
平成 28 年度 活動報告書

看護師と医師が協働するケア・キュア融合型 症状マネジメントモデルの開発

日本学術振興会科学研究費助成事業（基盤研究 A）
（課題番号：16H02695）

平成 28 年（2017 年）

看護師と医師が協働するケア・キュア融合型症状マネジメントモデルの開発

（課題番号：16H02695）

研究代表者 内布 敦子（兵庫県立大学 看護学部）

研究分担者 川崎 優子（兵庫県立大学 看護学部）

荒尾 晴恵（大阪大学 医学系研究科）

秋元 典子（岡山大学 保健学研究科）

松岡 順治（岡山大学 保健学研究科）

木澤 義之（神戸大学 医学研究科）

宮下 美香（広島大学 医歯薬保健学研究院）

中野 宏恵（兵庫県立大学 看護学部）

福田 正道（兵庫県立大学 看護学部）

共同研究者 安達美樹（熊本大学医学部附属病院）

井沢知子（京都大学医学部附属病院）

磯元淳子（兵庫県立尼崎総合医療センター）

江藤美和子（社会医療法人生長会 ベルランド総合病院）

大内紗也子（京都大学医学部附属病院）

方尾志津（国立病院機構 熊本医療センター）

菊田美穂（国家公務員共済組合連合会 浜の町病院）

北川善子（高知大学医学部附属病院）

北山奈央子（国立病院機構 姫路医療センター）

福井由紀子（姫路赤十字病院）

周治規子（草津総合病院）

杉江礼子（大津市民病院）

西谷葉子（京都第二赤十字病院）

日下咲（兵庫県立がんセンター）

吉岡とも子（京都府立医科大学附属病院）

吉野葵（市立池田病院）

吉本歩（松江市立病院）

湯浅幸代子（兵庫県立大学看護学研究科）

脇口優希（京都大学医学部附属病院）

研究班ホームページ：<http://sm-support.net/>

はしがき

平成 9 年に University of California San Francisco 校から兵庫県立大学（当時は兵庫県立看護大学）の教授として赴任してこられた Dr. Patricia Larson によってもたらされた症状マネジメントモデル（The Model of Symptom Management : MSM）の基本的な考え方に共鳴したときから、この研究活動は始まっている。Larson 先生は、患者の痛みの体験に焦点をあてること、患者は 24 時間症状を体験しているのでむしろ医療者より優れたマネジメントのエキスパートであると認識することなど、モデルを理解するうえで重要なポイントを私たちに示してくれた。その後、Dr. Larson は、臨床看護師たちの声にこたえて、このモデルを実践するために 1999 年、患者へのアプローチモデル（IASM ; Integrated Approach to Symptom Management）を発表した。それを看護活動として実現するために、同年ガイドブックを作り、それ以降、多くの研究者や臨床看護師がモデルを用いて患者とともに医師にも働きかけ症状緩和に成果を上げている。

がんそのものによる症状だけでなく、治療に伴う有害事象もマネジメントする必要がある、IASM の提供範囲は広がっている。私たちは平成 24～27 年度の 4 年間、日本学術振興会科学研究費の助成（基盤研究 B）を受け、リンパ浮腫、口内炎、皮膚症状、排泄障害といった優先すべき症状 4 つを取り上げ、症状ごとの IASM 活動ガイドブックを作成した。また知識提供に必要なマテリアルもあわせて作成し、それらを使った介入研究を進めている。

症状マネジメントにおいては看護師のみの活動モデルでは限界があり、多職種、特に医学的診断と処方などの医療行為を行う医師の役割は重要な位置を占める。医師をモデル内に位置付け、医師と協働で IASM による患者支援を行うことができれば、患者と医療者のパートナーシップのもとに医師、看護師双方の機能を強化した患者中心のチーム医療を実現できるのではないかと考え、この研究に取り組むことにした。看護師・医師協働型モデル内での医師には、診断、治療、ケアの役割機能を期待したい。医師には診断、治療については明確な役割があるが、ケアについては成文化、明文化されていない。そこで医師のケアの内容を吟味することが必要であると考え、一年目（本報告書）は文献検討およびフィールド調査を行うこととした。

兵庫県立大学看護学研究科
看護師と医師が協働するケア・キュー融合型症状マネジメントモデルの開発
（IASM 研究班）
研究班代表 内布敦子

【目 次】

I. 研究の概要

1. 平成28～31年度の4年間の計画	1
1) 研究の背景と目的	
2) 研究組織	
3) 平成28～31年度の全体像	
2. 平成28年度 研究計画	4

II. 平成28年度 研究成果

1. ケアに関する文献検討	5
1) 看護師のケアに関する文献・尺度	
2. 医師のケアに関する文献・尺度	22
3. フィールド調査	25
1) 臨床医師にみられるケア行動	
2) 平成28年度に行われた学術集会に発表された 医師のケアに関連した発表の調査	
4. 研究コンサルテーションの結果	31

I. 研究の概要

1. 平成 28～31 年度の 4 年間の計画

1) 研究の背景と目的

(1) 研究の学術的背景

➤ 診断の時から行う緩和ケアによって生存期間が延長することが検証されている

診断早期から緩和ケアを提供することによって生存期間を延長するというエビデンスが注目され (Temel J. et al.2010)、終末期の不快症状だけでなく、診断の時から発生する心理社会的負担、診断治療に伴う有害事象に対してキュアとケアを包括的に行うことの有効性に期待が寄せられている。Temel らが行った実践は専門看護師、医師らからなるチームアプローチであったことが知られており、multidisciplinary な介入の有用性が注目されている。我が国では 2007 年のがん対策法施行以来、緩和ケアを診断の時から提供することが推奨されているが、広く医療現場に浸透しているとは言い難い。がん患者は、治療の意思決定、療養管理、症状マネジメントなど多岐にわたる問題に直面するので、他職種の関与が必須であり、特に看護の役割は大きい。

➤ 症状マネジメントの統合的アプローチに関する研究

緩和ケアの領域で症状マネジメントのための看護活動モデルとして広く活用されてきた症状マネジメントの統合的アプローチ (Integrated symptom management : 以下 IASM) (P. Larson, A. Uchinuno, 1999) は、看護師と患者とのパートナーシップを基盤に展開される。多職種、特に医学的診断と処方などの医療行為を行う医師の役割は重要な位置を占めるにもかかわらず、これまでモデルに組み込まれないまま運用されてきた。医師と協働で IASM による患者支援を行うことができれば、患者と医療者のパートナーシップのもとに医師、看護師双方の機能を強化した患者中心のチーム医療を実現できるのではないかと考える。

➤ 医師は有用なケアの担い手でもあり、看護師は有用なキュアの担い手でもある

従来から医師は治療 (キュア) に責任を持ち、主に身体面への医学的介入を行い、看護師はケアを担うという観念的な考えがあるが、実際の医療現場では、医師は少なからず患者の心理に配慮したケアを実践している。一方、看護師はケアの専門家と言いながら、そのほとんどの時間を医師の指示のもとに行うキュアに費やしている。医師と看護師の役割は免許による法的な権限を最低限守りながら、おかれている臨床現場の状況によっても変化する。医師も看護師も実際にはケアもキュアも融合して提供しているものと思われるが、その様相は明らかではない。キュアはケアによってその効果を高め、ケアはキュアによって支えられて効果をあげていると思われる。医師および看護師のケア・キュア行動を明らかにし、統合的症狀マネジメントアプローチモデルにチームによる協働の考えを組み入れることが必要と考える。

➤ 有効な多職種協働のモデルは検証されていない

国内のがん治療の現場ではこのような包括的ケアを行うための人材、システムともに不足しており、2012 年以降の二次がん対策推進計画では、がん診療連携拠点病院でがん看護専門看護師または認定看護師が告知後の相談を引き受け、包括的な療養相談の要となるよう緩和ケアセンター構想が進められているが具体的な活動指針が示されているわけではない。一方、チーム医療については観察研究によって、多職種がそれぞれの専門性を投入する様相が明らかになり、その類型化も研究されている (細田、2003) が、医療分野で有効なチーム編成や運営の技

法について研究の蓄積はほとんどない。一方、日本緩和医療学会学術集会でチーム医療関連の演題数は飛躍的に増えている（2011 年 42 件から 2015 年 70 件へ）が、多くはチームの活動実績を論じた研究であり、患者参加を重視した活動展開はまだモデル化されていない。

➤ 症状マネジメント統合的アプローチモデルの開発経緯と問題点

代表者らが米国看護学研究者のラーソンらとともに開発し、運用を進めている IASM は、患者中心、セルフケア支援を中心コンセプトとしている（内布,1998）。IASM はがん看護関係の教科書等で紹介され（内布 2010）、専門看護師や認定看護師の教育にも導入され、研究の概念枠組みとしても用いられている。また臨床看護の現場で事例に適用して看護の質改善をめざしている病院もみられている。IASM 研究班は、現在、治療期の症状マネジメントに対応するため、4 つの症状別のガイドブックを開発し、現在介入研究を行っている（web サイト,2012）。IASM による事例介入によって患者のセルフケア能力や自己効力感が改善することは事例研究によって検証されているが（荒尾,2002）、セルフケア理論による self-care agency の査定方法や症状のメカニズムや患者への知識・技術の提供における医学的エビデンスの保証は課題となっている。医学的な介入については、医師の協力を得て行うことを推奨しているが医師や他の職種を巻き込んだチームとしての具体的な活動指針は示されていない。

（2）研究の目的

本研究は以下の目的を達成し、看護師と医師が協働するケア・キュア融合型症状マネジメントモデルの開発をめざすことである。

- ①モデルに組み込むために症状マネジメントにおける医師のケア認識、ケア行動を明らかにする。医師はキュア、看護師はケアという画一的な役割分担ではなく、双方がキュアもケアも行っている現場実践のデータを踏まえて、それぞれの scope of practice を明らかにする。
- ②症状マネジメントの統合的アプローチモデル (IASM) を看護活動モデルとしてだけでなく、患者を中心に医師と看護師がキュアとケアの機能を発揮しやすいケア・キュア融合型看護師医師協働の症状マネジメントモデルとして発展させる。

（3）本研究の学術的な特色・独創的な点、及び予想される結果と意義

医学によるキュア・ケア、看護によるケア・キュアがそれぞれの専門性のなかで醸成されれば、協働による効果は患者に直接反映され、医療の質は飛躍的に改善されると推測する。診断と治療に責任を持つ医師の理解する「機能する身体」と看護師がモニタリングし関与して理解する「生活し思考し行動する身体」の理解は必ずしも同じものではない。医師の持つ詳細な検査結果や画像の読解技術は看護師の身体像を修正し、看護師のもつ「生活し行動する身体」の理解は医師の治療検討に影響する可能性がある。また患者の症状体験を医療者が患者視点で深く理解するモデルであるので、単に症状を軽減するのではなく患者の価値観、意思を確認しながら症状緩和を進めることが実体化することを期待している。

2）研究組織（平成 28 年度）

研究代表者 内布 敦子（兵庫県立大学 看護学部）

研究分担者 川崎 優子（兵庫県立大学 看護学部）

荒尾 晴恵（大阪大学 医学系研究科）
秋元 典子（岡山大学 保健学研究科）
松岡 順治（岡山大学 保健学研究科）
木澤 義之（神戸大学 医学研究科）
宮下 美香（広島大学 医歯薬保健学研究院）
中野 宏恵（兵庫県立大学 看護学部）
福田 正道（兵庫県立大学 看護学部）
共同研究者 安達美樹（熊本大学医学部附属病院）
井沢知子（京都大学医学部附属病院）
磯元淳子（兵庫県立尼崎総合医療センター）
江藤美和子（社会医療法人生長会 ベルランド総合病院）
大内紗也子（京都大学医学部附属病院）
方尾志津（国立病院機構 熊本医療センター）
菊田美穂（国家公務員共済組合連合会 浜の町病院）
北川善子（高知大学医学部附属病院）
北山奈央子（国立病院機構 姫路医療センター）
福井由紀子（姫路赤十字病院）
周治規子（草津総合病院）
杉江礼子（大津市民病院）
西谷葉子（京都第二赤十字病院）
日下咲（兵庫県立がんセンター）
吉岡とも子（京都府立医科大学附属病院）
吉野葵（市立池田病院）
吉本歩（松江市立病院）
湯浅幸代子（兵庫県立大学看護学研究科）
脇口優希（京都大学医学部附属病院）

3) 平成 28～31 年度の全体像

看護師・医師協働のケア・キュア融合型症状マネジメントアプローチモデル開発の手順として、以下の研究を計画した。

- ①医師のケア認識、ケア行動について文献検討、症状マネジメントを実践している医師にヒアリングを行い、大まかなケア認識、ケア行動の要素を抽出する。
- ②①の要素をもとにグループインタビューを企画し、より多くの医師のケア認識、ケア行動を収集する。データは内容分析を行い、ケア認識および行動のカテゴリーを抽出し、構造を明らかにする。
- ③②をもとに質問紙を作成し、質問紙調査（看護師、医師対象）を行う。
- ④暫定モデル作成と事例研究による有効性の検討を行う。評価指標は（症状 grade、Paformance Status、ケアリング得点、費用分析等）。

Ⅱ．平成 28 年度研究成果

1．ケアに関する文献検討

1) 看護師のケア（ケアリング）に関する文献・尺度

【ワトソン看護論】

ワトソンは、1979 年に発表した「看護：ケアリングの哲学と科学」の中で、主要な 7 つの前提と 10 の主要なケア因子を提示している。彼女は看護の中心は人間的で哲学的な価値と科学的な知識を統合づけ、人間の尊厳や人間性を護ることであると考えている。看護者が人間主義的な哲学と価値体系をもつことでケアリング科学の基盤を築くことができる。

<主要な前提>

- ①ケアリングは、対人関係の中でのみ実践することができるし、また適切に提示することができる。
- ②ケアリングはケア因子からなり、それらは人間のニーズを充足する。
- ③効果的なケアリングは健康を増進し、個人もしくは家族の成長を促す。
- ④ケアリングは人々をあるがままに受容するだけでなく、成長の可能性をもつものとして受容する。
- ⑤ケアリング環境は、その時点でその人にとって最も良い行為が選択できるという潜在能力の発達を促す。
- ⑥ケアリングは、キュアより健康をもたらす。ケアリングの実践は、身体にかかわる知識と人間行動に関する知識とを統合して健康を増進し、また病む人の世話にあたる。ケアリングの科学は、したがってキュア科学と補足し合うものである。
- ⑦ケアリングの実践こそが、看護の中心的課題である。

<10 の主要なケア因子>

- ①人間的・利他的な価値システムの形成 (formation of a humanistic-altruistic system of values) : 与えることを通して得られる満足感と、自己の存在感を拡大させる。
- ②信頼・希望の吹き入れ (instillation of faith-hope) : 人道的な価値と利他的な価値を含んでおり、ホリスティックな看護ケアと肯定的な健康を促進する。また看護師の役割は、効果的な看護師・患者相互関係を発展させることと、患者が健康を求めるように援助して、患者がウェルネスを促進することであるとされている。
- ③自己および他者に対する感受性の育成 (cultivation of sensitivity to self and to others) : 看護師にとっても、患者にとっても、感情を認識することが、自己受容につながり、自己実現を可能にする。看護師が、自己の感性や感情に気づくことができれば、他者にも、より純粋に、利他的に、感情豊かになることができる。
- ④援助・信頼関係の発展 (development of a helping-trust relationship) : 看護師と患者の間に、援助・信頼関係を発展させていくことは、トランスパーソナルなケアリングにとって欠かせないことである。信頼関係は、肯定的感情と否定的感情の両方を表現することを促し、それらを受け入れる。このような関係には、一致、共感、所有的でない温かさ、効果的なコミュニケーションなどが含まれる。一致には、真実であること、正直であること、純粋であること、信頼に値することなどが含まれる。共感とは、他者の認知や感情とともに

経験し、理解する能力であり、そして理解したことを伝え対話する能力である。効果的なコミュニケーションは、認知的・情意的・行動的反応を含んでいる。

- ⑤ 肯定的感情表出と否定的感情表出の促進と受容 (promotion and acceptance of the expression of positive and negative feelings) : 看護師は、肯定的な感情も否定的な感情も、それらを共有できるように準備しておかなければならない。
- ⑥ 意思決定の科学的問題解決法の体系的活用 (systematic use of the scientific problem-solving method for decision making) : 看護過程を活用することによって、科学的問題解決法に基づく看護ケアが可能となる。
- ⑦ 対人的な教授・学習の促進 (promotion of interpersonal teaching-learning) : この考え方によって患者に十分な情報を与え、ウェルネスと健康に対する責任を患者に委ねることが可能となる。患者自らが、セルフケアを行う機会、自己のニーズを判定する機会、また自己成長する機会を可能な限り獲得することを目標とした教授・学習技術を活用するように、看護師は促進する。
- ⑧ 支持的、保護的、矯正的な精神的・身体的・社会文化的・スピリチュアルな環境の提供 (provision for supportive, protective, and corrective mental, physical, sociocultural, and spiritual environment) : 看護師は、けんこうおよび病気に関連している環境要因、すなわち外的あるいは内的な要因を十分認識していなければならない。このような要因の中で、内的な環境に関連しているものには、心的そしてスピリチュアルな安寧や、その人の有している社会文化的な信念などが含まれている。外的な要因には、疫学的な要因に加えて、快適でプライバシーが保たれており、安全で、清潔で、美的な環境要因が含まれている。
- ⑨ 人間のニーズに対する充足への援助 (assistance with gratification of human needs) : 看護師は、自分自身および患者の身体的・心理身体的・心理社会的・内的・対人的ニーズを認識し、考慮する必要がある。
- ⑩ 実存的・現象学的な力の受け入れ (allowance for existential-phenomenological forces) : ワトソンは、現象に関連している因子を理解することは極めて困難であるが、これによって、自己と他者をよりよく理解する思考をもたらす体験が提供され则认为している。

【ケア／ケアリングに関する質的・量的研究の内容分析】

操ら（1996）は、英語圏で 1975 年～1994 年 1 月までに発表された患者・看護師間の関わり・相互作用に焦点をあてたケア／ケアリングに関する研究論文を対象に内容分析を行い、ケアリングの特性を見出している。MEDLINE および CINAHL を用いて文献検索を行い、30 名の研究者による 47 編の研究論文が分析の対象となっている。ケア／ケアリングの諸属性の分析の結果、5 つのカテゴリーと 13 のサブカテゴリー（下線部）が明らかになったことを報告している。

- ① 看護婦（師）の特性：個人的特性は、親切、優しさ、明るさなどの人間的特性、感受性、コーピング能力、自己観が含まれていた。専門職としての特性では、態度、知識、臨床能力などが含まれていた。

- ②看護活動：個別的／具体的看護行為・行動では、身体的ケア／直接的ケア、臨床判断、コミュニケーション、指導・教育、カウンセリング、管理が含まれていた。看護の提供スタイルでは、患者に看護師の全神経を集中させる、患者を最優先させる、時、行事感慨でも患者のために何かを行おうとする努力などが含まれた。その他、タッチング、そばにいる (presence)、患者の権利擁護 (advocacy)であった。
- ③患者・看護婦（師）の関係性：先行条件には、看護師のモチベーションとして患者への関心、心配等が含まれ、患者・看護婦関係を開始するための動機、必要条件が含まれた。プロセスでは、共感、関与 (involvement)、患者との共同 (collaboration)、理解など患者・看護婦関係の経過に関するものが含まれた。機能では、支持・サポート、力を与える、保護、励ましなどが含まれた。
- ④ケアリングによってもたらされるアウトカム：患者のアウトカムには、肯定的感情、身体的安全、自律の促進、自身の有効性・有用性、自己表出、看護師の存在の認識、具体的欲求の充足、健康の維持・増進、進歩と希望、重要・特別である自身の存在が含まれた。看護師のアウトカムは、専門職としての自己実現の内容が含まれた。患者・看護師両者のアウトカムは、両者の関係を持ったことによりお互いに利益を得、成長したという内容が含まれた。

佐藤ら（2004）は、わが国で 1983 年～2002 年に発表された原著論文を対象に内容分析を行い、「ケアリング」の概念・介入方法の確立や、現在教育している看護家庭との関連の明確化を行っている。医学中央雑誌を用いて「ケアリング」をキーワードに検索された原著論文は 20 編であり、質的研究 16 件、量的研究 4 件であり、抽出された文献の中で、研究対象が患者であり、面接調査でケアリングとなる看護ケアや看護師の要件を抽出したものに、以下が含まれていたことを報告している。

- ・終末期がん患者にとってケアリングとなった関わりは、①ケア提供者への信頼が深められるケアリング、②サポートされていることに気づくことができるケアリング、③希望が支えられるケアリング、④自己の限界を受容しながら苦難に立ち向かえるケアリング、⑤事故の安定が保たれるケアリングの 5 項目であった。（片岡純ら，1999）
- ・悲嘆状況にある患者のケアで抽出されたケアリング項目は、意図的タッチ、積極的傾聴、存在、場所の選択、良い評価の 5 つであった。（松田ら，1999）
- ・ケアリングを成立させる看護婦の要件は、ノルマ・マニュアルを超えた対応（①態度、②時間的対応、③技術的能力）と高いモラル（①謙遜、②熱意、③意欲）であった。（岩本，1997）

【ケアリングの測定用具】

ケア／ケアリングに関する文献や、開発された尺度が多数見られるが、ジーン・ワトソン著（筒井真優美 監訳）の「看護におけるケアリングの探求―一手がかりとしての測定用具」（2003）の中では論文や測定用具が取り上げられている。測定用具には、ケアリングに関する行動、特性、能力、効力、専門性などを測定するものが見られるが、ここでは本研究に関連すると思われる行動、特性、能力の質問紙の一部を紹介する。

- Smith M. C. (1999). Caring and the science of unitary human beings. *ANS Adv Nur Sci.* 21(4),14-28.

ロジャーズ科学論の Unitary Human Being から、ケアリングに関する 5 つの意義（①意思表示、②パターンの認識、③ダイナミックな流れの調和、④無限の体験、⑤創造的出現の促進）について検証し続けている。

看護師のケアリングに関する意味上の表現 (Semantic Expressions of Caring)

①意思表示（解釈：自身の中に意思をもつ）(Manifesting Intentions)

人間中心の態度
 尊厳と人間性を守ること
 傷つきやすさを緩和するのを委ねること
 注意と関心を向けること
 人間と人間の生命に関する敬意
 愛soして相互の存在
 確実性と有効性
 共にいること
 注意、同情、焦点
 同情を感じる
 尊敬
 意図的な存在
 他者といること
 他者を知る、承認する、肯定する、たたえる態度

②パターンの認識（解釈：他者への関心がある）(Appreciating Pattern)

愛らしい、愛されるにふさわしいものとして他者に価値を置くこと
 人間全体を大事にすること
 正当な者として他者の主観性や全体性を引き受けること
 パターンを変えようとせずに、出現しているパターンを認めること
 人間の尊厳を認めること
 瞬時に完全なものとして他者を見ること
 変化に可能性を開くこと
 自然な治癒資源をより深く理解しようとするのと、認めようとする
 生命力、パターン、パラドックス
 それぞれがかけがえのない人間であるという認識を与えるパターンの出現に
 対する感受性
 判断を超越すること
 断片の裏から存在全体を観察すること

③ダイナミックな流れの調和（解釈：つながり関係をつくる）(Attuning to Dynamic Flow)

瞬時に巧妙に調和すること
 自分と他者への感受性
 結びつくこと
 所属すること、相互に結びついていること
 関係がある文脈で生きること
 人の存在を知ることと、状況がわかること
 同時性と、人間の統合
 愛すること
 力強い共鳴
 看護師の意識のパターンあるいは揺れを他者に合わせていくこと

④無限の体験（解釈：自己の開放、すべての事象の受け入れ）（Experiencing the Infinite）

時間と空間に拘束された身体的世界と物質的世界を超越すること
自分の感覚を広げること：超越した特性
知識の最も高度な形式
神聖な愛を広げること
存在論的な神秘
例的結合 - 自己、時間、空間を超越すること
寛容であることとそれを示すと
ケアリングの時が、過去/現在そして予想される未来との間を関係付けること

⑤創造的出現の促進（解釈：相互関係をつむぎ出し続ける）（Inviting Creative Emergence）

希望のある態度を保つこと
ケアリングを表現するための能力を伸ばすこと
相互のプロセスを変化させること
ケアリング行為：内部に霊的な生命力を増大させること
より深い生命力を呼び覚ますこと；それぞれの人間の中に霊的な生命力を生むこと
人間の能力を広げること
創造的出現を促進すること

- Larson, P. (1984). Important nurse caring behaviors perceived by patients with cancer. *Oncology Nursing Forum*. 11, 46-50.

The Caring Assessment Report Evaluation Q-sort（ケアリング・アセスメント質問紙）

Larson は、ケアリング行動を看護師が実践している事に関するデルファイの調査と、看護師のケアリング行動に対する患者の認識に関する研究を用いた。看護師のケアリング行動は、看護師 69 人のケアリング行動を検証した結果から得ており、後に 50 項目に減らされた。50 の行動に関する項目は、ケアリングに関するサブスケール（近づきやすさ 6 項目、説明や手助け 6 項目、安楽 9 項目、予測 5 項目、信頼関係 16 項目、見守りとやり遂げること 8 項目）に整理された。

現在、スウェーデン語、中国語に訳され、2005 年には水野らが日本語版を開発している。

(Mizuno M., Ozawa M., Evans R.D., Okada A., Takeo K. (2005). Caring Behaviors Perceived by Nurses in a Japanese Hospital. *J Nurs Studies*. 4(1), 13-19.)

CARE-Q Items and Scales

Subscales	Item
Accessible	1. Frequently approaches the patient first, e.g., offering such things as pain medication, back, rub, etc.
	2. Volunteers to do "little" things for the patient, e.g., brings a cup of coffee, paper, etc.
	3. Gives the patient's treatments and medications on time.
	4. Checks on the patient frequently.
	5. Gives a quick response to the patient's call.
	6. Encourages the patient to call if he/she has problems.
Explains and facilitates	7. Tells the patient of support systems available, such as self-help groups or patients with similar disease.
	8. Helps the patient not to feel dumb by giving him/her adequate information.

	9. Tells the patient, in understandable language, what is important to know about his/her disease and treatment.
	10. Teaches the patient how to care for himself/herself whenever possible.
	11. Suggests questions for the patient to ask her/his doctor.
	12. Is honest with the patient about his medical condition.
Comforts	13. Provides basic comfort measures, such as appropriate lighting, control of noise, adequate blankets, etc.
	14. Provides the patient encouragement by identifying positive elements related to the patient's condition and treatment.
	15. Is patient even with "difficult" patients.
	16. Is cheerful.
	17. Sits down with the patient.
	18. Touches the patient when he/she needs comforting.
	19. Listens to the patient.
	20. Talks to the patient.
	21. Involves the patient's family or significant others in their care.
Anticipates	22. Realizes that the nights are frequently the most difficult time for the patient.
	23. Anticipates the patient's and her/his family's shock over her/his diagnosis and plans opportunities for them, individually or as a group, to talk about it.
	24. Knows when the patient has "had enough" and acts accordingly, e.g., rearranges an examination, screens visitors, insures privacy.
	25. Is perceptive of the patient's needs and plans and acts accordingly, e.g., gives anti-nausea medication when patient is receiving medication which will probably induce nausea.
	26. Anticipates that the "first times" are the hardest and pays special attention to the patient during these times.
Trusting relationship	27. When with a patient, concentrates only on that one patient.
	28. Continues to be interested in the patient even though a crisis or critical phase has passed.
	29. Offers reasonable alternatives to the patient, such as choice of appointment times, bath times, etc.
	30. Helps the patient establish realistic goals.
	31. Checks out with the patient the best time to talk with the patient about changes in his/her condition.
	32. Checks her/his perceptions of the patient with the patient before initiating any action, e.g., if she/he (the nurse) has the feeling that the patient is upset with the treatment plan, discusses this with the patient before talking about it to the doctor.
	33. Helps the patient clarify his thinking in regard to his/her disease and treatments.
	34. Realizes that the patient knows himself the best and whenever possible includes the patient in planning and management of his/her care.
	35. Encourages the patient to ask her/him any questions he/she might have.
	36. Puts the patient first, no matter what else happens.
	37. Is pleasant and friendly to the patient's family and significant others.
	38. Allows the patient to express his feelings about his/her disease and treatment fully, and treats the information confidentially.
	39. Asks the patient what name he/she prefers to be called.
	40. Has a consistent approach with the patient.
	41. Gets to know the patient as an individual person.

Monitors and follows through	42. Introduces himself/herself and tells the patient what she/he does.
	43. Is professional in appearance—wears appropriate identifiable clothing and identification.
	44. Makes sure that professional appointment scheduling, e.g., x-ray, special procedures, etc., are realistic to the patient's condition and situation.
	45. Is well organized.
	46. Knows how to give shots, I.V.s, etc., and how to manage the equipment like I.V.s, suction machines, etc.
	47. Is calm.
	48. Gives good physical care to the patient.
	49. Makes sure others know how to care for the patient.
	50. Knows when to call the doctor.

- Wolf, Z. R. (1986). The caring concept and nurse identified caring behaviors. *Topics in Clinical Nursing*. 8(2), 84-93.

Wolf, Z. R., Giardino, E. R., Osborne, P. A., & Ambrose, M. S. (1994). Dimensions of nurse caring. *Image: Journal of Nursing Scholarship*. 26(2), 107-111.

Caring Behaviors Inventory (ケアリング行動質問紙)

概念の理論的根拠は、総論ではケアリングの文献から、各論ではワトソンのトランスパーソナル・ケアリング理論（1988）から得ている。CBIはトータルスコアが42～168までのリッカート・スケールである。対象者はケアリングの言葉とフレーズを4段階のスケールで評価するように求められる。当初開発時は75項目、後に計量心理学のプロセスを経て改訂され最終的に42項目になった。42項目中には5つの関連するサブスケール（他者に敬意を表した尊敬、人間存在の確実性、肯定的な結びつき、専門的な知識と技術、他者の存在に対する思いやり）がある。

Caring Behaviors Inventory

1. Attentively listening to the patient.
2. Giving instructions or teaching the patient.
3. Treating the patient as an individual.
4. Spending time with the patient.
5. Touching the patient to communicate caring.
6. Being hopeful for the patient.
7. Giving the patient information so that he or she can make a decision.
8. Showing respect for the patient.
9. Supporting the patient.
10. Calling the patient by his/her preferred name.
11. Being honest with the patient.
12. Trusting the patient.
13. Being empathetic or identifying with the patient.
14. Helping the patient grow.

-
15. Making the patient physically or emotionally comfortable.
 16. Being sensitive to the patient.
 17. Being patient or tireless with the patient.
 18. Helping the patient.
 19. Knowing how to give shots, IVs, etc.
 20. Being confident with the patient.
 21. Using a soft, gentle voice with the patient.
 22. Demonstrating professional knowledge and skill.
 23. Watching over the patient.
 24. Managing equipment skilfully.
 25. Being cheerful with the patient.
 26. Allowing the patient to express feelings about his or her disease and treatment.
 27. Including the patient in planning his or her care.
 28. Treating patient information confidentially.
 29. Providing a reassuring presence.
 30. Returning to the patient voluntarily.
 31. Talking with the patient.
 32. Encouraging the patient to call if there are problems.
 33. Meeting the patient's stated and unstated needs.
 34. Responding quickly to the patient's call.
 35. Appreciating the patient as a human being.
 36. Helping to reduce the patient's pain.
 37. Showing concern for the patient.
 38. Giving the patient's treatments and medications on time.
 39. Paying special attention to the patient during first times, as hospitalization, treatments.
 40. Relieving the patient's symptoms.
 41. Putting the patient first.
 42. Giving good physical care.
-

- Cronin, S., & Harrison, B. (1988). Importance of nurse caring behaviors as perceived by patients after myocardial infarction. *Heart and Lung*. 17(4), 374-380.

Caring Behaviors Assessment Tool (ケアリング行動アセスメントツール)

ケアリングをアセスメントするために開発された初期のツール。ワトソン（1985、1988）の理論とその業績の中に特徴づけられた 10 のケア因子の上に基盤を置く。CBA は看護師の 63 のケアリング行動からなり、ワトソンのケア因子に適合する 7 つのサブスケール（ヒューマニズム/信頼・希望・感受性、助けること/信頼、ポジティブ/ネガティブの表現、教えること/学ぶこと、支持的/保護的/救済的、人間としてのニード/援助、実存主義的/現象学的）に分けられている。

Caring Behaviors Assessment Tool

1. Treat me as an individual.
 2. Try to see things from my point of view.
 3. Know what they're doing.
 4. Reassure me.
 5. Make me feel someone is there if I need them.
 6. Encourage me to believe in myself.
 7. Point out positive things about me and my condition.
 8. Praise my efforts.
 9. Understand me.
 10. Ask me how I like things done.
 11. Accept me the way I am.
 12. Be sensitive to my feelings and moods.
 13. Be kind and considerate.
 14. Know when I've "had enough" and act accordingly (for example, limiting visitors).
 15. Maintain a calm manner.
 16. Treat me with respect.
 17. Really listen to me when I talk.
 18. Accept my feelings without judging them.
 19. Come into my room just to check on me.
 20. Talk to me about my life outside the hospital.
 21. Ask me what I like to be called.
 22. Introduce themselves to me.
 23. Answer quickly when I call for them.
 24. Give me their full attention when with me.
 25. Visit me if I move to another hospital unit.
 26. Touch me when I need it for comfort.
 27. Do what they say they will do.
 28. Encourage me to talk about how I feel.
 29. Don't give up on me when I'm angry.
 30. Help me understand my feelings.
 31. Don't give up on me when I'm difficult to get along with.
 32. Encourage me to ask questions about my illness and treatment.
 33. Answer my questions clearly.
 34. Teach me about my illness.
 35. Ask me questions to be sure I understand.
 36. Ask me what I want to know about my health/illness.
 37. Help me set realistic goals for my health.
 38. Help me plan ways to meet those goals.
 39. Help me plan for my discharge from the hospital.
-

-
40. Tell me what to expect during the day.
 41. Understand when I need to be alone.
 42. Offer things (position changes, blankets, back rub, lighting, etc.) to make me more comfortable.
 43. Leave my room neat after working with me.
 44. Explain safety precautions to me and my family.
 45. Give me pain medication when I need it.
 46. Encourage me to do what I can for myself.
 47. Respect my modesty (for example, keeping me covered).
 48. Check with me before leaving the room to be sure I have everything I need within reach.
 49. Consider my spiritual needs.
 50. Are gentle with me.
 51. Are cheerful.
 52. Help me with my care until I'm able to do it for myself.
 53. Know how to give shots, IVs, etc.
 54. Know how to handle equipment (for example, monitors).
 55. Give me treatments and medications on time.
 56. Keep my family informed of my progress.
 57. Let my family visit as much as possible.
 58. Check my condition very closely.
 59. Help me feel like I have some control.
 60. Know when it's necessary to call the doctor.
 61. Seem to know how I feel.
 62. Help me see that my past experiences are important.
 63. Help me feel good about myself.
-

- Hinds, P. (1988). The relationship of nurses' caring behaviors with hopefulness and health care outcomes in adolescents. *Archives of Psychiatric Nursing*. 2(1), 21-29.

Caring Behaviors of Nurses Scale (看護師のケアリング行動スケール)

看護学の実存主義理論から導かれた、22 項目の VAS で開発された。概念的な基盤は、看護のケアリング行為を見つけるために、「①患者の不当な不快感を緩和し、予測されるニーズに応える、②患者の安寧を気にかけていることを伝える、③患者にプロフェッショナルな力量を伝えることを追い求めるような目的のある看護行動と姿勢」としてデザインされた。ツールは看護師のケアリング行動と、入院して薬物乱用の治療を受けている思春期のグループにおける希望およびヘルスケアのアウトカムとの関係を調べ記述するために開発された。

Caring Behaviors of Nurses Scale

FORM A

-
1. Nurse try to help me with worries.
 2. Nurses believe I can succeed.
-

-
3. Nurses point out positive things about me.
 4. Nurses say I won't have a good future.
 5. Nurses give me their suggestions.
 6. Nurses are not interested in what I think.
 7. Nurses tell me there is a chance if I try.
 8. Nurses point out what things could happen to me in the future.
 9. Nurses don't try to understand me.
 10. When I am upset, nurses help me get my mind off bad things.
 11. Nurses do not trust me.
 12. Nurses talk to me about things I don't understand.
 13. Nurses tell me I can pull myself out of it.
 14. Nurses don't point out my progress.
 15. Because of the nurses, I know I'm not alone.
 16. Nurses don't support my efforts to get better.
 17. Nurses are honest with me.
 18. Nurses refuse to help me with my problems.
 19. If nurses see what I don't see, they point it out to me.
 20. Nurses tell me if I work at it, things will get better.
 21. Nurses don't seem to care about my getting well.
 22. Nurses believe I can change.
-

FORM B

-
1. Nurses talk with me about my problems.
 2. The nurses believe in me.
 3. Nurses point out good things about me.
 4. Nurses tell me my future won't be good.
 5. Nurses give me advice.
 6. Nurses are not willing to listen to me.
 7. Nurses tell me life is worth it if I try.
 8. Nurses point out what my future could be like.
 9. Nurses don't show any interest in helping me.
 10. Nurses give me support when things go bad.
 11. Nurses don't let me make my own decisions.
 12. Nurses explain things when I don't see why something happened.
 13. Nurses tell me it's not useless.
 14. Nurses don't point out positive change in me.
 15. Nurses help by just being around.
 16. I don't get help from the nurses.
 17. I can believe what the nurses say to me.
 18. Nurses won't listen to my problems.
 19. Nurses point out things I hadn't thought of.
 20. Nurses tell me something good will happen if I try to make things better.
-

21. Nurses don't seem hopeful for me to do well.

22. Nurses think there is hope for me.

- Harrison, E. (1995). Nurse caring and the new health care paradigm. *Journal of Nursing Care Quality*. 9(4), 14-23.

Professional Caring Behaviors (プロフェッショナルケアリング行動)

看護師のケアリング行動についての 4 つの自由回答式質問に対して 356 名の患者から答えをもらって開発され、2 つの別式 (A と B) の 28 項目で構成されている。概念的理論的基盤は、一般の看護理論やケアリングの文献に関する看護学文献や想起の研究に言及しているものの明確にはされていない。

Professional Caring Behaviors

FORM A

-
1. The caring nurse explains things in a way that is over the patient's head.
 2. The caring nurse uses a gentle tone of voice during procedures.
 3. The caring nurse takes a few minutes just to talk.
 4. The caring nurse understands and shares in the patient's experiences.
 5. The caring nurse is poorly organized when providing care.
 6. The caring nurse touches patients roughly when they are hurting.
 7. The caring nurse seems to be "going through the motions" without any real feeling.
 8. The caring nurse straightens up patient rooms to look nicer.
 9. The caring nurse enters rooms without knocking.
 10. The caring nurse listens carefully to complaints.
 11. The caring nurse learns of patient's special needs.
 12. The caring nurse gives shots in a manner that causes patients less pain and stress.
 13. The caring nurse speaks in a harsh manner.
 14. The caring nurse expresses concern for patients.
 15. The caring nurse does not show real interest in patient's problems.
 16. The caring nurse takes time with patients' families.
 17. The caring nurse does not attend to patients' spiritual beliefs.
 18. The caring nurse remembers patients as real people.
 19. The caring nurse is abrupt and hurried in completing work.
 20. The caring nurse looks unfriendly at patients.
 21. The caring nurse does not give information to patient's family.
 22. The caring nurse is not concerned about patient problems.
 23. The caring nurse leaves soiled linen and dressings in patient's rooms.
 24. The caring nurse touches the patient appropriately.
 25. The caring nurse gives carefully thought out answers.
 26. The caring nurse respects patient's spiritual needs.
-

-
27. The caring nurse does not listen when patients talk about problems and concerns.
 28. The caring nurse gives warm smiles.
-

FORM B

-
1. The caring nurse does a procedure without an explanation.
 2. The caring nurse leaves soiled equipment in the patient room.
 3. The caring nurse's face reflects kindness and concern.
 4. The caring nurse answers the call light in a short period of time.
 5. The caring nurse is well organized.
 6. The caring nurse treats patients like objects.
 7. The caring nurse talks in a warm friendly manner.
 8. The caring nurse gives support to patients' families.
 9. The caring nurse gives opinions without regard for the patient's spiritual beliefs.
 10. The caring nurse is concerned with patients' problems.
 11. The caring nurse ignores patients when they are upset or crying.
 12. The caring nurse shows interest when patients describe problems.
 13. The caring nurse answers before patients have finished talking.
 14. The caring nurse takes a long time to bring pain medication.
 15. The caring nurse finds some way to make the patients' room more pleasant.
 16. The caring nurse moves patients roughly.
 17. The caring nurse seldom smiles.
 18. The caring nurse with patients who are experiencing discomfort.
 19. The caring nurse does not look at patients while doing routine procedures.
 20. The caring nurse listens to patients problems when they need to talk.
 21. The caring nurse gives clear explanations about procedures, tests, and medicines.
 22. The caring nurse ignores the patient's family.
 23. The caring nurse touches patients in a supportive manner.
 24. The caring nurse respects patient's spiritual beliefs.
 25. The caring nurse speaks in a loud sharp voice.
 26. The caring nurse has trouble managing equipment.
 27. The caring nurse calls patients by their proper name.
 28. The caring nurse does not appear concerned by patients' complaints.
-

- Nyberg, J. (1990). The effects of care and economics on nursing practice. *Journal of Nursing Administration*. 20(5), 13-18.

Nyberg Caring Assessment (Attributes) Scale (ナイバーク・ケアリング・アセスメント (特性) スケール)

文献の中で報告されたケアリングの特性を基盤にしている。ケアリングの主観的側面に焦点を合わせ、ヒューマリング特性が看護実践で用いられているかどうか、また看護実践の変化によってケアリング特性が変化するかどうかなどを測定することができる。

Nyberg Caring Assessment (Attributes) Scal

[日本語訳 aihara] (日本語版の信頼性・妥当性は現在検証中)

-
1. 他者のニーズに対して深い敬意を持っている。
 2. 他者が持つ望みに対してあきらめない。
 3. 他者のニーズに敏感である。
 4. 他者に対して助けとなり、信頼される態度で話をしている。
 5. ポジティブな感情もネガティブな感情も伝えている。
 6. 創造的に問題を解決している。
 7. 霊的な力が人間のケアに貢献することを理解している。
 8. ルールの前に関係づくりをしている。
 9. 関係する者のために最善であるかで決定している。
 10. 関係する者のために何が最善かについて理解している。
 11. 表面的なものを越えて、良く人を知ろうとしている。
 12. 技能や技術を上手に実行している。
 13. 目標を達成するための方法を選んでいく。
 14. 状況要因に十分に配慮している。
 15. 他者が成長するのを援助することに関心を持っている。
 16. 個人のニーズと成長のために時間をかける。
 17. ケアリングの機会のための時間を見込んでいる。
 18. 継続的な関係づくりに専念している。
 19. 患者の声を注意深く聴いて、フィードバックを受け入れている。
 20. 他者には成し遂げられることができる可能性があると思っている。
-

- Nkongho, N. (1990). The Caring Ability Inventory. In O. Strickland & C. Waltz (Eds.). *Measurement of Nursing Outcomes* (pp. 3-16). New York: Springer.

Caring Ability Inventory (ケアリング能力質問紙)

他者との関係に巻き込まれたときにケアをする個人の能力を測定するために開発された。4つの理論的前提が基盤となっており、①ケアリングは多次元である、②ケアをする力は全ての個人に備わっている、③ケアリングは学ぶことができる、④ケアリングは数量化できる、である。37項目（知ること14項目、勇気13項目、忍耐10項目）の7段階のリッカートスケールで評価する。

Caring Ability Inventory (ケアリング能力質問紙)

-
1. I believe that learning takes time.
 2. Today is filled with opportunities.
 3. I usually say what I mean to others.
 4. There is very little I can do for a person who is helpless.
 5. I can see the need for change in myself.
 6. I am able to like people even if they don't like me.
 7. I understand people easily.
-

-
8. I have seen enough in this world for what I need to know.
 9. I make the time to get to know other people.
 10. Sometimes I like to be involved and sometimes I do not like being involved.
 11. There is nothing I can do to make life better.
 12. I feel uneasy knowing that another person depends on me.
 13. I do not like to go out of my way to help other people.
 14. In dealing with people, it is difficult to let my feelings show.
 15. It does not matter what I say, as long as I do the correct thing.
 16. I find it difficult to understand how the other person feels if I have not had similar experiences.
 17. I admire people who are calm, composed, and patient.
 18. I believe it is important to accept and respect the attitudes and feelings of others.
 19. People can count on me to do what I say I will.
 20. I believe that there is room for improvement.
 21. Good friends look after each other.
 22. I find meaning in every situation.
 23. I am afraid to “let go” of those I care for because I am afraid of what might happen to them.
 24. I like to offer encouragement to people.
 25. I do not like to make commitments beyond the present.
 26. I really like myself.
 27. I see strengths and weaknesses (limitations) in each individual.
 28. New experiences are usually frightening to me.
 29. I am afraid to be open and let others see who I am.
 30. I accept people just the way they are.
 31. When I care for someone else, I do not have to hide my feelings.
 32. I do not like to be asked for help.
 33. I can express my feelings to people in a warm and caring way.
 34. I like talking with people.
 35. I regard myself as sincere in my relationships with others.
 36. People need space (room, privacy) to think and feel.
 37. I can be approached by people at any time.
-

【症状マネジメントにおけるケアリング】

症状マネジメントにおいてケアリングと解釈できる行動について検討し、以下の行動があげられると考えた。

- ・ 専門的知識の充実
- ・ 理解、傾聴、受け入れ→中心にあるものを知り受け入れる
- ・ 接近する、知る
- ・ 尊重する
- ・ 内在する思考、意味を理解する
- ・ 同じように感じようとする
- ・ 症状のあり様を想像する
- ・ 希望を知る
- ・ 力を感じる
- ・ 失望を感じる
- ・ カバーする（代償する部分）を判定する
- ・ 代償する
- ・ 認める
- ・ 伝え教育する、知識の提供
- ・ 実施できるように教える、技術の提供
- ・ 良いと判断する
- ・ 信頼関係を築く
- ・ 患者の表現する症状をそのまま信じる
- ・ 関心を示す

引用参考文献

- ・ Watoson J.(2012)／稲岡文昭，稲岡光子，戸村道子(訳). (2014). ワトソン看護論：ヒューマンケアリングの科学. 医学書院.
- ・ Tomey M.A., Alligood R.M. (2002)／都留伸子(監訳). (2004). 看護理論家とその業績. 医学書院.
- ・ 中柳美恵子. (2000). ケアリング概念の中範囲理論開発への検討課題—看護学におけるケアリングの概念分析を通して—. 看護学統合研究. 1(2), 26-44.
- ・ 城ヶ端初子，樋口京子，脇本澄子，井上康子. (2008). ケア・ケアリング概念および看護理論の現状と展望. 大阪市立大学看護学雑誌. 4, 1-10.
- ・ 操華子，羽山由美子，菱沼典子，岩井郁子，香春知永. (1996). ケア／ケアリング概念の分析—質的・量的研究から導き出された諸属性の構造—. 聖路加看護大学紀要. 22, 14-28.
- ・ 佐藤幸子，井上京子，新野美紀，鎌田美千子，小林美名子，藤澤洋子，矢本美子. (2004). 看護におけるケアリング概念の検討—わが国におけるケアリングに関する研究の分析から—. 山形保健医療研究. 7, 41-48.
- ・ 片岡純，佐藤禮子. (1999). 終末期がん患者のケアリングに関する研究. 日本がん看護学会誌. 13(1), 14-24.

- ・松田光信, 浅田庚子. (1999). 悲嘆状況にある患者のケア ケアリングの観点から. 看護研究. 32(1), 77-83.
- ・岩本テルヨ. (1997). ケアリングを成立させる看護婦の要件 慢性難治性疾患患者の経験の分析. 北里看護学誌. 3(1), 12-19.
- ・ジーン・ワトソン／筒井真優美監訳. (2003). ワトソン看護におけるケアリングの探求：手がかりとしての測定用具. 日本看護協会出版会.
- ・Smith M. C. (1999). Caring and the science of unitary human beings. *ANS Adv Nur Sci*. 21(4), 14-28.
- ・Larson, P. (1984). Important nurse caring behaviors perceived by patients with cancer. *Oncology Nursing Forum*. 11, 46-50.
- ・Wolf, Z. R. (1986). The caring concept and nurse identified caring behaviors. *Topics in Clinical Nursing*. 8(2), 84-93.
- ・Wolf, Z. R., Giardino, E. R., Osborne, P. A., & Ambrose, M. S. (1994). Dimensions of nurse caring. *Image: Journal of Nursing Scholarship*. 26(2), 107-111.
- ・Cronin, S., & Harrison, B. (1988). Importance of nurse caring behaviors as perceived by patients after myocardial infarction. *Heart and Lung*. 17(4), 374-380.
- ・Hinds, P. (1988). The relationship of nurses' caring behaviors with hopefulness and health care outcomes in adolescents. *Archives of Psychiatric Nursing*. 2(1), 21-29.
- ・Harrison, E. (1995). Nurse caring and the new health care paradigm. *Journal of Nursing Care Quality*. 9(4), 14-23.
- ・Nyberg, J. (1990). The effects of care and economics on nursing practice. *Journal of Nursing Administration*. 20(5), 13-18.
- ・Nkongho, N. (1990). The Caring Ability Inventory. In O. Strickland & C. Waltz (Eds.). *Measurement of Nursing Outcomes* (pp. 3-16). New York: Springer.

2. 医師のケアに関する文献・尺度

近年、患者のニーズの多様化、医療の高度化・複雑化によって、医療に従事する多種多様な医療スタッフが、各々の高い専門性を前提に、目的と情報を共有し、業務を分担しつつも互いに連携・補完し合い、患者の状況に的確に対応した医療を提供する¹⁾「チーム医療」の必要性が増している。がん医療においても、身体的、心理的、社会的、スピリチュアルな要素が複合したがん患者のニーズに応えるため、多職種の医療提供者が協力して取り組むことが必要であることが言われている。我が国では、2009年に「チーム医療の推進に関する検討会」が開催され、医療スタッフの協働・連携の在り方等についての検討が繰り返されており、2010年には「チーム医療推進会議」が立ち上げられた。現在では、多くの医療機関において患者中心の医療の実現のためチーム医療が導入されている。

Temelら(2010)は、転移を伴う非小細胞性肺がんと診断された151名の患者を「標準ケア+早期からの緩和ケア」群と「標準ケア」群に無作為で割り付け、早期から緩和ケアを受けた群の方がQOLは良好で抑うつが少なく、生存期間の中央値が統計学的に有意に長いという結果を報告した²⁾。Temelらが行った実践は、コーピングや意思決定支援、家族ケアなどのケアを専門看護師、医師らからなるチームアプローチで行っており³⁾、このことからmultidisciplinaryな介入の有用性は注目されている。チームアプローチを実践するためには、様々な実践について特定の職種に実施を限定するのではなく、関係する複数の職種が共有する実践も多く存在することを認識し、患者の状態や医療提供体制などに応じて臨機応変に対応することが重要である。

緩和ケアの領域でがん症状マネジメントのための看護活動モデルとして広く活用されている症状マネジメントの統合的アプローチモデル(the Integrated approach to symptom management : IASM)⁴⁾は、看護師と患者とのパートナーシップを基盤に展開される。多職種、特に医学的診断や処方などの医行為を行う医師の役割は重要な位置を占めているにも関わらず、モデル内に医師の役割は組み込まれていない。従来から医師は治療(キュア)に責任を持ち、主に身体面への医学的介入を行い、看護師はケアを担うという観念的な考えがあるが、実際の医療現場では、医師は少なからず患者の心理に配慮したケアを実践している。医師はキュア、看護師はケアという画一的な役割分担ではなく、双方がキュアもケアも行っており、ケアとキュアを融合して患者に提供している。Ongら⁵⁾は医師・患者間のコミュニケーションに関する文献レビューを行い、医師は良い対人関係、情報交換、治療に関連する意思決定の目的でコミュニケーションをとり、医師の行動により患者は満足、治療へのコンプライアンス/アドヒアランス、想起と情報の理解、健康状態/精神的状態がアウトカムとして得られたことを報告している。キュアはケアによってその効果を高め、ケアはキュアによって支えられて効果をあげていると思われる。オスラー⁶⁾は、医術(art of medicine)とは「患者の本性を考察し、また自分が取り行ういろいろな処置の根拠をよく研究していて、そしてその一つ一つのケースに理論的な説明を与えることができる技術(art)である」とし、部分を治療するのではなく、全体を治療することが必要であると強調し、魂を別にして身体の治療にとりかかってはならないと述べている。またハッチンソン⁷⁾は、診断後に医師がもつ治療関係は①医師は病気と関係を持ち、問題を解決したり、病気の進行や悪影響を最小限になるようにしたり、あらゆること

を行う、②医師はその病気であるその人（特定の患者）と人間関係をもち、その人間関係の中で癒しを促す、の2つであると述べている。このようにキュアとケアを包括的に行うことの重要性が示されていると言える。経験豊富な医師は、患者の話を聴くために調和、愛着、共感、慈しみといった技術を用いて患者に接近することが言われている⁷⁾。しかし、ハッチンソンによると、医師と患者との関係性から共感疲労というストレスを抱える場合があり、慢性的になると燃え尽き症候群につながることもあると示されている。医師は系統的にケアについて訓練されていないことから、資質や経験によってケア行動には差があり、またキュアとケアの間に乖離があり、そのために患者との距離のとり方が分からず傷んでしまう状況があるのではないかということが予測される。

Kueth⁸⁾らは、Cochrane Library や MEDLINE などを用いて文献検索し、喘息のマネジメントにおける看護師のケアと医師のケアを比較した。その結果、医師のケアと看護師のケアに有意差がなかったことを報告している。Vaessen らの言う「医師のケア」とは、「薬物の処方」、「吸入技術のアセスメントを含む喘息のセルフマネジメント教育」、「喘息治療計画の立案」、「症状のセルフモニタリング」、「定期的な治療の見直し」を指しており、これらはキュア行動に分類できる。医師が言うケアとは何か、ケアの認識や行動の様相を明らかにしている先行研究は見当たらない。

引用文献

- 1) 厚生労働省. (2010). チーム医療の推進について(チーム医療の推進に関する検討会報告書). <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2010/03/dl/s0319-9a.pdf>
- 2) Temel JS, et al. (2010). Early Palliative Care for Patients with Metastatic Non Small-Cell Lung Cancer. *New England Journal of Medicine*. 363, 733-742.
- 3) 宮下光令. (2013). 注目！がん看護における最新エビデンス 早期からの緩和ケアは生存期間を延長する可能性がある. *オンコロジーナース*. 7(5), 76-77.
- 4) Larson PJ., Uchinuno A., et al. (1999). An Integrated Approach to Symptom Management. *Nursing & Health Sciences*. 1(4), 203-210.
- 5) Ong LM., et al. (1995). Doctor-patient communication: a review of the literature. *Social Science & Medicine*. 40(7), 903-918.
- 6) 日野原重明, 仁木久恵(訳)(2003). 平静の心 オスラー博士講演集 新訂増補版. 医学書院
- 7) ハッチンソン AT. / 恒藤暁(訳)(2016). 新たな全人的ケア—医療と教育のパラダイムシフト—. 青海社
- 8) Kueth MC., et al. (2013). Nurse versus physician-led care for the management of asthma. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 28(2), doi: 10.1002/14651858.CD009296.pub2.

文献情報	ケアの内容
Kuethé MC, Vaessen-Verberne AA, Elbers RG, Van Aalderen WM (2013). Nurse versus physician-led care for the management of asthma. Cochrane Database of Systematic Reviews. 28(2) doi: 10.1002/14651858.CD009296.pub2	<u>physician-led care</u> • 薬物の処方 (prescribing of medication) • 吸入技術のアセスメントを含む喘息のセルフマネジメント教育 (asthma self-management education including inhaler technique assessment) • 喘息治療計画の立案 (written asthma treatment plans) • 症状のセルフモニタリング (self-monitoring of symptoms) • 定期的な治療の見直し (regular medical review)
Ong LM, de Haes JC, Hoos AM, Lammes FB(1995). Doctor-patient communication: a review of the literature. Social Science & Medicine. 40(7), 903-918	<u>doctor-patient communication</u> • physician's behavior for a particular clinical encounter • thought to facilitate disclosure of patients' concerns • patient-centeredness • brief doctor-patient encounter
Spaseniska M, Costello S, Williams B(2016). Investigating the psychometric properties of the Jefferson Scale of Physician Empathy in a sample of Malaysian medical students. Adv Med Educ Pract. 7, 331-339	<u>physician empathy</u> • perspective taking • compassionate care

3. フィールド調査

1) 臨床医師にみられるケア行動

臨床医師へのヒアリング等より得られた医師のケアに関する情報は、次の通りであった。

ケアの内容	提供者 (共同研究者)
〈大阪府立成人病センター乳腺・内分泌外科 中山貴寛医師〉 ・「care」というと「supportive care」をイメージする。 ・supportive care には医療(cure)が含まれる治療を完遂するための支持療法 (G-CSF や制吐剤など) である。つまり、治療そのものではないが、治療をサポートする医療であり、それを care と考えている。 ・supprotive care には心理的ケアも含まれる。しかし、それは治療を完遂させるため、または意思決定を支えるためのものである。 ・治療がうまくいくように、患者もサポートするという考え。中心に「治療」がある。 ・caring の質問紙の項目は、人として (医者として) 他者に接する上で、また患者に向かう時の態度として、基本的資質であると思う。 ・常識ではあるがコアではない。それを目的とした教育はしておらず、経験を積んで獲得するものなので、医師によって個人差があるだろう。 ・医師は体験世界を理解するのは苦手だろう。薬や病状に思考が行く。そのため、話を聞く必要があれば、緩和ケア医や看護師に依頼し対応してもらう。	内布
〈京都府立医科大学付属病院 吉田直久医師〉 ・ケアは必要だが、医師の役割ではなく、看護師の専門領域であり役割だと考えている。 ・話を聴くことが癒しにつながることは認識しており重要だと考えているが、我々医師はやっていない。	内布
・病気を治すこととは治療で、ケアとは治す過程での不安や症状へのアプローチや精神的な姿勢のことだと思う。〈医師・30代〉 ・医療的に正しいことではなく、患者の価値観を尊重することだと思う。 ・ターミナル期の患者に行うことは治療ではなく、全てケアだと思う。 ⇒病気を治す方向で動いていない行動は、全てケアと考えている。	吉野
・治療医はケアのことを考えず、病気だけを見ているが、自分はそうではない。患者の全体を把握して、人として対象を見ている。痛みの治療は行っているが、時間があれば患者の傍に座って話を聞き、ニーズを捉え、気持ちを引き出すことで医師としてできることを返してあげたいと思っている。医師なのでタッチング等のケアはしないが、医師として精神心理面を捉え、その中で治療に結び付けられることは、医師が行うケアとして返してあげたいと思う。 ⇒タッチングは看護師が行うものという認識があるようだ。背中をさする等のタッチングをしているが、そこに意図性はなくタッチングではない。診察時でないと触れられない、近づけない様子である。	江藤
・緩和ケア医にとって、医療行為自体が苦痛の緩和なのでケアである。特別なことはしておらず、キューアとケアを区別していない。患者が話しやすい環境を整えて、治療医が聞けないことを聞き出し、必要な情報は他の医師に伝える等して治療やケアに活かす。医師が行う緩和ケアは、身体的、精神的苦痛を緩和することがケアだと考える。緩和に	福井

においては、キュアがケアにつながる（苦痛を軽減すること＝ケア）。 〈緩和ケア内科医〉 ⇒実際に患者は癒されており、アウトカムとしてケアは生じているが、そのことを「ケア」と表現することはない。一人の人間としてやっていること、キャラクターであって、「仕事の外」という認識なのか。 ・自分たちは「ケア」とは言わないので分からない。（ICの際に、患者さんへ「頑張ろうね」と手をにぎったり、情報量を調整して提供するのは、）触った方が良い場合があるからであり、タッチングが良いと聞いたからである。〈腫瘍内科医・30代〉	
・「ケア」は看護師のイメージだが、皮膚科では治療の中にケアが含まれていると思う。軟膏の処方医師にしかできないが、塗り方の工夫を伝えたり、軟膏の消費が少ないと治療遂行ができていないことになるので、なぜ塗布できないのか、ライフスタイル等を丁寧に聞く場合がある。自分が聞きたいことではないことを患者が話していても丁寧に聞く。気持ちを汲み取りながら関わる部分は開業医（町のお医者さん）のようであり、他科の治療医とは異なる部分だと思う。患者の訴えから始まり、質問攻めにするのではなく患者の言いたいことを優先して話を聞くので、満足度は高いように感じる。〈皮膚科医・女性〉 ⇒軟膏の消費から生活を見るのは、治療の一環だからである。その人自身に関心があるということではなく「治療」とミックスされているからである。 ・WOC ナースはすごいと思う。褥瘡を見たときに、医師は目で見た現象から医学的な原因を考えていくが、WOC ナースは生活から想像して原因を考えていく。医師にない視点である。 ・精神的ケアを特化して行うのは看護師だと思う。治療が伴わない場合は、医師は行わない。	西谷
・治療は病気を治すことであり、ケアは癒すことである。治療は「患者が死なないこと」が前提であり、ケアは「死ぬこと」を前提としている。ケアは人間同士で関わるものだと考える。ケアすることで、自分のことを見つめることにつながる。Whole Person Care を学んでいる。〈緩和ケア医・ホスピス勤務〉 ・ケアも治療も「QOLを向上する」という目的は同じだが、医師にしかできない医療行為を用いるのは治療である。ケアは、QOLを向上させるために医師でなくても、看護師等、誰がやっても良いと思う。医師が行うケアは医療行為を通して行うものだと考える。 ・意思決定支援の場面では、医師は侵襲的な告知にならないように、情報量を調整している。マイナスの情報とプラスの情報を伝える等、医師それぞれが自分なりのスタンスで行っている。ケアという認識で行っているわけではなさそう。 ・「治療」という行為が指すものが、治療医と緩和ケア医で異なる。医師にインタビューをする場合、「治療」「ケア」という用語が指すものを医師がどう捉えるかによって、答えが変わってくるだろう。	杉江
・QOLを上げることがケアであり、その中に医師の治療、看護師や多職種のケアが含まれ、全てを含めて「ケア」である。 ・侵襲的な処置をした際に声をかけたりタッチングをして、苦痛が少なかったと言われたときにケアを提供できたと感じる。また、不安の軽減や安心感を提供できた場合に、ケアを提供できたと感じる。〈緩和ケア医・50代女性〉 ⇒ケアを提供できた際の自分の変化に気づいている様子はないが、機嫌が良い印象はある。また、深い話をできたときに、「聞けて良かった」「知れて良かった」「癒された」という発言がある。	吉本

大きくケアがあり、その中にキュアがある。患者の生活をいかに崩さないかを考えて治療したり、日程を調整することもケアだと思う。身体的、精神的に患者が楽に過ごせるように、命を引き延ばしながらもその人らしく、QOL が高い状態を維持する治療以外のものがケアである。	菊田
治療とケアは明確には分けられない。治療関連死を減らすためにはケアが必要であり、ケアなしで治療の成功はない。例えば口腔ケアの場合、ケアを実施できるように伝え促し、それをケアとして捉えている。ケアなしでは治療は成り立たないと考える。〈血液内科移植医〉 ⇒治療関連死を少なくできるように、苦痛を強いたとしてもケア（口腔ケア）をやらなければならない。生きることにつながるもの、健康維持増進に必要なことはケアである。	方尾
診療時間外では時間をかけて、患者の話を聞いている。治療ができないことだけでなく、その後どのようにフォローするのも併せて伝えている。診察自体がケアになっている場面を見たことがある。患者の表情が、診察後は安心した表情になるというアウトカムが出ている。	日下
- 緩和ケア医の事例は、ケアの要素が多く出てくるが、医師だからか人間性かは分からない。緩和ケア医の場合、ケアマインドを持っていたとしても主治医の意向を汲むために、患者にケアを提供できない場合もある。 ＜医師が実際に行っているケア＞ - リスクや再発に関する情報提供に時間をかけてすることにより、患者の不安を和らげようとする - 最期の迎え方の道筋をつけながら治療について検討する - Bad News を伝えるときは、SPIKS を用いて面談する - 告知の仕方に配慮する - ショックを和らげるために治療を中止するのではなく休止するという表現を使う - ACP の実践 - 信頼関係を基盤に隠し事なく誠実に話をする など	川崎
- 抗がん剤の有害事象についてあらかじめ説明し、対処するための薬剤の内服方法について説明する（有害事象に対するマネジメント方法の説明） - 専門部署につなぐ手配を看護師に依頼する（他職種との連携） - 症状の訴えを聴く（症状体験の理解） - 術後の乳房の硬さに対しマッサージを行い、同様の方法を行うよう説明する（手術の後遺症に対するマネジメント法の説明） - 術後創に対し、3M テープを貼り傷のケロイド化を予防する（手術の後遺症の予防） - 治療の辛さを労い励ます（情緒的な支援の提供） など	宮下
- 医学的知見だけでなく抜去後の QOL と回復の関連性を考慮してコメントする（医師としての決断を伝える）。 - 予測して保証し、より高い QOL への期待を見せる。 例）肺がんのため、左肺上葉部分切除術を受けた患者、術後 1 日目ドレーン抜去に対する質問に、主治医は「大丈夫です。抜けばシャワーを浴びられます。<u>シャワーを浴びれば気持ちよくなります。そのほうがよっぽど早く元気になります。ドレーンはもう抜きましょう。</u>」と応答した。「逆行性感染のほうが怖いので」「じわじわ出てくる胸水は自然吸収できますから」と医学的観点だけで応答するではなく、そ	秋元

れを基本におきつつも、その先に患者の生活の快適さが回復を促進させるとの信念に基づいた応答であった。 ⇒看護師は、速やかに術後初めてのシャワー浴の支援をする必要がある。シャワー浴の有用性については、本来なら生活支援者である看護師が最も知っているはずであり、ドレーン抜去が可能な状況になりつつあるかを排液等からアセスメントして予測を立てておかねばならない。医師と看護師が協働しチームを組むことで、患者の術後の不快さという症状マネジメントが可能となり、回復が促進され则认为る。	
・緩和ケアの領域では、診断と治療による患者の身体的な問題だけでなく、心理社会的な問題への対応を行っている。	荒尾

以上のことから、臨床医師のケア行動として次の要素が読み取れた。

<患者に強いコミットメントを示す>

- ・ 治療、診断を熱心に行う
- ・ よく（熱心に）診察する

<医学の専門的技術を用いて患者を安楽に導く>

- ・ 治療、診断を確実に行う
- ・ 身体の状態（口や皮膚など）を良い状態に保つ
- ・ 支持療法（心理的ケアを含む）を十分に行う
- ・ 症状緩和を十分に行う
- ・ 必要なケアを手配する
- ・ 生活への影響を少なくする

<患者に関心を示し対象を理解する>

- ・ 丁寧に患者の話をきく
- ・ 患者の気持ちを引き出す

<患者の置かれている状況の理解を促す>

- ・ 丁寧に情報提供する
- ・ 不安を軽くするために安心感を提供する
- ・ 起こっていることを説明する
- ・ 予測して回復を保証する
- ・ 先を見せながら治療する

<患者をねぎらう>

- ・ ねぎらい励ます

<患者を尊重する>

- ・ 患者の価値観を尊重する
- ・ 患者の気持ちを配慮する
- ・ 言葉を選ぶ

2）平成 28 年度に行われた学術集會に発表された医師のケアに関連した発表の調査

学術集會より得られた医師のケア認識・ケア行動に関する情報を以下に示す。

学会名 [開催日、場所]	学会発表の内容	抽出される医師のケア 看護師との協働	提供者 (共同研究者)
第 31 回日本がん看護学会学術集會 [2017 年 2 月 4～5 日、高知]	(シンポジウム I 超高齢社会におけるがん患者と家族の意思決定支援 より) <u>患者の意思決定を支援する</u> 場合、身体的苦痛が強い時には苦痛症状のみに関心とエネルギーが奪われ「自分で考えて決める」ことが困難な状況となる。この状況に対して医師は処方権を使って適切な症状緩和のための薬剤投与をしつつ「からだ が落ち着いたら何をしたいですか？」と投げかけ、したいことを患者が表現できるように支援する。一方、看護師は、医師 がキャッチした「からだ が落ち着いたら何をしたいか」に関する情報を共有し、睡眠・清潔など日常生活行動を支援すること で快適な日常を創りだし、余計なエネルギー消耗を避け「自分で考えて決め、自己決定に基づいた生活をする」ためのエ ネルギーを温存する。看護師と医師とのこのような協働によって、身体的苦痛を緩和し、患者の「自分で考えて決め、自己 決定に基づいた生活をする」を支援することが可能になる。また、ひいてはこのような協働が、社会的・心理的・スピリチ ュアルな苦痛の緩和に貢献するだろう。	〈ケア〉 ・ 適切な薬剤の処方、投与による身 体的苦痛の緩和 ・ 患者の希望を表現できるように支 援する 〈協働〉 ・ 身体的苦痛の緩和 ・ 自己決定に基づいた生活の支援	秋元
第 29 回日本サイコオンコロジー学会総会 [2016 年 9 月 23～24 日、北海道]	心療内科医が行う身体心理社会的援助として、Bio-Psycho-Social アプローチ、Medical family Therapy、オートノミ ートレーニング (AUT：がんの予防と治療を目的とした心理療法) などを用いた介入が紹介された。これらは、精神状態、社 会的支援、ストレス対処行動などの心理社会的因子へ <u>包括的なアプローチ</u> であり、ケアの一部として重要性が示されると同 時に予後との関連性の中で効果を判定していた。また、痛みの心理社会的側面に焦点化し、構造構成主義という哲学の観点 から、痛みの意味づけを変えるようなアプローチ方法が紹介された。さらに、進行がん患者の化学療法について、「治療す るかしないか」より「何のために治療するのか」の視点で捉え、 <u>「化学療法のやめ時」を意識しないですむようにイメージ を変えていく</u> ことの必要性が示されていた。これらは、患者の認知へ働きかけるケアの一部として提示されていた。 〈看護師と医師の協働に関する情報〉 患者と家族の間で意向が異なるときのコミュニケーション例として、医師は、意思決定の際に生まれるギャップへの対応を 行う。看護師は、診察室で起きている問題を整理し、意図的に話し合いの促しや仲介的役割を担う。	〈ケア〉 ・ 心理社会因子への包括的なアプ ローチ(精神状態、社会的支援、スト レス対処行動など) ・ 患者の認知へ働きかける：痛みの 意味づけを変えるアプローチ、「化 学療法のやめ時」を意識しないで すむようイメージを変える 〈協働〉 ・ 医師は、意思決定の際に生まれる ギャップへの対応を行う ・ 看護師は、診察室で起きている問 題を整理し、意図的に話し合いの 促しや仲介的役割を担う	川崎
第 24 回日本乳癌学会学術総会 [2016 年 6 月 16～18 日、東京]	乳がんに対する治療の有害事象に悩む患者へのケア、有害事象の予防・マネジメントを目指すケアが見出された。 乳がんに対する治療（化学療法、放射線治療、手術）の有害事象に対するケアとして、皮膚の変化に悩む患者に対し、カ バーメイクのアドバイスを行うことが報告された。ここでは QOL の改善へ有効である可能性が示され、患者の QOL に対 するアプローチと考えられる。さらに、外見の変化が精神心理学的な問題であることも示唆された。 乳がんに対する化学療法による味覚障害の実態を調査した研究では、味覚障害と食事量の低下、体脂肪率の喪失、栄養状態 の悪化との関連が示唆され、 QOL を低下させる原因であることが推察された。 <u>早期の介入策</u> の検討が必要であることが述 べられた。 分子標的治療薬（mTOR 阻害薬：エベロリムス®）の有害事象である口内炎を予防するためのケアとして、治療開始時か ら含嗽液（ハチアズレ+リドカイン）による含嗽を行い、結果、有害事象は認められず、 <u>予防的な介入（含嗽）</u> が有力なサ ポートケアになり得ると考えられた。 <u>Bone Modifying Agent (BMA)</u> を投与される患者に顎骨壊死（有害事象）のリスクと口腔内衛生（セルフケア）の重要性 について説明していることが報告された。これは有害事象を予防するための情報提供であるが、この研究では医師からの説 明だけでは十分ではなく、看護師からの説明と患者の理解度を確保することの必要性が述べられた。別の研究ではエベロリ ムス®と BMA 投与を受ける患者に対し歯科医師によるう歯の確認と口腔ケアの指導を行っていることが報告され、 <u>チーム でのアプローチ</u> が有害事象の予防に有効であることが示唆されると言える。	〈ケア〉 ・ 治療の有害事象に悩む患者へのケ ア：皮膚変化に対するカバーメイ クのアドバイス ・ 有害事象の予防・マネジメントを 目指すケア 〈協働〉 ・ チームでのアプローチが有害事象 の予防に有効：顎骨壊死と口腔内 衛生の重要性について、医師から の説明だけでなく、看護師からの 説明と患者の理解度を確保するこ との必要性	宮下
第 20 回 国際がん看護学会（International Conference on Cancer Nursing 2016） [2016 年 9 月 4 日～7 日、香港]	(INSTRUCTIONAL SESSION A4: Global Partnerships Enhance Palliative Care and Oncology Education For Nurses： Deborah Walker, USA, Marie Bakitas, USA AND Rebecca Sipples, USA より) Rebecca Sipples 氏はアラバマ大学バーミングハム校の准教授であり、APN 教育において医師との協働は不可欠であり、 APN を目指す院生は緩和ケアのチームにはいり、医師指導をうけて、身体症状のアセスメントやケアを学んでいた。緩和 ケアの領域では、身体症状のみでなく、心理社会的な問題のアセスメントも必要であり、チームでの活動を通して、多職種 と協働することが重要である。また Sipples 氏は Bakitas 氏と共にトルコの緩和ケアの教育プロジェクトに関っており、 看護教育のプログラムの中にもチーム医療の重要性をとりいれ、チーム医療のなかで看護師が発言していくことができよ うな教育をされている。	〈協働〉 ・ チーム医療の中で看護師が発言す ることが必要である	井沢 (荒尾)

The Annual Assembly Hospice and Palliative Care 2017 (American Academy of Hospice and Palliative Medicine、Hospice and Palliative Nurses Association) [2017 年 2 月 22～25 日、Phoenix, AZ]	Hospice and Palliative Medicine に関する医師と看護師の合同総会であり、用語「Care」を用いたセッションやテーマが多く見られた。医師の Care 認識・行動に関連する研究として、下記のポスター発表があった。 〈S702 : Palliative Care in the ICU : A Qualitative Study of MICU Physicians' Beliefs & Practices〉 Medical intensive care unit では、緩和ケアとクリティカルケア (CC) の両方が医師に求められる。緩和ケアを提供することにに関する医師の信念や医師の役割、態度、モチベーションについて調査した。その結果、すべての CC 医師の仕事の一部に緩和ケアを担っており、17 名中 9 名が緩和ケアの提供により professional identity や個人的満足が得られていると表現した。緩和ケアチームが行っているコンサルテーションは役立っており、コンサルテーションの内容は、「ICU からホスピス (PCU) への移行」「ケアのゴールについてのディスカッション」「複雑な状況への介入」「EOL の支援、快適さへの全体的なアプローチの提供」「患者・家族へのコミュニケーション教育」「ソーシャルワーク、リソースの提供」「主治医としての行動とケアの継続」であった。 〈S709 : Palliative Care Clinicians' Perceptions of Clinician Bias and Bias Management in Goals of Care Discussions at the End of Life〉 EOL においてケアについてディスカッションする際に生じる、緩和ケア医のバイアスとバイアス管理の方略を調査した。20 名の医師にインタビューし、18 のバイアスと 11 のバイアス管理の方略が見出された。積極的治療に対するバイアスや、EOL での介入は有益でないという医師の思いがバイアスとして表現された。バイアス管理の方略として、バイアスの自己認識、バイアスがあることを認めることが表現された。緩和ケア医が抱えるバイアスは、患者の人生の終末におけるケアのゴールをディスカッションし促進することを、妨げる可能性がある。バイアス管理の方略を広め、バイアスに注意を払っていくことが必要である。 〈C920 : A Specialized Interdisciplinary Approach in Managing Aberrant Opioid Use among Advanced Cancer Patients〉 慢性的なオピオイド慮實を受けている進行がん患者の重要な問題として中毒がある。リスクを最小限にし、効果的な疼痛マネジメントを行う必要がある。女性、33 歳、転移性肉腫と診断された高齢患者の事例が紹介された。薬物投与のコンプライアンスの事象の改善に、Interdisciplonary team approach (cIDT)がどのような役割があるのか、ディスカッションが行われた。今回の事例に対しては、看護師、サイコロジスト、薬剤師、緩和ケア医から構成されたチームで関わった。医師は主に、薬剤の調整に関わった。cIDT 介入による 3 回のセッション後、オピオイドの欲求は徐々に減り、オピオイドのアドヒアラント行動が実施できるようになり、症状も安定している。	〈ケア〉 ・ ICU からホスピス (PCU) への移行時の支援 ・ ケアのゴールについてのディスカッション ・ 複雑な状況への介入 ・ EOL の支援、快適さへの全体的なアプローチの提供 ・ 患者・家族へのコミュニケーション教育 ・ ソーシャルワーク、リソースの提供 ・ ケアの継続 ・ 適切な薬剤の調整	中野、福田
---	--	---	--------------

4. 研究コンサルテーションの結果

2017年2月24日（金）アリゾナ州フェニックスにおいて行われた、Dr. Ivo Abraham（Director, Center for Health Outcomes and Pharmacoeconomic Research, University of Arizona）による研究コンサルテーションの結果を以下に示す。

1) コンサルテーション内容

<Brief explanation about our research project>

Dr. P. Larson who had been working with us in University of Hyogo had published the article “A model for symptom management (MSM)” on 1994. After moving to Japan, she develops An integrated Approach to Symptom Management (IASM) on 1999 as a practical model of MSM. From 1999, we had tried to implement IASM to Japanese patients suffering cancer pain. This model has worked well not only our patient but also nurses in Japan.

2012-2015

We had gained the Grant-in-Aid for Scientific Research (KAKENHI) 2012-2015 for developing IASM for other symptoms. Now four teams are doing interventional research work after observational study in the field of oral mucosa of BMT patients, skin trouble of the patients who are taking multikinase inhibitor, diarrhea under the chemotherapy, and lymph edema after the surgical operation.

2016-2019

Our research team has got next KAKENHI which is upper level. 2016 we have been trying to combine physician's role in IASM. We believe that a physician has not only the role for curing but also strong caring power in symptom management. (Caring activity include listening, understanding the patient's experience, facilitate patient's understanding what happen on him, giving the feedback.)

From the literature review, it is unclear what the definition of care for physicians is. Now we are doing the field work, and planning to do interview and observe some physicians related their idea and behavior related caring.

- By 2018 we want to establish “IASM with physicians”
- 2019 we would like to do a intervention using new model.

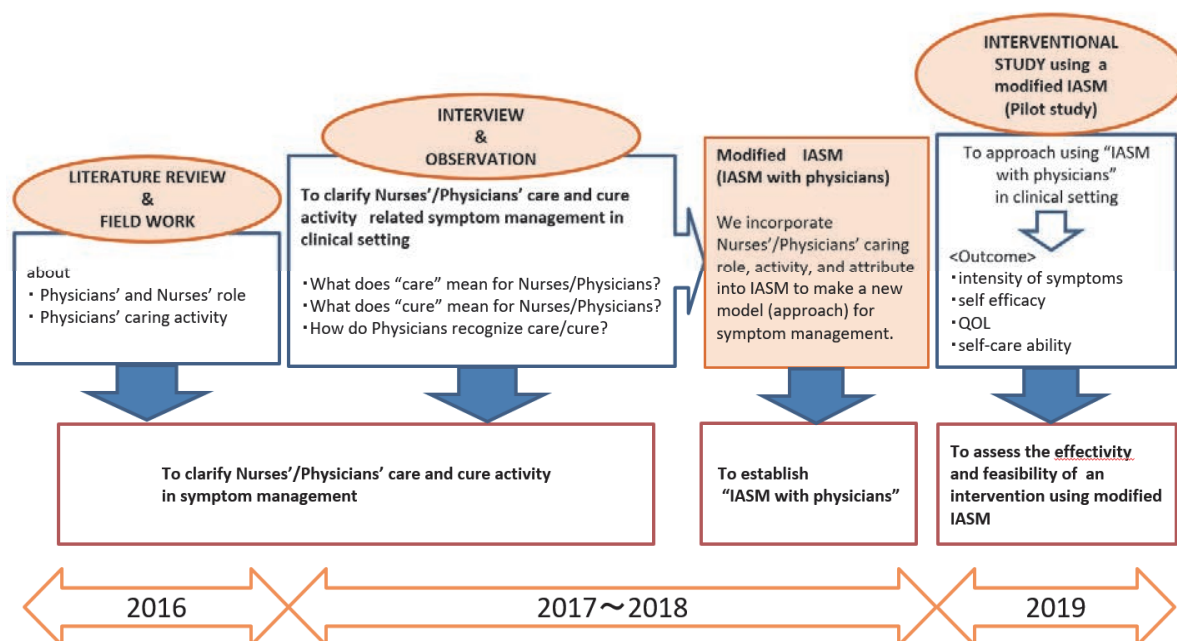
We have over 20 members who are OCN master prepared. They would be the counterpart in each own hospital and do actual work for research.

<Plan> In order to develop nursing interventional model, our procedure (see Fig. 1) is enough?

<Outcome> Now we set 4 kind of outcome scale. Do you think we need to measure or

describe another outcome? We predict that it is difficult to verify the Model. As possible as we can we will record the field note and analyze the context qualitatively.

<Explanation drawing of our project in 2016～2019>



2) コンサルテーション結果

◇看護師と医師の協働するモデル開発について

- 多職種 of 専門職が介入するアプローチは、下記の用語が用いられている。
interprofessional approach、interdisciplinary approach、multidisciplinary approach
- 教育においても professional model がアリゾナ大学で行われており、医学・看護学・薬学の学生の参加するトレーニングプログラムが行われている。
- MD アンダーソンではチームアプローチが行われている。しかし、primary care や family care 等であり、癌でチームアプローチを行っている医療機関は把握していない。

◇本研究の計画について

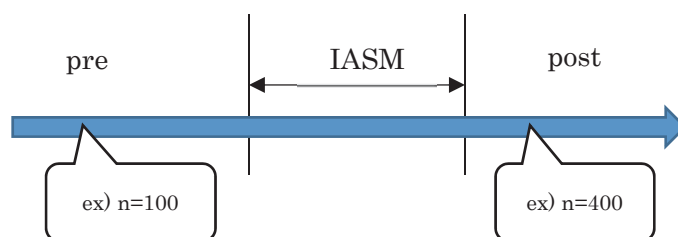
➤ 研究計画について

- 研究遂行にあたり、各施設で実施する共同研究者（看護師、医師）にプログラムのトレーニングが必要となりコストがかかることが予測される。
→計画に live またはビデオを用いてプログラムのトレーニングを行ってはどうか。
→継続するために財源確保する方法：government needs と合致していれば助成金を獲得する、impact factor の高い雑誌はジャーナルを投稿する（impact factor が小さい場合でも、small journal をたくさん投稿すると同じ意味を持つので投稿していくことが大事） 等

➤ デザインについて

- ・ care による影響や変化を測るために、ベースラインを設定する必要がある。

→pre を先行して IASM を実施した後に post を測る lost randomized study をデザインしてはどうか。



➤ アウトカムについて

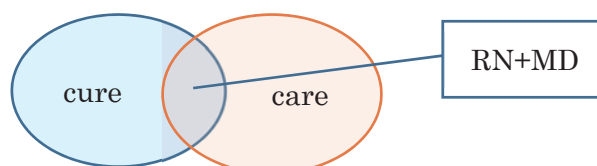
- ・ intensity of symptoms→症状は単独ではなく cluster として現れる。distress は複数の訴えがあるだろう。ex)精神的影響 等

→症状の強さだけでなく、POMS や 5 項目の質問紙で体験を測ることができる尺度を用いてはどうか。

- ・ セルフケア能力を測定することは難しい。self-care ability を測定した先行研究に高血圧の患者の内服状況を測定したものがある。内服状況であれば、正確な反応を見ることができだろう。supportive care medication で内服状況を確認することや、患者に medication behavior の story を語ってもらうという方法はどうか。

➤ 医師の care 認識、care 力の抽出について

- ・ 以前、豊かなデータを得るために、数名の患者の 2 つのフォーカスグループでグループインタビューを実施した。フォーカスグループインタビューを行い、会話分析 (conversations analysis) をしてはどうか。



➤ 紹介文献

- ・ Kim HJ, Abraham IL. (2008). Statistical approaches to modeling symptom clusters in cancer patients. Cancer Nurs. 31, E1-E10.
- ・ Dodds SE, Herman PM, Sechrest L, Abraham I, Logue MD, Grizzle AL, Rehfeld RA, Urbine TJ, Horwitz R, Crocker RL. (2013). Maizes VH1. When a whole practice model is the intervention: developing fidelity evaluation components using program theory-driven science for an integrative medicine primary care clinic. Evid Based Complement Alternat Med. 2013, 652047. (doi: 10.1155/2013/652047)
- ・ Herman PM, Dodds SE, Logue MD, Abraham I, Rehfeld RA, Grizzle AJ, Urbine TF, Horwitz R, Crocker RL, Maizes VH. (2014). IMPACT-Integrative Medicine Primary Care Trial: protocol for a comparative effectiveness study of the clinical and cost outcomes of an integrative primary care clinic model. BMC Complement Altern Med. 7;14:132. (doi: 10.1186/1472-6882-14-132)
- ・ Kim JH, Abraham I. (2017). Measurement of fatigue: Comparison of the reliability

and validity of single-item and short measures to a comprehensive measure. *Int. J. Nurs. Stud.* 65, 35-43.

- Kim JH, Abraham I. (2016). Psychometric comparison of single-item, short, and comprehensive depression screening measures in Korean young adults. *Int. J. Nurs. Stud.* (doi: 10.1016/j.ijnurstu.2015.12.003)
- Noens L, Hensen M, Kucmin-Bemelmans I, Lofgren C, Gilloteau I, Vrijens B. (2014). Measurement of adherence to BCR-ABL inhibitor therapy in chronic myeloid leukemia: current situation and future challenges. *Haematologica*. 99(3), 437-447. (doi: 10.3324/haematol.2012.082511)
- Villa L, Sun D, Denhaerynck K, Vancayzeele S, Brié H, Hermans C, Aerts A, Levensgood M, MacDonald K, Abraham I. (2015). Predicting blood pressure outcomes using single-item physician-administered measures: a retrospective pooled analysis of observational studies in Belgium. *Br J Gen Pract.* 65(630), e9-15. (doi: 10.3399/bjgp15X683101)

おわりに

本研究は、平成 28 年から平成 31 年までの 4 年間、日本学術振興会科学研究費の助成（基盤研究 A）を受けて行っていく。本報告書は平成 28 年度に行なった文献検討とフィールド調査の結果を掲載した。さらに本研究の実施にあたり、研究計画、デザイン、アウトカム、医師のケア要素の抽出について受けたコンサルテーションの結果を紹介している。

次年度以降の計画を以下に示す。

【29 年度の計画】

- ①グループインタビューで医師のケア・キュア行動を明確にする。
 - ・ 臨床の医師を集め、28 年度の文献検討・ヒアリング調査から得られた要素を基に作成したインタビューガイドを用いて Focus Group Interview を行う。
- ②医師のケア行動に関する質問紙作成し質問紙調査を実施する。
 - ・ 医師のケア行動調査のための質問紙を作成する。
 - ・ 量的研究の専門家にコンサルテーションし、妥当性を確保する。

【30 年度以降の計画】

- ③看護師医師協働のケア・キュア融合型 IASM 暫定版を作成する。
 - ・ 質問紙調査の結果を活用して IASM をベースに患者中心に展開する医師・看護師協働ケア・キュア融合型 IASM 暫定版を作成する。
 - ・ 暫定版の活動ガイドブック作成：医師・看護師が行っているケア・キュア行動を意識して IASM の看護活動モデルを変更し、医師の活動モデルを加筆する。双方でコラボレーションする箇所を明示する。実際にはモデルに示されるより多くのコラボレーションがなされる可能性がある。
 - ・ エキスパートパネル、研究者からのスーパーバイズにより妥当性を確保する。
- ④モデルに沿った事例介入の効果を明らかにし、モデルの精錬を行う。
 - ・ 事例研究：モデルを事例に適用したときの実践経験を収集する。
 - ・ 実践経験から患者の症状、Grade、Performance Status、緩和薬剤の使用量の変化などについて、医療者に聴取しその変化を判断する。
 - ・ 医師への効果、看護師への効果としてケアリングスコアの変化、モデルの usability、実用性（患者対応時間、討議時間、記録時間など）を聴取する。
 - ・ 医師のケア認識、ケア行動に関する質問紙は、ケア行動の状況を回答するものであり、一つの測定用具としての可能性を統計学的に探索する（尺度開発）。

本研究班 web サイト : <http://sm-support.net/>

IASM の紹介、開発したガイドブックと患者介入時に使用するマテリアルが公開されダウンロードして使用することができる。

がん患者の症状マネジメント

★ サイトマップ ★ 個人情報について

ケア・キュア融合型症状マネジメントモデルの開発

[▶ HOME](#) [▶ IASMをお使いになる前に](#) [▶ 症状別IASM](#) [▶ ご意見箱](#) [▶ 研究班メンバー紹介](#)

HOME

症状マネジメントの統合的アプローチ

The Integrated Approach to Symptom Management: IASM

がんと診断されて、一番心配なのが治療や病気に伴う苦痛です。症状がうまくコントロールできれば、がんであっても普段と変わらない生活を送ることができます。また精神的にも安定して、今後のことを現実的にまた建設的に考えられるようになります。

このサイトは、がん患者さんが治療中に経験する不快な症状やがんそのものによって引き起こされる苦痛症状を改善するために、臨床現場の看護師さんの活動をサポートするために作りました。患者さんのセルフケア能力を最大限活用し、患者中心に進めるもので、オレムのセルフケア理論を背景にP Larsonが開発した症状マネジメントの統合的アプローチ(IASM)を臨床現場で活用するための資料を紹介しています。

資料は日本学術振興会科学研究費の補助を受けて兵庫県立大学がん看護学講座が運営する研究班(IASM研究班)が開発したものです。

「IASMをお使いになる前に」を必ずお読みいただきご利用ください。

(研究班代表:内布敦子)

症状マネジメントの統合的アプローチ(IASM)を用いて症状緩和に取り組むサイト

看護師がここにあるガイドブックや記録用紙を用いて、患者さんに症状を改善するための知識や技術を伝え、ケアを行います。現在、次の症状改善のためのガイドブックと必要な資料が準備されています。

このプログラムをお使いになる前に、必ずお読みください。

IASM看護活動ガイドブックのダウンロードはコチラ

分子標的治療薬による皮膚症状

がん治療に伴うリンパ浮腫

がん療養中の排便障害

がん治療に伴う口腔粘膜炎症

ご意見箱

このプログラムの精練、改訂の参考にさせていただきます。皆さまのご意見・ご感想、アイデアをご投稿ください。ご協力をお願いいたします。

看護師の皆さまのご意見・ご感想を集めています。

IASM看護活動ガイドブックを使用した方からのご意見を集めています。

[詳しくはこちら](#)

患者さんの体験や症状に対する対処法のアイデアを集めています。

患者さんの症状の体験や対処法などのアイデアを集めています。

[詳しくはこちら](#)

「乳がん患者のための症状改善プログラム」サイト

[詳しくはこちら](#)

お知らせ

2017.3

IASM看護活動ガイドブックがver.11(2017)になりました。

2017.3

IASM看護活動ガイドブック各症状版がver.2(2017)になりました。

2016.12

「がん化学療法中の排便障害による日常生活への影響とその対処」を第26回日本看護科学学会学術集会で発表しました。

2016.12

「がん化学療法中の排便障害による日常生活への影響とその対処」を第26回日本看護科学学会学術集会で発表しました。

がん患者の症状マネジメント

看護師と医師が協働する
ケア・キュア融合型症状マネジメントモデルの開発

兵庫県立大学看護学部
〒673-8588 明石市北王子町13-71
TEL/FAX:078-925-9434(研究室直通)
メールでのお問い合わせは
kan-support@cnas.u-hyogo.ac.jp

★ サイトマップ ★ 個人情報について