

看護記録の内容の煩雑化回避と情報網羅の両立に向けて

北島 泰子^{*1} 山下 雅子^{*1} 前田 樹海^{*1} 辻 由紀^{*2}^{*1}東京有明医療大学 ^{*2}東京湾岸リハビリテーション病院

Towards nursing records maximizing information contained and minimizing nurses' input.

Kitajima Yasuko^{*1} Yamashita Masako^{*1} Maeda Jukai^{*1} Tsuji Yuki^{*2}^{*1}Tokyo Ariake University of Medical and Health Sciences^{*2}Tokyo Bay Rehabilitation Hospital

The purpose of this study was to explore factors of weakness in nurses' use of the SOAP format on the nursing record in their daily nursing service. In addition, to propose an idea for an optimum method for keeping nursing records. The structure of the SOAP format was set up to utilise extraction of problems style. Subjective Data or Objective Data were unable to function in isolation due to underived Assessment and Plan. However, information of isolation data can sometimes signal a serious problem or mean something.

We researched the 25 nurses working in a unit of a hospital, and asked them whether they had had an experience of discarded information actually turning out to be of importance. In one instance, a nurse gave attention to the behavior of one patient, though it was difficult to record by use of the SOAP format on the nursing record. Afterward that patient became fatal, so that the behavior of the patient at that time was of significance for later.

The SOAP format was superior in terms of enabling the record of nurse's observations and thinking to be written briefly. At the same time it was fraught with possibilities of loss of key information. It is getting even more complicated if nurses have to record the patients' data all of the time in chronological order. Electronic health record system has increased in the past few decades. It is suggested that by use of Folding mode and Development mode of electronic health record system it may become almost possible to create a clear, concise and detailed record.

Keywords: nursing record, SOAP, time-oriented record, complication avoidance, cover all the information

1. はじめに

かつて看護記録は経時記録が主流であったが1973年に問題志向型システム(POS: Problem Oriented System)の記録方法が日本に紹介され、看護記録のあり方に影響を与えた[1]。POSの一構成部分である経過記録はSOAP(S: Subjective Data, O: Objective Data, A: Assessment, P: Plan)に沿って記録されるようになり定着に至っている。経時記録は看護師が行った業務を全部記載するという方法であったがSOAPによる経過記録は一転して患者の問題抽出のための情報に焦点化され、それ以外は記載の対象外とする記録方法となっている。これは常に患者の記録を効率よく整理された状態で使用することを可能にし、情報が煩雑にならず、また閲覧したい情報にアクセスしやすいなどの利点がある。

日本看護協会の看護業務基準によれば、「看護記録は看護職者の思考と行為を示すものであり、看護実践の一連の過程を記録したものである」とされている[2]。SやOのうち、AやPを導出する根拠とならないものはAやPの付随なしにSまたはOだけが単独で記録に残ることが原則的にはない。看護業務基準のいう看護記録のあり方に照らし合わせれば、単に患者の主観的データや看護師が観察した客観的なデータだけを形式的に羅列した記録はAやPを導出しない、つまり看護職者の思考を示すものではなく、従って看護記録にはふさわしくないということになる。またSOAPの記載方法では、看護職者の行為を記載する箇所が存在しない。例えば看護師が実施した看護援助のみをSOAPの記録方法に則って記載しようとしても的確に該当す

る記載箇所がないことに気が付く。林茂氏は、SOAPには行ったこと、実施したケア、処置を書くところがないことを指摘し、これをSOAPの1つの欠点であると述べている[3]。これらを勘案するとSOAPによる看護記録は、記録に書く情報を記載以前に取捨選択された状態で形作られているということになる。しかし、このAとPを導出しない患者のSやOが記載できないという原則では、患者の後に重要な情報となりうるデータを取りこぼしてしまう可能性がある。さらにSOAPの記録方法では収集した情報の範囲でAとPを導き出すが、果たしてその情報を取得した短時間だけを切り取ってアセスメントが可能であるのか疑問が残る。これはAやPに繋がらないことから記載対象とならなかったSやOが、長期的、または超長期的にみて何らかのサインであったことを見逃すことになる。同時にこれは、記録をする看護職者の思考を情報不足から浅薄なものにしてしまう可能性も高い。

看護業務基準の述べる看護記録の原則をすべて満たすことができる記録方法は存在しない。「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」と言われていることからSOAPが定着しているという事もいえるが、データの取りこぼしを恐れれば経時記録が推奨されることになる。これは「日本看護協会が作成した指針類における記録の記載基準」にある「医療事故発生時の記録」から垣間見ることができる[2]。重大医療事故発生時には、記録物の提出が求められることを前提に、大原則と謳って記録方式を経時記録に変えたとされている。これはデータの欠落をさせないための行動であると考えられる。記録内容には、

治療・処置・ケアについて、いつ・どこで・誰が・何を・どのように実施したか、指示者ならびに実施者の氏名、および患者の反応・状態、患者・家族への説明内容などを客観的・経時的に記載する、とされている。経時記録はSOAPでは記載できないデータを記載することが可能となるものの記録が大量かつ煩雑になり、看護記録の煩雑化回避と情報網羅の両立というトレードオフの問題に直面する。

本研究では、患者または看護職者自身、さらには両者には直接関係はないが患者のデータの一部分と考えられるようなデータを入手したものの、看護記録がSOAP記載方式であるために記載が出来なかったデータについて調査する。実際に病棟勤務をしている看護師を対象にSOAP記載方式の基準に達しないと判断し記載しなかったデータが後の患者の急変や死亡を示唆しているものであったことを強く記憶している事例について調査を行う。この調査結果をもとに、情報網羅という点でSOAPの劣位性を浮き彫りにする。次に情報網羅を可能とし、さらに煩雑性を回避するという両視点で今後の看護記録の方法について議論する。

2. 方法

調査期間:2013年9月13日～9月24日

調査対象:准・正看護師、助産師、保健師のいずれかの資格を有し、入院の対象が成人患者(産婦人科を除く)である病棟に勤務している看護師25人。

調査手続き:

東京都北部の市街地に所在する病床数105床の一般病棟の2病棟(A病棟:療養型病棟、B病棟:内科・外科の混合病棟)の看護師への質問紙調査であった。質問紙では、参加者が勤務している病棟で調査開始の日から遡って直近10人合計20人の既に死亡した患者を具体的に挙げ、その患者に対し入手したデータの特記事項と捉えたにもかかわらず、観察時点ではSOAPの経過記録には記載対象外と判断し記録をせず、その後患者に急変が生じたこと、または死亡したこと等を強く記憶している事例について自由に回答してもらった。同時にその記録対象外と判断したデータを取得した時間は、患者に急変や死亡が訪れるどれくらい前のことであったか記載してもらった。回答者が患者を確実に特定できるよう氏名の他に性別、年齢、病名、病棟での特徴などの情報も病院側の協力を得て配布時に質問紙に記載してもらった。回答後は質問紙上の患者情報を全て切り取ってもらい無記名で回収した。この質問紙の回収率は100%であった。

質問紙の対象となった患者のうち、最も多くの看護師がSOAPの経過記録には記載対象外と判断したデータが、その後の患者の急変を示唆するものであったことを記憶していた1事例について事例研究を行うこととした。事例研究では、看護師が記述した質問紙への回答の内容と当該患者の公式な看護記録とを照査し、記載不適切と考えられてきた情報の種類と内容等を確認した。

3. 倫理的配慮

本研究は東京有明医療大学倫理委員会の承認を受けて実施した。参加者には文書で調査内容を説明した後、質問紙への記入をもって参加承諾とみなした。患者の個人情報扱うのは全て病院側とし、病院の許容範囲内で患者情報の提供を受けた。看護記録の閲覧

に際しては、事前に看護管理者に個人が特定できないよう加工してもらったものを閲覧するようにした。また、個人名はすべて伏せ、研究班には一切個人名が把握できないようにした。

4. 結果

4.1 結果の概要

看護記録には記載しなかったが、その情報が後の患者の急変や死亡を示唆するものであったと記憶している事項としてA病棟では10件、B病棟では8件の自由記載があった。得られた全自由記載内容について表1に示す。自由記載の内容は、Sに分類されるデータのみならずOやAに該当するデータ、SOAP記載方法では分類不可能なデータ、さらに実際行った看護援助を記載しているものなどがあつた。またそのデータを取得した時間は患者に急変や死亡が訪れるどれくらい前であったかという問いに対しては、最小で3～4時間前、最大で72～96時間前、最も多かったのは48～72時間前という回答であつた。

対象となった患者のうち患者kは5人の看護師が自由記載をしているが、⑦の「他のチームのためあまり接触なし」という記載は除外した。

4.2 事例紹介

調査結果から一番多くの看護師から記載不適当と判断されたデータがあつた患者kについて紹介する。

患者kは男性、肝内胆管癌で終末期の患者であつた。家族の希望で医師から本人には胆管炎という病名が伝えられていた。既往には洞不全症候群がありペースメーカーを植え込んでいた。

4.3 公式看護記録との比較

患者kの公式な看護記録と質問紙への自由記載の内容とを比較した結果を表2に示す。質問紙の回答から記載不適当と判断したデータを取得した時間に相当する公式看護記録の箇所の内容と対比させた。

5. 考察

本研究では取得したデータを特記事項と捉えたにもかかわらずSOAP形式の経過記録には記載対象外と判断し記録をしなかったが、その後に患者が急変、または死亡したことを強く記憶している事例について自由に回答してもらった。

まず表1に示す18件の回答から、⑦と後述する患者kに関する回答を除きデータを分類した。②、④はSデータに該当する。看護師が「家に帰ってきた」という言葉を聞いただけであると、患者の発言は実際の行動を表現しているものではないため、その言葉の真意を測るのは困難でありAを導出するには情報が不足している。一方で「家に帰ってきた」、「生まれた家に帰りたい」という言葉を深読みすれば臨終の時を示唆しているかのような言葉とも捉えることができる。しかし患者の言葉の意味を看護師の主観から解釈するしか方法がないようなデータをSOAPに記載することは躊躇される。看護師は②、④のデータを約4日前に重要性の高いものと認識していたにもかかわらずSOAPのSだけが単独で記載されないという原則と4日間という時間の幅をもってAを導出することをしない記載方法によって取りこぼしたデータとなつたと考えられる。

②、⑨はOデータに該当すると考えられる。②にはS

が付随していないが、仮にこのデータからAを導出するならば、危険行動と捉えることが妥当なのではないだろうか。転倒転落の危険があるにもかかわらず看護師を伴わないで歩行するということからPは転倒転落防止のための看護計画が立つと予測される。しかし看護師は、このデータを転倒転落の危険性ではなく、急変や死亡を示唆する行動であると捉えたことから自分の思考過程を記録することを躊躇したと考えられる。

⑨のOは、看護師が観察した結果ではあるが客観的データではなく主観である。これは結果的に後の患者の急変や死亡を示唆するサインであったとみることができるが、看護師の主観は看護記録に記載するデータとはならないため、記録として残さなかったと考えられる。看護師の主観を記録に記載しないことは看護記録の原則に従っているということになる。しかし看護記録の原則から外れていても大きな意味を持つデータであれば取りこぼすことがないような記録方法が必要となるだろう。

⑩、⑪、⑫、⑬、⑭、⑮はSOAPには分類できないデータである。褥瘡の臭いや患者の体臭という観察データではあるが、看護師の主観や曖昧な表現、他者とは共有が不可能な個人の感覚や視覚が入り混じっておりSOAPのみならず看護記録の原則からみても記載が憚られるデータである。しかし、これらのデータですらデータ取得時点で後の患者の急変や死亡を示唆するものであると捉えているのであれば、無視されてよいデータであるはずはなく、何らかの記録方法が考案されるべきであると考えられる。

患者kに対する回答は、公式な看護記録と対比させた(表2)。①はほぼS、O、A、Pに該当する内容が記載されている。それ以外のSOAPでは記載する箇所がないが重要性が高いと思われるデータについて検討する。「元々、さみしがり屋な本人だが、普段よりも強く一人でのいるのが淋しい、不安であるとの訴えだった」という内容は、患者の性格を「さみしがり屋」であると看護師の主観で表現しているという点、「普段よりも強く」と、これも看護師の主観で判断している点で看護記録の原則に反している。「ナースステーションの横のリカバリー室へ転床し、ナースがすぐ近くにいたことを伝え、しばらく眠るまで様観」という内容は実施した看護援助を記載している。SOAPでは看護師の実践を記載する箇所は存在しないため、これらの内容は記録に残すことができない。このデータを得た時点で、仮にこれらの内容をPとして、次の看護計画を立案したとすれば記載が可能である。しかし実際は看護師がこの場で患者のために直ちに起こした行動であるのだからPと考えるのはふさわしくないとすれば、AとPとPの実施がほぼ同時に遂行されたと考えることができる。①の公式の看護記録からは、この一連の迅速な行動を読み取ることができない。情報の共有という目的が果たせていない記録となっていると言えるだろう。

「本人がなんとなく悟ったのか何か感じたのか普段とはちがう訴えの強さを見て、このPtの死期がすぐ近くまで来ていると感じた」という内容は看護師の主観というよりもむしろ“虫の知らせ”とでもいうような推測が表現されている。これをAと捉えたとAを導出するまでの看護師の思考過程は言語化が困難であり、またその過程を他者と共有するのも困難になることが予想され

る。しかしここまでの一連の内容は、後の患者の急変や死亡を示唆するものとして非常に重要性の高いデータであったと考えられ、これらを表現できないSOAPでは、ほとんどのデータや看護師の援助が欠落してしまうことになる。①の公式の看護記録と比較すると、公式の看護記録では、回答内容のような深い洞察がなされていない。また同時にAとPの導出がないままの記録となっており、本来のSOAPの原則からいえば、この記録は不完全な記録と評価されてしまうことになる。

③のデータはSデータと判断できる。しかし公式の看護記録には記録がない。これはSだけが単独で存在することがないという原則のSOAPの弊害であるといえるだろう。「おれもうだめだから」というこの言葉は患者が自分の死期を悟っている言葉であると推測できるが確信はない。このSデータを取得した時点でAを「患者の死期が近い」と記録する専門職がいいるだろうか。しかし、このデータも重要性が高いものであったと判断できるが、残念ながら公式の看護記録からは欠落してしまっている。

⑤、⑥は患者から直接得たデータではなく、看護師の主観や自覚した身体的変化、他の患者の言動や病棟の環境が患者kの急変や死亡を示唆するデータとして捉えられている。これらのデータは結果的には重要性が高かったということになるが、公式の看護記録に関連する内容の記載はない。SOAPの記載方式では全く表現することができないデータであるということになる。仮に経時記録であっても記録に残すことは困難なデータであると考えられる。

以上のことから、SOAPでは多くの重要性の高いデータを取りこぼしてしまう危険を孕んでいるということが明らかになった。看護業務基準(日本看護協会、1995年)によれば、「看護実践の一連の過程は記録される」として、以下の内容が記されている。「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、他のケア提供者と情報の共有や、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」[2]。日本看護協会という看護記録のあり方からすれば、SOAPは「看護職者の思考を示す」、「吟味された記録」、「必要な情報を効率よく」、「利用しやすい形」ということに適っている。一方で「看護の実践の一連の過程」、「看護者の行為」を記録することができない。さらに今回の調査から重要性が高いと考えられたデータは「日本看護協会が作成した指針類における記録の記載基準」[2]の中の記載上遵守すべき原則で述べられている、想像や憶測、感情的表現などは書かない、根拠のない断定的な表現、あいまいな表現はしない、に該当するものが多かった。しかし原則から逸脱しているデータであっても簡単に捨てると判断することの危険性を重視し、何らかの記載できる方法を考案すべきであると考えられる。

本研究の調査結果のようなデータをすべて記録として残すことは記録が煩雑となり、情報共有の際に非常にわかりにくいものとなる。この記録の煩雑性回避と情報の網羅というトレードオフを解決するために、電子カルテのもつ特徴を利用するという手段が考えられる。ホームページや電子メールに利用される折り畳み/展

開方式を用いることを提案する。通常業務では表示されないが、電子カルテ上には記録が残る「折り畳み」をデフォルトとし、煩雑化回避モードとして「折り畳み」を、必要に応じて「展開」で詳細が閲覧できるような形式を導入する。本調査で得られたような看護師にとって重要性が高いと判断されるデータを自由に記載することで情報網羅を可能にする。このことから同じカルテ上でも情報量は豊かになり、また長期に渡るデータからAを導出する困難が解決されることから遠慮深慮の働いたAやPを導き出すことに繋がるだろう。

6. むすび

本研究から看護記録には記載不適当とされるデータにも重要性の高いものがあることが示唆され、それを取りこぼさないように記録する方法が検討された。看護記録の形式には、看護記録の目的と意義の全ての

表1 看護記録に記載しなかったデータ

整理番号	患者ID	自由記載内容
①	K	夜間、本人よりナースコールあり。訪問時発汗多量で「苦しい。なんか不安で・・・俺死んじゃうのかな」と訴えてきた。元々、さみしがり屋な本人だが、普段よりも強く一人で行くのが淋しい、不安であるとの訴えだった。ナースステーションの横のリハビリ室へ転床し、ナースがすぐ近くにいることを伝え、しばらく眠るまで様観。本人がなんとなく悟ったのか何か感じたのか普段とはちがう訴えの強さを見て、このPtの死期がすぐ近くまで来ていると感じた。
②	Q	認知症のあるPtがサクを外して木のイスを押して廊下まで出てきた(元々、介助での車いすは可能な方ではあったが)麻薬投与中のPtがN-C押し「家に帰ってきた」と言ってきた
③	K	亡くなる前日に「家族をよんで欲しい。おれもうだめだからあいつい。」と話していた。
④	P	生まれた家に帰りたいと間際に言っていた
⑤	K	入院患者のおばあちゃんが、大声を出して騒いでいる時に、入院患者が急変することがあり、kさんのときもそうだった。
⑥	K	左肩が重く何かが起こるのではと思った。病棟内では認知症の患者さんがいづいなくな大声で叫んでいる。そういう時は誰かが亡くなるか具合が急変している。
⑦	K	他のチームのためあまり接触なし
⑧	T	夜のラウンド時、ベッドサイドにいてと誰かがこちらをうかがっているような・・・振り返るとトイレの方に隠れてしまう。
⑨	A	苦痛な表情や険しい表情だったのが、急に優しい表情に変わった。
⑩	C	それ迄していた腐敗臭の様な臭いが無くなった。
⑪	H	急に存在感というか、影が薄くなった様子がした。
⑫	I	褥瘡の臭いや身体からの臭いが消えた
⑬	A	亡くなる数日前(2〜3日)から生臭いような、何ともいえない臭いがあったが亡くなる日に臭いが消えていた。
⑭	C	常に臭いがあった人だが2〜3日前からキツイ臭いになり臭いが消えたと思ったら亡くなった。
⑮	F	2〜3日前から臭いが出てきて、亡くなった日に臭いが消えていた。
⑯	I	亡くなる2〜3日前から耳鳴りがあり、病棟内を小さい黒い影がウロウロしていた。
⑰	J	亡くなる2〜3日前から、むなさわぎ＆空気のざわめきを感じ、前日から耳鳴りと黒いカゲがウロウロ(病棟内)していた。亡くなる1時間前に耳鳴りが消失、カゲも消え、ざわつきも消えた。臭いもなくなっていた。
⑱	G	なにげにもう、もたないだろうと思った

条件を満たすものはない。看護記録の煩雑化回避と情報網羅の双方を解決する方法を提案することができたが、記録を入力する労力が増加するという新たな問題も生じることになる。今後の課題となるだろう。

7. 謝辞

本研究はJSPS科研費25670931の助成を受けて実施した。

参考文献

- [1] 日野原重明. POS回診: Problem Oriented System Round. 医学教育 第17巻・第6号1986;400-403.
- [2] 日本看護協会. 日本看護協会看護業務基準集2007年改訂版. 日本看護協会出版会2008;111-140..
- [3] 林茂. エキスパートナースMOOK11わかりやすいPOS. 照林社2003;24-32.

表2 患者kについての自由記載内容と公式看護記録

整理番号	自由記載内容(上部) 公式看護記録内容(下部)
①	夜間、本人よりナースコールあり。訪問時発汗多量で「苦しい。何か不安で・・・俺死んじゃうのかな」と訴えてきた。元々、さみしがり屋な本人だが、普段よりも強く一人で行くのが淋しい、不安であるとの訴えだった。ナースステーションの横のリハビリ室へ転床し、ナースがすぐ近くにいることを伝え、しばらく眠るまで様観。本人がなんとなく悟ったのか何か感じたのか普段とはちがう訴えの強さを見て、このPtの死期がすぐ近くまで来ていると感じた。 Sあせかいて・・・おなかがはっていたいような O冷汗あり。腹満あり 腹壁そふと 臍グルOK Bp133/95 KT=39.8℃ P140 SpO ₂ 97% S今夜もつのかなあ、オレ死んじゃうのかなあ、明日7時に家族に電話して。看護婦さん、ずっと側にいて
③	亡くなる前日に「家族をよんで欲しい。おれもうだめだからあいつい。」と話していた。 記録なし
⑤	入院患者のおばあちゃんが、大声を出して騒いでいる時に、入院患者が急変することがあり、kさんのときもそうだった。 記録なし
⑥	左肩が重く何かが起こるのではと思った。病棟内では認知症の患者さんがいづいなくな大声で叫んでいる。そういう時は誰かが亡くなるか具合が急変している。 O麻痺モヒdp終了。痛みややあがあるが先ほどよりは軽減したとのこと。