

## 看護記録に関するアンケート調査の報告

記録委員 浅江文枝

### I. はじめに

看護部記録委員会では、患者により良い看護を提供する為に看護に関する記録を検討しています。当院では、2000年4月から、看護実践が見え、インフォームドコンセントに対応できる記録の形式として看護支援システムを導入しましたが、この度、平成16年秋に現在のシステムが見直されることになりました。そこで、皆様に記録に関するアンケート調査を行い、現在使用している看護記録の問題点を把握し、現行の看護記録が本来の目的に添っているかを検討したのでここに報告いたします。

### II. 対象

#### 1. アンケート対象

看護支援システム使用病棟看護師、副師長、及び看護師長に対し、アンケートを381名に配布。そのうち360名回収、有効回答数343名（有効回答率90.0%）を得た。

#### 2. 対象者属性別構成人数

対象者区分	人数（人）
当院勤務1年目	63
当院勤務2年目	35
当院勤務 3～5年目	67
当院勤務 6～10年目	45
当院勤務 11～20年目	53
当院勤務 21年以上	28
副師長	37
師長	15

### III. 結果

#### 1. 全体の集計結果

看護過程について

	はい	いいえ	無回答
アセスメントツールを使用して看護診断名を導き出している	231	93	19
看護診断の定義があっているか確認している	290	32	21
システムで不適切な看護診断名がある	46	227	70
患者にあった具体的な短期目標をあげている	253	59	31
短期目標をワープロ入力している	250	75	18
短期目標を適宜変更している	193	130	20
看護診断を変更・終了・中止時に評価・アセスメントしている	271	50	22
短期目標・計画内容変更時、変更理由を反応・処置欄に記入している	165	144	34
優先順位を適時変更している	262	61	20

計画過程について

	はい	いいえ	無回答
介入内容をワープロで編集することがある	324	5	14
画面にない介入をワープロで編集することがある	316	8	19
誰が見ても同じ介入が出来る具体的な介入内容になっている	252	36	55

実施過程について

	はい	いいえ	無回答
OPの有無「+・-」記入で良いか	209	103	31
OPの状況「A～E」記入で良いか	160	141	42
OPの程度「0～4」記入で良いか	200	107	36
介入実施のチェックは「レ」で良いか	253	63	27
患者の訴え・反応は、患者の反応・処置の欄に記入している	229	85	29
急変時の記録は余白・裏、4号紙、フローチャートに記入している	289	21	33
一時的問題は temporary problem に記入している	130	189	24

評価について

	はい	いいえ	無記入
総合評価のスケールの内容を知っている	261	64	18
評価スケールは使いやすい	120	137	86
次回評価日を一週間以内に設置している	284	39	20
評価日にカンファレンスをし、プランを総合評価している	132	183	28
評価日に二人以上でカンファレンスを行い、評価している	125	199	19
評価時のアセスメントを患者の反応・処置欄に記入している	206	106	31
毎日の評価スケールの内容を知っている	217	102	24
毎日の評価スケールは使いやすい	74	159	110
毎日の評価をしている	54	262	27
毎日の評価は必要である	49	191	103

総合

	はい	いいえ	無回答
現在の看護記録で患者の全体像が分かる	178	147	18
看護計画を見て、統一した看護を提供することが出来る	210	92	40
看護職以外の者が見ても、内容がわかる看護記録である	90	230	24
看護研究や看護の振り返りに利用できる看護記録である	178	126	40
記録の各観察項目のスペースは適当である	140	176	28
PC使用時は医師に定義が合っているか確認している	138	188	18
看護記録を指導する人がいる	168	148	28

2. 各属性でのアンケート集計結果

1. 看護過程について

	1年目			2年目			3～5年			6～10年						
	はい	いい	無回答	はい	いい	無回答	はい	いい	無回答	はい	いい	無回答				
アセスメントツールを使用して看護診断を導き出している	53	10	0	63	29	4	2	35	51	15	1	67	25	19	1	45
看護診断の定義があっているか確認している	55	5	3	63	26	8	1	35	61	6	0	67	40	4	1	45
システムで不適切な看護診断名がある	2	57	4	63	3	24	8	35	14	46	7	67	6	33	6	45
患者にあった具体的な短期目標をあげている	43	18	2	63	26	9	0	35	51	10	6	67	37	5	3	45
短期目標をワープロ入力している	39	22	2	63	27	8	0	35	52	15	0	67	32	13	0	45
短期目標を適時変更している	26	32	5	63	20	15	0	35	44	22	1	67	23	22	0	45
看護診断を変更・終了・中止時に評価・アセスメントしている	47	13	3	63	32	2	1	35	55	12	0	67	38	7	0	45
短期目標・計画内容変更時、変更理由を反応・処置欄に記入	29	30	4	63	17	15	3	35	38	27	2	67	23	20	2	45
優先順位を適時変更している	54	8	1	63	31	2	2	35	58	9	0	67	34	10	1	45

2. 計画過程について

	11～20年目			21年以上			副師長			師長						
	はい	いい	無回答	はい	いい	無回答	はい	いい	無回答	はい	いい	無回答				
アセスメントツールを使用して看護診断を導き出している	25	27	1	53	20	7	1	28	27	8	2	37	1	3	11	15
看護診断の定義があっているか確認している	47	5	1	53	24	2	2	28	33	1	3	37	4	1	10	15
システムで不適切な看護診断名がある	11	32	10	53	1	18	9	28	8	17	12	37	1	0	14	15
患者にあった具体的な短期目標をあげている	42	8	3	53	21	4	3	28	30	5	2	37	3	0	12	15
短期目標をワープロ入力している	44	8	1	53	22	4	2	28	32	5	0	37	2	0	13	15
短期目標を適時変更している	35	18	0	53	18	9	1	28	24	12	1	37	3	0	12	15
看護診断を変更・終了・中止時に評価・アセスメントしている	45	7	1	53	20	6	2	28	32	3	2	37	2	0	13	15
短期目標・計画内容変更時、変更理由を反応・処置欄に記入	23	27	3	53	13	10	5	28	20	15	2	37	2	0	13	15
優先順位を適時変更している	38	15	0	53	16	10	2	28	29	7	1	37	2	0	13	15

2. 計画過程について

	1年目			2年目			3～5年目			6～10年目						
	はい	いい	無回答	はい	いい	無回答	はい	いい	無回答	はい	いい	無回答				
介入内容をワープロで編集することがある	61	2	0	63	35	0	0	35	67	0	0	67	45	0	0	45
画面にない介入をワープロで編集することがある	60	3	0	63	33	1	1	35	66	1	0	67	41	2	2	45
誰が見ても同じ介入ができる具体的な介入内容になっている	42	12	9	63	25	1	9	35	54	9	4	67	35	6	4	45

2. 計画過程について

	11～20年目			21年以上			副師長			師長						
	はい	いい	無回答	はい	いい	無回答	はい	いい	無回答	はい	いい	無回答				
介入内容をワープロで編集することがある	53	0	0	53	25	2	1	28	36	1	0	37	2	0	13	15
画面にない介入をワープロで編集することがある	52	0	1	53	26	0	2	28	36	1	0	37	2	0	13	15
誰が見ても同じ介入ができる具体的な介入内容になっている	43	3	7	53	23	1	4	28	30	3	4	37	0	1	14	15

3. 実施過程について

	1年目			2年目			3～5年目			6～10年目			
	はい	いいえ	無回答	はい	いいえ	無回答	はい	いいえ	無回答	はい	いいえ	無回答	
OPの有無「ト・ー」記入で良い	46	46	46	18	12	5	35	42	24	1	67	32	11
OPの状況「A～E」記入で良い	38	19	6	63	15	17	3	35	31	35	1	67	23
OPの程度「0～4」記入で良い	43	15	5	63	21	11	3	35	45	21	1	67	30
介入実施のチェックは「L」で良い	53	7	3	63	31	2	2	35	56	10	1	67	35
患者の訴え・反応は、患者の反応・処置欄に記入している	50	10	3	63	32	3	0	35	55	14	1	67	32
急変時の記録は余白・裏、4号紙、フロッピーに記入	52	9	2	63	32	3	0	35	62	2	3	67	36
一時的問題はtemporary problemに記入している	29	32	2	63	7	27	1	35	21	44	2	67	17

	11～20年目			21年以上			副師長			師長			
	はい	いいえ	無回答	はい	いいえ	無回答	はい	いいえ	無回答	はい	いいえ	無回答	
OPの有無「ト・ー」記入で良い	28	20	5	53	16	10	2	28	22	12	3	37	5
OPの状況「A～E」記入で良い	22	23	8	53	15	10	3	28	13	15	9	37	3
OPの程度「0～4」記入で良い	27	19	7	53	17	9	2	28	14	16	7	37	3
介入実施のチェックは「L」で良い	35	12	6	53	22	5	1	28	21	14	2	37	0
患者の訴え・反応は、患者の反応・処置欄に記入している	22	25	6	53	17	10	1	28	22	11	4	37	2
急変時の記録は余白・裏、4号紙、フロッピーに記入	43	3	7	53	25	0	3	28	35	0	2	37	4
一時的問題はtemporary problemに記入している	16	33	4	53	13	14	1	28	21	12	4	37	6

4. 評価について

	1年目			2年目			3～5年目			6～10年目			
	はい	いいえ	無回答	はい	いいえ	無回答	はい	いいえ	無回答	はい	いいえ	無回答	
総合評価のスケール内容を知っている	36	25	2	63	26	7	2	35	57	10	0	67	37
評価スケールは使いやすい	30	11	22	63	17	11	7	35	18	40	1	67	15
次回評価日を一週間以内に設置している	56	4	3	63	33	2	0	35	56	10	9	67	42
評価日にカンファレンスをし、プランを総合評価している	22	34	7	63	17	17	1	35	34	33	0	67	21
評価日に二人以上でカンファレンスを行い、評価している	20	39	4	63	17	18	0	35	25	42	0	67	20
評価時のアセスメントを患者の反応・処置欄に記入している	28	28	7	63	24	10	1	35	47	20	0	67	35
毎日の評価スケールの内容を知っている	19	39	5	63	22	11	2	35	48	19	0	67	34
毎日の評価スケールは使いやすい	12	16	35	63	12	11	12	35	31	36	10	67	9
毎日の評価は必要である	17	37	9	63	7	26	2	35	11	56	0	67	8
毎日の評価は必要である	15	14	34	63	7	17	11	35	11	39	17	67	8

	11～20年目			21年以上			副師長			師長			
	はい	いいえ	無回答	はい	いいえ	無回答	はい	いいえ	無回答	はい	いいえ	無回答	
総合評価のスケール内容を知っている	39	11	3	53	22	4	2	28	37	0	0	37	7
評価スケールは使いやすい	19	23	11	53	9	10	9	28	11	21	5	37	1
次回評価日を一週間以内に設置している	45	7	1	53	20	6	2	28	30	6	1	37	2
評価日にカンファレンスをし、プランを総合評価している	18	34	1	53	8	18	2	28	12	23	2	37	0
評価日に二人以上でカンファレンスを行い、評価している	17	36	0	53	9	16	3	28	15	21	1	37	2
評価時のアセスメントを患者の反応・処置欄に記入している	31	19	5	53	15	9	4	28	23	10	4	37	3
毎日の評価スケールの内容を知っている	36	12	5	53	19	7	2	28	34	2	1	37	5
毎日の評価スケールは使いやすい	10	28	15	53	4	14	10	28	6	26	5	37	0
毎日の評価は必要である	7	45	1	53	0	27	1	28	4	33	0	37	0
毎日の評価は必要である	1	43	9	53	5	21	2	28	2	28	7	37	0

5. 総合

	1年目			2年目			3～5年目			6～10年目		
	はい	いい	無回答	はい	いい	無回答	はい	いい	無回答	はい	いい	無回答
現在の看護記録で患者の全体像がわかる	39	18	6	25	7	3	39	27	1	28	16	1
看護計画を見て、統一した看護を提供することができる	39	14	10	23	4	8	48	15	4	35	8	2
看護職以外の者が見ても、内容がわかる看護記録である	27	29	7	9	23	4	23	43	1	67	8	2
看護研究や看護の振り返りに利用できる看護記録である	40	12	11	21	11	4	36	26	4	67	31	1
記録の各観察項目のスペースは適当である	36	25	2	19	15	2	31	35	1	67	21	4
PC使用時は医師に定義が合っているか確認している	29	33	1	10	23	3	36	35	1	67	23	0
看護記録を指導する人がいる	48	11	4	21	11	4	32	31	4	67	23	2

	11年～20年目			21年以上			副師長			師長		
	はい	いい	無回答	はい	いい	無回答	はい	いい	無回答	はい	いい	無回答
現在の看護記録で患者の全体像がわかる	22	30	1	12	15	1	11	24	2	37	2	3
看護計画を見て、統一した看護を提供することができる	22	25	6	15	9	4	23	13	1	37	6	4
看護職以外の者が見ても、内容がわかる看護記録である	9	41	3	7	19	2	6	29	2	37	1	11
看護研究や看護の振り返りに利用できる看護記録である	19	26	8	11	12	5	14	20	3	37	5	6
記録の各項目のスペースは適当である	14	33	6	9	14	5	8	26	3	37	2	8
PC使用時は医師に定義が合っているか確認している	22	30	1	9	17	2	12	22	3	37	2	6
看護記録を指導する人がいる	17	33	3	8	17	3	14	20	3	37	5	5