

看護サマリーと電子カルテ

熊本大学 医学部 保健学科 教授 森田敏子

はじめに

基礎固め編では、看護過程の展開と看護記録の有機的なリンクを考えている。

本稿では、看護サマリーと電子カルテについて検討しよう。

看護サマリーについて

1) 看護サマリーとは

日本看護協会は『看護記録および診療情報の取り扱いに関する指針』¹⁾のなかで、看護者が専門職として社会的責任を果たすために必要な、看護記録および診療情報の取り扱いに関する基本的な考え方を示している。それによると、「診療記録開示の目的に適う看護記録のあり方」という項目のなかで、看護記録の構成要素の一つとして、看護サマリーを挙げている。

看護サマリーの概念は、①看護を必要とする人の経過、情報を簡単にまとめたものであり、必要に応じて作成する、②施設が変わる際や在宅ケアへの移行の際に、ケアの継続を保証するために送付する²⁾とされている。

つまり、看護サマリーは、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するものである。

2) 何を書くのか

看護サマリーは、これまで実践してきた看護過程から患者目標への達成状況を評価し、残された看護ケアの課題を明らかにしたものを要約してまとめ、継続看護に生かすものである。そのため、患者の今後の生活の自立に向けた看護ケアにとって必要となる情報が記述される。

よって、単なる入院中の病状の経過の紹介や、看護診断と看護上の問題、看護ケア実践の羅列では不十分である。ケアした内容と評価、患者目標の達成状況、ケアの継続を要する問題とケアの方法などについても記述する必要がある。

何をどう書くかについて、患者のことが全体的に理解できていなければ、スムーズには決められないかもしれない。逆に言えば、患者のことがよくわかっている受け持ち看護師であれば、苦慮することなく、これまで行ってきた看護過程を総括することができ、転院であれ自宅療養であれ、退院後に継続して行ってほしいことを申し送るつもりで書けることになる。

もし、何をどう書いてよいかかわからず、書きにくいようであれば、誰かに説明するつもりで、「この患者はこのような経過だったので、このような問題を抽出し看護診

断をして、このようなケアをしたら、あの問題は解決した。しかし、この問題はまだ解決していない。私たちはこのような方法でケアしてきたので、引き続きこのような方法でケアしてほしい」と声に出してみると、イメージが膨らんで書きやすくなる。

しかし、看護計画との重複記載の改善など、看護記録にかける時間の節約も視野に入れなければならないため、看護サマリーに書くべきことを簡素化する工夫も必要になってくる。要は、看護過程をどのように展開したのかのまとめを書けばよいのである。

そして、電子カルテの導入によって、基礎情報と看護計画の達成状況などが連動するシステムになっていけば、中間看護サマリーの書式に電子的に入れ込むことで、一から記述する必要がなくなる。その後、個別性の確認をすれば、必要事項を看護師の判断で取捨選択して、看護サマリーが書き上がるのである。

3) いつ書き、いつ送るのか

①入院中の一定期間に書き、カルテ保管する：

中間看護サマリー

患者が病院や施設に入院してきたその時から、看護活動は24時間絶えることなく継続して行われる。24時間、365日の看護活動は、看護師の勤務交替制度に支えられている。日勤者から準夜勤務者へ、準夜勤務者から深夜勤務者へ、深夜勤務者から日勤者へと、看護活動は引き継がれ、患者の健康上の問題（看護診断）を解決しつつ、患者の病状回復と生活の自立を目指して、一貫した看護が行われる。これらは、当然看護記録として記述され、次に勤務する看護師に引き継がれて生かされていく。看護記録は、この看護師の活動の成

果である。

入院が長期化し、ある一定の期間が経過したら、その時、その時で対応する看護ケアにとどまることなく、病状の経過をとらえて、新たな展開を図ることができるように、その期間の状況について看護サマリーを記録し、カルテに保管しておく。一定期間の看護サマリーがあれば、一貫した看護のみならず、ケアの継続性もより確実なものとなる。これが中間看護サマリーである。一定期間をどこに定めるかは、病状にもよるが、1週間単位、あるいは1ヵ月単位でまとめておくと活用しやすい。

入院期間が長期化している患者の場合、1ヵ月ごとの看護サマリーがあれば、「先月はこのような患者の健康上の問題に対してこのような看護診断をし、このような看護ケアを行った。その結果、この問題が解決し、あの問題は未解決である。今月は、あの問題に対する看護ケアを強化しよう」というようにケアが継続されていく。このように、中間看護サマリーを作成し、カルテに綴じ込むようにすれば、看護サマリーを読むだけで、いつ、どの問題の解決に向けて何を行ったのか、およその病状と治療、看護ケアの経過を把握でき、継続看護が展開しやすくなる。

②手術前日あるいは検査前日に書き、

当日に手術室（あるいは検査室）に送る

手術や検査が行われる場合、入院病棟の看護師とは異なる看護師が看護ケアにあたるのが一般的である。手術や検査を受け入れる看護師は、患者の病棟での状況や問題点、ケアの方針などがわかっていないなかで患者を迎えることになる。

手術や検査では、患者の命を左右するような事態や緊急事態が発生するかもしれない、不

測の事態に備える必要がある。その一つの方法として、看護サマリーが送られてくれば、患者の状況が把握でき、より適切に対処できる。例えば、「心筋梗塞の発作が起きやすい」「アダムスストークスで失神発作を起こすかもしれない」「低血糖発作を起こす可能性がある」など、特異的な状況に対するケアがあれば、看護サマリーにまとめておくと活用しやすい。

手術や検査を受ける患者の場合、看護サマリーは、手術前日（あるいは検査前日）までに書き、手術当日（あるいは検査当日）には送ることができるように準備しておく。特に、身体侵襲を伴う手術や検査の場合には、看護サマリーは不可欠となる。看護サマリーを活用して、患者の不測の事態に備え、患者の安全を守ることで、患者に安心感を与え、信頼を得られるように努めよう。

③退院が決まったら、退院当日までに書き、外来に送る：退院時看護サマリー

近年は、在院日数短縮の努力がなされ、『医療白書2005年度版』³⁾によると、平均在院日数の全国平均は22.2日で、最も短い県で17.7日、最も長い県でも26.9日となっていることから、退院時の看護サマリーがちょうど入院期間中の看護サマリーと一致する。

外来通院する場合には、退院時看護サマリーは、外来看護として生活指導や処置、ケアに生かされる。

退院時看護サマリーは、退院する時までに、あるいは初回外来受診日の前日までに書いておく必要がある。また、初回外来受診までには、外来カルテに綴じ込んでおくようにする。

患者が退院後の初回外来診察を受けに来院

した日に、看護師が退院時看護サマリーを読めば、入院時の経過や残された問題としての課題、ケアの方針などが把握でき、その患者に適した生活指導やケアが行える。

④転院が決まったら、退院当日までに書き、転院先の病院に送る

他院に転院する場合には、転院先の病院で一貫したケア方針の下、ケアの継続が期待できることから、転院が決定したら、できるだけ早急に転院先の病院に退院時看護サマリーを送るようにする。通常は、患者か家族に退院時に看護サマリーを渡し、転院先の病院に持参してもらう方法が採用される。患者に手渡す場合は、退院当日の朝には書き上げておく。

他院から患者を受け入れる場合にも、看護サマリーがあれば、患者の病気の経過や状況、問題となる課題が全体像として把握でき、入院時初期看護計画も、患者により適したものがすぐに立案でき、患者の不安の増強を回避できる。むしろ、患者は安心して、転院先の病院に対して信頼を寄せることが期待される。

4) どう使うのか

看護サマリーは、入院中の病気の経過と患者の健康上の問題、あるいは看護診断とその解決のためのケア、残された課題とケアの方針などが記述されている。

新しく患者を受け入れた場合、できるだけ看護サマリーに記述されているケアの方針を尊重して看護計画を立案するようにする。そうすれば、一からアセスメントする必要がなく、無駄も省ける。しかも、ケアの一貫性と継続性が保証され、患者も無用な不安や心配を抱くことがなくなる。

そしてなおかつ、新しく患者を受け入れた看護師は、入院時現在の患者の状態を観察し、情報を得て再アセスメントし、自らもケアの立案の必要性がないかを判断するようにする。つまり、看護サマリーを尊重しつつも、患者の現在の状態を判断して活用することが大切になる。

いずれにしても、看護サマリーは、看護の経過を要約したものであり、明日からの看護へつなげるものである。A病棟からB病棟へ、A病棟から手術室へ、A病棟からC外来へ、A病棟からD病院へ、A病棟から在宅療養へというように、看護が行われる場が移行する状況が発生した時に、看護の一貫性・継続性の視点から活用し、看護ケアの継続を保証していこう。

電子カルテについて

1) 電子カルテとは

「電子カルテ (electronic medical records : EMR)」という言葉は、1980年代ごろから情報化社会の進展に伴って使われるようになった。当時は、パソコンのワープロ機能を使って診療情報や看護に関する情報を入力し、それを紙カルテに印字するというのが一般的であり、今日のようなネットワーク環境を利用したものではなかった。

当時の電子カルテは、カルテ (診療録) を電子的に記録し保存したものと定義されるが、この定義では今日の電子カルテを説明できていない。なぜなら、記録の方法を紙媒体から電子媒体に置き換えたにすぎないからである。

しかし今日でも、電子カルテについて明確

な定義があるわけでない。電子カルテは、紙カルテでできていたことは当然できるし、紙カルテでできなかったこともできるようになることを意味している。つまり、パソコンのネットワーク機能を活用した有機的リンクによる、患者データのリアルタイムの共有の実現が電子カルテと言えるのではないだろうか。

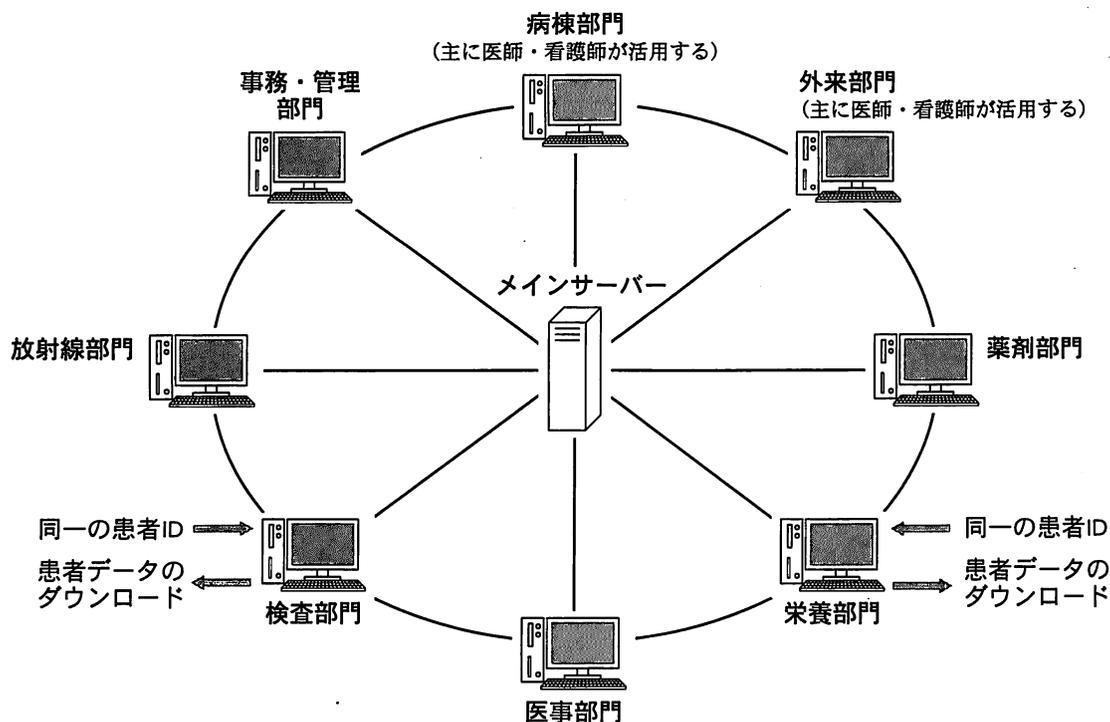
電子カルテシステムの概略を図に示す。

2) 電子カルテを法的に認める

3条件:真正性, 見読性, 保存性

医師法第24条に「医師は、診療したときは、遅滞なく診療に関する事項を診療録に記載しなければならない」とあるが、この法律がつくられたのは、コンピュータのない時代である。したがって、「記載しなければならない」ということが、紙の診療録にペンで書くことを意味するのかどうかについては判然としていなかった。そこで、厚生省 (現厚生労働省) は、1999 (平成11) 年に診療録に記載することに関する解釈通知 (以下、解釈通知) を出し、「真正性」「見読性」「保存性」の3条件を満たせば、紙の診療録をなくしてもよいとした⁴⁾。この解釈通知によって、電子カルテが容認されたことになる。

真正性とは、故意または過失による不正な入力や書き換え、消去などを防ぐこと、診療録の所在を明確にすることを意味し、同時に責任者を明確にして、セキュリティを強化するものである。見読性とは、電子媒体内の情報が変更されることなく紙に表示したり、誰にでも読める状態にしたりできることを意味している。保存性とは、紙カルテ同様、法定期間内 (カルテは5年間) 遜色なく保存できることを意味している⁵⁾。



● 図 電子カルテシステムの概略

3) 電子カルテ普及の背景

(1) 少子高齢社会の影響

わが国では、少子高齢社会に急速に移行したことから、国民総医療費は高騰し、医療費の適正化や医療内容の効率化が課題となっている。同時に医療事故が多発し、国民の医療に対する信頼は揺らぐ一方で、不安感が強まり、医療におけるリスク管理や安全対策が急務となっている。電子カルテを活用することで、医療費の適正化や医療内容の効率化が図られることが期待できるとするならば、電子カルテを導入する病院が増えるであろう。

このような背景が、電子カルテの普及に影響を及ぼしていると考えられる。

(2) 解釈通知～診療録の電子化容認

先述したように、1999（平成11）年に出された解釈通知によって、「真正性」「見読性」

「保存性」の3条件を満たせば、電子カルテは法的に認められるようになったことから、電子カルテが普及し始めたと言える。解釈通知は、電子カルテが普及するきっかけになっているので、見逃せない重要な通知として位置づけられている。

(3) 保健医療分野の情報化にむけての グランドデザイン

厚生労働省は、2001（平成13）年12月に「保健医療分野の情報化にむけてのグランドデザイン」⁶⁾という報告書を公表した。これは、2002（平成14）年から概ね5年間を見据えた保健医療の情報化計画を策定し、目標達成のための道筋と推進方策を示すため、保健医療情報システム検討会において、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）を取りまとめたものである。

これによると、今年度（2006〔平成18〕年度）までに全国の400床以上の病院の6割以上、全診療所の6割以上に電子カルテを普及させ、病院レセプトの電算化は7割以上に普及させるという数値目標が掲げられている。この報告書が大きな契機となって、全国の多くの病院で電子カルテの検討や導入が始まっている。

（4）普及の実際

以上述べてきたように、国公立の大規模病院や公的病院、あるいはNTT病院などを中心に電子カルテシステムはかなり普及してきているが、開発費用の問題などから、実際には普及が進展しているとは言い難い。2003（平成15）年の調査⁷⁾では、電子カルテシステムは、運用中が3%、構築中が5%、検討中が43%、予定なしが44%という結果である。オーダリングシステムについては、運用中が23%、構築中が5%、予定なしが37%という結果で、やや進みつつあるというところであろうか。レセプト電算システムについては、運用中が6%、構築中が9%、検討中が48%、予定なしが31%である。クリニカルパスについては、運用中と構築中を合わせても18%である。

病床数別に電子カルテの普及を見ても、400床以上の病院で7%、20～399床の病院で2%、診療所では6%となっており、順調に普及しているとは言い難い。

しかし、今後情報化はますます進展し、電子カルテシステムも改善されて環境が整うと推測されることから、急速に広まっていくと考えられる。

その一方では、普及を阻害する要因も潜んでいるので、次に確認してみよう。

4) 電子カルテの普及を阻む要因

（1）経済的問題

普及を阻む要因の第一には、システム開発のコストの問題が挙げられる。システム化するとなると、パソコンは1台や2台ばかりでなく、かなりの台数が病院全体で必要となる。しかも、既存の電子カルテ自体が開発中であることが多く、定価が定まっていないので、現状では厳密なコスト計算ができてにくい。病院の状況に応じて、既存の医療機器と電子カルテをつないで、独自にシステムを開発するならば、膨大な開発費用がかかることが予測される。そのような資金が潤沢に準備できる病院は、少ないのではないだろうか。

そこで、市販の電子カルテのパッケージを利用することになる。病院側が市販パッケージに合わせて電子カルテを使用するなら、費用はそれほど高額にならずに済むと思われる。しかし、それではその病院の本来の特徴や機能が反映されにくいという問題も発生し得る。

コストの問題を解決するには、厚生労働省からの助成金などを利用する可能性を探る必要もあるだろう。

（2）コンピュータに対する戸惑い

今日ではインターネットの利用者も増えて、コンピュータは生活の一部に取り込まれ、身近な存在になっている。しかし、身近な存在になってきたとは言うものの、やはり電子カルテという目的でコンピュータを使うとなると、抵抗感のある人はまだまだ多いと推察される。確かに、入力が煩雑であり、使いこなすには時間がかかるのが現状である。看護師のなかには、いわゆるコンピュータアレルギーの人もいるであろう。

電子カルテ自体は業者が開発を進めており、使いやすさについても機能の改善がなされていくと思われ、またコンピュータアレルギーの人や苦手意識の強い人も、電子カルテが使いこなせなくては仕事にならないため、業務のなかで自然と覚えていくことができるだろう。あと数年もたつと、中学校や高校でコンピュータを駆使した授業を経験してきた学生が医学や看護学を学び、医師や看護師として電子カルテを使いこなす時代となるだろう。

しかし、コンピュータが使いこなせるかということよりも、紙カルテから電子カルテへ意識改革することの方が、課題となるのかもしれない。紙カルテから完全に電子カルテに移行したNTT東日本関東病院においてでさえ、「電子カルテに慣れるまでの3ヵ月は『これは高齢者の首切り道具だ』と思って、ノイローゼになるくらい辛い日々が続いた」⁸⁾と本音が吐露されている。

(3) セキュリティに対する不安

コンピュータを使っていると、システムが壊れたらどうしようという不安に襲われることがある。ましてや、電子カルテともなると、自分が操作している最中にシステムが正常に稼働しなくなったら、どう対処したらよいかと心配になる。システムのダウンやウイルスの侵入など、不安材料はいくらでもある。停電や地震などの天災・人災による被害への対処法も考えておかなければならない。

また、記録の改ざんなどの問題は発生しないのか、その対策は万全なのかという不安もあり、電子保存における安全性の確保と保障も、セキュリティでは課題となっている。

さらに、電子カルテは情報を共用できるという反面、部外者に閲覧されるのではないかと

プライバシーは完全に守られるのかという心配もある。看護師として、個人情報保護の観点からも守秘義務を遵守し、プライバシーの侵害に対する不安をなくすよう取り組む必要がある。

このように、セキュリティポリシーとプライバシーポリシーが確実に保証されるように努めていかなければならない。

(4) 標準化の問題

電子カルテシステムの利点は、情報の標準化により、瞬時に情報が閲覧でき、交換でき、解釈・理解できることである。しかし現実には、情報の標準化は最優先課題ではあるが、すべてが統一されているわけではない。

情報の標準化は、これから開発され推進されていく分野である。確かに、クリニカルパスの利用により、病院によってはかなり標準化が進んできていると推測される。看護の分野においても、看護診断学会などによって、看護診断用語が標準化されるように開発が進められている。

情報の標準化がなされなければ、同じ事象であっても、異なる状況であるとコンピュータが受け取ってしまい、電子カルテシステムが働かなくなることにもなりかねない。

(5) 電子カルテと診療報酬請求業務の連動と統合

電子カルテは、医療そのものを記録したものであり、看護で言えば、看護過程そのものを記録したものである。そのため、これらはすべて診療報酬請求業務と連動していなければ、病院の収入とはならない。言い換えれば、電子カルテに治療や検査、看護ケアを完全に記録して稼働してさえいけば、診療報酬請求は電子カルテから得られるのである。

これを実現するためには、電子カルテで使用する標準と診療報酬請求で使用する標準とが整合性を持つ必要がある。しかし現時点では、標準の整合性は完全には得られておらず、課題が残されている。

このように、確かに電子カルテの普及を阻む要因はいくつかある。にもかかわらず、電子カルテは普及していかざるを得ないのが、情報化社会の現実であろう。

5) 電子カルテ導入の目的

厚生労働省が「保健医療分野の情報化にむけてのグランドデザイン」を公表し、数値目標を掲げてまで電子カルテの普及を図る大きな目的として、次のようなものが挙げられる。

(1) 診療に関する情報の標準化

1つ目は、診療に関する情報の標準化である。病名や治療法などを全国で標準化して共通にコード化できるならば、医療用語や様式なども電子カルテで統一することが容易となる。標準化が実現すれば、複数の医療機関で情報を集積したり、医療に関する情報を迅速に解釈できるようになる。これは、今まで医療に欠けていたエビデンスの構築と活用、大いに役立つのではないだろうか。

(2) 医事業務の簡素化・正確化

2つ目は、診療報酬請求などの医事業務の簡素化・正確化である。すべての診療行為や看護ケアが電子カルテに記録され、それがレセプト電算システムと連動しているならば、実際に行った診療内容と診療報酬請求が一致することになるため、診療報酬請求は確実に正確なものとなり、かつ効率的に行うことができる。

(3) 情報伝達時間および経路の短縮

3つ目は、情報伝達のための時間の短縮、および経路の短縮である。これまでは情報伝達方法として、直接相手方に誰かが出向いて情報を伝達するか、電話やFAXを使わなければならない、時間を要していた。しかも、情報伝達の経路についても、人を介していることから、複雑にならざるを得なかった。

電子カルテではそれがネットワーク化されるので、情報が同時に提供されることになり、資源や人材のコスト削減に貢献することは明らかである。

(4) 情報共有による患者サービスの向上

4つ目は、情報共有による患者サービスの向上である。電子カルテでは、情報が同時に共有されるので、確認作業をする必要もなく、転記ミスなども発生しない。

転記ミスが発生すれば、0.05mg投与の薬を0.5mg投与するといった誤薬による医療事故につながるかもしれない。また、27日からの指示が21日からと転記ミスされれば、ほかの看護ケアと6日間重なって行われることになり、あるいはほかの看護ケアが行われないことになり、治療や看護ケアが計画どおりに遂行されずに、看護判断を誤り、患者に悪影響を及ぼすかもしれない。さらに、治療食が塩分0.5g制限のところを0.7g制限と転記ミスされれば、誤った食事が配膳され、治療食の意味をなさなくなるかもしれない。確認作業に時間を割くことになれば、看護ケアを行う時間がなくなることになり、患者サービスの質が低下することとなる。そのため、情報共有により確実に患者サービスは向上すると思われる。

しかし、これについては、果たして本当に

そうだろうかと疑問視する人もいる。確かに、電子カルテ導入初期でシステムがまだよくわかっていない段階や、キーボード操作に不慣れな時期においては、医師や看護師が患者を診ずに、キーボード操作にとらわれて、モニター画面ばかりに目が向くことも予測される。それによって、患者との人間関係が不在になり、信頼関係が損なわれるのではないかと危惧されているのかもしれない。

2000（平成12）年に従来の紙カルテとX線フィルムをまったく使用しない、全面的に電子カルテに移行したNTT東日本関東病院では、医療従事者が電子カルテに慣れるのに3ヵ月を要し、患者からも「端末操作の不慣れ、システムの不具合などのため、苦情が多発し、『待ち時間が長い』『医師が患者をみる余裕がないようだ』『医師が不親切』などの苦情の投書が多く寄せられたのは事実である⁹⁾と告白している。しかし、半年もすると患者からの苦情は消え、称賛の投書が多くなったそうである。

この事例から推察するなら、電子カルテ導入期には多少の混乱や苦情は発生するが、電子カルテに習熟してくると、無駄な時間が少なくなり、また患者に電子カルテを閲覧してもらいながら病状を説明することもでき、電子カルテで時間を短縮できた分、患者と向き合っている話合ったり、ケアの時間に当てたりすることができることから、患者との意思疎通がよくなり、医療従事者と患者との信頼も増し、患者サービスが向上するのではないだろうか。

(5) 医療従事者間の信頼関係の確立

5つ目は、医療従事者間の信頼関係の確立である。電子カルテに習熟してくると、診療

がスムーズに行われ、ネットワークの活用によって、検査データがリアルタイムで閲覧できる。これにより、例えば検査結果を電話で問い合わせ、そこで聞いた検査結果を間違えてメモしてしまい、再確認しなければならないといったことがなくなるし、どのような食事をいつから提供するのかを聞き間違えるといったこともなくなる。また、他部署との「聞いた、聞いていない」「言った、言わない」などのトラブルも避けることができる。このことから、医療従事者間の信頼関係も高まると推察される。

6) 電子カルテに求められる機能

(1) 診療の効率化

実際の診療では、診療記録や看護記録を紙カルテに書き、検査指示やその結果を紙伝票に書き、薬の処方箋を紙伝票に書き、X線フィルムもあるというように、多くの伝票類が使用されている。紙媒体では、転記ミスや誤字・脱字、またはくせ字や殴り書きなどによる判読不能な文字があったかもしれない。これらを正確に判読し、間違いなく医療や看護ケアを遂行していくためには、非常に膨大なエネルギーが必要である。実際、著者が病院に勤務していた時の経験に、〇〇医師のくせ字を正しく判読できるのは△△看護師のみということで、△△看護師が勤務していないシフトでは非常に困ったというエピソードがある。

電子カルテが稼働してシステム化されれば、そのような問題は解決され、かなり効率的に仕事ができるのではないかと考えられる。

(2) 診療情報のデータベース化と多目的利用

電子カルテがシステムの稼働すれば、電子カルテのなかに診療情報がすべて入ってい

るので、診療報酬請求明細書をはじめとして、紹介状や診断書、証明書など、多目的に利用が可能である。必要があれば、電子的に送付することも可能である。著者が入院した時の診断書を発行してもらうのに、受付窓口では1週間くらいかかると説明を受けたが、実際には翌日に発行されて受け取ることができ、電子カルテの恩恵を感じたことがある。

また、電子カルテにある診療情報から、さまざまな情報が蓄積されることになるため、統計的な分析が可能となり、病院経営や臨床医学研究、看護研究への活用が期待できる。

(3) 診療支援と医療機関ネットワーク

電子カルテでは、薬剤の添付文書を表示して薬剤疑義照会を確認したり、医薬品情報を出して注意を喚起したり、診療ガイドラインを表示して治療計画の参考にしたりすることができるので、適切な人に診療を支援してもらうことが可能となる。

また、近隣地域や遠隔地の病院と医療機関連携を図れば、医療機関ネットワークを構築できるので、遠隔地医療の実現など、医療の仕組みも大きく変化していくだろう。

医療・看護のツールとなることは必然である。このことから、システム機能が最大限に生かされるように使いこなし、看護師の立場から、自分たちの仕事がシステムとして使いやすくなるように、不都合な点は開発業者に指摘して、さらなる改善を提言していくようにしたい。

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.30，日本看護協会出版会，2005.
- 2) 前掲1)，P.31.
- 3) 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.
- 4) 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.
- 5) 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.
- 6) 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）
- 7) 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（2006年8月閲覧）
- 8) 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.
- 9) 前掲8)，P.11.

おわりに

以上、看護サマリーと電子カルテについて検討してきた。

看護サマリーは、看護過程そのものの要約であり、残された看護ケアの課題を明らかにして、一貫した看護を継続的に行うことに活用していきたい。

電子カルテは普及の途上であり、克服しなければならぬ課題も多くある。しかし、将来にわたってますます重要視され、不可欠な