

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

中野 宏恵¹⁾ 内布 敦子¹⁾

要 旨

【目的】

がん症状マネジメントにおける患者のもつセルフケア能力のレベルを判定する基準を作成し、その表面妥当性および利用可能性を検討し、精練することである。

【方法】

- 1) Oremのセルフケア看護理論、およびOrem-Underwood理論をもとにレベルⅠ～Ⅳの4段階からなるセルフケアレベル判定基準案を作成した。そして、がん看護で頻繁に遭遇するリンパ浮腫、口腔粘膜炎、排便障害、皮膚障害の4つの症状に焦点を当て、症状毎のセルフケアレベル判定基準案を作成した。
- 2) セルフケアレベル判定基準案の表面妥当性および利用可能性を問う自記式質問紙を作成し、がん看護のエキスパートに郵送した。対象者は、がん症状マネジメントに精通するがん看護専門看護師37名と、がん看護専門看護師教育課程でOremのセルフケア看護理論を学習した看護師11名であった。
- 3) 回答内容を複数の研究者で読み取り、考察を踏まえて修正版を検討した。
- 4) 倫理的配慮を行い、所属機関の倫理委員会の承認を得て行った。

【結果】

回答数は17名(35.4%)であった。対象者の平均年齢は39.35歳(SD=5.97)、看護師経験年数は平均14.5年(SD=5.33)であった。「判定の妥当性はある」「理解しやすい」「簡便で、判定に時間を要さない」「患者の変化が分かりやすくなった」「具体例があるので判定しやすい」という意見が得られ、判定の妥当性、理解のしやすさ、実用性において、概ね表面妥当性を確保できたと言える。一方で、「セルフケア行為は全くできないが、他者に依頼できる患者の判定に迷う」「レベルⅡとⅢの区別が曖昧」「症状別に分ける必要はない」「家族のサポートの区別が必要」という意見があった。修正版では、レベルの差が明確になるように具体例を提示し、表現を強調させた。また家族サポートを含めた判定であることが区別できるように工夫した。今後は研究や臨床に導入し、事例の蓄積や精練が必要である。

キーワード：セルフケアレベル、症状マネジメント、がん、判定基準

1) 兵庫県立大学看護学部 治療看護学

I. はじめに

症状は、個々の生理的・心理的・社会的機能や、感覚、認知の変化を反映する主観的な体験と定義され¹⁾、症状コントロールには患者が主体的に症状を管理するためのセルフケアが重要である。Oremは、セルフケアを「個人が生命、健康、および安寧を維持するために自分自身で開始し、遂行する諸活動の実践²⁾」と定義し、セルフケアを行うのに必要な能力をセルフケア・エージェンシーと表現している²⁾。そして、その概念の構造は「セルフケア・エージェンシーの基本となる能力と資質」、「セルフケア操作を可能にするパワー構成要素」、「セルフケア操作の能力」の3つの部分をもつ²⁾と述べている。

カリフォルニア大学サンフランシスコ校の教員グループは、様々な疾患や状態から起こってくる多様な症状への直接ケアや研究のため、Oremのセルフケア不足看護理論を背景にもつ包括的な症状マネジメントモデル(The Model of Symptom Management)を開発した³⁾。そして、Larsonはそれを看護活動として発展させ、症状マネジメントの統合的アプローチ(The Integrated Approach to Symptom Management: IASM)⁴⁾を開発している。IASMは、患者のセルフケア能力をアセスメントし必要な代償を行うことを体系化したものであり、1997年以来、Larsonの研究班によって有効性の検証が行われている。荒尾⁵⁾は、IASMを用いることで、がん性疼痛のある患者が自らの症状マネジメントに主体性を持つことができたことを報告している。さらに結果として、疼痛の軽減、セルフケア能力の向上、QOLの維持が認められたことから、IASMが有効であったことを示している。竹本ら⁶⁾、井沢⁷⁾は、IASMにより患者の持つセルフケア能力のレベルに応じて臨機応変に知識や技術を提供することで、症状の軽減、QOLの向上が認められたことを報告している。このように患者のセルフケア能力に応じて適切に代償する看護介入は、症状マネジメントにおいて有効であると言える。しかし、患者がどの程度の代償を必要としているかを判断する明確な基準はなく、看護師が経験的に行っているのが現状である。

セルフケア能力を査定するために、セルフケア能力を

構成する概念を明らかにし、それを測定する尺度の開発が行われている。Kearney and Fleischer⁸⁾は、看護のセルフケア概念を理解した看護大学院生らへの質問により「状況に対する能動的対受動的反応」、「個人の動機づけ」、「個人の知識基盤」、「自尊心」の下位概念を明らかにし、Exercise of Self-Care Agency Scale (ESCA)を開発した。これは43項目の5段階のリッカート尺度からなる。信頼性および妥当性が検証されているが、Mcbride⁹⁾によって行われた構成概念妥当性の検証では、疾病を持つ集団に用いる場合に注意が必要であると報告されている。Denyesは、心理社会的、認知的、感情的、身体的の4つの構成要素を明らかにし¹⁰⁾、青年期の人を対象としたDenyes Self-Care Agency Instrument (DSCAI)を開発した。これは35項目からなり、0%から100%の反応形式で評価するものである。また、彼はセルフケア能力とセルフケア行動を区別し、セルフケア行動を測定する尺度として22項目からなるDenyes Self-Care Practice Instrument (DSCPI)も開発している。Hanson and Bickelは、Oremの10のパワー構成要素を測定するPerception of Self-Care Agency Instrument (PSCA)を開発した¹⁰⁾。これは53項目の5段階のリッカート尺度からなるが、演繹的に10のパワー構成要素を反映しているかは確認できていない。

我が国では、本庄¹¹⁾が日本人の壮年期の慢性病者のセルフケア能力を査定する質問紙としてSelf-Care Agency Questionnaire (SCAQ)を開発している。これはOremの10のパワー構成要素を基盤とし、壮年期および慢性病者の特性、日本人の文化社会的特性を統合して構成概念としている。さらに本庄¹²⁾は2001年にSCAQを、健康管理法の獲得と継続、体調の調整、健康管理への関心、有効な支援の獲得の4つの下位尺度からなる29項目の質問紙に改訂している。荒尾¹³⁾は、がん疼痛マネジメントのための患者用セルフケア能力測定尺度を開発した。積極的な関心に基づく意図的な方略、痛みと向き合い生活に折り合いをつける力、痛みを緩和する方法の継続した実践、他者からの支援、痛み予防のための注意と関心、感情の主体的な調整力、知識を活用して自己のありようを分析する力の7つの因子から構成された45項目の質問紙である。構成概念妥当性等の一部に課題が

残っているが、信頼性および妥当性は支持されたと報告されている。

以上のように、セルフケア能力を測定する信頼性および妥当性が検証された既存尺度はいくつかみられる。これらの既存の尺度は、セルフケア能力を構成する要素の有無や、その程度を測定することができる。しかし、セルフケア要求とそれを満たすセルフケア能力とのバランスを判定し、代償としての看護を決定することはできない。看護はチームで介入することが多く、代償のレベルを共有するためにも、患者の持つセルフケア能力のレベルを判定する基準（以下、セルフケアレベル判定基準とする）を開発することは急務であると考ええる。

II. 研究目的

本研究の目的は、暫定的に作成したセルフケアレベル判定基準の表面妥当性および利用可能性を検討し、精練することである。

III. セルフケアレベル判定基準案の作成の経過

セルフケアレベル判定基準原案の作成にあたり、Oremのセルフケア不足看護理論、およびUnderwoodが実践的な状況に適用させるために修正、操作を加えたOrem-Underwood理論をもとに作成することとした。

Oremは、援助する患者－看護師の関係の在り方を「システム」という用語で示し、全代償的、一部代償的、支持・教育的看護システムの3つの基本的なバリエーションがある²⁾と述べている。「全代償的システム」は、患者が全面的な看護ケアを必要とし、患者が何か行為をしたとしても看護師が援助しないとできないレベルである。「一部代償的システム」は、患者が自分で可能な限りセルフケア要求を満たし、欠如している部分を看護ケアで満たすというレベルである。「支持・教育的システム」は、患者がセルフケア要求を自分で満たすことはできるが、看護師の支援、指導、または教育が必要というレベルである。一方、Underwoodは「ケアレベル」という言葉を用い、レベルⅠ～Ⅳの4つのケアレベルで看護ケアを行っていく¹⁴⁾と述べている。レベルⅠは全代償的システムを、レベルⅡは一部代償的システ

ムを、レベルⅢは支持・教育的システムを指す。付け加えられた「レベルⅣ（自立的レベル）」は、「精神疾患の治療を継続的に必要としているが、看護ケアを必要としない患者」のように、セルフケアにおいては既に自立している患者群を指している。これらをもとに症状マネジメントを行うがん患者のセルフケアレベル判定基準を検討した場合、外来通院中の患者であっても治療的セルフケアデマンドは存在し、外来看護師のケアを要することから、Underwoodの言う「レベルⅣ（自立的レベル）」は該当しないと考えた。一方、「レベルⅡ（一部代償的システム）」にはかなり多くのがん患者が該当することが予測され、複数の段階を設定する必要があると考えた。そこで、Underwoodがコンサルテーション活動をしていた長谷川病院がOrem-Underwood理論を取り入れて実践する中で操作・修正した長谷川式ケアレベル¹⁴⁾を参考にし、一部代償的システムに該当するレベルをレベルⅡ、Ⅲの2段階とした。以上のことから、レベルⅠ～Ⅳの4段階から成るセルフケアレベル判定基準原案を暫定的に作成した（表1）。

レベルⅠ・Ⅳは、Orem看護理論の看護システムを簡潔に表現した。またレベルⅡ・Ⅲは、Oremが代償のレベルを判断するために用いている（1）歩行や手の運動に対する患者の実際上の制限、（2）必要とされる科学的・技術的知識および技能、（3）活動の遂行やその方法を学習することに対する患者の心の準備²⁾の要素を検討し、「運動機能」「知的判断」「動機」を表現に用いた。がん患者が自ら症状をマネジメントするためには、知識や技術をもって実際に実施する能力が必要となる。そのため、「運動機能／知的判断／動機の3点においていずれかが部分的に不足している」とし、医療者が代償する部分の大きさとレベルⅡ・Ⅲを判断できるようにした。

症状によってセルフケアの在り様が異なると考え、がん看護で頻繁に遭遇するリンパ浮腫・口腔粘膜炎症・排便障害・皮膚障害の4つの症状に焦点を当て、各症状に必要な知識や技術へ原案の表現を置き換えた症状毎のセルフケアレベル判定基準案を作成した（表2～5）。

これらの判定基準案は、より簡便に且つ正確に患者の行動からセルフケアレベルを判定するため、Oremの述べているセルフケア・エージェンシーの概念構造を十分に理解している看護師が用いることを前提とした。

表1 セルフケアレベル判定基準原案

レベル I	<p>内的・外的刺激に反応することができないので、自らの健康のために必要な行動を判断することができないし、セルフケア行為を遂行することもできない。判断がまったくできない場合、行為がまったくできない場合は全代償と判断する。</p> <p>判断の一部や行為の一部が自力で行うことができる場合は部分代償とする。</p> <p>例) 昏睡状態などで判断実施のすべてを他者にゆだねている場合 身体障害麻痺、神経運動機能の障害、医師の処方による運動制限があり、全く実施できない場合 認知症、知的障害などのために健康のために必要な行為が判断できないが動ける状態</p>
レベル II	<p>運動機能／知的判断／動機の3点においていずれかが部分的に不足している。自らの健康のために必要な行動を部分的に判断できる、もしくはセルフケア行為が部分的に遂行できる。自立している部分もあるがまだ医療者が代償する部分大きい。</p> <p>例) 病気で専門的な管理が必要になると、医療者から知識や技術を得なければ自分一人ではできず、部分的に自立している状態。</p>
レベル III	<p>運動機能／知的判断／動機の3点においていずれかが部分的に不足している。自らの健康のために必要な行動を部分的に判断できる、もしくはセルフケア行為が部分的に遂行できる。自立している部分が大きく、医療者が代償する部分は小さい。</p> <p>例) 療養管理に関する知識と技術を身につけ、療養に必要な判断や行為を医療者と協働して行うことができる</p>
レベル IV	<p>自立した状態。自らの病気を正しく理解し、最適な予防法や症状緩和方法を判断し、セルフケア行為を遂行することができる。身体の変化に応じた応用力もあるが複雑な状況が発生した場合は、医療者の支援が必要な場合がある。自ら支援を求めることができる場合も含む。</p> <p>例) 療養管理の知識と技術があり、実施もできているが、外来等で医療者によるフォローアップや知識のアップデートなど教育を受けている状態</p>

表2 セルフケアレベル判定基準（リンパ浮腫）

レベル I	<p>内的・外的刺激に反応することができないので、リンパ浮腫のために必要な行動を判断することができないし、セルフケア行為を遂行することもできない。</p> <p>リンパ浮腫管理のための知識を習得することができないか、知識や必要性が理解できても一切の行為を行うことができない場合は全代償と判断する。</p> <p>判断の一部や行為の一部が自力で行うことができる場合は部分代償とする。</p> <p>例) 昏睡状態などで判断実施の全てを他者にゆだねている場合 リンパ浮腫の知識やドレナージの方法を理解して、必要性を判断することはできるが、身体障害麻痺、神経運動機能の障害、医師の処方による運動制限があり、全く実施できない場合 認知症、知的障害を合併した患者でリンパ浮腫の知識やドレナージの方法を習得することは<u>全くできない</u>が、そばで指示をすれば行うことができる場合</p>
レベル II	<p>運動機能／知的判断／動機の3点においていずれかが部分的に不足するため、リンパ浮腫に必要なケアを判断し遂行するには、医療者（看護師）がかなりの部分の判断を助けたり、行為を補助する必要がある。</p> <p>例) リンパ浮腫の管理に関する知識がまだ不十分であったり、浮腫のアセスメントやドレナージの技術が未熟であったり、実施が不完全である状態</p>
レベル III	<p>運動機能／知的判断／動機の3点においていずれかが部分的に不足しているが、自立している部分も大きく、リンパ浮腫に必要なケアを判断し遂行するときに医療者（看護師）の支援がまだ必要な状態。</p> <p>例) リンパ浮腫の管理に関する知識や浮腫のアセスメント、ドレナージの技術が上達し、かなりできるようになっているが、まだ医療者と一緒に行っている状態</p>
レベル IV	<p>自立した状態。自らのリンパ浮腫を正しく理解し、最適な予防法や症状緩和方法を判断し、セルフケア行為を遂行することができる。身体の変化や複雑な状況が発生した場合は、医療者の支援が必要な場合がある。自ら支援を求めることができる場合も含む。</p> <p>例) リンパ浮腫の管理に関する知識や浮腫のアセスメント、ドレナージの技術等を正しく習得し、実施することができているが、外来でフォローアップを受けたり、引き続き知識の提供を受けている状態</p>

表3 セルフケアレベル判定基準（口腔粘膜炎）

レベル I	<p>内的・外的刺激に反応することができないので、口腔粘膜炎のために必要な行動を判断することができないし、セルフケア行為を遂行することもできない。</p> <p>口腔粘膜炎の知識や、予防または増悪させないためのケアの方法を習得することができないか、知識や必要性が理解できても一切の行為を行うことができない場合は全代償と判断する。</p> <p>判断の一部や行為の一部が自力で行うことができる場合は部分代償とする。</p> <p>例) 昏睡状態などで判断実施の全てを他者にゆだねている場合 口腔粘膜炎の知識や、予防や増悪させないためのケアの方法を理解して、必要性を判断することはできるが、身体障害麻痺、神経運動機能の障害、医師の処方による運動制限があり、全く実施できない場合 認知症、知的障害を合併した患者で口腔粘膜炎の知識や、予防や増悪させないためのケアの方法を習得することは全くできないが、そばで指示をすれば行うことができる場合</p>
レベル II	<p>運動機能／知的判断／動機の3点においていずれかが部分的に不足するため、口腔粘膜炎に必要なケアを判断し遂行するには、医療者（看護師）がかなりの部分の判断を助けたり、行為を補助する必要がある。</p> <p>例) 口腔粘膜炎の管理に関する知識がまだ不十分であったり、口腔のアセスメントや口腔ケアの技術が未熟であったり、実施が不完全である状態</p>
レベル III	<p>運動機能／知的判断／動機の3点においていずれかが部分的に不足しているが、自立している部分も大きく、口腔粘膜炎に必要なケアを判断し遂行するときに医療者（看護師）の支援がまだ必要な状態。</p> <p>例) 口腔粘膜炎の管理に関する知識や口腔のアセスメント、口腔ケアの技術が上達し、かなりできるようになっているが、まだ医療者と一緒に行っている状態</p>
レベル IV	<p>自立した状態。自らの口腔粘膜炎を正しく理解し、最適な予防法や症状緩和方法を判断し、セルフケア行為を遂行することができる。身体の変化や複雑な状況が発生した場合は、医療者の支援が必要な場合がある。自ら支援を求めることができる場合も含む。</p> <p>例) 口腔粘膜炎の管理に関する知識や口腔のアセスメント、口腔ケアの技術等を正しく習得し、実施することができているが、外来でフォローアップを受けたり、引き続き知識の提供を受けている状態</p>

表4 セルフケアレベル判定基準（排便障害）

レベル I	<p>内的・外的刺激に反応することができないので、排便障害のために必要な行動を判断することができないし、セルフケア行為を遂行することもできない。</p> <p>排便障害の知識や、予防または増悪させないためのケアの方法、排便障害に伴う皮膚障害等に対するケアの方法を習得することができないか、知識や必要性が理解できても一切の行為を行うことができない場合は全代償と判断する。</p> <p>判断の一部や行為の一部が自力で行うことができる場合は部分代償とする。</p> <p>例) 昏睡状態などで判断実施の全てを他者にゆだねている場合 排便障害の知識や、予防や増悪させないためのケアの方法、排便障害に伴う皮膚障害等に対するケアの方法を理解して、必要性を判断することはできるが、身体障害麻痺、神経運動機能の障害、医師の処方による運動制限があり、全く実施できない場合 認知症、知的障害を合併した患者で排便障害の知識や、予防や増悪させないためのケアの方法、排便障害に伴う皮膚障害等に対するケアの方法を習得することは全くできないが、そばで指示をすれば行うことができる場合</p>
レベル II	<p>運動機能／知的判断／動機の3点においていずれかが部分的に不足するため、排便障害に必要なケアを判断し遂行するには、医療者（看護師）がかなりの部分の判断を助けたり、行為を補助する必要がある。</p> <p>例) 排便の管理に関する知識がまだ不十分であったり、排便のアセスメントや排便コントロールの技術や排便障害に伴う皮膚障害等のケアの技術が未熟であったり、実施が不完全である状態</p>
レベル III	<p>運動機能／知的判断／動機の3点においていずれかが部分的に不足しているが、自立している部分も大きく、排便障害に必要なケアを判断し遂行するときに医療者（看護師）の支援がまだ必要な状態。</p> <p>例) 排便の管理に関する知識や排便のアセスメント、排便コントロールの技術や排便障害に伴う皮膚障害等のケアの技術が上達し、かなりできるようになっているが、まだ医療者と一緒に行っている状態</p>
レベル IV	<p>自立した状態。自らの排便障害を正しく理解し、最適な予防法や症状緩和方法を判断し、セルフケア行為を遂行することができる。身体の変化や複雑な状況が発生した場合は、医療者の支援が必要な場合がある。自ら支援を求めることができる場合も含む。</p> <p>例) 排便の管理に関する知識や排便のアセスメント、排便コントロールの技術や排便障害に伴う皮膚障害等のケアの技術等を正しく習得し、実施することができているが、外来でフォローアップを受けたり、引き続き知識の提供を受けている状態を受けている状態</p>

表5 セルフケアレベル判定基準（皮膚障害）

レベル I	<p>内的・外的刺激に反応することができないので、皮膚障害のために必要な行動を判断することができないし、セルフケア行為を遂行することもできない。</p> <p>皮膚障害の知識や、予防または増悪させないためのケアの方法を習得することができないか、知識や必要性が理解できても一切の行為を行うことができない場合は全代償と判断する。</p> <p>判断の一部や行為の一部が自力で行うことができる場合は部分代償とする。</p> <p>例) 昏睡状態などで判断実施の全てを他者にゆだねている場合 皮膚障害の知識や、予防や増悪させないためのケアの方法を理解して、必要性を判断することはできるが、身体障害麻痺、神経運動機能の障害、医師の処方による運動制限があり、全く実施できない場合 認知症、知的障害を合併した患者で皮膚障害の知識や、予防や増悪させないためのケアの方法を習得することは全くできないが、そばで指示をすれば行うことができる場合</p>
レベル II	<p>運動機能／知的判断／動機の3点においていずれかが部分的に不足するため、皮膚障害に必要なケアを判断し遂行するには、医療者（看護師）がかなりの部分の判断を助けたり、行為を補助する必要がある。</p> <p>例) 皮膚障害の管理に関する知識がまだ不十分であったり、皮膚のアセスメントやスキンケアの技術が未熟であったり、実施が不完全である状態</p>
レベル III	<p>運動機能／知的判断／動機の3点においていずれかが部分的に不足しているが、自立している部分も大きく、皮膚障害に必要なケアを判断し遂行するときに医療者（看護師）の支援がまだ必要な状態。</p> <p>例) 皮膚障害の管理に関する知識や皮膚のアセスメント、スキンケアの技術が上達し、かなりできるようになっているが、まだ医療者と一緒に行っている状態</p>
レベル IV	<p>自立した状態。自らの皮膚障害を正しく理解し、最適な予防法や症状緩和方法を判断し、セルフケア行為を遂行することができる。身体の変化や複雑な状況が発生した場合は、医療者の支援が必要な場合がある。自ら支援を求めることができる場合も含む。</p> <p>例) 皮膚障害の管理に関する知識や皮膚のアセスメント、スキンケアの技術等を正しく習得し、実施することができているが、外来でフォローアップを受けたり、引き続き知識の提供を受けている状態</p>

IV. 研究方法

1. 対象

研究協力を承諾した関西圏内で開催されるがん看護のエキスパートである専門看護師が主催する勉強会会員48名（がん看護専門看護師37名、がん看護専門看護師教育課程修了または在学中の看護師11名）を対象とした。

2. データ収集期間

2013年6月から2014年1月

3. データ収集方法

関西圏内で開催されるがん看護専門看護師の勉強会の主催者に、依頼書を用いて研究協力を依頼し、主催者を介して会員へ研究協力の依頼および調査票を郵送する旨を周知した。調査票は自記式、無記名であり、回収は返信用封筒を用いて個別に投函する方法を用いた。

調査内容は、①対象者の基本情報（年齢、看護師経験年数、がん看護専門看護師経験年数、臨床で対応している症状、Oremのセルフケア不足看護理論の学習経験の

有無）、および②4つの症状毎の各レベルに対する意見と全体に対する意見について自由記述で回答を得た（図1）。セルフケアレベル判定基準案への意見を自由記述で記入する際に、判定の妥当性、理解のしやすさ、実用性の視点で記入してもらうよう示し、表面妥当性と利用可能性を問うた。また図1に示すように、セルフケアレベル判定基準案のレベルとOrem看護理論、Orem-Underwood看護理論の関係が分かるよう、また各レベルの表現がそれぞれの理論を参考にしていることが分かるよう調査票を作成した。

4. データ分析方法

自由記述により得られた回答内容を、がん看護分野の専門的知識を有する複数の研究者で読み取り、判定の妥当性、理解のしやすさ、実用性の3点で整理して、セルフケアレベル判定基準の表面妥当性および利用可能性を考察した。考察を踏まえて修正版を検討した。

5. 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

	オレム看護理論	オレム-アンダーウッド理論	セルフケアレベル(原案)	セルフケアレベル(症状名)	各レベルに対する意見	全体に対する意見
全代償システム	サブタイプ1に関する記述 ※	レベルⅠに関する記述 ※	表1参照	リンパ浮腫 :表2参照 口腔粘膜炎症 :表3参照 排便障害 :表4参照 皮膚障害 :表5参照		
	サブタイプ2に関する記述 ※					
	サブタイプ3に関する記述 ※					
部分代償システム	レベルⅡに関する記述 ※					
支持・教育システム	支持・教育システムに関する記述 ※	レベルⅢに関する記述 ※			判定基準案を具体的に使用することを想定し、①判定の妥当性、②理解のしやすさ、③実用性、の視点で意見を自由に記述してください。	
		レベルⅣに関する記述 ※				

セルフケアレベル判定基準案の各レベルは、Orem看護理論およびOrem-Underwood理論を参考にして作成している(詳細は表1参照)。

※Orem看護理論²⁾、Orem-Underwood看護理論¹⁴⁾で表現されているものを使用している。

図1 症状マネジメントに関連したセルフケア判定基準案についての意見調査票の全体像

所研究倫理委員会の承認を得て行った。研究協力の依頼の文書には以下の内容を含めた。

- 1) 調査への回答は無記名、自由意思による郵送での回答であること。
- 2) 調査の内容で、答えにくい、あるいは答えたくない質問には無理に答える必要はないこと。
- 3) 得られたデータは研究の目的以外では使用しないこと。
- 4) データは厳重に管理し、研究終了後、責任を持って処分すること。
- 5) 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。

V. 結 果

1. 対象者の概要

回答が得られた17名を対象者とした(回収率35.4%)。概要は表6に示す。平均年齢は39.35歳(SD=5.97)、看護師経験年数は平均14.5年(SD=5.33)であった。17名のうち13名ががん看護専門看護師であり、がん看護

専門看護師経験年数は平均5.69年(SD=2.75)であった。全ての対象者がOremのセルフケア不足看護理論の学習経験があった。現在臨床で対応している症状は、リンパ浮腫8名、口腔粘膜炎症11名、排便障害12名、皮膚障害10名であった。回答が得られたのは、リンパ浮腫10名、口腔粘膜炎症10名、排便障害8名、皮膚障害9名であった。

2. セルフケアレベル判定基準案に対する意見の概要

自由記述により得られた意見を、判定の妥当性、理解のしやすさ、実用性に整理した結果、得られた意見は4つの症状で類似しており、症状による違いは見られなかった。()内の数字は、4つの症状の判定基準案に対する意見を合わせた数字である。

1) 判定の妥当性について

セルフケアレベル判定基準案を用いて、実際に看護している患者を判定することを想定した場合、判定の妥当性はあるという意見が得られた(6名)。各レベルを見た場合、「症状マネジメントの必要性を理解し、他者に依頼できるが、行為を全く遂行できない患者」は、「他

表6 対象者の概要

	人数 (n=17)	平均	SD
がん看護専門看護師	13		
がん看護専門看護師教育課程修了または在学中の看護師	4		
年齢 (歳)		39.35	5.97
看護師経験年数 (年)		14.5	5.33
がん看護専門看護師経験年数 (年)		5.69	2.75
オレムのセルフケア不足看護理論の学習の経験			
あり	17		
なし	0		
現在臨床で対応している症状 (複数回答可)			
リンパ浮腫	8		
口腔粘膜炎	11		
排便障害	12		
皮膚障害	10		

者に依頼する」という判断能力があるのでレベルⅠと判定するのは臨床的な感覚から躊躇するという意見があった (12名)。また、レベルⅡ、Ⅲの判定基準はあるものの、医療者の代償部分が「大きい」「小さい」という表現であり厳密でない、曖昧という意見があった (8名)。一方で、レベルⅡ、Ⅲと二段階に分けることで患者の変化が分かりやすくなったという意見もあった (4名)。代償の度合い等、看護師の主観的に頼る部分があるので、複数の看護師で判定する仕組みが必要という意見があった (3名)。そして、家族や介護者のサポートを含めて判定する場合もあるため、区別できるようにする必要があるという意見もあった (3名)。

2) 理解のしやすさについて

判定に関する表現は、分かりやすく理解しやすいという意見であった (5名)。各レベルで具体例が示されているので判定しやすいという意見があった (3名)。正しく判定するには、Oremのセルフケア不足看護理論の理解を前提とすべきであるという意見があった (3名)。

3) 実用性について

Oremのセルフケア不足看護理論を理解していれば簡便で、判定に時間を要さないという意見があった (8名)。また、症状別に分ける必要性はないという意見があった (2名)。

Ⅵ. 考 察

今回作成したセルフケアレベル判定基準は、判定の妥当性がある、分かりやすく理解しやすい、判定しやすい、簡便で時間を要さないという意見が得られ、概ね表面妥当性および利用可能性を確保できたと言える。一方で、判定の曖昧さや、家族や介護者のサポートを含んだ判定を区別する必要性を指摘した意見がみられた。

対象者がレベルⅠと判定するのに躊躇する理由は、患者が自己の健康を維持するために何が必要かを判断し、他者に依頼できることである。しかし、四肢の運動機能障害等でセルフケア行為が全くできない場合、支援を依頼できたとしても、全ての行為を看護者が代償する必要がある。レベルⅠの中を細分化し、行為および知的判断が全く不可能なタイプ、知的判断は可能だが行為が全く不可能なタイプ、行為は可能だが知的判断が全く不可能なタイプと選択できるようにすることで、判定者の迷いや混乱を回避し、判定の妥当性を高めることができると考える。また、レベルⅠとⅡの違いである「全くできない」という表現を強調して示すことでさらに正確に判定できると考える。

レベルⅡとⅢの境界の曖昧さは、医療者の代償部分の大きさの判定が厳密でないという理由が挙げられていた。判定の目安として、長期 (複数回) に渡り支援や確認が必要な場合を「レベルⅡ」、現時点では自立していないが知識や技術を提供すれば自立するだろうと思われる

る場合は「レベルⅢ」と、違いを明記することで判定しやすくなるを考える。また外来通院中の患者の場合、家族や介護者のサポートを含めてセルフケア能力を判定することが多い。患者自身のセルフケア能力のレベルと、家族や介護者を含めたセルフケア能力のレベルを区別して示すために「(Fa)」を付記するといった工夫が必要と考える。

各レベルで具体例を示すことは、患者をイメージすることができ、判定のしやすさにつながっていたことから、事例を蓄積して今後はさらに具体例を充実させることが有効であると考えられる。

今回、セルフケアレベル判定基準を症状毎に読み替えたものを作成したが、症状別にする必要はあるのか疑問であるという意見があり、症状毎ではなく、共通のセルフケアレベル判定基準で様々な症状に応用できると考えられる。

セルフケアレベル判定基準の使用にはOremのセルフケア不足看護理論を十分に理解していることが必要という意見が見られ、使用する際の前提条件や理論の事前教育が今後の課題である。Oremのセルフケア不足看護理論をよく理解した看護師がこの判定基準を用いることで、実臨床での専門的看護介入の効果判定の可視化や簡便化につながるものと思われる。

VII. セルフケアレベル判定基準の精練

本研究で得られたがん看護のエキスパートの意見をもとに、以下の5点を改善した修正版を作成した(表7)。

1. レベルⅠを細分化し、選択できるようにする。
2. 事例をもとにレベルⅡとⅢの違いを経験的に抽出し、具体例を示せる。
3. 各レベルに具体例を示し、表現の一部を強調する。
4. 家族を含めた判断であることが分かるようにする。
5. 原案をもとに、症状毎ではなく共通のセルフケアレベル判定基準とする。

今後は臨床および介入研究に導入していき、事例の蓄積や、セルフケアレベル判定基準の検証を繰り返し、さらに精練させていきたいと考える。

謝 辞

調査にご協力いただきましたがん看護専門看護師の皆様にご心より感謝申し上げます。本研究は平成24～27年度日本学術振興会科学研究費助成事業「がん症状マネジメントにおける看護介入モデルの症状別臨床普及版の開発(研究代表者：内布敦子)」(課題番号JP24390494)の助成を受けて実施した。なお、第28回日本がん看護学会学術集会にて発表した。

表7 セルフケアレベル判定基準（修正版）

レ ベ ル I	全不可タイプ	<p>内的・外的刺激に反応することができないので、自らの健康のために必要な行動を判断することができないし、セルフケア行為を遂行することもできない。</p> <p>判断の一部や行為の一部が自力で行うことができる場合は部分代償とする。</p> <p>例) 昏睡状態などで判断実施の<u>全て</u>を他者にゆだねている場合</p>
	判断不可タイプ	<p>判断が全くできないために内的・外的刺激に反応することができず、自らの健康のために必要な行動を判断することができないし、指示がなければセルフケア行為を遂行することもできない。</p> <p>判断の一部を自力で行うことができる場合は部分代償とする。</p> <p>例) 認知症、知的障害などにより健康のために必要な行為の判断が<u>全くできない</u>が動ける状態</p>
	実施不可タイプ	<p>行為がまったくできないために内的・外的刺激に反応することができず、自らの健康のために必要な行動を判断することはできるが、セルフケア行為を遂行することができない。</p> <p>行為の一部を自力で行うことができる場合は部分代償とする。</p> <p>例) 身体障害麻痺、神経運動機能の障害、医師の処方による運動制限があり、<u>全く実施できない</u>場合</p>
レ ベ ル II		<p>運動機能／知的判断／動機の3点においていずれかが部分的に不足している。自らの健康のために必要な行動を部分的に判断できる、もしくはセルフケア行為を部分的に遂行できる。自立している部分もあるがまだ医療者が代償する部分が大きい。</p> <p>例) 病気で専門的な管理が必要になると、医療者から知識や技術を得なければ自分一人ではできず、部分的に自立している状態。</p> <p>※1 参照</p>
レ ベ ル III		<p>運動機能／知的判断／動機の3点においていずれかが部分的に不足している。自らの健康のために必要な行動を部分的に判断できる、もしくはセルフケア行為が部分的に遂行できる。自立している部分が大きく、医療者が代償する部分は小さい。</p> <p>例) 療養管理に関する知識と技術を身につけ、療養に必要な判断や行為を医療者と協働して行うことができる。</p> <p>※1 参照</p>
レ ベ ル IV		<p>自立した状態。自らの病気を正しく理解し、最適予防法や症状緩和方法を判断し、セルフケア行為を遂行することができる。身体の変化に応じた応用力もあるが複雑な状況が発生した場合は、医療者の支援が必要な場合がある。自ら支援を求めることができる場合も含む。</p> <p>例) 療養管理の知識と技術があり、実施もできているが、外来等で医療者によるフォローアップや知識のアップデートなど教育を受けている状態</p>

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

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

引用文献

- 1) Dodd, M. et al. Advancing the science of symptom management. *Journal of Advanced Nursing*. 33(5), 2001, 668-676.
- 2) Orem, E. D. オレム看護論－看護実践における基本概念. 小野寺杜紀訳. 第4版. 東京, 医学書院, 2005, 17, 19, 238-245, 320-325. (ISBN4-260-00060-4)
- 3) The University of California, San Francisco School of Symptom Management Faculty Group. A model for symptom management. *Image the Journal of Nursing Scholarship*. 26(4), 1994, 272-276.
- 4) Larson, P. J. et al. An integrated approach to symptom management. *Nursing and Health Sciences*. 1, 1999, 203-210.
- 5) 荒尾晴恵. 症状マネジメントにおけるIASMの有効性の検討 がん性疼痛の症状マネジメントにおける比較から. *看護研究*. 35(3), 2002, 213-227.
- 6) 竹本明子他. Integrated Approach to Symptom Management (IASM) について(2) IASMを概念枠組みとして行った事例分析. *がん看護*. 4(5), 1999, 418-424.
- 7) 井沢知子. 乳がん術後のリンパ浮腫に対するナーシングリンパドレナージプログラムの開発. *日本看護科学学会誌*. 26(3), 2006, 22-31.
- 8) Kearney, B., Fleischer, B. Development and testing of an instrument to measure exercise of self-care agency. *Research in Nursing & Health*. 2(1), 1979, 25-34.
- 9) McBride, S. Validation of an instrument to measure exercise of self-care agency. *Research in Nursing & Health*. 10(5), 1987, 311-316.
- 10) Gast, L. H. et al. Self-care agency : conceptualizations and operationalizations. *Advances in Nursing Science*. 12(1), 1989, 26-38.
- 11) 本庄恵子. 壮年期の慢性病者のセルフケア能力を査定する質問紙の開発－開発の初期の段階－. *日本看護科学学会誌*. 17(4), 1997, 46-55.
- 12) 本庄恵子. 慢性病者のセルフケア能力を査定する質問紙の改訂. *日本看護科学学会誌*. 21(1), 2001, 29-39.
- 13) 荒尾晴恵. がん疼痛マネジメントのための患者用セルフケア能力測定尺度の開発 (博士論文). 2008, file:///C:/Users/7FLUser/Downloads/akashi%20doctoral%20dissertation%20abstract%20a2%20(1).pdf
- 14) 粕田孝行編. セルフケア概念と看護実践－Dr. P. R. Underwoodの視点から. 東京, へるす出版, 1987, 43-44

A Study of the Criteria for Assessing the Level of Self-care in Cancer Symptom Management

NAKANO Hiroe¹⁾, UCHINUNO Atsuko¹⁾

Abstract

Purpose :

This study aimed to develop the criteria for assessing patients' level of self-care capability in cancer symptom management, and evaluation of face validity and feasibility.

Methods :

- 1) Based on Orem's Self-Care Nursing Theory and the Orem-Underwood Theory, we created a proposed self-care level determination standard comprising level I ~ IV for each of four symptoms frequently encountered in cancer nursing : lymphedema, oral mucositis, defecation disorders, and skin impairment.
- 2) A self-administered questionnaire about face validity and feasibility of our proposed self-care level determination standard was mailed to 37 cancer nurse specialists familiar with cancer symptom management, and 11 nurses who studied Orem's Self-Care Nursing Theory during their cancer nursing specialist education program.
- 3) Multiple researchers read the replies created a modified version.
- 4) The Ethics Committee of the responsible institution granted approval.

Results :

Responses were received from 17 nurses (35.4%). Mean age of respondents was 39.35 years (SD=5.97), mean years of nursing experience was 14.5 years (SD=5.33). Opinions expressed included : "The criteria have face validity," "Easy to understand", "It is simple, does not require time to decide", "Changes in the patient have become easier to understand", "Examples provided makes it easy to determine", generally confirming face validity regarding decision validity, ease of understanding and practicality. Other opinions provided included : "I am uncertain in determination about patients totally unable to manage self-care, but who can ask others for assistance", "The distinction between level II and III is ambiguous", "There is no need to divide by symptoms", and "We need to distinguish between family support".

Our modified version provided concrete examples to clarify differences between levels, and expressions were strengthened. We indicated that criteria also included evaluation of family support. The next step is introduction of these criteria into research and clinical practice to provide accumulation of actual cases and further refinement of evaluation.

Key words : level of self-care ; symptom management ; cancer ; criteria

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