日本赤十字九州国際看護大学/Japanese Red Cross Kyushu International College of Nursing

重症患者搬入における記録の検討：心肺停止・重症外傷患者における記録用紙の導入を試みて

メタデータ	言語: Japanese 出版者: 佐世保市立総合病院 公開日: 2022-07-11 キーワード (Ja): 記録用紙, CPA, 重症外傷 キーワード (En): record paper, CPA, the serious case injury patient 作成者: 久田, 愛, 中野, 真由美, 太田, 良子, 鴨川, めぐみ, 月原, 美奈子 メールアドレス: 所属:
URL	https://jrckicn.repo.nii.ac.jp/records/838

佐世保紀要　40：97-100, 2014

Examination of the record in the ill patient import ～ Try introduction of the record paper in CPA, the serious case injury patient ～

Outpatient Department, Sasebo City General Hospital

Manami Hisata, Mayumi Nakano, Ryoko Oota,
Megumi Kamogawa, Minako Tukihara

Key Words : record paper、CPA、the serious case injury patient

重症患者搬入における記録の検討 ～心肺停止・重症外傷患者における記録用紙の導入を試みて～

佐世保市立総合病院

久田　愛、中野真由美、太田良子、鴨川めぐみ、月原美奈子

要旨：【目的】 A病院救命センターへ来院する患者は非緊急から蘇生レベルまで様々な患者が混在する。しかし看護師の経験年数に差があり、同レベルでの患者観察・記録が行えていなかった。今回重症外傷、心肺停止患者に特化した記録用紙をそれぞれ作成し活用することで、統一した観察及び記録ができるかを検証する。**【方法】** 2012年４月～2013年８月にセンターを受診した重症外傷及び心肺停止患者の記録とセンター勤務のスタッフを対象とし、①外傷初期看護セミナー、二次心肺蘇生法のガイドラインを参考に記録用紙を作成し使用、②使用群と未使用群の記録内容を８項目で比較、③新規記録用紙導入前後にスタッフに対し６項目５段階評価でアンケートを実施、④新規記録用紙を使用し有効性を検討する。**【結果】**（１）記録内容を比較し、重症外傷患者記録は８項目中６項目で、心肺停止患者記録は８項目中２項目で記載率は導入後に上昇した。（２）アンケートは61名に配布し73％の回収率を認め、記録用紙は記入しやすいかとの問いに対しやや思う・そう思うと答えた割合は導入後に上昇した。（３）導入前アンケートで得られた要望も参考に新規記録用紙を作成し使用した。導入後アンケートでは簡便化したとの意見を得ることができた。**【結論】** 今回新規記録用紙をチェックリスト方式にしたことで、観察点や記載内容が統一され、経験年数を問わず同レベルで観察が行えるようになったと考える

キーワード： 記録用紙、ＣＰＡ、重症外傷

Ⅰ．はじめに

当院の救命救急センターは高度な医療処置を必要とする三次救急患者の受け入れを目的とし平成24年４月に開設された。しかし実際に来院する患者層においては非緊急から蘇生レベルまでの様々な疾患、症状の患者が混在する状況である。センターの看護師には一定のトリアージ能力や救命における観察力、技術力を必要とされるが、看護師経験年数やセンター経験年数には差があり、誰もが同じレベルで患者を観察することができていなかった。そこで従来用いていた記録用紙の見直しを行い重症患者における観察が一定化できるよう、外傷初期看護セミナー（以下ＪＮＴＥＣ）、二次心肺蘇生法（以下ＡＣＬＳ）の観察項目に沿って外傷用、心肺停止（以後ＣＰＡ）患者用の記録用紙を作成した。新規記録用紙導入３ヶ月後のアンケート調査や実際の記録内容からその効果を検証し、得られた結果を報告する。

Ⅱ．目的

重症外傷、ＣＰＡ患者に特化した記録用紙を作成し活用することで、ガイドラインに沿った観察および記録ができるかを検証する。

Ⅲ．方法

（１）研究期間：平成25年６月～９月（データ分析期間）

（２）研究対象

①平成24年４月～平成25年８月までにセンターを受診した重症外傷患者およびＣＰＡ患者（ここでの重症外傷とは緊急度判定支援システムのトリアージレベルの緊急群とする）

②センターに勤務するスタッフ（ＩＣＵ、外来）61名

（3）研究方法

①ＪＮＴＥＣ、ＡＣＬＳのガイドラインを参考に、全身観察項目を明記したチェック方式の新規記録用紙を作成し重症外傷患者、ＣＰＡ患者に使用する。

②記録内容について、旧記録用紙を使用した重症外傷患者およびＣＰＡ患者の記録（対照群が同数となるよう過去１年間より無作為に抽出）を未使用群、新規記録用紙を使用した患者の記録を使用群とし、以下８項目で比較した。

ａ）救急隊からの第一報（ＭＩＳＴ）伝達に着眼した観察記録

ｂ）気道、呼吸、循環、神経の視点での観察

ｃ）治療、処置、ケアについて指示者と実施者の記載

ｄ）時間ごとに変化する患者の状況の記載

ｅ）病歴聴取の記載（ＡＭＰＬＥ）

ｆ）患者と付き添い者の関係の記載

ｇ）患者家族への説明内容とその反応の記載

ｈ）所持品の記録、返却者の記載

③スタッフに対し新規記録用紙導入前後に、重症外傷患者、ＣＰＡ患者の受け入れについて記録用紙へ記入しやすいどうか以下の6項目を5段階評価でアンケート調査を行った。またその評価の理由や新規記録用紙導入にあたっての要望も記入してもらった。

ａ）バイタルサイン

ｂ）観察項目

ｃ）ルート類

ｄ）処置経過記入欄

ｅ）施行した検査

ｆ）同意書・文書類

④重症外傷、ＣＰＡそれぞれの記録用紙に対して有効性を検討する。

Ⅳ．倫理的配慮

アンケートは無記名で行い、研究目的、任意での参加、得られた情報は個人が特定されないことを明記し同意を得た。記録の検討の際には患者個人の情報が特定されないよう留意した。また当該施設の倫理委員会で承諾を得た。

Ⅴ．結果

（1）重症外傷記録ついて

①記録内容の比較について

新規記録用紙を実際に使用した患者数は10例であった。記録用紙導入前後で記録内容を比較した結果を表１に示す。ＭＩＳＴ伝達に着眼した記載があった記録が導入前1例から導入後5例へ、ＡＢＣＤアプローチからの観察の記載があった記録が１例から６例へ、治療・処置・ケアについて指示者と実施者の記載があった記録が７例から９例へ、付き添い患者の関係の記載があった記録が１例から６例へ、患者家族への説明内容とその反応の記載があった記録が３例から４例へと増加を認める結果となった。しかしＡＭＰＬＥヒストリーの記載があった記録の割合は導入前０例から導入後１例、所持品の記録、返却者の記載があった記録は１例と変化なく記載率としては低かった（図１）（表１）。

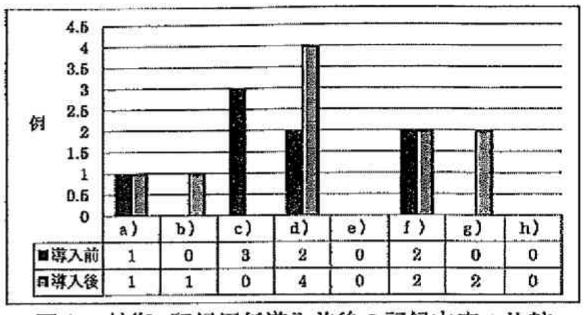

図１：外傷　記録用紙導入前後の記録内容の比較

表１：記録内容の比較項目

ａ）ＭＩＳＴ伝達に着眼した観察記録
ｂ）気道、呼吸、循環、神経の視点での観察
ｃ）治療、処置、ケアについて指示者と実施者の記載
ｄ）時間ごとに変化する患者の状況の記載
ｅ）病歴聴取の記載
ｆ）患者と付き添い者の関係の記載
ｇ）患者家族への説明内容とその反応の記載
ｈ）所持品の記録、返却者の記載

②アンケートについて

アンケートは61名に配布し、73％の回収率を認めその結果を表２に示す。アンケートにて、やや思う・そう思うとの回答に関して単純検定にて数値化した結果、バイタルサインでは導入前50％から導入後66.6％、観察項目では59.3％から71.1％、ルート類確認では34.3％から62.2％、処置・経過では45.3％から68.8％、検査では26.5％から55.5％へ、同意書・文書類では18.75％から62.1％と導入後に上昇がみられた.（図２）。

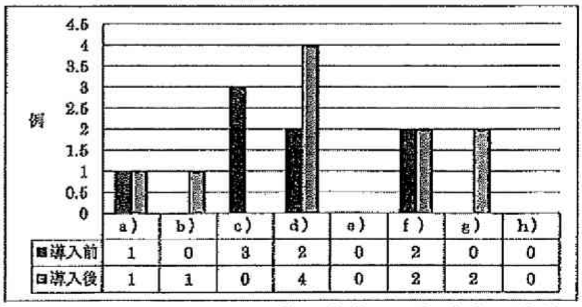

図２：ＣＰＡ　記録用紙導入前後の記録内容の比較

③スタッフからの意見について

アンケートに記入されたスタッフの意見から、導

入前の記録用紙では、「外傷に即した内容ではない」「経時的に書くのみで観察項目とリンクしていない」「ＡＢＣＤの評価記入方法に自信がない」「どこを観察していいかわからない」などが聞かれた。また記録用紙の導入にあたり、「人型の図を入れてほしい」「ＡＢＣＤでの記録形式にしてほしい」などの要望があり、できる限り取り入れて新規記録用紙を作成し、実際に使用してもらった。その結果、「図に書き込めるのは便利」「○をつけられるのは便利」「チェックリストをみれば書ける」などの意見が聞かれた。しかし「チェックリストに記載してある用語がわからない」「様式に見慣れずどこに書くか迷ってしまった」といった意見も聞かれた。

（２）ＣＰＡ記録について

①記録内容の比較について

新規記録用紙を実際に使用した患者数は４例であった。記録用紙導入前後で記録内容を比較した結果を表３に示す。ＡＢＣＤアプローチからの観察の記載があった記録が導入前０例から導入後１例へ、時間ごとに変化する患者の状況の記載の記録が２例から４例へ、患者家族への説明内容とその反応の記載があった記録は０例から２例であった。ＭＩＳＴ伝達に着眼した記載があった記録はどちらも１例と変化なく、ＡＭＰＬＥヒストリーや所持品の記録、返却者の記載のあった記録は０例と記載がされていなかった。また治療・処置・ケアについて指示者と実施者の記載の項目において、導入前では３例だったが導入後は０例であり、行われた処置や治療についての記載はあるが指示者・実施者までは記載されていなかった（図３）（表１）。

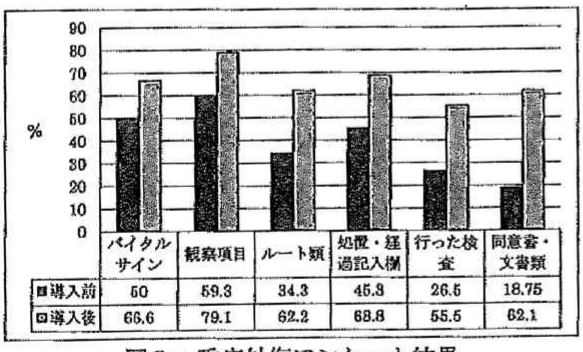

図３：重症外傷アンケート結果

②アンケートについて

アンケートは61名に配布し、73％の回収率を認めその結果を表４に示す。重症外傷と同様に単純検定にて、バイタルサインでは導入前62.2％から導入後68.9％へ、観察項目では59.3％から66.6％へ、ルート類確認では34.3％から77.1％へ、処置・経過では45.3％から62.2％へ、検査では26.5％から64.4％へ、同意書・文書類では18.75％から62.2％と導入後に上昇がみられた（図４）。

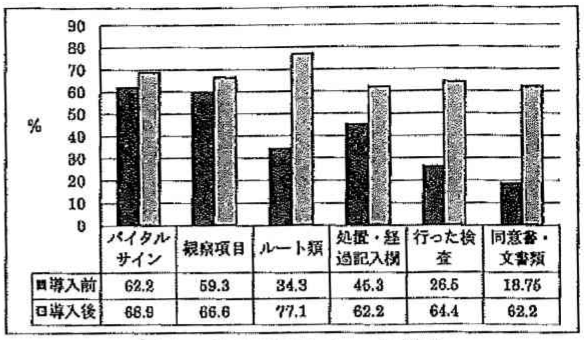

図４：ＣＰＡアンケート結果

③スタッフからの意見について

アンケートに記入されたスタッフからの意見として、導入前の記録用紙では「どう記録していいかわからない」「家族対応に自信がない」「ＡＢＣＤの評価記入方法に自信がない」などが聞かれた。また記録用紙の導入にあたっては重症外傷と同じく人型図挿入や「ＡＣＬＳにそった形式にしてほしい」などの要望があり、できる限り取り入れて新規記録用紙を作成し、実際に使用してもらった。その結果、導入後に行ったアンケートでは「来院までのＣＰＲ、警察連絡、家族連絡の有無を記入する欄があるのはいい」「項目が記載してあるのでわかりやすい」「チェックリストを見れば記録ができる」などの意見が聞かれた。しかし「処置、技術に不安がある」「処置のスピードに記録が追いつかない」等の意見も聞かれた。

Ⅵ．考察

救急の現場において患者搬送直後などは救命処置があわただしく行われており、看護記録は後回しになる場合が多い。しかし看護記録は、患者の来院と同時に病態と緊急度を判断するためにバイタルサイン、意識レベル、神経学的所見などの事実が重要であり、これらの事実がもれなく収集できる記録用紙が望ましいとされる。従来の記録用紙では、観察項目が一般的であり症例に特化した内容ではなく、経時的な処置内容の記載のみとなっていた。そのため誰もが同じ視点での生命維持にそった患者の観察を行うには、不十分な内容であった。実際に当院に搬送された救急患者の経過記録を見直した結果、記録方法に統一性がなく、また観察や行った処置・検査、患者・家族の情報や反応など記載してある内容にも差が見られた。

重症外傷用の記録用紙では、ＭＩＳＴ伝達に着眼した観察記録やＡＢＣＤの観察において上昇し、治療・処置・ケアについて指示者と実施者や時間ごとに変化する患者の状況の記載も少し低下は認めたが高い記載率であった。その理由としてＪＮＴＥＣのガイドラインに沿ってＭＩＳＴやＡＢＣＤの観察項目を取り入れ、記録用紙に合わせて観察が行える様式としたことが挙げられる。以前はスタッフ個人の持ち得る知識の中で

観察を行わなければならなかったが、新規記録用紙導入後は記載されている通りに観察を行えるようになったことで、知識の差に関わらず必要最低限の患者観察が行えるようになったといえる。しかし図Ｉから読み取れるように、導入前後の記録の比較においてＡＭＰＬＥヒストリーや所持品の記録、返却者の記載は低く、これらの項目は当救命救急センターのスタッフの中で救急の記録としてまだ重要視されていないのではないかと考える。ＡＭＰＬＥの聴取は患者の情報、病態、状況を把握し治療を行っていく上で必要であり、所持品の記録、返却者の記載もトラブル予防に非常に効果的であるため、センターのスタッフにもその必要性を理解してもらわなければならないと考える。また今回新たに患者の模擬図を入れたことで、文字に表さずとも外傷部位が一目で判別でき、患者情報の共有化が図れたことと、記録が短縮化されたことも効果の一つとしてあげられる。

ＣＰＡの記録用紙では全体的に記載率は低い結果となったが、その理由としてＣＰＡで来院した患者の場合は、全身状態の観察よりもまず蘇生処置が優先されるためではないかと考える。今回記録用紙を使用した事例はすべて蘇生に成功した症例ではなく、多種多様な処置や観察の継続がなされなかったことから全体的に記載率の上昇を認めておらず、蘇生成功となっていれば結果が変化していたのではないかと考える。一方で時間ごとに変化する患者の状況はすべてに記載されており、ＡＢＣＤに沿った記載方法ではなかったが、来院からの患者の変化を経時的に観察した記録であったといえる。また患者家族への説明内容とその反応の記載が増加したのは、今回新たにその項目を追加したことでスタッフの意識づけになったためと考える。今回は4例と事例が少なかったため、今後も活用を継続し事例を増やすことで有効性を検討していきたい。

新規記録用紙の作成において、ガイドラインに沿って観察項目を取り入れたことにより、患者の観察視点や記載内容が統一され、導入前の記録と比較して外傷やＣＰＡに特化した記録が行えるようになった。また経験年数を問わず新人、新任者でも同一レベルで最低限必要とされる患者の観察が行えるようになったと考える。患者が入院した際に、救急外来で行った処置や看護に関する情報は病棟での継続看護につながる重要な情報である。記録は情報を共有して医療事故発生を防止することも目的の一つであり、その点からも確実な記載が望まれる。記録内容において来院時の患者の状態が読み取れる記録ができるようになり、医療スタッフ間の情報共有につながったと考える。

Ⅶ. 結論

今回新規記録用紙導入後の観察項目の記載率の上昇や、スタッフに行ったアンケート結果からも新規記録用紙導入はツールとして有効であったといえる。しかし記載が不十分であった点や、トリアージ力については個人の経験や知識も必要であり、今後は定期的に学習会を行うなどスキルアップを図っていく必要がある。記録用紙に関しては、活用を継続しスタッフの意見も取り入れながら、より有効な活用を目指し改善を行っていきたい。

参考文献

1）日本救急看護学会:外傷初期看護ガイドライン　ＪＮＴＥＣ，へるす出版,2007