

4 ～ 5 外科用経過記録用紙についての一考察

11階東 ○村上恵美子 高田 小室 田村 種田 松本
織田 石川（浩） 田中（千） 石川（恵） 八木
吉留 対馬 西 井上 福田 小泉 田中（春）
北村 市川 南雲 柴田 土居

I はじめに
看護経過記録とは、実際に行った看護上の経過状況を記載する看護独自の記録であり、公的な医療記録の一部となるものである。記載欄には、患者の訴え、反応、観察、判断、援助の内容や、その評価を記録する。それによって、患者の経過を継続的に把握し、次の看護展開への足がかりとなる。更に、看護婦間の連絡、医師、その他医療従事者への情報の提供源ともなりうると、定義*されている。

当病棟では、患者の状態を一目で把握でき、正確かつ迅速に伝達する為、手術後の患者や重症患者を対象に、外科用経過記録用紙を使用している。しかし、スタッフから、「全体的にスペースが狭く、十分に記録ができない。」「血圧は最高 180 mmHg ～最低 40mmHg となっているが、200mmHg 以上の場合もある為、目盛りが足りない。」「患者によっては意識レベルの観察が必要であるが、記載欄がない。」「処置、看護内容等が明確に記録できず見にくい。」等の問題があげられた。

- そこで私達は、
- 1.経過記録を見た人が、その状況や場面を把握できる。
 - 2.時間で患者の経過が明確にわかる。
 - 3.適切な略語と記録の方法が、看護婦間できちんと統一されている。
 - 4.短時間で記録、報告ができる。
 - 5.看護過程が具体的に記載されている。

以上 1 ～ 5 の項目を満たしたものを作成することにより、問題解決ができ、経過記録の充実が図れるのではないかと考え、この研究に取り組むことにした。

※以下、外科用経過記録用紙を“用紙”と述べる。

II 方法及び対象

第一回 昭和61年10月 8 日～10月18日
当院外科病棟看護婦 129 名に自記式アンケート

回答者 84 名 回収率 65 %
第二回 昭和61年10月28日～11月 2 日
当病棟看護婦 22 名に自記式アンケート
回答者 14 名 回収率 52 %

III 経過及び結果
第一回目のアンケートの結果より、用紙を使用していると答えた者が96%と高く、どの病棟においても手術後の患者や重症患者に使用していることがわかった。更に患者の状態により、他の用紙を使用している病棟もあった。以下、用紙についての結果を述べる。
○用紙は現在横書きですが、使用しやすいですか。

ハイ 86.9 %	イエ 27.4 %	無回答
-----------	-----------	-----

○ネブライザー項目は、十分活用していますか。

ハイ 70.2 %	イエ 27.4 %	
-----------	-----------	--

○備考欄のスペースは十分ですか。

ハイ 40.0 %	イエ 34.5 %	無回答
-----------	-----------	-----

○BF、半抜糸等の処置はどこへ記入していますか。

グラフ内へ記入している 40.5 %	備考欄へ記入している 50 %	無回答
--------------------	-----------------	-----

グラフについて

○体温の範囲（34℃～41℃）は十分ですか。

足りない3.6% 多い3.6%

丁度良い 71.4 %		無回答
-------------	--	-----

○血圧の範囲（40 mmHg ～180 mmHg）は十分ですか。

丁度良い 22.9 %	足りない 60.6 %	無回答
-------------	-------------	-----

O₂ について

○温度、湿度の欄は必要ですか。

ハイ 21.4%	イイエ 57.1%	無回答
----------	-----------	-----

補液について

○輸液欄のスペースは十分ですか。

ハイ 33.3%	もう少し広い方がよい 52.4%	無回答
----------	------------------	-----

○in, outのバランスが一目でわかりますか。

ハイ 43.1%	イイエ 56.8%	
----------	-----------	--

○症状の項目は十分ですか。

多い 11.9%	少ない 34.5%	その他・無回答
----------	-----------	---------

以上より、

①記録は横長が良いと答えた者が約87%と高い為、現状通りとした。しかし、備考欄が狭いと答えた者が約35%、輸液欄がもう少し広い方がよいと答えた者が約52%を示したことにより、用紙は縦長とする。

②血圧・体温の目盛りが足りなくなることがあったのでグラフの目盛りを増やす。

③補液欄は時間で区切ってあるが、数時間に及ぶことが多い為、縦線は削除する。

④手術後は、ドレーン類が数本留置されていることが多く、記載しきれない為空欄を設ける。

⑤手術後患者、重症患者は処置が多く備考欄に記載しきれず見にくくなる為、処置欄を設ける。

⑥手術後患者、重症患者は体位変換の必要がある為、欄を設ける。

⑦意識状態の記載欄がない為、反射、瞳孔、レベルの欄を設ける。

⑧備考欄は狭い為、スペースを広げる。

⑨O₂の温度、湿度欄は活用されていない為、削除する。

⑩排便は腹鳴、腹満と一緒に観察していく為、症状欄に移す。

⑪排便、排尿の一日の量、回数がわかるように総計欄を設ける。

⑫用紙には、一枚毎に記載事項が印刷されているがスペースを広げる為に削除する。(尚、記載事項は別紙にまとめる)

以上を加味した用紙を作成した。その後約一週間、当病棟で試用し、再度アンケートをとった。その結果、

- ①「グラフの目盛りが広がった為書きやすくなった。」
②「用紙が一枚に統一された為、用紙の変更がなくなった。」
③「約束事項が統一された為、経過を追いやすく

なった。」
「備考欄が広くなり、書きやすくなった。」
「用紙の枚数が減り区切りがよくなった。」
「レベル、症状欄に空欄がある為、患者に合わせた症状が記入できるようになった。」

という意見があった。

他に、紙質、印刷が手書きだった為に見にくかったという意見が多かった。

Ⅲ 考察

私達は問題点を解決する為に用紙の改善を試みた。

その結果

- ①一日の経過を二時間毎に観察すると、一枚に記録され一時間毎に観察しても二枚以内に記録できた。
②現在使用されている用紙は16間隔(図2参照)であり、一日の水分出納を出す際、中途半端な位置になる為一枚を12間隔にしたことにより区切りがよくなった。
③レベル、症状欄に空欄を設けた為に以前より個性のある用紙の活用ができた。
④備考欄を広くすることで看護判断、分析を記入しようとする働きが出てきた。以上から私達で作成した用紙は、以前と比べ見やすく、使いやすくなったと言える。そのことから申し送りの時間短縮にもつながった。又、患者の全体像をとらえるのが容易となり、同一レベルでの看護に近づいたと言える。そこで、はじめに上げた目標1、2、3、4は達成されたが用紙のみの改善だった為、5は今後の課題とされた。このことから、理想的な経過記録とは形式や記入方法のみにとどまらず、内容が重要視されることが明確化された。私達は日々刻々と変化する患者の状態に合わせ機敏な態度でケアをしている。現在24時間で得た情報は、看護計画等に生かされているが医師、看護婦相方が活用できる用紙であるかどうかはまだ検討する余地があるのではないかと考える。そこで医師、看護婦相方で活用できれば、医師は治療方針の目安となり看護婦は医療処置との関連性もわかり、看護判断・分析が今以上に充実し看護の質の向上につながると考える。

Ⅳ 終わりに

私達は、この研究を契機に処置等が優先され精神面での援助不足になりがちであることが再確認された。今後更に用紙だけでなく、POS施行の記録方法についても検討を重ね、内容の充実を図りたい。最後にアンケート調査に御協力して頂いた各病棟の方々に感謝致します。

経過記録 (外科用)

時分	時	分	日	月	年	科	主治医	姓名	殿	オ 6・2	病名	術式
R	P	T										
60	BD	40.0										
50	140	35.0										
40	120	38.0										
30	100	37.0										
20	80	36.0										
10	60	35.0										
0	40	34.0										
ネプライザー												
O ₂ 方法/流量/速度												
温度/湿度												
輸血												
輸液												
注射												
液量/回数												
尿量/回数												
排便/性状												
呼吸器/回数												
脈拍/数/結代												
呼吸器/回数												
聴診/性状												
チアノーゼ/呼吸												
状態/気/度/反応												
備考												

(水分チェック)

月	日 (前後)	日
出血量	輸血量	
排尿量	輸液量	
出量計	摂取量	
	納量計	

記載要項

1. この経過記録は全麻後、術中を対称として使用する。
2. 看護記録は「経過記録参照」と記入し中止する。
3. 終了後は看護記録に記入する。
4. 時間には必要に応じて、準備終了時に記録を引く。
5. T = 青, P = 赤, R = 黒, BD = 背中の内側を記録でめり, BDの裏に数字を記入する。
6. O₂は方法/流量, テントの場合温度, 湿度, 湿度を記入する。
7. 輸血 = 赤, 輸液 = 青で開始時刻を記入する。
8. 注射は抗生剤, 止血剤, 鎮痛剤, ステロイド, 強心剤を記入する。
9. 排尿は1回/合計量を記入する。
10. 内服薬, 坐薬は備考欄に記入する。

61. 7. 2, 000 JT

V 参考文献・引用文献

※小倉一春：看護学大辞典 メジカルフレンド社

1. 梶 富子他：経過記録の検討 ICUとCCU P 927～932 Vo1. 9. 1985

2. 三橋清子：ICU看護経過記録の一考察 ナースデータ P 11～13 Vo1. 70. 1986
3. 根津進：看護研究Q&A 1985

外科 主治医 殿

術式	手術日
①	7月10日
②	7月10日
③	7月10日
④	7月10日
⑤	7月10日
⑥	7月10日
⑦	7月10日
⑧	7月10日
⑨	7月10日
⑩	7月10日
⑪	7月10日
⑫	7月10日
⑬	7月10日
⑭	7月10日
⑮	7月10日
⑯	7月10日
⑰	7月10日
⑱	7月10日
⑲	7月10日
⑳	7月10日
㉑	7月10日
㉒	7月10日
㉓	7月10日
㉔	7月10日
㉕	7月10日
㉖	7月10日
㉗	7月10日
㉘	7月10日
㉙	7月10日
㉚	7月10日
㉛	7月10日
㉜	7月10日
㉝	7月10日
㉞	7月10日
㉟	7月10日
㊱	7月10日
㊲	7月10日
㊳	7月10日
㊴	7月10日
㊵	7月10日
㊶	7月10日
㊷	7月10日
㊸	7月10日
㊹	7月10日
㊺	7月10日
㊻	7月10日
㊼	7月10日
㊽	7月10日
㊾	7月10日
㊿	7月10日

排尿 回

Na ()

[illegible]