

Fig. 6 The flow chart of the intravenous drip service.

図 6 注射 (点滴) 業務流れ図



Table 4 The condition of the patient attended by nurse A.  
表 4 メンバー看護師 A が担当した患者の容態について

患者 No.	病室	年齢	性別	入院日	退院日	患者情報	調査当日の安静度の安静度	心電計モニター	調査当日イベント
1	601	71	男	2003.9.24	2003.11.1	Asr (aortic stenosis and regurgitation ; 大動脈弁狭窄兼閉鎖不全症), TIA (transient ischemic attack ; 一過性脳虚血発作) 既往	病棟内フリー (シャワー可)	装着無し	他病院診察 (泌尿器科受診)
2	603	63	男	2003.10.21	2003.10.24	OMI (old myocardial infarction 心筋梗塞), NYHA I (New York Heart Association classification of cardiac performance : ニューヨーク分類)	院内フリー	装着無し	17 : 10 退院
3	605	85	女	2003.10.22	2003.11.5	af (atrial fibrillation ; 心房細動), 心不全, CTR 63% (cardio-thoracic ratio ; 心胸郭比)	院内フリー	装着あり	特記無し
4	606	75	女	2003.10.21	2003.10.27	PAC (premature atrial contraction ; 心房期外収縮)	院内フリー	装着あり	朝から「頭痛」あり。本人は薬の副作用と 思っている
5	607	74	女	2003.10.18	2003.10.25	AMI (acute myocardial infarction ; 急性心筋梗塞), peakCK (creatinine kinase) 591, 自然再疎通	トイレ歩行可	装着あり	心臓リハビリの指導。患者張り切りすぎに て。オーバーロード(歩きすぎ)を注意。適 切な方法を指導。患者なかなか受け入れず
6	608	51	男	2003.10.1	2003.12.1	DM (diabetes mellitus ; 糖尿病) ; HbA1c 11.7%, 心筋症, EF 27%, NYHA 2~3 (New York Heart Association classification of cardiac performance : ニューヨーク分類)	病棟内フリー	装着あり	朝, 食欲無し。内服薬 (ベイズン) をスキップ。 担当看護師, 薬効に問題 (ハンブとド ブレットクスクが同時に実施) があるこ とを発見。15 : 00 ごろ, CV ライン挿入。
7	610	19	女	2003.9.25	2003.10.26	心拡大, MR (mitral regurgitation ; 僧帽弁閉鎖不全症), 手術後 CNS (central nerve system ; 中枢神経系) 感染症	資料無し	資料無し	シャワーを2回浴びてしまう 14 時栄養指導
8	611	63	男	2003.10.10	2003.10.28	心室頻拍, OMI (old myocardial infarction 心筋梗塞), VT (ventricular tachycardia ; 心室性頻拍), af (atrial fibrillation ; 心房細動), ICD (Implantable Cardioverter Defibrillator ; 植込み型除細動器)	院内フリー	装着あり	特記無し
9	612	50	男	2003.10.8	2003.10.25	PCA (?), 狭心症, 翌日退院	室内歩行	装着あり	特記無し

## b. メンバー看護師の業務内容

業務観察は7時31分25秒から16時38分07秒まで記録され、観察時間は9時間06分42秒であった。看護業務の内容を表7に示す。当日多く行われていた業務は、「看護計画・記録（分類コード20）」の1時間19分47秒（14.6%）で、カルテへの記載はおよそ57分（56分26秒）を費やしていた。記録に関しては、「個人メモへの転記（分類コード38）」、「その他の記録（分類コード21）」を含めると、1時間27分48秒（16.1%）となった。「看護師間の申し送り（分類コード22）」は申し送りや看護師間の連絡（会話）を含むが、看護師間の連絡は50分43秒であり、リーダー看護師との連絡（会話）は16分26秒、指導看護師Bとの連絡（会話）は12分18秒であった。「情報収集（分類コード40）」は出勤時の患者情報の収集、カルテや伝票の確認であるが45分34秒（8.3%）であった。「診療、治療の介助（分類コード15）」は35分21秒（6.5%）で全てが点滴の実施・管理に費やされていた。

表8に、各時刻帯の業務内容の時間比率および回数を示した。1時間あたり平均15.5件の要素業務が行われていた。特に9時台では、「診療・治療の介助（分類コード15）」、「準備・後片付け（分類コード19）」など、点滴の準備・実施、管理が主に行われていた。さらに、10時台では21の異なる内容の業務が行われ、業務内容の変化回数の合計も79回（移動の回数を除く）であった。このことは、1時間に79回も業務内容が変わっており、多重業務の状態であったことが推測される。

「看護計画・記録（分類コード20）」に関しては、1時間当たりの所要時間平均値は14.9%であった。この1時間当たりの平均値は、午前では4.4%、午後では27.9%であった。9時台では3.4%で、午前中の平均値よりも下回っていた。また、午後では、12時台21.0%、14時台59.1%となり、記録の業務は午後に集中していた。

## F. メンバー看護師による看護記録の記載実態

メンバー看護師Aが担当していた全患者9名の看護記録（2号用紙）について、実際の記録内容と業務実態調査で得られた結果とを照合・比較し、看護記録の記載過程を記述した。なお、看護

記録の分析は、医師の資格を持つ研究員2名と、人間工学専門の研究員1名が行った。

記載過程の記述は、図9のように医師の指示、処置など業務が完結している例で、“P”から“押印”までを1事例とした。PはSOAP（Subjective, Objective, Assessment, Plan）のPlanを示している。

業務観察当日に、対象看護師Aが担当していた全ての患者のカルテの「看護記録2号用紙」に記載されていた“P”から“押印”までの事例は24例であった。24事例の内容は以下の通りである。

容態確認（バイタル）に関する記載	：10事例
点滴（時間注射・抗生剤など）に関する記載	：5事例
ステージ検査*に関する記載	：2事例
院外受診	：1事例
血圧測定・内服薬中止	：1事例
症状確認・内服薬中止	：1事例
医師指示の変更	：1事例
バランス・抗生剤更新	：1事例
配薬（条件配薬）	：1事例
バランス確認	：1事例

\* 洗髪など実生活の活動を行いその前後にて血圧、心電図の変化を確認

## 1. 記載実態の問題点

2号用紙への記載内容とタイムスタディーの記録を照合した結果、記録の過程に、「処置実施後にP）を記載する」「処置後に実施印を押印しない」等、記録内容・時刻や記載手続に不正確さ等が見られる問題点を抽出した。全24事例の中から問題点62が抽出された。これらの問題点を、以下の13項目に分類した（〔 〕内は、抽出された問題点の数である）。なお、項目2）の「実施時刻と時刻記録が異なる」は、看護師が処置を実施した実時刻と、看護記録2号用紙上の時刻記録とが5分以上相違している場合とした。

1) 「実施後のプラン記入」	〔18〕
2) 「記載内容が不明瞭」	〔12〕
3) 「実施時刻と時刻記録が異なる」	〔11〕
4) 「実施後押印なし」	〔7〕
5) 「記入・計算の中断」	〔3〕
6) 「連続押印」	〔3〕
7) 「結末合わせ」	〔2〕

Table 5 The classification (according to the nursing service classification by the Japanese Nursing Association partially modified.).

表 5 業務分類表 (日本看護協会新看護業務区分表 A を一部改変)

大項目	中項目	小項目
I. 日常生活の援助	1. 食事	食事介助, 体位・身支度, 経管栄養, 摂取量観察, 配茶, 配・下膳, 盛りつけ
	2. 排泄	排便・排泄介助, 体位身支度を整える, トイレ歩行介助, おむつ交換, 嘔吐時の世話, ストーマ, 留置カテーテルの管理, 流腸, 導尿, 分泌物の吸引
	3. 清潔	清拭(全身, 部分, 足浴), 洗髪・整髪, 口腔ケア, ひげそり・爪切り, 入浴・シャワー浴, 洗面介助, 陰部洗浄, 耳・鼻などのケア, 寝衣交換, リネン交換, おしぼり作り, 私物洗濯物整理
	4. 安全	転落・危険行動の予防(ベッド欄を付ける・上げる, 抑制帯を付けるなど), 不穏・徘徊者の監視・病室巡視, 感染の予防(MRSA 等院内感染を含む), 防災
	5. 安楽	体位交換, 体位の工夫(円座・安楽枕の使用等), 巻法(氷枕・氷のう・湯たんぽ・電気毛布・湿布), マッサージ, 精神的安楽(話を聞く・側にいる・見守る)
	6. 入院環境の整備	採光・照明・室温調整, 騒音防止, 防虫, ベッド移動, ベッドサイドの整理・整頓・保清, ベッドメイキング
	7. 自立の援助	患者指導(食事指導, 生活指導, 服薬指導, 注射指導, 検査・処置・手術等の指導), リハビリ(発生・呼吸を含む), 膀胱洗浄・訓練, CAPD, 在宅での看護方法, カウンセリング, レクリエーション, オリエンテーション(入院時, 検査, 術前などの全てのオリエンテーションを含む)
	8. 患者移動・移送	介助歩行, 車椅子, ストレッチャー移送(手術室・検査室・レントゲン室等)
	9. 患者及び家族との連絡・相談	家族との連絡, 患者との連絡(電話取次, 伝言), 家族との情報交換及び相談, ナースコール, 患者の用事(買い物など)
	10. 終末期看護処置	患者の見守り, 死後の処置, ムンテラ同席, 連絡や各種手続き等の説明, 遺体安置, お見送り
	11. 準備・後片づけ	日常生活に必要な準備と後片づけ(看護師でなくとも可能な)
II. 診療場面における援助	12. 指示受け・報告	指示受け, 医師への確認, 病状報告, ドクターコール
	13. 測定	T, P, R, 血圧, 身長, 体重, 胸囲, 腹囲, BS チェック, テステープによる糖尿・ケトン体のチェック, CVP, 意識レベル, 肺活量
	14. 呼吸・循環管理	レスピレーター操作, 酸素テント・酸素吸入, 排痰促進・喀痰吸引, 超音波ネブライザー, モニター観察(心電図), Aラインの管理, 肺・心音聴取, 水分出納チェック
	15. 診療・治療の介助	回診, 包帯交換, ギプス, 輸血・静脈注射, IVH・持続点滴の管理, 術前・術後処置, 洗浄, 薬浴, カテーテル挿入及び除去, 穿刺等
	16. 諸検査の介助及び試体採取	血液, 尿, 便, 痰, 胃液, 胆汁, 胸・腹水, 髄液, 組織, 分泌物等, 内視鏡・カテーテル・レントゲン検査など
	17. 与薬(注射)	皮下注, 筋肉注
	18. 与薬(注射を除く)	内服, 経管より注入, 軟膏塗布, 坐薬, 点眼・耳・鼻
	19. 準備・後片づけ	分包, ミキシング, 処置の準備・後片づけ, 検体容器・提出準備, 検査結果整理等(看護師でなくとも可能な)
III. 患者に対する記録	20. 看護計画・記録	入院時看護記録, 問題リスト, 看護計画, 経過記録, 体温表, サマリー, カンファレンス
	21. その他の記録	処置計画, ワークシート作成
	22. 看護師間の申し送り	申し送り, 看護師間の連絡(病棟内)

Table 5 Continue

表 5 続き

IV. 業務管理	23. 病棟管理に関する記録物の記載	病棟管理日誌, 申し送り簿, 防災確認簿	
	24. 薬剤業務・薬剤管理	薬剤の請求・受領・管理(定時・臨時), 常備薬・麻薬・向精神薬等の管理, 薬品の返納	
	25. 滅菌器材・消耗品の管理	有効期限のチェック, 滅菌依頼・受領, 消耗品(衛生材料・文具・紙票・器材・その他)の請求・受領, 検体容器の請求・受領	
	26. 機器・機材の管理	レスピレーター・ME 機器・救急カート・回診車, 清拭車・洗髪車等の点検整備	
	27. 病室以外の環境整備	ナースステーション・休憩室・処置室・汚物室など病室以外の整理整頓, 営繕請求・修理	
	28. 病室以外の連絡	薬局・栄養課・医事課・検査科・放射線科・外来・中材・会計・経理・看護部(総師長室)・他病棟・その他の部との連絡, 保健所・行政各所への連絡	
	29. 事務作業	入院簿・患者一覧・ベッドネーム・薬札・食事伝票・処置伝票・貸し出し簿等の記載, カルテの整理, 診断書や各種伝票類の取扱・整理, 面会者・来客等の対応取次	
	30. 物品搬送業務	物品・書類・検体・薬品等その他のあらゆる物品の搬送, 搬送機器の操作	
	V. 組織管理	31. 職員の勤務及び調整	勤務割り振り表作成, 週間スケジュール表作成, 時間外勤務命令簿・年末簿等の記入
		32. 看護学生・職員の指導	看護学生の指導全般, 面接, スタッフの指導, 指導を受けていた, その他
33. 教育・研修参加		院内研修・学習参加	
34. 会議		各種委員会・会議, 病棟会	
VI. その他	35. 職員の健康管理	休憩休息(食事を含む), 健康診断	
	36. 訪問看護	訪問看護その他全般	
	37. その他	その他全般	
VII. 情報管理	38. メモへの記入	個人のメモへの記入, 手・腕への記入	
	39. ダブルチェック	ダブルチェック	
	40. 情報収集	処置拾い, カルテ・伝票の確認, 管理 Box を見る, 心電図モニターを見る	
	41. 患者容態確認	病室・廊下での容態確認(会話により)	
VIII. 移動	42. 移動	病棟廊下, ナースステーション内, エレベータ, 階段	
IX. 清潔保持	43. 清潔保持	手荒い, 手の消毒	

- 8) 「医師の指示が曖昧」 [ 1 ]  
 9) 「医師の指示の記載遅れ」 [ 1 ]  
 10) 「医師の口頭指示」 [ 1 ]  
 11) 「リーダー看護師とメンバー  
 看護師間の情報伝達の欠落」 [ 1 ]  
 12) 「カルテ・伝票の確認不足」 [ 1 ]  
 13) 「確認記録がない」 [ 1 ]

看護記録 2 号用紙の記録実態の抽出に際して、看護記録には記載されていたが、業務観察(映像記録, 音声記録)にて確認できなかった記入項目

が 7 ケ所あった。内訳は、「実施後のプラン記入」が 4 事例(事例 11, 14, 21, 23), 「実施後押印無し」が 4 事例(事例 19, 21, 22, 23)であった。

表 9 に事例の内容と問題点の一覧を示す。

## 2. 問題点の内容

「実施後のプラン記入」は、症状確認, 抗生剤などの投与やバランス確認などの処置の記録を、実施後にナースステーションに戻り記入していた例である。抗生剤(事例 1, 12, 17, 22)や鉄剤(事例 23)の実施に関しては、実施後にナースステーションにて片付けを行い、その後に記入を

Table 6 Contents services of chief nurse K.

表 6 リーダー看護師 K 業務内容

大項目	中項目		時間	%
I. 日常生活の援助	1.	食事	0 : 00 : 17	0.1
	9.	患者及び家族との連絡・相談	0 : 33 : 41	6.1
	11.	準備・後片付け	0 : 00 : 04	0.0
	小 計		0 : 34 : 02	6.2
II. 診療場面における援助	12.	指示受け・報告	0 : 44 : 16	8.0
	14.	呼吸・循環管理	0 : 03 : 26	0.6
	15.	診療・治療の介助	0 : 02 : 59	0.5
	16.	諸検査の介助及び検体採取	0 : 01 : 17	0.2
	19.	準備・後片付け	0 : 10 : 22	1.9
	小 計		1 : 02 : 20	11.3
III. 患者に対する記録	20.	看護計画・記録	0 : 56 : 45	10.3
	22.	看護師間の申し送り	1 : 34 : 37	17.1
	小 計		2 : 31 : 22	27.4
IV. 業務管理	23.	病棟管理に関する記録物の記載	0 : 00 : 35	0.1
	24.	薬剤業務・薬剤管理	0 : 46 : 46	8.5
	25.	滅菌器材・消耗品の管理	0 : 00 : 34	0.1
	28.	病室以外への連絡	0 : 53 : 41	9.7
	29.	事務作業	1 : 29 : 32	16.2
	小 計		3 : 11 : 08	34.5
V. 組織管理	32.	看護学生・職員の指導	0 : 17 : 44	3.2
	34.	会議	0 : 00 : 20	0.1
	小 計		0 : 18 : 04	3.3
VI. その他	35.	職員の健康管理（休憩、食事など）	0 : 45 : 56	8.3
	37.	その他	0 : 01 : 37	0.3
	小 計		0 : 47 : 33	8.6
VII. 情報管理	39.	ダブルチェック	0 : 02 : 04	0.4
	40.	情報収集	0 : 01 : 24	0.3
	41.	患者容態確認	0 : 02 : 02	0.4
	小 計		0 : 05 : 30	1.0
VIII. 移動	42.	移動	0 : 41 : 07	7.4
IX. 清潔保持	43.	清潔保持	0 : 02 : 09	0.4
計			9 : 13 : 15	100.0

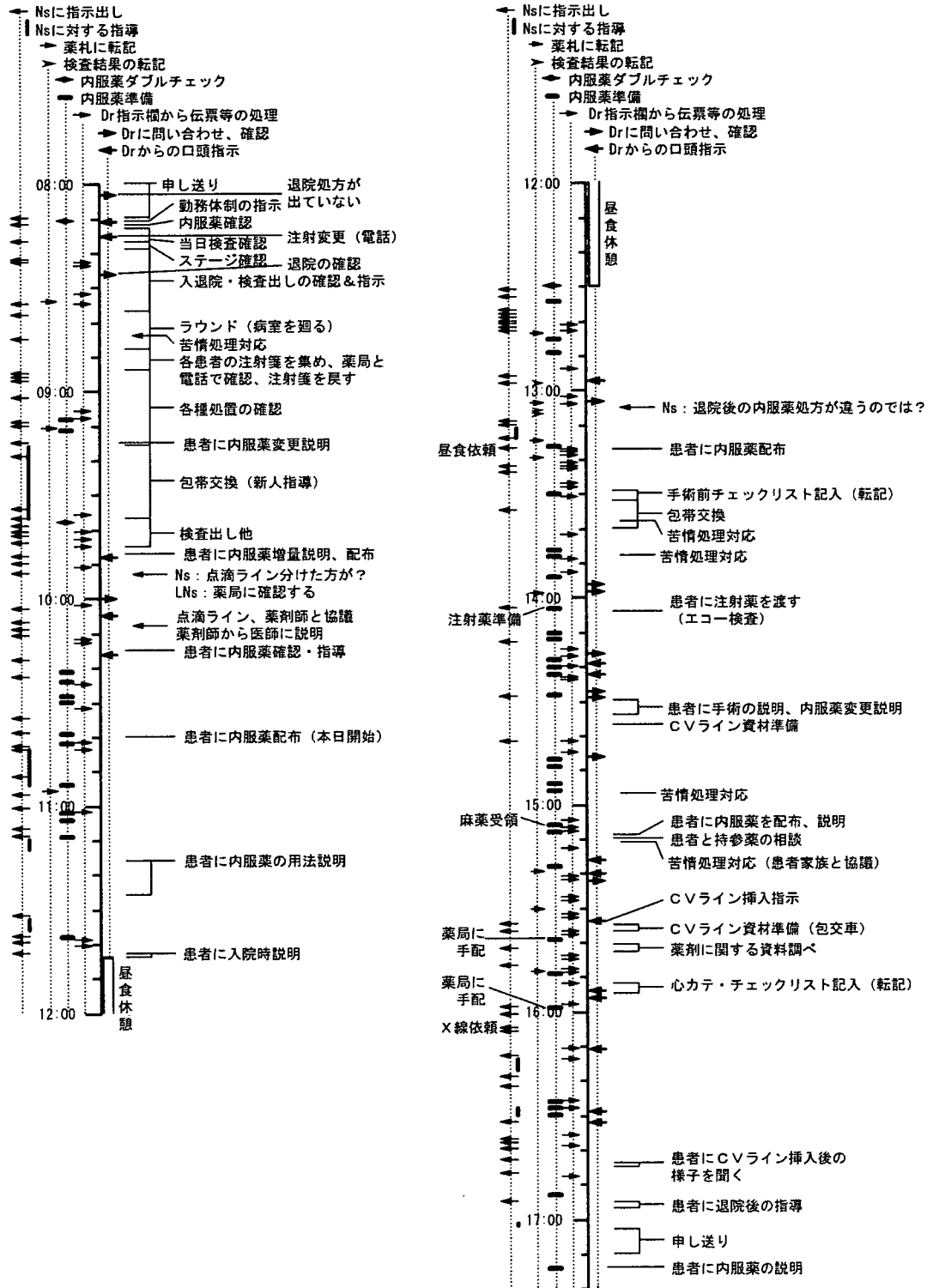


Fig. 8 The time series of the leader service at the ward.

図 8 病棟におけるリーダー業務の時系列表示



Table 7 Contents services of nurse A.

表 7 メンバー看護師 A 業務内容

大項目	中項目		時間	%
I. 日常生活の援助	1.	食事	0 : 02 : 01	0.4
	2.	排泄	0 : 01 : 22	0.2
	3.	清潔	0 : 25 : 09	4.6
	6.	入院環境の整備	0 : 05 : 14	1.0
	7.	自立の援助	0 : 15 : 55	2.9
	8.	患者移動・移送	0 : 09 : 24	1.7
	9.	患者・家族との連絡・相談	0 : 22 : 48	4.2
	11.	準備・後片付け	0 : 05 : 36	1.0
	小 計		1 : 27 : 29	16.0
II. 診療場面における援助	12.	指示受け・報告	0 : 06 : 30	1.2
	13.	測定	0 : 06 : 21	1.2
	14.	呼吸・循環管理	0 : 02 : 39	0.5
	15.	診療・治療の介助	0 : 35 : 21	6.5
	16.	諸検査の介助・検体採取	0 : 03 : 41	0.7
	18.	与薬（注射を除く）	0 : 24 : 25	4.5
	19.	準備・後片付け	0 : 44 : 32	8.1
	小 計		2 : 03 : 29	22.6
III. 患者に対する記録	20.	看護計画・記録	1 : 19 : 47	14.6
	21.	その他の記録	0 : 01 : 48	0.3
	22.	看護師間の申し送り	0 : 50 : 43	9.3
	小 計		2 : 12 : 18	24.2
IV. 業務管理	28.	病室以外の連絡	0 : 09 : 13	1.7
	29.	事務作業	0 : 06 : 44	1.2
	小 計		0 : 15 : 57	2.9
V. 組織管理	32.	看護学生・職員の指導	0 : 02 : 50	0.5
VI. その他	35.	職員の健康管理（休憩、食事など）	0 : 49 : 24	9.0
	37.	その他	0 : 02 : 05	0.4
	小 計		0 : 51 : 29	9.4
VII. 情報管理	38.	メモへ記入	0 : 06 : 13	1.1
	39.	ダブルチェック	0 : 06 : 17	1.1
	40.	情報収集	0 : 45 : 34	8.3
	41.	患者容態確認	0 : 22 : 55	4.2
	小 計		1 : 20 : 59	14.8
VIII. 移動	43.	移動	0 : 45 : 29	8.3
IX. 清潔保持	44.	手の洗浄	0 : 06 : 42	1.2
計			9 : 06 : 42	100.0

行っていた。調査の対象病棟では、プランは実施後に“P) ⊕hamp2000…”や“V/S (バイタルサイン) チェック”など処置の内容を記入して、記入後に実施印を押印するのが通常の手続きとなっていた。以下に問題点の内容を列記する。

「実施時刻と時刻記録が異なる」:

看護記録 2 号用紙に記載されていた実施時刻記録とタイムスタディーにより得られた実施の時刻とに違いが確認された内容である。

「記載内容が不明瞭」:

「no symptom, symptom (-)」が 7 例 (事例 4, 6, 7, 9, 18, 20),

「no attack」が 2 例 (事例 3, 8), 「倦怠感+」が 2 例 (事例 10, 15).

抗生剤のテスト依頼に対する「結果が記載されていない」例が 1 例 (事例 11),

「no symptom, symptom (-)」という記載に関しては、症状を (-) とした根拠が 2 号用紙記録からみることができなかった。

さらに事例 1, 20 では、「s) 疲れたよ」(事例 1), 「s) AT で疲れた, 足がだるい」(事例 20) と疲労に関する徴候が記載されていたのにもかかわらず、「no symptom, symptom (-)」と記載されていた。「倦怠感+」に関しては、倦怠感の詳細が記載されていなかった。

「押印なし」:

実施後にナースステーションで実施時刻, P) プランを記入した際に実施印を押印しない例であり, その後の「連続押印」と関連のある項目である。

「押印なし」は, 7 例中 5 例が午前での処置であった。また, 「連続押印」(複数箇所を実施印を押印) は 3 例とも午後の記載であった。

「記入・計算中の中断」:

記載・計算途中に他の業務が入り, その後再び記載・計算を行った例である。

事例 4 は患者 605 のバイタルの結果を記載している途中に, 栄養科の職員が患者 610 に栄養指導を実施可能かどうかを尋ねられ, 看護師 A が患者 610 の病室へ患者の在室の確認のために訪室し中断した例である。

事例 7 は看護師 A が心電図の記録から心拍数を算出している際に中断が発生した例で, 算出

中に担当外の患者の口腔ケアの介助 (歯ブラシの洗浄) を 2 分ほど行い, その後記載を行い, その記載中に再び医師と患者 608 の喫食状況について 30 秒ほど会話をして再び記載に戻る例である。

事例 9 は, 心電図から ST レベルを計測中に, ナースコールにより計測が中断された例である。

「結末合わせ」:

事例 13 では「バランス・抗生剤確認」を 12 時に実施した例であるが, 実施時刻には看護師 A は昼の休憩のために不在であった。

事例 14 は「配薬」に関連あるケースであるが, タイムスタディーから証拠を得ることができなかったが, 2 号用紙に記載されている“P) ⊕ lasix (20) 1T P.O (定期薬より使用)”の筆跡は看護師 A と異なるものであった。

なお, 事例 5 は次項の事例詳細記述で説明を行う。

「医師の指示が曖昧」「医師の指示の記載遅れ」「医師の口頭指示」「リーダー看護師とメンバー看護師間の連絡の欠如」「カルテ・伝票の確認不足」「確認記録がない」の各項目については次項の事例詳細記述で説明を行う。

### 3. 問題点発生の背景条件

#### a. 事例 5 の詳細記述 (図 10) 結末合わせの事例

8 時 24 分 対象看護師 A が朝の配薬ラウンドにて患者 606 を訪室する。その際, 患者 606 は頭痛と不整脈を訴え, 頭痛の原因がメジコンの副作用にあると看護師 A に訴える。そのため看護師 A は「メジコンは飲まないでおきましょうか」と対応し, メジコン以外の内服薬 (ガスモチン, マーロックス, リーゼ, オメプラル, シーナール, マイスリー, バイアスピリン) を飲むことを奨めた。しかし患者 606 は内服薬も食事を食べてから飲みたいこと, 今は食欲がないことを看護師 A に訴える。看護師 A は再度患者 606 に食事を食べた後に薬を飲みたいのかを確認すると, 患者 606 は, 「食べたい時に少し食べて, そうしたらお薬飲みます」と答える。看護師 A は本日の検査予定 (15 時からのトレッドミル負荷テスト) があることを伝え退室。

Table 8 Proportions of time spent for nursing

表 8 メンバー看護師 A の業務所要時

分類コード	1.	2.	3.	6.	7.	8.	9.	11.	12.	13.	14.	15.	16.	18.
業務受別	食事	排泄	清潔	入院環境の整備	自立の援助	患者移動・移送	患者及び家族との連絡・相談	準備・後片づけ	指示受け・報告	測定	呼吸・循環管理	診療・治療の介助	諸検査の介助及び献体採取	与薬(注射を除く)
観察時間帯														
07:31:25～07:59:59														
08:00:00～08:59:59	1.3			8.0			8.5		0.2	3.4	0.9			27.3
09:00:00～09:59:59							4.1	0.8	3.3			14.4		1.4
10:00:00～10:59:59	0.6	1.9	9.6	0.7			2.1	1.3	1.1		0.7	19.1	6.1	
11:00:00～11:59:59		0.4	20.4				2.9	0.8			0.6	0.7		
12:00:00～12:59:59	0.3		1.0				0.5	1.7	0.4		0.1	4.9		12.6
13:00:00～13:59:59	0.8				26.4	2.1	7.5	0.9	1.5		2.0			
14:00:00～14:59:59	0.1						1.9	0.6	3.7	7.1	0.2			
15:00:00～15:59:59	0.3		10.9				2.8	1.7	1.4		1.9	4.4		
16:00:00～16:38:07						21.4	12.0	2.1			0.2	24.3		
業務回数														
07:31:25～07:59:59														
08:00:00～08:59:59	3			1			5		1	1	1			
09:00:00～09:59:59							3	2	6			4		3
10:00:00～10:59:59	2	1	1	1			5	7	4		1	10	2	1
11:00:00～11:59:59		1	1				3	2			2	2		
12:00:00～12:59:59	2		2				2	3	1		1	2		
13:00:00～13:59:59	1				2	2	5	2	3		2			7
14:00:00～14:59:59	1						3	1	2	2	1			
15:00:00～15:59:59	2		3				5	5	3		3	1		
16:00:00～16:38:07						4	4	3			1	2		

8時47分 看護師Aはナースステーション内にて患者606の心電図モニタの波形を確認する。

8時48分～8時50分 患者606の病室にて、現在の不整脈の出現は臨床上問題のないこと、不整脈の回数は昨日より少ないことを伝える。血圧測定を実施。その後再々度、内服薬と食事について患者606に尋ねるが、患者606は「薬は食事の後で」と答える。

8時57分～8時59分 看護師Aはナースステーションにて2号用紙に(1)、(3)、(4)、(5)を記入する(図10)。

9時00分 看護師Aは指導看護師Bに対して、患者606が薬の副作用を自ら調べ、頭痛は薬の副作用であると訴えたために、患者にメジコンを飲まなくてもよいことを伝えてあることを報告する。さらに、不整脈を訴えているが心電図と血圧上問題のないこと、患者606は食欲がなく食事を摂取しておらずメジコン以外の内服薬

についても摂取していないことを報告。

9時27分 看護師Aは患者606を訪室。患者606は「いま頭痛よりも意識が“ボーッとしている”、“気が遠くなるような感じがする”」と訴える。

9時38分 指導看護師Bはリーダー看護師Kと相談した結果、メジコンの中止の件は医師へ相談してから決めると結論した。

9時47分 看護師Aは患者606を訪室。患者606は、“ふらふらしている”と訴える。看護師Aは、“ふらふら感”は気分的なことかもしれない、メジコン以外の内服薬には気分を落ち着かせる薬もある、さらに遅れて内服した場合には内服の時間間隔が短くなり薬効上好ましくないことを伝える。患者606は納得して薬を飲むことを了承する。看護師Aは薬を取りに退室。

9時51分 ナースステーションにてリーダー看

tasks and the frequencies of changing the tasks.

間の比率および業務内容変化の回数

19.	20.	21.	22.	28.	29.	32.	35.	37.	38.	39.	40.	41.	42.	43.	業務比率・回数
準備・後片付け	看護計画・記録	その他の記録	看護師間の申し送り	病室以外の連絡	事務作業	看護学生・職員の指導	職員の健康管理(休憩・食事)	その他	メモへの記入	ダブルチェック	情報収集	患者容態確認	移動	清潔保持	上段：業務数 下段：業務変化の合計。( )内は移動を含めた合計
	4.4		7.1								88.2		0.3		4
3.4	4.4		25.6						3.9	5.7	0.2		7.1		14
36.3	3.4		13.5	1.8	1.3				0.4	1.9	0.1	5.6	11.7		15
18.0	5.4	0.7	3.7	2.4	0.1	2.8		0.2				2.4	20.3	1.0	21
2.6	4.6	2.3	3.3	0.2	0.1		39.2				7.6	6.9	7.3	0.2	17
2.7	21.0		2.0	0.1	0.1		42.6	0.4		2.7	0.3		5.8	0.9	19
4.8	3.9		14.9	4.4	5.3	1.0		0.3	0.7		3.5	14.3	5.8		18
2.0	59.1		5.4	2.8	0.4	0.3		0.2	5.4		2.1	1.0	7.1	0.4	18
4.5	27.8		6.8	1.7	3.6			1.1		0.2	10.3	8.0	11.2	1.3	18
0.5			15.6	3.1							10.0		9.5	1.2	11
	1		1								1		1		3( 4)
5	3		4						1	1	1		19		30( 49)
15	3		13	7	2				1	2	1	4	35		64( 99)
16	10	1	8	2	1	1		1				2	56	3	79(135)
7	4	1	7	1	1		1				11	1	25	1	46( 71)
10	10		7	1	1		1	1		1	2		28	1	55( 83)
4	3		7	8	10	1		1	1		6	3	29		61( 90)
8	13		4	7	2	2		1	3		7	1	25	1	59( 84)
6	6		12	6	8			2		1	9	1	48	3	78(124)
2			14	3							8		21	1	42( 63)

看護師 K に「患者 606 のところへ行きます (内服薬の配薬)。メジコン残しておいて良いですか」と尋ねる。リーダー看護師 K は「良い」と対応。

9時54分 看護師 A は患者 606 にメジコン以外の内服薬を配薬。

10時31分 リーダー看護師 K が患者 606 の担当医師に「メジコン off」の記載を催促し、リーダー看護師 K が医師からの指示受けとして 2号用紙の「10/24～メジコン中止」の横に指示受け印 (図 10 の (6)) を押印する。

10時35分 リーダー看護師 K が看護師 A に「メジコン off だから」と医師からの口頭指示を伝える。

14時20分 看護師 A は 9時の処置計画欄に「アサ分メジコン off」(図 10 の (2)) と書き加える。その後、看護師 A が患者 606 に対して「メジコンが中止」になったことを説明している形跡

はなかった。

事例 5 では、朝のラウンドにて患者が不調を訴えたために、メンバー看護師 A がメジコンの内服を 8時30分頃に一時中断にして、指導看護師に B に相談する。その後、指導看護師 B とリーダー看護師 K が担当医に相談することを決定する。リーダー看護師は、担当医に「メジコン中止」の記載を催促し、医師が 2号用紙に中止を記載。その後、14時台に、9時00分の処置計画欄に「メジコン off」と加筆した事例である。

時間的な流れからすると、結末を合わせるような行為とも見えるが、看護師としては、医師が中止指示を書いてからカルテに中止した事実を書き加えることは、安心感があるであろう。もし、医師が中止の指示を出さないとすると、朝の時点でメジコンを off にしたことは好ましくない結果となるからである。

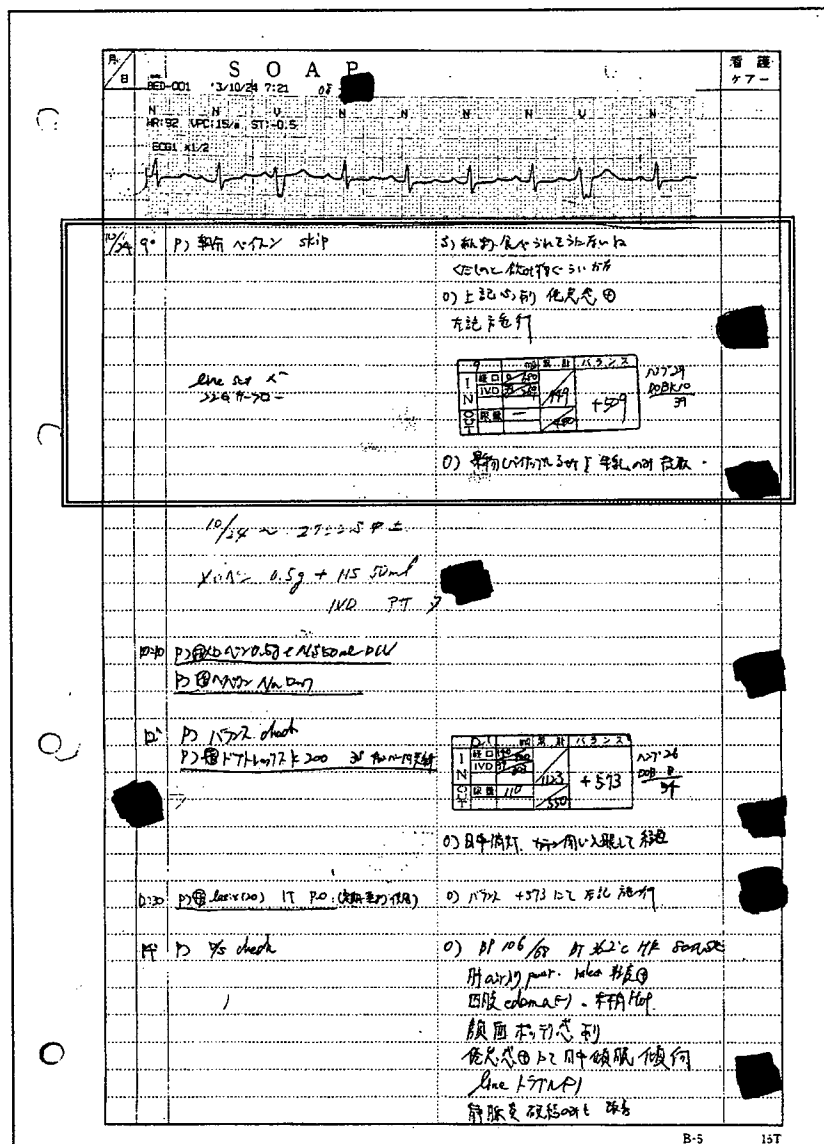


Fig. 9 Recorded cases.

図 9 記述事例 (2重□の部分)

看護師がその場で直ぐに担当医師やリーダー看護師に相談・確認できない場合に起こりうる事象である。実際には8時30分に「メジコンを一時中止した」情報が、14時00分に看護記録に記入されている。メジコンを中止した正式な記録としては、約5時間30分の空白がある事となる。その間、メジコンを中止している事実は、担当のメンバー看護師A・指導看護師B・リーダー看護師

Kのみしか知り得ないことになり、医療スタッフ間で情報が共有されていない。

b. 事例11の詳細記述(図11): 医師指示の記載遅れ, 医師の口頭指示, 看護師間の連絡不足, 伝票確認不足などの事例  
7時32分~7時56分 看護師Aは管理ボックスにて担当患者に関する伝票類を確認(処置拾い/情報収集), メモを作る。

- 8時00分～8時13分 病棟全体の申し送りが看護師A、リーダー看護師K、指導看護師Bも参加して行われる。この時、看護師Aは指導看護師Bとともに患者608のカルテを開き、打ち合わせを行う。
- 8時16分 リーダー看護師Kは、患者608担当医師から「ユナシン中止、メロベンへの変更」の予定があることを電話で伝えられる。
- 8時19分 リーダー看護師Kが継続注射箋に患者608の担当医から受けたと思われる内容を記入して、継続注射箋を「管理ボックス」の患者608「日・注射」欄に入れる。
- 8時50分 日課業務として、リーダー看護師Kが薬局へ電話にて当日の薬剤情報の確認を行う。リーダー看護師Kは病棟にある注射伝票を用い、薬剤師は薬局にある注射伝票の控えで薬剤の内容を照合し、追加・中止指示の確認を行う。このリーダー看護師Kは、「患者608のユナシンを中止して、メロベンへ変更の予定」があることを薬局へ伝える。その際、「まだ医師から指示（正式な指示）が出ていない」と薬局へ伝える。
- 9時03分 担当看護師Aが「管理ボックス」の「日・注射」覧から注射伝票を取り出す。
- 9時05分 看護師Aは、事前の情報収集（メモ）に従い、処置室の薬品棚よりユナシンを準備する。
- 9時12分 看護師Aと指導看護師Bとの点滴の薬品ダブルチェックの途中で、患者608の注射伝票を確認した際に、看護師Aがユナシンの中止変更気付く。看護師Aは「先に言っ（ほしい）」と嘆く。
- 10時00分 リーダー看護師Kがナースステーションにて、患者608の担当医師に「先生、メロベンはもう指示されましたか？」と尋ね、担当医師は「今書いています」と答える。さらに、リーダー看護師Kは「もうユナシンは中止でOK？」と尋ね、この担当医師は「はい」と答える。
- 10時03分 患者608の担当医師が中止及び変更を注射伝票にてカルテに複写。
- 10時18分 看護師Aが、患者608に抗生物質がメロベンに変更になった事を伝え、実施を行う。

事例11は、朝の申し送り後に、リーダー看護師Kが電話にて患者608の抗生剤の変更予定を告げられた例である。リーダー看護師Kは、受けた指示を継続注射箋に記入し、患者608の「管理ボックス」の「日・注射」覧に入れる。608担当看護師Aは事前の情報収集（メモ）に従い薬剤を準備し、指導看護師Bとのダブルチェックにて変更気付いた。ダブルチェックの手続が見事にその機能を発揮し、トラブルを未然に防止した事例である。

本事例での問題点は、

- ・管理ボックス「日・注射」覧の中止・変更指示が、通常使用されている“継続注射箋”であった。
- ・中止・変更の情報が、メンバー看護師Aに伝達されなかった。
- ・メンバー看護師Aが“継続注射箋”の中止・変更指示に気付かず、メモにより薬剤を準備した。

中止変更などが発生した場合、通常はリーダーから口頭で知らされるが、朝の最繁忙時でありリーダー看護師はこの中止・変更を含む伝票類の処理に忙殺され、情報を伝達する時間余裕がなかった。また、中止・変更指示に用いられた用紙が通常使用する注射伝票（継続注射箋）であったことも、変更気付かなかった要因であると考えられる。中止・変更指示が、通常使用している注射箋とは異なる用紙や伝票に記載されていれば、伝票を取り出した時に気が付く可能性は高くなる。

#### c. 処置実施後の実施記録・押印がなされない事例の背景条件

処置の実施後速やかに実施記録をカルテ（看護記録2号用紙）に記録することは、処置の重複防止や処置忘れ防止のための必要条件である。今回、実施記録である「実施後の押印」がない事例が7事例確認された。これらの事例における処置の実施時刻は、9時台が3事例、10時台が1事例、12時台が2例、14時台が1例確認され、昼の休憩前の事例が5件であった。

9時台の業務は15の異なる業務が行われ、その所要時間は「15. 診療・治療の介助」「19. 準備・片付け」など、点滴の実施・管理が50.7%を占め、

Table 9 The list of problems

表 9 看護記

事例 番号	患者	CASE 内容	2号用紙に記 録されている 実施時刻	実施後 プラン 記入	実施時 刻が記 載時刻 と異なる	記載内 容が不 明瞭	押印 無し	記入・ 計算の 中断	連続 押印	結末合 わせ	Dr 指 示が曖 昧	Dr 指 示の記 載遅れ	Dr の 口頭指 示
1	601	抗生剤実施・ヘパリンロック実施	9:30	○			○						
2	601	院外受診	13:35	○		○			○				
3	603	容態確認	14:00	○	○	○							
4	605	容態確認	14:00	○	○	○		○					
5	606	血圧測定・内服薬中止	9:00	○	○		○			○			
6	606	容態確認	14:00	○	○	○			○				
7	607	ステージの記録	11:40			○		○					
8	607	容態確認	14:00	○	○	○							
9	607	ステージの記録	15:40			○		○					
10	608	容態確認・内服薬中止	9:00	○		○	○				○		
11	608	医師指示の変更(抗生剤変更)	10:00	*		○						○	○
12	608	抗生剤点滴終了・ヘパリンロック	10:10	○	○		○						
13	608	バランス・抗生剤更新	12:00	○			○			○			
14	608	配薬(条件配薬)	12:30	*	○		○						
15	608	容態確認	14:00	○		○			○				
16	608	バランス確認	15:00	○	○								
17	608	抗生剤実施	15:25	○									
18	610	容態確認	14:00	○		○							
19	610	容態確認	14:20				*						
20	611	容態確認(AT検査後の症状確認)	14:00	○		○	○						
21	611	容態確認(シャワー後の症状確認)	14:20	*			*						
22	612	抗生剤実施	10:30	○	○		*						
23	612	鉄剤実施	10:55	*	○		*						
24	612	容態確認	14:00	○	○								
合 計				18	11	12	7	3	3	2	1	1	1

注) \*は確認できなかった項目。空欄は該当なし

associated with nursing records.

## 録上の問題点一覧

リーダーとメンバー看護師間の伝達欠如	カルテ・伝票確認不足	確認記録が無い	看護記録記入例	記録に対するコメント
			看護師記載：symptom(-)	symptom (-) と記載されているが、症状が (-) であるとは、何を基準に (-) としているのかが明確ではない。事実看護記録には、「S) 疲れたよ」と記載されている。患者に起こりうる症状を記載し、この症状については (-) であった。などの記録が必要であると思われる。
			看護師記載：no attack	
			看護師記載：no symptom	
			看護師記載：no symptom	
			看護師記載：no symptom	
			看護師記載：no attack	
			看護師記載：no symptom	
			医師記載：「ヒル・ター食欲不振時ベイスン中止可」 看護師記載：倦怠感+	ベイスンの内服に関して、「食欲不振時ベイスン中止可」の Dr 指示が看護記録に記載されている。しかし「食欲不振時」とはどのような状態か詳細な情報が記載されて無いため、看護師の経験的な判断に任せられることになる。 このケースにおいても、看護師が患者にベイスンの内服を中止した直後に、患者が「牛乳とバナナ3切れ」を食べている。他の看護師の場合、別の判断をする可能性がある。 中止の基準が明確でないため、医療の整合性、合理性が低下する。
○	○	○	担当医師「メロベン抗生剤テスト依頼」に対する。テスト結果が看護記録に記載されていない。	19日よりユナシン朝、夕実施。当日朝、ユナシンからメロベンへの抗生剤の指示変更。 Dr が指示変更を口頭にて行なった。リーダー看護師がメンバー看護師に変更があった事を伝えていない。さらに、メンバー看護師が伝票を充分確認して準備しなかった事が問題点であると考えられる。薬品のダブルチェックにより中止変更を発見。
				ヘパリンロック、10:42分実施
				実施時刻である12時はメンバー看護師、昼の休憩の時刻で実際には病棟不在である。休憩に入る前に、本業務に関して病棟看護師に引継を行う。実施は引き継いだ看護師が行っていると推測されるが、実施印はA看護師の印であった。 処置計画が順調に進んでいるように記載を合わせていると誤解されかねない。
				看護記録には「バランス>=0で、lasix (20) 1T内服 ヒルに追加」との Dr 指示があるが、患者はジゴキシンを服用しているため、ラシックスの与薬に関しては医師への事前確認及び確認事実の記録がリスクマネジメントの立場から必要であると考えられる。
			看護師記載：倦怠感+	
				実施時刻 14:51 ~ 14:52
			看護師記載：no symptom	
			看護師記載：symptom(-)	symptom (-) と記載されているが、症状が (-) であるとは、何を基準に (-) としているのかが明確ではない。事実看護記録には、「S) ATで疲れた、足がだるい」と記載されている。 患者に起こりうる症状を記載し、この症状については (-) であった。などの記録が必要であると思われる。
				記入時刻、押印時刻は観察できず
1	1	1	62	



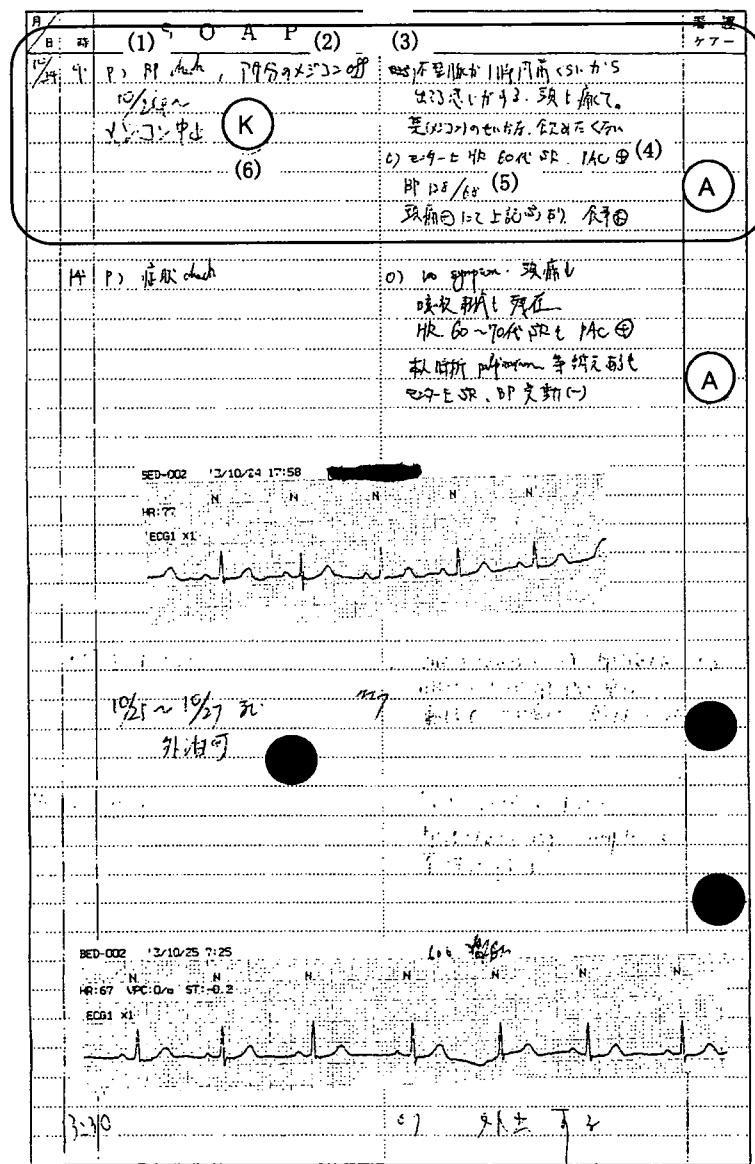


Fig. 10 The process recorded for case 5.

図 10 事例 5 の記載過程

「22. 看護計画・記録」は 3.4%であった。業務内容が変化した場面も 64 回確認された。

10 時台においては、21 の異なる業務が行われ、「15. 診療・治療の介助」「19. 準備・片付け」など、点滴の実施・管理の所要時間が 37.1%を占め、「22. 看護計画・記録は」5.4%であった。業務内容が変化した場面は 79 回であった。

11 時台の業務所要時間は、「35. 職員の健康管理（昼休憩）」が 39.2%、「3. 清潔」が 20.4%であり、「22. 看護計画・記録」は 4.6%であった。看護計画・記録に関しては、9 時から 11 時の各時間帯において他の業務と比較し少ない傾向であった。

一方、実施印を連続して押印する行為（連続押

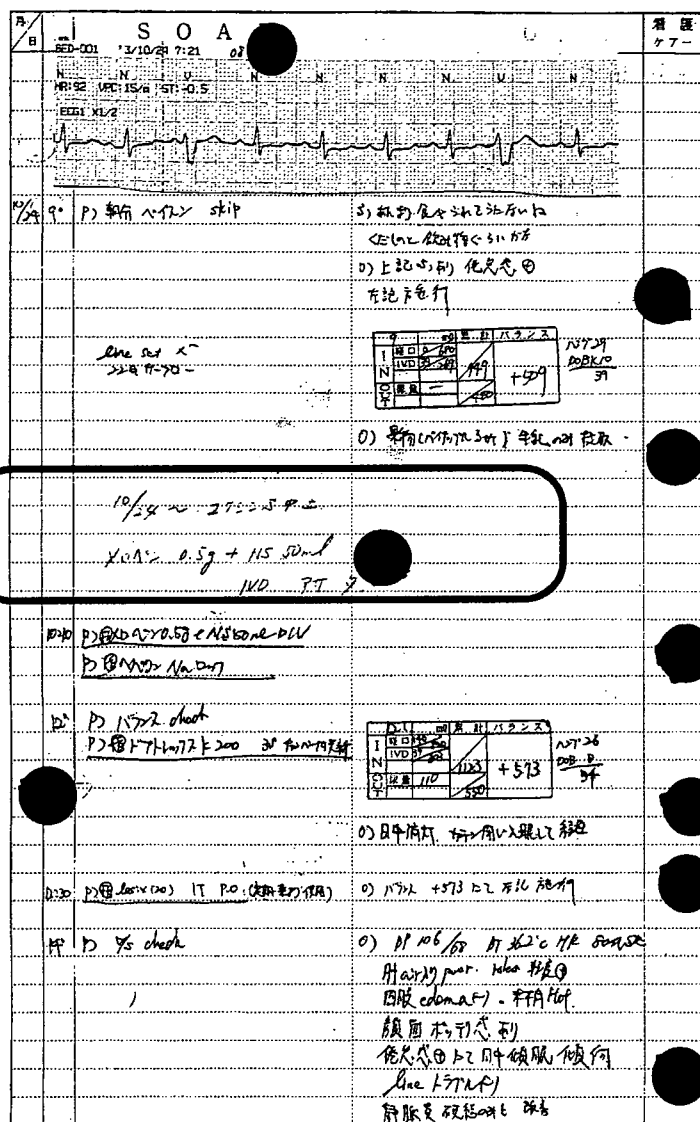


Fig. 11 The process recorded for case 11.

図 11 事例 11 の記載過程

印) は、13 時台に 1 事例 (事例 2)、14 時台に 2 事例 (事例 6、15) と午後のみが発生していた。

13 時台の事例 :

事例 2 の患者 601 が院外受診のために外出をした確認印と、9 時 30 分の抗生剤実施・ヘパリンロック (事例 1) 実施印を連続して押印していた。

14 時台の事例 :

事例 6 と事例 15 の連続押印が確認された。事例 6 は患者 606 に対する連続押印である。14 時 00 分に実施された症状確認実施印と 9 時 00 分 (事例 5) に行われた血圧測定、内服薬中止の記録印とが連続して押印されていた。

事例 15 は患者 608 に対する連続押印である。14 時に実施された症状確認実施印と 9 時 (事例 10) の症状確認と内服薬中止の記録印、10 時 10 分 (事例 12) の抗生剤点滴終了・ヘパリンロック実施印、12 時 00 分 (事例 13) のバランス確認・抗生剤更新の記録・実施印、12 時 30 分 (事例 14) の配薬 (条件配薬) の記録印の計 5 つの印が連続して押印されていた。

なお、事例 20 は映像記録上、実施印の押印がなされていないことが確認されたが、看護記録 2 号用紙上には押印がなされている。事例 20 は押印がいつなされたのかが特定できない事例であった。

連続押印と業務内容との関連をみると、

13 時台：

18 の異なる業務が行われ、「7. 自立の援助」「22. 看護師間の申し送り」が中心的業務であり、「22. 看護計画・記録」の所要時間は 3.9%であった。

14 時台：

18 の異なる業務が行われていたが、「22. 看護計画・記録」の所要時間は 59.1%であり、1 日の時間比率の中でもっとも多い時刻であった。

以上のことから、実施後に実施印が押印されていないのは、対象看護師 A 自身の個人的な習慣というよりは、各時刻帯の業務の内容や煩雑さが、実施印の欠如や連続押印を起因していることが推測される。

対象病棟では、「看護記録 2 号用紙上に記載されているプランと実施印は、処置の実施後に記載され、同時に実施印が押印される」のが通常の手続きであることを病棟看護師長に確認した。したがって、2 号用紙へプランが記載されていることは、処置の終了を示すこととなる。このために、対象病棟では実施印の押印が軽視される可能性あり、業務の多忙時には実施印が省略され、「看護計画・記録」の業務が多く行われている午後の時刻帯に連続押印が行われていたと推測された。実施印が押印されていないことにより、他の看護師が処置を実施したのかの確定が不確実となり、現場の混乱などが生ずる可能性がある。具体的に

は、担当看護師が休憩に入る際に、引き継いだ看護師が混乱する可能性があり、また、担当看護師が急病にて早退した場合などには、情報を共有する看護記録 2 号用紙には実施記録が残らないことにもなる。

## V. 考察・所見

病棟業務は、紙カルテと種々の伝票システムにより遂行されているが、ここでは「管理ボックス」が極めて有効な機能を発揮している。管理ボックス上では、医師の指示出し、中止や変更の指示など、新たな発生情報が発見しやすいことが第一の特徴である。さらに患者毎に、必要な処置の存在、ならびにその実施進捗状況も、病棟スタッフ全員が一目で把握可能である。

スタッフ全員に対して、主要な情報出現および業務遂行に直接関連する個別情報の概要を速覧可能にする機能の実現は、今後の電子カルテ・オーダーリングシステムを含めた医療情報処理システム開発においても、必要不可欠な重要課題である。

多くの医療機関において、病棟看護師は正規の勤務時間前に出勤して患者情報の収集 (処置拾いなど) に当たっているという (今回の対象看護師も同様であった)。新たな医療情報処理システムにおいては、数多くの情報の中から、個々の病棟スタッフにとって必要な情報を集約して提供する機能の実現が望まれる。このことは、情報類の検索・確認時間を短縮させ、現場における時間余裕の確保、ひいては事故防止などにもつながる。

対象病棟の看護業務は、主要な情報は全てリーダー看護師を経由し、医師団との連携もよく保たれていた。経験年数の少ない看護スタッフの多い中で、ベテランリーダーの指揮が行き届き、薬剤のダブルチェックなども形式のみに流れず、安全面への配慮も怠りなく行われている様子がみられた。一方、伝票処理および関連部署への連絡調整などの業務がリーダー看護師に集中し、管理監督業務を圧迫していることが懸念された。

メンバー看護師の業務においては、カルテや伝票の確認などの情報収集および記録の作成に多くの時間が費やされていた。また、処置の実施記録など看護記録には、内容や時刻記録の不正確さなどの問題点が数多く見出された。看護記録などの

医療記録は、看護診断や臨床研究、事故分析などにも用いられるので、記録内容および時刻記録の正確性は欠かせない要件である。ベッドサイドにて実施記録が確実にできる方法や、実施記録を記入した時点で実施確認（押印）するなど、システム上の工夫が必要である。さらに、電子化の際には、時間を遡り記入ができないシステムや、記入した時刻や記入者記録が残る機能も考慮すべきである。

「看護記録上プランと実施印は、処置の実施後に記載され、同時に実施印が押印される」という問題点も指摘された。医師の指示に関する実行予定（Plan）は、管理ボックス上の指示伝票で確認可能なことが、事前に看護記録上に予定（Plan）を記載することの必然性を弱めているとも考えられる。医師の指示は、複数日に亘り同じ処置が繰り返される内容のものも多いが、当日の何時と何時の時点でその処置を実施するかという「実施記録が必要な情報」（指示の切り出し）は、将来の情報処理システムでは事前に看護記録上に自動呈示されるべきものであると考えられる。

また、口頭／電話による指示に関連するトラブルは、多くの医療機関でも報告されている。当面の措置としては、口頭で指示を受けたときの専用用紙を作成することも有用な方法の一つである。用紙の構成として、指示時刻、指示出し医師名、患者名、指示受け看護師名、新規・変更・中止の分類、薬剤名（変更の場合は変更前の薬品名）、投与量、方法などの記入欄、正確を期すための復唱のチェックリスト項目などがあげられる。また、識別を容易にするために、色や大きさも通常の伝票とは異なる特徴を持たせる工夫も必要である。

以上に指摘された看護記録上の問題点は、医療事故や各種のトラブルのリスク要因としてとらえる必要があり、その解消は今後の大きな課題である。また、電子カルテを含む総合的な医療情報システムでは、患者毎に集約されている longitudinal な情報を、最前線の看護スタッフ毎の業務に合わせて cross-sectional な情報に変換・呈示し、現場での情報処理負担を如何に軽減させられるかが、医療事故防止の面からもキーポイントである。

#### 今後の研究課題

本研究は、情報の伝達の様相と看護記録の実態を業務観察により記述した。その結果、業務の内容や煩雑さが看護記録2号用紙への記録に影響を与えていることが明らかになった。今回の業務観察において、看護師が何を記録しているのかが業務観察の記録から導き出せない部分もあった。より正確に何を記録しているのかがわかる観察方法を検討する必要がある。また、業務の煩雑さや忙しさを、60分間の業務の数及び時間で表しているが、業務観察中に看護師本人に、業務の煩雑さや忙しさ（主観評定）を尋ね、記録との関連性を検討する必要があると思われる。

#### 謝辞

本研究は、(財)日本心臓血圧研究振興会「情報管理・伝達システムの運用と医療事故防止効果についての調査研究」及び「2006年度厚生労働科学研究費補助金(H18-医療-一般-033)」によって行われた。今回の研究に協力を頂いた(財)日本心臓血圧研究振興会付属榊原記念病院の関係者の皆様には、心より感謝いたします。

#### 参考文献

- 1) 川村治子. ヒヤリハット1100事例によるエラーマップ完全本. 東京. 医学書院. 2003.
- 2) Proctor ML, Pastore J, Gerstle JT, Langer JC. Incidence of Medical Error and Adverse Outcomes on a Pediatric General Surgery Service: J Pediatr Surg 2003 Sep; 38(9): 1361-5.
- 3) 内藤堅志. 中規模な地域一般病院での看護実践にあった効果的な医療事故防止教育(注射・与薬教育)プログラムの開発—実態の把握と教育内容の提案—. 労働科学 2006; 82: 33-44.
- 4) 木村 明. 「医療の基本ABC」. 日本医師会雑誌特別号. 東京. 日本医師会. 2000: 324-7.
- 5) 高木 泰. 保険診療におけるカルテ記載のあり方. 診断と治療社. 2003.
- 6) 池永 満. 特集看護事故をこうして防ぐ「看護記録は、だから必要」訴訟に見る看護記録. Expert Nurse 1999; 15(9): 58-60.
- 7) 患者の権利法をつくる会編. カルテ開示～自分の医療記録を見るために～. 明石書店. 1997: 64-75.
- 8) 日本看護協会編. 看護記録及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: 29-33.

(受付: 2007年5月21日)