The University of Osaka
Institutional Knowledge Archive

Title	一般病棟における看護記録の現状と電子カルテ導入後に残る課題
Author(s)	柳川, 千里
Citation	大阪大学看護学雑誌. 2006, 12(1), p. 47-53
Version Type	VoR
URL	https://doi.org/10.18910/56653
rights	©大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻
Note	

The University of Osaka Institutional Knowledge Archive : OUKA

https://ir.library.osaka-u.ac.jp/

The University of Osaka

－研究報告－

一般病棟における看護記録の現状と電子カルテ導入後に残る課題

柳川千里*

THE CURRENT STATUS AND SUBJECT OF NURSING RECORD FOLLOWING THE INDUCTION OF A COMPUTERIZED MEDICAL RECORD IN A GENERAL WARD

Yanagawa T

要　旨

看護を展開する看護師の思考過程は、マスタ管理された電算機システムの操作の中では見えにくい状況にあるが、看護経過記録の上には表現される。当院では2001年に看護過程を看護計画支援システムに載せてから3年が経過し、システムのバージョンアップの時期にきている。また今後電子カルテを導入する予定である。そこで、現在のシステムでの看護経過記録における問題点を明らかにする必要性に直面し、看護経過記録の監査を行った。

監査の結果、当院の看護経過記録は、看護診断の診断指標に該当する情報や、看護実践に関する記載が少ない傾向にあった。これらの問題は、電子カルテ導入後も、マスタ管理の見直しや新しいシステムの構築により改善が期待できる点もある。しかし、妥当性のある看護計画の立案、情報の収集と整理、アセスメントに至る看護過程の展開については、単にシステムが支援できるものではない。電子カルテが導入されても、看護過程展開能力を高める教育は引き続いて行う必要がある。

キーワード：看護経過記録、電子カルテ、記録監査、看護診断

Keywords：nursing record, computerized medical record, audit, Nursing Diagnoses

*大阪大学医学部附属病院看護部　看護記録委員会

Ⅰ．はじめに

当院では2001年に、オーダリングシステムの一貫として看護系システムを構築し、看護過程の一部分を看護計画支援システムとして電算化した。それから3年が経過し、システムのバージョンアップの時期にきている。また当院では2005年度に電子カルテが導入される予定である。

看護記録には看護過程が表現され、そこには看護ケアの質が現れる[1]。また、看護ケアの質は、妥当性のある看護診断に基づいた看護計画が、確実にかつ適切に実践され、その結果をアセスメントすることで評価される。マスタ管理されたシステムにおいて、日々看護過程を展開する中での看護師の思考過程は、電算機システムの操作の中では見えにくく、それが読み取れるのは看護記録の中でも、主に看護経過記録である。しかし、実際に看護経過記録をみてみると、立案された看護計画が看護師間で共有されていない、あるいは実践した看護が記録として残されていない現状を見受けることがある。また、電子カルテが導入されても、看護師の叙述的記載をすべてマスタ管理することは困難であり、入力という形での記載は残る。そのため、現在の看護経過記録の問題点を抽出し、電子カルテへの入力として継続されるものと、電子カルテのシステムの構築により強化できるものを明確にする必要性に直面した。

そこで今回、診療録中に記載している看護師の記録である看護経過記録の現状を明らかにするために監査を実施し、その結果、電子カルテ導入後も残される課題を明らかにしたので報告する。

Ⅱ．当院の看護計画支援システムの特徴

1．問題の明確化と診断指標の選択

当院では1991年より看護診断を導入しており、看護経過記録はSOAP様式で記載している。看護診断過程における情報の収集は、「ゴードンの11の機能的健康パターン」をもとに作成した情報収集用紙を用いて行い、それによって得られた情報やフィジカルデータをアセスメントして問題を明確化する。この問題を明確化するまでの過程に関しては、看護師のクリティカルシンキングを行う力を育てるため、電算化システム上で情報を機械的に当てはめることで看護診断が確定するといった方法はとっていない。また、看護診断を確定する上で、該当する診断指標が少なくとも一つ以上あることを必要条件としている。看護診断を確定できない場合は、標準看護計画（看護基準）をマスタ登録した「看護診断以外（ND以外）のマスタ」から選択する。（図1）

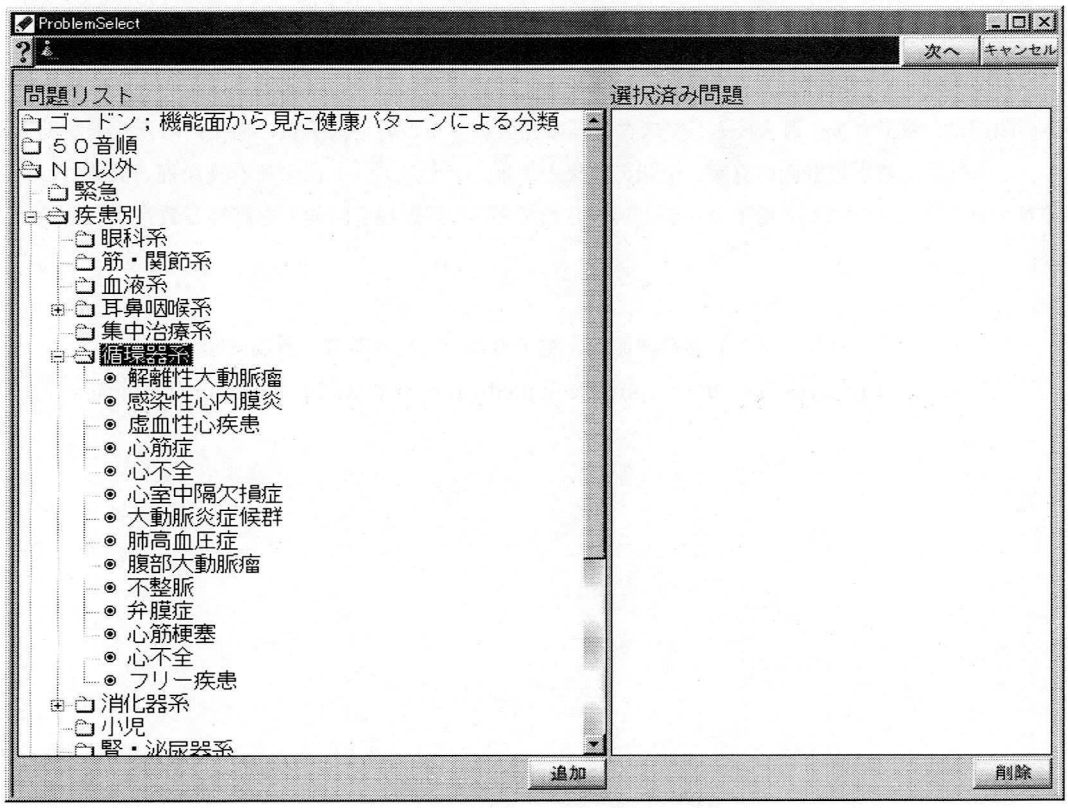

図1　看護診断以外（ND以外）のマスタ

2. 診断指標のスケール化と関連因子・目標・看護介入の選択

診断時の患者状態を客観的に示すため、確定した看護診断名が存在する根拠といえる診断指標（危険因子）に対して、1から4のスケール（1：軽度　2：中等度　3：かなり　4：強度）を設定する（図2）。目標は標準化が困難であるため、看護診断の定義に沿った表現とし、短期目標を設定できるようにフリー入力も可能にしている。関連因子はNANDAの関連因子をマスタ登録しているが、これについてもフリー入力を可能としている。看護介入については、NICの看護介入分類に、その他の文献より実践可能な介入を追加したものをマスタ登録しており、そこから必要と判断した看護介入を選択している。使用頻度の少ない看護診断については、看護介入がマスタ登録されていないものがあり、それらについては、看護介入はすべてフリー入力している。

3. 評価の方法

評価を行う際は、診断指標の評価スケール（0：なし　1：軽度　2：中等度　3：かなり　4：強度）を入力することにより、スケールの変化から看護介入によってどれだけ問題解決に至ったかを客観的に評価する。これらのことにより、さらに関連因子、目標、看護介入、診断ラベルの妥当性を評価することを可能にしている。

Ⅲ. 方　法

1. 調査期間

2004年7月13日、16日の2日間

2. 調査対象

特殊救急部、集中治療部を除く当院の一般病棟22病棟において、1病棟につき無作為に抽出した3〜6冊の看護経過記録（クリティカルパスを除く）計117冊

3. 調査方法

1)　監査表の作成（表1、表2参照）

表1　看護過程に関する記載

大項目	小項目	できていた(%)	平均
主観的情報	診断指標に該当する情報の記載	75冊(64.1)	73.5
	患者の訴えと自覚症状を記載	97冊(82.9)	
客観的情報	診断指標に該当する情報の記載	69冊(59.0)	66.1
	S情報に対して観察したことを記載	85冊(72.6)	
	立案したPについて実践したことが記載	79冊(67.5)	
	看護介入に対する患者の反応が記載	67冊(57.3)	
	Pにある観察事項の記載	85冊(72.6)	
	重複記載がない	79冊(67.5)	
アセスメント	SとOから導き出した考察の記載	83冊(70.9)	56.9
	看護介入の評価が記載	63冊(55.8)	
	重複記載がない	77冊(65.8)	
	Aの中にPが混在しない	41冊(35.0)	

注)S:主観的情報　O:客観的情報　A:アセスメント　P:看護計画

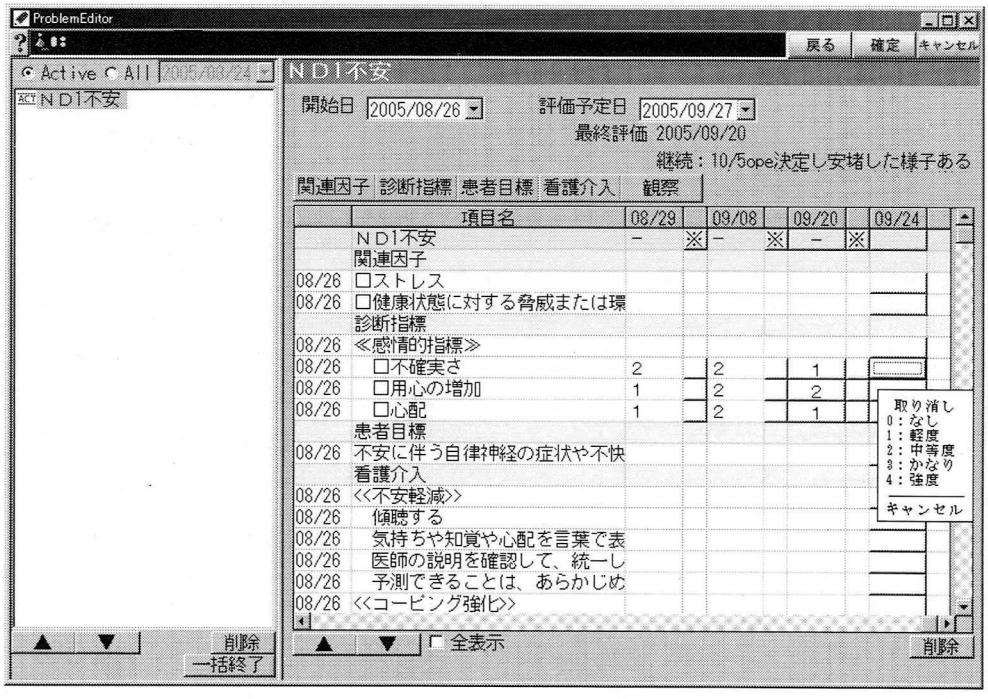

図2　診断指標のスケール化

表2　記載方法や記載上の表現

大項目	小項目	できていた(%)	平均
主観的情報	患者に不利益となる記載がない	107冊(91.5)	91.1
	医療従事者を非難する記載がない	106冊(90.6)	
客観的情報	院内で決められた略語の使用	50冊(42.7)	76.5
	他の医療従事者の非難の記載がない	114冊(97.4)	
	医師の領域に踏み込んだ記載がない	106冊(90.6)	
	看護者の主観や感想・Aの記載がない	88冊(75.2)	
アセスメント	院内で決められた略語の使用	81冊(69.2)	83.1
	患者に対する偏見や感情的表現がない	108冊(92.3)	
	他の医療従事者の非難の記載がない	113冊(96.6)	
	医師の領域に踏み込んだ記載がない	95冊(81.2)	
	看護者の主観や感想の記載がない	89冊(76.1)	
記載方法	ボールペンを用いている	116冊(99.1)	82.7
	日付の記載	103冊(88.0)	
	署名をしている	107冊(91.5)	
	修正時は正しく修正し署名している	84冊(73.3)	
	記録用紙に空白がない	72冊(61.5)	

注). A：アセスメント

監査は、「看護過程に関する記載」と、看護記録の法的根拠としての目的を果たす上で問われる「記載方法や記載上の表現」の二つの側面から行った。まず前者の監査項目は、主観的情報（S)、客観的情報(O)、アセスメント（A）の3つの大項目に分類し、それぞれに小項目として、主観的情報に2項目、客観的情報に6項目、アセスメントに4項目の計12項目を作成した。後者については、主観的情報（S)、客観的情報(O)、アセスメント（A)、記載方法の4つの大項目に分類し、それぞれに主観的情報に2項目、客観的情報に4項目、アセスメントに5項目、記載方法に5項目の計16項を作成した。監査項目は、当院の「看護記録の基本原則」をもとにして作成しており、項目それぞれを、「1. できている」「2. できていない」の2段階で評価する監査表とした。

当院の「看護記録の基本原則」とは、2002年7月に当院看護記録委員会から提示したものである。これは、1998年4月に同看護記録委員会から提示した「看護記録に関する取り決め事項」に加えて、2001年に看護計画支援システムを構築した際に提示した「看護計画稼動上の取り決め事項」、および日本看護協会の「看護記録の開示に関するガイドライン」の「記録で行うべきこと、行ってはいけないこと」[2)]を参考にして作成した記載上の注意事項について挙げたものである。

2)　監査方法

看護師長、副看護師長で構成している院内の看護記録委員10名が、2名一組となり、それぞれ4～5病棟を担当し、監査表を用いて監査を行った。患者一人につき入院から退院までの看護経過記録を監査し、入院期間が1ヶ月以上の長期にわたる場合は、直近1ヶ月間の看護経過記録を監査した。

3)　評価方法

「看護過程に関する記載」を評価するものについては、それぞれの監査項目を2名の看護記録委員の合意により評価した。判断に迷う場合は、別途記録委員会で話し合い評価した。客観的情報の関する項目の重複記載について、「重複記載がない」とは、主観的情報の言い換えがないことをいう。たとえば、主観的情報である「頭が痛い」という患者の言動に対して、客観的情報として、頭痛の部位や程度といった情報を記載するのではなく、単に「頭痛あり」と記載するような、主観的情報である患者の言動を、同義語で言い換えたに過ぎない記載をさす。アセスメントに関する項目の「重複記載」とは、その記載内容がアセスメントとはいえない、単なる情報に過ぎないものをいう。また、「アセスメントに看護計画が混在しない」という項目では、アセスメントの記載の中に、「～に注意する」「～をfollowしていく」といった看護計画を含めた記載がないかどうかを評価した。

「記載方法や記載上の表現」を評価するものについては、監査範囲において1回でも小項目に該当する記載があれば「2. できていない」とした。

4. 倫理的配慮

対象とした看護記録は、記載者を限定せず無作為に抽出し調査した。また、監査表にも記録者の氏名は記載せず、個人が特定できないように配慮した。

Ⅳ. 監査結果

1. 看護過程に関する記載

監査結果の「1. できている」の割合を大項目ごとに平均すると、「主観的情報」の記載ができていたのは73.5%、「客観的情報」の記載は66.1%で、「アセスメント」の記載では56.9%で、看護過程に関する記載のうち「アセスメント」の記載が最もできていなかった。

「主観的情報」として、「診断指標に該当する情報の記載」ができていたのは117冊のうち75冊(64.1%)であったが、「患者の訴えと自覚症状を記載」は97冊（82.9%）ができていた。

「客観的情報」として、「診断指標に該当する情報の記載」ができていたのは117冊のうち69冊（59.0%）で、

主観的情報として記載されたものよりもさらに「診断指標に該当する情報の記載」は少なかった。「看護計画にある観察事項の記載」ができていたのは 85 冊（72.6%）であったが、「立案した看護計画について実践したことが記載」ができていたのは 79 冊（67.5%）で、「看護介入に対する患者の反応が記載」ができていたのはさらに少なく 67 冊（57.3%）であった。「重複記載がない」は 79 冊（67.5%）であった。

「アセスメント」の記載として、「主観的情報と客観的情報から導き出した考察の記載」ができていたのは 83 冊(70.9%)であったが、「看護介入の評価が記載」ができていたのはさらに少なく 63 冊（55.8%）であった。「重複記載がない」という項目ができていたのは 77 冊(65.8%)で、客観的情報の記載における同項目と同様に、約 4 割の記録に重複記載があった。「アセスメントの中に看護計画が混在していない」の項目ができていたのは 41 冊(35.0%)であった。

2. 記載方法や記載上の表現

「1. できていた」の割合の大項目ごとの平均では、「客観的情報」の記載は 76.5%であったが、「主観的情報」の記載は 91.1%、「アセスメント」の記載は 83.1%、「記載方法」は 82.7%で、7 割以上ができていた。

「主観的情報」の記載で、「患者に不利益となる記載がない」は 107 冊（91.5%）、「医療従事者を非難する記載がない」は 106 冊（90.6%）ができていた。

「客観的情報」の記載で、「院内で決められた略語の使用」について、遵守されていたのは 50 冊（42.7%）と半数以下で、院内で取り決めたもの以外の略語の使用が多かった。「他の医療従事者の非難の記載がない」という項目は 114 冊(97.4%)、「医師の領域に踏み込んだ記載がない」という項目は 106 冊(90.6%)と 9 割以上の記録ができていたが、「看護者の主観や感想・アセスメントの記載がない」ができていたのは 88 冊(75.2%)であった。

「アセスメント」の記載において、「院内で決められた略語の使用」についてできていたのは 81 冊(69.2%)であった。また、「患者に対する偏見や感情的表現がない」という項目は 108 冊(92.3%)、「他の医療従事者の非難の記載がない」という項目は 113 冊(96.6%)ができていた。「医師の領域に踏み込んだ記載がない」という項目については 95 冊(81.2%)ができていたが、「看護者の主観や感想の記載がない」ができていたのは 89 冊(76.1%)であった。

「記載方法」の項目で、「ボールペンを用いている」は 116 冊(99.1%)ができており、「日付の記載」ができていたのは 103 冊(88.0%)、「署名をしている」については 107 冊（91.5%）ができていた。しかし「修正時は正しく修正し署名している」についてできていたのは 84 冊(73.3%)で、「記録用紙に空白がない」ができていたのは 72 冊(61.5%)であった。

V. 考 察

1. 当院の看護記録の現状

1) 看護過程に関する記載

診断指標の概念は、看護診断が存在する証拠・観察可能な手がかり、特定の診断でみられる症状と徴候[3]であり、当システムでは、選択する診断指標は少なくとも 1 つ以上であることが妥当性のある看護診断確定の必要条件としている。しかし当院の看護経過記録の約 4 割には、診断指標に該当する情報の記載がみられなかった。看護過程の展開において、診断指標のスケール値の推移が目標の達成状況を示すことから、診断指標に該当する情報の記載は重要である。しかしこの結果は、既存システムにおいて、そのスケール値の変化は、何らかの判断に基づくものではあっても、日々の経過記録に記載される情報に依拠していないことを示す。また、何らかの情報が診断指標の存在を表していたとしても、その情報をひとつの診断指標に機械的に当てはめて評価スケールを設定していることも考えられる。それは診断指標が妥当でなかったともいえる。したがって、少なくともひとつの診断指標を選択することで、看護過程の次のステップに進むことができるという当システムは、妥当性のある看護診断の確定において十分条件とは言えず、それを補うシステムの構築が必要と考えられる。

「客観的情報」の記載において、「立案した看護計画について実践したことが記載」ができているのは 79 冊（67.5%）で、「看護介入に対する患者の反応が記載」ができているのはさらに少なく 67 冊（57.3%）に過ぎなかった。これらの結果は、「アセスメント」の記載における「看護介入の評価が記載」ができているのが 63 冊（55.8%）という低い結果につながっており、当院の看護経過記録は、看護実践に関する記載が少ない傾向にあるといえる。日本看護協会は看護記録の機能を、「看護の実践を明示するもの」として挙げている。看護計画とおりに看護を実践していたとしても、それが記録として残されていなければ証明できない。これは、立案した看護計画が妥当であったかどうかを評価する上でも重要である。また岩井は「SOAP 様式による記録は、分析・評価に主眼をおき、

自立していて介入は少ないという患者の場合は記載しやすいが、ケアが多い患者で実践を記載する必要がある患者の場合は実践が記載しにくい[4]」と述べている。当院の看護経過記録に実践した看護の記載が少ないという現状も、プロブレムごと（看護診断ごと）に SOAP 様式で記載するという、記録様式の根本的な性質とも関連していると思われる。今後、実践した看護をどのような形式で記録として残すかという検討が必要である。

「客観的情報」の記載、「アセスメント」の記載のいずれにおいても、患者の言動の言い換え、あるいは客観的情報に過ぎないといった「重複記載」が多かった。S（主観的情報）に「頭が痛い」という患者の言動を記載し、O（客観的情報）として「頭痛（+)」と記載しているケースについてみると、頭痛という症状は患者の主観であるため、それは S（主観的情報）として記載されるべきものである。一方、O（客観的情報）として「呼吸平静」「貧血（+)」といった記載がある。これは、看護師が呼吸様式、呼吸回数、あるいは検査データ、顔色を観察して、その上で判断したものであり、それらは A（アセスメント)として記載されなければならない。これらの「重複記載」とは、言い換えれば情報と判断が整理できていない記録といえる。

SOAP 様式による記載において、P（プラン）は、基本的に最初に立案した計画の追加、修正がある場合に記載されるものである。そのため日々の看護経過記録の殆どは S・O・A のみが記載されている。しかし「アセスメントの記載の中に看護計画が混在しない」ができていたのは 41 冊（35.0%）に過ぎず、これもまた、アセスメントとして記載すべき内容が整理できていない結果といえる。「アセスメント」には、看護計画にもとづいて、看護ケアを実施した結果どうであったかという評価、成果への到達度を記載する。[5] また、計画とおりに実施できなかった場合は、なぜできなかったかの理由が問題で、その場合速やかに計画の修正につなげていかなければならないこともある。したがって、SOAP 様式に則って情報を整理して記載することは、日本看護協会が指摘している通り、看護経過記録の「患者に提供するケアの根拠となる」という機能を果たす上でも重要である。

2. 記載方法や記載上の表現

「アセスメント」の記載において、「院内で決められた略語の使用」についてできていたのは 81 冊（69.2%）で、「客観的情報」の記載においては、できていたのは 50 冊（42.7%）と半数以下で、院内で取り決めたもの以外の略語の使用が多かった。それらの記載は、該当病棟においては周知できているものであっても、他病棟あるいは他職種にはそれが何を意味しているのかわからないものもある。日本看護協会の看護記録の開示に関するガイドライン [2] には、看護記録の機能の一つとして「医療者間および患者・医療者間の情報交換のための手段」が挙げられていることからも、院内で使用している看護用語の見直しと統一が必要であるといえる。

「患者に不利益となる記載がない」、「患者に対する偏見や感情的表現がない」、患者の「医療従事者を非難する記載がない」、「他の医療従事者の非難の記載がない」という項目は、どの情報の記載においても 90%以上ができており、当院の看護経過記録は、前記と並んで日本看護協会の看護記録の開示に関するガイドライン [2] に挙げられている「医療事故や医療訴訟の際の法的資料」という看護記録の機能を果たす上で、注意が払われている記録であるといえる。

「医師の領域に踏み込んだ記載がない」という項目について、「客観的情報」の記載では 106 冊（90.6%）ができていたが、「アセスメント」の記載では 95 冊（81.2%）と、できている割合が減っていた。臨床の現場において、特に急性期には、看護師は医学的判断を求められることが少なくない。しかし、看護経過記録を記載する上では、看護師としての視点で、看護の領域における判断を記載することを心がけていくことが必要である。またそれは、主観や感想ではなく、事実にもとづいた意味のある、解釈・分析・評価の記載でなければならない。

「記載方法」の、「日付の記載」ができていたのは 103 冊（88.0%）であるが、「修正時は正しく修正し署名している」ができていたのは 84 冊（73.3%）と、修正をした場合 8 割を下回っていた。さらに「記録用紙に空白がない」という項目は 72 冊（61.5%）という低い結果であった。これらの結果から、看護経過記録を記載する際は、その法的根拠としての位置づけを意識し、注意を払う必要があるといえる。

3. 電子カルテ導入により改善可能な問題点

当院の看護経過記録は、「主観的情報」、「客観的情報」の記載に、看護診断の診断指標に該当する情報が少ない傾向にある。この診断指標と乖離した情報の記載を減らすためには、看護診断を誤らないことはもちろんであるが、問題を解決するための妥当性のある看護計画をマスタ登録し、そこから選択した計画にもとづいて、意図的に情報収

集し、それを記載することが必要と考える。つまり、看護診断ごとにそれを解決することができる妥当性のある看護計画のみをマスタ登録するといった、マスタ整備が必要である。これは当システムにおける診断指標のスケール化を、情報に基づく客観的なものとする上でも重要である。さらに、診断指標を評価する際に、もう一度該当すると考える診断指標で妥当かどうか、その他の診断指標も一つずつ見直し、確認するというステップ加えることで、看護診断過程のサイクルを支援するシステムとなると考える。

実践した看護の記載が少ないという傾向に対する対策として、立案した看護計画を、看護チームが常に確認し、共有できるシステムの構築が求められる。それは看護師の看護活動の動線上にある機能的なシステムでなければならない。次期システムでは、各看護師が携帯端末（PDA）を持ち、受け持った患者の看護計画を確認しながら看護を実践し、同時に実施入力を行う。これにより看護実践を記録に残すことができれば、看護経過記録上に看護実践の記載が少ないという問題は解決できると考えられる。

看護経過記録の記載方法について挙げられた、日付の記載や署名、記載の修正、記録用紙の空白といった問題点についても、各看護師がログインして入力する電子カルテの操作によって、解決可能となる。

4. 残された課題

看護経過記録は、立案した看護計画に基づいて記載されるものである。看護計画は、マスタ登録された妥当性のあるものから選択される。しかしこの看護計画を選択するというプロセスは、各看護師の臨床判断に任されている。したがって患者にとって必要な計画を立案できるか否かは、単に電子化が支援できるものではない。また、看護介入に対する患者の反応や評価、患者の定型化できない状況の記述をすべてマスタ管理することは困難である。つまり看護経過記録が電子化されても叙述的な記載を行う必要性は生じる。重複記載が多い、アセスメントに計画が混在しているなどといった今回の監査結果から、記録様式に則って情報を整理して記載する訓練が必要であるといえる。更に、情報からアセスメントを導き出すプロセスも、電子化が支援できるものではない。したがって電子カルテ導入後も、情報を整理してアセスメントする能力、つまり看護過程展開能力を高める教育は継続していかなければならないといえる。

Ⅵ. まとめ

1. 当院の看護記録は診断指標に該当する情報や、看護実践に関する記載ができていない傾向にあったが、電子カルテのシステムの構築によって改善が期待できる。
2. 電子カルテ導入後も残される課題は、妥当性のある看護計画を立案し、情報を収集しそれらを整理しアセスメントする、看護過程展開能力を高める教育の継続である。

Ⅶ. 引用文献

1) 黒江ゆり子:看護記録と監査, 看護展望, 26 (8), 17-24, 2001.
2) 日本看護協会：看護記録の開示に関するガイドライン，2000.
3) 北米看護診断協会：NANDA 看護診断，定義と分類 2003-2004, 302.
4) 岩井郁子：看護記録，第7版，アイ・アンド・アイコンサルティング，106, 2003.
5) 前掲 4), 96.