

*The Integrated Approach to Symptom Management*看護活動ガイドブック

＜放射線性下痢用＞

Ver.2

UCSFで開発されたModel for Symptom Management(MSM)を臨床の場に適用するために、看護活動モデル(The Integrated Approach to Symptom Management<IASM>:症状マネジメントの統合的アプローチ)が開発されました(Larson P.)。本ガイドブックは、IASMをさらに現場で使うことができるようにワークシートにしたものです。ガイドブックを使い、IASMにそって看護活動を行うことにより、看護師は患者の体験(症状)や行っている方略を正確に理解し、患者のセルフケア能力のレベルにあった知識、技術、看護サポートを提供することができます。そして必然的に患者を中心としたマネジメントが実現されます。ガイドブックを使用するときはオレムのセルフケア理論、MSM、症状マネジメントの統合的アプローチ(IASM)をよく理解しておく必要があります。

使用方法:

ガイドブックに沿ってプロセスを進んでいってください。途中の空欄に、得た情報、分析内容等、メモをとっていってください。これをもとに記録用紙にまとめます。

がん患者の症状緩和技術の開発に関する研究班(代表:内布敦子)

研究班ホームページURL⇒ <http://sm-support.net>

＜ご協力をお願い＞

- * このガイドブックはDr. Patricia J. Larsonが作成した「症状マネジメントの統合的アプローチ」(1998)を臨床で用いるために試験的に作成したものであり精錬作業の段階にありますので使用する場合は、上記ホームページURLにアクセスし最新バージョンを入手して下さい。本冊子のコピーは御遠慮下さい。
- * ご使用後は上記ホームページURLよりご意見をお寄せください。今後の精錬、改定の参考にさせていただきます。

An Integrated Approach to Symptom Management

看護活動ガイドブックをご活用頂く皆様へ

IASM をご活用頂き感謝します。

適切な文献を参考にさせていただきご活用していただければ大変うれしく思います。

使用に当たって許可は不要ですが、学会や雑誌などの出版物に引用なさるときは下記の文献が原典となりますので、ご参照下さい。

尚、IASM のガイドブックはオリジナルを内布が作成し、講座の研究班で精錬しており、現在バージョン 12 (2021 年現在)です。IASM ご使用にあたり、IASM 研究班ホームページ URL (<http://sm-support.net>) にアクセスして頂けば、新しいバージョンを入手できます。

尚、この冊子を引用なさるときは「unpublished」もしくは「未出版」と付記してください。

①IASM が最初に発表されたのは下記の文献です。

Patricia J. Larson, Atsuko Uchinuno, Shigeko Izumi, Ayako Kawano, Akiko Takemoto, Miyuki Shigeno, Masumi Yamamoto, Shuko Shibata(1999). An Integrated Approach to Symptom Management. Nursing & Health Sciences. 1(4), 203-210

②「IASM による看護活動ガイドブック」の最初の発表は下記の文献です

内布敦子他(1998). The Integrated Approach to Symptom Management を応用した看護活動ガイドブック. 別冊ナーシングトウデイ. 12, 178-184

内布敦子他(1999). The Integrated Approach to Symptom Management (IASM) について(1)IASM のための記録用紙・分析スタンダードの開発. がん看護. 4(5), 414-417

追加情報)

内布敦子(2014)系統看護学講座専門分野Ⅱ成人看護学〔1〕成人看護学総論 第14版 12章に詳細の使用方法を解説していますのでご参照下さい。

図などを引用なさるときは原典をお書き頂きますようお願い致します。ちなみに翻訳を引用する場合は原典も示す必要があると思います。

③A Model for Symptom Management が最初に発表されたのは下記の文献です。

Larson P.J., Carrieri-Kohlman V., Dodd M.J., Douglas M., Faucett J., Froelicher E., Gortner S., Halliburton P., Janson S., Lee K.A., Miaskowski C., Savedra M., Stotts N., Taylor D. & Underwood P. (1994). A model for symptom management. Image Journal of Nursing Scholarship. 26, 272–276

上記のモデルを訳したものは下記のテキストにあります。

内布敦子(2014)系統看護学講座専門分野Ⅱ成人看護学〔1〕成人看護学総論 第14版 12章
P324 に翻訳引用がのっています。

④ ③の改変版 Reversed Symptom Management Conceptual Model は下記の文献です。

M Dodd et al. (2001). Advancing the science of symptom management. Journal of Advanced Nursing. 33(5), 668-676

その翻訳版は下記のテキストにあります。

内布敦子(2014)系統看護学講座専門分野Ⅱ成人看護学〔1〕成人看護学総論 第14版 12章
P325 に翻訳引用がのっています

IASM 研究班

代表 内布敦子

Atsuko Uchinuno RN, MNS, Ph.D

Kizaki 78-2-1, Tsuruga, Fukui 914-0814 JAPAN

e-mail: a-uchinuno@tsuruga-nu.ac.jp

Tel & Fax +81-770-20-5529

川崎 優子

Yuko Kawasaki RN, MNS, DNSc

Kitaouji-cho 13-71, Akashi, Hyogo 673-8588 JAPAN

University of Hyogo College of Nursing Art & Science

e-mail: yuko_kawasaki@cnas.u-hyogo.ac.jp

Tel & Fax +81-78-925-9437

The Model of Symptom Management の理論的前提

‘症状(Symptom)’は元来その人が体験しているもので主観的なものです。症状のマネジメントは、患者自身が何らかのセルフケア行動を起こさない限り始まらないという側面を持っています。また、24時間その症状を体験している患者が、もっとも対応が熟練しているという側面も持っています。従って、患者を重要なケア提供者と見なすことは理にかなっているといえます。

The Model of Symptom Management (症状マネジメントモデル;MSM)はオレムのセルフケア理論をその背景にもったモデルです。患者のセルフケア能力に焦点を当て、その能力を最大限活かすことを前提にしています。

オレムのセルフケア理論では、看護者は患者がどのようなセルフケアレベルであっても、患者の持つセルフケア能力を正確に査定し、必要な代償を行います。例えば自分の生活調整を上手に行い、症状に対しても医師など医療専門職の援助を巧みに活用できる慢性疾患の患者は、セルフケア能力が高く、支持・教育のレベルであり、看護の介入はほとんど必要ではありません。一般的には身体機能が低下した状態ではセルフケア能力も低下すると考えられますが、必ずしもそうではない場合があります。自分で判断、決定し、医療者に専門的援助を要請できる患者はセルフケア能力が高く、知識や技術を持つことによってさらにその能力を高めることができます。また、症状を表現することを控えたり、我慢しなければと考えているなどセルフケア能力が低い患者には、潜在的なセルフケア能力を見だし、それを高めるように援助したり、専門家が必要なことを代わって行ったりします。

The Model of Symptom Management

The Model of Symptom Management (症状マネジメントモデル;MSM)は、人々の症状マネジメントが「症状の体験」「マネジメントの方略」「症状マネジメントの結果」の3つの大きな次元から成り立っており、それぞれの概念は多くの要素から構成されてことを明らかにしています。これらの3つの概念は相互に関連しあっており、患者の体験内容はその人が取る方略に影響し、その方略の結果は次の体験に影響するとしています。

MSMは、その後になって看護学の重要概念である「人間」「健康/病気」「環境」の影響をダイナミックに表現する工夫がなされ、修正されています。このモデルは、University of California San Franciscoの教員らによって研究と改良が続けられています。詳細は、<https://nursing.ucsf.edu/biobehavioral-research-program-symptom-science> をご参照ください。

表1 症状マネジメントモデルの3つの次元

3つの次元(dimension)	構成要素
症状の体験 (症状をどのように体験しているか)	症状の認知、症状の評価、症状への反応
症状マネジメントの方略 (症状に対してどのように取り組んでいるか)	なにを、いつ、どこで、なぜ、どれくらい、誰に対して、どのように * 修正前のモデルでは、方略を提供する可能性のある人(患者、家族、医療提供者、保健医療サービス提供のしくみ)が構成要素となっていた。
症状マネジメントの結果 (症状への対処をした結果、症状とその周辺の状況がどのように変化しているか)	症状の状態、身体機能の状態、セルフケア能力、情緒の状態、経済状態(費用)、QOL、死亡率、罹患率と併存病 * 修正前のモデルでは、8つの要素に加えて「ヘルスケアサービスの利用」が含まれている。

表2 症状マネジメントの3つの次元に影響を与える変数

変数	構成要素
人間	人口統計学的、心理的、社会的、身体的、発達の
環境	物理的環境、社会的環境、文化的環境
健康/病気	危険因子、健康状態、病気や傷病

*表1、表2は、*Larson P.J., Carrieri-Kohlman V., Dodd M.J., Douglas M., Faucett J., Froelicher E., Gortner S., Halliburton P., Janson S., Lee K.A., Miaskowski C., Savedra M., Stotts N., Taylor D. & Underwood P. (1994) A model for symptom management. Image Journal of Nursing Scholarship 26, 272-276.* および *Reversed Symptom Management Conceptual Model: M Dodd et al. (2001) Journal of Advanced Nursing 33 (5) 668-676* をもとに作成

MSM を看護活動として翻訳したものが Dr. Larson が提案した The Integrated Approach to Symptom Management (症状マネジメントの統合的アプローチ: IASM)であり、さらにこれを現場で使うことができるようにワークシートとして開発したものがこのガイドブックです。IASM にそって看護活動を行うことにより、看護師は患者の体験(症状)を正確に理解し、専門家として科学的にメカニズムを明らかにしたり、適切なマネジメントの方略を提供し、患者がもっとも良い方法を選ぶことができるように支援することができます。使用するときはオレムのセルフケア理論、MSM、症状マネジメントの統合的アプローチ(IASM)をよく理解しておく必要があります。

The Integrated Approach to Symptom Management (症状マネジメントの統合的アプローチ: IASM) の臨床応用

MSMを臨床の看護師の活動に置き換えたものがIASMです。Larson P.によって開発され、Larsonを研究メンバーとする本研究班によって1997年以来、日本で検証が開始されました。患者の体験や方略にはセルフケア能力が大きく関与しており、症状緩和の主人公でありエキスパートは患者であるという考えで作成されています。患者の体験や方略をよく吟味して、患者のセルフケア能力によって提供する看護内容を決定するという考え方は、オレムのセルフケア理論に依拠しています。

<臨床応用の前提>

臨床応用の前提1: モデルの適応は患者の了解を得て始めます。

患者に質問をしながら行いますので、患者の利益になると同時に患者の負担になる場合もあることを、看護師はよく理解しておく必要があります。患者には、止めたいときはいつでも止めることができることを伝えます。もし、患者が途中で止めたいと言った時は、通常のケアに戻します。情報は一度に全部聞くのではなく、30分ぐらいずつ何日かに分けて行うほうがよいでしょう。患者と相談して計画的に進めます。

臨床応用の前提2: 活動を始める前に医師の協力や看護チームのコンセンサスが得られるかどうか確認します。

「看護師が症状のある患者に対して、了解を得てこのような活動を行いたいと考えているが協力していただけるか(できれば一緒にやっていただきたいのですが)」と聞きます。医師には、専門家が提供するマネジメント方略の部分で薬剤の投与やブロックなどの医療処置を中心とした活動をお願いしたいと伝えます。医師を協力者にするには、この活動を成功させる最大の秘訣です。医師を活動に巻き込むにはその施設独特の方略がある場合がありますので看護管理の担当者によく相談します。また、看護チームのコンセンサスも重要です。24時間一貫したケアを提供するには、看護チームが同じ姿勢で関わる必要があります。対応の不統一によって患者の混乱を招かないためにも、IASMの効果を高めるためにも、チームでよく話し合い、了解を得ながらモデルによる看護活動を進めます。

臨床応用の前提3: 患者の主体性を確認します。

患者が症状マネジメントの主役であることをどのように考えているか、症状コントロールの可能性をどのように認識しているか(どうせよくなると考えていないか、コントロールすることに無力感を感じていないか)を確認することが必要です。必ずしも患者自身が常に自分が主役であるという意識を持つべきだという意味ではありません。そのような意識を持ってない患者はセルフケア能力が低下していると判断し、医療者が全代償を行います。しかし潜在的には能力があるかも知れませんが刺激してみることは必要です。

臨床応用の前提4: 症状マネジメントは患者にとってどの程度の優先順位であるかを確認します。

症状コントロールについて、それほど重要でないとか、我慢するものだと考えているなど、患者の価値評価を確認します。患者によっては、自分が過酷な症状に襲われているにもかかわらず症状マネジメントに興味を示さない人がいます。病気や死、家族、経済上の問題など、その人によって問題の優先順位は異なります。症状マネジメントが優先順位を持たない場合、患者の症状マネジメントに関するセルフケア能力は低く、患者に話を聞こうとしても出てこないなど、活動をはじめた時点で抵抗に合います。このような場合看護師は全代償を行います。医療者の判断で症状のマネジメントを行い、身体機能が低下しないように努力し、患者にとって優先順位の高い問題に焦点を合わせます。

表1. IASMの流れ

1. 症状の定義を明らかにする。
2. 症状のメカニズム(機序)と出現形態を理解する。
3. 患者の体験(認知、評価、反応)とその意味を理解する。
4. 症状マネジメントの方略を明らかにする。
5. 体験と方略、その結果を明らかにし、セルフケア能力の状態で該当するレベルを判断する。
6. 看護師が提供する知識、技術、サポートの内容を決定し実施する。
7. 看護活動による効果を測定する。

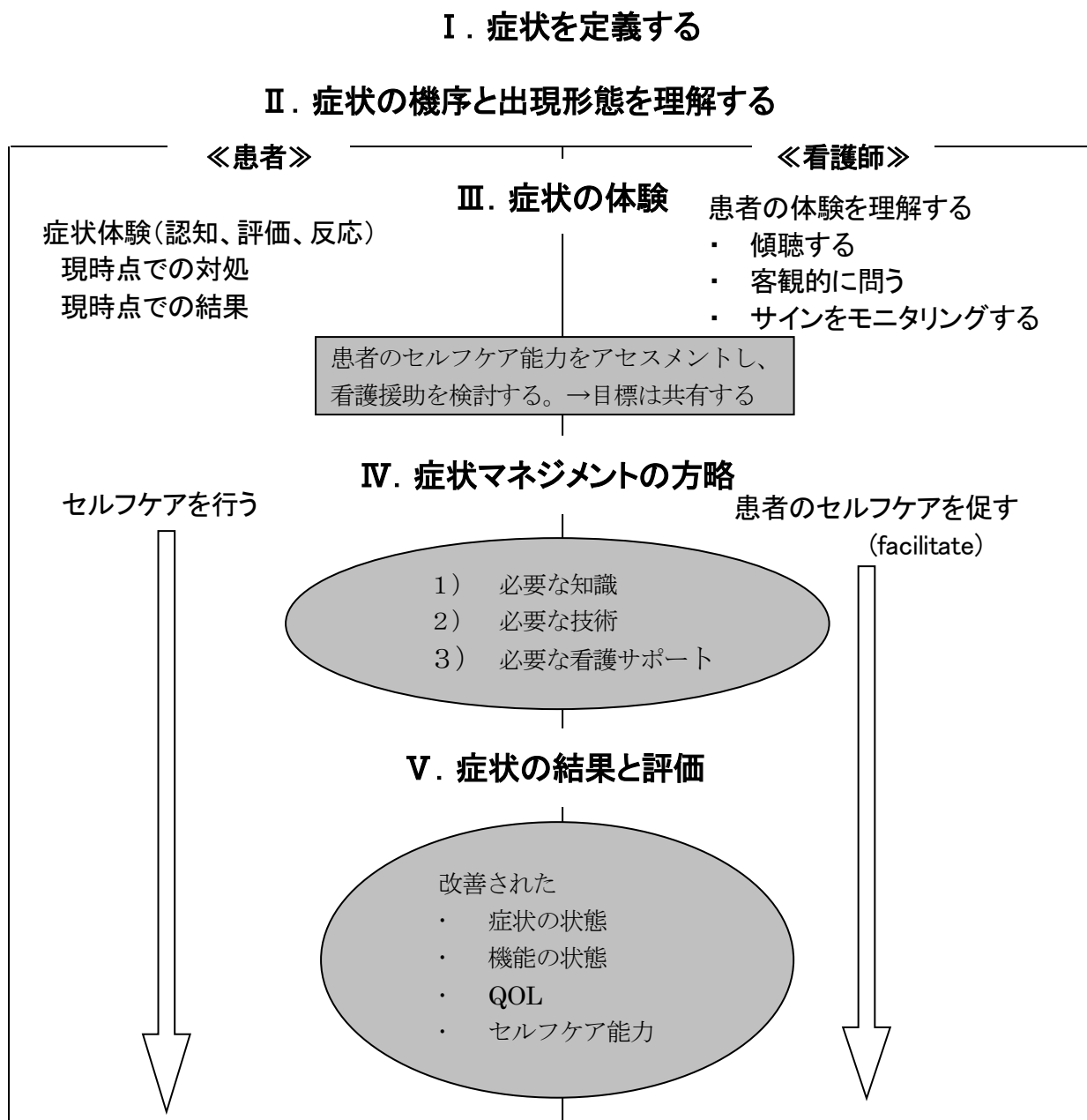


図3：症状マネジメントのための統合的アプローチ(ASM)

看護活動その1：症状の定義を明らかにする

(記録用紙NO.1)

症状は患者の主観的な身体の変調であり、医学的に根拠が証明される場合もされない場合もありますので、基本的に患者が訴える身体の変調は存在するものとして取り扱います。排便障害の場合、患者の主観的な変調と、医療者が捉えた客観的な変化の両方を含みます。

例)放射線性下痢とは、子宮がん等の骨盤部の放射線治療による腸管機能障害に伴う滲出性の排便障害とその合併症である。

記録用紙 NO.1※印のところに記入

看護活動その2：症状のメカニズム（機序）と出現形態を理解する

(記録用紙NO.1)

できるだけ図を使ってこの患者の症状のメカニズムを説明して下さい。症状のメカニズムは、いつも明らかになるとは限りません。もし不明の場合は考えられる可能性を考慮して仮説的にメカニズムを記述しておきます。病歴を転記したり、医師に症状のメカニズムについて確認して補充してください。

症状マネジメント記録用紙NO.1

氏名		
病名		
症状の定義 ※		
症状のメカニズムと出現形態		

資料

【下痢における有害事象共通用語規準 v5.0日本語訳JCOG版(CTCAE v5.0 - JCOG)】
 [CTCAE v5.0/MedDRA v20.1(日本語表記:MedDRA/J v22.1)対応 - 2019年9月5日]

【下痢の定義】： 便頻度の増加や軟便または水様便の排便	
Grade 1	ベースラインと比べて <4回/日の排便回数増加; ベースラインと比べて人工肛門からの排泄量が軽度増加
Grade 2	ベースラインと比べて4~6回/日の排便回数増加; ベースラインと比べて人工肛門からの排泄量が中等度増加; 身の回り以外の日常生活動作の制限
Grade 3	ベースラインと比べて7回以上/日の排便回数増加; 便失禁; 入院を要する; ベースラインと比べて人工肛門からの排泄量の高度増加; 身の回りの日常生活動作の制限
Grade 4	生命を脅かす; 緊急処置を要する
Grade 5	死亡

【ブリストルスケールによる便の性状分類】

ブリストルスケール(The Bristol Stool Form Scale)は、英国ブリストル大学のHeaton博士が1997年に提唱した大便の形状と硬さで7段階に分類する指標であり、便秘や下痢の診断項目の一つとして使用されている。

1	コロコロ便		硬くてコロコロの糞糞状の便
2	硬い便		ソーセージ状であるが硬い便
3	やや硬い便		表面にひび割れのあるソーセージ状の便
4	普通便		表面がなめらかで軟らかいソーセージ状、あるいは蛇のようなとぐろを巻く便
5	やや軟らかい便		はっきりとしたしわのある軟らかい半分固形の便
6	泥状便		境界がほぐれて、ふにゃふにゃの不定形の小片便、泥状の便
7	水様便		水様で、固形物を含まない液体状の便

看護活動その3：患者の体験（認知、評価、反応）とその意味を理解する

（記録用紙NO.2）

患者の症状体験を正確に理解するために、(1)「傾聴する」(2)「客観的に問う」(3)「サインをモニタリングする」という3つの看護行為を組み合わせて行います。

患者の語りは、整理して表現されるものではありません。患者が自由に表現した後に、体験（認知、評価、反応）の整理を行います。

(1)「傾聴する」

患者が①認知している症状と②症状の評価、③症状への反応について、制約なく語ってもらいます。症状に関連して患者が体験していることをできるだけ表現してもらおうことが、この活動の目的です。患者にはできるだけ自由に表現してもらうので、モデルに整理できない内容が出てくることも予測されます。患者の表現が自由に行われることを優先するので、モデルに該当しないと感じる要素も含めて聞きます。

次のような質問をきっかけとして用います。

「症状をどのように感じているかできるだけ詳しくお話し下さい。」

★患者の話を聴くポイント★

看護師はここでは主に傾聴の技術を用いる。

- ・あらかじめ予定した時間を患者に告げ、了解を得る。
- ・落ちついた口調でゆっくり質問する。
- ・患者が話しを始めたら話を聞くことに集中し、適宜相槌をうって話し続けることを励ます。
（ええ…、そうですか…、それで…、なるほど…）
- ・患者が言葉を見いだせない時は、きっかけになるような言葉を提案する。
（答えにくいですか？ 例えば…「下痢でお腹が痛くなることはありませんか？」「下痢で困ることはありませんか？」）（誘導にならないように配慮する）
- ・患者の表情に気を配り、苦痛なようであれば中断を提案する。
（辛そうに見えますが、この辺で今日はやめましょうか）
- ・予告した時間を極端に超過することのないように時間経過に気をつける。
- ・予定した時間が来たら、一度確認する。
（ご協力をお願いした時間は過ぎましたが大丈夫ですか）
- ・話の流れで、患者が用いている方略について話す場合はそれも聞き、あとで方略の欄に記入する。

(2)「客観的に問う」

「傾聴する」で語られなかった症状体験の内容を客観的に質問し、引き出します。看護師は傾聴やサインをモニタリングすると同時に、患者が自分の症状についてより多くの情報を提供できるように、次のような質問を行います。

認知-1 どんなふうに症状が出ますか？

- 排便の性状、量、頻度
- 日内の変動、夜間の排便状態
- 腹部の痛み
- 肛門周囲の皮膚の状態(肛門周囲の痛み、発赤)
- 脱水症状、栄養状態

★ ポ イ ン ト ★

- ・どんなふうに症状が出るかについては様々な答えがあると思われる。
「答えにくいですか」「どんな便が出ますか」「お腹や肛門は痛みますか」と質問し、「もっと詳しく表現できますか」と聞いてみる。
- ・回答が出ない時は次のような言葉を提示する(回答がある場合は提示しない)。
便の性状: 軟らかい便、水のような便、など
便の量: 両手いっぱい、バナナ大、など
腹部や肛門の痛み: チクチク、ズキズキ、ピクッ、針を刺すような、刃物で切り裂かれるような、えぐられる、食い込む、差し込む、締め付けられる、つねられる、突っ張る、ねじられる、焼けこげる、ヒリヒリ、痛がゆい、擦りむいたような、うずく、重苦しい、割れるような、身の置き所のない、不愉快な、など。
- ・腹部の痛む場所については、「手でさして見て下さい」と促したり、インタビュアーの手でさしながら「この辺ですか」と聞いてみる。
- ・積極的に症状を表現する人、表現することに前向きな人は一般にセルフケア能力は比較的高いことが多い。
- ・表現に消極的な人は、もともと自己表現が少ないか、他にになにか気がかりなことがある場合がある。

評価-1 いつ頃から症状が出ましたか、その経過をお話いただけますか？

- 照射回数、照射線量
- 併用している化学療法の薬剤、回数、時期

★ ポ イ ン ト ★

- ・症状の初発はいつか、症状の様子はどのように変化したのかを質問する。月日を正確に答えてもらう必要はない。放射線治療を始めて、いつ頃から症状がでてきたのか、併用している抗がん剤治療があれば薬剤との関連も聞いてみる。
- ・長い経過を覚えていて要領よく表現できる人は比較的セルフケア能力が高いことが多い。生活上のイベントなどと連動して覚えている人では心的エネルギーに余裕がある場合が多い。全く覚えていない人では、症状マネジメントに関心が向けられていない場合があり、セルフケア能力が欠如している可能性があるので注意する。

評価-2 症状が出たらどれくらい長く続きますか？

★ ポ イ ン ト ★

- ・症状の持続時間を尋ねている質問である。何らかのマネジメントの方略を用いて症状が軽減するまでの時間か、自然に消失する時間を答えるだろう。「下痢止めの薬を飲めばおさまる」「温めればお腹の痛みがおさまる」など、マネ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、後に方略の所に書き加える。

評価-3 どうしたら、またはどんな時に症状が強くなりますか？または、楽になりますか？

★ ポ イ ン ト ★

- ・比較的容易に表現できるだろう。全く思いあたらない場合は、「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。ここで患者が用いている方略があれば聞いておく。

評価-4 なぜ症状があるのか説明を受けましたか？その説明は理解できましたか？

★ ポ イ ン ト ★

- ・説明を受けていない場合：症状の原因を何だと考えておられますか？なぜこのような症状が出てきたのだと思いますか？などと聞いてみる。

反応-1 症状のために生活上でできなくなったことがありますか？

★ ポ イ ン ト ★

- ・食事・睡眠・入浴・趣味・外出などの生活活動に障害がないか聞いてみる。
「症状のために食欲がなくなったりしますか」「夜は眠れますか」「趣味を楽しむことはできますか」「外出の際に困ることはありませんか」等、聞く。

(3)「サインをモニタリングする」(質問によってではなく観察によって情報を収集します。)

症状に対して患者がどのように反応しているか、身体・心理・生活に現れたサインを観察によって明らかにします。

反応-2 症状に対する反応として、患者に見られるサインを観察する。.....

★ ポ イ ン ト ★

- ・症状のために顔面蒼白になる、震えだす、痛いところに手を持っていく等の身体的なサインが観察される。身体的なサインには患者が認知していないような血液データ等もある。また、下痢におけるCTCAEやブリストルスケール(Bristol stool scale)を用いて評価する(性状、量、頻度、疼痛の程度など)。特定の症状は特定のサインを持っていることが多いので、看護師はその知識を持っておく必要がある。
- ・心理的なサインでは、怒りっぽくなっている、いらいらしている、不機嫌になる、抑鬱的になる、悲観的になる、感情的になる、疲労感がある、焦燥感がある等が観察される。

反応-3 治療前と比べて、症状のためにできなくなっていること、困っていること、気持ちの負担など生活の様子を明らかにする。.....

★ ポ イ ン ト ★

次のような視点で、患者の生活に現れたサインを捉える。

例)・食事が食べられているか？制限はないか？

- ・眠れているか？
- ・排便は自分でできているか？
- ・お風呂には入れるか、または自分で体が拭けるか？
- ・移動は今まで通りにできるか？公共交通機関を利用できるか？
- ・外出に支障はないか？

分析は次の視点で行います。

★ 分析の視点 ★

認知 : 表現や言葉の豊かさ、表現内容、表現する意欲があるか、症状に関心を向けているか

評価 : 症状と原因(疾患・生活行動など)を結びつけて評価しているか、症状の強度・頻度・持続時間を評価しているか、症状の増強・軽減因子を評価しているか、薬剤の評価をしているか、これまでの症状の変化を、経過を追って説明できるか

反応 : 身体的な反応があらわれているか、症状の影響が生活行動に現れているか、症状によって情緒的な変化が起きているか、身体的反応、生活行動面の反応、情緒面の反応のバランスがよいか

意味 : 患者は体験している症状にどのような意味をみいだしているでしょうか(「評価」に含めても良い)

症状マネジメント記録用紙NO.2

患者氏名: 月 日

【体験】	【方略】
	<input type="text"/>
	<input type="text"/>
	<input type="text"/>
<input type="text"/>	
【現在の状態】	

看護活動その3は、すべて、ここに記入します。

看護活動その4：症状マネジメントの方略を明らかにする

(記録用紙NO.2)

現在の症状マネジメントの方略を明らかにします。それらは、①患者本人がとっている方略は何か、医療従事者にどのようなサポートを求めているか②家族など身近な人々はどう対応しているか③医療従事者は何を行っているか、可能な限り患者と一緒に方略を考えているか(必要であれば家族も含めて)、ゴールを患者と共有しているか④ケアシステムの活用はどのようであるかです。

患者が行っている方略については、次のような質問によって「客観的に問う」ことができます。

患者の方略-1 症状があるときはどのようにしていらっしゃいますか？

次ページ様式の患者★に記入

★ ポ イ ン ト ★

- ・この質問は主に症状マネジメントの方略についての回答を得るものである。付随して症状の結果(温めたら良くなるなど)も語られるだろう。この質問だけで患者が語りだしたらそれに沿って聞く。そうでない場合は次の質問を行う。症状があるときに気をつけていることがありますか？さすったり温めたり自分でやっていることがありますか？症状を抑えるために自分で何か工夫をして行っていることはありますか？(食事・水分摂取、気分転換など)、外出時や外泊時にも同じようなことをしていますか？予防のためにしていることはありますか？(腹圧をかけない、早めにトイレに行く、パッドを当てるなど)、誰かに助けを求めていますか？
- ・自分なりに工夫していることがあれば比較的容易に表現できるだろう。全く思いあたらない場合は、薬(止痢剤、整腸剤等)の使い方で工夫していることがありますか？と聞いてみる。

患者の方略-2 症状があるとき誰に助けてもらっていますか？どんなことをしてもらっていますか？

次ページ様式の患者★に記入

★ ポ イ ン ト ★

- ・身近にいる人の具体的な援助(食事の工夫、お腹をさすってもらう、仕事や家事の代行、休憩時間の確保等)は比較的表現できるだろう。相談に応じたり話を聞くなどの援助は、本人が「助け」と認識していないかもしれないので、表現がないときは、「下痢に関する相談相手や気を紛らわす話し相手になってもらっていますか？」と聞いてみる。医療従事者の活用についても表現がない場合は、「医師や看護師、保健師などの医療の専門家に助けを求めることはありますか？」と聞いてみる。

以下の人々は患者の症状にどのように対応していますか？

家族:

医師:

看護師:

その他の人々:

分析は以下の視点で行います。

★ 分析の視点 ★

- ・積極的な方略か(色々な工夫を行っている、専門職や家族を活用している)、消極的な方略か(じっとしている、我慢する、行動を縮小する)。患者によっては、ある部分は積極的に行え、ある部分は消極的なことがある。ここでは、セルフケア能力を活用して、どのようなことが行え、どのようなことが行えていないのか検討する。
- ・消極的なマネジメント方略になっている場合は、どうしてそうなっているのかを分析する。
- ・方略の内容が理にかなったものであるか、症状のメカニズムに反していないか
- ・症状マネジメントの方法の中から適切に選択し実施できるか
- ・症状マネジメントをどのレベルまでにしたいと考えているか
- ・症状をマネジメントする動機を持っているか
- ・患者自身が症状マネジメントの主導権を持つということをどれほど認識しているか
- ・症状マネジメントの優先順位は他の問題に比べて高いか
- ・方略がこれまでの体験と関連しているか(これまで鎮痛の成功を体験したことがないなど)
- ・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
- ・家族の役割をどれほど期待できるか

症状マネジメント記録用紙NO.2

患者氏名: 月 日

【体験】	【方略】
	患者★
	家族
	医師
	看護師
その他	
[]	
【現在の状態】	

看護活動その4は、すべて、ここに記入します。

看護活動その5：体験と方略の結果を明らかにし、セルフケア能力の状態で該当するレベルを判断する。

(記録用紙NO.2)

症状の状態: 症状の改善はあるかをできるだけ数値化して評価します。CTCAEやブリストルスケール(Bristol stool scale)、VASなど患者が記入できる場合はそれを用いて評価し、マネジメントできていなければその理由も書きます。

機能の状態: 基本的日常生活行動、臓器の機能とその統合性を評価します。簡易的にはPS(Performance Status)を測定します。

QOLの状態: 日常生活の障害、自己価値観の低下、無力感など情緒の状態などを評価します。できるだけ数値化しておいた方が、評価が明確です。SF36やEORTCQLQ-C30などの確立されたQOL指標を用いると良いでしょう。このような測定ツールは研究用に用いるときは制作者の許可が必要です。

セルフケア能力の状態: 患者のセルフケア能力に焦点を当て、患者の潜在的な能力を明らかにします。

★ 結果分析の視点 ★

上記4項目を分析します。なぜ症状が改善されないのか、QOLをどのように低めているのか、それはなぜか、セルフケア能力は高いのか、低いとしたらなぜか、分析の視点に示した点<症状の表現能力、評価能力、「反応」の中の身体的反応・生活行動面の反応・情緒面の反応のバランス、行動や思考の論理性、マネジメント活動の評価能力、薬剤の評価能力、マネジメントの知識、セルフケア行動の実行力、リソースを使う能力など>を検討した後に、セルフケア能力のレベルを判定します。

セルフケアレベルに基づき、看護の方向性(次のいずれの段階か)を判断する。

<セルフケアレベル判定基準>

セルフケアレベル	
レベルⅠ	<p>全不可タイプ</p> <p>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、セルフケア行為を遂行することもできない。判断の一部や行為の一部が自力で行うことができる場合は部分代償とする。</p> <p>例) 昏睡状態などで判断実施の<u>全て</u>を他者にゆだねている場合</p>
	<p>判断不可タイプ</p> <p>判断が全くできないために内的・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し、指示がなければセルフケア行為を遂行することもできない。判断の一部を自力で行うことができる場合は部分代償とする。</p> <p>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<u>全くできない</u>が動ける状態</p>
	<p>実施不可タイプ</p> <p>行為がまったくできないために内的・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はできるが、セルフケア行為を遂行することができない。行為の一部を自力で行うことができる場合は部分代償とする。</p> <p>例) 身体障害麻痺、神経運動機能の障害、医師の処方による運動制限があり、<u>全く実施できない</u>場合</p>
レベルⅡ	<p>運動機能／知的判断／動機の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る、もしくはセルフケア行為を部分的に遂行できる。自立している部分もあるがまだ医療者が代償する部分が大きい。</p> <p>例) 病気で専門的な管理が必要になると、医療者から知識や技術を得なければ自分一人ではできず、部分的に自立している状態。 ※1参照</p>
レベルⅢ	<p>運動機能／知的判断／動機の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。</p> <p>例) 療養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働して行うことができる。 ※1参照</p>
レベルⅣ	<p>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、セルフケア行為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。</p> <p>例) 療養管理の知識と技術があり、実施もできているが、外来等で医療者によるフォローアップや知識のアップデートなど教育を受けている状態</p>

※1 【レベルⅡとⅢの違いについて】長期（複数回）に渡り支援や確認が必要な場合は「レベルⅡ」、現時点では自立していないが知識や技術を提供すれば自立するだろうと思われる場合は「レベルⅢ」と判定する。

※2 家族のサポート（依存的ケア・エージェンシー）を含めセルフケア能力を判断した場合はレベルの後に「(Fa)」を付記する。例えば、Ⅲ(Fa)など

※方針を立てるうえでの注意する患者

・主体的に症状マネジメントに参加できない患者

自分が症状マネジメントの主役であるという意識を持っていない患者は、セルフケア能力が低下していると判断し、医療者が全代償を行う。潜在的には能力があるかもしれないので刺激してみることは必要である。

・症状マネジメントよりも優先順位の高い問題のある患者

病気や死、家族、経済上の問題など、その人によって問題の優先順位は異なる。症状マネジメントの優先順位が低い場合、患者は症状マネジメントに関心を示さない。このような場合は看護師が全代償を行う。医療者の判断で症状マネジメントを行い、患者にとって優先順位の高い問題に焦点を合わせる。

症状マネジメント記録用紙NO.2

患者氏名:	月 日
【体験】	【方略】
	患者
	家族
	医師
	看護師
	その他
【現在の状態】	

症状の状態:

機能の状態(PS):

QOL の状態:

セルフケアレベルの状態:

レベル I

レベル II

レベル III

レベル IV

看護活動その6：看護師が提供する知識、技術、サポートの内容を決定し実施する

(記録用紙NO.3)

(1) 必要な知識*を提供する ※英語では「Essential knowledge」です。

患者として学ぶ知識の量は、患者の状況によって異なります。かなり専門的な知識のほうが理解しやすい人もいるのでいつも平易な説明の方が良いわけではありません。患者の反応を見ながら、必要最小限の知識の量を決定し提供します。

① 患者に必要な最小限の知識を提供する。

<例>

放射線治療でおこる下痢は、腸粘膜の再生によって必ずよくなり、放射線終了後 2~4 週間で改善する放射線治療で起こる下痢のマネジメントには、安静や食事調整に加え、症状に合った適切な薬剤の使用が重要である(薬剤の効能や使用頻度なども含む)
安静と腹部を温めることによって、腸蠕動の鎮静化や腹痛の緩和を図ることができる
食事は腸粘膜への負担を軽減するために温かく消化吸收の良い栄養価が高く残渣の少ないものを数回に分けて少量ずつ摂取する

必要な知識 (記録用紙 No.3 △ に記入)

(2) 必要な技術*を患者に習得してもらう ※英語では「Essential skill」です。

必要な技術の量は患者の状況によって異なります。看護師は患者の能力をアセスメントして必要最小限の技術の量を決め、それを教えます。患者は技術の正確さと継続性、行ったことの効果の評価方法について身につけることができるように配慮します。

① 症状をマネジメントするためにこの患者に必要な技術は何か、患者の意見を聞きながら明らかにする。

<例>

かんたん日誌の記入方法(症状の変化をみる方法)
かんたん日誌などを用いた医師や看護師への症状の伝え方
腸音含めた腹部の診察方法
症状の変化をみる方法(薬剤との関連)
医療者と話す方法、相談する方法
下痢や不快症状への対処、生活の工夫等
肛門周囲の皮膚を清潔に保てるようなスキンケア技術
スキントラブル発生時の対処方法

- ② 継続して行えるようにその技術を訓練する。行ったことの効果の評価する技術も訓練する。

<例>

何度か繰り返し行う
患者が実施しやすいように修正する

必要な技術 (記録用紙 No.3 ◇ に記入)

(3) 必要な看護サポート※を提供する ※英語では「Essential supportive nursing care」です。

看護師による専門的支援は、患者・看護師関係のもとで行われます。

この活動には、患者が行えたことを認めたり、できるように励ましたり、できないことにつきあったり、できるまで待ったり、見守ったりする活動が含まれています。サポートは、患者にセルフケア能力があってもある程度提供します。自信のない患者や不安な患者にはより頻繁にサポートの提供が必要です。

- ① 患者を理解していることやサポートする意思があることを明確に示す。

<例>

「医療者もあなたの症状をとりたいと思っている」「表現してくれてよくわかった」と伝える。
できなかった場合は、「次回はできると思いますよ」「やり方を変えてみましょうか」と伝える。
在宅の患者では定期的に電話をかけ、状況を聞き、不都合があれば一緒に修正したり、「よくできていますね」「その調子で続けて下さい」と伝えたりする。

- ② 患者ができていることを伝え、続けられるように励ます。

<例>

下痢が増強しないように食事を工夫している人には、腸粘膜への負担を軽減するためにも病態にかなっていることを話し、有効な対処方法であるのでつづけるように励ます。
患者ができるようになったときは、一緒に喜び、前進したことを確認する。
在宅の患者であれば、電話を定期的にして、様子を聞く。

- ③ できていない部分は強要せず、代償(代わって医療者が行う又はサポートする)を保証する。

(4) その他、患者さんの症状マネジメントを円滑にするための方略を決定し実施する

症状マネジメント記録用紙NO. 3

患者氏名: 月 日

看護師の行う方略…アセスメント	
Ns が行う方略	実施と患者反応
必要な知識△	
必要な技術◇	
必要な看護サポート	
【改善された結果】	

▶ 計画した必要な知識、必要な技術、必要な看護サポートを記入します。

▶ 右欄に実施したこと、それに対する患者の反応を記入します。

看護活動その7：活動による効果を測定する

(記録用紙NO.3)

一定の期間活動を続けたら、もう一度、症状の状態、機能の状態、QOLの状態、セルフケア能力を明らかにします。期間は事例の状況によっても違いますが1週間または2週間など、病棟やチームで決めて行うことができます。

- ①症状はどのように変わったか？
 - ②機能の状態はどのように変わったか？
 - ③QOLはどのように変わったか？
 - ④セルフケア能力はどのように変わったか？
- その他適切な指標があれば追加しても良い

介入後2週間程度で、モデルによる介入の効果を判断します。効果が見られない場合は、その原因を探索し問題解決に努めます。

症状マネジメント記録用紙NO. 3

患者氏名: 月 日

看護師の行う方略…アセスメント	
Ns が行う方略	実施と患者反応
【改善された結果】	

改善された結果

文章で記入しても構いません。

評価の際に、CTCAE、ブリストルスケール(Bristol stool scale)、VAS、QOLなどの指標を用いて数値で示すことができる部分はそのように表示すれば、評価を他の専門職と共有しやすいでしょう。

The Integrated Approach to Symptom Management

看護活動ガイドブック

＜放射線性下痢用＞

Ver.2

2021年11月改訂

《連絡先》

〒914-0814

福井県敦賀市木崎 78-2-1

敦賀市立看護大学 IASM 研究班 代表 内布敦子

e-mail: a-uchinuno@tsuruga-nu.ac.jp

Tel & Fax 081-770-20-5529

〒673-8588

兵庫県明石市北王子町 13-71

兵庫県立大学 看護学部 川崎優子

e-mail: yuko_kawasaki@cnas.u-hyogo.ac.jp

Tel & Fax 081-78-925-9437