

## 訪問看護ステーションの看護記録に関する実態調査

白尾 久美子<sup>1)</sup>  
大村 いつみ<sup>2)</sup>  
山口 桂子<sup>1)</sup>

### 要旨

本研究は、訪問看護ステーションにおいて情報収集を主な目的として使われている看護記録について、現状を明らかにすることを目的とした。訪問看護ステーション2372施設を対象に、施設の概要、訪問看護記録書Iの様式、記録方法、看護理論またはモデルの導入の有無、導入している看護理論またはモデル名、看護記録に対する満足度と満足していない理由について自記式質問紙調査を実施した。

訪問看護ステーションでは、6割が施設で独自に作成した訪問看護記録書Iに手書きで記録しており、6割が看護記録に満足していた。看護理論やモデルの活用度は低かった。看護記録に対して満足が得られない理由としては、【訪問看護に適した情報収集・アセスメント様式の未整備】【整合性がとれない訪問看護の実態と記録】【構造化されていない看護記録】【情報共有の困難さ】【記録への負担感】が挙げられた。今後は、訪問看護の特徴が十分に反映され、多職種と共有できる看護記録を考案する必要性が示唆された。

キーワード：訪問看護ステーション、看護記録、情報収集

### I. 緒言

訪問看護は、看護の実践の場が利用者とその家族が生活をする個人の居宅であり、病院施設のように24時間駐在した対応はできないため、医療者が不在の際の不測の事態を想定しながら、限られた時間内にケアを提供しなければならない。さらに、居宅介護支援事業者による居宅サービス計画に沿った指定訪問看護も実施されており<sup>1)</sup>、在宅療養を支える多くの専門職種との協働性も必然となる。

病院施設とは異なる特徴をもつ訪問看護が、利用者および家族へ確実にケアを提供するために

は、より多角的な情報収集とアセスメントが必要となる。

訪問看護事業の看護記録用紙は、訪問看護計画書や訪問看護報告書、訪問看護記録書Ⅰ・Ⅱの作成が義務づけられている<sup>1)</sup>。訪問看護計画書は、看護目標、問題点、解決策および評価を記録する用紙であり、内容説明と同意を得た上で利用者に交付される。訪問看護報告書は、訪問日と実施した看護内容、家庭での介護の状況が記録される用紙であり、訪問看護計画書と同じく主治医へ定期的な提出が義務づけられている。訪問看護記録書Ⅰは、初回の訪問時より利用者およびその家族に関して、必要な情報を収集するために用いられ、訪問看護記録書Ⅱは、訪問毎の利用者の状態や実際に提供した看護内容を記載する<sup>1)</sup>。

訪問看護計画書および訪問看護報告書は、法令等により規定された様式となっているが、訪問看護記録書Ⅰ・Ⅱについては例示のみであり、それぞれの訪問看護ステーションでの特徴をふまえた創意工夫が可能である。実際に使用されている看護記録については、先行研究でも明らかにされておらず、看護基礎教育における在宅看護論の教授法における検討が若干みられるのみである。

中村・木下<sup>2)</sup>は、在宅看護論の看護過程における看護理論やモデルの活用状況について調査を実施した。最も使用されていたのは、ヘンダーソンとゴードンのアセスメント枠であり、次いでICF (International Classification of Functioning)、日本訪問看護振興財団方式 (以下財団方式)、ロイ看護論、NANDA (the North American Nursing Diagnosis Association) の看護診断、その他、科学的看護論、家族看護モデル、コミチャート、MDS-HC (Minimum Data Set-Home Care)、ローパー・ローガン・ティアニーモデルなどであった<sup>2)</sup>。

渡部・角谷・山崎<sup>3)</sup>は、在宅看護論実習における対象理解を促進するためのアセスメントツールを作成する目的で、NANDA-I (NANDA International) 看護診断、ICF とローパー・ローガン・ティアニーモデルについてそれぞれの特徴を文献検討により比較した。3つのモデルにおいて家族アセスメントが弱いこと、ICF とNANDA-I 看護診断では、多職種による共通の目標設定が困難であることが確認された<sup>3)</sup>。鈴木<sup>4)</sup>は在宅療養の紙上事例を用いてMDS-HC2.0 (Minimum Data Set-Home Care2.0) を使用し、在宅看護論実習において包括的な看護問題の抽出の可能性を示唆した。成瀬・長江・川越<sup>5)</sup>は、財団方式のケアアセスメントツールを使用した直接的な学習効果として、対象を捉える視点の広がりや、判断の助けになること、系統的な情報収集が可能であることを明らかにした。看護基礎教育の在宅看護論では、看護理論やモデルが活用されているが、研究数も少なく一定の見解や効果は確認されていない。

訪問看護は利用者と家族が生活する場に身をおき、医療と介護の両側面をとらえながら看護を提供しなければならない。さらに多職種と常に情報を共有しながら協働する必要がある。このような訪問看護の特徴をふまえた看護記録を構築することは非常に重要となる。そこで本研究はその第一段階として、訪問看護ステーションにおいて情報収集を主な目的として使われている看護記録の現状を明らかにする。

## II . 研究方法

### 1. 研究協力依頼施設

平成 27 年 4 月 28 日時点で、全国訪問看護事業協会のホームページの正会員リストに掲載されている訪問看護ステーション 4714 施設に番号を付し、都道府県別に層化し 50%の割合となるように乱数表を用いて選択した。都道府県のリストに掲載されている訪問事業所数が奇数の場合は切り上げとした。協力施設は訪問看護ステーション 2372 施設とした。

### 2. 調査期間

調査期間は、平成 27 年 8 月 17 日～平成 27 年 9 月 13 日であった。

### 3. 調査内容および手続き

調査内容は、訪問看護ステーションの概要と情報収集が中心となる訪問看護記録書 I に関する項目で構成し、自記式質問紙調査票を用いてデータを収集した。

訪問看護ステーションの概要は、開設主体、平成 27 年 7 月末時点での看護職員の常勤換算数および、介護保険と医療保険ごとの 1 ヶ月の利用者数と訪問看護回数を尋ねた。

訪問看護記録書 I に関しては、事業所による作成の有無、記録方法、看護理論またはモデルの導入の有無、導入している看護理論またはモデル名、看護理論またはモデルへの追加項目の有無、看護記録の使用に対する満足度、満足していない場合の理由に関する項目を設定した。回答方法は、追加項目と満足していない理由を自由記述とし、その他は選択式とした。

協力依頼施設となる訪問看護ステーションの管理者宛てに、研究説明書および調査票を郵送し、FAX による返信を依頼した。

### 4. 分析方法

データの分析は記述統計を算出した。自由記載については、1 文 1 要素にコード化し、類似した内容ごとに抽象化して、サブカテゴリー、さらにカテゴリーとした。

### 3. 倫理的配慮

研究の趣旨、調査方法、調査への参加は自由意思であること、データは個人または事業所が特定されないようにデータ処理を実施すること、研究の目的以外では結果を使用しないこと、結果は学会および論文にて公表することを文章で説明した。調査への協力については、調査票の FAX による返信をもって研究の同意が得られたものとした。同意が得られない場合には返信の必要はなく、その場合、不利益が生じないことを書面にて伝えた。調査の取りまとめを株式会社ユピアに委託することを文章で説明した。

本研究は、日本福祉大学「人を対象とする研究に関する倫理審査委員会」の承認を得て実施した。

### Ⅲ．結果

#### 1. 協力施設の概要

調査票の回収数は505件、回収率は21.3%であった。設置主体は「医療法人」が最も多く166件(32.9%)、次いで「営利法人(株式、有限、合同、合名、合資)」148件(29.3%)、「医師会・看護協会以外の社団・財団法人」36件(7.1%)、「社会福祉法人」35件(6.9%)であった(表1)。

表1. 設置主体

設置主体	件数	%
医療法人	166	32.9
営利法人(株式、有限、合同、合名、合資)	148	29.3
医師会・看護協会以外の社団・財団法人	36	7.1
社会福祉法人	35	6.9
その他の法人	30	5.9
医師会	23	4.6
看護協会	16	3.2
都道府県・市町村・広域連合・一部事務組合	13	2.6
特定非営利活動法人(NPO法人)	11	2.2
農業協同組合及び連合会	10	2.0
消費生活協同組合及び連合会	10	2.0
日本赤十字社・社会保険関係団体	5	0.4

平成27年7月末時点での看護職員の常勤換算数は、最小値2名、最大値25名、平均5.5名(±3.1)であり、5名未満が250件(49.5%)と最も多く、次いで5名以上10名未満が168件(33.3%)、10名以上が39件(7.7%)、無回答48件であった。介護保険の1ヶ月の利用者の実人数は、最小値0名、最大値920名、平均61.4名(±62.7)、訪問看護回数は、最小値0回、最大値2707回、平均350.9回(±316.3)であった。医療保険の1ヶ月の利用者の実人数は、最小値0名、最大値344名、平均25.1名(±30.4)、訪問看護回数は、最小値0回、最大値1271回、平均185.4回(±182.4)であった。

#### 2. 訪問看護記録書Ⅰの様式と記録方法

訪問看護記録書Ⅰの様式は、「事業所が作成した用紙」が最も多く306件(60.6%)、次いで「既成のソフト」の使用が129件(25.5%)、「既成の用紙」が65件(12.9%)であった(図1)。記録用紙の記録方法は、「手書きによる記録」が最も多く324件(64.2%)、「パソコンによる記

録」が193件（38.2%）であった（図2）。

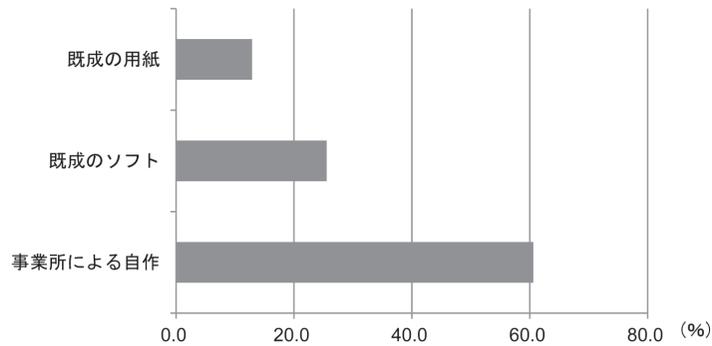


図1. 訪問看護記録書 I の様式

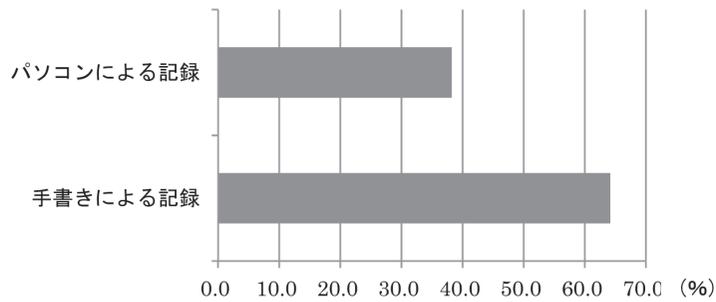


図2. 看護記録の記録方法

### 3. 看護理論またはモデルの活用状況

訪問看護記録書 I への看護理論またはモデルの活用状況は、「活用している」が70件（13.9%）、「活用していない」が272件（53.9%）、不明が152件（30.1%）であった（図3）。

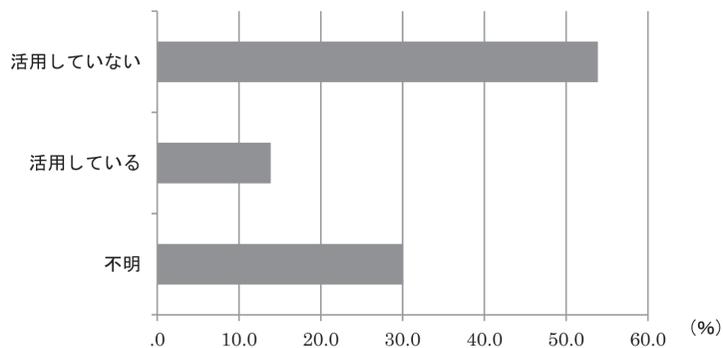


図3. 訪問看護記録書 I への看護理論またはモデルの活用

訪問看護記録書Ⅰに対して活用されている看護理論またはモデルのうち、最も多かったのはヘンダーソン 25 件、次いで看護診断：NANDA-I 17 件、財団方式 17 件、看護診断：ゴードン 8 件、看護診断：カルペニート 5 件、ロイ看護モデル、コミチャート、ICF がそれぞれ 2 件、オレム、科学的看護論、MSD-HC2.0 が各 1 件、その他 14 件であり、家族看護モデル：渡辺式、家族看護モデル：カルガリー式、ローパー・ローガン・ティアニーモデル、インターライ方式、The Outcome Assessment Information Set（以下 OASIS）は活用がなかった（表 2）。

表 2. 活用されている看護理論またはモデル

看護理論またはモデル	件数
ヘンダーソン	25 件
看護診断：NANDA-I	17 件
訪問看護財団方式	17 件
看護診断：ゴードン	8 件
看護診断：カルペニート	5 件
ロイ看護モデル	2 件
コミチャート	2 件
ICF (International Classification of Functioning)	2 件
オレム	1 件
科学的看護論	1 件
MSD-HC2.0 (Minimum Data Set-HomeCare)	1 件

看護理論やモデルを活用している看護記録に対して、項目が追加されていたのは 22 件であり、主な追加項目は、病歴、介護状況、自宅の間取り図、マッサージ、フットケア、清拭などのケア、清潔行動、自由記載欄等であった。

#### 4. 看護記録への満足度

訪問看護記録書Ⅰへの満足度は、「満足している」が 75 件（14.9%）、「やや満足している」は 245 件（48.5%）、「やや満足していない」が 119 件（23.6%）、「満足していない」は 64 件（10.7%）であった（図 4）。

訪問看護記録書Ⅰに対して満足できない理由については、149 件の記載がみられた。分析の結果、コード 179、サブカテゴリー 30（以下『 』とする）、カテゴリー 6（以下【 】とする）が抽出され、満足できない主な理由は、訪問看護記録書Ⅰと訪問看護記録全般に大別された（表 3）。

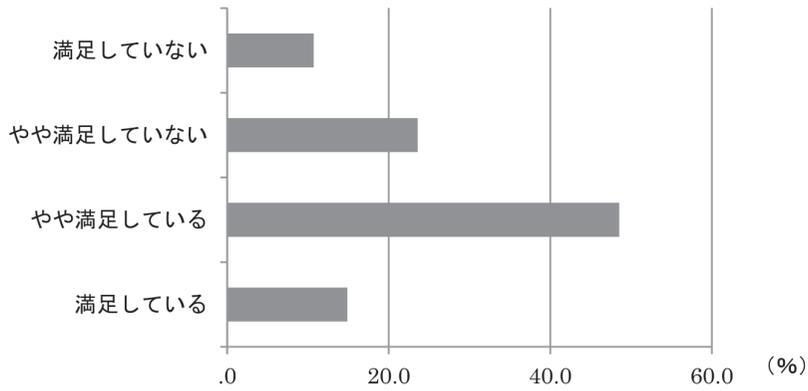


図 4. 看護記録への満足度

表 3. 看護記録への不満の理由

カテゴリー	サブカテゴリー		
訪問看護記録書 I	訪問看護に適した 情報収集・アセスメント様式の未整備	不十分なアセスメント 系統的ではないアセスメント とらえにくい全体像 必要は情報収集項目の不足 特定の状況に対応していない情報欄 情報の重複 活用できない情報の項目 情報用紙の追加	
	整合性がとれない訪問看護の実態と記録	理解しにくい概念 訪問看護との不整合 訪問看護記録への不慣れ 適宜の変更 記録改善への模索 記録の改善希望	
	構造化されていない記録	不明瞭な記録の構成 非効率的な記録 記入のしづらさ 不統一な記録方法	
		情報共有の困難さ	利用者の読みづらさ 複写式記録用紙の必要性 多施設多職種との共有困難 情報共有の不足
			記録への負担感
	訪問看護記録書全般		

訪問看護記録書Ⅰに対しては、『情報の重複』『不十分なアセスメント』『系統的ではないアセスメント』『活用できない情報の項目』などによる【訪問看護に適した情報収集・アセスメント様式の未整備】や、『訪問看護との不整合』『記録改善への模索』『適宜の変更』などの【整合性がとれない訪問看護の実態と記録】が満足できない理由であった。

訪問看護記録全般については、『不明瞭な記録の構成』『非効率的な記録』『不統一な記録方法』など【構造化されていない記録】や、『利用者の読みづらさ』『多施設多職種との共有困難』などの【情報共有の困難さ】、『記録の時間的負担』『PC入力による不便さ』『手書きによる読みにくさ』など【記録への負担感】がみられた。

## IV. 考察

### 1. 訪問看護ステーションの概況

訪問看護ステーションの概況について、本研究の調査結果と全国調査とを比較した。

一般社団法人全国訪問看護事業協会の調査によると、平成27年度4月1日現在の訪問看護ステーション数は8241件であり、本研究の対象数は全事業数の6%にあたる<sup>6)</sup>。平成26年介護サービス施設・事業所調査による開設主体の構成は、「営利法人」が最も多く、次いで「医療法人」「社団法人」「社会福祉法人」だったのに対して、本調査では「医療法人」が最も多く、次いで「営利法人」「財団法人」「社会福祉法人」であり、実態と若干の違いがみられた<sup>7)</sup>。看護職員の常勤換算数は、平成26年9月の全国平均が4.7名に対して、本調査は5.5名であり全国平均よりやや高い値を示した<sup>7)</sup>。介護保険の利用者数は、平成26年9月の61.4名であり、時期の違いはあるが本調査と同数値であった<sup>7)</sup>。本調査の協力施設の概況は、おおよそ全国の訪問看護ステーションの実態を表しているといえる。

### 2. 訪問看護ステーションにおける看護記録の実態

看護記録の記載方法は、6割以上が手書きで記録されており、パソコンによる入力は4割弱であった。鯨井<sup>8)</sup>によると病院施設における平成23年の電子カルテの普及率は、400床以上で57.3%、200床未満で14.4%と施設差がみられている。訪問看護ステーションの電子カルテの普及率の実態は不明であり、本研究のパソコンによる入力が全て電子カルテによるものかは未確認ではある。看護記録への不満の理由の中に、『PC入力への変更希望』もあるなど、訪問看護ステーションにおいて電子媒体の導入は今後進行することが予測される。

訪問看護記録書Ⅰの様式は、約6割の施設が独自に作成しており、既成のソフトや既存の用紙の活用は4割程度であった。訪問看護記録書Ⅰは例示のみの提示のため、各施設が創意工夫することが可能であり、自作が多い一因となっている。

訪問看護記録書Ⅰは、看護過程に照らし合わせると、情報収集とアセスメントを記載する看護記録となる。情報収集の枠組みとして看護理論やモデルを活用している施設は、約1割と少な

く、活用していない施設が約5割であり、不明と回答した施設が3割もみられた。

最も活用されていたのはヘンダーソンであり、看護基礎教育における在宅看護論の活用と同様の傾向であった<sup>2)</sup>。次に看護診断：NANDA-Iと日本訪問看護振興財団版が多かった。看護診断については、NANDA-Iとゴードン、カルペニートを合わせると30件となり、活用されている中では最も多かった。実際に訪問看護に看護診断を取り入れた伊藤と奥田<sup>9)</sup>は、看護診断名の表現が利用者への説明に困難を要するとの懸念もあったが、NANDAの分類で教育を受けてきた看護師が増加していること、関連因子や危険因子の活用により状態が適切に表現されるために導入したとしている。

情報収集の枠組みとして、看護理論やモデルの活用はあまりされていなかったが、不明と回答した施設もみられたため、今回、活用状況が十分に把握できたとは言えない。

### 3. 看護記録への不満からとらえた看護記録の実態

看護記録に対しては、「満足している」と「やや満足している」を加えると6割以上が満足していた。

訪問看護記録書Iに対して満足が得られない点は、【訪問看護に適した情報収集・アセスメント様式の未整備】と【整合性がとれない訪問看護の実態と記録】であった。【整合性がとれない訪問看護の実態と記録】が生じている背景には、【訪問看護に適した情報収集やアセスメント様式が未整備】であることが関連していると考えられる。情報収集とアセスメントの看護記録である訪問看護記録書Iは、看護理論やモデルの活用が少なく、各施設の経験や考えを基に情報収集の枠組みや項目が設定され、体系的な構造になっていないことが推察される。さらに、常に記録の改善を模索する必要性が生じていることから、訪問看護の情報収集の枠組みについては、一定の統一した見解が得られていない。

看護記録全般については、【構造化されていない看護記録】【情報共有の困難さ】【記録への負担感】が挙げられていた。書式が規定されている訪問看護計画書は、看護目標や看護問題（看護診断）、ケアプランを記載する用紙であり、訪問看護報告書は、月ごとにまとめた看護要約である。さらに訪問看護計画書と訪問看護報告書は、医師への報告や利用者の同意と提供が義務づけられており、そのため規定された書式への転記や、利用者に渡すために複写式の用紙を準備する必要性もある。

看護ケアのために必要な看護過程の展開と、看護記録に課せられた義務との狭間により、【構造化されていない看護記録】となり、【記録への負担感】が生じ、多職種との【情報共有の困難さ】を感じると考えられる。

今回、看護記録に満足が得られていないことを始点として、訪問看護の記録の実態を明らかにしたが、今後は、満足が得られている記録の現状を把握する必要がある。

## 結論

訪問看護ステーションでは、6割が施設で独自に作成した訪問看護記録書Iを手書きで記録しており、看護理論やモデルはほとんど活用されていなかった。看護記録に対しては6割が満足していた。満足が得られない理由としては、【訪問看護に適した情報収集・アセスメント様式の未整備】【整合性がとれない訪問看護の実態と記録】【構造化されていない看護記録】【情報共有の困難さ】【記録への負担感】が挙げられた。訪問看護の特徴に適した、構造化された看護記録を考える必要性が示唆された。

## おわりに

本研究を実施するにあたり、ご協力いただきました訪問看護ステーションの皆様にご心より御礼申し上げます。

## 文献

- 1) 社会保険研究所 (2015). 介護保険・医療保険 訪問看護業務の手引き 平成27年4月版. 東京: 社会保険研究所.
- 2) 中村順子, 木下彩子 (2009). 全国看護教育機関における在宅看護論の看護過程教育に関する調査研究. 日本赤十字秋田短期大学紀要, 14号, 35-41.
- 3) 渡部洋子, 角谷あゆみ, 山崎ちひろ (2013). 在宅看護学実習に求められる対象理解と学習支援—基盤理論の比較とアセスメントツールの検討—. 中京学院大学看護学部紀要, 3 (1), 59-75.
- 4) 鈴木育子 (2012). 在宅ケア用アセスメントツールを用いた在宅看護過程から学生が学んだ在宅看護の視点. 医療保健学研究, 3, 137-146.
- 5) 成瀬和子, 長江弘子, 川越博美 (2001). 在宅看護実習におけるケアアセスメントツール有用性の検討. 聖路加看護大学紀要, 27, 59-63.
- 6) 一般社団法人全国訪問看護事業協会 (2015). 平成27年訪問看護ステーション数調査結果. <http://www.zenhokan.or.jp/pdf/new/h27-research.pdf>. (参照 2015/11/07).
- 7) 厚生労働省 (2015/10/22 作成). 平成26年介護サービス施設・事業所調査. <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/service14/index.htm>. (2015/11/05 参照).
- 8) 厚生労働省 鯨井佳則 (2015/2/20 作成). 保健・医療・介護分野における ICT の活用について. <http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12600000-Seisakutoukatsukan/0000075101.pdf>. (2015/11/09 参照)
- 9) 伊藤絹枝, 奥田真紀子 (2014). 「看護診断」の活用による看護過程強化のための ICT 化. 訪問看護と介護, 19 (4), 297-303.