

情報開示に向けた訪問看護記録の見直し

- Y訪問看護ステーションにおける取り組み -

三宅 久枝¹⁾・若井 豊子²⁾・北村 浩美³⁾

1) 新潟青陵大学看護福祉心理学部看護学科

2) 南魚沼市ゆきぐに大和病院

3) 南魚沼市訪問看護ステーション

Review of visiting nurse records to respond to Information Disclosure

- Attempt of Y visiting nurse station -

Hisae Miyake¹⁾・Toyoko Wakai²⁾・Hiromi Kitamura³⁾

1) NIIGATA SEIRYO UNIVERSITY DEPARTMENT OF NURSING

2) MINAMIUONUMA CITY PUBLIC YUKIGUNIYAMATO HOSPITAL

3) MINAMIUONUMA CITY VISITING NURSE STATION

Abstract

With the review process of the visiting nurse records at Y visiting nurse station, this report attempts to deliberate practical issues to respond to information disclosure at visiting nurse stations.

As a result, we considered the following as practical issues for information disclosure of visiting nurse stations;

- ・ To organize the systems of nurse stations to respond to information disclosure
- ・ Standardization of visiting nurse services
- ・ To improve the contents of nursing records written by visiting nurse staff

Key words

Visiting Nurse Station, Information Disclosure, Nursing records of Visiting Nurse Station

要 旨

本稿は、Y訪問看護ステーションにおける訪問看護記録の見直し作業の経過より、訪問看護ステーションにおける訪問看護情報の開示に対応するための実際的な課題を考察することを試みている。

その結果、「情報開示に対応するための事業所体制づくり」「訪問看護サービスの標準化」「訪問看護スタッフの記録の力量向上」の3つが訪問看護情報の開示に対応するための実際的な課題として考えられた。

キーワード

訪問看護ステーション、情報開示、訪問看護記録

1. 緒言

情報化社会といわれ、様々な分野で情報公開が進んでいる。

医療・保健・福祉分野においては、1997年改正の医療法にインフォームドコンセントの理念が取り入れられた。2000年施行の介護保険制度では、利用者への介護保険サービス提供において、サービス提供者によるサービスの説明と、それに対するサービス利用者の同意を得ることがサービス事業者に義務付けられており、介護サービスの客観性・透明性を確保し、利用者の自己決定を重視したサービス提供が行なわれている。

更に、2005年4月の個人情報保護法全面施行に向けて、厚生労働省では医療、および、介護サービス事業者における個人情報取扱いを検討する「医療機関等における個人情報の保護のあり方に関する検討会」が設置される等、個人情報の保護と情報開示が積極的に推進されている。

看護記録は、「看護実践の一連の過程は記録される」、「看護職者の思考と行為を示す」と定義されており、看護実践において重要なものとなっている。しかし一方では、助産師の助産録を除いて看護者としての法的な記録記載義務はなく、看護記録記載の責任所在は曖昧になっている。

重要とされながらも、その責任が明確でない看護記録であるが、情報開示の流れを受け、1999年日本看護協会は看護記録を含む診療記録の開示の法制化に関する見解を表明し、2000年には『看護記録の開示に関するガイドライン』³⁾を提示している。更に、訪問看護振興財団より『訪問看護情報提供に関するガイドライン』⁴⁾が示され、看護領域においても情報開示の動きは活発化している。

これらのことから、利用者の自己決定に基づいた看護サービスを提供するためには、情報開示（情報提供）に対応できる看護記録は欠かせない。また、看護記録は看護実践を示すという定義から、看護記録を見直すことは、日頃の看護実践を見直すことであるといえる。そして、その作業をとおしてケアの質の向上が見込まれると考えられる。

Y訪問看護ステーション（以下、Yステーションと略す）では、「情報開示に対応する」、「看護記録から訪問看護サービスを見直す」という趣意により、訪問看護記録を改善する取り組みを行っている。この取り組みにおいて、訪問看護記録の開示に対応するためのYステーションにおける課題を明らかにするため、訪問看護記録の見直し作業（以下、記録見直し作業と略す）を行なった。

本稿はYステーションにおける記録見直し作業の経過と、その作業結果から考察された情報開示に対応するための訪問看護記録における実際的な課題について述べる。

2. Y訪問看護ステーションの概要

Yステーションは日本でも有数の豪雪地帯であるA県東南部に位置する公立の訪問看護ステーションである。隣接の町に支所が1ヶ所あるほか、総合病院、特別養護老人ホーム、デイサービスセンター、ヘルパーステーション、在宅介護支援センター、健診センター、行政の保健部門で組織する「総合医療福祉センター」の一施設として機能している。また、介護保険居宅介護支援事業を兼営しており、ステーションの常勤職員は全員介護支援専門員としても業務を行っている。

サービス提供範囲は事業所所在地を含めて3市町で、いずれの市町も高齢化率20%以上を占める高齢化が著しい地域である。

利用者は約160名、利用者の多くは高齢者で介護保険を利用して訪問看護サービスを使用している。

スタッフは支所を含め、保健師2名、看護師4名、理学療法士2名、作業療法士1名、事務1名で、そのうち看護師1名、事務は非常勤職員である。

看護方式は原則として受持ち制を採用している。また、看護記録のうち経過記録の記載方法として、フォーカスチャ・ティング方式⁵⁾を採用している。

3. Y 訪問看護ステーションにおける訪問看護記録の見直し作業

訪問看護記録の見直し作業の方法は次のとおりである。

1) 記録見直し作業の視点

記録見直し作業は、情報開示に対応するための【事業所の体制】、訪問看護記録の用紙や記述、記載方法等の【訪問看護記録物】の2つの側面を見直しの視点とした。

2) 作業方法

記録見直し作業は、記録点検項目を設定し、その項目に基づいて点検作業を行なった。

点検項目の設定

看護記録の情報開示に関するガイドラインである『看護記録の開示に関するガイドライン³⁾』および、『訪問看護情報提供に関するガイドライン⁴⁾』の2つを参考として、見直しの視点【事業所の体制】【訪問看護記録物】のそれぞれについて点検項目を設定した。項目の詳細を表1に示す。

【事業所の体制】の項目としては、訪問看護ステーションにおいて<整備すべき記録・掲示すべき文書の有無>、<記録の保管方法>、<訪問看護情報提供方法>、<訪問看護記録の開示方法>の4つを設定した。

表1 訪問看護記録点検項目

事業所体制	
<整備すべき記録、掲示すべき文書の有無>	<ul style="list-style-type: none"> 指示書、訪問看護計画書・報告書、日常の訪問看護記録、訪問看護情報提供書が整備されているか ステーションの理念などステーション運営に関する基本文書が掲示されているか
<記録の保管方法>	<ul style="list-style-type: none"> 記録管理の責任者が決められているか 保存期間は適切か 保存場所は適切か
<訪問看護情報提供方法>	<ul style="list-style-type: none"> 訪問看護に関する利用者への情報提供はどのように行っているか 訪問看護情報提供方法は標準化されているか
<訪問看護記録の開示方法>	<ul style="list-style-type: none"> 実際に開示請求があった場合、スムーズに対応できるか 開示請求への対応は標準化されているか
訪問看護記録物	
<記録構成要素>	<ul style="list-style-type: none"> 「基礎情報」「看護計画」「経過記録」の概念^{注1)}に対応する記録用紙が整備されているか 「基礎情報」「看護計画」「経過記録」の概念^{注1)}に対応する内容が記載されているか
<記録用紙>	<ul style="list-style-type: none"> 記録用紙の未記入、重複記載などが無く、効率的に活用されているか
<記録方法>	<ul style="list-style-type: none"> フォーカスチャート方式に則った記載を行っているか フォーカスと記載内容が合っているか 情報の記述(D・A・Rなど)は適切か
<記載内容>	<ul style="list-style-type: none"> 看護行為の記録は指示書に基づいた内容か 『記録で行なうべきこと、行なってはいけないこと』^{注2)}(表2)に則った記載を行っているか

注1),注2)「日本看護協会：看護記録の開示に関するガイドライン．東京：日本看護協会出版会，pp12-13，2000」より引用

表2 記録で行うべきこと、行ってはいけないこと^{注)}

<行なうべきこと>

1. ケアを行なう前と行なったケアを記録する前に、他のケア提供者が何を書いているかよく読む
2. 問題点として挙げられたものがケアされずに放置されていないかどうか確認する
3. ケアを行なった後はできるだけ早い時点で記録するようにする
4. 患者の行動やことばを直接引用し、患者に何が起こったか、どのようなケアを誰がいつ実施したのか、またその反応等の事実を正しく記録する．必要に応じて、関連図や絵、写真を貼付するなどして具体的に示すようにする
5. 読みやすいように書く．決められた記録の様式で記入する
6. 略語を用いるときは、各施設のマニュアルに記載され認められている略語のみ用いる
7. すべての記載に日付と時刻を記入する
8. 記載者は定められた形式で署名を行う
9. 訂正する時には2本線を引き、署名と日時を記載する
10. どのページも記入されているか、もし両面使用紙なら両面ともに記入されているか確認する

<行なってはいけないこと>

1. 前もって、これから行う処置やケアを書いてはいけない
2. 自分が実際に見ていない患者の記録をしない
3. 意味のない語句や患者のケアおよび観察に関係のない攻撃的な表現をしない
4. 患者にレッテルをはったり、偏見による内容を記録してはならない
5. 「～と思われる」「～のように見える」といったあいまいな表現はしない
6. 施設において認められていない略語を使わない
7. イニシャルや簡略化した署名は用いない
8. 記述間違いを修正液で消したり、消しゴムを使ってはならない．間違っただ箇所を記録から除いてはならない
9. 消されるおそれのある鉛筆や、コピーでよく写らない青インクでの記載はしない
10. 記録の途中で行を空けない

<注意深く行うこと>

1. 患者の態度や正確などについて否定的な内容の記述をする時
 2. 病状や診断、治療など医師の領域に踏み込んだ書き方をする時
 3. その他の患者との信頼関係を損なうおそれのある事項を記載する時
-

注) 「日本看護協会：看護記録の開示に関するガイドライン．東京：日本看護協会出版会，pp12-13，2000」より出典

【訪問看護記録物】の項目としては、看護記録の構成要素である「基礎情報」「看護計画」「経過記録」の概念を⁶⁾満たす記録用紙(表3)が整備されているか、また、記載内

容は概念を満たしている内容であるかを問う<記録構成要素><記録用紙>、Yステーションが採用している記録手法であるフォーカスチャータリング方式に則って書かれて

表3 看護記録の構成要素と訪問看護記録

構成要素 ^{注)}	概 念 ^{注)}	訪問看護記録の種類(例)
基礎情報	看護を必要とする人についての属性・個別的な情報が記載されたもの・看護を必要とする人を理解し、現在あるいは今後必要とされるケアや問題を判別したり、ケアを計画し、実行する上で基礎となるもの	訪問看護記録 フェイスシート アセスメント記録
看護計画	看護を必要とする人の問題を解決するための個別的なケアの計画を記載したもの	訪問看護計画書
経過記録	看護を必要とする人の問題の経過や治療・処置・看護実践を記載したもの	訪問看護記録 訪問看護報告書 フローシート 訪問看護情報提供書

注)「日本看護協会：看護記録の開示に関するガイドライン．東京：日本看護協会出版会，pp10，2000」を一部改変し引用

いるかを問う<記録方法>、看護記録の記載内容の具体的な留意点として『看護記録の開示に関するガイドライン³⁾』で提示されている「記録で行なうべきこと、行なってはいけないこと」に則った記載を行っているか等を問う<記載内容>、以上の4つを設定した。

点検対象記録の選定

【事業所の体制】の点検は、ステーション内の掲示文書、運営規程を対象とした。また、<記録の保管方法>は保管場所や保管期限の実際から検討した。

【訪問看護記録物】の点検は、現在訪問看護サービスを利用している利用者の訪問看護記録より、2001年12月から2002年1月の記録（指示書、訪問看護計画書、訪問看護報告書、日常の訪問看護記録、訪問看護情報提供書）から20名分を無作為に抽出して点検対象記録とした。

点検方法

Yステーション内で設置している訪問看護記録委員会の委員2名とステーション責任者1名の合計3名が評価者となり、設定した点検項目に従って点検作業を行なった。作業の結果は評価者3名で協議を行ない、最終的な点検結果としてまとめた。記録見直し作業期間は2002年1月から2月であった。

4. Y訪問看護ステーションにおける記録見直し作業の結果

1) 訪問看護記録点検作業の結果

点検項目を用いて記録見直し作業を行なった結果は次のとおりである。

事業所体制

<整備すべき記録、掲示すべき文書>では、「整備すべき記録」は全て整備されていた。また「掲示すべき文書」についても、文書の内容や掲示方法はガイドライン⁴⁾の基準を満たしていた。

<記録の保管方法>は適切であった。

<訪問看護情報提供方法>では、看護計画やケアの効果などについて、利用者やその家族（介護者）に対して口頭での説明は行なわれていた。しかし、ステーションとしてどのような時にどのような情報を提供するか等の情報提供に関する基準を設けておらず、その実施はスタッフ個々人の判断に委ねられている状態であった。

<訪問看護記録の開示方法>では、実際に開示請求があった場合の具体的な手順が明確に定められておらず、開示請求発生時にはスムーズに対応できる体制とはなっていなかった。

訪問看護記録物

<記録構成要素>では、「基礎情報」「看護

計画」「経過記録」の概念⁶⁾に対応する記録用紙は整備されていた。

しかし、家族構成や住居の状況などの帰属情報が、現在の状態に書き換えられていない等、記載情報が、最新情報に更新されていない記録があった。

また、看護計画の問題リストに挙げられていないことが経過記録で中心的に記載されている等、看護計画が利用者の最新の状態を反映していないものが一部の記録に見られた。

他には、疾患や症状に対する収集情報の種類やアセスメントがスタッフ個人により異なっており、情報収集・アセスメントの実施方法にばらつきが見られた。

<記録用紙>では、記録用紙の項目と記載内容が一致していない記録が多く見られた。その内容としては、基礎情報用紙の項目の中で、保険番号や治療・入院状況など用紙に書ききれなくなった情報が欄外に記載されている、情報収集項目として挙げられている項目で一部未記入のものがある、「介護力」など情報収集してもアセスメントや看護計画に活かされていない情報収集項目がある等が見られた。

看護計画の用紙では、「援助日程」の欄があるにもかかわらず「看護計画」の欄に援助日程をまとめて記載する等が見られた。

<記録方法>では、フォーカスチャータリング方式の、フォーカス、データ(以下、Dと略す)、アクション(以下、Aと略す)、レスポンス(以下、Rと略す)の記録形式に沿って記載は行われていた。しかし、DやAが混同して書かれていたり、フォーカスとD、A、Rの記述内容が一致しない等、フォーカスチャータリング方式のフォーカス、D、A、Rの解釈を誤って記載しているものが見られた。

<記載内容>では、「医師の指示書」との関連において、褥瘡など症状の変化が著しい利用者の記録で、医療行為の指示を口頭で得ているものの、「医師の指示書」では、処置や投薬内容の記載が乏しいものがあった。

介護保険介護サービス計画書との関連では、介護サービス計画書において訪問看護が担当するケアは「健康管理」と記載されてい

るが、実際に提供しているサービスは「リハビリテーション」と「症状観察」であった等、介護サービス計画書の訪問看護への指示内容が抽象的であるため、実際に提供している訪問看護サービスが介護サービス計画書に基づいているとは必ずしもいえないものがあった。また、提供している訪問看護サービスが、介護サービス計画に記載されていないものが一部に見られた。

『記録で行なうべきこと、行なってはいけないこと』⁷⁾では、言葉の表現に問題があるものも多く見られた。その内容としては、「～かもしれない」「褥瘡はきれいになっている」「体調は良い」といったあいまいな表現が非常に多かった。他には、「排尿(+)」 「血圧」など施設で認められていない略語の使用、「かぜ」「肺炎をおこしている」など医学診断的な表現が見られた。

2) 情報開示に対応するためのY訪問看護ステーションにおける課題

訪問看護記録の点検作業の結果から、情報開示に対応するためのYステーションの課題として次の4つが特定された。

訪問看護サービスの標準化と記録用紙の改善

利用者の情報を収集してもアセスメント・看護計画に活かしていない記録や、記録用紙の項目と記載内容が一致していない記録が多く見られたことから、実際の訪問看護の展開と記録が対応していないことがうかがわれた。また、スタッフ個人により情報収集・アセスメントの方法が異なっていたことから、「看護記録は看護者の思考と行為を表す」という定義¹⁾に照らして考えると、提供する訪問看護サービスの質にばらつきが生じやすい状況であることが推察された。

これらより、疾患や症状への対応に差異が生じることがないように、情報収集・アセスメントや看護の効果を評価するための視点のある程度統一化する必要がある。そのためには、褥瘡、ADL機能障害、在宅酸素療法など、訪問看護利用者に多く見られる症状や治療法の処置や対応に関して、訪問看護サービスの標準化を行うことが課題として考えられた。また、訪問看護サービスを標準化した内

容と実際の看護展開を十分考慮した記録用紙に改善する必要があると考えられた。

記録方法のトレーニング

訪問看護記録の点検結果では、フォーカスチャート方式の書き方に誤りが多かったこと、記載された言葉の表現に不適切なものがみられたことから、記録方法に問題があることがうかがわれた。

Yステーションでは、記録手法であるフォーカスチャート方式を導入する際に、スタッフに対する説明会を実施していたが、その後のトレーニングはスタッフ個人に任されていた。また、看護方式として受持ち制を採用しており、利用者の訪問看護記録を受持ち以外のスタッフが見ることは少ないため、記録の客観性を損ねることを助長している状況があると考えられた。

これらのことから、フォーカスチャート方式の継続的なトレーニングを実施する、主観・客観情報を的確にとらえ、適切な表現で提供した看護サービスを記録することができるようにする訓練を行う等、記録方法のトレーニングが必要であると考えられた。

情報開示に向けた業務マニュアルづくり

利用者への訪問看護の情報提供は口頭で行われているものの、その実施方法はスタッフ個人個人の判断に任せられている状態であった。

情報開示については、Yステーションが所属する自治体には個人情報保護条例が制定されているが、実際に利用者から開示請求が生じた場合、対応する担当者や利用者との交渉など実務的な手順がステーションとして定められていなかった。

これらより、利用者への情報提供に関する業務基準や、ステーションとしての情報開示マニュアルを作成する必要があると考えられた。

訪問看護記録のチェック体制の整備

前述の課題「記録方法のトレーニング」で述べたが、Yステーションではスタッフは受持ちの利用者以外の記録を見ることがほとんどないため、他者から記録を評価される機会が少なく、このことがスタッフの記録に関する力量に影響していることがうかがわれ

た。

これより、今回の点検作業で指摘されたスタッフの記載に関する問題点を盛り込んだチェックリストを作成し、このチェックリストを使用して他者による記録の評価を行う等、訪問看護記録を他者の目で評価する体制を整備する必要があると考えられた。

5. 考察 - 訪問看護ステーションにおける情報開示に対応するための実際的な課題 -

Yステーションにおける訪問看護記録の点検作業の結果を踏まえ、訪問看護ステーションにおける情報開示に対応するための実際的な課題について、次のように考察した。

1) 情報開示に対応するための事業所体制づくり

日本看護協会が2002年に行った全国調査では、診療記録の開示規定を持つ病院は49.2%と報告されている⁸⁾。訪問看護ステーションの開示規定に関する調査は今回検索することはできなかった。しかし、日本看護協会の調査結果や、多くの訪問看護ステーションが個人情報保護法における「個人情報取扱事業者」としての義務から除外されることが予測されること、そして、Yステーションの記録の点検結果を鑑みると、訪問看護事業所レベルでの情報開示への対策は現在整備段階であると推察される。2005年4月には個人情報保護法が全面施行されることから、訪問看護ステーションにおいても情報開示に対応するための事業所体制を早急に整備する必要があると考える。

『訪問看護情報提供に関するガイドライン』では、訪問看護ステーションにおける情報開示の実施方法や留意点が示されており、情報開示の原則的な方法は周知されつつあるといえる。しかし、適切な情報開示を実現するための実際の体制づくりにおいては、困難な点があると考えられる。

第一点目として、ガイドライン⁴⁾では開示困難事例への対応等において第三者的な協議機関(ガイドラインでは、訪問看護ステーション設置母体の関係者等で組織される『開示委

員会』を例示している⁹⁾を設置するとしているが、事業所として独立した形態をとっている訪問看護ステーションでは、そのような協議組織を設置することが難しい場合がある。

Yステーションのように母体組織を持つ訪問看護ステーションは、その母体組織の協力を得ることで第三者協議機関の設置は可能であろう。しかし、母体組織を持たない訪問看護ステーションは第三者協議機関の設置は困難である。この点については、厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報¹⁰⁾の適切な取扱いのためのガイドライン」の実施状況等、情報開示に関する動向を見据えて対応する必要があると考える。

第二点目として、情報の開示範囲を判断することが難しい場合があることが考えられる。

在宅ケアは訪問看護師だけでなく、医師や訪問介護員、介護支援専門員など様々な専門職種と協働して行われるものである。特に医師は訪問看護の指示者であるため、密接な関係を持っている。

口頭での医師の指示は、通常は訪問看護記録に記録される。また、医師が発行する「医師の指示書」は情報開示の対象文書とされている¹¹⁾。ガイドライン⁴⁾では開示請求が発生した場合、主治医に対して開示請求の発生や「医師の指示書」の開示有無を確認するよう促している。しかし、悪性腫瘍の未告知など病状や治療方針が患者の状態を考慮し明確に本人に説明されていないケースの開示請求が発生した場合、開示する情報の範囲について、開示請求者である本人の療養上の不利益や、訪問看護業務遂行に著しい支障が発生するおそれがあることを考慮すると、「医師の指示書」や他の記録について開示の範囲を判断することは非常に困難であることが予測される。

そのような事態に対応していくためには、ステーションで設けた情報開示の実施方法を主治医や介護支援専門員などケアチームの関係者に周知すること、特に主治医に対しては、前述のような開示が困難なケースへの対処方針をあらかじめ相談しておくことが必要と考える。

2) 訪問看護サービスの標準化

訪問看護ステーションにおける訪問看護は、利用者の主治医が発行する「医師の指示書」に基づき行われるサービスである。また、対象者が介護保険を利用する場合、利用者の介護サービス計画により訪問看護サービスの内容は決定される。これらの訪問看護サービス提供に対する指示は、書面で行われることが原則である。しかし、Yステーションでは訪問看護指示内容と実際に提供しているサービスが記録上では異なるように見えるケースがあった。

褥瘡、在宅酸素療養、糖尿病インスリン療法¹²⁾の在宅自己注射などの処置は、その時々¹³⁾の利用者の状況に応じて、当初指示されていた内容を変更することが多い。訪問看護サービスの提供においては、主治医の指示の内容、特に医療的な処置に関する指示は明確にする必要があり、指示内容が具体的でない場合、指示を確認することは大原則である。しかし、実際にはYステーションで見られたように、刻々と状況が変化する利用者については、主治医から口頭で指示を得たとしても、その都度「医師の指示書」を得ることは現実的には困難な場合が多いと推察される。

2003年厚生労働省は「新たな看護のあり方に関する検討会」報告書¹²⁾において、「療養上の世話」は治療方針を踏まえ看護者の判断で行うべきであるという法令上の解釈や、医薬品等の使用量・使用方法について医師の包括的指示範囲内での看護判断が可能であること、死亡診断前の清拭などの考え方など、訪問看護の実践において重要な指摘を行っている。これらの指摘や前述の訪問看護現場の実情を鑑みると、実際に行っている訪問看護サービスについて、ケアに対する判断基準や提供するケア内容などを標準化し、在宅ケア関係者、特に主治医に対してあらかじめ提示し、承諾を得ることが必要であると考えられる。

既に、2000年に川村らにより医療処置管理看護プロトコル、および、医師との「管理協定書」が例示されている¹³⁾が、これらの文献を参考にするなど各訪問看護ステーションの実情に合わせたものを策定し、訪問看護の現場で実践していくことが必要であろう。

3) 訪問看護スタッフの記録の力量向上

訪問看護は施設内看護とは異なり、看護者が単独で対象者の生活の場を訪ね、その場で看護を提供する。この点は個々の利用者の生活状態に合わせた看護を提供することができ、対象者への利益も大きい。しかし一方では、利用者の生活の場での看護は、他者の目に触れにくく密室性が高いことから、提供したケアやその成果の客観性、つまり、看護サービスの透明性に十分配慮する必要がある。

また、サービスには訪問看護利用料が定められていることや、看護で使用する物品の多くは利用者の実費負担となることから、利用者の経済状態も考慮しケア内容を決定しなければならない。

このような状況において、個別的な状況に対応し、利用者からの信頼を得て看護を提供していくためには、利用者に関する膨大な情報から必要な情報を選定・統合して判断した内容や、利用者への実際の看護行為、看護行為に対する利用者の反応、看護行為に対する評価を的確に記録する能力が必要である。

Yステーションの記録点検作業から、記録の記載表現に関する問題が明らかになった。そしてその内容としては、「～とかもしれない」「～と思われる」など曖昧な表現の使用が多く見られた。このような記載表現の問題は、「看護者の思考と行為をあらわす」という看護記録の定義から考えると、「自分の判断に確信が持てない」といった看護判断に対する自信のなさや、実際の看護行為に関する看護技術力の問題が背景にあると推察される。

これらより、訪問看護スタッフの記録の力量を向上させるには、的確に対象者の状態を捉える観察力やアセスメント力を向上させるトレーニングと、捉えた情報、判断した内容等を客観的に記述するトレーニングをあわせて実施することが効果的であると考えられる。また、医療機関で行われている看護記録監査⁴⁾¹⁵⁾のように、他者による記録の評価を訪問看護ステーションにおいて行うことも必要であると考えられる。

6. おわりに

Yステーションでは、現在も訪問看護記録改善の取り組みを行っており、前述した課題への対策を実行している。その対策の内容としては、事業所における情報開示手順の作成をはじめ、各種訪問看護業務の標準化や、業務に応じた新たな記録用紙を作成し、実用と修正を繰り返している。また、記録点検結果に基づいた「看護記録チェックリスト」(資料)を作成し、ステーション内のカンファレンスにおいてケースの検討とともに、記録の評価にこのリストを使用している。

Yステーションにおける訪問看護記録改善の取り組みにおいて、訪問看護記録の見直し作業の経過を報告し、訪問看護ステーションにおける情報開示に対応するための訪問看護記録の課題を考察した。本稿で述べた考察は、Yステーションでの訪問看護記録の現状を踏まえたものであり、限定的な部分があることは否めない。この点は本稿の限界であることを申し添える。

謝 辞

本稿作成にあたり、ご協力をしてくださったY訪問看護ステーションのスタッフの皆様様に深謝します。

本稿の一部は、第61回日本公衆衛生学会総会示説にて発表したものである。

引用文献

- 1) 日本看護協会：看護教務基準．1995
- 2) 日本看護協会：診療情報における看護記録の開示および法制化に関する見解．1999.2.3.
- 3) 日本看護協会：看護記録の開示に関するガイドライン．東京：日本看護協会出版会，2000
- 4) 日本訪問看護振興財団：訪問看護情報提供に関するガイドライン．東京：(財)日本訪問看護振興財団，2001
- 5) スーザン・ランピー著，岩井郁子訳：フォーカスチャ・ティング - 患者中心の看護記録．東京：医学書院，1997
- 6) 前掲書3) pp10

- 7) 前掲書 3) pp12-13
- 8) 日本看護協会：2002年病院看護職員の需給状況調査．日本看護協会調査報告書（67）：33-36，2003
- 9) 前掲書 4) pp10
- 10) 厚生労働省：医療・介護関係事業者における個人情報適切な取扱いのためのガイドライン．2004.12.24
- 11) 前掲書 4) pp5
- 12) 厚生労働省「新たな看護のあり方に関する検討会」：新たな看護のあり方に関する検討会 報告書．2003.3.24
- 13) 川村佐和子・数間恵子・川越博美・他：在宅療養支援のための医療処置看護プロトコール．東京：日本看護協会出版会，2000
- 14) 黒江ゆり子：看護記録と監査 看護ケアの質を高めるための監査．看護展望 26（8）：865-873，2001
- 15) 鶴岡由紀子・藤田伊都子・木下さゆり・他：病棟監査と委員会監査による看護記録監査システム 経緯・現状・課題．看護展望 26（8）：883-890，2001

資料 Y 訪問看護ステーション訪問看護記録チェックリスト

看護記録チェックリスト		Y 訪問看護ステーション
記録用紙	項目	チェック
保険証確認 (基礎情報)	必要な番号が記載されていますか？	
	定期的に確認していますか？	
訪問看護記録書 (基礎情報)	必要な情報が記入されてありますか？ (アセスメント、ニーズと連動していますか？)	
	情報は更新されていますか	
	誰が見てもわかるように整理して記載、綴られていますか？	
訪問看護計画書 (看護計画/問題リスト)	医師の指示書(口頭指示の記録)に基づいていますか？	
	居宅介護支援計画に基づいていますか？	
	問題/ニーズは個別的・具体的ですか？	
	看護・リハ計画、解決策、望ましい結果は具体的ですか？ 問題/ニーズと連動していますか？	
	援助日程は記載されていますか？ニーズに沿った日程ですか？	
	利用者と話し合っただけの計画ですか？	
	簡潔明瞭に記載されていますか？	
訪問看護報告書 (経過記録)	ニーズと連動していますか？	
	看護内容と計画にズレはないですか？	
	看護を提供した結果(評価)として記載されていますか？	
	曖昧、推測表現はないですか？	
	簡潔明瞭に記載されていますか？	
	翌月の訪問看護計画に反映していますか？	
	利用者に報告しましたか？	
訪問看護記録 (経過記録)	フォーカスと記録内容の整合性がありますか？	
	フォーカスと看護計画は連動していますか？	
	データ、アセスメント、レスポンスは適切に分けられていますか？	
	データ、アセスメント、レスポンスは客観的ですか？	
	曖昧、推測表現はないですか？	
	観察、確認は確実に行われていますか？	
	必要な連絡、調整、医師報告・確認・口頭指示は記載されていますか？ 新たな処置は医師の指示をもらっていますか？その記載は？	
	見せることのできる記録になっていますか？簡潔明瞭ですか？	

