

大学教員の継続的な介入支援による A 病院の看護記録の変化

神島 滋子 中村 恵子

札幌市立大学看護学部

抄録：本研究の目的は看護教員が行った臨床への看護記録の継続介入支援の成果について介入前後の比較を通して明らかにすることである。研究方法は A 病院の 5 つの病棟においてランダムに患者 1 名につき該当する月の 1 週間の記録と看護計画、アセスメントについて介入前と介入後の記録を調査対象とした。分析はそれぞれの項目が記録されているか否かの記入率について介入前後で比較した。倫理的配慮として札幌市立大学倫理委員会の承認を得た。分析の対象患者数は介入前 50 名、介入後 50 名分の記録であった。記載のあった看護計画は介入前 70 件、介入後 64 件であった。看護計画のデータベース上の修正のないものは介入前 92% であり、介入後は認めなかった。その他データベースの記入率、看護計画の記入率、SOAP の各項目の記入率を比較したところ、多くの項目で介入後に記入率が上昇した。データベースはアセスメントのうち早期に患者の全体を把握するためのツールであるが、今回の結果ではすべてのアセスメントフレームで記入率が上昇した。看護計画では「項目」「情報」など疾病の特性や問題の原因となる項目の記入率が増加していた。さらに、SOAP では情報をアセスメントして実践にうつすためのプランが増加しており、それぞれの看護実践における患者の十分なアセスメントと判断した上での実践が行われるようになったことが示唆された。

キーワード：看護記録，介入支援，記入率

Changes in the nursing records at Hospital A due to continued intervention support by university teaching staff

Shigeko Kamishima, Keiko Nakamura

School of Nursing, Sapporo City University

Abstract: The purpose of this study was to reveal, through a before-after comparison, the outcomes of ongoing intervention support of nursing records by clinical nursing teachers. Research methods were based on the random survey of records and nursing care plans for one week records of the relevant month per patient, which were assessed pre- and post-intervention in five wards in Hospital A. Our analysis compared the fill rate for each item before and after intervention. Approval was received from the Sapporo City University Ethics Committee. The target number of patient records used for the analysis was 50 before the intervention and 50 after the intervention, and 70 nursing care plans were reviewed before the intervention and 64 after the intervention. We found that 92% of nursing care plans were without modification pre-intervention, while no modified plans were observed after the intervention. The completion rate for other data and the fill rate for the nursing care plan were compared for each SOAP item, with the fill rate after the intervention increased for a number of items. The database is a tool for gaining a quick understanding of the patient's need during assessment, and the results showed that the fill rate rose for the entire assessment framework. Fill rate scores items on the nursing care plan related to illness characteristics and causes of problem increased. Furthermore, the assessment information in the SOAP and planning to put it into practice increased, and it suggests that

adequate assessment and judgments regarding patients were carried out and put into practice for each nursing competence.

Keywords: Nursing records, Intervention support, Fill rate

1. 緒言

看護記録は保健師助産師看護師法による規定はない。日本看護協会による看護記録および診療情報の取り扱いに関する指針¹⁾では看護記録の構成要素を「基礎情報」「看護計画」「経過記録」「看護サマリー」と示している。看護計画は全ての患者のケアの質を担保して実践するためには欠くことはできないものである。また、看護記録は看護の実践や思考の過程を表すものでもあり、その充実は看護の質を示すものといえる。

小堀ら²⁾は、看護記録の質向上の成果として電子カルテの標準看護計画のマスタ使用率や追加率等をその指標として使用している。また、山原ら³⁾は看護記録の質向上をめざした取り組みとして看護記録の監査の成果などを報告している。しかし、看護記録の質向上についての先行研究はまだ十分ではない。

看護記録を行う看護師の背景は様々であり、年齢などによってもその教育背景から看護記録や看護診断、アセスメントフレームを使用した患者の包括的なアセスメントなど教育を十分に受けていない職員も含まれることから看護師それぞれの看護記録に対する認識は多様である。看護記録の問題点として、柴田ら⁴⁾は医学専門用語や略語、独特な表記、情報とプライバシーの曖昧な境界、問題点の主観的・常識的な表現、診療録との整合性、等をあげている。また、押田ら⁵⁾は経時記録がおざなりであること、記載と行動が連動しないことをあげている。これらは10年ほど前の先行研究であるが現在も劇的な改善は見られていないことが臨床現場からは伺える。

看護記録の改善に向けたアクションリサーチを報告した佐藤ら⁶⁾は、看護記録に関する問題点として1)どのように書いたらよいかかわからない、2)記録のチェック・指導する者がいない、3)SOAPの基本となる初期計画上の問題点が患者の状態に適していない、4)知識不足、5)病棟の記録に対する積極的な雰囲気欠如、を報告している。また、SOAPの問題点について古澤⁷⁾によれば、看護の実践が0に記載され、AやPがほとんど記載されなかったことが報告されている。

2. 大学教員による介入支援の実際

A病院は、平成20年に療養病床を回復期リハビリテーション病棟へと転換した。病棟の看護師たちは療養病床から回復期病棟への転換により、患者への積極的な回復へのケアの実践が求められていたが、実際には看護計画の立案と実践が難しいのが現状であった。そこで看護部長は現状を改善すべく、リハビリテーション看護を大学で担当している教員に病棟での看護援助の指導を依頼した。研究者は看護援助の指導のために看護計画の立案状況や看護記録を調査した。その結果、看護師による患者の把握や看護過程が十分に展開できない現状が明らかとなった。病棟単位の問題ではないのではないかと疑問を持ち、全ての病棟の看護記録を閲覧し、看護過程の問題点を抽出した結果、以下の課題が明らかになった。①データベースの情報から患者の全体像が見えない(情報量の不足)、②現在の患者の状態と看護問題の乖離(評価の遅れなどから問題の変化に適応していない)、③標準看護計画がほとんどであり個別性がない、または現状に見合わない計画、④看護計画に対応した看護記録(SOAP)が極端に少ない(経時記録のみ)、⑤看護記録に不要な記録が多い(ルチーンの点滴交換、蓄尿パックからの尿の廃棄についての記載)⑥必要な記録が記載されていない、などであった。これらの結果は、前述の佐藤ら⁶⁾による看護記録の問題と同様の傾向を示していた。

そこで、看護師の問題解決思考の能力向上を目的としてすべての病棟の看護師を対象とした介入支援を行った。介入支援の内容は下記の通りである。

【講義】

講義は看護師の役割、看護過程に関する講義を計3回行った。同じ講義を2回ずつ行い、できるだけ多くの看護師が聴講できるように対策を講じた。

【看護過程・看護記録の指導】

指導の対象はすべての看護スタッフとした。日勤者に対しては決められた時間(午後の早い時間)に集合できるものとし、対話形式のグループ指導を行った。指導内容は看護過程についての記録方

法や思考方法についてである。指導の手続きとして事前に（午前中）各病棟から取り上げて欲しい事例についてのアセスメント（データベースのゴードンのアセスメントフレームの部分）、看護計画、数日分の看護記録を提出してもらい、研究者がチェックした。これを元にその後、各病棟から2名程度出席して集まり、提出された記録についてアセスメントの視点から問題点の絞り方や看護計画の立案、看護記録の書き方についてグループへの助言・指導を行った。所用時間は1時間程度であった。月に1～2回程度開催し、およそ1年半継続した。

3. 研究目的

本研究の目的は看護大学の教員が臨床看護師に対して行った看護記録の継続的な介入支援の成果について実際に記載された看護記録の介入前後の比較を通して検討することである。

4. 研究方法

1) 調査対象

看護師によって記録された患者のデータベース、看護計画、および患者カルテの看護記録（受け持ち看護師が記載する日々の看護記録）。

2) 研究期間

調査期間：平成26年4月～5月

研究期間：平成26年4月～平成27年3月

3) 調査方法

A病院の各病棟において、介入前（依頼を受け講義を行った平成24年7月以前）と介入後（病院の移転により集合形式による看護記録の指導介入を中止した平成25年8月以降）の入院患者のうち2週間以上入院していた患者からランダムに各10名抽出した。それぞれの患者の患者カルテから、データベース、入院後1週間に立案された看護計画を病院のシステムエンジニアに協力を得てオーダリングシステムの必要項目のみを抽出し転記した。抽出した項目はデータベースのゴードンの機能的健康パターンの情報およびアセスメント11項目と総合アセスメント、看護計画の診断

領域（A病院で定めた標準看護計画の問題領域）、関連因子（患者それぞれの看護問題に関連する因子）、看護問題（患者それぞれの看護問題）、看護目標、および標準看護計画を患者に合わせた「修正の有無（修正なしをカウント）」のデータを抽出した。また、看護記録は入院期間から1週間の日勤・準夜勤・深夜勤のすべての看護記録の主観的情報：Subjective data（以下、S）、客観的情報：Objective data（以下、O）、アセスメント：Assessment（以下、A）、計画：Plan（以下、P）についてフォーマットを作成し記録した。記録は電子媒体にし、Microsoft Office 2010 Excelを使用し記録した。記録の抽出および転記は共同研究者である病棟のスタッフが行った。

4) 分析方法

分析はデータベースから抽出したすべての項目について記録の有無の割合を算出し、記入率とした。また、介入前後で記入率を比較した。介入前後の比較については χ^2 検定を行い、有意水準は5%とした。分析にはIBM SPSS Statistics 22を使用した。

5) 倫理的配慮

札幌市立大学倫理委員会の承認を得た（通知No.1343-1）。また、A病院の倫理審査会の承諾を得て実施した。本研究は臨床研究に関する倫理指針に照らし、過去のカルテのデータを扱う際の個人情報扱いに準じて行った。患者に対する介入はないため、病院で一括して入院時に同意が得られているデータを、A病院の管理の下で本研究に利用した。なお、研究の成果は病院のウェブサイトなどを通じて情報公開の予定である。

また、個人情報の保護については非連結型匿名化を実施し、患者を直接特定できる個人情報は分析対象から除外し、電子媒体への記録の過程で全てを削除した。また、記録した看護師の氏名も特定できないよう処理した。看護記録の電子化については病棟の共同研究者であるスタッフが行い、分析を担当する研究者が個人情報を特定できないよう配慮した。

5. 結果

対象記録数は介入前（非介入群）50件，介入後50件であった。したがって，データベースに含まれる患者の包括的アセスメントに用いているゴードンの機能的健康パターンの11項目および総合アセスメントは介入前後でそれぞれ50件であった。

看護計画の数は介入前70件，介入後64件であり，看護計画は全ての患者において1件以上立案されていた。看護記録は介入前1474件，介入後1081件であった。

データベースに記載されたゴードンの機能的健康パターン11項目および総合アセスメントの記入率を表1に示した。介入前に最も記入率の高かった項目は「栄養代謝」で24.0%，次に「健康知覚・健康管理」が22.0%であり，全く記入されていない項目が3項目（「性・生殖」，「コーピング・ストレス耐性」，「価値・信念」）であった。介入後で最も記入率が高かったのは「排泄」と「活動・運動」でともに52.0%であり，次に「栄養代謝」50.0%であった。全く記入されていない項目はなかった。介入前後を比較したところ記入率に有意差を認めなかったのは「健康知覚・健康管理」および「総合アセスメント」のみであった。その他のパターンでは有意差を認め，介入後で有意に記録率が増加した（すべて $p < 0.01$ ）。

看護計画は「診断領域」，「関連因子」，「看護問題」，「看護目標」，「修正の有無（修正なしをカウント）」も同じく記入率を算出し介入前後で比較した（表2）。「診断領域」の記入率は介入前17.1%であったが，介入後は100%の記入率であった。「修正の有無」では介入前は修正がないものが91.4%であったが，介入後は0.0%であった。「診断領域」，「関連因子」は介入後で有意に記入率が増加した。「看護問題」と「看護目標」の記入率は有意な差を認めなかった。

看護記録のSOAPそれぞれの記入率で比較した結果を表3に示した。介入前は記入率が高かった順に「O」88.9%，「S」55.8%，「A」39.5%，「P」0.1%であった。介入後では記入率が高かった順に「O」90.0%，「S」73.2%，「P」56.9%，「A」32.2%であった。介入前後の比較では「S」，「O」，「P」の記入率は介入後に有意に増加したが「A」は有意に減少した。

アセスメント項目	介入前(n=50)		介入後(n=50)		比較 p
	度数	(%)	度数	(%)	
健康知覚・健康管理	11	22.0	20	40.0	n.s.
栄養代謝	12	24.0	25	50.0	**
排泄	9	18.0	26	52.0	**
活動・運動	5	10.0	26	52.0	**
睡眠・急速	2	4.0	24	48.0	**
認知・知覚	5	10.0	16	32.0	**
自己知覚・自己概念	3	6.0	14	28.0	**
役割・関係	3	6.0	18	36.0	**
性・生殖	0	0.0	12	24.0	**
コーピング・ストレス耐性	0	0.0	12	24.0	**
価値・信念	0	0.0	16	32.0	**
総合アセスメント	14	28.0	17	34.0	n.s.

n.s. not significant. * $p < 0.05$. ** $p < 0.01$

項目	介入前(n=70)		介入後(n=64)		比較 p
	度数	(%)	度数	(%)	
診断領域	12	17.1	64	100.0	**
関連因子	17	24.3	42	65.6	**
看護問題	68	97.1	62	96.9	n.s.
看護目標	69	98.6	61	95.3	n.s.
修正なし	64	91.4	0	0.0	**

n.s. not significant. * $p < 0.05$. ** $p < 0.01$

項目	介入前(n=1474)		介入後(n=1081)		比較 p
	度数	(%)	度数	(%)	
S	822	55.8	791	73.2	**
O	1310	88.9	973	90.0	*
A	582	39.5	348	32.2	**
P	1	0.1	615	56.9	**

n.s. not significant. * $p < 0.05$. ** $p < 0.01$

6. 考察

1) アセスメントによる患者の理解

ゴードンの機能的健康パターンのアセスメントフレームはアセスメント，診断的判断と意思決定に有用である⁸⁾。患者の強みを含めた全体像を把握し，看護問題を明確化するためのツールである。

今回，各健康パターンのアセスメントの記入率をみると，介入前には全く記入されていないパターンが存在していたが，介入後ではほぼ全てのパターンで記入率が増加した。このことは患者の全体像の把握のための情報量が飛躍的に増加したとともに，それをもとにアセスメントされたことを示すものと推測できる。患者の情報をすることは患者理解の第一歩であり，介入後の情報量の増加は患者に関心を寄せ，能動的に情報収集がなされた結果と考える。しかし，「健康知覚・健康管理」および「総合アセスメント」の記入率で有意な差が認めなかったのは，「健康知覚・健康管理」には患者の既往歴など必ず情報を収集して記録することが必要な内容が含まれ，介入前にもある程度の記載がされていたためと考える。しかしながら単純な記入率をみると「健康知覚・健康管理」では22.0%から40.0%，「総合アセスメント」では28.0%から34.0%と記入率は大幅に増加しており，この二つのアセスメントにおいても情報量は増加

したと考える。

機能的健康パターンのうち「栄養代謝」、「排泄」、「活動・運動」、「睡眠・休息」の項目は人間の基本的な生理的なニーズをとらえる項目である。これらの記入率は介入後に有意に増加がみられており、患者の日常生活における問題点を明確にし、患者のニーズにそった看護を展開することにつながると考える。大学教員の関わりの中でゴードンの機能的健康パターンの考え方についても講義やグループ指導の中で説明しており、看護計画との関連において重要性を理解することにつながった結果であると考えられる。

2) 看護計画の変化

看護計画では「診断領域」と「関連因子」に関わる項目の記入率が増加していた。これは看護診断や看護問題を特定するためのアセスメントが深化したことにより、患者それぞれの問題がどこにあるか、そしてその原因や影響する因子を特定できるようになった結果と推測できる。また、介入前では看護計画について「修正なし」が91.4%であり、これは標準看護計画をそのまま用いていたことを示すものである。しかし、介入後では「修正なし」は0.0%となり、標準看護計画から個別性を意識した何らかの修正が行われたことがわかる。これらのことから、アセスメントが充実し、問題の原因となる関連因子の記載や計画の具体策の部分の修正が加わったことなどが理由と考えられる。したがって、このことはアセスメントがなされ問題の背景が明確化した結果といえる。看護問題の関連因子が明確化することは看護計画の具体策がより患者の状態に合致した個別性のある看護計画が立案できる可能性を示唆するものであると考える。一方で看護計画の件数は介入前より介入後の件数が減少している。これは、患者の問題を吟味したことにより厳選された計画立案がなされたことが示唆される。また、介入前には入院時に立案したものが評価されずそのままとなっていたことに比べ、定期的な看護計画の評価による減少と推測される。

3) 看護記録の変化

看護記録は等しく入院後1週間に書かれた件数であるにもかかわらず、その件数は介入後に減少がみられた。これは、介入前には問題解決型の記録としてのSOAPではなく単純な経時記録をして

いた頃の習慣が残り、患者の夜間の巡回時の「変化無し」の記録や、点滴のルチーンの交換や膀胱留置カテーテル装着中の患者の定期的な尿の廃棄など、必ずしも看護記録に必要な記載が多く存在していたためである。介入後は看護記録のSOAPに書かれるべき事柄が整理された結果、記録数が減少したと考えられる。看護記録について「A」は減少したが看護実践につながる「P」が増加しており、それぞれの看護実践における意図的な関わりが行われるようになったことが示唆された。SOAPの「A」の記入率が減少したのは「S」・「O」の情報を分析することに関する迷いが生じていることも予測される。先行研究^{6) 7)}において、「A」と「P」の記録が少ないことが指摘されている。「P」はこれから行おうとする実践を記載すれば良いのに比べ、「A」はエビデンスに基づく記載が求められるため、難しさを生じていることが推測できる。一方で介入前では記入内容に混乱がみられ、「S」・「O」では主観的情報と客観的情報の分別が正しく行われておらず、また「A」に情報が書かれていたなどがあった。このことから、アセスメントについてはまだどのように書いたらよいか不明確であり、「P」にいたるための「A」を書くことに躊躇している可能性もある。今後、記入率のみでなく質的な内容的な検討が必要と考える。

4) 介入の効果

今回、看護に関連する記録物の大学教員の介入前後の変化について検討した。介入前に抽出された課題について量的には改善したといえる。この変化の要因は看護教員の介入が継続的にまた直接的なフィードバックを行ったことと関連すると考える。通常、看護記録については看護学生、あるいは新人の時に指導を受けることがあっても直接アドバイスを受ける機会はまれと思われる。自分が実際に受け持っている記録を持ち寄り、アセスメントから問題抽出、計画立案、実践としての看護記録の一貫性についての指導は自己の日頃の看護実践や記録方法を振り返る機会になったと考える。嶋崎ら⁹⁾は疑似カルテを用いた体験型のロールプレイやグループ討議により研修医、指導医、看護師の記録の質の改善につながったと報告している。このことが示すように記録についての認識を変容させるきっかけとしてグループ指導など直接的かつ体験的な学習が効果的であったと考える。また、今回の介入指導はその時出勤している

スタッフにランダムに行われたこともあり、特定のスタッフではなく病院の看護師全体の認識の高まりにつながったと考える。

7. 結論

A病院に対し大学教員の継続的に行った介入支援の前後で看護記録の記入率の変化について検討した。

その結果、看護アセスメントのゴードンの14のフレームのすべてにおいて記入率は増加した。看護計画は看護目標と看護問題以外は有意に記録率が増加し、修正率も改善した。また、看護記録のSOAPのそれぞれについてもA以外は有意に記録率が増加していた。Aはエビデンスに基づいた記載が求められ難しさを感じていることが推測できる。

以上のことから、継続した介入指導により、看護師たちは自分たちの看護実践を記録することを習慣化することにつながったと考える。その蓄積は看護過程への関心の高まりにつながると示唆された。

8. 研究の限界と今後の課題

今回の研究では記録の内容の質的な検討をされておらず、あくまで量的な観点からの結果であることが本研究の限界である。

今後は、介入前の課題に沿って、患者の看護問題（計画）に沿った記載がされているか、SOAPにおいて情報が適切に分類されて記録されているか、情報を適切にアセスメントして実践しているかなど質的に分析し、介入支援の効果を検証すると共に、今後の支援の方向性について明らかにしたい。

文献

- 1) 日本看護協会：看護記録および診療情報の取り扱いに関する指針。日本看護協会出版会、東京、pp.30-31、2006
- 2) 小堀幸子、年光康雄、秋元安代：電子カルテでの看護診断立案における標準マスタ使用率の変化—小児に適した標準看護計画の修正に向けて。日本医療情報学会看護学術大会論文集 第15回：53-56、2014
- 3) 山原和恵、松本紀子、山谷禎子、工藤泰子：看護記録の質向上を目指した取り組みとその実態。日本看護学会論文集：看護管理 43：151-154、2013
- 4) 柴田恭亮、藤野成美：問われる記録の質—看護記録や実習記録はカルテ開示にたえられるか。看護教育 41(2)：96-100、2000
- 5) 押田茂實、児玉安司：カルテ開示時代の看護記録—裁判に見る看護記録から。看護教育 41(2)：101-106、2000
- 6) 佐藤友美、和泉成子、小川薫、滝口陽子、小峠愛：アクションリサーチを用いた看護記録の改善に向けての取り組み。福岡県立大学看護学部紀要 3：21-31、2005
- 7) 古澤圭壱、前田樹海、山下雅子：多用される看護記録に見るSOAPの問題点。日本医療情報学会看護学術大会論文集 16回：117-117、2015
- 8) マージョリー・ゴードン（江川隆子監訳）：ゴードン博士の看護診断アセスメント指針よくわかる機能的健康パターン（第2版）。株式会社照林社、東京、pp.1-2、2006
- 9) 嶋崎明美、出口直孝、森内ルミ子、内海寿子、野村千恵：記録改善を目指してカルテ監査を体験学習につなげる有用性。日本医療マネジメント学会雑誌 10(3)：533-537、2009