

## テーマ 「看護記録監査導入の効果」

～看護記録監査導入前・平成14年と、導入後・平成16年の看護記録の比較～

福岡赤十字病院 看護記録監査委員会○松永由紀子、吉瀬由美、松山麻須美  
古家裕子、八尋万智子、竹村佳代子

### はじめに

患者の権利意識が高まり、インフォームドコンセントの重要性・エビデンスに基づいた看護実践が求められている。「看護記録は、看護過程の実践を証明するものである。その記録は、看護職者の思考と行為を示すものであり、吟味された記録は、他のケアの提供者との情報の共有や、ケアの連続性、一貫性に寄与するだけでなく、ケアの評価やケアの向上開発の貴重な資料となる。」<sup>1)</sup>といわれている。当院でも、看護記録の質向上に向け、様々な取り組みを行ってきたが、なかなか、記録の質の向上につながらない現状があった。そこで、平成15年、看護部内看護記録監査委員会を立ち上げ、第三者評価を開始した。本研究では、看護記録監査委員会を設立し、看護記録監査導入した効果を報告する。

### I 目的

看護記録監査導入前と監査導入後の看護記録の変化を明らかにし、看護記録監査導入の効果を明らかにする。

### II 方法

1、研究期間：平成16年5月～8月

2、研究方法：

1) 診療録管理室職員が、各看護単位より3冊ずつ、アトランダムに選択した、平成14,15,16年、3月～5月の入院診療録の看護記録各30冊を、平成15年度に作成した「看護記録監査委員会オーデット表」を用い、看護記録監査委員6名の2名がペアになり、看護記録監査を実施した。

2) 1)の結果より、年次の変化を比較・分析し、看護記録監査導入の効果と課題を整理した。

3) 看護記録監査の評価は、3段階になっており、「できている○」、「不足している△」、「できていない×」で評価した。本研究では、監査項目1からVの36項目中の、3段階評価の割合を年次評価した。

### III 倫理的配慮

看護記録監査に当たり、患者および看護師個人が特定されないように処理した。また、看護記録監査結果の年次ごとの変化を、研究的にまとめることを看護師長会で報告し、スタッフの了承を得た。

### IV 結果

1、看護記録監査導入前と監査導入後の看護記録の変化

監査項目全体の年次変化は、(図1)○できているは、平成14年43.2%、平成15年53.3%、平成16年63.9%と、監査導入により上昇した。×できていないは、平成14年18%、平成15年14%、平成16年4.0%と減少した。看護記録監査導入前後、平成14,15,16年の監査中項目の変化は、(図2,3,4,5,6)すべての項目において改善がみられた。平成16年には、×は、監査全項目36項目中、1項目をのぞいた項目で減少した。評価項目が下がった項目は、共通項目の「当院で見とめられている略語を使用している」の項目が、○できているが80.0%から43.3%へ減少した。平成14年と平成16年の変化(表1)で、監査導入により顕著に改善がみられた項目は、<共通項目>では、「用紙毎に患者名が書いてある」「訂正は2本線を引き署名日時が記載されている」であった。<基礎情報用紙>では、「患者の訴えや患者からの情報をそのまま記載している」と「情

報は観察、測定、対話により事実に基づいている」であった。〈看護計画〉では、「評価日が記載されている」と「看護目標は、達成可能な行動目標で記載されている」であった。〈経過記録〉では、「S情報は、看護問題に関連した患者の自覚症状や訴えを患者の言葉を使いながら記載する。」と「O情報は、1) S情報に関連した観察事項を具体的に記載している。2) 援助や指導時の反応および結果を記載している。3) 必要なバイタルサイン・検査データを記載している」であった。また、監査前後の変化が明らかではない、課題の監査項目は、〈共通項目〉では、「当院で認められている略語を使用している」「専門用語、記号は正しく使用されている」〈看護問題リスト〉では、「看護診断を使用する時は、NANDAの診断名を使用する」と「看護問題はマニュアルに沿って記載されている」と「看護問題リストは、常に最新の情報に基づいて解決、追加、修正がされている」であった。〈看護計画〉では、「計画は、患者・家族の意向を組み入れた内容になっている」であった。〈経過記録〉では、「フローシートは、マニュアルに沿って記載されている」であった。

## 2、平成15年の看護記録監査の取り組み

看護記録監査委員会、設立以前から看護記録委員会では、「患者と共に立案する看護計画の手順」「情報開示に耐えうる看護記録の手順書」「看護記録記載マニュアルに遵守した看護記録」に取り組んできた。しかし、有効な改善に至らなかった。そこで、平成15年に看護記録監査委員会を設立した。監査体制は、看護記録監査委員による〈看護記録監査委員会オーデット〉と、各看護単位の管理者・記録委員を中心に行う〈看護単位オーデット〉とした。看護記録監査委員による監査は、各看護単位年2回実施し、監査結果を各看護単位にカ

ンファレンスでフィードバックを行った。フィードバック後のスタッフの反応として、「日頃気が付かなかったことに気がつけた。第三者から監査を受けることで、課題が整理でき素直にアドバイスを聞き、改善に取り組めた」等の感想が聞かれた。また、看護単位の管理者を対象に、「看護記録に関する課題解決に取り組むために必要な基礎知識を学ぶ」をテーマに、看護大学の協力を得て、管理者研修会を実施した。さらに15年末、管理補佐を中心に、各看護単位の看護記録上の課題を整理・検討し、各看護単位内オーデットを推進した。

### V考察

平成14、15、16年と看護記録監査結果から、看護記録監査委員会をH15年に設立し、看護記録内容は改善した。改善した記録監査項目は、署名の記載、記録の訂正方法など比較的行動変容しやすい項目や、患者の訴えの記載などの記載のような、S情報の記載の増加であった。また改善が難しかった項目は、適切な看護問題の提示、NANDAの看護診断、患者・家族の意向を組み入れた看護計画、評価・追加・修正を必要に応じて行うことであった。つまり、問題解決思考を要するアセスメントの視点や意図的な看護展開の実践記録に関連する項目は課題である。平成15年に看護記録監査委員会を設立し、看護記録監査委員会オーデット・看護単位内オーデットを実施したことは有効であったといえる。特に監査委員による第三者評価を行い、監査結果を直接各看護単位のカンファレンスで直接フィードバックしたことは、「日頃気が付かなかったことに気付く機会となり、課題が整理でき、素直にアドバイスを聞き改善できた。」という効果があり、スタッフ各自の記録への取り組みを心理的に容易にし、意識向上につながり行動化できたと考える。また、看護記録監査委員会の設立に

より、これまでに取り組んできた委員会活動が有効に機能したと言える。平成 13 年看護記録委員会、「情報開示に耐えうる記録の手順書」作成への取り組み、平成 14 年看護記録委員会、「患者と共に立案する看護計画の手順書」作成と取り組み、平成 15 年看護監査委員会発足による監査体制のシステム化、第三者評価オーデットの開始、看護基準委員会、看護記録マニュアルの改訂を行い、看護管理者研修会で看護記録研修会開催し、管理者の教育看護管理補佐会議での看護監査支援し検討した。このような過程は、看護記録の質改善に有効であった。さらに、看護管理者の研修会や、管理補佐を活用し、各看護単位の記録上の課題に取り組む中でリーダーシップをとれる人材の活用は、有効で重要なことが示唆された。

#### VI 結論

- 1、看護記録監査の結果は、H 14、15、16 年と向上し、看護記録監査の導入は、看護記録内容の質向を改善させた。
- 2、看護記録監査体制として、「看護記録監査委員会オーデット」と「各看護単位オーデット」を行ったことは有効だった。
- 3、看護記録監査委員会オーデットの結果を、直接各看護単位のフィードバックしたことは、スタッフの意識を向上させ、記録内容の充実につながった。
- 4、看護記録委員会・看護基準委員会・看護管理補佐会議、看護管理者会議の連携が、看護記録監査の推進に効果があった。
- 5、課題として、「患者の意思を反映した看護記録実践の記録」「アセスメント能力」「適切な看護診断」を強化し、看護のインフォームドコンセントと看護記録の情報開示に取り組む必要がある。

おわりに

平成 15 年に看護記録監査委員会を立ち上げ、監査で第三者評価を行ったことは、看護記録の充実につながった。看護の質向上をめざし、患者中心の看護実践を行うためには、患者と情報を共有し、患者の意思を反映させることが不可欠である。

平成 17 年 4 月から「個人情報保護法」が施行される。看護記録内容の充実に取り組むと同時に、看護のインフォームドコンセントを行い、看護情報を開示し、個人情報情報を安全に管理していくことがのぞまれる。

#### 引用文献

- 1) 看護協会編：「看護記録開示に関するガイドライン」、看護協会出版会

#### 参考文献

- 2) 岩井郁子著：「看護記録」アイ・アンド・アイコンサルティング 2003、6
- 3) 中村肇美他：「看護記録の監査体制づくり」、看護展望 26 巻 8 号 2001、7
- 4) 鶴岡由紀子他：「看護記録の監査体制づくり」看護展望 26 巻 8 号、2001・7

図1 全体の変化

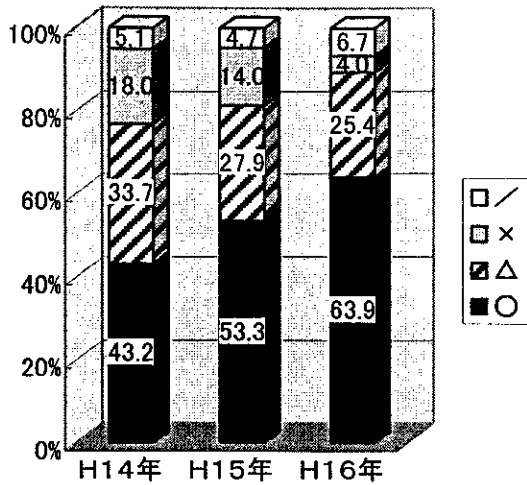


図2 共通項目

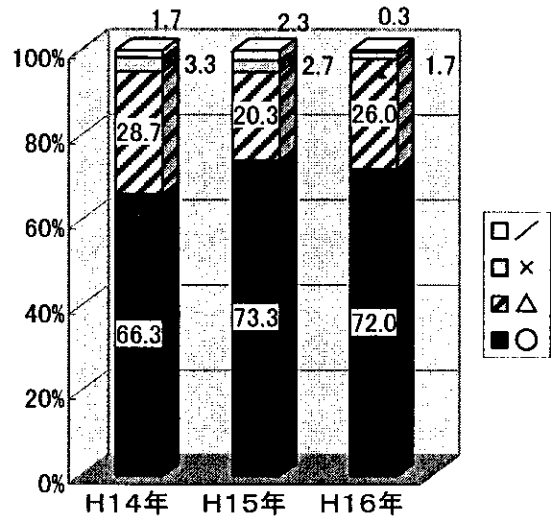


図3 基礎情報用紙

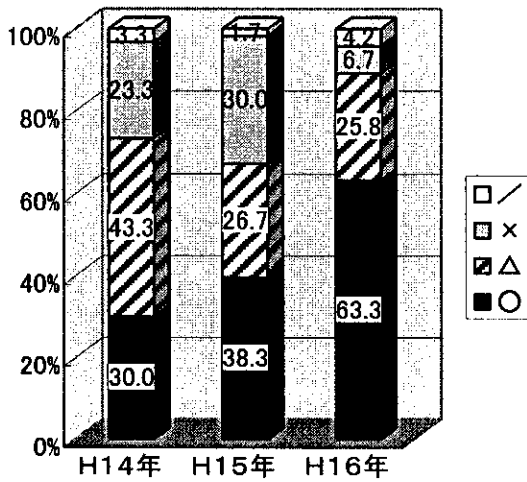


図4 看護問題

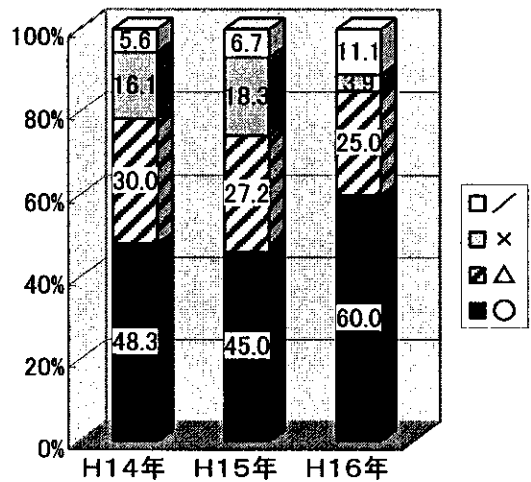


図5 看護計画

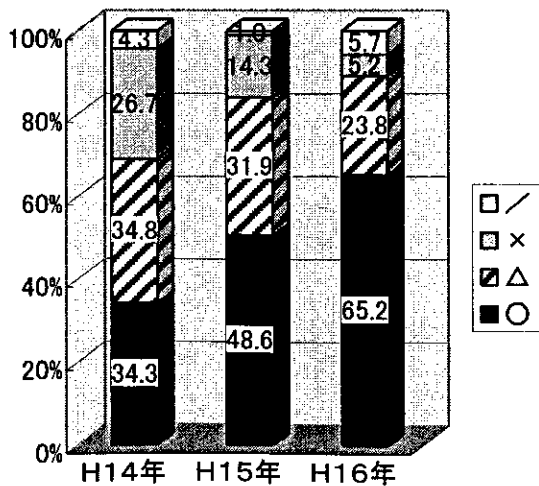
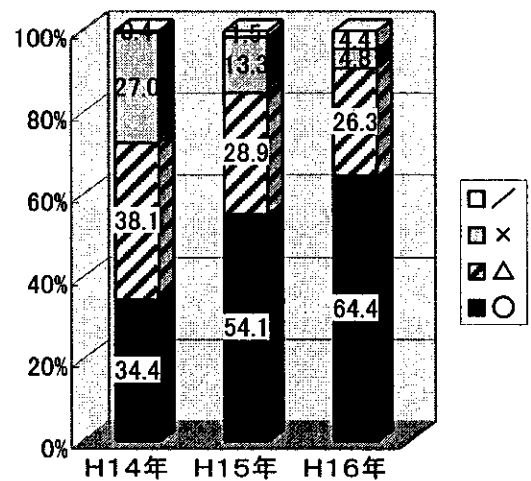


図6 経過記録



# 表1 各項目における変化

○ 看護記録監査の効果がみられた項目  
\* 今後も課題と考える項目

監査の基準：記録は看護記録記載基準に準じているか否かを評価する。

【○できている △不足している ×できていない /該当していないもの。判断できないもの】  
※該当なしは表示していない (％)

監査項目		H14年			H16年		
		○	△	×	○	△	×
I 共通項目	① 用紙ごとに患者名が書いてある。	43.3	56.7	0.0	83.3	13.3	3.3
	2. 記載者のサインは楷書で、記録終りおよびページの終わりに記載されている。	33.3	56.7	10.0	46.7	50.0	3.3
	3. 責任を明確にした記録である(いつ、どこで何を、誰の指示で、誰が行ったのか)	33.3	50.0	16.7	36.7	60.0	3.3
	4. 誤字、脱字、誤記がない。	83.3	16.7	0.0	80.0	20.0	0.0
	5. 読みやすい字で書かれている。	70.0	30.0	0.0	86.7	13.3	0.0
	6. 誰が読んでも理解できる文章である。	90.0	10.0	0.0	93.3	6.7	0.0
	⑦ 訂正は2本線を引き、署名(と日時)が記載されている。	50.0	33.3	3.3	83.3	6.7	6.7
	* 8. 当院で認められている略語を使用している。	80.0	16.7	0.0	43.3	56.7	0.0
	* 9. 専門用語、記号は正しく使用されている。	90.0	6.7	3.3	73.3	26.7	0.0
	10. 消される恐れのある鉛筆や、コピーでよく写らない青インクでの記載はしていない。	90.0	10.0	0.0	93.3	6.7	0.0
II 基礎情報	① 対象の看護に必要な情報を捉えることができている。	20.0	56.7	23.3	50.0	40.0	10.0
	② 患者の訴えや患者からの情報をそのまま記載している。	40.0	36.7	20.0	76.7	20.0	3.3
	③ 情報は観察、測定、対話により事実に基づいている。	43.3	46.7	10.0	86.7	13.3	0.0
	④ 入院後、情報の追加、修正を行い目付、サインが記載されている。	16.7	33.3	40.0	40.0	30.0	13.3
III 看護問題リスト	1. 記載年月日がある。	83.3	6.7	6.7	86.7	3.3	0.0
	2. 解決月日の記載がある	56.7	33.3	10.0	63.3	6.7	20.0
	3. 必要な問題があげられている。	36.7	36.7	26.7	56.7	36.7	3.3
	* 4. 看護診断を使用するときは(NANDA)の診断名を使用する。	40.0	23.3	6.7	53.3	23.3	0.0
	* 5. 看護問題はマニュアルに沿って記載されている。	36.7	40.0	23.3	50.0	46.7	0.0
	* 6. 看護問題リストは常に最新の情報に基づいて解決、追加、修正がされている。	36.7	40.0	23.3	50.0	33.3	0.0
IV 看護計画	1. 初期計画は48時間以内に立案されている。	83.3	0.0	13.3	96.7	0.0	0.0
	② 評価日が記載されている。	60.0	16.7	13.3	96.7	3.3	0.0
	③ 看護目標は、達成可能な行動目標で記載されている。	36.7	46.7	16.7	70.0	30.0	0.0
	4. 計画は、患者・家族の意向を組み入れた内容になっている。	0.0	43.3	50.0	43.3	23.3	23.3
	⑤ 観察計画(O)、ケア計画(T)、教育計画(E)は具体的で実践的である。	23.3	50.0	23.3	50.0	36.7	3.3
	⑥ 目標を達成するために必要な計画が立案されている。	20.0	53.3	23.3	53.3	40.0	0.0
	⑦ 評価、修正、追加を必要に応じて行っている。	16.7	33.3	46.7	46.7	33.3	10.0
V 経過記録	① 経時的記録とSOAP記録が必要に応じて選択されている。	76.7	16.7	6.7	86.7	10.0	0.0
	② 看護問題ごとにマニュアルに沿ってSOAPで記載されている。	23.3	40.0	36.7	43.3	40.0	13.3
	③ S情報は、看護問題に関連した患者の自覚症状や訴えを患者の言葉を使いながら記載する。	30.0	33.3	36.7	73.3	20.0	3.3
	④ O情報は、1) S情報に関連した観察事項を具体的に記載している。	36.7	40.0	23.3	83.3	13.3	0.0
	2) 援助や指導時の反応および結果を記載している。	36.7	36.7	26.7	76.7	13.3	6.7
	3) 必要なバイタルサイン・検査データを記載している。	60.0	20.0	16.7	93.3	3.3	0.0
	⑤ アセスメントはS・O情報を基に解釈・分析・評価がされている。	6.7	56.7	36.7	50.0	36.7	10.0
* ⑥ プランはS・O情報およびアセスメントから導き出されたものである。	10.0	50.0	40.0	46.7	43.3	3.3	
* ⑦ フローシートはマニュアルに沿って記載されている。	30.0	50.0	20.0	26.7	56.7	6.7	
看護退院要約時	1. 退院後1週間以内に記載されている。						
	2. 残された看護問題が明らかで、看護の継続に役立つ内容である。						
看護添書	1. 看護添書がマニュアルに沿って記載されている。						
ケア計画シート	1. ケア計画どおりの看護が提供されたかを監査している。						
	2. 目標に達しなかった場合は、原因を追求し修正の資料としている。						
総合評価( 年 月 日)							

サイン( ) ( )

看護記録監査委員会 印