

多様化する看護記録の整理に向けた試論

前田 樹海^{*1} 北島 泰子^{*1} 古澤 圭壺^{*2} 山下 雅子^{*1}

^{*1}東京有明医療大学 ^{*2}東京有明医療大学大学院

Consideration to organize increasingly diverse nursing records

MAEDA JUKAI^{*1} KITAJIMA YASUKO^{*1} FURUSAWA KEIICHI^{*2}
YAMASHITA MASAKO^{*1}

^{*1}Tokyo Ariake University of Medical and Health Sciences

^{*2}Graduate School of Tokyo Ariake University of Medical and Health Sciences

This paper discusses how nursing records should be and presents a tentative idea for the nursing records in the era of interprofessional cooperation, from the position that data and information are analyst- or problem-solver-dependent matters.

Originally nursing plan should be written in the framework of the nursing process based on the assessment by nurse from patient data. However, various forms such as “Standard Nursing Plan”, “NANDA Nursing Diagnosis related Nursing Plan”, “NIC Linkage”, and “Critical Path” have been prevalent as a form of nursing records.

On the other hand, interprofessional cooperation is advancing and medical information system in which multiple medical professions are involved is common, so, nurses is compelled to use these nursing plans as well as original nursing-process-based nursing plan. We have to consider if this situation contributes to efficiency in recording or we can call these new types of nursing records “nursing record”.

With using disease/treatment-wise standard nursing plan, for example, once the name of the disease is determined, nursing plan for the patient would be chosen automatically. Under this scheme, we face the issues whether nursing plans can be determined before nurses visit the patient, whether nurses can take responsibility for the plan being not based on their assessment, and that hindsight bias relating to the assessment would take place.

According to Blum (1986), “data” are the uninterpreted items given to an analyst or problem solver, and “information” is a collection of data elements organized to convey meaning to the user. Applying these definitions to each profession’s record, data and information each profession enters, and the entries they made only have to be understood among the profession. With this concept, it would be one idea that nursing care starting with doctor’s diagnosis should be written on the form for doctors, and nursing care based on the assessment derived from data collected by nurses should be written on the form of nurses as nursing record.

Keywords: nursing record, data, information, multidisciplinary cooperation

1. はじめに

看護計画は、アセスメント、計画立案、実施、評価というYura と Walshによる看護過程¹⁾の枠組みの中で、個々の患者のデータに基づく看護師のアセスメントをもとにシステムティックに立案されるものとされ、このことは現在の看護教育にも息づいている。看護過程の発表表と時期を同じくして、Weed²⁾により開発、発表されたPOS(Problem Oriented System)およびその記録形式であるSOAPは、欧米において大きな反響をよび³⁾、日本には日野原⁴⁾が1973年に著した書籍で紹介したのが日本におけるPOSならびにSOAPの嚆矢である。以来、わが国において、主観的データ(S)、客観的データ(O)をもとにアセスメント(A)を行ない、看護計画(P)を立案するという流れは、看護過程の段階と呼応していることも相まって、臨床での看護記録の記載だけでなく看護基礎教育においても広く普及している考え方となるに至っている。もっとも、日本において看護計画という言葉は、それ以前からあり(たとえば吉武⁵⁾)、問題解決型志向という点でも一致していたと考えられるが、その後の看護教育や臨床における看護記録を概観するに、舶来の看護過程やSOAPに一元化されたものと推察される。

2. 問題点

しかしながら、近年、記録の効率化や看護記録用語の標準化などの潮流の中で、疾患・治療別看護計画、

NANDA看護診断別看護計画、NICリンケージ、クリティカルパスなど多様な標準看護計画が普及するとともに看護記録においても種々の様式がいわば群雄割拠するようになってきた。その一方で、他職種との連携、多職種が相互乗り入れする医療情報システムの普及に伴い、これらの標準看護計画ないしは従前の看護計画を併せて複数同時使用せざるを得ない場合があり、必ずしも記録の効率化に寄与しているとは言えない状況、もしくはそれがはたして看護計画と言えるのであろうかという問題が生じてきたと考える。

たとえば、ある患者の記録はSOAPに記載、別の患者の記録はチャートに記載など、患者によって記録様式が異なると記録の効率化とは逆行すると考えられる。また看護では、従来、各患者のケアに必要な情報をカードックスで一元的に管理する手法が採用されてきたが、電子カルテにおいては一元化よりも多職種で共用することが優先されているためか、従来のカードックスのような画面で一元的に必要な情報が得られるという設計思想はないかのように見受けられる。

さらに、本論で最も問題と考えられるのは、疾患・治療別標準看護計画においては、医師による確定診断がつき、診断名が決まれば自動的に標準的な看護計画も決まることである。この方式の場合、入院時に診断名が付きさえすれば、極論を言えば、一度も会ったことのない患者であっても看護計画が決まるという不具合が

ある。看護師の職能団体である日本看護協会が発行する看護業務基準⁶⁾によれば、「看護記録とは看護職の思考と行為を示すものである」とされており、看護師の思考の産物ではない標準看護計画に基づく看護記録がたしかに看護記録と呼べるのかについては点検が必要と考える。

また、看護師が自らのアセスメントに基づかない看護計画に対して責任をもち得るのかどうかという問題も提起されるであろう。逆に、かかる定型的な看護計画による看護の対象に病状悪化などの変化があった場合、実際には考慮していなかった事項であっても、標準看護計画には記載されているので以前から考慮していたかのような、記録における言わばあと知恵バイアスを増長させる要因となる懸念もある。

3. 提案

Blum⁷⁾によれば、データは分析者や問題解決者にとって未解釈の事項、情報は利用者にとって意味をもたらすようなデータ要素の集まりと定義される。つまり、未解釈の事項すべてがデータなのではなく、それを使用して分析や問題解決にあたらない人にとってはデータですらないと解釈できる。また、情報であるか否かは利用者に意味をもたらすかどうかで決まるのであって誰かにとっての「情報」が、別の人にとっての「情報」であることを担保しない、換言すれば、情報であるかどうかを決めるのはほかならぬ利用者自身であることを示していると考え。

この考え方を医療に携わる各職種に敷衍すると、それぞれの職種、立場によってデータや情報は異なるということが見て取れる。各職種の記録するデータや情報は職種依存の事項であり、共通する部分もあるとは言

え、看護師には看護師のデータや情報が、医師には医師のデータや情報があると解するのが妥当であり、このゆえにある職種の書いた記録は一義的には当該職種の間で理解されればよいものと解される。かかる考え方に則れば、医師の診断した疾病名を出発点とする標準看護計画に基づくケア(保健師助産師看護師法による診療の補助業務)については医師の記録上に記載し、看護独自のアセスメントに基づくケア(同法による療養上の世話業務)のみを看護記録として記載することも一案と考える。これは一見すると看護師の記録する様式を徒に増やしているかのような印象を持たれるかもしれないが、各職種が責任を持ってデータならびに情報の管理を行うという視点に立てば、このような記録の整理方法も一考に値するであろう。

参考文献

- [1] Helen P. Yura, Mary B. Walsh. The Nursing process; assessing, planning, implementing, and evaluating. Washington, Catholic Univ. of America Press, 1967.
- [2] Lawrence L. Weed. Medical records that guide and teach. New England Journal of Medicine 1968;278:593-600.
- [3] 日野原重明,青木恵子,新井和子(訳). 看護のためのPOS. 医学書院,1978:1.
- [4] 日野原重明. POS The Problem-Oriented System医療と医学教育の革新のための新しいシステム. 医学書院,1973.
- [5] 吉武香代子,内田卿子,伊藤暁子. 看護計画. 医学書院,1967.
- [6] 看護業務基準(2006年度改訂版). <https://www.nurse.or.jp/home/publication/pdf/2007/kangokijyun2006.pdf>. 日本看護協会出版会,2007:7.
- [7] Bruce I. Blum. Clinical information systems-a review. The Western Journal of Medicine 1986;145:791-797.