
2019 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）

2020 年 3 月

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
(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）
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（国立病院機構 九州がんセンター）
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）
伊賀 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）
相原 由花（兵庫県立大学大学院看護学研究科博士後期課程）

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 年間の計画で基盤研究 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。平成 28 年度に医師のケアについて文献検討を行い、平成 29 年度に行う医師の調査枠組みを作成し、平成 30 年度に調査を実施した。同時に IASM の中で医師が担う病態の説明をどのように実践できるか検討した結果、実務の中での時間的余裕を考慮し動画を作成して活用できないか検討した。医師でなくてもがん看護の専門看護師が説明可能であり、病態を症状への戦略やケアに結び付けて説明する動画作成にとりかかった。

最終年度である平成 31 年度は次の事項を実施した。

- 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。

医師と協働するモデルでは、ケアとキュアをどのように融合して提供するかが課題になるため、医師のケア行動や認識を知ることが重要である。医師を対象にケアの調査をするという試みは初めてのことで、数を確保するためにインターネット調査で行った。前年度に得たデータの分析に時間を要したが、医師はケアリングの広範囲にわたる側面を認識し、また行為にも反映しようとしていたため、調査項目も広く設定することができた。

看護学の中核概念はケアリングであるということもあり、ケアリングの概念や看護師のケア効力感、ケアリング特性など、多くの研究が行われている。看護の場合は、ケアリングは理論化、構造化が進んでいるが、医師の場合は系統的にというより、ヒューマニズムのもとに経験的に、また個人の価値観に左右されて存在していたことが特徴的であった。医師は、身体機能、病態の分析を広い範囲で行いながら、課題となる症状に迫るということ、役割上当然のことではあるが、処方へと結びつく思考過程がケアとしても読み込まれていることが認められ、ケアでありケアである医師の働きの特徴が明らかとなった。

本報告書は基盤研究 A として申請した 4 年間の研究期間のうち、最終年度である 2019 年度に行った研究を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. 医師のケア行動・認識に関する質問項目の精錬	4
III. 看護師-医師協働ケア・キュア融合型 IASM 暫定版の作成	33
IV. 事例を用いたモデルの妥当性の検証	35
V. 症状マネジメント活動に用いる動画の作成	55
(分子標的薬による皮膚障害マネジメント、リンパ浮腫マネジメント)	
VI. 2016～2019 年度の研究成果	67
<資料：2019 年度分>	
資料 1：がん化学療法中の排便障害と日常生活への影響	69
資料 2：日本語版 Nyberg Caring Assessment Scale（日本語版 CAS）の信頼性と妥当性の 検討	80
資料 3：がん放射線治療中の排便障害の症状マネジメントの実態調査	90
資料 4：EGFR 阻害剤の皮膚症状マネジメントについて IASM 看護介入によりセルフケア能 力向上に有効であった 4 症例	91

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（Integrated Approach to Symptom Management : IASM）を看護活動モデルとしてだけではなく、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による妥当性の検証を行う。

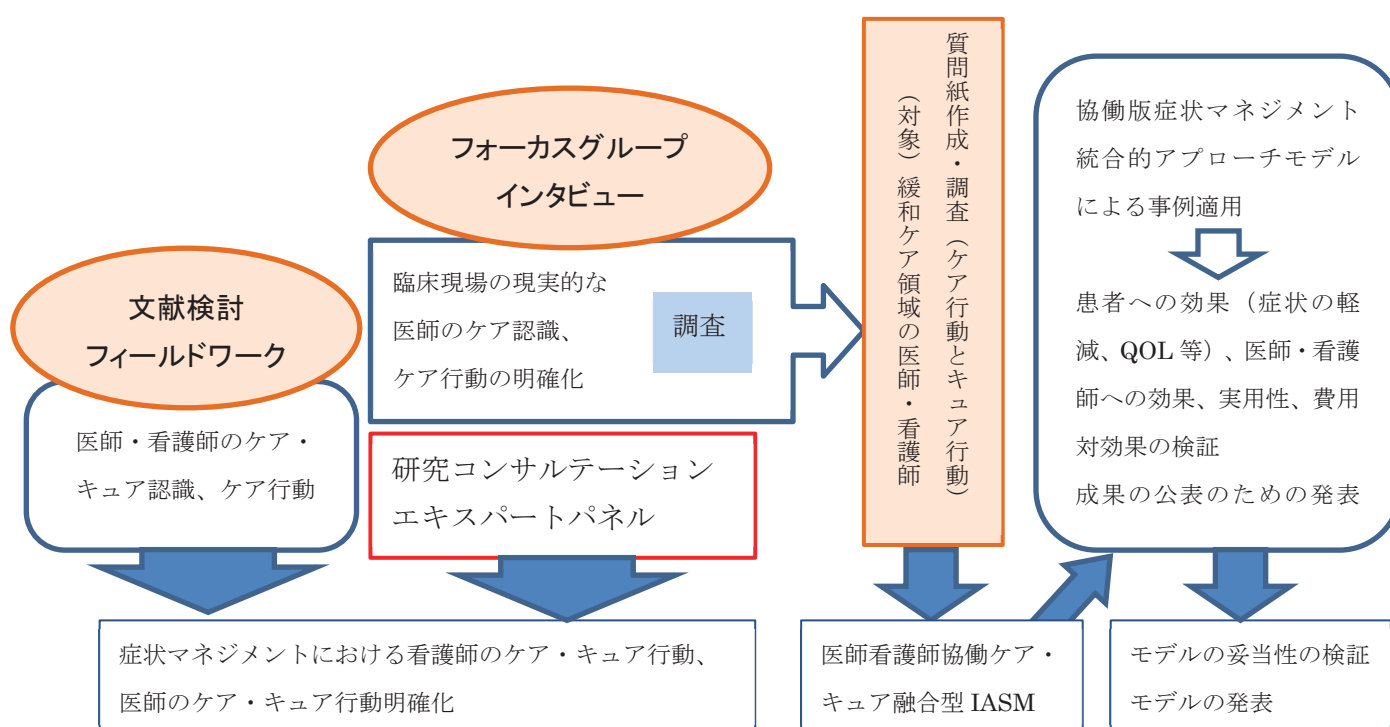


図1 研究計画の全体像

2. 平成 28～30 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症状マネジメントにおける医師のケア認識、ケア行動の明確化
 - ・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（フォーカスグループインタビュー調査）
- ③複合的な介入プログラムの作成方法、評価方法に関する研究コンサルテーション
- ④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の作成（口腔粘膜炎マネジメント用）

3. 2019 年度の活動内容

- ①症状マネジメントにおける医師のケア認識、ケア行動に関する質問項目の精錬（Web 調査）
- ②改訂日本語版 Nyberg Caring Assessment Scale（改訂日本語版 CAS）の信頼性と妥当性の検討（Web 調査）
- 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の作成（分子標的薬による皮膚障害マネジメント用、リンパ浮腫マネジメント用）
- ④医師看護師協働ケア・キュア融合型 IASM の作成
- ⑤事例を用いたモデルの妥当性の検証

4. 研究組織（2019 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（国立病院機構 九州がんセンター）

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）

伊賀 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）
相原 由花（兵庫県立大学大学院看護学研究科博士後期課程）

Ⅱ. 医師のケア行動・認識に関する質問項目の精練

中野宏恵, 相原由花, 福田正道, 脇口優希, 内布敦子

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。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。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働し、患者中心の医療に取り組むことが必要であると言われている。そして患者中心の医療を提供する上で、ケアリング・マインドを持つことは看護職だけでなく、医師を始め医療者に必要なことであるとする。「ケアリング」とは、多くの様々な定義と理論的背景を有しているがその核心となるキーワードは、自己実現・成長と気遣い・共感・人間関係などである²と言われている。しかし先行研究によると、「ケアリング」の概念は統一して規定されていないのが現状である。また分野や専門職種間によっても異なる見解があると思われる。

米国において Curing が主流を占める時代から Caring を優先するパラダイムシフトが起こり、1980年代に入ってケアリング概念が学問的な注目をあびるようになっていく³。これは看護学分野にとどまらず、近年、医学領域で行われている RCT 等のグローバルな大規模研究において、単に生物学的医学的な効果だけでなく、患者の主観的な反応をかならずアウトカムに列記する傾向にある。1990年代以降、患者自身による主観的評価 (Patient-reported Outcome) の重要性が認識され、European Medicines Agency (EMA)⁴、Food and Drug Administration (FDA)⁵より出されたガイダンスで定義されて、医薬品の臨床評価において、従来の有効性、安全性だけでなく有用性を評価する方法として、広く用いられるようになっていく。また、米国の医療評価では、医師の患者へのおもいやりや態度を患者が評価することが一般的となっている。米国では、高齢者対象の政府管掌保険であるメディケアが、病院に対する保険からの入院ケアへの支払いに Value-based Purchasing プログラムを導入し、その Value の中に患者エクスペリエンス (Patient Experience) が組み込まれている。これは 2015年に成立したメディケアアクセス・CHIP 改正法 (MACRA) の下、外来ケアにも適用されることが決まっており、さらには民間保険会社も追従する動きがある。入院、外来にかかわらず患者体験に影響を

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 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.

³ 筒井真愛美. (1993). ケア／ケアリングの概念. 看護研究. 26(1), 2-13.

⁴ European Medicines Agency. (2005). Committee for Medicinal Products for Human Use (CHMP). Reflection Paper on the Regulatory Guidance for the Use of Health-Related Quality of Life (HRQL) Measures in the Evaluation of Medicinal Products. 27.

⁵ US Department of Health and Human Services, (2009). US Food and Drug Administration: Patient-Reported Outcome Measures: Use in Medical Product Development to Support Labeling Claims.

与えるのが、医師のコミュニケーションであり、医師のケア行動やケア認識の関心は高まっていると思われる。Ong ら⁶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。患者を人として尊重し丁寧に接することやケアリングを反映させた対応を取る病院では、説明も丁寧で、患者が安心して医療を受けるため、訴訟の頻度も低い⁷とされている。結果的に医療経済的にも優秀な成績につながるということも言われており、経営管理、リスク管理の観点からの関心も高くなっている。

医療サービスのかなめとしての医師の態度、行動、認識は病院の医療の質に大きく影響する。症状緩和医療の技術はここ 20 年で飛躍的に進歩したにも関わらず、依然として難治性の疼痛や倦怠感などの症状においては、症状緩和の限界にぶつかっているのが現状である。我々は、Larson らが提唱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) ⁸を枠組みとした看護介入研究に取り組んできたが、介入事例の中で、医師が鎮痛剤の処方だけでなく、痛みに関心をもって患者に対応した事例において、患者の意思への症状表現力の向上、症状マネジメントの成功体験、セルフケア能力の向上など良い変化を確認することができた。医学的介入が必須の事例では医師をモデル内に位置づけ、患者、看護師、その他の職種と協働することにより、より効果的な症状マネジメントが実現できることは明らかである。看護師-医師が協働する場合、医師は医学的治療、看護は看護ケアといった分担型のやり方ではなく、医師も看護師もそれぞれがケアリングに基づく介入を心がけることが重要と考える。そこで、我々はより効果的な協働を実現させるために、医師のケア行動・認識を明らかにするフォーカスグループインタビューによる調査を実施した。本研究は、フォーカスグループインタビューで抽出された医師のケア行動・認識をより精練させ、質問項目として確立させることである。適切な項目が精練されれば、医師のケア行動・認識を測る質問紙に発展させられる可能性があり、臨床での実施状況の評価に活用することができると考える。加えて、医師のケア行動や認識を知ることができれば、IASM の中に医師のケア行為をどのように概念化するか、示唆を与えるものと思われる。

2. 研究目的

本研究の目的は、がん症状マネジメントに携わる医師を対象にフォーカスグループインタビューを行い、①データから医師のケア行動・態度、ケア認識のカテゴリー、サブカテゴリーを抽出し、質問項目を作成する、②医師を対象に①の医師のケア行動・態度を問う項目の適切性を明らかにすることである。また、①の医師のケア認識の項目を用いて認識を明らかにする。

⁶ Ong LM, et al. (1995). Doctor-patient communication: a review of the literature. *Social Science & Medicine*. 40(7), 903-918.

⁷ 大森正博.(2008). 医療経済論. 岩波書店.

⁸ Larson, P. J., Uchinuno, A., Izumi, I., Kawano, A., Takemoto, A., Shigeno, M., ... Shibata, S. (1999) An Integrated Approach to Symptom Management. *Nursing & Health Sciences*, 1(4), 203-210.

<目的①>

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

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. 倫理的配慮

1. 研究協力者候補者に対し、依頼書を用いて研究の目的や方法を説明し、同意書によって署名による同意が得られた者を研究協力者とする。研究協力者が特定されないよう、最終的に同意されたかどうかは施設長へ報告はしない。
2. 研究協力者に対して依頼書を用いて以下の内容について十分な説明を行う。
 - ①研究への参加は自由意思によって行われるものであり、参加を同意した場合でもいつの段階でも辞退できること。最終的に同意されたかどうかは施設長に報告しないこと。
 - ②本研究の参加の有無、中断によって不利益は一切生じないこと。
 - ③研究協力者のプライバシーを保護するため、インタビューは静かな個室で行うこと、インタビュー実施時に自己紹介を行わないこと、また調査内容は個人や施設が特定できないように実名を避け、コード化し匿名性を保証すること。
 - ④研究協力者のコード化し匿名化するに際し、番号と個人情報の対応表を作成すること。対応表はデータとは別の鍵のかかる場所に保管すること。
 - ⑤インタビューの内容で、答えにくい、あるいは答えたくない場合は、無理に答える必要がないこと。
 - ⑥研究で得られた情報は、研究目的以外で使用しないこと、また研究協力に中断の申し入れがあった場合には、その場で関連する情報をすべて処分すること。
 - ⑦得られた情報やデータは研究終了まで鍵のかかる場所に保管し、研究終了後 5 年間保存した上で責任を持って確実に削除・破棄を行うこと。具体的には、IC レコーダーの音声データは記述データにした後に直ちに削除する。保管期間終了後、USB のデータは削除した後

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

に破棄する。また紙媒体はシュレッダーで裁断の後に破棄を行う。

- ⑧研究協力者より、研究協力への中断の申し入れがあった場合、途中退室することは可能であること。しかし、辞退者の発言箇所を特定することが困難であるため、参加中断までのデータは使用すること。
 - ⑨インタビュー内容は IC レコーダーに録音させていただき、外部業者と守秘義務契約を締結した上で、逐語録作成を依頼すること。
 - ⑩研究結果は日本学術振興会科学研究費助成事業として成果報告を行い、学会発表、学術雑誌への発表が行われる可能性があること。
3. インタビューの日時と所要時間は、研究協力者の行う診療業務に支障をきたすことのないよう、研究協力者と相談して設定する。

5. 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。2～5 名ずつの 4 グループを対象にフォーカスグループインタビューを行った。対象者の概要を表 1 に示す。

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

4 グループ、合計 15 名のフォーカスグループインタビューで得られたデータからケアに関連する 357 の単位データが抽出され、質的内容分析を行った結果、30 のカテゴリーに整理された。30 のカテゴリーのうち 16 は医師のケア行動やケア態度に関するもので、残りの 14 はケアの概念的な認識を表現したものであり、大きく 2 つのグループに分けられた。抽出されたカテゴリー、サブカテゴリーを表 2、3 に示す。

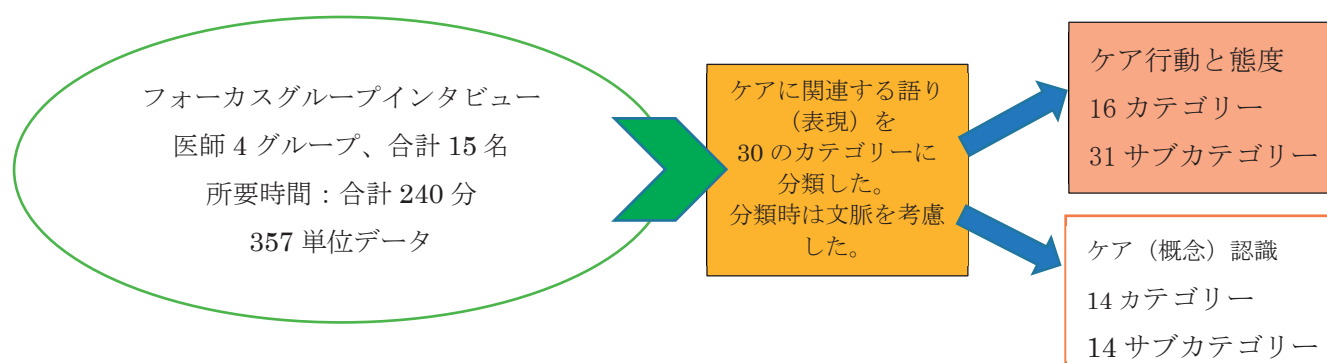


表 2 医師のケア行動や態度

カテゴリー	サブカテゴリー
医学的に正確な情報を提供する	患者の希望に合わせて選択肢を提供する
	医学的判断や情報、予測を隠さず正確に伝える
	医師としての意見や思いを伝える
患者と信頼関係をつくる	意思疎通を十分に行い、関係性を構築する
	患者に深く関わり、信頼を得る
	関係性を深めるために自己開示をすることもある
患者に共感し受け止める	患者に共感し思いを受け止める
	丁寧に患者の話を聞く
	患者を誠意を持って理解する
患者の希望と利益のバランスを考慮する	医師の方針を押し付けず、患者の希望を聞いて調整する
	短期的な目標で実現できることを保証する
患者の反応に合わせる	患者の波長や反応に合わせて進める
	患者の気付きに付き合ったり待ったりする
患者のプライバシーを大切にする	患者のプライバシーを大切にする
患者を心理的に支える	患者の覚悟を共有し、一緒に頑張ることを伝える
最善の医学的治療に責任をもつ	患者を見放さない
	患者に最善の治療を提供する
	医学的治療に責任をもち、医師の役割を果たす
治療だけでなく患者の生活にも気を配る	患者の身体だけでなく生活（QOL）も配慮する
	家族関係の調整を行う
	病気以外の困りごと（仕事、家族など）にも関心を払う
患者が安心・安寧でいられるようにする	患者の安心や納得を導く
	患者の満足を得る
	患者らしく心地よく過ごせるようにする
	治療だけでなく患者の苦痛を緩和する
患者に敬意を払う	患者に敬意を払う
患者の意思を尊重する	患者が大切にしているものを守る
	患者の意思や希望を尊重する
感情をコントロールしてケアを提供する	共感に伴って自身の情動をマネージしながら行う
患者との距離をコントロールしてケアを提供する	患者との適切な距離を見極める
患者の必要に応じてアプローチや量を調整してケアを提供する	患者の必要に応じてケアのアプローチや量を変える
予測を立てながらケアを提供する	病状を予測して必要なケアを提供する

表 3 医師のケア認識

カテゴリー	サブカテゴリー
ケアは治療の効果を上げる	ケアと一緒に提供すると治療の効果が上がる
ケアはキュアと重なっている	ケアとキュアは同義ではないが相補的である
ケアはチームで提供する	ケアはチームで提供する
ケアも治療の一環として意識して行う	ケアも治療の一環として意識して行う
ケア提供に資格はいらない	ケアは専門職でなくても提供できる
ケアには人間としての付き合いが含まれる	ケアには人間としての付き合いが含まれる
ケアは問題解決型ではない	ケアは問題解決型ではない
ケアには相互性がある	ケアをすると自身もケアされる（相互性）
個人や施設によってケア行動は異なる	個人や施設によってケア行動は異なる
ケアはエビデンスを示しにくい	ケアはエビデンスを示しにくい
患者の希望につながる	ケアによって患者は希望を見出す
患者の信頼や関係性の深まりにつながる	ケアによって患者との信頼関係が深まる
患者自身の自己への気づきを助ける	ケアによって自己への気づきが高まる

作成する質問項目の抽象度は、ケア行動や態度、認識の内容が読み取れる必要があるため、サブカテゴリーのレベルであると判断し、医師のケア行動や態度を問う項目は表 4 の 31 項目、医師のケア認識を問う項目は表 5 の 14 項目とした。

表 4 医師のケア行動を問う項目

患者の希望に合わせて選択肢を提示する
患者に医学的判断や情報を隠さず正確に伝える
患者に医師としての意見や思いを伝える
患者と意思疎通を十分に行い、関係性を構築する
患者に深く関わり、信頼を得る
患者と関係性を深めるために自己開示をすることもある
患者に共感し思いを受け止める
丁寧に患者の話を聞く
誠意を持って患者を理解する
医師の方針を押し付けず、患者の希望を聞いて調整する
患者が今できることに目を向けられるよう支える
患者の波長や反応に合わせて診療を進める
患者の気づきに付き合ったり待ったりする
患者のプライバシーを大切にする
患者の覚悟を共有し、一緒に頑張ることを伝える
患者を見放さない
患者に最善の治療を提供する
医学的治療に責任をもち、医師の役割を果たす
患者の身体だけでなく生活（QOL）にも配慮する
家族関係の調整を行う
患者の病気以外の困りごと（仕事、家族など）にも関心を払う
患者の安心や納得を導く
患者の満足を得る

患者らしく心地よく過ごせるようにする
病気の治療だけでなく患者の苦痛を緩和する
患者に敬意を払う
患者が大切にしているものを大切にする
患者の意思や希望を尊重する
医師としての自分の感情を適切にマネジメントする
患者との適切な距離を見極める
患者の病状を予測しながら診療を行う

表 5 医師のケア認識を問う項目

ケアとキューアは相補的である
ケアはチームで提供する
ケアは治療の一環である
ケアは専門職でなくても提供できる
ケアには人間としての関わりが含まれる
問題解決思考ではケアにはならない
ケアをすると自分自身も癒される
ケアは状況によって制約を受ける
ケア行動は個人の特性によって差がある
ケアはエビデンスを示しにくい
ケアによって患者は希望を見出す
ケアによって患者との信頼関係が深まる
ケアによって患者のセルフアウェアネスが高まる
ケアと一緒に提供すると治療の効果が上がる

<目的②>

3. 研究方法

1) 研究対象者

3年以上の臨床経験を有する医師 100 名を研究対象者とする。

2) 調査項目

1) 基本情報

年齢、性別、医師経験年数について問う。

2) 医師のケア行動およびケア認識項目

<目的①>で作成した医師のケア行動・態度を問う 31 項目（表 4）については、「適切である」「ほぼ適切である」「まあまあ適切である」「あまり適切ではない」「適切ではない」の 5 件法で尋ねた（資料 1）。また、医師のケア認識を問う 14 項目（表 5）については、「大いに同意できる」「ほぼ同意できる」「まあまあ同意できる」「あまり同意できない」「まったく同意できない」の 5 件法で尋ねた（資料 2）。

3) 研究期間

2019 年 12 月から 2020 年 1 月 31 日。

4) データ収集方法

- (1) 委託する Web 調査会社（楽天インサイト¹⁰）に登録している医師に対し、3 年以上の臨床経験を有する医師を研究対象候補者として抽出する。研究対象候補者は、Web 調査会社（楽天インサイト）を通じて調査の目的、提示された質問項目の設問数および研究説明を読み、回答の送信をもって研究同意とすることを確認する。この手続きを経て、自由意思によって研究に参加した 100 名程度を研究対象者とする。
- (2) 委託する Web 調査会社（楽天インサイト）とは、あらかじめ個人情報保護の取り扱いに関する申し合わせを行い（資料 4）、個人を特定できる情報はすべて削除された状態で研究者らにデータを譲渡してもらう。

5) データ分析

医師のケア行動・態度を表す質問の適切性を問う項目 31 項目、および認識を問う項目 14 項目について、5 件法で得られたデータは、単純集計および因子分析等の統計的解析を行う。データ解析には SPSS ver.25 を用いる。

4. 倫理的配慮

本研究において、以下の倫理的配慮を行う。なお、本研究は兵庫県立大学看護学部・地域ケア開発研究所研究倫理委員会の承認を得たうえで実施する。

- 1) 委託する Web 調査会社に登録している医師に対し、3 年以上の臨床経験を有する医師を研究対象候補者として抽出する。研究対象候補者は、Web 調査会社を通じて調査の目的、提示された質問項目の設問数および研究説明（資料 3）を読み、回答の送信をもって研究同意とすることを確認する。この手続きを経て、自由意思によって研究に参加した 100 名程度を研究対象者とする。
- 2) 委託する Web 調査会社から譲渡されるデータは個人が特定されないもので、利益が直接及ぶことはない。医師ケア認識および行動を問う質問項目が精練されることで、将来的に質の担保された医療ケアを同定し、質評価ツールとして改善に寄与する可能性がある。
- 3) 研究対象者は、調査票への回答による時間的拘束、集中力を必要とすることから、倦怠感や疲労感などの身体的、精神的負担が生じる可能性があるが、委託する Web 調査会社を通じた調査であり個人が特定されないもので、研究対象者への特定の措置や対応は計画していない。研究対象者が負担を感じた際は、回答を中断し、ログアウトすることが可能である。
- 4) 研究対象者は、設問の内容を吟味して研究協力を拒否することができ、調査項目への回答は自由意思によって行われるものである。回答することを辞退しても不利益は生じない。
- 5) 研究対象者が回答を送信した後の同意撤回について、委託する Web 調査会社から譲渡されるデータは個人が特定されないもので不可能である。予め、回答の取り下げの申し入れには対応できないことを説明する。また、研究対象者からの問い合わせは、一旦 Web 調査会社が受け、必要に応じて研究班と協議の上、研究対象者に回答する（資料 4）。

¹⁰ 楽天インサイトは、インターネットを最大限に活用し、登録された調査モニターを対象として、マーケティングを始めとする様々な調査結果をクライアントに伝えることを業としている。法令および規範を遵守し、会社独自の顧客情報保護方針によって、顧客情報を保護している。

- 6)研究者は、データを本研究の目的以外に使用せず、また研究者以外がデータを閲覧しない。
- 7)データ分析時のコンピュータ環境は、インターネット等の外部ネットワークに接続した状態としない。
- 8)得られたデータは、研究終了まで鍵のかかる場所に保管し、研究終了後 5 年間保存した上で責任を持って確実に削除・破棄を行う。電子媒体は、データ消去専用ソフトを用いて消去し処分する。紙媒体はシュレッダーで裁断の後に破棄を行う。
- 9)委託する Web 調査会社の選定は、本研究の研究対象者となりうる登録者を有することに加え、プライバシーマークを取得している、国際基準である情報マネジメントシステム (ISMS, ISO/IEC27001) を取得している等の個人情報保護や情報セキュリティの管理体制がとられていることを確認し、個人情報保護に関する申し合わせ（資料 4）を行うこととする。その上で、個人を特定できるデータは受け取らない。
- 10)研究の成果は日本学術振興会科学研究費助成事業として成果報告を行い、専門分野の学術集会上に発表すること、専門分野の学術雑誌に投稿することを予定している。
- 11)本研究は、平成 28～31 年度科学研究費助成事業（基盤研究 A）「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 JP16H02695、研究代表者：内布敦子）」の助成を受けて実施する。本研究の実施において、開示すべき利益相反事項はない。

医師のケア行動や態度を問う項目の適切性に関する調査

研究班では、医師のケア行動や態度を測定する質問紙を開発中です。1～31 は、質問紙の項目として適切でしょうか？あなたの考えをお聞かせください。

※あなた自身のケア行動や態度を聞くものではありません。

※ケア、ケア行動の定義は規定しません。

		質問紙の項目として、				
		非常に適切である	ほぼ適切である	まあまあ適切である	あまり適切ではない	適切ではない
1	患者の希望に合わせて選択肢を提示する					
2	患者に医学的判断や情報を隠さず正確に伝える					
3	患者に医師としての意見や思いを伝える					
4	患者と意思疎通を十分に行い、関係性を構築する					
5	患者に深く関わり、信頼を得る					
6	患者と関係性を深めるために自己開示をすることもある					
7	患者に共感し思いを受け止める					
8	丁寧に患者の話を聞く					
9	誠意を持って患者を理解する					
10	医師の方針を押し付けず、患者の希望を聞いて調整する					
11	患者が今できることに目を向けられるよう支える					
12	患者の波長や反応に合わせて診療を進める					
13	患者の気付きに付き合ったり待ったりする					
14	患者のプライバシーを大切にする					
15	患者の覚悟を共有し、一緒に頑張ることを伝える					
16	患者を見放さない					
17	患者に最善の治療を提供する					

資料 1 調査票（医師ケア行動項目）

		質問紙の項目として、				
		非常に適切である	ほぼ適切である	まあまあ適切である	あまり適切ではない	適切ではない
18	医学的治療に責任をもち、医師の役割を果たす					
19	患者の身体だけでなく生活(QOL)にも配慮する					
20	家族関係の調整を行う					
21	患者の病気以外の困りごと(仕事、家族など)にも関心を払う					
22	患者の安心や納得を導く					
23	患者の満足を得る					
24	患者らしく心地よく過ごせるようにする					
25	病気の治療だけでなく患者の苦痛を緩和する					
26	患者に敬意を払う					
27	患者が大切にしているものを大切にする					
28	患者の意思や希望を尊重する					
29	医師としての自分の感情を適切にマネジメントする					
30	患者との適切な距離を見極める					
31	患者の病状を予測しながら診療を行う					
ご意見がありましたらお書きください。						

医師の捉えるケアに関する調査票

研究班では、医師がケアをどのようにとらえているか調査しています。

1～14 に示した項目についてあなたは同意できますか？

* ケアの定義は規定しません。あなたの解釈でお考えいただいて結構です。

		大いに同意できる	ほぼ同意できる	まあまあ同意できる	あまり同意できない	まったく同意できない
1	ケアとキュアは相補的である					
2	ケアはチームで提供する					
3	ケアは治療の一環である					
4	ケアは医療・福祉専門職でなくても提供できる					
5	ケアには人間としての関わりが含まれる					
6	問題解決思考ではケアにはならない					
7	ケアをすると自分自身も癒される					
8	時と場によってケアの提供は規制される					
9	ケア行動は医師個人の特性によって差がある					
10	ケアはエビデンスを示しにくい					
11	ケアによって患者は希望を見出す					
12	ケアによって患者との信頼関係が深まる					
13	ケアによって患者のセルフアウェアネス※が高まる					
14	ケアと一緒に提供すると治療の効果が上がる					

※セルフアウェアネス (self-awareness) : 自己への気付き

研究協力へのお願い

研究テーマ:医師のケア行動・認識に関する質問項目の精練

研究目的:がん患者の症状マネジメントに携わる医師を対象としたフォーカスグループインタビューで得られたデータについて質的内容分析を行い、抽出されたカテゴリーをもとに作成した質問項目が、医師のケア行動および認識を問う項目として適切かどうかを明らかにすること。

研究の意義:医師ケア認識および行動を問う質問項目が精練されることで、将来的に質の担保された医療ケアを同定し、質評価ツールとして改善に寄与する可能性があります。

研究対象者:経験年数 3 年以上の医師 100 名程度

質問項目数:医師のケア行動に関する調査 31 項目

医師の捉えるケアに関する調査 14 項目

属性(年齢、性別、経験年数)3 項目

回答の所要時間:約 15 分

研究期間:研究倫理委員会の承認後～2021 年 3 月 31 日

倫理的配慮事項:

- ・ 調査の目的、提示された質問項目の設問数および研究説明を読んでいただき、回答の送信をもって研究同意とします。
- ・ 回答データは個人が特定されない形で他の回答とともに一括集計、個人情報保護法及びそのガイドラインに準拠し、回答者個人を特定できない範囲で、研究者へ譲渡されます。
- ・ 回答に負担を感じたときは、回答を中断し、ログアウトすることができます。回答することを辞退しても不利益が生じることはありません。
- ・ 回答送信後の撤回は、個人を特定できないためご対応できません。
- ・ 回答集計データは本研究の目的以外に使用することはありません。また研究者以外がデータを閲覧することはありません。
- ・ 回答集計データは、研究終了まで鍵のかかる場所に保管し、研究終了後 5 年間保存した上で責任を持って確実に削除・破棄を行います。電子媒体は、データ消去専用ソフトを用いて消去し処分します。紙媒体はシュレッダーで裁断の後に破棄を行います。
- ・ 研究の成果は日本学術振興会科学研究費助成事業として成果報告を行い、専門分野の学術集会に発表すること、専門分野の学術雑誌に投稿することを予定しています。
- ・ 本研究は、平成 28～31 年度科学研究費助成事業(基盤研究 A)「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 JP16H02695、研究代表者:内布敦子)」の助成を受けて実施します。本研究の実施において、開示すべき利益相反事項はありません。

研究組織：

研究責任者：内布敦子（兵庫県立大学看護学部）

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）

相原由花（兵庫県立大学大学院看護学研究科博士後期課程）

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）

問合わせ先：委託する Web 調査会社の担当セクション

※研究対象者の個人情報の漏洩を防ぐため、Web 調査会社を通じて問合せに対応します。

※本研究は、研究倫理委員会の承認を得て実施しています。

Web 調査会社様

個人情報保護の観点から、本研究班（代表：内布敦子）と Web 調査会社（予定）との間で下記の申し合わせをすることとします。

個人情報に関する申し合わせ

1. 個人情報は調査班に一切知らされることはない

データ収集を依頼（予定）の Web 調査会社においては、Web 調査会社にすでに登録されている会員から条件に合う対象者を選択して調査を依頼する。Web 調査会社が取得している個人情報は別紙（当該会社の個人情報保護方針）のように、依頼した調査班に一切知らせないこととしている。

2. 対象者からの問い合わせは Web 調査会社が対応し、研究班と直接対象者が連絡を取ることをしないようにする。

個人情報保護の観点から、対象者は調査班と連絡を取ることができない。そのため、一切の問い合わせは一旦 Web 調査会社が受け、必要に応じて研究班と協議の上、対象者に回答するものとする。

兵庫県立大学
研究班代表 内布敦子

（参考資料）Rakuten Insight（依頼予定） 個人情報保護方針

<https://member.insight.rakuten.co.jp/explanation/privacy>

※実際の Web 調査画面

お仕事に関するアンケート

モニターの皆様へのお願い

本アンケートには、一般に公開していない情報が含まれる場合があります。

アンケート内で知り得た情報について、決して第三者に口外しないよう、お願いします。

「第三者への口外」に含まれる例

- 口頭、電話、メール等で友人・知人に話す
- SNSやブログ、掲示板等へ書き込む
- その他、手段を問わず、情報を第三者に伝達する行為

注意事項

- 複数のアンケート画面を同時に開くと、正常に回答できません。
アンケートはひとつずつ、回答ください。
- アンケートへの回答は、「動作環境」に記載の環境からお願いします。
- 本アンケートは、回答を中断してから1時間以内は中断した質問から再開可能です。
(システム緊急対応等により再開できない場合もありますので、予めご了承ください。)
- 回答結果は、当社の「個人情報保護方針」に基づいて取り扱います。

上記の内容をご確認いただき、同意してご協力いただける場合のみ、「同意し、アンケート開始」を押してアンケートを開始してください。

同意し、アンケート開始

研究協力へのお願い

研究テーマ：医師のケア行動・認識に関する質問項目の精練

研究目的：医師へのフォーカスグループインタビューで得られたデータをもとに作成した項目が、医師のケア行動および認識を問う項目として適切かどうかを明らかにする。

研究対象者：臨床経験年数3年以上の医師100名

質問項目数：医師のケア行動に関する調査31項目
医師の捉えるケアに関する調査14項目
属性（臨床経験年数）

回答の所要時間：約15分

倫理的配慮事項：

- ・調査の目的、提示された質問項目の設定数および研究説明を読んでいただき、回答の送信をもって研究同意とします。
- ・回答データは個人が特定されない形で他の回答とともに一括集計、個人情報保護法及びそのガイドラインに準拠し、回答者個人を特定できない範囲で、研究者へ譲渡されます。
- ・回答に負担を感じたときは、回答を中断し、ログアウトすることができます。回答することを辞退しても不利益が生じることはありません。
- ・回答送信後の撤回は、個人を特定できないためご対応できません。
- ・回答集計データは本研究の目的以外に使用することはありません。研究の成果は日本学術振興会科学研究費助成事業として成果報告を行い、専門分野の学術集刊に発表すること、専門分野の学術雑誌に投稿することを予定しています。
- ・本研究は、平成28～31年度科学研究費助成事業（基盤研究A）「看護師と医師が協働するケア-キア融合型症状マネジメントモデルの開発（課題番号JP16H02695、研究代表者：内布敦子）」の助成を受けて実施します。本研究の実施において、開示すべき利益相反事項はありません。

研究組織：内布敦子（兵庫県立大学看護学部）
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）
相原由花（兵庫県立大学大学院看護学研究科博士後期課程）
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）

お問合せ：個人情報の漏洩を防ぐため、楽天インサイトを通じて問合せに対応します。

※本研究は、研究倫理委員会の承認を得て実施しています。

**SC1
必須**

あなたのご職業を教えてください。

- ☐ 1. 医師
- ☐ 2. 看護師
- ☐ 3. 食品関連会社
- ☐ 4. アパレル/服飾品関連会社
- ☐ 5. デパート/スーパー/ドラッグストア/ディスカウントストア等の流通関係
- ☐ 6. 化粧品関連の製造/卸/小売業/通販/訪問販売
- ☐ 7. 美容院/エステティックサロン
- ☐ 8. テレビ局/ラジオ局/新聞社/雑誌社/出版社
- ☐ 9. 広告代理店/PR会社/市場調査会社
- ☐ 10. 上記にはない

次へ

SC2 必須 あなたの臨床経験年数を教えてください。
(半角数字でご記入ください)

年

次へ

Q1 必須 研究班では、医師のケア行動や態度を測定する質問紙を開発中です。
1～31は、質問紙の項目として適切でしょうか？
あなたの考えをお聞かせください。
(あなた自身のケア行動や態度を聞くものではありません。)

※ケア、ケア行動の定義は規定しません。あなたの解釈でお考えいただいて結構です。
※この設問は、それぞれ横方向(→)にお答えください。

		質問紙の項目として、				
		非常に適切である	ほぼ適切である	まあまあ適切である	あまり適切ではない	適切ではない
1.	患者の希望に合わせて選択肢を提示する	☐	☐	☐	☐	☐
2.	患者に医学的判断や情報を隠さず正確に伝える	☐	☐	☐	☐	☐
3.	患者に医師としての意見や思いを伝える	☐	☐	☐	☐	☐
4.	患者と意思疎通を十分に行い、関係性を構築する	☐	☐	☐	☐	☐
5.	患者に深く関わり、信頼を得る	☐	☐	☐	☐	☐
6.	患者と関係性を深めるために自己開示をすることもある	☐	☐	☐	☐	☐
7.	患者に共感し思いを受け止める	☐	☐	☐	☐	☐
8.	丁寧に患者の話を聞く	☐	☐	☐	☐	☐



		質問紙の項目として、				
		非常に適切である	ほぼ適切である	まあまあ適切である	あまり適切ではない	適切ではない
9. 誠意を持って患者を理解する	➡	☐	☐	☐	☐	☐
10. 医師の方針を押し付けず、患者の希望を聞いて調整する	➡	☐	☐	☐	☐	☐
11. 患者が今できることに目を向けられるよう支える	➡	☐	☐	☐	☐	☐
12. 患者の波長や反応に合わせて診療を進める	➡	☐	☐	☐	☐	☐
13. 患者の気づきに付き合ったり待ったりする	➡	☐	☐	☐	☐	☐
14. 患者のプライバシーを大切にする	➡	☐	☐	☐	☐	☐
15. 患者の覚悟を共有し、一緒に頑張ることを伝える	➡	☐	☐	☐	☐	☐
16. 患者を見放さない	➡	☐	☐	☐	☐	☐



		質問紙の項目として、				
		非常に適切である	ほぼ適切である	まあまあ適切である	あまり適切ではない	適切ではない
17. 患者に最善の治療を提供する	➡	☐	☐	☐	☐	☐
18. 医学的治療に責任をもち、医師の役割を果たす	➡	☐	☐	☐	☐	☐
19. 患者の身体だけでなく生活（QOL）にも配慮する	➡	☐	☐	☐	☐	☐
20. 家族関係の調整を行う	➡	☐	☐	☐	☐	☐
21. 患者の病気以外の困りごと（仕事、家族など）にも関心を払う	➡	☐	☐	☐	☐	☐
22. 患者の安心や納得を導く	➡	☐	☐	☐	☐	☐
23. 患者の満足を得る	➡	☐	☐	☐	☐	☐
24. 患者らしく心地よく過ごせるようにする	➡	☐	☐	☐	☐	☐

➡

		質問紙の項目として、				
		非常に適切である	ほぼ適切である	まあまあ適切である	あまり適切ではない	適切ではない
25.	病気の治療だけでなく患者の苦痛を緩和する ➡	☐	☐	☐	☐	☐
26.	患者に敬意を払う ➡	☐	☐	☐	☐	☐
27.	患者が大切にしているものを大切にする ➡	☐	☐	☐	☐	☐
28.	患者の意思や希望を尊重する ➡	☐	☐	☐	☐	☐
29.	医師としての自分の感情を適切にマネジメントする ➡	☐	☐	☐	☐	☐
30.	患者との適切な距離を見極める ➡	☐	☐	☐	☐	☐
31.	患者の病状を予測しながら診療を行う ➡	☐	☐	☐	☐	☐

次へ

Q2 必須 研究班では、医師がケアをどのようにとらえているか調査しています。
1～14に示した項目についてあなたは同意できますか？

※ケアの定義は規定しません。あなたの解釈でお考えいただいて結構です。
※この設問は、それぞれ横方向（→）にお答えください。

➡

		大いに同意できる	ほぼ同意できる	まあまあ同意できる	あまり同意できない	まったく同意できない
		1.	ケアとキューアは相補的である ➡	☐	☐	☐
2.	ケアはチームで提供する ➡	☐	☐	☐	☐	☐
3.	ケアは治療の一環である ➡	☐	☐	☐	☐	☐
4.	ケアは医療・福祉専門職でなくても提供できる ➡	☐	☐	☐	☐	☐
5.	ケアには人間としての関わりが含まれる ➡	☐	☐	☐	☐	☐
6.	問題解決思考ではケアにはならない ➡	☐	☐	☐	☐	☐
7.	ケアをすると自分自身も癒される ➡	☐	☐	☐	☐	☐



		大いに同意できる	ほぼ同意できる	まあまあ同意できる	あまり同意できない	まったく同意できない
8. 時と場によってケアの提供は規制される	➡	☐	☐	☐	☐	☐
9. ケア行動は医師個人の特性によって差がある	➡	☐	☐	☐	☐	☐
10. ケアはエビデンスを示しにくい	➡	☐	☐	☐	☐	☐
11. ケアによって患者は希望を見出す	➡	☐	☐	☐	☐	☐
12. ケアによって患者との信頼関係が深まる	➡	☐	☐	☐	☐	☐
13. ケアによって患者のセルフアウェアネス※が高まる	➡	☐	☐	☐	☐	☐
14. ケアを一緒に提供すると治療の効果が上がる	➡	☐	☐	☐	☐	☐

※セルフアウェアネス（self-awareness）：自己への気付き

次へ

Q3 その他意見等があればお書きください。

次へ

アンケートにご回答いただき、ありがとうございました。

【お仕事に関するアンケート】の獲得ポイント

〇〇ポイント

閉じる

5. 結果

1) 対象者の概要

Web 調査票は、楽天インサイトに登録されている医師 1,788 名（男性 1,524 名、女性 264 名）に送信され、先着 100 名（男性 88 名、女性 12 名）から回答を得た。平均年齢は 51.80 歳（29 歳～69 歳）、平均臨床経験年数は 24.78 年（3 年～44 年、SD=9.433）であった。

2) 単純集計の結果

得られた回答の単純集計の結果を下記に示す。

医師のケア行動や態度を測定する質問の適切性について調査した結果、「非常に適切である」「ほぼ適切である」「まあまあ適切である」の合計で最も高かったのは、「3.患者に医師としての意見や思いを伝える」で 100%であった。続いて、「18.医学的治療に責任を持ち、医師の役割を果たす」99%、「19.患者の身体だけでなく生活（QOL）にも配慮する」99%、「29.医師としての自分の感情を適切にマネジメントする」99%と多くの項目で、90%以上の対象者が適切な質問項目と答えた。一方、適切であると回答した対象者が少なかった項目は、「6.患者と関係性を深めるために自己開示をすることもある」71%であり、80%を割っているものはこの 1 項目のみであった。（図 2）

医師がケアをどのように捉えているか調査した結果、「大いに同意できる」「ほぼ同意できる」「まあまあ同意できる」の合計で最も高かったのは、「11.ケアによって患者は希望を見出す」99%、「2.ケアはチームで提供する」98%、「3.ケアは治療の一環である」98%、「5.ケアには人間としての関わりが含まれる」98%であり、14 項目中 11 項目で 90%の同意が得られていた。一方、「6.問題解決思考ではケアにならない」66%と「7.ケアをすると自分自身も癒される」68%の 2 項目においては、低い同意率となった。（図 3）

質問 1. 研究班では、医師のケア行動や態度を測定する質問紙を開発中です。1～31 は、質問紙の項目として適切でしょうか？（あなた自身のケア行動や態度を聞くものではありません。）

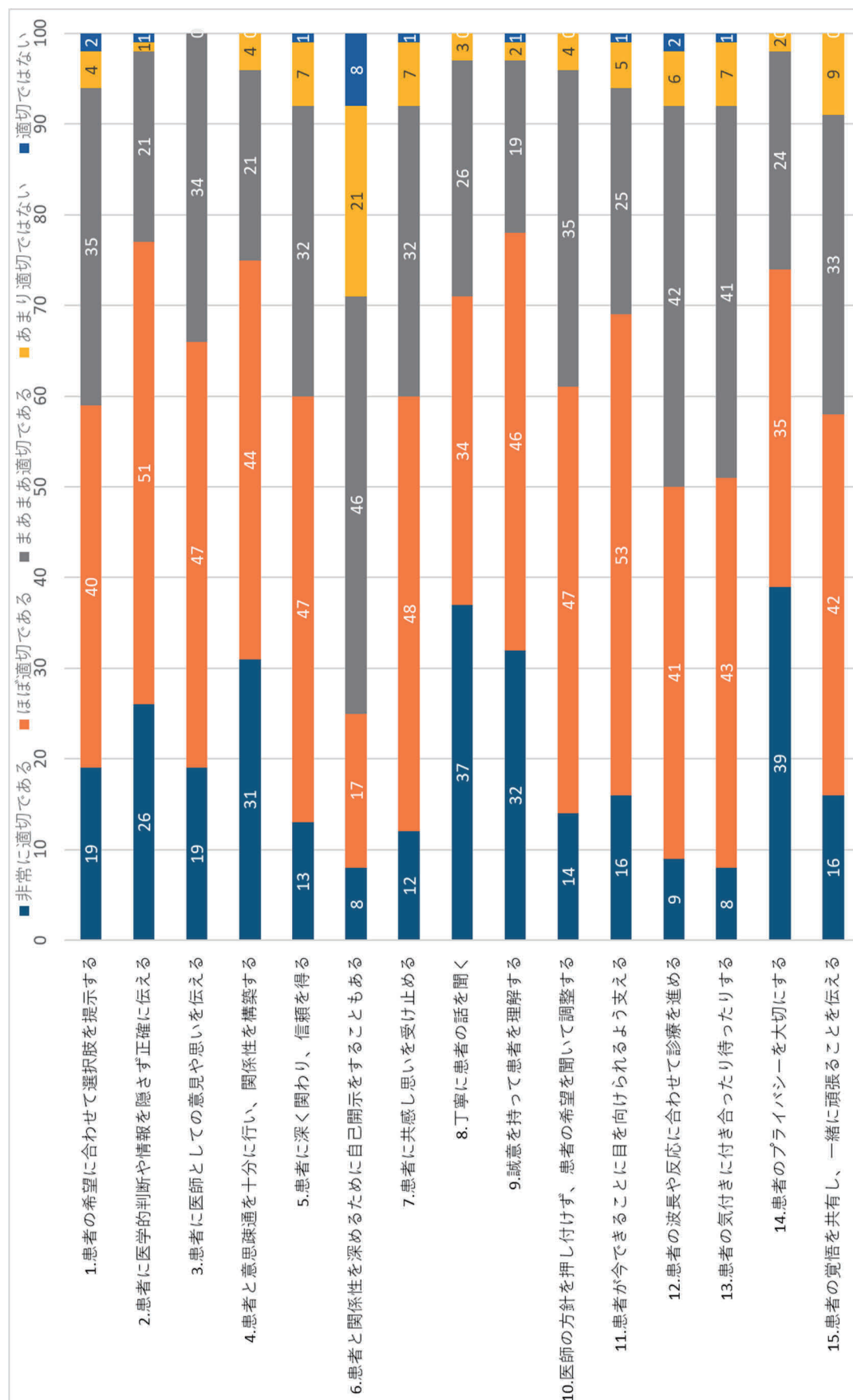


図 2 医師のケア行動や態度を問う質問項目の適切性 (n=100)

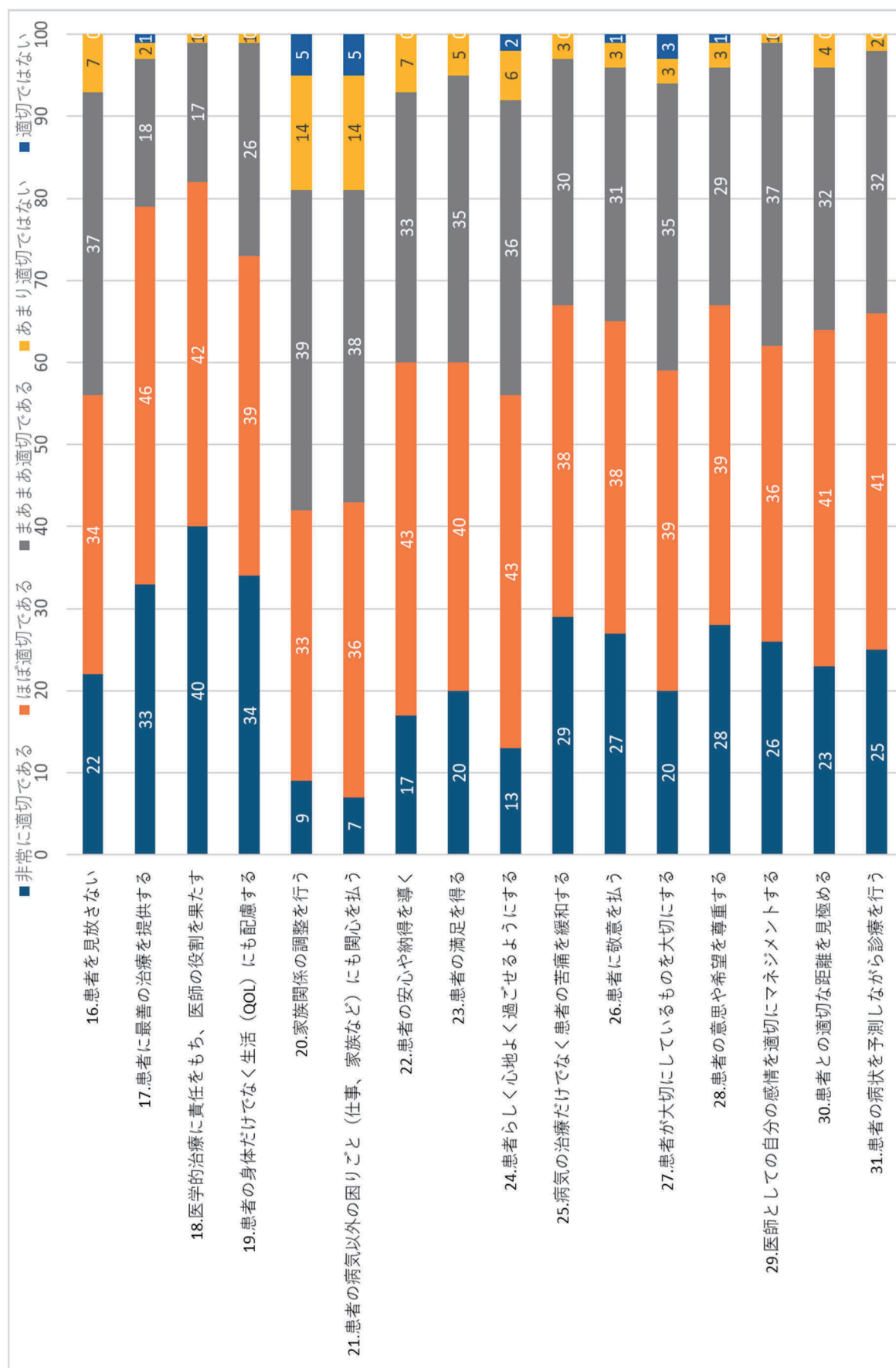


図 2 (つづき) 医師のケア行動や態度を問う質問項目の適切性 (n=100)

質問2. 研究班では、医師がケアをどのようにとらえているか調査しています。1～14に示した項目についてあなたは同意できますか？

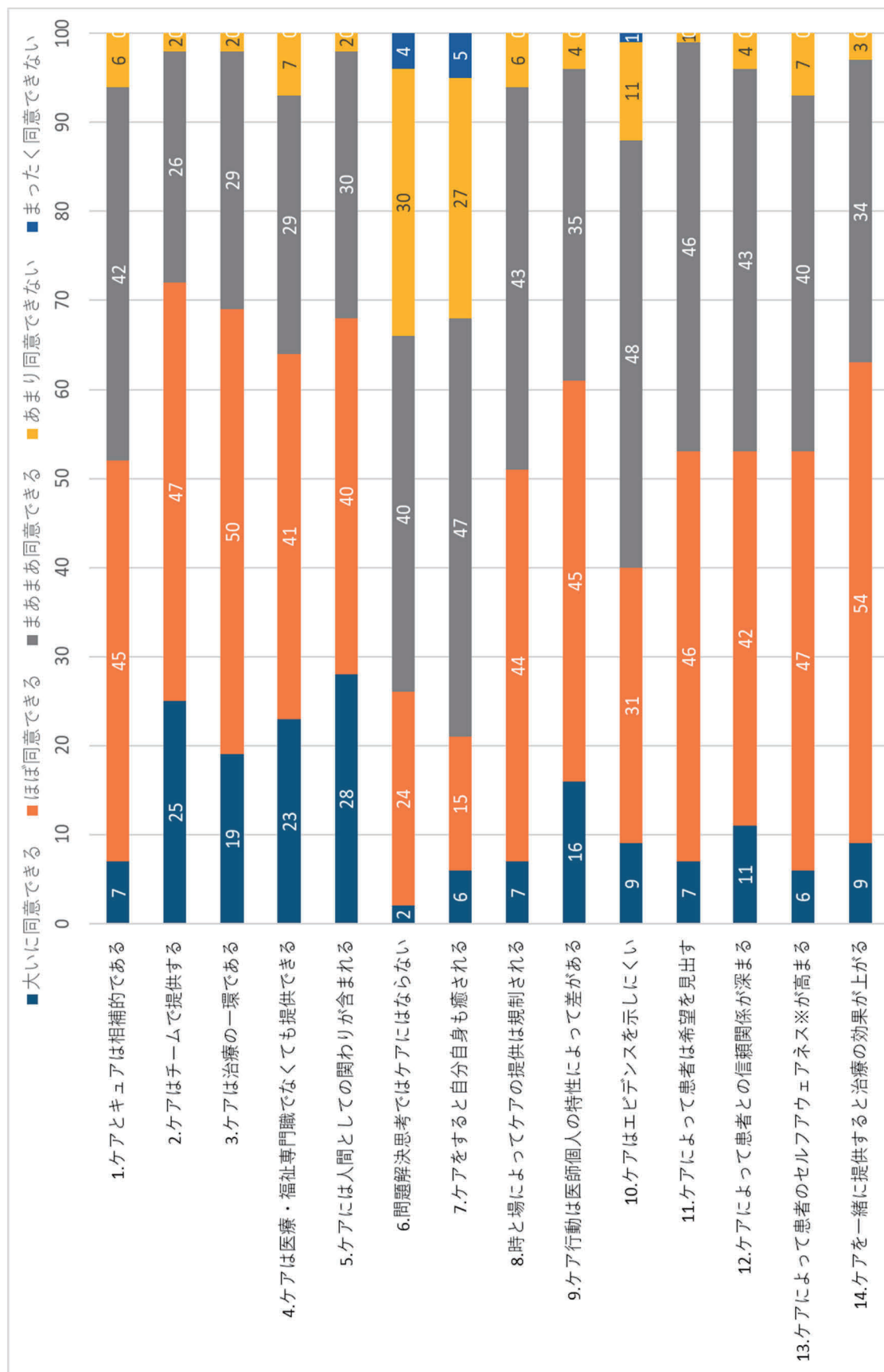


図3 医師のケアの捉え方 (n=100)

3) 因子分析の結果

得られた回答について、因子分析を行った結果を表 6 に示す。

31 項目が医師のケア行動や態度を問う項目の適切性について因子分析を行った結果、固有値 1 以上、主因子法で行い、バリマックス回転を行ったところ、5 つの因子が抽出された。第 1 因子は、「19.患者の身体だけでなく生活（QOL）にも配慮する」「14.患者のプライバシーを大切にする」「18.医学的治療に責任を持ち、医師の役割を果たす」等、医師の模範的行動や態度を表現したものが抽出された。第 1 因子を＜医師としてのグッドプラクティス＞と名付けた。第 2 因子は、「12.患者の波長や反応に合わせて診療を進める」「13.患者の気付きに付き合ったり待ったりする」等、患者に関心を示したり配慮する項目が抽出された。第 2 因子を＜患者への関心と配慮＞と名付けた。第 3 因子は、「2.患者に医学的判断や情報を隠さず正確に伝える」「1.患者の希望に合わせて選択肢を提示する」等、最適な治療方針を導くための行動が多く抽出された。第 3 因子を＜患者 - 医師間の治療方針の最適化＞と名付けた。第 4 因子は「5.患者に深く関わり、信頼を得る」、第 5 因子は「20.家族関係の調整を行う」で構成されていた。

表 6 医師のケア行動や態度を問う質問項目の適切性についての因子分析 (n=100)

	因子				
	1	2	3	4	5
19.患者の身体だけでなく生活(QOL)にも配慮する	0.813	0.154	0.211	0.180	0.085
14.患者のプライバシーを大切にす	0.760	0.056	0.250	0.017	0.115
18.医学的治療に責任をもち、医師の役割を果たす	0.728	0.143	0.317	-0.072	0.134
25.病気の治療だけでなく患者の苦痛を緩和する	0.687	0.163	0.055	0.117	0.178
9.誠意を持って患者を理解する	0.686	0.285	0.334	0.155	0.009
31.患者の病状を予測しながら診療を行う	0.652	0.315	0.128	0.122	0.025
22.患者の安心や納得を導く	0.652	0.511	0.100	0.180	0.055
29.医師としての自分の感情を適切にマネジメントする	0.644	0.294	0.058	0.098	0.200
30.患者との適切な距離を見極める	0.632	0.119	0.184	0.081	-0.019
26.患者に敬意を払う	0.627	0.352	0.284	-0.024	0.173
16.患者を見放さない	0.612	0.435	0.125	0.316	0.056
8.丁寧に患者の話を聞く	0.611	0.189	0.299	0.316	-0.179
17.患者に最善の治療を提供する	0.572	0.121	0.385	0.028	0.286
4.患者と意思疎通を十分に行い、関係性を構築する	0.567	0.251	0.359	0.377	0.086
23.患者の満足を得る	0.513	0.463	0.253	0.150	-0.057
7.患者に共感し思いを受け止める	0.489	0.485	0.314	0.192	-0.009
11.患者が今でできることに目を向けられるよう支える	0.479	0.394	0.176	0.363	-0.091
12.患者の波長や反応に合わせ診療を進める	0.161	0.737	0.212	0.017	0.040
13.患者の気付きに付き合ったり待ったりする	0.233	0.737	0.277	0.039	0.112
6.患者と関係性を深めるために自己開示をする	-0.081	0.708	0.200	0.262	0.144
24.患者らしく心地よく過ごせるようにする	0.480	0.665	0.016	0.258	0.071
27.患者が大切にしているものを大切にす	0.477	0.612	-0.006	0.138	0.174
15.患者の覚悟を共有し、一緒に頑張ることを伝える	0.479	0.568	0.269	0.202	0.093
21.患者の病氣以外の困りごと(仕事、家族など)にも関心を払う	0.252	0.552	0.103	0.063	0.537
28.患者の意思や希望を尊重する	0.438	0.439	0.337	-0.111	0.035
2.患者に医学的判断や情報を隠さず正確に伝える	0.400	-0.004	0.652	0.219	0.126
1.患者の希望に合わせて選択肢を提示する	0.096	0.235	0.547	0.001	-0.073
10.医師の方針を押し付けず、患者の希望を聞いて調整する	0.252	0.394	0.504	0.010	0.024
3.患者に医師としての意見や思いを伝える	0.270	0.135	0.488	0.228	0.093
5.患者に深く関わり、信頼を得る	0.219	0.411	0.224	0.649	0.233
20.家族関係の調整を行う	0.250	0.536	0.002	0.254	0.555

固有値1以上、因子抽出法：主因子法 回転法：Kaiser の正規化を伴うバリマックス法

a. 13 回の反復で回転が収束しました。

Ⅲ. 看護師-医師協働ケア・キュア融合型 IASM 暫定版の作成

看護師-医師協働ケア・キュア融合型 IASM を作成するために、医師のケア行動や態度に関する 31 のケア行動カテゴリーをまとめて分類し、抽象化した表現にまとめた（表 7）。これらの医師の行為を IASM の中に位置付け、図 4 として表した。

表 7 医師のケア行動カテゴリーの抽象化

	医師のケア行動カテゴリー	行為の抽象化
7	患者に共感し思いを受け止める	話をよく聞く 共感し受け止める 理解する
8	丁寧に患者の話を聞く	
9	誠意を持って患者を理解する	
26	患者に敬意を払う	
17	患者に最善の治療を提供する	最適な医学的治療を提供する 苦痛を緩和する 病状を予測する
18	医学的治療に責任をもち、医師の役割を果たす	
25	病気の治療だけでなく患者の苦痛を緩和する	
31	患者の病状を予測しながら診療を行う	
1	患者の希望に合わせて選択肢を提示する	的確な選択肢と説明を提示する
2	患者に医学的判断や情報を隠さず正確に伝える	
10	医師の方針を押し付けず、患者の希望を聞いて調整する	
19	患者の身体だけでなく生活（QOL）にも配慮する	QOL・家族・価値観に配慮する
20	家族関係の調整を行う	
21	患者の病気以外の困りごと（仕事、家族など）にも関心を払う	
27	患者が大切にしているものを大切にする	
28	患者の意思や希望を尊重する	
12	患者の波長や反応に合わせて診療を進める	患者のペースに合わせる
13	患者の気付きに付き合ったり待ったりする	
14	患者のプライバシーを大切にする	患者と適切な距離を置く
29	医師としての自分の感情を適切にマネジメントする	
30	患者との適切な距離を見極める	
3	患者に医師としての意見や思いを伝える	患者の気持ちを支える
11	患者が今できることに目を向けられるよう支える	
15	患者の覚悟を共有し、一緒に頑張ることを伝える	
16	患者を見放さない	
22	患者の安心や納得を導く	患者に安寧を提供する
23	患者の満足を得る	
24	患者らしく心地よく過ごせるようにする	
4	患者と意思疎通を十分に行い、関係性を構築する	信頼関係を構築する
5	患者に深く関わり、信頼を得る	
6	患者と関係性を深めるために自己開示をすることもある	

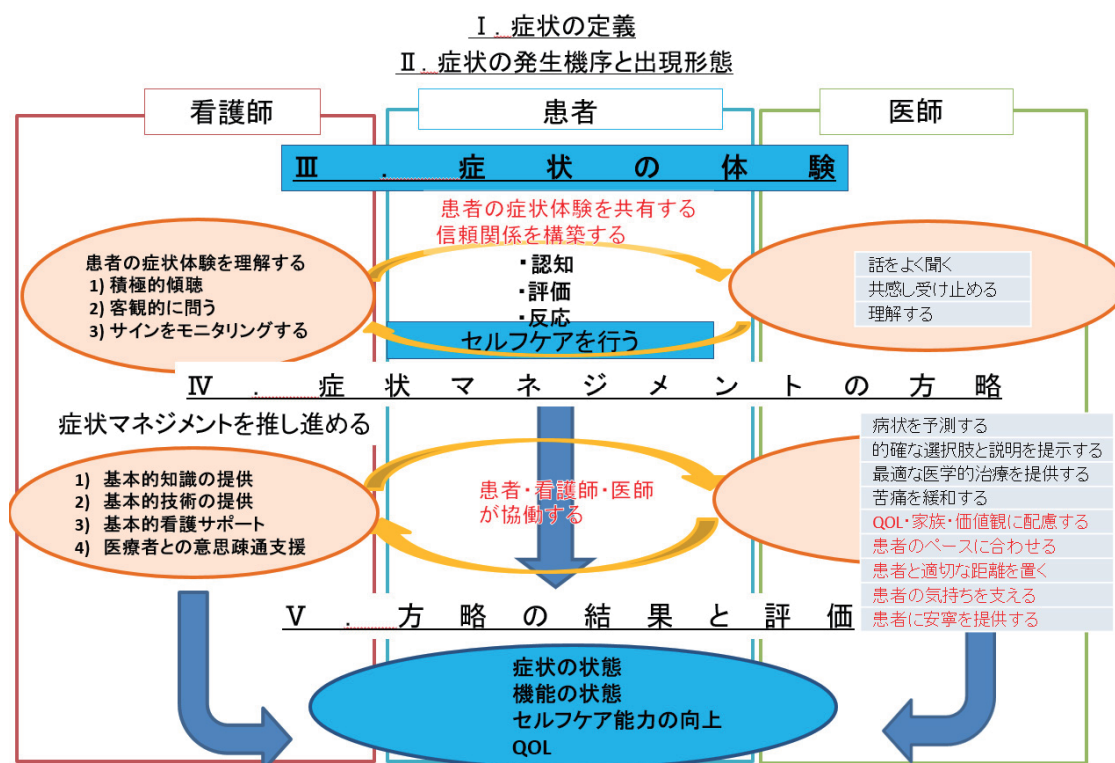


図4 IASMに医師のケア行動を組み込んだ図

組み込んだ医師のケア行動と看護活動を比較し、IASMで使用している言葉のレベルに合わせて抽象化した表現にまとめ、患者を中心として看護師と医師のケア・キュア融合型の活動が明示されるよう融合型IASM暫定版を完成させた（図5）。

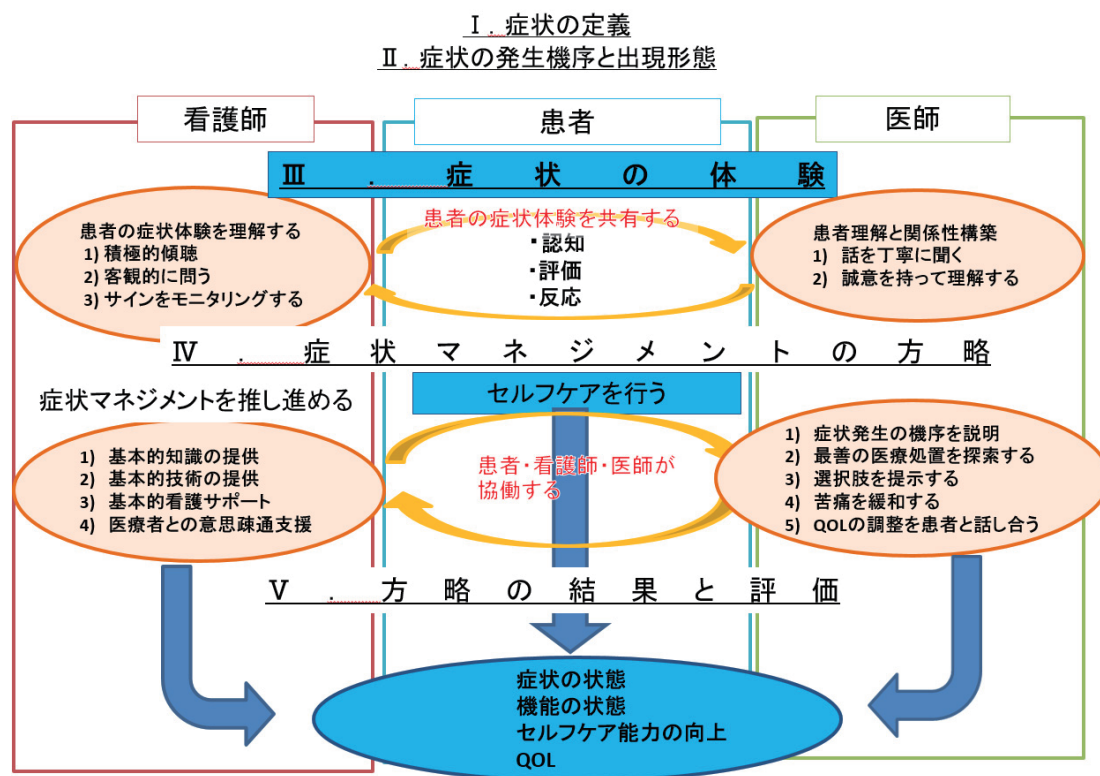


図5 ケア・キュア融合型IASM暫定版

IV. 事例を用いたモデルの妥当性の検討

作成した看護師と医師が協働するケア・キュア融合型 IASM 暫定版（図 5）の妥当性を確認するため、症状マネジメントの事例に適用し、確認を行うこととした。

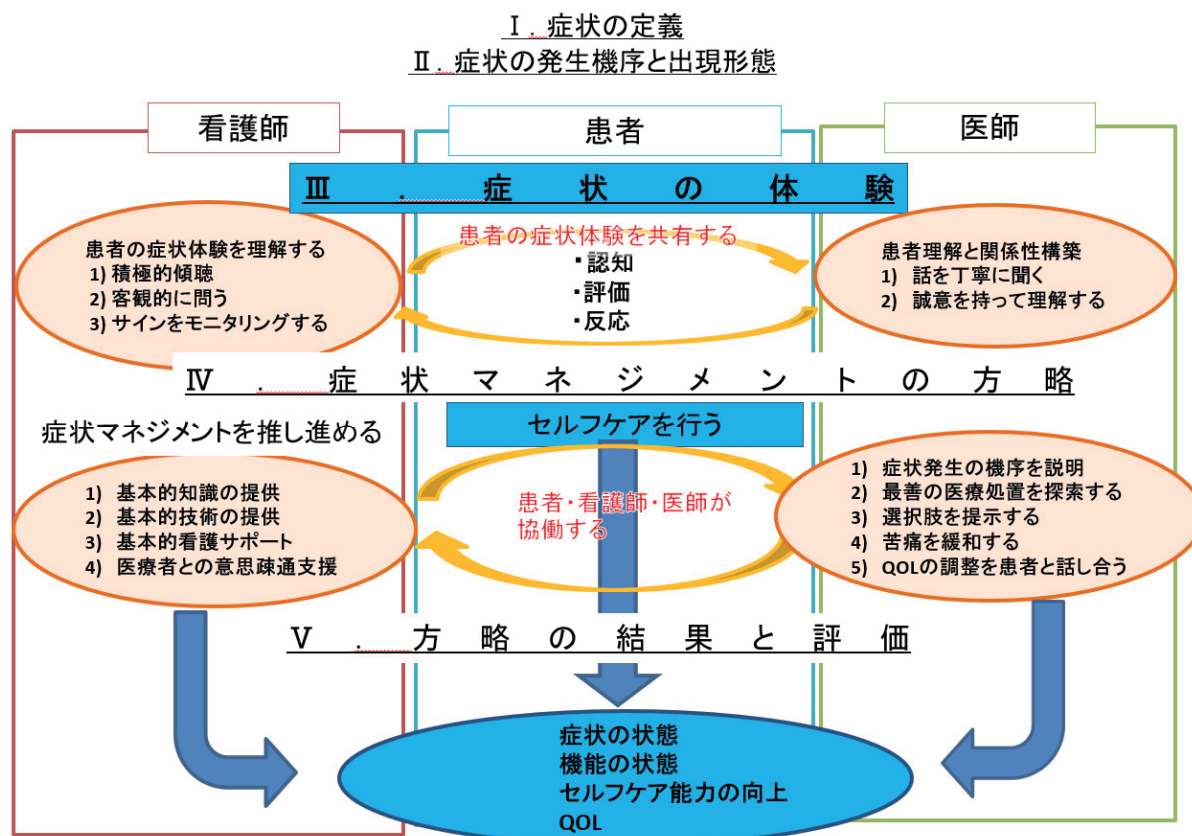


図 5 ケア・キュア融合型 IASM 暫定版

1. 妥当性検討の手順

妥当性の検討は、下記の手順で行った。

- ①看護師・医師が協働して取り組んだ症状マネジメントの過去の事例を看護師の記憶から掘り起こし記述する。
- ②記述データの中から医師、看護師の行為を抽出する。
- ③②で抽出した行為がモデルで表現されているか、モデル以外の行為が出てきていないかを確認しながら、抽出された行為を事例毎にモデル図に表現する。
- ④②と③の検討は、3 人のがん看護領域における症状マネジメントの専門家の合議によって行う。検討は、あくまでフィールドワークの範囲で行ったため、事例に登場する人物の同意は得ていないが個人情報全て削除して用いる。

2. 事例紹介

<事例 1>

<事例の概要>

A 氏、70 歳代女性

疾患 名：肺がん StageⅣ、リンパ節・坐骨転移あり。

現病歴：頸部に腫瘤を自覚し、耳鼻科を受診。細胞診の結果悪性細胞が検出され、精査の結果肺癌リンパ節転移と診断された。慢性呼吸器疾患があり、PS も 3 であり、主治医からは積極的ながん治療の適応ではないことを説明し、A 氏も治療を望まなかった。病状の急な悪化が起こることの可能性と今後は症状緩和の治療が中心となることを説明されている。

A 氏の体験：外来受診時は、呼吸困難感あり。「この 1 ヶ月で食事もう食べにくく、どんどん弱くなってきて」と語っておられた。主治医からの話はうなずきながら聞いておられ、動揺することもなかった。「私は昔からのどと肺が弱いのは分かっていた。あとどれくらいですか。はつきり知りたい。痛みとしんどいのはなんとかしてほしい」、「同じ姿勢でいるとしんどい」と話された。受診後呼吸器内科病棟に入院となった。

症状マネジメントの経過	医師、看護師の抽出された行為
緩和ケアの依頼があり、緩和ケア医（以下医師）とともに訪室し、それぞれ自己紹介の後面談を実施。 A 氏は病名をまず話し、その後過去の他院を受診・治療した経緯について話した。（息苦しさを感じ、他院を受診したが多かた診断がつかず、急な呼吸困難感の増強で救急で搬送され、気管切開を行った（COPD の増悪）。その後状態は回復し、気切も閉じた。→この体験はご本人にとっておつらく、思い出しながら感情的になられる場面があり、医師、看護師ともに受容的に傾聴した。	【医師】 病気の認識を尋ねた。 【医師、看護師】 受容的に傾聴した。

昨年頸部腫瘤を自覚し当院を受診し、細胞診の結果悪性が認められ、精査の結果肺がんリンパ節転移で呼吸器内科に紹介された。基礎疾患があり高齢なので積極的ながん治療は控えることを主治医より話され、A氏も治療を希望されないと話された。 →この間、医師と看護師でベッドサイドに立ち、話されている間傾聴した。看護師はお話されている患者の表情、様子を観察。 お話の流れで、延命処置に関する希望について医師から確認する質問があった。 A氏は、延命は一切望まれないと返答。この辺りで長男（以下B氏）が来院し、話し合いに加わった。数年前に夫を亡くしており、その際のように眠るようになると亡くなりたい、とA氏より希望の表出があった。B氏はだまっておらず聞きながら聞いておられた。 →医師もその話を傾聴し、看護師はA氏・B氏の様子を観察し、関係性をアセスメント。	【医師、看護師】 ベッドサイドで傾聴した。 【医師】 延命処置に関する希望を確認した。 【医師】 A氏の話を傾聴した。 【看護師】 A氏・B氏の様子を観察し、関係性をアセスメントした。 【医師】 具体的な痛みの部位、程度などを尋ね、身体の診察を実施。頸部の腫脹、呼吸音・腸ぜん動音の聴診、腹部打診、浮腫の有無、腰部の叩打痛の有無を確認した。その上で、現在の痛みは骨転移による痛みであり、現在処方されている医療用麻薬で効果が得られ、体動時にも痛みが治まっているので、これで経過をみていくことを説明した。 【看護師】 痛みが出にくい起き上がり方について指導した。
症状は腰の痛みがあると話された 看護師は痛みの体験について伺った。現在は薬剤の効果である程度治まっていること、歩行には支障がなく、座位をとった時、体動時に痛みが生じることがあるが、生活には支障がない程度である。	

呼吸困難感はあるが、病棟内歩行はできる程度であるが、日によっては体調の波があり、ベッドからトイレまでの移動もしんどいことがある等、予測がつかないことが心配であるという語りを引き出した。さらに気がかりなことを尋ねると、家で飼っている年老いたペットが気になっており、世話をするために家に帰りたいという気持ちがあるが、もし痛みや呼吸困難など症状がしんどくなっただらと思うとどうしたらよいかという気持ちである。	看護師より、今後ご希望されることを尋ねると、「痛みなく、しんどくないようにしてほしい。周りに迷惑をかけないように、きれいに楽に逝かせてほしい」、「長男は結婚しているし、いい大人なので思う思い残すことはない。どう過ごすというのも特に希望はない。これまで十分に生きてきた。気になるのはインコの事だけである」などと話され、それに対してB氏は「でも、どう過ごしたいかを決めるのは自分だから、考えない」と。その希望には沿っていないと思う。インコのことも実際自分が世話もしているし」と、希望を尊重し、それに沿って支援していきたいことを話された。 看護師は、A氏、B氏でお互いに思いを話されるが、今後こうしていこうという話には至らないことが気になり、「いつも大切なお話をするとき、決めていく時にはどなたが中心になって決めておられますか」と尋ねると、A氏は「お嫁さん」と話された。 今後の過ごし方については、A氏、B氏、長男妻を交えて、あらためて日程を調整させてほしい旨をお伝えした。 A氏より、面談の最期には「緩和ケアのことで色々とお話を聴けて安心しました」という言葉があった。
--	--

【医師】

A氏の認識を確認した上で、今後起こりうる病状の経過、見通しについて説明した。病期の意味と実際の病状、どのような症状が起こりうるか、どのようにこれから時間を過ごしたいのか、大切にしたいことは何かを尋ね、緩和ケアの説明を実施した。この説明の中で、まだ最期の一線は越えていないと考えられ、自宅で過ごすことも可能であることを話した。

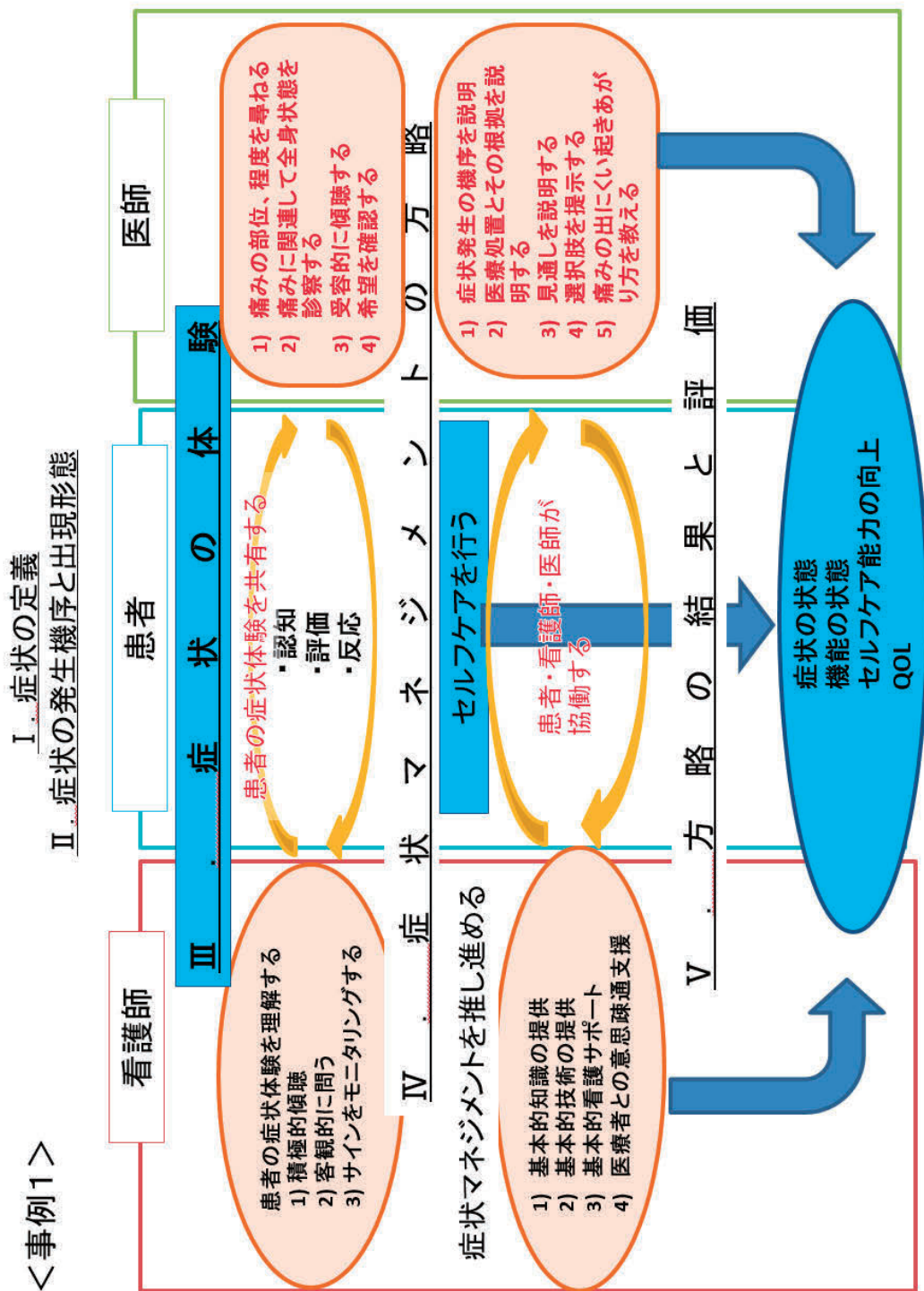


図6 事例1から抽出された行為の適用

＜事例 2＞

A 氏 男性 62 歳

疾患名：胆管がん（stageⅣ）

現病歴：食欲不振、体重減少を主訴に来院。精査結果、胆管がん stageⅣの診断でゲムシタビン＋シスプラチンの抗がん剤が開始となった。1 クール目から悪心と味覚障害により食事が減少し、治療継続への不安を話されていた。妻とは離婚しており高齢の両親と同居していること、両親の悲嘆と不安が非常に大きかった。治療継続の支援と共に今後の過ごし方などの希望についても医療者、本人・家族と相談していく必要があった。

A 氏の体験：「抗がん剤治療はもともとしくなかつた。本にも書いてあつた。抗がん剤治療をすると食欲がなくなつて体力が落ちるだけ。自分の体が自分ではないみたい。」と抗がん剤治療への否定的な気持ちと思うようになり自身の身体への戸惑いについて語られた。否定的であつた抗がん剤治療を始めた理由を確認すると「両親に心配をかけたくないから治療を決めた。」と両親への想いなどもあり治療を決定された経緯を語られた。また「治療を続けたいけど、こんなに辛くは続けられない。」と語られ、治療を続けたいという想いはあるが、食事が摂取できないことによる体力の低下を実感され、治療継続に自信がもてない状況であつた。

症状マネジメントの経過	医師、看護師の抽出された行為
悪心、食欲不振については、医師からアプレピタント、デキサメタゾン、アルプラゾラム、デカドロン（day2～4）が処方されていた。抗がん剤については本人と医師が相談し 80% 減量して投与されていた。 抗がん剤 2 コース終了後、診察時に看護師が同席し、A 氏の気がかりや想いについてお聴きした。「抗がん剤を受けたが、食欲が落ちて全く食べられなくなつた。体重は減り続けていて心配。吐き気止めを出しても、抗がん剤の量を減らしてもそれでも食欲は戻らず辛い。家にいても両親は食事を食べないことが心配のようである。負担になっている。一度入院して点滴でもしてもらつて体力を回復させたい。」と語り入院となった。 入院後、主治医は食欲不振の原因検索を行ったが、器質的には異常は認められなかつた。入院中、抗がん剤治療は休薬となり、補液が開始となった。	【主治医】 診断時から丁寧 A 氏の話を聞いて、治療を継続できるように支持療法を行っていた。 診断当初から A 氏の両親の悲嘆と不安が大ききこと、元妻との関係が不明瞭であることなど、今後 A 氏をサポートする体制について家族関係の確認や場合によっては調整が必要であると考えて、看護師に介入を依頼した。 【主治医】 食欲不振の原因が改善可能なものであるか、患者にとつ

A氏は徐々に食事摂取量が増加し、「食事が食べられるようになってきて嬉しい。」と話した。「父親は治療しろというけど、僕は治らないなら体に負担をかけずにがんと上手く付き合っていけたらと思っている。」と語った。看護師が自身の想いについて家族と話し合ったことがあるか確認すると、「父親の心配も分かるので自分の気持ちは伝えにくい。」と語った。 家族関係については、元妻との関係は良好で、両親の支援もしてくれており、「死んだ後のことも考えて元妻と再婚しようと思っている」と語った。 看護師がA氏に、今後の過ごし方について、家族も一緒に話し合う機会を設けることを提案すると「先生から病状を説明してもらえたとありがたい。」と話し、主治医から、本人、両親、元妻などA氏が一緒に話を聴いてほしい人と話し合う機会を設けた。 看護師も同席し、主治医からこれまでの経過と、今後の過ごし方として、抗がん剤治療の継続（減量、レジメン変更など）、するだけでなく、抗がん剤治療は行わず経過をみながら症状緩和を中心に行ないA氏らしく過ごせるようにするという選択肢もあることが説明された。 A氏は「治らないなら体に負担をかける抗がん剤治療は行わずに過ごしたい。」と話した。父親は「治療をしないことは不安だが、抗がん剤治療が始まってから急に食事が減少し、覚悟しないといけないと家族で話していた。昔から自分のことを話さない子どもだったから、どう声をかけたらよいか分からない。本人の思うように楽に穏やかに過ごしてほしいと思っている。」と話した。 話し合いの結果、抗がん剤治療は一旦やめて経過をみていくこととなった。	で最善の治療が提供できるよう、原因検索を十分に行った。 【看護師】 食欲が改善したことを一緒に喜び、A氏と信頼関係を築きながらA氏が希望するありかたで過ごすことができるよう、A氏の想いや支援者などについて確認をしていた。 【看護師、主治医】 看護師と主治医で情報を共有し、両親や元妻も一緒に今後の過ごし方について相談することを提案することとなり、看護師がA氏に提案した。 【主治医】 抗がん剤治療を2クール行ったがSD評価であったが、今後のA氏の病状を予測し、無理に患者が望まない抗がん治療を行わず、症状緩和を行いながらA氏らしく過ごすという選択肢もあることを提示した。 面談中、「Aさんはどう思いますか？」と、本人の想いを確認しながら話をすすめ、<u>患者の意思や希望を尊重して</u>いた。 【主治医】 抗がん剤治療は行わないが、外来通院で経過をみていき、痛みなどの症状緩和は行っていくこと、希望があれば入院も可能であることを伝え、<u>患者を見放さないこと</u>を保証した。
---	---

<事例2>

I. 症状の定義 II. 症状の発生機序と出現形態

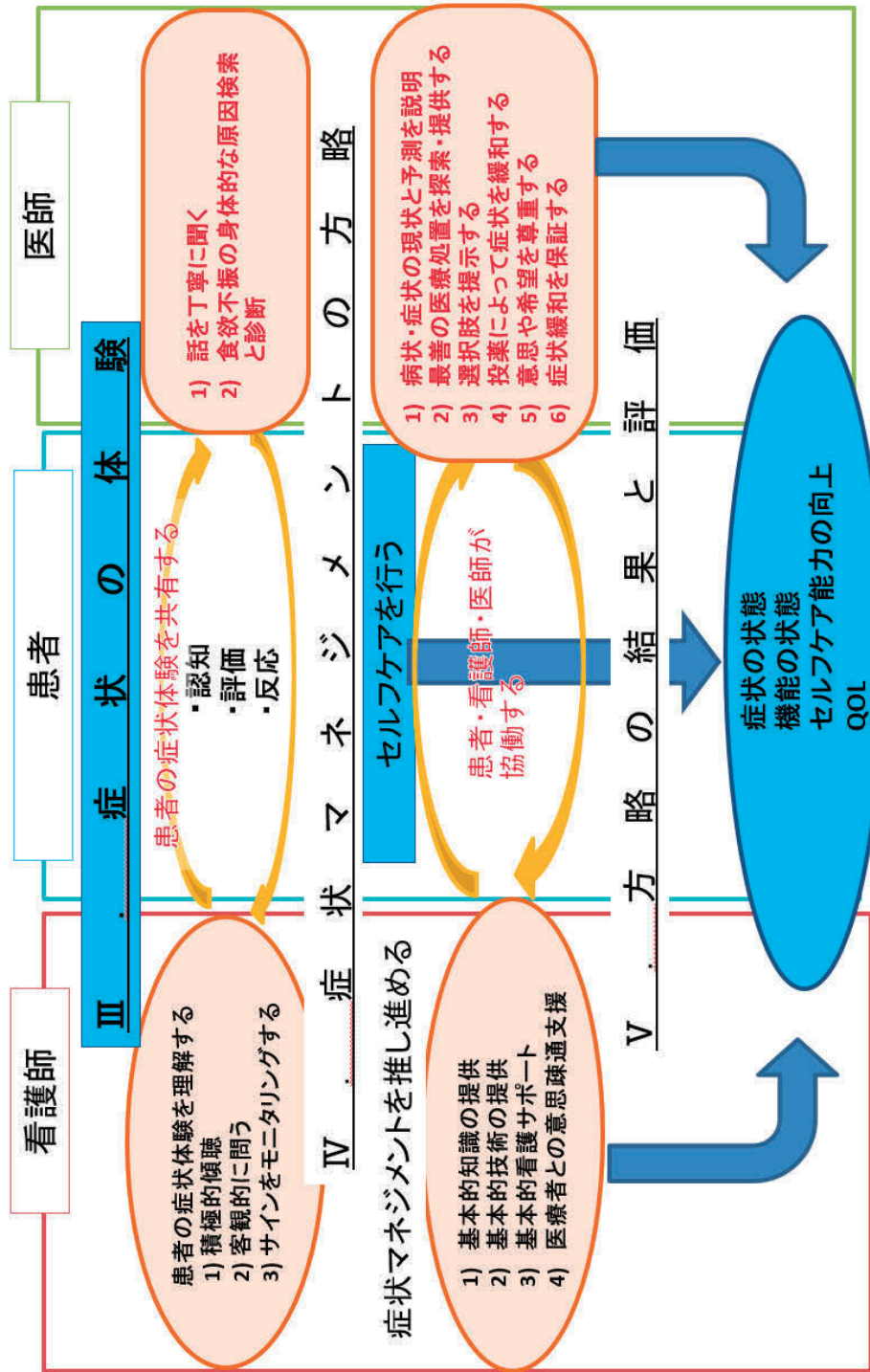


図 7 事例 2 から抽出された行為の適用

＜事例 3＞

T 氏、女性、65 歳。

疾患 名：子宮頸がん p T1b1N0M0 (Stage1B1)

現病歴：子宮頸部の外子宮口側に 2 cm 大の腫瘤あり。広汎子宮全摘術。術後骨盤内感染が発症し抗生剤治療を行っていた。排尿障害があり自己導尿している。術後 CCRT (weekly ネダプラチン) 実施。

T 氏の体験：夫婦でスナックを経営。普段から立ち仕事をしているため、時々ふつくことはあったが働きすぎだと自分では思っていた。今回の病気ではいろいろ大変だった。でも、これから抗癌剤と放射線の治療と聞いて恐ろしくなった。早く治して仕事に戻らないと。別に心配はしていないけど仕事は主人がひとりだから気にはなる。1 クール目が終わって何も変わらなかった。2 クール目の抗癌剤が終わってそろそろ下痢や頻尿になるかなと思って、すでにリハビリパンツを着用している。食欲あり、むしろ病院食だけでは物足りないののでコンビニでおやつを購入し食べている。思っていたほど制限がないので助かっている。

症状マネジメントの経過	医師、看護師の抽出された行為
➤ 3 コース目：RT 18~25.2Gy (10~14 回) 普段より便秘症であるため大建中湯は必ず内服しマグミットは自己管理で量を調整して内服している。 3 コース目終了した日「何となく下痢が起きそうな気がするからマグミットはやめて大建中湯だけ飲んだ。腹痛はない。だるさがでてきた感じはある」とのこと。医師より整腸剤を提案されるが薬を増やしたくないとの理由で内服せず。 3 コース目終了した 3 日目に 2 日間排便がないため、患者より大建中湯とマグミットを服用したとの報告あり。医師より再度整腸剤の追加を提案されるが、これ以上便秘になりたくないからと追加処方を拒否するが、医師の説明後、納得され内服開始となる。 3 コース終了した 4 日目に朝から昼にかけて 5 回排便あり。そこまですんどいとは思わない	【医師】 患者のベッドサイドで話す。普段から便秘という症状の程度や大建中湯とマグミットをどのように飲み分けているか、内服のタイミングについて情報を得た。患者は看護師に何をいつ服用したか自ら報告ができているため、大建中湯およびマグミットの内服は患者主体でよいことを指示した。 整腸剤を提案し、整腸剤の効果を説明する。また、医師自らも整腸剤を服用していた経験も話した。 【看護師】 トイレが総室を出てすぐの所にある部屋へ移動する

が、4 人部屋のトイレを占領してしまうため気を遣う。先生から急に何回もトイレに行きたくなるかもと聞いていたが、その通りになったと笑顔で話す。 ➤ 4 コース目：RT25.2～36Gy（15～20 回） 血液データ問題なし。膀胱刺激症状なし。排便回数 3～4 回、軟便が少量、食欲やや減少するがコンビニで食べられそうなもの（パン）を購入し摂取している。医師より家のことが気になるようなら週末は外泊をしてもよいとの許可が出されたが「家に帰って風邪をひいても嫌だし、ここにいて暇だけどのんびりさせてもらっていると思うと苦ではないので外泊はしない」とのこと。 週末、医師が患者を訪室する。看護師に「先生が来てくれて、世間話をした」と笑顔で話す。 4 コース目終了 4 日目、腹痛はないが下痢が止まり 1 日排便なし、排ガスのみ。あんなに下痢になると言われていたのに便が出ないなんて。こんな時期に便秘になるなんて。大丈夫か？と不安をあらわにする。 医師の説明後「よくわかりました。その都度説明してもらえて助かる」と表情穏やかとなる。 患者より「抗癌剤治療が終われば放射線治療も終わるのか？下痢はいつまで気にしておかなければならないのか？急に帰れとか言われないか？」と質問あり。	よう提案する。また、ウォシュレットの水圧を弱めにするように説明、肛門周囲の皮膚が頻便でただれていないか確認し、予防的に皮膚保護剤を塗布するよう提案する。 【医師】 週末ベッドサイドの椅子に座り会話をします。 【医師】 患者の訴えが終わるまでしっかりと傾聴した。放射線治療が進むと腸炎を起こし多くの人が下痢となるケースが多いが、腸の動きが一定とは限らないため便が出にくいことがあっても不思議ではないことを説明し納得を得る。 抗癌剤治療が終わっても放射線治療は決められた回数を最後までやり続けること、下痢症状については放射線治療が終わってから 1～2 週間は症状が出現しづけることもあるため注意が必要であること、退院についてはいづれにしても、血液検査など状態を確認し帰れる状態となれば退院もあり得ることを説明し、退院の時期を保証した。
--	---

＜事例3＞

I. 症状の定義
II. 症状の発生機序と出現形態

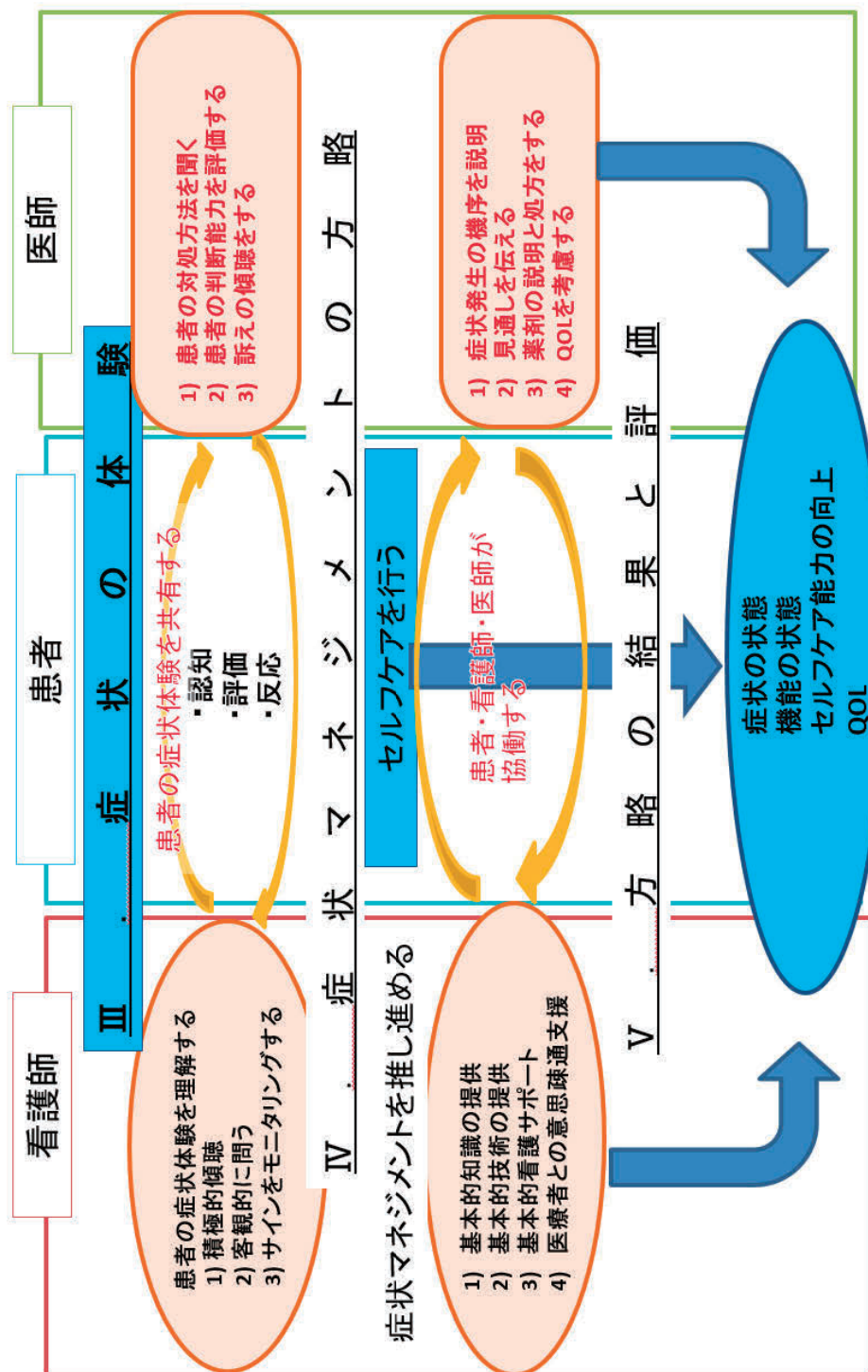


図8 事例3から抽出された行為の適用

<事例 4>

I 氏 女性 70 才

疾患名：上行結腸癌 肺、肝転移 (StageⅣ)

現病歴：20XX 年右側腹部痛にて受診。CT の結果、上行結腸癌、多発肝転移、肺転移が確認された。上行結腸部位に狭窄あり、下行結腸に腸管ステントを留置した。遠隔転移があるため、手術は適応なく化学療法 (Bv+FOLFOX) の導入が決定した。I 氏は独居であり、夫は死別している。近隣に息子が住んでおり困った時は相談している。元々、几帳面な性格のため、初めての病気体験であり副作用の不安を語っていた。主治医は女医であり、初診時から担当していた。

症状マネジメントの経過		医師、看護師の抽出された行為
➤ Bv+FOLFOX3 クール目の I 氏の体験 Bv+FOLFOX が始まり、外来化学療法に移行した。Day 3 まで倦怠感と眠気があり、寝て過ごすことも多くなっていた。体重が初診時から 10kg 近く減り、体力も戻したいが腸管ステントが留置されているため、根菜類の食品や残渣が残る食品は避けるように主治医から指導されており、何を食べていいのかどこまで制限していいのかわからないと化学療法室の看護師に語っていた。食事はおかゆやうどん、豆腐や菜肉類が多く、エネルギー不足になっていた。やせ衰える不安が募り、このまま治療を継続する意欲も落ちていた。看護師は、食事の満足度やイレウスを防ぐための食品選びが必要と考え、食品の紹介や栄養補助食品の取り入れを提案した。 次の受診日、栄養補助食品のカロリーメイトの味を変えて食べてみたところ、体重が減らずに維持していたことを I 氏は主治医に話した。主治医は、「そうか〜カロリーメイトもいいですね。体重気になりますね。でも、お肉食べると詰まるからな〜。消化がよければなんでも食べていいですよ」と食事制限を緩めることを勧めた。I 氏は、「体重が留まったこともうれしかったです。先生からもう少し食べていいと言われて、気持ち楽になった。少し工夫してみます」と前向きな発言があった。		【主治医】 腸管ステント留置によるイレウスのリスクを伝え、イレウスを未然に防ぐ手段として食事制限を指導した。体重減少による外見の変化ややせ衰える不安な思いを傾聴、共感し、可能な範囲食事制限を緩める方法を伝え、体力の維持や食の楽しみや安心を提供した。

➤ Bv+FOlFOX8 クール目の I 氏の場合 8 クール目に入り、治療の効果もあり食事でもミキサー食+高カロリー食+栄養補助食品を取り入れることで、体重は少しずつ増えてきた。副作用も day 7 までは倦怠感が続くが、症状の出現パターンもつかめてきたこともあり、休息と活動のバランスを考えて過ごせるようになった。しかし、画像評価の結果で肺と肝臓転移が増大しており、レジメン変更 (Ram + FOLFIRI) が提案された。I 氏は、「とても調子よく過ごせて治った気分だったので、残念です。次の薬は最初の治療 (Bv + FOLFOX) よりも効果は落ちますか？薬が変わることで副作用も変わるから、自分の身体に合うまで時間がかかりますね」と治療効果と副作用の程度を質問してきた。主治医は、治療の選び方や副作用の程度について患者にわかりやすい言葉を選びながら説明した。I 氏は、「どんな副作用が出るかわからないけど、受けてみます。」と前向きにレジメン変更を受け入れられた。旅行を計画しており、1 週間後の入院希望を主治医は許可した。 ➤ Ram + FORFIRI2 クール目の場面 初回導入後、全身のむくみによる体重増加が出現。さらに前回のレジメンの時以上に倦怠感が強く 1 週間は寝たきりで過ごし、食欲もなくバナナやジュースしか口に入らなかった。また、血圧も 150~160/90mmHg 台の高血圧が続いていた。I 氏は、「思った以上の薬の副作用が強くてきました。こんなにしんどいものなんですね。寝たきりの生活になって遊びにも出られなくてこんな状態で生きている意味あるのかと思います」と涙を浮かべながら主治医に語った。主治医は、「薬の副作用が全部出ましたね。しんどかったですね。薬の量を調整しますね。調整しても同じようにしんどかったら、この治療を続けるのは難しいので、次の方法を考えましょう」と話した。そして、I 氏の話聴きさらに症状の程度を丁寧聴き、2 クール目の抗がん薬を減量した。さらに支持療法として利尿剤やステロイド剤を処方し、服用のタイミングや受診のタイミングについても丁寧説明した。今後の治療の選択については、腫瘍内科医にコンサルトし、症状のコントロール手段や治療方針について検討した。	【主治医】 8 クール目の治療評価にて腫瘍増大が確認され、レジメン変更を提案した。I 氏から治療の優先度や効果について質問を受け、医学的適応や I 氏の病状に応じた治療選択を理解しやすいように言葉を選びながら説明し、理解を促した。レジメン変更の初回入院日は、I 氏が旅行したいという希望を受け入れ、QOL を考慮し入院日を配慮した。 【主治医】 I 氏の副作用の症状の重さを知り、つらかった思いを共感、共鳴した。症状コントロールを行うことで症状緩和を図ることを保障し、それでも症状緩和が困難であれば治療方針を変更することを伝えた。I 氏の症状の程度を丁寧聴き、症状に応じた支持療法薬を処方した。さらに服用のタイミングや受診のタイミングを伝え、I 氏の理解に応じた説明を行った。今後の治療方針について専門家にコンサルトし、I 氏の治療方針を考えた。
--	--

<事例4>

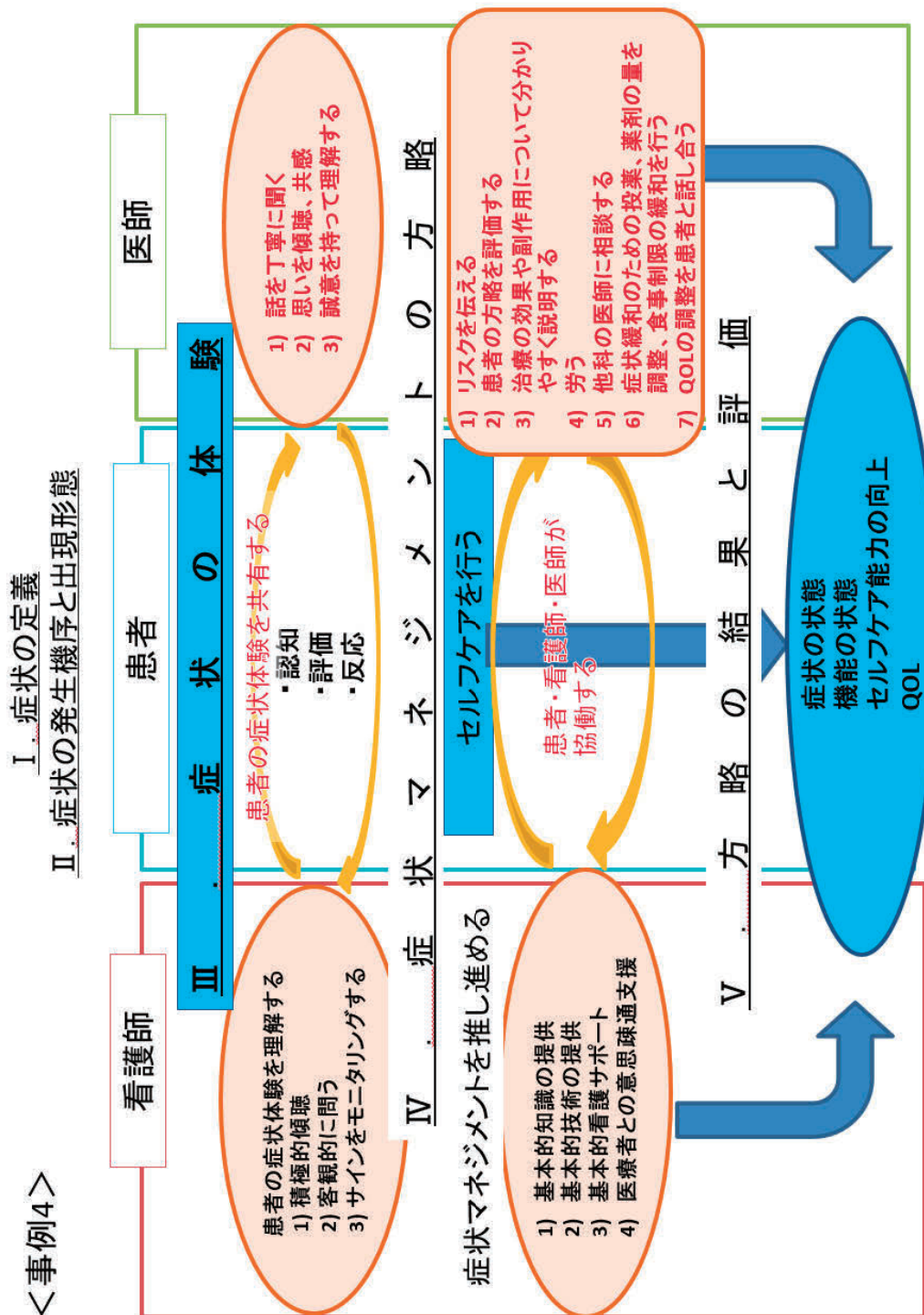


図9 事例4から抽出された行為の適用

＜事例 5＞

T 氏 女性 38 歳

疾患名：左乳癌（浸潤癌 ABE 領域）

現病歴：4 年前に両乳房痛、右乳房にしこりを自覚し、受診。精査し経過観察となっていたが、1 年後から受診を自己中断していた。右乳房のしこりは消失したが、その後左乳房のしこりを自覚。精査の結果、上記診断となった。遠隔転移はなく、初発乳癌として治療が開始された。

20XX 年左乳房全摘出術＋センチネルリンパ節生検術施行。ER（＋）PgR（＋）HER2（3+）にて術後補助療法は化学療法（6 か月）、分子標的療法、内分泌療法の方針が決まった。CV ポート作成、化学療法（EC90）導入目的に入院となったが、本人の希望により、TC 療法＋抗 HER2 療法を導入することが決まった。のちに、科学的閉経状態になりホットフラッシュに悩んでいた。

症状マネジメントの経過	医師、看護師の抽出された行為
➤ 外来での術後補助療法を決定する場面 体重が減らずに維外来で術後の病理結果が主治医、看護師同席のもと T 氏と夫に説明された。術後補助療法が決まり、説明の後主治医同席のもとで、看護師は T 氏に心境や疑問に思うところを訪ねると T 氏は、「病気については受け入れることができたのですが、抗癌剤を受けるというのはまだね。治療をした方がよいというのはわかっています。いろいろ家のこともやらなくていいので治療でしんどくならないです。子どもも小さいですし、いろいろな副作用が出るのかなど心配です。」と語った。主治医は、うなずきながら「そうだね。治療期間は長いからね。」と傾聴していた。後に看護師と面談し、副作用のケアについて説明が行われた。「ウィッグは準備しようと思っているけど、まだ自分の気持ちの整理がつかなくて準備できていないです」と語る T 氏の思いを看護師は傾聴し、脱毛が始まるまでの期間を伝え準備の時間を伝えた。	【主治医】 病理結果の説明から、治療方針を決めた後で T 氏の考えや思いを共感しようと意図的に尋ね理解を示した。T 氏の話聞くための時間を設けた。
➤ ポート留置から初回化学療法導入のための入院初日 ポート留置のため入院。翌日は初回投与が予定されていた。留置前に主治医は、T 氏の病	【主治医】 治療方針を変更したい T 氏の申し入れを受け入れ、T

室を訪れた。その時、T氏は主治医に化学療法のレジメンを「EC療法からAC+THあるいはTCH療法に変更したい」と話し始めた。突然の申し入れに病棟看護師も驚いたが、主治医はベッドサイドに座り、T氏の考えを聞いた。T氏は、副作用による症状で体調が崩れ、家事や育児ができなくなことを懸念し、短期間の治療で同様の効果が期待できるレジメンを自分で調べていた。主治医がT氏の考えを聞いていくうちに、T氏は、抗がん薬による体と心への影響が心配であり、できるだけ抗がん薬治療は受けたくないと涙ながらに本音を語った。 予定されていたポート留置は1日延期が決まった。翌日、主治医はT氏が落ち着いた様子であることを確認し、もう一度ガイドラインを提示しながら、AC-THあるいはTCH療法について臨床試験データを示して説明した。またTC療法については短期間の成績は良好であることが示されていることも説明し、さらに副作用についても説明した。T氏は説明を聞き、主治医が提案したTC—H療法を受けることを決めた。 T氏は、同席していた看護師に「どの治療を受けてもしんどさが出ることは違いありません。でも、少し治療を待ってくれたから受ける気持ちが決まりました」と落ち着いた様子で語った。	氏の考えを引き出した。また、T氏の本心を探り、抗癌薬治療を受けたくない思いを共感し、気持ちの整理がつくようにポート留置を延期する配慮をした。 T氏が落ち着きを取り戻したことを確認し、乳癌ガイドラインを提示し、レジメンの効果についてデータを示し、理解できるように説明した。T氏の短期間で治療を終わらせたい思いを受け入れ、QOLを考慮し妥当なレジメンを提示し、T氏の決定を待った。
➤ ホットフラッシュによる内分泌療法薬の自己中断の場面 術後補助化学療法が始まり、4か月が過ぎた。分子標的治療薬（パージェタ＋ハーセプチン）投与が3週毎に行われている。TC療法中に卵巣機能が低下し、月経周期も乱れホットフラッシュや抑うつ症状もみられてきた。ホットフラッシュが突如に現れるようになり、頻度も増えてきた。T氏はホルモン剤のタモキシフェンが影響していると言いつ、飲みたくない思いを口にするようになった。表情も硬く、外来化学療法室の看護師と会話は交わすことも多くを語らず、治療中はDVDをイヤホンで聴いていた。ある日、T氏は診察時に「タモキシフェンを飲むとホットフラッシュが出てしんどいです。今は1日おきに飲んだり、2～3日や	【主治医】 T氏の抑うつ症状を察知し、ホットフラッシュのつらさを共感し、タモキシフェンの自己中断を許容した。 T氏がやむを得ず自己中断していることを理解し、T氏の気持ちに落ち着くのを待ち、服用できる時期を待った。 支持療法薬を提案するが、薬を増やしたくないT氏の意向をくみ取り経過を見ることを決定した。

	めたりしている…。」と言い、涙を流した。主治医は、T氏の辛い思いを聴き「そうか～しんどかったかへ。気持ちに向かなかったんだね。無理しないでいいから。飲めたら飲んでみて」と話した。そして外来化学療法室でも看護師にタモキシフェンが飲めないことを語った。看護師はT氏に主治医の反応を尋ねると「先生はやさしく聴いてくれた。飲めたら飲んでと言われしました。少し落ち着きました」と涙を流しながらも表情は穏やかになっていた。 看護師は主治医に服用方法について確認すると「無理な時は無理だからね。飲まないといけないことは本人もわかっているはずだよ。様子みようかなと思っっている」と語った。 次の受診の時には「今は飲めています。ホットフラッシュはあるけど、今は大丈夫」と言い、自己中断は留まっている。主治医はホットフラッシュの症状緩和として漢方薬も提案するが、T氏は薬を増やしたくないといい、希望しなかった。
--	--

<事例5>

- I. 症状の定義
- II. 症状の発生機序と出現形態

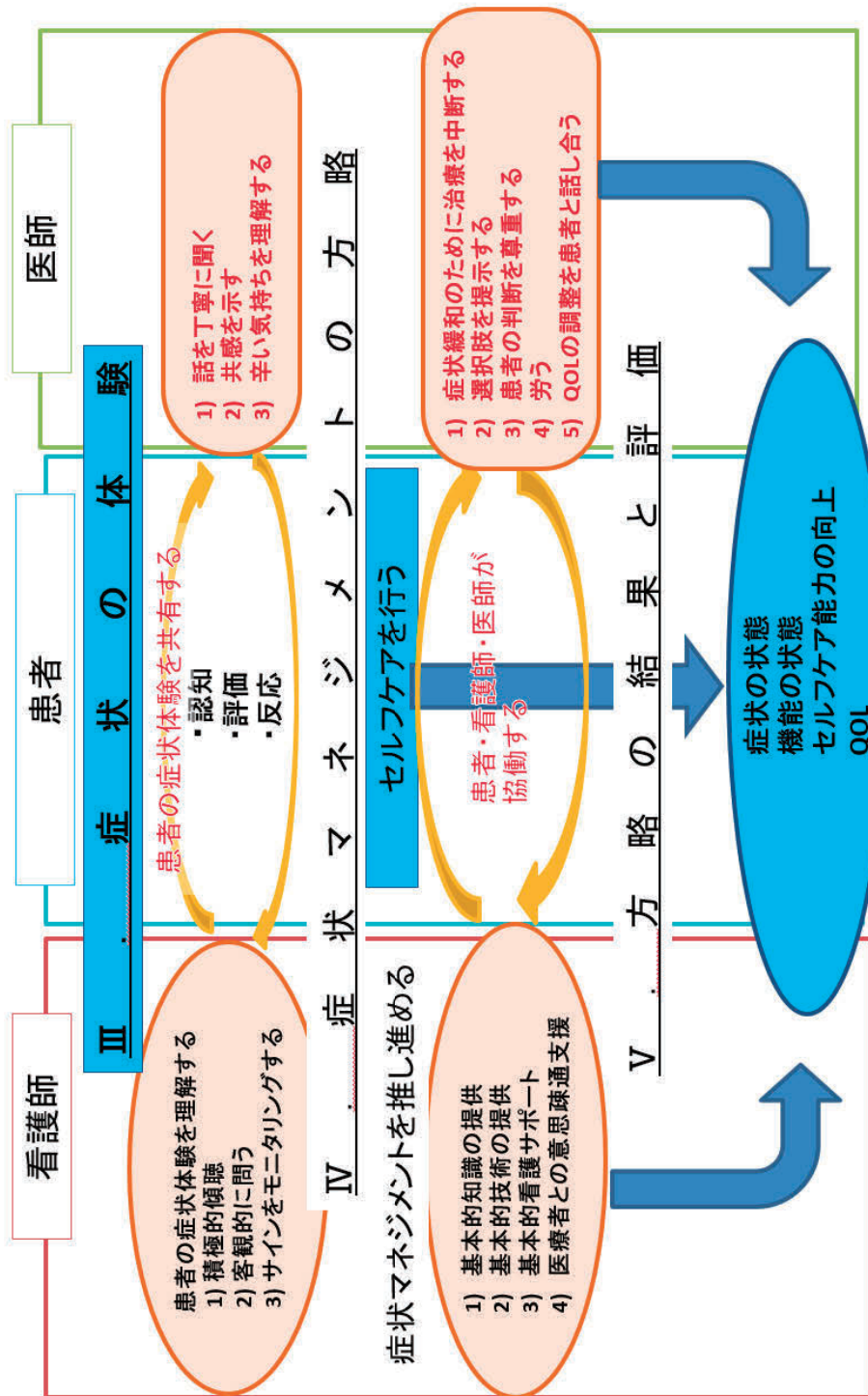


図 10 事例 5 から抽出された行為の適用

3. 分析の結果

5 事例の分析を通して、考案した図 5 の変更が必要かを検討した。医師の活動に特徴的であったのは、以下の通りである。

- ①Ⅲの症状体験を理解する段階で、医師が特徴的に行っていたのは、全身状態の診察であった。医師の診察内容には、症状に直接関連のない身体観察や判断も含まれていた。
- ②Ⅲの症状体験を理解する段階で、全ての医師が「訴えを傾聴する」「受容的に傾聴する」「話を丁寧に聞く」「思いを傾聴・共感」「誠意をもって理解する」といった行為を行っており、患者への共感性を高く維持していることが推測された。
- ③患者のセルフケア能力の評価に関連して、「患者の判断能力を評価する」「患者の方略を評価する」「患者の判断を尊重する」といった行為が観察された。
- ④Ⅳの症状マネジメントの方略の段階で、医師に特徴的な活動は、投薬等の医療的介入であった。医療処置を決定するまでの予測や探索を盛んに行い、医療処置においては患者への説明や選択肢の提示を同時に行う等の行為が観察された。
- ⑤Ⅳの症状マネジメントの方略の段階で、症状に耐える患者に対して「労う」という行為が頻繁に観察された。
- ⑥QOL への関心も高く、Ⅳの症状マネジメントの方略の段階で「QOL の調整を患者と話し合う」「QOL を考慮する」「痛みのでにくい起き上がり方を教える」等、多くの医師が治療だけでなく生活への配慮も行なっていた。

以上から、医師の症状マネジメントにおける行為の中には、明らかにケアの概念に合致する行為が多く含まれており、概ねモデルと合致していることを確認した。また、全身状態の観察や症状の原因探索は、医師の重要な行為として行っており、因子分析で抽出された第 1 因子＜医師のグッドプラクティス＞に該当するものである。よって、図 5 で提案したケア・キュー融合型 IASM モデルにおいて、「Ⅲ.症状の体験」の段階に「身体の診察と原因の探索」の項目を追加することとする（図 11）。

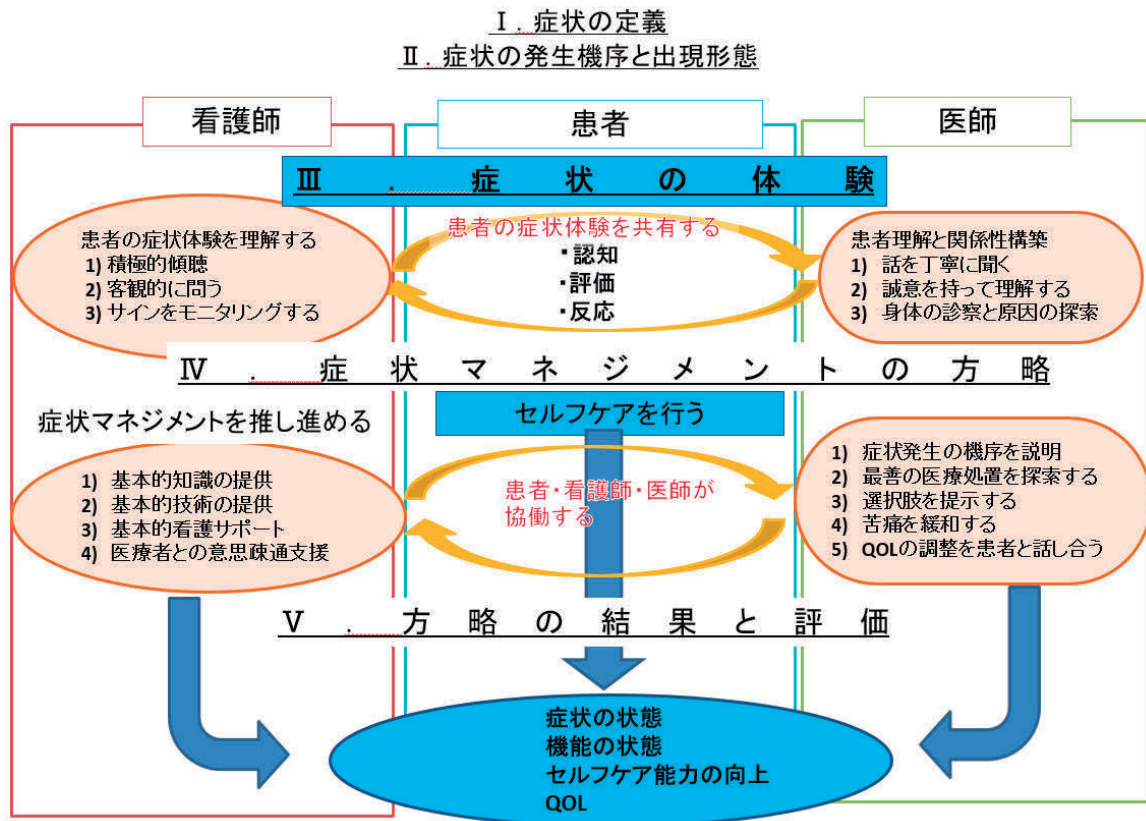


図 11 ケア・キュア融合型 IASM

V. 症状マネジメント活動に用いる動画の作成

患者が分子標的薬による皮膚障害、リンパ浮腫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、症状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。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。

1. がん患者の症状マネジメント 分子標的薬による皮膚障害のマネジメント

(URL : <http://sm-support.net/program/spec01.html>)

動画は、下記のテーマで構成され、EGFR 阻害剤およびマルチキナーゼ阻害剤による皮膚障害のマネジメントについて解説した。

①	症状と発生メカニズム 起こしやすい薬剤
②	予防的ケアについて
③	発症後のケアについて

《動画の例》

症状と発生メカニズム・起こしやすい薬剤



予防的ケアについて



動画で使用した教材を下記に示す。

<EGFR 阻害剤>

がん患者の症状マネジメント

分子標的薬による
皮膚症状のマネジメント
(EGFR阻害剤)

IASMI(The Integrated Approach to Symptom Management) 研究班

お薬による
皮膚症状と
スキンケア

がんたん
日誌

ホームページから
ダウンロード可能です

EGFR阻害剤って

上皮成長因子受容体 (epidermal growth factor receptor)

代表的な薬剤

EGFRチロシンキナーゼ阻害薬	
ゲフィチニブ	皮疹60%以上、皮膚乾燥20~30%以上、 その他爪囲炎等の皮膚症状が出現
エルロチニブ	皮疹60~97.8%、皮膚乾燥70%以上、 その他掻痒症等の皮膚症状が出現

抗EGFR抗体薬	
セツキシマブ	皮疹70~80%以上、皮膚乾燥50~60%以上、 爪囲炎16~50%以上で出現
パニツマブ	皮疹50~60%以上、掻痒は40~50%、 皮膚乾燥や爪囲炎は20%程度で出現

EGFR阻害剤で起こる皮膚の変化

観察すべき皮膚症状

- 1 皮疹
- 2 乾燥症
- 3 爪囲炎
- 4 痒み(掻痒症)

観察1 皮膚症状の現れやすい時期

皮膚にどのような変化が起こるのを知ってもらおう
どのような変化を医療者に報告するのを知ってもらおう

皮膚症状の観察

皮膚症状に気づく(観察)

皮膚症状を記録する

皮膚症状を
医師や看護師に伝える

1: 皮膚症状に気づく(観察)

治療が始まる前の皮膚の状態を
見てみましょう。
☆手や足は乾燥していませんか?
☆唇は干しっぱなしになっていませんか?

治療が始まったら、顔の先から
足の先まで皮膚に変化がないか
観察しましょう。
毎日、観察すること
習慣づけましょう。

2: 皮膚症状を記録する

症状の出始めや症状に変化のあった
ときに、記録をしておくと、医師や
看護師へ伝えるときに役立ちます。

※期間「がんたん日誌」をご活用ください

3: 皮膚症状を伝える

伝えるときのポイント

- ①皮膚の症状を医師や看護師に見せます。
- ②「がんたん日誌」を広げて詳しく説明します。
(痒み、赤み、ひび割れ、皮膚のめくれ、痛み、巻き爪など、前回の
診察から変わったことや生活する上で困ることを伝えます。)
- ③自分が行った対応(処置)を伝えます。
- ④対応(処置)の方法や生活の仕方を相談します。

★まずは主治医に相談してみましょう。
場合によっては皮膚科で相談することがあります。

皮膚の予防的ケア



ポイント1：保清

お風呂（シャワー）のときのポイント



10分以内を目安に、長風呂は避けましょう。
40℃以下を目安に、熱いお湯は避けましょう。



石けんやシャンプーは低刺激性（弱酸性）のものを避けましょう。
石けんはよく泡立てて、手のひらでやさしく洗いましょう。



浴槽で洗うと汚れは落ちやすく、皮膚への刺激が少なくなります。
手の届きにくい部分は、ご家族や看護婦に相談してください。



石けんやシャンプーはしっかり洗い流しましょう。
清潔なタオルで軽く押さえ拭きをし、ぬぐうと刺激となり、皮膚が傷つきます。

日ごろ行っている洗浄方法を確認するところからはじめます。

これまでやってきた保清方法を変えるのは容易ではありません。

生活に取り入れていく支援を続けていきましょう。

12

ポイント2：保湿

保湿剤の塗り方



手足に傷がないことを確認してから塗ります。
傷がある場合は何も塗らず、医師に相談してください。

1日1～2回は必ず塗ります。

1日に塗る保湿剤の量は部位によって異なります。

☆大人の手のひら2枚分くらい（の広さ）に対して、
・軟こうやクリームでは「人差し指の先から第1関節までの量」
・ローションでは「1円玉大」が目安です。

ゆっくりと、こすらず伸ばすように塗ります。（※写真-1）

指先や指の間も忘れずに塗ります。（※写真-2）

☆指先は肉質量が少なく皮膚が少ないので、丁寧に塗りましょう。

手洗いの後など、必要に応じて塗り直しましょう。

爪の周りや関節は、円を描くように塗ります。（※写真-3）

圧力がかかる部分は、作業前や出かける前に重点的に塗ります。（※写真-4）

☆乾燥がひどいところ、かかと、足の指の付け根など。



※写真-1

※写真-2

※写真-3

※写真-4

※写真-5

※写真-6

※写真-7

※写真-8

※写真-9

※写真-10

※写真-11

※写真-12

※写真-13

※写真-14

※写真-15

※写真-16

※写真-17

※写真-18

※写真-19

※写真-20

※写真-21

※写真-22

※写真-23

※写真-24

※写真-25

※写真-26

※写真-27

※写真-28

※写真-29

※写真-30

※写真-31

※写真-32

※写真-33

※写真-34

※写真-35

※写真-36

※写真-37

※写真-38

※写真-39

※写真-40

※写真-41

※写真-42

※写真-43

※写真-44

※写真-45

※写真-46

※写真-47

※写真-48

※写真-49

※写真-50

※写真-51

※写真-52

※写真-53

※写真-54

※写真-55

※写真-56

※写真-57

※写真-58

※写真-59

※写真-60

※写真-61

※写真-62

※写真-63

※写真-64

※写真-65

※写真-66

※写真-67

※写真-68

※写真-69

※写真-70

※写真-71

※写真-72

※写真-73

※写真-74

※写真-75

※写真-76

※写真-77

※写真-78

※写真-79

※写真-80

※写真-81

※写真-82

※写真-83

※写真-84

※写真-85

※写真-86

※写真-87

※写真-88

※写真-89

※写真-90

※写真-91

※写真-92

※写真-93

※写真-94

※写真-95

※写真-96

※写真-97

※写真-98

※写真-99

※写真-100

※写真-101

※写真-102

※写真-103

※写真-104

※写真-105

※写真-106

※写真-107

※写真-108

※写真-109

※写真-110

※写真-111

※写真-112

※写真-113

※写真-114

※写真-115

※写真-116

※写真-117

※写真-118

※写真-119

※写真-120

※写真-121

※写真-122

※写真-123

※写真-124

※写真-125

※写真-126

※写真-127

※写真-128

※写真-129

※写真-130

※写真-131

※写真-132

※写真-133

※写真-134

※写真-135

※写真-136

※写真-137

※写真-138

※写真-139

※写真-140

※写真-141

※写真-142

※写真-143

※写真-144

※写真-145

※写真-146

※写真-147

※写真-148

※写真-149

※写真-150

※写真-151

※写真-152

※写真-153

※写真-154

※写真-155

※写真-156

※写真-157

※写真-158

※写真-159

※写真-160

※写真-161

※写真-162

※写真-163

※写真-164

※写真-165

※写真-166

※写真-167

※写真-168

※写真-169

※写真-170

※写真-171

※写真-172

※写真-173

※写真-174

※写真-175

※写真-176

※写真-177

※写真-178

※写真-179

※写真-180

※写真-181

※写真-182

※写真-183

※写真-184

※写真-185

※写真-186

※写真-187

※写真-188

※写真-189

※写真-190

※写真-191

※写真-192

※写真-193

※写真-194

※写真-195

※写真-196

※写真-197

※写真-198

※写真-199

※写真-200

※写真-201

※写真-202

※写真-203

※写真-204

※写真-205

※写真-206

※写真-207

※写真-208

※写真-209

※写真-210

※写真-211

※写真-212

※写真-213

※写真-214

※写真-215

※写真-216

※写真-217

※写真-218

※写真-219

※写真-220

※写真-221

※写真-222

※写真-223

※写真-224

※写真-225

※写真-226

※写真-227

※写真-228

※写真-229

※写真-230

※写真-231

※写真-232

※写真-233

※写真-234

※写真-235

※写真-236

※写真-237

からだと生活への影響

- ・ ざ瘡様皮疹によって外出を控えている
- ・ 足の爪囲炎によって歩行がづらい
- ・ 手指の爪囲炎によって家事がづらい
- ・ 頭皮の皮疹がつぶれてお汁のようなものが出て、枕が汚れ、よく眠れない
- ・ 頭皮の皮疹がつぶれて大きなかさぶたになり、痛みがある
- ・ 頭皮を洗うのが痛くてづらい
- ・ いつもマスクで顔を隠して買い物に行くなど

17

こころへの影響

- ・ 皮膚がひどくなっていることを伝えると治療が中断してしまうかと思うと怖くて言えない
- ・ このような皮膚の状態が続くなら、治療をやめてしまいたい
- ・ 顔をみると憂鬱になってしまった
- ・ 人から日に焼けたと言われたりして、説明のしようがわからず困った
- ・ 皮膚症状が続くことでイライラする
- ・ かゆみで仕事に集中ができない
- ・ せっかくニキビがよくなったと思ったら次は乾燥でかゆくなった、終わりがないように感じてしんどくなった

18

皮膚症状出現後に行う医療的ケア

皮膚症状の治療とケア

- ・ 保湿剤だけではなく皮膚を回復させるための軟膏等が処方されます

がんの治療継続の相談

- ・ 皮膚症状の程度に応じて、主治医と話し合いがあります

19

スキンケア方法の変更

- ・ ざ瘡様皮疹：はじめは比較的強めのステロイド剤の軟膏を使用することが多いですが、効果が出てきたら弱いステロイド剤に変更します。抗炎症作用のある抗生剤や抗ヒスタミン作用のあるかゆみ止めを内服併用します。
- ・ 乾皮症：皮膚を乾燥させないように、保湿を強化します。亀裂が入った場合には、ステロイド剤が処方されるときがあります。
- ・ 爪囲炎：症状に応じて、強めのステロイド剤や短期間の抗生剤内服、さらに皮膚科的処置を行う場合もあります。
- ・ 掻痒：かゆみが強い場合はステロイド剤の軟膏やかゆみ止めの内服も併用します。自分で掻いて皮膚を傷つけないようにしましょう。

いずれも皮膚科医や主治医と相談して決めていきます

20

がんの治療継続の相談

- ・ 薬剤や皮膚症状の程度により、休薬や減量、あるいは中止の基準が決まっています
- ・ 皮膚症状による強い痛みや日常生活への支障、QOLの著しい低下が見られた場合は、休薬や減量、中止を考慮せざるを得なくなります
- ・ その場合には、一緒に考えていきましょう
- ・ 治療を継続するためにも、重症化を予防することが大切です
- ・ 皮膚症状をマネジメントしつつ、治療をいかに長く継続するかが重要なのです

21

<マルチキナーゼ阻害剤>

がん患者の症状マネジメント

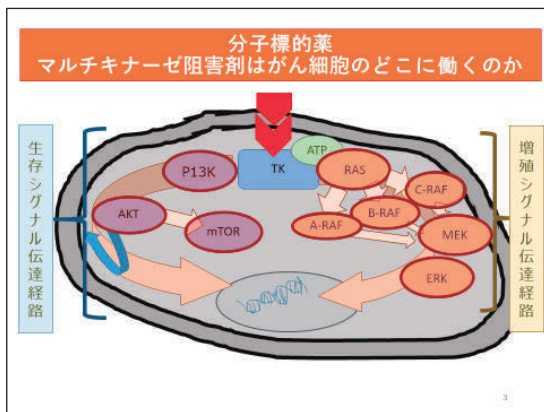
分子標的薬による皮膚症状のマネジメント (マルチキナーゼ阻害剤)



IASMI (The Integrated Approach to Symptom Management) 研究班

1

2



マルチキナーゼ阻害剤による手足症候群の発生機序と出現形態

●**手足症候群とは**：「抗がん剤投与による皮膚の細胞が障害されることで起こる手掌、足底にみられる紅斑、腫脹、乾燥、亀裂、疼痛、ほてり、知覚過敏、爪の色の変化や変形の総称」
【厚生省,重篤副作用疾患別対応マニュアル 手足症候群,2010】

●**発生機序**:詳細な発生機序は不明。皮膚基底細胞や皮膚血管などへの直接的作用が考えられている
【厚生省,重篤副作用疾患別対応マニュアル 手足症候群,2010】

●**出現形態の特徴**
局所的な圧がかかる足底部（踵や中足骨部）や手掌などに、痛みの伴う角質化紅斑として、典型的な過角化が存在（Autier,J.,et al.,2008）

*写真使用について当該患者より許可を得ています

マルチキナーゼ阻害剤で起こる変化

お薬によって手のひらや足の裏の皮膚におこる症状を「手足症候群」といいます。

●**初期症状**
全体的な腫れがみられる
全体的な乾燥がみられる
皮膚が赤く腫れてかゆくなる（角化）
かゆい痛みがみられる
かゆい、しびれ、感覚の異常 など

●**重症化のサイン**
- 見た目に感じにくい
- じくじく、チクチクする痛みがある

●**経過**
- 腫れがひどくなる
- さらに腫れがみられる症状がある

●**重症化**
- 皮膚生肌剤は効いていない
- 痛みがひどくなる
- 痛みがひどくなる

●**重症化**
- 皮膚生肌剤は効いていない
- 痛みがひどくなる
- 痛みがひどくなる

● 皮膚にどのような変化が起こるかを和らげよう
● どのような変化を医療者に報告するのを知ろう

図1 手足症候群の進行しやすい経過

また、腫れや圧がかかりやすいところに腫れやすいことが分かってきます。例えば、踵や中足骨部、足の指のつけ根などは、圧がかかりやすい場所です。

手足症候群を起こしやすい薬剤（マルチキナーゼ阻害剤）

薬剤名	発生頻度	服薬方法
スニチニブ	68.8%	1日1回4週間連日経口投与後、2週間休薬。これを1コースとして投与を繰り返す。
ゾラフェニブ	55.2%	1日2回経口投与（休薬期間なし）
レゴラフェニブ	49.9%	1日1回3週間連日経口投与後、1週間休薬。これを1サイクルとして投与を繰り返す。

重篤副作用疾患別対応マニュアル「手足症候群」、厚生労働省、(2010)、薬剤添付文書を参考に作成

症状の観察

皮膚症状に気づく（観察）

皮膚症状を記録する

皮膚症状を
医師や看護師に伝える

1.皮膚症状に気づく（観察）

治療が始まる前の皮膚の状態を見ましょう。
手足や足は乾燥していませんか？
かゆみはありますか？

治療が始まったら、手と足の皮膚に変化がないか観察しましょう。

毎日、観察することを習慣づけましょう。

2.皮膚症状を記録する

症状の出始めや症状に変化があったときに、記録をしておく。医師や看護師へ伝えるときに役立ちます。

※医療「かんたん日誌」をご活用ください※

3.皮膚症状を伝える

伝えるときのポイント

- ①皮膚の症状を医師や看護師に見せます。
- ②「かんたん日誌」を広げて詳しく説明します。
（痒み、赤み、ひび割れ、皮膚のめくれ、痛み、巻き爪など、前回の診察から変わったことや生活する上で困ることを伝えます。）
- ③自分が行った対応（処置）を伝えます。
- ④対応（処置）の方法や生活の仕方を相談します。

★皮膚科の医師にも相談してみましょう。

皮膚の予防的ケア

**ポイント1
保清**

お風呂によって皮膚のバリア機能が低下する

**ポイント2
保湿**

皮膚が乾燥する、角化する

**ポイント3
保護**

摩擦や圧迫、乾燥や汗疹、皮膚が刺激される。

パンフレットで紹介しています！

保清：皮膚を清潔に保つ

お風呂(シャワー)のときのポイント

10分以内を目安に、洗髪は避けましょう。
40℃以下を目安に、熱いお湯は避けましょう。
石けんやシャンプーは低刺激性(無刺激性)のものを選びましょう。
石けんはよく泡立て、手のひらでやさしく洗いましょう。
お湯で洗った後は速やかに、皮膚の乾燥を防ぎましょう。
全身の乾燥を防ぐには、保湿剤を塗布してください。

手や足を洗うときのポイント

◆洗い残しのないように洗う◆
○爪のまわり ○関節のしわの間
○手指や足趾の間 ○足趾の重なり

保湿：皮膚を乾燥させない

**ポイント2
保湿**

保湿剤の塗り方

手足に傷がないことを確認してから塗りましょう。
傷がある場合は何も塗らずに、医師に相談してください。
1日1～2回は必ず塗りましょう。
1日に塗る保湿剤の量は部位によって異なります。
☆大人の手のひら2枚を1回分として、
・軟こうやクリームでは「人差し指の先から第1関節までの量」
・ローションでは「1回5大さじ」が目安です。
☆塗り方
ゆっくりと、こすらず伸ばすように塗りましょう。
指先や指の間も忘れずに塗りましょう。(※写真-2)
☆保湿剤は角質層が厚く乾燥しやすいので、丁寧に塗りましょう。
手洗いの頻度など、必要に応じて塗りましょう。
爪の周りを保湿剤は、円を描くように塗りましょう。(※写真-3)
☆圧力がかかる部分は、作業前や出かける前に重点的に塗りましょう。(※写真-4)
☆乾燥がひどいところ、かかと、足の指の付け根など。

保湿剤を塗るときポイント

保湿剤を塗るときポイント

治療が始まる前から塗り始めましょう。
日常生活に取り入れ、習慣として行いましょう。
☆お風呂の洗髪、お風呂の後に塗ると良いでしょう。
☆お風呂の湯、水気を拭き取った後すぐに塗りましょう。
☆5～15分以内に塗ると、浸透効果が高くなります。
☆手足に保湿剤を塗った後は、手袋や靴下をはくと保湿効果が上がります。
☆保湿剤がある場合は、薄手の素材のものを履くと良いでしょう。
☆かかと(足むけ)などがある場合は、手袋や靴下を履いてはくと、強い摩擦が避けられます。

保湿剤の種類

※予防的ケアの際に用いる保湿剤※
○浸透効果と保湿効果の高いもの
○角質を柔らかくする効果のあるもの
○刺激成分が入っていないもの

こんなときはぜひご相談ください。
☆お風呂からの乾燥がひどいとき
☆かかとで履いていた靴にクリームがあるとき
☆市販の保湿剤を購入したいとき

保護：皮膚を傷つけない

**ポイント3
保護**

◆皮膚は刺激を受けやすいところです。例えば、靴による摩擦や圧迫などが刺激となり、皮膚症状が悪化してしまう場合があります。刺激から皮膚を保護することが必要です。

靴を選ぶときのポイント

- ・ゆとりがある
- ・足の甲が圧迫されず調節できる(ひも靴など)
- ・靴の中で足の指が自由に動かせ
- ・かかとがぴったりして、歩いているときに上下にずれない
- ・足の『親指』と『小指』の付け根の幅でぴったりしている

おススメの靴

☆軽くて柔らかい靴
☆中敷きが低反発のような素材でクッションがきいている靴

選けた方がよい靴

ハイヒール
☆かかとや足の指の付け根に圧迫がかかるため

革靴
☆靴ずれや摩擦がかかる可能性があるため

◎中敷き(インソール)のご紹介◎

お仕事など、革靴やハイヒールをはく必要がある方は、中敷きを入れると良いでしょう。
その場合は、足の甲の高さに気をつけ、窮屈にならないように気をつける必要があります。

角質の取りのそき方

尿素やサリチル酸を含んだクリームや軟こうを使用します。
☆角質がかなり厚くなっている場合は、皮膚科での処置が必要です。

軽石やヤスリなどで除去しないで下さい。
☆治療を始めると皮膚が弱くなり、傷つきやすくなります。

毎日の観察で、ウオノメやタコ、イボに気づいたら医師に相談しましょう。

【ウオノメ】
足の裏や足の指などにできる角質化したイボ状のものです。痛みを伴う場合があります。

【タコ】
ウオノメと違って痛みは強いことが多く、むしり落とすのが難しくなることもあります。

生活の中でのひと工夫

家事

水やお湯を長時間使用する作業の前にはクリームを塗る。
コットンの手袋とゴム手袋を重ねてはく。

料理

スライサーを利用する。
固い野菜は、電子レンジで柔らかくする。

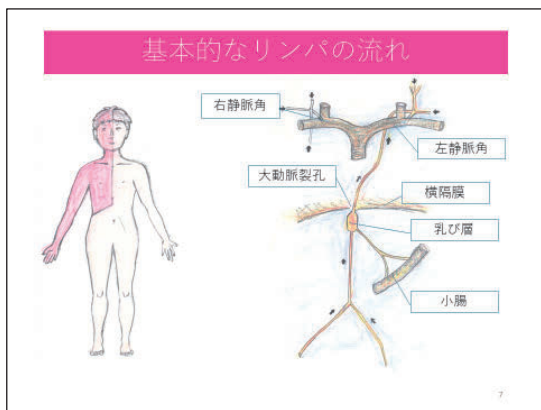
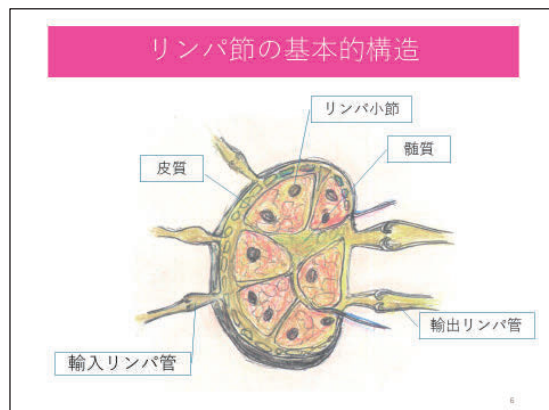
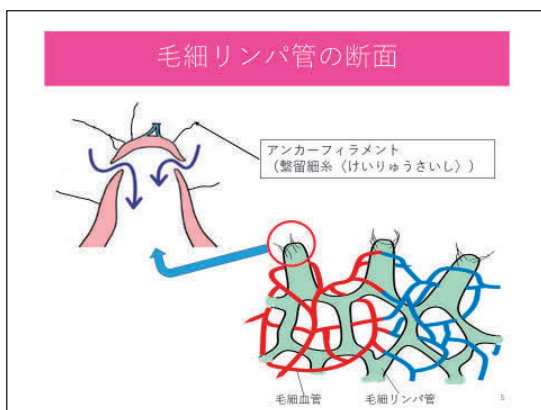
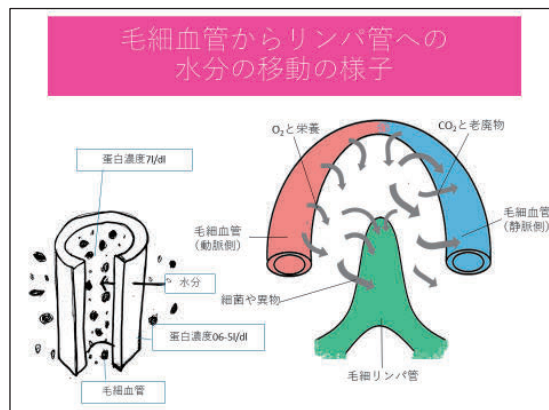
歩行

足に負担のかかる運動や動きはできるだけ控える。
短い時間にする。

お出かけ

荷物ではできるだけ軽くする。
ショルダーバッグやリュックを利用する。

動画で使用した教材を下記に示す。



リンパ浮腫の病期

- 0期** リンパ輸送が障害されているが、浮腫が明らかでない潜在性または無症候性の病態
- 1期** 比較的タンパク成分が多い組織間液が貯留しているが、まだ初期であり、四肢を上げることにより治まる。圧痕がみられることもある。
- 2期 前期** 四肢の挙上だけでほとんど組織の腫脹が改善しなくなり、圧痕がはっきりする。
- 2期 後期** 組織の線維化がみられ、圧痕がみられなくなる。
- 3期** 圧痕がみられないリンパうっ滞性象皮病のほか、アcantosis（表皮肥厚）、脂肪沈着などの皮膚変化がみられるようになる。



リンパ浮腫ケアのポイント



スキンケア

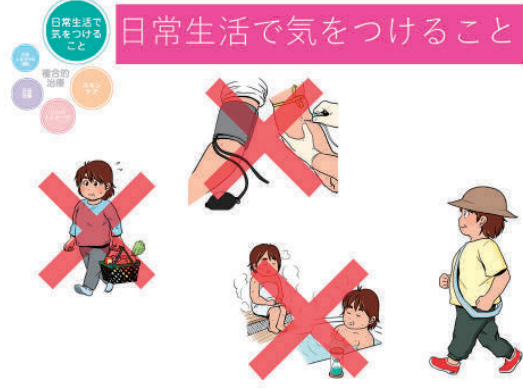
リンパ浮腫のある皮膚は傷つきやすく、乾燥や感染を起こしやすくなっています。そのため、日頃から皮膚を傷つけないこと、皮膚の潤いや清潔を保つことが大切です。



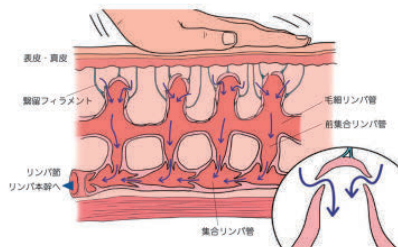
日常生活で気をつけること



日常生活で気をつけること



リンパドレナージ



リンパドレナージ



リンパドレナージの基本手順

①滞っているリンパ節の代わりに働いてくれる近くのリンパ節をまず「あげる」感じでドレナージをします。

②その末梢からリンパ管を通してより中枢のリンパ管にリンパ液を導きます。

専門的な手技ですので、セラピストから指導を受けて実施してください。

(例) 左わきのリンパ節を切除した場合

圧迫療法

圧迫しながらの運動

重要な合併症

蜂窩織炎やリンパ管炎などの炎症

- ・38度以上の高い熱が出る
- ・リンパ浮腫のある腕や足全体が赤い、ぼつぼつと赤い点ができている、熱をもつ、痛い

☆すぐに受診し、担当の医師に相談しましょう

☆リンパ浮腫ケアはお休みし安静にしましょう

☆保冷剤や冷たいタオルなどで患部を冷やしましょう

リンパ浮腫と付き合っていくために

リンパ浮腫や治療とうまく付き合っていくための工夫を患者さんと一緒に考えましょう。

リンパ浮腫を体験されている多くの方が、不安や気分が落ち込む、怖いなど心の変化を経験します。このような気持ちを抱くことは自然なことで、正常な心の反応です。

症状に気づく（観察）

リンパ浮腫の現れる時期には個人差があります（治療後すぐ～数年後）。初めは自覚症状があまりなく、気がつかないことがあります。そのため、腕や脚を見たり触って、左右を比べて観察することが大切です。症状に気づいたら、早めに医師や看護師に相談しましょう。

リンパ浮腫の状態を記録

観察した腕や脚の状態、太さ、体重を記録に残しておくと、症状を自分で管理したり診察のときに役立ちます。ただし、記録することが難しいときは無理をせず、ご家族や看護師に相談してください。

※別冊「かんたん日誌」をご活用ください

計測のポイント

腕・手のひらの測定ポイント

- 1 手のひら
- 2 手首
- 3 ヒジ下 5cm
- 4 ヒジ上 50cm

足・つま先の測定ポイント

- 1 足の甲
- 2 足関節
- 3 ヒザ下 5cm
- 4 ヒザ上 10cm
- 5 膝の付け根

※指の付け根に巻く手首までの長さ

※指の付け根に巻くつま先の長さ

IASMによる看護ケア①

必要な知識 の提供

- リンパ浮腫（患肢）の状態の観察
- 日常生活の注意点（個人の生活様式に合わせて）
- 感情表出を行う重要性
- 複合理学療法の必要性和効果的な方法

IASMによる看護ケア②

必要な技術 の提供

- リンパ浮腫の状態を伝える技術
- セルフドレナージの効果的な方法
- 日常生活の中での患肢の使い方の工夫

IASMによる看護ケア③

必要な 看護サポート

- 患者の能力を認める
- 行えていることを肯定的にフィードバック
- 改善点は認め共に喜ぶ
- 現在持っている苦悩を認め共感する
- できない部分は代償することを保証する

50歳代女性 C氏

40歳代で左乳房全摘術＋リンパ節郭清（詳細不詳）を受ける。術後1年経過した頃よりリンパ浮腫が出現し、スリーブを使用したのが皮膚トラブルあり継続できず何も対策はしていない。乳腺外科受診時に、リンパ浮腫外来でのケアを勧められ通院開始となった。

C氏のリンパ浮腫に対する認識

- 左手が動かしにくい
- 見苦しいので長袖しか着用できない（左腕を見られたくない）
- 傷が治りにくい
- 左腕が細くなったらいいなと思う

C氏が行っていたこと

- セルフケアは特にやっていない（仕事が忙しい）
- どうしたらいいかわからない
- 仕事が大切

28

C氏へのIASMによる看護ケア①

必要な知識 の提供

- リンパ浮腫のメカニズム
- 患肢の状態の観察方法：血管の見え方、皮膚の硬さ 等
- 複合的治療の必要性

C氏へのIASMによる看護ケア②

必要な技術 の提供

- リンパ浮腫の状態（改善しているor悪化しているor変わらない）を観察し伝える技術
- セルフドレナージの技術

C氏へのIASMによる看護ケア③

必要な 看護サポート

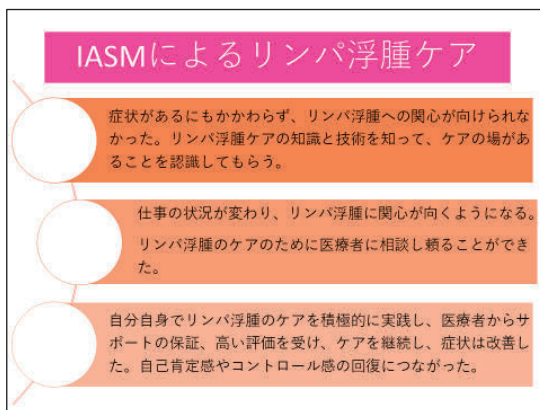
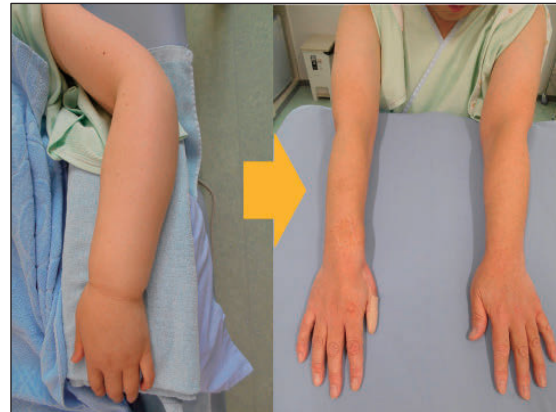
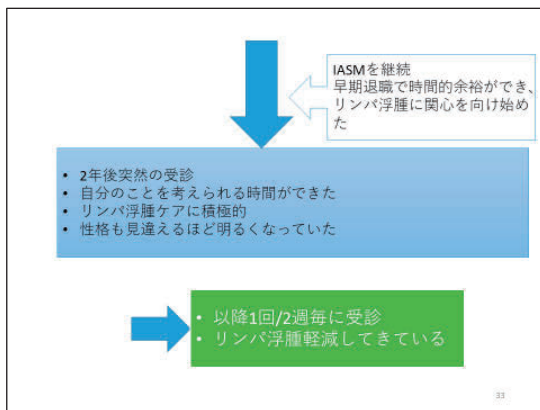
- 患者の能力を認める
- 行えていることを肯定的にフィードバック
- 改善点は認め共に喜ぶ
- できない部分は代償することを保証する
- 患者の関心を寄せること（仕事）の話の聞き苦勞をねぎらう

- C氏のセルフケア行動に変化が見られず、セルフケア能力も上昇がみられなかった

IASMによる看護介入をしたが、仕事で受診できないことが続いた。

- 半年に1回の受診
- 「マッサージは全然やっていないです。肩回しは時々しますが、腹式呼吸はやっていないですね。」
- 「仲のいい人にも病気のことを言っていないので...自分が病気のことを受け入れられていないんでしょうね。」

32



VI. 2016～2019 年度の研究成果

1. 研究論文

- ①中野宏恵, 内布敦子 (2017) . がん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. 兵庫県立大学看護学部・地域ケア開発研究所紀要. 24, 139-150.
- ②西谷葉子, 湯浅幸代子, 細見裕久子, 北山奈央子, 磯元淳子, 中野宏恵, 内布敦子 (2017) . 分子標的薬による皮膚障害の症状マネジメントの実態. 兵庫県立大学看護学部・地域ケア開発研究所紀要. 24, 93-103.
- ③菊田美穂, 方尾志津, 安達美樹, 大内紗也子, 脇口優希, 中野宏恵, 内布敦子 (2017) . 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. 日本がん看護学会誌. 31, 155-164.
- ④江藤美和子, 吉野葵, 周治規子, 中野宏恵, 永山博美, 福田正道, 内布敦子 (2020) . がん化学療法中の排便障害と日常生活への影響. 兵庫県立大学看護学部・地域ケア開発研究所紀要. 27, 65-75. *資料あり
- ⑤相原由花, 内布敦子 (2020) . 日本語版 Nyberg Caring Assessment Scale (日本語版 CAS) の信頼性と妥当性の検討. 兵庫県立大学看護学部・地域ケア開発研究所紀要. 27, 39-48. *資料あり
- ⑥杉江礼子, 吉岡とも子, 井沢知子, 日下咲, 吉本歩, 中野宏恵, 内布敦子. がん治療に関連した続発性リンパ浮腫を発症し、複合的治療を受けている患者の症状マネジメントに関する観察研究. 日本がん看護学会誌 (投稿中) .

2. 著書

- ①北川善子, 福井由紀子, 福田正道, 中野宏恵, 江藤美和子, 吉野葵, 伊賀規子, 西村美穂, 一上由華, 内布敦子 (2020) . 放射線治療による下痢のケア. 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の開発研究班 (ISBN978-4-908299-05-6) .

3. 学会発表

- ①西谷葉子, 湯浅幸代子, 細見裕久子, 北山奈央子, 磯元淳子, 中野宏恵, 内布敦子. 分子標的薬による皮膚障害の症状マネジメントの実態調査. 第 54 回日本癌治療学会学術集会. 2016 年 10 月 (神奈川)
- ②吉野葵, 江藤美和子, 周治規子, 福井由紀子, 中野宏恵, 永山博美, 内布敦子 (2016) . がん化学療法中の排便障害による日常生活への栄養とその対処. 第 36 回日本看護科学学会学術集会. 2016 年 12 月 (東京)
- ③脇口優希, 菊田美穂, 方尾志津, 安達美樹, 中野宏恵, 内布敦子. 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. 第 3 回日本サポर्टィブケア学会学術集会. 2018 年 8 月 (福岡)
- ④Nakano H., Uchinuno A., Matsuoka J., Kizawa Y., Fukuda M., Wakiguchi Y. Physician recognition of concepts of care and their caring activities while performing symptom management on cancer patients: Qualitative findings. 22nd East Asian Forum of

Nursing Scholars (EAFONS). 1G18. 2019 年 1 月 (Singapore)

- ⑤吉野葵, 北川善子, 西村美穂, 一上由華, 伊賀規子, 江藤美和子, 福井由紀子, 中野宏恵, 福田正道, 内布敦子. がん放射線治療中の排便障害の症状マネジメントの実態調査. 緩和・支持・心のケア 合同学術大会 2020 (演題登録中) *資料あり
- ⑥湯浅幸代子, 太白公乃, 中野宏恵, 西谷葉子, 北山奈央子, 磯元淳子, 内布敦子. EGFR 阻害剤の皮膚症状マネジメントについて IASM 看護介入によりセルフケア能力向上に有効であった 4 症例. 緩和・支持・心のケア 合同学術大会 2020 (演題登録中) *資料あり

4. その他

- ①内布敦子, 川崎優子, 他 (2017) . 平成 28 年度 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) 活動報告書.
- ②内布敦子, 川崎優子, 他 (2019) . 平成 29-30 年度 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) 活動報告書.
- ③北川善子, 福井由紀子, 福田正道, 中野宏恵, 江藤美和子, 吉野葵, 伊賀規子, 西村美穂, 一上由華, 内布敦子 (2020) . 放射線治療による下痢のケア かんたん日誌. 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の開発研究班.

資 料

がん化学療法中の排便障害と日常生活への影響

江藤 美和子¹⁾ 吉野 葵²⁾ 周治 規子³⁾ 中野 宏恵⁴⁾
永山 博美⁵⁾ 福田 正道⁶⁾ 内布 敦子⁶⁾

要 旨

【目的】

がん化学療法中の排便障害の実態と日常生活上への影響を明らかにする。

【方法】

排便障害を有する外来化学療法中のがん患者23名（便秘19名，下痢4名）を対象に，自記式質問紙で基礎情報，および半構造化面接法で便の性状や回数，程度，出現時期，生活への影響と対処を収集し，カテゴリー化をして内容を分析した。

【結果】

対象者の症状は，CTCAEのGrade1が18名，Grade2が3名，Grade3が1名であった。対象者の多くが軽度の症状であるにもかかわらず，14名は症状に苦痛や諦めを感じ，うち2名が生活上の困難を抱えていた。対象者は個々の認識や習慣に基づいて薬剤，食事，生活上の工夫で自己にて対処していた。強い症状の場合でも，羞恥心を伴うために医療者に伝えずに対処する対象者もいた。

【結論】

症状の程度に差はあるが患者は排便障害を体験しており，その対処の多くは自らの経験に基づいたもので多様であったこと，そして，かなり症状が重くても医療者に相談することが少なく，排便障害による苦痛は羞恥心を伴い，誰に相談してよいか分からないという思いを持っていることも明らかになった。患者のもつセルフケア能力を活かしながら，重症化する前に排便障害に備えられるよう個々の思いやこれまでの生活習慣にも配慮して関わる必要がある。

キーワード：排便障害，がん化学療法，症状体験

-
- 1) ベルランド総合病院看護部
 - 2) 市立池田病院看護部
 - 3) 草津総合病院看護部
 - 4) 兵庫県立大学大学院看護学研究科 博士後期課程 治療看護学専攻
 - 5) 立命館大学 客員研究員
 - 6) 兵庫県立大学看護学部 治療看護学

I. はじめに

がん化学療法の有害事象の一つである排便障害は多くのがん患者が体験する症状である。また、排便障害はがん化学療法とは関係なく、日常生活においてしばしば体験する症状でもあり、従来からの排泄パターンや生活習慣などが大きく関与するため、症状が軽度であってもQuality of life（以下QOLと記す）への影響は大きく、患者は身体的・精神的な苦痛を感じながら生活をしている（武居ら，2008）。

がん患者が体験する排便障害の主な原因として、腫瘍の浸潤による腸閉塞、脊髄圧迫による腸管麻痺、疾患の進行による脱水や活動低下、排便習慣の変化、がん治療や症状緩和に使用する薬剤の影響があげられる（Wooleryら，2008）。

抗がん剤による排便障害の発生頻度や程度については、排便障害の有無や有害事象共通用語規準（Common Terminology Criteria for Adverse Events：CTCAE、以下CTCAEと記す）に基づく調査により明らかにされてきている（吉野ら，2011，荒尾ら，2010）。しかし、詳細な排便障害の状況や生活への影響に関する報告はない。また、排便障害の出現頻度や程度は低いと報告されている薬剤の使用時や、消化器がん以外のがん患者が排便障害を有している可能性があるが、この領域における研究は未だ少なく実態は十分に明らかにされていない。

本研究では、がん化学療法中の患者の排便障害の実態を明らかにすることを目的とする。がん化学療法中の患者がどのような排便障害を体験し、患者の生活にどのように影響しているかについて明らかにすることで、必要な看護援助についての示唆をもたらし、患者のQOL向上の一助となると考える。

II. 文献検討

1. 抗がん剤治療中のがん患者が抱える排便障害

排便障害はがん患者に多くみられる症状のひとつである。器質的な排便障害の原因としては大腸がんとその手術による影響が挙げられるが（日本大腸肛門病学会，2019）、抗がん剤治療中に起こる下痢は抗がん剤による消化管の副交感神経刺激により投与中から直後に出現す

るコリン作動性の下痢と、抗がん剤やその代謝産物によって引き起こされる粘膜障害により遅発性に発症する下痢に分類される。下痢の頻度の高い薬剤としては、フッ化ピリミジン系薬剤、CPT-11、シスプラチン、エトポシド等があげられる（長瀬，2018）。

また便秘は、手術や化学療法といった治療や、併用薬剤、食事、身体活動等の状況に起因し、多くの患者に影響を与えている。抗がん剤治療中であると、経口摂取の減少、運動量の低下により便秘傾向が強くなる。また、制吐目的で投与される5-HT₃受容体拮抗薬は便秘の副作用を有する（長瀬，2018）。木村ら（2007）は、がん化学療法で5-HT₃受容体拮抗薬が投与された患者は、投与されなかった場合に比べて高い頻度で便秘の訴えがあったと報告している。さらに、5-HT₃受容体拮抗薬の使用だけでなく、精神的・身体的ストレスによる食事摂取量の低下が便秘の出現に相関していることも明らかにした。しかし、本邦において5-HT₃受容体拮抗薬による便秘を対象にした報告はほとんどなく、医療者の便秘に対する認識の低さが指摘されている（村上ら，2007）。

特定の薬剤やがんに限定した場合の排便障害の発生率に関する報告はいくつか存在する。エピルビシン・シクロフォスファミド（EC）療法を受けた乳がん患者の排便障害の発生率は、施設によって結果に差はあるが（鍋田ら，2009，伊藤ら，2009）、便秘は24%と88.9%、下痢が22.8%と12%となっており、便秘が高い確率で発症していることが報告されている。また、排便障害の程度はCTCAEでGrade2以上の便秘は6.2%、下痢は1.6%、Grade3以上は便秘16%、下痢は5%（斎村ら，2012）と比較的軽度の症状であることが報告されている。

症状の程度が軽度なため、臨床においても医療者が過小評価する傾向がある。また、排便障害に関する問題として、「多くの患者が自分で対処しがちで、医療者にそれを話そうとしないことである」（Eatonら／鈴木ら訳，2013）と指摘されるように、医療者が排便障害を十分に把握していないことがあげられる。

しかし、抗がん剤投与日の排便障害の発生率は、便秘24～29%、下痢6～12%であったが、在宅での副作用状況を記載した日誌を確認すると、便秘は63～77%、下痢は22～25%の確率で発生していたという報告がある（鍋

田ら, 2009b). 医療者は、患者の排便障害が高確率で起こっていることを認識し、またその体験を理解しながら対処することが求められる。

2. 排便障害のマネジメント

便秘のマネジメントは、緩下剤や刺激性下剤の服用等薬物療法による介入と、水分摂取や腸管運動を促進する非薬物療法による介入が行われる。特に結腸通過時間の遅延が生じる抗がん剤の際は、患者に対して便秘を予測した予防的対処を行うことが推奨されている。しかし、便秘に関する既存の研究は、慢性便秘を有する非がん患者を対象にしたものが多く、がん患者も一般的な便秘の対処方法を自己で行っているのが現状であり、その実態も明らかではない。

下痢のマネジメントは、腸管運動抑制剤、収斂剤、消化管用吸着剤、殺菌薬、乳酸菌製剤等の止痢薬を用いる介入と、温罨法や食事の工夫等の非薬物療法による介入がある。また、下痢を起こす代表的な抗がん薬であるイリノテカンについては、近年Uridine diphosphate glucuronosyltransferase 1A1（以下UGT1A1と記す）遺伝子多型と副作用発現の相関が報告され、副作用の予測因子として臨床で使用されている。

総じて、排便のマネジメントは個々の主観や従来の排便パターン、生活習慣等が関与し、患者は排便の状態から独自に対処しているのが現状である。

3. 排便障害を抱える患者への看護支援に関する研究

排便障害を抱える患者への看護支援に関する研究は、慢性の便秘を抱える患者を対象にしたもの（田中ら, 2014）が多い。がん化学療法を受けている患者を対象にした研究として、外来でイリノテカンをうける大腸がん患者の排便マネジメントの実態調査が報告されている（平山, 2016）。患者は便失禁に対する不安や辛い思いを抱えながら治療経験を重ねる中で、食生活への配慮など対処方法を獲得しており、外来における看護としては、セルフマネジメント方略の紹介、下痢の状況の把握と薬剤の内服状況の確認が必要であることが示唆されていた（平山, 2016）。がん化学療法を受けている患者の便秘対策として緩下剤の処方が一般的であるが、便秘が

出現し緩下剤の処方を受けた患者のうち18%が改善されていないという報告や、例えば便秘についてのケアは臨床でよく行われる看護実践であるが、その効果が特定されないこと、看護実践における検証が十分でないことも指摘されている（木村ら, 2007, 佐々木ら, 2009）。

看護師は排便障害の要因として、環境の変化、活動量の低下等を考えるが、選択されたケアは緩下剤の投与が多く、要因と合致していない状況も報告されており（市川ら, 2008）、この分野の更なる研究と実践の発展が必要である。

Ⅲ. 方 法

1. 対象

外来がん化学療法を行っている医療機関において以下の基準を満たし、研究者が研究の主旨を説明して承諾が得られた者とした。参加者のリクルートは、担当医や外来看護師長が該当する患者に声をかけ、研究者に紹介するという方法をとった。

インタビューはプライバシーが確保できる状況で、対象者の身体的・精神的負担に配慮して日時を設定し、所要時間は30分程度とした。

- 1) 外来通院でがん化学療法を受けている患者
- 2) 排便困難が生じている、または普段の排便習慣から変化を感じている患者
- 3) 20歳以上の患者
- 4) 言語的コミュニケーションが可能で記名力、認知、記憶に障害がない患者

2. 調査方法

2013年9月から2014年4月に、自記式質問紙調査票を用いて年齢、性別、病名、ステージ、既往歴、治療薬剤、投与方法・量、治療開始日などの基本情報を収集した。また、インタビューガイドを用いた半構造化面接法を実施し、症状の種類、程度、出現する時期、および便の性状や排便回数と、排便障害が日常生活に及ぼす影響と対処について情報を収集した。同意が得られた場合にはICレコーダーで録音を行った。

表1. CTCAE v.4.0

	Grade 1	Grade 2	Grade 3	Grade 4	Grade 5
便秘	不定期または間欠的な症状；便軟化剤/緩下剤/食事の工夫/浣腸を不定期に使用	緩下剤または浣腸の定期的使用を要する持続的症狀；身の回り以外の日常生活動作の制限	排便を要する頑固な便秘；身の回りの日常生活動作の制限	生命を脅かす；緊急処置を要する	死亡
下痢	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	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	ベースラインと比べて7回/日以上排便回数増加；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が高度増加；身の回りの日常生活動作の制限	生命を脅かす；緊急処置を要する	死亡

3. 分析方法

録音データから逐語録を作成し、自記式質問紙調査票で得られたデータと統合し記述データとした。対象者毎にデータを排便障害の症状の体験と対処、出現している排便障害の状態に分類して整理し、排便障害の程度や便の性状については、CTCAEv.4.0（表1）およびブリストル便形状スケールを用いてグレードを評価した。また、疾患毎、使用薬剤毎、症状（下痢・便秘）毎に排便障害の実態を整理し、一覧表を作成して傾向を捉えた。

IV. 倫理的配慮

本研究は、研究者が所属する大学の倫理委員会の承認（教員11）および研究協力施設の倫理委員会による承認（2013-021, 3252）を得て実施した。研究への参加を希望した患者に依頼書を用いて研究の目的や方法、調査内容は個人が特定できないように個人情報に留意し研究目的以外で使用しないこと、研究終了後にはデータは破棄することを説明した。

V. 結 果

1. 対象者の概要

対象者の概要は表2のとおりである。対象者数は23名で、男性8名、女性15名、平均年齢は 67.6 ± 10.7 歳であった。対象者の疾患は乳がんが8名で最も多く、次いで大腸がん7名、胆管がん3名、肺がん2名など様々で、いずれの対象者も便秘あるいは下痢の症状があった。

対象者のうち便秘を発症している患者は19名で、男性5名、女性14名であった。疾患別では乳がん8名、大腸がん4名、胆管がん3名、肺がん2名、卵巣がん1名、非ホジキンリンパ腫1名であった。レジメンは15種類とばらついていた。支持療法を受けている患者は19名中14名で、そのうち5-HT3受容体拮抗薬を使用している患者が12名と最も多く、デキサメタゾン10名、アプレピタント6名、抗ヒスタミン3名、NSAIDsが1名であった。下痢を発症している患者は4名で、男性3名、女性1名であった。疾患別では大腸がん3名、胃がん1名であった。レジメンは3種類であり、そのうち2種類のレジメンでCPT-11が使用されていた。3名の対象者が支持療法を受けており、使用薬剤は5-HT3受容体拮抗薬が3名、デキサメタゾン2名、抗ヒスタミンが1名であった。

2. 症状の特徴

便秘を発症した患者の排便障害の程度は、CTCAEでGrade 1が15名、Grade 2が3名、Grade 3が1名であり、障害の程度が軽い傾向がみられた。便の性状はブリストルスケールで「①コロコロ便」と答えた患者が10名と最も多く、「④普通便」と答えた1名を除き、ほぼ全ての患者が「便が硬い」と答えた。便秘の時期については、常に便秘である患者を除くと、当日から2日目に症状が出現する患者が5名と最も多く、その他の患者は投与当日から7日目以内に症状が出現していた。

一方、下痢を発症した患者は、排便障害の程度はCTCAEでGrade 1が3名、Grade 2が1名であり、下痢においても障害の程度が軽い傾向にあった。下痢の時期に

表2. 対象者の概要

患者	年齢	性別	病名	レジメン	治療薬剤	支持療法	化学療法 実施期間	排便障害	程度 (Grade)
1	49	女性	左浸潤性 乳管がん	FEC	エビルピシン シクロホスファミド 5FU	アプレピタント 5-HT3受容体拮抗薬	3ヶ月	便秘	1
2	64	女性	右浸潤性 乳管がん	FEC	エビルピシン シクロホスファミド 5FU	アプレピタント 5-HT3受容体拮抗薬	6ヶ月	便秘	1
3	65	女性	右浸潤性 乳管がん	FEC	エビルピシン シクロホスファミド 5FU	アプレピタント 5-HT3受容体拮抗薬	3ヶ月	便秘	1
4	65	女性	左浸潤性 乳管がん	FEC100	エビルピシン シクロホスファミド	アプレピタント 5-HT3受容体拮抗薬 デキサメタゾン	2ヶ月	便秘	1
5	65	女性	両側浸潤性 乳管がん 左腋窩リンパ節転移	EC90療法 (NAC) イメンド併用	エビルピシン シクロホスファミド	アプレピタント 5-HT3受容体拮抗薬 デキサメタゾン	1年1ヶ月	便秘	1
6	79	女性	右浸潤性 乳管がん 縦隔リンパ節転移	VNR単剤	ビノレルピン	デキサメタゾン	4ヶ月	便秘	2
7	79	女性	左浸潤性 乳管がん	VNR単剤	ビノレルピン		3ヶ月	便秘	1
8	78	女性	左浸潤性 乳管がん 左腋窩リンパ節転移 多発骨転移	AVA/PTX/ゾメタ	パクリタキセル	5-HT3受容体拮抗薬 デキサメタゾン H2受容体拮抗薬 抗ヒスタミン 骨吸収抑制剤	1年6ヶ月	便秘	1
9	75	女性	大腸がん 肺転移 肝転移 リンパ節転移	CPT-11 /VECTIBIX	パニツムマブ CPT-11	5-HT3受容体拮抗薬 デキサメタゾン	2年7ヶ月	便秘	1
10	64	男性	直腸がん 肺転移 リンパ節転移	CPT-11 /VECTIBIX	パニツムマブ CPT-11	5-HT3受容体拮抗薬 デキサメタゾン	1年2ヶ月	下痢	2
11	79	男性	大腸がん 左半結腸 切除術	FOLFIRI/AVA	ベバシズマブ CPT-11 レボホリナート	5-HT3受容体拮抗薬 デキサメタゾン	6ヶ月	下痢	1
12	61	女性	S状結腸がん	FOLFIRI/AVA	ベバシズマブ CPT-11 レボホリナート シクロホスファミド	5-HT3受容体拮抗薬 デキサメタゾン 抗ヒスタミン	1年7ヶ月	下痢	1
13	59	男性	直腸がん 肝転移	FOLFOX/ERBITUX	セツキシマブ オキサリプラチン レボホリナート 5-FU	5-HT3受容体拮抗薬 デキサメタゾン H2受容体拮抗薬 抗ヒスタミン	5ヶ月	便秘	1
14	73	女性	S状結腸がん 肺転移	IRIS	CPT-11 TS-1	5-HT3受容体拮抗薬 デキサメタゾン	3年3ヶ月	便秘	2
15	83	男性	横行結腸がん 術後肝転移	AVA/Xeloda	ベバシズマブ カベシタピン		1年	便秘	1
16	38	女性	非小細胞 肺がん	PC	パクリタキセル カルボプラチン ベバシズマブ		4ヶ月	便秘	1
17	68	男性	右中葉 肺がん	VP	ビノレルピン シスプラチン	アプレピタント デキサメタゾン 5-HT3受容体拮抗薬	1ヶ月	便秘	2
18	74	女性	胆管がん PD術後	GEM/CDDP ShortVersion	ゲムシタピン シスプラチン	5-HT3受容体拮抗薬 デキサメタゾン	1年3ヶ月	便秘	3
19	73	男性	胆管がん	GEMbiweekly	ゲムシタピン		11ヶ月	便秘	1
20	72	男性	胆管がん	GEM/CDDP	ゲムシタピン シスプラチン	5-HT3受容体拮抗薬 デキサメタゾン	7ヵ月	便秘	1
21	71	男性	胃がん 腹膜播種 腔浸潤	HX療法	カベシタピン トラスツズマブ		2ヶ月	下痢	1
22	53	女性	左卵巣がん	PC	カルボプラチン パクリタキセル	デキサメタゾン 5-HT3受容体拮抗薬	2週間	便秘	1
23	68	女性	NHL	R-Bendamustine	リツキシマブ ベンダムスチン	NSAIDS 抗ヒスタミン	4ヶ月	便秘	1

ついては、「投与に関わらず不定期」と答えた1名を除き、投与当日あるいは投与から2～3日目に症状が出現していた。

3. 症状への対処の特徴

患者は便秘または下痢の症状に対し、個々に何らかの対処を行っていた。便秘では「下剤を自己調節する」といった薬剤による対処をとっている患者が15名と最も多かった。その他の対処として、「便意がなくてもトイレに行く」「適度の運動をする」など日常生活上の工夫、「野菜やヨーグルトをよく摂る」「水分を多く摂る」などの食事面の工夫、またこれまでの経験から「自己にて摘便する」「何もせず待つ」という対処などがみられた。下痢では、「整腸剤の内服」という薬剤による対処、「食べると出るから食べないようにする」「水分や果物を採る」などの食事面での工夫、「外出する時はパットを使用する」といった日常生活上の工夫などがみられた。便秘または下痢の症状があるにも関わらず、全く対処行動がとれていないという患者はいなかった。

対象者は排便障害に対して「仕方がないと言いかせている」「困っていたときにアドバイスがもらえたら」「相談したいが次々に主治医が変わるのでできない」と語り、便秘や下痢に対して不快感や苦痛は感じていても、医療者に相談することが少なかった。

多くの患者は、これまでの化学療法中の排便障害に対して、まずは自分で何とかしようと対処方法を考えて個々に何らかの行動をし、成功体験や失敗体験を得ていた。そして、そのような個々に取り入れた対処方法で便秘または下痢の症状が緩和できたという成功体験を次の症状体験時に活かし、排便障害に対するマネジメントへと繋げている現状が今回の聞き取りから明らかになった。

4. 症状と対処への対象者の認識

排便障害の症状があることで日常生活上困難に感じている患者は23名中2名であり、便秘が1名（CTCAEでGrade 2）、下痢が1名（CTCAEでGrade 1）であった。ほとんどの患者は便秘または下痢の症状に対して日常生活上の困難感を持っていなかった。

日常生活上の困難感を持っていない患者は、「不快症

状が無い」、「体調は良い」と症状による苦痛を感じていない患者がいる一方で、「（排便時に）産みの苦しみを感じる」、「辛い」、「食欲が低下する」など排便障害による苦痛を感じている患者がいた。前述したように、患者は排便障害に対して個々に何らかの対処を講じており、症状による苦痛の有無に関わらず、自己で対処を行うことで「自分で調整できている」と考え、排便障害が自己でコントロールできる一時的な症状であり、日常生活において排便障害で困ることはないと認識していた。日常生活上の苦痛を感じていない患者の排便障害の程度は、便秘ではGrade 1がほとんどであり、下痢においてもGrade 1が2名、Grade 2が1名と、排便障害の程度は軽かった。しかし、便秘でGrade 3の患者が1名おり、何らかの介入が必要であると考えられる患者が含まれていた。

5. 医療者とのコミュニケーション

便秘では、15名の患者が治療の初回から数回の治療を受ける間に、便秘症状について医師に報告や相談を行っており、その結果、14名が下剤の処方、1名が生活上の指導を受けていた。下剤の処方を受けた患者のうち、内服量について医師や薬剤師に相談した患者が2名、薬を内服するタイミングについて看護師から指導を受けた患者が1名いたが、その他の患者は「指示通りに飲むと下痢をした」「他の対応策を見つけた」などの理由から医療者に相談することなく自己調節を行っていた。また、便秘症状への対処について、「水分をとるように言われたが量が分からなかった」、「自分なりに工夫しているがそれが合っているかどうかは分からない」と語る患者がいたが、実際に医療者へ相談を行った対象者はGrade 3の対象者1人のみであった。

一方、下痢は4名全員が症状について医師に相談しており、3名が下痢止めの処方を受けていた。そのうちGrade 1の2名は薬剤を自己調節しており、Grade 2の1名は「経験から対応をしているが医療者からの指導も取り入れながら調整している」と語り、必要時には医療者に相談を行っていた。また、薬剤の処方を受けていない1名に関しては受診時に症状の辛さを医師に相談していた。

Ⅵ. 考 察

1. がん化学療法による排便障害の症状と対処の特徴

McMillanら（2013）は、がん化学療法による排便障害の特徴として「抗がん剤やオピオイドなどの薬剤による排便障害は、身体機能に影響を及ぼすが、維持することは可能なレベルのものであった」と述べている。本研究においても、その多くは患者自身が日常生活の中で対処できる範囲の軽度から中程度のものであり、下痢を発症した患者は医師に相談し、何らかの支援を受けていたが、便秘を発症した患者が誰かに相談するということは少なかった。

患者は、それまでの個々の体験から症状のマネジメント方法を見出しており、便秘に関しては、セルフケアで対処できない状況（本研究においてはGrade3の患者）に至った場合に医療者に相談していた。患者は、排便障害の原因は抗がん剤によるものと認識はしているものの、事前に積極的な対処をとらず、また、便秘や下痢に対して不快感や苦痛を感じていても、医療者に相談することが少なかった。この点に関しては、排便障害が軽度の場合、従来からの対処法で解決する場合も多いことが予測され、その場合は医療者に相談したり、事前に何らかの対処を希望したり実施することは少ないと考えられる。また、排便障害は不快感や苦痛を伴う症状ではあるが、他の有害事象とは異なり、直接生命を脅かす症状ではないことも少なからず影響していると推測される。

2. がん化学療法使用薬剤の排便への影響

今回の調査では、支持療法として5-HT3受容体拮抗薬を使用している患者は23名中16名であり、うち13名が便秘を経験していた。上記薬剤はセロトニンの放出を抑制し、腹部迷走神経求心路末端への作用により腸管の蠕動運動を抑制する結果、便秘が出現する（荒尾，2010）。対象者23名中15名は女性であり、うち8名は乳がん患者で便秘を体験していた。上記患者のうち6名は5-HT3受容体拮抗薬を使用したため、便秘の要因と考えられる。今後、抗がん剤と同薬剤の投与サイクルとの関連が考えられ、症状の出現との関連を観察していく必要がある。

また、CPT-11を使用していた患者5名のうち3名が下

痢を経験していた。上記薬剤は下痢を起こしやすい代表的な抗がん剤であり、コリン作動と活性代謝産物SN-38による腸管粘膜障害を引き起こす薬剤として挙げられる（荒尾，2010）。投与後に生じる下痢に対しては、適切に止痢剤を使用するだけでなく、消化管に負担のかけない食事や水分の摂取方法や肛門周囲のケアについても患者に伝える必要がある。

今回の調査では、患者は軽度の便秘、下痢を経験し、自己の経験から対処を行っていたが、重篤化を防ぐため、前もって上記メカニズムから排便障害が起こり得ることを患者に伝え、早期に対処が受けられるように支援することが必要である。

3. がん化学療法使用薬剤以外の要因による排便への影響

今回の調査対象者23名中、65歳以上の高齢者は16名であった。加齢に伴う腸管運動に関与する神経の変化、運動量の減少や食事量の変化など生活環境の変化も便秘に関与したと考えられる（日本消化器病学会関連研究会、慢性便秘の診断・治療研究会，2017）。

また、調査対象者23名中女性15名であり、うち65歳以上の高齢者は10名であった。女性には元々便秘である場合が多く、さらに加齢で筋力が低下すると排便時のいきみが不足するため、抗がん剤治療前からの排便状況についてもアセスメントすることが必要である。

4. 排便障害への看護

排便障害は日常で体験されている症状であるが個別性が高く、文化的な背景や個々の排泄に対する認識、羞恥心などが関連していると考えられる（池田ら，2010）。また、その対処方法は多様であること、排便障害を有していても明らかな客観的サインに乏しく、対処が遅れがちになる要因が多い。本研究では、排便障害が重症化しないと医療者に伝えるという行動には至っていなかった。これらの結果から、看護師は、抗がん剤投与前から日常的な体験とは異なる排便障害が起こりうることを患者に説明し、認識をもってもらうことから始める必要があると考える。先行研究では、排便回数や便の性状、排泄パターンなどに関する日記を記載してもらうと、排便障害の改善がみられたという報告（野村ら，2014）や、

排便障害の程度について、医療者の評価よりも患者の症状体験の報告の方が相関が強く、信頼性も高かった（McMillanら、2013）。このことから、排便障害に関して、患者自身で排便をモニタリングし、結果を記録して、通常のパターンから逸脱がみられたときは医療者に相談するという一連の行動を取ることができれば、排便障害の重症化を予防することができるのではないかと考えられる。

排便障害は生命に直結する症状ではないことから、他の症状と比べて優先順位が低いことが考えられるため、患者とのコミュニケーションにおいて、他の症状から話を進めていき、排便障害の体験を引き出していくという柔軟さも場合によっては必要である。そして、これまで患者独自で行ってきた対処方法を尊重しながら、適切な観察や判断、対処法について伝えていくことが必要である。

VII. 今後の展望

排便障害はがん患者の多くが体験しており、適切に対処を行わなければ腹部の痛み、膨満感、悪心・嘔吐、食欲不振といった身体面への影響、および精神面への影響も起こり得る。しかし、排便障害の有無について確立されたスクリーニングはなく、患者からの積極的な報告がないと排便障害は見逃されてしまう可能性が高い。また、排泄は非常に個人的な行為であり羞恥心を伴うこと、普段の生活の中で営まれている習慣であることから、他者から支援を得ることや、支援をふまえて習慣を変更することは容易ではない。看護師はそのような患者の心情や背景に配慮しつつ、症状の重症化を予防するために患者の主観的な症状体験について傾聴を行っている必要がある。

特に進行がん患者の場合は、抗がん剤のみならず多様な排便障害の要因を考慮する必要があるため、症状の原因や程度、生活への影響などを包括的にアセスメントし、緩下剤の服薬指導、体調と状態に応じた食事・水分摂取に関する支援、生活上の工夫や注意などを伝えていく必要がある。患者のセルフケア能力に働きかけ、出来る範囲で日常生活における活動を維持しながら、適切に水分と食事を摂取することで、治療中であっても普段の

排便パターンに近づけることが可能ではないかと考える。

VIII. 本研究の限界と課題

本研究は、抗がん剤の種類や疾患に関わらず、抗がん剤治療を受けているがん患者の排便障害の実態を全般的に調査した。そのため、今回の結果を一般化することは難しいが、排便障害の起こる要因は幅広く多様であり、そのための看護のニーズも高いと考えられる。今後は排便障害の出現頻度の高い薬剤を使用する化学療法を受ける患者の症状体験に関する観察研究をさらに積み重ねることによって、より詳細な実態を捉え、看護に役立てたいと考える。

IX. 結 論

本研究は、これまでその詳細が明らかではなかったがん化学療法中の患者の排便障害の実態について調査を行い、その内容について検討を行った。その結果、症状の程度に差はあるが患者は排便障害を体験しており、その対処の多くは自らの経験に基づいたもので多様であったこと、そして、かなり症状が重くても医療者に相談することが少ないことが明らかになった。一方で、排便障害によって苦痛を感じているが誰に相談してよいかが分からないといった思いを持っていることも明らかになった。

患者の持つセルフケア能力を活かしながら、早めの対処の重要性について説明し、必要な場合は介入していくこと、そして日ごろから他の有害事象と併せて排便に関してコミュニケーションをとることは、様々な排便障害を経験しているがん化学療法を受ける患者への支援となると考える。

謝 辞

本研究は平成24年～27年度日本学術振興会科学研究費助成事業（基盤研究B、課題番号JP 24390494、研究代表者：内布敦子）の助成を受けて行った。

利益相反

利益相反該当事項なし.

文 献

- 荒尾晴恵, 田墨恵子 (2010) : 便秘・下痢, 荒尾晴恵ほか編, スキルアップがん化学療法看護 (第1版), 60-76, 日本看護協会出版会, 東京.
- Eaton, L.H., Tipton, J.M., Irwin, M. (2008) / 鈴木志津枝, 小松浩子監訳 (2013) : 便秘, がん看護PEPリソース (第1版), 医学書院, 東京.
- 平山憲吾 (2016) : 外来でイリノテカンを受ける大腸がん患者の排便マネジメントに関する調査, 看護総合科学研究会誌, 16(2), 3-15.
- 市川香史, 大島弓子, 門井貴子 (2008) : 看護師の便秘に対するケア選択の実態, 看護診断, 13(1), 28-37.
- 池田光穂 (2010) : 排除と排泄, 看護人類学入門 (第1版), 102-104, 文化書房博文社, 東京.
- 伊藤大輔, 森畑和代, 木村美智男, 他 (2009) : 乳がん術後補助化学療法のEC療法継続パクリタキセル療法における副作用解析, 日本病院薬剤師会雑誌, 45(9), 1213-1216.
- 木村美智男, 宇佐美英績, 安田忠司, 他 (2007) : がん化学療法における副作用の解析-5-HT3拮抗剤併用による便秘の発生について, 医療薬学, 33(10), 863-868.
- McMillan, S.C., Tofthagen, C., Small, B., et al (2013) : Trajectory of medication-induced constipation in patients with cancer, Oncology Nursing Forum, 40(3), E92-100.
- 鍋田いづみ, 浅倉侯子, 木村緑, 他 (2009a) : 乳腺外科領域の外来がん化学療法における有害事象情報と評価, 日病薬誌, 45(2), 230-234.
- 鍋田いづみ, 浅倉侯子, 木村緑, 他 (2009b) : 乳腺外科領域の外来がん化学療法における有害事象情報収集と評価, 日本病院薬剤師会雑誌, 45(2), 230-234.
- 長瀬通隆 (2018) : 副作用対策と支持療法, 日本臨床腫瘍学会編集. 東京, 南江堂, 719.
- 日本大腸肛門学会. 大腸・肛門の病気について. <http://www.coloproctology.gr.jp/aboutsickness/archives/16> 【Accessed 21/11/2019】
- 日本消化器病学会関連研究会, 慢性便秘の診断・治療研究会編 (2017) 慢性便秘症診療ガイドライン2017, 東京, 南江堂, 9-40.
- 野村香織, 林高弘, 牧原俊康, 他 (2014) : がん化学療法の副作用モニタリングにおける症状チェックシートの活用, 日本病院薬剤師会雑誌, 50(4), 473-477.
- 斎村道代, 阿南敬生, 光山昌珠, 他 (2012) : 炎症性乳癌に対するEpirubicin・Docetaxel (ET) 併用療法による術前化学療法の多施設共同試験, がんと化学療法39(7), 1075 - 1079.
- 佐々木真紀子, 滝内 隆子 (2009) : 便秘の看護の実践状況と今後の課題, 秋田大学大学院医学系研究科保健学専攻紀要, 17(2), 37-43.
- 武居明美, 福田佳美, 瀬田留加, 他 (2008) : 外来化学療法における副作用症状の特徴に基づいた看護支援の検討 副作用症状の自己記録ノートの実験, 群馬保健学紀要, 29, 11-20.

- 田中悠美, 渡邊順子, 篠崎恵美子 (2014) : 排泄障害のある在宅要介護高齢者に対する看護介入行動の実態と自然排泄移行の可能性に関する調査, 日本看護医療学会雑誌, 16(2), 29-39.
- 吉野真樹, 貝瀬真由美, 田中佳美, 他 (2011) : がん化学療法制吐剤適用時の有害事象調査, 医療薬学37(4), 225-231.
- Woolery, M., Bisanz, A., Lyons, H.F., et al (2008) : Putting Evidence Into Practice: Evidence-Based Interventions for the prevention and management of constipation in patients with cancer, Clinical Journal of Oncology Nursing, 12(2), 317-337.

Actual condition of defecation disorder during cancer chemotherapy and influence on dealing with daily life

ETO Miwako¹⁾, YOSHINO Aoi²⁾, SHUUJI Noriko³⁾, NAKANO Hiroe⁴⁾
NAGAYAMA Hiromi⁵⁾, FUKUDA Masamichi⁶⁾, UCHINUNO Atsuko⁶⁾

Abstract

[Purpose]

To clarify the actual condition of defecation disorder during cancer chemotherapy and how patients cope with it in daily life.

[Methods]

For 23 cancer patients who underwent outpatient chemotherapy with defecation disorder (19 with constipation, 4 with diarrhea), basic information was gathered by self-administered questionnaire, and the semi-structured interview method was used to gather data on defecation condition, frequency, extent and timing, impact on life and how it was coped with, then the data were categorized and the contents were analyzed.

[Results]

There were 18 subjects with symptoms of CTCAE Grade 1, 3 subjects with symptom of Grade 2 and 1 subject with symptom of Grade 3. Despite the fact that many of the subjects had mild symptoms, 14 subjects felt pain and resignation from the symptoms, and two of them had difficulties in daily life. Based on individual awareness and habits, subjects dealt with the problem themselves by drugs, meals, and lifestyle changes. Even in the case of a severe symptom, there were also subjects who still dealt with it themselves without consulting a health care provider due to the accompanying shame.

[Conclusion]

It is necessary to take into consideration individual needs so as to prepare for defecation disorder before it becomes severe, supporting self-coping performed by the patient.

Key words : Defecation disorder, Cancer chemotherapy, Symptom experience

1) Bell-land General Hospital Nursing Department

2) Ikeda City Hospital Nursing Department

3) Kusatsu General Hospital Nursing Department

4) Clinical Nursing, Doctoral Program, Graduate School of Nursing Art and Science, University of Hyogo

5) Visitor Researcher, Ritsumeikan University

6) Clinical Nursing, College of Nursing Art and Science, University of Hyogo

日本語版Nyberg Caring Assessment Scale（日本語版CAS）の 信頼性と妥当性の検討

相原 由花¹⁾ 内布 敦子²⁾

要 旨

【目的】

日本語版Nyberg Caring Assessment Scale（日本語版CAS）の信頼性と妥当性を検討した。

【方法】

看護を専門とする研究者2名で各々が翻訳した案の相違点について討議し、内容妥当性の検討を行い、日本語版CAS（案）を作成した。研究協力が得られた一般病院の病棟で働く5名の看護師を対象にプレテストを行った。対象者の意見をもとに表面妥当性の検討を行い、日本語版CASを作成した。便宜的標本抽出法により4つの一般病院に研究協力の同意を得た。合計400部を病棟で働く看護師に配布してもらい、145名より回答を得た（回収率36.2%）。そのうち回答に欠損がなかった137名（有効回答率34.2%）を分析の対象とした。質問紙は、対象者の基本情報のほか併存的妥当性を検討するための日本語版Caring Efficacy Scale（日本語版CES）を加えて構成した。分析にはSPSS ver. 22を用い、探索的因子分析、Cronbach's α 係数の算出、日本語版CESとの相関分析を行った。

【結果】

探索的因子分析により5つの因子が抽出された。その内容から第1因子は〈他者の成長に焦点を当ててケアを行う〉、第2因子は〈他者のニーズに敬意をもって対応する〉、第3因子は〈相手の状況を理解して深くかかわる〉、第4因子は〈ケアの構えをもつ〉、第5因子は〈他者に気持ちを表現する〉と命名した。尚、第5因子の下位尺度は「他者に前向きな気持ちも、後ろ向きの気持ちも表現している」の1項目のみであった。全体のCronbach's α 係数は0.916であり、第1因子～第4因子のCronbach's α 係数は、0.746～0.865であった。日本語版CASと日本語版CESとは有意な相関関係を示した（ $\rho = 0.624$ $p < 0.001$ ）。

【結論】

米国で開発されたケアリング特性を測定するCAS（20項目）の日本語版を作成し、信頼性と妥当性について検討した。抽出された各因子の下位尺度において内的整合性は確認され、また日本語版CESとの併存的妥当性も確認された。このことにより日本語版CASは一定の信頼性を得ることはできた。ただし、第5因子は1項目のみで構成され、またこの項目は他の項目との相関係数が低いいため、今後はこの1項目についてさらなる検討を行う必要がある。

キーワード：看護師、ケアリング、ケアリング特性、ケアリング尺度、尺度開発

1) 兵庫県立大学大学院看護研究科 博士後期課程 治療看護学専攻

2) 兵庫県立大学看護学部看護学科 実践基礎看護講座 治療看護学

I. 諸 言

ケアリングは看護の中心概念であり（筒井，1993），看護の本質である（Leininger, 1976）と言われている。Watson（1979）は，ケアリングは存在を起点として，愛や気遣いをもった姿勢，態度，意識，具体的な行動となって表れるものとした。またMontgomery（1995／1996）は，ケアリングは生き方であり，他者に対する自然な反応を示す態度であり，無関心や無感動とは対立的概念であるとしている。

ケアリング・マインドを持つことは看護職の基本であり，看護職がケアリングの専門家として成長していくためには，ケアリングを学問として学ぶことが必要である（安酸，2016）が，ケアリングは道徳的，精神的であり，また形而上的とも言われ，そのプロセスや概念を明らかにすることは難しい（Watson, 2012）。そのため，ケアリングをカリキュラムやプログラムに導入するには，科学的側面が必要であり，表面的には見えにくいケアリングの概念をケアリングの測定用具を用いて評価する必要性が唱えられている（内湯，2018）。教育や実践の中でケアリングやそれに基づく行動を評価する手立てを見つけることは，看護の科学的探究の中核をなすと言っても過言ではない。

これまで，ケアリングを評価する尺度の開発は，Larson（1984）が，Caring Assessment Report Evaluation Q-sort（CARE-Q）を開発して以来，複数の尺度が開発されてきた。Watson（2009）の著「Assessing and Measuring Caring in Nursing and Health Science 2th」には，CARE-Qを含む27のケアリング尺度が記載されている。その多くは看護師の具体的なケアリング行動を測定する尺度であり，あるいは看護師のケアリング行動に対する患者の評価を測定する尺度である。

間主観的な人間のかかわりの中で行われる看護の場面では，ケアへの関心や患者への尊敬の念など，看護師のケアリング行動を支えている主観的な人間的要素，態度，信念といったものが大きな影響を与えられ，それらを評価することも重要と考える。

ケアにおける人間的要素を測る尺度には，Nkongho（1990）が開発したCaring Ability Inventory（CAI）とNyberg（1990a）が開発したNyberg Caring Assessment

Scale（CAS）がある。CAIは，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尺度として開発され，Mayeroffの8つのケアリング指標のうち「知識」「忍耐」「勇気」が測定できるとされている（Watson, 2009）。この尺度は，「I believe that learning takes time」「I am able to like people even if they don't like me.」「I accept people just the way they are.」といった諸分野に通底する質問項目であり，看護師のみを対象にしたものではない。

一方CASは，Watson, Mayeroff, Noddinngs, Gautらの理論を基盤として，看護師が持つケアリングに関する主観的人間的要素（特性）に焦点を当てている。ケアリング特性とは，他者のニーズに共感し，他者の能力を信じて関わることを大切にする態度や信念の表れとして位置づけられている（Watson, 2009）。CASは1990年に開発されて以来，看護管理，看護教育の研究で使われてきた。Wade et al.（2008）は，CASの得点が高かった管理者の組織に所属する看護師は仕事に楽しみを感じていることを示し，またBrett et al.（2014）は，看護師が望む理想のケアと現実のケアの状況をCASで測ることによって，看護師が患者との愛情のある関わりを通して看護を実践する職場環境を望んでいる一方，現実にはそれらができないことに苦慮していることを明らかにした。さらにBagnall et al.（2018）は，CASを使用してケアリング教育の評価を行い，一定の効果を確認することができたことからケアリング教育の重要性を報告している。

このようにCASは，看護師が持つケアリングに関する主観的な人間的要素を測ることで，ケアリング行動の基盤となる看護師の態度や信念を看護師自身が意識化できているかを確認することができ，またそれらをも高めるための環境や教育の評価として使用することも可能と考える。これらのことからCASは，今後の看護教育や職場の風土づくりなどに新たな気づきを導くツールとして価値があるものとする。看護師特有の主観的，人間的要素や態度を測定する尺度は，CAS以外には開発されておらず，さらにCASはこれまで多言語版は開発されていない。そこで本研究では，日本語版CASを作成し，患者への直接的ケアを行う一般病院の病棟で働く看護師を対象に信頼性と妥当性の検討をする。

II. 研究方法

1. 日本語版CASの作成

1) 原版CASの使用許可の取得

原版CAS作成者であるNyberg J. の健康上の都合により、原版CASが掲載された「Assessing and Measuring Caring Nursing and Health Science」の著者であり、編集者でもあるWatson J. から代理で使用許可を得た。

2) 原版CASの日本語への翻訳（順翻訳）

米国留学経験を持つケアリングの研究者と、修士の学位を持ち長年看護師教育に携わってきた研究者の2名がそれぞれ原版CASを翻訳した。

3) 内容妥当性の検討

研究者2名で各々が翻訳した案の相違点について討議し、日本語版CAS（案）を作成した。

4) 英語を母国語とする翻訳専門家による英語への翻訳

英語を母国語とし日本語にも精通した翻訳専門家1名が、日本語版CAS（案）を英訳した。

5) 訳文内容の点検と確認

4) で英訳した日本語版CAS（案）の文化的、言語的要素について、研究者、看護専門家、翻訳専門家によって検討した。さらに質問として適切な形に修正し、日本語版CAS（案）の逆翻訳を作成した。逆翻訳を原版CAS作成者Nyberg J. の代理であるWatson J. に私書にて確認を取り、内容について了承を得た。

6) 表面的妥当性の検討

看護師が集まる勉強会の主催者に研究説明をし、参加者に研究説明する許可を得た。勉強会に参加している一般病院の病棟で働く看護師に自由意思で研究説明を聞いてもらった。その中から研究協力が得られた5名の看護師を対象にプレテストを行った。調査票に回答してもらい、日本語として理解できない、もしくは回答困難な質問があるかをアンケート調査にて表面的妥当性を確認した。理解できない質問もしくは回答困難な質問はなかったことから、日本語版CAS（案）を日本語版CASとした。

2. 日本語版CASの信頼性・妥当性の検討

1) 調査対象

本研究の対象者のフィールドは、業務の特殊性が影響しないように「一般病院」とし、さらに患者への直接ケアに携わることで、ケアについての認識や感覚の表現が可能と思われる「病棟で働く看護師」とした。年齢、性別、看護師経験年数等の除外基準は設けなかった。便宜的標本抽出法を用いて近畿・中部地方にある4つの病院の看護部長に研究協力依頼書を送付し、すべての病院で同意が得られた。各病院の看護部長に100部の調査票を送付し、患者に直接的ケアを行っている病棟の看護師に配布してもらうように依頼した。返送があったものを研究に同意したとみなし、本研究の調査対象とした。データ収集期間は2016年6月～8月末日とした。

2) 調査内容

(1) 基礎データシート

年代、性別、最終学歴、看護師経験年数、勤務施設、勤務している病棟の主な診療科、雇用形態、役職を質問した。

(2) 日本語版CAS

行動レベルではなく、ケアリングの主観的人間的要素に焦点を合わせ、Watson (1979) のヒューマンケアリングの特質を要素に含む看護師の態度や信念に関する自記式5段階のリッカート・スケールで測定する20項目で構成されている。本研究では、Assessing and Measuring Caring in Nursing and Health Science (2thed.) (Watson, 2009) に示されているactual scale（実践で使うことができない：1点 実践でまれに使っている：2点 実践で時々使っている：3点 実践でよく使っている：4点 実践でいつも使っている：5点）を使用した。20項目の合計点数が高いほどケアリング態度や信念への意識を強く持っていることを示し、原版CASのCronbach's α 係数は0.85～0.97であった (Nyberg, 1990b)。

(3) 日本語版Caring Efficacy Scale（以下、「日本語版CES」とする）

Coates (1997) によって開発されたCaring Efficacy

Scale (CES) は、社会心理学者Banduraの自己効力理論とWatsonのヒューマンケアリング理論を理論的基盤としている。ケアリングの方向性を示し、患者とのケアリング関係を築く能力に対する自信や効力感を測定する尺度である。この尺度は、30項目の合計点数によって評価する尺度として使用されており (Coates, 1997; Brathovde, 2017; Trowbridge et al., 2017; Schenk et al., 2018), 肯定的質問と否定的質問の割合が違うフォームAとフォームBが開発されている。最新版であるフォームBのCronbach's α 係数は0.88であった (Coates, 1997)。

CESは単なる行動の和ではなく、患者とのケアリング関係を中心としたプロセスを評価する尺度である。このことからCESは、ケアリング行動を支える看護師の態度や信念を評価するCASと相関すると想定できるため、本研究では、稲岡ら (2007) が開発した日本語版CESを使用して併存的妥当性を検討することとした。日本語版CESは、自記式6段階のリッカート・スケール (強くそう思わない: -3点 程々にそう思わない: -2点 少しそう思わない: -1点 少しそう思う: 1点 程々にそう思う: 2点 強くそう思う: 3点) で測定し、Cronbach's α 係数は0.833であったと報告されている (稲岡ら, 2007)。

3. 分析方法

日本語版CAS各項目の平均値と標準偏差から、天井効果と床効果を確認したのち、因子分析の標本妥当性を検討するため、Kaiser-Meyer-Olkin値 (以下、「KMO値」とする) を算出した。探索的因子分析 (因子負荷量0.3未満は削除) による因子抽出を行い、構成概念妥当性の検討を行った。次に1つの項目点数とその項目を除いた残りの項目の合計点数とのIR相関 (Item-Remainder correlation), 項目間の相関行列から Cronbach's α 係数を求め、内的整合性を検討した。併存的妥当性の検討については、日本語版CASと日本語版CESのそれぞれの合計点数を用いてSpearmanの順位相関係数を求めた。分析には、SPSS ver. 22を使用し、有意水準は5%とした。

4. 倫理的配慮

本研究は、兵庫県立大学看護学部・地域ケア開発研究

所倫理委員会の承認を得て行った。調査対象者に対して研究目的、研究方法、協力の任意性、プライバシーの保護、公開の方法、および協力の有無によって不利益を被らないことを文書で説明し、理解と協力を求めた。回答した調査票は密封した封筒で回収し、調査票の返送をもって研究協力への同意とみなした。

III. 結 果

1. 対象者の概要 (表1)

400名に質問紙を配布し、145名より回答を得た (回収率36.2%)。そのうち回答に欠損がなかった137名 (有効回答率34.2%) を分析の対象とした。対象者は、女性128名 (93.4%), 男性9名 (6.6%), 年齢は、20代51名 (37.2%), 30代50名 (36.5%), 40代24名 (17.5%), 50代以上12名 (8.8%) であった。最終学歴は、専門学校100名 (73.0%), 大学31名 (22.6%), 短大5名 (3.6%) で、大学院はいなかった。勤務している病棟の主な診療科は、内科44名 (32.1%), 外科24名 (17.5%), 緩和ケア科15名 (10.9%), 整形外科, 内科外科混合科各11名 (8.0%), 脳神経外科9名 (6.6%), ICU/CCU 8名 (5.8%), 泌尿器科6名 (4.4%), 耳鼻咽喉科3名 (2.2%), 小児科2名 (1.5%), 皮膚科, 眼科各1名 (0.7%) であった。看護師経験年数の平均は、11.3年で、1~5年未満が最も多かった。雇用形態は、134名 (97.8%) が正職員であり、124名 (90.5%) が役職を持たない一般看護師であった。

2. 項目分析 (表2)

各項目の点数分布を精査するために平均値と標準偏差 (SD) を算出した結果、平均値+SDは3.75~4.50 (<5), 平均値-SDは2.02~3.05 (>1) となり、除外基準となる天井効果や床効果を示す項目は認められなかった。標本妥当性を示すKMO値は0.896であった。20項目は正規分布を示したため、最尤法・プロマックス回転で因子分析を行った。

1) 構成概念妥当性の検討 (表2)

固有値1として探索的因子分析を行い、日本語版CASは5因子構造と判断した。因子負荷量0.3に満たないもの

表1. 対象者の属性 (n=137)

特性		人数	%
性別	女性	128	93.4
	男性	9	6.6
年代	20代	51	37.2
	30代	50	36.5
	40代	24	17.5
	50代以上	12	8.8
最終学歴	専門学校	100	73.0
	大学	31	22.6
	短大	5	3.6
	無回答	1	0.7
看護師 経験年数	1～5年未満	37	27.0
	5～10年未満	26	19.0
	10～15年未満	32	23.4
	15～20年未満	11	8.0
	20年以上	29	21.2
	無回答	2	1.6
勤務施設	公立病院	50	36.5
	大学附属病院	29	21.2
	私立病院	29	21.2
	独立行政法人国立病院機構	28	20.4
	無回答	1	0.7
勤務している 病棟の 主な診療科	内科	44	32.1
	外科	24	17.5
	緩和ケア科	15	10.9
	整形外科	11	8.0
	内科外科混合科	11	8.0
	脳神経外科	9	6.6
	ICU/CCU	8	5.8
	泌尿器科	6	4.4
	耳鼻咽喉科	3	2.2
	小児科	2	1.5
	皮膚科	1	0.7
	眼科	1	0.7
	無回答	2	1.5
雇用形態	正職員	134	97.8
	パート職員	1	0.7
	臨時職員	1	0.7
	無回答	1	0.7
役職	一般看護師	124	90.5
	管理職(師長・副師長含む)	13	9.5

は削除対象としたが、すべて>0.3であった。第1因子は〈他者の成長に焦点を当ててケアを行う〉、第2因子は〈他者のニーズに敬意をもって対応する〉、第3因子は〈相手の状況を理解して深くかかわる〉、第4因子は〈ケアの構えをもつ〉、第5因子は〈他者に気持ちを表現する〉と命名した。第5因子の下位尺度は、項目5「他者に対して前向きな気持ちも、後ろ向きの気持ちも表現している」のみであった。

また、第5因子を除く4因子間の相関係数は、0.536～0.633で中程度の正の相関を示したが、第5因子と他の因子間の相関係数は、0.149～0.232で有意な相関を示さなかった。

2) 内的整合性の検討 (表2)

尺度全体のCronbach's α 係数は、0.916であった。各因子のCronbach's α 係数は、第1因子：0.865、第2因子：0.846、第3因子：0.782、第4因子：0.746であった。

I-R相関係数は、0.287～0.712であった。I-R相関係数が低かった項目5 ($r=0.287$)、項目17 ($r=0.363$) を削除した場合のCronbach's α 係数は、それぞれ0.919、0.917で、全体のCronbach's α 係数0.916を上回った。

3) 併存的妥当性の検討

日本語版CASの20項目の合計点数と日本語版CESの30項目の合計点数との相関を、Spearmanの順位相関係数にて算出した。相関係数は $\rho = 0.624$ ($p < 0.001$) であり、統計的に有意な相関があることが示された。

表2. 日本語版CASの探索的因子分析（最尤法、プロマックス回転）と下位因子別の内的整合性（n=137）

尺度全体のCronbach's α 係数=0.916	第Ⅰ	第Ⅱ	第Ⅲ	第Ⅳ	第Ⅴ	平均	SD	I-R 相関	項目 削除 後の α
I. 他者の成長に焦点をあててケアを行う (Cronbach's α 係数=0.865)									
13. 目標を達成するような戦術を選択している	.852	-.021	.002	.011	.020	3.21	.835	.712	.909
15. 他者の成長を助けることに焦点を合わせている	.804	-.125	.027	.040	-.030	3.28	.830	.612	.911
16. 個人のニーズと成長のために時間をかけている	.749	.119	-.188	.209	-.195	3.27	.801	.654	.910
14. 状況要因に十分配慮している	.725	.162	-.009	-.062	.067	3.44	.766	.689	.910
12. 上手に技能や技術を実施している	.709	.061	-.020	-.054	.154	3.41	.801	.617	.911
6. 創造的に問題を解決している	.445	.103	.100	-.020	.150	2.89	.868	.573	.912
17. ケアする機会のために時間の余裕をもっている	.363	-.313	.191	.209	.016	3.00	.861	.363	.917
II. 他者のニーズに敬意をもって対応する (Cronbach's α 係数=0.846)									
1. 他者のニーズに対して深い敬意もっている	-.056	.806	.000	.056	-.010	3.53	.777	.583	.912
3. 他者のニーズに対して敏感であり続けている	.078	.730	.018	-.005	-.035	3.68	.774	.603	.912
4. 他者に対して助けとなり、信頼される態度で対応している	.263	.631	.089	-.131	-.011	3.81	.681	.674	.911
2. 他者にとっての希望をあきらめない	-.221	.604	.122	.282	-.018	3.54	.747	.549	.913
III. 相手の状況を理解して深くかかわる (Cronbach's α 係数=0.782)									
10. 人々にとってその状況がどのような意味をもつのか十分に理解している	.284	-.080	.717	-.008	-.111	3.50	.728	.709	.910
9. かかわっている人々にとって何がベストかということに基づいて決定している	.000	.072	.688	.075	-.082	3.78	.721	.630	.911
8. ルールを考慮する前に人との関係性を考慮している	-.191	.124	.584	.015	.163	3.54	.831	.464	.915
11. 人をよく知るために表面的なことを越えようとする	.221	.121	.458	-.112	-.027	3.00	.804	.573	.912
7. スピリチュアルな力が人間のケアに貢献することを理解している	.041	.194	.330	.040	.066	3.13	1.06	.514	.915
IV. ケアの構えをもつ (Cronbach's α 係数=0.746)									
20. 他者に目標を達成する潜在的能力があると信じている	.050	.082	-.030	.699	.116	3.44	.746	.599	.912
19. 注意深く聴いて、フィードバックを受け入れる姿勢でいる	.037	.104	-.019	.632	-.034	3.44	.716	.527	.913
18. 継続的に関係を持つことを覚悟している	.153	-.015	.115	.488	.009	3.43	.830	.570	.912
V. 他者に気持ちを表現する									
5. 他者に対して前向きな気持ちも、後ろ向きの気持ちも表現している	.078	-.040	-.001	.052	.983	3.31	.782	.287	.919

因子相関行列

	第Ⅰ因子	第Ⅱ因子	第Ⅲ因子	第Ⅳ因子	第Ⅴ因子
第Ⅰ因子	1.000	.537	.633	.536	.149
第Ⅱ因子	.537	1.000	.612	.555	.160
第Ⅲ因子	.633	.612	1.000	.572	.232
第Ⅳ因子	.536	.555	.572	1.000	.142
第Ⅴ因子	.149	.160	.232	.142	1.000

Ⅳ. 考 察

1. 調査対象の特性

看護関係統計資料集（日本看護協会出版会編，2018）によると，2015年における全国看護師の性別構成比は女性93.7%，男性 6.3%であり，年齢構成比は，20代 21.3%，30代 29.2%，40代 27.2%，50代以上 22.3%であった。一方，本研究対象者の性別構成比は，女性 93.4%，男性 6.6%であり，また年齢構成比は，20代 37.2%，30代 36.5%，40代 17.5%，50代以上 8.8%であったことから，本研究対象は比較的若い集団であると考えられる。

2. 日本語版CASの信頼性と妥当性について

5名の看護師によるプレテストにおいて，日本語版CASは回答者にとって難解な言葉はなく，質問の意味が十分理解できたことから表面的妥当性が確認された。また天井効果や床効果はなく，KMO値も0.896と高いことから因子分析の標本妥当性は十分であることが示された。

項目17「ケアする機会のために時間の余裕をもっている」は，I-R相関がやや低い値を示し，項目削除後のCronbach's α 係数が尺度全体の係数を若干上回った。これは看護師の業務量が増大し，ベッドサイドケアに十分な時間をかけられない（白鳥，清水，渡辺他 2009；笠原 2016；野上，尾藤，藤井 2016）という日本の看護の現状が影響していると思われる。

また項目5「他者に対して前向きな気持ちも，後ろ向きな気持ちも表現している」もI-R相関が低い値を示し，項目削除後のCronbach's α 係数が尺度全体の係数を若干上回った。さらに日本語版CASは5因子構造であると判断されたが，第5因子の下位尺度は項目5のみであった。原版CASを用いて241名の看護師を対象に現実と理想の看護を比較調査したBrett（2014）も，項目5のみ有意差がみられず（ $p=0.121$ ），重要な項目ではなかったと言及している。項目5の原文は，“Expressing positive and negative feeling.”であり，1979年にWatsonが発表した10のケア因子（Original Carative Factors）の中の一つであると思われ，これをもとに1990年に原版CASが開発されたと考えられる。Watsonは，2012年にこの

因子を“Allowing for expression of feelings；authentically listening and holding another person's story for them”と改訂しており（Watson 2012），“患者”の感情表出を看護師が許容することを示しているが，これまでの研究では原文修正をしないまま検定が実施されているため，本研究では検定を行った先行文献の解釈を採用している。本来なら，Watsonの解釈のとおり「肯定的感情も否定的感情も表現することを許容する」というニュアンスに変更するのが適切ということが考えられる。

Nyberg（1990b）は，ケアリングを「人への関心から始まり，知識を通して，人が存在すること，成長することを援助する感情を持ち，コミットメントに発展する」ことと定義しており，第1～第4因子名〈他者の成長に焦点をあててケアを行う〉〈他者のニーズに敬意をもって対応する〉〈相手の状況を理解して深くかわる〉〈ケアの構えをもつ〉は，質的にもNybergのケアリング特性を表していると考えられる。しかし第5因子名〈他者に気持ちを表現する〉は，Nybergが示す患者中心の態度や信念とは言えない。これらのことから第5因子を構成する項目5については，原版CASの開発者に相談の上，さらなる検討が必要と考える。

尺度全体のCronbach's α 係数は0.916，第5因子を除く各因子のCronbach's α 係数は0.746～0.865であった。質問紙による心理尺度のCronbach's α 係数は0.7以上が望ましい（竹内，水本 2014）とされていることから，日本語版CASのCronbach's α 係数は，信頼性を示す十分な値であったと言える。さらに第5因子を除く因子間の相関関係も中程度の正の相関を示したことから，日本語CASは一定の信頼性を確保していると考えられる。

3. 併存的妥当性の検討

日本語版CASの合計点数と，日本語版CESの合計点数には有意な相関が見られ（ $p=0.624$ $p<0.001$ ），併存的妥当性が確認された。ケアリングの効力感が高いものは，ケアリングの態度や信念においても高い点数を示していた。日本語版CESの基盤となる理論を提示しているBandura（1971）によると，「人間は認知を媒介として主体性に行動を起こすことによって効力感が高まる」としている。CASによって評価される看護師の態度や信

念もまた認知によって支えられており、CESとCASの得点が相関することは理論的に納得のいく現象であると思われ、併存妥当性は確認できたと考える。

V. 限界と課題

日本語版CASは、一定の信頼性を得ることはできたが、項目5に関して開発者と検討し、妥当性についてさらなる検証をする必要があると考える。

また、本研究は便宜的標本抽出法を用いたため、母集団の特徴を反映したものとは言えない可能性がある。さらに本研究では一般病院の病棟で働く看護師を対象にしたが、結果的に精神科、婦人科等で働く看護師は含まれておらず、回収率（36.2%）も低いことから、調査結果に偏りを生じた可能性もある。今後は、配布方法や回収方法を工夫し、幅広い対象に対して行うことを考えていく。

VI. 結 論

米国で開発されたケアリング特性を測定するCAS（20

項目）の日本語版を作成し、信頼性と妥当性について検討した。5因子が抽出されたが、第5因子の下位尺度は1項目だけであった。しかし尺度全体、および第5因子を除く他の4因子の各下位尺度において内的整合性は確認され、日本語版CASは一定の信頼性を得ることはできた。また日本語版CESとの併存的妥当性も確認された。今後は1項目の再検討を行い、妥当性についてさらなる検証を行う必要がある。

謝 辞

本研究を実施するにあたり、質問紙調査の依頼をご快諾いただきました研究協力施設の看護管理者、ならびに看護師の皆様に心より感謝申し上げます。尚、本研究は平成28年～31年度 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、研究代表者：内布敦子）の助成を受けて行った。

利益相反

本研究における利益相反は存在しない。

文 献

- Bagnall, L.A., Taliaferro, D., Underdahl, L. (2018). Nursing Students, Caring Attributes, and Opportunities for Educators. *International Journal for Human Caring*, 22(3), 126-135.
- Bandura, A. (1971) *Social Learning Theory*, Genaral Learning. (原野広太郎・福島脩美 訳)『人間行動の形成と自己制御—新しい社会的学習理論—』. 東京: 金子書房. (1974).
- Brathovde, A. (2017). Teaching Nurses Reiki Energy Therapy for Self-Care, *International Journal for Human Caring*, 21(1), 20-25.
- Brett, A.L., Branstetter, J.E., Wagner, P. (2014). Nurse Educators' Perceptions of Caring Attributes in Current and Ideal Work Environments, *Nursing Education Perspectives*, 35(6), 360-366.
- Coates, C.J. (1997). The Caring Efficacy Scale: nurses' self-reports of caring in practice settings, *Adv Pract Nurs Q*, 3 (1), 53-59.
- 稲岡文昭 (2007). 看護実践能力を育成するヒューマンケアリングカリキュラムモデルの構築: 第Ⅲ章日本赤十字学園傘下にある看護大学生の卒業時のケアリング効力感, 平成15年度～平成18年度科学研究費補助金基盤研究(B) 研究報告書, 11-18.
- 笠原聡子 (2016). 基礎的な業務量調査の準備と進め方, *看護展望*, 26(11), 968-979.
- Larson, P. (1984). Important nurse caring behaviors perceived by patients with cancer, *Oncology Nursing Forum*, 11, 46-50.

- Leininger, M.M. (1976). Caring: The essence and central focus of nursing, *Nursing Research Report*, 12(1), 226-227.
- Montgomery, C.L. (1995). ケアリングの理論と実際－コミュニケーションによる癒やし. (神群博, 濱畑章子 訳). 東京: 医学書院. (1996).
- 日本看護協会出版会編 (2018). 平成29年看護関係統計資料集. 東京都: 日本看護協会出版会.
- Nkongho, N. (1990). The Caring Ability Inventory. In O. Strickland & C. Waltz (Eds.), *New York : Measurement of Nursing Outcomes*.
- 野上典子, 尾藤まゆみ, 藤井加芳子 (2016). 看護業務の可視化がもたらした業務改善: タイムスタディ調査とナースコール履歴の分析データをもとに, *看護展望*, 41(1), 27-32.
- Nyberg, J. (1990a). The Effects of Care and Economics on Nursing Practice, *Journal of Nursing Administration*, 20(5), 13-18.
- Nyberg, J. (1990b). Theoretic explorations of human care and economics: foundations of nursing administration practice, 13(1), 73-84.
- Schenk, E., Schleyer, R., Cami, R., et al. (2018). Impact of Adoption of a Comprehensive Electronic Health Record on Nursing Work and Caring Efficacy, *Informatics, Nursing*, 36(7), 331-339.
- 白鳥さつき, 清水裕子, 渡辺みどり他 (2009). A病院の看護方式における看護師の職務満足度と患者満足度に関する研究, *山梨県立大学看護学部紀要*, 11, 49-60.
- 竹内理, 水本篤 (2014). 外国語教育研究ハンドブック改訂版(p. 23). 東京都: 松柏社.
- Trowbridge, K., Mische, L., Stephanie, L., et al. (2017). Preliminary Investigation of Workplace-Provided Compressed Mindfulness-Based Stress Reduction with Pediatric Medical Social Workers, *Health & Social Work*, 42(4), 207-214.
- 筒井真優美 (1993). ケア／ケアリングの概念, *看護研究*, 26(1), 2-13.
- 内潟恵子 (2018). 看護基礎教育におけるケアリングの意義－文献レビューからの考察－, *東京情報大学研究論集*, 21(2), 113-126.
- 安酸史子 (2016). ケアリングを取り入れた看護教育, *日本保健医療行動科学会誌*, 31(2), 10-13.
- Wade, G.H., Osgood, G., Avino, K., et al. (2008). Influence of organizational characteristics and caring attribute of managers on nurse' enjoyment, *The Journal of Advanced Nursing*, 64(4), 344-353.
- Watson, J. (1979). *Nursing: The philosophy and Science of Caring* (pp.9-21). Boston: Little Brown.
- Watson, J. (2009). *Assessing and Measuring Caring in Nursing and Health Science* (2thed.) (pp. 113-116). New York: Springer Publishing Company.
- Watson, J. (2012). *Nursing: Human caring science ; a theory of nursing*, (2thed.) (pp. 50-51). Massachusetts: Jones & Bartlett Learning, LLC.

Reliability and Validity of the Nyberg Caring Assessment Scale-Japanese Version (CAS-J)

AIHARA Yuka¹⁾, UCHINUNO Atsuko²⁾

Abstract

[Purpose]

The purpose of this study was to investigate the reliability and validity of a Japanese language version of the Nyberg Caring Assessment Scale(“Japanese CAS”).

[Methods]

Two researchers specializing in nursing discussed the differences between two versions,(one translated by each researcher), examined the validity of the content, and created a Japanese version of the CAS(draft). A pre-test was conducted using five nurses working in general hospitals. The surface validity was examined based on the opinions of the subjects and a Japanese version of CAS was created. Four general hospitals were selected by convenience sampling, and their cooperation elicited. A total of 400 survey forms were sent to ward nurses at these hospitals, and 145 responses were received(36.2%). Of these, 137 were valid responses(RR: 34.2%), and these were subjected to analysis. The questionnaire was composed by combining the Japanese version of the Caring Efficacy Scale(“Japanese CES”)with the basic information of the subjects to examine the coexistence validity. SPSSver.22 was used for the analysis, and an exploratory factor analysis, calculation of Cronbach's α coefficient, and correlation analysis with the Japanese version of CES were performed.

[Results]

Five factors were extracted by exploratory factor analysis: 1. Best and most appropriate care; 2. Sensitivity to others' needs; 3. Close involvement based on an understanding of the patient's circumstances; 4. Maintaining a care-oriented stance; and 5. Expressing feelings to others. Factor 5 comprised only one subscale: Expresses positive and negative feelings to others. Cronbach's α coefficient for the entire scale was 0.916, and ranged between 0.746 and 0.865 for factors 1 through 4, indicating a significant correlation between the Japanese CAS and the Japanese CES($\rho = 0.624$ $p < 0.001$).

[Conclusion]

A Japanese version of CAS(20 items)that measures caring characteristics developed in the United States was created, and its reliability and validity were examined. The internal consistency was confirmed in each subscale of each factor extracted, and the coexistence validity with the Japanese version of CES was also confirmed. Thus, the Japanese version of CAS achieved a certain level of reliability. However, factor 5 comprised only one subscale item and had a low correlation with other factors, so further examination of this one item is needed.

Key words : Nurse, Caring, Caring assessment, Caring scale, Scale development

1) Clinical Nursing, Doctoral Program, Graduate school of Nursing art and science, University of Hyogo.

2) Cancer Nursing, College of Nursing art and science, University of Hyogo.

＜資料 3＞

がん放射線治療中の排便障害の症状マネジメントの実態調査

吉野葵，北川善子，西村美穂，一上由華，伊賀規子，江藤美和子，
福井由紀子，中野宏恵，福田正道，内布敦子

【目的】

がん放射線治療中に下痢等の排便障害を体験している患者の症状マネジメントの実態を明らかにする。

【方法】

対象は強度変調放射線治療を除く骨盤部の放射線外照射治療を受けたがん患者。調査期間は 2016 年 12 月～2019 年 11 月。自記式質問紙で下痢の程度、QOL、自己効力感の実態、半構成的面接法で排便障害の体験について収集し、症状マネジメントモデルの概念枠組みに沿って分析した。

【結果】

対象者 17 名。12 名に下痢が出現。照射線量 10Gy 程度では下痢の開始期間や時期に対する不安が語られた。30Gy 以降では皮膚のただれや、疼痛、食欲不振等の随伴症状の程度が最も高度になる者が多く、人との付き合いや外出等生活への支障、気持ちの落ち込みやイライラ等心理的な影響が出現し、QOL や自己効力感に影響が生じている者もいた。下痢の可能性については全員が説明を受けており、生活上の工夫や医師の指示を守る等の対処を行っていた。診察の中で医師に便性状について報告した者が多かったが、苦痛について自発的に相談し生活に合わせた関与を受けたと語る者は 1 名であった。

【考察】

放射線治療中に下痢を発症した患者は出現等症状の強さに影響を受け、QOL や自己効力感に影響を及ぼす体験をしている。対処方法として医療者へ報告はするが相談をする対象者は少なく、患者が医療者へ相談を行えるよう支援する必要性が示唆された。

本研究は JSPS 科研費 JP16H02695 の助成を受けたものである。

<資料4>

EGFR 阻害剤の皮膚症状マネジメントについて IASM 看護介入によりセルフケア能力向上に有効であった4症例

湯浅幸代子，太白公乃，中野宏恵，西谷葉子，北山奈央子，磯元淳子，内布敦子

【はじめに】

分子標的薬による皮膚症状は、重症化すると治療中止や生活に支障を及ぼす。今回、EGFR 阻害剤による皮膚症状が出現した患者に対し、Larson ら（1997）の症状マネジメントの統合的アプローチ（IASM）を基に作成した皮膚症状マネジメント介入プログラムを提供した結果、セルフケア能力の向上につながった4例について報告する。

【事例】

201X年6月～201X+1年12月にパニツムマブによる皮膚症状（ざ瘡様皮疹、皮膚乾燥、掻痒症、爪囲炎）が出現した大腸癌患者4例。2週毎に計4回の介入にて、皮膚症状のマネジメントに必要な知識・技術を提供するとともに、患者の取り組みを認め、患者自身が日常生活の中で行える方略を共に探索するなどの看護サポートを提供した。結果、4例ともにCTCAEグレード0～2の複数の皮膚症状の持続がみられ、QOLは症状、機能の側面に影響を受け3例が低下していた。セルフケア能力は、4例ともに1～2レベルの向上がみられ、知識や技術を習得し、適切に対処することができていた。自己効力感は、4例中3例で維持もしくは向上していた。

【考察】

皮膚症状マネジメントにおけるIASMを用いた看護介入は、知識・技術だけでなく、看護サポート（共感、承認、ケアの保証）を提供することが特徴である。介入によって、症状が持続していても患者のセルフケア能力を向上し、自己効力感の維持や向上につながる可能性が示唆された。

本研究はJSPS科研費JP16H02695の助成を受けたものである。

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）を受けて実施した。平成 28 年には医師が行うケアに関して文献検討を行い、An Integrated Approach to Symptom Management に医師の機能を組み込むための基本的案考えを模索した。医師のケアに関する文献は極めて少なく、少なくとも学術的に調査したものは皆無に近かった。

4 年間をかけて、医師にどのように参画してもらうか、キュアとケアをどう融合できるか、言語化することに力を注いだ。最終的に医師のケア行動、ケア認識として表現した項目は、量的調査において反応を確認し、比較的、まとを得た質問項目となったのではないと思われる。必要があれば今後尺度として開発する基盤になりうると思われる。

医師の働きを IASM に加味したモデルを仮説的に作成し、医師と看護師がかかわった症状マネジメントの事例を使って、モデルでうまく説明できるのか抽象化して読み替える作業を行ったところ、モデルの妥当性はあるのではないかと思われ、これをもってモデルの暫定的な完成とすることとした。

医師業務の流れがある中で、モデルに沿って医師が動くことは現実的ではなく、治療の際に医師が意図的にケアを提供すれば、患者の良い反応と呼応して、より高い治療効果も期待できるだろう。日常診療の中で意識化できればキュアとケアの融合がより効果的に実現するだろう。IASM を活用する看護師においても、医師の役割を意識し、医師のケアが見えやすいように配慮すれば協働の効果を上げることができるだろう。

研究代表者 内布敦子

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

- 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

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

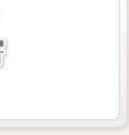
分子標的治療薬による皮膚症状



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



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.1.1(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法」を第46回日本看護科学学会学術集会で発表しました
- 2016.12 「がん治療に伴うリンパ浮腫の予防と対処法」を第46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
〒673-8088 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
gan-support@nsgs.u-hyogo.ac.jp

サイトマップ 個人情報について