

しましたが、経過記録や看護計画書の内容と重複し、記入する手間がかかり、定着しなかった。

この結果から第3段階では、評価・計画修正の記載が習慣化するため、次のように経過記録用紙を変更した（用紙2）。第1段階で改善された内容は生かし、そこに評価の項目を追加しました。記載要領を作成し、記載方法の統一、周知に努めた。

（用紙2）

訪問看護記録Ⅱ利用者氏名 様

訪問日時	年 月 日 () : ~ :	
訪問目的	定期訪問・緊急訪問・ 電話相談・その他	担当者名
状態	実施・判断・評価	支援内容
# 1 # 2		<input type="checkbox"/> 1. バイタル <input type="checkbox"/> 2. 一般状態 <input type="checkbox"/> 3. 浣腸、排便 <input type="checkbox"/> 4. オムツ交換 <input type="checkbox"/> 5. 入浴介助 <input type="checkbox"/> 6. シャワー浴 <input type="checkbox"/> 7. <input type="checkbox"/> 8.
		次回伝達事項
		次回訪問予定日 月 日 :

第3段階では、この記録を実施して2ヶ月程度であり、まだ記載に慣れず時間がかかり、簡潔に表現することの難しさを感じながら取り組んでいる。その結果、項目を設けることで、評価の記載が増え、看護計画の変更や追加を速やかに実施するようになった。以前も、変化のある利用者については、適宜ケアプランの実施状況や計画変更の必要性などの提案をすることはあったが、慢性の経過の利用者については、後回しになる傾向がある。評価に重点を置き記録することで、問題解決の到達度や看護内容の評

価が意識され、大きな変化がなくても、定期的なケアプラン実施状況の報告の必要性を考えるきっかけになった。今後は評価の充実を継続していくこと、ケースにより、看護計画のボリュームがちがうため、記載スペースや記載内容の検討が必要になること、より読みやすい記録、より伝わりやすい表現については自己努力を課題としいくことが重要と考える。

【考 察】

今までの記録で、分析や判断が不足したのは、慢性疾患の利用者が多く、観察や療養相談といった、同じ看護内容を繰り返し実施することが少なくないことや担当者のかかわりが長期になり、口頭で伝達されることで、記載がなくても、支障を感じ難かったためと思われる。

漫然と看護計画を継続することなく、常に私たちは、利用者のニーズに込えているのか、目標は達成しているのか、ケアは有効なのかを検証するために、評価の充実は重要と考える。

【おわりに】

今回、評価の充実を図ることは、利用者の課題を明らかにし、他の事業者と積極的な連携を構築することにも貢献できると考える。また、看護の質の向上・日々行っている看護を理論的捉えていくことが可能となり、看護の充実・継続に繋がると実感した。

服薬指導記録の電子化における形式の検討

薬剤科

○内山 愛弓 佐久間祐介 斉藤友記子
 岩切 円香 山田 絵美 大島 夕佳
 佐藤なつき 小日向真澄

当院では平成17年6月から電子カルテが導入となり、平成20年7月から電子化の推進と情報

の共有という目的で電子カルテへの服薬指導記録の入力を開始した。情報の共有という意味では医師や看護師などが見やすい形式にしたいと考え、他職種のスタッフに意見を聞いた。今回はその結果をもとに服薬指導記録の形式検討を行ったので報告する。

初めに運用した服薬指導記録の文書形式は以前使用していた手書きの服薬指導記録を基にして作成した。この際に、キーボード入力は手書きに比べ時間がかかるのではないかと予想し、頻繁に使うと思われる項目をプルダウンにて選択できるようにした。この形式を用いて二ヶ月間ほど記載を行った後、薬剤師に意見を聞いた。

薬剤師からは、服薬指導内容を記入する枠が少なく枠を広げたい、プルダウンの使用頻度が患者様の病棟によって使用頻度が異なるなどの意見があった。次に他職種の意見を集めた。収集方法としては、医師には聞き取り調査を行い、看護師にはアンケートを行った。全医師と看護師に調査を行うのが理想であったが今回は一部の医師と看護師を対象に行った。

医師への聞き取り調査は一般病棟と療養病棟の担当医師1名ずつに実施した。医師からは記録者によって記録の方法に差異があり見にくい、患者の意見と薬剤師の意見をわけるかSOAP形式で記入するほうがよい、薬剤師の指導内容が少なく、自己管理か病棟管理か明記して欲しいというような意見があった。

看護師へのアンケートは、開きやすさ、レイアウトの見易さ、記録が業務上の参考になったかの三点について質問を設け、2、3病棟を対象に行った。

ここで開きにくいという意見が多く50%を占めた。これは事前の説明不足が原因だと思われる。レイアウトに関しては見にくいと言う意見がやや多かった。

参考になったか否かに関しては2病棟では両意見が大体半々であったが、3病棟では参考にならなかったという結果となった。また、その他の意見には誰に指導を行っているかがわから

ず、記録を見つけるのが難しいという意見が複数あった。

これらの結果を踏まえ、記入欄が少ない、一般病棟と療養病棟でプルダウンの必要性が異なるという薬剤師の意見に対しては図1のように薬剤師名、日付のレイアウトを変え、プルダウンを無くし、記述する枠を大きくした文書形式と、プルダウンを残した形式の2種類から選べるようにした。医師からは文書形式としてプルダウンを増やしたり、テンプレートを利用したりする方が、統一感があるのではないかと意見があり検討したが、システム上困難な点があり現実に運用するのは難しかった。

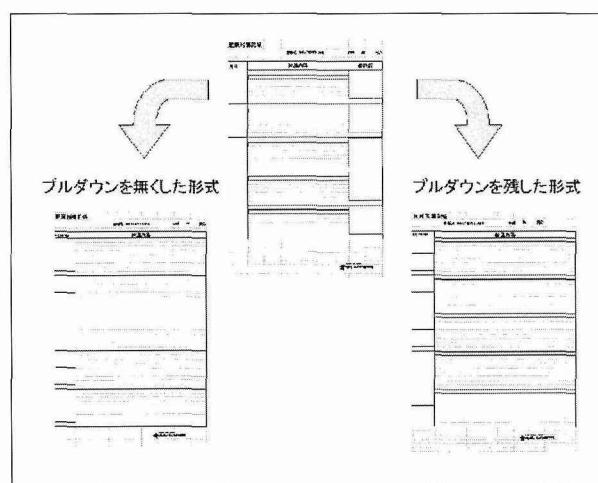


図1 文書形式の案

ただ、記述法に統一性がないのは事実であり、SOAP形式での記述を取り入れることとした。これは記述法を統一するためでもあるが、看護記録でも運用されているSOAP形式を利用することにより看護師のアンケート結果にあった「見にくい」という点を改善する為でもある。今後細かい部分を詰めて運用を開始する予定である。

医師、看護師双方から意見のあった自己管理、及び指導患者がどの患者なのかわからない、という意見に対し、下の図2に示した対策案があげられたが、それぞれ問題点があり、今後検討して表示していく予定である。

今回は当科の意見と他職種の意見を基に、電子カルテに記載する服薬指導記録の形式の検討を行った。その結果、文書形式の決定をし、

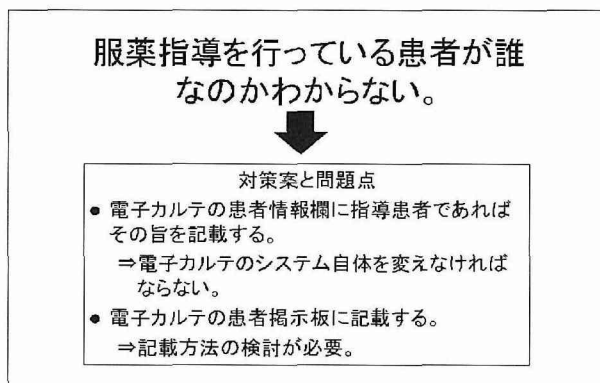


図2 服薬指導の有無を記載するに当たっての対策案と問題点

SOAP形式の導入、自己管理などの表示の検討に至った。今回の発表までに後者2項目の運用開始に至ることはできなかったが、他職種の見解なしにここまでの検討には至らなかったと思われる、今後も幅広く意見を聞きたい。

提携施設との円滑な外来受診にむけて ～外来受診連絡票の見直し～

外 来

○豊島 香織 若月 由美 中島 澄枝
増井 佳織 大友 三紀

【はじめに】

当院は、協力病院として数多くの施設入居者様の外来受診を受け入れている。

外来受診時、施設看護師が付き添わない施設には外来受診連絡票（以下 連絡票）の提出をお願いしていたが、未提出や情報が不十分で患者様の状態を知らない職員が付き添う事もあり、診療に支障をきたす事があった。

そこで、以前からあった連絡票を見直し再作成し、使用した後 アンケート調査を行い、その結果に基づき外来での連絡票の記入や内容について検討を行った。

【研究方法】

対象：看護師以外の職員が付き添う3施設

方法：①連絡票の見直し、作成

見直しにあたり 今まで使用していた連絡票に対して要望を施設から聴取し、考慮しながら作成した。

②各施設へ説明、配布

③実施結果の分析（質問紙法）

倫理的配慮：アンケートは無記名とし、研究の趣旨を説明し協力を得た。

【結 果】

見直し後からの連絡票の提出は、ほぼ100%となった。

・アンケート結果

【外来Dr】

連絡票が、以前より詳しくなっており診察前に情報がわかるので役に立っている

施設も増えてきており、良い試みである

返事を書いているのが、良い(受診目的は何ですか?)ということ目目的をしばれて、一番の症状がわかって良い

<改善点>

意識レベルの欄があったほうがよい

水分が取れていないのがいつからなのか入ったほうが良い

【当院外来NS】

以前より見易くなり、必要な情報が短時間で収集しやすくなった

何度も説明しなくてよくなった

<改善点>

薬の変更の有無を○で表示できると良い

身長、体重がわかるとよい

情報書コピーはこれからもとってほしい

記入スペースを広くしてほしい

【A施設NS】

変更があった時(特に薬)は、理由と内容を記載してほしい

指定医師の変更があった場合、理由を知らせてほしい