



# 経過記録とフローシート、 POSのフォーマット

熊本大学 医学部 保健学科 教授 森田敏子

## はじめに

本稿では、経時的叙述的記録とフローシート、POS、フォーカスチャータリングのフォーマットについて述べる。

## 経過記録：経時的叙述的記録

経過記録としての経時的叙述的記録は、看護師が伝統的に記述してきた看護ケアの事実即ち記録の方法で、勤務時間内に観察した患者の状態、実施した看護と治療・検査、およびそれに対する患者の反応などの出来事を経時的に記述するものである<sup>1)</sup>。経時的叙述的記録は、患者の状態の変化や、実施したケア・処置がいつ行われたかが明確に把握できることが利点であり、特徴である。

フォーマットとしては、日付、ケア・処置、患者の状態と反応、記載者などを記録する欄を設ける。ケア・処置の欄には、時間を追っていつ何を行ったか、その時の状態や患者の反応を記録する(資料1)。看護師の勤務時間帯に起きたことを中心に書くことになるので、書きやすい記録である。しかし、何を取り上げて書くかの判断をするのは看護師であ

り、処置がない患者や状態の変化がない患者の場合は、「著変なし」が続く記録になってしまうこともあり、果たしてこれが患者の入院生活の看護記録だろうかと疑問視されることもある。

また、深夜勤帯は赤字、準夜勤帯は青字、日勤帯は黒字というように、勤務時間帯によって色分けして記述するルールを取り決めている病院もある。

## フローシート

フローシートは、看護を必要とする人の持つ、特定の、あるいはいくつかの問題に関連する項目を、経時的に観察するために用いられる一覧表である<sup>2)</sup>。フローシートは簡易型経過記録ともいわれ、日付、時間、および実施したケアが記録できる縦と横の欄で構成され、ケアを行ったこと、状態の変化など観察したことを簡潔に記録する。

体温表はフローシートの代表例である。体温表の下部の余白を観察項目やケア項目の欄として活用すれば、体温表1枚でフローシートの機能が果たせる。体温表だけでは書ききれない時は、別にフローシートを作成する(資料2：P.14)。この場合、1枚の用紙で1日

●資料1 経時的叙事的記録の例

日付/時間	ケア・処置	患者の状態	サイン
2000年7月15日			
14:30	全身清拭	ベッド上で微温湯と石けんを用いて左記施行。 背部の掻痒感を訴える。皮膚乾燥気味。湿疹なし。	
	爪切り	清拭後、やや倦怠感あり。爪の色は良好。	〇〇
16:00	医師の診察	〇〇医師診察。術後経過の説明を受ける。	
	創部ガーゼ交換	創部の発赤、腫脹なし。滲出液なし。 創部を自分で見るのは怖いと言い、抵抗感がある。	〇〇
17:30	浣腸120ml	3日間排便なく、左記施行。 反応便として有形便が多量にあり。排便時に腹痛あり。 排便後は腹部がすっきりしたと言う。	
		排便後の血圧160/98mmHg	〇〇

(24時間)を記録する形式、1週間(7日)を記録する形式、1ヵ月を記録する形式がある。どの形式を採用するかは、患者の状態によって看護師が判断する。

フローシートの記述項目としては、バイタルサインのほか、食事摂取状況、水分摂取状況、排尿量と回数・性状、排便の有無と性状、患者に特異的な症状(嘔気・嘔吐・頭痛・腹痛など)、滲出液の量と性状、排出液の量と性状、点滴、使用した薬剤、清潔ケア、検査データなどが挙げられる。

## POS形式の記録

POS (Problem Oriented System) で看護師が使うのは、問題志向型看護記録 (Problem Oriented Nursing Record : PONR) である。POSの構造 (PONRの6段階) については、STEP1の資料3 (P.9) を参照いただきたい。

## 1) 基礎データ

第1段階の基礎データのフォーマットの構成要素は、①患者プロフィール、②病歴、③システムレビュー (系統的質問)、④診察所見、⑤検査成績、⑥画像診断である。看護師が使う基礎データ用のフォーマットは、POSのために別途作成する必要はなく、入院時データベースの用紙に基礎データの構成要素を入れ込むようにする。本総力特集の第1回 (本誌Vol.16, No.1) では、アセスメントとデータベース<sup>3)</sup> について解説しているので参照されたい。そこでは、病院の見直し事例<sup>4~6)</sup> も紹介されており、自院に合ったデータベースの選び方と使い方について特集しているので、参考にしていきたい。

## 2) 問題リスト

第2段階に来る問題リストのフォーマットは、記入年月日、アクティブな問題、インアクティブな問題、解決年月日、記入者の欄で構成される (資料3)。



●資料2 フローシートの例：1週間（7日）を記録する形式

項目	月日 区分	月 日 (日)			月 日 (月)			月 日 (金)			月 日 (土)		
		深夜	日勤		準夜	深夜	日勤		準夜	深夜	日勤		準夜
			午前	午後			午前	午後			午前	午後	
観察	創部（滲出液）												
	褥瘡（大転子部）												
	下肢の皮膚浮腫												
	口腔内汚染状況												
	体重												
ケア	洗面												
	歯磨き・口腔ケア												
	洗髪												
	清拭												
	足浴												
	寝衣交換												
	陰部洗浄												
	車いす散歩												
処置・注射	創部ガーゼ交換												
	褥瘡処置（大転子部）												
	下肢ヒビテン浴												
	点眼												
	〇〇皮下注射												
	△△坐薬												
食事	主食												
	副食												
	間食												
	水分												
排泄	排便												
	排尿												
	サイン												

●資料3 問題リストの例

記入年月日	アクティブ (active problem)	インアクティブ (inactive problem)	解決年月日	サイン
2006. 7. 15	#1 誤嚥リスク状態			
2006. 7. 15	#2 活動耐性低下	→ #6へ	2006. 7. 20	〇〇
2006. 7. 15	#3 言語的コミュニケーション障害			
2006. 7. 15	#4 便秘	→ 解決	2006. 7. 19	〇〇
2006. 7. 20	#5 感染リスク状態/尿路			
2006. 7. 20	#6 転倒リスク状態			

記入年月日	問題 (PROBLEM)	解決された問題	解決年月日	サイン
2006. 7. 15	#1 誤嚥リスク状態			
2006. 7. 15	#2 活動耐性低下	→ #6へ	2006. 7. 20	〇〇
2006. 7. 15	#3 言語的コミュニケーション障害			
2006. 7. 15	#4 便秘	→ 解決	2006. 7. 19	〇〇
2006. 7. 20	#5 感染リスク状態/尿路			
2006. 7. 20	#6 転倒リスク状態			

記入年月日	現在取り組むべき問題・看護診断	過去に起こった問題・看護診断	解決年月日	サイン
2006. 7. 15	#1 誤嚥リスク状態			
2006. 7. 15	#2 活動耐性低下	→ #6へ	2006. 7. 20	〇〇
2006. 7. 15	#3 言語的コミュニケーション障害			
2006. 7. 15	#4 便秘	→ 解決	2006. 7. 19	〇〇
2006. 7. 20	#5 感染リスク状態/尿路			
2006. 7. 20	#6 転倒リスク状態			

問題リスト		現在の問題・看護診断	解決された問題・看護診断	日付
No.	日付			
1	2006. 7. 15	#1 誤嚥リスク状態		
2	2006. 7. 15	#2 活動耐性低下	→ #6へ	2006. 7. 20
3	2006. 7. 15	#3 言語的コミュニケーション障害		
4	2006. 7. 15	#4 便秘	→ 解決	2006. 7. 19
5	2006. 7. 20	#5 感染リスク状態/尿路		
6	2006. 7. 20	#6 転倒リスク状態		

### 3) 初期計画

第3段階の初期計画は，“問題ごとにPOS”が基本の考え方なので，#ごとに立案するのが原則である。基本フォーマットとして，計画を立案した日付，#番号，①診断計画または観察計画（Diagnostic Plan：DxまたはObservation Plan：Ox），②治療計画またはケア計画（Therapeutic Plan，Receipt Plan：RxまたはCare Plan：Cx），③教育計画（Education Plan：Ex）の3側面と達成予定日，記入者の欄を設ける（資料4）。達成予定日はオーデイトを実施する日となる。

### 4) 経過記録

第4段階は経過記録，いわゆるSOAP形式の記録である。ここでも，#ごとに経過記録を作成するのが原則である。フォーマットとしては，日付，時間，#番号，S（Subjective），O（Objective），A（Assessment），P（Plan），記入者の欄を設ける（資料5）。

### 5) 退院時要約と監査

第5段階の退院時要約と第6段階の監査については，次号以降に掲載予定である。

### 6) POS形式の記録を行う際の留意点

ここで再度確認しておきたいことは，記録のための記録ではなく，「看護実践を記録する」という認識を持つ必要があるということである。看護過程の展開に沿ってアセスメントし，看護診断したら，問題リストを頭に入れ，その問題に対して患者がどのように感じ考えているかといった主観的情報をS欄に記述し，看護師である自分が患者を観察すると，患者は

どのような状態であるかといった客観的情報をO欄に記述する。このSとOからアセスメントされることや，考えられることをA欄に記述する。ここは看護師の専門的な解釈・分析・判断が必要となる部分なので，力量を発揮したいところである。過去においては，SOAPとならなければならないところを，Aの記述がないために，SOS，SOSとなってしまう，あたかも誰かに助けを求めているような記録がみられた。Aである看護師の解釈・分析・判断は，看護実践の根拠を示すものでもあるため，しっかりと患者を見つめて記述しよう。

繰り返し述べるが，POS形式の記録は，問題解決法を下敷きにしてしているのではなく，患者が抱えている問題ごとに焦点を当てて看護を展開し，SOAPで記録することである。看護実践と記録において，“問題ごとにPOS”の合言葉を忘れないようにしよう。

## フォーカスチャーティング

### 1) フォーカスチャーティングとは

フォーカスチャーティングは，コラム形式の系統的な経過記録方法で，問題志向型の記録というよりも，「見出し／フォーカス欄（コラム欄）」を使って，その時何が起こったのかを患者を中心にして記録するものである。患者の現在の状態，目標に向かっての経過状況，治療・看護介入に対する反応を記録することに焦点を当てて記録する<sup>7)</sup>。

ケア計画のなかに患者に期待される結果を適切に記入するならば，フォーカスチャーティングをより効果的に使用することになる。



●資料4 初期計画の例

患者ID番号 ( ) 患者名 ( )				
日付	問題	計画	達成予定日	サイン
2006. 7. 15	# 1	Dx or Ox 1. 食事摂取時の嚥下の状態 2. 食事時の体位 3. …… 4. …… 5. ……  Rx or Cx 1. 食事時の体位を座位にする。 または、ベッドの頭部を挙上する。 2. 食事前に水分で口腔内に湿度を与える。 3. …… 4. …… 5. ……  Ex 1. 食事は落ち着いてゆっくり食べるように説明する。 2. 食事や水分を摂取する時は、上半身を挙上するように説明する。 3. …… 4. …… 5. ……	2006. 7. 20	〇〇
2006. 7. 15	# 2	Dx or Ox 1. 安静時の脈拍、血圧、呼吸 2. 日中の活動範囲 3. …… 4. …… 5. ……  Rx or Cx 1. 関節可動域の運動を1日2回、3分間を3回行う。 2. 毎日15分ずつベッドの外にいる時間を増やす。 3. …… 4. …… 5. ……  Ex 1. 履き心地のよいウォーキングシューズを履くように指導する。 2. 課題を実行する時は、3分ごとに5分間の休息をするように指導する。 3. …… 4. …… 5. ……	2006. 7. 20	〇〇

● 資料5 SOAP形式による経過記録の例

患者ID番号 ( ) 患者名 ( )		P : Problem S : Subjective O : Objective A : Assessment P : Plan	サイン
日付	時間		
2006. 7. 15	13 : 00	#1 誤嚥リスク状態 S : ご飯を食べる時、むせるんじゃないかと心配した。 この間もむせて咳き込んで苦しかった。 (以下、省略) O : 食事時の体位は半座位で、咽頭と喉頭が前屈位になっている。 食物を食べるのが早い。 (以下、省略) A : むせが心配と言いながら、食物を食べるのが早過ぎる。 もっと落ち着いてよく咀嚼して食べるように指導する必要がある。 食事時の体位は、上半身がまっすぐになるように支援する。 (以下、省略) P : ギャッチアップして上半身を90°まで起こす。 安楽枕で両脇を支えて上半身を安定させる。 (以下、省略)	〇〇

## 2) フォーカスチャーティングのフォーマット

フォーカスチャーティングのフォーマットは、フォーカス欄、D (Data : データ (情報)), A (Action : 行為), R (Response : 反応) の4要素で構成されている。D, Aの意味や基本フォーマットについては、「見直し事例編」の公立宍粟総合病院の事例 (P.42) を参照されたい。

の継続性も保証され、有効に活用できるのである。

看護記録の充実は、看護過程の展開をいかに真摯な態度で実践し、看護師の役割機能を果たすかにかかっている。看護師の状況判断能力、看護アセスメント能力、看護実践能力を高め、看護実践の質を高めて、看護師の責務を果たそう。

## おわりに

経過記録、フローシート、POS、フォーカスチャーティングのフォーマットについて検討してきた。これらのことからわかったことは、看護記録は看護実践の質を問われるものであるということである。質の高い看護実践が行われてこそ、記録がされる。ケアや患者の状態を記録しているからこそ、過去から現在までの患者の状態と看護判断が読み取れる。そして、明日のケアへの示唆が得られ、看護

### 引用・参考文献

- 1) 日本看護協会編：日本看護協会看護業務基準集、P.146、日本看護協会出版会、2002。
- 2) 前掲1)、P.147。
- 3) 森田敏子：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、月刊看護きろく、Vol.16、No.1、P.10～18、2006。
- 4) 鎌田智恵子他：看護診断を導入したPONR・看護基礎情報収集用紙作成と活用例、月刊看護きろく、Vol.16、No.1、P.20～27、2006。
- 5) 田村嘉奈子他：アセスメントに有効な記録用紙の作成～質問表とゴードン枠に基づいたデータベース、月刊看護きろく、Vol.16、No.1、P.28～41、2006。
- 6) 溝口妙子：13領域で情報収集できるデータベース用紙への見直し～その意義と必要性の検証ポイント、月刊看護きろく、Vol.16、No.1、P.42～51、2006。
- 7) スーザン・ランピー著、岩井郁子監訳：フォーカスチャーティングー患者中心の看護記録、P.9、医学書院、1997。