

看護必要度評価の根拠となる看護記録の実態と今後の課題

鈴木美恵子¹⁾ 滝島紀子¹⁾

要 旨

本研究では、看護必要度における根拠の記載のあり方を考える手がかりを得る目的で看護必要度評価の根拠となる看護記録の実態と今後の課題を明らかにした。その結果、看護必要度評価の根拠となる看護記録の実態としては、A項目の根拠となる看護記録の記載はされていたが、B項目の根拠となる看護記録の記載はされていない傾向にあることが明らかになった。

また、今後の課題としては、看護必要度評価の根拠の記録は、自施設の看護実践記録に記載されていればよいということや、患者に対して行った看護実践を記録すればよいことをわかるようにしていくことである。さらに、看護必要度とは何かを理解し、看護必要度を評価するとはどういうことかを考え、患者に対して行った看護実践記録のなかに看護必要度評価の根拠があることがわかるようにしていくことである。

キーワード：看護必要度、看護必要度評価、看護記録

I. はじめに

看護必要度は、「入院患者へ提供されるべき看護の必要量」¹⁾と定義され、『看護必要度 (Ver. 4) チェック票』を用いて評価する。『看護必要度 (Ver. 4) チェック票』は、モニタリング及び処置等に関する看護の必要量を示すA項目と患者の状況等に関する看護の必要量を示すB項目で構成されている(表1)。看護必要度は、当初、看護要員の適性配置の指標として開発されたが、2002年度の改定において、診療報酬の算定根拠として看護必要度が導入された。

具体的には、「2008年からは7対1入院基本料の要件として看護必要度が診療報酬に導入され『一般病棟用の重症度・看護必要度に係る評価票』を用いた患者に対する看護の必要度評価が行われようになった」²⁾。また、「2012年の診療報酬・介護報酬同時改定において、一般病棟10対1入院基本料における一般病棟看護必要度評価加算は廃止され、看護必要度に係る評価は(診療報酬加算の)要件として新設された。これにより、わが国の57万7124床の病棟において看護必要度が必須となった」³⁾と言

われているように、制度として診療報酬の算定根拠となった。

このような看護必要度評価の導入において生じてきた課題は、看護必要度評価の根拠となる記録をどのように記載するかということである。なぜならば、診療報酬算定のためには、看護必要度評価において、看護必要度評価を裏付ける根拠を示す必要があるとされたからである。

このような看護必要度評価の根拠を示すことに関し、いくつかの問題が生じている。1つ目の問題は、『『重症度・看護必要度に係る評価票』のB項目を用いた『日常生活機能評価』においては、看護行為の結果を裏付ける看護記録として記載されていない』⁴⁾といわれているように、看護必要度評価内容についての記録がないことである。

2つ目の問題は、看護必要度評価にあたり、「看護必要度と連動しかつ監査に通る記録とはどのような記録ですか」⁵⁾「看護必要度でチェックしたものは看護記録でどのように表現すればよいですか」⁶⁾「B項目をしっかりと評価できる記録にするには、どうすればよいですか」⁷⁾などの看護必要度の根拠となる記録の記載をどのようにしたらよいかかわらないという記録を行うにあたっての迷いが生じてい

1) 川崎市立看護短期大学

ることである。

以上のことから現段階においては、看護必要度評価の根拠となる記録についてはあいまいな状況であると考えられる。

そこで、今回は看護必要度における根拠の記載のあり方を考える手がかりを得る目的で看護必要度評価の根拠となる看護記録の実態と今後の課題を明らかにしたので報告する。

II. 研究目的

看護必要度評価の根拠となる看護記録の実態と今後の課題を明らかにする

III. 研究方法

1. 研究デザイン：文献研究

2. 文献検索方法

文献検索のためのデータベースは医学中央雑誌Web版を使用し、文献検索を行った。検索用語を「看護必要度」と「記録」とし検索した結果144編えた。次に、「看護必要度」「看護記録」と検索用語を絞り、2007年から2012年とした結果91編の文献をえた。さらに91編の文献の中から「看護必要度評価」と「看護記録」に関する内容を扱った文献12編をえた。看護記録の実際をより反映させるため、会議録、雑誌による特集記事も分析に加えた。

3. 分析方法

分析手順は、1) 文献の中からB項目の評価根拠となる記載について述べている箇所を抽出した。2) B項目の評価根拠を記載するための工夫として独自に作成した看護記録の活用の有無をみた。3) B項目の評価根拠となっている記録を記載する上での困難点から看護必要度評価の根拠となる記録を容易にするための手がかりを得る目的で看護必要度評価の根拠となる記録の記載が困難な要因を抽出した。

以上の内容を「看護必要度評価の根拠となる看護記録の実態」「独自で作成した看護必要度に関する看護記録の有無」「看護必要度評価の根拠となる記録の記載が困難な要因」という3つの項目に分類した。

IV. 結果

1. 看護必要度評価の根拠となる看護記録の実態

看護必要度評価の根拠となる看護記録の実態を表

2に示す。

1) A項目について

A項目の看護必要度評価の根拠となる看護記録の実態を看護必要度評価の根拠となる看護記録の有無をみてみると、文献C、E、H、J、Kにおいては、看護必要度評価の根拠となる記載がされていた。また、A項目の根拠となる看護記録の記載箇所をみてみると文献Eにおいては、「2 血圧測定」「3 時間尿測定」「4 呼吸ケア」「5 点滴ライン同時3本以上」「6 心電図モニター」がフローシート上に記載されていた。

2) B項目について

B項目の看護必要度評価の根拠となる看護記録の実態をみてみると、文献C、D、E、I、J、K、Lにおいては、B項目の看護必要度評価の裏付けとなる記載が不足していた。また、B項目の根拠となる記載を行っていたとしても看護必要度評価と看護記録が必ずしも一致した内容の記載になっているとは言えなかった。

文献Dにおいては、「全介助」「一部介助」といった記載になっており、記載内容が不十分な状況であった。

文献Eにおいては、看護問題としてあがっており、援助が必要な場合は記載はされているが、看護問題としてあがらない場合は、援助を行っていても看護記録に記載されていない状況であった。

2. 独自で作成した看護必要度に関する看護記録の工夫

文献B、E、H、I、Jにおいては、看護必要度に関する看護記録を記載する様式の名称や形式は異なるがいずれも施設独自の記録様式を作成していた。施設独自の記録様式作成の目的は、B項目の看護必要度評価を正しく行い、B項目の根拠となる看護記録を記載することであった。

文献Bでは、「看護必要度看護ケア・援助実施記録表」という様式を作成し、縦軸はB項目・横軸は日付とし、該当している場合は○、該当していない場合は×で記入する形式になっていた。

文献Eでは、「患者ケア表」という様式を作成し、文献B同様、縦軸はB項目・横軸は日付とし、①自立 ②見守り ③一部介助 ④全介助のいずれかを選択したのち、これを示す患者の現状を詳細に記載できるようになっていた。

文献Hは、「病棟看護記録用紙」という様式を作成し、看護必要度のB項目が評価でき、状態の変化や患者の主観的表現を記載できるようになっていた。形式としては、B項目と日付、身体症状等などの特記事項という項目で構成されており、身体症状等などの特記事項は看護記録としてSOAPで記載するようになっていた。

文献Iは、「看護ケア計画書」という様式を作成し、B項目と問題、対策・対応、評価、結果で構成されており、対策・対応は選択できるようになっていた。また選択項目以外の内容も記載できるようになっていた。

文献Jは、B項目内容が記載されているチェック用紙に記載する内容になっていた。このチェック用紙は、毎日チェックし、変化があった場合は経過用紙に詳細を記載するようになっていた。

3. 看護必要度評価の根拠となる看護記録の記載が困難な要因

12文献のなかで看護必要度評価の根拠となる看護記録の記載が困難となる要因について触れているのは文献B、Cであった。

文献Bでは、急性期の患者に目がいきやすく、回復期になるにつれ患者への関心がうすれてしまい、記録しない傾向にあることが要因としてあげられていた。文献Cでは、処置や観察を優先することで記録が時間外業務になっていることが、看護必要度評価の根拠となる看護記録の記載を困難にしていることが要因としてあげられていた。また、看護必要度に関係する記録の記載箇所が基準化されていないことも要因としてあげられていた。

V. 考察

1. 看護必要度評価の根拠となる看護記録のあり方の検討

看護必要度評価の根拠となる看護記録の実態から、看護必要度評価の根拠となる記録はA項目に関する記載はされているが、B項目に関する記録が記載されていない傾向にあることが明らかになった。大野賀らが2009年に行った調査によると、「『重症度・看護必要度評価票』におけるB項目の記録があると回答した病院は35.5%であった」²⁰⁾。このことから現段階においては、B項目の根拠となる記載はされていない施設が多いといえる。この要因とし

ては、はじめに述べたように「看護必要度と連動しかつ監査に通る記録とはどのような記録ですか」⁵⁾「看護必要度でチェックしたものは看護記録でどのように表現すればよいですか」⁶⁾「B項目をしっかりと評価できる記録にするには、どうすればよいですか」⁷⁾という看護必要度評価の根拠となる看護記録を行うさいの迷いによって記録ができていないのではないかと考えられる。この他の要因としては、「『B項目の記録は、あたりまえのことなので、記録はしていないが本当に必要なのでしょうか』というような質問が多く出される」²¹⁾ということから、看護必要度評価の根拠となる看護記録を記載する必要性を感じていないことが考えられる。このように看護必要度評価の根拠となる看護記録を記載する必要性を感じていないことには、「なぜB項目である療養上の世話に関する記録が必要であるのかについて看護師の理解が不足していることにある」²²⁾といわれていることから明らかなように看護必要度評価の根拠となる看護記録の必要性の理解が不足していることが推察される。

また、看護必要度評価の根拠となる看護記録の実態から、看護必要度評価の裏付けとなる記録をしようとしているが、看護必要度評価と看護記録が必ずしも一致した記載になっているとはいえないことが明らかになった。この要因としては、「(看護必要度の根拠となる看護記録の記載については)看護必要度がシステム化されても看護記録のシステムを改めるのではなく、従来の日々の看護記録を確認して別表にチェックする操作が増えたという認識をもっている。すなわち、医師の指示、看護指示、看護計画、患者スケジュール、ADL表、画像取り込み、経過表、SOAPなどの看護過程の記載が看護必要度に連動するという認識である」²³⁾といわれていることから明らかなように、看護必要度評価の根拠を従来の看護実践記録に求めるのではなく、従来の看護実践記録とは切り離れた看護必要度評価を裏付けるためだけの記録になっているからではないかと考えられる。つまり、本来の看護必要度評価を裏付ける根拠は、自分たちの行った看護実践を記した看護記録にあるが、看護必要度評価を裏付ける根拠を看護記録ではなく、独自で作成した看護必要度に関する看護記録様式に求めている。

表1 「看護必要度」(Ver. 4)のチェック項目とその選択肢

「看護必要度 (Ver. 4)のチェック票」

チェック項目	選択肢		
A モニタリングおよび処置等に関する項目			
1. 創傷処置	なし	あり	
2. 蘇生術の施行	なし	あり	
3. 血圧測定	0~4回	5回以上	
4. 時間尿測定	なし	あり	
5. 呼吸ケア	なし	あり	
6. 点滴ライン同時3本以上	なし	あり	
7. 心電図モニター	なし	あり	
8. 輸液ポンプの使用	なし	あり	
9. 動脈圧測定(動脈ライン)	なし	あり	
10. シリンジポンプの使用	なし	あり	
11. 中心動脈圧測定(中心静脈ライン)	なし	あり	
12. 人工呼吸器の装着	なし	あり	
13. 輸血や血液製剤の使用	なし	あり	
14. 肺動脈圧測定(スワンガンツカテーテル)	なし	あり	
15. 特殊な治療法等 (CHDF, IABP, PCPS, 補助人工心臓, ICP測定)	なし	あり	
16. 専門的な治療・処置①抗悪性腫瘍剤の使用	なし	あり	
17. 専門的な治療・処置②麻薬注射薬の使用	なし	あり	
18. 専門的な治療・処置③放射線治療	なし	あり	
19. 専門的な治療・処置④免疫抑制剤の使用	なし	あり	
20. 専門的な治療・処置⑤昇圧剤の使用	なし	あり	
21. 専門的な治療・処置⑥抗不整脈剤の使用	なし	あり	
22. 専門的な治療・処置⑦ドレナージの管理	なし	あり	
B 患者の状況等に関する項目			
23. 床上安静の指示	なし	あり	
24. どちらかの手を胸元まで持ち上げられる	できる	できない	
25. 寝返り		何かにつかまれば できる	できない
26. 起き上がり	できる	できない	
27. 座位保持	できる	支えがあればできる	できない
28. 移乗		見守り・ 一部介助が必要	できない
29. 移動方法	できる 介助を要しない 移動	介助を要する移動 (搬送を含む)	
30. 口腔清潔	できる	できない	
31. 食事摂取	介助なし	一部介助	全介助
32. 衣服の着脱	介助なし	一部介助	全介助
33. 他者への意思への伝達		できる時と できない時がある	できない
34. 診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ	
35. 危険行動	ない	ある	
C 手術・退院に関する項目			
36. 身体的な症状の訴え	なし	あり	
37. 計画に基づいた10分以上の指導	なし	あり	
38. (看護計画に基づいた)10分以上の意思決定支援	なし	あり	
39. 手術			手術当日 主な術式名() 手術時間()分
40. 退院予定	なし	手術前日 あり 退院まで()日	

引用参考文献 2)岩澤和子, 筒井孝子. 看護必要度第4版. 日本看護協会出版会, 2010, P. 36参照

表2 看護必要度評価の根拠となる看護記録の実態

文献	看護必要度評価の根拠となる看護記録の実態	独自で作成した看護必要度に関する看護記録の有無 ^{注1)}	看護必要度評価の根拠となる記録の記載が困難な要因
A	患者が入院してきたら、プロフィールに患者の疾患の状態とどのような治療を受けるために入院してきたか、入院時の患者のADL等生活行動の状態をどうかを記録する。「活動・運動パターン」では、ADLの状態、介助方法について評価する。ADLの状態を表す項目は、看護必要度評価項目の「B. 患者の状態等」を網羅する。 看護必要度評価のための観察項目を含め、フローシートを用いている。経過記録をSOAPで記入する際に、患者の状態をアセスメントし、看護計画の追加・修正・削除をおこないこれが看護実践の根拠となっている。(文献8)		
B	B項目における記録の記載漏れが多かった。一般病棟の看護記録は、看護記録用紙、検温表の観察項目、クリティカルパス(以下パス)重症者や術後患者に使用する経過表のいずれかに記載されている。したがって、看護必要度に関する記録も様々な記録用紙に記載されることになる。看護必要度評価を正しく行うため「看護必要度看護ケア・援助実施記録表」を独自に作成。(文献9)	●	急性期の患者に目がいきやすく、回復期になるにつれ患者への関心があずれてしまい、記録にしない傾向にある。
C	A項目は実施入力で記載されているが、B項目は評価に対して記録が必ずしも対応していると言えない状況 看護診断名に対して適切な内容であればSOAPのO項目へ、また看護診断名に適切でなければフリーコメントへその現状がわかるように記載することを周知している。(文献10)		業務量調査の結果、処置や観察を優先することで記録が時間外業務になっている 看護必要度に対応する記録について、その形式は問われていない
D	B項目は、「全介助」や「一部介助」といった評価が不十分であった。入院患者に対して「入院時患者情報看護記録」という用紙を用いて、食事や排泄などの情報を収集している。しかし、入院時患者情報看護記録だけではB項目すべてを網羅できないためB項目の一覧表を作成している。これを用いて入院時に患者の日常生活自立度を「できる」「一部介助」「できない」の3つに分類し、「一部介助」または「できない」と評価された場合、看護計画を立案する。看護計画は、看護必要度B項目を盛り込んだ形のもの標準看護計画として作成している。(文献11)		
E	A項目の「2 血圧測定」「3 時間尿測定」「4 呼吸ケア」「5 点滴ライン同時3本以上」「6 心電図モニター」はフローシート上に記録される。 「8 輸血や血液製剤の使用」においては専用の記録用紙がある。「7 シリンジポンプの使用」や「9 専門的な治療・処置」は重症観察記録もしくは看護経過記録用紙に記載している。 B項目は、入院中の日常生活を支えるケアに関しては看護師として当たり前の行為であるため看護上の問題として必要性がある場合は記載されていたがそれ以外は看護記録に記載されることはほとんどなかった。そこで独自にB項目を組み込んだ「患者ケア表」を作成している。(文献12)	● 看護必要度評価システムを開発	
F	看護オーダの構成は「患者状態」「ケアスケジュール」「看護計画」にわかれている。看護記録の大部分は患者状態とケアスケジュールの結果が占め、それらで表せない看護計画の評価や患者・家族の反応をSOAP記録に記載している。 B項目は患者状態入力画面と連動し、患者状態入力画面には看護必要度の評価項目がそのまま載せてある。(文献13)		
G	ケア項目マスターには「日常生活援助」「診察・治療の補助・介助」「教育・指導・相談」「調整・連絡」「インフォームドコンセント」に関する256の直接看護ケア項目が網羅されているが看護必要度評価項目の中には項目マスターには含まれないものがあった。そのため「看護必要度」フォルダをマスターに追加し業務記録として入力できる。 B項目は業務記録として入力されたデータを看護必要度評価に活用するために患者状態評価に「不能」の項目を追加し、どの段階が何点になるかを決定している。(文献14)		
H	「病棟看護記録用紙」をオリジナルで作成しB項目、状態の変化や患者の主観的表現が記載できるようになっている。 一般病棟の看護記録は、看護必要度評価項目が一元化された「病棟看護記録用紙」と「看護記録用紙」を使用する。 A項目は、経過記録(温度版)を活用している。(文献15)	●	
I	看護必要度の評価結果を裏付ける記録内容ではなかった。そのため「看護ケア計画書」と「看護ケア実施入力シート」を改良し、看護必要度の評価の根拠を明記できるように工夫した。以前より看護計画を立案していた看護ケア計画書の様式をそのまま使用し、看護必要度B項目だけを1枚の用紙にまとめたものをエクセルで作成した。 看護ケア計画書に記載されている内容に一時的に変化が生じた場合は経時記録にも患者状態と介助内容を記載している。(文献16)	●	
J	A項目は、評価者によって評価に差異が生じることはほとんどない。B項目は、看護診断根拠の情報として症状と兆候、原因、関連因子、危険因子の情報を看護計画に記載し、日々の記録は看護診断に基づいて経過記録に勤務帯のサマリーとして記載しているが、日々変化がない場合は記録されないことがあり、また評価者によって差異が生じている。B項目の記載を正確にするためにチェック用紙を作成し、毎日チェックし、経過用紙に詳細を記載(文献17)	●	
K	A項目の確認記録は①医師の指示、②指示受け、③看護ケア指示、④実施入力、⑤経過表、⑥ワークシート、⑦看護記録に記載される。 B項目の確認記録は看護指示におけるケア項目中の患者基本情報の評価・看護診断・ケア計画などの画面と、作業用のワークシート、スケジュール表がある。 B項目については点数が高いほどADLに問題がある状態である。したがって、看護診断、看護計画が立案され、日々のケアと結果が経過記録となるが診断の立案がない場合は記録として残されないこともある。(文献18)		
L	診療補助業務である治療や処置に対しての記録が多く、B項目の患者の状態の記録がほとんどなかった。 POSを採用しているが問題点に対して観察の記録が主で目標に対してのプロセスが見える記録ではなかった。つまり、看護師行う生活支援へのケアの実践とその評価の記録はなかった。(文献19)		

注1) 看護必要度評価の根拠となる看護記録を独自で作成している文献は●で示す。

3. 看護必要度評価の根拠となる看護記録における今後の課題

今回明らかになった看護必要度評価の根拠となる看護記録上の問題は、B項目に関する記録が記載されていないこと、看護必要度評価の裏付けとなる記録をしようとしているが、看護必要度評価と看護記録が必ずしも一致した記載になっているとはいえないことであった。以上の看護必要度評価の根拠となる看護記録上の問題に対して、看護必要度評価の根拠となる看護記録における今後の課題を考えていく。

B項目に関する記録が記載されていないことに対する課題としては、前述した看護必要度評価の根拠となる看護記録についての迷いをなくすことであると考え。そのためには、看護必要度評価の根拠の記録というものは“どの評価項目の記録はどこに記載する”というような画一的なものではなく、自施設の看護実践記録に記載されていればよいということがわかるようにしていくこと、看護必要度評価の根拠の看護記録というものは、特別なものではなく、患者に対して行った看護実践を記録すればよいということがわかるようにしていく必要がある。

看護必要度評価の裏付けとなる記録をしようとしているが、看護必要度評価と看護記録が必ずしも一致した記載となっているとはいえないことに対する課題としては、看護必要度評価の根拠となる看護記録の正しい理解ができるようにしていくことであると考え。そのためには、看護必要度とは何か、看護必要度を評価するとはどういうことかがわかるようにしていく必要がある。そして、患者に対して行った看護実践記録のなかに看護必要度評価の根拠があることがわかるようにしていく必要があると考える。

最後に、看護必要度評価の根拠は看護記録にあるため、看護必要度評価の根拠を記載しなければならないという思いにとらわれるのではなく、看護の実

践を明示するという看護記録の目的(2,4)を意識し、看護記録の充実を図ることが重要であると考え。

VI. 結論

看護必要度評価の根拠となる看護記録の実態としては、以下のことが明らかになった。

1. A項目の根拠となる看護記録の記載はされている。
2. B項目の根拠となる看護記録の記載なされていない傾向にある。

今後の課題としては、以下のことが考えられた。

1. 看護必要度評価の根拠の記録は、自施設の看護実践記録に記載されていればよいということがわかるようにしていくこと
2. 看護必要度評価の根拠の看護記録は、患者に対して行った看護実践を記録すればよいということがわかるようにしていくこと
3. 看護必要度とは何かができるようにしていくこと
4. 看護必要度を評価するとは、どういうことなのかがわかるようにしていくこと
5. 患者に対して行った看護実践記録のなかに看護必要度評価の根拠があることがわかるようにしていくこと

VII. おわりに

本研究において看護必要度評価における看護記録の実態と今後の課題を明らかにすることができた。また看護必要度評価の根拠となる看護記録が困難となる要因の一端を探ることができた。しかし、扱った文献は12文献と少なく、看護必要度評価に関する看護記録の実態の一部に過ぎない。そのため今後は、さらに実態調査を行い看護必要度評価の根拠となる看護記録の充実を図る手だてを講じていきたい。

引用参考文献

- 1) 筒井孝子. 看護必要度の成り立ちとその活用. 照林社, 2008, 2p.
- 2) 岩澤和子. 筒井孝子. 看護必要度第4版. 日本看護協会出版会, 2010, 5p.
- 3) 筒井孝子. 2012年診療報酬・介護報酬同時改定における「看護必要度」. 看護管理. Vol.22, no.7, 2012, p.557-562.
- 4) 前掲書2) p.210.
- 5) 高橋弘枝. 滝島紀子. 看護必要度実践活用事例とQ & A集. 日総研, 2012, 56p.
- 6) 前掲書5) p.57.
- 7) 前掲書5) p.58.
- 8) 高橋弘枝他. 看護必要度評価の根拠を明確にする記録のあり方. ナースマネージャー. Vol.11, no.10, 2010, p.73-76.
- 9) 鈴木美智子. 看護必要度に連動した記録・監査の実際. ナースマネージャー. Vol.12, no.6, 2010, p.54-61.
- 10) 城井慶子. 看護過程と看護必要度の記録に対する記録監査の取り組み. 看護きろくと看護過程. Vol.22, no.3, 2012, p.34-47.
- 11) 瀧澤美紀他. 看護必要度と記録の連動・時間短縮を目指した書式づくりと記録指導. 看護きろくと看護過程. Vol.21, no.6, 2012, p.34-47.
- 12) 三浦由香. 看護ケア表を活用した看護必要度評価の導入と看護記録の実際. 看護きろくと看護過程. Vol.20, no.3, 2010, p.32-43.
- 13) 庄子公子他. 看護オーダと連動した必要度評価システムの整備. 看護きろくと看護過程. Vol.20, no.3, 2010, p.24-31.
- 14) 坂元真奈美他. 電子カルテ(看護記録)システムデータの看護必要度評価への活用. 看護きろくと看護過程. Vol.20, no.3, 2010, p.44-51.
- 15) 太田和子. 看護必要度と連動した看護記録システムの構築. 看護きろくと看護過程. Vol.21, no.5, 2011, p.42-53.
- 16) 角谷文恵. 記録の質向上・時間短縮を目指した業務や記録の見直し. 看護きろくと看護過程. Vol.21, no.1, 2011, p.54-64.
- 17) 加藤むつ子. 看護必要度を見据えた看護記録の書き方、監査の進め方. 看護部長通信. Vol.7, no.2, 2009, p.20-26.
- 18) 倉岡圭子他. 電子カルテシステムにおける看護必要度と看護記録のリンク(連鎖) <後篇>. 看護きろくと看護過程. Vol.21, no.7, 2012, p.34-38.
- 19) 服部満生子. 栗尾順子. 診療報酬に活かす看護記録の標準化. 看護. Vol.19, no.8, 2009, p.644-653.
- 20) 大冢賀政昭他. 急性期入院医療機関における看護必要度評価の根拠となる記録の実態 - 看護記録様式と記録方法について -. 日本医療・病院管理学会誌. Vol.47, suppl, 2010, p.130.
- 21) 筒井孝子. “S - QUE 院内研修 1000 E ナース看護必要度 (1) 看護必要度の基本的な考え方と今後の活用方法について 質疑応答”. S - QUE 研究会. < http://enurse.jp/faq/index_9.html > (参照 2012 - 10 - 30)
- 22) 前掲書2) p.212.
- 23) 井出志賀子他. 看護必要度記録・監査&評価データ活用ガイド. 日総研, 2012, p.85.
- 24) 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. 日本看護協会出版会, 2005, p.30.