

CCC入室前訪問用紙の改善を試みて

— 訪問用紙の問題点と意識調査の考察 —

CCC ○吉田美香 林 中川 津曲 高橋(明) 高橋(千) 田山

I はじめに

CCCにおいて予定入室患者に対する術前訪問を開始し、平成元年で9年目になる。

術前訪問の目的は、1) 患者の病歴及び社会的背景、身体的特徴、術前の状態を知ることにより術後の看護をスムーズに行う。2) 患者及びその家族と直接面談し、CCCの特殊性及び環境を説明することにより、CCCに対する不安を軽減し協力を得ることである。

私達は患者に対し、術前に関わりがないため、術前訪問によって得られる情報が術後の看護の重要なポイントとなっている。

今回、以前の用紙では用紙が使いにくい、見にくい、看護婦の経験により収集された情報に差が出る、情報収集に時間がかかる、などの問題点があげられた。以上の問題を改善するために入室前訪問用紙(以後訪問用紙と略す)の再検討を行い、7ヶ月間使用してみたので、その結果をここに報告する。

II 実際

- 1 研究期間 昭和63年9月～平成元年11月
用紙改善期間 昭和63年9月～平成元年4月
使用期間 平成元年4月～平成元年11月
- 2 対象 CCC看護婦24名 麻酔科医師5名
- 3 方法

現在CCCで使用している記録類を見直し改善する目的で記録グループを結成した。その中で今回訪問用紙について問題点を明らかにし、原案を作成した。

- 1) 旧訪問用紙(図1)の問題点
 - (1) 用紙が使いにくい。見にくい。用紙が大きすぎる。
 - (2) ムンテラ内容がわからない時がある。
 - (3) 記述式のため訪問に時間がかかる。
 - (4) 医師の入室申し込み用紙に、患者の病態を記入する医師が少なく、用紙が活用されていない。
 - (5) 看護婦の経験により収集された情報の内容に差がでる。

以上の5つの問題点より原案を作成した。

2) 原案作成 (図2)

右記、図1の原案用紙を使用し、アンケート調査を行いつつながら数例の試作案をへて現在の用紙に至った。

図1

Dr用

CCC入室申し込み票					その他連絡事故
所属	科	病棟	内線()	受持医	内線()
姓名	才 月				
病名					
入室希望	年	月	日	時	分
予定処置術式名	予 定 急 急				
次の目的でCCC入室を希望いたします。(○印)					
1. 大なる手術侵襲後の管理					
2. 急性呼吸不全					
3. 急性心不全					
4. ショック					
5. 急性昏睡					
6. 救急蘇生後の管理					
7. 薬物中毒					
8. 重篤な熱傷					
9. その他					
CCC部長 殿					
入院 年 月 日 予定・緊急					
申し込み 年 月 日 医師名					
受付 年 月 日 時 分					
受付者サイン					

CCC入室前訪問記録票

NS用

所属	科	病棟	内線()	受持医	入院	年	月	日
姓名	年令 才 男・女				病名			
一般状態(/)	身長 cm,	体重 kg,	血圧 / 呼吸	mmHg,	脈拍 あり	/ 分	なし	整・不整
既往歴	現 症							
	1. 視力障害 (あり・なし)							
	2. 聴力障害 (あり・なし)							
	3. 言語障害 (あり・なし)							
	4. 運動障害 (あり・なし)							
	5. 感染性疾患 (あり・なし)							
	(HbG, Wa, Tb.)							
	6. その他							
検査								
ムンテラ	本人	家族						
血液	型 Rh()							
	申し込み							
性格								
その他	家族連絡 TEL ()							
	()							
	訪問者サイン()							

図2 原案

Dr用 CCC入室申し込み用紙

所属	科	病棟	内線	受持医	
姓名	才				
病名					
入室希望	年	月	日	時	分
予定処置術式名					予定緊急
				受付け印	

3) 既往歴

4) 検査データ値又、異常の有無

- ・未血機能
- ・呼吸機能
- ・凝固機能
- ・EKG
- ・肝機能
- ・その他
- ・腎機能

1) 次の目的でCCC入室を希望いたします。(○印)

1. 大なる手術侵襲後の管理
2. 急性呼吸不全
3. 急性心不全
4. ショック
5. 急性昏睡
6. 救急蘇生後の管理
7. 薬物中毒
8. 重篤な熱傷
9. その他

2) ムンテラ

- ・本人へ
- ・家族へ

5) 画像、所見(CT,エコー,アンギオ等)

CCC入室前訪問記録 CCC Ns.記入用

=現病歴と入院後の主な経過及び情報の補足=	
(姓名)	(連絡先<自宅>)
(血液型) 型 Rh (感染症) 無・有 (Wa, Hb, T _b その他)	(アレルギー) 有 食物 薬物
(身長) kg Bp=	(体重) kg HR= 整・不整
(現症)	(職業)
・視力障害 無・有	・言語障害 無・有
・聴力障害 無・有	・運動障害 無・有
(家族背景)	(性格)
(面接中の態度及び理解力)	(看護上の問題点・留意点及びその他)
IDナンバー	面接済・未 訪問者サイン()

図3 現訪問用紙

CCC入室申込み票

所属	科	病棟	内線()	受持医	Dr.
姓名	才				
病名					
入室希望	年	月	日	時	分
予定処置術式名					予定緊急
				受付け印	

3) 検査データ値又、異常の有無

- ・未血機能
- ・呼吸機能
- ・凝固機能
- ・EKG
- ・肝機能
- ・その他
- ・腎機能

4) 画像所見(CT,エコー,アンギオ等)

5) ムンテラ

- ・本人へ
- ・家族へ

1) 次の目的でCCC入室を希望いたします。(○印)

1. 大なる手術侵襲後の管理
2. 急性呼吸不全
3. 急性心不全
4. ショック
5. 急性昏睡
6. 救急蘇生後の管理
7. 薬物中毒
8. その他

2) 既往歴

CCC入室前訪問記録 ccc Ns.記入用

<現病歴>	Bp=
<入院後主な経過及び情報の補充>	HR= 整・不整
<身長>	R=
<体重> + kg - kg	<現症>
<視力障害> 無・有	○言語障害 無・有
<聴力障害> 無・有	○運動障害 無・有
<食事・内服>	<アレルギー> 無・有
<職業>	○食事
<家族背景>	○薬物
<性格>	<その他:看護上の問題点・留意点・継続事項・ADL等>
<面接中の態度及び理解力>	<連絡先>
<IDナンバー>	<血液型> 型 Rh
面接済・未 訪問者サイン()	<感染症> Wa・Hb・T _b 無・有 その他

3) 現訪問用紙(図3)

現訪問用紙を7ヶ月間使用し、問題点が改善されているのか、またスタッフの情報収集に対する意識を高めるためにアンケート調査を行った。

〈問題点についてのアンケート内容〉

- 1) 情報の項目、内容
- 2) 用紙の大きさ
- 3) 項目のスペース
- 4) 項目の配置
- 5) ワープロ文字の大きさ

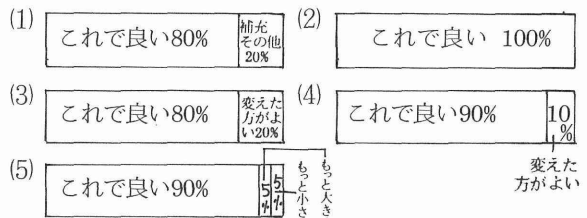
〈意識についてのアンケート内容〉

- 6) あなたはどの項目を重視して入室予定患者のレポートを聴き、見ていますか。
- 7) あなたはCCC看護婦へ入室患者の情報をレポートする時、何に心がけますか、又レポートする人に何を望みますか。
- 8) あなたは入室予定患者について、どの点に留意して病棟看護婦から情報収集していますか。
- 9) あなたが患者と面接する際、留意することは何

ですか。

(10) あなたは患者の情報をCCCでの看護にどのように生かしていますか。

〈問題点についてのアンケート結果 回収率100%〉



〈意識についてのアンケート結果(意見の多かったもの)〉

- 6) ・病態の重症度を示す情報
- 7) ・患者の人間像を示す情報
- 8) ・全部精神面に関する情報
- 9) ・自分の態度
 - ・患者の全体像をつかむ
 - ・術後の環境を説明する
 - ・行動する(家族に会う、患者に見学を勧める)
- 10) ・術後の観察ポイントの情報にする。

- ・実際の看護にとり入れる
- ・患者に必要な環境を整える

Ⅲ 結果及び考察

訪問用紙を改善し、使用した結果次のことがわかった。

改善前の問題点(1)に対して、アンケート(1)~(5)の結果にあるように、これで良いが90%、変えた方がよいが10%であった。変えた方がよいという意見に対しては、項目を加えたり(CCCに入室することのムンテラの有無・嗜好品の有無など)、現在ある項目の位置を変えたりすることで解決できると考えられる。

問題点(2)~(4)に対して、医師入室申し込み用紙と看護婦の訪問用紙を一枚にして、検査データ、ムンテラ内容、既応歴などの情報を医師の記入項目とした。入室依頼を受ける時その内容を医師が確認することで、医師入室申し込み用紙が活用されるようになった。

め患者の病像を把握する事が容易になり、ムンテラ内容の記入もれもなくなっている。訪問時は看護情報を主に収集することで、時間の D_r 短縮ができていないか考える。

問題点(5)に対して、用紙に項目を加えたことで記入しやすくなり、看護婦の経験に関係なく最低限必要な情報を収集することができるようになった。その反面、項目に沿ってのみ情報収集を行うと、ただ機械的に項目をうめるだけになってしまう恐れもあることを考慮しなければならない。

次にスタッフの意識調査に対するアンケート(6)(7)の結果では、多種多様な意見があった。個々の患者に適切な看護を提供するにはその患者がどのような状態にあるかを把握しなければならない。つまり患者の全体像が具体的にイメージできるかどうか、重要であることから、病像、生活像、人間像と広範囲の意見が記されたと考える。

(8)に対して、患者の精神面、生活面を重視しているという意見が圧倒的に多かった。それらの情報は、私達が行なう短時間の面接では得られにくいだけに、重要視されていると思われる。

(9)に対して、情報を参考に面接しオリエンテーションを行い、CCCの環境説明や心配事の有無、術直後の状態等、言葉を選び、患者とコミュニケーションを交わしながら行うことなどがあげられた。これらは患者が手術に対し、またCCC入室に対しての不安を少しでも軽減できるよう考慮しているといえる。面接時のオ

リエンテーションは、不安の除去に非常に効果があるといわれている。しかし、オリエンテーション時の患者の受けとり方、看護婦の対応の仕方には個別性があるので、常に患者にとって不安の除去になり得ているかという疑問もある。

(10)に対して、術後合併症の予測、不穏への事故対策などがあがっていた。術後危機状況にある患者の観察は、患者の予後に影響を与えるため私達も予測をもって判断し看護することが大切であるといえる。またICU特有のシレドルーム状態に陥る患者がCCCでも少なくないため、それに対する事故対策は看護の重要なポイントでもある。これらは患者の性格、生活背景、入院生活上の問題に関する情報を得ることによりかなり予防できるものといえる。

Ⅳ おわりに

入室前訪問用紙の改善と意識調査によれば、手術前の患者の病状や人間像に関する情報を、看護婦は、身体的、精神的援助、環境作り、家族への援助等に生かしている。一方、医師は患者家族を含めた精神面の情報も重視し術後管理を行っているようである。(医師へのアンケート内容、結果は省略)

チーム医療の最終目的は、より質の高い効率的な問題解決が患者の為に行われることである。その共通の目的を達成するためにも医療従事者間の患者に関する情報交換は重要である。訪問による情報収集のみならず、病棟より提供された情報も重要となっている。

私達は、患者の個別性を手術前から正確に把握できるよう努め、病棟と連携された看護を行っていきたいと考える。

Ⅴ 参考文献

- 1) 長谷川浩著：ICUにおける患者との意思疎通
- 2) 紀伊国献三著：看護記録ハンドブック メジカルフレンド社
- 3) 看護をどう「記録」するか 日刊ナーシング 1987.
- 4) 集中治療における看護記録のつけ方とその活用 臨床看護 1989.