



3. 担当領域における看護記録に関する授業の主な目標は何でしょうか。(複数回答可)

- ①看護記録の目的や意義・重要性を理解する。
- ②看護記録に関する看護職員の責任を理解する。
- ③看護記録の方法・留意点を理解する。
- ④看護記録を正確に記録することができる。
- ⑤看護記録の運用管理、保管などを理解する。
- ⑥専門領域の特殊性に応じた記録方法を理解する。
- ⑦専門領域の特殊性に応じて記録することができる。
- ⑧その他 ( )

4. 看護記録の授業内容について該当するものに印をつけてください。(複数回答可)

- ①記録の目的    ②記録の意義    ③記録の種類(看護計画、看護サマリー、訪問記録など)
- ④記録の様式(PONR、フォーカスチャーティングなど)    ⑤記録の内容・項目
- ⑥記載方法と留意事項    ⑦取り扱いの留意事項    ⑧記録の運用管理・保管    ⑨看護記録に関する法的規定    ⑩記録の電子化    ⑪記録と個人情報保護    ⑫記録と情報開示    ⑬記録に関するガイドライン    ⑭その他 ( )

5. 看護記録の種類はどのようなものを教材としていますか。(複数回答可)

- ①看護計画    ②看護の経過記録    ③経過・処置一覧表    ④体温表
- ⑤基礎情報記録(データベース)    ⑥看護要約(サマリー)    ⑦電子化記録
- ⑧訪問記録    ⑨介護記録    ⑩その他 ( )

6. 使用するテキストはどのようなものですか。

テキスト名を( )内に記入し、その後の( )には出版社名を下記の番号でお答えください。

- テキスト名 ( )    出版社名 ( )
- テキスト名 ( )    出版社名 ( )
- テキスト名 ( )    出版社名 ( )

出版社： ①メヂカルフレンド社    ②医学書院    ③その他 ( )

7. 参考資料としてどのようなものを使っていますか。(複数回答可)

- ①看護記録及び診療情報の取り扱いに関する指針(日本看護協会)
- ②診療情報の提供等に関する指針(厚生労働省)
- 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
- ④その他 ( )

IV. 臨地実習における看護記録への記載について、担当領域の臨地実習の範囲で、回答してください。

1. 臨地実習において、学生に実習施設の看護記録への記載をさせていますか。

- ①実習施設の記録物に記載させている。  
②実習施設の記録物に一切記載させていない。  
③その他 ( )

2. 実習施設の記録物に記載させている場合お答えください。

2-1. 実習施設の看護記録に記載する意義はどのようにお考えですか。(複数回答可)

- ①看護記録の重要性を理解する上で臨地実習での記載は効果的である。  
②看護記録の記載方法を理解する上で臨地実習での記載は効果的である。  
③記録をすることの責任を自覚する上で臨地実習での記載は効果的である。  
④臨床実践能力の一つとして記録の能力を向上させる上で必要である。  
⑤その他 ( )

2-2. 実習施設の看護記録に記載させるようになった経緯はどのようでしたか。

- ①学校側が必要と考え、実習施設側へ協力を依頼し許可された。  
②実習施設が、学生のために必要と考え、学生が記載することを勧められた。  
③学校側と実習施設が協議して教育的効果の面から記載を決めた。  
④その他 ( )

2-3. 実習施設で学生が記載する記録は何ですか。(複数回答可)

- ①看護計画      ②看護の経過記録      ③経過・処置一覧表      ④体温表  
⑤基礎情報記録(データベース)      ⑥看護要約(サマリー)      ⑦電子化記録  
⑧訪問記録      ⑨その他 ( )

2-4. 記載者の署名はどのようにしていますか。( ) 内に該当する上記2-3. の記録の種類  
番号を書いてください。(複数回答可)

- ①学生の氏名を記載する。( )      ②学生と指導者(看護師)の氏名を併記する。( )  
③記載していない。( )      ④その他 ( ) ( )

2-5. 看護記録を記載させるのは何学年からですか

( ) 学年)      前半・後半(どちらかに○印をつけてください)

2-6. 学生が看護記録を記載することについて実習施設側の理解は充分得られていますか。

- ①いずれの実習場所でも理解されている。      ②実習場所によって理解度がちがう。

2-7. 学生が看護記録を記載することについて実習施設の看護管理者と取り決めをしていますか

- ①取り決めをして許可を得ている。      ②とくに取り決めはせず従来の通りにしている。



4. 看護記録を学生が閲覧・活用することについての現状をお答えください。

4-1 看護記録の閲覧について制限がありますか。

- ①受持ち患者(利用者)の記録に限って特別に許可を得て閲覧させている。
- ②記録の閲覧についての許可を得ることなく受持ち患者(利用者)に限って閲覧させている。
- ③受持ち患者(利用者)以外の記録でも特別に許可を得て閲覧させている。
- ④記録の閲覧についての許可を得ることなく受け持ち患者(利用者)以外でも閲覧させている。
- ⑤受持ち患者(利用者)以外は必要時そのつど許可を得て閲覧させている。
- ⑥その他 ( )

4-2 電子記録の場合、学生の閲覧・活用はどのようにしていますか。

- ①学生用にパスワードを与えてもらい自由に閲覧させている。
- ②学生用にパスワードを与えてもらい自由に記入もさせている。
- ③学生用にパスワードを与えてもらわず必要時看護師に依頼して閲覧させている。
- ④学生用にパスワードを与えてもらわず必要時看護師に依頼して記入もさせている。
- ⑤学生には一切電子記録の閲覧・記入をさせていない。
- ⑥実習施設・実習場所に電子記録が設置されていない。
- ⑦その他 ( )

5. 臨地実習における看護記録の課題があるとお考えでしたら、自由にご記入ください。

V. その他、看護基礎教育における看護記録の教育に関して、今後の課題など、ご意見がありましたらご記入ください

以上です。ご協力まことにありがとうございました。

## 諸外国の看護記録の法的位置づけ : ペンシルバニア州

Pennsylvania Code; Professional and Occupational Standards; Department of  
State; State Board of Nursing

## 1.看護記録の目的

- ① 質の評価（アセスメント、分析、計画、介入、評価により適切で効果的な看護を提供されたか）
  - ② 他職者とのコミュニケーション手段とする。
  - ③ 訴訟に耐えられること。（正確な情報、適切な対応、事実が記載等）
  - ④ 診療報酬の対象である。（HMO その他の保険会社）
- ・ アメリカでは各州において州法が適応されている。（時代のニーズに応じて評議会をとおして修正・更新が行われている。）
  - ・ 助産師の資格は州から取得し、3種類の教育方法があり州法に従う。記録の詳細は職能団体の基準に従って行う。ACNM (American College of Nurses Midwives)

## 2.看護師の法的位置づけ

- ・ The State Board of Nursing Professional Law [看護専門職法の評議会] で決定されている。
- ・ Registered Nurse Law / Practical Nurse Law
- ・ 専門職と普通の職業の部局にあり、その中の看護専門職評議会で見守る規則法律が討議され、更新されている。

## § 21.1 看護実践の定義

人間の反応（実在する問題・可能性のある問題など）の症例に関して、健康教育を行ったり、カウンセリングを行い、支援、回復を促し、健康を維持したり、資格を有する医師や歯科医師によって書かれた養生法を実行する。処方などは医師法によって決められたものである。

<b>Board</b>	…看護評議会・看護局
<b>Approved</b>	…看護評議会にて認可された
<b>Diagnosed (診断する)</b>	…看護分野の実践と管理のために各症例の重要な身体的・心理的サインと症状が見分けられる。
<b>Treating (治療)</b>	…医師の治療方針と看護分野の処方をあわせた最も効果的な看護介入法
<b>Human response (人間の反応)</b>	…実在的・潜在的な健康問題における個々の反応の過程、症状やサイン

## § 21-2 SCOPE

- (a) 看護局は、スタンダードを設置し看護系学校やプログラム運営上の規則や法規を提供することで法令を管理する。
- (b) 看護局は、公認された学校の卒業生に試験を課し、確認し、免許を交付したり更新を行う。
- (c) 看護局は、看護実践における規則や法規を設置する権利がある。
- (d) 看護局は、理由によっては免許の一時停止や取り消しも行う
- (e) 看護局は、基礎看護教育のプログラムすなわち専門学校、カレッジ、総合大学、や外国人のための交換留学プログラムを公認し公認学校を公表する。
- (f) 看護局は、免許の不活用な状態の申請を認める。
- (g) 看護局は、看護実践の取締りを行う。

- PA州でRN〔登録看護師〕ライセンスを持った人をRNという。
- 7つの Scope (看護学校のスタンダードのルールや規則を示したり、運営を管理する。学校自体を認可する。新しい規則を作る。専門学校や短大、大学、交換留学生のために交付する。
- Inactive にしたい時は評議会が認可する。
- 看護評議会のルールについて
- RN…RN についての名称独占、保証と不正についての対応
- Unauthorized Practices…6つの項目が許可されていない
- 一時的な看護資格
- 国家試験の受験資格
- 登録料
- 教育プログラムのスタンダード
- 教育プログラムの維持、除去など
- USA 以外の卒業者の場合
- 実践の資格を与えられた人について
- 免許・期間・再登録料・inactive Status (無活動)
- ひとつ以上の州で資格を持っている人の報告の義務
- 行政上の罰則や罰金
- 看護評議会に報告する事柄
- 罰金
- 資格
- 機能不全の看護師についてのプログラム
- 機能不全の看護師どうやって資格を与えるのか
- 一時的な自動的な中断、資格の再取得、剥奪しなくてはいけない場合
- 強制命令やライセンスを剥奪された場合
- 文書持参証人召喚令状
- 言葉の定義
  - (Ns Act…看護職の実践に関する法律、資格・免許・撤回・中断・上訴・規制・法律の廃止・処方権) が書かれていてその中には看護のスタンダード

## RN の責任

### § 21.11 一般的な機能：

RN は個人や家族の人間の反応をアセスメントし、計画立案・介入・評価を行う責任がある、責任の遂行に下記の機能がある。

- ① ニーズを得るために完全な情報収集する。
  - ② 個人や家族の健康状態について得られた情報が一般的な基準とどうなのか比較して健康状態を分析する。
  - ③ 目標とナーシングケアを決定する。
  - ④ ケアを実践して、個人の Well-being を維持回復する。
  - ⑤ 個人と家族を巻き込んで維持・回復する (ヘルスプロモーション)。
  - ⑥ 実践したケアの質について効果の有無を評価する。
- RN は資格を持つ看護師として全ての実践に全責任をもち、質の高いケアの提供に説明責任がある。
  - RN は、自己の知識や技術が十分でない高度専門化の分野は、十分な知識や技術なしで行ってはならない。
  - 安全で効果的な実践を行うために適切な看護協会が開発された、看護の基準、専門職としての行動を看護評議会は、認可する。

## § 21.12 静脈注射についての RN の役割と規則：

静脈穿刺、溶液の注入、静脈採血に関しては、以下の規則以外に実践してはならない。

- ・ 資格のある医師から患者のために書かれてオーダーがあること。
- ・ 静脈穿刺を行なう RN は教育と実践についてスーパーバイズされねばならない。
- ・ 静脈注液、薬剤、血液などを静脈注射を行う RN は、教育とスーパーバイズされていなければならない。
- ・ 看護師ができる静脈薬剤と医師が行う薬剤が明確にされていること。施設又は施設以外で働く人の場合は管轄者により医師、薬剤師、看護師のなかの委員会決定され明確化し維持されねばならない。
- ・ 静脈注射液、薬剤は、明細に書かれた医師のオーダーが必要。
- ・ 輸血は、患者にオーダーされた血液か確認する。
- ・ 正確な記録を残す。
- ・ 開始時間
- ・ 薬液・薬剤名
- ・ 薬液量
- ・ 患者の反応

## § 21.13 救急蘇生と呼吸：

## § 21.14 与薬：

## § 21.15 EKG モニターリング・除細動：

## § 21.16 予防接種・スキントテスト：

## § 21.17 麻酔：

## § 21.18 看護行為のスタンダード

### (a) RN は以下を行う

- (1) RN として特別な知識、準備、経験のもとに適切で有能な看護実践が遂行できる時のみ特殊な実践を行う
- (2) 看護提供時は、相手の心身の濫用という観点から個人の自由意思の権利を尊重し、考慮する。
- (3) 患者を不適切な、虐待的行為、不法行為から保護する。
- (4) 患者の尊厳、プライバシーの権利、情報の秘密性に関し保護する。  
このスタンダードは法律〔子供の虐待、高齢者の虐待〕により情報を報告することと相反しない。
- (5) 正確な記録と記録の管理を行う。

### (b) RN は以下のことを行わない

- (1) 意図的に誰かに法律や規則違反や回避の援助を行ったり先導する。
- (2) 看護サービスを提供するにあたって、年齢、婚姻状態、性、性的思考、民族、宗教、診断名、社会経済状態又は機能障害等からの差別
- (3) 意図的に免許を持たない他人に、自分の看護免許や一時的看護免許を使用させ看護師と思わせるような行為
- (4) 雇用主や患者から備品や物品や所有物、薬剤、現金の濫用
- (5) 患者や家族から不適切な現金や備品や所有物を無理に懇願したり、借用する。
- (6) 自分に割り当てられた仕事を正確な報告なしに、又は、上司に伝えないで去る。
- (7) 看護ケアが必要な患者を意図的に置き去りにする。置き去りとは、看護師が責任がある患者さんを意図的に見捨てることである。
- (8) 記録の偽造や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う。



## 施設における新人看護師の看護記録のオリエンテーション(例)

## NSO(Nursing Service Organization)

## Do's and Don'ts of documentation

<http://www.springnet.com/legal/1-97advo.htm>

良い記録自体が自己を守るだけでなく、訴訟の対象にもならない。

われわれは完全で正確で時期を得た記録でなくてはならない。

ここでいう、医療過誤を予防するために NSO における 1 日のセミナーでおこなった事柄である。

## 行うこと (DO's)

記録の前に正しいカルテ (その患者のカルテかどうか) であることのチェック

- ① 看護プロセスを反映したものであり、専門職としての能力が表現された記録であること
- ② 他人が読めるように書く
- ③ 与薬時の時間、与薬方法、患者の反応を記録する
- ④ 予防または予防方法を用いた事実を記録する
- ⑤ 医師に電話した正確な時間、内容、医師の反応を記録する。
- ⑥ 治療や薬を拒否した場合に記録する。
- ⑦ 拒否した場合は、上司と医師に伝えたことを記録する。
- ⑧ ケアを行った時間を記録する。
- ⑨ 記録終了後に追加したい出来事が生じた時は、「追加」として日時を記録する。
- ⑩ 全体像がわかるように記録する。

## してはいけないこと (Don't)

- ① 症状を書くのではなく、痛みに関して何をしたかを記録する。
- ② いったん書かれた患者記録を改ざんしない。これは犯罪である。
- ③ 承認されていない略語での記録はしない。
- ④ 不正確な (あいまいな) 情報の記録はしない。
- ⑤ 薬を与えなかった理由として (薬がきれていたから・・・というようなことは記録してはいけない)
- ⑥ 他人が言ったこと、感じたことなどは記録に書かない。ただし、その情報が非常に重要な場合には ( ) として挿入する。
- ⑦ 記録を先にしない。やっていないことを先に記録しない。これは不正行為である。