

看護過程システムの検討

看護実践に即し効率的で且つ個別性を重視した看護過程の展開

群馬大学医学部附属病院 杉本 厚子

【概要】

当院では業務検討を行う中での問題として超過勤務の増加があり、超過勤務の業務は何かを調査した結果、記録に時間を割いていることが解った。このことを受け看護記録委員会において記録の効率化をめざし、また次期システム更新に向け看護過程システムの検討を3年前より取組を開始していた。

今回このことをテーマとして取り上げ、記録委員会のみでなく、基準手順委員会やクリニカルパスWG、看護支援システム委員会等が個別に活動している各委員会の成果を統合し、より良い看護過程システムを検討することとしたので、実践報告する。

【背景】

当院では看護過程の展開を行うに当たり、過去には標準看護計画を登用し行ってきたが、2002年に標準看護計画を廃止し、看護診断（NANDA）とクリニカルパスで看護実践を行ってきた。しかし在院日数の短縮や患者の高齢化、入院時の看護業務の繁雑さから記録による超過勤務の問題、計画立案のスタッフ間での質の差異が生じてしまうことが問題であった。そこで看護基準を看護計画に組み込み、これをベースに個々の患者の特性に応じて個別の看護計画を効率的に作成していくシステムを構築すること、また患者参加型の看護計画になっていない点についても検討することが課題である。

クリニカルパスは医療を揺らぎなく適切に進めるために、重要な診療の道標である。大学病院における高度な医療では、すべての疾患にパスが適応されるものではないが、定期的な診療の部分については、パスを設定することは可能であり、パスの適応により患者と診療のプロセスを共有し、職種間の診療の見通しを改善し、医療の質のみならず、患者満足度の向上や安全管理にも効果的かつ効率的と考えるが使用率が上がらず H24 年度の使用率 35%にとどまっている。電子化も含めて今後使用率を上げられるかも課題である。

【実践計画】

構造 電子カルテの展開の遅さ・充電切れによるロスタイム・電子カルテの台数不足を改善する。

過程 看護記録時間の長さの内容を具体的に調査し改善に向ける。クリニカルパスのアウトカム分析（紙パスではあるが）を開始し、EBNに基づいた修正・改善を行い双方が効率よく展開することで医療の質の継続的向上を図る。

記録委員会・基準手順委員会・クリニカルパスWGの各委員会での検討内容を統合していくことで看護過程システムの効率化を検討していく。

【結果】

構造 電子カルテの展開の遅さに関しては、医療情報部で改善に努めている。また充電切れに対して新たに充電器をノートパソコンに設置しベッドサイドでのデータ入力時の充電切れの防止に努めた。またシステム委員会においてパソコンの不足調査を行い各病棟新たに2台追加配置し、ナースিংカートも1台配置、ロスタイムの縮小につなげることができた。

過程 記録時間の長さに関しては、看護記録監査月2例を集計した結果から、経過表（温度板）入力とSOAP記録の重複記録の多いことが明らかになった。また記録をする時間帯が、業務終了してから16時過ぎに行う習慣になっていることも分かった。リアルタイムの記録を行うことを目指しこの2点に関して記録委員会よりリンクNsへ指導し各病棟、改善していくよう周知した。

さらに急変時の記録に関しても、対応が落ち着いた後に記録の入力を行っていたが、他病院の視察から、急変対応記録用紙を作成し、即時に記録を残し電子カルテにはスキャンするシステムとした。その結果申し送り前に検温表入力が進んでいるかという調査において8月と11月の調査で比較すると、8月の調査では済んでいない病棟が2部署あったが、11月の調査では済んでいない病棟はなくなり、徐々にではあるが業務改善されてきている。

質向上及び維持に対しては、看護診断研修をラダーレベル0のスタッフに2回、ラダーレベルⅡ~Ⅲのスタッフに1回、さらに看護診断研修をラダー取得必須研修と位置づけ教育的に関わっている。また看護基準を看護計画に組み込み、これをベースに個々の患者の特性に応じて個別の看護計画を効率的に作成していくシステムはH27年度のバージョンアップに向け引き続き検討していく。

入院時の業務は外来受診時に入退院センターにて行い薬剤師・ソーシャルワーカーも情報を取り、入院と同時に治療が開始でき継続的な医療の提供を行うシステムとしている、現在予定入院患者の50%まで行っている。今後予定入院100%をめざしている。

アセスメントデータベース（ゴードンの機能的健康パターン）に関しても以前は簡易版と通常のデータベースと2種類を使用していたが、簡易版のみが使用されるようになっていた。この状態で事例研究等データを必要とするときには簡易版では情報が足りないという問題が生じた。そのためアセスメントデータベースを一本化した。しかし入院時に全部を記入しなくても良いこととし、必ず情報を取らなくてはならないものを必須項目として運用している。次期システム更新では看護部門のみの情報とするのではなく医療情報として他職種が共有できる情報システムとするため、入退院センターを中心に検討中である。

患者参加型の看護に関しては、参加型と言っているかどうかは不確かであるが、まず看護計画の提示に関しては病院機能評価を機に開始した、内容の充実は今後も継続的に検討していく。

クリニカルパスに関しては当院の全パス数は171うち年間10例以上適用したパスは昨年度95パスである、このパスのバリエーション分析を行い各パスの評価修正を行うことに関して、今年度は呼吸器外科クリニカルパスの在院日数、胸腔ドレーン・硬膜外麻酔の留置日数、胸腔ドレーン抜去からの退院日、パス延長例などのデータを集計しその結果を踏まえパスの修正を行った。さらにパスの電子化を、現在の電子カルテでは不完全の運用ではあるが、冠動脈造影・下肢動脈造影検査（2泊3日）電子化運用2月中旬より開始した、このパスの運用が順調であれば乳腺：甲状腺手術パスも電子化へと計画を進める予定である。

【評価及び今後の課題】

業務中心の効率化を求めることは進んできており、成果は看護記録監査や業務量調査のデータに表れてきている。看護基準を基に看護過程を展開し、新人と熟練との質的差を補完し、最低の質保証を実現すること、クリニカルパスの電子化を進め使用率を上げることはその礎を築きつつある。

電子カルテの効率を求めながら看護師のアセスメント能力を低下させないことも検討することが急務であり、実践計画では質的評価を患者満足度としたが、どのようにデータとし評価していくか、看護実践記録も時代の流れで日々変化していくため、将来を見据えながら、PDCAサイクルを回しながら検討していくことが課題である。