

記録監査表からみた精神科看護記録の現状の分析と改善への取り組み

キーワード：記録監査・看護記録・精神科

2病棟 2・3階

元永智子 末森節子 藤井美智子 川石文子 江本しず子

I. はじめに

近年、精神科臨床において患者中心の医療や退院促進の動きが強まる中で、患者・家族を含めたチーム医療全体で情報や目標を共有する看護記録（以下記録とする）が求められている¹⁾。当病棟では、記録の充実を図る手段として、院内共通の看護記録監査表（以下監査表とする）を用いて記録監査（以下監査とする）を実施し、ケアの一貫性や継続性を維持することでより良い看護が実践されているかを確認している。監査を実施する中で、患者の状態や看護の内容が適切に記録されていないのではないかと感じた。そこで今回、監査表を調査することで、病棟での記録の現状を明確にし、問題点に対して改善策に取り組んだ。その改善策が、記録の質向上と看護師の記録に対する認識の変容に効果的であるか検討したので報告する。

II. 方法

1. 対象

Y病院精神科看護師 23名

2. 期間

H20年5月からH20年11月

3. 調査方法

- 1) H19年4月からH20年6月の期間に実施された全ての監査表から「出来ていない」と評価された項目と理由を抽出した。また、「出来ていない」と評価された監査項目のうち、上位5項目を「評価が低い項目」とした。（監査表は、22項目からなるY病院内共通のものを使用し、各項目毎に「出来ている」「出来ていない」「該当なし」の3段階で評価している。）
- 2) 評価が低い5項目について、対象者に、選択式と自由記述による独自に作成した質問紙で調査した。質問内容は「各項目の記録に対する個人の入力状況」「記録が出来ない理由」「改善策」「記録がないことで困った経験の有無」「記録がないと困る内容」とし、結果は単純集計・内容分析した。
- 3) アンケート結果から、評価の低い5項目に対する改善策を検討し、H20年9月から2ヶ月間改善策に取り組んだのち、入院2週間を経過した患者の記録について、評価の低い5項目の監査を実施し、記録の変化を検討した。
- 4) 同時に、評価が低い5項目について、対象者に、選択式と自由記述による独自に作成した質問紙を用いて調査を行い、改善策取り組み前後の記録に対する認識の変化を検討した。質問内容は「各項目の記録に対する個人の入力状況」「記録が出来ない理由」「改善策の活用と効果」とし、結果は単純集計・内容分析した。

4. 倫理的配慮

記録は部署より持ち出さず、患者の個人情報外部に漏れないよう配慮した。また

対象の看護師に対して、研究内容及び結果公表を含む研究の主旨を口頭で説明した。アンケート調査は無記名とし、得られた情報は個人が特定できないように処理し、本研究以外の目的で使用しないことを文書で説明し同意を得た。

Ⅲ. 結果

1. 改善策取り組み前の監査表を用いた記録の現状把握

H19年4月からH20年6月迄に実施された監査表の枚数は50枚であった。22項目の監査項目のうち、評価が低かった5項目は【計画には患者や家族の希望が反映されている（以下項目A）】、【必須項目及び患者に必要な情報が入力できている（以下項目B）】、【入院時から退院を見据えた計画があげられている（以下項目C）】、【必要な領域アセスメントの記録があり、患者を統合した視点で総合目標があげられている（以下項目D）】、【評価後の内容が計画修正につながっている（以下項目E）】であった。（表1）

表1 評価が低かった5つの監査項目及び評価の内容（全50枚中）

| | 監査項目 | 出来ていない | 出来ている | 該当なし |
|-----|--|-----------|-----------|---------|
| 【A】 | 計画には患者や家族の希望が反映されている | 28枚 (56%) | 22枚 (44%) | 0枚 (0%) |
| 【B】 | 必須項目及び患者に必要な情報が入力できている | 23枚 (46%) | 27枚 (54%) | 0枚 (0%) |
| 【C】 | 入院時から退院を見据えた計画があげられている | 18枚 (36%) | 31枚 (62%) | 1枚 (2%) |
| 【D】 | 必要な領域アセスメントの記録があり、患者を統合した視点で総合目標があげられている | 13枚 (26%) | 37枚 (74%) | 0枚 (0%) |
| 【E】 | 評価後の内容が計画修正につながっている | 13枚 (26%) | 37枚 (74%) | 0枚 (0%) |

2. 改善策取り組み前のアンケート調査結果

アンケート調査は、回収率・有効回答率ともに100%であった。各監査項目の結果は、各々以下である。

- 1) 項目【A】:「記録が出来ない理由」は、『担当看護師として家族に会う機会がない』が18名(78%)で最も多く、『病状により患者自身が希望を伝えられない』が16名(70%)、その他『計画の立案修正を忘れる』が多かった。また、「記録がないと困る内容」は、13名(57%)が『家族へのサポートが不十分となる』『情報共有ができずチームとしての介入が不十分となる』ことを挙げていた。
- 2) 項目【B】:「記録が出来ない理由」は、『患者・家族の状態により情報収集が困難』『入力を忘れる』が18名(78%)と最も多く、次いで『領域アセスメントをする自信が無い』が多かった。また、「記録がないと困る内容」は、『サマリの情報が不十分となる』『受けている地域支援や家族のサポート状況を把握することが困難』が多かった。
- 3) 項目【C】:「記録が出来ない理由」は、『入院時は精神状態が不安定で退院の目標設定が困難』が19名(83%)で最も多く、『アセスメントが適切に行えない』『家族と退院にむけての調整が不十分』が17名(74%)、『担当医と退院についての話し合いが不十分』が16名(70%)であった。また「記録がないと困る内容」は、『退院先の決定が遅れ、入院が長期化する』が14名(61%)で、次いで『患者支援・指導の方向性が分からない』が多かった。
- 4) 項目【D】:「記録が出来ない理由」は、『十分な情報収集が出来ていない』が16名(70%)で最も多く、次いで『必要な領域アセスメントが出来ない』『入力を忘れる』が多かった。また「記録がないと困る内容」は、『退院後を見据えた支援が困難となる』が18名(78%)であった。

5) 項目【E】:「記録が出来ない理由」は、『看護計画の立案や修正を忘れる』が19名(83%)と最も多く、「記録がないと困る内容」は、『患者の状態に合わない看護指示が挙げられたままになっている』が16名(70%)と最も多かった。

3. 改善策への取り組み

評価が低い5項目について、アンケートの質問内容のうち「記録が出来ない理由」「改善策」に対する回答から、記録が出来ない要因の分析とそれを解決する為の改善策(表2)を検討した。検討した改善策を、チーム会や病棟会で看護師に提示し、記録の改善に向けての取り組みを行った。

表2 看護記録改善に向けた取り組み

| |
|--|
| <p>【A計画には患者や家族の意見が反映されている】</p> <ul style="list-style-type: none"> 患者家族の要望・意見があれば担当看護師以外にもSOAPへ記録する。 面談に積極的に参加する。 外泊状況書を患者・家族の要望・意見を確認する手段として活用する。 面会回数の少ない家族は、次回面会予定日を掲示板やフロアノートに記載しておく。 意見・要望を反映した計画には★マークをつけることを徹底し、意識を高める。 <p>【B必須項目及び患者に必要な情報が入力できている】</p> <ul style="list-style-type: none"> 「入院時看護師の業務内容チェック表」に、入院1週間後に入力すべき項目のチェック項目を追加し、使用する。 「アセスメントツールの各領域アセスメントについての視点」を作成し、入院時や記録見直し時、監査時に活用する。 <p>【C入院時から退院を見据えた計画があげられている】</p> <ul style="list-style-type: none"> 「退院支援・計画立案の視点」(表3)を作成し、看護計画立案時や監査時に活用する。 入院が長期になった患者は意識的にカンファレンスを複数回実施する。 早期より退院をむけた家族・患者の意向を確認するため、面談に積極的に参加する。 <p>【D必要な領域アセスメントの記載があり、患者を統合した視点で総合目標があげられている】</p> <ul style="list-style-type: none"> カンファレンスの際に医師や他のスタッフと総合目標の見直しを行う。 <p>【E評価後の記載が計画修正につながっている】</p> <ul style="list-style-type: none"> 評価後に計画修正することを忘れないよう「看護計画表」を必ず印刷する。 <p>【その他】</p> <ul style="list-style-type: none"> 評価の低い5項目に関しては「看護記録監査表の手引き」にマーキングし、監査時に重点的に検討する。 |
|--|

表3 退院支援・計画立案の視点

| 退院支援・計画立案の視点 | |
|--|--|
| <p>【患者自身に関すること】</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 基本的生活リズム <input type="checkbox"/> 病気の理解・受け入れ <input type="checkbox"/> 症状管理能力 <input type="checkbox"/> 服薬管理能力 <input type="checkbox"/> セルフケア能力 <input type="checkbox"/> 人との付き合い方 <input type="checkbox"/> 退院先 <input type="checkbox"/> 利用可能な社会資源 <input type="checkbox"/> 外出・外泊訓練 <input type="checkbox"/> 患者の希望 <p>【家族など患者を取り巻く環境】</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 患者の病気の受け入れ <input type="checkbox"/> 家族のサポート能力 <input type="checkbox"/> 職場・学校への環境調整 <input type="checkbox"/> 家族の希望 | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 睡眠・1日の過ごし方などが安定しているか <input type="checkbox"/> 再発注意のサイン、症状・ストレス対処、退院継続の意志など <input type="checkbox"/> 症状自己管理できない場合の対処方法 <input type="checkbox"/> 対人スキル、医療者・他患者・家族・友人との関係など <input type="checkbox"/> 自宅・転院・施設入所 <input type="checkbox"/> 通所施設・ヘルパー・訪問看護など <input type="checkbox"/> 病気の理解・受け入れる意欲など <input type="checkbox"/> 健康状態・時間・経済面・家族間の協力的体制など |

4. 改善策取り組み前後の監査結果及びアンケート結果の変化(図1・2)

改善策取り組み後のアンケート調査の回収率は95%で、有効回答率は100%であった。改善策取り組み後に実施した監査表の枚数は37枚であった。

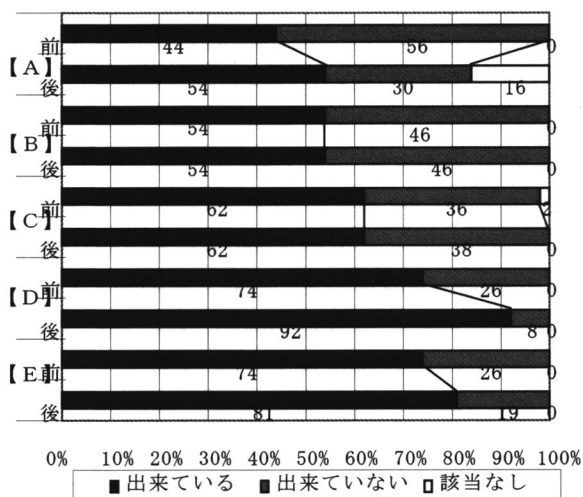


図1 監査結果：改善策施行前後の変化

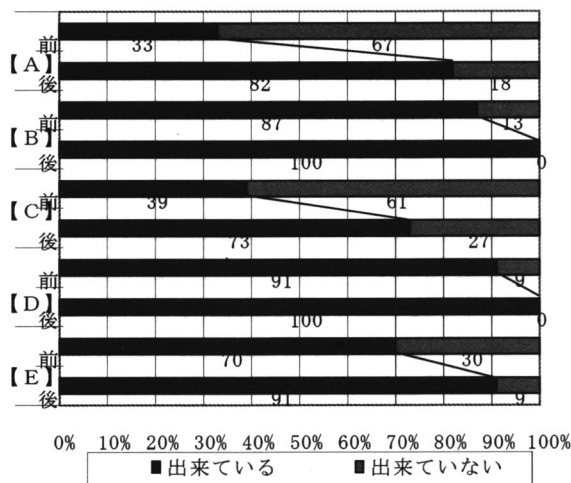


図2 アンケート結果：改善策施行前後の変化

各監査項目の結果は、各々以下である。

- 1) 項目【A】:** 監査結果は「出来ている」という評価が前 44%から後 54%に増加し、アンケート結果は「出来ている」という回答が前 33%から後 82%と増加した。また、「記録が出来ない理由」として『計画の立案修正を忘れる』が 61%から 32%に、『担当看護師として家族に会う機会がない』が 78%から 45%に減少した。改善策の「要望・意見を反映した計画には★マークをつけることを徹底し、意識を高める」は 100%が活用し、95%が記録の改善に有効であると回答していた。また「患者・家族の要望・意見は担当看護師以外でも SOAP に記載する」は 86%が活用し、82%が有効であると回答していた。
- 2) 項目【B】:** 監査結果では「出来ている」という評価は前後共に 54%で変化はなかった。しかし、アンケート結果は「出来ている」という回答が前 87%から後 100%に増加し、未入力項目数も 1~2 項目程度に減少した。「記録が出来ない理由」として『入力を忘れる』が 78%から 50%に減少した。改善策の「入院時看護師の業務内容チェック表に入院 1 週間以内に入力すべき項目のチェック項目を追加し、使用する」は 86%が活用し、95%が有効であると回答していた。
- 3) 項目【C】:** 監査結果では「出来ている」という評価は前後共に 62%で変化はなかった。しかし、アンケートの結果は「出来ている」という回答が前 39%から後 73%に増加した。また、「記録が出来ない理由」の選択肢 6 項目中 5 項目で改善が見られた。特に、『担当医と退院についての話し合いが不十分』が 70%から 27%に、『家族と退院に向けての調整が不十分』が 73%から 50%に減少した。しかし、3つの改善策全てにおいて、活用しているという回答が 55%~64%とやや低く、その理由は『退院支援・計画立案の視点』の活用が根付いていない「カンファレンスを複数回実施する必要性は十分周知も、機会をのがすことがある」「面談予定の調整ができなかった」等であった。
- 4) 項目【D】:** 監査の結果は「出来ている」という評価が前 74%、後 92%で増加し、アンケート結果は「出来ている」という回答が前 91%、後 100%で、看護師の評価も高かった。また、「記録が出来ない理由」として、『十分な情報収集ができていない』が 70%から 32%に減少し、『必要な領域アセスメントが出来ない』『入力を忘れる』も減少した。改善策は、64%が活用し、73%が有効であると回答していた。

5) 項目【E】: 監査の結果は「出来ている」という評価が前 74%から後 81%に増加し、アンケート結果も「出来ている」という回答が前 70%から後 91%に増加した。また、「記録が出来ない理由」として『看護計画の立案や計画修正を忘れる』が 83%から 27%に減少した。改善策は、77%が活用し、86%が有効であると回答していた。

IV. 考察

監査表を分析し当科の記録の問題点を明確にした。井上²⁾は「看護記録に関して概念的には重要性を感じている反面、実施されていない傾向がある」と述べている。今回の調査でも同様に、評価の低い 5 項目全ての記録について、看護師は記録の必要性を感じているにも関わらず実際には十分な記録が行えていない現状が明らかとなった。

そこで、改善策を提示し取り組んだ結果、監査項目【A】【D】【E】の 3 項目で、記録及び看護師の記録に対する認識に改善が見られた。

項目【A】に関しては、「記録が出来ない理由」として『家族との面会の機会が無い』が減少していた。戸井間³⁾は「家族看護の方向性は、家族と意図的にかかわることである」と述べているが、改善策への取り組みにより、看護師が意識的に面会や外泊の機会を捉え、患者や家族の意見を聞く行動に繋がった為と考える。また、「患者や家族の意見を反映した計画に★マークをつける」という改善策は、計画立案・修正の意識付けに効果的であったと考える。項目【D】に関しては、改善策は十分活用されていなかった。しかし、「記録が出来ない理由」として『情報収集不足』や『必要な領域アセスメントが出来ない』等が減少していることから、基本情報の記録が充実してきたことで、患者像を捉えることができ、総合目標の設定に繋がったと考える。項目【E】に関しては、取り組み前に評価が低かった背景として、井上²⁾が「日常の忙しい業務の中で、看護計画や評価がきちんと行われていなかったり、個別的な看護を提供する為に看護過程の展開をしているはずであるのに、それが記録に記されていないなどの問題点がある」と述べているように、日常業務の中でケアに追われ、看護指示のみ修正し看護計画の修正に至らなかったことが考えられる。しかし、評価後の「看護計画表」の出力を徹底することにより、看護計画見直しの機会となったと考える。

一方、監査項目【B】【C】の 2 項目に関しては、記録の改善には至らなかったが、看護師の評価は高く、記録に対する認識は変容したと考える。

項目【B】では、改善策の「入院時看護師の業務内容チェック表」「アセスメントツールの各領域についての視点」の活用で、入院 1 週間以内に記録の入力確認をする担当看護師の意識付けになり、未入力の項目数の減少と看護師の良い評価に繋がったと考える。しかし、依然『入力忘れ』がみられた為、監査結果には変化がなかった。今後も、確実な情報収集と記録の方法を検討することが必要である。項目【C】では、「記録が出来ない理由」の『担当医や家族との調整不足』の点で改善がみられたことから、看護師の入院時から退院を見据えた情報収集・調整の必要性に対する認識は高まったと言える。しかし、監査結果に変化がみられなかった。小野田⁴⁾は「精神科看護においては、患者の症状や反応の出現に多様性があり、介入方法が個別的且つ多面的である。個々の患者の看護問題を抽出し、看護計画に添った実践を記録に残すことの難しさは明らかである」と述べている。実際、精神科に入院してくる患者は、症状の多様性や生活歴の不明確さ・家族の協力が得られにくいこと等、急性期から退院後の生活をイメージしづらい

ことも少なくない。このような精神科の特性が、入院時から退院を見据えた計画の立案を困難にする要因として考えられる。宇都宮⁵⁾は、退院支援における入院時のアセスメントとして「施設の状況に合わせて、看護記録のなかでアセスメント、退院支援計画、支援介入、評価ができるような工夫を加えてみると良いだろう」と述べており、今後「退院支援・計画立案の視点」の内容・活用方法の再検討や、面談への参加の定着を図っていくことが課題である。

坪ら⁶⁾は、記録に関する教育の充実について、「部署ごとの研修を計画的に行うことが、記録を書く能力を育てる一助となる」と述べている。今回の取り組みは、当科の記録の現状と問題点を病棟会・チーム会を通して看護師間で共有し、改善に取り組んだことで、記録の改善と看護師の記録に対する認識の変容に繋がったと考える。また、監査の際、評価の低い項目について重点的に検討したことで、担当看護師が自身の看護実践と記録を振り返ることができたと考える。今後も、具体的に部署の記録の問題点を明確にしながらか、記録の充実に向け継続して取り組むことが大切である。

V. 結論

1. 監査表を分析し、改善策に取り組んだ結果、監査項目【A】【D】【E】の3項目で、記録の内容に改善がみられた。
2. 監査項目【B】【C】の2項目で、看護師の記録に対する認識は変容した。しかし、記録の改善には至らず、継続して改善策の周知、再検討が必要である。
3. 監査表を分析、部署の問題点を明確にし、改善策に取り組むことは、記録の質向上と看護師の記録に対する認識の変容には重要である。

VI. 研究の限界

本研究は、独自の質問紙によるものであり、その信頼性と妥当性には限界がある。また今回は、改善策への取り組みが短期間であり、十分な評価を行うことが困難であった。今後、継続した記録改善への取り組みと評価を実施していくことが必要である。

引用文献

- 1) 清末郁恵，武政奈保子：1960年代から2006年における精神科保健福祉の動向と精神科看護記録の変遷，石川看護雑誌，5，99-108，2008.
- 2) 井上美智代：看護記録の機能と役割について 看護師の看護記録に関する認識と実施の実態調査を通して，神奈川県立看護教育大学校看護教育研究集録，28，17-24，2003.
- 3) 戸井間充子：家族にどのように関わるか その機会は身近にある，月刊ナーシング，21(12)，38-43，2001.
- 4) 小野田一枝，篠原昇子：精神科病院看護師の看護記録についての意識調査—NANDA看護診断定着の可能性を探る—，第36回日本看護学会論文集—精神看護—，113-115，2005.
- 5) 宇都宮宏子：「退院支援」とはなにか 入院から始まる病棟看護師の退院支援，看護雑誌，72(10)，831-837，2008.
- 6) 坪祐子，森田敦子，三谷けい子ら他：新人看護師の看護記録時間の短縮を目指して—アンケート調査から指導計画を検討する—，第37回日本看護学会論文集—看護教育—，138-140，2006.