧」4件(4.8%)、「看護師に依頼して閲覧」28件(33.7%)、「看護師に依頼し記入」1件(1.2%)、「学生には一切閲覧・記入させない」11件(13.3%)、「電子記録が未設置」15件(18.1%)であった。無回答が21件(25.3%)あった。

iii) 看護基礎教育における看護記録の教育に関する今後の課題・意見(自由記述まとめ)

自由記述による意見調査の結果、「看護基礎教育における看護記録の教育に関する今後の課題・意見」は3年課程、准看護養成所を合わせて、回答者は86名であり、記載内容はカテゴリ6件にまとめられた。カテゴリとそれに含まれる記載件数は、「記録の教育に関連する課題・意見」45件(49.5%)、「個人情報保護に関連する課題・意見」20件(22.0%)、「記録電子化に伴う課題・意見」12件(13.2%)、「臨床現場の問題に関連する課題・意見」5件(5.5%)、「学生自身の問題に関連する課題・意見」5件(5.5%)、「情報開示に関連する課題・意見」4件(4.4%)であり、記載件数は延べ91件であった。

4. アメリカ合衆国における看護記録の法的位置づけ

1) 看護大学教授からのヒアリング調査

アメリカ合衆国の看護大学教授 2 名と病院看護部長 1 名からのヒアリング調査から、以下のような特徴が明らかになった。

①アメリカ合衆国では、看護に関する法律や規則は各州法のなかの専門職に関する法律、つまり Nursing Practice Act(看護実践法)の中で定義されていた。州の State Board of Nursing(看護局)において、看護師の定義、看護実践のスタンダード、看護大学、専門職、短大、その他の設置基準と認可、看護師国家試験、資格(更新、剥奪、一時的資格、機能障害や資格を失った者への再教育)等が明記されていた。

②連邦政府の法律および諸規則は各州の責任において実施・管理が行われるシステムになっていると同時に、各病院・施設・在宅においても様々な法律や規則を遵守し、管理を行っている。必要に応じて罰則等も各州において実施されている。州法は非常に一般的なものであり、各施設において国や州の法律およびスタンダ

ードや、職能団体(ANA)、第三者評価等(例 JCAHO)のスタンダードを取り入れて施設の記録に関するポリシーや手順は作成されている(図IV-1)。

2) NCSBN の看護師規則のモデル

NCSBN(National Council of State of Boards of Nursing)の機能としては、以下の5つがある。

①RN/LPN 国家試験サービス:メンバーシップで構成されている最大の情報組織であり、RN, LPN 模擬試験の作成、国家試験の電子化、分析、看護助手の評価基準のプログラム(NNAAP)などを作成している。

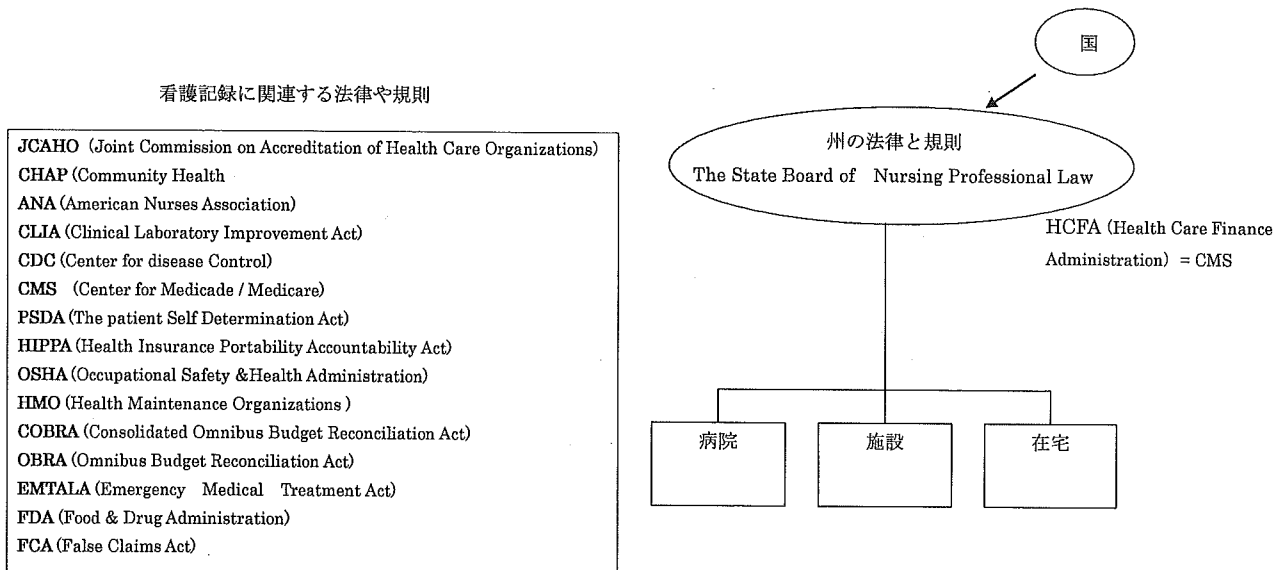
②リサーチ:国家試験を分析し、情報センターとして契約して流している。

③看護実践・教育:各州の法律・規則の情報の伝達をする。

④Public Policy:モニターして伝達する。

⑤コミュニケーション:アメリカ全体の各州の看護実践に関する法律・規則のモニター、継続教育出版を行う。

アメリカ合衆国における看護記録の法的位置づけ



図IV-1 アメリカ合衆国における看護記録の法的位置づけ

看護師規則 (Nursing Act and Rule) のモデル中で、Chapter 2 の “Standards of Nursing Practice” に示されている、Registered Nurse (看護師) の看護実践における責任に関する基準のひとつである記録については、「看護師は看護ケアを記録すること」と1文で表現されている。また、Licensed Practical Nurse (准看護師) では表現がかわり、「准看護師は行われたケアを記録する」となっている。

Chapter 10 では、専門職としてふさわしくない規則違反のなかに、「患者の記録の不適切な管理」があげられている。

3) オレゴン州看護法令

オレゴン州看護局 (Oregon State Board of Nursing) が示している看護法令 (Nursing Act) では、“准看護師と看護師の実践基準” で、記録の基準について右記のように記載されている。

また、記録に関して、「基準を犯す行為」として右記のことがあげられている。

4) ペンシルバニア州の看護実践法

ペンシルバニア州看護局 (Pennsylvania State Board of Nursing) の示す看護実践法 (Nursing Practice Act) の概要を要約した (資料IV-1)。

(ア)州法のなかの専門職に関する法律

Nursing Practice Act の中で看護局評議会の権威が述べられており、目的はRN/LPNの教育プログラムと看護実践の安全なスタンダードを設立することであり、看護師に関する規則やルールを作成し、調整することが明記されている (§ 21-2 SCOPE)。

(イ) 言葉の定義

条文の § 21.1 では、言葉の定義がされており、看護実践のスタンダード、看護大学、専門職、短大、その他の設置の基準と認可、看護師国家試験、資格 (更新、剥奪、一時的資格、機能障害や資格を失った者への再教育) 等であった。

(ウ) 看護記録に関する基準

①看護記録に関しては、スタンダードの中

【看護師の看護過程における責任に関する基準】

- ・対象個人またはグループの健康状態の看護アセスメントを行い記録すること
- ・ケアプランの基本となる看護診断を記録すること
- ・看護介入とケアへの反応を記録すること
- ・評価データを記録すること

【准看護師の基準】

- ・看護介入とケアへの反応を記録すること
- ・すべての記録は正確で、判読でき、明瞭であること

Oregon State Board of Nursing / Nursing Act Division 45

より

【基準を犯す行為】

- ・患者もしくは施設の記録の不正確な保管
- ・患者ケアに関する記録不足；行われたケアの未記録、患者のケアに関して重要な情報の未記録、矛盾したケア記録
- ・他人の記録不足を代わりに埋めること、他人の名前をサインすること、実際には行われていないケアの記載、データの偽造
- ・もとの記録の言葉・数値を改ざんすること、追記であることを表記せずにさかのぼって記録をすること
- ・記録の破壊
- ・他人を使って記録を改ざん・偽造、あるいは破壊させること
- ・記録の適時な維持をしないこと、例えば適切な時間内に追記を行わないことなど

Oregon State Board of Nursing / Nursing Act Division 45

より

に下記の2箇所記載されていた。

- ・正確な記録と管理を行う。
 - ・記録の偽造および意図的に患者の記録または関連した記録の中に不正確な情報の記入を行なわない。
- ②記録に関して、JCAHO および ANA はさらに詳細なガイドラインを表示している。
- ③施設における記録に関しては、新人オリエンテーションのなかで教育されているところが多い(資料IV-2)。

④診療報酬、訴訟、危機管理の一環として記録されていないことは施行されていないこととみなされ、継続的な質改善の中で記録が取り上げられている。

⑤アメリカ合衆国においては、看護記録のみでなくメディカルレコードとして、それらを管理する部門があり、それらの記録は監査の対象となっている。

アメリカ合衆国では、第三者評価や保険会社における保険手続き上、RN/LPNの定義、看護実践で行う内容についての明文化、看護プロセスの適切な記載が必須となっており、さらに看護の質の向上や訴訟上においても要求されるため、施設法として各施設が記録に関しての手順を作成し遵守していた。

アメリカ合衆国では、社会のニーズに応じて、各州の看護局で新しい規則を作成し、修正を行うことにより調整を行っていた。

D. 考察

1. 看護実践における記録の現状と課題

1) 看護記録の記載状況

(ア)有床診療所における看護記録のあり方

病院の入院部門における看護記録は、クリティカルパスと患者指導の記録を除き 9 割近い記載率であり、病院の看護記録については整っているといえる。しかしながら、有床診療所における看護記録の記載状況は病院の入院部門に比べ低く、その整備を検討する必要がある。有床診療所の入院部門においては約半数の施設が病院の入院部門と同様の看護記録を記載している実績があり、記録整備の基盤が整いつつあることを示している。

(イ)外来における看護記録の整備

外来部門における看護記録は、記載の割合が低いことが明らかとなった。このことは、保険診療における診療報酬の基本診療料の適用が影響していると考えられ、診療報酬のあり方によって看護記録の記載状況を改善、促進させることができる。

診療所、病院ともに、外来においても医療的処置や点滴の実施を行っており、看護師等は、その職業的な責務に則って、医師の指示を受けたり、与薬、点滴等の実施、処置の実施などをおこなったり、指導を行っているものであり、外来部門における看護記録の記載についての整備を急ぐ必要がある。特に、指示受け記録、与薬の実施記録、点滴の実施記録、処置の実施記録について、記録していないという回答が約半数あることについて、これらの項目は「診療の補助業務」に関連する記録でもあることから、医師の協力のもと、安全で質の高い医療サービスの提供および看護サービスの提供のために、外来看護記録の規定を設けることについて検討が必要である。

(ウ)安全なサービス提供に関する記録

記録のうち、医療事故発生時の記録については、すべての種別の施設において記載率が高く（無回答を除く）、老健・特養施設では 100%で

あった。これは、法制度上の規定によるものであり、その遵守の結果であると考えられ、法的規制による安全管理への貢献が示されている。

(エ)介護保険関連施設における看護記録

介護保険関連施設では、提供したサービスの内容、苦情、事故発生時の対応について記録することが義務づけられているが、その記載者は規定されていない。しかし、本調査の結果、そのほとんどを、看護管理者を含む看護師等が記載していることが明らかとなった。

老健・特養施設などの介護関連施設においても看護職が実施すべき医療行為は多く、看護職が看護実践を記録することは、その実施の責任を明らかにすることでもある。病院等の医療施設と同様に、看護記録についての記載の整備をすすめる必要がある。

2) 看護記録の取り扱い方

(ア)看護記録の保管方法

看護記録の保管方法について、診療録（カルテ）と分離している施設がまだ多くあり、有床診療所においては約 2 割、重症心身障害児施設および老健・特養施設では約 3 割あった。また、看護記録の保管の責任者もない施設は、重症心身障害児施設、有床診療所のうち約 4 割あった。現状では、医療法施行規則における施設基準のひとつとして診療録に看護記録の具備が規定されているが、この対象は、地域医療支援病院と特定機能病院であって、その数は全病院の 2%程度である。これ以外の一般病院等においては看護記録の保管は各施設にまかされている。このことを考えるとまずは、すべての医療機関の診療録等に看護記録を含める方策がとられるべきである。しかし、これらの整備においてもまだ該当しない施設が残り、最終的には身分法上での看護記録の義務を明記するべきである。

また、介護保険関連施設である老健・特養施設においては、療養者の記録の記載および保管についての義務づけはあるが、これらの記録の