

原 著

電子カルテを使用している看護師の看護記録に関する認識

豊福 佳代¹⁾, 川本利恵子²⁾¹⁾産業医科大学産業保健学部成人老年看護学²⁾日本看護協会

(平成 29 年 12 月 8 日受付・特急掲載)

要旨：本研究の目的は、電子カルテを使用する看護師の看護記録に関する認識と入力の実態を把握し、必要な記録方法・内容を検討することである。全国 15 の電子カルテ導入病院の看護師 650 名に質問紙調査を行い、547 回答中、有効回答 482 名を分析した（回収率 84.2%）。

看護記録に対する認識と電子カルテの入力状況について、34 項目の質問を「看護過程に沿った入力方法と活用状況」「看護記録の目的と意義の認識」「電子カルテの情報の見易さと活用度」「アセスメント必要性の認識」「アセスメント記録の記載困難性」「その他」にカテゴリ分類して検討した。その結果、看護記録の目的と意義は重要であり、アセスメントを含めた詳細な記録が必要である認識は高かった。各カテゴリ得点を対象者の属性と比較すると、「入力方法」では PC をよく使う群、電子カルテ研修有群、看護記録委員経験有群、大卒群の得点が有意に高く、「目的と意義」では管理職群と電子カルテ研修有群、「アセスメント必要性」ではそれに加え看護記録委員経験有群の得点が有意に高かった。「記載困難性」はスタッフ群、経験 1～3 年群の得点が有意に高かった。

看護記録に対する認識と電子カルテの入力状況は、電子カルテや看護記録に関り、教育の機会が多い群で認識が高かったことより、電子カルテと看護記録の有効活用には電子カルテ使用の訓練と看護記録に関する教育、さらに看護師の思考過程を示すアセスメントを可視化できるシステムが必要で、今後も電子カルテにおける看護記録方法を更に検討する必要性が示された。

(日職災医誌, 66:201—209, 2018)

—キーワード—

電子カルテ, 看護記録, アセスメント

1. 緒 言

政府による医療保健分野 IT 化政策の一環である「保健医療分野の情報化にむけてのグランドデザイン」¹⁾策定により電子カルテ化が推進され、平成 26 年には 400 床以上の病院の約 7 割が電子カルテを導入している²⁾。電子カルテ化により看護記録を含む業務の効率化、標準化された用語の活用による看護視点の明確化、看護の質向上などの利点が報告されている^{3,4)}。また電子カルテ導入前後の業務実態を比較した調査では、看護師の負担が軽減したタスクとして看護計画の立案が挙げられている⁵⁾。しかしその一方で、標準看護計画や治療・検査の標準的な経過を示したクリニカルパス等を使う簡便さから、『考えない看護師が育つ可能性』『情報から考えられる事象や看護師の判断、思考を記載する一連のプロセスであるアセスメント能力の低下』『看護過程におけるアセスメント欠落

の問題』などが指摘されている^{6)~8)}。このように電子カルテ導入による看護記録への影響は、利点・欠点が様々な角度から議論されている状況であり、看護実践に有用なシステム構築のための検討が求められている。

看護記録には、実施した結果と共に看護師の思考過程とアセスメントを記載する必要がある⁹⁾。データを記録するだけでなくアセスメントを見直すことでクリティカルシンキングの能力を高めることに繋がるため、アセスメントの記録は看護記録の質向上を図る上で大変重要とされている¹⁰⁾。看護記録は、看護師間のみならず医師や薬剤師等の多職種間で共有される必要があり、他施設との連携や患者への開示も念頭においたわかりやすい記録が望まれる。そのため看護師は、看護記録の役割や電子カルテの機能を十分に理解し、記録システムを整備・活用していく必要がある。電子カルテにおける看護記録に関する調査は先述したとおり、電子カルテ導入に伴う利点や

欠点に関する調査や提言は多いが、患者情報を展開する看護記録としての意義や看護師の役割認識に関する調査は少ない。本研究者は平成24年に電子カルテにおける看護記録の意義や看護師役割の認識、さらに電子カルテの記録状況、既存機能の活用状況などを把握するための実態調査を行った。そこで本研究は先の調査を下に、電子カルテにおける看護記録に関する認識や、現状の課題を述べることを目的としている。

II. 研究方法

1. 対象

看護記録を電子カルテで記載している看護師650名。

2. 調査期間

平成24年7月～8月

3. 調査方法

全国の電子カルテ導入病院626施設¹⁾から無作為抽出し、本研究に協力が得られた15施設の看護師650名を対象に自記式質問紙調査を実施した。対象者の選定は対象施設の担当者に一任した。2週間留置き法を行い、回答後は添付した封筒に入れ厳封し施設毎に回収後に返送、または回答者個人が返送する郵送法を用いた。

4. 調査内容

1) 対象者の属性

年齢、職位、臨床経験年数、教育背景、看護記録委員の経験、電子カルテ使用年数、紙カルテ記録経験、電子カルテ使用に関する研修、仕事以外でのパーソナルコンピュータ(以下PCと略す)の使用頻度等の個人的要因に関して質問した。

2) 質問項目

電子カルテを使用する看護師の看護記録に対する認識を明らかにするため、看護記録に関する文献^{12)~14)}と日本看護協会の記録に関する指針⁹⁾¹⁵⁾や電子カルテ上の看護記録画面を参考に独自の調査用紙〔看護記録に対する認識と電子カルテの入力状況〕を作成した。

内容は、①看護過程に沿った入力状況と活用状況11項目、②看護記録の目的と意義の重要性の認識10項目、③電子カルテの情報の見易さと活用度5項目、④アセスメントの必要性の認識2項目、⑤アセスメント記録の記載困難性3項目、⑥その他3項目にカテゴリ分類した質問計34項目を、5件法で設定した。

5. 分析方法

分析には、統計ソフトJMP Pro (Ver. 13.0.0)を用いて全ての調査項目の基本統計量を算出した。また看護記録に対する認識の質問項目カテゴリ①から⑤の総得点を属性と比較した。さらに、その他の3項目は個別に比較した。群間の比較には、Mann-Whitney U検定またはKruskal Wallis検定、多重比較にSteel-Dwass検定を用いた。全ての検定において $p < .05$ を有意水準とした。

6. 用語の説明

1) 看護過程

看護の目標を達成するための問題解決理論を中心とした思考のプロセス。

2) アセスメント

情報から考えられる事や看護者の判断、思考が書かれている記録。アセスメントツールを使用する場合もある。SOAP記載では「A」の記載。

3) 標準看護計画

疾患別、検査別、症状別、診断ラベル別などで用意されたその問題に対して一般的に必要なとされる看護実践をあらかじめ記載したもの。

III. 倫理的配慮

本研究は、九州大学倫理審査委員会の承認を受けて実施した(許可番号24-39)。質問紙と提出用封筒は無記名で個人が特定されないこと、参加者への研究に関わる費用の負担や利益相反はないことなどを明記した同意説明文書を添付した質問紙を配付し、質問紙の提出をもって本研究への同意とみなした。

IV. 結果

看護師650名に質問紙を配付し、547名の返送があり有効回答は482名であった。(回収率84.2%、有効回答率88.1%)

1. 対象者の概要(表1)

男性36名(7.5%)、女性445名(92.3%)、平均年齢は 34.0 ± 9.1 歳であった。20歳代185名(38.4%)と30歳代181名(37.6%)で全体の76%を占めていた。

スタッフ看護師が80.3%であった。看護師経験年数は平均 11.4 ± 8.6 年で、10年目以下で59.6%を占めた。

看護基礎教育課程は看護学校が63.7%で多く、看護大学は18.9%であった。各群の平均年齢は、看護学校 35.6 ± 9.4 歳、短大 34.8 ± 9.4 歳、大学 28.5 ± 4.5 歳であった。

電子カルテ使用年数は平均 5.2 ± 2.9 年で、最長14年であった。中央値である5年で2分すると、5年以下が276名(57.2%)、6年以上が206名(42.7%)であった。紙カルテの記録経験がある者は340名(70.5%)であった。

仕事以外でのPC使用頻度は、「使っている」が195名(40.5%)、「たまに使っている」が195名(40.5%)で、合わせて81.0%であった。

438名(90.9%)の所属施設には看護部記録委員会があり、看護記録委員の経験がある者は193名(40.0%)であった。所属施設に多職種で構成される電子カルテに関連する委員会があるのは、314名(65%)であった。電子カルテ使用に関する研修は、399名(82.8%)があると回答した。

表1 対象者の概要

				(n = 482)			
質問項目 (mean ± SD)	回答	人数	%	質問項目 (mean ± SD)	回答	人数	%
性別	男性	36	7.5	電子カルテ使用年数 (5.2 ± 2.9)	5年以下	276	57.3
	女性	445	92.3		6年以上	206	42.7
	無回答	1	0.2	紙カルテでの記録経験	ある	340	70.5
年齢 (34.0 ± 9.1)	20歳代	185	38.4		ない	142	29.5
	30歳代	181	37.6	仕事以外でのPC使用頻度	使っている	195	40.5
	40歳代	77	16.0		たまに使っている	195	40.5
	50歳代以上	39	8.1		あまり使わない	71	14.7
	職位	スタッフ	387	80.3	使わない	21	4.4
管理職		86	17.8	看護記録委員の経験	ある	193	40.0
無回答		9	1.9		ない	282	58.5
看護師経験年数 (11.4 ± 8.6)	1～3年目	75	15.6	無回答	7	1.5	
	4～10年目	212	44.0	看護部の記録委員会	ある	438	90.9
	11～20年目	113	23.4		ない	40	8.3
	21年目以上	82	17.0	無回答	4	0.8	
看護基礎教育	2年看護学校	65	13.5	院内の電子カルテ関連委員会	ある	314	65.1
	3年看護学校	242	50.2		ない	138	28.6
	3年看護短大	44	9.1	無回答	30	6.2	
	看護大学	91	18.9	電子カルテ使用に関する研修	ある	399	82.8
	その他	37	7.7		ない	75	15.6
	無回答	3	0.6		無回答	8	1.7

2. 看護記録に対する認識と電子カルテの入力状況 (表2)

以下にカテゴリ毎の各項目の傾向を示した。なお各カテゴリのCronbach's α 係数を表中に示した。

1) 看護過程に沿った入力方法と活用状況 (以下「入力方法」とする)

「常に行っている」「だいたいしている」を選択した回答が多かった項目は「看護基礎情報の項目を全て入力している」(78.2%)、「看護基礎情報を看護計画立案に利用している」(71.3%)、「標準看護計画以外の看護上の問題がある場合、看護計画を立案している」(63.5%)、「看護基礎情報を看護問題(診断)抽出に利用している」(64.1%)、「看護目標の評価を評価日に行っている」(62.3%)、「該当する項目がない場合、フリー入力している」(64.2%)の6項目であった。

一方、「ほとんどしていない」「まったくしていない」を選択した回答が多かった項目は、「ケアを行うときに看護計画を見て行っている」(34.1%)、「看護問題(診断)の根拠を入力している」(24.4%)、「看護目標の評価の根拠を入力している」(22.7%)であった。

2) 看護記録の目的と意義の重要性の認識 (以下「目的と意義」とする)

「大変重要」「重要」を選択している割合が特に高い項目は「医療チーム間での情報交換の手段である」(98.3%)、次いで「看護の実践を証明するものである」(96.9%)であった。「裁判時の法的資料となる」「患者の心身状態や病状、医療の提供の経過及びその結果に対する看護実践と、患者の反応に関する情報を提供するものである」「患者に生じた問題、必要とされたケアに対する看護実践と、患

者の反応に関する情報を提供するものである」「患者に提供するケアの根拠を示すものである」の項目に関しても90%以上の看護師が重要だと認識しており、平均値も4.3～4.5と高値であった。

一方、「看護職の思考を示すものである」を「大変重要」「重要」と回答した者は67.4%であり、さらに最も認識している割合が低かったのは、「患者との情報交換の手段である」(60.4%)であった。

3) 電子カルテの情報の見易さと活用度 (以下「活用度」とする)

「活用度」は、「看護師同士の情報交換に活用されている」ことを「全くその通り」「だいたいその通り」と考えている人が、88.8%と最も多く、次いで「患者の状態が記録から把握できる」が87.8%であった。「患者との情報交換に活用されている」は47.3%と最も低かった。

4) アセスメント必要性の認識 (以下「アセスメント必要性」とする)

「全くその通り」「だいたいその通り」の割合が高かった項目は、「アセスメントは看護記録に必要である」(94.2%)であり、4.4点と高値であった。また「アセスメントを書くことが看護師の思考過程を書くことである」の項目も79.8%であり、4.1点と高値であった。

5) アセスメント記録の記録困難性 (以下「記載困難性」とする)

「アセスメントを書くのは難しいと感じる」は58.1%が「その通り」と回答しているが、「アセスメントを書く時間がない」に対しては、「そうでない」と回答した割合も高い結果であった(33.7%)。

表2 看護記録に対する認識と電子カルテの入力状況

(n=482)

質問項目	常に している (5)	だいたい している (4)	時々 している (3)	ほとんど していない (2)	全くして いない (1)	Mean ± SD
	%	%	%	%	%	
看護過程に沿った入力方法と活用状況 (11 項目; Cronbach's $\alpha = 0.903$)						
看護基礎情報を看護計画立案に利用している.	28.2	43.1	20.3	6.7	1.7	39.8 ± 8.1
看護基礎情報の項目を全て入力している.	24.0	54.2	14.2	6.0	1.7	3.9 ± 1.0
標準看護計画以外の看護上の問題がある場合, 看護計画を立案している.	29.9	33.6	23.2	11.3	2.1	3.8 ± 1.1
看護基礎情報を看護問題 (診断) 抽出に利用している.	25.9	38.2	25.1	8.3	2.5	3.8 ± 1.0
看護目標の評価を評価日に行っている.	22.7	39.6	23.5	11.5	2.7	3.7 ± 1.0
該当する項目がない場合, フリー入力している.	25.3	39.2	22.3	10.4	2.7	3.7 ± 1.0
看護目標の評価の根拠を入力している.	20.3	35.3	21.7	17.3	5.4	3.5 ± 1.2
ケアの結果得た情報を全て入力している.	12.6	40.8	32.2	11.5	2.9	3.5 ± 1.0
看護問題 (診断) の根拠を入力している.	21.7	33.5	20.4	16.5	7.9	3.4 ± 1.2
ケアの結果得た情報のアセスメントを入力している.	12.1	36.0	35.4	13.8	2.7	3.4 ± 1.0
ケアを行うときに看護計画を見て行っている.	13.7	24.1	28.1	27.0	7.1	3.1 ± 1.2
看護記録の目的と意義の重要性の認識 (10 項目; Cronbach's $\alpha = 0.869$)						
	大変重要 (5)	重要 (4)	どちら でもない (3)	あまり 重要でない (2)	全く重要 でない (1)	Mean ± SD
	%	%	%	%	%	
看護の実践を証明するものである.	56.4	40.5	2.7	0.4	0.0	42.2 ± 4.8
裁判時の法的資料となる.	52.5	41.0	5.8	0.6	0.0	4.5 ± 0.6
医療チーム間での情報交換の手段である.	56.3	42.0	1.5	0.2	0.0	4.5 ± 0.5
患者の心身状態や病状, 医療の提供の経過及びその結果に関する情報を提供するものである.	45.2	48.3	6.0	0.4	0.0	4.4 ± 0.6
患者に生じた問題, 必要とされたケアに対する看護実践と, 患者の反応に関する情報を提供するものである.	46.8	47.4	5.6	0.2	0.0	4.4 ± 0.6
患者に提供するケアの根拠を示すものである.	40.7	50.5	8.1	0.6	0.0	4.3 ± 0.6
ケアの評価や質向上およびケア開発の資料となる.	30.6	52.3	15.6	1.5	0.0	4.1 ± 0.7
施設基準や診療報酬上の要件を満たしていることを証明するものである.	24.7	45.1	24.5	5.0	0.6	3.9 ± 0.9
看護職の思考を示すものである.	21.8	45.6	27.0	5.0	0.6	3.8 ± 0.8
患者との情報交換の手段である.	20.9	39.5	31.5	7.7	0.4	3.7 ± 0.9
電子カルテの情報の見易さと活用度 (5 項目; Cronbach's $\alpha = 0.804$)						
	全く その通り (5)	だいたい その通り (4)	どちら でもない (3)	あまり そうでない (2)	全くそう でない (1)	Mean ± SD
	%	%	%	%	%	
看護師同士の情報交換に活用されている.	31.7	57.1	8.9	2.3	0.0	19.5 ± 3.1
患者の状態が記録から把握できる.	28.1	59.7	9.1	2.9	0.2	4.2 ± 0.7
他職種との情報交換に活用されている.	28.6	57.1	10.6	3.7	0.0	4.1 ± 0.7
実施されたケアとその根拠がわかる.	16.4	56.1	18.5	8.2	0.8	4.1 ± 0.7
患者との情報交換に活用されている.	10.4	36.9	27.5	18.8	6.5	3.8 ± 0.8
アセスメントの必要性の認識 (2 項目; Cronbach's $\alpha = 0.683$)						
アセスメントは看護記録において必要である.	50.1	44.1	5.2	0.6	0.0	8.6 ± 1.3
アセスメントを書くことが看護師の思考過程を書くことである.	36.6	43.2	16.2	3.1	0.8	4.4 ± 0.6
アセスメント記録の記載困難性 (3 項目; Cronbach's $\alpha = 0.813$)						
アセスメントを書くのは難しいと感じる.	15.0	43.1	24.8	14.2	2.9	9.6 ± 2.5
アセスメントを書くのは面倒である.	6.5	28.0	39.0	21.9	4.6	3.5 ± 1.0
アセスメントを書く時間がない.	6.2	22.0	38.0	27.0	6.7	3.1 ± 1.0
その他						
記録にかかる時間は負担になる.	24.5	36.0	25.8	12.3	1.5	3.7 ± 1.0
アセスメントを書かなくても, 電子カルテでの看護記録は完成する.	4.8	22.0	32.6	26.6	13.9	2.8 ± 1.1
フリー入力を使わなくても看護記録が完成する.	4.8	23.8	31.5	28.2	11.7	2.8 ± 1.1

6) その他3項目

その他の3項目に関しては、「記録にかかる時間は負担になる」という質問に60%が「その通り」と回答した。「フリー入力を使わなくても看護記録が完成する」,

「アセスメントを書かなくても電子カルテの記録は完成する」では, 約4割が「そうではない」と回答していた。

表3 対象者の属性と看護記録に対する認識と電子カルテの入力状況との関連

質問項目	入力方法 (11項目, 55点)		目的と意義 (10項目, 50点)		活用度 (5項目, 25点)		アセスメント必要性 (2項目, 10点)		記載困難性 (3項目, 15点)	
	n	Mean±SD	n	Mean±SD	n	Mean±SD	n	Mean±SD	n	Mean±SD
全体 (n=482)		39.8±8.1		42.2±4.8		19.5±3.1		8.6±1.3		9.6±2.5
性別										
男性	35	41.23±7.25	36	42.14±5.15	36	19.19±2.98	36	8.44±1.46	36	10.01±2.21
女性	422	39.68±8.20	435	42.19±4.75	437	19.53±3.07	443	8.57±1.27	441	9.54±2.55
年齢										
20歳代	178	40.63±7.34	180	41.68±4.95	181	19.60±3.03	184	8.42±1.32	184	9.60±2.34
30歳代	171	39.79±8.07	179	42.26±4.68	179	19.27±3.04	181	8.66±1.30	181	9.40±2.66
40歳代	75	38.71±9.59	75	43.15±4.44	75	19.49±3.07	76	8.58±1.29	74	9.50±2.69
50歳代以上	34	37.79±8.56	38	42.45±4.84	39	20.08±3.33	39	8.62±1.61	39	10.46±2.36
職位										
スタッフ	368	39.55±7.86	379	42.02±4.85	379	19.60±3.09	385	8.50±1.27	384	9.79±2.72
管理職	78	40.91±9.19	81	43.26±4.20	83	19.11±3.00	83	8.84±1.32	82	8.51±2.66
看護師経験年数										
1～3年目	72	39.88±7.41	72	41.40±5.20	75	20.20±2.84	75	8.64±1.26	75	10.33±2.06
4～10年目	203	40.69±7.49	209	42.01±4.78	208	19.38±3.04	211	8.45±1.31	211	9.29±2.47
11～20年目	107	38.91±8.30	111	42.69±4.64	111	18.99±3.02	113	8.65±1.39	112	9.29±2.86
21年目以上	76	38.57±9.85	80	42.68±4.49	80	19.85±3.25	81	8.62±1.15	80	10.05±2.43
看護基礎教育										
2年看護学校	63	37.68±8.68	65	42.38±5.08	64	19.25±3.27	65	8.63±1.23	65	9.72±2.65
3年看護学校	227	39.09±8.18	236	42.26±4.89	239	19.58±3.13	241	8.52±1.26	239	9.62±2.53
3年看護短大	43	41.86±7.55	43	42.98±4.38	43	19.60±2.79	43	8.74±1.36	43	9.74±2.62
看護大学	86	42.79±7.22	91	41.89±4.41	89	19.53±3.01	91	8.69±1.32	91	9.10±2.41
電子カルテ使用年数										
5年以下	264	39.85±8.22	270	42.02±4.95	272	19.69±2.94	274	8.50±1.29	273	9.70±2.34
6年以上	194	39.71±8.02	202	42.43±4.53	202	19.24±3.20	206	8.62±1.31	205	9.42±2.77
紙カルテ記録経験										
あり	323	39.50±8.45	335	42.41±4.76	335	19.39±3.15	338	8.57±1.27	336	9.54±2.64
なし	135	40.49±7.29	137	41.66±4.78	139	19.76±2.83	142	8.52±1.35	142	9.67±2.27
仕事以外でのPC使用頻度										
使っている	182	41.07±8.20	194	42.82±4.59	192	19.93±2.84	194	8.59±1.37	193	9.34±2.57
たまに使っている	189	39.47±7.83	188	41.61±4.60	191	18.93±3.09	195	8.55±1.25	194	9.69±2.57
あまり使わない	67	38.57±8.31	69	42.01±5.32	70	19.99±2.97	70	8.54±1.24	70	9.90±2.04
使わない	20	35.40±7.69	21	42.24±5.59	21	19.10±4.16	21	8.24±1.30	21	9.67±3.26
看護記録委員の経験										
あり	184	41.27±8.32	189	42.61±4.62	189	19.61±3.11	193	8.70±1.29	192	9.33±2.69
なし	268	38.75±7.92	277	41.91±4.89	278	19.40±3.04	280	8.46±1.29	279	9.75±2.42
看護部記録委員会の有無										
あり	418	40.07±8.08	429	42.32±4.71	430	19.52±3.04	436	8.55±1.31	434	9.54±2.50
なし	37	36.92±8.05	40	40.90±5.41	40	19.08±3.21	40	8.53±1.18	40	10.15±2.79
院内電子カルテ委員会の有無										
あり	297	40.01±8.12	307	42.06±4.75	309	19.65±2.90	312	8.59±1.29	312	9.73±2.48
なし	132	39.82±8.20	135	42.36±4.74	135	19.05±3.40	138	8.51±1.29	16	9.26±2.67
電子カルテ研修の有無										
あり	383	40.39±8.10	390	42.40±4.65	395	19.60±2.97	397	8.63±1.26	396	9.58±2.57
なし	68	37.24±7.74	74	40.93±5.20	71	18.97±3.54	75	8.13±1.44	74	9.57±2.31

群間の比較：Mann-WhitneyのU検定またはKruskal Wallisの検定 多重比較：Steel-Dwassによる多重比較検定 * $p<0.05$, ** $p<0.01$, *** $p<0.001$

3. 個人要因と看護記録に対する認識と電子カルテの入力状況との関連 (表3)

カテゴリー毎の合計得点を個人要因の属性と比較した結果、性別と年齢層別の得点に有意差は認めなかった。

職位の比較では、「目的と意義」($p=.049$)と「アセスメント必要性」($p=.011$)で役職あり群の方がスタッフ群に比べて有意に得点が高く、「記載困難性」では、役職あり群の得点が有意に低かった ($p<.001$)。

看護師経験年数の比較では、「活用度」が1～3年目群

が11～20年目群に対して有意に得点が高く ($p=.049$)、「記載困難性」が1～3年目群が4～10年目群に対して有意に得点が高かった ($p=.009$)。

看護基礎教育課程の比較では、「入力方法」で、看護大学が2年看護学校 ($p=.002$)と3年看護学校 ($p=.001$)に対して、有意に得点が高く、3年看護短大が2年看護学校に対して有意に得点が高かった ($p=.049$)。

電子カルテ使用年数、紙カルテ使用経験の有無では得点に有意差はなかった。

仕事以外でのPC使用頻度では、「入力方法」では使っている群が使わない群に対し有意に得点が高く ($p=.010$), 「活用度」では使わない群がたまに使っている群に対し, 有意に得点が高かった ($p=.021$).

看護記録委員の経験では, あり群が「入力方法」($p<.001$)と「アセスメント必要性」($p=.034$)において, 有意に得点が高かった.

看護部記録委員会の有無では, あり群が「入力方法」において, 有意に得点が高かった ($p=.014$).

電子カルテに関する研修の有無について, あり群の方が, 「入力方法」($p=.002$), 「目的と意義」($p=.013$), 「アセスメント必要性」($p=.004$)において, 有意に得点が高かった.

V. 考 察

1. 電子カルテを使用している看護師の特性

対象者の年齢は20~30歳代が76%を占め, 全国の同世代の割合(53%)より多かった¹⁶⁾. 本研究の対象者は約8割がスタッフ看護師で, 経験年数10年未満の看護師が約6割を占め比較的若い年齢層になったと考える.

電子カルテ使用年数は平均 5.2 ± 2.9 年で, 5年以下の使用者は半数以上であった. 前述したとおり400床以上の病院では約7割が電子カルテを導入してはいるものの, 医療情報を取り扱う電子カルテに関しては発展途上にあるものと推察する. 仕事以外のPC使用頻度は「使っている」「たまに使っている」が8割以上であった. 日本の世帯の約8割がPCを所有し¹⁷⁾, PCなど情報通信機器を使用することは広く一般化しており, その身近さが電子カルテを受け入れやすい環境下にあることが予測される.

院内電子カルテ関連委員会があると回答したのは65%であった. チーム医療において, 多職種が動線を共有および相互利用できるような情報共有の基盤の構築が重要であり¹⁸⁾, 電子カルテはまさに多職種の情報共有や協働のためのツールである. 十分に活用するために多職種が携わる組織の設置は必要不可欠であり, 更に病院が組織的に取り組んでいることを各個人が認識できる教育体制が必要である.

2. 看護記録に対する認識と電子カルテの入力状況

1)「入力方法」

11項目中, 6つの項目において6割以上が「常に行っている」「だいたいしている」と回答していた. この6つの項目は看護基礎情報の入力と標準看護計画立案, さらに標準看護計画に沿わない場合のフリー入力に関する質問項目である. これらより, 電子カルテ上の看護記録はアセスメントの枠組みを情報収集に活用し, 標準看護計画の選択とフリー入力を併用しながら入力がされており, 問題抽出や計画立案と連動され運用上の問題はないと考える. しかし一方, 「ケアを行うときに看護計画を見て

行っている」に対して「ほとんどしていない」「全くしていない」とした者が3割であり, 効率的に看護計画が活用されていない現状が明らかになった. 海津ら¹⁹⁾の調査でも「自由記載文による患者の個別性を反映する具体的な情報が不足しているため看護計画立案が形骸化されている」と指摘している. これは特に, 個別の看護計画に対する実施状況が口頭による引き継ぎで行われる傾向にあり, 電子カルテ上の看護記録が有効活用されていない状況にあることが推察された.

2)「目的と意義」

「看護の実践を証明するもの」「医療チーム間での情報交換の手段」や「看護実践や治療に関する患者の反応を示すもの」「法的資料」としての重要性は9割以上の看護師が「大変重要」「重要」と認識しており平均値も高値であった. しかし, 「看護職の思考を示すもの」の重要性を認識する者は7割を下回った. 看護記録の目的や意義に関しては非常に重要であると認識しているが, 看護職の思考と行為を示した看護実践の一連の過程に関する記録が, 看護実践の質保証へと繋がる²⁰⁾という認識はやや低いことが明らかになった.

「患者との情報交換としての手段」と認識している者は6割であり, これは10年前の井上の調査結果¹²⁾をさらに下回った. 近年, カルテ開示や患者と看護計画を立案する取り組みなどが行われているが, 電子カルテが患者との情報共有に対して重要とする認識は高くないものと推察する.

3)「活用度」

「看護師同士の情報交換に活用されている」「患者の状態が記録から把握できる」「多職種との情報交換に活用されている」の項目は「全くその通り」「だいたいその通り」と回答した者が8割を超え, 得点も4.1~4.2点と高値であった. これらより, 電子カルテの活用度に関する認識や実際の活用状況としては十分に活用されていることが伺えた.

4)「アセスメント必要性」「記録困難性」および「その他」

「アセスメントは看護記録において必要である」の項目が「全くその通り」「だいたいその通り」と回答した者は94.1%であり得点も4.4点と高値であった. また「アセスメントを書くことが看護師の思考過程を書くことである」の項目は79.8%であり得点も4.1点と高値であったが, 前述の「目的と意義」の項目の「看護職の思考を示すものである」の認識が67.4%, 3.8点であったことと若干異なる結果を得た. これは看護記録に対する認識として, 看護者の判断や思考が記述されるアセスメント記録は非常に重要と考えてはいるが, 実際には十分な記録をするには至っていないと考える看護師が多い現状を反映したものと考える.

「アセスメントを書くのは難しいと感じる」と回答した者は58.1%で得点は3.5点であったのに対し, 「アセスメ

ントを書かなくても、電子カルテの看護記録は完成する」に「あまりそうでない」「全くそうでない」と回答した者は4割であり、得点も28点と全ての得点の中で最も低い値であった。看護記録においてアセスメント記録が重要と考える看護師が多い一方で実際に活用出来ていない原因は、看護記録に対する認識のみならずアセスメント記載欄がない等の電子カルテシステム上の問題があることも推察された。

3. 看護記録に対する認識と電子カルテの入力状況に関わる影響要因

個人要因との関連について、職位・看護師経験年数・看護基礎教育・PC使用頻度・看護記録委員経験・看護部記録委員会の有無・電子カルテ研修の有無によって有意差を認めた。

「入力方法」では看護大学出身者、PCをよく使う者、看護記録委員経験者、電子カルテの研修がある者は得点が高い傾向にあった。菖蒲澤ら²¹⁾は「PCスキル習得にはPCを所有し、PCを得意だと思ひ、システムへの慣れが要因となる」と述べており、研修や委員会で看護記録システムに関わる機会が多い方が、よく活用できていると考える。また、大学出身者は平均年齢が28.5±4.5歳であり、回答者全体と比べて年齢層が低かった。幼少期からIT化が推進された環境で教育された世代が大卒者には多く、PCに慣れていることが一因であると考えられるが、年齢層別の比較では得点に有意差はなかった。つまり、看護学校と看護大学の情報分野に関する教育内容の違いがあると考えられる。近年、学部や大学院教育において看護情報学を教える看護系大学が少しずつ増えている段階である²²⁾。情報通信技術が高い看護師は看護実践能力が継続して向上するとの報告もある²³⁾。これらよりPC操作技術も含めた情報学教育は、電子カルテの普及に伴って今後とも必要性が増すと考えられる。

「目的と意義」に関しては、管理職・電子カルテ研修あり群の得点が高く、「アセスメント必要性」は同様に管理職、電子カルテ研修あり群に加え看護記録委員経験者の得点が高かった。これらより、管理職や看護記録委員は看護記録に関する知識や認識が高いことが明らかになった。また電子カルテ研修において看護記録の目的と意義を含めた教育が実施されていることが推察された。新人看護師の電子カルテ活用に対する困難感への対策として、院内研修や卒後教育の必要性が指摘されており²⁴⁾、電子カルテと看護記録の活用のためには、組織的な研修等の教育体制の整備が必要である。

「活用度」は看護師経験1～3年目が高く、これは大卒者が若年層に多いことから「入力方法」と同様の結果であると考えられる。「記載困難性」に関しては管理職がスタッフと比較し有意に低く、看護師経験年数では1～3年目の若い看護師が4～10年目の看護師と比べて有意に高かった。経験の浅い看護師は「入力方法」や「活用状況」は

問題ないが、アセスメントを記載することに困難を感じていることが伺えた。電子カルテの簡便さから、“考えない看護師”が育つ可能性が懸念されているため、電子カルテの使用年数と紙カルテ記録経験の有無との認識差についても検討した。その結果、両要因において看護記録の認識に有意差を認めなかった。電子カルテ化前後でのアセスメントの視点傾向は変化していないという報告もあるように²⁵⁾、看護記録に関する認識には、長く電子カルテを使っていることや電子カルテだけの使用経験であることは影響していないと考える。つまり電子カルテや紙カルテといった記録様式の問題ではなく、アセスメントに何を書くかを理解することが看護記録には重要である。この問題を解決するためには、看護過程展開のための看護記録に対する基礎的知識と必要性を理解し習得できるように、看護基礎教育及び現任教育の整備が必要である。

4. 看護記録の電子カルテ化による問題点と今後の課題

記録に要する時間を短縮させ、ベッドサイドでの時間を増やすことが保健医療分野のIT化推進の目的の一つであった。しかし電子化後の記録に費やす時間や負担は必ずしも減少しておらず、本研究でも6割の看護師が記録にかかる時間が負担と認識していた。またアセスメント記載に困難が伴うことで、記録時間が増すことはあっても、減ることは現状では困難と考える。アセスメント記録は難しいと約6割が認識しているが、看護師の思考過程を示す看護記録に必要なものであるとも認識されていた。海津ら¹⁹⁾の記録の入力内容調査では、「看護診断立案に至るアセスメントを記録に残している。しかしアセスメントの枠組みとは異なる画面に入力されどのように分析に活用されたのか不明」と指摘している。アセスメントの記載形式は必ずしも記述式である必要はなく、テンプレート式のアセスメントツールや多様な選択肢の組み合わせで、短時間で患者の個別性が表現でき、且つ看護師の判断の経過が可視化できる記録システムの開発が望まれる。

現在の電子カルテでは、看護記録からアセスメント能力を判断することは困難であるため、今後はシステム上の開発も望まれるが、現段階では施設内での看護記録監査を行うことが有効であると考えられる。また看護師チーム内だけでなく、医療チームでのカンファレンス等の活用で情報共有を行っていくことは非常に重要である。立案した看護計画や記載している看護記録が妥当であるか、必要条件を備えたものになっているか等、職種を超えて施設内で検討することは看護記録の更なる改善に繋がると考える。今後、地域包括ケアの推進に伴い、施設内に留まらない情報共有が必要となることが推察される。専門職の立場からの患者個別性を踏まえた看護記録による情報提供は、質の高い継続医療・継続看護に繋がると考

える。

教育体制の構築として、卒業教育では施設内に電子カルテに関する研修を設け、常に看護記録に対する認識を向上させることや、特に新人教育の電子カルテ研修への取り組みが重要である。また看護基礎教育においては、医療情報の整理・アセスメント、問題点の抽出、看護実践・評価という一連の看護過程の展開についての教育を充実させることが、より高度な看護実践につながるものとする。

VI. 本研究の限界

この調査の研究協力が得られた施設は、看護記録や電子カルテに関心が高いと推察され、全国の電子カルテを使う看護師のサンプリングとしては偏りがある可能性がある。多施設を対象とした電子カルテと看護師の意識調査に関する研究は少ないため、看護記録と電子カルテに関する更なる調査が必要である。

謝辞：お忙しい業務の中、本研究にご協力くださいました病院の看護職の皆様、並びに関係者の方々に心から御礼申し上げます。

利益相反：利益相反基準に該当無し

文 献

- 1) 医療保健分野の情報化にむけてのグランドデザイン 最終提言 (2001). 厚生労働省. <http://www.mhlw.go.jp/shingi/0112/s1226-1a.html> (参照 2017-12-02).
- 2) e-stat 政府統計の総合窓口. 平成 26 年医療施設静態調査 (2015-11-19). 厚生労働省. <http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/List.do?lid=000001141080> (参照 2017-12-02).
- 3) 工藤直志, 山中浩司: 医療現場における電子カルテの影響—医師・看護師における仕事の負担問題を中心に—. 大阪大学大学院人間科学研究科紀要 35: 153—172, 2009.
- 4) 相良かおる, 黒田裕子, 小田正枝, 他: 看護支援システムの稼働状況 予備的研究としての半構成的面接調査報告. 看護診断 11: 18—28, 2006.
- 5) 阿部祝子, 西村治彦, 三好 亮, 他: フィールドワーク技法による病棟看護業務の調査に基づく電子カルテシステムの利用状況評価—電子カルテシステム導入前後の業務実態の比較から—. 医療情報学 29: 3—18, 2009.
- 6) 相良かおる, 黒田裕子, 小田正枝, 他: 看護支援システムの稼働状況 予備的研究としての半構成的面接調査報告. 看護診断 11: 18—28, 2006.
- 7) 山勢博章, 伊東美佐江, 黒田裕子, 他: 電子カルテシステムの有用性に関する臨床看護師の認識. 看護診断 12: 27—34, 2007.
- 8) 豊田久美子, 馬込武志, 平 英美: 電子カルテ導入後の看護業務の変化および電子カルテ化の進展に対する看護師の認識—電子カルテ導入 5 年以内の病院で働く看護師への調査から—. 日本看護学会論文集 看護管理 42: 530—533, 2012.
- 9) 日本看護協会編: 看護記録および診療情報の取り扱いに関する指針. 東京, 日本看護協会出版会, 2005.
- 10) ロザリンド・アルファロー・ルフィーヴァ: 基本から学ぶ看護過程と看護診断. 第 6 版. 江本愛子監訳. 東京, 医学書院, 2008, pp 39—82.
- 11) Medical IT Link. IT 導入病院一覧. <http://www.medical-it-link.jp/intro/> (参照 2012-01-31).
- 12) 井上美智代: 看護記録の機能と役割について 看護師の看護記録に関する認識と実施の実態調査を通して. 神奈川県立看護教育大学校 看護教育研究集録 28: 17—24, 2003.
- 13) 岩井郁子: 看護記録. 第 7 版改訂版. 東京, アイ・アンド・アイコンサルティング, 2004, pp 54—95.
- 14) 岩本テルヨ, 佐藤美幸, 伊藤幸子: 看護婦のアセスメント記述に関わる実態と課題—POR による経過記録の調査を通して—. 山口県立大学看護学部紀要 2: 49—62, 1998.
- 15) 日本看護協会編: 看護業務基準. 2006 年度改訂版. 東京, 日本看護協会出版会, 2007.
- 16) 平成 24 年衛生行政報告例 (就業医療関係者) の概況 (2013). 厚生労働省. <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/eisei/12/> (参照 2014-01-19).
- 17) 通信利用動向調査平成 24 年度 (2013). 総務省. <http://www.soumu.go.jp/johotsusintokei/statistics/statistics05a.html> (参照 2014-01-19).
- 18) 瀬戸僚馬: 多職種協働を最適化する情報共有基盤 独自性より汎用性ある看護サービスを提供するための患者記録. 看護管理 22: 530—535, 2012.
- 19) 海津真里子, 村中陽子: 電子カルテの看護支援システム入力状況から捉えた看護記録活用上の課題—アセスメントから看護診断・看護計画の記録を通して—. 順天堂大学医療看護学部 医療看護研究 19: 42—51, 2017.
- 20) 日本看護協会編: 看護業務基準. 2016 年度改訂版. 東京, 日本看護協会出版会, 2016.
- 21) 菖蒲澤幸子, 山内一史: 看護中間管理者の情報処理能力の習得とその背景要因. 医療情報学 27: 229—236, 2007.
- 22) 太田勝正, 猫田泰敏: 看護情報学. 東京, 医学書院, 2008, pp 19.
- 23) Fujino Y, Kawamoto R: Effect of Information and Communication Technology on Nursing Performance. *Comput Inform Nurs* 31 (5): 244—250, 2013.
- 24) 山本浩子, 岡田淳子, 小池伝一, 他: 新人看護師の電子カルテを用いた診療記録活用における課題. 日本赤十字広島看護大学紀要 12: 19—26, 2012.
- 25) 古庄夏香, 黒田裕子, 安藤敬子, 他: 電子カルテ稼働中の施設における看護師の思考過程の分析. 看護診断 13: 5—12, 2008.

別刷請求先 〒807-8555 福岡県北九州市八幡西区医生ヶ丘 1-1
産業医科大学産業保健学部成人老年看護学
豊福 佳代

Reprint request:

Kayo Toyofuku

Department of Clinical Nursing, University of Occupational and Environmental Health, Japan, 1-1, Iseigaoka, Yahatanishiku, Kitakyushu-shi, Fukuoka, 807-8555, Japan

Clinical Nurses' Perceptions of the Usage of the Electronic Medical Record and the Significance of the Nursing Record

Kayo Toyofuku¹⁾ and Rieko Kawamoto²⁾

¹⁾Department of Clinical Nursing, University of Occupational and Environmental Health, Japan

²⁾Japanese Nursing Association

The purpose of this study was to clarify the actual conditions of how nurses enter nursing records and the nurses' perceptions of their usage, and the significance of the overall electronic medical records (EMR). Questionnaires were distributed to 650 nurses in 15 hospitals nationwide.

In all, 482 nurses took part (response rate of 84.2%) in this study. 34 items were categorized as following groups; "the usage of nursing processes", "the aim and significance of nursing records", "the usage and conspicuity of the EMR", "the perception of needs of nursing assessment", and "the barrier of assessment records". As a result, nurses acknowledged the importance of the aim and significance of nursing records and the need to document accurately including assessment based on the nursing process. For "the usage of nursing processes", it shows significantly high scores in the group of active users of PC, participation in seminars to use EMR, experienced nursing record committee, and graduates of universities. The group of nursing managers and participants of trainings and seminars to use EMR disclosed significantly high scores for "the aim and significance of nursing records". Those two groups and the group of experienced nursing record committee revealed significantly higher scores for "the perception of needs of nursing assessment".

In conclusion, adequate training for use of EMR, education for nursing records and the intelligible nursing record system showing nursing assessment leads to effective utilization of EMR and nursing records. These findings suggest that further investigation about the nursing record system in EMR is needed.

(JJOMT, 66: 201—209, 2018)

—Key words—

electronic medical record, nursing record, assessment