
平成 29-30 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 31 年（2019 年）3 月

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（甲南女子大学 看護リハビリテーション学部）
松岡 順治（岡山大学 保健学研究科）
木澤 義之（神戸大学医学部附属病院）
宮下 美香（広島大学 医歯薬保健学研究科）
福田 正道（兵庫県立大学 看護学部）
脇口 優希（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）
礪元 淳子（兵庫県立尼崎総合医療センター）
一上 由華（市立豊中病院）
江藤 美和子（社会医療法人生長会 ベルランド総合病院）
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（市立大津市民病院）
中野 宏恵（兵庫県立大学大学院看護学研究科博士後期課程） 西
谷 葉子（京都第二赤十字病院）
西村 美穂（兵庫県立がんセンター）
日下 咲（兵庫県立がんセンター）
湯浅 幸代子（兵庫県立大学大学院看護学研究科博士後期課程）
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）

研究班ホームページ：<http://sm-support.net/>

はしがき

本研究は、Dr. Patricia Larson と兵庫県立大学がん看護学の教員によって提案された症状マネジメントモデル（The Model of Symptom Management : MSM）の医師協働モデル版の開発を最終的な目的としている。2012 年度から 2015 年度までの 4 年間、日本学術振興会科学研究費・基盤研究 B によって)、リンパ浮腫、口腔粘膜炎、皮膚症状、排泄障害といったがん看護領域で優先すべき 4 つの症状を取り上げ、症状ごとの IASM 活動ガイドブックを作成した。IASM による看護活動を進める中で、IASM は看護師だけでなく他職種、特に医師の参加があることが重要な成功の要因であることが明らかになり、2016 年度から 4 年間の計画で基盤 A による本研究を引き続き行うこととした。

症状マネジメントにおいて患者に確実な効果を上げるには、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が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る。医師は診断、治療について、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。医師の参入を可能にするためには、医師のケアの内容を知り、ケア・キュア融合型のモデルとして改変する必要がある。

基盤 A 初年度である 2016 年度は、ケア概念の明確化が必要と考え、ケアおよびキュアに関する文献検討、がん医療の現場における医師と看護師の症状マネジメントに関するフィールド調査を行った。さらに臨床医師に見られるケア行動を観察やヒアリングによって情報収集し、医師のケア行動の要素を読み取り、現実的な IASM モデルへの医師の参入可能性を探った（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」）。

2017 年度から 2018 年度の 2 年間は、フィールドワークをもとに医師を対象としたフォーカスグループインタビューを企画し、医師のケア認識とケア行動を構造化した。臨床現場にいる研究班メンバーから医師の物理的な時間を確保することが困難という意見もあり、並行して、症状マネジメントの現場で活用できるように、介入用動画作成に取り組んだ。動画によって医学的な説明部分をカバーすることで医師との協働を可能にすることを目指した。まず、口腔粘膜炎のマネジメントを進めるための具体的な医学的知識と看護の活動 3 篇を収録した。また、先んじて IASM の概念を看護師が正しく理解して、患者のセルフケア能力に応じた代償ができるように導くための動画 8 篇を作成した。動画はインターネットを通して研究班メンバーが事例に介入する時に使用することとした。

本報告書は、主に 2017 年度から 2018 年度にかけて行った研究について、報告するものである。

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
(IASM 研究班) 代表 内布敦子

【目 次】

I. 研究の概要	1
II. がん症状マネジメントにおける医師のケア行動に関する調査.....	4
III. 研究コンサルテーションの内容と結果.....	11
IV. 症状マネジメント活動に用いる動画の作成.....	14
V. フィールド調査（学会参加からの示唆）	24
VI. 講演・公開コンサルテーション.....	25
複雑な介入の研究をデザインする（Designing Studies of Complex Interventions）	
Complex Intervention（Comprehensive Intervention）	
<資料>	
1. 薬物療法中の血液疾患患者を対象とした口腔トラブルマネジメント介入プログラムの有効性の検証（発表者：脇口）	36
2. Developing a nursing intervention program for patients with cancer related symptoms in collaboration between Certified Nurse Specialists and faculty members of Nursing（ICCN2017 発表者：江藤）	43

I. 研究の概要

1. 本研究の目的と概要

<目的>

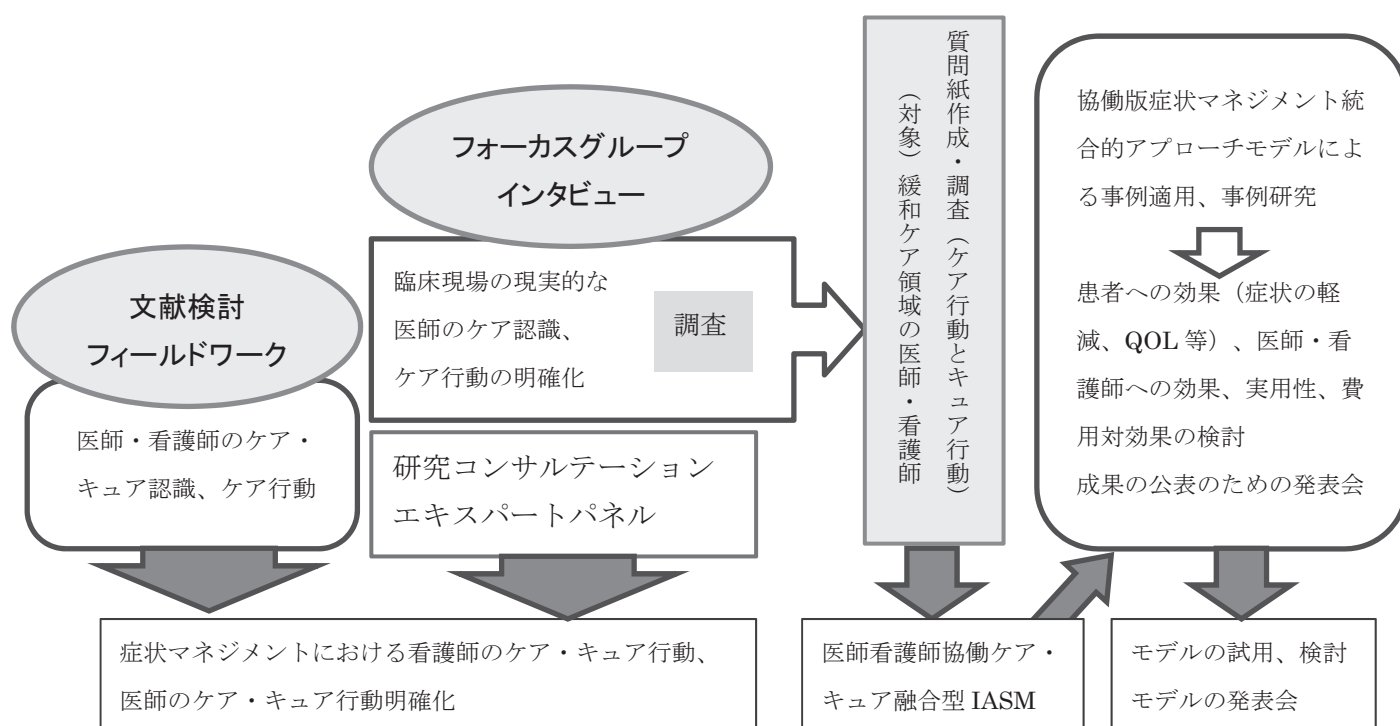
本研究は以下の目的を達成し、看護師と医師が協働するケア・キュア融合型症状マネジメントモデルの開発をめざすことである。

- 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。

<概要>

上記目的を達成するための計画の全体像を以下に示す。

- 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、Performance Status、ケアリング得点、費用分析等を検討する。



2. 平成 28 年度の研究経過

①ケアおよびキュアに関する文献検討

②フィールド調査

- ・看護師と医師の症状マネジメントにおける活動内容のヒアリング
- ・医師のケア行動・ケア認識に関するヒアリングや観察

以上の内容は、平成 28 年度活動報告書に示した。

3. 平成 29・30 年度の活動内容

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。

②複合的な介入プログラムの作成方法、評価方法について、研究コンサルテーションを受ける。

③医師との協働を効率的に行うため、医学的知識に関する動画を作成する。

④各症状別に 4 つの班（口腔粘膜炎、皮膚障害、リンパ浮腫、排便障害）を形成し、IASM 介入プログラムを実施する中で、医師や多職種による協働がどのように行われているか、情報収集する。

⑤学会発表からケア・キュアに関する情報を収集する。

※資料として、研究活動中に行ったその他の成果を示す。

4. 研究組織（平成 29・30 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（甲南女子大学看護リハビリテーション学部）

松岡 順治（岡山大学保健学研究科）

木澤 義之（神戸大学医学部附属病院）

宮下 美香（広島大学医歯薬保健学研究科）

福田 正道（兵庫県立大学看護学部）

脇口 優希（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）

一上 由華（市立豊中病院）

江藤 美和子（社会医療法人生長会 ベルランド総合病院）

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（市立大津市民病院）
中野 宏恵（兵庫県立大学大学院看護学研究科博士後期課程）
西谷 葉子（京都第二赤十字病院）
西村 美穂（兵庫県立がんセンター）
日下 咲（兵庫県立がんセンター）
湯浅 幸代子（兵庫県立大学大学院看護学研究科博士後期課程）
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）

Ⅱ. がん症状マネジメントにおける医師のケア行動に関する調査

中野宏恵，内布敦子，松岡順治，木澤義之，福田正道，脇口優希

1. 研究背景

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 らは、転移を伴う非小細胞性肺癌と診断された 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あり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。しかしながら、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

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.

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。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を示されている。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。

Kuethle⁸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。彼らの言う「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。このことから、研究者らはがん看護専門看護師ら9名の協力を得て、臨床医師が「ケアをどのように認識し、行動しているか」についてフィールド調査を行った。医師が捉えるケアとは看護師のケアとは異なり、「診断・治療を確実に行う」「症状緩和を十分に行って身体を良い状態に保つ」「身体に起こっていることを確実に説明する」というように、患者の身体に対する医学の専門的知識を用いた介入が中心にある様相が見られた。また、治療の遂行に影響する要因となる有害事象の管理や意思決定などに関連することから、患者の生活や不安などの気持ちを丁寧に引き出していた。Bad news の提供や説明に関しては、患者の価値観や気持ちに配慮する姿も見られた。フィールド調査を行ってみて、医師のケア認識は個々の医師によって、また緩和ケアや治療などの専門科によっても異なることが捉えられ、さらなる探索的研究が必要であると考えた。また調査にあたり、ケアと読み取れる行動をとっていても医師自

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 Kuethle 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.

身がケアと認識していない可能性も考えられ、反応を十分に引き出しながら調査していくことが必要であると考えた。そこで個人に行うインタビューよりも、フォーカスグループインタビューが有用であると考えた。フォーカスグループインタビューには、グループ内で連鎖的反応を引き起こしたり、話題に関連して刺激が生み出されるなどの利点がある。医師の反応を引き出し、より豊富なデータを収集できると考えた。

以上のことから、医師、看護師のそれぞれの機能をより発揮するために、がん症状マネジメントに携わる医師がどのようにケアを認識し、行動として実践しているのかをフォーカスグループインタビューの手法を用いて明らかにすることを目的に本研究を計画した。医師のケア行動を明らかにすることにより、医師と看護師の機能をより発揮でき、医師と協働したより効果的な患者中心のチームアプローチを可能にすると考えた。

2. 研究目的

医師はケアをどのように捉えて行動しているかを明らかにし、医師のケア構造を見出すことを目的とした。

3. 研究方法

1) 対象者

がんおよびがん治療に伴う症状のマネジメントに携わっている医師を対象とした。

2) 研究協力依頼および対象者の選定方法

- (1) がんおよびがん治療に伴う症状のマネジメントに携わっている医師の勉強会などの集団の責任者に、本研究の趣旨と方法について文書を用いて説明し、対象者となる医師を紹介してもらうよう依頼した。
- (2) 紹介された医師に対して、本研究の趣旨と方法について文書を用いて説明し、文書での同意を得た。

3) 研究期間

2018 年 1 月～2018 年 8 月にデータ収集を行い、その後 5 カ月をかけて分析を行った。

4) データ収集方法

- (1) 同意が得られた対象者を 1 グループ 3～5 名に分けた。インタビューの日時、所要時間は、対象者が行う診療業務に支障をきたすことのないよう、対象者と相談して調整した。
- (2) 基本情報調査票を対象者に配布し、年齢、性別、医師の経験年数、専門科について、記入してもらった。
- (3) フォーカスグループインタビューはプライバシーが保持できる個室にて、1 グループにつき 1 回、1 回のインタビュー時間は 1 時間程度で行った。対象者の同意を得て、インタビュー内容はその場で録音および記録した。司会進行は研究者が行った。半構成的にインタビューを行い、医師として治療を行いながら、ケアも提供できたと感じた事例（体験）を想起してもらった。さらに、医師にとって、またはあなた自身にとって「治療を行う」に対して「ケアを行う」とはどのようなことを意味するのか、治療との違いは何かを尋ねた。尚、イ

インタビュー中は、以下のことに配慮し進行を行った。

- ・司会者は、対象者の話を聴くことに集中して相槌を打ち、「よくわかります」など理解ができたことをフィードバックして、参加者の話す意欲ができるだけ持続するように関与した。
- ・対象者がひと通り自分の体験を語った後に「こういう事ですね」と体験を確認したり、対象者が伝えたいことがわかりにくいときはもう一度説明を求めたりした。
- ・一人の対象者が話をしている時に、他の対象者の表情やグループの雰囲気にも敏感であるように心がけ、他の対象者が何か言いたそうにしていることが察知された時は、時機を逸しないで発言を求めるように配慮した。

5) データ分析

Vaughn らのフォーカスグループインタビューの分析方法⁹を参考に、次の手順で分析を行った。

- (1) インタビューの内容を録音した音声を記述データとして書き起こした。その際、発言の意図や文脈を読み取るために、発言者が特定できるようにした。
- (2) グループ毎の記述データを複数の研究者で繰り返し読み、フォーカスグループインタビューの結果を代表するいくつかの「基本的考え」を確認した。
- (3) 医師のケア認識やケア行動、それらに影響する背景要因に関する 1 つの意味内容を含むように記述データの文章を切って要約し、データを単位化した。
- (4) 単位化したデータの意味内容が類似するものを集めてサブカテゴリーとし、より抽象度の高い名称を付与した。この際、②の基本的考えと見比べて意味が損なわれて解釈されることのないよう配慮した。
- (5) サブカテゴリーの意味内容が類似しているものを集めてカテゴリーとし、より抽象度の高い名称を付与した。
- (6) 得られたカテゴリーの関係を整理し、医師のケア認識、ケア行動の構造を描き出した。

4. 結果

1) 対象者の概要

対象者は、がん患者の症状マネジメントに携わる医師 15 名（男性 12 名、女性 3 名）であった。平均年齢は 48.7 歳(SD=9.34)、平均経験年数は 22.2 年(SD=8.00)であった。

⁹ Vaughn S. et al. (1996). Focus group interviews in education and psychology. Sage Publications. UK.

表 1 対象者の概要

	n=15
性別	
男性	12
女性	3
専門科	
緩和ケア	8
乳腺外科	5
消化器外科	3
泌尿器科	1
麻酔科	1
内科	1
腫瘍内科	1
心療内科	1
総合診療科	1

2) 医師の認識するケアの概念とケア行動

医師の認識するケアの概念は、キュアを含む包括的概念であり、ケアとキュアを明確に区別しない特徴がみられた。特に、症状緩和はケアの要素が大きい。医師は、医学的治療に軸足をおくが、病気以外のことにも、ケアによって対応していることが語られた。医師の認識するケアの性質として、《ケアは問題解決型ではない》《ケアとキュアは分けられない》《ケアには相互性がある》《ケアとキュアは一緒に提供して効果を上げる》が抽出された（図 1）。

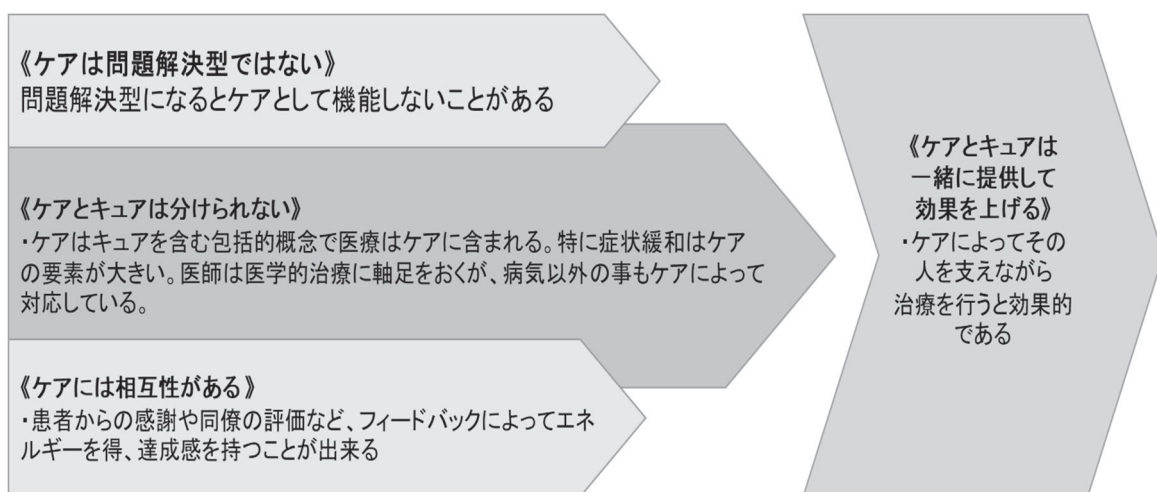


図 1 医師の認識するケア概念の性質

医師のケア行動として、《患者が大切にしているものを大切にする》《人間として患者と向き合う》《患者を知り受け止める》《患者に寄り添う》《患者との関係性を作る》《医学的治療に責任をもつ》《熱心に治療を行う》《患者の心と体を楽にする》《患者との距離を調整する》《ケアがもたらす双方への相乗効果》《ケアによる患者の良い状態》の 11 カテゴリーが抽出された。意味内容から、医師の行っているケアと期待される効果としてカテゴリーを位置付けることができ、図 2 のような構造が描き出された。

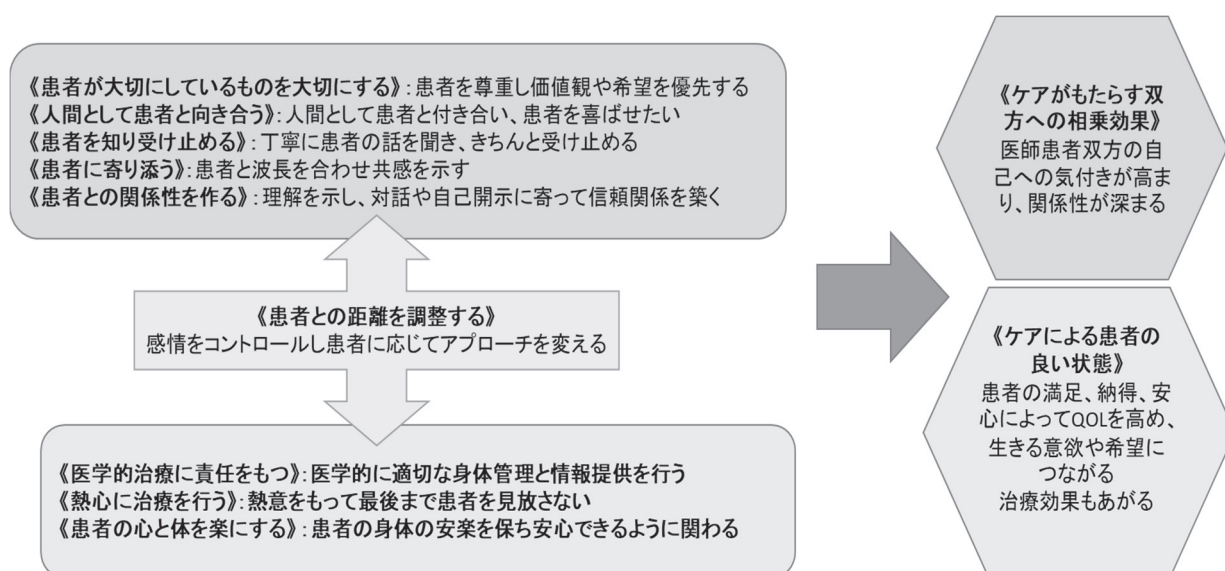


図 2 医師の行っているケアと期待される効果

※本調査の結果は、22nd EAFONS 2019 (2019.1.17-18 in シンガポール) にて発表を行った。

Physician Recognition of Concepts of Care and their Caring Activities While Performing Symptom Management on Cancer Patients: Qualitative Findings

¹Nakano H, ²Uchinuno A, ³Matsuoka J, ⁴Kizawa Y, ⁵Fukuda M, ⁶Wakiguchi Y

¹Graduate School of Nursing Art and Science, University of Hyogo, Japan ^{2,5,6}College of Nursing Art & Science, University of Hyogo, Japan

³Palliative and Supportive Medicine, Okayama University Hospital, Japan ⁴Palliative Medicine, Kobe University School of Medicine, Japan

Background

The symptom management of cancer patients must include caring for all aspects including physical, psychological, social, and spirituals. In Japan, medical teams tend to focus on medical treatment of disease in clinical setting. Generally, nurses have a role to coordinate all aspects of care for patients so that patients maintain their QOL. Physicians are also concern with caring for patients include psychosocial aspect, but their role and activities are not clarified.

Objective

To determine how physicians recognize the concept of caring and actual caring activities.

Methods

Three focus group interviews were conducted. Data were analyzed using the qualitative content analysis method.

Table 1. Specialties of Physicians

specialties	n
Palliative Care	8
Breast Surgery	5
Gastroenterological Surgery	3
Urology	1
Anesthesiology	1
Internal Medicine	1
Medical Oncology	1
Psychosomatic Medicine	1
General Medicine	1

* This work was supported by JSPS KAKENHI Grant Number 16H02695.

Results

Sample Demographics

Total participant were 15 physicians (12men, 3 females) engaged in symptom management in cancer patients. Physicians' average age was 48.7 years (SD 9.34) and average years of clinical experience was 22.2 (SD 8.00). Table 1 present specialties of physicians.

Physician Recognition of Concepts of Care and their Caring Activities

Physician Recognition of Concepts of Care is a comprehensive concept that includes the cure, and medical treatment is part of care. Alleviation of symptoms in particular is a large element of care. Physicians focus on medical treatment but also provide non-illness-related services as care. As characteristics of care recognized by physicians, the following four categories were identified: (1) Care is not meant for resolving problems, (2) Care and cure are inseparable, (3) Care has reciprocity or mutuality, (4) Enhance therapeutic effect by providing care and cure at the same time. Treatment is effective when patients are supported with care during treatment. Feedback of care is given in the form of patients' gratitude and coworkers' admiration. It is highly encouraging for physicians and creates a feeling of fulfillment. Figure 1 present the care performed by physicians and expected effect.

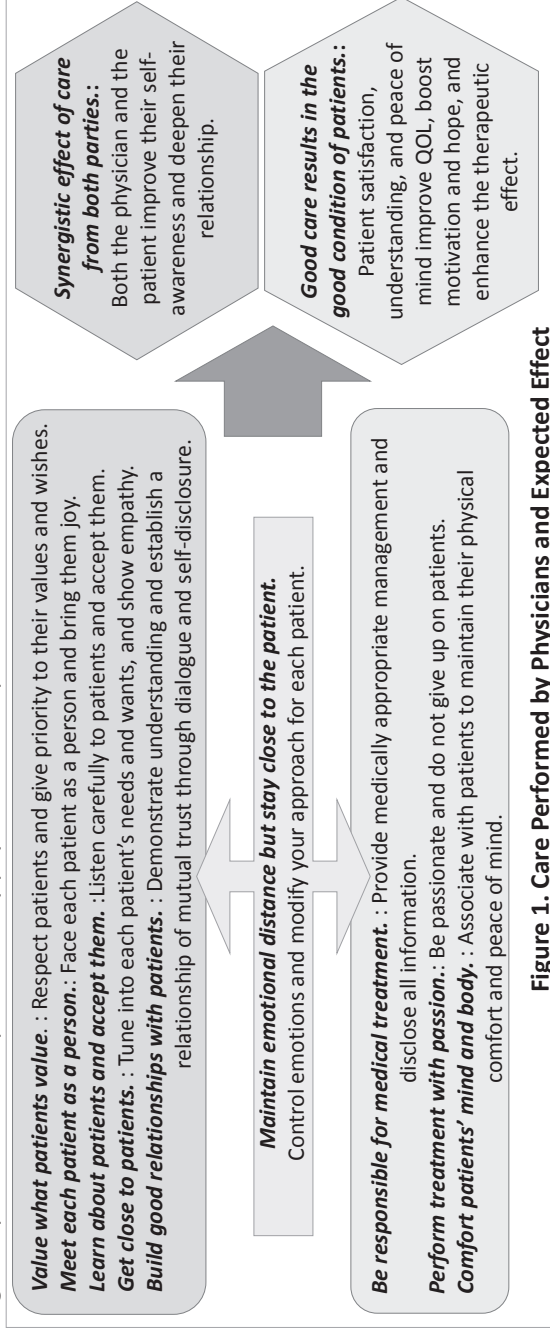


Figure 1. Care Performed by Physicians and Expected Effect

Conclusion

Four categories of the characteristics of care recognized by physicians were elicited from the focus group interviews. Physicians recognized their caring role in practice and needed more nurse's support in order to improve the quality of care.

Ⅲ. 研究コンサルテーションの内容と結果

研究を効果的に進めるために、医学看護領域の研究法の専門家である Dr. Ivo Abraham を招聘し、コンサルテーションを依頼した。

1. ケア・キュア融合型症状マネジメントモデルのアイデアについて

<課題>

看護師だけでなく医師や他の職種と協働して症状マネジメントに取り組めるようなモデルを考えている。このような複合的なモデルを介入研究に用いることは可能か。複合的になればなる程、関連要因が分かりづらくなり、何によって症状が改善したのか、検証することが困難になると思われる。しかしながら、現実の臨床では、経験的に多職種が関わるのが効果的であるという確信がある。単一の要因ではなく複合的な要因を検証することについて、見解を聞きたい。また、医師は診断・治療という流れの中で動いているので、症状マネジメントモデルに基づいて行動を起こさせることが難しい。どうしたら良いか。

<コンサルタントの見解>

複合的な介入の効果検証研究は、米国においても最近行われるようになった。実臨床の場面を考慮すると、RCT よりもむしろ複合的介入の方が現実的であり、臨床への適合度も高い。今後ますます複合的な介入研究は行われるだろう。ただし、介入因子が複合的であるために、効果を見極める方法に工夫が必要となる。

本研究で提案しているケア・キュア融合型の多職種からなる複合的介入研究は、時流に合った研究と言える。モデルの中で、医師の行動をスムーズに進めるためには、次のような具体的な方略について検討してはどうか。

- ①医師は「ケア」と「キュア」を対比して認識している可能性があるため、「ケア&キュア」であること、キュア（治療）の中にも支持療法などケアの要素が含まれていることを医師に認識してもらう必要がある。

【具体例】

制吐剤を処方してくれた医師に対して、看護師が「化学療法の際に制吐剤と一緒に処方してください。症状が予防できて良かった。患者に良いケアが提供できた。」と医師に伝える。

- ②看護師が医師との対話の中でケアについて医師を教育しながら巻き込んでいく必要がある。

【具体例】

医師が患者との間でケア的なコミュニケーションをとれるように、看護師が誘導する。

⇒「6 コースの化学療法の後、患者に何が起こりうるのかを伝えてあげてください。」

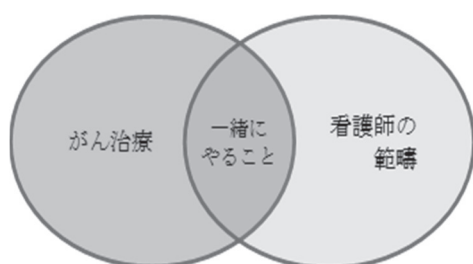
⇒「こういった治療をすると半分の患者は 3 年間がんがない状態で生きられるということを患者さんに説明していただけますか？」

⇒「がんがない 3 年の間に、患者が何をしたいか聞いてあげてください。」

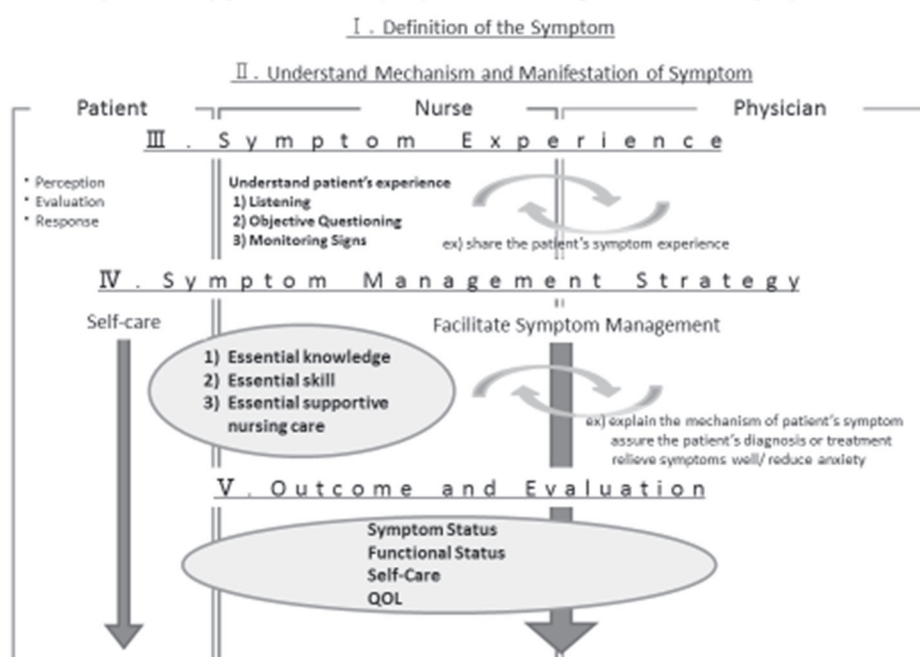
- ③看護師の提案について、医師の 1/3 は協力的、1/3 は拒絶する、1/3 は巻き込むための相当な努力を要する人たちである。1/3 の協力的な医師に他の医師とのつなぎ役を担ってもらえるようにする。

④図式化するなどして概念を分かりやすくする。

【具体例】



【Integrated Approach to Symptom Management with physicians】



2. アウトカムの評価について

＜課題＞

複合的介入モデルにおいては、介入因子が多く存在するので、アウトカムの設定が難しいと思うが、どのような工夫ができるか。

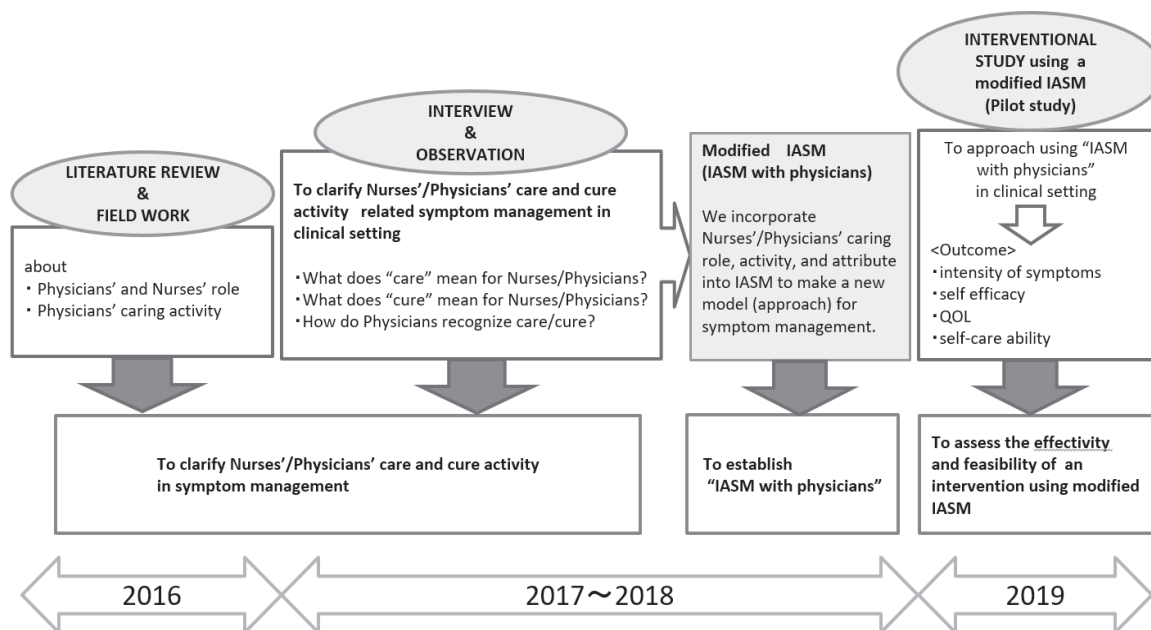
＜コンサルタントの見解＞

モデルに医師を組み込んだ場合、アウトカム評価に満足度を追加することについて、以下の助言・提案があった。

- ①患者、医師、看護師、他職種、センター（＝職員全体）の満足度を調査してはどうか。
- ②患者のセルフケア能力等の要因によって実際に提供するケアの量や質が変わるということであるので、本研究はアウトカム評価というよりもプロセス評価に重点を置くのが望ましい。
- ③セルフケア能力の高まりとともに自己効力感の改善も望みたいが、自己効力感の変化について統計学的有意差を検出するのは難しいとされている。よって、セルフケア能力と自己効力感との間にある「自信」などを測定するのも選択肢としてあるのではないか。

- ④介入開始時、介入終了時での評価は正式な尺度を用いて行い、その間の細かな変化については自信の尺度や簡易版、もしくは VAS 等を用いてモニタリングしてはどうか。
- ⑤病院や医師、看護師の個々の条件が結果に影響する。n 数は必ずしも必要ではなく、一人一人の良かったことや悪かったことを聞いていくこともできる。

<The schedule of the research project>



3. 研究成果の公表について

MASCC(multinational association for supportive cancer care)という学会が発行している *Supportive care in cancer* という学術誌には、欧米に限らず日本も含めて世界中から投稿されている。また、他の雑誌とはちがい、前例がある研究であっても掲載することがある。研究成果が出れば、雑誌に投稿することを検討して欲しい。

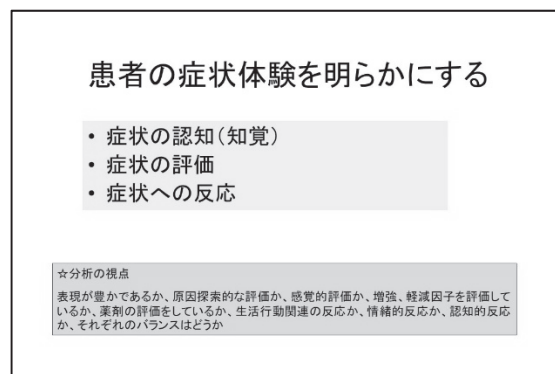
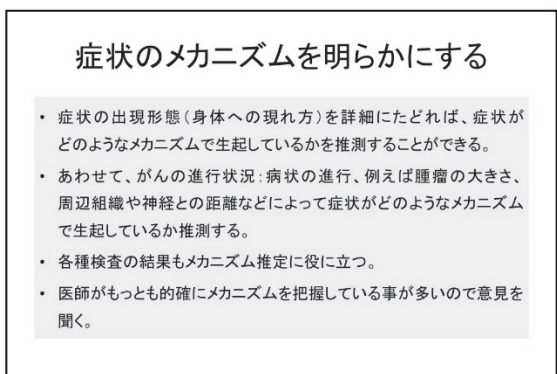
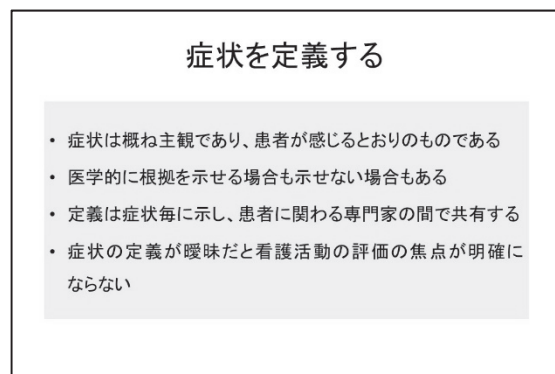
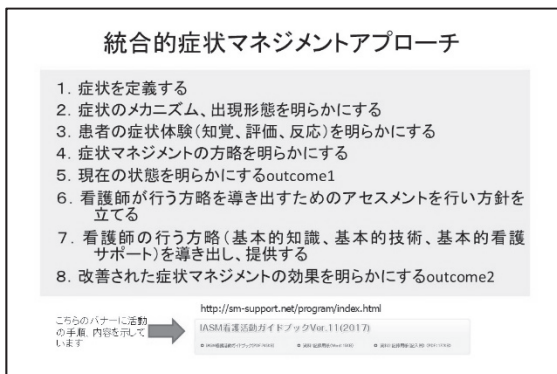
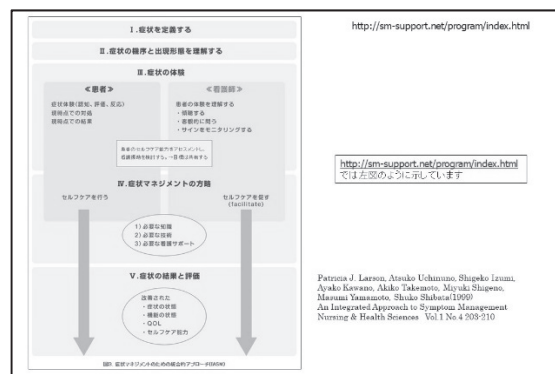
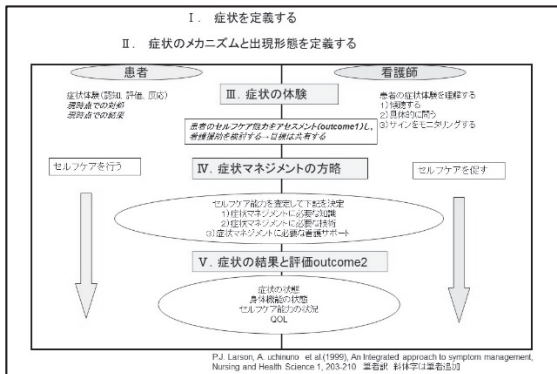
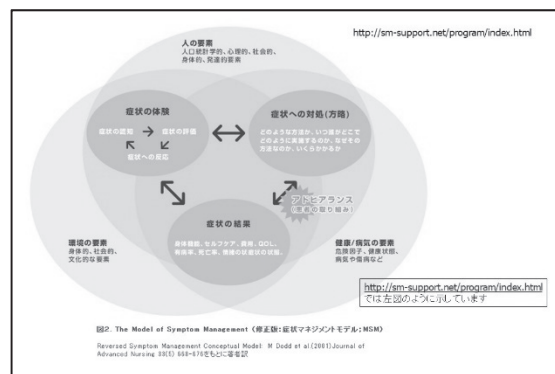
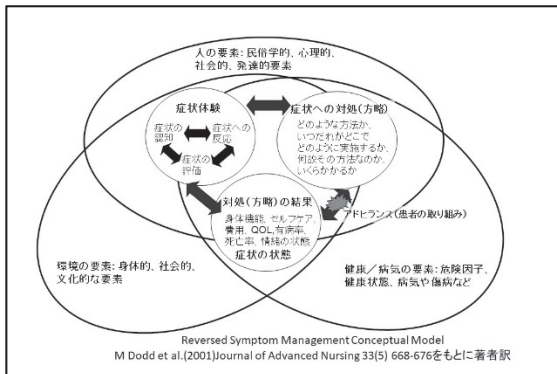
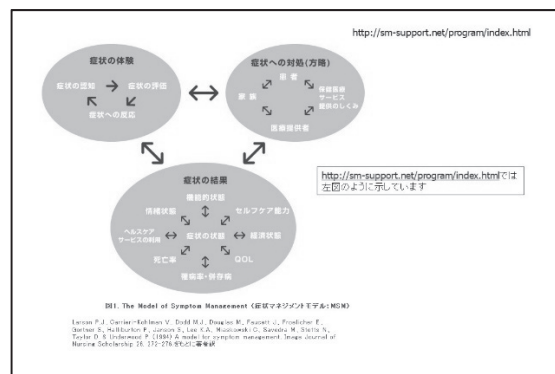
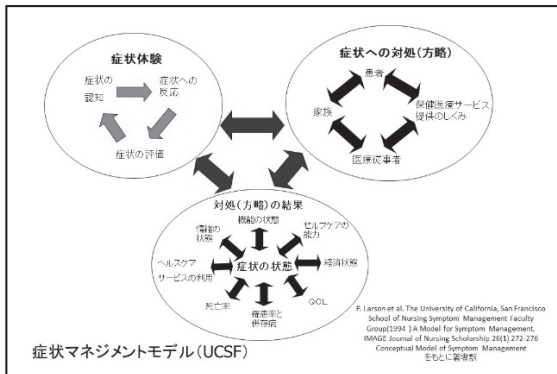
IV. 症状マネジメント活動に用いる動画の作成

1. 患者中心の症状マネジメントと看護ケア（IASMの臨床適用）

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、P. Larson が開発した症状マネジメントの統合的アプローチ（The Integrated Approach to Symptom Management : IASM）は、患者さんのセルフケア能力を最大限に活用し、患者中心に進めるもので、使用する際はオレムのセルフケア理論、症状マネジメントモデル（The Model of Symptom Management : MSM）、IASM をよく理解しておくことが必要である。そこで、研究代表者が 8 回に渡って分かりやすく解説する動画を作成した。以下、動画に用いた説明用の画面である。この動画は研究班のホームページ、オンラインセミナーに掲載し、看護師が介入する際に使うことができるように設定した。

URL : <http://sm-support.net/index.html>

患者中心の 症状マネジメントと看護ケア An Integrated Approach to Symptom Management の 臨床適用 兵庫県立大学 内布敦子	症状マネジメントの課題 - 政策的に押し進められる在宅療養によって、医療サービスへのアクセスは制限される。 - 訪問看護や在宅療養支援診療所の緩和技術が求められている。 - 症状は主観であり、24時間、症状と向き合っているのは患者であるにも関わらず、患者の声は十分医療者に届いていない。 - 症状マネジメントのエキスパートは患者であるにも関わらず、患者は症状マネジメントの主導権を持たされていない。 - 治療のバリエーションが広がり、有害事象も多様化して、QOLをじわじわと低下させているが、低く見積もられ放置されている。 - 分子標的薬等で生存期間が延長し、治療が死亡の直前まで続く患者も医療者も症状マネジメントに関心をもちにくい。
統合的症狀マネジメント (An Integrated Approach to Symptom Management: IASM) とは - IASMは、24時間症状を体験している患者こそが症状マネジメントのエキスパートであり主人公であるという考えに立っている。 - IASMでは、看護師は患者のパートナーであり、患者のセルフケアを支援しながら症状緩和をすすめる。 - IASMでは、患者のセルフケアのレベルによって看護(代償)を判断するオレムのセルフケア理論を使って、看護の介入内容を決める。 - IASMでは、身体的な苦痛だけでなく、それに伴う精神的、霊的、社会的苦痛からなる包括的な概念で症状をとらえている。	統合的症狀マネジメント (An Integrated Approach to Symptom Management: IASM) の理論的前提 - IASMは、オレムのセルフケア理論、セルフケア不足理論、看護システム理論に依拠して、必要な看護を判断する。 - セルフケアとは人が自らの健康維持増進のために必要な活動を行なうことである。 - 疾病によって苦痛症状を体験している時、多くは健康逸脱によるセルフケア要件が発生しており、病的状態を改善するために医療・看護を受けることになる。 - 患者のセルフケア能力を高めると同時に、患者の能力だけでは賄えない部分(判断の局面と実行の局面)を看護によって代償することで、患者中心の症状マネジメントが実現する。
統合的症狀マネジメント (An Integrated Approach to Symptom Management: IASM) の理論的前提 「セルフケア要件」 - 普遍的セルフケア要件 - 発達のセルフケア要件 - 健康逸脱に関するセルフケア要件 セルフケア不足がどのように生じているか、セルフケア要件の大きさがセルフケアエージェンシーの大きさを上回る時、看護介入による代償が必要になります 「セルフケアエージェンシー」 - Capabilities for self-care operation (野心的、過渡的、生産的活動) - Power Components (注意、調整、推論、動機づけ、意志決定、知識、スキル、実施) - Foundational capabilities and disposition (感覚、認知、記憶、理性、操作的思考、自己価値観、自己受容)	An Integrated Approach to Symptom Managementのご紹介  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 http://sm-support.net/index.html



- 症状の認知 perception: 個人的要素(個人的特質、認知能力、動機)、環境的要素(社会的、文化的、民族的要素、症状が起こっているときの状況)、健康状態(健康の習慣、身体機能)の要素が関連する。
- 症状の評価 evaluation: 症状の程度や危険度の評価、時期、増強軽減因子の評価、薬剤の評価を含む。
- 症状への反応 response: 症状に対する生理的、心理的、行動的要素が含まれる。(情緒的な変化、食欲や睡眠の状態など)

- 患者の話を遮らない
 - － モデルとおりにこちらの都合で聞くのではなく、患者の話しやすい方法で話してもらう
 - － うまく文脈が作れないときは、適当な文脈や言葉を提供する
- 適切な文脈の提供
 - 「さうだ、ブズメキ、ビツク。針をさすような、力物で切り取られるような、えぐられる、強い痛み、揺られる、縛られる、つかわれる、思っ転る、おかしな、過剰な、とどろい、騒がしい、押されたような、うすく、歪しい、割れるような、星の置き所のない、不愉快な、こわばった、しほれるような、湧り出くような、ジジリした、鼓動する、作を貫通するような」
- － 時々、話しの山場をすぎたら区切ってサマリーする

■ モデルに整理できない内容が出てくることも予測される

- － モデルにない概念は貴重である⇒次の研究につながる

- 前のめりの姿勢で強い関心を示す
- 身を乗り出して聴くことで、患者に強い関心があることを表現する
- 患者が症状を表現することを推し進める
- 患者が話し始めたら、適切に相槌を打つ
- 重要な体験を話すときは、できるだけ詳しく具体的に話すように支援する

－「（そのときの様子を）少し詳しく話してくださいませか」

－「それはつらかったですね、それでどうしましたか」

－不自然にならないような対話を工夫する

- 患者が表現したことを看護師が理解したことが患者にわかるように、理解したことを意図的に伝える
- 相槌を適切にうつ(声を出す、出さない、深くうなずく)
- 理解したことを患者にフィードバックする
 - 「つまり○○さんの痛みは全身を痺くように激しいもので、痛みだと死んでしまうのではないかと怖いということですね」
 - 「痛みが出てくると、病気が悪くなっているのではないかと不安になるんですね」
- 「よくわかりました」と伝える

■患者の苦痛を自分なりに想像する

- 患者の体験を想像力を働かせて可能な範囲でイメージする
- 身体症状があることで怒り、不安、うつなどの否定的感情が生じやすく、生活面では食欲不振、不眠、不活動が生じやすくなる
- 社会面でも失職や人との付き合いに支障をきたす可能性がある

■患者の苦痛体験に対して共感を表現する

- 「それは大変でしたね、つらかったですね」
- うなずくだけではなく、できるだけ言葉で共感を表現するほうが、患者にとってはわかりやすくて、印象にも残りやすい。

- 面接の最後に患者に感謝の意を表明する
 - 患者の話聞くことによって症状の体験がよく理解できたこと、症状に対して患者がこれまで行ってきた努力がよくわかったことなどを述べて、話してくれたことに感謝する
 - 話していただき、ありがとうございました。詳しくお聞きしてどんな症状が理解することができました
- いままで症状を持って自分なりにやり過ごしてきたことを評価する
 - これまで工夫しながら生活してきたんですね
 - 良く頑張ってきましたね
 - とてもよくやって来られたと思います

■場所、程度、時間、持続時間、これまでの経過

- 症状の初発はいつか？
- その後、症状の様子はどのように変化したのか。
- 月日を正確に答えてもらう必要はない。ほぼ何年前、何ヶ月前。
- 想起しにくいのであれば「最初から今のような症状でしたか？ 変わってきた様子を話していただけませんか？」と聞いてみる。
- 何らかの方法で症状が軽減するまでの時間か、もしくは自然に消失する時間。
- 「横になれれば痛みがおさまるか」と、マージメントの方略に関連したことを患者が述べるようであれば、それも書き留めておき、後に方略の欄に書き加える。

■増強因子、軽減因子

- 症状がひどくなるのはどのような時か、軽減するのはどのような時か
- 全然思えない場合は、「食事、体位、環境（温度、湿度など）、心理状態（心配事や不安）などは、症状に影響がありませんか」と聞いてみる。

- 身体の反応を観察する
 - 顔をゆがめる、痛いところを手で押さえる、腰を曲げる、弓なりになるなどの身体に現れる変化
 - 血液、生化学等のデータもモニタリング
- 生活面の変化を観察する
 - 階段が登れない、つえをつく、歩くのが困難など生活動作上の変化(食事、お風呂、トイレ、)を観察する
 - 人と会わなくなる
 - 整合性のない行動がみられる、よく間違う
- 心理的な反応を観察する
 - 怒りっぽくなる、話をしなくなる、抑うつ的な反応
 - 気持ちの上で変化がありますか

- ・ 症状の表現能力、表現意欲
- ・ (多面的)評価能力、特に薬剤の効果評価能力
- ・ 行動や思考の論理性
- ・ 知識の内容と量
- ・ 日常生活の状態、生活上の問題、それをどのように評価しているか
- ・ 身体機能とその統合性
- ・ 自己価値観の低下、無力感など情緒の状態
- ・ セルフケア能力の状態(症状マネジメントへの意識)

- ・ 患者が行っている方路
 - － 症状があるときはどのようにしていらっしゃいますか？
 - － 症状があるとき誰に助けられていますか？どんなことをしてもらっていますか？
- ・ 家族が行っている方路
- ・ 医療従事者が行っている方路
 - － 可能な限り患者と一緒に方路を考えているか(家族も含む)。
 - － ゴールを患者と共有しているか。
 - － 医療者には適切な医療処置を提供できるだけの十分な知識、技術、対応能力、チームワークがあるか。
- ・ そのほかの人々が行っている方路
- ・ ケアシステムの利用の状況

症状マネジメントの結果 (現在の状態)を明らかにする

- ・症状の状態
- ・機能の状態
- ・QOLの変化
- ・症状マネジメントに関連したセルフケア能力

☆分析の視点

- ・スケール等を用いて数値化し、前後比較をしやすくしておくこと。
- ・分析の視点は症状体験の分析の視点を参照。

患者のセルフケア能力をアセスメントし、 必要な代償(看護)を割り出す

- ・症状の表現力や反応のパラエティ、評価能力、方略の論理性、主体性、知識の豊富さなどから症状マネジメントに関連した患者のセルフケア能力をアセスメントする。
- ・症状マネジメントの結果で明らかになったQOL、機能の状態を考えあわせて、患者が症状マネジメントに取り組むときにどのような知識、技術、サポートの提供が必要か導き出す。
- ・セルフケア能力があるときはそれを活かすように、ないときはそれを補うような方向で方針を立てる。

統合的的症状マネジメント (An Integrated Approach to Symptom Management: IASM) の理論的前提

「セルフケア要件」

- ・普遍的セルフケア要件
- ・発達のセルフケア要件
- ・健康逸脱に関するセルフケア要件

「セルフケアエージェンシー」

- ・Capabilities for self-care operation (評価的、過渡的、生産的)
- ・Power Components (注意、調整、推論、動機づけ、意志決定、知識、スキル、実施)
- ・Foundational capabilities and disposition (感覚、認知、記憶、理性、操作的思考、自己価値観、自己受容)

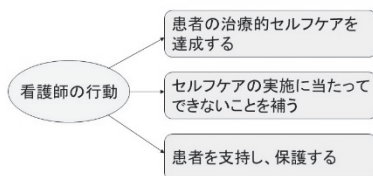
セルフケア不足がどのように生じているか、セルフケアエージェンシーの大きさがセルフケアエージェンシーの大きさを示す時、看護職による代償が必要になります

セルフケアレベルの判定基準 (IASM用)

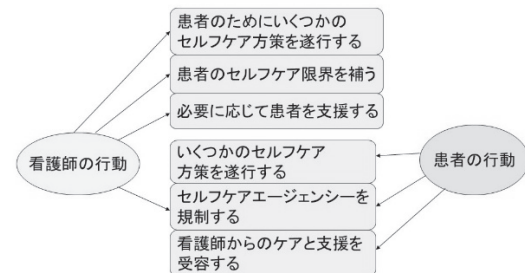
レベル	判定基準
レベル1	内的・外的刺激に反応することができないので、自らの健康のために必要な行動を判断することができないし、セルフケア行動を遂行することもできない。判断がまったくできない場合、行為がまったくできない場合は全代償と判断する。
レベル2	運動機能／知的判断／動機3点においていずれかが部分的に不足している。自らの健康のために必要な行動を部分的に判断できる。もしくはセルフケア行為が部分的に遂行できる。自立している部分が大きく、医療者が代償する部分は小さい。
レベル3	運動機能／知的判断／動機3点においていずれかが部分的に不足している。自らの健康のために必要な行動を部分的に判断できる。もしくはセルフケア行為が部分的に遂行できる。自立している部分が大きく、医療者が代償する部分は小さい。
レベル4	自立した状態。自らの病気を正しく理解し、最適な予防法や症状緩和方法を判断し、セルフケア行動を遂行することができる。身体の変化に応じた応用力もあるが複雑な状況が発生した場合は、医療者の支援が必要な場合がある。自ら支援を求めることができる場合も含む。

引用文献：内務省(2017) 症状マネジメントにおける患者のセルフケアレベル判定基準の検討(東京医科大学看護学部) 2017年度研究報告書 第24号 139-150

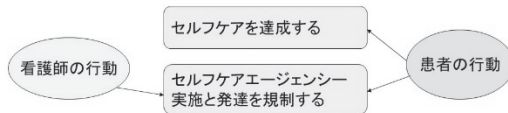
看護システム: 全代償的システム



看護システム: 一部代償的システム



看護システム: 支持・教育的システム



看護師の行う方略を導きだし提供する

- ・基本的な知識を提供する
 - － 症状のメカニズムをわかりやすく伝える
 - － 薬剤の特徴や安全性、副作用に関する知識、生活上の工夫などの知識
- ・基本的な技術を提供する
 - － 移動、入浴、食事、睡眠の工夫と方法を実際に行ってみる
 - － 症状の評価方法、記録方法
 - － 医師に症状を伝える技術(ロールプレイが有効) 重要!
 - － 薬剤の評価方法
- ・基本的看護サポートを行う
 - － 患者の体験に関心を示し、理解、共感する
 - － 患者の能力を認め、フィードバックする
 - － 症状マネジメントでの役割を持たせエンパワーする
 - － 行っていることを確認し、推奨する
 - － できないことは認め、代償することを保証する
 - － 症状に共に取り組むことを保証する

改善された症状マネジメントの結果を 明らかにする

- ・症状の改善
- ・機能の状態の変化
- ・QOLの変化
- ・セルフケア能力の変化
 - － 症状を表現するようになったか
 - － マネジメントへの参加の度合い
 - － 症状、薬剤の自己評価能力
 - － 薬剤の管理能力など

Point セルフケア能力は無理に伸ばすということではなく、できるレベルを正確に査定し、必要に応じ代償するという考え方

事例:A氏、男性、70歳、肺癌、痛みの症状体験

- ・きりきりした痛みはないけど、動くときとどーんと痛い。
- ・鈍痛というか変な痛み。
- ・痛みがあるとお茶をわかつのもおっくうで全然やる気がでない。力がないから困った。
- ・秋には背中が痛みはじめ、腰まで下がってきた。
- ・寝ていたら痛くない。
- ・5分以上歩くときと疲れる。
- ・立ち上がれば何とかなるが、腰で身体を支える力がない。
- ・腰痛になった原因は本当のところは僕にはわからない。
- ・湿布は気休めしかない。
- ・ボルトレンは、車椅子で電話をかけに行きこともできるからまあ効いているということかな。
- ・今使っている薬は一時的。座薬だって何だってまた痛むときがくるから同じ。

自然に治っている感覚はあるので心配する

- 痛み始めたら軟膏を塗る
- ひもを使ってベッドから起きる
- 少しずつ歩く距離を長くしベッドの横に尿器を置く
- あわてて動かない
- お茶をペットボトルに入れて飲めるようにしておく
- 一度立ち上がったらずに動くようにする
- 痛くなったらベッドに横になる
- 痛くなったらお尻を動かしたり背筋を張ってみる
- 「僕にまだ甘えがあるからだ」と思う
- 医師はボールゲームの処方
- 看護師は本人からの訴えがあればと薬する

- ・ **症状の状態:** コントロールされていない。
- ・ **機能の状態:** がんの進行に伴い悪化することが予測されるが、現時点ではPS2（歩行や身の回りのことはできるが時に少し介助がいるときがある。軽労働はできないが日中の50%は起居している。）
- ・ **QOL:** 中等度～低い。特に好きな緑茶がほしいときにおいしく飲めない。痛みのない時がなく、薬剤に期待できないので気持ちは沈んで、何をやる気にはなれない。
- ・ **セルフケア能力:** 病気の理解、評価能力は高いが、必要な医療を我慢する傾向がある。しかし、これは病気の説明を正確にしていなかったためかもしれない。潜在的なセルフケア能力があり「一部代償から支持教育」レベル3。

- ・鎮痛剤を使っても痛みがコントロールされないので薬に対する期待を持たず、薬の効果に対して否定的な評価をしている。
- ・痛みのために日常的なことがおっくうで生活のエネルギーがもてないという無力感を伴う体験をしている。
- ・同時に「にがえている自分」という感覚がありダメな自分を体験している。
- ・ひもを使って起きる、あわてて動かないなど生活上の細かい工夫が行えている。
- ・しかし医療者は患者の痛みに応じた方略を行っていない。
- ・この患者のセルフケア能力は高いが医療者の方略が不十分であるため症状マネジメントができずQOLは低い。

- 治療方針、医学的なデータの収集
 - ・ CT所見などがあれば胸膜、周辺臓器への浸潤を確認
- 痛みの原因やメカニズム、適切な医療処置を確認
 - ・ 侵害受容性の痛みか→オピオイドが奏功
- 共通の目標を確認する
 - ・ 患者、医師、看護チーム、薬剤師などの共通見解と共通目標を確認→患者が望めば痛みは0にすることが可能

- ・ 腰痛の原因とその予防策を伝える
- ・ 痛みは癌が周囲の組織に浸潤しておくるものであるのもルビネが奏功する
- ・ 体位によって周辺組織や神経への圧迫がおこるので急激な体動を避け、ゆっくり行う→すべにおこなっているの理にかなったことであることを伝える
- ・ 鎮痛剤の知識を訂正する
- ・ 麻薬性鎮痛剤の安全性と薬効、使用方法、副作用対策の正確な知識を伝える
- ・ 症状緩和の方法について具体的に伝える
- ・ 薬剤の飲み方（痛みの評価方法、時間間隔、追加方法、効果の評価方法など）

- 腰に負担をかけない動作技術
 - ・ 起きあがりは一動作毎に
 - ・ しっかり重心を意識的に移して移動
- 薬剤の安全で効果的な使用方法
- 鎮痛剤の評価技術
 - ・ 痛みの軽減程度(スケール表記法)
 - ・ 時間の経過での見方
 - ・ レスキューが必要な時のレベルを実感して共有

- セルフケアができていけることを伝える
 - ・ 症状の表現能力が高い
 - ・ 生活との関連で表現することができているので自分で生活の中で管理していける可能性が高い
 - ・ 生活上の工夫、自分への対応も適切である
 - ・ 気持ちの表現も上手にできているので看護者は良く理解できる、是非続けて表現して欲しい
- 体験を理解しフィードバック
 - ・ 自分が甘えていたことがダメだと感じてしまうのは自然なことである、今まで辛かったですね
 - ・ 薬剤に頼ってしまうことが怖いと感じるのも自然である
- 共通の目標を確認する

[illegible]

- ・ 症状の緩和に関して一緒に取り組みたい事を伝える。
- ・ 症状に関していろいろ聞かせて頂いて、対策を考えるので、時間をいただくことを伝える。
- ・ 患者の反応をみて、身体的、精神的な負担を考慮しながらすすめる。
- ・ インタビューなどの途中で休息したいときはいつでも伝えて頂くようにお願いする。
- ・ インタビューに応じるだけの体力などがない場合等、医療チームが症状の原因などを判断して、患者に了解を得ながら症状緩和を進めるやりかたも選択肢として示す。

- ・ 24時間一貫してケアを提供するには看護チーム、医療チームのコンセンサスが必要である。
- ・ 患者から得た情報をチームで共有できるようにして、何度も同じことを聞いて患者の負担にならないようにする。
- ・ 緩和ケアチームなどの活動が組織的に行われている時は、組織的な動きとの協調が必要である。

- ・ 症状マネジメントの「主人公」は本来患者であることを伝える。
- ・ 症状マネジメントの「主人公」 になれない状況はないか確認する。
(病状、患者のこだわりなど)
- ・ 主人公になれない場合は、医療者が症状マネジメントの役割を担う
(代償する)ことを保証し、症状を表現することで協力してもらう。
- ・ 一時的に主人公になれないときも潜在的に能力への期待は捨てず、
肯定的評価をフィードバックしつづける。

- ・ 通常苦痛症状は、患者にとって優先順位の高い健康課題である。
- ・ 症状緩和を患者が優先しないときは他に優先順位の高い健康課題が存在する場合が多い。例えば、あとどれくらい生きられるのかという心配、家族や経済状態等。
- ・ 社会規範や価値観によって優先順位が低くなっていることがある。

症状体験を「聴く」ことによってケアを行う

「痛みが来ると思が止まりそうになってもうほんとうに死んでしまうのではないかと思うらしい痛み。歩くと歩くもからおしりにキリのようなもので刺し抜かれるように痛く、トイレに行くこともむくむくで動くことができない。どうやってもがんには勝ちません。先生ももうやってくれたが痛みはとれない。これ以上強い痛みが襲うかと思うともう痛くて、病院を離れられない。痛みが強いならないと仕事（大工）ができないの〇にしてくれ。再発して転移もあることを聞いて落ち込んだが聞いてよかった。仕事がない。」

痛みの治療は先生に任せている。
 商業は使ってもらっているが、
 2・3・5しか残っている。
 先生にその話？ よういふわん。
 部屋に來ても大丈夫というだけやかな。
 痛みがあかどうだけは答えるけどね。

症状をマナーできない無力感
 体力が衰えたい
 元気がない身体

他者にやる痛み体験の共有
 適切な痛みを必要とする
 体験は家から始める
 パワーを獲得し始める

先生が来たときには、あなたと一緒に練習するように先生にいう。
 痛みがどういこと、仕事をしたということな。そんな痛みは出して欲しい
 て言うた。この日記をだしたらな、先生のそばで見て、一緒に書いてい
 きたらな。いつも1分もおらなが、結構痛くてで、な、色々便利やなー

痛みは0になっで。薬や、あんたいうとおり痛みは自分がい wanna あかんな。
 前みたいに痛みがきたらどうしようもないからな。家に帰るのは怖いいな。
 外泊はできるで、機上げるとのて若いものな仕事
 先に رفتらな。木のにおいがかったわ。元氣出るなー
 病気は治らんけどな。なんとなんなんちやうか。患患患ってあるんか？

パワーの獲得
 前向きな意思と対峙
 手に入らぬ身体

症状をマネージできない無力感
体験は共有されない
手元にない身体

他者による痛み体験の共有
適切な処方による除痛
体験は変化し始める
パワーを獲得し始める

パワーの獲得
前向きな思考と対処
手元にある身体

・Larson P. J. et al (1994): A Model for Symptom Management. : IMAGE 26(4) 272-276

・Larson P. J. (1998)泉成子(訳): Symptom Management 看護師の役割と責任: 別冊ナースングガイド 12 32-45

・内布敏子他(1998): The Integrated Approach to Symptom Managementを応用した看護活動ガイドブック: 別冊ナースングガイド 12 178-184

・内布敏子他(1999): The Integrated Approach to Symptom Management (IASM)について(1) IASMの目的と経路経緯・分析スタンダードの開発: がん看護 4(5) 414-417

・竹本明子他(1998): The Integrated Approach to Symptom Management (IASM)について(2) IASMの急増と急務として行った事例分析: がん看護 4(5) 418-424

・佐藤あけみ(2004): がんの症状マネジメントの実践 ターミナルケア(6)増刊号(1999) 文春文庫

・がん治療 がんの症状マネジメント・ターミナルケア(10)増刊号(2001) 三輪書店

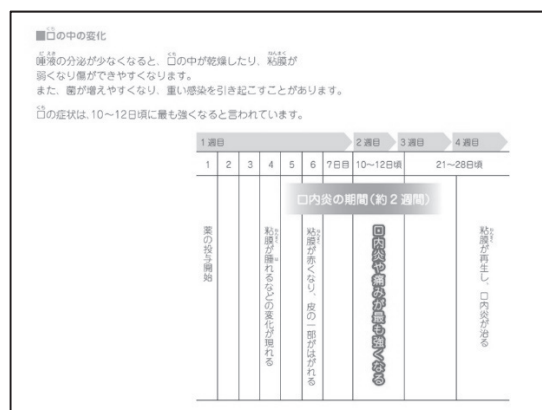
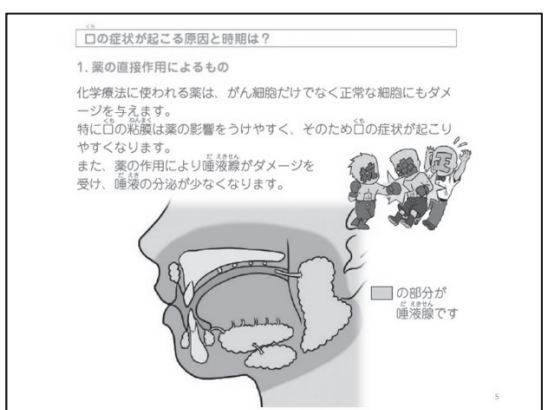
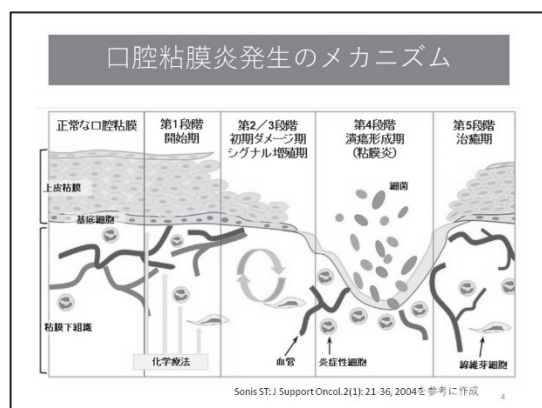
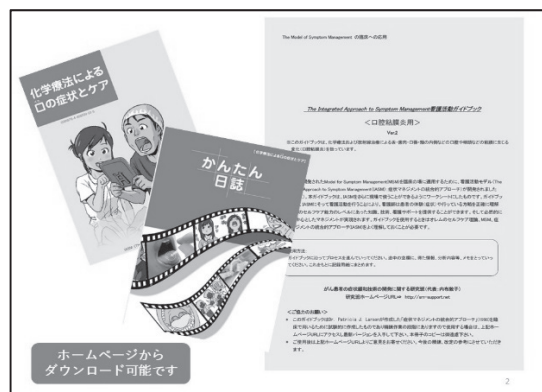
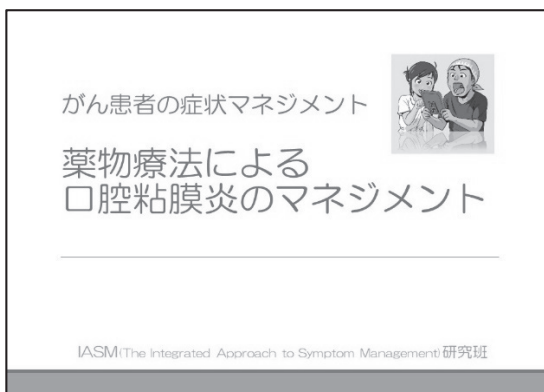
・おすけホームページ: 癌治療および終末期の諸症状に対する緩和医療の処方 第6版 (癌治療に対する薬毒性副作用の処方 第11版)
<http://www.ne.jp/asahi/get/d/mano/gankanwa6.html>

・症状マネジメントの統合的アプローチを臨床現場で使ってようというは、
<http://sm-support.net/program/index.html> を活用していただく(許可は不要です)。

・夏夜と経路は、HP上の意見録 <http://sm-support.net/program/commit01.html> に書き込んでください。回答が来ない場合は、TEL&FAX078-925-9435またはa_uchimura@cnas-byogo.ac.jp にご相談下さい。サポートします。

2. がん患者の症状マネジメント 薬物療法による口腔粘膜炎のマネジメント

患者が口腔粘膜炎の発生のメカニズムやケアの方法について理解できるように動画を作成した。看護師と医師が協働して介入するモデルの中で、口腔粘膜炎の発生に関する医学的なメカニズムを説明することは医師が説明することもできる。この動画では、医学的なメカニズムに加えて、ケアの方法や看護師による代償について、患者が見ても分かるように説明を行った。看護師は、介入の途中でこの動画を患者に見せ、医師による説明の時間を節約することができる。



口腔粘膜炎を起こしやすい薬剤

抗がん剤の種類	抗がん剤名
アルキル化剤	シクロホスファミド、メルファラン
代謝拮抗剤	フッ化ピリミジン系(フルオロウラシル、テガフル・ギメラシル・オテラシルカリウム:S-1、テガフル・ウラシル:UFT)、メトレキサート
抗腫瘍性抗生物質	アントラサイクリン系(ダウノルビシン、ドキソルビシン、エビルビシン)、プレオマイシン、ペブロマイシン、アクチノマイシン
植物アルカロイド	タキサン系(パクリタキセル、ドセタキセル)、ビンカルカロイド(ビンクリスチン)、エトポシド
白金製剤	シスプラチン、カルボプラチン、ネダプラチン

抗がん剤による口腔粘膜アルテラシオン、重篤な副作用発症例の口腔粘膜がんによる口腔内、重篤な副作用、2009、を参考に作成

7

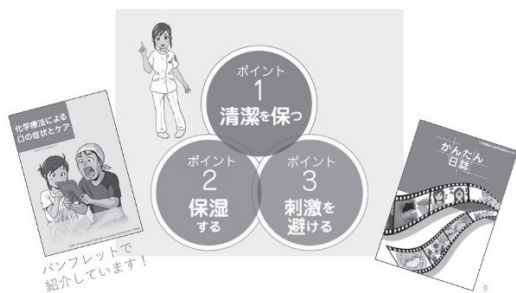
口腔粘膜炎を起こしやすい薬剤

発生の頻度	薬剤名
60%以上	ビンクリスチン、ビンブラスチン、ドキソルビシン、高容量フルオロウラシル
30～59%	メトレキサート、シタラビン、パクリタキセル、ドセタキセル、イダルビシン、テムシロリムス
10～29%	アクチノマイシンD、マイトマイシンC、プレオマイシン、セツキシマブ
10%以下	エトポシド、メルファラン、シクロホスファミド、シスプラチン、パニツマブ

プロフェッショナルがんナースング、臨時増刊 2015、p.120を参考に作成

8

口のケアの3ポイント



9



口の粘膜や歯・歯ぐきには、多くの菌が存在しています。口の粘膜に付着した菌は、うがいによって大まかに取りのぞくことができます。一方、歯・歯ぐきに付着している菌垢（菌のかたまり）は歯の表面をコーティングしており、うがいや洗口液で取りのぞくことはできません。そのため、うがいと歯磨きを行って清潔を保つことが大切です。

うがいのポイント

うがいは、1日8回（約2時間ごと）行います。
☆ブクブクうがい（口を開けて、頬を動かす）とガラガラうがい（上を向いて、のどを動かす）を行います。



10

歯磨きのポイント

歯磨きは、1日3回（朝食後、昼食後、夕食後）行います。歯ブラシを使います。



入れ歯のケア、義歯の洗ひ方
パンフレット P.11～12をご覧ください

11



口の中の乾燥は、口内炎の発生や悪化の原因になります。そのため、うがいや保湿剤の使用、唾液腺を刺激することによって潤いを保つことが大切です。

保湿剤のポイント

市販の保湿剤（スプレー、ジェル）を使いましょう。

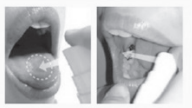
☆回数に決まりはありません。
口の乾燥が気になるときに行いましょう。
☆寝ているとき、唾液の量は少なくなります。寝る前に保湿しましょう。



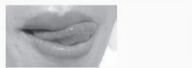
12

<スプレーの使い方>

1 舌を真っすぐに突き出し、舌の中央に向けて2～3回スプレーする。
または、左右の頬の内側の粘膜に2～3回スプレーする。



2 スプレーした後は、舌を使って口の中全体と唇に薄く伸ばす。



<ジェルの使い方>

1 チューブから適量を指もしくはスポンジにとる。
2 舌の表面にのせ、舌を使って口の中全体に薄く伸ばす。

13



治療中は、粘膜が傷つきやすくなっています。また、食べ物の刺激が痛みなどの症状を悪化させる場合があります。そのため、粘膜への刺激を避けることが大切です。

粘膜の刺激となる食べ物

- ・熱いもの
- ・塩分や香辛料などの強いもの
- ・かんきつ類
- ・固いもの（例えば、せんべい など）



14

セルフケアレベル	
レベル1	全体的タイプ 内・外的刺激に反応することができずに、自らの健康のために必要な行動を判断することができない。セルフケア行為を遂行することができない。 判断の一部が行方の一助が行方を行うことができる場合は部分代替とする。 例) 昏睡状態などで判断能力の全てを失っている場合
レベル2	判断的助行タイプ 昏睡が全くでないために内・外的刺激に反応することができず、自らの健康のために必要な行動を判断することができない。指示がなければセルフケア行為を遂行できない。行方を行うことができる場合は部分代替とする。 例) 認知症、知的障害などにより健康のために必要な行為の判断が全くできないが行動はできる状態
レベル3	実行的助行タイプ 行為がまったくない状態に内・外的刺激に反応することができず、自らの健康のために必要な行動を判断することができず、セルフケア行為を遂行する行為の一部を力で行うことができる場合は部分代替とする。 例) 身体障害者用、神経運動機能の、医師の処方による運動助行があり、身体で実行できない場合

15

ハ ル モ ド	運動機能・知的判断・動機性の3点においていずれかが部分的に不足している。自らの健康のため必要な行動を部分的に判断できる。もしくは、他人の行為を部分的に遂行できる。自立している部分がある。または医療者が代償する部分が大きい。
例)	病気で専門的な管理が必要になるまで、医療者から知識と技術を得なければならぬ人である。一般的に自立している状態。 ※1参照
ミ ニ マ ム	運動機能・知的判断・動機性の3点においていずれかが部分的に不足している。自らの健康のために必要な行動を部分的に判断できない。もしくは、他人の行為を部分的に遂行できない。自立している部分が小さく、医療者が代償する部分は大きい。
例)	医療管理に関する知識と技術を身につけ、療養に必要な判断や行為を医療者と協同して行うことができる。 ※2参照
マ ク シ マ ム	自立した状態。自らの病気を正しく理解し、最適な予防法や治療法を選択し、セルフケアを行う。自らの健康と生活の質を維持し、必要に応じて適切な支援を受ける。様々な状況下で自らに責任は、医療者の支援が必要な場合もある。自ら決定を求めることのできる場合もあむ。
例)	医療管理の知識と技術があり、実用でも使っているが、外資等での医療によるフォローアップと加齢に伴うサポートなど教育を受けている状態

中野宏恵ら, 兵庫県立大学看護学部・地域ケア開発研究所紀要, 24巻, 139-150, 2017

日常の口のケア

口の症状に気づく（観察）

17

1

の症状がある場合は「チェックしてください」			
声	正常	かすれる	痛くて話せない
飲み込み	正常	飲み込むときに痛む	痛くて話せない
口の中 の痛み	口の中 の痛み がひどい ピンク	口が 白く 腫れる	血がでる 血がでる
舌	舌の 裏に 白い 膜がある	口が 白く 腫れる タリガ はがせる	ひび割れ がある
口の 周囲 の皮膚	水疱 が 多い	ネバネバ	でない
口の 内 の 粘膜	腫れて いる ピンク	口が 白く 腫れる 白い 膜がある	血が でる
歯ぐき	ピンク	腫れて いる 歯ぐき 出血 する 歯肉 が 赤く 腫れる 歯ぐき が 赤く 腫れる 歯ぐき が 赤く 腫れる	血が でる 血が でる 血が でる

感染防止のための清潔

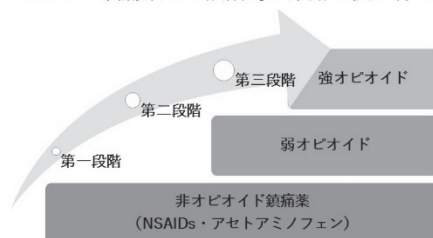
回復促進のための栄養管理

悪化防止のための保湿と刺激回避

痛みの緩和

- ・広範囲である：頬粘膜、咽頭、上顎、舌、口唇
- ・「ピリピリ」「しみる」等と表現される
- ・刺激に敏感になる

鎮痛薬はWHO三段階除痛ラダーに準じて、非オピオイド鎮痛薬から段階的な薬剤選択を行う。



2

重症度に応じた 疼痛ケアの組み合わせ方

Grade	対処	方法
Grade1	含嗽	・口腔ケア ・治療開始とともに含嗽開始 ・含嗽剤(アズレンスルホン酸ナトリウム)による含嗽を1日6〜8回
Grade2	含嗽+鎮痛薬	・口腔ケア ・局所麻酔薬(リドカイン)入り、含嗽剤へ変更 ・鎮痛薬(アセトアミノフェン)を1日3回、毎食前30分に服用
Grade3・4	含嗽+鎮痛薬+医療用麻薬	・口腔ケア ・含嗽剤に加える局所麻酔薬(リドカイン)濃度を高める ・鎮痛薬(アセトアミノフェン)を1日3回、毎食前30分に服用 ・モルヒネ等のオピオイド鎮痛薬を使用

プロフェッショナルがんナースング、臨牀研究(2013)を参考に作成 23

口腔粘膜炎症外用液剤の使用目的

目的	使用薬剤(基剤含む)
抗炎症作用	アズレンスルホン酸ナトリウム水和物・炭酸水素ナトリウム局法グリセリン
鎮痛・抗炎症作用	リドカイン塩酸塩* アズレンスルホン酸ナトリウム水和物・炭酸水素ナトリウム炭酸水素ナトリウム
フリーラジカル中和作用	アロプリノール* CMC-Na*
粘膜保護作用	アルギン酸ナトリウム*

遠藤一司ら、がん薬物療法の実践的マニュアル―重症度の見分け方から治療まで―(2013)を参考に作成 24

口腔粘膜炎症への対処

清潔を保つ

- ・うがい：1日8回(約2時間ごと)
- ・口腔ケア用品の選択：ヘッドの深い歯ブラシ、低刺激の洗口剤、タフトブラシ

悪化を予防する

- ・保湿：市販の保湿剤、軟膏、うがい
- ・刺激の除去：熱いもの・刺激物、固いもの、摩擦

回復を促進する

- ・栄養管理：高たんぱく、ビタミン、栄養補助食品
- ・保湿

25

看護師が気を付けること

無理をさせない

- ・本人の口腔ケア習慣を基準とする
- ・セルフケアを査定して代償する

痛みを我慢しないよう伝える

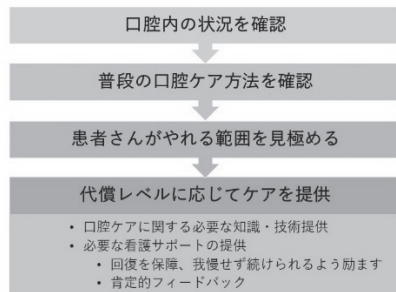
- ・痛みをとる方法があることを紹介する
- ・丁寧な観察と問診で症状を把握する
- ・患者さんと共に痛みに向き合う

乗り切れるよう励ます

- ・必ず回復することを伝える
- ・ポジティブフィードバックを意識する

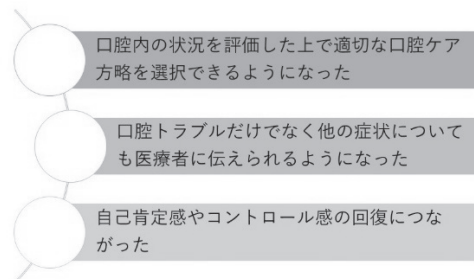
26

口腔粘膜炎症へのケア



27

IASMによる口腔ケア



28

V. フィールド調査（学会参加からの示唆）

学術集会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	学会発表の内容（一部編集）	提供者
日本看護研究学会第43回学術集会	・質的研究の実践への還元について議論した。本研究成果を実践に用いる際に、参考となった。	秋元
日本看護学教育学会第27回学術集会	・第二次大戦後米国占領下における沖縄の看護についての情報が提供された。占領下の沖縄では、米国の医療文化がもたらされ、看護師と医師は対等な関係で協働していたことが示された。看護師と医師の協働の実現には、その国の医療体制、専門職ヒエラルキーが関与していることも考慮しなければならない。	
千葉看護学会第23回学術集会	・看護がつくるケアの形というテーマで、ケアの対象となる人々の Life をつないでいくこと、その人が生活する場を整えるために必要な人々や社会サービスをつないでいくこと、双方が成立することにより、豊かな生が実現されることなどが議論された。ケアの scope of practice はかなり広い概念として取り扱うべきではないかと思われる。	
第23回日本家族性腫瘍学会学術集会	・小児家族性腫瘍に対する遺伝学的検査実施および遺伝カウンセリングにおける課題について検討を行い、遺伝性腫瘍診療においては、家族性腫瘍カウンセラー/コーディネーターを含む多職種連携や医療体制の課題があり、多職種連携の方法論がさらに開発される必要がある。ケア・キュア協働型のモデルでも、多職種連携の方法論は確立されておらず、医療界全体で検討すべきことであると思われる。	川崎
Oncology Nursing Society 42nd Annual Congress, Denver, CO, USA, May 4-7, 2017	・ONS では、がんとがん治療に関連した認知機能障害に関する研究や、ゲノム情報と認知機能障害との関連が話題になっていた。医学の先端的な学問分野の研究結果を積極的に症状マネジメントにも活用することが求められる。がん治療を受けている患者の認知機能については、症状マネジメントにおけるセルフケア能力判定の際に、考慮しなければならないと思われる。	宮下
International Nursing Research Conference 2017	・看護師が緩和ケアを実践するためには専門的なキュアの知識とスキルが重要であることが示されていた。また、心不全患者ができるだけ再入院を遅らせて自宅で過ごすことができるよう開発された Continuing Care Program (CCP) の紹介では、通常の看護ケアと比較して一般的なケアの知識だけでなく、より専門的なキュアの知識や看護実践能力をもつ高度実践看護師が介入することで、効果をあげていた。心不全患者がセルフケアを獲得するには、自己効力感を高めることが重要であり、その方法として、患者の症状とセルフケアの評価や生活習慣の調整に対する知識の提供、目標設定や行動計画の立案などケアとキュアを融合させた複合的な介入の必要性が示されていた。 ・看護師と医師の協働において上下関係による協働の難しさがあることが報告され、医療者自身の意識を変えることが必要であることが提示されていた。また、がん患者の Advance Care Planning (ACP) において、医師と協働して話し合いを進めるためには、看護師の教育が重要であり、ADDIE（分析、設計、開発、実施、評価）モデルを用いて作成された教育プログラムが紹介されていた。このプログラムは、がん患者の ACP を行うために、課題である知識不足やコミュニケーション不足などの問題を解決するための能力を習得するために開発されており、ACP における看護師の役割・話し合いを促進するためのコミュニケーション・法的、倫理的な知識・今後の課題についての 4 つの要素で構成され、緩和ケア認定看護師に実施後、教育の満足度と行動目標の評価を行っていた。 以上のことから、ケアとキュアを融合させた介入を行うことで、患者の症状や生活の質が改善されると入院日数の短縮や治療費の削減にもつながり、患者の看護に対する満足度が高くなることが分かった。本研究の裏付けにもなる。症状の悪化を予防するためには、統計学的な知識をもち、検査結果などから症状の悪化を予測して早めに対処することが重要である。医師と協働するためには、相手のことを知り、自分の意識を変えることも必要である。また、看護師はキュアについての知識を深め、医師はケアについて意識して、お互いのケアとキュアについて話し合うことが重要ではないかと考える。	荒尾 (林)

VI. 講演・公開コンサルテーション

「複雑な介入の研究をデザインする : Designing Studies of Complex Interventions (Comprehensive Interventions)」

2017年9月7日、Dr. Ivo Abrahamを招聘し、「Designing Studies of Complex Interventions (複雑な介入の研究をデザインする)」の講演・公開コンサルテーションを企画した。

看護における介入研究は、状況や文脈が複雑な現象を取り扱うため、複数の要素が複雑に組み込まれていることがほとんどである。このような介入研究において、研究デザインやアウトカムをどのように設定するのかが大きな課題となっている。Dr. Ivo Abrahamは、アリゾナ大学のHealth Outcomes and Pharmacoeconomic Research Centerの責任者として活躍され、医師のRCTなどの研究デザインのアドバイスや、看護や他領域の研究のアドバイザーをされている。講演では、英国のMedical Research Councilが発表した、「Developing and evaluating complex interventions : new guidance (<https://www.mrc.ac.uk/documents/pdf/complex-interventions-guidance/>)」を用いながら「なぜ介入は複雑になるのか」や、複雑な介入研究において考慮しなければならないこと、プロセス評価について論じられた。ご本人の承諾を得て講演の概要を紹介する。

1. 講演内容



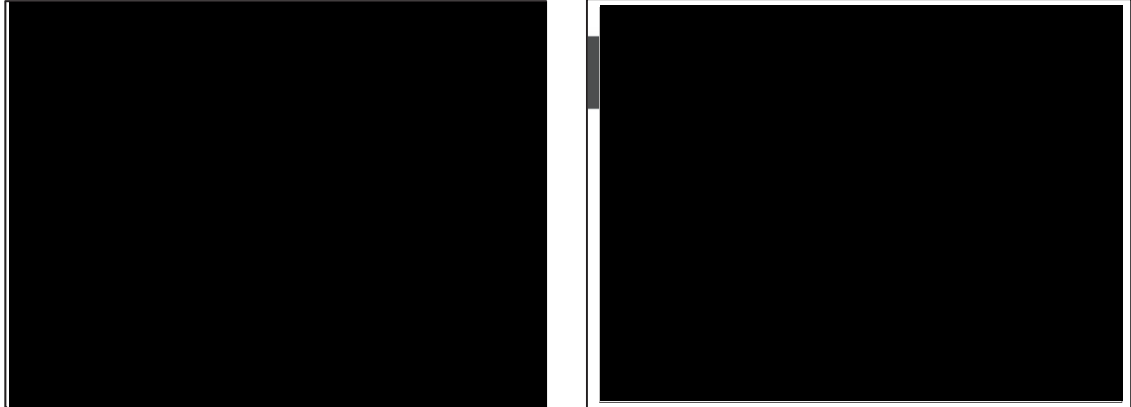
1) 介入とそのアウトカムとは何か

介入 (intervention) とは、ラテン語の「inter (間の)」と「venire (陪審員召喚状)」という2つの言葉から合成された言葉で「2つの間に起きる (発生する)」を指す。中でも臨床的介入 (clinical intervention) とは、行為の背景に理論的背景や先行研究があり、その上で治療しているという意味で「弁護できる行為」と言える。そのため、我々は臨床的介入の行為を次のように正当化することができる。

- ・2つの状態 (その人と、その人の健康状態、人生、生命にマイナスの影響を与える状態) の間に何かを行うことが介入である。
- ・好ましい成果をもたらすことを目的として行う行為である。
- ・我々は好ましい効果をもたらすために行為を行うが、潜在的には好ましくない結果を引き起こす可能性もあると認識している。

例：治療の副作用が存在することを考慮した上で介入を行い、その効果を見るという行為

アウトカムとは、介入後に結果として生じるものである。臨床的アウトカム（clinical outcome）という場合には、介入に伴う結果として、どれだけの効果をもたらすかについての情報を与えるものを指す。臨床科学者は、体系的かつ複製可能で持続可能な介入がもたらす、肯定的／否定的な結果について妥当性を論じる必要がある。



2) 媒介変数 (moderator と mediator)

moderator 変数とは、基準変数間の関係の方向性、またはその強度に影響を与える媒介変数である。

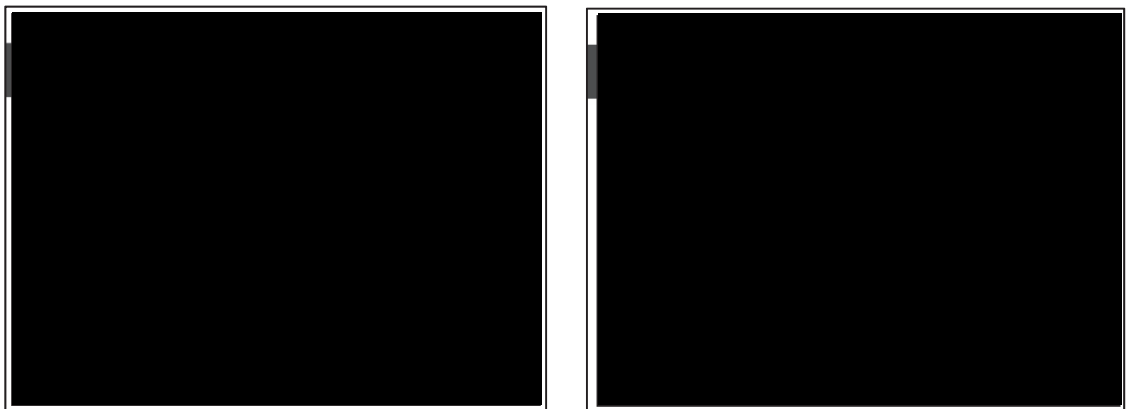
例 1) ラジオでニュースを聞きたいと思った場合

ニュースが放送されている状態 (predictor) のところに、ラジオのスイッチを入れる行為 (moderator) が存在して、放送されているラジオのニュースを聞く (outcome) ことができる。

mediator 変数とは、独立変数が結果変数に影響を与えることを可能にする、つまりできるだけよい形で可能にする媒介変数である。

例 2) 好きなラジオのニュース番組を聞きたいと思った場合

→例 1 の時のようにスイッチを入れてボリュームを上げるだけでは十分ではない。ある放送局でその番組が放送されている (図の C) チャンネルに、チューナーを回してチャンネルを合わせると (mediator)、好きなラジオのニュース番組を聞く (outcome) ことができる。



3) 介入の因果関係

我々が行う介入研究は複雑で包括的であり、無作為化比較試験 (Randomized Controlled Trial : RCT) が使えないことが多い。それでも実際に、介入によってアウトカムが生じたということを研究の中で記述していく必要がある。例えば、「喫煙と肺がんには関連がある」という根拠は強く言われているが、人々を2群に分け、1群は20年間喫煙させ、もう一群は禁煙させて、アウトカムがどう変わったかというRCTは行われていない。この例は、ランダム化しなくても、このように関連づけをすることで特定の介入がアウトカムにつながることを決定づけ、評価することができることを示している。観察研究であっても良いデザインで、良い分析が行われていれば、介入の因果関係について考察できる。そのために、次の4つの重要な基準に対するアドヒアランスが必要である。

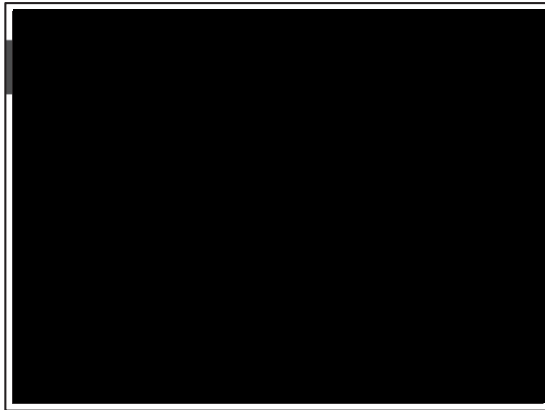
<4つの基準 (モステラー, 1990) >

- ①一貫性 (同じ効果が定期的に、人や時間を変えても達成可能であること)
- ②反応性 (効果の違いの前に、治療の違いが存在することの根拠)
- ③メカニズム (いかにしてその効果が生まれたかの説明)
- ④ユニークさ (その治療以外に、その効果を説明できないこと。)



4) 介入の複雑性

複雑な介入 (complex intervention) の複雑性は、介入の数だけでなく、どのように介入が行われるか、誰によって介入が行われるかによって生まれる。例えば、90日間の高血圧の治療を受けた場合、血圧の変化の25%は患者によるものではなく、その治療を行った担当医による変化である。そのため、介入のアウトカムを測定する時、アウトカムのバリエーション (ばらつき) のどれだけが患者によるものか、どれだけがその担当医によるものかということを見極めることがとても重要である。アウトカムのばらつきは、介入が行われる施設、行う人 (医師、看護師)、そして患者といったヒエラルキーによって生じることを考える必要がある。



Medical Research Council (MRC) 「Developing and evaluating complex interventions : new guidance」 (2006 年改訂版) によると、複雑性にはいくつかの要素がある。1 つ目は、介入におけるサブ・インターベンションの数である。つまり、介入の構成要素の数、あるいは構成要素間の相互作用によって複雑さが決まる。2 つ目は、介入を提供する者、介入を受ける者の行動の数、必要とされる行動の数や難しさである。そして 3 つ目は、関与するグループ、組織レベルの数である。例えば、介入を提供する側として、看護師、医師、薬剤師、管理者、そしてそれは施設によっても異なる。一方、介入を受ける側として、患者だけでなく、介護士、家族、コミュニティも考えなければならない。4 つ目は、アウトカムの数や種類である。例えば、身体的なアウトカムや様々な検査結果、患者自身が報告するアウトカム (例 : QOL、機能の状態) である。5 つ目は、どれだけその介入を患者一人一人に個別化できるか、適応できるかということである。これらの 5 つの要素について、研究を計画あるいは実施するときに考慮していく必要がある。



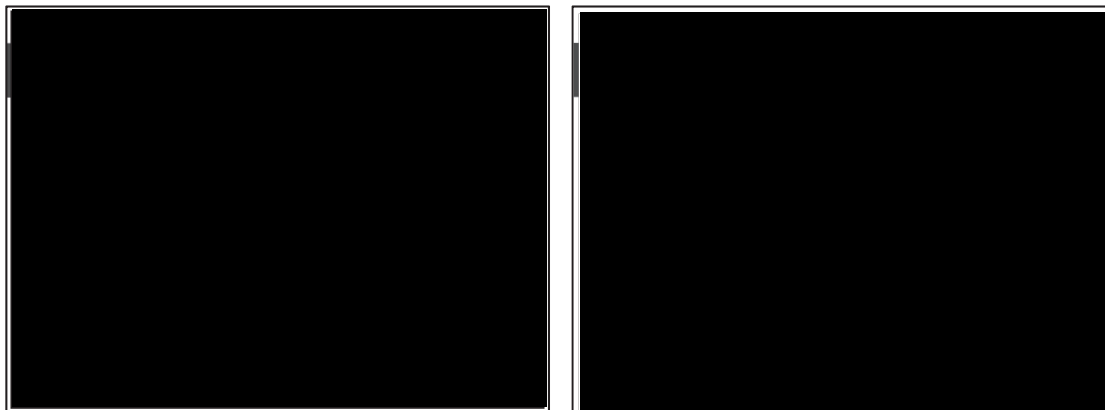
5) 開発 - 評価 - 実施プロセス

複雑な介入 (complex intervention) は、大きなブラックボックスに隠されている場合が多い。つまり、介入によって実際に何が起きているのか分からない、どの部分がアウトカムに影響を及ぼしているのかがはっきりと分からない、ということである。そのため、これを理論的に理解していかなければならない。そして、人々に伝える必要がある。

複雑な介入の中には、多くのサブ・インターベンションがある。これらのサブ・インターベンションを全て実施しなければならない。実施にあたり直面する問題に対応するために、複雑

な介入の研究ではプロセス評価が必要になる。そして、測定しなければならないアウトカムが複数あり、このアウトカムを適切に選ぶ必要がある。臨床医としては、既定されているプロトコルにどこまで忠実であるべきか、環境や個人に適応させるためにいかに自由度を持って適応するか、個別化するか、その選択肢の中で適切な判断をしなければならない。図は、複雑な介入の開発 - 評価 - 実施プロセスの要素を示している。

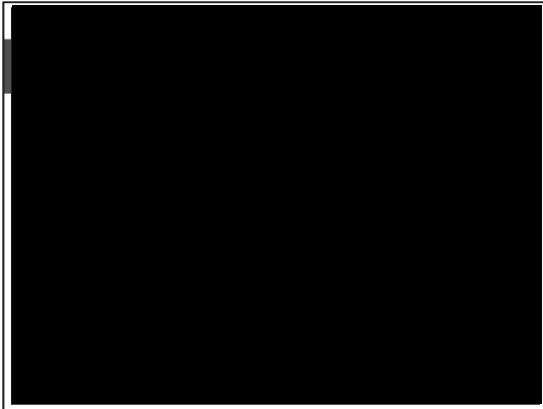
- ①フィージビリティ／パイロット (feasibility/piloting)：コンプレックス・インターベンションの研究を行うときには、何をしなければいけないかをテストするために、臨床医として、実現可能性やパイロット化をする必要がある。事前に熟考して決定しなければならない内容は研究に必要な患者の数、そしてドロップアウトの数の見極めである。
- ②開発 (Development)：フィージビリティやパイロットングの間、あるいはその前に、開発やさらに高度化するプロセスが必要になってくる。介入にはエビデンス、または理論的な説明が必要である。そして、目的とするアウトカムに向けてのプロセスを設立する必要がある。
- ③評価 (Evaluation)：介入の効果、有効性や効果に向けての変化のプロセス、同時に、経済的な側面も含めての評価が必要となる。
- ④実施 (Implementation)：複雑な介入を実施するに当たり、研究に十分な数の患者をそこに組み入れる必要がある。しかも、複数の臨床家が関わり、またサブ・インターベンションが存在する。介入は体系的であり、複製可能であり、持続可能なものでなければならないので重要なことは、長期のフォローアップを含めたサーベイランスやモニタリングを行い、その結果を多くの人に知らせることが重要となる。



複雑な介入において我々は、次の質問を考慮しなければならない。

- ・誰をターゲットとした介入なのか（どの患者、介護者、家族、地域がターゲットか）。
- ・その介入について十分な記述ができるか（必要な、詳細にわたる記述、説明ができるか）。
- ・その介入はどのぐらいバラツキがあるのか（どのくらい固定されているのか）。
- ・その文脈や環境について記述ができるか。
- ・どの患者を対象とするのか。患者自身がその介入に積極的に関わるのか、それとも受動的な介入の受け手なのか。ライフスタイルの変容を患者に期待するのか。
- ・評価をモニタリングするために、どのような手立てを準備するのか。介入の構成要素について、それがデザインや意図の通りに実施されているとどのように確認し、評価するのか。

- ・データをどのように分析するのか。例えば、データ分析の計画が、介入のあらゆる側面、アウトカムの側面についてカバーしているか。
- ・行った評価について適切に報告をしたか。全てのステークホルダーがそれを受け取り、適切に情報を伝えられているかどうか。
- ・経済性や持続可能性について考察したか。複雑な介入は高額な費用がかかるため、複雑な介入に必要な追加費用が、他の部分で節約につながっていることを示せるのか（例：再入院率の低下）。



6) プロセス評価 (Graham ら, 2015)

プロセス評価を行うために、まず行った介入と、その因果関係のプロセス、追求する（測定する）アウトカムについて、記述すること（Description of Intervention）が必要である。

実施（Implementation）は、何を提供するのか、どのように提供するかである。例えば、その研究のプロトコルへのアドヒアランスはどうか、どれだけの介入量(dose)を行うのか。それぞれの患者に対してよりよいアウトカムを提供するために、提供することが期待されているその介入について、どのくらい臨床家がそれに手を加えることができるのか。どれだけの患者がその便益を享受できるのか（Reach）。前述したモンスターの4つの基準にあるメカニズムのように、評価に当たり、我々はその研究に参加した患者がその介入に対してどのような反応を示したのか、その介入との間でどのような相互作用が見られたかを評価しなければならない。また、媒介変数の mediator も考える必要がある。つまり、それぞれの被験者に対して最適なアウトカムを達成するために、どれだけの調整を必要としたかである。

影響のメカニズム（Mechanisms of impact）で考えなければならないのが、予想外の経路や結果ということである。研究を実施する中で、考えてもいなかった新しい異なる方法を発見したかということである。つまり、我々が求めていたアウトカムを達成するために、介入を提供する異なる方法、予想外の方法が明らかになったかということである。

全てに影響を与える重要な要素として文脈（Context）がある。その介入が作用する、その作用の仕方について、文脈因子がどういった要因があるのか。実施アウトカムに対して影響を与える文脈要因は何であるか。その因果関係の機序はどういうものであるか。原因（cause）という言葉とメカニズムという2つのキーワードが出ている。

プロセス評価を計画するに当たり、次のことが必要となる。

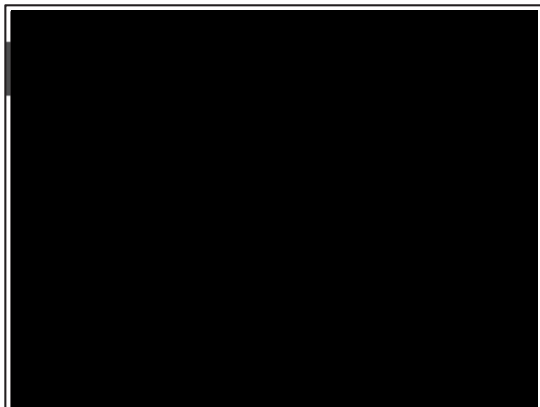
- ・そこで研究対象としている介入法を開発した人、それから、その介入法を実施する人と協働

すること。

- どれだけの資源が必要なのかを推計すること。
- 評価チームの中で、よい関係性を持つこと。

そして、プロセス評価をデザインし、実施するに当たっては、次のことが必要となる。

- その介入法について記述をし、その因果関係の推定に関して明確化すること。
- 他の複雑な介入研究からプロセス評価についての研究すること。
- プロセス全体を評価しようとするのではなく、答えを出したいと思っている重要な質問を特定すること。
- その分析手法、評価手法を選択すること。多くの場合、評価方法は質的研究と量的研究のミックスになるが、プロセス評価に適切な手法を選ぶ必要がある。



<事例紹介>

ペンシルバニア大学の Naylor らのグループが行った研究を紹介する。Naylor らは、病院から地域に高齢患者を退院させる、促す、調整するモデルを開発したいと考えた。これを退院調整モデル、もしくは移行ケアモデルと名づけている。非常に複雑なモデルだが、複数の高齢者患者集団を対象として研究を実施した。図の中心に患者と介護者を描き、移行ケアモデルというコンプレックス・インターベンションの要素を示している。

まず、この研究において優れた患者をスクリーニングする。そして、この退院調整を受けることによって、最も便益を得ることのできる患者を選び、この高齢者あるいは介護者との関わりついてという段階に来る。つまり、こちらからサービスを提供するだけではなく、高齢者や介護者も参加をするというコミットメントを促さなければならない。次に、症状管理という段階である。つまり、自己管理、自己教育を推進するために、患者やケアギバーに対して援助をする。そして、協力、協調である。つまり、移行チームと患者、ケアギバーとの間において、協力体制が整わなければならない。そこでは継続性を担保し、ケアの調整を行う。合併症や再入院を避けるのが目的である。また、良好な関係性を維持していかなければならない。

Transitional care model の枠組みは、ストラクチャー（構成）、プロセス、アウトカムの 3 つである。ストラクチャーは、何を、誰のために、誰がするのかということを示している。プロセスは、何を提供するのか、提供するものの量、そして、それをいかに適応させるかである。そしてアウトカムには、患者、ケアギバー、プロセス、医療システムという 4 つのレベルがある。Naylor らは、この退院調整のケアモデルに関して、いくつかの研究を行っている。その 1 つに心不全の状況下におけるものがある。心不全の場合、アメリカでは往々にして、何度も再入院をする。そして、現在では、高齢者の保険制度であるメディケアとして、退院して 30 日以内の再入院に関しては、保険償還はない制度になっている。そこで、Naylor らは、心不全の患者を対象とした。その結果、対照群に比べて、退院調整のケアを受けた群の患者は、再入院までの期間がより長かった。重要な決定因子になったのが、過去 6 カ月における入院回数や、独居か同居か、毎日の投薬の数などが重要因子となっていた。しかし、最も大きな差を生み出した重要な決定因子が、退院調整のケアを受けているかいないかであった。そのケアを受けた群の患者のほうが、再入院までの期間がより長かった。そして、退院して 1 年のフォローアップをし、他の変数を見た。その結果、1 年当たり、患者当たりの再入院という因子においては、介入群のほうが、はるかに日数が低いということがわかる。また、合併症に関しても介入群のほうが、数字はるかに低くなっている。

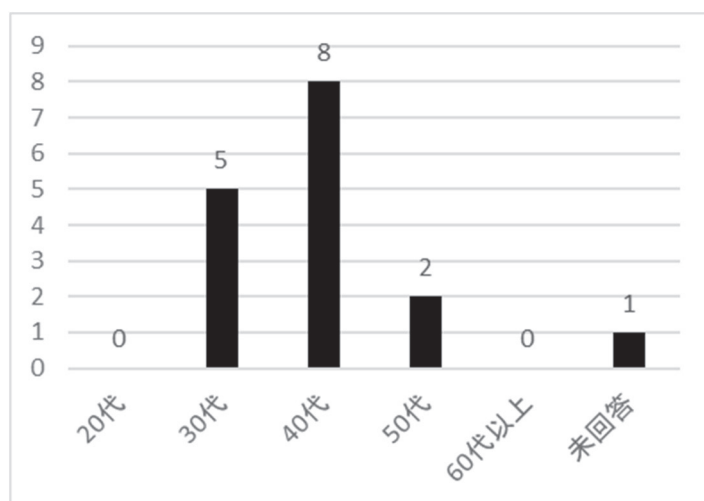
最初の入院から退院して 3 カ月まで、退院 6 カ月後の再入院に係るコストを介入群と対照群で比較している。対照群の方がはるかに高くなっている。ただ、6 カ月後から 12 カ月後という期間で比較すると、統計学的な有意差は認められなかった。この結果から、退院調整を受けることによって、退院後、最初の 6 カ月に最も大きな利益を得ることができたということである。そして、対照群は約 116 万ドル、介入群は約 72 万 6,000 ドル、つまり、患者当たりで計算すると、対照群が約 9,600 ドル、介入群は約 6,152 ドルのコスト差が生まれたということである。この退院調整ケアサービスのために、ある一定の支払いが必要だが、これだけのコストの節約があったことになる。退院調整ケアにはコストはかかるが、これだけの額の節約ができることが、この研究から分かる。



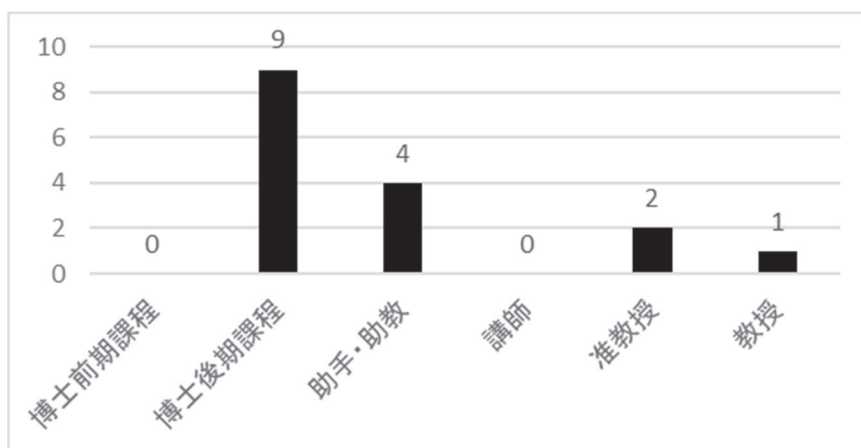
2. アンケート結果（参加者 33 名、アンケート回答者 16 名、回収率 48.48%）

1) 参加者の背景

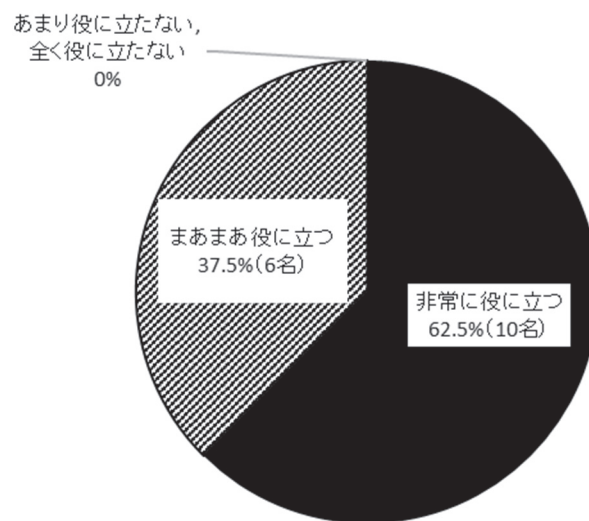
（1）年齢



（2）職種



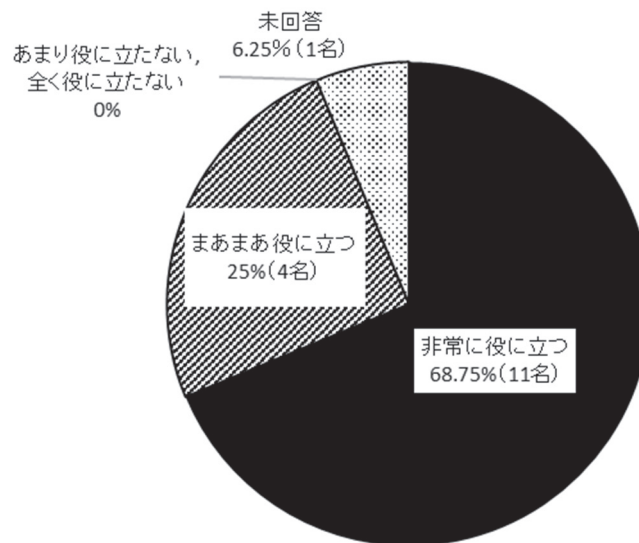
2) 講義内容が今後役に立つか



【自由記載】

- ・まだ十分に自分の中にかみくだいて消化できていない。
- ・プロセスを評価するときの考え方を具体的に学べた。

3) ディスカッション内容が今後役に立つか



【自由記載】

- ・介入の要素が多く、アウトカムをどう考えていけば良いか悩むことが多く、大変役に立った。

<資料 1>

薬物療法中の血液疾患患者を対象とした口腔トラブルマネジメント介入プログラムの有効性の検証

脇口優希, 菊田美穂, 方尾志津, 安達美樹, 中野宏恵, 内布敦子

1) 研究背景

血液疾患の治療は疾患の特性から、多剤併用化学療法が行われ、脱毛、粘膜障害、嘔気・嘔吐、骨髄抑制といった有害事象が出現する。特に、口腔領域においては、疼痛、出血、嚥下困難など重度の口腔粘膜障害が出現するため、日常生活に著しく支障を来す。さらに、粘膜バリアが破綻することにより、細菌が進入し 2 次感染を併発し、生命に影響を与える可能性のある事態に発展することがある。菊田ら (2017) によると、遷延する高度の血球減少や身体状況の悪化、セルフケア能力が低い対象者に OAG (Oral Assessment Guide) スコアの悪化がみられ、医療者の介入の必要性が高かったとしており、口腔ケア方法の指導だけではなく、身体状況やセルフケア能力を査定した上で、個々の状況にあわせた看護介入を提供する必要がある。そのような時期は、患者にとって口腔ケアなど予防を気にする時間やエネルギーを持っていないため、定期的な歯のクリーニングとメンテナンスを遅らせる可能性があり、がん治療だけでなく、その後も口腔の問題が発生する可能性がある (Eilers, 2004a)。そのため口腔トラブルの予防と悪化しないためのケアが重要である。いくつかの研究 (磯野, 2012 ; 高橋, 2012 ; 田窪, 領家, 2011) は造血幹細胞移植、化学療法の標準の口腔ケア (歯磨き、含嗽のタイミング、保湿の重要性) を述べている。また、がん化学療法による口腔トラブルの最大の予防の目的は、予防と発生後のセルフケアの実施、継続、また患者個々の口腔ケアの習慣をアセスメントする大切さを述べている。しかし、具体的な看護師のサポートの方法の記載はなかった。以上のことから、口腔トラブルの予防にはセルフケアが重要であり、血液疾患の化学療法の特徴である骨髄抑制など身体的苦痛が生じる期間もあり包括的なケアプランが必要とされている。

菊田ら (2017) が行った調査の結果から、口腔トラブルへの対処方法は過去の口腔トラブルの体験から獲得した方略や、口腔ケアの習慣が強く影響していることが明らかになっている。血液疾患で薬物療法を受けている患者の QOL は全体的に低く、自己効力感の低下がみられ、セルフケアの効果が実感できていないことが報告されている。そこで、このような患者へ継続的なケアを行うために、患者の体験や、背景など包括的に捉える看護モデルである Integrated Approach to Symptom Management : IASM (以下、IASM とする) モデルが有効であると考えられ、その効果を検証することとした。

2) 研究目的

内布ら (2012) による「The Integrated Approach to Symptom Management (IASM) 看護活動ガイドブック 改訂版 Ver9」を基に作成した「薬物療法による口腔トラブルマネジメント介入プログラム」を用いた看護介入を提供した介入群と通常の看護ケアのみ提供された対照群との比較を行い、プログラムの有効性を検証する。

3) 研究デザイン

本研究はモデルの有効性を検討する目的で行い、量的な効果の検討と質的な分析を行った準実験的研究である。

4) 用語の定義

本研究で取り扱う口腔トラブルとは、口腔粘膜障害だけではなく口腔粘膜の乾燥・発赤・疼痛、口唇のひび割れ、味覚障害等の周辺症状も含む。

5) 研究方法

(1) 対象者

関西、九州地方で同意の得られた4つの病院に入院中の患者で、造血器腫瘍に対する薬物療法を受けている者で、以下の条件を満たし、研究の目的と倫理的配慮について書面と口頭で説明し書面での同意が得られた者を対象とした。

- ①20歳以上であること
- ②記憶力、認知、記憶に障害がなく、言語的コミュニケーションおよび質問紙の記入が可能である者
- ③造血幹細胞移植治療中でない患者

(2) データ収集期間

2013年10月～2016年3月であった。

(3) 介入手順とデータ収集方法

- ①対照群の調査および分析を行った後に、「口腔トラブルの症状マネジメント看護介入プログラム」を用いて介入を行った（図1）。対象者が受ける医療や療養生活に支障をきたすことのないよう対象者と相談し、介入の日時、所要時間を設定した。介入回数は4回を予定していたが、セルフケア能力に応じて変更した。評価指標として、以下の項目を収集した。
 - ・口腔の状態：OAGを用いて8項目（声、嚥下、口唇、舌、唾液、粘膜、歯肉、歯または義歯）を観察し記録をした。痛みを伴う場合は、数値的評価スケール（Numerical rating scale：NRS）による0～10までの11段階で評価した。
 - ・自己効力感：がん患者用自己効力感尺度を用いて、質問紙調査を行った。
 - ・QOL：SF-36v2™を用いて、質問紙調査を行った。
 - ・セルフケア能力：オレムのセルフケア理論をもとに作成したセルフケアレベル判定基準用紙を用いて評価した。

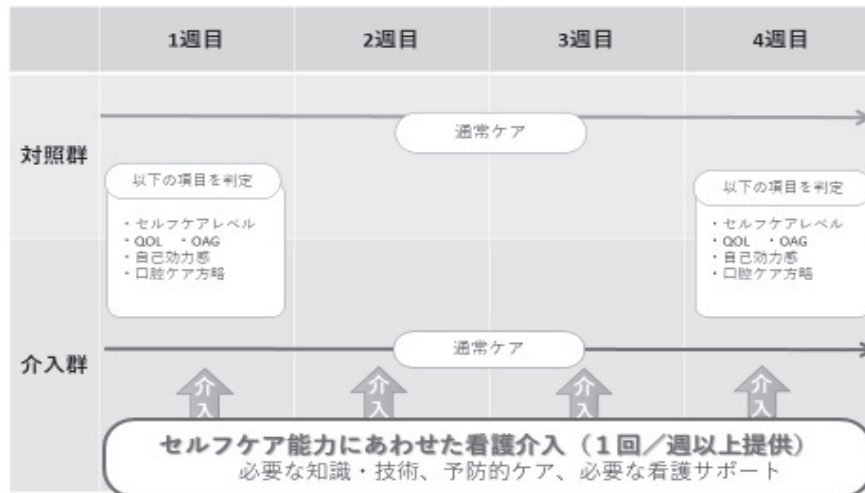


図1. 介入プロトコルの概要

②介入の内容は以下の通りであった。

<u>初回介入</u> 薬物療法開始前後 1 ～5 日の間	①患者の基本情報を収集する。患者の診療録の中から同意を得た下記の項目を、担当看護師長に依頼し提供していただく。 ・病名、薬剤名と投与量、投与方法と投与回数、治療開始日 ・採血データ（WBC、Hb、PLT、CRP、TP、Alb、LDH） ・口腔ケアで患者が行えていること ・口腔ケアで看護師が代償していること ・歯科医師または歯科衛生士の介入の有無 ②患者の症状体験、症状マネジメントの方略、症状マネジメントの結果について看護活動ガイドブックを使用し、半構成的面接を行う。患者の同意を得てインタビューを録音する。 ③OAG を用いて 8 項目（声、嚥下、口唇、舌、唾液、粘膜、歯肉、歯または義歯）について研究者が直接観察する。記録は、症状記録用紙に記載する。 患者の同意を得て口腔内の写真を撮影する。撮影はプライバシーに配慮し、口腔に局限した写真とする。撮影した画像は患者に確認してもらい、了解のない画像については、その場で削除する。 ④セルフケア能力をアセスメントし、看護師が行う方略を立案する。 ⑤アセスメントしたセルフケア能力に応じて、また、患者が既に持っている知識や技術を考慮して、口腔マネジメントに必要な基本的知識、基本的技術、基本的看護サポートを提供する。 ・<u>基本的知識</u>：研究班開発の教育用パンフレットを用いて口腔粘膜炎のメカニズム、出現時期、観察部位、口腔ケアの方法（歯磨き、含嗽、保湿剤の使用など）について説明し、質問などに対応する。 ・<u>基本的技術</u>：口腔内の観察方法や記録の方法、口腔ケアの方法（保清、保湿の方法）を伝え、技術を習得してもらう。症状を医療者に
---	---

	伝える技術、ケアを依頼する技術を習得してもらう。出来ない場合は研究者が代償する。 ・ <u>基本的看護サポート</u>：症状やセルフケアの実施状況を確認し、セルフケアを代償しながら適切なマネジメントが実施できるよう、積極的共感、知識・技術の確認、実施できていることの確認と承認、努力の承認、症状改善時の情緒的体験の共有、ケア提供の保証等を意図的に行う。一貫して、患者の個別性を重視し、工夫を共に考える姿勢で対応する。 ⑥自己効力感、SF-36v2^Tの質問調査を行う。 ⑦次回の介入日時、所要時間を決める。
<u>2回目介入</u> 薬物療法開始後 7～10 日の間	前回からの症状の変化やセルフケアの状況を聞き、上記③⑤を繰り返し行う。また、担当看護師長を通して採血データ（WBC、Hb、PLT、CRP、TP、Alb、LDH）、口腔ケアで患者が行えていること、口腔ケアで看護師が代償していること、歯科医師または歯科衛生士の介入の有無について情報を得る。
<u>3回目介入</u> 薬物療法開始後 14～20 日の間	前回からの症状の変化やセルフケアの状況を聞き、上記③⑤を繰り返し行う。また、担当看護師長を通して採血データ（WBC、Hb、PLT、CRP、TP、Alb、LDH）、口腔ケアで患者が行えていること、口腔ケアで看護師が代償していること、歯科医師または歯科衛生士の介入の有無について情報を得る。
<u>4回目介入</u> 薬物療法開始後 28～30 日の間	4週間後に介入の効果を測定する。 ①口腔内の状態（OAG）を症状記録用紙に記載する。 ②自己効力感、SF-36v2TMの質問調査を行う。 ③4週間の経過を振り返り、共有する。患者の努力を認め、出来たことを確認する。介入に対する感想を聞き、フィールドノートに記録する。

（４）データ分析

PASW statistics18 を用いて統計学的分析を行った。QOL のスコアは t 検定を用いて 2 群間を比較した ($p < 0.05$)。OAG、セルフケア能力(セルフケアレベル調査票)、自己効力感は一ホイトニー U 検定を用いて 2 群間を比較した (< 0.05)。また、セルフケア能力を査定する際には口腔ケアの方略について薬物治療時に必要な口腔ケアに関する知識・技術が身についているか、これらを継続的に実施できているかという点に着目して質的に分析した。

6) 結果

（１）対象者の概要

対照群は 14 名（男性 7 名、女性 7 名）、介入群 13 名（男性 6 名、女性 8 名）であった（表 1、表 2）。

表 1 対象者の概要（対照群）

事例	性別	年齢	診断名	化学療法	歯科衛生士の介入
A	男	60歳代	AML	MEC[Ara-C,ETP,MIT]	あり
B	女	60歳代	ML	R-ICE[RIT,ETP,IFM,CBDCA]	あり
C	男	20歳代	AML	大量 Ara-C 療法 [Ara-C]	あり
D	男	40歳代	ML	mICE[ETP,IFM,CBDCA]	あり
E	男	70歳代	ML	R-DeVIC[RIT,Dex,ETP,IFM,CBDCA]	なし
F	男	70歳代	ALL	MA[MTX,Ara-C]	なし
G	女	60歳代	ML	R-CHOP[RIT,CPA,VCR,DXR,PSL]	あり
H	女	50歳代	ATL	mLSG15[CPA,VCR,DXR,Dex]	なし
I	男	50歳代	AML	CAG[ACR,Ara-C,G-CSF]	なし
J	女	70歳代	ML	GDP[GEM,CDDP,DEX]	なし
K	女	50歳代	ATL	CHOP-V-MMV [ADM,VCR,CPA,ETP,PSL,MIT,VDS,MCNU]	あり
L	男	40歳代	AML	大量 Ara-C 療法 [Ara-C]	あり
M	女	50歳代	ALL	大量 MTX 療法 [VCR,MTX]	あり
N	女	50歳代	AML	大量 Ara-C 療法 [Ara-C]	あり

表 2 対象者の概要（介入群）

事例	性別	年齢	診断名	化学療法	歯科衛生士の介入
1	男	50歳代	AML	IDA-AraC	あり
2	女	30歳代	ML	R-EPOCH[RIT,ETP,PSL,VCR,CPA,DXR]	あり
3	女	60歳代	AML	MEC[Ara-C,ETP,MIT]	あり
4	男	60歳代	APL	MA[MTX,Ara-C]	あり
5	男	20歳代	ALL	IDR-Arac	あり
6	男	60歳代	ML	R-THOP[RIT,CPA,VCR,DXR,PSL]	あり
7	女	50歳代	ALL	ALL強化療法 MTX, VCR, L-Asp	あり
8	女	20歳代	ML	ABVD[DXR,BLM,VBL,DTIC]	あり
9	女	50歳代	AML	VP-AraC 75%dose	あり
10	女	60歳代	AML	IDR-Arac	あり
11	男	50歳代	ATL	CHASE[CPA,AraC,CDDP]	あり
12	男	60歳代	ATL	CHOP-V-MMV	あり
13	女	60歳代	AML		あり

（２）口腔内(OAG スコア)の変化

OAG スコアの変化を比較した結果、有意差は認められなかった。

表 3 口腔内（OAG スコア）の変化

	対照群 (n=14)	介入群 (n=13)	U検定
1週目	9.0(8.3-10.8)	10.0(8.0-10.0)	p=0.980
4週目	8.5(8.0-10.3)	9.0(8.0-9.0)	p=0.342

（３）セルフケア能力(セルフケアレベル)の変化

セルフケアレベルの変化を比較した結果、介入前から有意差がみられており、集団のばらつきが大きかった。

表 4 セルフケア能力（セルフケアレベル）の変化

	対照群 (n=14)	介入群 (n=13)	U検定
1週目	3(3-4)	2(2-3)	p<0.05
4週目	4(4-4)	3(2-4)	p<0.05

セルフケア能力および方略の詳細は、以下の通りであった。

<対照群>

- ・2名は自力で口腔ケアができず看護師が代償していた。
- ・3名は習慣的な口腔ケアはできていたが、「症状が出現し自分では対処不能となった」「終日臥床しており全面的な代償が必要であった」「自分の口腔ケア方法にこだわりが強く口腔内の状態にあわせた方略に修正できなかった」といった理由により、薬物療法時に必要な口腔ケアができていなかった。
- ・9名は薬物療法時に必要な口腔ケアができていた。

<介入群>

- ・2名は看護師の代償があれば薬物療法に必要な口腔ケアを行えるようになった。
- ・11名は自ら身体状況を評価・判断した上で薬物療法時に必要な口腔ケア方略を選択・実施できるようになった。具体的には「薬物療法中の口腔ケアに関する知識と身体症状を関連付けられるようになった」「口腔内の状況を評価して口腔ケア方略を選択できるようになった」「口腔トラブルだけでなく他の症状についても医療者に伝えられるようになった」という変化がみられた。
- ・口腔ケア方略以外の変化として、「口腔ケアの成功体験をきっかけにリハビリや食事に対しても取り組めるようになった」「副作用に対して抗えないと諦めていたが主体的な取り組みによる成功体験をきっかけにコントロール感を取り戻した」がみられた。

(4) 自己効力感(がん患者用自己効力感尺度)の変化

自己効力感の変化を比較した結果、有意差が認められた。

表5 自己効力感(がん患者用自己効力感尺度)の変化

	対照群 (n=14)	介入群 (n=13)	U検定
1週目	28(20-31)	34(32-36)	p<0.05
4週目	25(22.3-29.8)	34(30-35)	p<0.05

(5) QOL(SF36)の変化

・Physical component summary(PCS)

対照群は、有意な低下がみられ、14名中7名が低下していた。介入群は維持しており、改善7名中6名はOAGが維持もしくは改善していた。また、対照群の差と介入群の差の間に、有意差がみられた。

・ 対照群(n=14)：平均	42.3→33.0 (p<0.05)	] (p<0.05)
・ 介入群(n=13)：平均	40.8→44.4 (p=0.925)	
※国民標準値50		

・ Role/Social component summary(RCS)

対照群は、維持していた。介入群は、有意な低下がみられた。また、対照群の差と介入群の差の間に、有意差はみられなかった。

・ 対照群(n=14)：平均	42.7→40.5(p=0.723)	】 (p=0.169)
・ 介入群(n=13)：平均	50.6→39.33 (p<0.05)	
※国民標準値50		

・ Mental component summary(MCS)

両群とも維持していた。また、対照群の差と介入群の差の間に、有意差はみられなかった。

・ 対照群(n=13)：平均	55.4→53.3(p=0.561)	】 (p=0.742)
・ 介入群(n=13)：平均	53.1→54.8(p=0.890)	
※国民標準値50		

7) 考察

本研究の結果から、本プログラムによる看護介入は QOL の身体的側面の改善に有効であるといえる。しかし、他の項目について有効性を統計学的に示すことはできなかった。質的データの詳細を概観すると、患者の「身体・治療に関する理解」や「適切な口腔ケア方略の選択・実施」を促進できる可能性や、口腔ケアにとどまらず他の身体症状にも主体的に対処できるようになる可能性が示唆された。

今回、対照群と介入群の対象者の背景が均一化されていない項目が見られた。また、本研究の対象者は、半数以上が適切な口腔ケアを実施できていたことから、本介入プログラムを適用する対象者の選定基準について検討し、継続して事例を積み重ねて検証していく必要がある。

※本調査の結果は、第3回日本がんサポーターティブケア学会学術集会（2018.8.31-9.1 in 福岡）にて発表を行った。

※観察研究である「薬物療法を受ける造血器腫瘍患者の口腔トラブルの実態とそのマネジメント」は、日本がん看護学会誌 31 巻(2017)p.155-164 に掲載された。

<資料 2>

ICCN2017 発表者 江藤美和子

Developing a nursing intervention program for patients with cancer related symptoms in collaboration between Certified Nurse Specialists and faculty members of Nursing

Miwako Eto
Certified Nurse Specialist in Cancer Nursing
Nurse Manager in Palliative Care Unit,
Bell-Land General Hospital

Contents

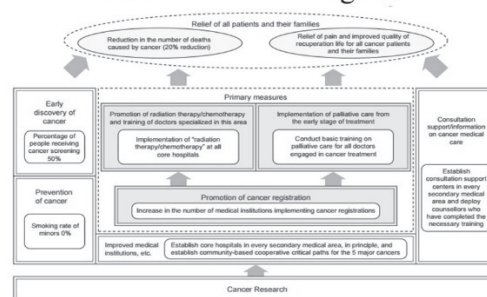
- Background
- Research aims
- Methods
- Results
- Findings
- Implications for nursing

Background

•In Japan, cancer is one of the leading causes of death, and the number of cancer patients has been increasing since 1981. Cancer remains an important issue for Japanese people.

•In 2007, the Cancer Control Act was established in order to promote cancer control programs, develop cancer treatment and promote cancer research.

Overview of the basic plan to promote Cancer Control Program



<http://www.mhlw.go.jp/english/wp/wp-hw5/dl/23010222e.pdf>

Background

•In order to improve the quality of cancer treatment and care, education and training of health care professionals is promoted by Ministry of Education, Culture, Sports, Science and Technology.

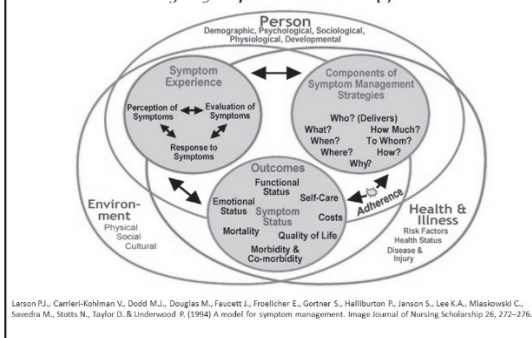
•So far in Japan, 713 Certified Nurse Specialists in Cancer Nursing have graduated from graduate school after such training and work at cancer centers, university hospitals, general hospitals or home nursing stations.

•Certified Nurse specialists and faculty members of nursing often work together through research activities, in order to improve cancer nursing practice and patients' quality of life.

Research Background

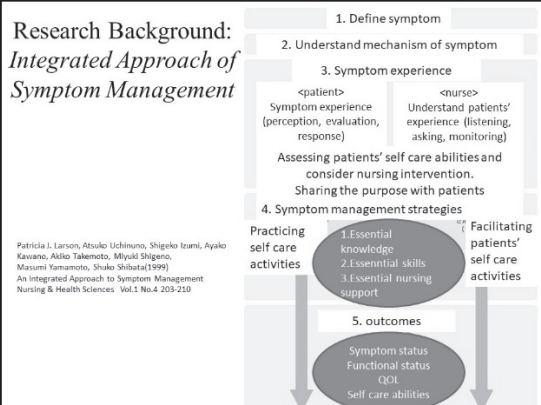
- In order to achieve effective symptom management, nurses need to be able to assess and support patients' self care abilities, as symptoms are also a subjective experience and related to their psychosocial aspects.
- A group of Certified Nurse Specialists in Cancer Nursing and faculty members of University of Hyogo have been conducting a research project entitled "The development of Integrated Approach to Symptom Management for cancer patients" .

Research Background: Model of Symptom Management



Larson P.J., Camilleri-Kohlman V., Dodd M.J., Douglas M., Faucett J., Froelicher E., Gortner S., Halliburton P., Janzon S., Lee K.A., Miasowski C., Savindra M., Scotts N., Taylor D. & Underwood P. (1994) A model for symptom management. Image Journal of Nursing Scholarship 26, 272-276.

Research Background: Integrated Approach of Symptom Management



Patricia J. Larson, Atsuko Uchinuno, Shigeo Izumi, Ayako Kawanishi, Akiko Takemoto, Miyuki Shigeno, Masumi Yamamoto, Shoko Shibata (1999)
An Integrated Approach to Symptom Management
Nursing & Health Sciences Vol.5 No.4 203-210

Aims

- The project aimed to clarify the actual situation of symptom management for stomatitis, lymphedema, dermatopathy, and defecation disorder induced by cancer treatment, because these symptoms are related to patients' self care deficit.
- The research group has been developing a standardized nursing intervention program for general nurses in oncology based on their research results.
- Using the intervention program, it is anticipated that general nurses will accurately understand patients' symptom experience and the required management.
- Moreover, it is also expected that nurses will assess patients' self care abilities and provide essential knowledge, skills and nursing support to patients based on the assessment.

Aims

- Defecation disorder is one of the side effects of cancer chemotherapy. Even if the intensity of the symptom is mild, it can affect a patients' quality of life.
- In general, people have their own bowel habit and pattern. Cancer patients with defecation disorder might experience physical and psychological distress because of changes in normal bowel habits.
- However, nursing research regarding defecation disorder during cancer chemotherapy is limited.
- The purpose of this study is to clarify how cancer patients undergoing cancer chemotherapy experience defecation disorder, how the symptom affects their daily life, and subsequently deal with the symptom.

Methods

- The defecation disorder research group have done an observational research titled "The defecation disorder experience of cancer patients induced by cancer chemotherapy and difficulties in their daily life".
- Sample
Patients were included if they experienced defecation disorder or changes in their bowel habit during chemotherapy. Participants had to be aged 20 years or older, able to consent, alert, and able to read and understand Japanese.

Methods

- The research was conducted from 2013 to 2014.
- Standard demographic data were collected to describe the sample. Data included age, gender, cancer diagnosis, stage of disease and past medical history.
- In addition, the chart was reviewed to determine the cancer treatment drug, dose and administration methods, and date of the administration.
- Moreover, researchers conducted semi structured interview and collected data regarding the intensity and duration of the symptom, fecal property, stool frequency, and symptom burden on their daily life. It is also asked how patients deal with the symptom.

Data analysis

- Demographic data were analyzed using descriptive statistics.
- Interview data was transcribed and classified into "symptom experience", "symptom management strategy", "symptom status".
- The intensity of the symptoms were evaluated using the CTCAEv.4.0 and the fecal property was assessed using the Bristol scale.
- The researchers assessed the tendency of the symptom according to disease and cancer treatment drug.

Results:

Patients' demographic data (N=23)

Gender	Female: 15, Male: 8
Age	67.6 ± 10.7
Site of primary cancer	Breast (8), Colon(7), Biliary tract(3), Lung(2), Stomach(1), Ovary(1), Non-Hodgkin lymphoma(1)
Duration of therapy	2 weeks ~ 3years

Results: Clinical characteristics (N=23)

Characteristics	N
Constipation	19 (Female 14, Male 5) 15 types of chemotherapy regimen were used CTCAE :Grade 1 (15), Grade 2 (3), Grade 3 (1)
Diarrhea	4 (Female 1, Male 3) 3 types of chemotherapy regimen were used CTCAE: Grade 1 (3), Grade 2 (1)

Results:

Characteristics of the symptom(N=23)

	Constipation patients (N=19)	Diarrhea patients (N=4)
Intensity of the symptom	Mild	Mild
Fecal property (Bristol scale)	1(10) (separate hard lumps, like nuts)	5~7 (soft blobs~watery)
Timing of the symptom appearance	After the drug administration(10) Always(6)	After the drug administration(3) Irregular and unpredictable(1)

Results:
Characteristics of
symptom management strategy (N=23)

	Constipation patients (N=19)	Diarrhea patients (N=4)
Medication	Taking laxatives (15)	Taking antidiarrheal
Strategies in daily life	Abdomen massage Moderate exercise Trying not to miss the timing of defecation	Using paper napkin
Meal	Having vegetable and yogurt	Having yogurt and fruit Having meal in accordance with the schedule Having a small amount of meal not to cause diarrhea
Others	Stool extraction, Waiting	

Results:
Patients' recognition of the symptom

- Most patients perceived that the symptoms were only temporary and under their control. Therefore, they did not feel any difficulties in their daily life.
- A small number of patients experienced difficulties in managing the symptoms; one patient suffered from Grade 3 constipation and required medical intervention.

Results:
Communication with health care professionals

- Patients experiencing constipation took prescribed medication and controlled the symptom alone without consulting health care professionals.
- However patients experiencing diarrhea consulted their doctors about the symptom.
- Many patients did not consult with their doctor about the symptoms, and tried to manage alone.
- Some patients wanted to ask health care professionals whether or not their symptom management strategies were correct.
- Patients felt distress from their defecation disorder, but they did not know who to ask about the symptoms.

Findings

- Many patients managed their symptoms using their own ways acquired from past experience rather than consulting their doctors.
- Some patients suffered from the symptoms and did not ask help to health care professionals.
- Nurses should assess patients' self care abilities and support them so that patients can monitor their defecation pattern and record the result.
- If patients find/understand the difference from their normal pattern and consult a doctor, there is a possibility that the serious condition could be prevented.

Findings

- Nurses should explain to patients that they may experience different defecation pattern from their usual bowel habit, enabling the patient to recognize the importance of monitoring and recording the symptom pattern.
- Nurses must also listen to patients when speaking about their symptom experience and be able to provide patients with appropriate symptom management strategies, as well as respecting patients own ways of symptom management.

Conclusion

- The pattern of defecation disorder is varied.
- This requires nurses to be aware of and listen to the patients' description of the symptoms.
- A group of Certified Nurse Specialists in Cancer Nursing and faculty members of University of Hyogo are now developing the nursing intervention program including essential elements below.
 - **Providing knowledge**
"There is possibility that a serious defecation disorder is occurring"
 - **Providing skills**
"How to communicate with health care professionals"
"What kind of information patients need to tell"
 - **Nursing support**
"Listen to patients' needs and their own symptom management strategies"
"Provide patients with appropriate symptom management strategies"
- We believe the nursing program could support patients self care and improve quality of life.

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）を受けて行う。本報告書は、平成 29～30 年度に行なった医師のケア認識およびケア行動に関する調査の結果、研究方法に関する外部コンサルテーション、医師の活動をモデル内に効率的に取り込むための動画作成、その他、研究期間中に公表した研究結果についてまとめたものである。

次年度は、最終年度として、次のような計画を立て、研究のまとめを行うこととする。

- ①医師のケア認識・行動に関する質問紙作成を行う。
- ②医師の活動をモデル内に効率的に取り込むための動画作成を行う。
- ③看護師と医師協働のケア・キュア融合型 IASM 暫定版を完成する。
- ④モデルに沿った事例介入の効果を検討しながら、モデルの精錬を行う。

適切なアウトカム指標（症状の **Grade**、セルフケア能力、自己効力感、**QOL**、自信、緩和薬剤の使用量の変化など）の検討を行う。介入中の患者の変化については、質的データも収集する。医師との協働（動画による協働）による効果、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。

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を公開しており、ダウンロードして使用することができる。また、IASM の概念を正しく理解し、患者のセルフケア能力に応じた代償ができるように導く動画、および症状マネジメントに必要な医学的なメカニズム、ケアの方法や看護師による代償について解説した動画を掲載している。

がん患者の症状マネジメント

ケア・キュア融合型症状マネジメントモデルの開発

▶ サイトマップ ▶ 個人情報について

▶ 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活用ください。(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

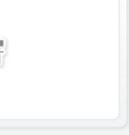
分子標的治療薬による皮膚症状



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



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された方からのご意見をまとめています。

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36回日本看護科学学会学術集会で発表しました
- 2016.12 「がん療養中の排便障害による日常生活への影響とその対処」を第36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
sm-support@cnas.u-hyogo.ac.jp

▶ サイトマップ ▶ 個人情報について

