

看護と看護記録の 評価の必要性

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、看護における評価が必要と考えられるようになった背景と現状について検討しよう。

看護実践を評価するための記録

看護記録は、医療を取り巻く種々の社会的な要因や医療の進歩・発展に影響を受けながら、少しずつ改良されてきている。改良の根底にあるのは、「よりよい看護実践をしたい」「実践した看護を記録に残して次の看護実践につなげたい」「看護記録をもっと効率よく書けないか」「看護記録に費やす時間を節約してケアの時間に当てるべきではないか」「看護実践を記録に残すことで看護の評価を受けよう」というような、看護の質を高める取り組みへの熱い思いではないだろうか。

「よい看護実践」とは、患者の病気の回復、または健康の維持・増進、疾病の予防を目的に、患者が自立した生活を営めるように支援する活動である。あるいは、安らかな死への

援助でもある。そこで、われわれ看護師は科学的思考の下、患者に適した看護となるよう、効率性の高いやり方でそれらの具現化に努めている。

そして、看護実践は、評価に値するものでなければならない。看護実践には根拠（いわゆるエビデンス）があり、アウトカムが保証され、患者と家族からの信頼と満足が得られるものでなければならないのである。もちろん、看護師の満足が得られるものでもありたいし、チーム医療の側面からも、社会の人々からも評価されるものでもありたい。そのため、これら看護実践を評価する機能が、看護記録に備わっているかを評価する必要があるのである。

看護と看護記録の評価に影響を与えたもの

～評価を視野に据えると
見えてくるもの

1) ナイチンゲールが説く看護

近代看護の創始者であるフローレンス・ナイチンゲール (Florence Nightingale) が著した『看護覚え書』(1859) では、観察の重要性が指摘され、看護師教育のABCを学ぶ

べきだと述べられている。ABCのAは病気の人間がどういう存在であるかを知ること、Bは病気の人間に対してどのように行動すべきかを知ること、Cは自分の患者は病気の人間であって動物ではないとわきまえることである¹⁾。

そして看護とは、新鮮な空気、陽光、温かさ、清潔さ、静かさなどを整え、これらを生かして用いること、また食事内容を適切に選択し適切に与えること——こういったことのすべてを、患者の生命力の消耗を最小にするように整えることを意味すべきであるとしている²⁾。また、看護師は責任をどのように遂行するかを知っている人で、看護は特殊な専門の仕事なのであるとしている³⁾。

これはまさに看護の質を説いているものであり、今もなお看護専門職が目指している目標でもある。このように、ナイチンゲールは、今日の看護の質の在り方に大きな影響を及ぼしている。近代看護の創始者と言われる所以である。

2) 看護実践を記録に残すという思考

1960年代にわが国の看護記録に影響を与えたと考えられるものに、看護教育に使われたテキストがある。当時のテキスト『看護学全書—基礎看護学(第3版)』⁴⁾をひも解いてみよう。

「患者の記録」の節には、患者についての記録を病床日誌(chart)として、その意味と目的が6項目挙げられている。それらは、次のとおりである。

- ① 患者自身および家族の健康上の歴史
- ② 患者の病気そのものの正確な記録

- ③ 疾病の正しい診断を下すための大切な資料
- ④ 患者に行われたすべての処置、投薬、看護、並びに観察されたあらゆる事項の記録
- ⑤ 医療従事者、ことに医師、看護師の教育、研究、勉学のための非常に貴重な資料
- ⑥ 法律上の諸問題に対する証拠書類

病床日誌の種類としては、体温表、病歴、経過記録、命令書(指示書)、検査物の結果報告書の5種類が紹介されており、当時から複数の看護記録を書いていたことがうかがえる。そして、患者の病床日誌は看護師が保管し、破損、紛失のないよう、その取り扱いには十分注意しなければならないと述べられている。

当時は、時間軸に沿って患者に起きた出来事(治療や看護ケア、処置など)を健康上の歴史として記録にとどめておくという考え方であった。現在、看護界で活躍している看護師の皆さんは、このテキストで述べられた内容の影響を少なからず受けていると思われる。なぜなら、看護は先輩から後輩へと継承されていくからである。

もし看護実践を記録に残さなかったとしたら、行った看護は記憶に残るだけで、実態としては消えてしまい、それを証明する手段を手放してしまうことになる。もちろん、看護の質を証明するものもなくなってしまふ。したがって、当時から評価や証明という概念があったものと推察される。しかし、記録の実際としては、時間軸に沿って行われた治療や看護ケア、処置を記述するレベルであり、今回で言う看護の質保証のための記録にはなり得ていなかったであろう。

3) 看護過程

1970年代ごろになると、看護と看護記録の

評価に影響を与えるものとして、看護過程が登場する。看護過程は、今日でも用いられている看護の方法論としてのシステムである。そのシステムの導入によって、問題解決的アプローチが主流となり、「アセスメント」「計画立案」「実践」「評価」の4つの段階を記録に反映させるべく、看護記録をどのように書くかが見直された。「看護過程」については、本シリーズの第1回（本誌Vol.16, No.1, P.3～9）を参照していただきたい。

看護過程を活用することによって、看護実践がシステムとして予測性や仮説を持って問題志向的に展開されるようになったのは、画期的なことであったと思う。また、看護過程のサイクルに「評価」というステップが位置づけられていることから、「看護を評価する」という考え方が浸透し、定着していったのではないだろうか。

しかし、看護過程の理論には記録システムがなく、記録の方法や形式が提示されていない。そのため、各医療機関（以下、病院）が独自に看護記録の方法や形式、あるいは様式を開発して用いる必要があり、看護記録を活用してどのように看護実践を評価するのかも、それぞれの病院独自のやり方で行われるようになっていったと考えられる。

4) POS

次に看護と看護記録の評価に影響を与えたのは、POSである。POSについては、本シリーズの第4回（本誌Vol.16, No.4, P.3～11）で紹介している。POSはまさに記録システムであるため、看護記録を書くには好都合であった。

しかし、POSによって一時期、混乱を来し

たのも事実である。というのは、POSは医学モデルとして開発されたので、問題表記が「#. 糖尿病」「#. 心筋梗塞」のような診断名であるにもかかわらず、看護師はその表現を受け入れざるを得なかったからである。「それは診断名でないか」「それは看護の問題だろうか」「医師との協同問題とすれば、受け入れやすいのではないか」といった疑問や提案が出されていた。やがて、医師の記録と看護師の記録が明確に区別されるようになり、混乱は沈静化していったのである。

POSでは、「データベース」「問題リスト」「初期計画」「経過記録」「監査」という仕組みで記録するので、看護過程と非常に類似した思考過程を踏んでいる。しかし、看護過程とは概念や理念の発展ルーツが異なっているため、多少の混乱が生じるのは否めない。

そして、POSで特徴的に看護記録に影響を与えたのは、経過記録をSOAPで記録することである。経過記録をSOAPで記録することは、今日では定着してきている。看護実践を看護記録から評価する場合、なぜそう考えたのかという看護の考え方や判断の記録がなければ、評価しにくい。しかし、「A」の項目でアセスメントすることで、看護の考え方や判断が問題ごとに明記されることになるため、SOAPが適切に用いられれば、看護判断が記録に残ることから、評価がしやすくなる。さらに、POSでは「監査」がシステム化されており、仕組みとして監査されることになるため、看護実践を評価できるのである。POSの「監査」については、STEP 2（P.16～18）で確認してみよう。

5) 看護診断

看護師が看護過程で看護上の問題を明確に意識化し、POSで問題を「#」で表して問題リストを作成することに慣れてきたことで、1980年代ごろから看護診断の影響を受け入れられるようになってきたと考えられる。看護診断については、本シリーズの第2回（本誌 Vol.16, No.2, P.3～10）で紹介している。

今日では、看護過程のプロセスに看護診断が取り入れられ、「アセスメント」「看護診断」「計画立案」「実践」「評価」の5つのサイクルが定着してきている。そして、経過記録をSOAPで記録する病院が増えてきていると推察される。

看護診断することは、看護の立場から患者の健康上の問題を明確にすることであるため、看護判断の根拠を示し、その適切性を含めて看護実践を客観的に評価するように思考が機能するようになる。したがって、看護診断により、看護実践を評価するという思考が育つのではないかと考えられる。

6) 看護理論

上記1)～5)とは異なる視点から、看護や看護記録と評価に影響を与えたものに、アセスメントや看護診断をする時に概念枠組みとして使う看護理論が挙げられる。概念枠組みにどの看護理論を使うかによって、看護記録の方法や形式が決定づけられるからである。

例えば、概念枠組みにヘンダーソンの看護の14の構成要素を用いるか、ゴードンの11の機能的健康パターンを用いるか、NANDAの看護診断を用いるかによって、看護記録の方法や形式は異なってくる。その選択と意思決定は、それぞれの病院の看護部に委ねられている。

このように、どの看護理論を概念枠組みに活用するかも、看護実践と看護記録の評価の在り方に影響を与えると考えられる。

7) クリティカルシンキング

物事を推し進めていく場合、盲目的に受け入れるだけでなく、批判的に見つめることも必要である。批判的に見つめながら思考することを、クリティカルシンキング (Critical Thinking) という。クリティカルシンキングは看護過程と共に用いられる批判的な思考で、次の5つのモードに概念化される⁵⁾。

- ① 全面的な想起 (TOTAL RECALL)
- ② 習慣 (HABITS)
- ③ 吟味 (INQUIRY)
- ④ 新しいアイデアと創造 (NEW IDEAS AND CREATIVITY)
- ⑤ 自分がどのようにして考えるかを知ること (KNOWING HOW YOU THINK)

この批判的な思考の5つのモードは、それぞれの頭文字を取って「T.H.I.N.K」で表される。

また、クリティカルシンキングは批判的に思考するだけでなく、よい思考の習慣を身につけ、よりよく考えることによって、新しい見方ができるようになり、理解を深めていくことを可能にする⁶⁾。知的基準に基づいて系統的に物事を考える思考の自己鍛錬でもあるのである。

看護過程を展開する時に看護師の頭脳活動として生じる系統的な思考によって、看護師は効果的かつ効率的にアセスメントし、計画を立案し、実施したことを評価する。その過程での看護師の思考が記録に表現されるならば、その記録を読むことで、どのような看護が提供されたのか、看護の質が判断できる。

思考が看護実践となり、看護実践が記録されることで、記録と結果から看護の質が簡単に評価できるのである。

このように、クリティカルに看護実践と看護記録を見つめることは、看護師の思考と実践、記録が適切か否か、妥当性があるか否か、根拠に基づいているか否かを吟味することでもあるため、クリティカルシンキングはまさに看護実践と看護記録の質の評価に直結していると言える。

8) 時代の要求

以上で述べてきたもの以外にも、時代の要求により発生してきた看護の方法や記録システムなど、看護と看護記録の評価に影響を与えてきたものがある。それは、フォーカスチャータリング（本シリーズ第4回：本誌Vol.16, No.4, P.3～11参照）、クリティカルパス（本シリーズ第5回：本誌Vol.16, No.5, P.3～11参照）、患者の生活の側面を重視したKOMIチャートなどである。これらは、時代の要求に応じて看護実践や看護記録として開発され、導入されてきたものである。

そして今日、看護記録に大きく影響を与えているものに電子カルテがある。電子カルテをシステムとして機能するように駆使する時、患者と家族、そしてほかの医療従事者からの評価を意識しておく必要がある。なぜなら、電子カルテは、多方面から同時に閲覧することが可能だからである。

また、時代は情報開示を求めている。情報開示の一環としてのカルテ開示とインフォームドコンセントも、看護と看護記録の評価に影響を与えている。なぜなら、カルテ開示によって看護内容そのものが評価されることにな

り、またインフォームドコンセントによって、患者が治療やケアを選択して意思決定し、納得して治療やケアに協同者として参加することになるからである。

情報開示に即応して1995（平成7）年に日本看護協会から出された「看護記録及び診療情報の取り扱いに関する指針」では、「看護実践の一連の過程は記録される。看護職者の思考と行為を示すものである。吟味された記録は、他のケア提供者との情報の共有や、ケアの連続性、一貫性に寄与するだけでなく、ケアの評価やケアの向上開発の貴重な資料となる」⁷⁾と明示されている。まさに、記録そのものが、評価の対象となる資料なのである。

以上で見てきたように、看護実践は多方面からの影響を受けながら発展してきており、評価という概念も定着してきている。なぜなら、看護実践を可視化するのは看護記録であり、看護記録を読めば、看護実践が評価できるからである。看護の質を保証し、看護実践を評価するためには、看護記録に適切に、正しく記録されているかを評価することが必要である。

看護記録の煩雑さへの反省

それぞれの看護師が生きてきたその時代、その時代で、よりよい看護を目指して業務改善に精いっぱい取り組み、努力してきた。にもかかわらず、こと看護記録となると、多くの課題が今なお残されている。これまで看護記録の工夫と改良に数多く取り組まれてきたことは事実であり、その努力には敬意を表すが、果たして看護の質はそれに伴って向上

したのだろうか。今もなお、看護記録の非効率性の問題が存在しているのである。

看護師は、看護記録としてデータベース、アセスメント、問題リスト、初期計画、経過記録、看護サマリーなど、5、6種類以上の記録類を書いている。「看護実践を記録することは、看護師にとっては苦痛でもある」という声を聞いたことがある。この声は、看護師の正直な思いなのかもしれない。看護記録は確かに、看護実践を証明するもの、看護実践を評価するものとして重要な資料ではあるが、今日、あまりにも煩雑になってはいないだろうか。重複記録はないか、簡素化できるものはないかといった視点から改善が求められているのである。

また、「看護実践は勤務時間内に行い、看護記録は勤務時間外に行う」というような実態が、暗黙のうちに受け入れられているようだが、この考え方自体を是正する必要があるのではないだろうか。それでは、「看護師が記録に費やす時間が非常に多い」という課題を、どのように解決したらよいのだろうか。

ここで重要になるのが、看護実践と看護記録の評価である。

看護記録を評価する 必要性と義務

先述したように、日本看護協会は「看護記録及び診療情報の取り扱いに関する指針」のなかで、記録について「看護実践の一連の過程は記録される⁸⁾と規定し、看護記録を看護者の責務として位置づけている。そして、看護記録の質の保証と向上のために、看護記録に関する施設内の基準・手順を作成し、看護

記録の監査体制を整備する⁹⁾と、看護記録の管理を定めている。これによって、看護記録の評価は義務づけられたと解釈される。義務づけられたからには、それが適切に行えているかを評価するのは、当然必要なこととなる。

病院機能評価マニュアル から見た評価

これまで述べてきたように、よりよい看護を提供するために、看護実践を的確に評価することが極めて重要な課題であることが確認された。看護だけではなく、病院が自らの医療機能を明確にして、患者に提供する医療を自主的に評価することは、医療や看護の質の向上という観点から、非常に有益なことである。この趣旨に従って、日本医師会は厚生省（現厚生労働省）健康政策局と諮って、「病院機能評価に関する研究会」を1985（昭和60）年に組織し、検討を開始した。その後、1987（昭和62）年に「病院機能評価検討委員会」を発足させ、1989（平成元）年には『病院機能評価マニュアル』を発行し、2004（平成16）年には第10刷が発行されている。

それによると、「Ⅰ. 基本的事項」「Ⅱ. 地域ニーズ」「Ⅲ. 患者の満足と安心」「Ⅳ. 診療の学術性」「Ⅴ. 病院運営管理の合理性」の5項目を評価する仕組みになっている。看護を直接的に評価するものは、「Ⅳ. 診療の学術性」のなかの、〈18. 看護サービスの質の評価を行っていますか〉と〈19. 看護マニュアル・看護指針を整えて、定期的に見直していますか¹⁰⁾〉の2項目である（表1）。看護に関する評価が2項目と少ないのは、ほかの評価項目、例えば病院のこれからの課題

表1 病院機能評価の看護に関する評価：IV-18とIV-19の解説

<p>評価項目</p> <p>評価区分</p>	<p>IV-18. 看護サービスの質の評価を行っていますか</p> <p>a. 積極的に行っている</p> <p>b. 行っている</p> <p>c. 特に行っていない</p>	<p>IV-19. 看護マニュアル・看護指針を整えて、定期的に見直していますか</p> <p>a. 定期的に見直している</p> <p>b. 必要に応じて見直している</p> <p>c. 看護指針等は特に整えていない</p>
<p>ねらい</p>	<p>看護内容の善し悪しは、患者の入院生活に影響を及ぼすことから、その水準と妥当性の評価は十分に検討されているか。</p> <p>看護の質の評価の要点は、個々の患者の病状に見合った看護計画の立案、患者の看護ニーズや医師の指示に基づく適切な看護量の割り当て、看護の優先度や手順の確立等。</p> <p>実際の評価の要素には、看護管理者の観察、看護記録の検討、看護の症例研究会、患者の満足度等を考える。</p> <p>個別の問題点は、適切な委員会を設けて評価・検討する。評価の結果明らかになった問題は、教育・研修活動等を通じて改善するように努力する。</p>	
<p>評価の基準</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 看護計画の適切さ、ニーズに合った看護サービスの実施、看護手順の確立等の点について評価が行われ、その結果が看護サービスの改善に役立てられていれば、積極的に行っているといつてよい。 2. このような視点に立って何らかの評価的作業が行われ、その問題点が管理者にわかるようになっていれば一応よいといえよう。 3. 評価についての問題意識がなく、具体的な評価作業が行われていない場合は、看護サービスのあり方について関心をもつようにして、まずその問題点の有無の検討からはじめなければならない。 	<p>適切な看護サービスの提供には、個々の患者の病状に応じて看護目標を設定し、看護ニーズと医師の指示に見合った看護計画と看護手順を作成する。</p> <p>看護マニュアル、あるいは看護指針（以下「看護指針等」という）を整える。</p> <p>患者の病状や医師の指示に対応するための看護指針等は、病院の方針や看護の技術の進歩等によって定期的に見直す。</p> <p>明確な根拠もないままに習慣化している看護方式は、できるだけ早い機会に見直し、看護指針等を整備する。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 明確な看護指針等があり、定期的に見直されていれば望ましいことと評価される。 2. 看護指針等があり、問題が生じたときに見直している場合がかなり多いと思われるが、看護サービスの評価的作業の結果に基づいて定期的に改定されれば、看護サービスの向上が期待できよう。 3. 看護業務の手順や方針を見直す機会がなく習慣化の傾向が強い場合には、改めて問題を洗い直す必要がある。

日本医師会・厚生省健康政策局指導課監修：病院機能評価マニュアル，P.130～132，金原出版，2004.

としての具体的な目標、患者情報についての守秘義務、病床管理を円滑に調整する体制、患者への防災・安全対策、患者満足度など、病院が取り組む事項は、看護部としても当然評価しなければならないと解されているからと受け止められる。

とはいうものの、看護記録そのものについては評価項目に挙がっていないので、病院の機能評価の一部として、看護サービスの質を評価することで、看護記録を評価することになるのではないだろうか。しかしながらやはり、これらは医師の立場から病院の機能を評価する仕組みとして考案されたものであるた

め、今後は、看護師の立場から看護記録の評価という項目を設定するように提案していくことも必要となるだろう。

病院看護機能評価 マニュアルから見た評価

日本看護協会の看護記録開示に関する検討プロジェクト委員会の見解によると、看護記録の機能として、次の3つが挙げられている¹¹⁾。

- ① 看護の実践を明示する。
- ② 患者にケアを提供する際の指針となる。
- ③ 医療者間および患者・医療者間の情報交

換手段となる。

つまり、看護記録では何を評価するのかという時、この3機能を評価するというのが一つの考え方となる。

日本看護協会は1983（昭和58）年に、病院における看護機能を自己評価する評価基準について医療保険制度検討委員会で検討し、病院看護機能評価表（147項目）と、適切にかつ客観的に評価するための手引書『病院看護機能評価マニュアル』を発行した。看護の質を看護師が自ら評価するという意義は大き

いと考えられることから、看護師が率先して看護の質を自ら評価するように、患者への看護過程の適用状況と看護の成果を評価することを重視しているのである。

病院看護機能評価表による評価のカテゴリーは、「1. 看護サービスの組織に関する機能」「2. 看護職員の活用に関する機能」「3. 患者サービスに関する機能」「4. 看護サービスの運営に関する機能」「5. 看護サービスの質に関する機能」「6. 患者個人への看護に関する機能」¹²⁾の6カテゴリーである（表2）。

●表2 病院看護機能評価表

カテゴリー	サブカテゴリー	項目番号
1. 看護サービスの組織に関する機能	1. 看護部の理念と目標	1～4
	2. 組織と運営	5～21
	3. 教育	22～31
2. 看護職員の活用に関する機能	4. 研究	32～36
	5. 能力開発	37～41
	6. 設備と環境	41～55
	7. 就業規則	56～62
3. 患者サービスに関する機能	8. 人員基準	63～68
	9. 看護基準	69～73
	10. 地域サービスのシステム	74～79
4. 看護サービスの運営に関する機能	11. 統計資料	80～83
	12. 労務管理	84～94
	13. 勤務配置	95～99
	14. 業務改善と効率化	100～104
5. 看護サービスの質に関する機能	15. 看護の継続性	105～108
	16. 看護方式	109～111
	17. 患者の安全性	112～121
6. 患者個人への看護に関する機能	18. 患者の満足度	122～129
	19. 患者の個別性の尊重	130～134
	20. 看護計画	135～147

日本看護協会編：ナーシング・マネジメント・ブックス（1）新・病院看護機能評価マニュアル，P.6～10，日本看護協会出版会，2001.

さらに、カテゴリーは20のサブカテゴリーに区分され、147の小項目が評価対象となっている。評価区分は、「はい」「やや（ある程度、不十分）」「いいえ」の3段階で、「該当せず」と「目標達成計画」の欄がある。

ここで、内容を少し確認してみよう。「1. 看護サービスの組織に関する機能」にはサブカテゴリーとして〈看護部の理念と目標〉〈組織と運営〉、「2. 看護職員の活用に関する機能」には〈教育〉〈研究〉〈能力開発〉がある。「3. 患者サービスに関する機能」には〈設備と環境〉に“看護評価委員会を置き、活動していますか”があり、「4. 看護サービスの運営に関する機能」には〈統計資料〉〈労務管理〉〈勤務配置〉〈業務改善と効率化〉がある。「5. 看護サービスの質に関する機能」には〈看護の継続性〉に“患者の退院記録を整え、外来に継続していますか”がある。「6. 患者個人への看護に関する機能」は、〈患者の個別性の尊重〉〈看護計画〉の2つのサブカテゴリーに区分され、〈患者の個別性の尊重〉には“患者個々の看護に必要な記録がありますか”“外来患者の看護記録を整えていますか”などがある。〈看護計画〉には、“患者個々の看護計画を立てていますか”“患者個々の看護実践を評価していますか”“患者個々に看護目標の達成度を評価していますか”などがある。

しかし、ここで挙げた項目は少し抽象度が高いと思われるので、具体的に何をどのように評価するかについては、それぞれの病院でマニュアルを参考にしながら、自院に適合した項目を設定して評価していくことになる。評価の実際では、『ナーシング・マネジメント・ブックス（1）新・病院看護機能評価マ

ニュアル』（日本看護協会出版会）を参照していただきたい。

日本医療機能評価機構による評価

わが国では、少子高齢社会を迎え、疾病構造の変化や情報化社会の進展、高度先端医療に見られる医療技術の進歩・推進などにより、国民の保健医療に対する関心や要求がますます高まっている。その一方では、絶え間なく医療事故が発生し、医療に対する不信感も存在している。今まさに、安全性と安心性、信頼性に基づく、適切で良質な医療と看護の保証が求められているのである。

質保証の時代である今日、医療や看護では質の改善による向上を目指しており、役割機能や業務改善が図られたかどうかを判断するには、質評価が不可欠となる。医師や看護師は専門家であると自負しているが、専門家であるならば、自己評価をしたり、同僚評価や第三者評価を受けたり、社会からのチェックを機能させたりするのは当然と考えられる。

実際に病院では、患者と家族に質の高い医療を効率的に提供することを目指して、質向上に努め、自院の機能を評価する、いわゆる自己評価が行われていると推察される。しかし、自己評価では適切に、かつ確実に評価できたかという信憑性に欠けることもあるため、第三者による評価を導入する必要がある。

このような社会背景を受けて1995（平成7）年に設立されたのが、日本医療機能評価機構（Japan Council for Quality Health Care）である。日本医療機能評価機構は、試行運用期間を経て、1997（平成9）年から本審査

●表3 日本医療機能評価機構による評価の期待される効果

<p>①医療機関が自らの位置づけを客観的に把握でき、改善すべき目標もより具体的・現実的なものとなる。</p> <p>②医療機能について、幅広い視点から、また蓄積された情報を踏まえて、具体的な改善方策の相談・助言を受けることができる。</p> <p>③地域住民、患者、就職を希望する人材、連携しようとする他の医療機関への提供情報の内容が保証される。</p> <p>④職員の自覚と意欲の一層の向上が図られるとともに、経営の効率化が推進される。</p> <p>⑤患者が安心して受診できる医療機関を増やすことになり、地域における医療の信頼性を高めることができる。</p>

日本医療機能評価機構ホームページ：当機構について、第三者による評価の必要性より

が稼働した。

日本医療機能評価機構の目的は、医療機関の機能を学術的観点から中立的な立場で評価を行い、その結果に明らかとなった問題点の改善を支援し、医療機関が質の高い医療サービスを提供していくための支援を行うことである¹³⁾。日本医療機能評価機構が第三者として評価する効果として、表3に示す5つが期待できるとしている。

院はあったが、病院全体の医療サービスの提供が承認され、ISO9001：2000を取得したのは、熊本大学医学部附属病院が本邦初である。

これからは、看護の質を自己点検によって自己評価する必要性と第三者評価を受ける意義をしっかりと受け止め、看護実践と看護記録の質に反映させていかなければならない。

おわりに

日本医療機能評価機構から認定証を取得した病院は、2002（平成14）年12月19日現在で816病院¹⁴⁾であったが、2006（平成18）年6月19日現在では2,097病院¹³⁾となり、大幅に増加してきている。これからも認定証取得病院は、ますます増加すると推察される。

近年では、国際的に共通の基準で評価しようとする国際標準化機構（ISO：International Organization for Standardization）からISO9001を取得し、標榜している病院も出てきている。ちなみに、熊本大学医学部附属病院は、2003（平成15）年3月に医療サービスの提供について承認されている。これまで、国立大学病院では一部の部署に対してISOを取得した病

引用・参考文献

- 1) F. ナイチンゲール著、薄井担子他訳：看護覚え書、改訂第6版、P.230、現代社、2002。
- 2) 前掲1)、P.15。
- 3) 前掲1)、P.79。
- 4) 吉田時子：看護学全書—基礎看護学、第3版、P.136～145、メヂカルフレンド社、1967。
- 5) M. Gaie Rubenfeld著、中木高夫他監訳：クリティカルシンキング—看護における思考能力の開発、P.iv、南江堂、1997。
- 6) 岩淵泰子他：看護管理者が確認しておきたい看護用語20、看護、Vol.58、No.9、P.68、2006。
- 7) 日本看護協会編：日本看護協会看護業務基準集2005年、P.215、日本看護協会出版会、2005。
- 8) 前掲7)、P.204。
- 9) 前掲7)、P.218。
- 10) 日本医師会・厚生省健康政策局指導課監修：病院機能評価マニュアル、P.37、38、金原出版、2004。
- 11) 井部俊子他監修：看護記録のゆくえ—「看護記録」から「患者記録」へ、P.147、日本看護協会出版会、2001。
- 12) 日本看護協会編：ナーシング・マネジメント・ボックス（1）新・病院看護機能評価マニュアル、P.6～10、日本看護協会出版会、2001。
- 13) 日本医療機能評価機構ホームページ：当機構について、第三者による評価の必要性 <http://jqhc.or.jp/html/about.htm>（2006年9月閲覧）
- 14) 伊賀六一：日本医療機能評価機構の現状、看護、Vol.55、No.3、P.44、2003。
- 15) 前掲10)、P.130～132。