

当院における看護診断過程の 現状と課題

○中村佳代¹⁾，田中ひとみ¹⁾，平木久美子¹⁾，松本佐和子¹⁾

1) 香川大学医学部附属病院 看護部

1. 【はじめに】

当院では看護支援システムとして 1987 年より疾患別の標準看護計画システムが稼動し、看護経験の異なる看護師の看護の均質化に寄与した。しかし、疾患別の標準看護計画は、患者様を全人的にとらえ、看護独自の問題を明らかにし、看護の責任を果たすためには限界があり、看護独自のデータベースの必要性を生じた。そこで、1992 年より系統的に看護診断を導くアセスメント過程のシステム化に取り組み、看護診断と共同問題からなる標準看護計画システムに連動させることにより、看護過程全般にわたる支援システムを構築し、2001 年に NCDMS (NCDMS ; Nursing Client Data Management System) として稼動した。2006 年には医療情報システムの更新に伴い、臨床現場から入力操作の簡便性や効率的な画面展開が求められるようになり、演繹法による看護診断を決定する機能が追加された。

演繹法による看護診断機能が追加され一年が経過した現在、原因・背景や症状・徴候のない診断基準を満たさない看護診断が目立つようになり、本来の看護診断に至るアセスメント過程の機能が生かされていないのではないかと推測された。看護記録は医療チーム内で共有すべき多くの患者情報を収集するが、チーム医療に貢献するための情報とするためには、問題思考的で継続的、実証的な情報収集が必要となる。そこで今回、NCDMS の看護診断過程を振り返り、看護過程の実際とシステムの今後の課題を検討する。

2. 【目的】

看護診断過程の実際を電子看護記録より明らかにし、看護過程支援システムである NCDMS の評価と課題を明確にする。

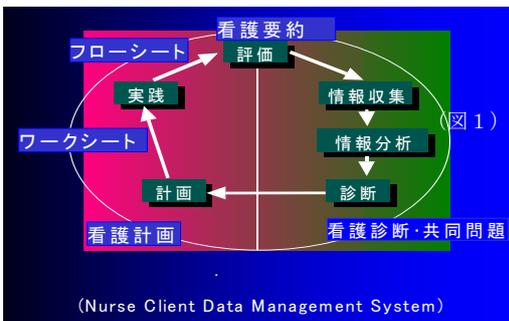
<当院の看護支援システムの概念と構造>

情報収集過程は、入院時および入院中に新たに発生した情報を収集する初期看護記録を、初期情報に基づいて日々更新していく継続観察項目に分かれる。また収集された情報はカテゴリ毎に集約され、共同問題および看護診断類型のもとに設定された看護診断リストを参照しながら症状・徴候に合致する診断仮説を立てる（診断仮説）。さらに看護診断毎に

設定された原因・背景の表示を参照しながら、問題の原因・背景を推論し（原因の明確化）、観察された症状・徴候と看護診断の仮説、その原因・背景は統合され看護診断は確定する（看護診断）。このような帰納的な診断過程を経て得られた看護診断は原因を軽減するための看護計画に反映され、実践記録および評価をサポートするシステムである。（図 1）

<用語の説明>

帰納法；症状・徴候から看護問題を推論し，問題の原因・背景を明らかにする。



演繹法；看護診断を推論し，診断を裏付ける症状・徴候，原因・背景を確認する。（傍証）

3. 【方法】

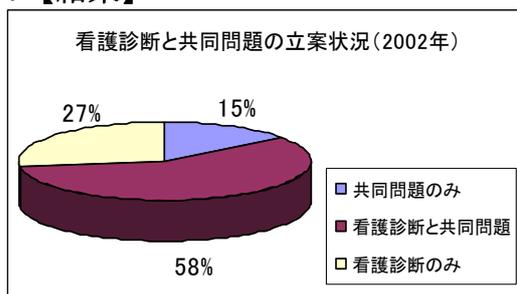
1) 対象

演繹法による看護診断機能の追加前後で比較するために、2002 年 11 月 1 日と 2007 年 9 月 1 日において香川大学医学部附属病院に入院中の入院期間が 1 週間から 4 週間以内の患者、2002 年 129 名、2007 年 181 名の看護記録を対象とした。

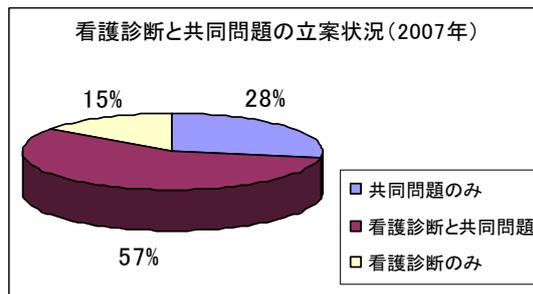
2) 調査方法

看護記録から看護診断の構成要素である原因・背景と症状・徴候，原因・背景と症状・徴候からなる継続観察項目の指示の有無，及び共同問題の有無を抽出した。

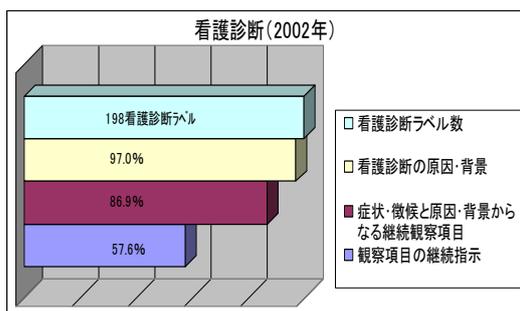
4. 【結果】



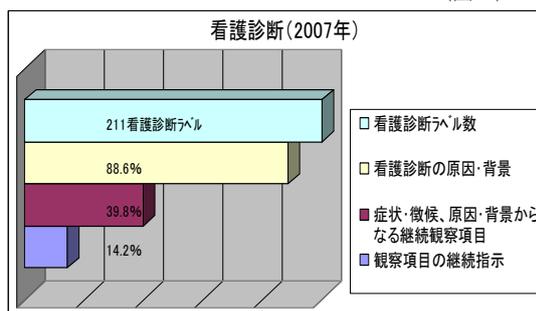
(図 2)



(図 3)



(図 4)



(図 5)

1. 看護診断と共同問題の立案状況

対象となった看護記録は 2002 年 129 名，2007 年 181 名であった。そのうち共同問題のみ立案していたものが 2002 年 15%，2007 年 28%であり，看護診断と共同問題を併用して立案していたものが 2002 年 58%，2007 年 57%であった。看護診断のみを使用していたものが 2002 年 27%，2007 年 15%であった。立案されていた看護診断は 2002 年 110 名で診断ラベル数は 198 個，2007 年は 131 名で診断ラベル数は 211 個であった。(図 2，図 3)

2. 看護診断の原因・背景の有無

2002 年は診断ラベル数 198 に対し原因・背景は 97.0%，2007 年は診断ラベル数 211 に対し原因・背景は 88.6%記載されていた。(図 4，図 5)

3. 症状・徴候，原因・背景からなる継続観察項目

症状・徴候，原因・背景からなる観察項目の記載の状況は，診断ラベル数に対し 2002 年は，86.9%，2007 年は 39.8%であった。さらに看護診断に基づく継続観察項目の指示入力診断ラベル数に対し 2002 年 57.6%，2007 年 14.2%できていた。(図 4，図 5)

5. 【考察】

1. 看護診断過程の現状と課題

2002 年と 2007 年の看護問題を比べると，多くは看護診断と共同問題を併用して使用されているが，2007 年には共同問題のみの看護計画が増え，看護診断のみの看護計画が減少している。2007 年の記録で共同問題中心の看護計画に推移したのは，在院日数短縮に伴い急性期患者の疾病管理に終始している臨床現場を反映しているといえる。

2006 年に演繹法による看護診断機能が追加され，看護診断のアセスメント過程は，帰納法，演繹法のどちらからでも展開できるようになったが，2007 年の記録では最初に問題を選択する演繹法が多用されていた。演繹法をとった場合，問題を推論し，その後の傍証となるべき問題を裏付ける症状・徴候，原因・背景をアセスメントし看護診断を決定するが，傍証となる必要な情報を確認しないまま看護診断を推論し，看護計画を立案する傾向が見られた。また，アセスメント過程で，患者の固有の症状・徴候，原因・背景の情報収集をしていないために，その後の継続情報収集の指示が出されない傾向があった。一方，帰納法では，最初に観察された症状・徴候と原因・背景から看護診断を導くため，必要な情報が収集され，その後の継続情報収集の指示も出されていた。NCDMS は看護過程をサポートするシステムであり，看護診断のアセスメントツールであるため，そのアセスメント過程はユーザーである看護師の判断能力を反映したものとなる。アセスメントツールを有効に利用するためには，個々の看護師が看護診断の理解を深めるとともに，診断基準に照らし合わせた症状・徴候，原因・背景のデータを質的に検証する必要がある。

2. 記録形態の多様化に対するシステム上の課題

2001 年より導入された NCDMS は当院独自で開発されたものであり、2006 年に導入されたシステムとの情報の連携が不十分であるという問題がある。また、検温表や患者スケジュールからの結果入力が可能となり、クリニカルパスやフローシート、重症看護記録など形態の異なる記録も併用されるようになった。さらに現場では必要文書が膨大に増加したが、記録された情報の連携はまだ不十分であり、記録に要する時間は増大している。多職種で情報を共有する上で、用語の標準化や情報連携が不十分であるために、効率的な利用には課題を残しているといえる。

6. 【まとめ】

今回、看護記録より、NCDMS を利用した看護診断過程の実際を検証した。看護記録上、アセスメント過程が簡略化される傾向がみられ、その後の継続観察がなされず継続性、実証性に乏しい記録になっていることが明らかとなった。NCDMS は用語を標準化し、看護診断過程をシステム化したものであり、看護診断過程の検証に有効なツールであった。今回はできなかったが、実施記録、評価を検証することにより、看護の質評価に有効なツールであり、今後の課題である。また NCDMS は当院独自で開発されたものであるため、システムとの情報連携が不十分であり、効率的な利用には課題を残しているといえる。

NCDMS は看護過程全般に対するサポートシステムである。今後、臨床現場での実践に基づいた看護診断の妥当性を質的に検証し、看護実践の評価と有効性について検証していくことが、看護の質の向上につながると考える。

【参考文献】

- (1) 伊賀佐和子：Client Data Management System の機能設計．第 12 回医療情報連合大会論文集，749～752，1997
- (2) 松本佐和子：電子看護記録（Client Data Management System）の開発．第 17 回医療情報学連合大会論文集，358～359，1997
- (3) 大島弓子：看護の質を保證する適切なアセスメント，そして看護診断．看護診断，52～58，日本看護診断学会，2007 年