

### 7-3-5 看護者が行う記録の保存期間

看護記録、助産録、指定訪問看護等の提供に関する諸記録のそれぞれの最低保存期間は、根拠となる法令によって異なる（参考資料8）。

看護記録の保存期間は、法令による規定を最低限とし、継続性のある医療を提供するためにできる限り長期間に設定することが望ましい。

## 8 看護記録および診療情報の取り扱いに関する看護管理者の責務

看護管理者は、看護組織の指示系統を用いて、看護記録および診療情報の取り扱いに関する法令、通知、指針等の周知徹底を行う。また、看護管理者は施設全体の診療情報の取り扱いに関する規定の作成や、看護記録と診療録の一元化による診療記録の整備等に主体的かつ積極的に参画し、他の医療従事者ととも施設の情報管理に携わる。作成した規定等は社会情勢および法令の改正などに応じて見直す必要がある。

### 8-1 看護記録の管理

看護管理者は、看護記録の記載を看護業務として位置づけ、適切に記録が行われるよう業務調整を行う。また、看護記録の質の保証と向上のために、看護記録に関する施設内の基準・手順を作成し、看護記録の監査体制を整備する。基準・手順の適切性は適宜評価し、必要に応じて改訂する。これらの看護記録の管理体制は、施設内の看護者および医療従事者に周知する。

看護管理者は、看護者が個人的理由で患者の個人情報に安易にアクセスすることがないように、個人情報へのアクセスに関する規定を整備する（「5-2-1 情報収集のあり方」参照）。

### 8-2 診療情報の管理と環境整備

看護管理者は、看護者が知り得た診療情報の漏出を防ぐため、診療情報が記載された看護記録、申し送りノート等の管理はもちろんのこと、患者との会話や説明、またそれらが録音された音声等についても適切に管理する。

例えば、診療情報が記載されたものがオープンスペースのナースステーション等に放置され、面会者など他人の目に容易に触れる状況にならないよう、管理・保管方法に責任を持つ。また、医療従事者と患者の会話等が第三者に聞こえないようにするなど、プライバシーを保護するための環境整備を行う。電子カルテが導入されている場合には、個人情報のセキュリティ確保に加え、画面上の個人情報が他人の目に容易に触れる状況にならないよう、環境整備および電子機器の使用方法について施設管理者に提言する。

### 8-3 看護記録の開示に関する規定の整備と周知

看護管理者は、患者の自己決定を支援するという立場から所属施設の看護記録の開示に関する規定の整備に参画する。規定には開示請求を受けた場合の指示系統、3つの開示方法（「6-3 開示の方法」参照）の選択基準、各開示方法の注意点、開示の経緯に関する記録方法などを含む。整備した規定は、新採用者オリエンテーション等の機会を用いて、看護者および他の医療従事者に周知する。

さらに、患者には初診時および入院時オリエンテーション等の機会を用いて看護記録の開示について看護者が実施していることや手続き等について周知する。

### 8-4 苦情対応体制の整備

看護管理者は、看護記録の開示および診療情報の提供に関する苦情に対し、適切かつ迅速に対応するため、各施設における苦情対応体制の整備に参画する。苦情対応体制の整備には苦情対応の窓

口の設置、報告・指示系統の整備、他部署との連携、苦情内容と対応の蓄積、対応マニュアルの作成等がある。看護管理者は、これらの規定や対応マニュアルについて看護者に周知する。

なお、施設内における対応が困難な場合は、都道府県等が設置する医療安全支援センターや、医師会が設置する苦情対応機関等の相談窓口を活用する。

## 8-5 看護者への支援

看護管理者は、施設内の看護者が適切な記録を行い、法令・指針等を遵守して患者の診療情報を適切に取り扱うことができるよう看護者に対し必要かつ適切な支援を行う。

看護管理者は、基礎教育の内容を踏まえて新卒看護師の教育プログラムを整備する他、各施設の特徴に応じた看護記録および診療情報の取り扱いに関する継続教育プログラムを整備し、看護者の能力に応じて段階的な教育を行う。あるいは、必要な知識・技術を習得するために適切な外部研修の受講を促進する。

看護者がカンファレンスを行う際の資料を作成する場合等は、個人情報の取り扱いに細心の注意を払うよう指導し、診療情報の使用に関して事前に患者あるいは遺族から同意を得る。

## 8-6 看護研究および実習を受け入れる場合の留意点

看護管理者が管理する情報は、日々の看護に関する情報に限らず、看護研究や実習で取り扱われるものも含む。看護管理者は、管理する施設・病棟が看護研究の対象や看護学生の実習受け入れ先となった場合には、その看護研究および実習で取り扱う情報の管理方法について研究または実習責任者に確認し、把握しておく。情報の管理方法に問題があると判断した場合には、情報管理に関わる全てのメンバーで話し合いの場をもち、改善策を検討する。

# 9 看護記録および診療情報の取り扱いに関する基礎教育のあり方

看護教育者は、看護学生に患者の個人情報、看護記録および診療情報に関する概念や取り扱いに関する教育を行う責務がある。また、看護学生が作成した実習記録の管理責任は看護教育者および学生が負うが、実習の対象者となる患者の個人情報の流出に関する責任は、担当の看護者や看護管理者および施設管理者にまで及ぶ場合がある。看護教育者は、看護学生が個人情報を施設外に持ち出すことなく実習記録を作成できるよう、実習記録時間が確保できる実習カリキュラムを検討し、実習施設の施設管理者および看護管理者と協力し、施設内に実習記録を作成する場所を確保するよう努める。

## 9-1 看護記録および診療情報の取り扱いに関する基礎教育の基本

看護記録に関する基礎教育の際には、本指針「7 診療記録開示の目的に適う看護記録のあり方」について十分な理解が得られるようにする。また、患者の人権を尊重する看護者を育成するため、看護者の守秘義務、個人情報の保護、診療情報の提供に関する責務等、情報に関する倫理教育を行うことも重要である。

## 9-2 臨地実習前の準備

### 9-2-1 臨地実習前の教育

看護教育者は臨地実習前の教育において、本指針「5 診療情報の取り扱いに関する看護者の責務」についての学内講義を充実させる。看護学生は臨地実習で患者の診療情報を取り扱うため、臨地実習前の教育が重要である。

### 9-2-2 臨地実習に関するインフォームドコンセント

WHOはヨーロッパにおける患者の権利の諸原則（1994年4月）において、臨床教育への患者の参加もその患者のインフォームドコンセントに基づくものでなければならないとしている。臨地実習において看護学生が患者を受け持ち、療養上の世話および診療の補助等の看護業務を行うこと、また患者の診療情報を取り扱うことについて患者の同意を得て、それを記録に残すことが必要である。看護者および看護教育者は、看護学生が患者の診療記録から情報収集を行い必要な情報を実習記録に記載すること、実習記録の保管方法、知り得た情報を守秘すること、実習以外の目的には使用しないことを患者に説明する。さらに、患者が実習の受け入れを拒否した場合であっても不利益を受けないことを説明する。

厚生労働省は、「看護基礎教育における技術教育のあり方に関する検討会報告書（2003年）」において、看護基礎教育における技術教育の現状と課題、臨地実習において学生が行う看護技術についての基本的考え方、身体的侵襲を伴う看護技術の実習指導のあり方、患者の同意を得る方法など実習環境の整備について示している。

#### 「看護基礎教育における技術教育のあり方に関する検討会」報告書（厚生労働省，2003年）抜粋

##### 臨地実習における患者の同意等

- (1)国民の権利意識及び医療安全への関心が高まっている今日、患者の権利を保障し、安全性の確保を最優先に実習を進めることは最も重要なことであり、臨地実習の開始に当たっては、患者の同意を得ることは必須の事項である。従って、学生の実習に際しては、患者・家族に対して、事前に十分かつ分かりやすい説明を行い、患者が納得した上で、協力の同意を得る必要がある。
- (2)患者・家族の同意は、教員及び看護師等が実習の必要性や実習内容等について十分説明を行った上で、看護師学校養成所及び実習施設双方が連名で患者・家族と文書で取り交わすことが望ましい。また、口頭で同意を得た場合であっても、その旨を記録として残すことが必要である。
- (3)説明、同意に関する文書には、患者・家族は同意を拒否できること、また、既に同意した内容についてもいつでも拒否できること、また、拒否したことを理由に看護及び診療上の不利益な扱いを受けないことを明記することが必要である。
- (4)学生は、臨地実習を通して知り得た患者・家族に関する情報については、これを他者に漏らすことがないようにプライバシーの保護に十分留意すべきである。
- (5)臨地実習説明書及び臨地実習同意書の例

※(5)臨地実習説明書及び臨地実習同意書の例は参考資料9に示す。

### 9-2-3 看護学生による看護行為の違法性阻却証明

看護職の免許を有しない看護学生による臨地実習中の看護行為は、法的には①患者の同意②目的の正当性③手段の相当性が証明されれば、無資格行為、民法上の不法行為、刑法上の犯罪行為についての違法性が阻却されると解釈されている。そのため、看護教育者は、患者の同意、目的の正当性、手段の相当性について記録しておく必要がある。

#### 「看護基礎教育における技術教育のあり方に関する検討会」報告書（厚生労働省，2003年）抜粋

##### 学生の臨地実習に係る保健師助産師看護師法の適用の考え方

看護師等の資格を有しない学生の看護行為も、その目的・手段・方法が、社会通念から見て相当であり、看護師等が行う看護行為と同程度の安全性が確保される範囲内であれば、違法性はないと解することができる。

すなわち、(1)患者・家族の同意のもとに実施されること、(2)看護教育としての正当な目的を有するものであること、(3)相当な手段、方法をもって行われることを条件にするならば、その違法性が阻却されると考えられる。

ただし、(4)法益侵害性が当該目的から見て相対的に小さいこと（法益の権衡）、(5)当該目的から見て、そのような行為の必要性が高いこと（必要性）が認められなければならないが、正当な看護教育目的でなされたものであり、また、手段の相当性が確保されていれば、これらの要件は満たされるものと考えられる。

## 9-3 臨地実習中の学生への指導

### 9-3-1 看護学生の臨地実習における情報の取り扱い

実習中は看護学生が患者の診療情報を容易に入手できる環境にあり、看護者が行うケアの一部を実施しているため、看護学生にも守秘義務が生じると考えられる。また、実習記録の保管やプライバシー保護にも看護記録と同等の配慮が必要となる。看護教育者は、看護学生が実習期間中に知り得た情報について、守秘義務を遵守するよう教育・指導する。

看護教育者は個人情報の漏洩は不法行為であることを認識し、守秘義務について看護学生の認識を高めるように努める。

### 9-3-2 実習記録の取り扱い

看護教育者や実習受け入れ先の看護者は、実習記録の取り扱いに関する規定を作成し、看護学生や患者に明示する必要がある。また、実習記録に個人を特定できる内容が含まれる場合には、「匿名性」の確保だけが機密の保持になるわけではないということを十分に理解し、取り扱いに留意する。実習記録の取り扱いに関する主な留意点を以下に示す。

- 記録用紙は、個人を特定する情報（住所、氏名、生年月日、病院、病棟名、家族歴や遺伝情報等）を可能な限り記載しないようなフォーマットにする。
- 不必要な情報・不確実な情報は記述しない。
- 診療記録および実習記録は安易に複写しない。
- カンファレンスの資料等に利用するために複写した場合は、担当の看護教育者がシュレッターにかける等適切に処分する。
- 個人が特定される可能性がある実習記録等の院外への持ち出しは原則として禁止する。やむを得ず院外に持ち出す際にはルールに則る（紛失・散逸の防止に努める。ファイル等で管理し、第三者の目に触れないようにする）。
- 実習目的以外に利用しない。
- 実習記録の作成にパソコン等の電子媒体を使用した場合には、ハードディスクや機体にデータが残ることを考慮し、個人所有の電子媒体の使用は避ける。
- 実習終了後、不必要となった記録物やメモ類はシュレッターにかける、電子媒体は内容を消去する等の処分を行う。
- 実習終了後の実習記録は、看護教育者が適切に保管・管理し、看護学生が必要な際はこれを閲覧させることが望ましい。実習記録を学生が保管する場合は、その取り扱いを適切に行う。

### 9-3-3 看護学生による看護記録の記載

看護学生が看護記録に記載した場合は、記載した学生と記載内容の確認を行った看護者の両者の署名が必要である。患者への看護実践の記録者としての最終責任は担当の看護者にある。

## 9-4 実習記録の開示への対応

看護学生の実習記録は実習目的を達成するための手段であり、公的な記録である看護記録とは異なるため、原則として実習記録を開示する必要はないと考えられる。しかし、開示を求めた患者の状況、病院の設置主体、当該地域の条例、実習記録の内容などにより、場合によっては開示しなければならないこともある。

## 9-5 実習記録の取り扱いに関する規定の整備

実習記録の取り扱いについては各教育機関に任されているが、今後は、実習受け入れ機関と教育機関で実習記録の取り扱いに関する取り決めを行う等の対策が必須である。また、実習記録も開示の対象となりうることを周知する必要がある。

取り決めておくべき主な内容は以下の通りである。

- 実習受け入れ機関、教育機関それぞれの責任者
- 実習中の実習記録の取り扱い
- 実習記録の保管方法、保管期間
- 保管期間後の取り扱い
- 実習記録の開示請求があった場合の対応

## 10 診療記録のIT(Information Technology)化

平成11年4月の厚生省（現厚生労働省）通知により、診療録等の電子媒体による保存が真正性、見読性、保存性の3条件を満たすことで容認されて以降、各施設における診療記録のIT化の取り組みが進められている。

厚生労働省は「保健医療分野の情報化にむけてのグランドデザイン（最終提言）」（2001年12月26日）のなかで、2006年度までに400床以上の病院の6割、全診療所の6割に電子カルテの普及を図りたいとしている。また、2005年までに世界最先端のIT国家となる目標を達成するために策定された「e-Japan 戦略Ⅱ加速化パッケージ」では、医療の質の向上と効率的な医療提供体制の構築に向けて、処方せん、診断書、出生証明書を始めとする様々な診療情報の電子化などの医療分野のIT利用促進を図るための方策を包括的に検討し、2004年9月までに結論を得ることを示した。これを受け、2004年9月30日に書類の電子化および診療録等の電子保存の主要検討課題などをまとめた医療情報ネットワーク基盤検討会の最終報告書が公表された（<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2004/09/s0930-10.html>）。

厚生省健康政策局長・厚生省医薬安全局長・厚生省保険局長通知（平成11年4月22日付け医薬発第517号保発第82号）診療録等の電子媒体による保存について（抜粋）

### 二 基準

法令に保存義務が規定されている文書等に記録された情報（以下「保存義務のある情報」という。）を電子媒体に保存する場合は次の三条件を満たさなければならない。

- (一) 保存義務のある情報の真正性が確保されていること。
  - 故意または過失による虚偽入力、書換え、消去及び混同を防止すること。
  - 作成の責任の所在を明確にすること。
- (二) 保存義務のある情報の見読性が確保されていること。
  - 情報の内容を必要に応じて肉眼で見読可能な状態に容易にできること。
  - 情報の内容を必要に応じて直ちに書面に表示できること。
- (三) 保存義務のある情報の保存性が確保されていること。
  - 法令に定める保存期間内、復元可能な状態で保存すること。

### 10-1 情報の共有

診療記録のIT化により、診療情報の一元化が可能となり、医療を提供するすべての医療従事者が、異地点においても同時に当該患者に関する情報を共有することができる。また、すべての医療従事者が必要とする患者基本情報と各専門職種が必要とする情報を明確にし、情報収集の重複を避けることによって、患者・医療従事者双方の負担を軽減することができる。

電子カルテでは、標準的な用語の使用により画面上あるいは印刷物に表示される情報項目やその内容の表記が統一されるため、医療従事者ばかりでなく患者も診療情報を理解しやすくなり、診療情報の提供の促進につながる。

### 10-2 迅速な医療提供

診療記録のIT化により、発生源において入力ができ、複数の医療従事者が同一の情報を参照す

ることができる。観察事項や検査結果を迅速に主治医に報告し、指示を受けることが可能となるため、必要な医療をより迅速に患者に提供することができる。ただし、リアルタイム入力ができなかった場合、電子カルテでは入力時間が自動的に記録されるため、看護を実践した時間と入力を行った時間に差異が生じる。臨床現場でのリアルタイム入力には限界があるため、実践したおおよその時間を記録する項目を作成する等の対応が必要である。

また、電子カルテでは、システムあるいは本人の技術等の問題から、必要事項を入力する時間が長くなる状況もあり得る。電子カルテを導入する際は、効率よく入力できるシステムの構築と医療従事者への教育が必須となる。

### 10-3 診療記録の活用

診療記録のIT化により、記録されたデータの検索・集計・分析が容易になる。診療記録から必要なデータを検索し、再構成することで、個別的な健康管理に活用することができる。

また、集計・分析したデータを看護管理や看護教育、および看護研究の目的に応じて活用することができる。

クリティカルパスは患者および医療従事者に標準的な診療の過程を示し、チーム医療を円滑にするものであり、目標を達成するための科学的根拠（エビデンス）や、経験に基づいた治療や看護計画を示すものである。ある疾患の治療、看護の経過予測や、逸脱（バリエーション）に関するデータの蓄積と集計を効率的に行うことによって、新規のクリティカルパス作成および改良に応用することができる。

### 10-4 プライバシー保護とセキュリティ確保

患者のプライバシー保護には、医療従事者の倫理教育とともに情報セキュリティの確保が必須である。情報セキュリティとは、情報をさまざまな脅威から保護し、安全に保つことであり、以下のような対策を講じる。

- 情報にアクセスする権限を有する者だけが情報を得ることができるようにする。
- 権限を有する者だけが情報データを作成・修正・消去できるようにする。
- 電子カルテの改ざんを防止する。
- 定められたときに定められた方法で情報が利用できるようにする。
- 施設で取り決めた保存期間内は、復元可能な状態で保存する。

## 11 今後の課題

看護記録および診療情報の取り扱いに関する今後の課題としては、看護記録および用語の標準化、看護記録の質の向上および情報の取り扱いに関する倫理教育があげられる。また、看護者が診療情報の提供に積極的に参画した結果を、患者への自己決定支援等の側面からも評価し、効果的な看護の提供について検討する必要がある。

## 本指針における用語の定義

用語	本指針における定義	参考資料
看護者	看護職の免許によって、看護を实践する権限を与えられた者であり、保健師、助産師、看護師、准看護師を総称している。	
患者	医療および看護を必要とする者をいう。健康診断の対象者も含む。	
個人情報	生存する個人に関する情報であつて、当該情報に含まれる氏名、生年月日その他の記述等により特定の個人を認識することができるもの（他の情報と容易に照合することができ、それにより特定の個人を識別することができることとなるものを含む。）をいう。また、診療録等の形態に整理されていない場合でも個人情報に該当する。	個人情報保護法 厚生労働省：医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン，2004年
診療情報	診療の過程で、患者の身体状況、病状、治療等について、医療従事者が知り得た情報をいう。	厚生労働省：診療情報の提供等に関する指針，2003年
診療情報の提供	①口頭による説明、②説明文書の交付、③診療記録の開示等具体的な状況に即した適切な方法により、患者等に対して診療情報を提供することをいう。	厚生労働省：診療情報の提供等に関する指針，2003年
看護記録の開示	患者（遺族も含める）からの請求があつた場合に看護記録そのものを患者等に示し説明を行うこと、または看護記録（看護要約を含む）の写しを交付することをいう。	
看護業務	医療法、保健師助産師看護師法等により規定され、かつ看護倫理に基づいて実践される、あらゆる健康レベルの対象者に対する看護実践である。 看護実践とは、看護者が対象者に直接的に働きかける行為である。看護実践の組織化とは、看護者が看護実践を提供し、保証するためのシステムを構築することである。看護実践と看護実践の組織化を合わせて看護業務という。	日本看護協会：看護業務基準，1995年
看護記録	看護実践の一連の過程を記録したもの。	日本看護協会：看護業務基準，1995年
業務記録	診療記録のうち診療の場で取り扱われるもの。その物的所有権はこれを作成する側にあるが、その作成・管理については医療行政上の必要性から法令上一定の規制がなされている。診療の適切性を証明させ、それにより行政目的を達成しようとするものであり、また、診療を受けた患者の社会的権利義務の確定のために必要な証拠資料となる。	カルテ等の診療情報の活用に関する検討会報告書（1998年） 東京高裁平成4年9月8日決定
助産録	助産師が分娩の介助をした際に、助産に関する事項を記載したもの。	保健師助産師看護師法（42条）
診療記録	診療録、処方せん、手術記録、看護記録、検査所見記録、エックス線写真、紹介状、退院した患者に係る入院期間中の診療経過の要約その他の診療の過程で患者の身体状況、病状、治療等について作成、記録又は保存された書類、画像等の記録。	厚生労働省：診療情報の提供等に関する指針，2003年
診療録	診療録は、医師及び歯科医師によって診療が行われた際に診療に関する事項を記載したもの。	医師法（24条）、歯科医師法（23条）
インフォームドコンセント	医師・歯科医師・薬剤師・看護師その他の医療の担い手が、医療を提供するに当たり、適切に説明を行い、医療を受ける者の理解を得ること。	医療法（1条の4、2項）
セカンドオピニオン	他の医師または歯科医師に意見を求めること。	厚生労働省：医業若しくは歯科医業又は病院若しくは診療所に関して広告することができる事項，厚生労働省告示第158号，2002年
電子カルテ	患者の診療情報が記載された診療記録を電子保存したもの。	
クリティカルパス	医療介入に必要な時間、実施する検査、治療、手術、看護などを時系列に整理し、また介入する医療従事者の職種別に示した治療計画書（または実績記録）のこと。	厚生労働省：保健医療分野の情報化に向けてのグランドデザイン（第一次提言），2001年
標準看護計画	看護を必要とする人の特定の問題を解決するために、研究結果を活かした共通する看護実践をあらかじめ記載したもの。	