

看護支援システムを使用した看護記録を振り返って

1 病棟 5 階

○藤里 美子 宇都宮 淑子 縄田 敏子

当院では、看護記録の電子化をめざし、看護支援システムが開発された。一般に看護記録は、患者の基本情報、看護計画、経過記録からなるが、看護支援システムによる記録は、看護計画に経過記録を書き込む形式がとられた。

急性期や手術後患者は、状態が変化しやすく、また情報収集としての申し送りは廃止されているため、看護記録の果たす役割は大きい。そこで私達は、必要な情報や経時的な経過を把握しやすいように、患者の状態により一枚の記録用紙で6検の経時記入欄を9検に増やしたり、印字した記録用紙を看護計画の3号用紙として使用して、重要なプランにラインマーカーを付け右の記録欄にこれまでの経過や評価を記入するなどの工夫をしている。

今回必要な看護情報を効率よく利用しやすい形で記録するには、看護支援システムをどのように活用するとよいかを明らかにする目的で、1外科スタッフへのアンケート調査と看護支援システムで記入した看護記録の検討を行った。その結果をここに報告する。

<方法>

1. 1外科スタッフ20名へのアンケート調査（調査日8月1日）
2. 5月1日～7月31日までの3ヶ月間の看護記録の検討

<結果>

1. 看護支援システムの使用状況と問題点を明らかにする為にアンケートを実施した。その調査内容を資料1に示す。

1) 支援システムについて：パソコン操作や文字入力についての結果を図1に示す。困る、よく困ると答えた人が全体の1/3見られた。理由として、画面がフリーズしやすい、文字変換できにくい場合がある（7人）、キーボード操作に時間がかかる（3人）などの意見があった。

2) 看護診断をあげること、要因、目標、看護計画立案について：結果を図2に示す。その中では、看護診断を決定することに困った経験があるという意見が多くみられた。具体的には、患者の状態にあった看護診断が見当たらず無理に当てはめ、入力したことがある（10人）、マスター検索をするとき挙げたい看護診断がどこに入っているか覚えていないため時間がかかる（1人）、術後合併症に対しリスク問題が多く、項目が増える（1人）などの意見があった。

計画立案では、文字数の制限で困る（2人）、より必要と思われるケアを選ぶのに困る（4人）、立案の観察計画が少ない場合必要な観察が抜けることがないかと不安に思う（1人）、有無や+・-の表現に戸惑う（1人）などがあった。

- 3) 以前の記録と比較検討した結果を図3に示す。

患者の状態の把握について：把握しにくくなったという意見が多かった。その理由として、患者の訴えの内容がわからない（3人）、経過がわかりづらい（5人）、患者の急な変化や、術後の不穏行動がみられた場合など経時的記録がなくわかりにくい（3人）書きにくく、把握しやすいように書いているか自信がない（2人）、記入欄が小さくわかりにくい（1人）がみられた。また今の患者の状態はわかりやすいが、数日間など経過を追った患者の状態が把握しにくい（2人）という意見もあった。

処置・プランについて：わかりやすくなったという意見が多く、必要な項目をチェックすれば良いのでわかりやすい（4人）、計画が立案されていれば抜けることはない（1人）、などがあったが、文字制限内でプランを明文化することが難しい（3人）という意見もあった。

記録時間の短縮について：短縮につながったと答えた人が18人で、+・-で済むので早い（6人）という意見があった。しかし、計画されていない看護問題が起こった場合は記録に時間を要するという意見もあった。

4) 看護協会から示された看護記録の記入に際しての留意点を資料2に、またそれらを実施していく上で難しいと思う項目について調査した結果を図4～6に示す。

行うべきことで難しいという答えが多かった項目は、「患者の行動やことばを直接引用し、患者に何が起こったか、どのようなケアを誰がいつ実施したのか、またその反応等の事実を正しく記録する。必要に応じて、関連図や絵（例：褥創など）、写真を貼付するなどして具体的に示すようにする」で16人、「ケアを行った後はできるだけ早い時点で記録する。」と「訂正する時には2本線を引き、署名と日時を記載する」がそれぞれ6人あった。又、行ってはいけないことで難しいと答えたのは、「「～と思われる」「～のように見える」と言ったあいまいな表現はしない。」で13人あった。

2. 5月1日～7月31日までの3ヶ月間の看護記録の検討

看護支援システムを使用して看護記録を記入した患者は、91名であった。

開始初期、看護問題数が多く記録用紙が2枚になるとわかりづらくなるため、術後に体動できないことにより起こる一時的なセルフケア不足や身体可動性の障害については術後リハビリ表を作成してそれに記載し、問題数を減らすように努めた。

3ヶ月間の1人当たりの看護問題数は1から9個で、平均4.7個、そのうち共同問題は全体の1/4を占めていた。

欄外の記入は、問題に対する患者の訴えを引用して書いたものが一番多く、次にケアに対する患者の反応とその対処に関する記載が多かった。患者が急変した場合の処置に関した経時的記録、術後急に不穏行動がみられた場合患者の表情や行動内容が直接書かれていた。その他、他科紹介の返事やカンファレンスの内容、医師への伝言、チーム間の連絡事項があった。

<考察>

アンケート結果より、看護支援システムの使用状況は、3ヶ月が経ち徐々に慣れてきた

ことがわかった。困ったことにあがっている「文字変換しにくい場合がある」は、コンピューターの単語登録を増やすことで解決できる。2) の看護診断も今後必要と思われる共同問題がシステム委員会により採用されることで、患者にあった診断ラベルが選べ解決につながると思う。また「より必要と思われるケアを選ぶのに困る」「立案した観察計画に抜けがないか不安に思う」などの意見もあることから、同じ看護レベルで観察できるように標準看護計画はあったほうが良いと考える。支援システムにより記録時間は、短縮したと感じている人が多く見られたが、それを利用することで更に記録の短縮につながると思う。

看護協会から示された看護記録の記入に際しての留意点に沿った問題について検討した。注射や与薬を含む処置を施行した場合は、記録は医療訴訟等で法的資料になりうることも認識して、施行の有無を記入欄にチェックするだけではなく、施行時間も記入することにした。

今回の調査で明らかになった問題は、「患者の把握がしにくくなった」という意見が多かった点である。記録様式が変わり慣れていないことが一因と考えられた。情報を伝達する上で、観察プランの客観的データの有無や程度を数量化することに看護者による差はないと思われる。しかし主観的データである患者の訴えを数量化して正確に伝えることは難しく記録から読み取る際も、内容、種類、変化などは伝わりにくい。例えば、痛みについて記載してある＋や程度をあらわす数量では、どのような痛みか、患者になにが起ころうとしているか（たとえば感染）などをアセスメントしにくい。しかし患者の訴えで書いてあればそれが伝わりやすく、また問題に対して患者の訴えがどう変わってきたかという変化を通した評価もしやすい。そのため欄外に患者の訴えを引用して記録していると思われる。やはり観察プランの主観的データは、患者の訴えをそのまま記録することも良い方法と考える。今後看護記録の開示に向け、看護記録を患者記録へと換えていくには、小林のいう「記録の質という点で患者の信頼を得るための最低条件は、まず患者の主訴がもれなく的確に記録されていることである」は重要と考える。

<まとめ>

看護支援システムを活用し看護記録を記入した3ヶ月間を振り返った。看護情報を効率よく利用しやすい形で記入するためには更に工夫と記録について話し合う必要性が示唆された。

<引用文献>

- 1) 看護記録の開示に関するガイドライン; P 1 2 ~ 1 3, 日本看護協会出版会, 2 0 0 0.
- 2) 小林洋二: 質の保証とケアの監視装置, かんご, 第5 2 卷, 第7号, P 1 5 2 ~ P 1 5 6, 日本看護協会出版会, 2 0 0 0.

<参考文献>

- 1) 杉谷藤子: 医療事故と看護記録, かんご, 第5 2 卷, 第7号, P 1 6 1 ~ 1 6 5,

資料 1

1. 支援システムのシステムについて
 - 1、パソコン操作の方法について
 - 2、文字入力操作について
2. 看護計画記録用紙の作成について
 - 1、看護診断を挙げることについて
 - 2、要因を挙げることについて
 - 3、目標を挙げることについて
 - 4、計画立案について
3. 支援システムと以前の記録を比較検討して
 - 1、患者の状態把握についてしやすくなりましたか
 - 2、患者に必要な処置やプランはわかりやすくなりましたか
 - 3、記録時間の短縮につながっていると思いますか
4. 看護協会から看護記録の記入に際して基本的な留意点が示されました。そのことについて
 - ・行うべきことの難しいと思われる項目は…
 - ・行っては行けないことの難しいと思われる項目は…
 - ・注意深く行うことの難しいと思われる項目は…

資料 2

<行うべきこと>

1. ケアを行う前と行ったケアを記録する前に、他のケア提供者がなにを書いているかをよく読む
2. 問題点として挙げられたものがケアされずに放置されていないかどうか確認する
3. ケアを行った後はできるだけ早い時点で記録するようにする
4. 患者の行動やことばを直接引用し、患者に何が起こったか、どのようなケアをだれがいつ実施したのか、またその反応等の事実を正しく記録する。必要に応じて、関連図や絵（例：褥創など）、写真を貼付するなどして具体的に示すようにする
5. 読みやすいように書く。決められた記録の様式で記入する
6. 略語を用いるときは、各施設のマニュアルに記載され認められている略語のみを用いる
7. すべての記載に日時と時刻を記入する
8. 記載者は定められた形式で署名を行う
9. 訂正する時には2本線を引き、署名と日時を記載する
10. どのページも記載されているか、もし両面使用紙なら両面共に記載されているか確認する

<行っては行けないこと>

1. 前もって、これから行う処置やケアを書いてはいけない
2. 自分が実際に見ていない患者の記録をしない
3. 意味のない語句、患者のケアおよび観察に関係のない攻撃的な表現をしない
4. 患者にレッテルをはったり偏見による内容を記録してはならない
5. 「～と思われる」「～のように見える」といったあいまいな表現はしない
6. 施設において認められていない略語を使用しない
7. イニシャルや簡略化した署名は用いない
8. 記述間違いを修正液で消したり、消しゴムを使ってはならない。間違った箇所を記録から除いてはならない
9. 消されるおそれのある鉛筆や、コピーでよく写らない青インクでの記載はしない
10. 記録の途中で行を空けない

<注意深く行うこと>

1. 患者の態度や性格などについて否定的な内容の記述をすること
2. 病状や診断、治療など医師の領域に踏み込んだ書き方をすること
3. その他患者との信頼関係を損なうおそれのある事項を記載すること



