

AMCoR

Asahikawa Medical College Repository <http://amcor.asahikawa-med.ac.jp/>

ナースマネジャー (2007.01) 8巻10号:13~19.

【患者参加型看護計画 記録開示 電子化 導入後に見えてきた問題点と改善策】 効果的な情報開示のための教育、実践システム

伊藤廣美, 上田順子

効果的な情報開示のための教育, 実践システム

旭川医科大学病院

伊藤廣美

副看護部長

上田順子

看護部長

患者参加型の医療・看護を推進するため、患者参加型看護計画の作成や記録の開示を進める動きが盛んになり、電子カルテシステムが急速に普及している。しかし、その運用については課題も多い。本稿では、早期から患者参加型看護計画を実践し、電子カルテも導入している旭川医科大学病院の取り組みから、情報開示を実践するための電子カルテシステムの運用体制と、それに不可欠なスタッフ教育について、課題解決事例と共に紹介していただいた。

はじめに

当院は、患者参加型の看護を推進し、患者・家族と共に考え実践する看護ケアに取り組んでいる。具体的な方針は、次の3点である。

- ① 看護計画立案、評価を協働で行う。
- ② 医師からの説明に同席し患者の自己決定を支援する。
- ③ 看護をわかりやすく説明する。

そのため、情報開示に向けた看護記録の見直しを行うと共に、看護記録マニュアルの更新・浸透、記録監査、看護計画協働立案開示マニュアルの作成と協働立案¹⁾の取り組みなどを推進してきた。

一方、診療録の電子化が進むなかで、2004年に電子カルテが導入された。当院は1995年から患者看護支援システム（現・看護過程支援システム）を構築し、NANDA看護診断分類を

採用した標準看護計画を整備していた。看護診断の導入は、看護における系統的な情報収集の枠組みを用いアセスメント能力を高めるためであり、看護上の問題を共通言語で表現するためでもあった。診療録の電子化に際しては、それまで蓄積された看護診断、患者目標、看護介入のデータからNANDA、NOC、NICに基づいた標準看護計画への更新を図った（表1）。特に電子カルテ化で実現を目指したのは、NANDA

当院の概要

病床数：602床
 1日平均外来患者数：1,300人
 看護師数：406名
 看護実質配置：10：1
 看護体制：受け持ち制
 チームナーシング制
 2004年国立大学法人化

表1 電子化の経緯

1990年	オーダーリングシステム導入（勤務管理・職員管理）
1991年	患者看護支援システム委員会発足
1993年	アセスメントデータベース（共通用）初版作成
1995年	患者看護支援システム稼働（NANDA看護診断分類，標準看護計画）
1997年	看護サマリー，看護依頼書稼働
1999年	『看護診断のためのアセスメントポケットガイド』（医学書院）編集開始（2000年に刊行）
2000年	患者ケアワークシート稼働
2004年	1月 電子カルテ導入（標準看護計画更新，経過表）
	3月 アセスメントデータベース電子化
2005年	3月 SOAP電子化

看護診断の枠組みに基づいた情報収集から，看護問題，看護計画，看護実践内容と成果が見える記録とし，患者・家族への情報開示を容易にすることであった。

本稿では，情報開示を実践するための電子カルテシステムの運用体制と教育について述べる。

1. 情報開示に視点を置いた電子カルテシステムの概要と実践

看護過程支援システム（図1）は病院医療情報システム内にあり，包括的な診療情報の一部としてほかの診療情報と有機的に連携している。記録様式はPOMR（problem oriented medical record）とし，基礎情報，問題リスト，検査・治療・教育計画，経過記録，退院時要約で構成されている。

1) 患者との協働によるリスク回避と根拠に基づいたアセスメント

基礎情報である「患者プロフィール」は，各オーダー，看護システムと連動させ，最新の情報を医療従事者・患者間で共有している。特に，カルテを開く際に「患者確認シート」で感染情報，アレルギー，薬剤禁忌，同姓同名者の警告など安全管理情報を赤字で表示²⁾し，患者と情報を共有している。

「看護アセスメントデータベース」は，患者と画面を共有しながら進めるために，①ダイナミックテンプレートで情報の階層化を行い，会話に沿った画面展開とし，②看護師の的確な質問を促し，アセスメントの例文から患者状況に応じた言葉で説明するためのガイド機能³⁾がある。

全体像としては，各領域のアセスメント結果である診断候補を統合し，診断の根拠を明確化している。関連因子，診断指標には固有の情報をコメントとして入力し，患者への説明を容易にしている。

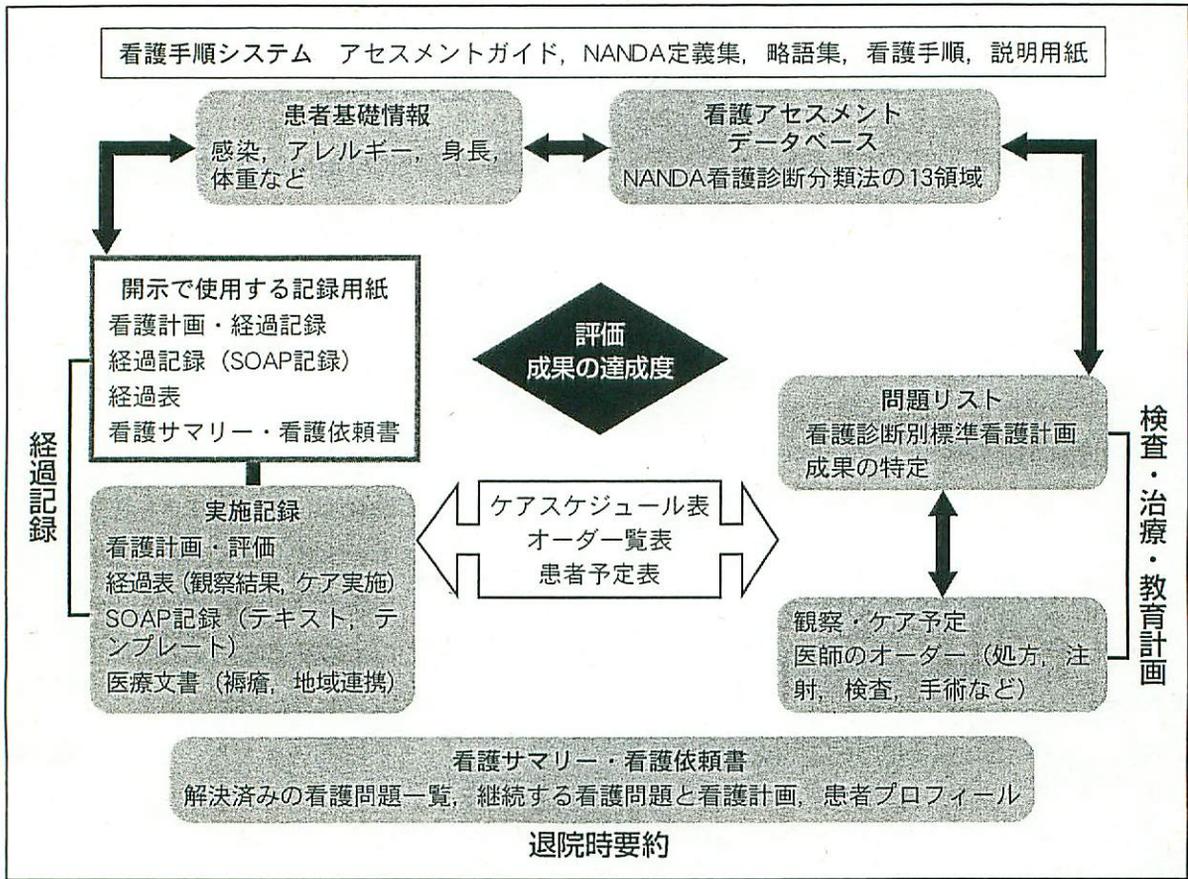


図1 看護過程支援システム（病院医療情報統合システム）

2) 看護計画の実施記録

看護診断の診断指標と関連因子に沿った患者目標・看護介入を決定する際は、患者が目指す目標、希望する介入を確認した上で標準看護計画から選択していく。その際、選択した用語に具体的なコメントを追加して患者に開示することが多い。

看護計画の実施記録は、目的別にSOAP記録、看護計画・評価、経過表の3タイプがある。看護問題、看護計画、実施と成果の一連の記録は、フロー上に表示する看護計画・評価画面に入力し、開示の際は「看護計画・経過記録」を用い

て説明する。経過の詳細はSOAP記録を用い、ソート機能で集約して看護診断ごとに患者の反応とケア記録を開示できる。治療や処置、看護側でスケジュールしたケアの実施、観察結果データ、転棟などのイベントは、「経過表」に統合整理してフロー上で表示する¹⁾。

3) 成果の記録

患者目標は、成果指標における尺度の目標値と現在値を数値化する。数値の根拠は、目標とする状態と現在の状態を患者と話し合い、具体的な行動や意思としてコメントで入力する。看

護介入に対する患者の反応を、目標とする患者の状態と比較し、随時評価していく。

4) 患者と情報共有できる記録

看護手順システムに院内で定めた略語集を表示させ、適切な用語の使用を促している。また、看護診断の定義と分類、アセスメントの視点も同様に表示でき、患者との情報共有を支援している。

5) 看護の継続

看護サマリーは、看護計画の評価記録と退院時点での患者プロフィール（セルフケアにおける機能レベルと関連情報、インフォームドコンセントに関する情報）を患者と共有し作成する。外来の継続だけでなく、転院が多い当院では、看護サマリーと看護依頼書を同様の内容として作成し、患者の同意を得て患者自身が転院先へ持参する。

2. 記録開示の基盤となる運用体制

記録開示の基盤として、次の4点を整備している。

- ① 継続的なシステムの評価と改善
- ② 看護記録マニュアルの浸透・更新
- ③ 記録監査による看護記録の標準化
- ④ 電子カルテシステムの運用の標準化を継続するための運用体制

患者看護支援システム委員会、看護記録委員会と記録リンクナース、システム普及担当者が役割を担い、看護記録の質向上とシステムの有効活用、情報開示の推進に向けて活動している（図2）。

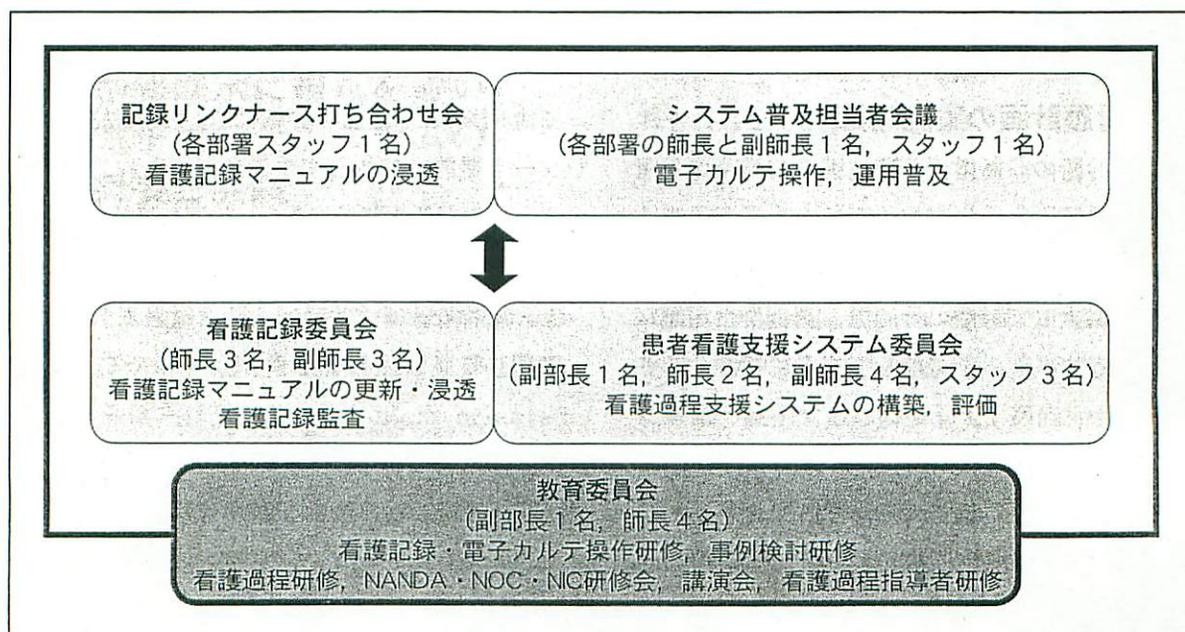


図2 記録開示の基盤となる運用体制

3. 電子カルテ導入後に 見えてきた問題点と改善策

電子カルテ導入後の問題点と改善策について次に挙げる。

・標準用語の使用については、定義を患者の状態で突き合わせて理解し活用するまでに時間を要した。特に介入についてはより具体的な表現が好まれることや、標準看護計画の不足からであった。委員会でマスターの更新を行い、フリーの内容の標準用語への置き換えを行っている。

患者から「看護師がパソコンばかり見ている」という声があった。その原因として、患者と画面を共有する余裕がないことも考えられた。そこで、システムの応答性と一画面に経過表、看護計画を合理的に参照、入力できるように改善した。

電子カルテシステムの操作方法を十分に理解

していない記録があったため、どこに何を入力すれば正しい記録になるか理解できるように、システム普及担当者を通してフォローアップを強化した。

・看護記録では、一連の思考過程が辿っていたのは24.4%であった⁵⁾。また、日々の患者状況に応じて計画の修正・変更が行われていない記録もあった⁶⁾。そのため、看護過程、標準用語の使用に関しては、事例検討による訓練、記録監査のフィードバック、ガイドの有効活用、指導者の育成に力を入れている。

4. 記録開示を促進するために 強化した院内教育のポイント

教育委員会が実施している記録開示を促進するための継続教育（表2）のポイントを紹介する。

①看護記録の概要

・POS、看護過程、電子カルテの構成要素と関

表2 当院看護部2006年度継続教育院内計画予定表（一部抜粋）

研修名	時間	目的
看護記録・電子カルテ操作研修	7時間	電子カルテシステムの操作を理解し、看護実践が記載できる
看護過程研修	0.5日	NANDA、NOC、NICの基礎知識を学び、看護過程の展開について理解を深める
事例検討研修	0.5日	看護過程を踏まえた個別的ケアの実践能力を高める
看護過程指導者研修	1日	看護過程について理解を深め、実践能力の向上を図り指導的役割を果たす
NANDA・NOC・NIC研修	1日	看護過程について理解を深め、実践能力の向上を図る

係を図式化して基本的構造を押さえる。

- ・ 定期的（記録監査後、マニュアル改編後など）に記録マニュアルを用いて指導する。

②電子カルテ操作

情報セキュリティ、個人情報保護、電子カルテの参照、事例を用いた入力操作訓練をチェックリストに沿って段階的に進める。

③看護過程展開

- ・ 講義とワークショップ形式を組み合わせる。
- ・ 事例を使って看護診断プロセス、患者目標の設定、目標達成のための介入、評価までの思考を辿る。
- ・ 研修後、知識強化のためのレポートを書く。
- ・ 模範事例のアセスメントデータベース、看護計画、実施・評価を電子カルテに入力し、記録を出力することで看護過程の流れを電子カルテ上で実践する。

④個別指導

- ・ 新人指導は、プリセプターにチェックリストを渡し、指導内容を統一する。
- ・ 医療情報担当師長がチェックリストと研修結果に基づき、定期的に病棟巡回して新人看護師を支援する。

⑤事例検討

- ・ 各自の実践事例をアセスメントから評価まで思考プロセスに沿って図表化させる。
- ・ 簡潔な事例紹介を促し、他者に看護ケアプロセスを説明するスキルを磨く。
- ・ 患者目標達成のためにはアセスメントが重要であることを再認識できるように導く。
- ・ 看護計画協働立案・情報開示の有効性を確認する。

⑥指導者の養成

- ・ 実践事例の質的な記録監査を通し、互いの判断の違いとその理由を共有する。
- ・ 看護診断の妥当性を評価する。

5. 改善後の変化

記録開示を実施している部署は全体の2分の1程度であるが、徐々に増加してきている。事例検討のアンケートから、「患者と何度も評価を繰り返し目標達成した」という看護師の満足感や充実感を知ること、開示していない看護師への動機づけになっていることがわかった。

また、患者目標の達成のためにはアセスメントが重要であることや、患者の個別性をとらえ標準用語を共通理解したチームでのかかわりが重要であることについても認識されてきている。患者満足度調査では、看護師について「親切なケア」「よく説明してくれる」という結果が多く見られている。

記録監査結果は部署間で差が見られるが、改善すべき内容が明示されることで部署ごとに段階的な目標を設定し、記録マニュアルに沿った実践に向けて努力している。

6. 各現場の管理者の役割とスタッフへのかかわり

管理者は、患者と委員会などとの橋渡しとしての役割を担うことが重要である。管理者の役割を次に挙げる。

- ① 記録監査結果に基づき部署の改善点を把握

して，指導者や記録リンクナースの役割発揮を促す。

- ② 新人看護師を迎える際は，指導資料に基づいて部署の運用を再確認し準備する。
- ③ カンファレンスを有効に活用し，アセスメント能力が向上するように助言する。
- ④ 記録開示の事例を発表する機会などを企画し，意欲や満足感が持てるように意識づける。

おわりに

現段階では，部署の特性に応じた看護計画協働立案・開示マニュアルなどを作成し運用している。これらを土台として，院内共通のガイドラインを検討し，患者参加型看護を促進していきたい。

また，記録内容においては，患者に開示する際に看護師の記録しているコメントなどが果たしてわかりやすい内容になっているかどうかを評価する必要もある。患者や家族に読まれて評価を受ける⁷⁾ことが記録のトレーニングとなるため，質を向上するためには記録開示を進めることが先決と言える。

今後は，患者の主体性を生かすことができるようなコミュニケーション技法を高める教育にも力を入れたい。

引用・参考文献

- 1) 上田順子他：開示を視野に入れた電子化と看護計画協働立案の実践，看護展望，Vol.30, No.7, P.27, 2005.
- 2) 山上浩他：医療安全管理に向けた病院情報システムの基盤整備，平成15年度国立大学病院情報マネジメント部門連絡会議プログラムおよびシンポジウム・ポスター発表演題論文集，P.64, 2004.
- 3) 金田豊子他：思考プロセスを評価可能な看護過程支援システムの開発（1）—看護診断プロセスを支援するアセスメントツールの開発—，第24回医療情報学連合大会，P.720, 2004.
- 4) 伊藤廣美他：思考プロセスを評価可能な看護過程支援システムの開発（2）—看護記録監査における有効活用に向けて—，第24回医療情報学連合大会，P.722, 2004.
- 5) 澤田裕子他：アセスメントデータベース電子化後の現状と課題，看護診断，Vol.10, No.2, P.254, 2005.
- 6) 久保千夏他：NANDA, NOC, NICを活用した転倒リスク状態における看護記録の実態，看護診断，Vol.10, No.2, P.252, 2005.
- 7) 市川幾恵：情報開示と看護記録のジレンマ，看護，Vol.53, No.14, P.107, 2001.