

看護科におけるPOS教育 —臨床実習へPOMRチャートを導入して—

川崎医療短期大学 第一看護科

杉田 明子 塚原 貴子 渡邊 ふみ子

(昭和61年8月22日受理)

An Educational Program of Problem-Oriented System for Student Nurses —Introducing of POMR Chart for Clinical Practice—

Akiko SUGITA, Takako TSUKAHARA, Fumiko WATANABE

Department of Nursing, Kawasaki College of Allied Health Professions

Kurashiki 701-01, Japan

(Received on Aug. 22, 1986)

Key words: POS教育, 臨床実習, 基礎データ

概 要

第一看護科の学生にPOS教育を実施している。

今回、臨床実習で、受け持ち患者1人を通して、POMRの実際を学ばせた。

その中から、看護学生のPOMRチャートの使用における基礎データの理解と情報収集上の問題点を検討し、次のことが明らかになった。

- 基礎データの構成要素の必要性は、理解しているが、構成要素の形式・項目は、十分理解しているとは言えない。
- 収集する項目が示されているにもかかわらず、情報の必要性を意識化していない。
- 他の医療従事者から情報を得るための働きかけが不十分である。
- 患者の訴えた表現を重視しないで、学生個人の判断で記録されている。
- Present Illness, System Reviewは、初発はとらえられるが、持続の期間、症状の変化、程度、日常生活に及ぼしている影響、苦痛の度合いなどがとらえにくい。
- 意図的情報収集ができない。
- Physical Examinationの情報収集には高度な技術が必要であるため、現段階では難しい。

I. はじめに

第一看護科におけるPOS教育の一環として、学内でペーパーシュミレーションを用いて、POMRの演習を実施していることは、本短大紀要第3号、第5号に報告した。

それに引き続き、今回は、POSを理解し将来、医療チームの一員として同一の診療録に記

録するという大きな目的のもとに、臨床実習にPOMRチャートを導入した。このPOMRチャートをもとに、受け持ち患者の看護過程の展開を、基礎データの収集—問題リスト—看護計画—経過記録—退院時要約という一連の過程を通して学ばせた。そしてPOSを展開していく過程で、学生の気づいた問題をPOS臨床カンファレンス(以下カンファレンスとする)において検討・討議した。

今回は、そのカンファレンスに提出された事例をもとに、看護学生のPOMRチャート使用における基礎データの理解と情報収集上の問題点を、明確にすることにより、若干の知見を得たので報告する。

Ⅱ. POS臨床実習概要

1. 目的

受け持ち患者の看護を通してPOSを学ぶ。

2. 目標

POMRの構成要素と記録法を理解する。

POSを活用し、受け持ち患者の看護を展開する。

3. 対象

内科病棟で昭和60年1月～12月まで実習した第一看護科（2年次～3年次）学生58名。

4. 方法

①1週4日、6週間のローテーション。

②3週目から患者2名を受け持たせた。

③受け持ち患者2名の中1名は、川崎医科大学附属病院が使用しているGeneral ChartにPatient Profile（日常生活習慣を含む）を加えたPOMRチャートを使用させた。

④基礎データ以外の受け持ち患者記録は、本短大指定の看護記録用紙を使用させた。

⑤実習3週目より学生が提出した事例をもとに、週1回カンファレンスを行った。カンファレンスは、3週目（第1回）に、基礎データ、4週目（第2回）に、問題抽出過程・問題の相互関係・問題リスト、5週目（第3回）に、看護計画・実践（経過記録・フローシート）、6週目（第4回）に、退院時要約について行った。

Ⅲ. 研究目的

1. 基礎データの構成要素の理解と記載されたレベルを見る。

2. POMRチャートを用いた情報収集における学生の問題点を明確にし、今後の指導上の指標とする。

Ⅳ. 研究対象および方法

1. 研究対象

前記学生58名を7グループ（A～G）に分け、カンファレンスで検討した7事例。

2. 研究方法

第1回カンファレンスに提出された事例を討議する前の状態で、基礎データの構成要素の理解、情報収集上の問題を基礎データの各構成要素（表Ⅰ）ごとに、①各構成要素が定められた形式（表Ⅱ）で記録されているか（＝評価①とする）。②とらえている情報はすぐ役立てられるような具体的なものであるか（＝評価②とする）。③患者の訴えている内容を正しく表現できているか（＝評価③とする）。

Ⅴ. 結果および考察

1. 入院診療録0号紙

評価①に従って、入院診療録0号紙の23項目をすべて記載している事例はない。無記載は、少ないもの1項目、多いもの6項目ある。これを項目別にみると、主治医：6例、入院目的：3例、結婚・保険区分・前回入院歴・退院時転帰：各2例である。

評価②③は、問題ない。

この結果より、基礎データの構成要素としての入院診療録0号紙は、理解できている。しかし、無記載がある。これらが記載されなかった理由を考えると、川崎医科大学附属病院の入院診療録0号紙は、外来で診察した医師の指示により、入退院係が記入している。緊急入院時や指示のない項目など、記入できない項目が時としてある。ゆえに、入院診療録0号紙を丸写しにすると、無記載な項目がでてくる可能性がある。したがって、情報を得る時学生は、改めて情報の必要性を意識しないと、確実な情報をとらえにくいと考えられる。情報を取る理由を意識づける必要性があると言える。また、主治医・入院目的は、入院を指示した医師に、前回入院歴・退院時転帰は、病歴室に問いあわせるなど、他の医療従事者から情報を得るための働きかけが不十分であり、情報を得る情報源を広げる指導が必

表 I 基礎データの構成要素

基礎データの構成要素	各構成要素の項目
1. 入院診療録 0号紙	①氏名 ②性別 ③生年月日 ④年齢 ⑤結婚 ⑥入院月日 ⑦入院指示日 ⑧カルテNo ⑨入院No ⑩職業 ⑪入院目的 ⑫入院の種別 ⑬待期日数 ⑭住所 ⑮連絡先 ⑯保険区分 ⑰傷病名 ⑱前回入院歴 ⑲退院時転帰 ⑳部屋番号 ㉑主治医 ㉒紹介医 ㉓他外来カルテの有無
2. Chief Complaints	
3. Present Illness	
4. Patient Profile	①出生地 ②当時の家業 ③最終学歴 ④職歴 ⑤労作強度 ⑥年収 ⑦結婚 ⑧住宅 ⑨同居者 ⑩交友 ⑪性格 ⑫趣味 ⑬運動 ⑭食習慣 ⑮嗜好 ⑯平均的な一日 日常生活習慣 ①食事 ②排泄 ③睡眠 ④清潔 ⑤その他必要と思われる項目 入院に対する患者・家族の反応 ①入院に対する患者・家族の受けとめ方 ②患者・家族から受けた印象
5. System Review	① General ② Skin ③ Head ④ Eyes ⑤ Ears/Nose/Mouth ⑥ Respiratory ⑦ Breasts ⑧ Cardiovascular ⑨ Gastro-Intestinal ⑩ Genito-Urinary ⑪ Sexual History ⑫ Female-Menses ⑬ Endocrine ⑭ Bone, Joints & Muscles ⑮ Blood - Lymphatic ⑯ Neurologic ⑰ Psychologic ※ 各項目に小項目がある。
6. Past History	① Birth ② Growth & Development ③ Previous diseases ④ Operation ⑤ Trauma ⑥ Blood or Plasma trans- fusion ⑦ Allergy ⑧ Tuberculin test & BCG ⑨ Vaccination ⑩ Habitus ⑪ Education ⑫ Occupation
7. Family History	① 家族構成 ② 同居人 ③ 各人の健康状態 ④ 年齢 ⑤ 死亡人の死亡病名 ⑥ 死亡時の年齢 ⑦ 遺伝疾患や体質
8. Physical Examination	① Blood Pressure RA : Supine ② Blood Pressure LA : Supine ③ Blood Pressure Upright ④ Weight ⑤ Height ⑥ Pulse : Rate ⑦ Pulse : Rhythm ⑧ Resp : Rate ⑨ Resp : Rhythm ⑩ Visual Acuity : OD, OS ⑪ General Appearance ⑫ Temp ⑬ Hands /Skin ⑭ Head/Eyes ⑮ Ears/Nose/Throat ⑯ Neck/Nodes ⑰ Chest ⑱ Cardiovascular ⑲ Abdomen ⑳ Musculoskeletal/Extremities ㉑ Nervous System ㉒ Genitalia-Rectum ※ 各項目に小項目がある。
9. 検査データ	

表 II 構成要素の形式

基礎データ 構成要素	各構成要素の記載形式
1. 入院診療録 0号紙	Ⓐ 全項目を記載する。
2. Chief Complaints	Ⓐ 病院を訪れたときの動機となるものを記載する。 Ⓑ 患者自身の訴えた表現である。
3. Present Illness	Ⓐ 主訴となっている症状の経過を記載する。 (初発の症状と時期, 持続の期間と変化) Ⓑ 主訴となっている症状に対して, 現在までに治療・処置・検査をどのように受けたか, その結果及び効果を記載する。
4. Patient Profile	Ⓐ 生活状況, 生活感情, 生活史, 生活環境が疾病発生に關与していると思われる事柄・性格・行動様式を記載する。
日常生活習慣	Ⓐ 入院前と後での生活習慣の変化について記載する。
入院に対する患者・家族の反応	Ⓐ 患者自身の話した表現である。
5. System Review	Ⓐ 全身を各器官別に, 過去の病的症状, 徴候, 病名を記載する。 Ⓑ 異常のない項目はレ, 異常があれば○で囲んで線をつけて右に引き出し, その内容を記載する。
6. Past History	Ⓐ 出生から現在までの健康に関する生活史を記載する。 Ⓑ 各項目尋ね該当事項が無ければ無しと明記する。
7. Family History	Ⓐ 遺伝的素因や生活状況による疾病を両親, 兄弟姉妹, 祖父母, 子供について尋ねて記載する。 Ⓑ 男は□, 女は○で表わし, 死亡の時は黒く塗る。本人は, 回 or ⊙で表わす。同居人は○で囲む。
8. Physical Examination	Ⓐ 各器官別に視診・触診・打診・聴診の方法で診察, 測定し記載する。 Ⓑ 異常のない項目はレ, 異常があれば○で囲んで線をつけて右に引きだし, その内容を記載する。
9. 検査データ	Ⓐ フリースタイル

要となる。

2. Chief Complaints

評価①, 形式Ⓐは, 全チャート記載できている。形式Ⓑに適切でない表現としては, 「呼吸困難」「嗝声」「顔面浮腫」「気胸」「肺癌」があり, 3例に記載されている。これらは, 評価②③としても不適切である。

この結果から, 基礎データの構成要素としての Chief Complaints は, 理解できていると考えるとよいが, 記録の書き方では, 患者自身の訴えを重視していないため, Chief Complaints は主観的情報にもかかわらず, 学生個人の判断がなされており, 客観的情報に変化している。患者自身の表現を使用するメリットは, その言葉により, 入院時の訴えや症状の程度が, この患者に関わるすべての医療従事者に確認でき, 今後の情報収集, 医療の実施に役立てられると考える。これらのことから, Chief Complaints は, 患者の表現した言葉で表されることが望ましい。表現を短くする場合は, その言葉が表すことと, 患者が訴えていることがピッタリ合うかを判断できる能力(症状を言語化する能力)を養う必要がある。そして, 患者に再度確認する行動も必要となろう。

3. Present Illness

評価①に従って記載されているものは、3例である。形式の書き方を見ると、Aチャートを除いた6例は、記載できている。できていないAチャートは、主訴となっている症状の経過ではなく、患者が過去に罹患した呼吸器系の疾患の経過を述べている。形式の内容を見ると、初発の症状、現在までに受けた治療は、6例記載している。不足な内容は、主訴の起こっている期間と症状の変化、ある一定期間の症状の経過、労作時呼吸困難の入院前1カ月間の変化、胸痛、咳嗽の初発症状以後から入院までの経過である。

評価②③で良いチャートは、B・Eチャートである。内容が具体的でないものは、「近医でコントロール」、「咳嗽、咳嗽時の胸痛あり」であり、実際のコントロール内容や咳嗽・胸痛の程度、苦痛の度合いが不明である。表現について見ると、「次第に」、「増強」と曖昧な表現となっている。良い例には、Dチャートに「労作時呼吸困難（階段や坂道はほとんど上れない。平地なら50mは歩ける）」がある。

これらの結果から、基礎データの構成要素としてのPresent Illnessは、6例が理解できている。問題となるものには、Present Illnessの初発はとらえられるが、持続の期間、症状の変化・程度がとらえにくいことである。これは、まだ学生が、それぞれの疾患の経過を実際に体験することが初めてであり、関連する症状や疾患のなりゆき等の予測がつきにくいことが考えられる。これらのことから、常に文献で知識を深め、実際の患者の場合と比較する姿勢が身に付く働きかけが必要と考える。また、不足する情報に気づいた時は、その情報を尋ねるためだけに訪室するのではなく、care技術を通して、情報が追加されていくよう指導することも大切であると考えられる。

4. Patient Profile

評価①に従って全項目が記載できているチャートはない。記載できていない項目は、年収：7例、最終学歴・結婚・住宅・運動：各2例、当時の家業・労作強度・交友・食習慣：各1例である。全チャートで記載できている項目は、出生地・職歴・同居者・性格・趣味・嗜好・平

均的な一日の7項目である。

評価②③では、結婚に「25歳」、「38年4月21日」、「昭和4年」、運動に「昔は野球などしていたが、現在は観戦するだけである」、住宅に「22～23年前に建てた」、友人には「友人は多くいる」と記載し、Patient Profileを情報収集する目的は、患者の背景を知る、疾患の発病の原因・誘因になるものはないか、退院後生活する環境として問題はないかであるが、目的意識が薄いためか、ピッタリしない情報となっている。

これらの結果から、基礎データの構成要素としてのPatient Profileは、理解している。無記載であった項目に共通していることは、患者のプライバシーに深く関わるものである。これらの項目は、患者一看護婦間の人間関係が深まっていない時期に、情報収集することは困難であろうと考える。

日常生活習慣

看護婦は、患者の生活過程を整えるという役割がある。川崎医科大学附属病院のPatient Profileには、日常生活習慣を具体的にとらえる項目がないことから、短大で記録用紙を追加して使用させている。

評価①では、1食事、2排泄、3睡眠、4清潔は全チャート記載できている。5その他必要と思われる事項は7例中3例が記載している。入院前後の変化の記載は、「入院後7/27よりNaCl 7g制限」、「排尿障害なし、入院後2回程失禁したため、それ以来1回/2h排尿するようにしている」などの表現がされているが、その変化に対し、患者はどの程度苦痛を感じているか、現状をどう思われているかなどの患者の反応がない。これは評価②にも不適切である。

この結果から、生活習慣に関する情報の必要性には気づけているが、日常生活習慣の変化に対する患者の反応をとらえていない。カンファレンス中に質問すると、ほとんどの学生はそれに気づけていることから、学生は、日常生活習慣の変化に対する反応を、記載することを軽視している。

入院に対する患者・家族の反応

評価①に従って6例記載している。1例が無

記載である。

評価②③については、患者・家族から受けた印象で「そう不安は感じていないようである」「病気に対してあまり関心がないようだ」と記載している。

この結果より、入院に対する反応はとらえられるが、安易な判断をしているものもあると考える。

5. System Review

評価①の形式に完全に従っているチャートは1例である。大項目の1つがとれていないチャートは、3例である。この3例がとらえていない内容は、「○で囲む」という操作を忘れていたもの、情報量が少し不足しているものである。形式に従っていないチャートが3例ある。それは、実習開始初期の3グループである。

評価②③で具体的でない情報は、「両側難聴」、「部分義歯」、「この2W何も服用していない」、「幼少時ホウキの先で眼球をつき、視力の低下」、「咳がやや多くなった」、「常に便秘気味である」、「夜間不眠気味」、「10 kg ↓」、「副鼻腔炎2～8年前」、「バイシリンGにより治療」という表現である。これらに不足する内容は、疾患・症状の発症時期、期間、種類、程度、日常生活に及ぼしている影響、苦痛の度合いなどである。表現方法に「気味」という曖昧な言葉を使用している。

これらの結果から、基礎データの構成要素としての、System Review は、認識はあるが、実習初期の学生には、十分活用できていないと言える。学生は情報を得るといった経験も浅いことから、1つの情報を深めていく能力がまだ身につけておらず、情報が単発的なものにとどまっている。言いかえれば、1つの情報が意味するものの認識が浅いことから、関連ある事項への広がりがおこらないと考えられる。つまり、意図的な情報収集ができていないことになる。磯岩らが、「看護情報の質量は、まずその人の人間、健康、環境などに対する見方、考え方に支えられる看護観に大きく左右される³⁾。」と述べているように情報収集には、各人の看護観、知識が関与するといえる。このため、“System Review,, という系統的に情報をとらえるシ

ステムに甘んじることなく、常に自らの看護の視点を明らかにしながら、意図的に情報を収集する訓練を繰り返す必要があると考える。また、System Review は、問診して得る情報であることから、面接技術の良し悪しも情報量に関わるため、この技術の向上も望まれる。

6. Past History

評価①に従っているものは、1例である。他の6例には、無記載の項目があり、その項目は、Vaccination: 5例, Habitus: 3例, Growth & Development・Trauma: 各2例, Birth: 1例である。

評価②③は、問題ない。

この結果を見ると、無記載の項目には、患者が記憶しておきにくい項目が多いことから、基礎データの構成要素としての Past History は、理解していても、学生は、情報を得てこれなかったと推察できる。

7. Family History

評価①形式④では、完全に記載しているチャートはない。形式⑤は、全チャート記載できている。形式⑥を項目別に見ると、家族構成は、全チャートできている。記載できていない項目は、同居人・遺伝疾患や体質: 各1例, 年齢・死亡人の病名: 各2例, 死亡人の年齢: 4例, 各人の健康状態: 4例である。また、各項目の中で一部に記載もれがあるものは、年齢・死亡人の年齢: 各3例, 各人の健康状態・死亡人の病名: 各1例である。

評価②③は、問題ない。

この結果から、無記載項目、項目の一部にもれが多いことから、基礎データの構成要素としての Family History を十分理解しているとは言いがたい。

8. Physical Examination

Physical Examination は、医師が診察した記録を確認し、それに、自分で観察できたものを付け加えるよう指導しているが、2例は、自分で観察できたものを付け加えて記載しており、他の5例は、医師の診療記録をそのまま記載しているにとどまっていた。

評価①に従って完全に記載されているチャートはない。全チャートが記載していない項目は、

Blood Pressure Upright の1項目である。5チャート以上が記載していない項目は、Blood Pressure LA, Resp Rhythm, Visual Acuity, General Appearance, Hands/Skin, Head/Eyes, Abdomen の7項目である。全チャートが記載している項目は、Weight, Height, Pulse Rate の3項目である。5チャート以上が記載している項目は、Blood Pressure RA, Pulse Rhythm, Resp Rate, Temp の4項目である。

これらの結果から、基礎データの構成要素としての Physical Examination は、理解できても、実際には、高度な技術が必要であり、現段階では、完全に記載することは難しいと考える。Physical Examination の情報収集に必要な診察技術は、医師により学内講義は行われているが、実際に演習していないことから、完全に記載することは難しいといえる。今後は、観察に必要な診察技術を学内演習に組み入れをことを考える必要があるといえる。

9. 検査データ

形式は、フリースタイルとしていたが、学生は、工夫したフローシートを作成し、記入している。内容では、各患者に検査されたものは、記載できていた。

Ⅶ. まとめ

看護学生の POMR チャート使用における基礎データの理解と、情報収集上の問題点について下記のことが明らかになった。

1. 基礎データの構成要素の理解

基礎データの構成要素の必要性は、理解しているが、構成要素の形式、項目は、十分理解しているとはいえない。

2. POMR チャートを用いた情報収集における学生の問題点

①収集する項目が示されているにもかかわらず、情報の必要性を意識していない。

②他の医療従事者から情報を得るための働きかけが不十分である。

③患者の訴えた表現を重視しないで、学生個人の判断で記録されている。

④ Present Illness, System Review は、初発はとらえられるが、持続の期間、症状の変化、程度、日常生活に及ぼしている影響、苦痛の度合いなどがとらえにくい。

⑤意図的な情報収集ができない。

⑥ Physical Examination の情報収集には高度な技術が必要であるため、現段階では難しい。

3. 指導上の指標

①情報をとる理由を明確にさせる。

②情報を得るための情報源を拡大させる。

③症状の言語化や事実を記載する能力を養う。

④文献などで知識を深め、実際と比較する姿勢を育成する。

⑤面接技術の向上をはかる。

⑥看護観を育成する。

⑦観察に必要な診察技術を身につけさせる。

引用文献

- 1) 上田智他：POMRガイドブック(1)第2版，川崎医科大学，1978，p.18
- 2) 同上 p.20
- 3) 磯岩寿満子：「看護過程」の学習初期にみられる問題点と対策，看護展望，11(5)，p.479，1986

参考文献

- 1) 日野原重明：POSの基礎と実践，医学書院，東京，1981
- 2) 松木光子：オーディット総論，看護教育，24(12)，728-731，1983
- 3) 三宅弥生他：チーム医療でのオーディット，看護教育，24(12)，736-737，1983
- 4) 岩井郁子：看護過程とPOS，看護MOOK，No.18，157-168，1986
- 5) 日野原重明：POS医療と医学教育の革新のための新しいシステム，医学書院，東京，1984