

当院における看護記録改善の取り組み

～カルテ開示に向けて記録記載基準を作成して～

南出 弘美, 木村 眞子, 曲木 光子, 小川 淳子, 遠藤寿美恵
広田 理恵, 晃昇とも子, 荒川美和子, 佐野 文男

札幌社会保険総合病院 看護部

はじめに

看護記録には、患者に提供された看護ケアが記載されるが、その目的としては

- 1) 看護ケアの質の証明
- 2) 看護ケアの質の保証と改善
- 3) 診療報酬を受けるための要件が挙げられる。さらに
- 4) 看護研究のための基礎資料
- 5) 法的な資料
- 6) 危機管理のための資料

としての役割も無視できない。

しかし、何よりも看護記録は臨床コミュニケーションのための道具であるため、タイムリーに看護過程・患者の状況が把握できることが重要である。平成10年度、主任会では看護過程をテーマに勉強会を進めたが、その中で問題として浮かび上がったのが、いかにして看護の過程、つまり実際に行われた看護とそれが対象者にもたらした成果を記録に反映するかということであった。また、看護記録用紙が院内で統一され、問題思考型の記録様式に移行しているが、この方式の利点が十分に生かされていないという問題点も指摘された。

一方、社会的な変化も存在している。1998年に厚生省から出された「カルテ等の診療情報の活用に関する検討会報告書」は

- 1) インフォーム・ドコンセントの理念に基づく医療
- 2) 自己決定の原理に基づく医療
- 3) 診療情報の自己コントロール権、アクセス権の保証

に基づく診療情報の開示を提言した。近年のクリニカルパスを巡る動きも、患者・医療者の協定決定に

基づく医療を基本としている。

また当院では、平成11年11月よりカルテ開示を開始している。そのため、それまでの看護記録監査の結果明らかになった問題点を解決するため、看護記録記載基準を作成した。その成果を看護記録記載基準の使用前後でさらに監査し、同時に記録に関する意識調査を実施した。ここでは、看護記録記載基準の評価と、今後の課題について報告する。

方 法

1 活動のスケジュール

H11年

- | | | |
|-----|----------------------------|--------------------|
| 4月 | 講義方式による勉強会 | テーマ「POSと看護記録」 |
| 5月 | 「看護記録の評価・監査方法」をテーマにグループワーク | |
| 6月 | 監査方法の決定 | |
| 7月 | 記録監査（グループワーク） | |
| 8月 | 中間発表・意見交換 | |
| 9月 | 記録監査（グループワーク） | |
| 10月 | 看護記録記載基準の作成決定と作成の開始 | |
| 11月 | グループ活動による基準作成 | |
| 12月 | 1～5日 | スタッフの記録に関する意識調査の実施 |

対象：看護婦165名

6日 看護記録記載基準の配布

6～21日 看護記録記載基準に基づく看護記録監査

対象：11月以前の記録、60例

H12年

- | | | |
|----|--------|--------------------|
| 1月 | 17～21日 | 看護記録記載基準に基づく看護記録監査 |
|----|--------|--------------------|

対象：12月以前の記録、60例

2月 活動のまとめ

なお、各自の看護記録監査は、自主的に相互に依頼しあって日常的に記録しているものの監査を行った。

結 果

図1 監査結果 1

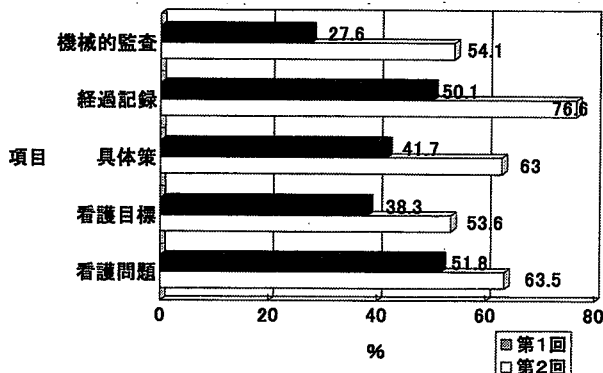
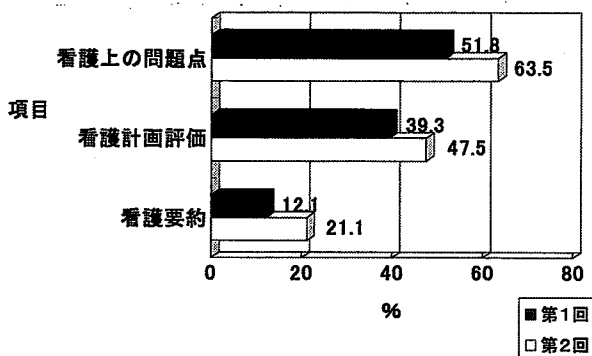


図2 監査結果 2



考 察

第1回目と第2回目の監査における達成度を比較したところ、全体的に達成度の上昇がみられている。各監査項目の達成率を比較したところ、20%以上の改善をみたのは、機械的監査・看護計画具体策・経過記録の三項目であった。一方、大きな変化がなかったのは、患者情報・看護計画評価・看護要約の三項目であった。ただし、患者情報については、以前からある程度記載できていたため、それほど顕著な変化がなかったと考えられる。

機械的監査の項目の改善は、27.6%から54.1%と非常に大きい。このことは、定められたルールに則り、正確に記載するという行為が実施されつつあることを示している。記録が他の医療職や患者と共有

されるためには、記録の基本が守られることが必要条件であるが、この結果から、基本的な記載方法に関する改善が図られていると言える。ただし改善傾向を示しているとは言え、未だ約半数と高い達成率とは言い難いため、今後さらなる徹底が必要であろう。機械的監査の対象項目は、客観的な評価が行いやすく、実施も比較的簡単なので、短期間に向上が可能な項目であると考えられる。看護記録記載基準・略語辞典などの活用により改善が期待できる。

変化の大きかった三項目に共通するのは、取り組み易さである。これらの項目は、現在行っていることをルールに従って形にすれば改善が望めるのに対して、他の項目では、抜本的な解決が図られなければ解決は困難である。看護計画具体策・経過記録の記載状況が改善されているにも関わらず、評価の記載が改善されないことの一因として、意識調査の中で挙げられている「アセスメントが書けない、自信がない」「内容の判断にとまどう」といった問題が解決されていないことが考えられる。評価が不十分だけでなく、評価そのものが全く記載されていないものも少なくなかった。前後の変化が8.2%であることから、この点に関する関わりが今後必要であると考えられる。看護の評価は対象者の変化や、提供されるケアの内容から日々細やかに行われて初めて可能になる。そこから、対象者が抱える新たな問題や、問題解決のための突破口が明らかになることも少なくない。毎日の看護実践の積み重ねを整理し、確認するという作業を、着実にを行うための仕組みが求められている。

記録に対するスタッフへの意識調査においては「うまく整理して書けない」「時間がかかる」といった問題が依然として中心的である現状が明らかになった。更に、記録を書く上で参考にしているのは他のスタッフの記録という意見が圧倒的に多いが、記録監査の結果からみて、必ずしも適切な対処方法ではないと考えられる。

記録監査と意識調査の結果から、記録記載はある程度改善されていることがわかる。しかし、スタッフが記録に関して抱えている問題について、今後解決しなければならない課題は少なくない。

まず、看護過程の一連の流れ、つまり情報収集・分析・問題判別・計画立案・実施・評価が確実に行

われるための仕組みを確立する必要がある。このためには、思考過程と実施・記録がチームメンバーに共有できるような機会を積極的に作ることが望まれる。各病棟におけるカンファレンスの見直しと、記録に関する動機づけの強化が考えられる。また、病棟では固定チームナースングの導入で、患者ケアに対する責任を明確にすることも検討されている。日常のケアの中で、ケアの評価の責任が明確化されれば、記録にも反映されることが期待できる。記録の問題を単に個人の意識の問題に解消してしまうのではなく、より実施しやすい環境を整えていくことが必要であろう。

次に、各スタッフが持っている記録に関する悩みを解決していく必要がある。このためには、個々人の記録に関する問題点を把握する必要があるが、それだけでなく、各自が自分の記録の問題点を具体的に理解できるようにする働きかけも必要であろう。このためには、各自が記録を自己監査できるような教育・計画立案や評価などを具体的に話し合える機会を設けるなどが考えられる。また、適切に記録できているメンバーの記録を参考にしてもらうなど、チーム内での積極的な人材の活用を行ない、チームメンバー相互の教育力を高めるような活動も必要である。また、記録は日常的な活動なので、困った時に速やかに相談、解決できるための方略を検討すること、記録の記載に関してできた問題点を具体的に解決するための機会を設けるなどの活動も必要である。

「記録に時間がかかる」という問題は、これまで挙げたような問題点が解消すれば改善できる部分もある。しかし、基本的な看護問題に関しては、標準看護計画などの活用で時間短縮を図ることも可能である。特に病棟編成が変更になるなどで、病棟環境に変化がある場合でも、一定の看護ケアが保証されるという意味で標準看護計画が果たす役割は小さくない。この点ではクリニカルパスが果たす役割も同様である。こうしたツールを活用して記録の時間を短縮することで、記録の負担を軽減するとともに、より個人的にケアを検討・実施する時間を生み出すことができる。今後は、これらのツールの整備と活

用をさらに進めると同時に、カンファレンスの活用など、ケアを個別化するための方策を検討していく必要がある。

以上から、今後の課題としては次のような内容が挙げられる。

- 1 記録に対する認識の共有化
 - ① 行われた看護の評価を行うための資料として記録を位置づける。
 - ② コミュニケーションの手段として記録を活用する。
- 2 記録内容の充実
 - ① 記録に関する個別指導の徹底。形式だけでなく看護過程に沿った看護実践を記録する。
 - ② 個々の事例に関する検討を行ない、看護ケアの具体性・個別性を高める。
 - ③ 疑問点を解消できるシステム作り。
 - ④ 看護記録監査の継続
 - ・監査の方法や結果を有効に活用し、記録に対する意義、看護実践の記録へ動機づけし、今後の改善を目指す。
- 3 指導方法の検討
 - ① 研修のフィードバックを積極的に行ってもらう。
 - ② 適切な記録の例をチーム内で活用できるようにする。
 - ③ カンファレンスの活性化と活用方法の検討。

結 論

- 1 看護記録記載基準は、特に記録技術の向上によって改善が図られる項目に関しては有効である。
- 2 記録技術のみならず、看護そのものの質的な見直しが必要である。
- 3 定期的な監査による現状把握と、チーム内の積極的な人材活用を含め、個人指導の強化を行う必要がある。

参考文献

大河内志珠 垣内宏美 山本真由美 中野晴美：
看護計画における「看護監査表」の活用～問題点の
検討を通して～ 看護実践の科学 3

Efforts to improve the quality of nursing records in our hospital —Preparation of a manual for nursing records to accord with the new system of disclosure of patients' charts—

Hiromi MINAMIDE, Naoko KIMURA, Mitsuko MAGAKI,
Junko OGAWA, Sumie ENDOH, Rie HIROTA, Tomoko KOUSYOU,
Miwako ARAKAWA, Fumio SANO

Department of Nursing, Sapporo Social Insurance General Hospital

The principle of informed consent is becoming increasingly important for patients in Japan. A system of disclosure of patients' charts was started in our hospital in November 1999. In order to try to improve the quality of nursing records, a manual for nursing records was made for nurses in our hospital, and the usefulness of this manual for improving nursing records was tested. The use of this manual resulted in improvements in mechanical inspections and records of patients' courses, but there were no improvements in other items of nursing records. It was realized that an overall improvement in nursing records could not be achieved without an improvement in the quality of nursing itself. To resolve this underlying problem, career development and improvement to the current system of guidance are needed.
