

# 看護記録における医療—介護連携に関する記述の基礎調査

## Basic Analysis of Descriptions on Medicine-care in Nursing Records

上坂 静耶\*<sup>1</sup>  
Seiya Uesaka

土方 嘉徳\*<sup>1</sup>  
Yoshinori Hijikata

鈴木 齋王\*<sup>2</sup>  
Muneou Suzuki

\*<sup>1</sup> 関西学院大学商学部  
School of Business Administration,  
Kwansei Gakuin University

\*<sup>2</sup> 宮崎大学医学部附属病院  
Faculty of Medicine,  
University of Miyazaki Hospital

Communication and collaboration between hospitals and nursing homes is required in these years. It is important to record the state of the patient at another facility. Thus, we analyzed the nursing records in University of Miyazaki Hospital to find content on the information of another facility and the state of the patient there. We analyzed nursing records of four nurses and found that there is little records according to the state of the patient at another facility.

### 1. はじめに

近年、医療と介護をとりまく現状は大きく変動しており、疾病構造の変化、医療ニーズの多様化、医療提供体制の機能分化によって、「病病連携」、「病診連携」、「医介連携」などの動きが広がっている。このような医療連携システムや在宅医療においては、大学病院など高度な機能を有する中核病院、市立病院など地域密着型の一般病院、かかりつけ医など地域診療所、老人ホームやデイサービスなどの介護施設、さらには患者の家庭まで含めた情報共有が重要となる。

電子カルテによって集められた情報は、院内の医療従事者間で共有されるだけでなく、地域の医療従事者との間でも共有されたり、さらに患者の転院や退院後に地域の医院や介護施設において活用されたりすることも期待されている。

しかし、各医療機関における電子カルテには、記載される病院以外の施設や家庭での患者の様子に関する記載など、各種連携にとって有益な情報がどれほど存在するのか分からないのが現状である。そこで中核となる大学病院の看護記録に、どれだけ上記のような各種機関の連携に関する情報の記載があるのかを明らかにする。

### 2. データ収集

看護記録について、日本看護協会は「看護記録および診療情報の取り扱いに関する指針」にて以下のように述べている。

1. 必要なことは漏れなく記述する
2. 必要でないことは一つも書かない
3. 無防備な看護記録の現実を改める
  - 個人的感情の記載
  - 感想、憶測、個人的見解
4. [大原則]重大医療事故発生時には、記録方式を経時的記録に変える

看護記録の様式には、基礎情報(データベース)、看護計画、経過記録、要約(サマリー)等がある。このうち経過記録にはいくつかの記述方法があり、そのひとつが SOAP と呼ばれるものである。これは以下の4項目にそって記載していく方式である。

S(subjective):主観的情報 - 患者の話から得られた情報

O(objective):客観的情報 - 身体診察・検査から得られる患者の様子や認識の状態

A(assessment):評価 - 診断、OとSから考えられること

P(plan):計画(治療) - 治療方針・内容、生活指導

しかし、看護記録は生活歴や検査歴、予約などのメモとして使用されていることもある。テキストデータである経過記録に明確なルールは存在しないため、細かい記述方法は記載者によって異なる。看護師は、患者が述べた言葉を覚えてメモを取り、最後にまとめて電子カルテに入力している[申間 12]。

本研究では、宮崎大学医学部附属病院で運用されているクリニカルパスの看護記録を分析した。入手した時点でデータ内の患者氏名および記載者氏名は匿名化されている。2013年12月21日～2018年3月30日の期間にSOAPに分けずにフリーテキストで書かれた看護記録と、2013年10月5日～2018年3月30日の期間にSOAPの形式で書かれた看護記録があり、この両方を分析の対象にした。フリーテキストのデータでは、記録数が274,008件、記録者総数が995名、患者総数が8,718名である。SOAP形式のデータでは、記録数が142,662件、記録者総数が549名、患者総数が4,778名である。各データには、定型項目もあり、患者ID、患者氏名、患者診療科、患者の性別、生年月日、文書番号、文書名称、タイトル、Subject、Object、Assessment、Plan、フリーテキスト、入院/外来区分、記載日付、記載者氏名、記載者所属部署、修正者氏名、修正者所属部署が記録されている(ただし、個人情報には匿名化されている)。

### 3. 分析方法

#### 3.1 記録の調査項目

対象データの Subject, Object, Assessment, Plan および SOAPに分けずにフリーテキストで記載された記録において、関連機関との連携に関する以下の情報が書かれているかどうかを手で調査する。

#### (1) 病診連携・医介連携に関する情報

他施設との連携に関する記述が存在するかどうかを調査者が判断しタグ付けする。具体的には、転院前に治療していた病院や入院前に入所していた介護施設における患者の様子に関する記述や、退院後の自宅における患者の生活状況に関する記述、患者の家族が発した言葉の記述などが挙げられる。

連絡先: 土方 嘉徳, 関西学院大学 商学部,  
兵庫県 西宮市 上ヶ原一番町 1-155, 0798-54-6205,  
contact@soc-research.org

また、上記情報と関連のある情報(看護師の記録の特徴)として、以下のものを人手または計算機により調査する。

### (2) 看護師による主観的記述

看護師による主観的な記述が存在するかどうかを調査者が判断しタグ付けする。

### (3) 専門用語の数

医療関係の専門用語がどれだけ使用されているかを計算機により調査する。具体的には、看護記録中のテキストに対して、医療用語辞書(ライフサイエンス辞書 [金子 93])中の単語で検索を行い、適合した単語の数を記録する。

### (4) 形容詞の数

主観的記述に用いられることの多い形容詞がどれだけ使用されているかを計算機により調査する。具体的には、看護記録中のテキストに対して、形態素解析を行い形容詞の数を記録する。

### (5) 記載の量

看護記録の記載量(テキストサイズ)を調査する。

## 3.2 看護師の属性

病診連携・医介連携に関する情報を書くかどうかは、看護師のキャリアや経験に依存するかもしれない。そこで、記録した看護師の年齢と勤続年数も調査する。これらの情報は、職員リストのデータ(個人情報匿名化されている)から得た。

## 4. 分析結果

本分析は人手によるタグ付けが含まれるため、全データを対象とするには時間が必要である。そのため、まずは内科(5階西病棟・第1内科)で受診しているある患者に対して、看護師4名(それぞれ A, B, C, D)がフリーテキスト形式で記述した記録を対象に分析を行った。全員が女性で、それぞれの勤続年数は A が5年、B が3年、C と D は2年であった。

調査結果を表1に示す。4人の看護記録においては、他医療機関における患者の様子についての記述は見られなかった。しかし退院指導に関する記述の中で、次回外来日時およびその病院、紹介状の有無に関する記述が15件見られた。各看護師の記述総数に占める、自宅での患者の様子が書かれた割合については、どの看護師も1%に満たなかった。家族の言葉の記述数は A が最も多い27件、B, C, D はそれぞれ6, 3, 5件であった。

表1 第1内科の医介連携に関する記述の数

看護師	A	B	C	D
勤続年数	5	3	2	2
記録総数	728	539	508	324
他施設での患者の様子	0	0	0	0
他施設との連携情報	13	2	0	0
自宅での患者の様子	5	1	0	2
自宅での様子記述割合(%)	0.687	0.186	0.000	0.617
家族の言葉	27	6	3	5
家族の言葉記述割合(%)	3.709	1.113	0.591	1.543

## 5. 考察

まずは他医療機関における患者の様子についての記述が見られなかったことについて考察する。今回の記録は、ある病棟(5階西病棟)の入院患者に関するものであった。入院にいたるまでの経緯はそれまでのカルテに記載されているはずなので、本人に確認するまでもなかった可能性がある。今後は外来患者についての記録も分析する必要がある。

次に、医介連携に関する情報が記載されていることについて考察する。今回の記載者はほぼすべて大学病院で勤務する看護師である。患者が大学病院を退院し他の施設や自宅で治療・介護を進める際には看護師が退院指導を行う。このときの記録として次回外来日時およびその病院、紹介状の有無に関する情報を記載する。また、看護師は病診連携に関する知識を持ち合わせており、患者が大学病院を退院し他の施設で治療・介護を進める際に活用できることを理解して記述していると考えられる。

次に、患者の家族が発した言葉に関する記述数が目立って多かったことについて考える。看護師 A が記述した27件のうち19件がインフォームドコンセントについての記録だった。看護師は医師が説明する際に同席することも多く、このときの様子や反応を細かく記録している。インフォームドコンセント以外にも、看護師は訪室の際に面会に来ていた家族とコミュニケーションを図っていることがわかった。患者本人の意思や家族の思いについて詳細を記録していたこともあった。

最後に、各特徴をもつ記述数と看護師の属性について考察する。今回このような記述を行っていた看護師は勤続年数が最も長い看護師 A であった。実施した処置や観察初見の記載に終始することなく家族とのやりとりまで記録していたのは、長年の勤務経験によるものが大きいと考えられる[山崎 15]。

## 6. まとめ

今回の調査では、医療一介護連携に関する情報は、日付や紹介状の有無など、事務的な内容に限られて記載されていた。また、他医療機関における患者の様子に関する記載は見られなかった。一方、退院後に有益になりそうな家族が発した言葉に関する記述は存在した。今回の調査結果から、大学病院においては、医療一介護連携に関する有用な記述は看護記録に、ほとんど残されていない可能性があることが分かった。しかし、病院での診療行為だけでなく、患者の家族の言葉が記録として残されていたことについては、医療一介護連携を進める上で、助けとなるかもしれない。今後は、主観的記述に関連する項目にも注目し、データ数を増やして分析していく予定である。

## 謝辞

本研究は JSPS 科研費 17KT0084 の助成を受けたものです。

## 参考文献

- [串間 12] 串間宗夫ほか: 電子カルテテキストデータに関する一考察. 人工知能学会第1回インタラクティブ情報アクセスと可視化マイニング研究会(2012)
- [山崎 15] 山崎友義, 串間宗夫, 荒木賢二, 鈴木齋王: 論文 TETDM を用いた電子カルテテキストデータ分析. 第29回人工知能学会全国大会(2015)
- [金子 93] 金子周司ほか: ライフサイエンス辞書プロジェクト. <https://lsd-project.jp/> (1993)