



POS

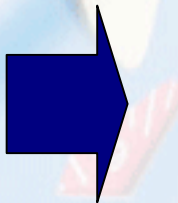
～フォーカスチャータリングを導入して～

主催：記録委員会

Q:発熱時の記録をどう書けばよいのか？

A:微熱がある時・一時的な発熱の時(医療区分上の記録の場合)

5/ 6	10時	O)T37.2 体 熱感あり 肺雑音なし オムツ
	14時	内排尿有り・ 尿きれい A/P)アイスノン にて様子観察
	16時	O)T37.0 A/P)アイスノン 更新 O)T36.7



5/6	10時	F: 微熱	D)T37.2 体感熱 有り 肺雑音なし オムツ内排尿有り A)アイスノンにて様 子観察
	16時	F: 解熱	R)T:36.7

微熱	37.0~
発熱	37.5~
高熱	38.0以上

フォーカスでは患者の状態の急激な変化や異常・重大な出来事を記載するので、14時の途中経過の記録は省きます。又、解熱したことが一目でわかるように、F欄に「F:解熱」と記載すると分かりやすい。

原因(肺炎や尿路感染)が確定(DR診断)し、治療を行っている場合

5/16

10時

F:肺炎による
発熱・呼吸
困難

D)T:39.0 「息が苦しい」SpO₂ 94%
肺雑音著明・SCで黄色粘膜炎
多量あり

WBC 12,000 CRP 8.9
X - P 上 右肺に肺炎像あり

チエペナム0.5g + 生食100ml
Div(朝・夕)
5/16 ~ 20 指示あり(DR)

A) 適宜Neb SC施行 3点クーリング施行

16時

F:解熱

R)T: 37.2 SpO₂ 96%
「少し楽になった」

5/16

10時

F:尿路感染

D)T: 37.5 Hr混濁著明による発熱
尿潜血(±) 細菌(+)

クラビット3.0g分3 × 3日間
指示有り(DR)

16時

F:解熱

A)クーリング施行

R)T: 36.9

Q:重症患者の記録方法は？

日時

4/28 12:00

経過記録

)経管栄養注入中 痙攣発作出現しているのを発見する

Drへ報告

Bp=153/70mmHg Jcs - 300

SpO₂ 70% O₂ 5リットル開始

Dr指示にてDiv HG₃500mlDrip

胸部X-P 採血施行

12:15

)EKGモニター開始 HR149~124回/分

vpc単発にあり

R-R不整 Bp=146/86mmHg SpO₂ 98%

再度痙攣発作出現 Dr報告

)Dr指示にて10%フェノバル ½A im施行

瞳孔 R2.0>L1.5 対光反射R=Lなし

痰がらみあり、SC施行後、刺激にて痙攣発作再度出現

顔面・両上肢 全身に出現

)Bp=90/触 SpO₂ 89% O₂ 9リットルへUP

フォーカスチャージングの場合

4/28

12:00

F:全身痙攣

D) 経管栄養注入中・全身痙攣1分間
意識レベル低下あり、

Bp 153/70mmHg JCS -300

SpO₂ 70%

O₂ 5リットルマスク開始
HG₃ 500ml BX-P・採血施行
ECGモニター

12:15

F:痙攣再発作

D) 全身痙攣再出現

JCS -300

Bp 146/86mmHg HR 148回/分

VPC単発 R-R不整あり

SpO₂ 82%

10%フェノバル1/2 A im

O₂ 9リットルup

12:18

R) 痙攣消失 JCS -300 Bp 90/触

HR 108回/min 瞳孔R 2.0 L 1.5 対光反射なし

次回、痙攣時セルシン1 A iv 指示有り

Q3: 毎月の評価の書き方が分らない

A: S・Oを記入していた欄に病状を記入、A・P記入していた欄にAのみ記入する。

月日	時間	特記事項	経過
4/29	# 1	痰の量は以前に比べ減少 したが、粘稠で黄色と汚い 熱続いたが3/26よりペント シリン・アミカシン併用し解熱 傾向。Bx-P上両側胸水あるが、 明らかな肺炎像なし。	評価) 排痰困難有り。無気肺・ 肺炎を起こすリスク高い ネブライザー・吸引・体 位変換などにより肺合併 症を予防する。 # 1 続行
	# 2	喘息・慢性気管支炎にて呼吸 困難有り、腹圧かかるためか 胃ロウより漏れがある。その為 発赤悪化しRVG塗布するも改善 見られず。	評価) イワデクトパウダー 散布しガーゼ保護。なるべく 腹圧かからないように体位の の工夫をする。胃ロウ部 洗浄し清潔を保ち汚れたら その都度ガーゼ交換す る。 # 2 続行

膀胱訓練：フォーカスチャージングの場合

5/16	16時	F:膀胱訓練	D)本日2回膀胱訓練し、1回尿量250～300ml
5/17	15時	F:Ba抜去	D)残尿量250ml A)自尿・パット内200g確認

Q5:入院患者の記録はフォーカスで記入した方がいいのか？

A:入院時は、まだ看護問題が上がっていないので、経時記録で書き、看護計画を立案したのち看護問題を抽出し、フォーカスへと移行する。

6/14	10時50分	<p>担送入院</p> <p>O) Bp=138/80mmHg KT=37.5 P=66 SpO2 97%</p> <p>意識レベルはクリアも時々見当識障害あり。</p> <p>「警察のパトカーにぶつかったの。この病室空いて良かった。」</p> <p>多弁である。</p> <p>両手関節リウマチによる変形有り。全身皮膚乾燥著明</p> <p>右踵骨部デクビ ステージ 1.7×0.6</p> <p>左足側底部デクビの癒痕 2.0×1.0</p>
------	--------	---

Q: 外出・外泊患者の記録方法は？

A: 外出・外泊・転室等、看護問題ではない事柄の記録はSOAPもフォーカスも用いない。
但し、時間はきちんと正確に書く。

6/ 1	10時	JR病院外来受診のため外出する。
	13時05 分	帰院する。外出中気分不快なし。 帰院時疲労感あり。次回、12/1 10時 受診予定

介護記録の例 1

F:注意がそらされる
など。

プーンを持ったまま、

様を見つめ、手の

ている。

め見えないようにし、

う。

R:自分で食べないので介助を行う。

F:せん妄(診断ではなく症状を!!)

同室の患者

動きが止まっ

A:カーテンを閉

声掛けを行

介護の例2

月日	時間	特記事項	経過記録
6/19	17時	F:うつ状態	D:「苦しい」「胸が痛い」 A:訴えを聞き、手を握る。 R:「手を握ってくれてありがとう。 ありがとうございます。」

F:苦痛表情などに

介護の例3

6/22	20時	F:Pトイレ 移動	D):「済みません、誰かー」Pトイレの前で 立ったまま険しい表情をしている。 A):Pトレイのフタを開け排尿誘導し、落ち着 くよう促す。 R):表情穏やかになる。
------	-----	--------------	---

介護記録4

日時		経過記録
5/18 2:00	F: 床頭台の引き出しをガタガタ	D: 巡回時、ベッドに座り、起きている。 「起こしてくれ」と言う。 床頭台の引き出しをガチャガチャといじっている。(同室者の苦情有り) A: 夜中であることを話し、止めてもらうよう説明する。 R: わかったようで静かになり、その後入眠。

介護記録の例5

日時		経過記録
8/25	F:車椅子よりずり落ちている	D:午前中より車椅子からずり落ちそうになっている。 A:リクライニングチェア及びずり落ち予防クッションで固定。 R:ずり落ちる様子見られず。

看護の例

月日	時間	特記事項	経過記録
6/24	10時	F:右足褥瘡 (悪化傾向)	D) 右1・2・3趾間 壊死部 黒色 化やや乾燥。2・3趾 発赤ある が腫脹消失 右踵部 発赤のみ 左踵部 やや紫色に変色 右足 外側 約0.3cmの黒 色化あり。 A) ブロメライン塗布 当てガーゼ テガダーム アブソキュアサージカル・テガ ダーム アブソキュアサージカル・アク アカバー