

看護過程支援システムの現状と課題 ～従来の記録と比較・検討して～

○田中肅美 山本紀代子 藤野純子 花田千鶴美 黒田由利子

I：はじめに

医療を取り巻く社会情勢の変化、コンピューターの発展に伴う情報化社会、患者の医療に対する意識の高まりに伴う診療情報の提供・記録の開示など、臨床における環境は年々変化・進展している。当院でも、4月より看護過程支援システムの稼動が始まり、当病棟においては、6月中旬より、短期入院患者を除いた入院患者全員に実践している。

本年1月、当病棟スタッフ高山らによる、従来の看護記録の自己評価と監査が行われ、各自が、これからの記録の在り方について学ぶ機会を得た。そこで、稼動を始めて4ヶ月が経過した時点で、もう一度、自己評価と監査を行うことにより、看護過程支援システムの長所と課題点を明確にし、よりよい運用を目的として本研究を行ったので報告する。

II：対象・方法

岩井の監査表をもとに作成された、高山らの自己評価・監査表(表1)を使用して、当病棟スタッフ全30名(男性1名・女性29名、平均年齢33.3歳)による看護記録の自己評価、研究者2名による記録の監査を行った。

自己評価は、各項目を「はい」「いいえ」「不完全」の判断とし、「いいえ」「不完全」の解答の場合は、その理由も尋ねた。

当病棟は病床数93床を4つの看護チームに分けた固定チーム継続受持ち制をとっており、各看護チームより無作為に5例ずつを選び、計20例を監査の対象とした。

集計には、ニューヨーク市聖ルカ病院看護過程の監査基準の質的スコアを使用した。

研究は、H12年7月に行った。

III：結果・考察

図1・表1に示すように、自己評価では、システムの導入に伴い、全体的に質的スコアが上昇した。A～Dの小項目においても、全項目で上昇した。

自己評価での総体的な質的スコアの上昇は、従来の記録の3号用紙・4号用紙の一体化・チェック方式により、看護に一貫性ができ、プランニング・計画実行の実際が明確になったことが考えられる。看護計画においては、常に、看護診断や評価予定日が表示されている為、診断・計画の妥当性や評価に対する意識が高まった。また、評価システムができたことで、客観的に看護ケアの成果を振り返ることができ、プランの変更・追加が充実してきた。

監査では、A～Dの小項目間に質的スコア上昇・下降の差が大きかった。自己評価のときに「いいえ」「不完全」と答えた理由の中に、今後の記録への課題が示唆されており、特にスコアが下がった表1の小項目に注目して、看護過程支援システムを考えてみた。

【スコアが上昇した小項目】

A8・A9・B1・B9・B12・C1・D1・D2であった。これらは、システム化により自動設定されている為、自己評価でも監査でも伸び率は大きかった。従来の記録では抜け勝ちだった内容の充実が考えられる。

【スコアが下降した小項目】

A1②・A4・A7・B5・B10・C2・C3・C7・D3・D4・D5であった。

A1②では70%から20%にスコアが下がった。患者の言葉を主体として成り立つ問題であり、「チェックだけでは患者の言動が表せない」「適切な診断名を挙げにくく、余白に患者の言葉を記載して情報としている」という意見が多かった。システム上30文字の制限がある為、患者の訴えを反映することが困難であることが考えられる。また、合併症や身体的問題が上位診断となり、心理・社会面が下位診断になっていること、例えば『不安』や『知識不足』の診断においては、すべての患者が抱えている問題であり、その看護ケアにおいては、看護者として当然の行為であるとした考えから、看護診断の項目が多い症例に対しては、敢えて記載を外している例も多かった。また、看護診断上位5項目を優

先的に考え、1枚の紙面で総合的な見方を目指した記録作りをしているチームが殆どであることから、入院時に上位にあっても、急性期・回復期においては下位診断になって、紙面から外れるケースが多かった。

A4では95%から20%にスコアが下がった。「診断名がシステム上決まっている為、[潜在]か[顕在]かを選択できないこともあり、実際に適切な診断になっているのか曖昧である」とした意見が多かった。

A7では100%から40%にスコアが下がったが、8月現在、各科で共同問題が作成過程であり、「選択肢が少ない」という意見は達成されると考える。

B5では5%から0%にスコアが下がった。達成目標の期日を記入する欄がないこと、初期診断の時の患者目標のまま、状態に応じて目標の修正がされておらず、計画は追加・修正されていても、目標が添っていない診断も見られたことが原因と考える。自己評価のスコアが上昇しているのは、解答者が達成される目標の期日＝評価日と捉えた為と思われる。看護計画や達成の期日については、患者参加が今後の課題である。当病棟では、主に整形外科の疾患でクリニカル・パスが作成されており、別紙のクリニカル・パスの紙面上で経過・達成状況は把握できており、システムの記録に表れなかった例もあった。

B10では75%から35%にスコアが下がった。ケアプラン自体は立てられていても、内容において、患者の個別性や処置の具体性に乏しかった。「システムの中から簡単に選び勝ちになり、具体性に欠ける」「手順を必要とする処置については、30文字制限の為、具体的な入力が難しい」とした意見があった。実際には、週間スケジュールの把握や他の患者との処置の兼ね合いも考慮して、各チーム独自の方式による別用紙の処置表も合わせて使用している。

C2では100%から40%にスコアが下がった。Sの記述の項目がないこと、「このシステムではSの記入は不要と思っている」という意見があることより、Sの記述は減っている。実際、Sが書かれていないことで、計画立案の過程やケアの成果がわかりにくく、患者の訴えや反応が希薄になってきている。小林は¹⁾「患者の訴えをよく聞き、その動静を詳しく観察し、それを的確に表現する能力は、医療の質・看護の質に直結している。患者の主訴や動静の大部分がデジタル情報に馴染まないとして切り捨てられていく事が危惧される。看護過程の出発点は患者の主訴である。」と述べている。精選した内容の患者の主訴の記述は、記録上重要であると考え。看護診断の要因や記録の空白欄に、患者の主訴を生かした記録を検討していきたい。

C3では100%から80%にスコアが下がった。C2で述べたように、Sの記載が希薄となり、精選した情報に欠けているが、実際には計画立案はできている。これは、Sや看護問題に関連した情報を基盤とした看護計画・看護記録になっているからであると考え。

C7では75%から25%にスコアが下がった。計画内容・計画の実施状況は入力・チェックされていても、ケアに対する結果・患者の反応の項目に乏しかった。小林は「看護記録の一番の価値は、事実すなわち患者の主訴、動静や、患者に実際に行った処置を、時系列に沿って正確に記録するところにある。」と述べている。当病棟での意見の中にも、「患者の症状・経過について、伝えたい情報はたくさんあるが、欄外の手書きの記載が多くなる。」「チェックだけではケアにおける経緯・経過・反応の細部がわからない。」など、支援システムでの患者情報の表現の難しさや、ケアの個別性を出し切れないジレンマがあることが伺えた。

D3では50%から20%にスコアが下がった。常時評価予定日の表示がある為、項目の修正・追加はされているが、評価A～Eの記載がない記録も多く、達成度がわからなかった。その為、経過記録の項目が更新されていても、カンファレンスで査定されたものでもかもわからなかった。

D4では50%から10%にスコアが下がった。評価A～Eの記載だけでは、原因追究や状態の振り返りが不十分であり、患者の現状がわからなかった。その為、評価方法もチームによって異なっており、カンファレンス内容を余白に手書きで記載しているチーム、項目の見直しだけのチーム、評価A～Eの記載だけのチームと様々であった。評価方法が棟

内統一になっていないことも、スコアが下がった原因と考える。経過観察を要する問題の場合やカンファレンスの時間が取れなかった時は、原因追究はせずに、評価日にプラン継続のみで評価を終わらせているという意見もあった。

D5では75%から0%にスコアが下がった。看護過程支援システムは、短期目標を達成目標とし、「今」の問題点を重視した記録であり、従来の記録のように、短期・長期の目標を掲げていないことから、患者目標の達成状況の表現法を監査の判断とした。D3・D4で述べたように、評価方法がチームによって異なっている事、アセスメント内容の記載がない為、達成度の判断がわかりにくい事なども考えると、今後の問題提起が不明確であると捉えた。従来の記録の監査では、スコアの上昇を示しているが、これは、達成・継続・中止などの評価の記載がされ、新たな問題立案に繋がっているのが紙面上で判断できた為と考える。看護過程支援システムでは、端末を開かなければ、評価の実際や計画立案の日がわからないこともあり、新たな問題点のクローズアップが不十分であると捉えた。

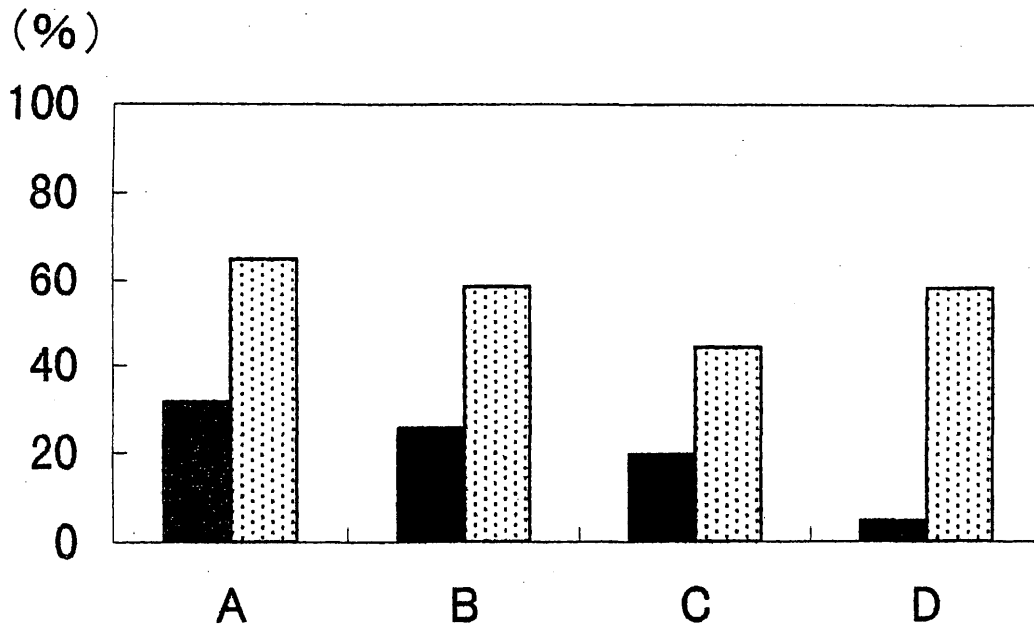
IV：おわりに

看護過程支援システムが導入されたことにより、看護診断・看護計画・看護経過・評価の一連の流れを、一枚の紙面で判断することができ、総合的な見方ができるようになった。

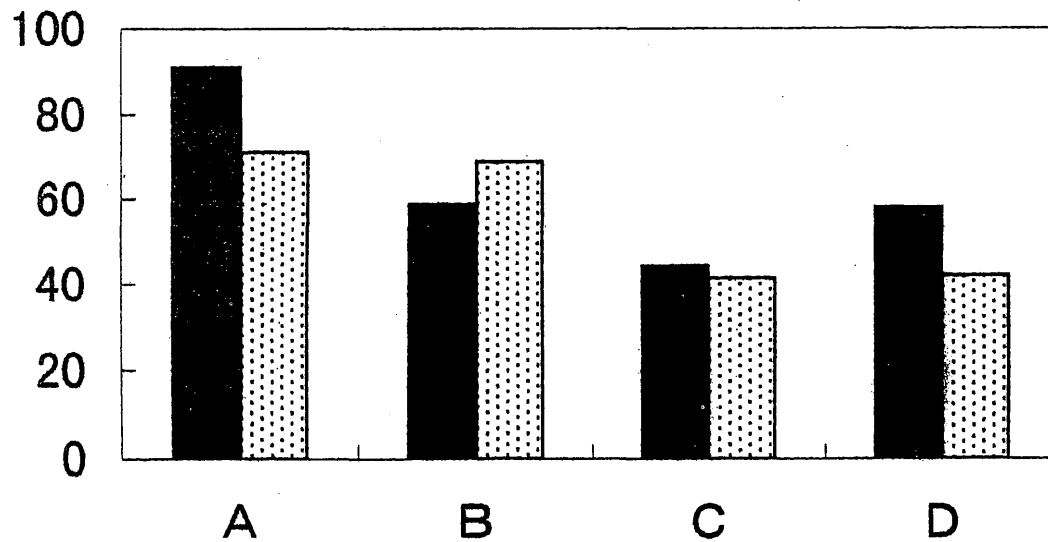
看護サービスの充実の為に、患者の「今の問題点」を総合的にみつめていこうとする意識の高まりは、システム導入後の収穫であった。これからは、より質の高い看護サービスの提供の為に、看護過程の日々の評価の充実を課題としていきたい。また、限られた文字数の中で、看護の具体性・患者の個別性・心理社会面をどのように表現するか、患者の状態変化に応じたタイムリーな看護計画を迅速に立案していくかが今後の課題と考える。

V：引用・参考文献

- 1) 小林 洋二：質の保証とケアの監視装置～コンピュータ入力と情報開示の流れの中で看護、5、臨時増刊号、p. 152 - 156、2000
- 2) 岩井 郁子：カルテ開示時代の看護記録をどう考えるか、看護管理、9 (7)、p 520 - 527、1999
- 3) 正木 ひろ子、他：PONR の監査を試みて、PONR オーディット事例集、p 41 - 47、1996
- 4) 高山 佳代子 他：看護記録開示への取り組み～記録の監査と自己評価より～、2000



①自己評価の比較



②監査の比較

■ 従来の記録の監査 ▨ システムの監査

- A : 共同問題・看護診断の記述
- B : 看護計画
- C : 経過記録
- D : 評価

$$\frac{\text{「はい」と答えた数のトータル}}{\text{「はい」+「いいえ」+「不完全」と答えた数のトータル}} = (\%)$$

図1 従来の記録と看護過程支援システムにおける質的スコア(%)の比較

表1 従来の記録と看護過程支援システムにおける自己評価と監査の質的スコア (%) の比較

	自己評価・監査表	従来の記録		看護過程支援システム	
		自己評価	監査	自己評価	監査
A 1	看護過程支援システムから書き出されているか	44	100	73	100
2	①身体的問題が書かれているか	14	70	23	20
3	②心理・社会問題が書かれているか	51	100	86	100
4	問題は患者・兆候が主語になっているか	31	100	60	100
5	問題は原因・誘因と潜在的な問題に区別されているか	27	95	46	20
6	問題は適切的な期間内に完成されたか(入院日から一週間以内)	20	90	80	100
7	新しい適切な看護診断が現れたか	37	100	60	90
8	問題に共通して取り上げられた月・日が書かれているか	31	65	60	40
9	問題が解決された月・日が書かれているか	27	0	83	100
B 1	看護目標は患者の目標・期待・修正されているか	3	40	63	85
2	看護目標は患者の目標・期待・修正されているか	10	40	7	75
3	看護目標は患者の目標・期待・修正されているか	24	45	90	65
4	看護目標は患者の目標・期待・修正されているか	20	55	53	65
5	看護目標は患者の目標・期待・修正されているか	3	5	53	0
6	看護目標は患者の目標・期待・修正されているか	41	100	57	100
7	看護目標は患者の目標・期待・修正されているか	41	100	53	90
8	看護目標は患者の目標・期待・修正されているか	31	40	53	55
9	看護目標は患者の目標・期待・修正されているか	31	70	57	100
10	看護目標は患者の目標・期待・修正されているか	34	75	37	35
11	看護目標は患者の目標・期待・修正されているか	27	35	37	35
12	看護目標は患者の目標・期待・修正されているか	37	50	90	100
13	看護目標は患者の目標・期待・修正されているか	24	100	60	90
C 1	# (チャート) は記述して書かれているか	33	20	90	100
2	S に関する内容は患者の代弁者の言葉で必要なら	36	100	46	40
3	O は S や問題に関連する必要な情報で書かれているか	36	100	70	80
4	Analysis は、分析・分解・結果・反応が書かれているか	3	20	20	10
5	Analysis は、分析・分解・結果・反応が書かれているか	6	30	27	10
6	問題 → S → O → A → P に一貫性があるか	10	35	33	25
7	看護計画を実施した結果・反応が書かれているか	10	75	23	25
D 1	評価日が設定されているか	10	70	90	100
2	評価日が設定されているか	0	55	63	80
3	目標が達成されたか	3	50	80	20
4	目標が達成されたか	3	50	20	10
5	今後の問題が明確にされているか	6	75	37	0