

外来看護記録の効率化に向けての取り組み

キーワード 外来看護・看護記録

○北村 愛子 (外来)

I. はじめに

当院では 2015 年度に電子カルテが導入され、2017 年度には MegaOak HR から MegaOak iS へとシステムが変更された。電子カルテ導入当初は混乱もあったが、徐々に運用方法も統一され他職種間の情報の共有も容易になった。しかし情報量が増えたことで、入力や検索に費やす時間も増えている。

現在の日本では、入院期間短縮と在宅医療の推進に伴い、外来診療に求められ役割は大きくなっている。今年度より入退院時支援加算が新設され、外来では入院が決まった時点から、入院に必要な情報だけでなく、その患者の退院後の生活を見据えての介入が求められている。またこれまで入院して行われていた治療が外来で行われるようになり、在宅自己注射など管理が必要な治療への保健指導、外来での抗癌剤投与開始など、多様化する治療への専門的な対応も必要である。しかし外来での直接的な看護介入は外来診療時間に限られ、次回来院時に同じ看護師が介入できるとは限らない。その限られた環境の中で外来看護師は、患者の生活や治療に関する情報についてポイントを絞り収集し、患者・家族に必要な支援や問題点を考え対応することが求められる。

そこで、収集した情報を効率的に利用できるシステムが必要と考え、外来看護記録の標準化に向けての取り組みの結果とリーダーシップとマネジメントに関する学びを報告する。

II. 部署内での役割

看護師 16 年目 (外来 8 年目)、
看護記録・必要度委員会メンバー
(昨年度は看護記録・必要度委員)

III. 実施・結果

看護記録・必要度委員で作成した看護記録のアンケート結果と、第 1 回看護記録監査の結果を基に、外来看護記録の現状と問題を 4 つのカテゴリーに分類した。

【外来看護記録の現状と問題】

1. 看護計画立案について

一部の診療科では継続看護時に活用しているが、電子カルテ導入前から外来勤務であったり、育児休業明けのため、看護計画立案や評価などの操作方法がわからずに活用できないスタッフもいる。

2. プロフィールについて

同じ情報でも、患者プロフィール・看護アセスメント・看護記録・付箋など、様々な場所に重複して記録している。また新たに収集した情報について、追加や修正ができていない。

3. 継続看護について

付箋への「継続看護」の記載が徹底されていないため、他の診療科からわからない、またどの診療科でのフォローかわからない。看護計画を立案していても気づかない現状がある。

4. 病棟や他職種との連携について

電話での直接的な情報提供、退院時要約への記載、連携自体がとれていない、など、診療科や病棟毎で連携の方法が異なる。

これにより、看護記録マニュアルの周知徹底ができていないことが問題であると考え、看護記録・必要度委員メンバーと共に、看護記録について Garoon 内にある操作説明書を提示したり、“患者プロフィール” “看護プロフィール” “付箋” のそれぞれに、何の情報を記載するのかを図示して提示したりするなど、記載に関して表示をした。

そしてそれらをもとに、看護アセスメントから看護計画の立案、評価・修正までの一連の記録を、PNS のパートナー毎に 1 名を選出し行った。その中から 1 名の看護記録について、看護記録監査委員より第 2 回看護記録監査を受けた。

【第 2 回看護記録監査結果】

- ・第 1 回監査で課題となった、患者情報の追加修正や、看護計画の修正が定着できていない。
- ・入院後も継続されるべき看護問題も外来で終了させ

ており、病棟への継続ができていない。

- ・患者のアウトカムに対しての記録への理解が不足している

- ・現在のオーディットは入院患者の監査のためのものであり、外来特有である入院時支援や保健指導に関する項目がない

以上の結果から、これまでに導き出した課題が達成できておらず、外来の特殊性を生かした看護記録ができていないことがわかった。そこで2013年以降改訂されていなかった外来看護記録手順を改訂することで、外来看護記録の目的や内容について見直した。そして継続看護だけでなく、入院時支援や外来保健指導、注射指導、病棟と外来との連携や救急外来との連携についても記載方法を明記した。また、外来看護記録手順が運用されているかを監査するためのツールとして、外来看護記録専用のオーディットを作成した。

これらを外来会にて検討後、看護記録・必要度委員会で承認を得る予定である。その後看護記録・必要度委員会メンバーで、外来看護記録用オーディットを用いての記録監査を行うこととした。

IV・考察

電子カルテ上の膨大な情報を整理することは、日々の業務量の削減にもつながる。今回の取り組みの中で、看護記録マニュアルや患者情報の入力について表示したことは、必要な情報を素早く検索することを可能にするが、多くの診療科やスタッフが存在する中でローカルルールを廃止することは容易なことでは無く、周知徹底には至っていない。しかしスタッフによっては知らない機能があったり、中には禁忌情報の入力オーダーへ反映されることを知らないスタッフもいたため、今後も継続して働きかけていく必要がある。

また今回の取り組みのなかで、外来看護師からは看護計画の立案について、時間的な制約がある中で実現できるのかといった意見も聞かれた。現在在籍するスタッフの中には、電子カルテ導入後に病棟での経験が無いものも多く、未経験なことに対する負担感や、看護計画を立案することがイメージ出来ないことも一因であると思われる。しかし実際の看護記録は、個々が行った看護展開の内容やアセスメント、次回来院時の

計画であったり、その場で導き出された看護問題に対するものである。患者の目標やアウトカムを共有することは、患者・家族への援助の統一にもつながり、また記録を閲覧する際にも、情報を絞っての検索が可能になる。そして外来から病棟、病棟から外来へ目標を引き継ぐことで、継続的な看護展開が可能になる。今後は作成したオーディットを基にカンファレンスなどで事例を共有するなど、スタッフの意識向上へ向け取り組んでいくとともに、看護記録の内容の見直しについても取り組んでいく必要があると考える。

V. まとめ

これまでの自分を振り返ると、自身の経験から学んだ方法で問題解決に取り組み、管理者やメンバーへの相談はあまり行えていなかった。集団維持能力に欠け、目標達成を意識しすぎていたため、与えられた役割を負担に思ったり、達成感も少なかった。今回の取り組みの中で、メンバー間で目的・目標や役割分担を確認しながら協働したことは、スタッフ全体への情報の伝達や達成状況の確認を容易にし、自分のストレスを減少させるだけでなく、メンバーの自発性ももたらすことにもつながった。

外来は様々な部署で経験を積んだ看護師が多い。経験から得た看護観を持ち、独自の方法も持っているため、一方的に指示を出しても行動を変えることはできない。今回看護記録の見直しへの取り組みの中でも、一部のスタッフから理解を得られない状況もあった。しかし今回の取り組みは、スタッフが看護記録についてあらためて考える機会にもなった。今後はチームとして患者や家族のために何が必要で、何が不足しているのかを考えていきながら、自らが役割モデルを果たすことで、メンバー一人一人を尊重した関わりができるよう取り組んでいきたい。

参考文献

1) 電子カルテの看護記録 導入・運用+改善ガイド
柏木公一監修, 瀬戸僚馬編, 日総研出版, 2017