

20013

電子カルテ導入一年後のカテ看護記録の評価（アセスメントの記載状況及び意識調査）

¹福山循環器病院

藤井 紀寛¹、松田 憲尚¹、矢吹 晶彦¹、川合 美佳¹、三吉 薫¹、宮崎 仁¹

【目的】我々は岩井郁子の看護記録の目的「看護実践を明示しケアの評価」を指向し、紙カルテ構築以来看護計画欄を設け、共在への意志高揚を図ってきた。しかし電カル導入後、計画欄は空白のままアセスメントに欠け、実施記録のみとなっている。そこで今回現状の看護記録をふり返り、その要因を明確にすると共に改善策を講じたい。【方法】1. 記載状況を個別調査し、実記載・無記載の CP/ND を分析する。2. スタッフの記載意識調査を行い、無記載を招いた要因を分析する。研究期間 2008. 9. 12～2009. 7. 13 対象 PCI 連続 536 症例。【結果】1. 全無記載率 380/536 (71%) 実記載率 102/536 (19%) 空白記載(総括及び実施記載)率 54/536 (10%)。また、全症例の記録再検討より CPND の実在は 156 症例、実在症例で診断記載のない真の空白率は 54/156 (34. 6%)。2. 実記載 CP 頻度 1) 造影剤アレルギー 17/61 2) ワゴトニー 13/61 ND 頻度 1) 慢性疼痛 10/41 2) 不使用性 7/41。4. 空白記載 CP 頻度 1) プレシヨック 9/54 ND 頻度 1) 慢性疼痛 3/54。また、基準介入として解決し時間配分を合理化する基準化事例が 20 例。3. 意識調査 診断記載しなかった理由 1) 薬剤使用時薬剤欄にフォーカス記載するため CP 記載しない 3. 8 (1～5 の 5 段階尺度の平均値) 2) 弱みがなければ基準介入で十分 3. 4 【考察】診断記載か基準介入かの判断が不明確であったことと、弱みがなければ基準介入で個別性が図られるという認識により無記載が見られた。【結語】高頻度項目は基準介入とした。また、単回静注での解決は基準介入、苦痛遷延・持続注入・補助循環は診断記載とした。