

第16分野	看護過程及び観察と記録(江刺家)
解説	○看護過程は、看護を必要としている人に対して、系統的に看護を展開するための方法である。看護過程とは、専門的知識にもとづいた汗す面tの、看護計画の立案、看護の実施、その評価という一連の過程を言う。 ○現在看護を考えるとときに重要なポイントとされているのは、患者様と看護師との情報共有である。患者様の状態によっては、情報共有できない場合もあるが、セルフケアの視点を看護に取り入れる必要がある。そのためには、看護師は、回復のどの段階でどのようなケアが必要なのかアセスメントし、看護を行う上での課題を明確化する。また、自分が行った看護実践についての結果を評価し、目標と照らし合わせて専門職としての責任が果たせたかどうかを明確にする。 ○アセスメントは、患者や家族についての理解を深める過程であり、看護過程の最初の段階として非常の大きな意味を持っている。アセスメントが不十分では、患者様へのケアは不十分だったり、間違っただけになることを看護者は十分に理解しておく必要がある。アセスメントの段階で、患者様及びご家族が「今、何に苦しんでいるのか」「どんな援助を必要としているのか」「何を願っているのか」「何を大切にし、何に価値を見出しているのか」に着目する必要がある。 ○看護計画の立案は、アセスメントによって明確化された看護上の問題に対し、解決のための目標を設定する。そしてその目標達成のための具体的な看護行為を選択する。これは、患者様が合意し、患者様が参加できる援助内容であることが必要である。 ○立案された看護計画は、患者様の健康状態や生活環境の変化によって柔軟に対応されなければならない。計画は実施されるたびに記録され、その計画の有用性について評価されなければならない。評価の結果、計画内容は随時修正されるべきである。
	○精神科看護の置ける観察の特徴は、観察する対象、すなわち精神機能を客観的な尺度だけでは測定できないことである。また、患者の訴えや行動は、患者自身の病状や感情の変化をすべての確に表しているわけではない場合が多い。 ○看護師は患者の生活を継続的に観察し、実施した治療行為や看護に対する反応、患者の小さな変化を敏感に捉え、必要な情報を医師などの専門職にも提供し、患者が必要とする適せtな医療サービスを受けられるようにしなければならない。 ○看護師は看護計画に即した看護を実践するとともに、インタビュー技術を高め、観察し、記録に基づく看護の判断と看護実践の過程を記録する。 ○看護過程の記録は、看護師の判断及び実践愛用を示すものであり、看護の一貫性、連続性、他専門職との連携に効果を発揮する。 ○また、専門職としての実践の室を評価し、判断と行為の責任の所在を明らかにするものである。
	○精神科疾患は、同じ病名であっても精神症状には個人差が大きく、さらに症状は時間によって変化があり、それらを客観的な指標により評価することは難しい。また、患者は変化に対処する力が弱かったり、治療の必要性を受け止められずに動揺する。成果つり済みが乱れたり、治療中でも服薬を中断することがある。さらに患者は、自分の状態をその変化を医療者に的確に表現することが難しく、表現したいこととは別のことを行動で示している場合もある。 ○だからこそ、看護師は患者の言動や書状を注意深く客観的に観察することが重要になる。 ○特に精神科看護師は的確なアセスメントをし、適切な援助を提供するために、専門的知識にもとづく感猿を行うことが求められる。
	○患者の状態や看護の過程が記載された記録は、看護の有効性を評価する重要な資料となる。また、連続性と一貫性をもった看護実践に役立つ。 ○24時間、患者の状態を最も身近で的確に 把握した看護師の記録は、医師をはじめ医療チーム全員が共有することによって、治療・看護の質向上に生かされる。また、問題が生じた場合は、その原因の糸口を探る有力な資料となる。 ○さらに、教育や研究の継続的なデータとして活用できる。 ○そのためには、情報を効率よく、正確に記録することが求められる。

	○看護過程の記録は、看護師の判断及び看護行為の内容を法的に証明するという側面も持っている。 ○法廷では、「記録がない＝看護行為がなかった」とみなされる。また、看護記録は訴訟の対象ともなっている。(記載内容が侮辱罪に当たるなど) ○看護師は専門職として、判断と行為の責任の所在を明らかにした記録を絶えず意識する必要がある。それは、適切な医療・看護を受ける患者の権利に対して、常に質の高い最適な看護サービスを提供するという看護の役割と責務を遂行することでもある。 ○また、看護記録は提供した看護に対する看護料、すなわち、診療報酬算定の要件を満たすものでなければならない。看護に対する適正な評価という視点からも、専門職としての記録は重要である。 ○第三者評価における看護機能評価の対象として、看護記録があげられている。実践を反映する看護記録によって、看護ケアの妥当性・適正性が評価される。 ○現在、様々な記録様式が工夫されているが、それぞれにメリット・デメリットがあり施設の方針・実情に合わせた記録様式が選択されている。 ○開示を前提とした記録としては、患者も含めたチーム医療において統合化された標準的な記録を検討する必要がある。
	<診療報酬規定の要件を満たす記録> 入院基本料の届出を行った病棟は、看護体制の1単位毎に、次の記録が必要となります。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) 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) 経過記録: 個々の患者について実施した看護の内容及び感ずられた事項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入する程度でも良い。 2) 看護業務の管理および計画に関する記録 (1) 看護業務の管理に関する記録: 患者の移動、特別な問題を持つ患者の状態および特に行われた診療等に関する概要、看護要員の勤務状況ならびに勤務交代に際して申し送る必要のある事項を各勤務帯毎に記録するもの。 (2) 看護業務の計画に関する記録: 看護要員の勤務計画および業務分担ならびに看護師、准看護師の受け持ち患者割り当て等について看護チーム毎に掲げておくもの。
	<看護記録は誰のものか> ○つい最近まで医療関係者は「医療は非常に専門性が高い技術の世界であり、そこで起こることは医学教育を受けていない一般の人たちには理解できない。理解できないようにについての判断をゆだねることも当然できない。それは医療を提供する側の仕事である。」 ○1960年代から活発になった消費者主義では「消費者の権利」が強調されるようになった。これは書いての権利と力の強化を求める社会運動である。それまで商品を生産する大企業＝強者とするのではなく、サービスの受け手である消費者を中心におくべきだとする運動である。 ○医療にも消費者がいる。それは「患者」として医療を「受ける」「施される」側とされてきた医療のユーザーである。 ○消費者主義においては、消費者には生前のサービスを受ける権利があり、それを保証するのが専門家の責任である。選択の権利は消費者側にある。 ○正しい選択をするためには、十分な情報を獲得する必要がある、そのために専門家は消費者に十分な情報を提供する義務がある。 ○患者様に最善のケアを提供するために用いられ、また、同時に最善のケアが提供されたかどうかの証拠となるのが看護記録である。 ○看護記録は患者様のためにある。 ○看護記録は当然患者様に開示されるし、患者様やご家族が内容を目にすることを前提とする。

	<看護ケアの質向上を助けるための看護記録> ○医療の消費者にとって最大の利益を保証するために用いられるのが医療記録であり、そのひとつが看護記録である。 ○では医療の消費者にとって最大の利益とは何か？ ○それは、症状の改善であり、患者様が自己コントロールを回復することである。 ○そのような利益を患者様が得るためには、質の高い看護ケアが継続的に提供されることが必要となる。 ○このようなケアの質向上を助けるために用いられるのが看護記録である。
	<質の高い看護ケアとは> ○患者のニーズや状態の変化がタイムリーに反映され、柔軟で個別性があり、担当者が変わっても患者の個別ケアの情報が正確に伝達される事である。 ○このようなケアの質を保証する看護記録には、看護師が行った判断の根拠やその内容、ケアに対する患者様・ご家族の希望、実施したケアの内容についての正確な記録、そしてケアに対する患者様の反応が整理して書かれていることが必要である。 ○最近では「医療の効率化と標準化」を目的として、クリニカルパスが開発されている。 ○クリニカルパスは、個別的なケアを行わなくてもよいということではなく、むしろ最低限行われるべき内容が明らかに不足していたり、目標を達成するために不十分であるという判断基準を持つために活用されるものである。 ○クリニカルパスの内容は、ケアのすべてではなく最低限含むべき内容であり、ケアの個別性と相反するものではない。 ○むしろ、それぞれの職種が行うべき内容を明らかにし、責任の所在を明らかにする。患者様は提供されるべきケアの内容を知ることができる。
	<証拠としての看護記録> ○診療の記録を文書として残しておくことの目的は、自分が行うことあるいは行ったことを準備し整理して、実践を確実なものとする事である。 ○記録は保健医療に携わる職種の専門分化が進む中で、さまざまな専門家が協力して継続性のある医療を行う上で、患者様の状態や治療に関する最新情報を伝え合うという重要な役割を果たす。 ○さらに、記録は医療の中で実際にどのようなことが行われ、どのような結果をもたらしたのかを証明するものでもある。 ○つまり、患者様やご家族に対して、患者様の状態説明や医療の内容についての説明を行うときや、裁判など、何が起こったのかを明らかにしなければならない時に、診療記録は主要な役割を果たす。看護記録は診療記録の一部を担うものであり、さまざまな側面を持つが、証拠という視点から看護がどのように記録される必要があるか理解しておく必要がある。
	○訴訟からわが身を守るための最善の方法は、訴訟になるような事故を発生させない質のよい看護ケアを提供することである。 ○同時に、患者 - 看護関係者との信頼関係を築くことも必要である。 ○しかし、何らかの原因で訴訟が発生したとき、自分が行った看護に関する明快で正確な記録が、自分の身を守る最善の防御である。 ○看護記録も含めた診療記録は、治療や看護の内容を法的に証明するものである。ケアの記録はケアの内容そのものであり、法廷では記録されていなかったことはなかったこととみなされる。これは重要な事実である。

	<記録の実際> ○ ケアを行ったとき、観察したときはできる限り速やかに記録する。 ○ わかりやすく整理された記録をする。 ○ 正確に漏れのないように記録する。 ○ 主観的な記録をしない。 ○ 異常な事態だけでなく、正常の状態も記録する。 ○ 個人的意見の記載には注意が必要。 ○ 具体的に記録する。 ○ 誤字に注意する。 ○ サインに注意する。 ○ 口頭指示の場合は、口頭指示であることがわかるように記載する。
	<記録の訂正時の注意> ○ 間違った部分を訂正するときには、間違った部分が消えてしまわないように線を引き、自分のサインと日付、時刻を書き込む。 ○ 違う患者の記録要旨に書いてしまったときには、その部分に線を引き、日付・時刻・サインを書き込み、「記録用紙違い」と理由も明記する。 ○ 誤字はその場で気づいたときは、線を引いて正しい文字にするだけでよい。 ○ 記載漏れに後で気づいた場合は、気づいた時点で記録する。気づいた時刻、その事柄が発生した時刻、その内容、及び「記載漏れ、後から記入」と書き加えてサインする。
	<記録改ざんとみなされないための注意点> ○ ただし、これらの訂正は、患者様やご家族から提訴された後、あるいは患者様やご家族が医療者側の説明に納得していないと感じられ、提訴されるかも知れないと思われる場合に行ってはならない。記録改ざんの罪に問われる可能性がある。 ○ このような場合は、記録はそのままにしておき、記録の不備や間違いを探し、自分自身用の記録を作成し、不備や間違いについての尋問に答えられるようにしておくことが必要。実際に提訴されるまでに1～2年経過している場合も多く、記録に残されていないような詳細は事柄や時間の経過について当事者にも思い出せないことが多いからである。
	<アメリカにおける裁判に向けた指針> ○ 病院の定められた記録方法に沿った記録であること。 ○ 規定の用紙に書かれたものであること。 ○ ペンまたはボールペンを使用し、行をあげずに書くこと。 ○ もし間違えて行を飛ばしてしまったら、飛ばした行に線を書いておくこと。日付と名前を記入してあればなおよい。 ○ 各ページごとに患者の名前を記載すること。 ○ 間違えても修正液で消したり、黒く塗りつぶしたり、除去したり、差し替えたりしないこと。 ○ 間違えた部分に線を1本ひいてサインしておくこと。

	○心配蘇生のように多くの人がかかわる場合を除き、自分が行ったケアは自分で記録すること。 ○他職種の来訪や会話についても記録すること。 ○医師の指示に疑問がある場合、その疑問とそれに対する医師の返答の内容、及びその後の自分の対応を記録すること。 ○患者様が治療を拒否したときにはそのことを記録する。 ○自分や他の医療従事者の不利になるような情報でも除外しないこと。 ○自分がサインした事柄については、そのすべてに正確性、完全性において自分に責任があるということを忘れないこと。 ○原則として、伝聞情報は記載しない。もしその必要がある場合には、自分が直接関与していないことを明記しておくこと。
	< 患者様やご家族と共有するための記録 > ○患者様の属性について不必要な情報は記載しない。 ○患者の状態や性格、その場の状況に関する否定的な表現をしない。 ○誤解されやすい主観的な表現や曖昧な表現はしない。 ○患者様に対する命令、使役の表現や職員間の敬語、患者 - 医療者関係の傾斜を示すような表現はしない。 ○一般的なわかりやすい言葉で具体的に、かつ文法上間違いなく記載する。 ○患者が記載を拒否した情報は、看護師が記載する必要性を患者様に説明し、了解を得られるように努力する必要がある。患者がその記録を見てこれは私が言ったことではないと否定するのであれば、その記録は消さなければならない。患者の気持ちや意志は尊重される必要がある。
例題1	アセスメントのポイントを書きなさい。
回答	入院時の情報を基礎に、患者様に関わりながら情報収集を継続し、さらに詳細な看護情報とする。得られた情報から、患者様のニーズ、援助すべき課題を明確化する。看護の視点と知識・経験が生かされるような看護を実施・評価する。
例題2	看護計画立案のポイントを書きなさい。
回答	優先順位を決定する。目標を設定する。目標に応じた具体的な看護活動を選択する。 ただし、目標は、(患者中心であること)(観察・測定ができること)(期限が定められていること)、(患者と共有でき、現実的であること)
例題3	看護計画の実施評価のポイントを書きなさい。
回答	計画したケアは実践する。実践の結果は必ず記録に残す。看護援助の結果評価は患者にも参加を促す。患者との相互交流を通して援助の結果を評価する。評価をもとにニーズを明らかにし、再び一連の問題解決過程につなげる。
例題4	毎日の観察のポイントを書きなさい。
回答	患者の日常生活全般を継続的に観察し、変化や反応の原因を考える。治療の目的、実施方法、過程、反応、効果を継続的に観察する。距離を置いた観察だけでなく、患者を行動をとる機会をもつ。

例題5	正確で活用しやすい記録のポイントを書きなさい。
回答	患者の最新の状態が常に記録される。記録はポイントを整理して記載する。変化の激しい急性期の患者や重症患者は、経時記録がわかりやすい。観察をまとめて結論付けるのではなく、状況をできるだけ具体的に書く。特に患者がどう感じているのか、患者の表現をありのままに記録する。直接患者に行っていないことでも、患者に関するものであれば必要に応じて記録する。
例題6	訴訟から自分自身を守るための記録の要件を書きなさい。
回答	○ ケアを行ったとき、観察したときはできる限り速やかに記録する。 ○ わかりやすく整理された記録をする。 ○ 正確に漏れのないように記録する。 ○ 主観的な記録をしない。 ○ 異常な事態だけでなく、正常の状態も記録する。 ○ 個人的意見の記載には注意が必要。 ○ 具体的に記録する。 ○ 誤字に注意する。 ○ サインに注意する。 ○ 口頭指示の場合は、口頭指示であることがわかるように記載する。
例題7	記録訂正時の注意事項を書きなさい。
回答	○ 間違った部分を訂正するときには、間違った部分が消えてしまわないように線を引き、自分のサインと日付、時刻を書き込む。 ○ 違う患者の記録要旨に書いてしまったときには、その部分に線を引き、日付・時刻・サインを書き込み、「記録用紙違い」と理由も明記する。 ○ 誤字はその場で気づいたときは、線を引いて正しい文字にするだけでよい。 ○ 記載漏れに後で気づいた場合は、気づいた時点で記録する。気づいた時刻、その事柄が発生した時刻、その内容、及び「記載漏れ、後から記入」と書き加えてサインする。
例題8	看護記録は患者様のものである。それはどのような考え方に基いているか説明しなさい。
回答	○ 1960年代から活発になった消費者主義では「消費者の権利」が強調されるようになった。これは書いての権利と力の強化を求める社会運動である。それまで商品を生産する大企業＝強者とするのではなく、サービスの受け手である消費者を中心におくべきだとする運動である。 ○ 医療にも消費者がいる。それは「患者」として医療を「受ける」「施される」側とされてきた医療のユーザーである。 ○ 消費者主義においては、消費者には生前のサービスを受ける権利があり、それを保証するのが専門家の責任である。選択の権利は消費者側にある。 ○ 正しい選択をするためには、十分な情報を獲得する必要がある、そのために専門家は消費者に十分な情報を提供する義務がある。 ○ 患者様に最善のケアを提供するために用いられ、また、同時に最善のケアが提供されたかどうかの証拠となるのが看護記録である。 ○ 看護記録は患者様のためにある。 ○ 看護記録は当然患者様に開示されるし、患者様やご家族が内容を目にすることを前提とする。
例題9	記録改ざんとみなされないための注意点を書きなさい。

回答	○訂正は、患者様やご家族から提訴された後、あるいは患者様やご家族が医療者側の説明に納得していないと感じられ、提訴されるかも知れないと思われる場合に行ってはならない。記録改ざんの罪に問われる可能性がある。 ○このような場合は、記録はそのままにしておき、記録の不備や間違いを探し、自分自身用の記録を作成し、不備や間違いについての尋問に答えられるようにしておくことが必要。実際に提訴されるまでに1～2年経過している場合も多く、記録に残されていないような詳細は事柄や時間の経過について当事者にも思い出せないことが多いからである。
例題10	医療訴訟の面からみた看護記録の意義を書きなさい。
回答	○記録は医療の中で実際にどのようなことが行われ、どのような結果をもたらしたのかを証明するものでもある。 ○つまり、患者様やご家族に対して、患者様の状態説明や医療の内容についての説明を行うときや、裁判など、何が起こったのかを明らかにしなければならぬ時に、診療記録は主要な役割を果たし、看護記録は診療記録の一部を担うものである。 ○訴訟からわが身を守るための最善の方法は、訴訟になるような事故を発生させない質のよい看護ケアを提供することである。 ○同時に、患者 - 看護関係者との信頼関係を築くことも必要である。 ○しかし、何らかの原因で訴訟が発生したとき、自分が行った看護に関する明快で正確な記録が、自分の身を守る最善の防御である。 ○看護記録も含めた診療記録は、治療や看護の内容を法的に証明するものである。ケアの記録はケアの内容そのものであり、法廷では記録されていなかったことはなかったこととみなされる。