

看護記録に関する教材の例

メヂカルフレンド社 2005 看護学入門
 「基礎看護Ⅰ 基礎看護技術・V記録と報告
 (日本赤十字看護大学千葉京子助教授)」より抜粋

A 看護記録とは

記録とは、自分の知っている事実を他者に伝えたり、自分の記憶にとどめるために、文字や記号を用いて記述すること、あるいは記述したものである。報告はその記録を活用して行われる。

看護記録は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。看護記録には患者の全体像が記述されていることが望まれる。そして必要な情報が詳細に記述されていれば、それは患者に提供した看護の質、ケアの結果を評価し、患者がさらに必要とする看護を明確にすることができる。

1. 意義	<p>看護師は観察により得た情報をアセスメント（査定）し、患者に必要な看護計画を立案し、実施する。ケアの結果も含めて、継続される看護の科学的裏づけのためにも評価し、また、新たな情報を観察する。看護実践を評価するには、的確な記録を欠かすことはできない。</p> <p>膨大な量の情報を正確に記憶し続けることは困難である。また、患者にかかわる他の医療従事者と情報を共有するためにも記録は必要である。</p>
2. 目的	<p>1) 看護ケアの質の証明</p> <p>患者の状態を観察し、アセスメントしたうえで看護計画を立て、実践するための資料とする。ケアに対する患者の反応や看護計画の変更も記録する。これにより実施した看護ケアが妥当であったか否かが判断でき、質の証明ができる。</p> <p>2) チーム医療を促進するための情報提供</p> <p>患者にとって身近にいる看護師によって観察された記録は、他の医療従事者の治療や訓練、指導を計画するうえで貴重な資料となる。</p> <p>3) 看護教育や研究の資料</p> <p>事実に基づく科学的な記録は、看護学生や他の医療従事者の教材となる。また、看護実践の記録から、看護を客観的にとらえ、その普遍性を見出す</p>

ためにも役立つことができる。

4) 法律上の資料となる

患者が受けた医療行為で問題が生じた場合、看護ケアはどのように提供されていたかを示す証拠書類になることがある。

3. 種類

記録の種類は種々あるが、診療記録とは、診療情報が紙等の媒体に患者ごとに記載されたものであり、診療録（カルテ、病歴）と看護記録、処方箋、検査記録、X線写真など医療に関係あるすべてが含まれる。

1) 記録者による分類

(1) 医師によって記録されるもの

①診療録：診療を受けた者の住所、氏名、性別、年齢、病名および主要症状、治療方法（処方および処置）、診察の年月日（医師法施行規則第23条）。法的には5年間保存の義務がある（医師法第24条）。

②医師指示書：患者に行われる与薬や検査処置などを医師からの指示（オーダー）として記録するものである。口頭受理は間違いのもとになるおそれがあるので、必ず記録によって受けることを徹底する。また、指示を受ける場合は、指示内容を確認し、署名して責任を明らかにする。指示事項は師長（主任）に報告する。

(2) 看護師によって記録されるもの

①看護記録：看護に関する記録には、一人ひとりの患者について記述している記録と日報や月報などのように看護単位ごとに記述されている記録がある。

一人ひとりの患者について看護師が記述しているものを看護記録と称している（図1-26, 27）。患者の発達段階や健康レベルなどによって、記録様式には多少の違いがある。

②体温表：体温、脈拍、呼吸の値を折れ線グラフで表すもので、一般に体温は青色、脈拍は赤色、呼吸は黒色で記入される。その他、血圧、排尿・排便の回数や性状、食事の種類、などの記入欄がある。必要に応じて与薬、検査、手術、分娩の経過なども記入される。したがって、体温表を見れば、患者の病状の概要を知ることができる（図1-28）。

③看護計画表：施設によって様式は一定していない。個々の患者の抱えている看護問題を取り上げ、それに対する看護目標、計画、実施、評価などを記述したものである（図1-29, 30, 31）。

④その他（看護要約）：転出・退院・転院時に、主に入院中の患者の経過を簡潔にまとめ、看護の継続性を保つものである（図1-32）。

医師が書く診療録は医師法第24条に規定があり、医療法第21条には診療に関する諸記録、医療法第22条の2には特定機能病院が備える診療に関する諸記録が規定されており、そのなかに看護記録も含まれる。

しかし、看護師が記録を記載することに対する責任、および記載する場

合の具体的な事項は明確にされていない。保健師助産師看護師法（保助看法）に規定されているのは助産録だけである。

医薬品による健康被害問題を契機に、診療情報の提供について論議され、1998年6月に「カルテ等の診療情報の活用に関する検討会報告書」が厚生省に提出された。そのなかで次のような診療記録開示が提言されている。

「診療情報を積極的に提供することは医療従事者の責務である。情報を提供する時に患者が診療記録を見せてほしいと求めた場合には、患者が診療記録にアクセスできるようにする。」

開示を前提とした看護記録に関する知識を身につけ、実践に生かせることが必要である。

2) 看護記録の様式による分類

経時的な出来事を中心として記述する記録、問題志向型(POS)、フォーカスチャータリング等がある。どの様式にも共通する構成要素は、患者に関する基礎情報、看護計画、経過記録の3要素である。

(1) 経時記録

経時記録は、伝統的な看護記録の方式である。時間を追って記録する。患者の経過や看護師の行為がわかりやすい。

(2) 問題志向型 (problem oriented system : POS)

問題志向型とは、問題ごとに経過を記録する問題志向システムに基づいた記録方式である。

POSの構成要素は、POR、オーデイト、修正の3つである。

①POR (problem oriented record) は、POSを使って記述された診療・看護の記録である。この内容は、基礎データ、問題リスト、初期計画、経過記録、退院時要約である。

②オーデイト (audit) は、POSによる記録の監査あるいは振り返りのことである。提供されたケアが適切であったかどうかを振り返る。その内容は、記録内容の適正性、記録内容の確実性、記録内容の欠陥の発見の3つである。

③修正とは、オーデイトした内容に欠陥を発見した場合に記録を修正することである。

看護記録と医師の記録は別々になっていることが多いが、POSではチーム医療によって患者の問題を解決していくので、記録の共有・情報の共有が特徴ともいわれる。POSの本来の考え方に則り、同じ用紙に種々の医療従事者が記録している医療施設もある。

なお、経過記録はSOAPまたはSOAPIEに従って記録される。

SOAP

S : subjective data	主観的データ
O : objective data	客観的データ
A : assessment	S, Oに基づいた看護師の判断

	<p>P : plan 看護計画・看護行為</p> <p>SOAPIE</p> <p>S : subjective data 主観的データ</p> <p>O : objective data 客観的データ</p> <p>A : assessment S, Oに基づいた看護師の判断</p> <p>P : planning 看護計画</p> <p>I : intervention 看護行為</p> <p>E : evaluation 評価</p> <p>(3) フォーカスチャーティング</p> <p>フォーカスチャーティングとは患者の記録を患者の反応・状態のあることに焦点（フォーカス）を合わせて、そのフォーカスについて、看護過程に沿い、かつ、対人関係が明示できる方法で記録したものである。DARで記録される。</p> <p>DAR</p> <p>D : data 情報（患者の行動・患者の状態・看護師が観察した内容）</p> <p>A : action 実行（看護行為の計画・実際の看護行為）</p> <p>R : response 反応（看護あるいは医療上のケアに対する患者の反応・ケアの結果）</p>
<p>4. 方 法</p>	<p>脳梗塞による視野障害が生じた患者の事例（図1-26～32の事例と同じ）から、経時記録、問題志向型とフォーカスチャーティングの記録例を以下に示す。</p> <p>—【事例説明】—</p> <p>Aさん、88歳、男性。 右後頭葉脳梗塞、左同名半盲、視野障害。</p> <p>入院時から、見えなくなったことに対する不安を強く訴えている。入院4日目、9時30分、「見えなくなった。いつになったらよくなるんだ。困るな…」「あー、見えない。見えない。これじゃ、だめだ。B子(妻の名前)。B子」と興奮気味に訴えていた。</p> <p>a. 経時記録</p> <p>7/29 9:30 訪室すると、興奮気味に「あー、見えない。見えない。これじゃ、だめだ。B子。B子」と訴えている。奥様がもうじき面会にいらっしゃることを伝えた。花や指の認識はできるが人の顔の輪郭がぼやけて識別が難しいようだ。視野の障害に対して悲嘆、不安感を強めている。車椅子乗車の許可がでた。</p> <p>b. 問題志向型POS</p> <p>7/29 日勤</p>

#1 右後頭葉脳梗塞による突然の視野障害 (左同名半盲) や入院による環境の変化による心理的動揺

S: あー, 見えない. 見えない. これじゃ, だめだ. B子, B子.

O: 訪室すると, 興奮気味に訴えている. 対光反射 (+), 瞳孔不同 (-). 花や指の認識はできるが人の顔の輪郭がぼやけて識別が難しいようだ. 妻は10時に面会の予定.

A: 意識レベル変化なし. 視野の障害に対し心理的動揺がみられる. まず傾聴が必要. 患者は妻を頼りにしているので, 妻に患者の病状や心理状態の説明を行い, 患者をサポートしていただけるようにする. 妻と協力してサポートしていくことが重要である. 妻の心理面も考慮する.

P: 患者の訴えを傾聴する. 妻の思いも傾聴しながら, 妻に患者の病状や心理状態の説明を行い, 患者のサポートを依頼する.

車椅子乗車の許可が出たので, 気分転換をかね, 妻と一緒に散歩を計画する.

c. フォーカスチャーティング

7/29 9:30 突然の視野障害 (左同名半盲) に対する心理的動揺

D: 「あー, 見えない. 見えない. これじゃ, だめだ. B子, B子」, 訪室すると興奮気味に訴えている. 対光反射 (+), 瞳孔不同 (-). 花や指の認識はできるが人の顔の輪郭がぼやけて識別が難しいようだ. 視野の障害に対し動揺し, 不安を強くしている. 妻は10時に面会の予定.

A: 患者の訴えを傾聴するとともに病状の説明を行う. 妻は10時に訪室することを伝える. 妻に患者の病状や心理状態の説明を行い, 患者のサポートを依頼する. 妻の思いも傾聴する.

R: 奥様はもうじきいらっしゃると伝えると, 「うん, うん」と頷き, 落ち着きを取り戻した.

5. 記録の基本

1) 読みやすく正しい文字で記録する

行った看護を記録する理由の一つは, 医療従事者間のコミュニケーションを図ることである. 読みにくい記録は, 読み手を混乱させ, 理解に無駄な時間を使わせることになる.

乱雑な文字は誤解を招き, 看護に支障をきたしたり医療事故につながる場合もある.

2) 専門用語は正しく用いて記録する

専門用語を曖昧に使用することは避ける.

3) 要点を簡潔明瞭に記録する

記録の内容を整理し, 要点を押さえ簡潔明瞭に記入する.

4) 迅速に記録する

観察した結果をできるだけすみやかに記録する. 実施直後ほど記憶が明

	<p>瞭であるからである。すぐに記録できない場合は、その場でメモをとり、後で看護記録に転記する。</p> <p>5) 客観的に記録する</p> <p>看護師は自ら観察した内容を客観的データとして正確に記録する。患者が述べた内容は主観的データとして、患者が使った言葉をそのまま記録する。データとアセスメントを区別して記述する。</p> <p>自分が直接得た情報でない場合は、情報源が誰であるかを記録する。</p> <p>6) インクまたはボールペンで記録する</p> <p>保管されることを考慮する。色は基本的には黒を使う。</p> <p>7) 署名をする</p> <p>記録者が誰であるか責任を明らかにするために署名をする。</p> <p>8) 訂正の方法</p> <p>法律上の資料となることもあるので、訂正は2本線を引く。</p>
<p>6. 管 理</p>	<p>診療録の保存については、医師法第24条の2に示されている。患者の受療中と受療後による記録の管理について述べる。</p> <p>1) 受療中の管理</p> <p>患者が入院している場合は、病棟で看護記録のほか、診療録、体温表や検査結果などを看護師が管理している。外来診療の場合は、事務部門によって中央管理を実施していることが多い。</p> <p>2) 受療後の管理</p> <p>受療が終了した患者の診療記録は中央管理され、5年間の法的保存期間を経過したものについては原則的には処分される。実際の保存期間は長くなっており、永久保存のためのマイクロフィルム化が行われている。</p>
<p>7. 記録内容を充実させる方略</p>	<p>人間の成長・発達に関する知識、主要な疾病に関する知識、症状に関する知識など看護を行ううえで必要な基本的知識を身につける。</p> <p>記録を看護に生かせるよう系統的、論理的思考能力を高めることが大切である。</p>

患者のケアに精一杯で記録が後回しやおろそかになりやすいが、記録を通じてよりよい看護を実施できることを忘れてはいけない。

看護師国家試験出題基準

領域：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	中項目	小項目
1. 共通基本技術	A 人間関係を成立し発展させるための技術	a コミュニケーション技術 b カウンセリング技術 c グループワーク、グループダイナミクス
	B 人間の成長を促すための技術	a 教育 b 相談・指導
	C 安全を守るための技術	a 感染コントロール（無菌操作、手洗い、感染症の取り扱い、針刺し事故防止）
	D 事故防止	a 安全管理対策（システム、機器点 b 誤与薬、誤認の防止、転倒・転落の防止、人工呼吸器管理
	E 効率的で安楽な動きをつくりだす技術	a ボディメカニクス b 安楽な姿勢
	F 観察技術	a 身体面のアセスメント （体温、脈拍、血圧、呼吸、意識、身体計測） b 精神面のアセスメント （不安、恐怖）
	G 記録・報告	a 記録・報告の目的 b 記録の種類（POS、フォーカスチャートを含む） c 記録・報告の条件（情報開示を含む）

看護師国家試験問題の例

問 誤っているのはどれか。

- 1 診療録の法定保存期間は4年間である。
- 2 看護記録は実施した看護を評価する資料となる。
- 3 看護記録を簡略化するための書き方の取り決めをする。
- 4 看護記録はインクまたはボールペンで書く。

問 看護の記録について誤っているのはどれか。

- 1 注射施行後、時刻、薬剤名、量、方法、部位、施行時の状態を記入した。
- 2 血圧を測定した後「178～116mmHgで高血圧症である」と記入した。
- 3 患者が検査についての不安を訴えたので直接話法で記入した。
- 4 左前腕に冷電法をしたのに右と間違えて記入したので、2本線を引いて訂正した。

問 看護記録の原則として正しいのはどれか。

- a. 患者の訴えを直接話法で書く。
 - b. 頭痛（＋）等と簡潔に書く。
 - c. 箇条書きにする。
 - d. 署名の際には姓名を明記する。
1. a、b 2. a、d 3. b、c 4. c、d