

看護実践と看護記録の有機的連携

—総まとめ—

熊本大学 医学部 保健学科 教授 森田敏子
信州大学 医学部 保健学科 教授 松永保子

はじめに

2006年版の本誌は、看護記録パーフェクトガイドを目指した総力特集を提供してきた。その中の基礎固め編と指導ポイント編では、看護理論を活用した看護実践と看護記録の有機的なリンクの可能性に取り組み、理論の概要とフォーマットの考え方を検討してきた。STEP1では、基礎固め編と指導ポイント編を振り返り、総まとめとする(表)。

なお、看護職者(保健師、助産師、看護師、准看護師)を、記述の煩雑さを避けるため看護師と表現する。

看護理論と看護過程およびアセスメント用紙のフォーマット

1) 看護の目標と看護理論活用の意義

看護理論を活用した看護実践と有機的にリンクする看護記録は、患者の健康回復と生活の自立という目標に対するscienceとartが統合した質の高い看護実践の証である。安全と安楽が保障された看護実践を導く基盤となっている看護理論は、看護が定義され、看護の

目的と方法が筋道立てて論じられている。

看護過程は、患者の健康上の問題を看護の視点から分析し、目標に向かってケアを提供する系統的な方法である。そして、看護過程のアセスメント、看護診断、計画立案、実践、評価の各段階を有機的に関連させて動かすものが看護理論である。

2) アセスメントとは

アセスメントは看護過程の第1段階に位置付き、どの看護理論を用いるかによってアセスメントの枠組みが決定する。枠組みに沿って患者の身体的、心理的、社会的側面から健康レベルや生活状況、健康に影響を及ぼしている要因に関する情報を系統的に収集し、その情報を整理・分析し、さらに推理・推論し統合して全体像を明らかにしていく。

3) アセスメント用紙のフォーマット

患者が入院したら、フィジカルアセスメントなどの初回アセスメントを行い、情報をデータベース化し、その後、特徴的な健康問題についてフォーカスアセスメントを行う。この際、分析過程や看護診断を記録用紙に記述する。これらの記録用紙の書式がフォーマット

◎表 Vol.16, No.1～11総力特集のテーマ・タイトル一覧

No.	テーマ	STEP 1	STEP 2
1	あなたの病院に合ったデータベースの選び方と使い方	看護理論と看護過程～アセスメントとデータベース	アセスメント所見の記録とフォーマット～アセスメントとデータベース
2	看護診断におけるアセスメントと問題リストの記載事例～タクソノミーⅡがわかればNANDA看護診断がわかる	看護診断の歴史的発展と表現形式	看護診断分類法Ⅱ 13領域をひもどく
3	患者志向の看護計画であるための条件と実践事例	看護計画の立案	看護計画のフォーマット
4	経過記録＋フローシート～記録時間短縮への取り組み	経過記録とフローシート, POS	経過記録とフローシート, POSのフォーマット
5	記録業務を簡潔化させるクリティカルパスの活用	看護の効率化と質保証を目指すクルティカルパス・クリニカルパス	クリニカルパスのフォーマット
6	「サマリー」何を書く？ いつ書く？ いつ送る？ すぐ使える？	看護サマリーと電子カルテ	看護サマリーおよび電子カルテのフォーマット
7	評価項目の見直しと記録の改善につながる指導方法	看護と看護記録の評価の必要性	記録改善のための評価項目見直しの視点
8	進化を続ける看護記録記載基準	社会・医療・看護の変化と看護記録記載基準	看護記録の記載基準と監査
9	指導者としてさらに研ぎ澄ませるアセスメント力	アセスメントから看護診断に至る過程の重要性と考え方	情報のスクリーニングからフォーカスアセスメント, そして看護診断へ
10	看護記録について現場の疑問・質問にズバリ答えるQ&A	看護診断の正しい知識を身につける	臨床現場で使える看護診断
11	看護部の看護記録の力を高める効果的な研修の組み方	教育研修の重要性および研修カリキュラムの作成	継続教育における院内研修システムの構築

基礎固め編

指導ポイント編

である。

記録用紙には、通常「看護1号紙」「入院時看護アセスメント用紙」「初期看護データベース」「看護計画用紙」などが用いられる。

看護診断の表現形式

1) 看護診断の歴史的発展の意義

1973(昭和48)年にアメリカ看護師協会(ANA: America Nurse Association)は、看

護業務基準に、「基準2. 看護診断は健康状態に関するデータから引き出す。基準3. 看護計画には看護診断から引き出された目標を含む。基準4. 看護計画は、看護診断から引き出された目標を達成するための優先順位および規定の看護アプローチあるいは方法を含む」と明示した¹⁾。1980(昭和55)年には、「看護とは、現にある、あるいはこれから起こるであろう健康問題に対する人間の反応を診断し、かつそれに対処することである」²⁾

と社会政策声明を発表した。これらにより、看護診断は看護過程の基本という不動の地位を得たと言える。

2) 看護診断とは

看護診断は、看護過程の第2段階に位置付けられる。

北米看護診断協会 (NANDA: North American Nursing Diagnosis) の看護診断分類は、看護師が観察した結果に介入すべきと判断されたさまざまな看護現象 (健康問題と生活過程に対する人間の反応) を類別し、看護師が扱う看護問題をカテゴリーに分けて名前を付けたものである³⁾。看護現象に名前を付け類別することで、看護を必要とする患者の状態に対して、看護師が共通した認識と言語を用いて語り合うことを可能にしている⁴⁾。

3) 看護診断分類法Ⅱ13領域

2000 (平成12) 年の全米看護診断分類会議で、現在の看護診断分類法Ⅱが採択された。看護診断分類法Ⅱは、領域 (domain)、類 (class)、診断概念の3層に分類されており、領域は13に区分されている。その13領域とは、[ヘルスプロモーション] [栄養] [排泄] [活動/休息] [知覚/認知] [自己知覚] [役割/関係] [セクシュアリティ] [コピーング/ストレス耐性] [生活原理] [安全/防御] [安楽] [成長/発達] である。

看護記録のフォーマットとして、領域ごとに主観的データと客観的データ、アセスメントとそのまとめの欄を設定する。この用紙の活用によって、思考過程と看護実践が関連付けられる。

看護計画の立案

1) 看護計画を立案する目的

アセスメントで患者の全体像が明らかになり看護診断が付けられたら、計画を立案する。看護計画の立案は、看護過程の第3段階に位置付けられる。看護を具体的に計画し立案することによって、第4段階に来る看護実践が意図的なものとなり、看護の方向性が決定付けられる。

2) 患者目標

患者の期待される結果 (expected outcome) は看護診断から導き出されるため、看護診断で導き出される目標は、観察と測定が可能な目標を設定する。患者目標が達成できるなら、看護実践の有効性を評価する情報が提供されることになる。患者の期待される結果は、「患者の状態目標」、あるいは「患者の行動目標」という2側面から、①何 (誰かの特定の行動) が、②どれだけ、③どのように、④いつまでにという形式で表現する。

どの患者にも共通する目標は、「元気に退院」であろう。しかし誰でも元気に退院できるわけではなく、そこに至る段階が必要である。患者に無理がなく、達成感を感じながら、目標が励みとなって、目標に向かって進んでいくことができるように、長期目標、短期目標を設定する。退院が予測される場合は、退院目標も設定しておく。

3) 初期計画の立案

最も効果的な看護介入を選択し、立案するのが初期計画である。初期計画の立案に当たっては、標準看護計画を活用しつつ、患者

の個別性を盛り込む。看護介入は、一般的に次の3つに分けて立案するため、フォーマットに枠組みとして設定しておく。

- ① 観察計画 (OP : Observation Plan)
- ② 直接的ケア計画 (看護療養, 看護処置計画) (TP : Treatment PlanまたはTherapy Plan, あるいはCP : Care Plan)
- ③ 指導計画 (EP : Educational Plan)

誰が (who), 何を (what), いつ (when), どこで (where) を基本に立案すると, 計画に漏れがなく看護師の間で共通認識が図れる。

看護記録で大事なことは, 看護師がフォーマットに記述する時の対象理解の深さと患者に対する真摯な眼差しである。

看護実践の質を保証する 看護記録

1) 看護実践の基準と看護記録

「看護業務基準」⁵⁾には看護実践の方法として, ①専門的知識に基づく判断, ②系統的アプローチを通じた個別の実践, ③看護実践の一連の過程の記録, ④全ての看護実践は看護職者の倫理規定に基づくことが示されている。

一方, 「入院基本料に係る看護記録」⁶⁾によると, 患者の個人記録は, 「経過記録: 個々の患者について観察した事項及び実施した看護の内容等を看護要員が記録するもの。ただし, 病状安定期においては診療録の温度表等の余白にその要点を記録する程度でも良い」と「看護計画に関する記録: 個々の患者について, 計画的に適切な看護を行うため, 看護の目標, 具体的な看護の方法等を記録するもの」の2つが示されている。

看護記録は診療報酬を得るためにも必要であり, 法的には民事訴訟上の証拠保全, 文書提出命令の対象となる。

2) 経過記録とフローシート

経過記録は, 「看護記録の開示に関するガイドライン」で「看護を必要とする人の問題の経過や治療・処置・ケア・看護実践を記載したものである。経過記録には, 叙述的記録とフローシートがある」⁷⁾と規定されている。

経過記録には, 経時的叙述的記録とSOAP形式, フォークスチャーティングなどがある。フローシートは, それ単体では完全な記録様式とはならないが, 患者の状態や経過の推移を一覧表で確認できるので, 病棟の方針や実情に合わせて作成する。

3) POS形式の記録

POSは患者の問題を明確にとらえ, その問題解決を論理的に進めていく一つの体系(system)である⁸⁾。この体系の記録に問題志向型看護記録 (PONR : Problem Oriented Nursing Record) がある。PONRは, 問題ごとにSOAP形式で叙述的に記載する。SOAPの意味は, S (Subjective data : 主観的データ), O (Objective data : 客観的データ), A (Assessment : 評価・考察), P (Plan : 計画) である。

POSで, 看護過程の評価に当たる部分は監査 (audit) である。監査という言葉には, 取り調べの響きがあるのでオーディットと言う。その目的は, より良いベッドサイドケアとケアの質の保証である⁹⁾。

クリニカルパス

1) クリニカルパスの歴史的概観

クリニカルパス (clinical path) あるいはクリティカルパス (critical path) (以下、パス) は、医療の低コストと質保証、効率化を目的として、医療チームが協同作成した疾患群ごとの治療・検査・看護などのケア項目と時間軸から構成されるスケジュールの標準モデルに基づいて医療をマネジメントする方式である。

アメリカニューイングランドメディカルセンターの看護師カレン・ザンダー (Karen Zander) が、1984 (昭和59) 年に産業界の工程管理技法を病院臨床に応用したのが始まりである¹⁰⁾。

アメリカでパスが開発された目的は、医療経済のコスト削減と在院日数の短縮、医療やケアの質保証であるが、日本では医療者間のコミュニケーション機能の充実という目的が顕著である。2006 (平成18) 年に診療報酬が改定されたことから、今後は、本来の目的が機能し、質保証時代における安全、安心、信頼が高まる効率的な医療推進の原動力になると予測される。

2) パスの効果と医療への貢献

パスが機能すれば、①医療の標準化、②バリエーション対応、③チーム医療推進、④インフォームドコンセントの充実、⑤在院日数の短縮、⑥患者満足度の上昇、⑦職務満足度効果など医療への貢献が期待される。

しかし、パスには期待効果 (プラス面) だけでなく、逆効果 (マイナス面) がある。逆効果として、パスへの過度の依存から個別性や

特異性が尊重されにくいことが考えられる。看護師は、パスの効果を盲目的に信頼するのではなく、クリティカルシンキング (critical thinking: 批判的思考) を働かせて活用することが大切である。パスの効果を挙げられるかどうかは、看護師の問題解決能力やチーム医療の推進力にかかっている。

3) 組織的に取り組むパス

パスを作成する際は、チームメンバーがその目的と意義、趣旨を十分に理解していなければ、活用段階において有効利用されにくい。一般的に、外科系疾患や整形外科系疾患は作りやすく、内科系疾患は作りにくいことから、自院の実情に応じて優先度の高い疾患から取り組む。

パスには、横軸に時間 (入院日程)、縦軸にケアを配置するマトリックスを基本とした、①オーバービューパス、②日めくり式パス、③オールインワンパスの3種がある。

看護サマリーと電子カルテ

1) 看護サマリーとは

「診療記録開示の目的に適う看護記録のあり方」¹¹⁾ には、看護記録の構成要素として看護サマリーが挙げられている。看護サマリーは、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施設を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¹²⁾、などの目的で使われる。

2) 看護サマリーの書き方および活用方法

患者の入院後の看護ケアは看護記録に残すが、入院が長期化し一定期間が経過したら、病状の経過をとらえた新たな展開を図ることができるように、看護の状況を要約する。要約を読めば、およその病状とケアの経過が把握でき、継続看護が展開しやすくなる。これが中間看護サマリーである。

退院が決まったら、中間看護サマリーと同じように入院中の経過を要約し、今後の課題を明確にする。これが退院時看護サマリーである。退院時看護サマリーは、外来における看護ケアや生活指導に生かされ、転院先の病院でも一貫したケアの継続が期待できる。

3) 電子カルテ

電子カルテ (EMR: Electronic Medical Records) は医師法の診療録に該当するのかという疑問に対して、厚生労働省が1999 (平成11) 年に、「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¹³⁾ と解釈通知を出したことによって、電子カルテが容認された。

電子カルテ導入の目的は、①診療に関する情報の標準化、②医事業務の簡素化・正確化、③情報伝達時間短縮、経路短縮、④情報共有による患者サービス向上、⑤医療関係者間および患者との信頼関係の確立などである。

電子カルテの普及には、コストやセキュリティ、標準化などの問題がある。しかし、診療報酬改定の中にIT化が盛り込まれていることから、どこの病院にとっても電子カルテは今後の課題となっている。

看護実践を評価する記録

1) 看護記録を評価する機能

看護実践には、根拠 (evidence) があり、アウトカム (outcome) が保証され、患者と家族からの信頼と満足が得られなければならない。そのため、看護記録に看護実践を評価する機能が備わっているかを判断する必要がある。

2) 看護記録を評価する必要性と義務

看護記録は看護師の責務である。「看護記録及び診療情報の取り扱いに関する指針」において、「看護実践の一連の過程は記録される」¹⁴⁾ とあり、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¹⁵⁾ と、看護記録の管理が定められている。これにより看護記録の評価は義務付けられ、適切な看護記録の評価は当然なこととなる。

評価の手法は、①病院機能評価マニュアル¹⁶⁾、②病院看護機能評価マニュアル¹⁷⁾、③日本医療機能評価機構¹⁸⁾などを参考に、自院でのやり方を決める。

3) 評価項目の見直しの視点

看護ケアの評価はすぐに病院の評価となるため、「看護実践→適切な看護記録→看護記録から見た看護の評価→看護の改善→看護の質保証」という評価サイクルがシステムとして機能する取り組みが必要である。医療の質は、岩崎¹⁹⁾によると、一般的にはDonabedian, A. が提唱した「構造」「プロセス」「アウトカム」という3つの座標軸からのアプローチで評価

できる。3つの座標軸を据えて、医療の質への改善目標を、①安全性、②有効性、③患者中心志向、④適時性、⑤効率性、⑥公正性²⁰⁾の観点から掲げ、それらを評価する。

記録の改善を図るためには、①集合教育(Off-JT: Off the Job Training)と現場教育(OJT: On the Job Training)、②委員会機能と看護管理者の見守り、③自己点検・自己評価機能、④Peer Reviewなどを活用する。

進化を続ける 看護記録記載基準

1) 変貌し続ける医療現場

近年は、新興感染症の出現や医療事故の多発などにより医療への信頼が揺らぎ、さらには人々のライフスタイルの変化やニーズの多様化と権利意識の高揚と共に医療安全保障への要求が高まるなど、医療を取り巻く環境は大きく変化し続けている。

医療においても進歩・発展は目覚ましい。脳死肝移植やDNA診断など高度先進医療が推進される中、地域がん治療拠点病院が整備され、急性期対応型病院や療養型病院、ホスピスケアといった役割機能の分化が進み、入院医療は在宅医療へとシフトしている。

2) 看護を取り巻く状況

看護に影響を及ぼす要因も、①少子高齢化による患者層の変化、②生活習慣病など疾病構造の変化、③個人情報保護法下の看護記録の開示、④リスクマネジメントへの取り組み、⑤医療費抑制政策による在院日数短縮化、⑥新人看護師の早期退職、⑦病院機能評価から見た看護記録、⑧患者満足度を高める

看護記録など、多種多様である。

3) 看護記録の記載基準と監査

看護行為は、看護師が健康という視点からアセスメントした人々の諸問題を解決するために意識的に行うものである²¹⁾。『看護行為用語分類』では、看護行為用語が「定義」「対象の選択」「方法の選択にあたって考慮する点」「実施に伴って行うこと」「期待される結果」の5つの要素で解説されている²²⁾。

保険診療における指導や監査は、不正な保険診療を取り締まる制度であり、看護記録は入院基本料の算定に関係してくる。したがって、看護記録の監査表が必要になり、アセスメント、看護診断、看護計画、実施した看護ケア、評価というように看護過程の展開に沿って実践した一連のプロセスが監査できるようにしておく。

ここでの監査基準は最低レベルの看護の質保証であるため、看護記録の監査表によって、確実に適切に実践されたかを判断していくことになる。

指導者として研ぎ澄ませる アセスメント力

1) アセスメントの視点

アセスメントでは、患者の健康上の問題を看護の視点からとらえて分析し統合することから、分析的な患者理解が深まり、看護援助の方針や方向性が決まり、具体的な看護援助への示唆が得られる。患者に実際に起こっている健康上の問題や、これから起こるかもしれない問題についても、それがどのようなことか、要因や原因は何か、どのような生活様

式や生活習慣に起因しているかなど、生活を基礎に看護の立場から患者の反応を見つめ思考し、問題解決的にアプローチする考え方を表現する。

2) アセスメントに活用する理論

看護過程の第1段階であるアセスメントは第2段階の看護診断につながるため、アセスメントで使う理論や概念枠組みと看護診断する際の理論を有機的に関連付けて一体化する必要がある。アセスメント時の情報収集の枠組みとして、ヘンダーソンの看護の14の構成要素、ロイの適応看護モデル、ゴードンの11の健康パターン、NANDA看護診断分類法Ⅱの13領域などが挙げられる。

指導者がよりの確なアセスメント力を身につけるためには、中範囲理論を学習しておくことが必須である。中範囲理論を学んでいなければ、NANDA看護診断の理解は難しい。中範囲理論の例として、健康信念モデル、ニード理論、人間関係論、セルフケア理論、役割理論、ストレス理論、危機理論、自己概念などがある。

3) 効果的な指導方法

新人看護師は、先輩の思考方法や判断、それに基づいた看護過程の実践の証明としての看護記録の記述の仕方を見て育つ。これがOJTである。OJTがうまくいくかは、ロールモデル (role model) が機能しているかにかかっている。指導者は、手本としての看護師の力量を示す必要がある。OJTの学びを生かせるようにするのが、指導を効果的に行うコツであり、最も効果的な指導方法である。

■ 看護診断についての疑問

1) 看護診断を臨床でする意義

看護診断 (Nursing Diagnosis) は、「実在または潜在する健康問題/生活過程に対する個人・家族・地域社会の反応についての臨床判断である。看護診断は看護師に責務のある目標を達成するための決定的な治療の根拠を提供する」²³⁾と定義されている。看護診断は、看護の専門家としての臨床判断に基づく患者の問題の明確化であり、看護はこのような理由や根拠に基づいて行っていると説明できるものである。

看護診断する意義として、①看護師の臨床判断、②看護ケアの理由づけと看護ケアの根拠の提供、③援助内容の導き出し、④看護師間での共通の言語を用いた話し合い、⑤社会に看護師が何をしているのかの説明、などが挙げられる。

2) 看護診断の基礎知識

現在、NANDA看護診断と言えば、看護診断分類法Ⅱを指している。看護診断分類法Ⅱは13領域に区分されている。

13領域には、[活動/休息]のように、「/」で区切られているものがある。「/」は、どちらの語の意味をとってもよいことを示す記号である。つまり、[活動/休息]は、「活動」を取り上げて看護診断してもよいし、「休息」を取り上げて看護診断してもよいということになる。

看護診断の構成要素は、①診断ラベル (Diagnostic Label)、②定義 (Definition)、③診断指標 (Defining Characteristics)、④関連因子 (Related Factors)、⑤危険因子 (Risk

Factors) の5つである。表現形式は、①実在型看護診断、②リスク型看護診断、③ウェルネス型看護診断、④シンドローム型の4つがある。

看護診断が難しく感じられるのは、①文化的背景の違いから適切な翻訳語がない、②階層的に多軸構造である、③一定のルールで作成され人工的である、④ある概念がひとかたまりになっていない、⑤“周手術期の看護”、“慢性期の看護”、“ターミナル期の看護”といった枠組みで整理されていない、⑥中範囲理論の理解不十分などが挙げられる。

3) NANDA-NOC-NICの リンケージ

NANDA看護診断に対応した看護介入と看護成果について、標準化された分類が開発されている。それが、看護介入分類 (NIC) と看護成果分類 (NOC) である。リンケージとは、ある看護成果 (outcome) を患者の問題の解消として得るために、看護診断と看護介入を共に生じさせる関係、つまり結び付けである。NANDA看護診断を使って看護診断し、NOCで看護成果を決定し、NICで看護介入するのがリンケージである。

卒後研修の必要性と意義

1) 研修をめぐる社会的背景

1987 (昭和62) 年に厚生省 (現・厚生労働省) は、「看護制度検討会報告書—21世紀へむけての看護制度のあり方」²⁴⁾ を公表し、看護師の具備要件として、①専門職として誇り得る社会評価、②国民から信頼されるに足る専門的知識と技能、③患者心理について人

間として感受性高く受容することができる資質と問題解決のための方法等を的確に判断する力などを明示した。1992 (平成4) 年の「看護職員生涯教育検討会報告書」²⁵⁾ では、看護基礎教育卒業直後からおよそ3年間の「看護実務研修」が述べられ、研修の重要性や推進について提言された。

一方、医療・看護実践の現場では、1996 (平成8) 年以降から医療事故の報告が急増し、医療事故発生の原因として新人看護師の看護技術実践力の低下が指摘された²⁶⁾ ことから、新人看護師研修到達目標および指導指針等の普及と新人看護師研修の推進を図るため、2004 (平成16) 年度から毎年、全国で教育責任者と教育担当者を対象に講習会が実施されるようになった。

2) 研修としての人材育成

研修は教育の一つであり、人材育成である。自分自身で研鑽を積むことが研修で、研修を実施する側はサポート役割を果たすことになる。研修を実施する側は、受講者が自らの意思で積極的に参加するよう働きかけることが重要である。

医療および看護の知識・技術は目覚ましく進歩・発展しており、医療事故を未然に防ぐためにも、患者に適した質の高い看護を保証するためにも、看護師に必要な知識・技術の更新をしなければならないことから、研修は必要不可欠なものである。

3) 研修の形態と効果

研修には、職場の中で職務と同時に実施される現場研修 (OJT: On the Job Training) と職務時間外で実施される職場内外での集合

研修 (Off-JT : Off the Job Training), および自主的な研修である自己啓発支援 (SDS : Self Development System) がある²⁷⁾。看護の継続教育においては、実際の臨床の現場でのスキルアップを狙うOJTがほとんどである。現場での看護実践能力を向上させるためには、3つの研修を組み合わせることで研鑽を積み研修の効果を高めなければならない。

おわりに

看護理論と看護過程, それらに基づく看護実践, この3者を結びつける看護記録について概観してきた。詳細は, 本誌Vol.16, No.1~11と関連書籍を参照していただきたい。

引用・参考文献

- 1) 波多野梗子：《系統看護学講座専門分野1》基礎看護学 [1] 看護学概論, P.104, 医学書院, 1995.
- 2) ANA, 日本看護協会編, 小玉香津子訳：いま改めて看護とは, P.24, 日本看護協会出版会, 1987.
- 3) NANDA国際ナショナル著, 日本看護診断学会監訳：NANDA看護診断一定義と分類2005-2006, P.1~8, 医学書院, 2005.
- 4) 佐藤栄子：NANDA看護診断—正確な書き方・使い方, P.24, 日総研出版, 2005.
- 5) 日本看護協会：日本看護協会看護業務基準集 2005年, P.9, 10, 日本看護協会出版会, 2005.
- 6) 日本看護協会：日本看護協会看護業務基準集 2002年, P.65, 日本看護協会出版会, 2002.
- 7) 前掲6), P.66.
- 8) 前掲6), P.67.
- 9) 中木高夫：POSをナースに, P.167, 医学書院, 1989.
- 10) 医療マネジメント学会編：研修医のためのクリティカルパス活用ガイド, P.2, 3, じほう, 2005.
- 11) 日本看護協会編：看護記録および診療の取り扱いに関する指針, P.29~33, 日本看護協会出版会, 2005.
- 12) 前掲1), P.31.
- 13) 電子カルテ研究会編：電子カルテってどんなもの?, P.5, 中山書店, 2002.
- 14) 前掲5), P.204.
- 15) 前掲5), P.218.
- 16) 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, 金原出版, 2004.
- 17) 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, 日本看護協会出版会, 2001.
- 18) 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> (2007年1月閲覧)
- 19) 岩崎榮：今, 第三者評価を受けることの意義, 看護, Vol.55, No.3, P.36, 2003.
- 20) 米国医療の質委員会/医学研究所著, 医学ジャーナリスト協会訳：医療の質—谷間を越えて21世紀システムへ, 日本評論社, 2002.
- 21) 日本看護科学学会看護学術用語検討委員会編：看護行為用語分類—看護行為の言語化と用語体系の構築, P.8, 日本看護協会出版会, 2005.
- 22) 前掲21), P.18~21.
- 23) 前掲3), P.313.
- 24) 厚生省健康政策局看護課監修：看護制度検討会報告書—21世紀へむけての看護制度のあり方, P.37, 第一法規出版, 1987.
- 25) 厚生省：看護職員生涯教育検討会報告書, 1992.
- 26) 日本看護協会編：平成16年版看護白書, P.43~50, 日本看護協会出版会, 2004.
- 27) 渡部章, 渡部博子：管理者, リーダー, 研修スタッフのための組織内教育研修「成功」バイブル, P.220, 221, 日総研出版, 2004.