

## II 記録の定義

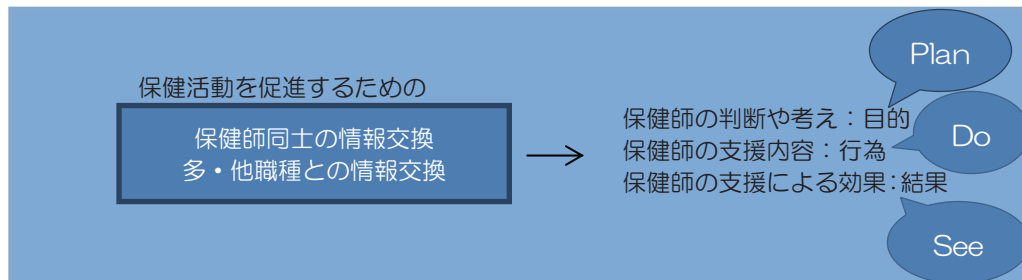
### 1 記録を書く意義

- 記録とは「記して残すこと」、情報を伝達すること。
- 目的のために関連した情報を文字で伝達するコミュニケーション手段である。
- 保健医療福祉サービスを一貫して継続して行いサービスの質を維持するため、情報を共有する。
- 支援した結果の成果を評価する。
- 個々の事例から施策化するための資料とする。

### 2 記録の目的

- (1) 保健活動を保健師及び他職種と推進するための情報交換ツールである
- (2) 保健サービスの質を保証するための資料となる
- (3) 保健師記録は保健師活動の評価、実践活動の成果を蓄積する資料となり、保健師教育、研究の資料となる
- (4) 保健行政サービスの適正実施を証明する公文書である

(1) 保健活動を保健師及び他職種と推進するための情報交換ツールである。



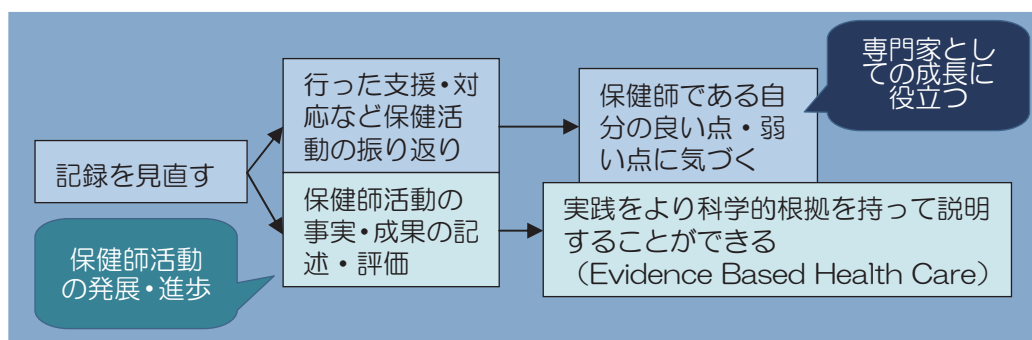
保健師が何の目的で、何を観察し、何を判断して、何を実行したか、そして対象者はどう変わったか、その効果はどうであったかという一連の過程を示す。

(2) 保健サービスの質を保証するための資料となる。

- ① 支援・対応内容が適切であったか：支援内容の妥当性
- ② 保健師の支援・対応は基準を満たしていたか：最適性・最善性は維持されたか
- ③ すべての人に公正に、どの保健師がかかわっても一貫していたか：公正性は保持できたか
- ④ 事業実施の報告・成果のための統計的実績を示す：効率性

記録は、保健サービスの質を保証するための資料として、重要な意味を持っている。

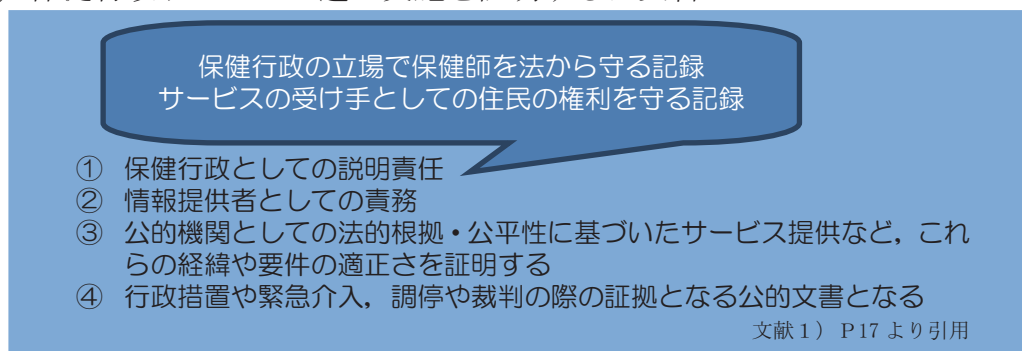
- (3) 保健師記録は保健師活動の評価、実践活動の成果を蓄積する資料となり、保健師教育、研究の資料となる。



記録は、実践の一連のプロセスなので、教育と研究の資料という視点で整理すると2つの方向がある。

- ① 記録を見直し、行った支援・対応など保健活動の振り返りを行うことで自身の専門家としての成長を促す。保健師は何を見るべきなのか、何をみているのかを同職種間で学び合う、確認し合うためにも活用できる。
- ② 活動の事実・成果の記述・評価を行う。それによって、実践をより科学的根拠をもって説明できるようになり（Evidence Based Health Care）、個人の成長のみならず、保健学、あるいは公衆衛生看護学としての学問的発展や社会貢献を明らかにすることにもつながる。

- (4) 保健行政サービスの適正実施を証明する公文書



### 3 保健師記録の定義

【定義1】保健師活動における実践の思考と行為の一連の過程を示すもの

1. 多職種と情報を共有する
2. 保育サービスの質を保証するケアの妥当性、継続性、一貫性を維持する
3. 教育・研究に資する
4. 保健サービスに関連した行為の法的根拠である

【定義2】所属組織（行政機関・教育機関・事業所産業）における公文書として位置づく記録である

1. 組織の文書規定に明記され、運用される
2. 組織の記録として作成・管理・廃棄される
3. 個人情報保護を遵守するものである
4. 行政評価に資する

文献1) P18より引用

## 4 記載内容

表3 記録の記載内容

思考過程	記載内容	ポイント
Plan	① 目的を明確にする ② 情報を整理して記載する ③ 事実の確認をし、問題の構造を分析し明確にする ④ 保健師のアセスメントや判断を記載する	実践に関連する情報を目的に沿って意図的に記述する 情報を吟味し、集約する
Do	⑤ 保健師の支援内容、すなわち、情報提供内容、指導・助言内容、他機関への紹介等を記載する ⑥ 保健師の行った支援に対する対象者の反応（同意や拒否）、決定したことを記載する ⑦ 支援計画を書く	実践したことを記述する
Check	⑧ 事業を実施評価、結果評価の両面から評価する	実践の評価を記載する
Action	⑨ 課題について、地域全体をアセスメントする ⑩ 改善点を考え、アイデアを出す	改善方法を考える

文献1) P21 より一部改変

表4 記録で行うべきこと

<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <u>前の記録をよく読む</u>（計画が放置されていないか確認する）</li> <li>2. <u>支援後できるだけ早く記録する</u></li> <li>3. 読みやすく、決められた様式で書く</li> <li>4. 記載した日付を記入する</li> <li>5. 記載者は署名を行う</li> <li>6. 訂正は2本線で、記載する</li> <li>7. どのページも記入されているか確認する</li> <li>8. 医師連絡、指示内容及び所見については、具体的に記載する。</li> </ol>
---

表5 記録で行ってはならないこと

<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 実際に見ていない対象者の記録をしない</li> <li>2. 意味のない語句、対象者への助言・指導や相談・観察に関係のない攻撃的な表現をしない</li> <li>3. <u>対象者にレッテルをはり、偏見を持った記録をしない</u></li> <li>4. <u>「～と思われる」「～のように見える」という曖昧な表現をしない</u></li> <li>5. 略語、イニシャルを使わない</li> <li>6. <u>修正液等による修正をしない</u></li> <li>7. 記録の途中で行を空けない</li> </ol> <p>※ 訪問記録は、公文書として情報公開請求があると提出が必要になっている</p>
---



### プラスワン

#### なぜ記録を早く書かなければいけないか

- ・ 行政の情報として記録しておかないといけなことを正確に残す
- ・ 正確な情報で的確な支援(対応)につながるように
- ・ 担当者不在時にも対応可能なようにしておく

#### できるだけ早く記録をするための工夫点(知恵)

- ・ 「その日のことはその日のうちに」が原則。
- ・ 記録をする時間を計画的にとる（業務の中に取り入れる）。
- ・ 上司は、記録提出の進行管理をする。
- ・ 上司は報告を受けたらすぐに記録するよう指示する。また、できない場合は、期日を決めて行う。
- ・ 完璧なものでなくても、あとで加筆・修正はOK。
- ・ PCでなくても手書きでもOK。

## 5 情報管理の方法

- (1) デジタルによる記録は、改ざんや隠滅を防ぐためのパスワード管理や外部からの侵入に対する防御策を必ず講じる。
- (2) 情報共有のため他機関への情報共有に当たっては、原則として本人(当事者)の了解を得る。
- (3) 記録は、担当一個人に任されるのではなく、上司への報告や同僚間で共有する。記録を回して直属の上司の承認を順に受け、最後に管理者から決裁を受ける。
- (4) 記録物の保管や管理は鍵のかかる書庫、厳重な鍵の保管を行い、組織として責任のある保管体制を整備する。
- (5) 記録の保存年限は、診療録に準じて、5年とする。ただし経過を見ながら、保存を長くとったほうがよいと判断される場合は5年に限らない。
- (6) 記録は個人情報であり、廃棄は厳重に行う(秘文書の扱い 溶解する)。

## 6 支援過程の共有 (サマリー)

保健師間の連携・協働を促進し、担当保健師が変わっても継続した支援を行うため、サマリー (summary : 要約) が必要である。

引継ぎには、これまでの活動を支援計画に沿って客観的に振り返り、それを評価し、その評価に基づく修正を加えて新たな計画案を作成するという重要な役割がある。しかし、長期的な支援が必要なケースの場合、この引継がうまくいかないために支援の内容が変わったり、家庭訪問が中断したりといったことが起こる。

引継の手段としてサマリーを作成することは、前任者はこれまでの経過を振り返り、次の担当者と支援計画の修正の検討をすることが可能となる。

また、経過が長い人は引継ぎ時に関わらず、半年、1年の経過をまとめる。

### (1) サマリ－の目的

ア 連携・協働を促進するツールとして活用するために課題・支援計画を共有する。

イ 保健師活動の支援継続の計画の再検討と評価を行う。

### (2) サマリ－の内容

ア 作成日, 作成者

イ 担当期間

ウ 事例の概要 (氏名, 家族関係)

エ これまでの経過 (年月, 症状, 日常生活状況, 社会交流など, 実施した内容, その他)

- オ 関係機関，関係者の動き
- カ 現在の治療方針
- キ 現在の支援内容と今後の課題
- ク 緊急度と支援計画

### サマリーの様式例

サマリー		作成日	年 月 日	作成者	
担当期間			事例氏名		
相談内容					
これまでの経過					
年月	症状	治療	日常生活状況	社会交流など	実施した内容 その他
関係機関，関係者の動き					
		医療機関名			主治医
現在の治療方針					
現在の支援内容と今後の課題					
緊急度と支援計画					

### 7 その他の留意事項

- (1) 必要事項の記載について  
訪問（相談，面接）年月日，署名を必ず記載する。
- (2) 注意を向けるための朱書き  
医師連絡，関係機関連絡を朱書きあるいは，朱のアンダーラインを引き，わかりやすくする。