

「看護問題リスト」監査結果及び各病棟の取り組み

記録・システム委員会 ○寺下千恵 平成 15 年度記録委員

key word：看護問題リスト 監査

はじめに

平成 12 年度より、看護実践の一連の過程における看護者の思考と行為が記載されているのかまた記録の役割や機能を果たしているのかなど記録の現状を知るために、記録・システム委員会では毎年、看護記録の監査を行っている。平成 15 年度は、患者の状況や経過がわかる問題の一覧である看護問題リストが入院患者全員に記載されることを目標に 8 月に監査を行なった。監査を行なうことにより、当院の問題リストにおける記録の現状が明らかになった。8 月の監査の結果から改善にむけての取り組みを行い、同様な監査を 11 月の監査を行った。その取り組みによって監査の結果に改善の傾向がみられたので報告する。

I. 目的

看護問題リストの監査を行なうことによって、記録の現状を把握し、改善への取り組みにより、看護問題リストを中心とした記録の充実をめざす。

II. 研究方法

1. 研究デザイン：実態調査
2. 対象：20 病棟で、期間中退院した患者の看護記録のうち記録監査に適応する（各病棟の監査基準をもとに行った）看護問題リスト 8 月の 354 件、11 月 505 件
3. 研究期間：平成 15 年 8 月 1 日～31 日、11 月 1 日～30 日
4. データの収集方法
 - 1) 監査項目①看護問題が記載されている。②看護目標立案の月日が記載されている。③看護目標立案者のサインが記載されている。④患者、家族と看護目標について話し合ったという日付けの記載がある。⑤医師の方針が記載されている。⑥医師の方針記載の月日が記載されている。⑧看護問題が記載されている。⑨看護問題立案の月日が記載されている。⑩看護問題立案者のサインが記載されている。⑪看護問題はナンバリングされている。⑫解決日記載者のサインが記載されている。

2) 12 項目において、記載あり (○)、記載なし (レ) の 2 者択一とし、受け持ち看護師が監査を行った。表 1)

3) 病棟毎に 8 月・11 月の 2 回の監査を行い、結果を項目別の実施率を算出した。

4) 8 月の監査後、改善にむけての各病棟での改善への取り組みと 11 月の監査後、病棟の評価と今後の課題について自由記載で、各病棟より意見をだしてもらった。

5. データ分析方法

S P S S を用いて、監査項目毎に 8 月と 11 月の監査の結果を χ^2 検定で検定した。

6. 倫理的配慮：今回の調査において、患者・監査者・病棟は特定されないよう配慮した。

III. 結果

1. 8 月の監査結果

8 月の退院数 995 名、監査適応数 667 名、監査数 354 名、監査率 53.7%であった。監査項目毎の実施率①看護目標が記載されている 81.5% (以後①とする) ②看護目標立案の月日が記載されている 80.0% (以後②とする) ③看護目標立案者のサインが記載されている 77.1% (以後③とする) ④患者・家族と看護目標について話し合ったという日付けの記載がある 45.5% (以後④とする) ⑤医師の方針が記載されている 68.4% (以後⑤とする) ⑥医師の方針の月日が記載されている 70.1% (以後⑥とする) ⑦医師の方針記載者のサインが記載されている 65.5% (以後⑦とする) ⑧看護問題が記載されている 82.7% (以後⑧とする) ⑨看護問題立案の月日が記載されている 82.0% (以後⑨とする) ⑩看護問題立案者のサインが記載されている 81.8% (以後⑩とする) ⑪看護問題はナンバリングされている 83.9% (以後⑪とする) ⑫解決日記載者のサインが記載されている 54.1% (以後⑫とする) であった。表 2) 参照

2. 11 月の監査結果

退院数 845 名、監査適応数 652 名、監査数 505 名 監査率 77.5%であった。監査項目毎の実施率①91.1%

②83.7%③88.3%④56.9%⑤79.8%⑥79.3%⑦78.8%
⑧92.3%⑨92.3%⑩90.5%⑪92.3%⑫74.4%であった。

表3) 参照

3. 8月と11月の監査結果の比較 (p<0.05)

②は0.01で有意差があった。④は0.00以下で有意差があった。⑤は0.02で有意差があった。⑥は0.00以下で有意差あった。⑦は0.02で有意差があった。⑫は0.01で有意差があった。

4. 8月の監査結果からの病棟の取り組み

- 1) 退院が決まった時点で、委員が受け持ち看護師に積極的に退院評価を促していく。
- 2) 1つ1つの項目に関して、委員が声かけを徹底していく。
- 3) 入院診療計画書を渡すときに看護計画をわかりやすい言葉で説明をすれば、④の基準を満たすという基準を設けた。
- 4) 監査用紙のはさみこみを徹底し、監査を行う。

表4) 参照

5. 11月の監査結果からの評価と課題

- 1) 医師の方針が「カルテより」ということで、情報収集しているため、問題リストに記載できなかった。
- 2) 委員の声かけや働きかけで、監査を行なう意識が高まった。
- 3) 入院診療計画書やクリニカルパスの使用で監査の実施率が上がった。
- 4) 各々が受け持ちを自覚することで、意識をもって、自己監査に取り組めた。

表5) 参照

IV. 考察

8月と11月の監査の結果、監査率は上昇した。これは、監査を行うことに慣れ、最小限必要な項目を記入することができている。看護問題が不適切であれば、計画立案は非現実的あるいは実行されないことになり、さらに記録との一貫性を失うこととなるので、記録の監査を継続しつづけることが重要と考える。

項目別監査の結果の中にも実施率は上昇しているものがあつた。④は入院診療計画書を受け持ち看護師が渡すことで、受け持ちとしての自覚ができ、退院時までのかかわりができたとする評価があり、実施率は上

昇した。しかし、監査率が上がっていない病棟があつた。評価時に受け持ちの不在があり、その対策がされてなかったことが原因にあがっていた。⑤~⑦の監査項目の実施率が上昇しない病棟があつた。医師の方針をカルテから情報収集することが多く、情報収集できなければ、記載されないという状況があり、医師とのかわりが問題となった。③・⑫の上昇は、サインをするという行為が看護行為の責任の所在を認識できたと考える。⑨・⑪は看護問題が立案され、評価されるという一連の過程はできていると考える。

今回の監査を実施するにあたり、④の患者・家族と看護目標について話し合ったという日付けの記載があるという項目を患者参画の看護計画立案の重要性やインフォームドコンセントの重要性からも患者・家族への説明が十分でなかったことがわかり、改善への取り組みを行なうことで、患者・家族への説明しなければならぬことや患者・家族とともに計画を立てていく必要性があるということを意識付けていく土台となつた。

今回、監査に対する看護師の意識調査を行ったわけではないので、研究の限界はあるが、監査を定期的に行うことで、看護記録を見直すきっかけを作り監査する目的を常に意識できたのではないかと考える。

表1) 平成15年度監査表

問題リスト監査表

目標：①問題リストとは患者の状況や経過がわかる問題一覧である。

②問題リストが入院患者全員に記載されること。

病棟 _____ 科名 _____ 患者名 _____

入院期間 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

受け持ち看護師名 _____

- 使用方法
- 1) 対象は入院患者全員。ただし、分娩及び検査・処置による1泊2日入院は除く。
 - 2) 監査者は受け持ち看護師とし、新人はプリセプターなどとともに行う。
 - 3) ○(記載あり)、レ(記載なし)にてチェックする。
 - 4) ④は看護目標について話し合うことで、患者・家族の意思を尊重する機会としたい。
 - 5) 中間監査は1ヶ月を目安に各部署で設定する。
 - 6) 中間・退院時監査はその時期に適切な目標・方針・問題に対し、監査することとする。

	入院後1週 間以内 (/)	中間 (/)	退院時 (/)
看護目標			
①看護目標が記載されている。			
②看護目標立案の月日が記載されている。			
③看護目標立案者のサインが記載されている。			
④患者、家族と看護目標について話し合ったという日付けの記載がある。			
医師の方針			
⑤医師の方針が記載されている。			
⑥医師の方針記載の月日が記載されている。			
⑦医師の方針記載者のサインが記載されている。			
看護問題			
⑧看護問題が記載されている。			
⑨看護問題立案の月日が記載されている。			
⑩看護問題立案者のサインが記載されている。			
⑪看護問題はナンバリングされている。			
⑫解決日記載者のサインが記載されている。			
監査実施サイン			

* コメント* (監査したことをお互いに評価したり、自由記載とする。)

~退院した時点で _____ まで提出してください。

記録・システム委員会
平成15年2月作成

表2)2003年8月退院延べ数のうち監査適応患者の問題リスト監査結果表

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	合計	平均値
退院数(名)	35	42	42	50	40	35	54	49	47	46	58	65	64	43	76	54	80	52	37	26	995	
適応数(名)	16	23	25	32	16	12	39	49	38	32	47	53	24	42	26	31	69	48	37	8	667	
監査数(名)	13	9	11	29	7	12	15	28	32	21	27	40	21	15	10	26	28	3	3	4	354	
監査率(%)	81.2	39	44	91	48.8	100	38.4	57	84.2	65.8	57.5	75.5	52.1	35.7	38.5	83.8	40.8	6	8.1	50		53.7
①	100	44	72.4	96.6	100	83.3	40	100	76.3	65.6	77.8	100	52.1	100	30	96.2	96.1	100	100	100		81.5
②	100	33	63.6	96.6	100	83.3	40	100	76.3	62.5	77.8	93.1	52.1	100	30	96.2	96.1	100	100	100		80
③	100	33	63.6	96.6	93.8	83.3	40	100	76.3	56.2	81.5	93.1	52.1	100	30	96.2	96.1	100	50	100		77.1
④	92.3	0	9.1	82.8	81.3	83.3	6	46	23.7	43.7	29.6	3.4	26	100	7.7	50	78.4	100	0	100		45.5
⑤	92.3	0	90.9	96.6	100	33.3	33	92	52.6	53.1	74.1	79.3	43.4	47	15.3	100	94.1	100	25	100		68.4
⑥	92.3	0	90.9	96.6	100	66.6	33	92	52.6	53.1	74.1	79.3	43.4	93	15.7	100	94.1	100	25	100		70.1
⑦	92.3	0	45.5	100	100	50	33	92	42.1	53.1	74.1	75.9	47.8	93	15.7	100	96.1	100	0	100		65.5
⑧	100	100	100	100	100	53.8	40	89	52.6	65.6	74.1	100	52.1	93	30	100	96.1	100	100	100		82.7
⑨	100	78	90.9	100	100	75	40	89	52.6	65.6	74.1	96.6	52.1	100	30	100	96.1	100	100	100		82
⑩	100	66	90.9	100	100	83.3	40	89	52.6	65.6	74.1	96.6	52.1	100	30	100	96.1	100	100	100		81.8
⑪	100	100	100	100	100	83.3	40	89	52.6	65.6	70.4	100	52.1	100	27	100	98	100	100	100		83.9
⑫	100	11	81.8	81.8	81.3	66.6	20	57	42.1	62.5	29.6	24.1	47.8	24.1	23	84.6	19.6	100	25	100		54.1

表3)2003年11月退院延べ数のうち監査適応患者の問題リスト監査結果表

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	合計	平均値
退院数(名)	27	26	34	34	31	38	57	33	53	39	63	57	49	55	58	42	64	46	31	8	845	
適応数(名)	17	23	23	27	17	33	44	26	50	28	52	46	28	53	30	28	60	39	20	8	652	
監査数(名)	16	15	23	20	10	25	18	19	41	20	49	42	18	39	16	25	60	35	7	7	505	
監査率(%)	94.1	65	100	91	58.8	75.8	40.9	73	77.4	71	94.2	91.3	64.2	73.6	53	89.3	100	90	35	88		77.5
①	100	93	91.3	97	100	100	94.4	18.9	100	80	93.8	100	100	90	81.2	100	100	83	100	100		91.1
②	100	73	82.6	97	100	100	94.4	18.9	100	80	93.8	97.1	100	90	81.2	100	100	83	100	100		83.7 *
③	100	73	87	97	100	100	94.4	18.9	100	80	93.8	95.2	100	90	68.7	100	100	83	85.7	100		88.3
④	94.1	53	0	83	84	84	61.1	11.4	41.5	65	61.2	57.1	55.5	59	31.2	84	96.7	54	14.3	71		56.9 *
⑤	94.1	33	82.6	97	88	88	88.8	18.9	87.8	75	93.8	92.9	83.3	90	75	96	100	71	42.9	86		79.8 *
⑥	94.1	26	78.3	97	88	88	88.8	18.9	87.8	75	93.8	95.2	77.7	90	75	100	100	71	42.9	86		79.3 *
⑦	94.1	33	78.3	97	88	88	88.8	18.9	82.9	75	93.8	85.7	72.2	90	81.2	100	100	69	42.9	86		78.8 *
⑧	100	100	95.7	100	100	100	94.4	19.1	100	90	91.8	100	100	85	81.2	100	100	89	100	100		92.3
⑨	100	100	95.7	100	100	100	94.4	19.1	100	90	91.8	100	100	85	81.2	100	100	89	100	100		92.3
⑩	100	86	91.3	100	100	100	94.4	19.1	100	90	91.8	100	100	85	81.2	100	100	86	85.7	100		90.5
⑪	100	100	95.7	100	100	100	94.4	19.1	100	90	91.8	100	100	85	81.2	100	100	89	100	100		92.3
⑫	100	80	91.3	90	40	90	66.6	10.5	63.4	80	44.8	81	88.8	74	62.5	100	96.7	54	71.4	100		74.4 *

* P<0.05

8月監査の結果

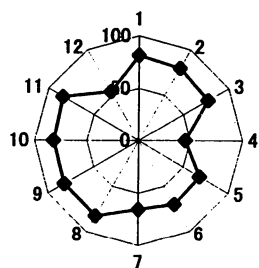


表2)結果

11月監査の結果

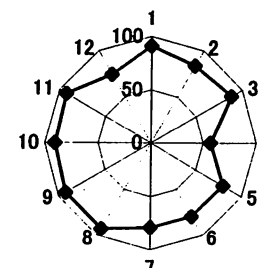


表3)の結果

表4)8月の監査結果からの病棟の取り組み

監査に慣れてしまっているところがある。監査結果をもとに記録がよくなっていると感じとれるように監査の意味をもう一度おさえていく必要がある
自己監査を継続するにあたり、自己監査にとられず、監査日にあたったスタッフが現在の問題でよいのかを評価していきたい。退院時監査も同様で行う。
入院時、監査用紙のはさみこみを徹底する。監査用紙は「退院時」が記入されるまで、綴じずに記録係りに提出する。
看護記録の記載欄を周知し、記入もれ、サインもれがないように声かけしていく。
退院時監査率が低かったので、退院が決まった時点で受け持ち看護師が退院時監査を行うことを徹底する。
現状のまま
監査用紙がはさまったままで、なかなか監査されない場合が多く、定期的なチェックとスタッフへの声かけが必要。
受け持ち看護師が監査を行うことで、受け持ちの意識が高まっていると評価できるので、監査時期に受け持ち看護師自身が行うことを継続したい。
積極的に受け持ち看護師としての役割を責任もてるようにしなければならない。
声かけを徹底すること。退院時は簡単なショートサマリーを書くことにしているため、評価は十分にされている。
監査することはできている。患者さまの病棟に滞在する日数が少ないことで、患者・家族とともに立案することができず、一方的になっているところがあり、改善していく必要がある。
委員からの働きかけが積極的に行わなかったことが一因あると思う。
入院診療計画書などを渡すときに看護計画をわかりやすい言葉で伝えることができれば、④の項目は○という基準を設けた。
④の監査を行うこと自体、看護師全体の意識向上につながった。同意を得る基準を検討中。
説明を行い、手術や治療のオリエンテーションを行った時点で、「○」という基準をもうけた。
早急に受け持ち看護師が退院時評価・監査を行えるように掲示した。

表5)11月の監査結果からの評価と今後の課題

④は入院診療計画書を使用しての説明が定着してきた。看護問題の変更や追加時の説明が十分でないという理由からレ点とした監査者もいる。
医師の方針が「カルテより」ということで、情報収集しているため、問題リストに記載することができなかったことが上昇しなかった要因と考える。
監査用紙のはさみこみを徹底したことで、監査用紙の未記入がへった。退院時に受け持ち看護師がいない場合、記録を保管し、監査表を記入した後、つづるようにした
未記入のまま監査されることはなかった。④は監査者の判断が難しく、監査率を上げられないのではないかと
委員の声かけや働きかけで監査を行う意識が高まった。
監査時に評価・記載徹底を声かけたのが監査率を上昇させた。退院時サマリーを記入しているので、評価も上昇した。
病棟で、監査の基準を明文化し、受け持ちを徹底することで、監査の結果はよくなった。
前回の監査後に伝達講習を行ったり、問題リストファイルを作成し、意識づけたのがよかった。
入院診療計画書やクリニカルパスの使用で、監査率は上がった。
病棟での④での取り決めを行ってから、監査率は上昇した。全体として監査率が上昇したのは、各々が自覚し、意識をもって自己監査に取り組んだからと考える。
病棟会議での呼びかけや記録係が監査の未実施者に呼びかけたことが結果を上昇させた。
軽症OPの患者の退院時の目標を立てなかったもので、レ点となりやすかった。
病棟会議で監査結果の報告を行い、監査の呼びかけを行った。記録係のなかから意識づけを行ってきた。