

Keyword 看護情報システム 学習ステップ表
新人 習得率 看護記録作成要綱

はじめに

当院では、平成 16 年 1 月に看護情報システムが全部署に導入稼動となり、1 年半が経過した。稼動前には全看護職員に事前に 4~8 時間の対象別の習得研修を行うことでスムーズに導入できた。また平成 16 年 6 月に記録システム委員会で作成した看護記録マニュアルである「看護記録作成要綱」も活用してきた。その後、看護情報システム導入に伴う業務の変化¹⁾や利用状況を調査²⁾してきたが、その中で、新人へのシステム導入教育について課題が残った。今回新人のための看護情報システム習得に必要な項目の選択と優先度について検討し、平成 17 年 7 月末までに全項目を習得することを目標に習得までのステップ表を作成し、新人の習得状況を評価することとした。新人とは当院での看護情報システムを初めて使用する人で、新規採用者と転入者とする。

I. 目的

作成したステップ表をもとに新人の看護情報システム習得状況を把握し、習得するための効果的な方法と問題点を明らかにし、新人教育に活かすことを目的とする。

II. 方法

対象は A 病院の新人看護師 40 名とその指導者 40 名。調査は平成 17 年 5 月末と 7 月末の 2 回実施した。習得率を算出する調査内容は、看護情報システム習得に必要な項目を選定し、自立してできるものを「できる」とし、「できる」「できない」で自己・他者評価をした。他者評価は新人と確認をしながら評価するものとし、評価の基準は部署に一任した。項目数は 35 で、その内容は (表 1) とした。

分析は単純統計処理と項目別に χ^2 検定を行った。また以下の 5 点については自由記載とした。その項目は、1) 指導をうけて難しいと思った項目、2) 指導を受

ける項目の数 3) 看護記録作成要綱の理解について、4) 集合教育の必要性について、5) その他についてである。

倫理的配慮：調査依頼書に調査の目的と方法を示し、研究目的以外にはデータを使用しないことを説明し同意を得た。

III. 結果

回収率は 100%であった。新人と指導者の評価は一致しており、有意差はなかった。7 月末までに全項目を習得できたものは 40 名中 4 名であったが、習得率は 5 月が 61.6%、7 月は 78.6%であった。

項目別習得状況 (図 1) は、100%習得していた項目は、5 月の時点で「経過記録の入力」、「経過記録の参照」であったが、7 月では、さらに、「検査結果照会」、「経過記録の修正」であった。

半数以上習得した項目は、5 月では 24 項目であるが、7 月では 34 項目を習得していた。7 月で、半数以下であったのは「転入確認」の 1 項目だけであった。

新人が指導を受け難いと感じた項目は、5 月では「経過記録の入力」が 5 名、「ケア計画の立案」、「看護問題の立案」、「食事内容の入力」がそれぞれ 4 名と多かった。7 月では「看護問題の立案」、「食事内容の入力」、「入院確認・カルテの表紙の出力」、「PDA での輸血の照合」が各 4 名で多かった。(図 2)

指導者が指導することが難しいと答えた項目は、5 月では、「経過記録の入力」が 5 名、次に「看護問題の立案」、「食事内容の入力」が各 4 名であったが、7 月では「PDA での輸血の照合」が 7 名、次に「転入確認」の 4 名であった。35 項目中 29 項目に渡り難しいと感じていた。(図 2)

指導を受ける項目数は 7 月には新人 37 名 (92.5%)、指導者は 33 名 (82.5%) が適切と答えていた。(図 3)

看護記録作成要綱の理解度について、新人は、5 月では「全部理解」が 4 名 (10%)、7 月では 16 名 (45.7%) であり、「理解できない」は 5 月では 11 名 (31.4%)、7 月は 5 名 (12.5%) であった。(図 4)

指導者の看護記録作成要綱の使用状況は、「殆ど使用

しなかった」が5月、7月とも32名(80%)であった。「全部使用」は、5月では0名、7月では1名(2.5%)であった。(図5)

集合教育の必要性については「必要性がある」と答えた人数は、7月では新人16名(47.5%)、指導者23名(57.5%)あった。(図6)

その他については

- ・看護情報システムに慣れた頃に、集合教育を行ってほしい。
- ・採用オリエンテーション時に集合教育として基本項目の指導をうけ、病棟にきてほしい。
- ・病棟ごとに記録の勉強会が必要である。
- ・指導者自身が経験の少ない項目に関しては指導が難しい。
- ・新人が受け持ち患者を持っていない7月ではサマリー入力の評価は時期が早い。
- ・病棟管理項目は使用頻度が少ないので習得しにくい。
- ・達成時期の設定について、7月では時期が早い。という意見があった。

IV. 考察

新人が看護情報システムを習得する経過に関して全体的に習得率は、5月61.6%から7月では78.6%と上昇していた。5月の段階では、日常的に操作をする項目に関しては高い率で習得されており、時間の経過と共に看護情報システムを操作する機会が増え、習得率の上昇が考えられる。最も基本的なコンピューターの起動操作は、100%と考えられたが、項目には、「パスワードの変更」も含まれ、コンピューターの起動操作は、日常的に行うことであるが、「パスワードの変更」は2ヶ月単位で行うため、習得にはいたらないと評価したと考えられる。

習得率の低い項目は管理的な項目「転入確認」であり、新人が行う操作として、遭遇する機会が少ないことが考えられる。

また、7月の段階では、受け持ち患者を持つ、持たないで病棟毎に差があり「サマリーの入力」など、全員が習得していない項目がある事、さらに、病棟としての特殊性から「輸血の照合」など経験件数の少ない項目は、習得率が低いと考えられる。これらは、西谷¹⁾の「看護情報システムの操作能力は、部署や年齢に左右されものではなく業務上の必要性に応じて適応している。」と一致している。

習得に関しては、上記の事より、今後も継続して評価が必要である。また、項目数は適当と答えているが、項目の内容の精練が必要である。

教育に関して、難しいと感じている項目は、「経過記録の入力」「看護問題の立案」「食事内容の入力」などであり、習得率の低い項目と必ずしも一致はしておらず、早期より100%習得していた「経過記録の入力」も含まれている。これらは、操作のみならず、患者の個別性を考えた上での入力であり、内容、すなわち、看護の質に関連することである。指導者も難しいと答えているのは、看護記録作成要綱はあっても、質を評価する基準が個々に任されていることが原因と考えられる。

看護記録作成要綱は、指導者は使用していなかったが、新人にとっては確認する手立てとして、使用されていることが伺える。

また、新規採用時のオリエンテーションに集合教育として基本操作の指導の希望もあり、病棟における指導者、記録システム委員等との共働での詳細教育や集合教育の充実を図ることが示唆された。

V. 結論および今後の課題

1. 新人の看護情報システム習得状況は7月末で78.6%であった。
2. 指導をうける項目数は妥当であったが、項目内容の精練が必要であった。
3. 病棟管理関連の項目とサマリーの習得は7月以降にする。
4. 習得の判断基準を明確にする必要性がある。
5. 病棟における記録システム委員との共働の詳細教育、ならびに集合教育の充実が必要である。

文献

- 1) 西谷恭子、他：看護情報システム導入における看護業務の変化と看護師の適応状況、第36回日本看護学会抄録看護管理抄録集、p101、2005
- 2) 小藤幹恵、他：看護支援システム導入後の評価と課題、平成16年度大学病院情報マネジメント部門連絡会議論文集、p62-65、2004
- 3) 井部俊子、他：看護情報管理論 日本看護協会出版会 p6、2004

表1. 看護情報システム習得までの学習ステップ

平成17年3月 記録・システム委員会作成

病棟 階 名前

新人看護師に求められるも:看護実践を行う全ての看護者に看護情報学に関して「コンピューターを使う能力」と「情報を使う能力」が求められるなか、看護者としてキャリアをスタートしたばかりの新人看護者に対しては、次の能力が求められる。

- ①患者のケアに関するデータを特定し、収集し、記録する能力
 - ②患者情報、看護情報を分析し、看護計画に役立てていく能力
 - ③看護実践用のシステムを実際に利用する能力
 - ④患者情報だけでなくその施設の従業員情報を含めて、プライバシーと守秘義務を守ること、及びセキュリティーの確保のための基本ルールを確実に実践
- 参考資料:看護情報管理 第1章 看護と情報 3)

No.	項目	参照画面/ページ	指導者 指導日	自己評価 できる/できない				備考
				6月	6月	7月	7月末	
1	ログイン・ログアウトパスワードの変更	デスクトップの画面/p1~2						
2	経過記録の参照	経過記録(過去)/p28						
3	ケアプランシートの出力	看護業務/p54						
4	実施入力	ケア実施/p23						
5	経過記録の入力(DAR/SOAPを理解して)	経過記録(入力)/p29~37						
6	PDAのログイン・ログアウト	PDA/p0						
7	PDAでの実施入力	PDA/p1~2						
8	経過記録の修正	経過記録/p38						
9	検査結果照会(採血結果)	患者を選択し 右クリック						
10	ケア計画の立案	ケア計画/p14						
11	看護問題の立案	看護問題/p6~9						
12	看護問題の評価	看護問題/p10~13						
13	基礎情報の入力(入院・中間・退院)	看護基礎/p40~46						
14	ケア計画の修正(修正・削除)	ケア計画/p20~21						
15	ケア実施の一括入力	ケア計画/p47						
16	ケア計画の一括終了	ケア計画/p22						
17	患者状態の入力	患者状態/49~50						
18	サマリー入力	看護基礎/p46						
19	処方・注射・食事・画面オーダーの紹介	オーダー画面						
20	食事内容の入力	オーダー画面患者を選択し 右クリック						
21	CT・MRI結果の確認	オーダー画面						
22	外出・外泊入力	患者を選択し 右クリック						
23	入院確認・カルテの表紙の出力	患者を選択し 右クリック						
24	ベットサイトプレート出力	メニューバーその他/p56						
25	リストバンド出力	デスクトップの画面						
26	転入確認	患者を選択し 右クリック						
27	転室・転ベット入力	患者を選択し 右クリック						
28	三測表・看護問題の出力	看護業務/p54						
29	退院時一括終了	ケア計画						
30	退院時のまとめ(三測表・看護問題の出力など)	看護業務/p54						
31	画像照会	オーダー画面						
32	履歴の確認(入退院・外出・外泊)	患者を選択し 右クリック						
33	他科受診の入力・削除	デスクトップの画面						
34	PDAでの輸血の照合	PDA/p5						
35	看護技術マニュアルの閲覧	インターネット						

参照画面について

看護記録作成要綱の操作説明書・看護情報システム使用基準を参照

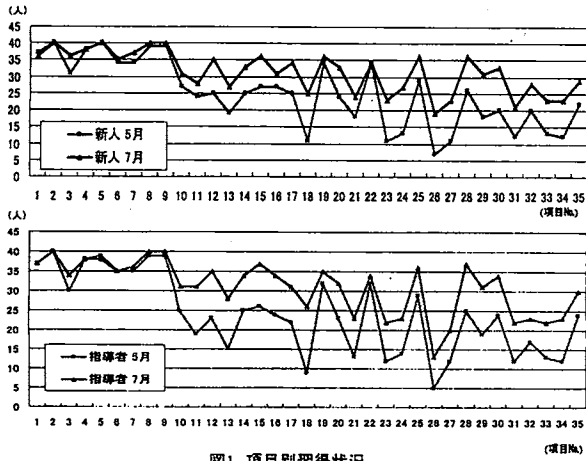


図1 項目別習得状況

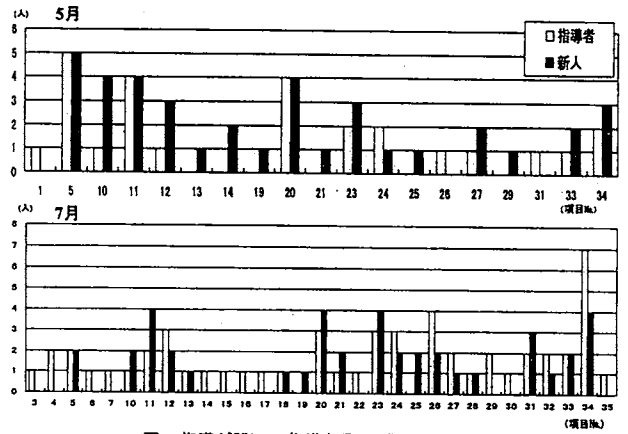


図2 指導が難しい・指導を受けて難しい項目

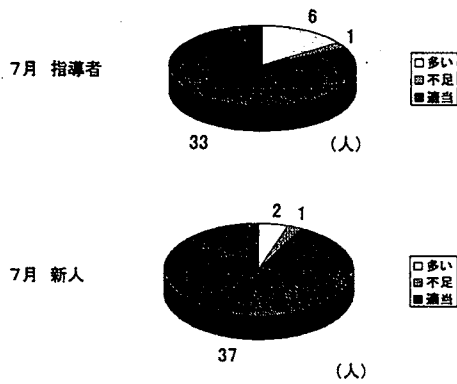


図3 指導を受ける項目数

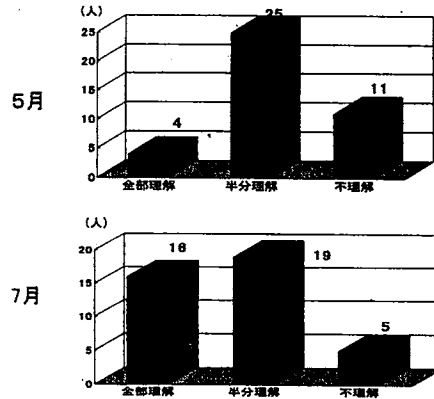


図4 新人の看護記録作成要綱の理解度

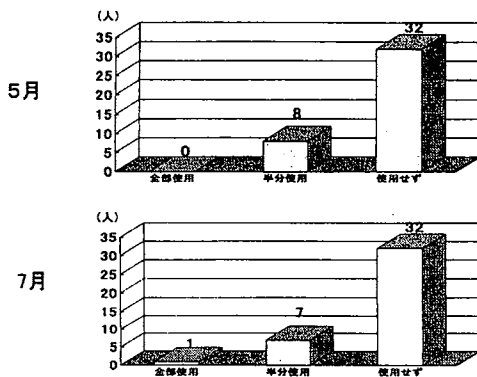


図5 指導者の看護記録作成要綱の使用状況

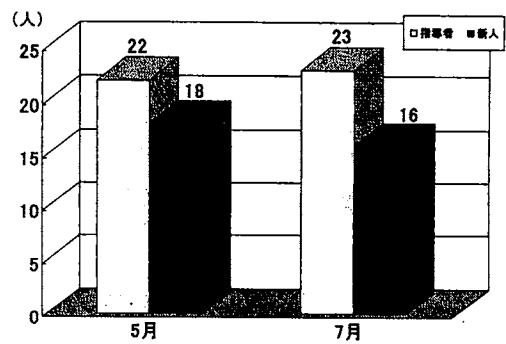


図6 集合指導を希望する人数