

アセスメントツールの活用の現状と今後の課題

～1-10における看護者の意識調査からみた実態分析～

1病棟10階

○八塚貴子 山尾 操 西本淑子 横山敬子 斉藤恵子 山中京子

I はじめに

当院アセスメントツールは、個々の患者に合った看護診断を導く手がかりとなり、また、転科の際や、手術・検査のときの情報提供にも重要な役割を果たしている。

当科のアセスメントツールの記入状況を見ると、未記入の項目が目立っている。しかし、看護者は、入院直後に必要な情報を自分で選択して看護診断を導く事ができ、速やかに看護支援システムで診断をあげている。このことより私たちは、適切な看護診断を立てられれば、アセスメントツールの全ての項目を記入する必要性はないのではないかと考えた。そこで、今回私たちは、1-10 一内科入院中の患者のアセスメントツールの記入の実態調査及び、看護者の意識調査を分析し、今後のアセスメントツールの活用を検討したのでここに報告する。

II 研究方法

1. 調査対象：1) H13. 5/1 一内科へ入院している全患者 (53名)
2) 一内科患者の看護に携わる看護者 24名
2. 調査期間：1) H13. 5/1 2) H13. 7/13～17
3. 調査内容：1) アセスメントツール記入状況の実態調査
 - ・入院種別 {初回入院(予定・緊急)、再入院(予定・緊急)} 調査
 - ・各項目の記入状況を百分率 (%) で示す2) アセスメントツール記入に対する看護者へのアンケート
(回収率 67% : 無回答の項目があるものを除く)
 - ・アセスメントツール記入時の環境 (時間・場所)
 - ・アセスメントツールへの記入意識 (4段階評価)
 - ・アセスメントツールの活用状況 (4段階評価)
 - ・独自の質問用紙による無記名留置法にて実施

III 結果

アセスメントツールを記入している割合は、平均 44.2%であった。そのうち、予定入院は 49.8% (初回入院 52.6%、再入院 46.6%)、緊急入院は 33.6% (初回入院 60.1%、再入院 23.7%) の記入率であった。

総合したものを各項目別にみると (図 1)、最も記入率の高かったのは [II理解]、次に [I関係]。低かったのは順に [IX価値] [VI交換] [VII選択] であった。初回入院の、予定・緊急入院を比較すると (図 2・3)、予想に反して緊急入院の記入率が高く、また、再入院の予定・緊急入院を比較すると (図 4・5)、緊急入院の記入率が低かった。

アセスメントツール記入に対する看護者へのアンケートでは、予診聴取の時間（図 6）は、予定入院の場合「30 分以上～60 分未満」（9 名）、緊急入院の場合「30 分未満」（9 名）が最も多かった。予診聴取の場所（図 7・8）は、予定入院の場合、個室の患者は病室、大部屋の患者はデイルームと全員が答えた。また、緊急入院の場合、個室の患者は病室、大部屋の患者は詰所・病室が多かった。その他の答えとしては、「状況に応じて判断する」と全員が答えていた。

各項目の看護者の記入意識（図 9）を見ると、[Ⅰ関係][Ⅱ理解][Ⅲ伝達][Ⅳ運動][Ⅴ知覚]は、「必ず記入する・ほとんど記入する」（以下、記入する）と全員が答えた。[Ⅵ交換]は「記入する」が 11 名、「ほとんど記入しない」が 5 名。[Ⅶ感情]は「記入する」が 14 名、「ほとんど記入しない」が 2 名。[Ⅷ選択]は「記入する」が 15 名、「ほとんど記入しない」が 1 名。[Ⅷ価値]は「記入する」が 9 名、「ほとんど記入しない」が 5 名「記入しない」が 2 名。それぞれの理由としては「記入の仕方が分からない」「質問し辛い」「すぐに必要ない」「項目自体必要ない」があった。

活用状況（図 10・11・12）として「受け持ち患者のアセスメントツールの未記入項目を一週間以内に記入していますか」という問いに、記入していないと答えたのは 10 名。「未記入項目があっても看護に支障をきたしていない」という問いに、支障をきたしていないと答えたのは 10 名。「看護診断をあげる時にアセスメントツールを活用している」という問いに、活用していると答えたのは 11 名であった。

IV 考察

アセスメントツールは患者の全体像をとらえるのに必要であり、包括的に情報を把握できる道具である。収集される情報は、看護者の知識、経験、看護観によって差が出てくる。そして、個々の看護者によって、記入意識の持ち方、主観的データである患者の訴えと客観的データをアセスメントする能力は異なり、それが記入率に結びつくと考える。しかし、単に空欄を埋めるのではなく、個別性を考えて必要性の高い情報を得ることが重要である。

初回入院の予定と緊急入院では、予想に反して予定入院の方が記入率が低かった。これは、予定入院の場合、患者は治療への期待と不安を持って入院してくる。予診聴取時、患者は面識のない看護者に対して、最初から自分のことをすべて話すのに抵抗があり、看護者も聞きづらい。また、比較的時間に余裕を持って関わることができるが、優先度にこだわらず聴取するため、個々の看護者の、記入意識の持ち方とアセスメント能力の違いが表れやすくなる。その結果、記入率が低くなっていると考え。緊急入院の場合、患者の情報が少なく、看護者は短い時間で情報を得ようとするため、優先度の高いものから聴取している。そのうえ、アセスメントツールは、次の看護者へ適切な状態報告や、緊急転科の際の重要な情報源にもなっているため、看護者はその項目の必要性を認識している。また、付き添い者から情報を得ることも多く、内容によっては直接本人から聞くよりも聞きやすく、聴取される側も、緊急時であるため抵抗なく情報を提供しやすい状況になる。これらのことから、記入率が高いと考える。再入院では、入退院が頻回にある場合、患者のアセスメントツールは、前回のものを参考にして追加・変更している。しかし、前回の情報に依存してしまいがちになり、新たに情報を収集しないため記入率が低かったと考える。特に緊急入院のときは、時間的な余

裕がないためにより前回の情報に依存してしまい、最小限必要な項目のみ聴取していることで、最も記入率が低くなったと考える。

看護者の意識調査結果より、予診聴取の環境では、花岡¹⁾が「他人の視線や周囲の騒音から隔離された部屋を準備することが大切である。入院時の面接は少なくとも30分以上はかかる」と述べていることから、予定入院の場合は、時間は取れており、場所も個室、または午前のデイルームを使用していることで落ち着いて予診を取ることができている。しかし、大部屋の緊急入院の患者の場合は、病室で取っているという意見もあった。やむをえず病室で聴取しなければならない場合は、事前に医師や付き添い者などより情報収集を行い、患者しか分からない部分のみ聴取するなどの対応が必要と考える。

各項目の看護者の記入意識では、記入意識は高いが実際の記入率は44.2%と低かった。これは、必要性の高いものから順次収集しているつもりでいても、継続して追加できていないことが考えられる。これより、個々の看護者のアセスメントツールの記入意識の持ち方に違いがあると考えられる。[VI交換]～[IX価値]の記入できていない理由のなかで、「記入の仕方が分からない」「質問し辛い」という答えに対しては、基本的なアセスメントツール聴取の技術的な面に差があり、自己学習の必要性があると考えられる。また、患者との信頼関係が取れてから聴取しやすくなる[VII感情][VIII選択]の記入率が低かったことは、受け持ち看護者の記入意識の低さが浮き彫りにされ、大きな反省点となった。今後は、受け持ち看護者が責任を持って、追加記入を行ない、情報を共有化することを習慣付ける必要があると考える。

活用状況を見ると、約7割が今必要と思われる情報を選択・収集し、初期診断を立案するのにアセスメントツールを活用していると答えている。しかし、その後の問題の立案・修正・実施・評価は看護支援システムを展開することで、情報の共有化や、継続看護がなされている。そのため、新たにアセスメントツールに追加・修正されることは少なくなってきたと考える。カルペニート²⁾が「もし、ある情報が特定の患者に無用で不適切であるならば、その収集は不必要であるし、しばしば患者に苦しみを与えることになる」と述べているように、アセスメントツールの全ての項目を埋める必要はなく、その患者に必要なない場合は看護にも支障はないと考える。また、情報収集時、患者のストレスを最小限にとどめるよう、看護者の役割は重大と考える。

今後、看護者は、日々の看護を展開していく中で、その患者に何が必要なのかを分析できる能力を高めることが必要である。また、アセスメントツールが看護支援システムにリンクされることが、アセスメントツールの活用を充実させることにつながると考える。

V まとめ

1. アセスメントツールの活用状況を知るために、記入状況の実態調査及び、看護者の記入に対するアンケートを行った。
2. 記入状況では、入院種別別は記入率の高かったのは初回緊急入院、低かったのは再緊急入院であった。項目別では記入率の高かったのは順に「II理解」[I関係]低かったのは[IX価値][VI交換][VIII選択]であった。
3. 看護者の記入意識は高いが、実際の記入率は低かった。
4. アセスメントツールは、患者の全体像をみるために各分野の項目は必要だが全てを埋め

る必要はない。

5. 看護者は、アセスメント能力を高め、患者のストレスを最小限にとどめることが重要である。
6. 受け持ち看護者は責任を持って項目の追加記入を行い、情報を共有化することを習慣付ける必要がある。

〈引用文献〉

- 1) 花岡真佐子：アナムネーゼ聴取の基本的な技術，看護実践の科学 VOL. 22 NO. 13 p4 看護の科学社 1977/12
- 2) リンダ・J・カルペニート：カルペニート看護診断マニュアル 医学書院 p 61 1995

〈参考文献〉

- 看護実践の科学 VOL. 22 NO. 13 p18～p43 看護の科学社 1977/12
リンダ・J・カルペニート：カルペニート看護診断マニュアル 医学書院 1995

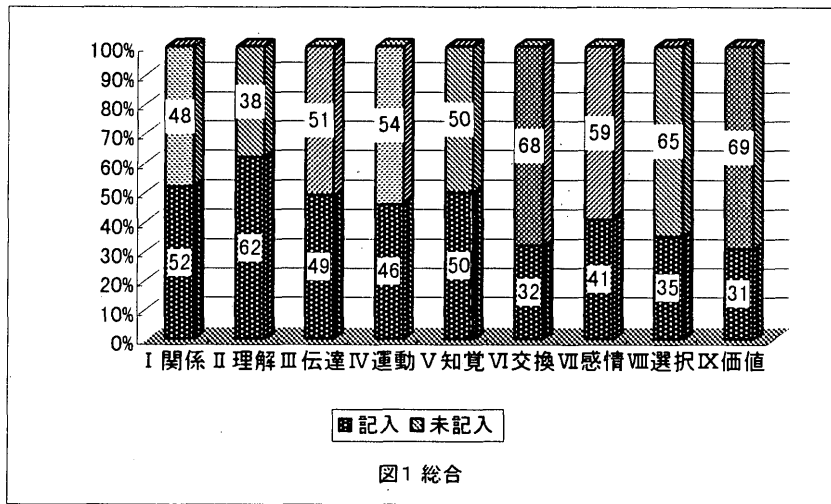


図1 総合

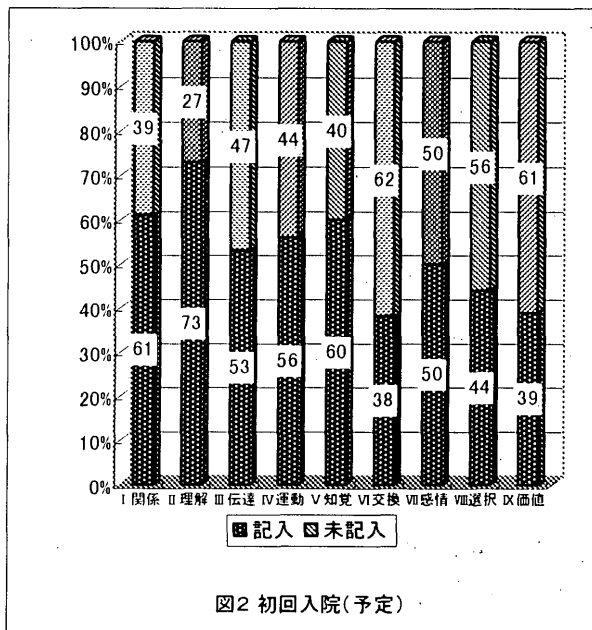


図2 初回入院(予定)

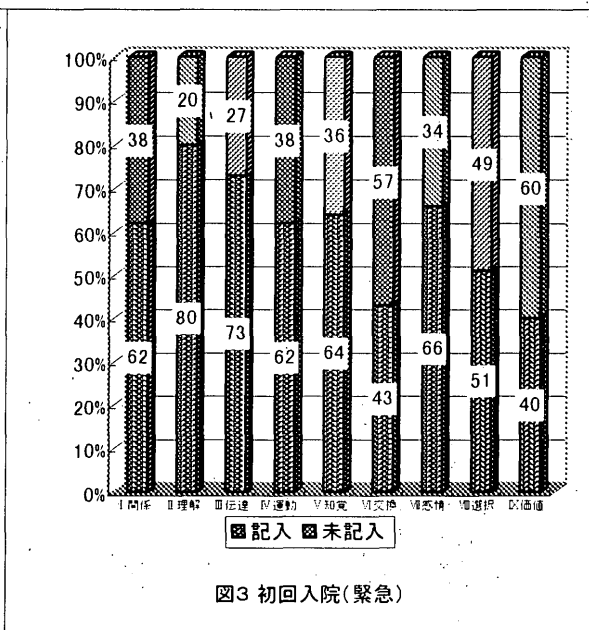


図3 初回入院(緊急)

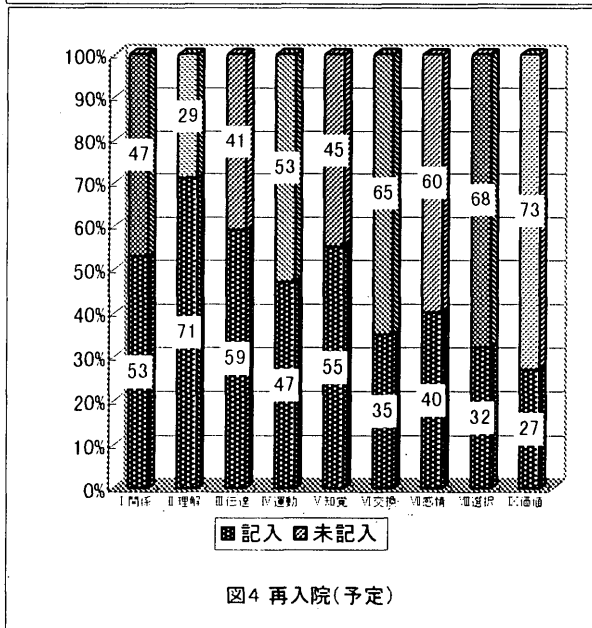


図4 再入院(予定)

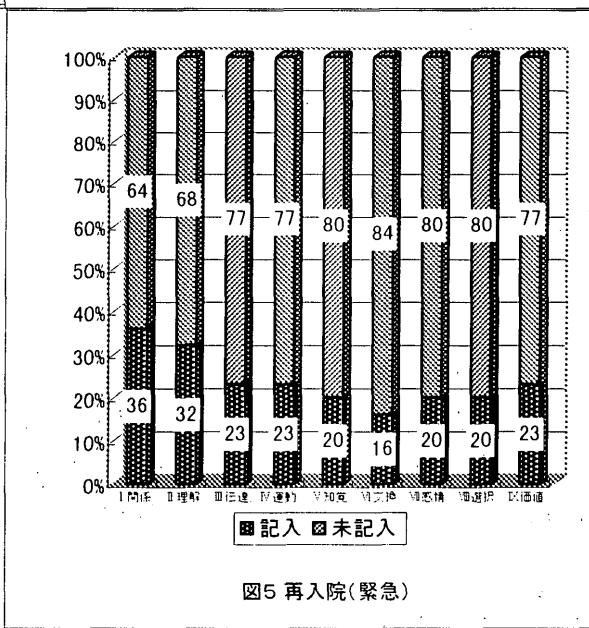


図5 再入院(緊急)

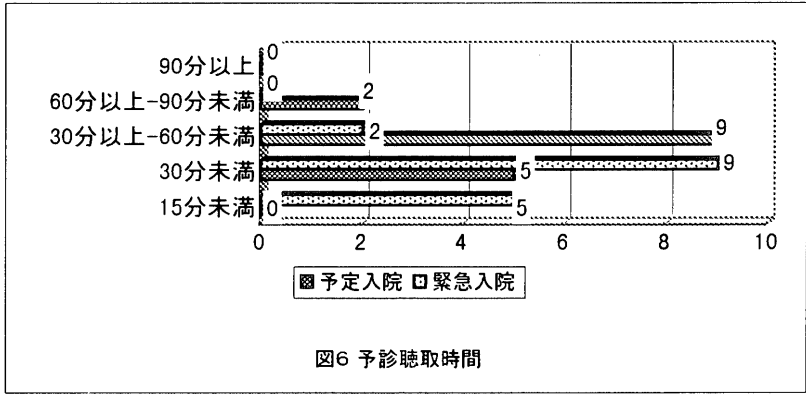


図6 予診聴取時間

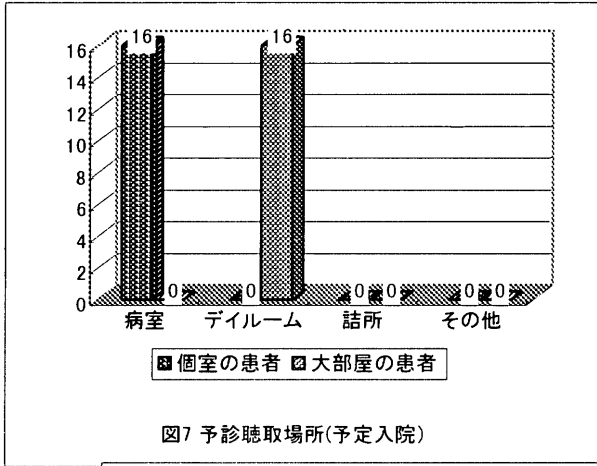


図7 予診聴取場所(予定入院)

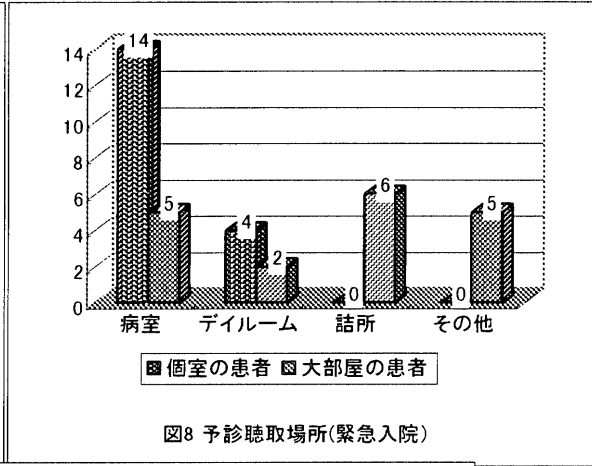


図8 予診聴取場所(緊急入院)

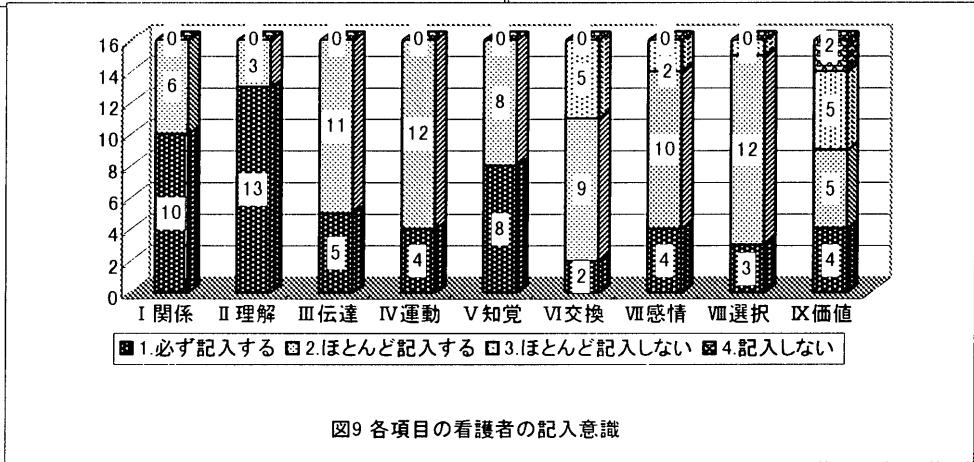


図9 各項目の看護者の記入意識

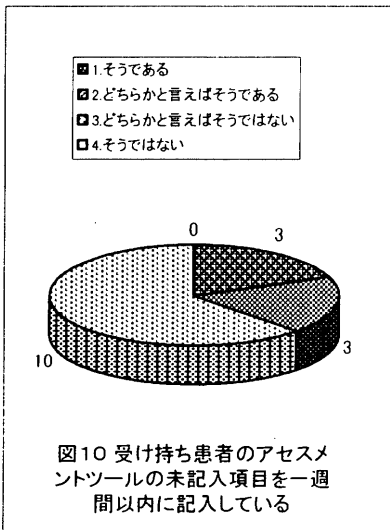


図10 受け持ち患者のアセスメントツールの未記入項目を一週間以内に記入している

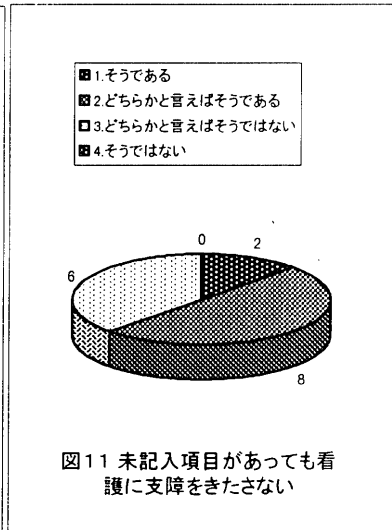


図11 未記入項目があっても看護に支障をきたさない

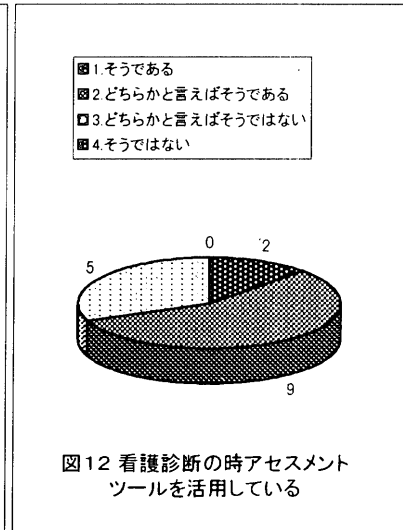


図12 看護診断の時アセスメントツールを活用している