

# 当院における看護記録監査の変遷と今後の課題

History of Inspecting Nursing Records at the Shinshu University

Hospital and Issues Concerning Futuer Record Keeping

業務委員会 記録委員会：三橋真紀子・太田 君枝・藤澤 允子  
新倉千恵子・塩原喜久子

## 〈要 旨〉

当院では、1994年の POS 導入と同時に看護記録の充実を目指して、看護記録監査を行なってきた。その結果、病棟間格差は見られるが、院内全体としては、各監査項目の達成度は年々上昇し、当初の目標であった PONR (Problem Oriented Nuesing Record, 問題志向型看護記録) の形式に沿った記録が可能となった。

しかし、患者の個別性や看護の実施記録に係わる監査項目の達成度が毎回低い、記録に要する時間が短縮しない、などの問題が残った。

これは、看護問題を絞り込むためのアセスメントの不足、標準看護計画や看護ケアシートなどのシステムの利用方法が確立していないことが原因として考えられた。

今後は、患者個別の看護が記載された実施記録を、効率よく書いていく記録方式を確立するという活動の方向性を見出した。

## 〈キーワード〉

看護記録監査 標準看護計画 看護ケアシート 情報開示

## I. はじめに

看護記録とは看護実践の証明である。従って看護記録の充実は、より良い看護ケア実践の証である。当院では看護記録の充実を目指して、1994年より POS を導入し、看護記録の改善に取り組んできた。1995年からは記録委員会が中心となり院内統一のデータベースシートの作成、看護診断導入などの活動を行なってきた。また POS 導入に伴い記録方式を SOAP に変更すると共に、看護システムの稼働により看護ケアシートに記録することになった。(表1)

POS では PONR を通して、現在行なわれている看護が患者にとって適切かどうか監査し、修正していくことで、看護の質の向上という機能を発揮する。そこで、当院でも POS 導入と同時に看護記録監査を実施してきた。

監査を行なっていく中で、自分達は何のために看護記録を書いているのか、現在の記録方式は適切なのか、成果は上がっているのか、を振り返る機会となったので、その結果を報告する。

## II. 看護記録監査の実施

### 1. 監査表の作成

監査開始当初は他施設で作成した監査表を用いて、自部署の記録の監査を婦長・副婦長が行っていた。監査を実施していく中で、標準看護計画システム稼働後の看護記録の実情に合わない、自

部署の監査では監査基準が甘くなり、看護記録の充実につながらないなどの問題が出てきた。

そこで1997年の記録委員会で作成した新たな監査表と監査基準を作成した。監査方法も2病棟でペアを組み、相互に看護記録を交換し監査する、他者評価に変更した。その後、監査表に若干の修正を加えた。監査者も監査の信頼性、客観性を高めるため業務委員または推進委員が加わることにした。

(表2)

## 2. 実施

入院期間2週間以上の退院した患者の看護記録3冊の監査を監査表に基づいて、年2回実施した。監査のペアを組む病棟は固定した。

## III. 結果

1. 看護記録監査の項目別達成度は全ての項目で上昇している。監査項目の中で「目標は患者の行動目標であるか」「ケア計画は具体化されているか」「計画されたケアの実施記録がされているか」の3項目の達成度が毎回低くなっている。(表3)
2. 看護記録監査達成度には病棟間格差がみられる。達成度の低い病棟は看護計画、経過報告の項目の達成度が低くなっている。(表4)
3. 総勤務時間は短縮しているが、記録時間は変化していない。そのため、総勤務時間に占める記録時間の割合が上昇している。(表5)
4. 記録の手段として60~80%がコンピュータ入力である。(表6)

## IV. 考察

監査を実施することで、PONRの形式(①基礎情報、②問題リスト、③初期計画、④経過記録、⑤サマリー)に沿った記録が可能となってきた。しかし、看護問題をたくさん挙げて全てについて記載しようとしたり、経過記録の形式(SOAP記録)に捕らわれてしまい記録に要する時間が短縮しない。記録時間を短縮するためには、疾患から導き出した看護婦側からの看護問題を列挙するのではなく、その患者に本当に必要な看護問題を挙げるという問題の絞り込みが必要である。看護問題を絞り込んでいくためには、看護診断に対する理解を深め、患者の問題をアセスメントできる能力を高めていかなければならない。そしてカンファレンスで看護婦間の問題の取り上げ方の統一を図り、ケアの継続性がよくわかる記録をしていくことで、看護のみえる記録となると考える。

また、経過記録の記載内容が整理されていないため、皆が書いているのに自分だけ書かないわけにはいかない、また書いていないとその時間看護していないと判断されるなどの理由から、取り敢えず実施したことは全て記録しておこうとして書きすぎる傾向にある。他の記録類に記載したことの重複した記録も目立つ。PONRではルーチン業務や正常なことは書かなくてもよいという明確な基準を持たないと、記録に要する時間はいつまでも短縮できない。SOAP記録は、提供されたケアとそのケアがなぜ必要だという証拠を提示し、ケアに対する患者の反応や効果を記録することで、ケアの評価ができるのである。あくまで看護上の問題についてのSOAP記録を書くということをやすけてはならない。この経過記録の書き方が各病棟で意思統一ができていないと、監査の病棟間格差は改善されない。しかし、記録を効率よく行なうためには、全てをSOAPで記録しては限界がある。現在使用している看護ケアシートにルーチン業務や観察項目を入力しておくことで、

フローシートとしても活用すべきである。現在、看護システムへの入力状況は60～80%であるが、更に高めていくことで、情報の蓄積が可能となり、再現性のある記録となる。これにより転記作業が不要になって記録時間短縮につながるはずである。

監査の達成度の中で「目標は患者の行動目標であるか」、「ケア計画は具体化されているか」の2項目が低かった。これは、標準看護計画をそのまま使用していて、患者個々の状態に合わせた修正ができていないためである。これに対しては、患者と共に目標を設定し、看護計画を立案することで達成できると考える。それには、患者が自分のケア計画を立てられるような情報の開示ができる記録の整備が必要である。

## V. まとめ

1. 監査を実施することで達成度の上昇がみられた。
2. 監査項目別達成度には病棟格差がある。
3. 現在の記録方法では、記録時間は短縮はしない。

## VI. 今後の展望と課題

看護記録の充実を図るためには、単に形式を整備するだけではなく、看護記録に何をどのように記載するかを明確にしていかななくてはならない。患者に個別に提供された看護が患者も含めた他の職種にもわかるように記載された実施記録が望まれる。

同時に、個別の看護を提供するために、患者が看護ケアを自己決定できるような情報の開示が必要である。

今後は効率的でわかりやすく、情報の共有が可能な看護記録を目指していきたい。

## 参考文献

- 1) 岩井 郁子 診療記録開示をどう捉えるか 看護婦の役割と課題 看護管理8(12), 923-929, 1998, 12
- 2) PONR オーディット事例集 第1版第1刷 日総研出版
- 3) 看護によく効く POS 畑尾 正彦 第1版第1刷 照林社

表1 看護記録委員会活動状況

年	目 標	記録方法	活 動 内 容	研 修 会	その他の活動
1994 H 6	リーダーシップⅡ 研修として活動 新病棟移転に向け て院内の記録の統一 を目指す	視点を持った 看護記録 ↓ SOAP	データベースシ ートの検討	POS記録について の講義(3回) 医短 三上先生	POS 導入 受け持ち看護制 推進委員会発足 標準看護計画
1995 H 7	看護記録の内容を 充実させる ①患者に合った問題点が上げら れる ②看護計画の評価・修正をする ③データベースシートを用いて 情報収集する ④問題点に合った経過記録が書 ける	SOAP	院内統一のデー タベースシート の試案作成 内科系データベ ースシートの統 一	看護過程と看護診 断 ー データベース シートを有効に活 用するためにー 医短 小松先生	看護ケアシ ート使用開 始(10月)  看護診断導 入
1996 H 8	看護記録の内容を 充実させる ①看護計画の評価・修正を行な う ②看護過程、看護診断の学習を することで、POS記録の充実を 図る	SOAP	院内統一のデー タベース作成・ 使用 使用頻度の高い 看護診断名につ いての学習	POSと看護診断 中木 高夫先生  看護診断過程の理 論と実際 藤村 龍子先生	受け持ち看護制 推進委員会活動 終了  ベッドサイド記 録開始(一部の 病棟)
1997 H 9	看護記録の充実を はかる ①看護記録の評価 をする ②事例検討を行な い、看護がわかる 記録になっている か査定する	SOAP	事例検討 ①看護の観える 看護記録とは ②継続看護 ③アセスメント が書けるには 看護記録監査表 の作成		記録委員会の活 動継続  外来部門からも 記録委員を選出 する
1998 H 10	自分達の看護が観 える看護記録をす る 看護が継続される 看護記録にする ①自分の病棟の記 録の実態から記録 内容の基準を定め る ②看護記録の監査 を行なう ③看護記録検討会 の企画・運営がで きる	SOAP フォーカ スチャー ティング (外来・ 手術部)	「看護記録とは 何か」をテーマ に年間を通して グループワーク を行なう(7回) 記録時間実態調 査(記録に関わ る時間)		標準看護計画の 見直し  業務委員会内の ワーキンググル ープで記録時間 と申し継ぎ時間 の短縮について 取り組む

表2 看護記録監査方法の推移

年度	監査回数	監査者	監査方法
1994 ～ 1996	1回/年	婦長 副婦長	自部署の看護記録を監査表を用いて監査 対象記録：退院した患者の看護記録5部 評価基準：3段階 ○：ほとんど書けている (70-80%) △：大体書けている (40-60%) ×：ほとんど書けていない(20-30%)
1997	2回/年	副婦長 記録委員	他の部署の看護記録を監査表を用いて監査基準に従って監査 対象記録：入院期間2週間以上で退院した患者の看護記録5部 評価基準：4段階 ◎：90-100%の完成度で記載 ○：70-80%の完成度で記載 △：40-60%の完成度で記載 ×：30-0%の完成度で記載
1998	2回/年	副婦長 記録委員 業務委員で構成 し3名以上で行 なう	他の部署の看護記録を監査表を用いて監査基準に従って監査 対象記録：入院期間2週間以上で退院した患者の看護記録3部 評価基準：4段階 ◎：ほとんど書けている ○：半分以上書けている △：半分以下書けている ×：ほとんど書けていない

表3 看護記録監査項目別達成度

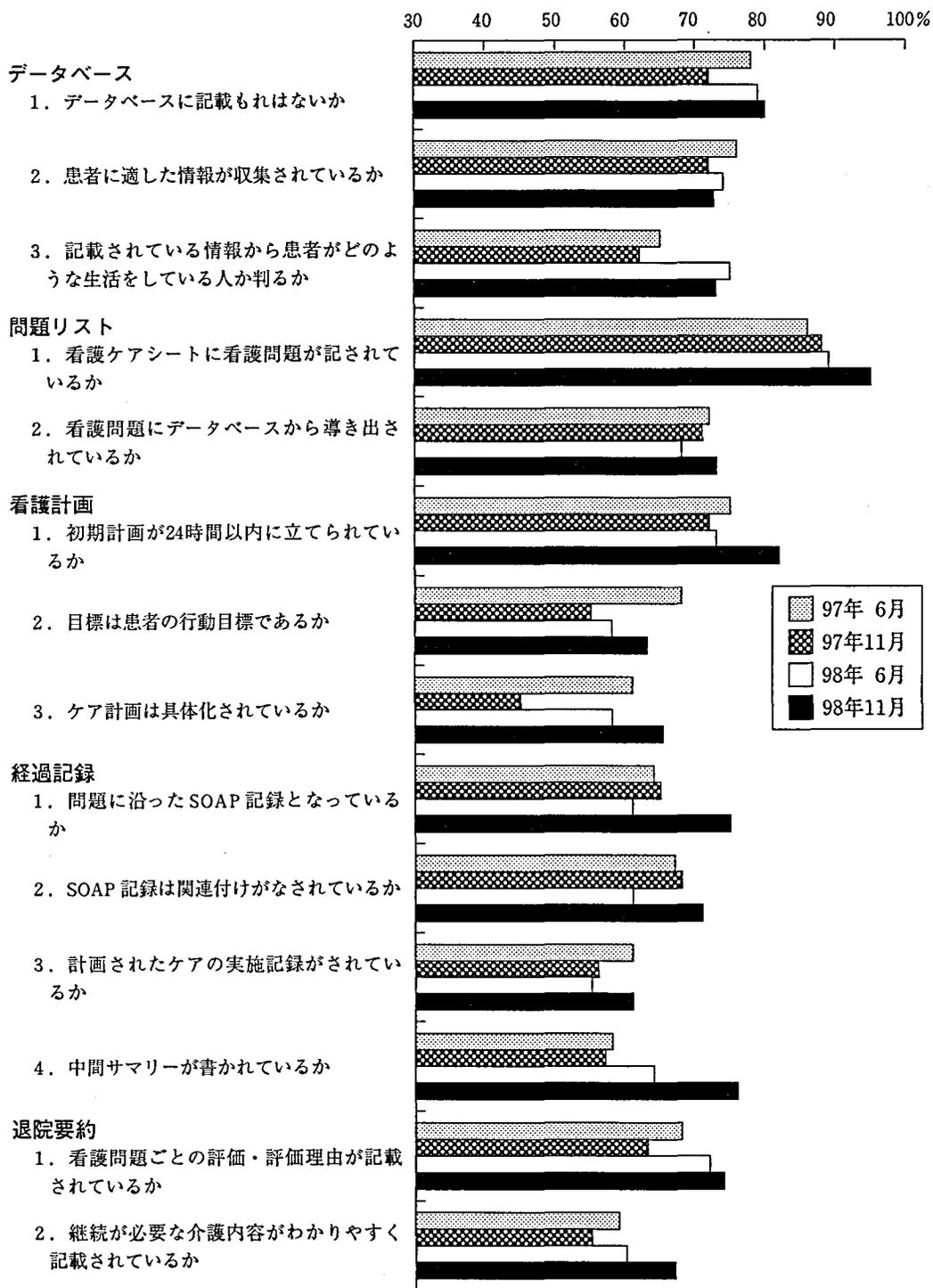
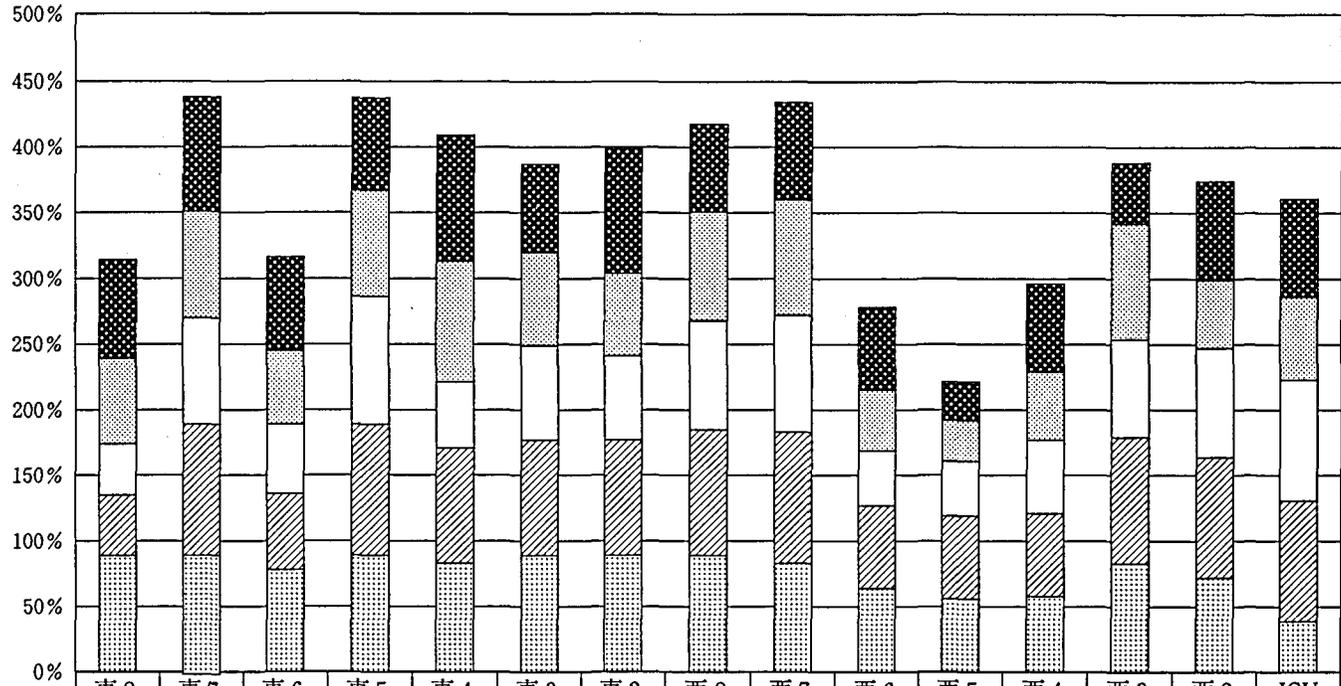


表4 病棟別監査項目別達成度



	東8	東7	東6	東5	東4	東3	東2	西8	西7	西6	西5	西4	西3	西2	ICU
退院要約計	75%	88%	71%	71%	96%	67%	96%	67%	75%	63%	29%	67%	46%	75%	75%
経過記録計	65%	81%	56%	81%	92%	71%	63%	83%	88%	46%	31%	52%	88%	52%	63%
看護計画計	39%	81%	53%	97%	50%	72%	64%	81%	89%	42%	42%	56%	75%	83%	92%
問題リスト計	46%	100%	58%	100%	88%	88%	88%	96%	100%	63%	63%	63%	96%	92%	92%
データベース計	89%	92%	78%	89%	83%	92%	89%	89%	83%	64%	56%	58%	83%	72%	39%

表5 総勤務時間と記録時間の推移

(1人平均：分)

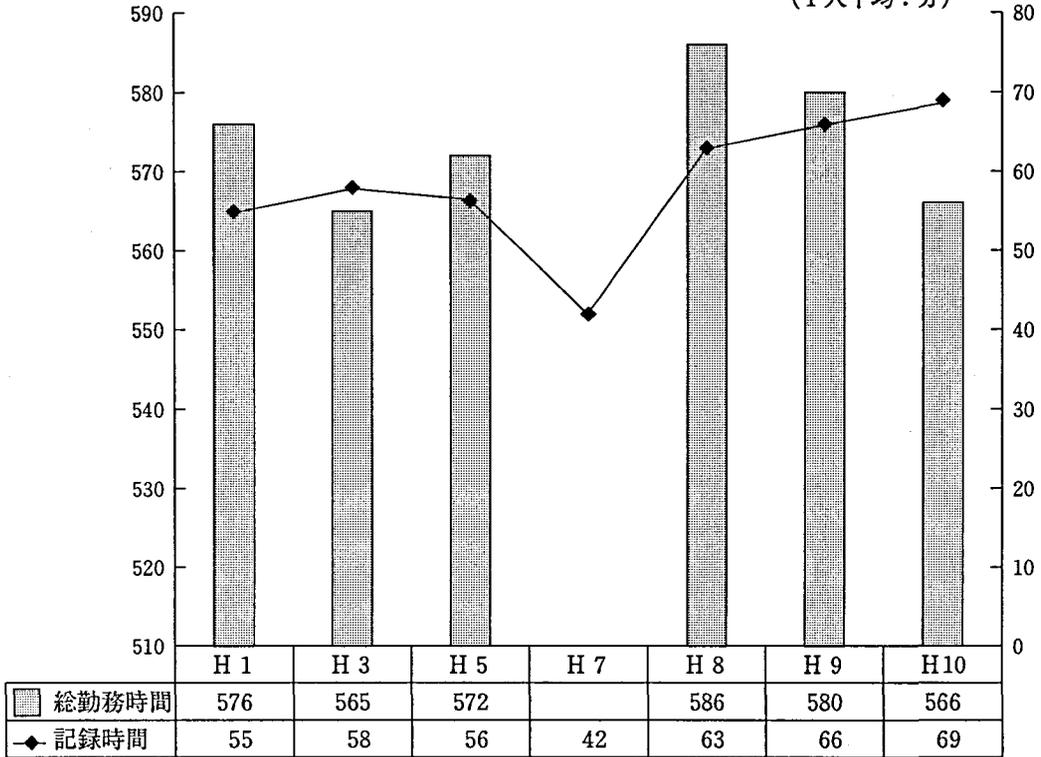


表6 記録用紙別記録方式割合

