

〈実践報告〉

NANDA-I 看護診断の質の向上を目指して ～質的監査導入への取り組み～

昆 千宜 畠山なを子 岩本礼子 佐々木真須子
岩手県立磐井病院

要旨

I 病院ではNANDA-I 看護診断過程の質の向上を目指し、看護診断の質的監査を実施する事を目的に取り組んだ。従来の監査表を見直し、看護診断質的監査表を作成した。監査基準は、適正さの度合いを4段階とした。パス適応以外の患者を対象に各病棟で1名ずつ計6名を、所属部署以外のスタッフ2名以上で監査した。監査方法は看護記録より看護診断過程の妥当性・適切性・一貫性があるかを監査し、複数の監査者の合意した結果を記入した。監査時は評価の根拠や具体的な代替案をコメント欄に記入した。その結果、適正さの高い項目は「基礎情報」「危険因子」「患者目標」「看護介入」であり、低い項目としては「アセスメント」「看護診断」「評価」であった。監査は数字での評価より具体的アドバイスが看護診断の質の向上に有効であることがわかった。監査後のフィードバックが不十分であり、今後の課題となった。

キーワード：NANDA-I，看護診断，看護記録，質的監査

はじめに

I 病院では2005年より電子カルテが導入され、それに伴いNANDA-I 看護診断を使用している。その間集合研修、自主勉強会等でNANDA看護診断に関する研修を進めてきている。また院内のキャリア開発の一環として看護診断の基礎から中範囲看護理論、事例検討までをクリニカルラダーの看護過程のステップ1から3に組み込んで実施してきた。

しかし、どれだけ看護診断が理解され実践の場に活かされているのか、適正に看護診断されているのか現状把握ができていなかった。

看護診断が適正にされていれば、患者の抱えている問題に対しきちんと向き合い介入することが可能となる。もし看護診断が患者の問題と乖離していればアウトカムも看護介入も患者の問題解決には繋がらない。岩井¹⁾は、看護実践の質を向上するためには、記録をもとに看護実践の適切性、妥当性を、基準を基に評価する事が大切であり、看護記録監査とは、看護記録の質を記載内容で評価することであると述べている。つまり、看護記録監査は、アウトカムを効果的に導きケ

アの質の向上を目指すことを、第一の目的としている。

I 病院では看護部の委員会により看護記録の監査が行われていたが、その内容は主に記録がされているかどうか、基準が守られているか等々を評価する形式的監査であり、看護診断が適正にされているのかを評価し得るものではなかった。そこで今回I病院の看護診断が果たして患者に合ったものであるのかどうか、看護診断過程における看護記録の質的監査の導入に取り組んだ。

目的

NANDA-I 看護診断過程の質の向上のため、適正な看護診断ができるように導くための看護記録質的監査表を作成し、質的監査を実施する。

用語の定義

看護記録：I病院の電子カルテにおける看護記録とは領域アセスメント、経過記録、経過表、ケア予定実施記録、看護診断、看護介入であり、本研究では、基礎情報、経過記録、看護診断および看護計画とした。

質的監査：看護診断過程において、看護診断が患者の状態に適合したものであるかどうかという視点で、看護記録の内容の妥当性、適切性、一貫性を評価するものとした。

方法

1. 対象：各病棟1名ずつ計6名の患者の看護記録
2. 期間：2009年10月～12月
3. 方法

- 1) 現在使用している監査表を見直し、16項目の質的監査表を作成（表1参照）した。

医療局の監査表と岩井¹⁾の監査表モデルを参考にしながら、従来からの監査表を見直した。監査項目を質的内容と形式的内容とに分け、質的内容に過不足はないか、監査の目的が達成し得る内容であるかを検討し、オリジナルの監査表の原案を作成した。その監査表は看護診断過程に沿って、看護診断の定義と基礎情報から得られた患者の状態と一致しているか、診断指標、関連因子、危険因子も患者の状態と一致しているか、の項目を入れ、総合的に看護診断が妥当なものであるかどうかの判断につながるようにした。監査に要する時間の確保も厳しい現状から、項目はシンプルに必要最小限とした。その監査表の原案を岩手県医療局NANDA看護診断指導者養成研修終了者3名で検討、修正し看護診断過程の質的監査表を完成させた。

監査基準は、適正さの度合いを院内のクリニカルラダー評価表の基準と合わせ4段階とした（19%以下：1, 20%～49%：2, 50～79%：3, 80%以上：4）。

その後作成した監査表を用いてプレテストを行った。1名の患者について監査を試み、患者にあった看護診断であるのかが評価できる監査項目になっている事を確認でき、監査表が妥当なものであると判断した。

- 2) 質的監査の学習会

新しい監査表をもとに、質的監査について委員会メンバー（各部署から1名ずつ選出され継続看護と看護記録に関わる委員会）と看護師長を対象に実際に監査を行いながら学習会を実施し、そのメンバーを監査者とした。

- 3) 看護記録の質的監査を実施

対象患者：パス適応以外の患者を、各病棟で1名ずつ計6名。

監査者：所属部署以外の監査者2名以上とし、岩手県医療局NANDA看護診断指導者養成研修終了者を含めた委員会メンバー10名と看護師長8名の計18名で分担した。

監査方法：看護記録より看護診断過程の妥当性、適切性、一貫性があるかを2名以上の監査者で監査し、合意した結果を記入する。監査に当たっては看護記録の表現方法や記載もれ等の形式的な内容には拘らず、アセスメント内容に重点を置き、あくまでも看護診断ラベルが患者の状況にあったものであるかどうか、逆に患者の状況から判断される看護診断は何かという2つの方向から監査する。監査時は評価の根拠や具体的な代替案をコメント欄に記入する。

- 4) 監査後は患者の所属部署の委員へ監査内容を伝え、患者に還元する。

- (1) 監査後速やかに各部署の委員より受け持ち看護師に監査内容伝え、代替案をもとに患者にあった診断、記録になるよう検討してもらう。
- (2) 各部署の委員より部署のスタッフに監査内容を伝達。
- (3) 委員会の定例会議において、全部署の監査内容の共有。
- (4) 委員会の定例会議において、各部署の患者への還元状況とスタッフへの伝達状況を報告してもらう。

4. 倫理的配慮

看護記録の監査は、病院管理者の承諾を得て実施した。また、個人情報保護法に基づき、所属部署以外の患者のカルテは申請なしに閲覧できない事を再確認し、監査を行う際のログインは、監査する部署の看護師が行う事とした。

論文をまとめるにあたっては、個人が特定されることのないようにした。またデータは個別の分析ではなく、まとめて提示した。得られたデータは本研究以外には使用せず、厳重に管理、処理した。

結果（表1参照）

監査は各部署で監査者2～3名で実施した。監査に際しては所属部署の委員立会いの下カルテを閲覧した。

監査の結果、基礎情報に関しては平均3.45と患者の全体像がほぼ分かる内容になっていた。アセスメントの項目は平均2.8、看護診断は平均2.85とどちらも低率で、それに関連した診断指標も平均2.8と低くなっ

ていた。それに反し患者目標の項目は平均3.5、看護介入は平均3.2と高い傾向にあった。評価に関しては平均2.8と低率であった。

最も高かった項目は看護介入の“目標達成に不必要な項目がない”で平均3.7、一番低い項目は、看護介入の“状況、ニーズに応じた個別的なケア項目も挙げられている”が平均2.4であった。

具体的コメント内容としては、「アセスメントが不十分である」、「アセスメントと診断にずれがある」という意見が挙げられており、やはり監査の結果に現れているように、アセスメントに関するコメントが多かった。診断に関しては、例えば術前の患者が手術に対する不安を訴えている事例では【恐怖】と診断しているが、実際の患者の発言からみると初めての経験に対する漠然とした不安の訴えなので【不安】の診断の方が相応しいのではないかという意見や、また疼痛を訴えている患者の【急性疼痛】の診断に対して、患者の状況から癌性疼痛と判断できるので【慢性疼痛】の診断の方が妥当ではないかというようなコメントがあった。普段鑑別診断として押さえておかなければならないような事例であり、このようなコメントはすぐに患者の診断の修正に結び付けやすく、次への患者の診断にも活かして行ける内容であった。

監査後のフィードバックに関しては、監査者から各部署への伝達は速やかに監査表を渡しその内容を口頭で伝える事ができたが、それぞれの部署内での伝達に関しては期限を定めておらず、その方法や回数等も各部署に任せた。またフィードバック後の報告も義務付けていなかった。その結果患者に活かされている部署、活かされていない部署とばらつきがあり、またスタッフへの伝達は1～2回と全スタッフには届かず、十分とは言えなかった。

考察

監査の結果、基礎情報や患者目標に関してはほぼ適正に記載されていることがわかった。これは看護診断導入以前より日々実践してきた記録とほぼ同様の内容であるためではないかと考える。

それに反し看護診断の項目は患者の状況に合った診断がされていない傾向にあった。それは看護診断が導入されてはいるものの、看護診断の理解が十分ではなかったためではないかと考える。また初回アセスメントのみならず評価時のアセスメントも適正さの平均が低かったことから、全般的にアセスメントの能力が不

足している事も明らかとなった。看護診断の理解不足に加えてアセスメント能力の不足が不適切な看護診断にさせていると言える。今後は看護診断の理解を深めるとともに、カンファレンス等を活用し一つ一つの事例を丁寧に、患者に合った看護診断であるかどうか妥当性の検討を積み重ねて行く事が必要であると考え。最も低い項目として看護介入に個別性が現れていない事が挙げられた。これは電子カルテシステム導入による選択するという便利な機能が欠点として現れたのが要因の一つではないかと考える。この項目は日頃の看護の質が現れる項目でもある。看護の評価は記録によって判断されるので、今後実践されているケアと残されている記録とが一致しているのかも考慮して行く必要があると考える。

監査後は、監査結果をスタッフで共有し患者に還元されるよう働きかけたが、フィードバックは十分になされていなかった。その要因として考えられることは、部署での伝達に関して具体的方法を決めていなかったこと、期限を定めていなかったことがあげられる。また部署に任せた後のチェック機構が働いていなかったことも一つである。やはり実践したらそれを確認できる形にして行く事が必要であった。そして何より監査をするのは何のためなのかという、監査本来の目的が薄れてしまっていたためではないかと考える。監査することにとらわれてしまい、監査後のフィードバックの重要性が十分委員に共通認識されていなかったことが一番の要因であったと考える。看護記録監査の目的は最終的に看護実践に活かす事であり、監査されたままにならないよう具体的な方法で監査後のフィードバックを強化して行かなければならないと感じた。

今回監査表を作成するに当たり一つ一つの項目にコメント欄を設けたが、監査結果は数字での評価より、監査の具体的内容や代替案などコメントでのアドバイスが有効である事がわかった。これは質の改善に繋げるための一つの方法であると言える。

結論

看護記録質的監査表を作成しNANDA-I看護診断過程の質的監査を実施することにより、以下の事が明らかとなった。

- (1) 監査の結果、評価が高い項目は「基礎情報」「危険因子」「患者目標」「看護介入」であり、低い項目としては「アセスメント」「看護診断」「評価」であった。

(2) 監査は数字での評価より具体的アドバイスが
看護診断の質の向上に有効である。

(3) 監査後のフィードバックが不十分であり、今
後の課題である。

表 1 -NANDA- I 看護診断質的監査集計結果

	監査項目		監査内容	平均	項目平均
I	基礎情報は十分か	1	患者の背景, 全体像がわかる	3.5	3.45
		2	診断に必要な情報が記録されている	3.3	
		3	入院目的, 患者の問題がわかる	3.5	
		4	生活行動面で支援すべきことが把握されている	3.5	
II	アセスメントは適切か	5	基礎情報に基づいて憶測ではなく根拠を以って判断されている	2.8	
III	看護診断は妥当か	6	基礎情報から見える患者の状況と一致している	3.0	2.85
		7	看護診断の定義が患者の状況と一致している	2.7	
IV	診断指標は適切か	8	診断指標は患者の状況と一致したものが選択され, 不足がない	2.8	
V	関連因子は適切か	9	関連因子は患者の状況と一致したものが選択され, 不足がない	3.0	
VI	危険因子は適切か	10	危険因子は患者の状況と一致したものが選択され, 不足がない	3.3	
VII	患者目標は適切か	11	患者の状況にあった目標が選択されている	3.5	3.2
VIII	看護介入は適切か	12	患者目標を解決し得るのに十分な項目が挙げられている	3.5	
		13	患者目標を解決し得るのに不必要な項目が挙げられていない	3.7	
		14	状況, ニーズに応じた個別的な項目も挙げられている。	2.4	
IX	評価は妥当か	15	実施した看護の効果や目標の達成度が, SOの情報を根拠にアセスメントされている	2.6	2.8
		16	患者の状況に合わせて, 追加, 修正がされている	3.0	

引用文献

- 1) 岩井郁子. 看護記録. 第8版. アイランドアイコ
ンサルティング ; 2007 ; 135.

(2011年10月5日受付, 2011年11月16日受理)

<Practice Report>

Improving the Quality of NANDA-I Nursing Diagnosis in Practice ～A Trial of Quality Audit of Nursing Records～

Chinori Kon, Naoko Hatakeyama, Reiko Iwamoto, Masuko Sasaki

Iwate Prefectural Iwai Hospital

Keywords : NANDA-I, nursing diagnosis, nursing record, quality audit