

POS の発達と現状

中木 高夫*

POSについては、1988年に広範な実態調査がされています¹⁾。今回は、そうした客観的な調査ではなく、北は北海道、南は鹿児島県まで、POSを採用している、あるいはこれから採用しようとしている病院に招かれた私的な経験を通して、医療や看護がその後どのように変化したかを考察してみたいと思います。

I POSとは？

POS (Problem Oriented System) はアメリカの医師 Lawrence L. Weed によって、それまでメモ的で論理的に一貫性のなかった診療録 Medical Records を科学的実験ノート並みの論理性をもたせるために考案された情報処理システムです^{2,3)}。さらに、そこに Weed 自身が考える「医療のあるべき姿」を盛り込んで、医療行動システムとでも呼べるものにまで昇華したものといえられるでしょう。

わが国への本格的な紹介は昭和48年に発行された日野原の著書⁴⁾で、後述するように初期の段階ではナースたちが取り組んだものの、医師たちへの浸透は弱く、病院をあげてすべての職員がこのシステムのもとに医療を行うのは新設医科大学の出現を待つ必要がありました。

* 滋賀医科大学内科学第2講座

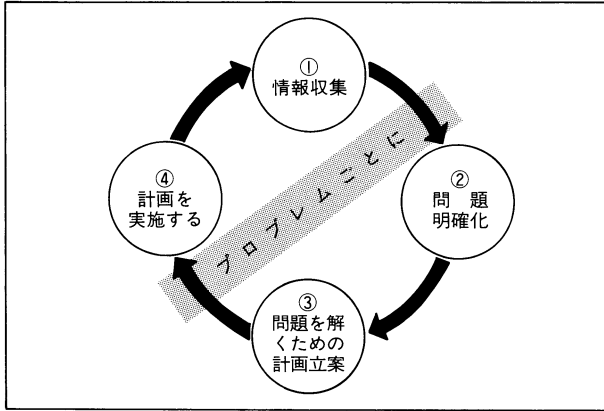


図1 POSの概念図

POSの構造はきわめてシンプルです(図1)。図1は環状構造を背景として、その上に斜めのラベルが貼られています。

環状構造はPOSの背景になっている問題解決過程を表しています。問題解決過程は単純化すると、(1)情報の収集、(2)問題の明確化、(3)問題を解決するための計画の立案、(4)計画の実施という4つの相 phase から成り立っています。

問題解決過程はこれまで医師が行ってきた診療のプロセスそのままです。また、ナースが看護を実践する際の行動様式である「看護過程 Nursing Process」も、問題解決過程そのものといえます⁵⁾。

問題解決過程の4つの phase は、POSの基本的な記載形式である“プロブレムごとにSOAP” (表1) のS・O・A・Pの部分です。

表1 POSの基本的な記載形式

#1. プロブレム
S：このプロブレムに関して着目した患者の主観的 情報
O：このプロブレムに関して着目した患者の客観的 情報
A：・情報の分析・統合のプロセス ・患者目標と達成期日
P：実施する計画

Sは subjectives の略で「患者さんが伝えようとする情報」を記載します。

Oは objective の略で「患者さんから診察や観察，測定や検査によって引き出してきた情報」を記載します。

Aは analysis や assessment の略で，2つの方向をもった医療者の考えを書きます。1つは情報の解釈・評価のプロセスです。診断的な方向といえます。もう1つは患者目標です。医療ケアを提供することによって，患者さんがどのように変化してほしいか，期待される結果 expected outcome を記載します。

Pは plan の略で，医療ケアの計画を記載します。その計画は必ず実行に移すのがルールです。

POSとは，SOAPで示される問題解決過程を背景として，その中で明らかになった「プロブレム」の1つ1つについて，問題解決過程を進めていくことです^{6,7)}。したがって，問題解決過程の環状構造の上に貼られた「プロブレムごとに」というラベルこそ，POSをPOSたらしめている真髄といえます。

II POSの影響

というわけで，POSの特徴はなにごとにもまずプロブレムから出発するところにあります。したがって，医療に関係する様々な職種に，その職種として患者さんのプロブレムにどうアプローチするかという点で，その専門性を迫ることになります。

1. POSが医学に与えた影響

医師へのPOSの普及状況はあまり芳しいものとはいえません。医師はPOSを採用してくれないという声を多くのナースから聞きます。

医師がPOSを実行しているのは，ほとんどが新設医科大学と呼ばれる，昭和50年前後に開設された医科大学あるいは大学医学部に関連したところといってもよいでしょう。新しい大学で，新しい病院を作るということで，その当時の最新のシステムであるPOSを採り上げたのでした。

しかしながら、伝統を誇る医大・医学部での採用は、せいぜい改革派の教授の診療科にとどまり、病院全体としてあるいは教育までも巻き込んだ形で実施しているところは皆無といえるでしょう。結果として、これではPOSを運営維持するための苦勞だけが目立って、利点が生きてきません。

POSの医学・医療そのものへの影響もあまりありません。医学では、患者さんの訴えから始まって、問診・診察・検査といった情報収集、それらの情報の反復的分析の結果としての診断、診断にもとづいた治療法の選択・説明・実施、そして結果の評価という循環プロセスが、POSの出現以前から整備されてきました。これが医学診断を軸にした医学における問題解決過程です。

しかしながら、医学診断を軸に整備されているといっても、取り扱われているのは生物医学に限られています。Weedや日野原の主張を待つまでもなく、患者さんの健康に関するプロブレムは生物医学的側面だけではなく、心理医学的側面・社会医学的側面があります。このうち、生物医学的側面は、弊害がうたわれるほど専門分化して、細部にわたって発展してきました。

ところが、心理医学的側面および社会医学的側面に関しては、普遍的な方法論や診断体系はまだ開発されていません。心理医学的側面については心身医学がありますが、残念ながら、まだすべての医学校で教育されていないという現状が示すように、医学の世界で完全な市民権を得たとはいえません。

したがって、心理医学的側面・社会医学的側面のプロブレムについては“我流”の域を出ないのが現状です。もっとも、一般にいわれる“生物・心理・社会”モデルについても、こうした分け方が妥当なのかどうかの検証もされていませんが。

2. POSが看護に与えた影響

POSは、紹介された当初から医師よりもナースのほうが積極的に取り込もうとしました。しかしながら、最初の波が過ぎると、それ以上の発展はあまりみられませんでした。

POSが看護界において積極的に取り入れられたにもかかわらず、質的にも

表 2 看護過程の構成要素

-
- ◆アセスメント
 - ・情報の収集
 - ・情報の分析
 - ・情報の統合
 - ・看護診断
 - ◆計画立案
 - ・目標の設定
 - ・看護行為の選択
 - ・看護指示
 - ◆実施
 - ・実行計画の立案
 - ・実行
 - ・ケア計画の検証
 - ・継続的な情報収集と分析
 - ・記録
 - ◆評価
-

量的にもそれほどの広がりを見なかつたのは、看護を構成する学問が個々バラバラに発展し、1つのシステムに収斂する力がなかつたからだと思います。

1) 看護過程の各構成要素の見直し

“プロブレムごとにSOAP”という記載形式になじむことがPOSの最初の難関です。それができないばかりに「AやPが書けない」とナースたちは悩みました。しかし、形式そのものは「このことについて、今日私は看護した」ということを最初にタイトルとして掲げることによって簡単に整えることができます。

形式が整うと、次に問題となるのはその中身です。その結果、ナースたちはSOAPで表される看護過程の各構成要素(表2)を見直しました。

(1) アセスメント

アメリカ看護婦協会 American Nurses' Association は看護を次のように定義しています⁸⁾。

「看護とは実在あるいは潜在する健康問題に対する人間の反応を診断し治療することである」

Nursing is a diagnosis and treatment of human responses to actual or potential health problems.

看護過程の最初の構成要素は「アセスメント」です。アセスメントは情報の収集と分析・統合という2つの部分から成り立ち、その2つの部分を行き来しながら、次第に患者さんの看護プロブレム、すなわち“健康問題に対する人間の反応”を明らかにします。

情報収集では、この患者さんの「人間の反応」が何であるのかを臨床判断でできるだけ情報を収集しなければなりません。

伝統的な看護記録の1号用紙を使用していたナースから見れば、POSの教科書で紹介された患者プロフィール用紙は大きな衝撃でした。患者プロフィールと比べて、看護記録の1号用紙は患者さんの日常生活の援助をうたってきたナースが考察したにしては疾患に傾いたものでした。

しかしながら、ナースが看護を行ううえで本当に必要な情報は何かという視点で情報の枠組みを見直すと、患者プロフィールとして紹介されているものも看護の立場からは物足りないものでした。そこで臨床で働くナースたちは患者モデルあるいは看護モデルを求めて、看護理論を学ぶようになりました。

情報の分析・統合では、まず健康にとって問題となるものかどうかという視点でふるいにかけ(気づき)、次にナースが取り扱うのにふさわしいものかどうかを看護の視点でしぼり込みます(洗いだし)。こうして洗練されてきた情報は、看護の専門的な学問や知識、経験を総動員して、相互に関連性でもってひとかたまりにくくられ、そこから問題となる看護概念を浮かび上がらせませす(クラスタリング)。

このような分析・統合のプロセスを経て、最後に浮かび上がった概念に対して、その状態を正確に表現する名称(ラベル)をつけます(ネーミング)。

この分析・統合のプロセスは、健康問題によって引き起こされる“人間の反応”が何であるかを、看護の専門的な学問体系を駆使してつきとめ、それを表現す

ることです。それらは最終的に「看護診断 Nursing Diagnosis」に収斂されま
す。

(2) 計画立案

看護過程の2番目の段階は「計画の立案」です。これは患者目標の設定と看
護介入行為の選択、そして看護指示の3つの部分から成り立ちます。患者目標
は、従来看護目標といわれていましたが、POSは患者中心ということで行動
主義的教育学の影響を受け、患者さんを主語とした行動目標の形が徐々に定着
しています。

看護介入行為の選択については、具体的な行動計画の形で書くことが勧めら
れています。これは手順を整備することによって、選択した看護介入の名称を
表示するだけで具体的な行為に展開できるようになるはずですが、わが国ではま
だ未整備ですが、アメリカではアイオワ看護介入プロジェクトによって膨大な
調査・分析がなされ、その成果がすでに刊行されています⁹⁾。

看護指示は選択された看護介入行為をスケジュールにのせるものです。具体
的には、予定表を作成し、そこに書き込めばよいのですが、これをコンピュ
ータによる病院情報システムに組み込むようになりました¹⁰⁾。このシステムによ
って、看護指示は医師による検査や薬剤などのオーダリング情報と合わせて、
患者別ワークシートに出力されます。ワークシートには、その日患者さんに予
定されているすべての医療・看護を提示することができます。

(3) 実施

看護過程の3番目の段階は「実施」です。この構成要素は実行計画の立案、
実行、ケア計画の検証、継続的な情報収集と分析、記録といったものです。医
師の目から見れば不思議に感じられるのですが、看護実践の場ではせっかく時
間をかけて立案された看護計画が実行に移されないことが案外多いようです。
これは、患者さんのところへケアに出かけるにあたっての「本日の実行計画」
を準備しないからです。したがって、せっかく立案した看護計画も目を通され
ることなく、ベッドサイドでナースはアドリブでお茶を濁すのです。

前述のワークシートは具体的な介入行為の名称をスケジュール上に展開した

もので、計画と実施を継ぐためのツールとなります。実行やケア計画の検証、継続的な情報収集と分析はPOSを取り入れたからといって、特に変わったところはないように思います。

次の記録は経過記録の意味ですが、POSの1つの要素である「統合診療記録 Integrated Medical Records」を採用している病院はまだ少ないようです。統合診療記録は、医師やナースをはじめ、患者さんにかかわるあらゆる職種が経過記録を同一の紙面に記載する方法です。アメリカの医師会と看護婦協会がスポンサーになった「医師と看護婦の共同作業に関する審議会 the National Joint Practice Commission」は医師とナースの間の正式のコミュニケーションツールとして、この統合診療記録を勧告しています¹¹⁾。

統合診療記録は空気のような存在です。その中で医療を行った人が、そうでない外部へ出るとコミュニケーションが希薄になって窒息してしまう、そんな存在です。

(4) 評価

評価は、いまケアしているその患者さんのケアをよりよくするための臨床的な評価と、管理的な評価の2通りのものがあります。臨床的な評価は「看護計画の立案時にあらかじめ設定した患者目標と、ナースが提供した看護ケアによる患者さんの実際の変化とを比較することによって目標の達成度を判定し、ケアの適否を判断すること」と定義できます。つまり、目標を設定していないと評価できないし、提供したものが計画どおりで、どうやっていたのか具体的にないと適否の判断ができないし、患者さんの実際の変化は計画的に情報収集しないと把握できないわけです。

POSの導入当時はオーディット（監査）という言葉が流布し、管理的な響きをもっていました。そのため、管理的な立場にある人が臨床的な評価をするという、くい違いの生じやすい評価が進められました。しかしながら、患者ケアの責任者はスタッフという考え方が徐々に浸透し、「同僚たちによる評価 Peer Review」が一般化するようになり、そのためのカンファレンスが毎日開かれるようになってきています。

2) 看護診断

看護へのPOSの取り込みの初期に重要視されたのは、問題解決過程あるいは看護過程を表しているSOAPの部分であって、“プロブレムごとに”の部分あまり注目されませんでした。

しかしながら、“プロブレムごとにSOAP”というPOSの基本形式が定着すると、次に問題になるのはプロブレムです。

最初のうち、プロブレムには医学プロブレム（ということは生物医学的側面のプロブレム）を流用していました。医学プロブレムを看護のプロブレムとすることは、論理的にはナースが医学プロブレムを解決するということになりません。ナース自身もおかしいと、その矛盾には気づきましたが、“何をすればよいのかわかっているけれど、それをどう表せばよいのかわからない¹²⁾”という状況でした。

その点を解決するものとして出現したのが看護診断です。看護診断が具体的に開発されるようになったのは、第1回全米看護診断分類会議が開催された1973年のことです。患者さんの看護学的状態を表現する公式の専門用語を開発しようと、セントルイス大学の看護学部の呼びかけで開かれました。その後、2年おきに10回の全国大会を開催しています。第5回大会の時には、名称を発展的に「北アメリカ看護診断協会 North American Nursing Diagnosis Association, NANDA」と変更し、現在に至っています。

NANDAによって看護診断は次のように定義されています¹³⁾。

「看護診断とは、実在あるいは潜在する健康問題／生活過程に対する患者個人・家族・地域の反応についての臨床的判断である。看護診断は、看護婦が責任を負っている目標を達成するための、看護介入の選択の基礎を提供する」

A nursing diagnosis is a clinical judgment about individual, family, or community responses to actual or potential health problems/life processes. Nursing diagnoses provides the basis for selection of nursing interventions to achieve outcomes for which the nurse is accountable.

看護診断は、看護過程のアセスメントの最終産物であり、近年は看護過程を

構成する第5の要素として、アセスメントの次に置かれています。

NANDAは看護診断を開発するための概念枠組みとして“単一の存在としての人間 Unitary Person”を開発し、それをもとにして体系立てた“分類法 I Taxonomy I”を構築しました。分類法 I はWHO（国連世界保健機関）の国際疾病分類 International Classification of Diseases の第10版（ICD-10）に提案されています。いままで一国で閉鎖的に実践していればよかった看護も、ECの統合に象徴されるように、国際的な情報交換が必要となり、そのための用語の分類が必要とされているのです。

看護診断は、それまでPOSで我流に表現してきた看護プロブレムを分析・統合して、それに名称を賦したものです。さらに、それは概念枠組みから説明され、体系づけられています。これも常にプロブレムを一番に念頭に置くPOSの大きな影響と思われる。

3) しがらみからの解放と活性化

POSの影響の一つとして、プロブレムを掲げることから常に看護を自覚し続け、看護に対してラディカルになるということがあげられます。

ナースが行っている業務の中には、これまでしがらみの中で、あまり検討されずに行っていることがかなりあります。POSによって培われた問題解決志向の目は、こうした未整理な業務にも向けられます。その結果、ナースが行ってきた業務は看護の視点から再構築され、自分たちの力でしがらみから解放されることができるといふ、自由な発想への自覚が芽生えます。

このように、POSを取り入れることによって、臨床で働くナースたちは自分たちの仕事を真正面から見直し、業務改革もPOSの方法論で取り組むようになり、病院の活性化の大きな要因となりました¹⁴⁾。

3. パラダイムの対立

このようにPOSは医師が関係する領域ではさほど大きな影響を与えなかったのですが、ナースには多大な影響を残しました。

POSは“プロブレムごとに”ということで示されるように、細分した部分部分を明らかにし、その集積でもって対象を認識するという性格を有しています。こうした科学思潮（パラダイム）を「還元主義」と呼びます。

看護を論理的に説明する学問として看護理論がありますが、この中には患者さんをいくつかの要素に分け、それぞれの状態を明らかにすることによって患者像を形成するものがたくさんあります。前述の看護過程とじっくりと馴染む看護理論はすべて還元主義といえるでしょう。還元主義は「全体は部分の総和以上である¹⁵⁾」というジャン・スマッツの言葉のように、わかっていることで全体を推測しようとするので、当然、誤って全体像を推測するという危険性を背負っています。

還元主義のアンチテーゼが「全包括論 holism」、ホーリズムです。ホーリズムでは対象を分割できない全体として捉えます。したがって、POSとは相入れない思潮です。全体として捉えるということは言葉では簡単ですが、通常的能力を有するヒトには不可能です。特別な能力をもったヒト(?)にだけ可能です。そういうヒトのことを一般には超能力者とか霊能者と呼んでいます。

看護理論の中にもホーリズムの立場をとるものがあります。「患者さんを全体として捉える」ということは、看護の領域ではずいぶん以前からいわれてきましたが、それがホーリズムの思潮と遭遇して理論化されたのでしょうか。とはいえ、実践の理論というよりは還元主義の風潮に対する警鐘という哲学的な意味合いが濃いようです。

ところが、この還元主義とホーリズムが実践の場では2つの勢力を代表するものとなっているようです。POSはナースを触発し、病院を活性化し、看護を積極的に改革します。ホーリズムは、還元主義がその弊害を生み出すほど進んでからはじめて意味をもち始めるものだという意味からは、本来はむしろ厳しい言葉です。ところが“全体として捉える”という言葉は、とても心地よい言葉として受け取られているようです。ホーリズムは、還元主義をきわめつくして、そのブレイクスルー（突破口）として受けとるべきでしょう。そのような形で還元主義とホーリズムは共存するのです。

III POSの未来

POSが今後どのように発展するのか、あるいは消滅してしまうのかわかりません。1つのヒントはアメリカでの実態です。

アメリカでのPOSの医学校への普及率は100%でした。しかしながら、内科学の教科書として定評のある「ハリソンの内科書」の最新版にはPOSの項目はありません。以前は確かに存在していました。この理由は、完全に普及してしまって、ことさらPOSと言い立てなくてもよくなったからです。一方、アメリカのナースたちはPOSを行わなくなったという声も聞きます。この原因はアメリカの医療費の支払いシステムが変化したことにあります。

日本の医療費支払いシステムは健康保険制度を背景として、大部分が、かかった費用を請求すれば、それが適正な場合には全額（一定の個人負担の割合はあるが）支払われる出来高払いの制度です。これに対してアメリカでは、病気の種類に応じて支払われる金額が一定である定額支払い方式です。実際に使用した費用が多かろうと少なかろうと一定です。したがって、入院期間をできるだけ少なくし、検査は必要最小限にきり詰めるなど、少ない費用で大きな効果を実現できる医療に変化してきています。

看護も当然変化しています。ナースは種々の看護資源を組み合わせ、費用効果比を高め、質の高いケアを提供するというマネージャーあるいはコーディネーターの役割を果たすようになってきています。これを Nursing Case Management といいます¹⁶⁾。ケースマネージメントは工学 Technology からの発想で、工程を管理する予定表を医療に応用したもののようです。

したがって、QCサークルの文献を読んでいると類似性に驚かされます。確かにQCもデミング博士の講演が出発点ですから、アメリカに咲いた花なのでしょうか。

この予定表をクリティカルパス critical path といい、定額支払制度の基本になっているDRG（支払いの単位となる疾患群 Disease Related Group）ごと

に、入院する病室の種類・対診・検査・処置・薬物・安静度・食事・退院計画・患者教育などが一覧表となったものです。

基本的にはこの表のとおりに医療は進められます。なんとなく味気ない感じがしますが、なにしろ入院期間が極端に短いのでゆっくりとはしてられません。日本のように完全に元気になってから退院ということは望めません。したがって、退院後の指導が大切となってきます。そうしたことを支援するために教育ツールや標準ケア計画があります。

さて、記録面もこのクリティカルパスが前提になっています。クリティカルパスは予測的に医療経過を展開したものですから、そのとおりに運ばれた場合には記録を必要としません。経過からはずれた時にだけ記録します。これを焦点記録法 focus charting といいます。

こうした背景があるからアメリカではPOSを実践していないということになるのです。しかしながら、医療制度の背景もナースの実力（省略を奨励するにはナースの実力に対する信頼が必要）も異なるわが日本に、これが定着するには20年、あるいは30年という時間が必要ではないでしょうか。そして、それ以前にせめてPOSくらいは自在になってほしいものです。

文 献

- 1) 岩井郁子：POSに関する実態調査，第10回POS研究会記録。看護教育，29：735-743，1988.
- 2) Weed, L.L. : Medical Records, Patient Care, and Medical Education. Irish J. Med. Sci. ,6 : 271-282, 1964.
- 3) Weed, L.L. : Medical Records, Medical Education and Patient Care. Year Book Medical Publishers, Chicago, 1969.
- 4) 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，1973.
- 5) Yura, H. & Walsh, M. : 看護過程—ナーシング・プロセス，第2版。医学書院，1986.

- 6) 中木高夫：POSをナースに。医学書院，1989.
 - 7) 中木高夫：POSなんて簡単さ。医学書院，1990.
 - 8) American Nurses' Association : NURSING, A Social Policy Statement. American Nurses' association, 1980.
 - 9) Iowa Intervention Project (McCloskey, J.C. & Bulechek, G.M. eds.) : Nursing Interventions Classification (NIC). Mosby-Year Book, 1992.
 - 10) 坂井靖子他：滋賀医科大学医学部附属病院情報ネットワークシステム (SHiNE) 病棟作業展開モジュール：ナーシングオーダーに焦点をあてて。第9回医療情報学連合大会論文集，p.755-758，1990.
 - 11) Kuhn, R.C. : 看護婦と医師との連携。看護学雑誌，54 : 566-569，1990.
 - 12) Gebbie, K.M. & Lavin, M.A. : Classification of Nursing Diagnoses, Proceedings of the 1st National Conference, Mosby, 1975.
 - 13) Carpenito, L.J. : The NANDA Definition of Nursing Diagnosis. In R.M. Carroll-Johnson(Ed.), Classification of Nursing Diagnoses, Proceedings of the Ninth Conference, pp.65-71, J.B.Lippincott, 1991.
 - 14) 新道幸恵：管理職はスタッフの潜在能力を引き出す存在に。看護，45 : 33-39，1993.
 - 15) J.C.Smuts : Holism and Evolution, London, 1926.
 - 16) Karen Zander : Nursig Case Management, Resolving the DRG Paradox. Nursing Clinics of North America, 23: 503-520, 1988.
-