

公募企画

公募企画シンポジウム18

看護の専門性を基盤とするケアマスタの開発とその活用

2017年11月23日(木) 12:45 ～ 14:15 B会場 (12F 会議室1202)

[4-A-2-PS18-5] 看護マスタを活用するための院内教育とその課題

伊藤 明美（独立行政法人神戸市立医療センター中央市民病院）

当院では2011年7月1日に電子カルテシステムを導入した。導入時に2002年から使用されてきた NANDAの看護診断ラベルの使用について検討し、あらためて標準看護計画を作成し看護支援システムを構築した。

構築に際して、以下の2点を目標として掲げた。1点目は、患者目標を誰にでもわかりやすい表現にすることで、患者や家族、他の医療スタッフと看護計画を共有できること、2点目は看護計画が実施され、その行為が記録に連動されることを目指した。用語表現のばらつきをなくすために、看護師が行っている看護実践用語を MEDIS-DCをベースに整理した。また、観察項目とその結果表記も統一を図った。その上で看護計画の内容と観察やケア行為の紐付けを行い、実施した内容が確実に記録に残るようにマスタで整備した。また紙カルテ上、実施していた様々な処置後の観察などが抜けないように、看護ケア行為をセット化し、実施記録として残せるようにした。その結果、看護計画で立案したケア行為が記録に残るようになった。

取り組みの過程において、従来の問題志向型から目標達成志向型への意識改革が必要であった。看護計画のマスタを作成する中心となるスタッフを対象に、看護マスタの考え方について説明をおこなった。

今後の課題として、標準看護計画とクリニカルパスの目標が完全に一致していないものも生じている。また看護ケア行為をセット化したことで、逆にケア行為項目を選ぶだけの手段となっている現状もみられている。

マスタに組み込むと個々の看護師による変更はできない。実践している看護や記録をどのようにマスタに組み込んでいくのか、また電子カルテを利用する人たちで、そのもととなる概念を共通理解していくことが必要である。

看護マスタを活用するための院内教育とその課題

伊藤明美¹⁾ 中西寛子¹⁾

*1 神戸市立医療センター中央市民病院

Something to do about education in hospital of nursing master

Akemi Ito¹⁾, Hiroko Nakanishi¹⁾

*1 Kobe City Medical Center General

In the practice of nursing, the whole nursing process needs to be documented accurately. It is essential that all literature is described and recorded by easily understandable words.

In the transition to digitalization, we have sorted out nursing terms according to the terminology for nursing practice issued by MEDIS-DC. Also, we have shifted the prospect of standard nursing plans from the method to solve outstanding issues to the way to achieve the goal.

During the course of work, we were required to improve the master plan and upgrade in-house education. To make the best use of digital health records, we need to study how to incorporate details of nursing practice and relevant records into the master plan and facilitate a common understanding of the underlying concept.

Keywords: MEDIS-DC, Standard nursing care plan

1. 緒論

当院では2011年7月1日に電子カルテシステムを導入した。電子カルテ導入までは紙カルテをベースにオーダーリングシステムを使用し、2002年から看護支援システムで看護計画を立案、紙カルテ、カードックスとともに運用していた。電子カルテ導入時には2002年から使用していたNANDAの看護診断ラベルに基づいた看護計画を再検討し、新たに目標志向型の標準看護計画を作成して、看護計画のマスタを構築した。

紙カルテ時代の看護記録においては、看護計画が立てられていても実施したことや、患者の反応など必要なことが記録に書かれていない現状があった。また略語など用語についても統一が図られておらず、洗い出しからはじめ、整理、統一化をしていく必要があった。そのため導入過程において、用語の統一にむけての整理作業や必要な記録とは何かの学習からはじめ、意識統一を図っていった。標準看護計画を構築する過程においては、患者目標、ケア計画(観察、ケア、教育・指導)のそれぞれについて、階層、表現の統一や粒度を揃えマスタを整備した。

今回、電子カルテ導入時の看護計画マスタ整備と看護マスタ活用を活用するための院内教育について報告する。

2. 電子カルテ導入時のマスタ整備の目的

紙カルテ時代は、看護計画と実践が連動していないことや看護計画に対する実施記録が不十分なことが課題として挙げられていた。それらをマスタ整備することで、改善させることができるのではないかと考えた。そのためにマスタ整備においては、看護師の行為が記録として正しくカルテ上に残され、必要な介入を考えやすく、思考過程にもつながらること、記録のツールとしての活用のしやすさを目指した。

2.1 電子カルテシステム導入に向けた準備の段階で、以下の問題解決に向けてのマスタ整理を行った。

- 1) 用語の標準化(MEDIS 看護用語の活用と略語の整備、粒度の統一)
- 2) 看護計画の表現の統一
- 3) 看護介入の必要な項目の記録、観察の漏れ防止

3. 電子カルテ導入時のマスタ整備と院内教育の

方法

3.1 用語の標準化

3.1.1 院内略語の統一

院内の記録に関係する委員を中心に全部署で洗い出しを行い、各診療科医師とも話し合いをしながら整理を進めていった。従来から使用していた院内略語は㊦は胃がん、㊧は食道がんを示すなど独自の表現がみられていた。そのためステッドマン医学略語辞典をベースに統一化を図った。

各部署から提出された看護行為の用語をEXCLEベースで整理し、同義語はMEDIS-DCを参考にしながらおこなった。例えば、清潔ケアや食事・排泄ケアなど日常生活援助に関わる用語を中心に整理した。

3.1.2 看護計画の看護ケア用語のばらつき

看護部の記録委員や主任を中心に、どの部署にも関連する共通項目や必要な観察項目、介入項目を各診療科の医師と連携しながら整理していった。提出された内容を担当者で整理しなおし、看護部の委員会へ提出。再度見直しをおこなう委員会でも共通認識や周知を図っていった。その後、決定内容を師長会や主任会などを中心に各部署への浸透を繰り返しておこなった。

3.2 標準看護計画の作成

患者参画やチーム医療が進む中、看護診断ラベルの表現が患者や医師、栄養士などに意味が伝わりにくいという意見もみられていた。その結果アウトカムを重視して、患者や他職種と目標を共有していく目標志向の標準看護計画へ変更していくことになった。その過程で問題志向から目標志向への意識改革も必要であった。そのため、NANDAの看護診断を枠組みとして作成していた全ての標準看護計画の見直しをおこなった。

3.2.1 目標志向型看護計画

当院の看護計画はNANDA看護診断ラベルを使用していた。NANDA-NIC-NOCのリンケージを使用し、アウトカム志向を検討してきた経緯がある。また医療における標準化の流れの中で、クリニカルパスの導入や病院間連携パスなど用語

の標準化を行っていった。その後、患者や家族にもわかりやすい看護計画が求められるようになってきた。当時使用していた看護診断ラベルは、患者や他職種に意味が伝わりにくくアウトカムを重視して、患者や他職種と目標を共有していく目標志向型を目指すことにした。

ただし、標準化できない対症看護に対する計画や個別性に対する計画は従来の看護診断を使用している現状である。

3.2.2 看護計画と記録の連動

看護計画は標準看護計画と看護診断に基づく看護計画を第一階層とした。第2階層として、標準看護計画のフォルダの中身は当院の看護基準に基づき15分類とした。第3階層は疾患別、症状別、治療別、成長発達別として分類した。(図1)

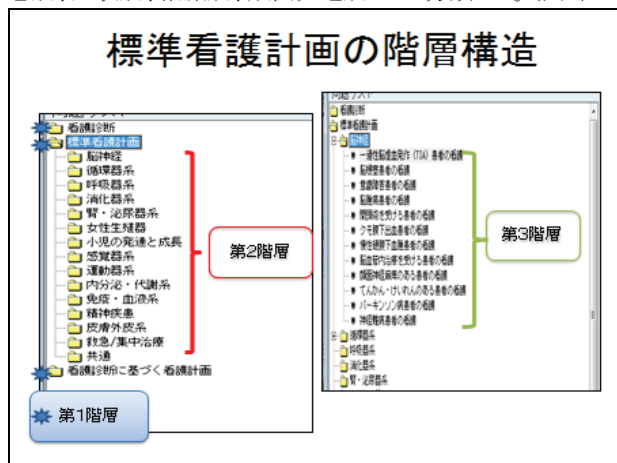


図1 標準看護計画の階層構造

第4階層はパッケージにあった患者目標と看護介入とし、マスタ以外にもフリー入力を可能とした。また看護介入項目には図2のようにマスタで紐づけしたケア項目が存在することを＊アスタリスクで表記した。(図2)

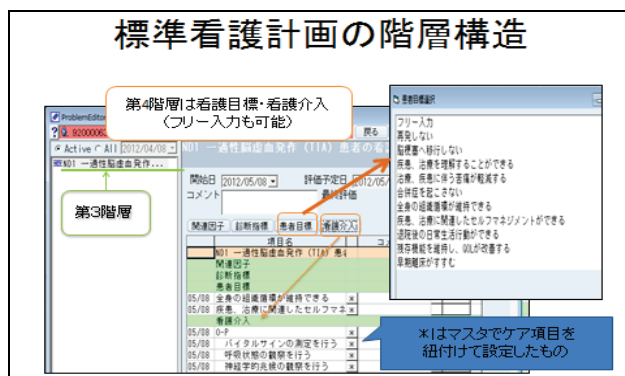


図2 標準看護計画の階層構造

看護介入項目とケア項目を紐づけしているため、例えば一過性脳虚血発作の患者の看護を選ぶと問題関連としてケアとして必要だと予測される脈拍や血圧、意識レベルなどが表示され選択できるように設定した。必要な項目をその中から選択し、詳細設定できるように考えた。その表示をさせることで、必要なケア項目が考えやすくなることを目指した。(図3、図4)

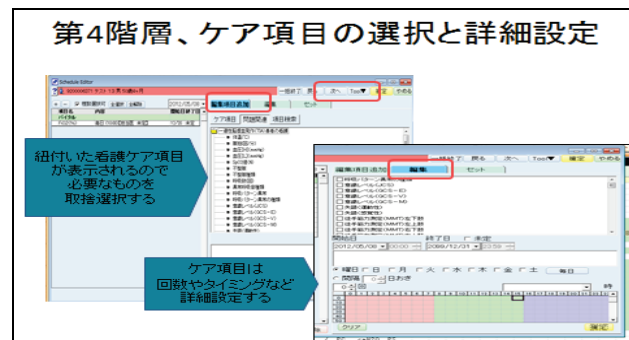


図3 ケア項目の選択と詳細設定

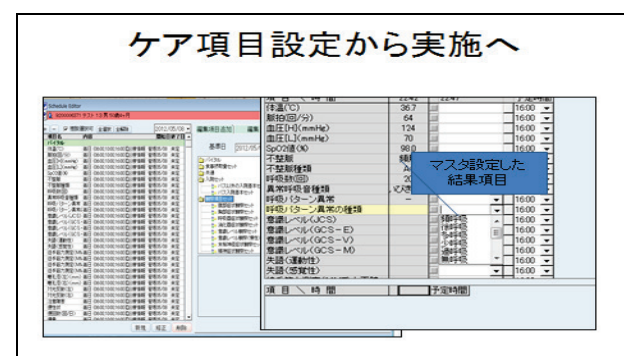


図4 ケア項目設定から実施

計画したケアの実施、または観察結果を入力することで立案した看護計画が実施したものとして記録できるように設定した(図5)。

統一した用語を使用し、看護計画とケア実施が連動することで記録に残れば、評価もしやすくなる。また誰が見ても看護師の行っていることがわかりやすく、実施したことが明らかな記録につながることを想定して取り組んだ。

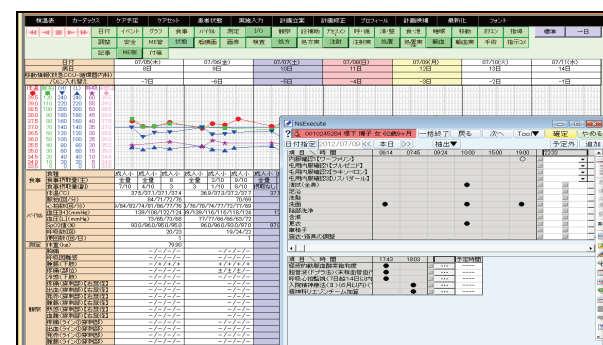


図5 実施記録

3.2.3 マスタ階層と構成

マスタはMEDIS-DC 看護実践用語標準マスタに準じて、階層を整理していった。当院の状況に合わせて過不足の整理を行っていった。その時点では、教育・指導項目が少なかったため、階層を揃えながら独自の項目を追加していった。

看護介入項目はOP(観察項目)、TP(援助項目)、EP(教育項目)とし、従来の方法を継承した。各部署の責任者を決めて入院頻度の高い疾患や治療方法別に整理をした。

3.2.4 マスタ作成

提出された看護実践用語をMEDIS-DCを参考にしながら統一を図った。

①OP(観察項目)は結果の表記方法を数値化(+、-、±、+、++)で統一、部位や症状については単語表記、例えば、「ドレーンの排液性状」についてはMEDIS-DC 観察マスタの選択肢から選択できるもの(血性、淡血性、淡々血性、暗血性、漿液性、胆汁様、胃液用、膿様)とした。②TPは具体的な内容表記の統一化を図るために曖昧な表現を削除した。例えば「安静度に応じた清潔ケアをおこなう」、「ADLに合わせた清潔ケアをおこなう」などはできるだけ表現を合わせていった。実際に行っている介入内容がわかるように項目に挙げて整理をした。またMEDIS-DCの看護行為のマスタの第3階層の行為名称を看護ケア用語として取り入れ、領域ごとにコーディングした。電子カルテの検温表のケア行為における表示の枠組みが14個だったため、それに合わせてケア項目の表示フォルダの枠組みを考えた。

③EPは具体的な内容表記をおこなうこととした。例えば、「安静度の必要性について説明を行う」、「術後の経過や状態について説明を行う」などとし、何についての説明を行ったかがわかるように表現した。それらを excel 表でマスタ化した(表1)。

表1 標準看護計画の介入内容とケアを紐付けたマスタ (Excel 表)

目次の	第1階層	第2階層	第3階層看護問題名称	介入種別	看護介入名称	ケア項目 (MEDIS-DC第二階層)	ケア項目 (MEDIS-DC第三階層)
1-1	標準看護計画	脳神経	一過性脳虚血発作 (TIA) 患者の看護	αp	バイタルサインの測定を行う	≫ バイタル	血圧(H)(mmHg)
1-1	標準看護計画	脳神経	一過性脳虚血発作 (TIA) 患者の看護	αp	バイタルサインの測定を行う	≫ バイタル	血圧(L)(mmHg)
1-1	標準看護計画	脳神経	一過性脳虚血発作 (TIA) 患者の看護	αp	バイタルサインの測定を行う	≫ バイタル	経皮的動脈血圧(H)(mmHg)
1-1	標準看護計画	脳神経	一過性脳虚血発作 (TIA) 患者の看護	αp	バイタルサインの測定を行う	≫ バイタル	経皮的動脈血圧(L)(mmHg)
1-1	標準看護計画	脳神経	一過性脳虚血発作 (TIA) 患者の看護	αp	バイタルサインの測定を行う	≫ バイタル	体温(℃)
1-1	標準看護計画	脳神経	一過性脳虚血発作 (TIA) 患者の看護	αp	バイタルサインの測定を行う	≫ バイタル	脈拍(回/分)
1-1	標準看護計画	脳神経	一過性脳虚血発作 (TIA) 患者の看護	αp	バイタルサインの測定を行う	≫ バイタル	不整脈の種類
1-1	標準看護計画	脳神経	一過性脳虚血発作 (TIA) 患者の看護	αp	バイタルサインの測定を行う	≫ バイタル	SpO2値(%)
1-1	標準看護計画	脳神経	一過性脳虚血発作 (TIA) 患者の看護	αp	呼吸状態の観察を行う	≫ バイタル	呼吸数(回)
1-1	標準看護計画	脳神経	一過性脳虚血発作 (TIA) 患者の看護	αp	呼吸状態の観察を行う	≫ バイタル	呼吸音の異常
1-1	標準看護計画	脳神経	一過性脳虚血発作 (TIA) 患者の看護	αp	呼吸状態の観察を行う	≫ バイタル	呼吸音の異常
1-1	標準看護計画	脳神経	一過性脳虚血発作 (TIA) 患者の看護	αp	呼吸状態の観察を行う	≫ バイタル	呼吸パターン異常の種類
1-1	標準看護計画	脳神経	一過性脳虚血発作 (TIA) 患者の看護	αp	神経学的兆候の観察を行う	≫ バイタル	意識レベル(GCS)
1-1	標準看護計画	脳神経	一過性脳虚血発作 (TIA) 患者の看護	αp	神経学的兆候の観察を行う	≫ バイタル	意識レベル(GCS)
1-1	標準看護計画	脳神経	一過性脳虚血発作 (TIA) 患者の看護	αp	神経学的兆候の観察を行う	≫ バイタル	瞳孔径(左)(mm)
1-1	標準看護計画	脳神経	一過性脳虚血発作 (TIA) 患者の看護	αp	神経学的兆候の観察を行う	≫ バイタル	瞳孔径(右)(mm)
1-1	標準看護計画	脳神経	一過性脳虚血発作 (TIA) 患者の看護	αp	神経学的兆候の観察を行う	≫ バイタル	対光反射(左)
1-1	標準看護計画	脳神経	一過性脳虚血発作 (TIA) 患者の看護	αp	神経学的兆候の観察を行う	≫ バイタル	対光反射(右)

3.3 看護マスタの活用のための院内教育

看護マスタを活用することは即ち、看護計画の立案、実施と看護計画の評価と修正を行い、記録をすることとなる。そのため、一連の看護過程の実際は、記録を監査することで把握できるため、看護マスタの活用についての院内教育の母体を看護部の記録委員会組織の組織体制を活用することとした。看護部の記録委員会組織は師長・主任が行う記録委員会と各病棟の記録委員会で構成されている。まず、看護記録の監査票を作成し(表2)、各病棟の記録委員がその監査票を基に定期的に看護過程や実施記録の監査を行い、記録委員リnkナース会で自部署の監査結果を発表した。

表2 看護記録監査表

項目	
1	受け持ち看護師の明示がなされている
2	緊急連絡先が2カ所以上記載されている
3	キーパーソンが記載されている
4	患者基本の情報が入力されている
5	入院に必要な左記の記録がなされている
6	入院時看護計画が24時間以内に立案されている
7	看護計画の評価・修正・カンファレンス記録
8	体温表の記入
9	イベント欄は移動情報と術後日数のみである
10	院内略語を使用している
11	見下し表現になっていない
12	主観が入った表現になっていない
13	曖昧な表現を用いていない
14	不適当な記号を使用していない
15	変換ミスや誤字がない
16	DP使用時の場合、アフトカム評価が毎日なされている
17	退院時記録に必要な記録がなされている

実践したことを記録に残す必要性(図6)やなぜ用語の統一が必要となるのか、だれが見てもわかりやすい記録はどのようなものかなどについて、具体的な例を挙げて説明を繰り返した。毎月各部署から記録に関する委員や業務に関する委員を中心にカルテの監査から浮かび上がった問題点や表現方法など具体的に話し合いながら修正を重ねていった。以前からカルテ監査を実施しており、各部署で毎月何冊かのカルテを委員だけでなくスタッフが実際に監査表に沿って内容を確認することを繰り返していたことが、記録の大切さや用語の統一に向けての素地になっていたと考える。また各部署から出された疑問や問題点などともに委員会の中で、看護記録に関する教育や看護計画の立て方や、実践した内容を記録に残す意味などについて必要な教育を繰り返しおこなっていった。同時に実際の具体例を挙げながら説明をしていくことが、各自が電子カルテのイメージがなかなかできない中で進めていく行方上では有用であった。決定した内容を周知していくときにも口頭だけでなく、書面で具体的に記載していく方法をとった。

日常的におこなっていることに対し、あらためて看護過程や目標志向型の看護計画の考え方、用語統一の必要性の理解と看護師として自分たちが実践していることを言語化することを意識化させる必要があった。外部講師を依頼し、用語の標準化の必要性について周知を図ることもおこなった。またクリニカルパスにおいても看護実践用語を意識して、看護の観察や実践の整理をしていった。

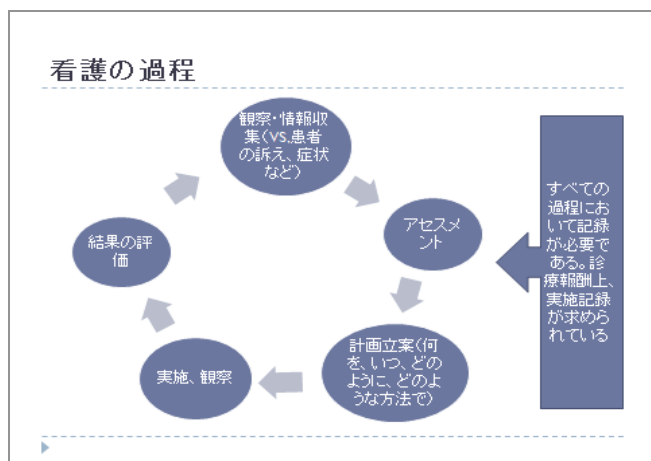


図6 看護過程と記録

4. 結果

4.1 用語の標準化

電子カルテの準備期だった紙カルテ時には、看護計画の標準化はされていたが、実際に記録する際の看護観察項目や看護ケア用語は略語集があるのみで標準化されていなかった。看護用語の標準化について教育講演後に MEDIS-DC の看護実践用語の観察編を活用した。紙ベースに観察用語を記載し、－ ± ＋ ++ として観察結果を記載していった。また紙ベースの観察項目も標準用語を使用することにした。そのため電子カルテ導入時には、MEDIS-DC の看護行為項目をスムーズに活用することができた。

現在検温表の記録において、略語やケア用語などの統一は図れている。観察結果の表記においても、選択式になっているため統一を図ることができている。但し、経過記録においては適宜注意が必要である。電子カルテに移行してからは、略語よりも誤変換による記載がみられるようになっている。そのため監査など適宜注意を促していく必要がある。

また電子カルテの場合、ケア項目の登録をしなければ、血圧や体温などの観察結果も記録が行えない。そのため、緊急入院やクリニカルパス以外の入院患者の場合に備えてケアセット（図7）を作成した。観察項目が簡便に追記できるようシステム化したケアセットは、よく活用されており徐々に個数が増えていった。現在「食事摂取量セット」1 項目、末梢点滴挿入セットやドレーン挿入時セットなどの「共通セット」26 項目、腹部症状観察セットや胸部症状観察セットなどの「観察項目」30 項目、全身麻酔などのバイタルサインの項目が入った「バイタル」9 項目、「入院セット」3 項目、切迫早産に必要な観察項目や乳房観察に必要な「産科観察セット」6 項目トータルで 75 セット存在している。

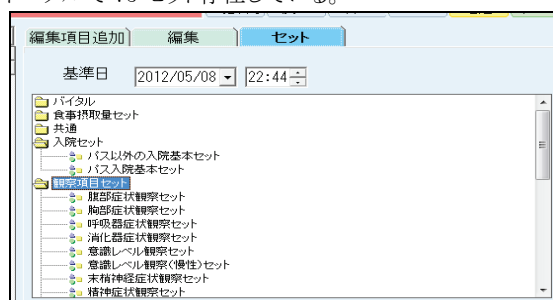


図7 ケアセット

4.2 標準看護計画

看護計画においては、すべてが目標志向型の標準看護計画に移行できておらず、2009 年度版の NANDA の看護診断ラベルが現存している状況である（図 8）。標準化されない対症看護に対する看護計画や共同問題については従来の看護診断ラベルを使用している。

電子カルテ導入後の 2012 年から 2016 年までの看護診断ラベルの上位3つは「身体損傷リスク状態」「急性疼痛」「活動耐性低下」であった。標準看護計画は「化学療法を受ける患者の看護」「脳梗塞患者の看護」「吐血、下血のある患者の看護」が選択されていた。当院は予定入院が 6 割、緊急入院が 4 割を占めている。また緊急入院の 8 割以上が救急外来経由である。そのため急性発症や増悪などの状況で入院となる為、選択されるラベルも急性期の病院の傾向を反映したものになっている。また当院はクリニカルパス適応率も 6 割を超えているため、予定入院については優先的に使用されていると予測される。

4. 3院内教育

電子カルテ導入後、看護計画の評価・修正やクリニカルパスのアウトカム評価率の低下、院内規定以外の略語の使用が見られたが、各病棟の記録委員が監査結果を自部署にフィードバックするとともに病棟会や個々のスタッフに教育的指導を行ったことで看護過程や記録が円滑に活用され、クリニカルパスのアウトカム評価率も向上した。

5. 考察

日本看護協会看護業務基準の中に「看護実践の一連の過程の記録は、看護職者の思考と行為を示すものである。吟味された記録は、他のケア提供者との状況や、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。必要な看護情報をいかに効率よく、利用しやすい形で記録するかが重要である。」¹⁾との一文がある。

当院においても電子カルテ移行前に看護記録とは何か、自分たちが行っている看護行為について繰り返し話し合いを行った。当院の看護計画は図 8 のようになっている。NANDA 看護診断（診断のみ）は使用されておらず、看護診断に基づく看護計画と目標志向の標準看護計画を使用している。NANDA の看護診断については、2003 年前後の導入時に全体で勉強会がもたれたが、継続的な研修はなされておらず、NANDA の考え方や診断ラベルについても当てはめているのが現状となっていた。2011 年の電子カルテ導入時にすべて標準看護計画に変更する予定であったが、準備が間に合わず現在に至っている。看護計画を患者にも他職種にもわかりやすい表現で記載することは、現在のチーム医療や患者参画の看護計画を考えていく上では大切なことだと考える。

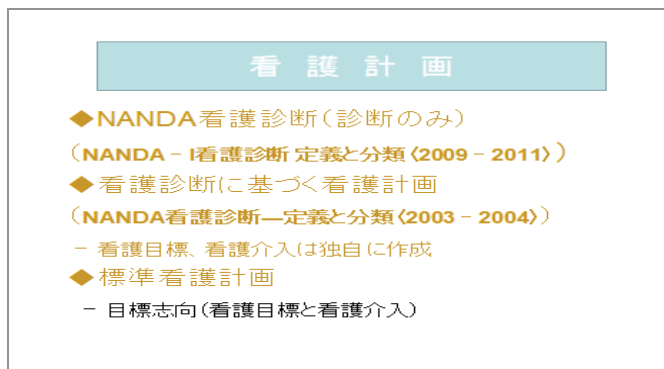


図8 当院の看護計画

標準看護計画においては共通項目や疾患別に分け、具体的な観察項目や計画内容が記載してある為、慣れていない場合でも間違いなく選べることができれば一定の計画は立案できるようになっている。そのことはある一定の看護を提供できることにつながっていくことにはなるが、逆にこのような便利なツールが新人看護師に自分で考える機会を減少させ、個別性を踏まえた看護過程を展開する能力の育成を妨げることが懸念されるとの指摘もある²⁾

しかし、看護師が日常的に行っている思考過程を整理して、看護ケアの実践や記録から読み取っていくには、体系化された看護計画マスタが必要である。今後包括医療として病院と他施設や地域の訪問看護ステーションなどとスムーズな連携を図り、継続看護を強化していくうえでだれがみても、わかりやすくだのような看護が行われ、継続として必要なことは何なのかを記述していくことが必要である。電子カルテ導入時に用語をMEDIS-DCと紐づけをおこなったことは、自由記載だった表現を統一することができ、不必要な略語を排除することにもつながった。

また、看護部記録委員会を通じて看護記録の監査から自部署での看護過程や記録に関する問題を把握し、自部署において改善に向けての取り組みを行ったことは院内教育に多大な効果的であったと考える。

今後は次年度の更新に向けて、看護計画の見直しや統一、用語の整理などおこなっていく。その段階でスタッフに基本的な看護計画の考え方や用語の使い方、基準や手順と標準看護計画の関連など整理しながら伝えていく必要があると考えている。

自分たちが行う看護実践が患者の情報からアセスメントし、必要な観察や介入方法、患者への指導方法などをその人に合った方法で行っていることが記録や計画から読み取っていくようなものになるように標準看護計画のマスタを考えていきたいと考えている(図9)。

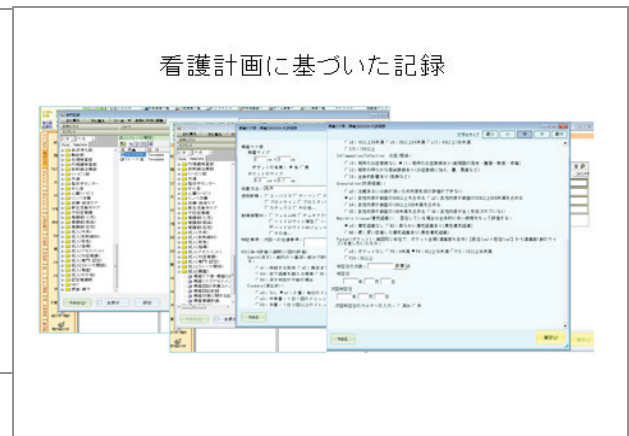


図9 看護計画に基づいた記録

参考文献

- 1) 看護業務基準 1995 年、日本看護協会
- 2) 新人看護師の電子カルテを用いた診療記録活用における課題
日本赤十字広島看護大学紀要 2012