

# 看護記録の監査による看護実践の質の評価 —標準ケア計画を活用した個別性のあるケアへの転換—

小嶋 裕美<sup>1)</sup>, 小川 知美<sup>1)</sup>, 佐藤 恵美<sup>1)</sup>  
樽谷 智<sup>1)</sup>, 横山 純子<sup>1)</sup>, 秦 温信

札幌社会保険総合病院 1)看護局

標準ケア計画導入による看護実践の一連の過程の変化を看護記録の監査を通して評価した結果、問題となる状況を査定して標準ケア計画を的確に活用することは個別的なケア計画を立案するために有効であった。日々の看護実践における自己監査の体制を整備することは、看護記録の質を高めていくうえで重要と思われた。

キーワード：看護記録、標準ケア計画、監査

## はじめに

診療記録は、「患者の問題が、患者のQOLを大切にしながら、最も効果的に解決されるように全人的立場から問題を取り上げ、考え、かつ行動する一連の記録」<sup>1)</sup>であれば、患者の問題は、医療チーム全体の問題であると捉えることができる。看護実践の記録の中で最も影響力を持つのがこの「患者の問題」である。そのため、看護計画は共有が前提となり、患者・家族が希望する期待像をアウトカムとして捉えて立案され、患者の反応とその回復の過程を看護実践として記録の中から客観的に把握できることが求められる。

看護をどのように考えるかはケアを提供する個々の看護師に委ねられている。受け持ち看護師のアセスメントが最適なケアを行うための中心となり、患者の個別の問題を捉えたときに看護計画を立案している。そこで、この計画に基づいた看護実践の一連の過程は記録される<sup>2)</sup>ため、看護記録は各看護師によって提供された看護の質を反映している。看護過程全体を捉えた看護記録を日常的に評価、修正する体制整備が看護の質を保証する鍵となる。今回、当病棟において、患者の状況から問題を捉えて、個別のケア計画を立案するときに、看護を必要としている人に対して一定の水準以上の看護実践を目指すための標準ケア計画を活用することとした。社会保険病院看護記録ガイドライン<sup>3)</sup>から①急性疼痛、②

非効果的呼吸パターン、③非効果的気道浄化、⑤褥創、⑥不安、⑦栄養摂取消費バランスの異常、⑧睡眠パターン混乱、⑨悪心、⑩急性混乱、⑪便秘、⑫術後回復遅延、⑬転倒のリスク状態、⑭感染のリスク状態、⑮誤嚥リスク状態、以上の標準ケア計画の全て15項目を使用した。そして、①標準ケア計画の導入により、一定水準のケア計画を立案し看護の視点から患者への個別のケアを提供する、および②新たな看護記録のガイドラインへの変更により監査体制を整備して、看護実践能力とともに看護記録の質を向上させる、を目的として、看護実践を展開し、この標準ケア計画導入による看護実践の一連の過程の変化を看護記録の監査の結果から分析し評価した。

## 対象と方法

1. 対象：看護師（経験年数 $5.76 \pm 3.89$ 年）21名が記載した看護記録の監査結果48例（第1回監査10例、第2回監査10例、第3回監査28例）クリニカルパス使用は除外する。
2. 期間：平成15年10月～平成16年3月
3. 場所：札幌社会保険総合病院4階西ナーステーション混合病棟50床（内訳循環器科26床、リウマチ科14床、耳鼻咽喉科8床、皮膚科2床）
4. 実施方法  
実践過程の到達されるべき目標を「看護の視点から標準ケア計画を使用した個別性のあるケアへの転

換」として変化理論<sup>4)</sup>の3段階から溶解、移動、凍結の各段階に区分して実践した。

#### 1) 看護記録の課題の明確化（集団中心の溶解）

平成15年10月、第1回看護記録監査を実施した。また、同月中旬、全社連の現任教育拠点研修「看護記録ガイドラインの普及および標準ケア（看護）計画活用方法」に病棟内記録係を含む看護師6名が受講した。研修報告から看護記録の課題が明確になり、全社連社会保険病院看護記録ガイドラインの標準ケア計画の活用と問題リスト作成の検討、監査方法と結果のフィードバックについて取り組んだ。

#### 2) 標準ケア計画の導入の準備（集団中心の移動）

第1回目の監査から1ヵ月後、第1回看護記録検討会として標準ケア計画導入の検討を開始した。研修資料を共通資料として配付し、目的、目標を明確にして内容を看護師間で共有した。研修参加者は、役割モデルとしてガイドラインに沿った記録方法への変更の準備を記録係とともにに行った。

第2回看護記録検討会において問題リスト、標準ケア計画の活用方法について計画した。内容は、標準ケア計画の用語の定義、問題リストの使用法、日々の自己監査方法、他者監査方法であり、主にカンファレンスを活用して実施した。

#### 3) 標準ケア計画の導入の告示（集団標準の溶解）

第1回目の監査から2ヵ月後、第1回看護記録の学習会を開催した。第1回監査結果と看護記録検討会の報告後、社会保険病院看護基準ガイドラインの理解と標準ケア計画の導入の経緯について情報を共有した。この1週間後、第2回看護記録の学習会を第1回と同内容で開催した。

#### 4) 標準ケア計画の導入（集団標準の移動）

看護師全てが共通の学習会を経た後に、標準ケア計画15項目を作成して、毎日1例以上の記録に活用した。問題リストの記録用紙がなかったため、標準ケア計画導入と同時に作成した。問題リストに使用方法については、推進者や役割モデルが中心となり受け持ち看護師と共同して記載した。カンファレンスでは、標準ケア計

画を活用するときに患者情報からその根拠となる情報をアセスメントした。

標準ケア計画を導入して1ヵ月後の第3回の看護記録検討会において、問題リストと標準ケア計画の活用後の問題と監査結果の個別へのフィードバックについて検討した。そして、標準ケア計画導入2ヵ月後、看護記録の変化を把握するために第2回看護記録監査を実施した。

#### 5) 監査基準変更の検討（移動から凍結へ）

標準ケア計画導入3ヵ月後頃には、問題リストの評価と計画の修正、追加が実施された。記録監査については、いつでも自己監査ができるようにポケットサイズの全社連の新監査基準を各看護師分準備して、受け持ち看護師が初期計画を立案した時にその妥当性を検討した。そして、第3回監査を問題リスト作成と標準ケア計画による効果を評価するため、該当項目のある新監査基準による自己監査として実施した。

### 5. 監査方法

#### 1) 当院の看護記録監査基準（以下旧監査基準）

により①機械的監査、②患者情報、③看護上の問題、④看護目標、⑤具体策、⑥評価、⑦2号紙（以下経過記録）、⑧看護要約、の8項目について記録係3名が第1回監査（平成15年10月）10例、第2回監査（平成16年1月）10例の他者監査を実施する。

#### 2) 全社連の社会保険病院看護基準ガイドラインの看護記録監査基準（以下新監査基準）により

①基礎情報、②問題リスト、③ケア計画、④経過記録：叙述的記録、⑤経過記録：フローシート、⑥看護要約、の6項目について各看護師が第3回監査（平成16年2月）を自己監査一人1例以上、合計28例を実施する。

### 6. 分析方法

1) 旧監査基準である第1回、第2回監査は、①機械的監査、②患者情報、③看護上の問題、④看護目標、⑤具体策、⑥評価、⑦経過記録の7項目について、第3回の新監査基準では①基礎情報②問題リスト③看護計画④経過記録の4項目について看護記録の質的な推移を分析した。監査データの値は、旧監査基準では「○」・「×」であり、新監査基準では「1」・「0」である。

両者の基準とも「○」・「1」が「良い」であり、「×」・「0」が「悪い」である質的データの2値である。

2) 旧監査基準では、「○」と「×」の数をカウントして度数を表して、集計表を作成した。標準ケア計画の導入前後について項目間の「良い」「悪い」の有意差の分析について $\chi^2$ 検定による統計学的検討を行い $p < 0.05$ を有意差ありとした。

3) 旧監査基準と新監査基準を比較するため、項目内の設問数が異なるので、項目毎にすべてが「良い」場合が100%として『「良い」の回答数』/『設問数』 $\times 100$ で「良い」の回答率を算出して、パーセント表示で比較した。

### 結果

旧監査基準による標準ケア計画の導入前の第1回、導入後の第2回の監査結果については、標準ケア計画導入の前後を比較すると、看護目標の項目が導入後明らかに改善した ( $p < 0.001$ )。看護上の問題については、導入後も改善されなかった。他の項目間に有意差はなかった (図1)。有意差の見られた看護目標の設問のうち、目標の達成日の記載、適切な達成期限については、いずれも10例に改善があった。目標の表現については患者の言動で表現されていないと7例の減少があった。看護上の問題では、多面的に捉えられていないのが8例だった (図2、3)。

第1回記録監査10例の「良い」の回答の結果は、割合の高いものから、看護上の問題86%、機械的監査74.4%、評価72.9%、具体策72%、患者情報69.2%、経過記録62%、看護目標47.5%の順であった。同様に、第2回記録監査10例の結果は、患者情報89.6%がトップで、看護目標82.5%、具体策82%、機械的監査80%、経過記録73%、看護上の問題72%、評価68.6%の順であり、全体では81.1%であった。第1回と第2回の看護ケア計画導入前後の変化について比較した結果、全体で12.6%の増加があった。35%増加した看護目標が最大であり、看護上の問題以外では、すべて導入後の割合が高かった。看護上の問題については14%の減少があった (図4)。

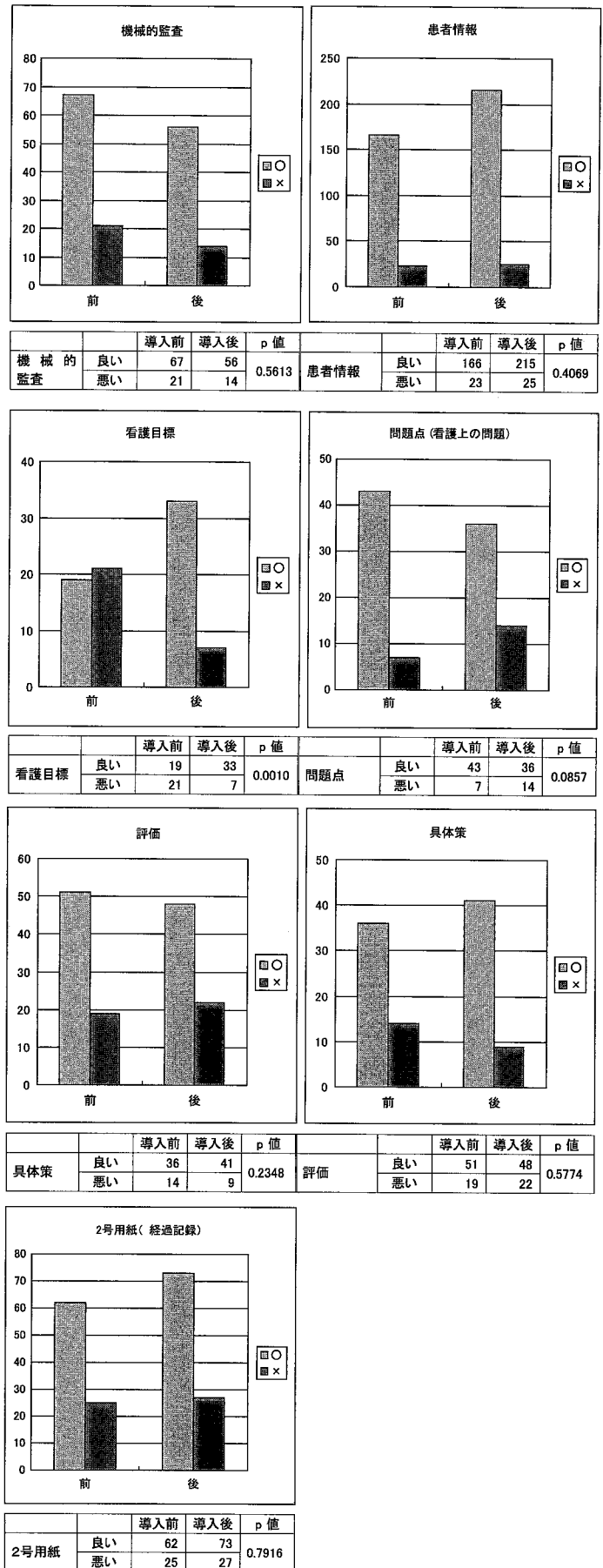


図1 旧監査基準による標準ケア計画導入前後の監査結果

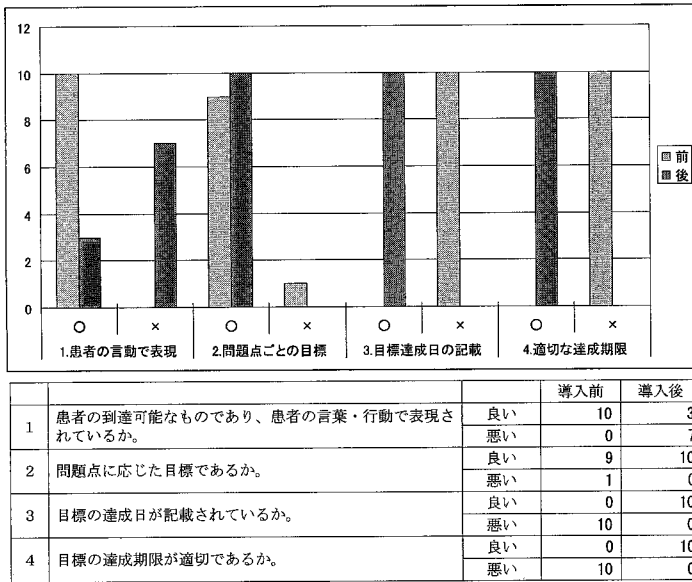


図2 旧監査基準の看護目標の設問の結果

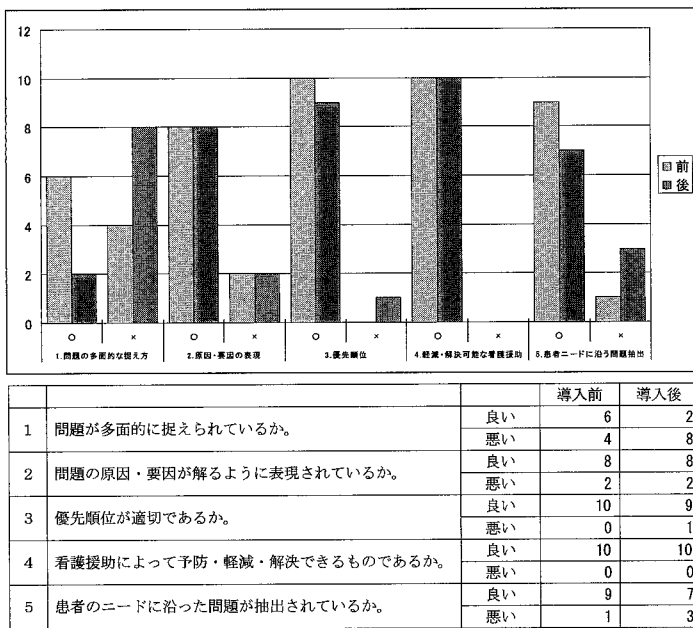


図3 旧監査基準の看護上の問題の設問の結果

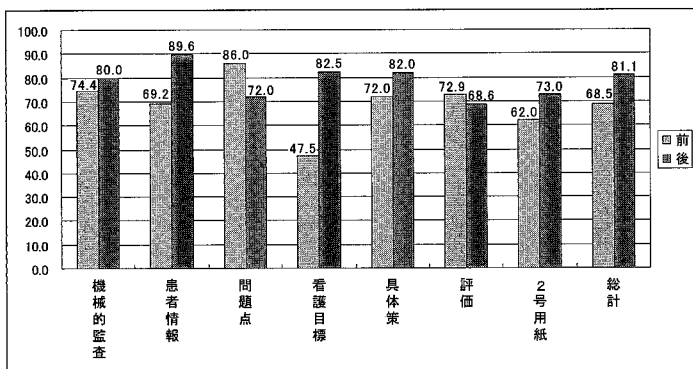


図4 標準ケア計画導入前後の旧監査基準による監査結果－「良い」のパーセント表示（％）

第3回記録監査の28例の結果は、基礎情報が99.6%と最も高く、経過記録62.1%、看護計画53.6%、問題リスト33%の順であり、全体で55.4%であった（図5）。

次に、旧監査基準と新監査基準の共通項目について検討した。旧監査基準の看護目標、具体策、評価の3項目については新監査基準の看護計画と旧監査基準の患者情報については新監査基準の基礎情報とそして両者の経過記録について比較した。全体では第1回59.8%、第2回73.6%、第3回70.1%であった。項目別では基礎情報が第3回94.6%と第1回69.2%、第2回89.6%に比べて高い割合であった（図6）。

問題リストについては、標準ケア計画導入と同時に作成したので、問題リストの浸透の度合いを見る目安とし、旧監査基準の看護上の問題と新監査基準の問題リストの項目は比較対象外とした。

### 考察

監査結果では、全体では有意傾向があり、導入による看護記録への有効性が示された。記録の変化の推移として、基礎情報は整備されてきた。看護計画や経過記録においては、旧監査結果では1割程度良くなってきているが、新監査基準では、大きな変化はなかった。基礎情報を収集する段階から患者の問題とは何か意図的に関わり、問題を判別してケアを計画すること、そして、患者の状態に応じた実践の結果としてその問題の経過を正確に記録することが求められる。

導入前後の結果の比較では、看護計画の中に標準ケア計画が多くを占めることによって、標準化された看護診断の表現では、多面的に患者の問題を捉えられなかった。これは、標準ケア計画の導入と共に、患者の問題の共通用語として看護診断の活用を始めたので、診断ラベルに習熟していないことから生じた結果である。この診断ラベルを患者の問題のある状況に対して具体的にどのように活用していくのか、用語の定義を丁寧に検討して看護師間で共有していくことが必要である。

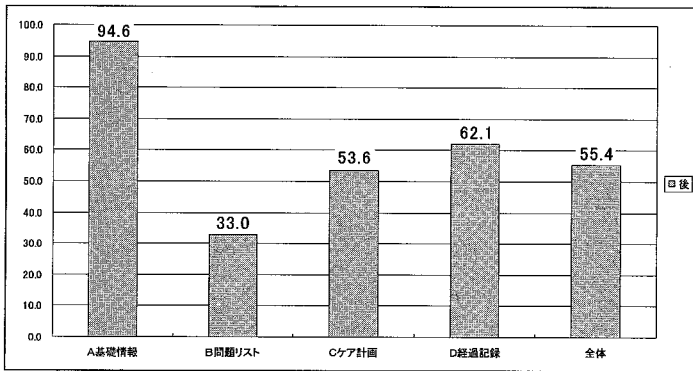


図5 新監査基準による第3回監査結果－「良い」のパーセント表示 (%)

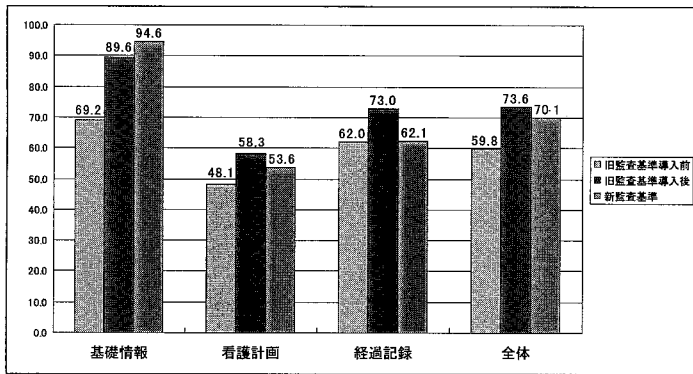


図5 新監査基準による第3回監査結果－「良い」のパーセント表示 (%)

また、監査結果から目標の表現が患者の言動で表現されないこと、患者・家族のニーズ、生活習慣、希望を組み入れた具体策になっていないことに対しては、標準ケア計画を使用した時の追加、修正が不十分であったことが原因である。標準ケア計画を活用する際には、患者自身に「どうなりたいか」と期待像を把握するために共に話し合い、患者の言葉で目標を修正する等の患者や家族と共有することが必須条件であると考えられる。標準ケア計画は、実践の中で患者の情報を活用した個別的な計画へと修正する必要がある。POSにおけるSOAP記録のアセスメントは、看護師の判断や感想ではなく目標に対する査定・評価であり、日常的に計画に沿った実践の結果を含めて一連の過程を監査し修正していかなければならない。POSが目指すものは、患者・家族の問題を明確にとらえて、その問題解決を論理的に系統的に進めることによって、質の高い患者中心のケアを提供しようというのが目標<sup>5)</sup>である。今回、改めてPOSとは何か原点に戻って基本から看護記録を見つめ直すことができた。

看護計画は看護を必要とする人の問題を解決するための個別的なケアの計画であり、個々の看護師は

個別的な情報からケアの必要性を査定して看護計画を立案する。標準ケア計画は、この看護計画の定義に基づき、判別された看護診断（患者の問題）に対して効果的にアウトカムを導き出すために看護を必要とする人誰にでも適用できると考えられる基準<sup>3)</sup>である。新人看護師を含めた初級看護師にとっては、この新しいケアの基準を持つことにより、問題となる患者の状況に対して実施されるケアを漠然と思いつくことができる。時には、経験のある上級看護師でさえ、ケア活動のガイドとなることが考えられる。標準化することは画一化することではなく、基準を持つことであると言える。

従来は、クリニカルパスや疾病別看護基準のように疾病主体のケアが提供されていた。今回、この標準ケア計画を導入することで医師と共同して病名や症状に沿ったケア提供するばかりではなく、看護師は自律性を持ち看護の視点から「患者の問題」を捉えて個別のケアの提供が考えられるようになった。

新監査基準の問題リストについて、結果が低い割合だったのは問題リストの活用が少ないことを意味する。これは、前述した看護診断の表現の未習熟さや、今まで問題リストを使用していなかったことが要因として挙げられるが、それよりも問題リストがPOSの要素として含まれるのにその重要性が理解されないことを重大視しなければならない。信頼できる適切な問題リストは、優れた簡潔なサマリーにもなる<sup>5)</sup>ことから、患者が何を問題として、どのような治療がなされて、どのケアが必要であるかという患者の経過が一目瞭然で理解できる。問題リストに挙げられている患者の問題が経過記録にも記載されることから、問題リストは記録の目次にもなり得ると考える。このような新たな基準への変化の手続きとして、問題リストを使用していくことに対する看護師間の集団決定が不十分であったと思われる。問題リストの活用は、看護師として専門的立場から何が問題となるのか、概念や定義を明確にして患者の問題を判別していく上で不可欠である。

看護実践および看護記録の中で、最も影響力を持つのが「患者の問題」であり、看護計画およびその実践と結果等を記載する経過記録にも大きく影響す

る。問題判別が適切であり、妥当であるかを検討する監査によって看護記録は意味ある記録へと変わる<sup>5)</sup>のである。

厚生労働省が医療のIT化を進めるという観点から、(財)医療情報システム開発センターでは用語コードの標準化の委託事業を進めている。すでにITは看護の領域に入ってきていること踏まえて、これからの看護記録の課題として看護の標準化を進めていくことは重要である。看護に関連する用語の標準化としては、患者の問題の表現ではNANDAの看護診断をはじめ、問題を解決する看護の共通用語であるNIC(看護介入分類)、患者の問題の解決をめざすアウトカムの共通用語となるNOC(看護成果分類)、そして世界中の看護界で使用する用語全体のICNP(看護実践国際分類)等があり、これらを導入して活用していくことが近い将来必要となってくるであろう。

まずは、この看護診断の表現を具体的にどのように活用していくのか、標準化された用語の定義を丁寧に看護師間で共有していくことが今後の課題となる。看護の質を共通理解できる指標として定着化していきたい。「看護師の究極の目的とは、『患者に提供する看護の質』を高めることである」<sup>5)</sup>ならば、看護実践の記録である看護記録を監査することにより、看護の質を高めていきたいと考える。

## まとめ

標準ケア計画導入による看護実践の一連の過程の変化を評価するために看護記録を監査した結果から以下の結論を得た。

1. 個別的なケア計画を立案する時に、問題となる状況を査定して標準ケア計画を的確に活用することは有効であった。
2. 標準ケア計画の導入は、新たな基準を持つことによって新人看護師でも提供すべき一定水準のケア計画を立案することを可能にした。
3. 問題リストを活用することは、看護記録の質を高めていく上で重要な要素であった。
4. 日々の看護実践における自己監査の体制の整備によって、看護記録の適切性、妥当性が日常的に検討されるようになった。

## 文献

1. 日野原重明：POS、医学書院、1973
2. 社団法人全国社会保険協会連合会看護業務研究会：社会保険総合病院看護記録ガイドライン、2003
3. 社団法人日本看護協会業務委員会：看護業務の基準に関する報告書、1995
4. Kurt Lewin、猪股佐登留訳：社会科学における場の理論、第10刷、誠信書房、1976
5. 岩井郁子：看護記録、第7版、アイ・アンド・アイコンサルティング、2003

# Evaluation of the Quality of Nursing Practice by Checking Nurse Records －Moving to Individualized Care Under a Standard Care Plan－

Yumi KOJIMA<sup>1)</sup>, Tomomi OGAWA<sup>1)</sup>, Emi SATO<sup>1)</sup>  
Tomo TARUYA<sup>1)</sup>, Junko YOKOYAMA<sup>1)</sup>, Yoshinobu HATA  
1)Department of Nursing, Sapporo Social Insurance, General Hospital

By checking nurse records, we evaluated the changes in a series of processes in nursing practice brought about by the introduction of a standard care plan. Assessing problems and the careful application of a standard care plan were useful in the drawing up of individual care plans. It was thought that the preparation of a self-check system for daily nursing practice was important in terms of improving the quality of nurse records.

---