

## 個別性が見え看護ケアの証明できる看護記録のあり方の検討

～医療の経過を反映する記録を目指して～

東病棟 4階 ○岡山香奈子 山田美希子 若山優子 早本たえ子  
柴田明子 郡楽悦子 鈴木すずゑ

keyword : 看護記録、評価、患者参加型看護計画

### はじめに

看護記録とは、看護実践の過程を記述したものであり、適正な看護を行ったことを証明するものであると、日本看護協会看護業務基準に示されている。医師の指示に基いた実施記録、病状の経過記録に限らず、観察・判断に基いた計画を、患者様と共に早期に立案し、患者様のニーズを把握したケアや予測的で変化に対応したケアを提供し記録する。また、初期計画から評価までのプロセスを踏み、患者様に合った計画の修正をすることでよりよい看護の提供となる。

「2000年患者への診療情報提供に関する調査」によると、診療記録の閲覧について、「何らかの形で自分の診療記録の閲覧を希望する患者が半数以上占めた」また、「若い人ほど記録の閲覧を希望する割合が高くなっている」と記されている。記録の開示を求める患者は増加する傾向にあると考えられ、今後他職種との情報交換、患者参加型看護計画、看護記録の開示、医療訴訟などを意識した記録が求められる。

私達は患者様に対して、看護目標や看護計画を立案し看護実践を行っているが、患者様の求める看護ケア（以下ケア）となっているか疑問であると感じた。そこで、看護記録の質の向上を図る方法を探る事を目的とし、本研究を行った。

### I. 研究方法

1. 研究期間 平成16年6月から10月
2. 対象者 研究の同意を得られた当病棟看護師12名（研究者を除く）

### 3. データの収集

評価1週間前に入院した患者様を無作為に1名ずつ抽出し、各チームで自己評価を実施する。当病棟は固定チームナーシング・受け持ち制、A・Bの2チーム（以下チームとする）である。平成12年度形式プロセス監査表より現システムに適していると考えられた項目を選択・修正しアンケート用紙（65項目、カテゴリー別の分類では13項目）を作成し、評価前に記録勉強会を行い、その後アンケートを実施した。自己評価は全4回2週間で1回とし、1週目は基本的な記録の記載（略語などの使用、記録者としての責任、医療処置などに関する記載、患者の動きに関する記載、麻薬に関する記載、看護記録冊子の取り扱い）について、2週目は看護計画、経過記録について評価を行った。実施とともに、その都度自由記載により意見を得ることで、チーム全員での共有をはかった。評価終了後に再度記録勉強会を実施、アンケートを再度行い意識の変化を調査し明らかにした。

### 4. 分析方法

A=5点、B=4点、C=3点、D=2点、E=1点の5段階で評価し、点数方式で各項目の平均点を算出し、前後の値を比較した。記載が無いものは0点と換算し0.5点以上の差が見られた場合、向上したと判断することとした。評価後アンケートでは自由記載項目を追加し、評価に対する意見を得た。

### 5. 倫理的配慮

病棟看護師に、研究の趣旨について研究承諾書の書面を用いて説明し、同意を得た。

## II. 結果

1. 評価前アンケート平均点 3.4(1～26 項目 3.8、27～65 項目 3.2)、評価後アンケート平均点は 3.6 (1～26 項目 4.0、27～65 項目 3.4) であった。13 のカテゴリー別でも前後の比較をしたが大きな差はみられなかった。
2. 1) 評価後アンケートでは評価前アンケートと比較して以下の 10 項目が向上していた。
  - ・ 必要時事実の発生時刻が記載されている
  - ・ 入院、退院、外出、外泊、帰院、転棟、転科、転室などの見出しが経過録に書いてあり、その前後の様子や変化などの内容について書かれている
  - ・ 患者のプライバシーが保護され、公的書類として管理されている
  - ・ 記入すべき情報が無い場合はその旨を書きこみ、見逃しではないことをはっきりさせておく
  - ・ 治療計画 (医師の方針) を理解した矛盾の無い記録になっている
  - ・ 看護問題は適切な範囲内に記載されている
  - ・ 個別的な計画である
  - ・ 鎮痛剤、精神安定剤の投与は、D (フォーカスチャージングの Date、以下 D とする) から判断し、投与後の評価がされている
  - ・ 目標の達成度を評価した記録がある
  - ・ 評価を踏まえて、目標、計画を修正、変更している
- 2) 評価後アンケートでは評価前アンケートと比較して以下の 3 項目が低下していた。
  - ・ 観察計画が立案されている
  - ・ いつ、どのように、回数、持続時間、程度など、実施する行為が具体的である
  - ・ 実行可能な計画である
3. 1) 評価前後アンケートともに以下の 2 項目が高い点数であった。
  - ・ 記録者のパスワードを使用している
  - ・ 重症フローシートでは、酸素は青色、心電図は赤色、ED (硬膜外麻酔) は黒色で表し、使用期間にラインが引いてある
- 2) 評価前後アンケートともに以下の 2 項目が

低い点数であった。

- ・ 看護問題、目標、計画を患者や家族に提示した記載がある
  - ・ 目標が達成できる看護実践かどうか記載がある
4. 評価方法に対する意識調査

評価によって記録が向上したという回答は 100%であった。評価方法に対するアンケートでは個別的な看護問題の立案が難しかったという回答が 58.3%であった。自由記載では以下のような意見が得られた。

    - ・ 皆で確認できる情報があればよい
    - ・ 申し送りで伝言ゲームのように口頭で伝わっていることがある
    - ・ 記録監査で改善まではできなかったが、意識するようになった
    - ・ 巡視・与薬などの実施入力がなく、薬剤などの正確な投与時間・量の記載が統一されていないため、他者がみてわかりにくい
    - ・ 看護師の経験・勤務年数によって看護記録の質に差がみられる
    - ・ 他者の意見を聞く機会が少なく、看護者によって看護記録に偏りがみられる
    - ・ 通常目の行かないところ、自分の傾向がわかった

## III. 考察

### 評価前後の点数の比較

評価前後の評価の比較では差はみられなかったが「通常目の行かないところ、自分の傾向がわかった」「記録監査で改善まではできなかったが、意識するようになった」という主観的な意見を得られた。このことから、看護記録のチーム内での評価は看護師の記録に対する意識向上に有効であったと考えられる。

### 点数が向上した項目

向上した 10 項目のうち「必要時事実の発生時刻が記載されている」「入院、退院、外出、外泊、帰院、

帰棟、転科、転室などの見出しが経過録に記載しており、その前後の様子や変化などの内容について書かれている」「鎮痛剤、精神安定剤の投与は、D から判断し、投与後の評価がされている」は 1 回目の経過記録の見直しを含めた勉強会の実施にて不十分なことが明らかになり、2 回目評価終了後の勉強会時にも上記の項目を含め見直したため向上したと考えられる。

### 点数が低下した項目

「観察計画が立案されている」「いつ、どのように、回数、持続時間、程度など、実施する行為が具体的である」「実行可能な計画である」が低下した理由としては標準看護計画より項目を選択し立案することが多いが、全ての患者に適応するものではないため、実行可能な計画とは言いにくい場合がある。また、実際に実施している計画が患者の状態に合わせて修正できておらず、ケアが発生するその時点に、看護計画が追いついていない現状にあるからではないか。早期に立案した看護計画を患者の状態に合わせて即時評価・修正することによって具体的で実行可能な計画になるといえるのではないかと考えられる。

### 前後ともに高い点数であった項目

前後ともに高い点数であった「重症フローシートでは、酸素は青色、心電図は赤色、ED（硬膜外麻酔）は黒色で表し、使用期間にラインが引いてある」に関しては、当病棟では手書きのフローシートがすでに定着しているため、点数が高かったと考えられる。しかし、フローシートから看護システムに移行した場合、システムの入力が確実に行われていないことが評価で明らかになり、今後向上を目指していかなければならない点であるとわかった。

### 前後ともに低い点数であった項目

前後ともに低い点数であった「目標が達成できる看護実践かどうか記載がある」「看護問題、目標、計

画を患者や家族に提示した記載がある」に関しては、看護記録は看護師間だけのものという認識が強いために出た結果であると考えられる。これまで閉鎖的であった医療環境が取り上げられ、医療法の改正にあたりインフォームド・コンセントが医療提供の基本となった現在、患者参加型看護計画の実行が求められている。そのため、例えばクリニカルパスの使用することにより、患者に経過や看護計画を共有すること、患者参加によるケアを提供することにつながり、意識調査で得られた 6 割の看護師が感じている「個別的な看護問題の立案が難しかった」という結果の解消につながるのではないかと考える。

### 自由記載について

今回の評価を実施した際に病棟看護師から、当病棟では看護計画を受け持ち看護師のみで立案修正している状況であるが、「看護師の経験・勤務年数によって質に差が見られる」「他者の意見を聞く機会が少なく看護者によって偏りがみられる」という意見が得られた。今回のような他者評価を実施し、計画や評価、記載が適当であるかどうかを見直す機会は重要ではないかと考えられる。

巡視、与薬の実施入力は確実にされておらず、実施が不明確な点がみられる場合があった。また、実施入力だけでなく、記録記載方法に個人差があり、正確な時間、投与量が他者から見て分かりにくい部分も見られた。情報を得るため、また適正な看護を行ったことを証明する記録として、他職種との連携を意識した、わかりやすい記録に向けての反省点が明らかになった。

### 当病棟の取り組み

当病棟では患者参加型看護計画を進めるため、フリーで記載する患者用の看護計画用紙（あなたと私の看護計画）を用意しており、利用を勧めている状況である。一般的な計画の記載だけでなく、ストーリーのセルフケア、インスリンの自己注射等の導入段階などに用い個人に分かりやすい手順書として、細

かい到達日を記載したスケジュール表として、患者個人のメモとして利用するなど方法を検討している。この用紙を利用することにより患者と看護計画を話し合う機会がもて、ともに考えることでより個別的な看護問題の立案ができるのではないかと考える。

#### 今後の課題

今回はアンケート項目には含まれているが、サマリーについて自己評価を行わなかったため、現状の把握や意識の向上を図るまでには至らなかった。また計4回、8週間と期間が短く、評価日に参加できる機会が少なく、評価方法に不慣れなため、スムーズに評価できない場合があった。他にも評価項目の表現が難しく、意図がわかりにくかったという意見もあり、評価の曖昧さが指摘された。今後も評価項目の改善をしながら、評価を継続して実施し、評価による意識向上・行動修正を図っていく。そして、患者が参加できるケアの提供に努めたい。

#### IV. 結論

- ・ 実践前後の評価の記載では差はみられなかったが、記録の勉強会や看護記録のチーム内での自己評価を通し、看護記録に対する意識の向上につながった。
- ・ 看護計画を早期立案し、患者の状態に合わせ即時評価修正することで、具体的で実行可能な計画になる。
- ・ 看護記録は看護師間だけのものと言う認識が強く、患者主体、患者参加型看護計画が推進されていない。
- ・ 看護師の経験・勤務年数によって偏りが見られることから、他者評価や記録の勉強会を実施し、スタッフ間で見直す機会は重要となる。
- ・ 今後は他職種と情報交換、患者参加型看護計画、看護記録の開示、医療訴訟などを意識した記録が求められる。

#### 参考文献

- 1) 坂本すが：看護記録の透明化と患者の参画，看護実践の科学，4，10～17，2002
- 2) 北海道大学医学部付属病院看護部記録検討委員会：情報開示と看護記録の電子化，看護実践の科学，4，19～26，2002
- 3) 菊地令子：看護記録の開示に関するガイドライン，看護展望，1月臨時創刊号，168～173，2004
- 4) 川島みどり：日常的ケアを見直そう③あなたの職場の看護チェック（第1版），医学書院，2003
- 5) 市川幾恵、阿部俊子他：クリニカルパス、フォーカスチャートニング PONR の基本から応用まで看護記録の新しい展開（第1版），照林社，2001
- 6) 京都第一赤十字病院看護部：記録開示時代における看護記録の書き方と評価の仕方（第2版），2004，日総研
- 7) わかる！活かせる！看護記録 Q&A nursing 月刊ナーシング 増刊号 Vol.22 No.5，学研，2002
- 8) リンダ J.カルペニート：カルペニート看護診断マニュアル（第2版），新道幸恵，医学書院，2002
- 9) 小川裕美子：使える記録をどう書くか？，NS，5，17，1994