

総説（教授就任記念講演）

チームケア，アウトカム管理，ケアリングとしての技術的能力

谷岡 哲也

徳島大学大学院ヘルスバイオサイエンス研究部看護学講座看護管理学分野教授

（平成24年9月28日受付）（平成24年10月22日受理）

はじめに

医療サービスの質を担保するためにはその病院の自助努力だけでなく、第三者評価を活用することも有効である。第三者評価には、国際標準化機構（International Organization for Standardization : ISO）や日本医療機能評価機構の病院機能評価があり、多くの医療機関が認証取得に取り組んでいる。ISOには品質マネジメントシステム規格であるISO9001がある。これはPDCA（plan-do-check-act）サイクルに基づき計画、実行、評価、改善の4段階を繰り返すことによって、業務を継続的に改善するものである。また病院機能評価は医療機関の機能を専門的、学術的、中立的な立場から評価し、良質な医療を提供していることを第三者の目から認証する制度である¹⁾。これらは、全国の病院の総合的なサービスを均質化するためには非常に重要な役割を果たしている。

しかし、これからの病院に求められるものは、標準的な機能に加えて、その病院にしかない独自の商品、つまり並んででも、待ってでも、患者が受けたいと思う医療サービスをつくる必要がある。それはコンビニエンスストアのようなロボットのようない機械的な、サービスではなく、気持ちのこもったケアサービスである。「病気を治し、そのために必要な看護を提供する。そして必要であれば、リハビリテーションを行い、福祉サービスにつなげる」。このような一連の流れを作り、より患者の満足度を高めるためには、ケアリングとしての技術的能力が重要である。

本稿では、学際的多職種連携によるチームケア、アウ

トカム管理、患者満足度を向上させるための医療者に共通の技として、ケアリングとしての技術的能力について述べることにする。

チームケア，アウトカム管理，ケアリングとしての技術的能力の関係

地域の中で、地域住民に信頼される病院としての役割を果たすためには、まず、その病院の管理者がより良いアウトカムとは何か、どのような役割を果たすべきなのかを明確に認識する必要がある。管理者は、病院にはどのような疾患を抱える患者が受診しているのか、またその疾患の治癒率はどのようになっているか、医療に患者は満足しているか、その医療を提供することによって病院は財政的に健全な運営ができていかなどを分析して、よりよいアウトカムを達成できるように病院の管理者はアウトカム管理を行う必要がある。

このようなより良いアウトカムを達成するためには、学際的な連携によるチームケアが基盤となり^{2,3)}、病院の機能は、病院自体のチームワークが基本となる⁴⁾と言っても過言ではないだろう。

臨床指標を改善するためには、病院で働く専門家が、専門家としての技能を絶えず研鑽する必要がある。その技能は、患者・家族の満足度に密接に関連している。しかし、治療技術が上手くても、その医療者に気持ちのこもった思いやりがなければ、患者や家族の満足度を高めることは難しい。そのため「ケアリングとしての技術的な能力」は重要である。

前述したように、自分の病院のサービスの質や医療サービスを提供するための機能が整っているかどうかを評価するために、第三者評価を活用することも有効である。地域住民に信頼され、「待つでも診てもらいたい病院」にするためにはPDCAサイクルを繰り返すことによって、業務を継続的に改善しようと試みる必要がある（図1）。

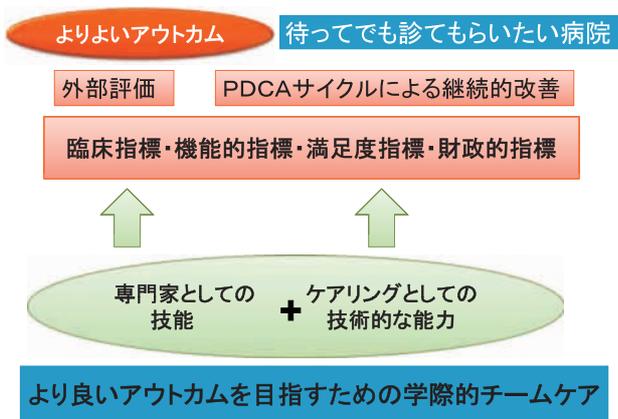


図1 チームケア、アウトカム管理、アウトカム管理の関係

チーム医療の発展

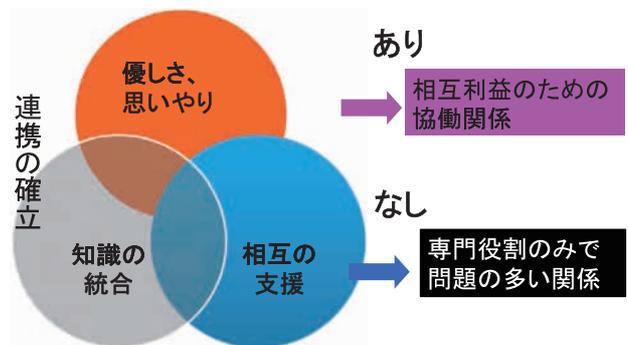
1970年代に「チーム医療」という言葉が初めて使われるようになった。その後、複数の医療従事者が関わる医療を意味する「チーム診療」「チーム診察」「組織医療」「医療チーム」「チーム医療」等、さまざまな言葉が混在して使用されながら、やがて1980年代になり、「チーム医療」といえばその指示する内容がある程度共有されるような用語になった⁵⁾。

この「チーム医療」と類似の言葉に「チームケア」がある。現代では入院期間は非常に短期間であり、自宅での療養やリハビリテーションを継続するために福祉の専門家が中心となった包括的な支援を行っている。チーム医療といえば、医療の専門職が連携することである。しかし、患者が疾患と障害を抱えつつ、地域でその人らしく生活をするためには、福祉の専門家や地域のケアワーカーといった、医療の枠を超えた学際的な多職種の協働

が必要となる。つまりチームケアとは、このようなあらゆる専門職が連携することを意味する⁶⁾。

円滑なチームケアを行う前提として重要なことは、他人に対する優しさや思いやり、チームの中での知識の統合、そして相互の支援である⁷⁾。例えば、患者に障害年金や生活保護の支援が必要になったことを考えると、医師や看護師は実際に患者やその家族がどのような手続きをしたらよいかを詳しく説明できる人は少ないだろう。しかし、社会福祉の専門家である社会福祉士や精神保健福祉士であれば、瞬時に問題を解決できる。このように、お互いが連携協働できていれば、結果として患者サービスの質を向上させることができる（図2）。

次に、医療を取り巻く環境の変化として、リハビリテーション医学の分野において1990年ごろから、患者や家族が積極的にケアに参加する必要性が認識されるようになった⁸⁾。また、医療サービスに対する考え方の変化として、白い巨塔に代表されるような医師中心の医療が展開されたパートナーリズムモデルから、サービスの利用者とサービスの提供者のパートナーシップモデルへと大きく変化してきた⁹⁾。このような変化を踏まえ、チームケアの中で重要なことは、その病院に必要な専門家がそろっていること、そして、「チームワークは、患者に最高のチームケアサービスを提供するためにある」ということをわれわれ医療・福祉の専門家が認識することである。



*DeMarco R, Horowitz JA, McLeod D.: A call to intra-professional alliances. *Nurs Outlook*. 2000; 48:172-8

図2 チームケアの前提条件としての連携モデル

コメディカルスタッフの自立とチームケア

医師のチームワークとコメディカルスタッフのメンバーシップの関係について考えてみる。医師が権威的な態度をとると、他のチームメンバーが十分にその専門性を発揮することが難しくなり、チームアプローチはうまくいかない¹⁰⁾。しかし、コメディカルスタッフが責任を果たさないと、医師は責任を委任できない¹¹⁾。治療が必要な部分では、医師はオーケストラの指揮者になり、各専門家が実力を十分に発揮し、演奏できるように指揮をすることで、素晴らしいサウンドが奏でられるようになる。また、退院支援やリハビリテーションの場面では、患者を中心として医師以外の専門家がリーダーシップをとることも重要なポイントとなる¹²⁾。オーケストラには各パートがあり、それぞれが全体として機能して美しい音楽になる。

病院等の勉強会で、座長が参加者に対して、「何か質問はありませんか」と問いかけると、看護職員が医師に対して、「先生、質問して…」と言っている光景を目にすることがある。病棟では自信を持って看護の仕事をしているのにも関わらず、大勢の他者の前では自分の意見を言葉に出し、表現する自信がないのである。これではチームワークはうまくいかない。今後は、チーム医療やチームケアの中で重要な役割を担うコメディカルスタッフの自立、役割と機能の明確化、そして職種としてのアイデンティティを確立することが問われている。

病棟での日常業務の中でも、患者さんの細かなニーズや変化に気づき、それを看護チームだけでなく、多職種で構成されるチームで共有できるように、看護の視点で得た情報を正確に伝える能力もチームワークの中では重要になる¹³⁾。

病院のアウトカムの指標とその管理

医療の質を評価しようとする試みは1910年代に始まった¹⁴⁾。1918年には米国の外科医コドマンは「The End Result System」というチェックシステムを提示した^{15,16)}。そして1980年にドナベディアン¹⁷⁾は、医療の質は構造

(structure)、過程 (process)、アウトカム (outcome) という3つの側面から評価することを提唱した。構造とは物的・人的資源、過程とは医療者の行動や態度、結果とは医療の結果 (アウトカム) である。

アウトカムを評価することは、提供した医療や看護の結果が医療の顧客である患者や家族に対して良かったかどうかについて評価する上で不可欠な要素である。特に、高齢者医療、精神医療、リハビリテーション分野では、医療だけでなく福祉サービスも含めた総合的なリハビリテーションやケアサービスのアウトカムを検討しなければならない。

アウトカムとは、一般的に結果もしくは成果と訳される。特に、医療におけるアウトカムとは治療的介入の成果あるいは危険因子への暴露が及ぼす影響 (結果) のことを示す。具体的な指標としては、罹患率、死亡率、生存率、合併症の発生率、緊急入院の発生率、症状抑制、健康関連の生活の質、機能的な健康状態、主観的な健康状況、治療に対する満足度、退院計画の効果、費用と資源の利用度、対費用効果等があげられる¹⁸⁻²⁰⁾。

病院を評価する際に着目すべきアウトカムの指標 (表1) は、臨床指標、機能的指標、満足度指標、財政的指標の4つに大別される²¹⁾。

病院によってそれぞれ役割・機能が異なるが、その病院に行けば必ず治してくれる医師がいること (臨床指

表1 アウトカムの指標

臨床指標
■ハイリスク行動、症状、対処行動、再発・再燃、再入院、治療回数、合併症、インシデントレポート、死亡率
機能的指標
■機能状態、社会交流、日常生活動作、職業能力、生活の質、家族との関係、住宅状況
満足度指標
■ケアの成果、ケア提供の仕組み、ケア提供の過程、病院組織
財政的指標
■治療にかかるコストと収益、在院日数、ケアと関連する資源の使用状況

Stuart, Sundeen: Principles & Psychiatric Nursing, 5th ed. Mosby, p5. 1995
翻訳し、一部改編した。

標), 次に脳卒中などが原因で障害が残った場合, どれだけリハビリテーションや社会福祉のサービスを提供してくれるか(機能的指標), そして病院のサービスの受け手の満足度(満足度指標)が高いかを評価する。また包括評価が増えている中, 少ない経費でいかに収益をあげるか(財政的指標)ということを経営的に評価し, より良いアウトカムを得るために, 管理者がアウトカムを総合的に管理することが重要である²²⁾。

外部評価とサービスの質

病院機能評価は, 必要最低限の病院の機能が備わっているかどうかを外部評価するものである。その必要最低限の機能が備わっている病院が, 病院独自のサービス目標, すなわちアウトカムを設定し, 病院長を中心に病院職員が一致団結して, サービスを展開することで, 初めてその病院の持ち味が出てくる。

例えば, 同じ割烹料理を提供する店でも, 普通の店とミシュランガイドに載っている店では異なる。ミシュランガイドに掲載されていない店の中には, 普通以下の店もあるだろうし, 普通の店や, 予約をとって高いお金を支払ってでも食べたい店もある。ミシュランガイドはあくまで良い店の一部を紹介しているだけであり, ミシュランガイドに掲載してなくても客足の途絶えることのない店も多く存在する。予約をとって高いお金を支払ってでも食べたい店, もしくは何回も足を運びたい店は, ミシュランガイドに掲載していても載ってなくても, 料理の味だけでなく食事をする客の視点に立ったあらゆるサービスが盛り込まれていると推察される。

病院も同様に, その規模や知名度に関わらず, 医療サービスの目標が顧客である患者に向いていなければ, 患者満足度は低下する。また, 患者が「この病院に来てよかった…」, あるいは「この先生に診てもらえて助かった…」と感じることが少ないだろう。病院で働く専門家のチーム医療, チームケアの能力, ケアリングとしての技術的な能力がサービスの質を左右する。

クリニカルパス^{23,24)}や標準的な治療・看護計画は, 標準化されたものである。また看護診断や標準看護計画は,

あくまでも病院において必要最低限のケアを提供しようというものである。換言すれば, どの病院においても必要最低限の看護サービスを担保し, 均質化しようとするものである^{25,26)}。しかし, これらは刻一刻と変化する患者の気持ちや要望を反映しているものではない。常に患者はどのようなことを望んでいるのかを知ることが, 最適なケアサービスを提供するために重要となる^{27,28)}。

全国どこの病院でも同じようなサービスを受けられるようにサービスを標準化することは, ケアサービスの質的向上のために重要である。しかし, 500床を超えるような大病院と100床程度の病院では, マンパワーや施設基準の違いがあり, 同じサービスを提供することは難しい。それを解決する鍵は, チームケアとチームケアサービスの質を管理するためのアウトカム管理や管理者の行動, 加えてその病院独自の工夫ではないだろうか。

ケアリングとしての技術的能力

現代では, 電子カルテやオーダーリングシステムの導入が進み, 電子化によって情報共有や病院での受付, 診察, 検査などが迅速に行われている。電子カルテシステムは, 電子上でケア計画が管理されることによって, 必要な時に適切なケアを患者に提供するための情報提供と共有が可能となり, ケアの効率と質が改善することに寄与している^{29,30)}。一方, 電子化や機械化, そして診療科の細分化によって, 患者の身体に直接触れて, 全人的に患者をみるのが疎かになってきているように思われる。

医療職に共通する技として, ケアリングとしての能力が非常に参考になる。その6つの構成要素³¹⁾は, 1) 思いやり, 2) 専門職としての責任を果たすための能力, 3) サービスの利用者と医療者の信頼関係, 4) 道徳的に行動するための善悪の判断力, 5) 専門職としての責任, 6) 行動, 衣服, 言語などで表現された態度がある。最後の態度は, いくら良い医療や看護が提供できても行動, 態度, 言葉遣いが良くなければ, 医療者として, 患者の苦悩に共感していることがケアの受け手である患者や家族に伝わらない。われわれは患者の脈に触れ, 心に触れ, 患者が病気や障害のためにどのように感じている

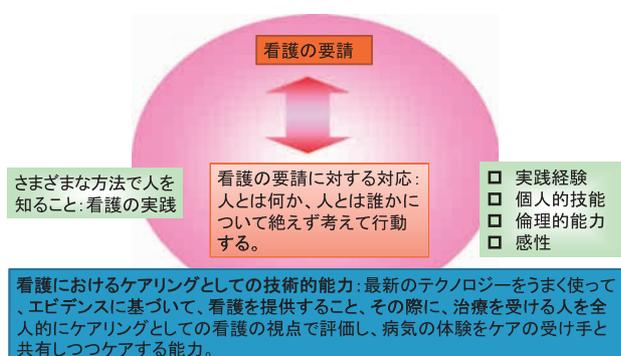
のか、そこに共感することが重要となる。

一番重要なこととして、共感したことを心から患者に伝える技術、すなわち、ケアリングとしての技術的能力をもって初めて、患者に標準的なサービス以上のケアサービスを提供されたと感じてもらえる。

看護におけるケアリングの技術的能力³²⁾の基盤として重要なことは、看護を受ける人（すなわち患者や家族）を全人的に知ることである。つまり、病気を抱えて苦悩している人々に関心を持ち、その経験を看護者として可能な限り共有させてもらうことが、深い人間理解につながる。それらの貴重な関わりを通して、われわれは専門家として、また一人の人間として成長を遂げることができる。

人を知るための方法には、実践経験の蓄積、個人的技能の習熟、倫理的能力の獲得および感性を練磨することがあげられる。ケアリングとしての技術的能力の基軸は、「ケアリングとしての看護の視点」であり、これは最新の知識やテクノロジーを活用して、包括的に看護の受け手である患者を「知ることに」ある。その際、看護師には看護を受ける人を予測し、規定してしまう可能性があり、この状況は、看護を受ける人を人間としてよりも「物」として評価してしまう危険性がある。看護師が看護を受ける人に対して、標準看護計画やクリニカルパスを使用し、浅薄に「知った」と仮定した場合に、そのような状況が生じることを忘れてはならない。

予測できない動的で自由な存在としての人間は、常に



LOCSIN,R. (2005). Technological Competency as Caring in Nursing: A Model for Practice. Sigma Theta Tau International, Indianapolis, IN. 翻訳し、一部改編した。

図3 看護実践とケアリングとしての技術的能力

刻一刻と変化しており、この特性は、全人的かつ連続的に人を知る必要性をわれわれ医療者に示唆している。看護と関連づけられた技術を通して、身体・心理・社会的に全体として人を知ることで、その時の患者の全体像を把握し、その人を知ることが容易になる可能性がある。かけがえのない存在として医療の受け手を知りたいという真摯な思いに基づいた、誠実で気持ちのこもった医療や看護実践に対して大きな需要がある。そのためにはわれわれ医療者はケアリングとしての技術的能力を磨いていく必要がある（図3）。

おわりに代えて

日本は人型ロボットの研究では最先端である。われわれの研究グループでは、トヨタ自動車やアメリカのフロリダアトランティック大学と協働して、ロボットが共感したことを人に伝えることができるかどうかの研究を進めてきた^{33,34)}。ケアリングの中で人間である看護師や医師が意図的に行っている共感的理解、感情移入、共感したことを看護や医療の受け手である患者やその家族に伝える技術は医療や看護の基本であり³⁵⁾、これが患者満足度の決め手となる。

「Oh, don't like be a robot (ロボットのように行動しないで)」という言葉がある。ロボットはプログラムしたことしかできない。

電子カルテは人間の指示通りに動いている。指示が間違ってもその通りに動いて、人間が考えていること、すなわち「本来あるべき結果」と異なる結果をもたらす場合もある。また人間が作ったものであるから故障や誤作動も当然生じることがある。通常のトラブルは人間から機器への指示が悪いが、最初から機器に異常があるか、どちらかである³⁶⁾。

重要なことは、コンピュータは人間とは異なり、最初にプログラムしたとおりにしか機能しないということである。つまり、人間がプログラムした以外の部分は、人間にしかできないヒューマンヘルスケアサービスの要素であることを忘れてはならない。医療の中で考えてみると、マニュアルや手順ばかりが機能評価では評価される

が、マニュアルだけに左右されると「Oh, don't like be a robot」ということになる。患者の苦しみに共感し、丁寧な言葉や言葉遣いをして患者に共感したことを伝えることで初めて、患者は救われた気持ちになる。

文 献

- 1) 谷岡哲也, 永峰勲, 大岡裕子, 美馬福恵 編集: ISOが看護を変える. 西日本法規出版株式会社, 2005
- 2) 谷岡哲也, 青谷恵利子, 松下恭子 他: 精神保健福祉における学際的多職種連携によるチームケアの効果測定. 四国医学雑誌, 59(1-2): 84-89, 2003
- 3) 片岡睦子, 谷岡哲也, 森口博基 他: 急性期治療病棟で用いる統合失調症用のクリニカルパスをベースとしたアウトカム管理者の職務内容の検討. 季刊こころの臨床 a・la・carte, 24(2): 229-244, 2005
- 4) 安西信雄, 清野絵: 包括的サービスを提供するためのさまざまなチーム, 固いチームと緩いチーム. 精神科臨床サービス, 7(4): 482-486, 2007
- 5) 細田満和子: 「チーム医療」の理念と現実 看護に生かす医療社会学からのアプローチ. 日本看護協会出版, 2006, pp. 8-13
- 6) 谷岡哲也, 大阪京子, 安原由子, 川村亜以 編集: PSYCHOMS 精神科電子アウトカム管理システムの開発. ふくろう出版, 2012, p. 55
- 7) Demarco, R. F., Horowitz, J. A., McLeod, D.: A call to intraprofessional alliances. *Nurs Outlook*. 2000 Jul-Aug, 48(4): 172-8, 2000
- 8) 眞野元四朗, 高坂要一郎, Betty Furuta, 谷岡哲也 編集: 続・精神障害者ためのヘルスケアシステムー学術的なチームケアモデルと実践のガイドラインー. 西日本法規出版, 2003, p. 101
- 9) Corbet, B.: Consumer involvement in research, Inclusion and impact. In S Srovers, J. DeLisa, & J. G. Whiteneck (Eds.), *Spinal cord injury: Clinical outcomes from the model systems*. Aspen Publications, Gaitherburg, MD, 1995, pp. 213-224
- 10) Youngson-Reilly, S., Tobint, M. J., Fielder, A. R.: *Multidisciplinary teams and childhood visual impairment: a study of two teams*. *Child: care, health and development*, 21(1): 3-15, 1995
- 11) Sweet, S. J., Norman, I. J.: The nurse-doctor relationship a selective literature review. *J. Adv. Nurs.*, 22(1): 165-70, 1995
- 12) 谷岡哲也, 大阪京子, 安原由子, 川村亜以: PSYCHOMS 精神科電子アウトカム管理システムの開発. ふくろう出版, 2012, p. 47
- 13) Anne Boykin 他著, 多田敏子, 谷岡哲也 監訳: ケアリングとしての看護ー新しい実践のためのモデルー. 西日本法規出版株式会社, 2005
- 14) 病院運営支援事業ー社団法人全日本病院協会: 診療アウトカム評価事業の考え方 診療アウトカム評価. インターネット<mhtml:file://C:Documents and Settings>, 2011.12アクセス
- 15) 岩崎榮: 医療の質評価をめぐる現状ーJCAHOの活動を中心にー「看護」を考える選集1. 看護の「質評価」をめぐる基礎知識, 日本看護協会出版会, 1996, pp. 41-49
- 16) 武藤正樹: DPC時代における病院管理学とは!ー医療の質に関わる臨床指標アラカルトー. 医薬ジャーナル, 41(2): 691-703, 2005
- 17) Donabedian, A.: *Explorations in quality assessment and monitoring* Volume1. the definition of quality and approaches to its assessment, Ann Arbor, Health Administration Press, Mich, 1980
- 18) アン・W・ワジナー, 井部俊子 監修: アウトカム・マネジマント 科学的ヘルスケア改善システムの臨床実践への応用. 日本看護協会出版会, 2003, pp. 47-49
- 19) Prescott, P., 松谷美和子 訳: 医療制度改革後に病院が生き残るための重要な要素「看護管理」, 4(4): 211-219, 1994
- 20) バトリシア C. ダイクス 編集, 末安民生, 伊藤弘人, 三原晴美 訳: 精神科クリニカルパス. 医学書院, 2000, pp. 53-61
- 21) Stuart, Sundeen: *Principles & Psychiatric Nursing* 5th ed. Mosby: 15, 1995

- 22) Tanioka, T., Kataoka, M., Yasuhara, Y., *et al.*: The role of nurse administrators and managers in quality psychiatric care. *J. Med. Invest.*, 58(1-2): 1-10, 2011
- 23) 山内豊明: クリティカルパス~なぜ生まれ, 何をもたらずか, そして課題は何か~. 大分看護科学研究, 1(1): 11-19, 1999
- 24) 村島さい子, 加藤和子, 瀬戸口要子 編集: 看護管理. メディカ出版, 大阪, 2006, p. 15
- 25) 高田都, 久富尚子, 浅野恵子, 岸和田友香 他: 標準化し共有できる記録(2)看護記録の標準化の考え方. 日本看護学会論文集 看護総合, 36: 256-258, 2005
- 26) 北川節子, 大石初巳: 看護実践・看護教育に活かすコンピュータ コンピュータを使つての新しい試みと実践-当院での電子カルテ導入とその実践-. 臨床看護, 29(11): 1633-1640, 2003
- 27) 谷岡哲也, Locsin Rozzano, 多田敏子, 大森美津子 他: 看護実践におけるケアリングとしての技術的能力. 香川大学看護学雑誌, 12(1): 1-6, 2008
- 28) Rozzano Locsin 著, 谷岡哲也, 上野修一, 真野元四郎, 高橋みどり 監訳: Technological Competency as Caring in Nursing A Model for Practice 『看護におけるケアリングとしての技術的な能力(その実践のためのモデル)』. ふくろう出版, 2009, p. 5
- 29) Rigby, M.: Health informatics as a tool to improve quality in non-acute care-new opportunities and a matching need for a new evaluation paradigm. *Int. J. Med. Inform.*, 56(1-3): 141-50, 1999
- 30) Li, P., Bahensky, J. A., Jaana, M., *et al.*: Role of multi-hospital system membership in electronic medical record adoption. *Health Care Manage. Rev.*, 33(2): 169-77, 2008
- 31) Roach, S.: The Human Act of Caring Ottawa. CHA Press, Ontario, 1984
- 32) 前掲28, Locsin Rozzano 著, 谷岡哲也 他監訳: ふくろう出版, 2009, pp. 130-131
- 33) 千葉進一, 渡部生聖, 谷岡哲也, 岩佐幸恵 他: 対話による認知症高齢者の自律神経系への影響. 香川大学看護学雑誌 (1349-8673), 15(1): 27-33, 2011
- 34) Huang, S., Tanioka, T., Locsin, R., Parker, M., *et al.*: Functions of A Caring Robot in Nursing. Proceedings of The 7th International Conference on Natural Language Processing and Knowledge Engineering NLPKE, 11: 425-429, 2011
- 35) Locsin, R., Purnell, M., Tanioka, T., Osaka, K.: Human Rights and Humanoid Relationships in Nursing and Complexity Science, In Davidson A, Ray M, Turkell M. Nursing, Caring, and Complexity Science, Springer Publishing, New York, 2011
- 36) 田村聡: 電子カルテ導入のために-メリットとデメリットを知る-. 小児科臨床, 63: 1421-1425, 2010

Outcome management, team care, technological competency as caring

Tetsuya Tanioka

Department of Nursing Management, Institute of Health Biosciences, the University of Tokushima Graduate School, Tokushima, Japan

SUMMARY

The hospital evaluation and accreditation by Japan Council for Quality Health Care, and International Organization for Standardization (ISO)-9001 have been playing an important role in standardizing general services of hospitals across the country in Japan. However, these cannot fulfill the patients and users' needs in future societies. Hospitals in the future must provide unique services that are specific to each hospital in addition to standard services, i.e., it is necessary to develop medical services for which patients wish to stand in line and wait to receive them. Although hospital manuals and procedures are often considered the main parts of hospital evaluation, this poses a risk of making the service like robot. Health care providers ought to understand patients' experience and convey an emphatic understanding to them with respectful words, so the patients can feel relieved and start to open their heart, contributing to establishing a favorable relationship. To develop such compassionate care services, the management of comprehensive outcomes, provision of interdisciplinary team care, and technological competency as caring were considered important.

Key words : outcome, management, team care, caring, nursing