

## 看護記録監査を基にした記録改善への取り組み

東病棟 5 階 ○東 富佐乃 飛田 敦子

Key word : 看護記録 監査 記録改善への取り組み

## はじめに

監査とは、患者の個別的な看護・必要とする看護・提供すべき看護を共に考え、看護を再検討すること、患者ケアを向上させることである。また、患者に提供されたケアの質を明らかにするために欠くことの出来ないものだとされている<sup>1)</sup>。当院は平成16年度、病院機能評価を受審した。受審するに当たり記録内容を検討・改善するために、病院独自の看護記録監査用紙を用いて監査を行い、その結果を基に記載の仕方の修正・共通認識を行い、記録の充実に取り組んだ。記録の充実、看護の質向上のためにも記録監査は定期的に行う必要がある。機能評価を受審後、改善された項目が継続されているかどうかの確認、また、新たな改善に取り組むため、同じ記録監査用紙を用いて再度監査を行った。前回の監査結果と比較検討したので結果を報告する。

## I. 目的

看護記録監査用紙を用いて監査を行うことによって、記録の現状を把握し、検討・改善を行い、記録の充実はかかる。

## II. 研究方法

## 1. 研究デザイン：調査研究

2. 対象：当病棟入院中の患者の看護記録。平成16年8月18冊、平成17年6月18冊。

3. 研究期間：平成16年8月～平成17年10月

## 4. データの収集方法

1) 使用監査用紙は、院内統一監査用紙の「看護記録監査表(全体)」の中で、看護記録の管理に関する内容を省いた13項目を使用した。

2) 監査項目①記載文字：誤字、脱字がない。情報は簡潔・明瞭に記載され、理解しやすい(以後①とする)。

②記載日時(勤務時間帯)または必要時事実の発生時刻が入力されている(以後②とする)。

③略語等の使用：略語・記号は院内で統一されたものを使用している。常用漢字を安易にかな書きにしていない(以後③とする)。

④実施入力のもれがない。(開始時間と終了時間) ex) 酸素・心電図モニター・血圧モニター・ケア内容・巡視・看護計画の説明(以後④とする)。

⑤患者の動きに関する記載：入院、退院、外出、外泊、帰院、等の見出しと患者の反応が経過記録に記載してある。転室・重症個室入室など正確に入力が行われている(以後⑤とする)。

⑥麻薬の記載：使用時間と品名、使用量、方法(注射・SC・D I V・ED等、与薬、挿入)が正確に記載してある(以

後⑥とする)。

⑦意味のない語句や、患者のケアおよび観察に関係ない攻撃的な表現をしていない。患者にレッテルをはったり、偏見による内容を記録していない。臨床的に重要でない患者の態度や性格などについて、批判的な意見を記述してない(以後⑦とする)。

⑧憶測や予想ではなく事実のみを記載する。また、必要時のみ評価を記載する(以後⑧とする)。

⑨病状や診断、治療など医師の領域に踏み込んだ内容の入力は注意深く行われている(以後⑨とする)。

⑩患者の訴えや心配事をきちんと記載し、はっきり分かるようになっている(以後⑩とする)。

⑪前の記録と矛盾する内容には、矛盾が生じた説明が記載されている(以後⑪とする)。

⑫医師の方針は経過記録のフォーカス「医師の方針」で記載がある(以後⑫とする)。

⑬治療計画(医師の方針)を理解した矛盾のない記録になっている(以後⑬とする)。

3) 13項目において、「十分」「不十分」の2者択一とし、選択理由の具体的内容はコメント欄に記載する。

4) 当病棟看護師18名が記録を各1冊選択し監査を行う。

5) 平成16年8月、平成17年6月の2回監査を行い、結果を単純集計する。

6) 平成16年8月監査後、改善に向けての取り組みを行い、平成17年6月監査後の評価と今後の新たな改善への取り組みを検討する。

5. データの分析方法：監査を行った監査用紙を収集し、項目毎に集計を行う。平成16年と平成17年の結果の推移について集計データとコメント内容から比較検討する。

6. 倫理的配慮：病棟看護師に、患者・看護師の個人が特定されることはないことを説明し同意を得る。本研究にともない個人が特定できないように配慮する。

## III. 結果

## 1. 平成16年8月の監査結果

平成16年8月の監査(以後1回目監査とする)数18冊。13項目中「十分」と言う結果が多かったものは①10冊②16冊⑦17冊⑧11冊⑨12冊⑩13冊であった。

「不十分」という結果が多かったものは③9冊④10冊⑤9冊⑥17冊であった。(表1)

各項目のコメント内容は①誤字・脱字あり。明瞭でない文あり。文法誤りあり。②処置時間記載もれあり。③院内統一用語以外の使用あり。常用漢字の仮名書きあり。④ケアスケジュール・実施入力のもれあり。⑤患者の動きに関する記載もれあり。⑥術後の麻薬入力(開始・終了)もれあり。記載の統一性がない。⑦「理解不足あり」と表現あり。⑧アセスメントに憶測・口語の記載あり。

⑨記録されていない。⑩はつきり分からないところあり。⑪矛盾点見られない。頓用内服薬を渡した記載があるが、実際内服した記載ない。⑫医師の方針が書かれていない。他のフォーカスで記載あり。⑬12番が不十分なので十分になるということはない。等のコメントがあった。(表3)

## 2. 平成17年6月の監査結果

平成17年6月の監査(以後2回目監査とする)数18冊。13項目中「十分」という結果が多かったものは②17冊⑤14冊⑥11冊⑦15冊⑧12冊⑨14冊⑩14冊⑪12冊⑫9冊⑬14冊であった。「不十分」という結果が多かったものは①11冊③9冊④15冊であった。(表2)

各項目のコメント内容は①誤字・脱字あり。時刻の記載まちまち。規格の入力なし。情報は理解しやすい。②日勤の記録が準夜にて記入されていることが多い。③院内統一用語以外の使用あり。常用漢字の仮名書きあり。④ケアスケジュール入力もれあり。実施入力もれあり。患者不在時の巡視入力中止の入力もれあり。⑤患者の動きに関する記載もれあり。⑥術後の麻薬入力なし。治験薬の実施の記載方法。⑦偏った発言と思われる記載あり。⑧憶測・予測の記載あり。⑨コメント無し⑩経過観察状況の場合もある。⑪コメント無し⑫医師の方針記載なし。自由記載されているものあり。⑬コメント無し。等のコメントがあった。(表3)

## 3. 1回目監査結果と2回目監査結果の比較

1回目監査と2回目監査の結果を比較し、「十分」と評価された数の上昇がみられた項目が②⑤⑥⑧⑨⑩⑪⑫⑬であり(図1)、「不十分」と評価された数の上昇が見られた項目が①④であった。(図2)

## 4. 1回目監査結果からの病棟の取り組み

1) 監査結果を提示・声かけを行い、記載、入力がしっかり行われるように意識を高める。

\*「看護記録作成要綱」を基に必要なものはしっかり記載してゆく:装置類の使用入力、外泊・転室などの記載、実施入力、等

2) ケア実施入力のもれを無くすため、その旨を書面にて提示し、各自が見て意識を持てるようにする。

3) 準夜勤務者が実施入力のされていないものをチェックし、担当者にメモで伝える事を取り決めとし実行する。

## IV. 考察

監査を行うことで、記録内容の不十分な点を認識し、コメントを残すことにより、具体的な問題点を明確にし、改善に取り組むことが出来た。監査13項目の中、平成16年8月の監査から平成17年6月の監査に「十分」という評価が上昇したものは9項目見られた。監査結果を提示し、記載がされていなかったものをしっかり記載してゆくことの声かけを行い共通認識としたことにより各自の意識が高まり評価の上昇に結びついたと考えられる。監査項目②「記載日時(勤務時間帯)または

必要時事実の発生時刻が入力されている」において、平成17年6月の監査にて、記録時間が次の勤務帯での時間内に記載されている点が指摘されている。その場合、処置やケアを行った記録と、その後の患者の状態の記録が逆になるという問題が出てくる。記載時間の修正を行うことを共通認識とするとともに、通常時間内に記載出来るような業務改善に取り組む事も考える必要が上げられる。監査13項目の中、「不十分」という評価が上昇したものは2項目見られた。監査項目①「記載文字:誤字、脱字がない。情報は簡潔・明瞭に記載され、理解しやすい」について、誤字・脱字があることを平成16年と平成17年共に指摘されている。経過記録入力後の確認不足である。各自確認をしっかりと行う意識も必要であるが、業務終了後の記録入力という現状で、疲労により確認が抜けてしまうのではないかと考えられる。監査項目④「実施入力のもれがない(開始時間と終了時間)」について、術後などの装置類のケア入力、ケア終了の入力が抜けている事が指摘されている。術後患者の担当者は忘れずに入力を行うことを意識すること、また、継続的な声かけを行うことが必要である。巡視入力のもれ、看護計画の説明実施入力のもれは、平成16年と平成17年共に指摘されている。どの程度抜けているのか具体的な数値は今回明らかにされていないが、準夜帯での確認・実施未入力時の声かけを行うなどの対応をしても抜けているという事が判断できる。各自の実施入力の再認識を行うこと、声かけの継続、新たなる改善への取り組みなどが必要である。監査項目③「略語等の使用:略語・記号は院内統一されたものを使用している。常用漢字を安易にかな書きにしていない」について、新しく出てきた用語を簡略化して使用している言葉、病棟独自で略して使用している言葉等が見られる。再度認識を改め、院内統一用語を確認しながら記載してゆく事が必要である。また、院内統一用語の見直しも必要ではないかと考えられる。

今回、病棟スタッフ18名に看護記録監査を行ってもらった。監査というものに慣れたスタッフばかりではなく、十分に理解し練習を行ってからのものではないため、監査の判断基準が統一されていない等の問題がある。しかし、各自が記録監査を行うことにより、看護記録を見直し、不十分な点を認識し、改善に向けての意識付けとなったと考える。実際行われている看護行為が、ケア計画内や経過記録上に残っていないものも多い。看護行為は計画として立案され、実施入力(記録)がなければ評価されないという現状である。看護の質の向上・評価において記録の充実は必要である。一度監査結果から改善が見られたからと言って、その状態が継続されるとは限らない。定期的に監査を行い、問題点を明確にして改善に取り組む続ける事が必要である。

## VI. まとめ

1. 定期的に監査を行うことで記録の問題点を明確にし、

定期的な声かけや、入力もれのチェックシステムを作るなど具体的な改善に取り組むことが記録充実へのスタッフの意識を高める上でも有効である。

2. 記録の充実がはかれるように、業務改善や記録に係る資料（院内統一用語）等の見直しが必要である。

引用文献

1) 岩井郁子：看護記録第6版 改訂版，差込資料，アイ・アンド・アイ コンサルティング，2003

表1. 平成16年8月の監査結果

監査項目	十分	不十分	該当外
1	10	8	0
2	16	2	0
3	9	9	0
4	7	10	1
5	9	9	0
6	8	8	2
7	17	1	0
8	11	7	0
9	12	5	1
10	13	5	0
11	8	4	6
12	1	17	0
13	9	7	2

表2. 平成17年8月の監査結果

監査項目	十分	不十分	該当外
1	7	11	0
2	17	1	0
3	7	9	2
4	3	15	0
5	14	4	0
6	11	2	5
7	15	1	2
8	12	4	2
9	14	2	2
10	14	2	2
11	12	0	6
12	9	7	2
13	14	2	2

図1. 監査結果「十分」の比較

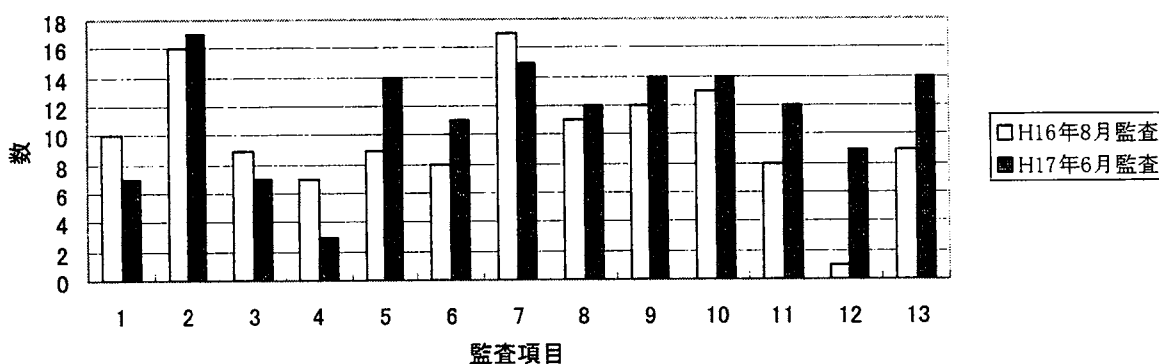


図2. 監査結果「不十分」の比較

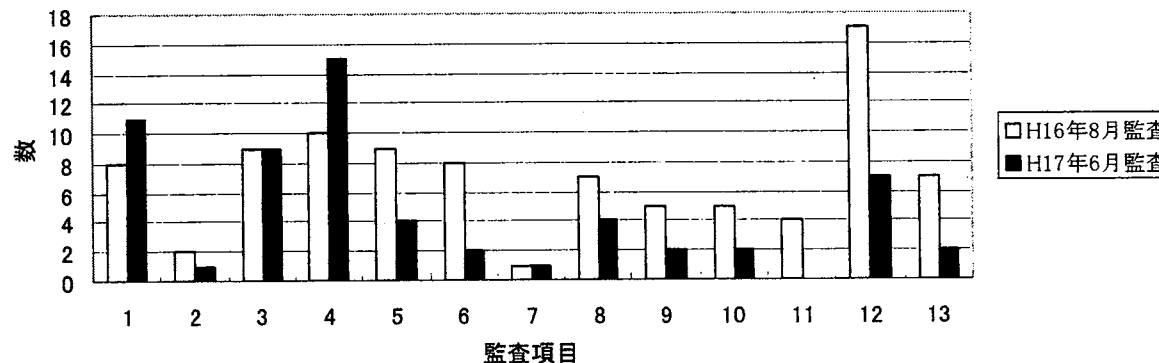


表3. 平成16年8月の監査と平成17年6月の監査のコメント内容

	平成16年8月の監査のコメント内容	平成17年6月の監査のコメント内容
1	明瞭でない所ある 誤字・誤字あり 情報は簡潔に記載されている 漢数字と算用数字の混乱 文法の誤りあり #がいつも同じで分かりにくい	漢字の変換ミス プロブレム・フォーカスの入力がない 時刻の記載まちまち 誤字・脱字が見られる 規格の入力がない 情報は理解しやすい
2	処置内容、処置時間について記載されている 処置時間のもれ、記載時間と実施時間のずれあり	日勤の記録が準夜にて記入されていることが多い
3	常用漢字を仮名書きにして書いてある 造語の使用あり 不適切な表現あり 院内統一用語以外の使用あり	略語が使用されている 院内統一されていない用語を使用している 「IC」「rad」「静注」「末梢」「PSN」「UrBa」など
4	心電図、血圧、モニター、酸素など、使用開始日、終了日、量、などの記載なし 治療目的のためあまり変化なく、経過することもあまりない 急患で来たので、看護計画の説明のチェックが抜けている 看護計画の説明は入院時に入力されているだけだった EDから経腸栄養が入っているがその減量が抜けている 実施入力されていないケア項目多数あり 巡視が抜けている	実施・中止の入力漏れあり 心電図・酸素モニター開始・終了の入力なし 術後の酸素・EDの実施・スケジュール入力がなされていない 看護計画説明の記載・実施入力が抜けている 巡視チェックもれあり 外泊・外出時の巡視入力の中止入力がない
5	転室、重個、入室の入力なし 退院許可になったこと、退院時診察の結果など書かれていなかった 入力もれあり 外泊前後の記載あり、反応なし 入院見出しなし 転棟時のフォーカス記載がないため分かりにくい	外出帰院時の記載もれあり 転室時の記載もれあり
6	麻薬の使用なし 術後のエピソードの入力なし 記載の統一がない(1/4A,0.5A、など) EDの使用時間、抜去日、抜去時間の記載なし	治療薬の実施の記録方法 術後の麻薬入力なし 端末入力するようになり、特別トピックスなければ記載なし 「麻薬」と記載なし
7	「理解力不足あり」と表現あり	偏った発言と思われる記載あり
8	「～なのか」と口語のアセスメントあり アセスメントとして「思われる」「～だろう」と表現あり アセスメントに憶測あり	～と考える、～か、～と思われる、と記載あり フォーカス題名が憶測 予測されると記載あり 看護師の主観にてかかっている
9	記録されていない。大きな目標のみ 「注意深く」の意味が分からない 方向性は示されるが、その結果が記載なし	コメントなし
10	はっきり分からない所もあり 知らぬ間に軟膏処方などが出ており、その使用用途の内容が記載されていない 主語が抜けている 不安が強い、などの言葉でまとめられている	経過観察状況の場合もある
11	今回矛盾する点見られず そのような記録はない 頓用内服「渡す」と記載あるが、実際「内服した」記載なく、内服したのか分からない	コメントなし
12	医師の方針書かれていない フォーカスで打ち出して記載していない 症状や処置などの記載の時に併せて記入してしまうことが殆どで、方針という項目は使用していない	方針の記載なし フォーカスにて自由記載されているものあり 内容はきちんと記載されているが、必ずしも「医師の方針」の見出しとなっていない
13	15番が不十分では充分になるということはない	コメントなし