

「内視鏡看護記録ガイドライン」

日本消化器内視鏡技師会看護委員会編

(2005年7月)

はじめに

内視鏡検査における看護記録とは、指示の実施に始まり、検査予約から検査・治療の内容、今後の検査・治療予定、また、患者のバイタルサインや心身の状態、看護過程の実際をもとに、一人一人の患者についての看護記録および内視鏡検査申し送り記録の事である。

それらの記録は、検査・治療終了およびフォローアップにいたるまで、分かりやすく、部署を超えてからも、それぞれのスタッフが共有できる記録項目・内容であり、さらにはより安全な医療および看護サービス提供・展開のための情報が見える記録であることが求められる。

また、専門職として、提供した看護が適切であったかどうかの評価もしなければならない。

1. 看護記録の定義

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り、客観性と完結で効率的な記録が求められる。また、個々の患者の公的な記録であり、署名によって責任の所在が示され、法的資料ともなる。

*広辞苑によれば、「記録とは、のちのちに伝える必要から、事実を書きしるすこと。」とされる。

*看護記録は、看護師によって記載される、患者および看護活動に関する記録類の総称、公的診療記録の一部として五年間の保存が義務づけられており看護内容を法的に証明する資料となる。また看護研究や看護監査の資料としても活用される。(看護大辞典：医学書院)

検査部門における記録の機能には、

- ・内視鏡看護の実践を明示する。
- ・部署を越えて、患者に提供する看護ケアの根拠となる。
- ・多職種による医療者間及び患者・医療者間の情報交換のための手段となる。
- ・内視鏡看護の評価や質の向上のための資料となる。
- ・医療事故や医療訴訟の際の法的資料となる。

などが挙げられる。

2. 看護記録の目的

- ・チーム間での情報伝達を行う。
- ・患者ケアのチームスタッフ間での協働と継続ケアを保障する。
- ・ケアの質を示す。
- ・ケアのための情報を提供する。
- ・医療費の請求を証明する。
- ・医療者および施設を訴訟などから守る。

内視鏡検査・治療など検査部門においては、初対面の患者でも短時間に把握し記載できる記

録が重要である。さらに、事実を記録するだけでなく、看護の実践過程を証明することも忘れてはならない。「たとえ完璧な看護活動を行っても、記録に残さない限り、それらを行ったという証拠はなく、行わなかったと見なされても仕方がない。」とされる。人の伝聞情報や記憶に頼る伝達手段、つまりは申し送りだけでは不十分ということを意味する。こうした記録は、外来や病棟など看護単位の明確な部署に限ったことだ、とか、限られた時間の中では記録はできないと考えるのではなく、記録も看護活動の一部であることを忘れてはならない。

検査・治療が終わったら内視鏡業務が終了したのではなく、患者情報・看護介入の記載情報の伝達を行いそれらにより看護が展開されてこそ終わるのである。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貴重な資料となるのである。

3. 看護記録の方法

看護記録用紙は内視鏡所見用紙と一体化でも、別紙でもよい。第三者が読んで内視鏡室での状況、患者や看護がそこから看えてくる記録が必要である。

記録の形式としては、クリニカルパスやチェックリスト形式、ワークシート形式等その施設にあった方法を活用する。

1) 内視鏡検査依頼伝票兼・申し送り事項・問診用紙のチェック

検査・治療依頼内容と患者に相違ないことを確認する。既往歴、現病歴、内服薬などの必要項目を記載した依頼伝票を予約時に提出し、当日は看護記録用紙などを用いて、繰り返しコミュニケーションや確認会話を通して、患者情報の確認を行っている施設もある。

短時間で、情報を的確に捉え、前処置を安全に行い、ショックや偶発症を防ぎ、より安楽に内視鏡検査・治療を終えるには、患者の検査データ・バイタルサイン・アレルギーの有無・治療経験など、全て書き込めるチェックリストを作成し、検査・治療前の患者問診を行うこと、各外来・病棟からは内視鏡室へ申し送りを行うことが重要となる。

また、患者にも問診票を实际記入して頂き、更に、インタビューによる問診を行うことで、検査を受けることに安心感・信頼関係が生まれ患者満足に繋がる。予約時の問診のままでは患者の変化はつかめない。

時に検査部門では、患者は馴染みの看護師、医師がいない不安もあるであろう。内視鏡室看護師は、それぞれの患者に、何がおきて、どういう風感じて、どのような不安があるか、患者を取り巻く情報をいち早くつかまなければならない。患者が自分のことを知ってくれていると実感することは、不安の軽減に対する対応姿勢となり、安心して内視鏡検査を受ける第一歩に繋がる。

2) 患者観察と視点

患者は看護師の行動、言動に敏感になっていること、不安でいっぱいであることを察知しなければならぬ。検査前後の問診は、患者との信頼関係を開始し構築するために大切である。

また、それぞれの偶発症を予測し行動しなければならない。その上でも、多忙な業務の中でもバイタルチェックを怠ってはならない。

特に、高齢者は基礎疾患を診断されていなくても、内視鏡検査が契機となり、脳血管疾患や心疾患を起こしうる場合がある。下部消化管の場合には脱水に傾き、血液の凝固性を更新させ、梗塞疾患を引き起こしやすい状態にある。また、検査に伴う不安、恐怖、緊張による交感神経緊張亢進状態が臓器の攣縮を引き起こし、脳・心血管障害を起こすこともある。心筋梗塞では、前胸部痛、胸内苦悶、呼吸困難や血圧低下をきたすこともある。

抗コリン剤使用による副作用は、稀にショック、呼吸障害、心筋梗塞を誘発する。塩酸リド

カインによるアレルギーは重篤な場合には声帯浮腫で気道閉塞があるが、抜歯や皮膚の表面麻酔時のアレルギーなどの経験よりある程度予測することができる。

内視鏡検査に対してどうしても不安や反射の強い場合や長引くと予想される場合には鎮静剤を使用することがある。塩酸リドカイン使用困難例などにも鎮静剤等のセデーションにより安楽な検査・治療は提供できるが、投与後、舌根沈下による上気道閉塞、血圧低下、意識レベル低下などの副作用が生じる場合もある。

3) 検査・治療中の看護記録について

検査中のバイタルサインの測定・看護ケアの内容、患者の前処置、咽頭麻酔・セデーション・嘔吐反射の有無、生検後の出血の有無など、事実を記入し、それに対してどういうケアを行ったか、ケアの結果はどうであったか、今後どうすれば良いかも書き入れておくことで、次の検査の参考になる。また、患者も前回の記録を活用して看護を受けることで、安心と信頼感が増す。私達は患者の苦痛が少しでも少なく安楽な内視鏡検査を提供させていただくこととなり、医療事故を未然に防ぐことに繋がる。

4) 検査・治療後の看護記録について

検査終了後には患者の一般状態を観察し、麻酔などの前処置の影響を判断する。検査後のオリエンテーション用紙やパンフレットを用いて、検査治療後の注意事項・禁止事項を記載し患者に手渡す。そして前処置薬による注意事項、安静度の説明・伝達、水分・食事の開始時間と食事の内容、検査結果の説明の理解度を確認し指導する。その際には、検査介助にあたった看護師の名前を記載することで、看護師には責任の所在が明確となり、患者には安心と信頼感に繋がる。

4. 看護記録の方法の実際

以下に内視鏡看護記録としての必須記載事項を提起する。

1) 内視鏡検査・治療記録の必須記載事項

(1) 検査・治療前の看護記録

①検査・治療に必要な問診表を用いた記録

- ・承諾書の有無

②患者情報

- ・一般状態とバイタルサイン
- ・既往歴（アレルギーチェック）
- ・現病歴
- ・内服薬（抗凝固剤の内容と中止日時の確認）
- ・感染症
- ・異常データ
- ・出血傾向の有無
- ・インスリン使用の有無

③前処置・前投薬の指示と医師のサインを確認

④前処置・前投薬注射の内容と実施時間

⑤予測される看護問題とそれらに対する看護ケア計画

⑥行った看護ケアとその結果

(2) 検査・治療開始・中の看護記録

①患者一般状態とバイタルサイン、SPO₂、酸素投与量の記録

- ②検査・治療内容の記録
 - ・バイタルサイン
 - ・治療検査項目
 - ・看護問題点
- ③生検有無と個数
- ④検査・治療開始時間と終了時間
- ⑤検査施行医師名と介助者名
- ⑥使用スコープの機種番号
- ⑦予測された看護問題に対する結果と継続する看護ケアの内容
- ⑧行った看護ケアとその結果
- (3) 検査・治療終了後の看護記録
 - ①患者一般状態とバイタルサイン
 - ②継続した看護ケアの内容とその結果
 - ③行った看護ケアとその結果
 - ④注意事項用紙を用い説明したことの記録
 - ・行った患者指導教育と患者家族の反応

5. 内視鏡看護記録と法的責任

内視鏡室での主役は患者であること、誰のための看護記録であるのかを忘れてはならない。モラルの向上と安全な内視鏡検査・治療を提供させていただくためでもある内視鏡看護記録は、患者のためにあることを今一度再認識し、看護記録開示に対応できるよう取り組んでほしい。

そして、専門性を高める努力と誇りを持ち、患者・家族の視点に立った看護の提供を前提とし、如何なる場合においても法的責任を取る覚悟での業務に力を注ぐべきである。

まとめ

内視鏡検査・治療が安全に、しかもより安楽に遂行されるためには、専門的な看護の機能が十分に果たされることが求められる。それは、常に自らが行った看護の実際を記録し、いかなる場合にも証明できること、また、情報開示の面からも行ったケアの実際やその根拠、結果としての効果を示すことである。つまりは、安全な医療および看護サービス提供・展開のための情報が見える記録であることが、求められている。そうした現状に伴い、多忙な職場であっても、記録は必要不可欠であり、この期に、記録のガイドラインを作成し、内視鏡看護の一助とするものである。

文献

- 1) アン・デービス, 太田勝正: 看護とは何か、一看護の原点と看護倫理一, 照林社, 1999
- 2) 井部俊子, 竹股喜代子: 看護記録のゆくえ『看護記録』から『患者記録』へ, (株) 日本看護協会出版会, 2000
- 3) 市川幾恵, 阿部俊子: 看護記録の新しい展開, 照林社, 2001
- 4) 菊池芳子: 私たちの看護観, 真興交易医書出版部, 1986
深井喜代子, 福田博之, 棚屋俊昭: 看護生理学テキスト、看護技術の根拠と臨床への応用, 南江堂, 2001
- 5) 堀内春美, 大橋達子: 消化器内視鏡看護、基礎から学びたいあなたへ, 日総研, 2003
- 6) T. M. マーレリ, 訳高木永子, 小野幸子: 看護診断にもとづくガイドライン, 医学書院
- 7) 日本消化器内視鏡技師会, 日本消化器内視鏡学会内視鏡技師制度審議会: 消化器内視鏡技

師のためのハンドブック，医学図書出版（株），1991

8) 見藤隆子、小玉香津子、菱沼典子：看護学事典、(株) 日本看護協会出版会 2003.

日本消化器内視鏡技師会看護委員会

堀内 春美	多賀須消化器科・内科クリニック
大橋 達子	富山赤十字病院
成田 公子	横山胃腸科病院
南 千代	阿南医師会中央病院
平安山香代子	琉球大学医学部附属病院
村上 由美	東旭川病院
坂本 優美	日本医科大学附属病院
甲浦 長子	小笠原クリニック