

平成13年高知女子大学看護学会「公開講座」報告

平成13年高知女子大学看護学会企画委員長 加納川栄子

I. 高知女子大学看護学部との「共催」の廃止

平成12年までは、高知女子大学看護学会公開講座は、高知女子大学看護学部との「共催」の形で開催し、相互に協力しあいながら地域の看護職者の継続教育の場としての役割を担ってきた。しかし地域における大学、そして看護学会としてそれぞれの役割をより一層明確にし、その目的に添った活動を行っていく必要性から、平成13年からは、高知女子大学看護学部と高知女子大学看護学会は長年継続してきた公開講座の「共催」の形態を取りやめ、それぞれ別個に地域の看護職の研鎖の場を設けることになった。

上記の開催形態の変更に伴い、高知女子大学看護学会では、平成13年より公開講座のテーマと学会のメインテーマを切り離して設定し、

公開講座のテーマは年度ごとに、地域の看護職のニーズにそった時期を得た刷新的なテーマを取り上げることになった。

本年は、「情報開示と看護者の役割—看護記録の開示を中心に—」をテーマに、聖路加国際病院看護部部長の井部俊子先生による講演会を実施した。診療情報の開示が急速に進められようとしている中で、保健医療従事者としての看護者の果たす役割について考え、今後、看護者が取り組まなければならない課題について考えることにより、保健医療情報の開示に向けての看護職の意識改革と積極的な取り組みへの動機付けの機会となることを願い、本公開講座を開催したので、以下にその概略を報告する。

II. 講演会報告「情報開示と看護者の役割—看護記録の開示を中心に—」

聖路加国際病院看護部長・副院長 井部 俊子

平成13年高知女子大学看護学会公開講座が、2001年5月26日(土)、聖路加国際病院看護部長・副院長の井部俊子先生による講演会「情報開示と看護者の役割—看護記録の開示を中心に—」をテーマに、「ソーレ」こうち女性総合センターで開催され、高知県内はもとより四国4県の看護職318名の参加者を得て盛会の内に開催した。

井部先生は、聖路加国際病院の看護部長として、日本看護協会の第二副会長として、また医療審議会の委員として「保健医療における情報開示」に向けての対応に中心となって取り組まれ、新しい時代に求められる保健医療職の情報開示に向けての方向性を示されてきた。本講演では、その取り組みの中より、特に、1. 看護記録の変遷、2. ナースと情報、3. 看護記録の開示に関するガイドライン、4. 患者や家族が診療記録をみたい理由、

5. 看護記録で患者の家族が“傷ついた”事例、6. 開示時代の看護記録の原則、7. おわり、について述べられたので、以下に簡単にその内容を紹介する。

1. 看護記録の変遷

井部先生によると、看護記録は現在に至るまで3世代を経て発展してきている。

第1世代は、発生した出来事を経時的に記入し、看護婦は医師の記録を補完し、情報は未整理で混沌とし、看護記録が前面に出ない時代をいう。第2世代は、SOPや看護過程等の問題解決的な概念を用い、システムティックな記録となってきた時代であり、出来事は看護の視点で再構築され、情報が整理されるようになった。第3世代は、セルフケアへの貢献や相互信頼関係の確立の時代であり、常に受け手の反応を意識した、新たな試みであ

*高知女子大学看護学会企画委員長



会場入り口



学会長あいさつ

り、医療者側の意識改革が必要とされる時代である。

2. ナースと情報

第1世代は、看護婦が医師の情報収集の手伝いを行っていた時代であり、第2世代は、看護職が情報に重きを置いた時代であった。しかしこの時代、看護婦は記録のための情報収集活動に力を入れすぎたきらいがあり、ナースの情報依存症の症状は、同僚・カルテに情報をねだる、情報がないとケアできない、相手に質問を浴びせかけるなどの傾向を示した。様々なデータを把握していないと患者のところにいけないという情報依存症の看護婦は、自分で行って、見て、聞いて、触れては後回しにしたい、なかなか記録が書けないという事もあり、情報依存症も含め、人間よりも情報を大事にすることになる危険性もあった。

3. 看護記録の開示に関するガイドライン

「看護記録の開示に関するガイドライン」(日本看護協会、2000年)にそって、1)なぜ診療情報の提示が必要か、2)看護記録を含む診療記録等の開示をどのように行ったらよいか、3)施設における診療情報の提供の推進に看護職としてどう参画するか、4)今後の展望と課題について述べられた。

1) なぜ診療情報の提示が必要か

昭和23年制定の医療法第1条の第2項には医療提供の理念が書かれている。

平成11年の改正で医師、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

するにあたり、適切な説明を行い、医療を受ける者の理解を得るように努めなければならないとなっている。医療情報の提供の推進については、第4次医療法改定に書かれており、インフォームド・コンセントの理念に基づく医療を推進するためには、医療従事者が患者への説明の一環として、診療録等の診療情報の患者への提供を積極的に行っていくことと共に、患者が診療記録の開示を求めた場合には原則として診療記録そのものを示していくことが必要であるとされている。



カルテ開示の法制化については、多くは法制化すべきというが、一部の団体で強い反対があり、法制化には至っていない。今後、3年を目途に環境整備を行っていくことになっている。

診療情報の提供とは、インフォームド・コンセントの理念から言うとは単に診療記録のコピーを渡すことだけではない。日常の活動が大切であり、いかに具現化していくか、医療者、患者・家族との関係性を変えていかなければならない。情報開示の理念、考え方

が大切であるが、それは患者との信頼関係を築き、また患者のセルフコントロールの育成のためである。

2) 看護記録を含む診療記録などの開示をどのように行ったらよいか

「入院診療計画書」はすべての入院患者に対して、入院診療計画の策定と患者・家族への説明、文書交付が義務付けられており、他職種と共同して総合的に患者に情報提供していくことが必要である。もしこれを行わない場合には350点の減点となる。

「診療録管理体制加算」は、3年間の環境整備のための診療報酬上の評価である。

「急性期特定病院加算」はクリニカル・パスのような詳細な入院診療計画が求められる。

保険医療機関および保険医療養担当規則ではきちんと記録を残していくことが書かれている。都内の病院は、都と厚生労働省が一緒になって監査を行なっているがなかなか厳しい。場合によっては記録を残していないために、何億という返還を求められることもある。これからは、国の規則がどうなっているか、どうすれば、質の向上につながるかを考えていかななくてはならない。

日本看護協会が1995年に作った「看護業務基準」には「看護実践の一連の過程は記録される」とあり、「看護実践の一連の過程の記録は看護職者の思考と行為を示すものである。吟味された記録は、他のケア提供者との情報の共有やケアの連続性、一貫性に寄与するだけでなく、ケアの評価やケアの向上開発の重要な資料となる。必要な看護情報をいかに効率よく、利用しやすい形で記録するかが重要である」と説明している。

記録をするときに行ってはいけないことは、①前もってこれから行う処置やケアを書くこと、②自分が実際に見ていない患者の記録をすること、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すること、④患者にレッテルを貼ったり、偏見による内容を記録すること、⑤「～と思われる」「～ように見える」といったあいまいな表現をすること、⑥施設で認められていない略語を使うこと、⑦イニシャルや簡略化した署名

を用いること、⑧記述間違いを修正液で消したり、消しゴムを使うこと、⑨間違っただけを記録から除いてしまうこと、⑩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をすること、⑩記録の途中で行を空けることである。

また注意深く行わなければならないことは、①患者の態度や性格などについて否定的な内容の記述をすること、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こと、③その他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、である。

医師のガイドラインによると、開示要求ができるのは、患者が成人で判断能力がある場合は患者本人、患者に法定代理人がいる場合は法定代理人、ただし、満15歳以上の未成年者については、疾病の内容によっては本人のみの請求を求めることができる、患者本人から代理権を与えられた親族、患者が成人で判断能力に疑義がある場合は、現実に患者の世話をしている親族およびこれに準ずる家族となっている。開示の対象は、プライバシーの問題もあり患者本人となる。患者本人が亡くなった場合、家族は開示請求はできないというスタンスであり、一般の人々からも家族も開示請求できるようにというFAXなどたくさん意見が寄せられている。開示の目的は、医療関係者と患者の関係性をよくしたり、患者・家族自身のセルフコントロールということであり、その目的以外は除かれている。

3) 施設における診療情報などの開示をどのように行ったらよいか

平成12年の診療報酬改定の時に入院基本料に「診療録管理体制加算」が創設された。これは過去5年間の診療記録ならびに過去3年間の手術記録、看護記録などの診療記録のすべてが保管管理されていること、中央病歴管理室が設置されていることなどさまざまな基準がある、退院時要約は全患者に書かなければならないが、必要であれば看護婦が医師と一緒に書くことも必要であろう。その時に専門用語が多いと患者にはわかりにくい。

インフォームド・コンセントでは医療者が必要だと思われる情報を伝えるが、患者が知

りたいと思うことを情報提供していくことが大切である。患者が自分の健康問題や治療について自分で調べられる環境を整える必要がある。

4) 今後の展望と課題

今後の課題としては、どのようにして患者への診療記録へのアクセシビリティを高め、いくかの方策の検討、また電子カルテの導入をどう進めていくかの課題がある。

「患元気の出るインフォームド・コンセントを目指して(先のガイドライン p34~)」は、患者・家族、国民に望まれることとして、日ごろから心身両面の健康や医療について関心を持ち、知識を豊かにしておく、病気になったときどのような医療を受け、どのような生き方を選ぶかについて、日ごろから自分の意思を持つと共に家族と話し合っておく、特にがんの告知、末期における延命措置、植物状態・脳死になったときに受ける医療、臓器提供などについては事前に意思を明確にしておくことが望まれるなど、インフォームド・コンセントの時代に国民1人1人が何をしていたらいいかということを描いたものである。



4. 患者や家族が診療記録を見たい理由

患者、家族の立場で診療記録を見たい理由は、①患者の症状が正しく伝わっているか確認したい、②こちらの要望が正しく伝わっていたか確認したいといい、③こちらの要望とは身体のことだけではない、と言うことが含まれている。「診療記録開示を迫らなければならぬような事態はすでに手遅れである」とも言われているが、見たいと思わないのは

それで満足しているのもあって、見たいと思うときは手遅れであるという事である。

Nursing Todayに閲覧希望についての2,341名の調査があり、多い回答から並べると、①十分な説明がされれば見なくてもよいと思う、②自分に関する記録はすべて見たい、③自分が見たいと思うものだけ見られればよい、とあり、④見なくてもよいというもの4.3%であった。また、年代別にも特徴があり、20~40代の方は、自分に関する記録はすべて見たいという人が48~49%あり、若い人ほど自分に関する記録はすべて見たいと思っている。50~60代は十分説明されていれれば見なくてもよいと思うが多かった。これはインフォームド・コンセントが徹底されていけばコピーや開示は必要ないと半分くらいの方が考えているといえるだろう。



5. 看護記録で患者の家族が“傷ついた”事例

近くの病院に転院することが決まり、看護婦が看護サマリーを書き、封をして娘に手渡し、そのサマリーを娘は開封して読み、クレームを訴えてきた事例の紹介があった。クレームの内容は、家族は経済的に厳しいので転院すると書いてあったため、転院先で何度も支払いは大丈夫かと聞かれた。身体的ケアは看護婦がすべて行ったと書いてあったが、家族は手を出せなかったのだ。介護のストレスを看護婦にぶつけることがあったと書いてあったが、ストレスを看護婦にぶつけたことはない。ターミナルであることは本人には話してないと書いてあったが、本人はターミナルであることを自覚していたと言うことであった。娘はこのサマリイの記録の為に不利益を被り、

外傷体験を経験したと訴えてきた。このような事例の場合、表現には気をつけなければならないし、家族と一緒にサマリーを書いたり、完成前に見てもらうことも1つの方法である。どの様にしたら第3世代の開示に見合った記録になるか考えてゆく必要がある。

6. 開示時代の看護記録の原則

診療記録の開示の時代において、井部先生のお考えになる看護記録の原則として、以下のものが述べられた。

- ① 当該行為の実施者が実施した内容を書くことを原則とする。
(医師の代行的記録は避ける)
- ② 書かないでおくべきこと
 - ・他の医療者のミスや違反の指摘
 - ・患者や家族に関するネガティブな性格描写など
- ③ 注意深い表現を必要とする症状・治療上のアセスメントの記述

7. おわりに

看護の本性は、基本的に患者に聞かれていると考えられる。もっと素直に、患者の使っ

ている表現を使って、患者の言っている内容、患者の言葉を採用して記載して良いと考える。李啓充先生は、インフォームド・コンセントに忠実であろうとすれば、医療者は自動的に患者に対して礼儀正しく振舞わなければならないといている。要するにCommon senseが大切であり、人に対する日常的なマナーがインフォームド・コンセントの基本的姿勢だと云える。

講演の後、質疑応答が行われ、①看護婦の判断が間違っていた場合の記録について、あるいはプラシーボ対応した場合の記録についてどう書けば良いのか、②電子カルテ化していく時代において記録が標準化していくが、患者の訴えを生かすための記録の必要性、②患者にとっての否定的な情報の記録をどう取り扱えば良いか、④看護者の感じたことや家族との交流の事実なども書いたほうが良いのか、⑤精神科のケアの場合など、患者さんとの対応で自分の心が動いた時、その事実を記録に残すべきかどうか、などの質問が出され、講師との活発な意見交換が行われた。

平成13年7月31日

各位

高知女子大学看護学会
編集委員長 時長美希

第26巻第2号高知女子大学看護学会誌の訂正とお詫びについて

高知女子大学看護学会誌第26巻第2号の以下の箇所について、間違いがありましたこと
をお詫び申し上げます。お手数ですが以下の箇所について訂正をお願い致します。

50 ページ左列 21 行目 「……基本的に患者に聞かれていると……」 (誤)

↓

「……基本的に患者に開かれていると……」 (正)