



# 看護サマリーおよび 電子カルテのフォーマット

熊本大学 医学部 保健学科 教授 森田敏子

## はじめに

本稿では、看護サマリーと電子カルテのフォーマットについて検討しよう。

なお今回、本稿の趣旨に賛同いただいた熊本大学医学部附属病院より、資料3~9の電子カルテについて、資料提供のご協力をいただいた。

## 看護サマリ－の目的が 果たされるために

### 1) 看護サマリ－の目的

看護サマリ－は、入院中の患者の状態の経過といった看護ケアについて、その一定期間の概要をまとめ、看護ケアの効果と期待される結果の達成状況を明らかにし、継続的に行う必要のある看護ケアを見出し、意識化するものである。これが、中間看護サマリ－である。一定期間ごとに作成した中間看護サマリ－をまとめれば、退院時看護サマリ－となる。

ほかの病院や施設に転院する場合には、退院時看護サマリ－を作成し、退院してからも継続的に行ってほしいことなどを情報として伝達し、ケアの継続を保証するために、転院先の病院や施設に送付する。在宅ケアへ移行

する際にも、患者ならびに家族に退院時看護サマリ－を渡して、患者の生活が維持、または改善されるように支援する。

つまり、看護サマリ－は、入院中の患者の状態と行われた看護ケアを概要としてまとめたものであり、その後もケアを継続していくために必要な情報を記述して活用するものである。

### 2) 看護サマリ－のフォーマット

看護サマリ－については、定型的なフォーマットはない。今日では、用紙の大きさがA4サイズというのが一般的な書式であるため、A4サイズに収まるフォーマットが用いられる。もちろん、A3サイズにしても不都合はない。それぞれの病院で決めればよいことである。

#### (1) 中間看護サマリ－

中間看護サマリ－では、ある一定期間を要約するため、要約期間を記載する欄が必要となる。また、入院時からの要約か、前回に要約してから後の期間の要約となるため、その期間の経過を記載する欄が必要である。

看護経過としては、看護診断のリスト、患者目標、看護の経過と評価を記載する欄を設ける。この欄には、看護診断(看護問題)ご

とにSOAPで記載すると、看護診断に対してどのような患者の反応があり、看護師は何を判断の根拠として看護ケアを行い、どのような評価が得られたかがわかりやすくなる。

最後に設けなければならないのが、継続を要する問題や看護診断、継続してほしいケアと、継続して使用する薬剤に関する情報を記載する欄である。

資料1に、中間看護サマリーのフォーマットを例示する。

### (2) 退院時看護サマリー

退院時看護サマリーには、基本的に中間看護サマリーと同じ形式を採用するが、転帰（全治退院か、軽快退院か、不変での退院か、増悪しての退院か、死亡退院か）を記載する欄を設ける。また、退院後の行き先として、

#### ● 資料1 中間看護サマリーの一例

#### 中間看護要約（サマリー）

記載日： 年 月 日  
要約期間： 年 月 日～ 年 月 日

患者氏名 ( 男 女 ) M・T・S・H		年 月 日生 ( 歳 )
診断名	主治医	担当看護師
入院月日 年 月 日	入院回数 初回入院 ( 回 ) 目入院	在院日数 日
手術月日・手術名		
入院状況・前回の中間看護要約からの経過		
看護診断リスト #1 #2		
患者目標 #1 #2		
看護の経過・看護の評価 #1 S O A P  #2 S O A P		
継続を要する問題や看護診断、継続してほしいケア		
継続する薬剤		

看護要約作成者：○○○○

責任者：看護師長○○○○

退院形態（在宅：外来継続治療，転科〔病棟〕，転院〔病院・施設〕，事故・治療中止）などを記載する。

資料2に，退院時看護サマリーのフォーマットを例示する。資料3は，熊本大学医学部附属病院の電子カルテで作成した看護サマリーの例である。

## よりよい看護記録を電子カルテで実現するには

### 1) 看護記録の電子化に向けた歴史的発展

#### (1) 初期の参照システムの活用

電子カルテを歴史的に見ると，病院にコンピュータが導入され，診療の一部に利用され

#### ●資料2 退院時看護サマリーの一例

##### 退院時看護要約（サマリー）

記載日： 年 月 日  
要約期間： 年 月 日～ 年 月 日

患者氏名	( 男 女 ) M・T・S・H	年 月 日生 ( 歳 )
診断名	主治医	担当看護師
入院月日 年 月 日	入院回数 初回入院 ( 回 ) 目入院	在院日数 日
手術月日・手術名		
転帰 1. 全治退院 2. 軽快退院 3. 不変退院 4. 増悪退院 5. 死亡退院		
退院形態 1. 在宅（外来継続治療） 2. 転科（ 病棟） 3. 転院（病院・施設） 4. 事故・治療中止		
入院状況		
看護診断 #1 #2		
患者目標 #1 #2		
看護の経過・看護の評価 #1 S O A P #2 S O A P		
継続を要する看護診断・継続してほしいケア		
継続する薬剤		

看護要約作成者：○○○○

責任者：看護師長○○○○

◎資料3 退院時看護サマリー（中間看護サマリーも同形式）画面

看護 現病歴 理学所見 入院後の経過 退院時所見	現病歴	片麻痺認められた。TKA中止となり、熊本〇〇リハビリテーション病院に入院し、リハビリにより左片麻痺はほとんど認められない状態まで改善した。退院後、当院整形外科外来に連院していたが、H18年5月26日ごろより、腰痛、両臀部痛出現し、腰部半柱管狭窄症と診断される。今回、椎弓切除・形成術目的で入院となる。
	理学所見	【入院時一般所見】身長144.5cm、体重88.8kg、BMI 19.82、体温37.4℃、脈拍数66/分、呼吸数16/分、血圧(右)185/88(左)188/72mmHg 【輸血情報】輸血あり 【ADL】 【移動】一本杖または、歩行器使用 【体位変換】自立 【食事】自立 【与薬】自立 【排尿】歩行見守りが必要 【排便】歩行見守りが必要 【更衣】一部補助 【入浴】要補助 【シャワー】要補助 【洗面】要補助 【清拭】要補助
	入院後の経過	【経過】 【看護要約及び評価】 (活動的問題) ND: 転倒リスク状態(ADL自立度の過信による行動に関連した) S: 看護師さんに手をかけるけん、1人で行くと思って。 O: 膝関節拘縮による右腰痛のため、跛行あり、歩行状態不安定。術後、安静度指示は看護師監視下で、歩行器にて歩行可。NSコールなしで、一本杖にて1人でトイレまで歩行していることが何度もある。1人では、まだ歩行できないことを何度も説明すると、納得されNSコールあるが、時折1人でトイレまで歩行している。転倒・転落は起こさずに経過する。 A: 転倒の危険性が高いため、見守りが必要である。 P: 定期的にトイレ移動の声かけをを行い、見守り下で移動してもらう。
	退院時所見	【退院時指導】 下服のしびれや、傷の痛みが強くなったら、すぐに医師に教えてください。 1) アローゼン 0.5g/包: 2包、分1 眼前 2) デバス錠 0.5mg: 1T、眼前 3) ハイベン錠 200mg: 屯用

たのが始まりである。

まず、入退院名簿管理など、医事部門へ導入された。その後、栄養部門の患者給食サービス伝票管理、臨床検査部門や診療放射線部門のオーダリングシステム、薬剤部門の内服薬や注射といったオーダリングシステムなどへと普及していった。これらのオーダリングシステムは、医師が入力した指示票に従って、臨床検査部門や診療放射線部門の技師が検査や治療を行い、その結果をコンピュータに入力して、医師がそれを確認するという使い方であった。また、薬剤部門では、医師からの指示を受けたら、薬剤師の立場から間違っただけの薬剤の組み合わせ処方がないかを確認した上で調剤し、薬剤を入院患者がいる病棟に届けるという使い方であった。このように、各部門で独立的に利用されており、そのために部門間の横のつながりが課題となっていた。

一方、看護部門では、入力された情報がどのような内容であるかを知るために参照するという形の運用であった。そのため、どのように参照すれば看護に生かせるのか、看護業務が効率的になるのかという視点で議論がなされ、看護の効率化へ向けた活用という観点から、システム開発者へ改善を要求しており、あるべきフォーマットという観点は欠落していたと思われる。

(2) オーダリングシステムの看護への活用

看護部門では、患者が入院してくると、ナースボードの氏名表、病室前に掲げる氏名表、ベッドに掲げる氏名表、カルテの氏名表というように、形やサイズの異なる幾つもの氏名表が必要となる。その氏名表の作成に、コンピュータを利用していただいていた病院もあったようである。つまり、患者氏名ラベル作成機能として、コンピュータを活用していたのである。

よって、看護部門では初期の段階において、看護活動のシステム開発を目指したコンピュータ活用ではないため、看護部門としてフォーマットについて検討する余地さえなかったと思われる。他部門よりも遅れをとっていたのは否めない。

その後、入院患者氏名一覧表を用紙に印字し、その日の担当看護師が受け持ち患者の情報やバイタルサイン、予定されている看護ケア、ケア後の患者の反応などを書き込む形式で活用するようになったことから、フォーマットらしきものが形成されるようになってきた。

また、各部門のオーダリングシステムから、その日の患者に予定されている検査などをすべて抜き出して一覧表を作成し、それを1枚の用紙に印字して、「看護ワークシート」として活用するようになった。それまでは、個々の看護師が自分の受け持ち患者の「看護ワークシート」を手書きで作成していたため、転記ミスや勘違いによる記入漏れがあり、予定されていた看護ケアがその日に行われず翌日回しになるといったことも発生していた。

コンピュータから抜き出した「看護ワークシート」は漏れがないため、効率的であり、かつ信用して活用でき、看護にとってはメリットである。

当初は、医師のオーダーだけを抜き出して活用していたが、やがて「清拭」「洗髪」「陰部洗浄」「食事介助」「歩行訓練」といった看護計画のケアや処置の予定も入力できるようになり、看護業務はますます効率化が図られ、フォーマットが意識されるようになった。

このような看護業務へコンピュータの活用

が浸透することによる看護の効率化は画期的であった。何よりも、看護師にコンピュータの利便性が実感され、かつ抵抗感を緩和することになったのは、フォーマットの検討以前の問題ではあるが、大きな成果であった。

### (3) 看護独自のシステム開発

1980年代ごろになると、病院の多くの部門で、コンピュータによるオーダリングシステムが当然の業務として定着するようになった。看護師のコンピュータに対する抵抗感が緩和されるにつれ、看護部門としてもコンピュータをもっと活用したいという欲求が高まり、看護に有効なフォーマットについて検討されるようになった。

そして導入されたのが、看護管理の分野である。最初に、「勤務表作成システム」「病棟看護日誌システム」といったものが稼働した。稼働当初の病棟師長からは、「勤務表作成システムで勤務表を作成しようとするけれど、『不可能です。作成できません』とメッセージが出てくるの。結局、自分の頭と手を使って作ることになるのよ」という愚痴を聞いた記憶がある。そのくらい、当時の勤務表の作成は、種々の条件を組み合わせる複雑なものであったと言える。今日では、システムの発展・開発により、そのような愚痴や不満の声は聞かれなくなった。

### (4) 看護実践への活用

看護師はこれまでも、標準看護計画を整備し、その病院の看護基準として管理してきた。看護実践においては、標準看護計画は新人教育に使われ、実際に看護計画を立案する時に参考にする程度であった。コンピュータを看護部門として活用し、開発するにあたって、この標準看護計画が着目されたのである。そ

これは、コンピュータに入力するにあたって、標準看護計画の見直しと整備が必要であったからである。

1985（昭和60）年ごろから、整備された標準看護計画をコンピュータに入力し、患者ごとに個別性を考慮して修正していくという使い方の「看護計画システム」が普及してきた。したがって、フォーマットとしては、標準看護計画をそのままコンピュータに平面的に写し取るという思考から抜け出していないため、標準看護計画そのもののイメージから脱却していない。しかし、せっかくコンピュータを活用するのであるから、標準看護計画を基に、看護ケアが患者の個別性を反映できるよう、発想を転換して、イメージ豊かに、システムとして機能させることが必要である。

また、看護実践への活用については、患者の個別性を何よりも大切にしてきた看護師に、標準看護計画の利用に対する抵抗感があつたように思う。看護師は、発展的で柔軟な思考力を持っている反面、保守的な思考も大切にしていることから、個別性のある看護が脅かされるような気がして、受け入れがたかつたのかもしれない。

やがて、コンピュータで標準看護計画を呼び出し、患者に必要な個別情報や看護ケアについて、看護師のアセスメント力と判断力を基に、チェック機能を使って取捨選択しながら、フリーハンドで書き加えて活用することによって、この抵抗感を克服していった。そして、標準看護計画は「看護計画システム」として改良されつつ普及し、活用されるようになった。まずはこの「看護計画システム」があつたからこそ、今日のような詳細な看護記録システムの開発につながつたと思われる。

## （5）体温表（温度板）システムの普及

コンピュータは、入力された数値のグラフ化は得意分野である。この特性を生かしたのが、「体温表（温度板）システム」である。

看護師は、患者のバイタルサインの値を、患者の病態把握の判断材料として重要視している。これまで、体温、脈拍、呼吸、血圧といった値は、看護師が紙カルテの体温表（温度板）に黒色や赤色、青色のペンを使用して、目盛りを確認しながらグラフを作成していた。看護師による手書きであるため、定規を使用しないでフリーハンドで書き込んだ場合、線がずれたりしていた。そこで、開発されたのが、バイタルサインの測定結果をコンピュータに取り込んでグラフ化するシステムである。

当時、コンピュータを使った体温表（温度板）は、入力システムの小型化が目指されていた。看護師がノートパソコンを小型ワゴンに乗せてベッドサイドに運び、患者を検温してその場で数値入力すると、コンピュータが瞬時にグラフ化するというものである。実際に使用すると、美しいグラフができ上がり、感嘆したものである。

しかし、コンピュータの操作性や導入費用などの問題から、どの病院にも導入できるものではなく、普及はスムーズにいかなかったのが現状である。院長や責任者に、看護実践にコンピュータを活用したいという要求を提出したとしても、病院経営の面から、看護部門でのコンピュータ利用に費用をかけるという支持は得られにくく、導入の機は十分に熟していなかったのである。

1990年代ごろになると、看護記録全体のシステム化が行われるようになった。1999（平

成11)年の厚生省(現厚生労働省)の解釈通知によって電子カルテが容認されたことを受け(STEP1のP.6,7参照),看護部門のコンピュータ化が病院全体としても課題となったのである。2001(平成13)年に発表された「保健医療分野の情報化にむけてのグランドデザイン」によっても,病院全体のシステム開発として組み込まれるようになった。

### (6) ポイントオブケア技術の活用

バイタルサインの値を体温表(温度板)へ記入すると共に,体位変換や車いすへのトランスファ,食事介助,点滴静脈注射,採血などの看護ケアは,ベッドサイドで行われている。注射や点滴静脈注射などは注射指示書を確認しながら行い,採血は検査伝票を確認しながら行っている。これらの指示書や検査伝票のすべてをベッドサイドに持っていくことはできにくいことから,看護師はメモを持ち歩いて,看護ケアや処置,指示されたことを行っていた。メモは看護記録の原本ではないので,カルテに書き写す必要があることから,転記ミスの問題があった。また,指示が変更された際には,書き直す必要があった。さらに,指示が変更されたことを知らずに,看護ケアや処置を行ってしまう恐れもあった。このような危険を回避するのが,ポイントオブケア技術である。

つまり,ポイントオブケア技術は,医師による指示に変更がないかどうかに関する情報をベッドサイドで確認できるようにする技術である。ポイントオブケア技術の活用には,携帯端末が利用されている。携帯端末には,バーコードリーダーや無線LANが内蔵されており,バイタルサインの測定結果を入力したり,バーコードにより個人を確認できる点

滴などに利用されたりしている。片手で持てるという利便性はあるが,文字入力機能がないので,自由に記述するタイプの看護記録には適していない。

自由に記述するタイプの看護記録を目指すなら,ノートパソコンの利用がある。ワゴンに乗せてベッドサイドに持ち運んで,経過記録などを入力することができる。

病院によっては,病室にベッドサイドコンピュータがあらかじめ設置されており,ポイントオブケア技術が展開できるところもある。病院の経済状況や電子カルテに対する考え方によって,病室ごとに1台設置されたり,患者ごとに1台設置されたりしている。将来的には,患者への情報参照システムとして機能したり,カルテ開示に活用したりすることが予測される。

## 2) 電子カルテのフォーマットの例

熊本大学医学部附属病院では,東芝住電医療情報システム株式会社と協同開発した電子カルテが稼働している。その電子カルテには,「Sumi ACCEL Win-ER」という商品名がつけられている。また,体温表については,日本光電株式会社と協同開発されたものが稼働している。

「Sumi ACCEL Win-ER」のシステムはMain Menuに構築されており,Main Menuから電子カルテの各内容に入ることができる。当然のことながら,情報の漏洩や情報の改ざんができないようにセキュリティが確保されており,パスワード保持者でなければ電子カルテを開くことはできない。現在のところ,実習生と指導教員にはパスワードが与えられていないので,直接閲覧したり,記入したりする



ことはできない。実習上必要な時は、患者の同意と了解を得て、指導看護師に依頼して開いてもらっている。

Main Menuは、「入院診療」「外来診療」「看護管理」「看護業務」「病棟業務」「手術」「輸血」「薬剤請求」「放射線」などで構成されている。看護部門が中心になって使用している『看護支援システム』は、「看護管理」「看護業務」「病棟業務」の3システムである。「看護管理」の一つに“勤務表”がある(資料4)。

病棟で看護師が主に活用するのは「看護業務」で、患者基本情報、患者データベース、看護計画、看護オーダー、実施記録(SOAP)、ワークシートなどで構成されている。ワークシートには、〈患者別〉〈病棟別〉〈担当患者別〉の3種類がある。これはスケジュールを表示する患者の選択方法が異なるだけで、表

示形式は同じである(資料5)。「全項目」を選択すれば、保清、処方、注射、検査、処置、観察、ケアといったすべてのワークが表示され、保清を選択すれば、保清が必要なすべての患者が表示される。また、勤務時間帯ごとの選択が可能であり、資料5は準夜帯の表示となっている。さらに、実施状況が色分けして表示されるため、実施したワークと未実施のワークが一目でわかるようになっている。

「患者基本情報」(資料6)には、アレルギー情報、感染症情報、来院履歴、入退院履歴、処方オーダー情報、クリニカルパス適用情報というように、種々の情報が蓄積されている。

また、患者データベース(資料7)は、既往歴、入院歴、手術歴、入院前経過のほか、ゴードンの11の機能的健康パターンに基づいて構築されている。まず、データベース画面を

●資料4 看護管理システムの一例：勤務表画面

カマ	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	
看護部部長	X	B	B	B	B	X	X	B	B	B	B	B	X	B	B	B	B	X	B	B	B	B	X	X	B	B	B	B	X
副看護部部長	B	G	X	G	A	G	X	X	G	C	G	X	G	B	A	G	X	G	X	B	X	G	B	G	X	G	C	X	
副看護部部長	C	B	B	X	B	C	X	B	A	X	B	B	X	X	B	B	X	B	C	X	B	B	e4	B	C	X			
副看護部部長	X	B	A	G	G	G	X	X	B	B	B	C	e4	X	C	B	X	e4	B	A	X	C	X	X	C	B	B	A	
看護師	X	B	B	A	C	B	B	X	B	A	C	B	B	C	X	e4	B	A	X	B	A	X	X	X	X	X	X	X	
看護師	X	C	C	B	X	X	B	A	X	B	A	B	B	X	B	A	B	X	C	B	B	A	X	B	C	e4	X		
看護師	X	C	B	X	B	A	X	X	C	B	B	B	A	X	B	X	C	B	X	B	A	e4	X	C	C	B	B	A	X
看護師	A	X	B	B	B	A	X	C	e4	B	A	X	B	X	C	B	X	B	A	e4	X	X	C	C	B	B	A	X	
看護師	C	e4	C	B	X	X	B	A	B	e4	B	A	X	C	C	B	X	B	B	A	B	B	A	X	X	X	X		
看護師	B	A	X	e4	B	B	A	X	X	C	B	X	B	B	A	X	C	C	B	X	X	B	e4	A	C	B	X	B	
看護師	X	B	A	X	C	C	B	X	B	A	C	B	X	B	A	X	B	A	X	B	A	X	C	B	B	B	B		
看護師	X	B	B	A	X	C	B	B	X	B	A	C	B	B	A	X	C	B	B	A	X	X	B	A	X	X	X		
看護師	A	X	X	C	B	B	A	X	C	B	B	B	X	B	A	X	C	B	X	B	A	C	B	B	B	A	X		
看護師	X	X	B	A	B	e4	X	C	B	B	X	B	A	X	C	B	B	A	C	X	B	B	A	X	X	X			
看護師	B	A	X	B	B	X	X	C	B	B	A	X	C	B	B	A	X	B	X	B	A	B	C	B	X				
看護師	X	B	B	B	A	X	X	C	B	B	X	B	A	X	C	B	A	C	C	X	B	A	X	X	C	B			
看護師	X	B	A	B	X	C	C	X	B	A	X	C	B	B	A	X	B	B	X	B	B	A	X	C	B	B			
看護師	X	C	C	B	B	B	B	A	X	X	C	C	X	B	A	B	X	B	A	X	B	X	B	B	A	C			
看護師	B	A	X	C	B	B	A	X	C	B	B	A	C	B	B	A	C	B	B	C	B	X	X	B	X	X			
看護師	B	X	B	A	C	B	X	B	A	X	C	B	B	A	X	B	A	X	X	G	X	C	C	B	B	B	A		
看護師	A	X	B	B	B	A	C	B	X	B	A	X	X	C	B	X	B	A	C	G	X	X	B	A	C	B			
看護師	C	B	X	B	B	B	A	B	X	B	A	X	X	B	C	B	X	X	C	B	X	X	B	A	B	X			
看護師	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	B	X	X	B	B	B	B	X	X	B	B	B	B	B	X			

  

日勤	5	11	10	14	12	5	5	11	11	13	12	14	5	5	12	11	12	11	13	7	5	11	13	12	11	5
準夜	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
夜勤	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
休日	11	15	16	13	17	14	11	11	15	15	13	15	15	12	11	15	16	15	16	18	11	11	15	15	13	15



## 資料5 看護業務システムの一例：ワークシート画面

ワークシート【患者別】

ファイル(F) 患者別処理(B) 表示(O) ヘルプ(H)

全項目 標準帯 2006/07/13 04:00 読み込み 実施 一括 追加 未予定 同一

MaxMenu	病室	患者情報	看護	06:00	07:00	08:00	09:00	10:00	11:00
選択患者	00002	患者状態変更 ADL状態変更	00 IVHルートの状態	00 巡視	00 五分歩行 30 内服	00 巡視	00 巡視	00 腹部自覚症状 00 疼痛 00 腰部の腫脹感 00 CVカテーテル 00 IVHルートの状態	
看護		内服							
患者DB(入力)		内服							
患者DB(参照)		外用							
看護計画		外用							
看護メモ		外用							
実施記録		外用							
ケアノート(患者)	00005	患者状態変更 ADL状態変更	00 SPO2	00 巡視	00 普通食L 00 足背動脈の触知 15 検律検査 30 入力	00 巡視	00 巡視	00 腹部自覚症状 00 SPO2 00 腰部の腫脹感 00 疼痛 00 腰部の腫脹感 00 シェントシカ 00 腫脹・疼痛・熱	
ケアノート(看護)		内服							
ケアノート(担当)		内服							
ケアノート		外用							
ケアノート		外用							
過去メモ参照		外用							
特票発行		外用							
担当患者登録		外用							
受持ち看護記録		外用							
患者一括選択		外用							
担当患者一括		外用							
所属患者一括		外用							
看護記録		外用							
指示受け確認		外用							
指示受け確認		外用							
指示受け確認		外用							
経過表		外用							
看護終了		外用							

## 資料6 患者基本情報画面

患者基本情報【詳細】

ファイル(F) 編集(E) ヘルプ(H)

基本情報 アレルギ情報 感染症情報 診断情報 入院履歴 外来主治医履歴 入院主治医履歴 受持ち看護記録履歴 病名情報 処方オーダー情報 クリニカルパス適用情報 検査履歴 外出名履歴 加算履歴 特殊病歴履歴 入院情報 身体情報 飲酒(アルコール) たばこ 人工臓器 既往歴 家族構成 予防接種 かかりつけ情報

外出日時	中止日時	入院日時	食前日時	理由	病室

加算履歴

加算区分	加算期間

特殊病歴履歴

入院日時	退室日時	病室区分	病棟	病室	ベッド

入院情報

なし

身体情報

項目	内容	内診系更新日

飲酒(アルコール)

種類	量	期間	内診系更新日

たばこ

本数	期間	内診系更新日

人工臓器

種類	期間	内診系更新日

既往歴

内容	内診系更新日

家族構成

氏名	年齢	健康状態	疾患	同居/別居	内診系更新日

予防接種

種類	接種日	補注	内診系更新日

かかりつけ情報

病院/薬局	担当者	内診系更新日



資料7 患者データベース画面

項目	内容	聴取日時
連絡先		
連絡先(1)	電話: 場所:自宅 その他の場所: 時間: 2006/06/23 00:00	
連絡先(2)	電話: 場所: その他の場所: 時間: その他の時間: 統括: その他: 2006/06/23 00:00	
患者情報		
入院歴	気掛り:あり 内容:なし 内容: 2006/06/23 00:00	
入院歴	気掛り:入院歴:あり 内容: 2006/06/23 00:00	
手術歴	手術歴:あり 内容: 2006/06/23 00:00	
入院前経過	気掛り:あり 内容:	
病名	内容: 内容: 気掛り:あり 病名:	
健康認識・管理		
薬の管理	気掛り:あり 薬の管理:自己 内容: 2006/06/23 00:00	
定期的な運動	内容:なし 内容: 内容: 内容: その他: 2006/06/23 00:00	
タバコ	種類:ビール 頻度:2日/週 量:1000 期間(年): 開始年: 終了年: 2006/06/23 00:00	
喫煙	気掛り:あり 本数/日:20 期間(年):5 期間(年):2000 開始年: 2006/06/23 00:00	
食習慣	気掛り:内容: 食量:長く 味付け:普通 油もの:普通 間食:夜食:たまに 外食: 2006/06/23 00:00	
アレルギー	有無:なし 2006/06/23 00:00	
医師の説明	気掛り:内容:創外固定による骨延長手術を行う。 内容: 2006/06/23 00:00	
患者の認識	気掛り:内容:骨を切って退はず手術を行う。 内容: 2006/06/23 00:00	
入院の心配	内容:なし 内容: 内容: その他: 2006/06/23 00:00	
居住・住居	気掛り:あり 住居:共同 居室階:1 ベッド: 風呂: トイレ: 日当たり: 2006/06/23 00:00	
栄養・代謝/排泄		
食事制限	内容:なし 内容: 内容: 内容: その他: 2006/06/23 00:00	
食欲	状態:平常通り その他: 2006/06/23 00:00	
摂取上の問題	問題:なし その他: 2006/06/23 00:00	
体重の変化	気掛り:増減:なし 変化量: 期間: 2006/06/23 00:00	
排便	気掛り:あり 回:1日:3 性状:普通便 性状: 色調:茶褐色 色調: 排便調節:なし 2006/06/23 00:00	
排尿	気掛り:あり 回数:3 性状:小便色 性状その他: 量:平常通り 量その他: 問題点:なし 2006/06/23 00:00	

開くと、〈健康認識・管理〉〈栄養・代謝/排泄〉という11の機能的健康パターンの項目だけが表示され、その内容は見えないようになっている。次に、例えば〈健康認識・管理〉の項目をクリックすると、その内容が表示されて閲覧・記入できるようになっている。資料7は内容を開いて、薬の管理、定期的な運動、アルコールといった内容が表示されている画面である。初めて患者データベースに情報を入力して登録する場合は、新規聴取開始の画面が自動的に表示されるようになっている。

体温表は、経過表とフローシートを兼ね備えている(資料8)。検査結果(WBC, RBC, Hbなど)や注射内容(薬剤名と用量など)は、プルダウン形式で表示して確認できるようになっている。

看護記録はSOAP形式の記録である。資料9に例示した看護記録は、シミュレーション

用の記録なので、患者名が「テスト看護90」となっている。“問題ごとにPOS”の原則に基づいて記録できるシステムになっており、文字情報は400字まで記録できる。本学では、このシミュレーション機能を使って電子カルテについて学習できる環境になっている。

電子カルテの活用においては、看護師の看護観に基づいたアセスメント能力や判断能力が必要であることは言うまでもない。

## おわりに

看護サマリーは、看護過程そのものの要約であり、残された問題(課題)に対する看護ケアを一貫した態度で継続的に行い、看護本来の目的である患者の自立を支援するために、有効に活用されなければならない。

一方、電子カルテ導入の目的は、情報の標



資料8 体温表画面

月日	2006年7月12日(水)	活日	16日	手術日	術後日数	食種	五分割合																																													
7/12	14:10	0:00	2:00	4:00	6:00	8:00	10:00	12:00	14:00	16:00	18:00	20:00	22:00	0																																						
T	P/H/R	RR	BP																																																	
41	180	90	180																																																	
40	160	80	160																																																	
39	140	70	140																																																	
38	120	60	120																																																	
37	100	50	100																																																	
36	80	40	80																																																	
35	60	30	60																																																	
▲	○	●	■																																																	
<table border="1"> <tr><th colspan="2">一般血液</th><th>7/12 6:00</th></tr> <tr><td>WBC</td><td>4.1</td><td>Eosin</td><td>3.0</td></tr> <tr><td>RBC</td><td>2.81</td><td>Neut</td><td></td></tr> <tr><td>Hb</td><td>8.1</td><td>Stab</td><td>22.0</td></tr> <tr><td>Hct</td><td>25.6</td><td>Seg</td><td>34.0</td></tr> <tr><td>MCV</td><td>91.1</td><td>Lymf</td><td>20.0</td></tr> <tr><td>MCHC</td><td>31.6</td><td>Mono</td><td>17.0</td></tr> <tr><td>PLT</td><td>37</td><td>Blast</td><td></td></tr> <tr><td>MPV</td><td>10.8</td><td>Erb1</td><td></td></tr> <tr><td>Baso</td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>				一般血液		7/12 6:00	WBC	4.1	Eosin	3.0	RBC	2.81	Neut		Hb	8.1	Stab	22.0	Hct	25.6	Seg	34.0	MCV	91.1	Lymf	20.0	MCHC	31.6	Mono	17.0	PLT	37	Blast		MPV	10.8	Erb1		Baso													
一般血液		7/12 6:00																																																		
WBC	4.1	Eosin	3.0																																																	
RBC	2.81	Neut																																																		
Hb	8.1	Stab	22.0																																																	
Hct	25.6	Seg	34.0																																																	
MCV	91.1	Lymf	20.0																																																	
MCHC	31.6	Mono	17.0																																																	
PLT	37	Blast																																																		
MPV	10.8	Erb1																																																		
Baso																																																				
<table border="1"> <tr><th>注射薬</th><th>薬剤</th><th>ml</th><th></th></tr> <tr><td>7/12 18:30</td><td>ワ7βF</td><td>500</td><td>19.0</td></tr> <tr><td></td><td>ワ7β3A</td><td>500</td><td>20.3</td></tr> </table>				注射薬	薬剤	ml		7/12 18:30	ワ7βF	500	19.0		ワ7β3A	500	20.3																																					
注射薬	薬剤	ml																																																		
7/12 18:30	ワ7βF	500	19.0																																																	
	ワ7β3A	500	20.3																																																	
SpO2																																																				
I/N																																																				
IVH(ml/h)				90 80																																																
注射薬				1500 1000																																																
IN TOTAL				180/3510 180/3690 180/3870 180/4050 160/160 1660/1820 160/1980 160/2140 160/2300 1160/3460 160/3620 160/3780																																																
尿比重																																																				
尿量				/2940 /2940 /2940 1430/4370 1520																																																
体重																																																				
検査・処置				07:00 洗面対策渡し A'カフチェッカー異常なし 07:45 尿量測定:右800ml 左630ml TPN残量:約450ml 07:50 麻:塩酸ピロリ錠10mg内服 09:00 麻:チコゾチン5mg内服 10:00 A'カフチェッカー左カフ積数ビブ突出あり押し戻す 10:30 グラソグリン75μg(SC) 14:00 TPN更新 14:30 ガーゲルへス更新 15:50 尿量測定:右) 720ml 左) 770ml TPN残量:1640ml 17:00 呼吸器ケア1T内服 21:00 A'カフ確認→OK cv挿入部チェッカー異常なし。 21:00 麻:カシ坐薬10mg挿入(林コソゾの代わりに) 23:40 TPN残量1200ml、尿量測定:右)800ml 左720ml																																																
サイン				01:00 巡視 睡眠中 03:00 巡視 睡眠中 08:30 朝食はA'1個、副食全量摂取する。 悪心・嘔吐なし。疼痛軽減してきたとのこと 17:00 ハイタルサイン BT37.8解熱剤投与 17:00 腹部自覚症状 腹部全体 腹張																																																

資料9 看護記録 (SOAP記録) 画面

更新日時	形式	区分	内容
04/13 02:09	テスト 看護 90	S	※健康管理に対する知識不足に関連した「健康維持の要請」 こちらに入力してください。 400文字まで入力できます。
04/13 10:21	テスト 看護 90	S	こちらに入力してください。 400文字まで入力できます。
04/13 13:21	テスト 看護 90	A	こちらに入力してください。 400文字まで入力できます。
04/13 16:32	テスト 看護 90	P	こちらに入力してください。 400文字まで入力できます。
04/13 02:09	テスト 看護 90	S	楽しいことばかり考えたら眠れなくなって追加をもらったよ。眠れたけどあんまり眠りすぎるのもいけませんね
04/13 10:21	テスト 看護 90	O	不眠時案内服後良眠できたとの事 錯覚後 多弁
04/13 13:21	テスト 看護 90	A	今まで話せなかったんです。 40~50分間じょう舌に話す。途中Wai一言も言葉遣はします。 内容は1回目の自給企図から2回目、3回目の入水迄で合間に便後だったのでOMだと思ったこと。腰痛の話 料理の話 家事の話 万が一好きな話を語り交せる。更に自給企図時の自給の話やエプロンをつけたこと等も詳細に述べる。やや声は大きく卑口。
04/13 16:32	テスト 看護 90	O	開放病棟へ転室。オリティ中も多弁で説明するより先に別のことを聞いたりする。会話のスピードが早い。
		A	躁狂状態と考えられる。
		O	テスト 看護 90

準化，医事業務の簡素化・正確化，情報伝達時間の短縮，患者サービスの向上，医療従事者間および患者との信頼関係の確立などがある（STEP 1 のP.10，11参照）。また，電子カルテに求められる機能は，診療の効率化，データベースの多目的利用，診療支援と医療機関ネットワークである（STEP 1 のP.11，12参照）。

電子カルテを活用することで，患者の健康の維持・増進，疾病の予防，健康の回復を目指して，患者の自立した生活を支援し，患者からの信頼を得られるような医療と看護ケアの質を保証するという本来の目的が達成され，業務運営システムとして機能するようにしたい。

#### 引用・参考文献

- 1) 日本看護協会編：看護記録および診療情報の取り扱いに関する指針，P.9，日本看護協会出版会，2005.
- 2) 黒川清監修者代表：医療白書2005年度版，P.116～223，日本医療企画，2005.
- 3) 電子カルテ研究会編：新版電子カルテってどんなもの？，P.5，中山書店，2002.
- 4) 小西敏郎他監修：電子カルテとクリティカルパスで医療が変わる，P.24，インターメディカ，2005.
- 5) 厚生労働省保健医療情報システム検討会：保健医療分野の情報化にむけてのグランドデザイン（第一次提言）  
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/0112/s1226-1b.html>  
(2006年8月閲覧)
- 6) 医療情報システム開発センター：病医院におけるIT化の実態調査結果概要  
[http://www.medis.or.jp/1\\_somu/file/h15\\_ittyosa.pdf](http://www.medis.or.jp/1_somu/file/h15_ittyosa.pdf)  
(2006年8月閲覧)
- 7) 小西敏郎他監修：電子カルテで変わる日本の医療，P.11，インターメディカ，2005.