

# STAS-J( STAS日本語版 ) スコアリングマニュアル

緩和ケアにおけるクリニカル・オーディットのために

## 第3版

編集 STAS ワーキング・グループ

発行 日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団

## STAS ワーキング・グループ

代表 志真 泰夫（筑波メディカルセンター病院 緩和医療科）

### 日本語版翻訳グループ

的 場 和 子*	梅 田 恵	岡 林 加 枝
後 藤 志 保	中 山 康 子	広 瀬 寛 子

### 日本語版開発・普及グループ

志 真 泰 夫*	阿 部 まゆみ	小野瀬 俊 子
笹 原 朋 代	河 正 子	木 澤 義 之
田 中 桂 子	田 村 恵 子	恒 藤 暁
長 岡 広 香	中 島 信 久	的 場 和 子
丸 口 ミサエ	宮 川 三樹夫	宮 下 光 令
森 田 達 也		

### 症状版開発グループ

宮 下 光 令*	岩 瀬 哲	木 澤 義 之
志 真 泰 夫	寺 本 量 子	中 川 恵 一
馬 場 玲 子	安 田 恵 美	

（\*研究グループ責任者、所属・敬称略）

# 目 次

第3版改訂にあたって .....	2
第2版改訂にあたって .....	3
はじめに .....	4
序文 .....	6
I . STAS 作成の背景と開発過程 .....	9
II . STAS-J の開発過程 .....	13
1) STAS-J 開発のフローチャート .....	14
2) STAS-J の信頼性・妥当性 .....	15
3) STAS-J 症状版について .....	17
III . STAS-J の使い方 .....	19
1) STAS-J の概要 .....	20
STAS-J 見本 .....	23
STAS-J 症状版見本 .....	27
2) 各項目のスコアリング法 .....	29
3) STAS-J に関する Q & A .....	38
IV . STAS-J に関する問い合わせ .....	53
参考文献 .....	55
付録 練習用仮想症例と STAS-J 評価 .....	59

## 第3版改訂にあたって

「STAS-J (STAS 日本語版) スコアリングマニュアル」は2004年に第1版を作成し、2005年に第2版への改訂を行いました。その後、数度のワークショップや多くの施設でSTAS-Jをご使用いただいた経験から様々なご指摘をいただきました。第2版に多くの方から増刷の要請を受けたこともあり、このたび第3版への改訂を行う運びとなりました。今回の改訂第3版も第2版と同様に「日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団」からの研究助成を受けて作成いたしました。

第3版では基本的な構成は以前と変わっていません。大きな変更点は(1) STAS-J 症状版を新たに掲載したこと、(2) ワークショップなどで頂いたご意見をもとにQ&Aを追加したこと、(3) 練習用仮想症例を7つに増やしたこと、以上の3点です。いずれも臨床でSTAS-Jを使用していただいた方からのご意見に基づく改訂です。

STAS-Jは2004年に公表してから多くの方に臨床で利用していたり、学会などでもSTAS-Jを用いた発表が多くなされてきました。また、われわれSTAS ワーキング・グループでは2006年11月および2007年11月の日本死の臨床研究会において「STAS-Jの使用経験と今後の課題」と題したミニワークショップを行っております。これらを通じて、STAS-Jのわが国での広まりを知るとともに様々なご意見を頂戴したことに大変感謝申し上げます。ワークショップの記録やSTAS-Jについての最新情報はホームページ <http://plaza.umin.ac.jp/stas/> に掲載してございます。STAS-Jを利用なさる方は是非ホームページをご覧になることをお勧めいたします。今後もSTAS-Jの普及にあたり、ご意見等を賜れば幸甚です。

2007年11月11日

STAS ワーキング・グループを代表して  
筑波メディカルセンター病院 緩和医療科  
志真泰夫

## 第 2 版改訂にあたって

「STAS 日本語版スコアリングマニュアル」は、2004 年 3 月に「STAS 日本語版」の普及を目的に本研究班と STAS Working Group Japan のメンバーが中心となって編集し、発行いたしました。初版発行からまだ 1 年余しか経っておりませんが、初版の在庫はすでになくマニュアルの入手を希望される多くの方にお渡しできません。また「STAS 日本語版」を実際に使用した方々や STAS 日本語版普及のためのワークショップに参加された方々から「スコアリングマニュアル」の内容や記述について貴重なご意見をいただきました。そこで、「STAS 日本語版」の開発に携わったメンバーが話し合い、改訂する必要性があるという結論に至りました。

基本的な構成は初版と比べて変わっていません。今回の改訂の中心は、「III. STAS 日本語版の使い方」です。とくに、評価項目の「解説」と「評価のポイント」を見直し、Q&A を充実する方向で改訂することとなりました。「STAS 日本語版」の各項目をより評価がしやすいように、各評価項目の意味するところを明確にしました。また、「評価のポイント」は評価する対象が明確になるように工夫しました。さらに、「STAS 日本語版」を実際に使用した方からの意見を参考に、Q&A を追加しました。これらの改善により、さらに STAS 日本語版が広く利用され、わが国のホスピス・緩和ケアの向上に役立つことを願っています。

今回の改訂にあたり貴重なご意見をお寄せくださった多くの方々に御礼を申し上げます。また、幸いにも今回の改訂にあたり日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団（柏木哲夫理事長）から助成をいただくことがきました。「STAS 日本語版」普及のためのワークショップの開催も同財団からの助成であわせて可能となりました。心から御礼申し上げます。今後も「STAS 日本語版スコアリングマニュアル」をよりよいものとし、「STAS 日本語版」を普及するためにいろいろの立場からご意見、コメントなどいただければ幸いです。

2005 年 5 月 1 日

「緩和医療提供体制の拡充に関する研究班」と STAS Working Group Japan を代表して  
筑波メディカルセンター病院 緩和医療科  
志真泰夫

## はじめに

ホスピス・緩和ケアは、治癒不能な疾患をもつ患者と家族のニーズに焦点をあて、全人的なケアを提供することで発展してきました。英国のホスピスは、初期にはシシリー・ソングラス先生をはじめとした先駆者達の使命感と優れた実践を通じて社会的支持を得ることができました。そして、ホスピスの目的を支持する多くの市民による寄付で運営されていました。ホスピスの発展とともに1980年代からホスピス・緩和ケアは英国の公的医療サービス(NHS)から補助を受け、その制度に組み込まれるようになり、公的医療サービスのひとつとして市民権を得るようになりました。そこで、ホスピス・緩和ケアの成果とケアの質の高さを客観的に評価することを通じて、公的な資金を投入する意義を明らかにすることが求められるようになりました。

その試みの一つが、“Clinical Audit”と呼ばれる日常的な臨床監査活動です。クリニカル・オーディット(Clinical Audit)は、診断、治療、その成果、患者さんのQOLなどに関して、質の高い診療が行われているかどうかを多面的かつ包括的に評価することを指します。したがって、ホスピス・緩和ケアにおけるケアの質を測定するためには、身体的ニーズだけでなく、心理的、社会的、霊的(スピリチュアル)なニーズも含めて、広く多面的な要素から成る評価尺度が必要とされます。さらに、評価の対象となる患者さんは、全身状態の悪い患者さんも含まれ、そのような患者さんにも適応可能な評価尺度が必要です。

Support Team Assessment Schedule(STAS)は、英国のHigginsonらによって、上記のような点もふまえて開発された、ホスピス・緩和ケアの評価尺度です。主要項目として「痛みのコントロール」「症状が患者に及ぼす影響」「患者の不安」「家族の不安」「患者の病状認識」「家族の病状認識」「患者と家族のコミュニケーション」「医療専門職間のコミュニケーション」「患者・家族に対する医療専門職とのコミュニケーション」の9項目からなります。評価は、医師、看護師など医療専門職による「他者評価」という方法をとります。したがって、STASは医療専門職が自らのケアを評価し、改善していくために適切な「評価法」といえます。この評価法を十分使いこなすことによって、ホスピス・緩和ケアの成果とケアの質の高さを客観的に明らかにすることができます。それがホスピス・緩和ケアに患者、家族の信頼を得ることにつながると考えます。

近年、わが国でも医療の質の評価について関心が高まっており、医療機能評価機構など第三者による病院機能評価が普及してきていま

す。ホスピス・緩和ケア病棟の急速な増加、病院緩和ケアチームの増加はホスピス・緩和ケアにおける質的な評価をますます必要なものとしていると考えます。STAS日本語版が、わが国のホスピス・緩和ケアの質的な向上に役立つことを心から願っています。

2004年3月

志真 泰夫

## 序 文

この小冊子を、みなさんに推薦できることをたいへんうれしく思います。的場和子氏をリーダーとするワーキンググループは、この2年間に、Support Team Assessment Schedule (STAS) の日本での使用にあたっての検証に取り組んできました。

緩和ケアにおける質的評価はしばしば困難とされ、結局何も測定しないほうがよいのではないかと言う人もいます。けれども、患者さんにご家族に対する私たちの対応がベストなものであるのかについて検証する、あるいは私たちが行っていることを明らかにするために、STASのような評価尺度を用いることにより、患者さんにご家族へのケアを向上させるための情報を得ることができます。

STASは完璧な評価尺度ではありません。そのため、あなたが使おうとしている状況に適しているかどうかについて、見直しながら使用する必要があります。STASの主な利点は、緩和ケアを受けている患者さんにご家族から直接生まれてきたものであるということ、そして、かなり短く使いやすいという点です。包括的とは言えませんが、STASをうまく使いこなすことができるかどうかは、医療者が患者さんにご家族のニーズを的確にアセスメントできるかどうかにかかっています。そのため、緩和ケアに携わるスタッフに対する訓練も平行して行われる必要があり、また使い方を定期的かつ批判的に見直すことが必要です。それでも、STASにより得られた情報は、クリニカル・オーディットとしての使用と同様に、異なる治療法の効果を示したり、個々の患者さんにご家族をモニタリングしたりするために用いることができます。

緩和ケアでは、私たちは個々の患者さんにご家族にとって何が大切なのかを見出すことを願っており、STASはそれをよりよく行うためのひとつの方法なのです。



I am delighted to commend the contents of this leaflet to you. The group in Japan, under the leadership of Kazuko Matoba has been working for the last two years testing and refining the Support Team Assessment Schedule - STAS - for use in a Japanese setting. Measurement in palliative care is often extremely difficult and some people argue that it would be better to measure nothing at all. But in a world where it is beholden upon us to test our own assumptions about whether the way we treat patients and families works for the best and where we need to prove what we do, using a measure like STAS can help to give information that will over time improve the care of patients and families. STAS is not a perfect measure and you must review whether it is the right measure for your setting. Its main advantages are that it grew out of work directly with patients and families in palliative care and is fairly short and user friendly. It is not completely comprehensive though, and it does rely on professionals making very accurate assessments of patients and families needs. Therefore, it must be tempered alongside good training of staff in palliative care and regular and critical review of its use. Nevertheless, information can be used to show the effect of different treatments or to help to monitor individual patients and families, as well as all the other uses in clinical audit. In palliative care we are keen to find out what is important for individual patients and families and the STAS is one way of helping us to do that better.

Professor Irene J Higginson  
Department of Palliative Care and Policy, King's College London

# I. STAS 作成の背景と開発過程

## STAS 作成の背景と開発過程

### - クリニカル・オーディット (Clinical Audit) と STAS -

STAS(Support Team Assessment Schedule) は 1990 年代初頭に英国で開発されました。当時の英国では、NHS の政策のもとに、医療サービスの量やコストだけでなく、質の充実に力も注がれていました。当時の白書 “ Working for patient ” ではメディカル・オーディットを次のように定義しています。「診断、治療の方法、資源の利用、その成果、患者さんの QOL などを含む医療やケアの質を系統的、批判的に分析すること」。このように NHS によって公式にメディカル・オーディットが定義され、財政上のサポートが得られたことによってメディカル・オーディットの考え方は英国で広く普及しました。クリニカル・オーディットとはメディカル・オーディットとほぼ同じものと考えてよいものですが、医師だけでなく、臨床で患者さんに医療を提供する、全ての専門職やボランティアを含んだものと考えられています (Higginson, 1993)。オーディットは日本語にすると「監査」という訳語があてられることが多いようです。他にも「検査」「評価」などという意味で用いられます。

英国では緩和ケア分野で適当な評価尺度やオーディットのためのツールがなかったため、Higginson らによって STAS が開発されました。1992 年時点で、英国には 360 の在宅ケアの支援チームがあり、また、160 以上の病院の支援チームがありました。STAS は当初、これらのチームケアの評価 (Donabedian モデルにおける outcome) を測定、あるいはケアの中間的な評価をする目的で作成されました。まず最初に、支援チームの目標 (Goal) を設定し、その目標達成の評価項目を考えるとという手順を踏んでいます。はじめは在宅でがん患者さんをケアするチームのためにつくられたものでしたが、より広い環境 (病棟や AIDS など他の疾患) で使われるようになりました。

STAS はコアとなる 9 項目と付加的な 6 項目から成ります。今回の日本語版の翻訳はコアとなる 9 項目のみ行いました。STAS の特徴は

その評価が医療者によってなされることにあります。緩和ケアの対象となる患者さんは、自己記入式の質問紙への回答やインタビューが困難であるような、全身状態が悪い患者さんが含まれます。また、緩和ケアの目標は、患者さんとご家族の全人的な苦痛の緩和であり、その苦痛は単に身体的な項目だけでなく、家族との関係なども含まれるべきと考えられます。STAS は当初、在宅での支援チームのために作成されたようにチームケアの評価を目的としていますので、患者さんの状態を評価するだけでなく、患者さんを中心として医療者が機能的に活動できているかなどを評価するという点で、一般に用いられている QOL 尺度と一線を画しています。STAS は英国、カナダなどで計量心理学的な信頼性・妥当性などの検討が行われています。

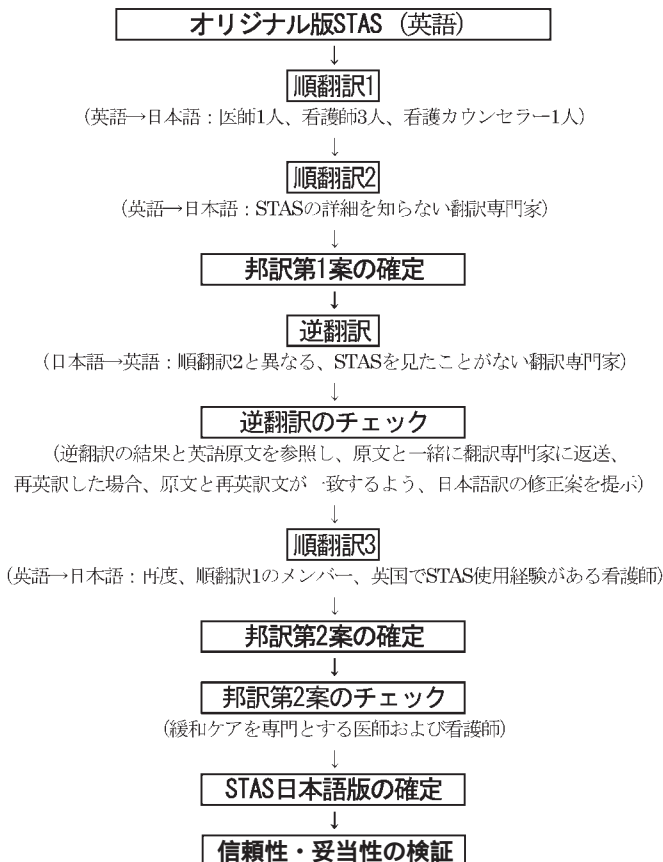
STAS が作成された背景と開発過程については、Higginson : Clinical Audit in Palliative care, Radcliffe Medical Press, 1993 に詳しく書かれています。

## II. STAS-Jの開発過程

## STAS-J の開発過程

STAS の日本語版への翻訳作業は STAS 開発者である Higginson の許可を受け、翻訳グループ STAS Working Group Japan (責任者： 的場和子) が中心となり、以下のような手順で行いました。翻訳が終了したのち、「緩和医療提供体制の拡充に関する研究」班が、原版の持つ信頼性、妥当性が翻訳作業により損なわれていないか、計量心理学的な方法で検討しました。

### 1) STAS-J 開発のフローチャート



## 2) STAS-J の信頼性・妥当性

信頼性・妥当性の検討は、カナダにおける先行研究 (Carson, 2000) とほぼ同様の方法によって行われました。

### 方法 1 信頼性の検討

10 例の仮想症例を緩和ケア病棟のスタッフが同時に 3 ヶ月の間隔で 2 度評価することにより、評価者間信頼性 (違う人が STAS をつけた場合、どれだけ一致するか) および評価者内信頼性 (同じ人が 2 回 STAS をつけた場合、どれだけ一致するか) の検討を行いました。

仮想症例は、研究の対象施設とは別の緩和ケア病棟に勤務する医師が、実際の症例をもとに作成したものです。評価の前には病棟で講習会を開催し、STAS の評価方法等について十分に説明、質疑を受けました。この研究に用いた仮想症例は、本マニュアルに資料として添付しています。

### 方法 2 妥当性の検討

緩和ケア病棟に入院中の患者さん、ご家族へのインタビューに基づいた評価と看護師の評価を比較しました。インタビューを行ったのは、対象施設に所属しない研究者 (看護師) です。

### 結果 1 信頼性の検討

評価者間信頼性においては、それぞれの項目の重みつきカッパ係数は  $\kappa = 0.53 \sim 0.77$  であり、評価者内信頼性 (再現性) は、それぞれの項目で  $\kappa = 0.64 \sim 0.85$  でした。重みつきカッパ係数というのは、評価の一致度を見る指標で、0.21 ~ 0.40 が Fair (やや)、0.41 ~ 0.60 が Moderate (中くらい)、0.61 ~ 0.80 は Substantial (かなりの)、0.81 ~ 1.00 は Almost Perfect (ほとんど完璧) といわれています (Landis and Kock, 1977)。今回の調査では信頼性は全体的に良好といえます。

### 結果 2 妥当性の検討

患者さんを基準とした看護師の評価の妥当性は、一致割合で完全一

致がそれぞれ 38% ~ 70%、ほぼ一致 ( $\pm 1$ ) の割合は 74% ~ 100% でした。重みつきカッパ係数はそれぞれの項目で 0.08 ~ 0.51 でした。

ご家族を基準とした看護師評価の妥当性は、一致割合で完全一致がそれぞれ 36% ~ 68%、ほぼ一致 ( $\pm 1$ ) の割合は 80% ~ 100% でした。重みつきカッパ係数はそれぞれの項目で 0.07 ~ 0.43 でした。

項目によってはあまりよい結果ではありませんでしたが、たとえば「患者と家族のコミュニケーション」などは、インタビューによって患者さん、ご家族から聴取することは難しかったと考えられます。なお、この結果は英国における Higginson らの結果、カナダにおける Carson らの結果とほぼ同じでした。したがって、翻訳によって STAS の評価機能が落ちていないという結論となります (英語原版とほぼ同等)。





## STAS-J 症状版について

STAS-J 症状版は STAS-J の項目 2 「症状が患者に及ぼす影響」をそれぞれの症状に適用することを目的に開発しました。オリジナルの STAS-J では、項目 2 は痛み以外の症状で最もつらい症状や日常生活の支障となる症状を評価する項目でした。しかし、緩和ケアチームや緩和ケア病棟における症状マネジメントの効果指標として項目 2 を多様な症状に対して利用したいという要求が臨床現場からあったため、わが国において新たに開発いたしました。STAS-J 症状版の開発は 2 つの大学病院の緩和ケアチームによる評価者間信頼性の検討を行い、十分な信頼性を有することを確認致しました（投稿中）。評価者間信頼性の検討では 120 人の患者に対する評価を行い、20 項目中 13 項目が「ほぼ完全、かなりの信頼性」、18 項目が「中程度以上の信頼性」を有していることが確認され、 $\pm 1$  の誤差を含めると 71 ~ 100% の一致度を有することがわかっています。STAS-J 症状版は上記のような過程を経て開発され「疼痛」「しびれ」「全身倦怠感」「呼吸困難」「せき」「たん」「嘔気」「嘔吐」「腹満」「口渇」「食欲不振」「便秘」「下痢」「発熱」「眠気」「不眠」「抑うつ」「せん妄」「不安」「浮腫」の 20 項目に「その他」の項目を評価することが出来ます。評価方法は STAS-J の項目 2 とほぼ同様ですが、臨床現場での利用を考えて若干簡潔な表現になっております。具体的な評価方法は「STAS-J 症状版見本」をご参照ください。



### III. STAS-J の使い方

## 1) STAS-J の概要

先に述べたように、STAS-Jは、患者さん・ご家族の心身の状態やチームケアの機能をみることで、提供しているケアの質を評価するために使用します。

STAS-Jは、患者さんの身体的症状について(2項目)、患者さんの不安・病状認識について(2項目)、ご家族の不安・病状認識について(2項目)、コミュニケーションについて(3項目)の計9項目からなります。

STAS-Jは項目1、2のかわりに、STAS-J症状版を用いて、様々な症状を同一の方法で評価することも可能です。

各項目は0～4の5段階からなり、各段階につけられた説明文を見て最も近いものを選ぶようになっています。

0が症状が最も軽い(問題が小さい)こと、4が症状が最も重い(問題が大きい)ことを意味します。

STAS-Jは、患者さんによる自己記入ではなく、ケアを提供しているスタッフが記入します。そのため、患者さんの全身状態に関わらず、緩和ケアを受けている全患者さんに実施することが可能です。ただ、患者さんの状態や状況によっては、評価不可能な項目があります。その場合、欠損とし、次の数字のいずれかを書き入れてください。

**7: 情報が少ないため評価できない場合(例えば、入院直後や家族はいるが面会に来ないなど)**

**8: 家族がいないため、家族に関する項目を評価できない場合**

**9: 認知の低下や深い鎮静のため評価できない場合(Q&A8参照)**

評価は、基本的にチーム・カンファレンスでの話し合いをもとに行います。また、プライマリーナースなど、同じ人が継続して記入することが望ましいでしょう。

評価する時期は、入院時（病棟の場合）、その後はだいたい週に1～2回です。項目によっては、もっと頻繁な評価が必要な場合があります。（Q&A4 参照）

STAS-Jでは、項目はそれぞれ個別に解釈されます。全項目を合計して総得点を出すというような使い方は推奨できません。

（Q&A4、21 参照）

STAS-J 見本

## STAS - J

患者氏名：

記載者氏名：

記入日： 年 月 日

当てはまる番号に をつけてください。

1. 痛みのコントロール：  
痛みが患者に及ぼす影響

- 0 = なし
- 1 = 時折の、または断続的な単一の痛みで、患者が今以上の治療を必要としない痛みである。
- 2 = 中程度の痛み。時に調子の悪い日もある。痛みのため、病状からみると可能なはずの日常生活動作に支障をきたす。
- 3 = しばしばひどい痛みがある。痛みによって日常生活動作や物事への集中力に著しく支障をきたす。
- 4 = 持続的な耐えられない激しい痛み。他のことを考えることができない。

2. 痛み以外の症状コントロール：  
痛み以外の症状が患者に及ぼす影響

症状名

( )

- 0 = なし
- 1 = 時折の、または断続的な単一または複数の症状があるが、日常生活を普通に送っており、患者が今以上の治療を必要としない症状である。
- 2 = 中等度の症状。時に調子の悪い日もある。病状からみると、可能なはずの日常生活動作に支障をきたすことがある。
- 3 = たびたび強い症状がある。症状によって日常生活動作や物事への集中力に著しく支障をきたす。
- 4 = 持続的な耐えられない激しい症状。他のことを考えることができない。

## 3. 患者の不安：不安が患者に及ぼす影響

- 0 = なし
- 1 = 変化を気にしている。身体面や行動面に不安の兆候は見られない。集中力に影響はない。
- 2 = 今後の変化や問題に対して張り詰めた気持ちで過ごしている。時々、身体面や行動面に不安の徴候が見られる。
- 3 = しばしば不安に襲われる。身体面や行動面にその徴候が見られる。物事への集中力に著しく支障をきたす。
- 4 = 持続的に不安や心配に強くとらわれている。他のことを考えることができない。

## 4. 家族の不安：不安が家族に及ぼす影響

- 注1：家族は患者に最も近い介護者としませす。その方々は、両親であるのか、親戚、配偶者、友人であるのかコメント欄に明記して下さい。
- 注2：家族は時間の経過により変化する可能性があります。変化があった場合、コメント欄に記入して下さい。

コメント ( )

- 0 = なし
- 1 = 変化を気にしている。身体面や行動面に不安の徴候は見られない。集中力に影響はない。
- 2 = 今後の変化や問題に対して張り詰めた気持ちで過ごしている。時々、身体面や行動面に不安の徴候が見られる。
- 3 = しばしば不安に襲われる。身体面や行動面にその徴候が見られる。物事への集中力に著しく支障をきたす。
- 4 = 持続的に不安や心配に強くとらわれている。他のことを考えることができない。

**5. 患者の病状認識：**  
患者自身の予後に対する理解

- 0 = 予後について十分に認識している。
- 1 = 予後を2倍まで長く、または短く見積もっている。例えば、2-3ヶ月であろう予後を6ヶ月と考えている。
- 2 = 回復すること、または長生きすることに自信が持てない。例えば「この病気で死ぬ人もいるので、私も近々そうなるかもしれない」と思っている。
- 3 = 非現実的に思っている。例えば、予後が3ヶ月しかない時に、1年後には普通の生活や仕事に復帰できると期待している。
- 4 = 完全に回復すると期待している。

**6. 家族の病状認識：**  
家族の予後に対する理解

- 0 = 予後について十分に理解している。
- 1 = 予後を2倍まで長く、または短く見積もっている。例えば、2-3ヶ月であろう予後を6ヶ月と考えている。
- 2 = 回復すること、または長生きすることに自信が持てない。例えば「この病気で死ぬ人もいるので、本人も近々そうなるかも知れない」と思っている。
- 3 = 非現実的に思っている。例えば、予後が3ヶ月しかない時に、1年後には普通の生活や仕事に復帰できると期待している。
- 4 = 患者が完全に回復することを期待している。

**7. 患者と家族とのコミュニケーション：**  
患者と家族とのコミュニケーションの深さと率直さ

- 0 = 率直かつ誠実なコミュニケーションが、言語的・非言語的になされている。
- 1 = 時々、または家族の誰かが率直なコミュニケーションがなされている。
- 2 = 状況を認識してはいるが、その事について話し合いがなされていない。患者も家族も現状に満足していない。あるいは、パートナーとは話し合っても、他の家族とは話し合っていない。
- 3 = 状況認識が一致せずコミュニケーションがうまくいかないため、気を使いながら会話が行われている
- 4 = うわべだけのコミュニケーションがなされている。

**8. 職種間のコミュニケーション：**  
患者と家族の困難な問題についての、スタッフ間での情報交換の早さ、正確さ、充実度

関わっている人(職種)を明記してください( )

- 0 = 詳細かつ正確な情報が関係スタッフ全員にその日のうちに伝えられる。
- 1 = 主要スタッフ間では正確な情報伝達が行われる。その他のスタッフ間では、不正確な情報伝達や遅れが生じることがある。
- 2 = 管理上の小さな変更は、伝達されない。重要な変更は、主要スタッフ間でも1日以上遅れて伝達される。
- 3 = 重要な変更が数日から1週間遅れて伝達される。  
例) 退院時の病棟から在宅担当医への申し送りなど。
- 4 = 情報伝達がさらに遅れるか、全くない。他のどのようなスタッフがいつ訪ねているのかわからない。

**9. 患者・家族に対する医療スタッフのコミュニケーション：**  
患者や家族が求めた時に医療スタッフが提供する情報の充実度

- 0 = すべての情報が提供されている。患者や家族は気兼ねなく尋ねることができる。
- 1 = 情報は提供されているが、充分理解されていない。
- 2 = 要求に応じて事実は伝えられるが、患者や家族はそれより多くの情報を望んでいる可能性がある。
- 3 = 言い逃れをしたり、実際の状況や質問を避けたりする。
- 4 = 質問への回答を避けたり、訪問を断る。正確な情報が与えられず、患者や家族を悩ませる。

**【特記事項】**

評価できない項目は、理由に応じて以下の番号を書いてください。

- 7: 入院直後や家族はいるが面会に来ないなど、情報が少ないため評価できない場合(入院直後や家族はいるが面会に来ないなど)
- 8: 家族がいないため、家族に関する項目を評価できない場合
- 9: 認知機能の低下や深い鎮静により評価できない場合

## STAS-J 症状版見本



# STAS-J 症状版

## 症状が患者に及ぼす影響

0 = なし

1 = 時折、断続的。患者は今以上の治療を必要としない。(現在の治療に満足している、介入不要)

2 = 中等度。時に悪い日もあり、日常生活動作に支障をきたすことがある。(薬の調節や何らかの処置が必要だがひどい症状ではない)

3 = しばしばひどい症状があり、日常生活動作や集中力に著しく支障をきたす。(重度、しばしば)

4 = ひどい症状が持続的にある。(重度、持続的)

\* 評価不能 (認知機能の低下、鎮静、緩和ケアチームが訪室できなかった場合など)

疼痛	0	1	2	3	4	*
しびれ	0	1	2	3	4	*
全身倦怠感	0	1	2	3	4	*
呼吸困難	0	1	2	3	4	*
せき	0	1	2	3	4	*
たん	0	1	2	3	4	*
嘔気	0	1	2	3	4	*
嘔吐	0	1	2	3	4	*
腹満	0	1	2	3	4	*
口渇	0	1	2	3	4	*
食欲不振	0	1	2	3	4	*
便秘	0	1	2	3	4	*
下痢	0	1	2	3	4	*
尿閉	0	1	2	3	4	*
失禁	0	1	2	3	4	*
発熱	0	1	2	3	4	*
ねむけ	0	1	2	3	4	*
不眠	0	1	2	3	4	*
抑うつ	0	1	2	3	4	*
せん妄	0	1	2	3	4	*
不安	0	1	2	3	4	*
浮腫	0	1	2	3	4	*
その他 ( )	0	1	2	3	4	*

## 2) 各項目のスコアリング法



各項目のスコアリング法についての説明です。各スコアの説明文の後ろには、評価に迷った時のための【解説】をつけています。下欄 **評価のポイント** 内はスコアリングにあたっての全体的な説明です。これらは STAS の原文には書かれていません。実際のスコアリングにあたって参考として下さい。

### 1. 痛みのコントロール：痛みが患者に及ぼす影響

0 = なし

1 = 時折の、または断続的な単一の痛みで、患者が今以上の治療を必要としない痛みである。

【解説】現在の疼痛マネジメントに満足している。

2 = 中程度の痛み。時に調子の悪い日もある。痛みのため、病状からみると可能なはずの日常生活動作に支障をきたす。

【解説】薬の調節や何らかの処置が必要であるが、それほどひどい痛みではない。

3 = しばしばひどい痛みがある。痛みによって日常生活動作や物事への集中力に著しく支障をきたす。

【解説】我慢できない痛みが出現することがある。

4 = 持続的な耐えられない激しい痛み。他のことを考えることができない。

【解説】我慢できない痛みが持続的にある。

#### 評価のポイント

痛みが患者さんの日常生活や心理状態に与える影響について評価します。何らかの治療・処置がされている場合、それらの結果としてどのような状態であるかを評価してください。

原則として、患者さんの訴えを重視して評価してください。医療者からみて2でも、患者さんが4と捉えているならば、4としてください。ただ、「訴えない=痛みがない」とするのではなく、バイタルサインの変化、言葉以外の痛みの表現にも目を向け、総合的に判断してください。

## 2. 痛み以外の症状コントロール：痛み以外の症状が患者に及ぼす影響

症状名（ ）

痛み以外の症状がない場合は、症状名に「なし」と記入してください。

0 = なし

1 = 時折の、または断続的な単一または複数の症状があるが、日常生活を普通に送っており、患者が今以上の治療を必要としない症状である。

【解説】現在の症状マネジメントに満足している。

2 = 中等度の症状。時に調子の悪い日もある。病状からみると、可能なはずの日常生活動作に支障をきたすことがある。

【解説】薬の調節や何らかの処置が必要であるが、それほどひどい症状ではない。

3 = たびたび強い症状がある。症状によって日常生活動作や物事への集中力に著しく支障をきたす。

【解説】我慢できない症状が出現することがある。

4 = 持続的な耐えられない激しい症状。他のことを考えることができない。

【解説】我慢できない症状が持続的にある。

### 評価のポイント

ここでは痛み以外の症状がどれだけ患者さんの日常生活や心理状態に影響を及ぼしているかを総合的に評価します。

症状が複数ある場合は症状名の欄に全て記入してください。その場合、患者さんに最も影響を及ぼしている症状を最初に記してください。それらの症状をまとめて捉え、全体として患者さんの生活をどのくらい煩わせているのかを判断してください。ADLのように活動の範囲を評価するのではなく、症状によりどのくらい日常生活が妨げられているのか、その妨げが患者さん本人にとってどのくらい苦痛なのかに注目して下さい。

なお、必要に応じて、個々の症状に対し評価しても構いません。

### 3. 患者の不安：不安が患者に及ぼす影響

0 = なし

1 = 変化を気にしている。身体面や行動面に不安の徴候は見られない。  
集中力に影響はない。

2 = 今後の変化や問題に対して張り詰めた気持ちで過ごしている。  
時々、身体面や行動面に不安の徴候が見られる。

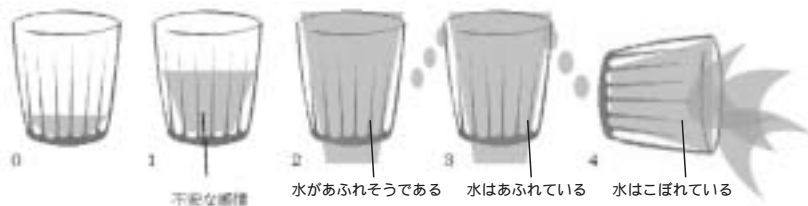
【解説】日常生活は保たれている。

3 = しばしば不安に襲われる。身体面や行動面にその徴候が見られる。  
物事への集中力に著しく支障をきたす。

【解説】不安のために、動悸や息苦しさなどの身体症状が見られることがしばしばある。日常生活を送ることはできるものの、支障をきたしている。

4 = 持続的に不安や心配に強くとらわれている。他のことを考えることができない。

【解説】常に不安状態である。病的であり、日常生活ができない。



イメージ図

#### 評価のポイント

悪性疾患であり、治癒が難しい患者さんにとって、これから自分の身の上になんかことが起こるかということは、重大な関心事と思われれます。少し気にしているという状態から、それに終始気持ちがとらわれてしまって心ここにあらずという状態まで評価してください。

抗不安薬などの薬剤を使用している場合、その結果どのような状態であるかを評価してください。

イメージ図はコップの水を「不安」にたとえてみた場合、0から4までの変化を図に示したものです。

#### 4. 家族の不安：不安が家族に及ぼす影響

家族は患者に最も近い介護者とします。その方々は、両親であるのか、親戚、配偶者、友人であるのかコメント欄に明記して下さい。

注：家族は時間の経過により変化する可能性があります。変化があった場合、コメント欄に記入して下さい。

コメント ( )

0 = なし

1 = 変化を気にしている。身体面や行動面に不安の徴候は見られない。集中力に影響はない。

2 = 今後の変化や問題に対して張り詰めた気持ちで過ごしている。時々、身体面や行動面に不安の徴候が見られる。

【解説】日常生活は保たれている。

3 = しばしば不安に襲われる。身体面や行動面にその徴候が見られる。物事への集中力に著しく支障をきたす。

【解説】不安のために、動悸や息苦しさなどの身体症状が見られることがしばしばある。日常生活を送ることはできるものの支障をきたしている。

4 = 持続的に不安や心配に強くとらわれている。他のことを考えることができない。

【解説】常に不安状態である。病的であり、日常生活ができない。

##### 評価のポイント

ご家族や患者さんを大事に思っている方にとって、患者さんの病気はさまざまな心理的影響を与えます。ちょっと気にしているといった状態から、それに終始気持ちがとらわれてしまって心ここにあらずといった状態までを評価してください。

原則として、最も近い介護者は、意思決定の代理人ではなく実際に介護している方としてください。また、考慮すべきご家族が複数いらっしゃる場合には、個別に評価しても構いません。(Q&A14 参照) どなたを評価したのかが分かるよう、必ず明記してください。

ご家族が抗不安薬などの薬剤を使用している場合、その結果どのような状態であるかを評価してください。

## 5. 患者の病状認識：患者自身の予後に対する理解

0 = 予後について十分に認識している。

【解説】病状の認識が現実的である。予後についてもほぼ正確に理解している。

1 = 予後を2倍まで長く、または短く見積もっている。例えば、2-3ヶ月であろう予後を6ヶ月と考えている。

【解説】病状の認識はある程度現実的であるが、予後については楽観的あるいは悲観的に捉えている。

2 = 回復すること、または長生きすることに自信が持てない。例えば「この病気で死ぬ人もいるので、私も近々そうなるかもしれない」と思っている。

【解説】病状の認識が、現実的なときもあれば、非現実的なときもある。

3 = 非現実的に思っている。例えば、予後が3ヶ月しかない時に、1年後には普通の生活や仕事に復帰できると期待している。

【解説】病状の認識が非現実的である。社会復帰できる位までの回復が可能だと考えている。

4 = 完全に回復すると期待している。

【解説】病状の認識が全く非現実的である。完全に治ると思っている。

### 評価のポイント（Q&A5 参照）

ここでは、病名や病状についての医療者からの説明の有無・内容に関わらず、患者さんの認識を評価します。

現在あるいは今後の治療により予後が変化するとと思われる場合は、その時点で患者さんがどれだけ病状を正しく認識しているかに焦点を当てて評価してください。

予後の見積りについては、2倍、2～3ヶ月などの数字にこだわらなくてかまいません。例えば、予後を2倍まで長く見積もっているわけではないが十分に認識しているとはい切れないという状況であれば、0ではなく1とするのが適切でしょう。

## 6. 家族の病状認識：家族の予後に対する理解

0 = 予後について十分に理解している。

【解説】病状の認識が現実的である。予後についてもほぼ正確に理解している。

1 = 予後を2倍まで長く、または短く見積もっている。例えば、2-3ヶ月であろう予後を6ヶ月と考えている。

【解説】病状の認識はある程度現実的であるが、予後については楽観的あるいは悲観的に捉えている。

2 = 回復すること、または長生きすることに自信が持てない。例えば「この病気で死ぬ人もいるので、本人も近々そうなるかも知れない」と思っている。

【解説】病状の認識が、現実的なときもあれば、非現実的なときもある。

3 = 非現実的に思っている。例えば、予後が3ヶ月しかない時に、1年後には普通の生活や仕事に復帰できると期待している。

【解説】病状の認識が非現実的である。社会復帰できる位までの回復が可能だと考えている。

4 = 患者が完全に回復することを期待している。

【解説】病状の認識が全く非現実的である。完全に治ると思っている。

### 評価のポイント

時として、患者さんよりもご家族のほうが、現実を受け入れがたい場合があります。ここでは患者さんの現実とご家族が患者さんの病状・予後をどう思っているのかという認識のずれを見ます。

家族は「4. 家族の不安」で対象とした方を主として指します。「4. 家族の不安」と同様、必要であれば、ご家族ひとり1人を個別に評価してください。

患者の病状認識同様、予後の見積りについては、2倍、2～3ヶ月などの数字にこだわらなくてかまいません。

## 7. 患者と家族とのコミュニケーション： 患者と家族とのコミュニケーションの深さと率直さ

0 = 率直かつ誠実なコミュニケーションが、言語的・非言語的になされている。

【解説】病状や今後の見通し、今後の生活について十分話し合われており、患者さんもご家族も現状に満足している。

1 = 時々、または家族の誰かと率直なコミュニケーションがなされている。

【解説】病状や今後の見通し、今後の生活について時折話し合われており、患者さんもご家族も現状に特に不満はない。

2 = 状況を認識してはいるが、その事について話し合いがなされていない。患者も家族も現状に満足していない。あるいは、パートナーとは話し合っても、他の家族とは話し合っていない。

【解説】病状や今後の見通し、今後の生活についてあまり話し合われておらず、患者さんもご家族も現状に満足していない。

3 = 状況認識が一致せずコミュニケーションがうまくいかないため、気を使いながら会話が行われている。

【解説】病状や今後の見通し、今後の生活について話し合われておらず、かつ患者さんと家族の現状認識が一致していない。

4 = うわべだけのコミュニケーションがなされている。

### 評価のポイント

病状や予後認識の違い、互いへの気遣いなどから、患者さんとご家族が現状や今後の見通しについて、ありのままに話し合うことが難しい場合がよくあります。ここでは、患者さんとご家族が互いに一番気にかけていることを、どれだけ率直に共有し合っているかをみます。

ここでは、家族のひとりひとりについて評価するのではなく、主たる介護者を中心に家族全体を捉えて評価してください。また、「パートナー」とは、婚姻関係に関わらず、夫婦と同じような間柄（例えば、内縁関係など）にある方を指します。



## 8. 職種間のコミュニケーション：

患者と家族の困難な問題についての、スタッフ間での情報交換の早さ、正確さ、充実度

関わっている職種を明記してください

( )

0 = 詳細かつ正確な情報が関係スタッフ全員にその日のうちに伝えられる。

【解説】情報交換不足による患者や家族への不利益が、実際にも潜在的にも全くない状態。

1 = 主要スタッフ間では正確な情報伝達が行われる。その他のスタッフ間では、不正確な情報伝達や遅れが生じることがある。

【解説】主要スタッフ間での情報伝達はすぐになされているが、関係スタッフを含めた情報交換が不十分で、ときにそれが患者や家族への不適切な対応につながることもある。または、その潜在的状态にある。

2 = 管理上の小さな変更は、伝達されない。重要な変更は、主要スタッフ間でも1日以上遅れて伝達される。

【解説】主要スタッフ間での情報交換が不十分で、ときにそれが患者や家族への不適切な対応につながることもある。または、その潜在的状态にある。

3 = 重要な変更が数日から1週間遅れで伝達される。

例) 退院時の病棟から在宅担当医への申し送りなど

【解説】スタッフ間での情報交換が不十分で、患者や家族への対応の遅れや不利益になることがしばしばある。または、その潜在的状态にある。

4 = 情報伝達がさらに遅れるか、全くない。他のどのようなスタッフがいつ訪ねているのかわからない。

【解説】スタッフ間での情報交換が不十分あるいは全くなく、患者や家族は不利益をこうむっている。

### 評価のポイント

この項目は、カンファレンスや書面、口頭での連絡など全てを含んだ情報交換の不足により、患者さんや家族に不利益や困りごとが生じている、あるいは生じうる潜在的状态か、という視点で評価してください。

「主要スタッフ」とは、主治医・中心となる看護師およびそれと同じくらいのかかわりをしている職種を、「関係スタッフ」とは、ある程度定期的に患者さんに関わっている職種（例えば、リハビリ中の理学療法士や放射線照射時の放射線科医師など）を指します。従って、患者さんごとに該当する職種が異なると考えてください。

この項目は、STASが当初在宅領域で開発されたことに関係しています。一般病棟や緩和ケア病棟での使用において、3や4となることは少ないかもしれませんが。

**9. 患者・家族に対する医療スタッフのコミュニケーション：  
患者や家族が求めた時に医療スタッフが提供する情報の充実度**

0 = すべての情報が提供されている。患者や家族は気兼ねなく尋ねることができる。

1 = 情報は提供されているが、充分理解されていない。

【解説】説明・面談は医療者から積極的に行われ十分だが、患者・家族に理解されていない。

2 = 要求に応じて事実は伝えられるが、患者や家族はそれより多くの情報を望んでいる可能性がある。

【解説】説明・面談に医療者は消極的で不十分である。患者・家族はもっと説明・面談を望んでいる。

3 = 言い逃れをしたり、実際の状況や質問を避けたりする。

【解説】面談はしているものの、まともな話し合いはされていない。

4 = 質問への回答を避けたり、訪問を断る。正確な情報が与えられず、患者や家族を悩ませる。

【解説】スタッフが会話・面談を拒否している。

**評価のポイント**

患者さんをご家族が必要としている情報を、医療スタッフが常に適切に提供しているかどうかは、よりよい緩和ケアを行うためには重要なポイントです。患者さんとそのご家族に主として関わっている医療スタッフについて評価してください。

患者さんをご家族のどちらか一方とコミュニケーションに問題がある場合は、コミュニケーションの悪い方に準じて得点をつけてください。また、医療スタッフとのコミュニケーションについて、患者さんをご家族の希望や状況があまりにもかけ離れている場合（例えば、患者は病状について全く知らされていないうえ知りたいたいという希望もない。一方、家族は病状について全て知らされている場合など）は、別々に評価したほうがよいでしょう。

医療者が十分な説明をしていないが、患者さん・ご家族も求めてこない場合は、2とつけるのが適当でしょう。（Q&A16 参照）

### 3) STAS-J に関する Q & A

#### Q 1: 誰が評価するのですか？

A: 医師・看護師など、いつも患者さんをケアしているスタッフです。チームカンファレンスでの話し合いの中で、あるいはその話し合いをもとに評価します。

最終的なスコアリングをするのはひとりの看護師（たとえば、プライマリーナース）になると思いますが、できるだけチームカンファレンスでの話し合いを大切にしてください。これは患者さんの状況を共通して認識したり情報交換したりする場となるだけでなく、患者さんの状況について他のスタッフがどのような認識を持っているのかを互いに理解し合う機会にもなります。

プライマリーナースが必ず中心になって話し合うほうが評価しやすいという考えもあると思います。しかし、病状の変化があったり、患者さんの予後からみて時間的余裕がなかったりというように、評価したほうがいい時期にプライマリーナースが必ずいるとは限りません。また、STAS-Jに含まれている項目は、プライマリーナース以外のスタッフも把握しておくべき基本的なものです。したがって、STAS-J スコアリングの時期は評価するスタッフ側に合わせるのではなく、評価される患者さんの状況を重視して決めるのがよいでしょう。

評価ごとにスタッフが違ったり、評価した理由についての記載がなかったりすると、前回どのような判断でそのような評価を導いたのかわからないことがあるかもしれません。診療記録やSTAS-Jのシートに評価した理由をメモしておくことは、次の評価の際に役立つでしょう。

**Q 2：どの説明文も微妙に当てはまらず、スコアリングに迷ったときはどうすればよいですか。**

A：時として、患者さんの問題や状況を説明文の中から選ぶことが難しい場合があると思います。そのような場合、ぴったりではないかもしれませんが、説明文の中で現在の患者さんの状況に最も近いものを選んでください。それぞれの説明文は、厳密に範囲を定義づけているわけではなく、スコアリングするうえでの大まかな指標と考えてください。

スコアリングは、最初難しく感じるかもしれませんが、継続するうちに慣れるとともに上達してきます。正確な評価をしようとはあまり神経質にならず、まずはつけてみてください。また、「患者さんの今の状態が何点か」ということよりも、「なぜその点数になるのか」という理由を考えながらつけてみてください。

**Q 3：回答を2つまで絞れるが1つに決められない場合、どうすればよいですか。**

A：そのようなケースは現場では多く経験されると思われます。どうしても判断に迷った場合にはスコアを高くつけることをお勧めしております。そうすることで問題点を見過ごさずに済みますし、また今後の介入によってよい方向になったときに、それを感度よく把握することができるからです。

**Q 4：いつ、どのくらいの頻度で評価すればいいですか。**

A：英国では、入院患者さんの場合、入院時および退院あるいは死亡するまでの間、週に1～2回くらいの頻度で評価しているようです。項目によっては、状況に応じてさらに頻繁な評価が必要なときもあ

るでしょう（身体的な項目など）。STAS-Jは、総合得点を出すものではないため、必ずしも一度に全項目を評価しなければならないということはありません。最低、週に1～2回は全項目について評価することとし、あとは患者さんの状態に応じて、必要項目のみを適宜評価するというような使い方もできます。

**Q5：スコアは0になったほうがいいですか。**

A：基本的に、全項目において理想的なスコアは0です。ただ、項目によっては、0になりうるもの（身体的な項目）もあればなりにくいもの（心理的な項目）、また0になることが必ずしも目標ではないもの（病状認識に関する項目）があります。

Higginson は病状認識に関する項目について、次のように述べています。

「患者さんをご家族の病状認識に関する項目は、必ずしもケアの目標ではありません。スタッフは病状や予後についてオープンに話す機会を持つでしょうが、もし患者さんが望まないのであれば、（たとえ現実とズレていても）その病状認識を必ずしも訂正する必要はありません。多くのスタッフはたとえ介入ができなくても、これらの項目を評価することは、臨床的に役立つと感じています。」

つまり、0になることを目指すというよりも、患者さんやご家族がどのような病状認識を持っているのかをスタッフが把握することが目的といえるでしょう。

**Q6：全体としてSTAS-J使用のゴール（目標）がもっと明確になるとよいとおもいます。いかがでしょうか。**

A：STAS-Jは必ずしも全ての項目が「0」になることのみを目標にす

るものではありません。その時々での患者さんの状態を客観的にアセスメント（評価）し、医学的・看護的な適切な介入を行うことを目的としたオーディット・ツールです。確かに、多くの項目では得点が低いほうが望ましいと思われそうですが、状態が悪化するに従って得点が高くなることもしばしば経験します。また、患者・家族の病状認識の項目は、オリジナルの作者である Higginson も必ずしも 0 になることが目的ではなく、医療者がそれを把握しておくことが必要だと述べています。これらの特徴を十分に理解した上で、患者さん、ご家族、そして医療者のケアの状況をモニタリングする方法として利用するのが適切な利用方法です。

**Q 7:患者さんの病状が悪くなると、評価が下がってスコアが高くなってきます。評価が下がるのは仕方ないでしょうか。**

A：患者さんの全身状態が悪化するに従って、評価が下がる場合があります。それは仕方がないことと思われれます。STAS-J は必ずしも全ての項目が「0」になることのみを目標にするものではありません。その時々での患者さんの状態を客観的にアセスメント（評価）し、医学的・看護的な適切な介入を行うことが目的です。その点で STAS-J は単なる評価尺度というより、オーディット・ツール（日常的な監査活動の方法）のひとつと考えるのが適切です。

**Q 8：鎮静を実施している場合、評価はできないのですか。**

A：鎮静の種類（間歇的か持続的か）と深さによります。間歇的鎮静であれば、覚醒している状態で評価します。深い鎮静では無理ですが、浅い鎮静の場合、身体的な項目であれば評価可能です。いずれにしる判断が難しい時は、無理をせず「9」とするのがよいでしょう。また、患者さんに関する項目は評価できなくても、ご家族や医療スタッフに関する項目は評価可能です。

**Q 9 : 「患者の不安」で「せん妄」がある患者さんはどのように評価、考えるべきでしょうか。**

A : せん妄があり認知の障害が認められる場合は、「9」と評価するのが適切です。

**Q 10 : 評価不可能な場合の数字は、どこに書けばいいですか。**

A : 評価不可能な場合、理由に応じて便宜的に7、8、9のいずれかの数字を記載することになっていますが、STAS-Jには、その数字を書く場所が用意されていません。そのため、該当する項目の横に記載しておくのがよいでしょう。

**Q 11 : 「4 . 患者の不安」で、病状や予後について説明がされ、医療者はいろんな不安があるのではないかと思うのですが、それがあまりわからない時（不安らしき徴候が他者にわからない）はどれにつけたらよいですか。**

A : 「病状や予後について説明がされている場合」のことなので、まず、医療者としては不安なお気持ちがあるのではないかと思うかどうかと尋ねることが原則と思われます。そのうえでも医療者から見てもわからない場合は「0（なし）」につけるのが適当です。ただし、医療者から見て何らかの気がかりになる点がある場合には「1（変化を気にしている。身体面や行動面の徴候は見られない。集中力には影響がない）」につけるのが適切です。普段と違う落ち着きのなさ、食欲不振、不眠などの総合的な情報も判断の参考になります。

**Q 12 : 「患者の病状認識」がつけにくい。どうやって患者にたずねればよいですか。**

A：STAS-Jの評価のために患者さんやご家族に尋ねる必要はないと思われます。日常のコミュニケーションから得られた情報で判断するのが適切だと思います。情報不足のため評価が困難である場合には「7」をつけることになります。

**Q 13：「5．患者の認識」で病状は理解されている。しかし、予後がはっきりしない時はどの評価になりますか。**

A：病状の認識が現実的であり、その時点で患者の予後がはっきりしない場合は「0」でよいと思います。ただし、予後がはっきりとしなくても、患者の病状から見て非現実的な希望（たとえば、転移が診断されているが、完全に治癒するなど）を抱いている場合には「1」～「4」の適切なものになります。

**Q 14：家族が複数いる場合の評価はどうすればいいですか。**

A：項目によって異なります。「4. 家族の不安」「6. 家族の病状認識」「9. 患者・家族に対する医療スタッフのコミュニケーション」では、家族の中の特定の個人を対象とし、ひとりだけでなく複数の方について評価して構いません。一方、「7. 患者と家族のコミュニケーション」では、家族ひとりひとりではなく、主たる介護者を中心に家族全体を捉えて評価します。

例を挙げて説明しましょう。意思決定の代理人は息子さんだけれど、いつも患者さんを介護している方がお嫁さんだとします。この場合、基本的に「4. 家族の不安」で対象となるご家族は「お嫁さん」となります。けれども、息子さんもわりとよく面会に来るし患者さんとの関係も深いため、評価の対象としないのはしっくりこない、と考えたとします。その場合、評価の対象となる「家族」を「お嫁さん」と「息子さん」の2名とし、上記の3項目をそれぞれに評価し



でも構いません。ただ、誰をどう評価したのか、分かるように記録してください。そして、「7.患者と家族のコミュニケーション」の項目では、お嫁さんと息子さんを「家族」としてまとめて捉え、患者さんご家族のコミュニケーションが全体的にどうであるかを評価します。但し、家族内の状況によっては実用上はそれぞれ別に評価しても構いません。

**Q 15：「8 職種間のコミュニケーション」の項目で、患者に医師・看護師以外の職種が関わっていない場合の評価はどうすればよいですか。（「関係スタッフ」に該当する人がいない場合）**

A：この項目は医師と看護師のコミュニケーションも含んでいます。解説ではその両者を主要スタッフと呼んでいます。通常、医師と看護師は関わっているでしょうから、そのコミュニケーションで評価します。関係スタッフがない場合は「1」は主要スタッフ間だけで評価することになり、「3」「4」も同様です。

**Q 16：「9 . 患者・家族に対する医療スタッフのコミュニケーション」の項目において、医療者は十分な説明をしていないけれど、患者さん・ご家族も説明を求めてこない場合、どう評価すればいいですか。**

A：これは現場ではよく見られる状況です。説明文とはぴったり合いませんが、【解説】に沿って「2」と評価するのがよいでしょう。患者さんご家族がたとえ求めていなくても、医療者は最低限の情報を提供する必要があります。医療者が十分な説明をしていないため0と1が消去、また、説明は十分ではないけれども避けているわけではないため3と4が消去され、2となると考えてください。

Q 17 : 「9. 患者・家族 - 医療者コミュニケーション」の項目で、日常的な会話、今までの歴史に関するコミュニケーションがとれているのと、病状認識など、もっとシビアな部分について話ができているのとでは違いがあるのですが、どう考えたらよいですか。

A : 難しい質問ですが、STAS-Jのスコアリングマニュアルでは病状や今後の見通しについて十分に話し合われているかを基本にして評価することになっています。その点では、日常的な会話のみではコミュニケーションとしては不十分です。

Q 18 : STAS-J に含まれていない重要項目（社会的、霊的な痛み）については、どのようにすればよいですか。

A : 社会的な項目や霊的（スピリチュアル）な側面についてはオリジナルのSTASの追加項目としては存在しておりました。しかしSTAS-Jの作成をするときに、コア項目のみを採用したため日本語版としての信頼性等の検証はなされておられません。これらの項目は必要に応じて、STAS-Jとは別立てにして評価するのがよいと思われます。

Q 19 : しっかりこない説明文があるのですが、語句を一部変更して使用することは可能ですか。

A : いいえできません。STAS-Jは、信頼性・妥当性が検討されたツールです。語句を変更してしまうと、その信頼性と妥当性を損なう可能性があります。

前述したように、そのような場合は、ぴったりではないかもしれませんが、説明文の中で現在の患者さんの状況に最も近いものを選ん

てください。それぞれの説明文は、厳密に範囲を定義づけているわけではなく、スコアリングするうえでの大まかな指標と考えてください。

**Q 20：可能ならば、STAS-J のシートを患者さんに見せながら一緒に評価したほうがよいですか。**

A：いいえ。STAS-Jは、医療者が評価するように作られたものであり、患者さんが自己記入することは想定していません。従って、シートを見せたりそのままの言葉を用いて患者さんに尋ねたりするには不適切な表現があります。ただ、日常のケアの中で、STAS-Jの質問項目に相当する情報を得ることは問題ありませんし、そうしたほうがよりの確な評価となるでしょう。

**Q 21：全項目を合計した得点が、提供している緩和ケアの質を示す全体的な評価と考えてよいですか。**

A：いいえ。STAS-Jは、各項目ごとに評価するように作成されたものです。全項目の得点を合計することは推奨していません。

また、STAS-Jの中の項目には、緩和ケアを提供するうえでおさえなければいけない、ごく基本的な事項のみが含まれています。したがって、これらの項目だけに注目していればよいというわけではありません。STAS-Jは、提供している緩和ケアが十分網羅されているかどうかを評価するためのものというより、基本的なことを見落としていないかどうか、その基本的なことをどれくらい達成できているのか、をチェックするための道具と考えてください。

**Q 22：評価した結果は、どのように使っていけばよいですか。**

A：患者さんひとり1人で見ることによりケアの振り返りとして使用できます。また、複数の患者さんをまとめて見ることにより、病棟や緩和ケアチームなどによるケアの全体的な評価と考えることができます。

**Q 23：個人の変化をどのように見ればよいか？グラフとか、なにが理想的な形がありますか。**

A：STAS-Jの記録の方法については現時点ではコンセンサスは得られておりません。シートをカルテに挟む形で評価を行っている施設が最も多いようです。変化を見る目的ですと、いわゆる「温度板」といわれているような経過記録用紙に数字を記入していく方法があります。電子カルテを導入している施設ではバイタルサインの1つのように考えて、体温など同じようにグラフ化している施設もあります。ただし、その場合は項目を絞る必要があります。

**Q 24：評価項目と解説まで加えたシートを作ってもいいですか。**

A：構いません。各施設で使いやすいように工夫して使用していただいている結構です。なお、このようにすると現場で使用しやすいという方法がございましたら、事務局までご一報ください。ホームページなどを通じて紹介させていただきます。

**Q 25：STAS-Jと看護計画を関連付けるよい方法はありますか。**

A：STAS-Jは患者さん、ご家族、そして医療者のケアの状況をモニタリングする方法として使用することが原則です。STAS-Jと看護計画を関連付けることにより、スコアがよくなることのみ重点が置かれることは誤った使用方法ですから、推奨はしてはおりません。

しかし、このような特徴を理解したうえで利用される場合には、「観察項目」に STAS-J を入れること、達成目標（期待される成果）に「STAS-J のスコアが何点以下である」とすることなどが考えられます。それは、そのまま評価とプランにも反映すると思われます。

**Q 26：外来や在宅、一般病棟など、ホスピス・緩和ケア病棟以外で緩和ケアを受けている患者さんにも使用できますか。**

A：使用できます。オリジナルの STAS は在宅での使用を目的に開発されたものです。必ずしもホスピス・緩和ケア病棟での使用に限ったものではありません。一般病棟での使用も十分可能です。

**Q 27：ひとつの評価指標として研究に使用することはできますか。**

A：可能です。STAS-J の利点は、他者評価であり簡便なことです。しかし、患者さんやご家族を対象としての信頼性については仮想症例を用いており、実際の症例で検討されていません。評価尺度は、その目的と実施可能性に基づいて選択するものです。したがって上記の特徴を十分考慮したうえで研究に使用してください。

**Q 28：STAS-J では QOL を測定できないと聞いたのですが、STAS-J による評価と QOL の評価の違いを教えてください。**

A：一般的に QOL は患者や家族の主観的評価に基づくものと考えられることが多く、その点では他者評価尺度である STAS-J は QOL 尺度とは呼べないかと思います。また、QOL 尺度は身体面、心理面、社会面、スピリチュアルな側面などから構成されることが多く、オリジナルの STAS は当初在宅での支援チームによるチームケアの評価とモニタリングのために開発されたため、QOL 尺度とは若干

異なった項目の内容になっています。

しかし、他者評価と位置づけて、痛みやその他の症状、不安などを評価することは他者評価としての QOL を測定していると捉えることも可能です。また、終末期や緩和ケアを受ける患者さん・ご家族の QOL 評価方法は現時点ではコンセンサスが得られた方法が存在しないことにも注意する必要があると思われます。

**Q 29：がん以外の疾患にも使うことは可能ですか。**

A：可能です。ただ、STAS-J の信頼性・妥当性はがん患者さんを対象に検討されたものであり、他疾患では検討されていないことに注意してください。

**Q 30：「STAS」は日本語でなんと読みますか。**

A：「スタッズ」と読みます。「ステイス」も誤りではありませんし、英国の方でも個人や地方により発音が異なる場合がありますが、英語では「スタッズ」が一般的なようです。

**Q 31：STAS-J を導入するにあたっての注意点はありますか。**

A：はい、いくつかあります。まず、実際に患者さんを評価する前に、本マニュアルに掲載している仮想症例で練習することをおすすめします。

実際に患者さんを評価するにあたっては、小規模から始めることが重要です。最初から患者さん全員を評価しようとする、通常業務の負担となりますし、STAS-J の利点が理解されず、評価すること自体が目的になってしまう危険性があります。そのため、まずは問

題のある患者さんのみを対象とする、関心のあるスタッフと始めるなど、患者さん・評価するスタッフとともに、小規模から段階的にすすめていくのが好ましいでしょう。

STAS-Jを活用していくうえで、中心となるスタッフを決めることも大切です。コツをつかんでしまえばSTAS-Jはそれほど難しいものではありませんが、慣れるまでにある程度のトレーニングが必要です。研修や勉強会に出た人が中心となって理解を深め、他の人が評価の仕方に迷った場合に相談できるような体制を作っておくことが理想的といえます。

STAS-Jの導入・使用にあたっては、本マニュアルに参考文献として挙げている、宮下らや中島の記事が役立つでしょう。

中島は自らの使用経験から、「成功の秘訣は、そのよさをスタッフが実感できるか否かにかかっている！」と述べています。スタッフが嫌にならないように、STAS-Jをつけて実際に何がよかったのかを確認しながら、無理のない範囲ですすめていくことが大切です。

**Q 32 : STAS-J を継続的にどのように活用していけばよいのかわかりません。どのような活用方法がありますか。**

A : わが国での STAS-J の継続使用に関しては、現在ではコンセンサスは得られておらず、模索中の段階です。今までの経験から、継続的な利用のポイントとしては以下のようなものが考えられます。( 1 ) 対象を限定して、少ない症例から始める。( 2 ) 並行して、コア(中心)となるスタッフを複数育成していく。( 3 ) STAS-J による評価を徐々に普及させていく中で、コアスタッフが中心となって、指導・助言できる体制をつくり、スタッフが意見交換をしやすい環境をつくり上げていく。( 4 ) 病棟単位での運用を目指す場合、

看護師長や主任にも理解や協力を求めるようにする（メンバーに加わってもらえると、なお良いでしょう）。（5）医師の参加を促す（まずは STAS-J 評価の情報提供からでも。カンファレンスへの参加が得られれば理想的です）。（6）STAS-J を用いたケアの変化について評価する（良くなったところを確かめ合い、スタッフが日々の仕事の中に自信とやりがいを感じられるように、中心となる立場の方が導くのが望ましいと考えます）。STAS-J の継続利用については、2006 年および 2007 年の日本死の臨床研究会でワークショップを開催いたしました。その概要についてはホームページで、報告論文やスライドの配布といった方法で広くアクセスできるようにしてあります。STAS-J のホームページをご覧くださいをお勧めします。

**Q 33：インターネットなどで、STAS-J の情報を見ることができ  
ますか。**

A：はい、STAS-J のホームページ URL： <http://plaza.umin.ac.jp/stas/> があります。STAS に関する最新情報の入手や本マニュアルのダウンロードが可能です。また、研修会などの情報もここで告知されます。

**Q 34：STAS-J を使用する際は、どの論文を引用すればよいですか？  
また、どのように表記すればよいですか。**

A：Miyashita M, et al. の「Reliability and validity of the Japanese version of the Support Team Assessment Schedule (STAS-J) Palliative and Supportive Care.2004; 2(4): 347-384. を引用してください。

正式名称は、英語では「the Japanese version of the Support Team Assessment Schedule」、日本語では「STAS-J (STAS 日本



語版)」です。どちらとも「STAS-J」と略すことを推奨します。

**Q 35 : STAS-J をつけるメリットは何ですか。**

A: 日本での使用体験から、「患者の問題点を把握する助けになる」、「病状などの変化を明確化する助けになる」、「見落としていた部分を把握できる」など、患者さんのケア向上に関する利点が報告されています。また英国では、上記に加え、「ケアの成果が数値化されることで、今まで曖昧であった自分たちのケアの内容を客観的に捉えることができ、スタッフの心理面にプラスに働く」といったスタッフへの利点を示唆する報告もあります。

このほかに、新しいスタッフがアセスメントの視点を容易に理解できるといった教育効果や日常的に評価することで全体的なケアの質が向上するといった効果も期待されています。

わが国において、STAS-J はまだ発展段階にあります。今後、利用の仕方や使用経験に関する報告が蓄積され、より有効な活用につながっていくことが望まれます。

## IV. STAS-J に関する問い合わせ

## STAS-J に関する問い合わせ

STAS-J の使用は、原文を改変しない限り自由です。特に必要な手続きはありません。

内容に関するお問い合わせは、以下にお願いします。

筑波メディカルセンター病院 緩和医療科 志真泰夫  
連絡先：〒 305-8558 つくば市天久保 1-3-1  
TEL029-851-3511 FAX029-858-2773  
E-mail shima@tmch.or.jp

東京大学大学院医学系研究科 健康科学・看護学専攻  
成人看護学 / 緩和ケア看護学分野 宮下光令  
連絡先：〒 113-0033 東京都文京区本郷 7-3-1  
TEL03-5841-3507 FAX03-5841-3502  
E-mail miyasita-ky@umin.ac.jp

また、STAS-J のホームページ URL : <http://plaza.umin.ac.jp/stas/>  
で、STAS-J に関する最新情報や本マニュアルのダウンロードが可能です。  
研修会などの情報もここで告知されます。

## 参考文献

## 参考文献

### ¶ 書籍

Higginson IJ, editors. Clinical Audit in Palliative Care. Oxford: Radcliffe Medical Press; 1993.

### ¶ 報告書

厚生科学研究費補助金 医療技術評価総合研究事業「緩和医療提供体制の拡充に関する研究」平成 13 年度総括・分担研究報告書（主任研究者 志真泰夫） 2002 年 4 月

### ¶ 論文

- 1) Butters E, Higginson I, George R, McCarthy M. Palliative care for people with HIV/AIDS: views of patients, carers and providers. AIDS Care. 1993; 5(1): 105-16.
- 2) Butters E, Higginson I, George R, Smits A, McCarthy M. Assessing the symptoms, anxiety and practical needs of HIV/AIDS patients receiving palliative care. Qual Life Res. 1992; 1(1): 47-51.
- 3) Carson MG, Fitch MI, Vachon ML. Measuring patient outcomes in palliative care: a reliability and validity study of the Support Team Assessment Schedule. Palliat Med 2000; 14(1):25-36.
- 4) Edmonds PM, Stuttaford JM, Penny J, Lynch AM, Chamberlain J. Do hospital palliative care teams improve symptom control? Use of a modified STAS as an evaluation tool. Palliat Med. 1998; 12(5): 345-51.
- 5) Higginson IJ, Wade AM, McCarthy M. Effectiveness of two palliative support teams. J Public Health Med. 1992; 14(1): 50-6.

- 6) Higginson IJ, McCarthy M. Validity of the support team assessment schedule: do staffs' ratings reflect those made by patients or their families?. *Palliat Med.* 1993; 7(3): 219-28.
- 7) Landis J, Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics.* 1977; 33: 159-174.
- 8) Lo RS, Ding A, Chung TK, Woo J. Prospective study of symptom control in 133 cases of palliative care inpatients in Shatin Hospital. *Palliat Med.* 1999; 13(4): 335-40.
- 9) Miyashita M, Matoba K, Sasahara T, Kizawa Y, Maruguchi M, Abe M, Kawa M, Shima Y. Reliability and validity of the Japanese version of the Support Team Assessment Schedule (STAS-J) palliative & Supportive care. 2004; 2(4): 379-84.
- 10) Morita T, Fujimoto K, Tei Y. Palliative care team: the first year audit in Japan. *Journal of Pain & Symptom Management* 2004; 29: 458-65.
- 11) Peruselli C, Di Giulio P, Toscani F, Gallucci M, Brunelli C, Costantini M. et al. Home palliative care for terminal cancer patients: a survey on the final week of life. *Palliat Med.* 1999; 13(3): 233-41.

## ¶ その他

- 1) 宮下光令, 笹原朋代, 河正子, 志真泰夫. 自己評価の実際-クリニカル・オーディットとSTAS. *ターミナルケア* 2003; 13(2): 109-14.
- 2) 宮下光令, 笹原朋代. STAS-Jを用いた緩和ケアの自己評価. *看護管理* 2005; 15(12): 993-998.
- 3) 宮下光令. 「STAS-Jの使用経験とこれからの課題」開催報告

-STAS-J 導入の成功と継続使用のために -. 緩和ケア . 2007; 17(2): 166-9.

- 4) 中島信久 . STAS 日本語版の活用法 . ベストナース 2005; 3: 50-53.
- 5) 中島信久 , 秦温信 , 小嶋裕美 , 森田真由美 . 急性期病棟における STAS 日本語版の導入と問題点 - アンケート調査の結果から - . 緩和ケア 2006; 16(6): 561-65.
- 6) 中島信久 秦温信 . がん告知の内容からみた終末期ケアの質の検証 STAS 日本語版によるクリニカル・オーディット . 緩和医療学 2006; 8(1): 55-61.

## 付録 練習用仮想症例と STAS-J 評価



## 練習用仮想症例の使用にあたって

- ¶ STAS-J を実際に使用する前に、仮想症例を用いて練習することをおすすめします。
- ¶ この仮想症例は、緩和ケア病棟に勤務する医師が、実際の症例をもとに作成したものです。
- ¶ ここで提示した STAS-J の評価について、ちがう評価やご意見があるかもしれません。これは、仮想症例に基づいた医師・看護師によるひとつの評価と考えてください。
- ¶ 『2．症状が患者に及ぼす影響』は、STAS-J 症状版を用いて評価しました。
- ¶ 練習用仮想症例には厳密な使用方法はありません。しかし、最終的にはひとりで評価せざるを得ないため、以下のプロセスをおすすめします。
  - 1．まず、ひとりで評価してみる。
  - 2．仲間と評価を比較する。
  - 3．互いに異なる評価、もしくは評価例と異なっている項目について意見を交換し、ひとつの評価を導く。
- ¶ ここでは、用語を以下のように用います。

### プライマリーナース：

入院から退院まで一貫して、かつ責任を持って、患者さんを受け持つ看護師のこと。

### サブ・プライマリーナース：

プライマリーナースを助けて、次にその患者さんに責任を持つ看護師のこと。

主治医：

その患者さんの診療に対して全責任を負う医師（病棟医長など  
上級医をさす）。

担当医：

その患者さんの診療を主に担当する医師（レジデントなどをさ  
す。主治医が兼任する場合もある）。



## 仮想症例 1

66 歳男性

【診断名】 右肺がん（扁平上皮癌）

【既往歴】 18 歳 肺結核、 50 歳 高血圧 高脂血症

### 【現病歴】

平成 X 年 3 月、咽頭痛と嘔声、右肩の痛みにて耳鼻科を受診。異常ないといわれたため内科を受診。肺がんと診断された。6 月 7 日より化学療法および放射線療法が行われたが、副作用が強く、また放射線皮膚炎、胆嚢炎を合併した。治療は奏効したが、副作用が強いため、主治医から今後の治療方針について十分に説明を受けた後に緩和ケアを希望され、8 月 17 日緩和ケア病棟に入院となった。

入院後、喀血や上大静脈症候群を引き起こす可能性があると予測されるため放射線療法を検討したが、追加の放射線療法は難しいと考えられ施行していない。

医師は予後月単位と考えている。主たる介護者は妻。

### 【現症】

167cm、60kg。バイタルサインはほぼ正常。酸素を 2L / 分をマスクで使用している。呼吸困難は認められない。胸部聴診上異常はない。腹部に異常はない。廃用性萎縮にて入院当時はほとんど寝たきりの状態であったが、リハビリテーションを行い、杖歩行が可能となっている。移動に介助は必要ない。ADL は完全に自立している。

疼痛は薬剤にてコントロールされ VAS 0。そのほか特につらい症状はみられない。レスキューはここ 2 週間服用されていない。

病状や予後については、肺がんであり予後月単位であることを十分に理解し、緩和ケア病棟を選択してきたため、十分に把握している。喀血や突然死の可能性があることも理解し、しばしば死後の家族や妻の生活のことが話題となる。

患者にはプライマリーナース、サブ・プライマリーナース、担当医と主治医、ソーシャルワーカーがかかわり、面談や話し合いが頻繁に行われ、スタッフと患者および家族間の関係は非常によい。患者は自分の死後の妻の生活について心配しているが、そのために眠れないということはない。

#### 【生活歴・家族歴】

患者は東京の企業に勤めていた。退職と同時に息子が生活している県に家を新築し移住。両親は他界している。家族は妻と息子1人の3人。その後、息子は結婚し（妻と子供2人あり）2年前から他県在住。そのため今は妻と2人暮らしである。

妻は患者の病状について十分に説明を受けており、月単位であることも把握している。最愛の夫がこの世から去ってしまうという現実を見て、不安が非常に強くなり、大うつ病を発症している。うつや不安は薬剤投与により少し改善し、最近睡眠はとれるようになった。しかしながら、夫が突然に咯血することなどを想像し、不安でしかたがなくなり、パニック状態に陥ることがしばしばある。スタッフや患者本人とつらい気持ちを分かち合うことができ、患者の死後のことなどを話し合っている。また、医療従事者との関係は良好で回診時に妻や患者、スタッフが共に話し合っ、方針を決定することがしばしばある。

#### 【スタッフの状況】

スタッフは毎朝カンファレンスに参加しており、日々の患者の情報はスタッフ間で逐次情報伝達されている。情報をすべてのスタッフに伝達するために、午後に1時間程度のカンファレンスが開かれ、さらに週1回の多職種合同カンファレンスがなされている。

## 仮想症例 2

34 歳女性

【診断名】 卵巣がん 腹膜播種 肝転移

【既往歴】 特記すべきことなし

### 【現病歴】

平成 X 年 8 月、ご主人の仕事の関係でドイツに在住中に腹痛を主訴に病院を受診。卵巣癌、腹膜播種と診断され緊急帰国。K 病院産婦人科を受診し、卵巣癌、肝転移、腹膜播種と診断され、化学療法を行ったが増悪傾向にあり、10 月初旬から黄疸が見られるようになってきた。ご家族の希望で、それまで病状をご本人に話していなかったが、この時点で、産婦人科医から予後のことを含め詳しい病状の説明を受けている。今後の治療の方針などについてもご主人と話し合いがなされ、緩和ケアを選択され、11 月 1 日当院緩和ケア病棟に転院となった。

入院時、腹水による著明な腹満と著明な黄疸を認めた。

医師は予後週単位と考えている。主たる介護者は夫。

### 【現症】

162cm、46kg。血圧 122/78mmHg、脈拍 104 回 / 分、整。呼吸数 18 回 / 分。胸部聴診上異常はない。腹部は著明膨隆し、心窩部から左下腹部にかけて腫瘤を触れる。肝臓を 4 横指触知する。肝不全による著明な黄疸 (T-Bil12.8mg / dl) を認める。腹痛が軽度あるが NSAIDs とモルヒネの使用によりコントロールされ VAS 0 ~ 1。時に痛みが出ることがあるが、レスキュー内服で収まっている。腹水の大量貯留により腹部膨満感と呼吸困難感が著明である。腹水穿刺とオピオイドの使用により、寝返りやトイレ歩行が何とか可能となった。また、腹部膨満感と呼吸困難感に対し、モルヒネのレスキューをほぼ毎日 5 ~ 6 回使用。腹部膨満感のために夜間眠れないことがある。気分の落ち込みや不安の表出は見られない。全身倦怠感と食欲不振もあ

り。

病状や予後については十分に把握しており、もし可能であれば自宅で療養したいが、それも無理なのではないかと現実的に考えることができている。患者にはプライマリーナース、サブ・プライマリーナースが1人ずつ、担当医と主治医が1人ずつかわり、面談や話し合いが行われている。スタッフと患者、家族間には良好なコミュニケーションがなされており、家族、医療者双方の希望で、頻繁に面談が繰り返されている。

病気やこれからの生活について、患者と夫はよく話し合うことができおり、彼女の死後の子供の療育などについて、子供のビデオなどを見ながら話し合われている。患者は家族の中で中心的な存在であり、自分の病状や家族の今後のことなどについても家族間で十分に話し合われている。

#### 【生活歴・家族歴】

東京都生まれ。幼稚園の先生をしていた。夫の転勤とともに地方に移住。家族は研究所に勤務する夫と1歳、4歳の娘と4人暮らし。夫は患者の病状について十分に説明を受けており、週単位であることも理解している。夫は平常通り仕事をしているものの、娘たちの世話や妻の看病のため、肉体的・精神的に疲労が蓄積している。妻の死後の生活について、看護師に不安な気持ちを打ち明けたりすることもある。昨日より妻の実の両親が来訪し、患者に付き添っている。

#### 【スタッフの状況】

医師と看護師は毎朝カンファレンスに参加しており、日々の患者に関する情報は主要スタッフ間で逐次情報伝達されている。情報をすべてのスタッフに伝達するために午後1時間程度のカンファレンスが開かれ、さらに週1回の多職種合同カンファレンスがなされている。

### 仮想症例 3

72 歳女性

【診断名】乳癌 多発骨転移

【既往歴】50 歳 高血圧

#### 【現病歴】

平成 X 年 5 月発症の乳がん。T 大学病院で拡大乳房切除術を施行。以後外来で経過観察されていた。平成 X+5 年夏、夫が肺がんで緩和ケア病棟に入院中、右の大腿部痛が出現し外来を受診。右大腿骨と骨盤の溶骨性変化を認め、乳がんの骨転移と診断された。その他、肋骨、腰椎、仙椎、腸骨、坐骨に多発骨転移があり、疼痛のある部位に放射線療法を施行。疼痛はコントロールされていた。

平成 X+5 年 10 月、右大腿部痛が増強し、日常生活が困難となったため緩和ケア病棟に入院となった。

医師は予後数ヶ月と考えている。主たる介護者は実の娘。

#### 【現症】

153cm、47kg。バイタルサインはほぼ正常。胸部聴診上異常はない。腹部にも異常はみられない。大腿部痛が著明でトイレ歩行が難しく、介助でやっとポータブルトイレに移動する。食事はセティングすれば自分で摂取できる。

疼痛に対して塩酸モルヒネの持続皮下注と NSAIDs の内服を使用中。安静時には VAS 1 ~ 2 で、テレビを見たり会話を楽しんだりすることができる。体動時には VAS 6 ~ 8 まで疼痛が増強するため、トイレ移動や入浴などの前に塩酸モルヒネの早送りを予防的に使用している。痛み以外につらい症状は存在しない。

病状や予後については乳がんであり予後月単位であることを話しており、病状についても十分認識できている。夫が肺がんで呼吸困難が強くと鎮静を併用していたため、自分もそのような状態になるのではと

心配しており、痛みが強いとつい不安になり、週1回程度不眠となることがある。プライマリーナース、サブ・プライマリーナースが1人ずつ、担当医と主治医が1人ずつかわり、繰り返し面談や話し合いが行われている。実の娘が当院の看護師（師長）であることから、スタッフと患者および家族間には率直で有効なコミュニケーションが保たれている。患者は家に帰ることを希望しているが、日中独居となるためなかなか実現が難しい。患者と娘の間では、この件についても詳しい話し合いがなされている。

#### 【生活歴・家族歴】

専業主婦。自宅は兼業農家。家族は娘夫婦と孫2人。夫は昨年緩和ケア病棟にて死亡。家にいると日中は独居となってしまう。

家族は患者の病状について十分に説明を受けており、十分に理解している。娘は自分の父を看取ったばかりで、軽度のうつ状態にある。うつは認知療法や薬物療法で軽快しており、日常生活に大きな支障はない。

娘が施設内で勤務しているため、廊下などで会った際に医師が患者の病状についての説明を行っている。しかし、娘はできればきちんとした場を設けて医師と話をしたいと思っているが、遠慮からなかなか言い出せずにいる。

#### 【スタッフの状況】

スタッフは毎朝カンファレンスに参加しており、日々の患者の情報は主要スタッフ間で逐次情報伝達されている。情報の伝達をすべてのスタッフに行うために毎日午後1時間程度のカンファレンスが開かれ、さらに週1回の多職種合同カンファレンスがなされている。



## 仮想症例 4

70 歳男性

【診断名】肝細胞癌 多発骨転移

【既往歴】10 年前より C 型肝炎

### 【現病歴】

平成 X 年 4 月、全身倦怠感と背部痛を主訴に S 病院を受診。肝右葉に直径 5cm の肝細胞癌が発見され、6 月に肝右葉切除術を施行。同時に腰椎への転移が明らかであったが放置されていた。また、このとき本人には C 型肝炎の検査で肝臓を一部取ると説明されただけで、十分な説明はなされていなかった。その後 S 病院の外来でフォローされていたが腰痛と右大腿痛が増強し、平成 X +2 年 4 月、当院内科外来を受診。肝細胞癌の転移と診断され、緩和ケア外来を紹介となった。本人は病状説明を受け、最初は病状の否認が強かったが、徐々に受け入れつつある。肋骨、頭蓋骨、頸椎、腰椎、仙椎、腸骨、両大腿骨に多発骨転移があり、疼痛のある部位に放射線療法を施行。オピオイドの使用などによって症状はコントロールされていた。

平成 X +2 年 9 月、腰痛と右大腿部痛が増強し、緩和ケア病棟に入院となった。

医師は予後月単位と考えている。主たる介護者は妻。

### 【現症】

169cm、52kg。バイタルサインはほぼ正常。胸部聴診上異常はない。腹部には手術痕のほか異常はない。腰痛と大腿部痛が著明で、入院後はほとんど寝たきりの状態である。排泄は床上でトランスファーは全介助。食事はセッティングすれば自分で摂取できるが、その他の ADL は全介助が必要である。

疼痛は、安静時には VAS 3 ~ 4 で、テレビを見たり新聞を読んだりすることができる。しかし、咀嚼時や体動時は VAS 8 ~ 10 で、と

きに電撃痛が起こることもある。疼痛に対しては、モルヒネ、リボトリール、ケタラル、アモキシサン等を用いるが十分にコントロールできていない。また、下顎骨転移により咬合不全が発症し、食事の咀嚼が難しくなり、食事のたびに痛みがあり苦痛の原因になっている。疼痛以外の症状は特にない。

病状や予後については、肝臓癌であり予後月単位であることを話しているが、病状の否認が強く、理解されているか疑問である。あと5年ぐらいいは大丈夫と話したり、5つ以上の民間療法を試したりしている。スタッフと病状や治療法について話す時には、特に病状の否認が強い。その一方、「これだけ食べても、がんばり大きくなって。もう、だめだね。」といった発言も聞かれるようになってきている。患者および家族には、主治医から病状や今後の見通しについて繰り返し面談が行われているが、患者の病状認識は十分でない。プライマリーナース、サブ・プライマリーナースが1人ずつ、担当医と主治医が1人ずつかわり、面談やディスカッションが行われているが十分ではない。病状の否認が強いいためか、スタッフと患者・家族間には率直で有効なコミュニケーションは保たれていない。

患者はやせてきたことや体が動かなくなってきたことを気にはしているが、精神的には比較的安定している。眠前にリスミーを服用し、夜間はよく休めている。

#### 【生活歴・家族歴】

畳内装店経営。家族は妻と息子二人と次男の嫁の5人。長男は38歳だが独身で、そのことを患者は非常に心配している。仕事を長男についてほしいという希望を持っているが、長男は拒否している。

家族は患者の病状について十分に説明を受けている。患者の病状を知った時点では悲嘆・否認が強かったが、だんだん現実的な対応ができるようになってきている。しかし、理解は十分でなく月単位であることは実感できていない。家族に病状認識や今後の見通しを尋ねてみると、『医師は予後が月単位だというが、そうは思わない。あと3年ぐら生きられるのではと期待している。』といった答えが返ってくる。

交通手段がないため、妻の面会は週に1～2回である。妻は患者が

近頃やせてきたことを気にしているが、病的な不安ではなく、また抑うつ状態も見られない。面会が少ないため、家族とスタッフの間では十分なコミュニケーションは図れていない。

患者・家族とも病状を受け入れることができずにいるため、今後の治療や療養場所などの話し合いはなされていない。面会時の会話は、家業や家族のことがほとんどである。長男と次男は仕事が忙しいため、面会は週末のみである。

#### 【スタッフの状況】

スタッフは毎朝カンファレンスに参加しており、日々の患者の情報は主要スタッフ間で逐次情報伝達されている。情報の伝達をすべてのスタッフに行うために毎日午後に1時間程度のカンファレンスが開かれ、さらに週1回の多職種合同カンファレンスがなされている。

## 仮想症例 5

27 歳女性

【診断名】 胃がん 多発骨転移 腹膜播種

【既往歴】 特記すべきことなし

### 【現病歴】

平成 X 年 1 月、食欲不振と胃痛が出現したが仕事が忙しく我慢していた。徐々に腰痛も出現し、3 月に消化器外科を受診。精査により胃がん（低分化腺癌）と診断され幽門側胃切除を施行された。術中所見で腸間膜、卵巣に転移が認められ、合併切除がなされた。腰椎、仙椎、腸骨に骨転移を認め、放射線療法が施行された。一時退院した後、外来にて化学療法が行われたが無効であった。

8 月 30 日、腹痛と腰痛が増強し、腹満著明なため消化器外科病棟に入院。癌性腹膜炎に伴う腹水貯留、腸閉塞の状態だった。また腰椎の骨転移の増悪による疼痛が著明であった。

症状コントロールのため、9 月 20 日緩和ケアチームにコンサルテーションがあった。医師は予後週単位と考えている。主たる介護者は婚約者。

### 【現症】

162cm、38kg。腫瘍熱と考えられる 38 度の発熱が続いている。胸水貯留にともなう呼吸困難のために酸素を 3L / 分、マスクで使用しており、安静時に呼吸困難はない。胸部聴診上両肺で呼吸音の低下が見られる。腹部は著明に膨満し、圧痛著明である。下肢に著明な浮腫を認める。ADL は全介助。PS 4 で、排泄も床上である。疼痛はモルヒネ、ケタラルール、抗うつ薬などを使用するが、コントロールされず腹痛と腰痛がひどい。VAS 8 ~ 10。安静時にも常に痛みがあり、疼痛のため眠ることもできず、夜間はドルミカムによる間歇的鎮静を併用している。腹部膨満感に加え全身倦怠感も著明なため、体全体が

思うようにならない。とにかく目がさめれば常につらい。

病状や予後については、胃がんであり骨転移、腹膜播種をおこし、病状が進行していることは理解している。しかしながら、予後が週単位であることは理解していない。患者はもうこの病気は治らないのではと考える一方、これではいけないと種々の民間療法を試している。

患者にはプライマリーナースが1人かかわり、担当医と主治医が1人ずつかかわっている。その他に緩和ケア医がコンサルタントとして毎日訪室している。家族の強い希望により患者に正確な予後が伝えられず、面談や話し合いは頻繁に行われず、スタッフと患者および家族間には有効なコミュニケーションがなされていない。

面談は家族や看護師が求めたときのみ主治医が行っている。患者は病状について質問をよくするが、スタッフは何とか言い逃れをしたり話の内容をすり替えたりしている。

患者は病気が治るのか、今後自分がどうなっていくのか、ときに不安になるが、不安によって眠れない、落ち着かないといった症状は見られない。むしろ痛みがあまりに強く、こんなにつらいなら死んでしまいたいと一日のうちに何回も考えてしまう。痛みのコントロールのために夜間だけの間歇的鎮静でなく、昼間も眠る時間を増やしてほしいと希望している。

### 【生活歴・家族歴】

短大を卒業し地元の企業に勤めていた。家族は父母と兄、弟の5人。兄は5年前に早期胃がんで手術。現在は再発なく外来通院している。父と兄、弟は家業である建築業に従事している。母と婚約者の面会がほとんど毎日あるほか、高校時代からの親友も毎日のように来訪する。兄もよく面会にくるが、父や弟は滅多に面会にこない。来たとしても会話が続き、「がんばれ、がんばれ、よくなるから。」と励ましてすぐ帰ってしまう。

家族や婚約者は患者の病状について十分に説明を受けており、予後が週単位であることも把握している。父母と弟は彼女が亡くなっていくことを受け入れきれず、本人にもう治療法がないということをお話さないとほしいと希望している。父や母の悲嘆は大きく、睡眠不足や仕

事に身が入らないなどの影響が出てきている。兄は自分もがん患者であることから、病状を十分に患者に伝えた上で今後の治療方針について話すべきだと考えているが、父母との意見の相違があり父母の意見にしたがっている。家族と本人の間には病状認識のずれが生じてきており（本人は自分の状態が徐々に悪化してきており、よくなるのではないのではと考えている）、良好なコミュニケーションははかれていない。

婚約者はそんな彼女の状況を知って思い悩んでおり、うつ状態になっている。ひどい不眠と抑うつ気分が見られ、よく涙ぐむ。仕事には行っているが手につかない状態。しかし、彼女の前では明るい顔をし、彼女を励ましつづけている。真実を隠しているため、コミュニケーションは十分でない。

#### 【スタッフの状況】

看護スタッフは毎朝カンファレンスをしているが、医師は参加していない。日々の患者の情報は看護スタッフ間で逐次伝達されている。しかし、医師には重要な情報が遅れて伝達されるか伝達されないことがしばしばあり、お互いがばらばらに行動している。

## 仮想症例 6

67 歳女性

【診断名】 胃がん 肝転移

【既往歴】 50 歳 高血圧

【現病歴】

平成 X 年 1 月、胃痛と食欲不振を主訴に消化器外科を受診。胃がんと診断された。手術を行うがその時点で腹膜播種が著明、腓浸潤が見られたため、そのまま閉腹している。2 月より化学療法が行われたが奏効せず。外来にて経過観察をされていたが、8 月に肝転移に伴う閉塞性黄疸が出現。緊急入院し PTCD を挿入した。

入院後、腹痛が著明、食欲不振も進行していた。家族から緩和ケア病棟への転棟依頼があり、8 月 27 日転棟となった。

医師は予後月単位と考えている。主たる介護者は娘（長女）。

【現症】

159cm、44kg。バイタルサインはほぼ正常。胸部聴診上異常はない。腹部は膨隆し、心窩部から右季肋部にかけて腫瘤を触れる。PTCD が挿入されており、流出は良好、黄疸は見られない。疼痛は NSAIDs とモルヒネの使用にてコントロールされ VAS 0 ~ 1。時に痛みが出ることがあるが、レスキュー内服でおさまり、ADL に影響はない。呼吸困難もほとんど見られない。レスキューはここ 1 週間で 2 回使用されている。耐えられないほどではないが全身倦怠感がみられ、食欲不振がある。胃の腫瘤による拡張障害のため食事をするとすぐおなかがいっぱいになってしまい、十分に食事を摂取することができない。

病状や予後については家族の希望により、「胃がんであるが胃の腫瘍はとった。腹膜播種がある」と伝えており、肝転移のことや黄疸のことは説明されていない。予後についてははっきりと聞かされていない。しかし、ソーシャルワーカーは、彼女が自分の病状について「胃

がんで、腹膜播種している。化学療法はしたくないから、今のところ治療はしていない。肝臓にも転移したからこれ（PTCD チューブ）が入っちゃった。いろんなところに転移しているみたい。元気なうちに家に帰って、家やお寺の整理をしたいけど、気力がなくて、ダメねえ」と語っていることから、ある程度正確な認識を持っていると判断している。

患者は家に帰って自宅療養したいと考えているが、他県に住んでいる長女が介護力不足を理由に強力に反対しており実現していない。

患者にはプライマリーナース、サブ・プライマリーナースが1人ずつ、担当医と主治医、そしてソーシャルワーカーがかかわり、面談やディスカッションが行われている。しかし、家族が患者への正確な病状説明を希望していないため、スタッフと患者間には良好なコミュニケーションがなされているとはいえない。家族の意思で、患者の要求に応じて最小限の事実は伝えられているが、患者は満足していない。

患者は今後の病状の進展について、また自分の死後の家やお寺について非常に心配しており、しばしば不眠となる。しかしながら意思決定などの精神活動は行うことが可能で、うつや強い不安はみられない。

### 【生活歴・家族歴】

小学校の音楽教師をしていた。姑の死と同時に退職し、家業であるお寺の経理などを行っていた。夫は控えめな人物で内向的であったため、事実上患者がお寺の仕事の切り盛りを行っていた。家族は夫と長男と3人暮らし。新潟に嫁いだ長女がいる。

家族は患者の病状について十分に説明を受けており、月単位であることを理解している。夫や長男は病状を現実的に受け止めて対処しているが、他県に住んでいる長女はもう少し生きられるのではないかと考えている。夫や長男は病状を患者に伝え、自宅で療養させようとも考えているが、長女は自宅に帰ればまた患者が家の用事やお寺の仕事をさせられると考えているため、患者に病状を伝えたり、自宅療養したりすることをかたくなに拒んでいる。長女は最愛の母がこの世から去ってしまうという現実を見て、不安の強い適応障害を発症している。長女は夫婦関係も悪く、自分の思いを話す相手が身近にいないため、



常に不安を抱えて生活しており、ほかのことは手につかない。患者本人とつらい気持ちを分かち合うことはできず、気を使いながら会話がなされている。父や長男とは対立関係にあるため、患者の死後のことなどは話し合えていない状況である。

#### 【スタッフの状況】

医師と看護師は毎朝カンファレンスに参加しており、日々の患者に関する情報は主要スタッフ間で逐次情報伝達されている。情報をすべてのスタッフに伝達するために午後に1時間程度のカンファレンスが開かれ、さらに週1回の多職種合同カンファレンスがなされている。

## 仮想症例 7

58 歳男性

【診断名】 肺がん がん性胸膜炎 脳転移

【既往歴】 特記すべきことなし

### 【現病歴】

平成 X 年 4 月、意識障害が出現。脳外科を受診。転移性脳腫瘍、肺がんの診断にて入院となった。入院後、全脳照射を施行。転移性脳腫瘍は縮小したが意識障害は元に戻らず、呼吸困難や咳そう、疼痛が出現。患者、家族と話し合った結果、9 月に緩和ケア病棟に転科。その後モルヒネと NSAIDs の使用にて疼痛や呼吸困難は改善した。経口摂取はゼリーや流動食を少量摂取するのみである。

医師は予後月単位と考えている。主たる介護者は妻。

### 【現症】

165cm、42kg。血圧 148 / 82mmHg、脈拍 104 回 / 分、整。呼吸数 18 回 / 分。意識レベル I - 3。胸部聴診上、左肺に呼吸音の低下を認める。疼痛は NSAIDs とモルヒネの使用にてコントロールされ VAS 0 ~ 1。酸素 2L / 分をマスク投与しており、呼吸困難はほとんど見られない。レスキューはここ 1 週間で 2 回使用されている。

意識レベルにムラがあるが、その他苦痛の訴えはない。病状については全て説明されているが、家族の希望で予後についてははっきりと聞かされていない。もっとよくなって、いつか退院できるのではないかと希望を持っている。

患者にはプライマリナーズが 1 人、主治医が 1 人かかわり、家族を含め面談やディスカッションが行われている。スタッフと患者間で予後の認識が統一できていないために、時にコミュニケーションがギクシャクする。家族の意思で、患者の要求に応じて最小限の事実は伝えられているが、患者は満足していない。

患者は今後の病状の進展について心配しているが、日常生活に支障はなく、うつや不安はみられない。

#### 【生活歴・家族歴】

会社員をしていた。家族は妻と長女と3人暮らし。東京に就職した長男が1人暮らしをしている。

妻は病状や予後の説明を受けているが、予後については十分に納得できず、あと数年生きられるのではないかと考えている。9月より妻と長女は看病のために仕事を辞めている。妻は最愛の夫がこの世から去ってしまうという現実と直面し、うつ病を発症している。うつ病は薬剤投与にて改善し、希死念慮や無価値感は消失したが、まだ気分の落ち込みは強く、ほかのことは手につかない。患者とつらい気持ちを分かち合うことはできず、患者には予後のことを伝えないように、気を使いながら会話がなされている。長女、長男やスタッフとはつらい気持ちや患者の死後のことなどは話し合っている。

#### 【スタッフの状況】

医師・看護師は毎朝カンファレンスをしており、日々の患者の情報はスタッフ間で逐次伝達されている。しかし、医師には重要な情報が遅れて伝達されることがある。

## 仮想症例・解答解説集

### 仮想症例 1 の STAS-J 評価

#### 1. 痛みのコントロール：【0】

「疼痛は薬剤にてコントロールされVAS 0」、「レスキューはここ 2 週間服用されていない」

#### 2. 症状が患者に及ぼす影響：症状名 - 呼吸困難【0】

「酸素 2L / 分を使用」することにより呼吸困難は認められない、そのほか、特に辛い症状はみられないことから、【0】とした。

#### 3. 患者の不安：【1】

「自分の死後の妻の生活について心配している」ものの、「そのために眠れないということはない」ということから、身体面や行動面に不安の兆候は見られていないと考え、【1】とした。

#### 4. 家族の不安：最も近い介護者 - 妻【3】

「最愛の夫がこの世から去ってしまうという現実を見て、不安が非常に強くなり、大うつ病を発症している」が、「うつや不安は薬剤投与により少し改善し、最近睡眠はとれるようになった」。「夫が突然に咯血することなどを想像し、不安でしかたなくなり、パニック状態に陥ることがしばしばある」が、「スタッフや患者本人とつらい気持ちを分かち合うことができ、患者の死後のことなどを話し合っている」ことから、不安でパニック状態になっても持続的ではなく、日常生活ができないほどではないので、【4】ではなく、【3】とした。

#### 5. 患者の病状認識：【0】

「肺がん、予後月単位」「緩和ケア病棟を選択」「病状や予後については十分に把握している」「咯血や突然死の可能性があることも理解している」「しばしば死後の家族や妻の生活のことが話題になる」

ことから、病状の認識が現実的であり、予後の理解も正確であることから、【0】とした。

6．家族の病状認識：【0】

「妻は患者の病状について十分に説明を受けており、月単位であることも把握している」ことから、患者の病状認識の場合同様に考え、【0】とした。

7．患者と家族のコミュニケーション：【0】

「(スタッフや)患者本人とつらい気持ちを分かち合うことができ、患者の死後のことなどを話し合っている」

8．職種間のコミュニケーション：【0】

関わっている職種 - プライマリーナース、サブ・プライマリーナース、担当医、主治医、ソーシャルワーカー

「スタッフは毎朝カンファレンスに参加しており、日々の患者の情報はスタッフ間で逐次情報伝達されている。情報をすべてのスタッフに伝達するために、午後に1時間程度のカンファレンスが開かれ、さらに週1回の多職種合同カンファレンスがなされている」

9．患者・家族に対する医療スタッフのコミュニケーション：【0】

「面談や話し合いが頻繁に行われ、スタッフと患者および家族間の関係は非常に良い」「スタッフ(や患者本人)とつらい気持ちを分かち合うことができ、患者の死後のことなどを話し合っている」

## 仮想症例 2 の STAS-J 評価

### 1. 痛みのコントロール：【1】

「腹痛が軽度にあるが NSAIDs とモルヒネの使用にてコントロールされ VAS 0 ~ 1」「時に痛みが出ることもあるがレスキュー内服で収まっている」ことから、患者が今以上の治療を必要としない痛みであると考え、【1】とした。

### 2. 症状が患者に及ぼす影響：

症状名 - 腹満【3】、呼吸困難【3】、全身倦怠感【7】、食欲不振【7】

「腹水の大量貯留により腹部膨満感と呼吸困難感が著明である」ことから、腹満感と呼吸困難の症状を挙げることができる。さらに、「腹水穿刺とオピオイドの使用により、寝返りやトイレ歩行が何とか可能となった」「腹満感と呼吸困難に対し、モルヒネのレスキューをほぼ毎日 5 ~ 6 回使用」「腹部膨満感により夜間眠れないことがある」ことなどから、たびたび強い症状があり、日常生活への著しい支障があると考え、【3】とした。全身倦怠感と食欲不振も見られるが、どの程度かは不明であり、さらなる情報収集が必要であるため、【7】とした。

### 3. 患者の不安：【0】

「気分の落ち込みや不安の表出は見られない」ことや、夫やスタッフとのコミュニケーションの状況から、特に不安は見られていないと考え、【0】とした。

### 4. 家族の不安：最も近い介護者 - 夫【2】

「夫は平常通り仕事をしているものの、娘たちの世話や妻の看病のため肉体的・精神的に疲労が蓄積している。妻の死後の生活について、看護師に不安な気持ちを打ち明けたりすることもある」ことから、日常生活上の支障はないものの、張りつめた気持ちで過ごしていると考え、【2】とした。

### 5. 患者の病状認識：【0】

「病状や予後については十分に把握しており、もし可能であれば自宅で療養したいが、それも無理なのではないかと現実的に考えることができる」

6. 家族の病状認識：【0】

「夫は患者の病状について十分に説明を受けており、週単位であることを理解している」

7. 患者と家族のコミュニケーション：【0】

「病気やこれからの生活について患者と夫はよく話し合うことができており、彼女の死後の子供の療育などについて、子供のビデオなどを見ながら話し合われている。患者は家族の中で中心的な存在であり、自分の病状や家族の今後のことなどについても家族間で十分に話し合われている」

8. 職種間のコミュニケーション：【0】

関わっている職種 - プライマリーナース、サブ・プライマリーナース、担当医、主治医

「医師と看護師は毎朝カンファレンスに参加しており、日々の患者に関する情報は主要スタッフ間で逐次情報伝達されている。情報をすべてのスタッフに伝達するために午後1時間程度のカンファレンスが開かれ、さらに週1回の多職種合同カンファレンスがなされている」

9. 患者・家族に対する医療スタッフのコミュニケーション：【0】

「スタッフと患者、家族間には良好なコミュニケーションがなされており、家族、医療者双方の希望で、頻繁に面談が繰り返されている」

### 仮想症例 3 の STAS-J 評価

1. 痛みのコントロール：【1】または【2】

「疼痛に対して塩酸モルヒネの持続皮下注と NSAIDs の内服を使用中」「安静時には VAS 1 ~ 2 で、テレビを見たり会話を楽しんだりすることができる」ものの、「体動時には VAS 6 ~ 8 まで疼痛が増強し、塩酸モルヒネの早送りを予防的に使用している」ことから、患者の意向や早送りの頻度などにより、【1】または【2】となる。
2. 症状が患者に及ぼす影響：症状名 - なし  
「痛み以外にはつらい症状は存在しない」
3. 患者の不安：【2】

「痛みが強いとつい不安になり、週 1 回程度不眠となることがある」ことから、時々身体面や行動面に不安の兆候が見られるが、日常生活は保たれていると考え、【2】とした。
4. 家族の不安：最も近い介護者 - 娘【2】

「娘は自分の父を看取ったばかりで、軽度のうつ状態にある。うつは認知療法や薬物療法で軽快しており、日常生活に大きな支障はない」ことから、【2】とした。
5. 患者の病状認識：【0】

「病状や予後については、乳がんであり、予後月単位であることを話しており、病状についても十分認識できている」
6. 家族の病状認識：【0】

「家族は患者の病状について十分に説明を受けており、十分に理解している」
7. 患者と家族のコミュニケーション：【0】

「実の娘が当院の看護師であることから、スタッフと患者および家



族間には率直で有効なコミュニケーションが保たれている。患者は家に帰ることを希望しているが、日中独居となるため、なかなか実現が難しい。患者と娘の間では、この件についても詳しい話し合いがなされている」

8. 職種間のコミュニケーション：【0】

関わっている職種 - プライマリナーズ、サブ・プライマリナーズ、担当医、主治医

「スタッフは毎朝カンファレンスに参加しており、日々の患者の情報は主要スタッフ間で逐次情報伝達されている。情報の伝達をすべてのスタッフに伝達するために午後1時間程度のカンファレンスが開かれ、さらに週1回の多職種合同カンファレンスがなされている」

9. 患者・家族に対する医療スタッフのコミュニケーション：【2】

「実の娘が当院の看護師であることから、スタッフと患者および家族間には率直で有効なコミュニケーションが保たれている。」「娘が施設内で勤務しているため、廊下などで会った際に医師が患者の病状についての説明を行っている。しかし、「娘はできればきちんとした場を設けて医師と話をしたいと思っているが、遠慮からなかなか言い出せずにいる。以上より、娘はより多くの情報を望んでいると考え、【2】とした。」

## 仮想症例 4 の STAS-J 評価

### 1. 痛みのコントロール：【3】

「腰痛と大腿部痛が著明」「咀嚼時や体動時は VAS 8 ~ 10 で、ときに電撃痛が起こる」「疼痛に対しては、モルヒネ、リボトリール、ケタラル、アモキシサン等を用いるが十分にコントロールできていない」「下顎骨転移により咬合不全が発症し、食事の咀嚼が難しくなり、食事のたびに痛みがあり苦痛の原因になっている」などから、しばしばひどい痛みがあり、そのため日常生活動作に著しく支障をきたしていると考えられる。しかし、「疼痛は、安静時には VAS 3 ~ 4 で、テレビを見たり新聞を読んだりすることができる」ため【4】は除外され、【3】とした。

### 2. 症状が患者に及ぼす影響：症状名 - なし

「疼痛以外の症状は特になし」

### 3. 患者の不安：【1】

患者は「やせてきた」「体が動かなくなってきた」といった変化を気にしているが、「テレビを見たり新聞を読んだりすることができる」「精神的には比較的安定している」「薬剤を服用し、夜間はよく休めている」ことから、身体面や行動面に不安の兆候は見られないと考え、【1】とした。

### 4. 家族の不安：最も近い介護者 - 妻【1】

「妻は患者が近頃やせてきたことを気にしているが、病的な不安ではなく、また抑うつ状態も見られていない」ことから、不安はあるものの、身体面や行動面にその徴候が見られるほどのものではないと考え、【1】とした。

### 5. 患者の病状認識：【2】または【3】

「病状の否認が強く、理解されているか疑問である」「あと5年ぐらいは大丈夫と話したり、5つ以上の民間療法を試したりしている」

との言動から、病状の認識は現実的ではないと思われる。しかし、「これだけ食べても、がんばり大きくなって。もう、だめだね。」といった発言もあり、完全な回復を期待しているとは考えにくいため、【4】を除外した。病状の認識が現実的なときもあると考えれば【2】、非現実的な度合いが強いと考えれば【3】となる。

#### 6. 家族の病状認識：【2】または【3】

「家族は患者の病状について十分に説明を受けている。患者の病状を知った時点では悲嘆・否認が強かったが、だんだん現実的な対応ができるようになってきている」ことから、患者同様、完全な回復を期待しているとは考えにくいため、【4】を除外した。そして、「理解は十分でなく月単位であることは実感できていない」『医師は予後が月単位だというのが、そうは思わない。あと3年くらい生きられるのではと期待している。』といった情報から患者の病状認識の場合と同様に考え【2】または【3】とした。

#### 7. 患者と家族のコミュニケーション：【3】または【4】

患者、妻のどちらの病状認識も実際とズレていること「今後の治療や療養場所などの話し合いはなされていない」「面会時の会話は、家業や家族のことがほとんどである」ことから、状況を認識しておらず、その事について話し合いがなされていないと考えられる。しかし、どの程度気を使いながらコミュニケーションをとっているかははっきりしない。気を使いながら会話が行われていると考えると【3】、さらにコミュニケーションがうわべだけのものと考えると【4】となる。

#### 8. 職種間のコミュニケーション：【0】

関わっている職種 - プライマリーナース、サブ・プライマリーナース、担当医、主治医

「スタッフは毎朝カンファレンスに参加しており、日々の患者の情報は主要スタッフ間で逐次情報伝達されている。情報の伝達をすべてのスタッフに行うために毎日午後に1時間程度のカンファレン

スが開かれ、さらに週1回のグランドカンファレンスがなされている。特に職種間のコミュニケーションに問題はないと考え、【0】とした。

9. 患者・家族に対する医療スタッフのコミュニケーション：【1】

「患者および家族には主治医から病状や今後の見通しについて繰り返し面談が行われている」が、「病状の否認が強いためか、スタッフと患者および家族間には率直で有効なコミュニケーションは保たれていない」「面会が少ないため、家族とスタッフの間では十分なコミュニケーションは図れていない」ことから、積極的な情報提供が行われているが、十分には理解されていないと考え、【1】とした。

## 仮想症例 5 の STAS-J 評価

### 1. 痛みのコントロール :【4】

「腹部は著明に膨満し、圧痛著明」「疼痛はモルヒネ、ケタミン、抗うつ薬などを使用するが、コントロールされず、腹痛と腰痛がひどい」「VAS 8 ~ 10」「安静時にも常に痛みがあり、疼痛のために眠ることもできず、夜間はドルミカムによる間歇的鎮静を併用」。さらに「痛みのコントロールのために、夜間だけの間歇的鎮静でなく、昼間も眠る時間を増やしてほしいと希望している」ことから、耐え切れない激しい痛みが持続的にあり、他のことを考えることができない状況にあると考え、【4】とした。

### 2. 症状が患者に及ぼす影響:腹満【4】、全身倦怠感【4】、浮腫【4】、呼吸困難【1】

- ・腹満 「腹部は著明に膨満」「腹部膨満感に加え全身倦怠感も著明なため、体全体が思うようにならない。とにかく目がさめれば常につらい。」ことから、耐え切れない激しい症状が持続的にあり、他のことを考えることができない状況にあると考え、【4】とした。
- ・全身倦怠感 「全身倦怠感も著明なため、体全体が思うようにならない。とにかく目がさめれば常につらい。」ことから、腹部膨満感同様耐え切れない激しい症状が持続的にあり、他のことを考えることができない状況にあると考え、【4】とした。
- ・浮腫 「下肢に著明な浮腫を認める」こと、浮腫が倦怠感の一因となっていると考えられることから【4】とした。
- ・呼吸困難 「胸水貯留にともなう呼吸困難のために酸素を 3L / 分、マスクで使用」「安静時に呼吸困難はない。」ことから、【1】とした。

### 3. 患者の不安 :【2】

「患者は病気が治るのか、今後自分がどうなっていくのか、時に不安になるが、不安によって眠れない、落ち着かないといった症状はみられない」とある。しかし、「痛みがあまりに強く、こんなにつらいなら死んでしまいたいと一日のうちに何回も考えてしまう」ことから、身体的苦痛が強すぎるためそれでいっぱいいっぱい、不

安を感じる余裕すらない。身体的苦痛が軽減すれば顕在化するような不安があると考え、【2】とした。

#### 4．家族の不安：婚約者【3】、父母【3】、兄【7】

- ・婚約者 「婚約者はそんな彼女の状況を知って思い悩んでおり、うつ状態になっている」そのため、「ひどい不眠と抑うつ気分が見られ、よく泣く。仕事には行っているが手につかない状態」。しかし、「彼女のの前では明るい顔をし、彼女を励まし続けている」ということから【4】との間で迷うところであるが、出勤していること、彼女への配慮が可能であることから、【3】とした。
- ・父母 「父や母の悲嘆は大きく、睡眠不足や仕事に身が入らないなどの影響が出てきている」ことから、日常生活に支障をきたすことがあると考え、【3】とした。

#### 5．患者の病状認識：【2】

「病状や予後については、胃がんであり、骨転移、腹膜播種をおこし、病状が進行していることは理解している」が、「予後が週単位であることは理解していない」「もうこの病気は治らないのではと考える一方、これではいけないと種々の民間療法を試している」ということから、治ることへの希望という非現実的な認識も見られると考え、【2】とした。

#### 6．家族の病状認識：【0】

「家族や婚約者は、患者の病状について十分に説明を受けており、予後が週単位であることも把握している」

#### 7．患者と家族のコミュニケーション：【3】または【4】

「父や弟は滅多に面会にこない」し、「来たとしても会話が続き、『がんばれ、がんばれ、よくなるから』と励ましてすぐ帰ってしまう」といったように、「うわべだけのコミュニケーション」がなされているようである。その一方で、患者との間で病状認識にズレがある中、「母と婚約者の面会がほとんど毎日ある」「兄もよく面会に来る」

という面もある。婚約者においては、真実を隠しているため、コミュニケーションは十分ではない中、「明るい顔をし」「励まし続けている」。以上を総合して、【4】をつけるほど「うわべだけ」の疎な関係ではないと考えれば【3】となる。

#### 8．職種間のコミュニケーション：【2】または【3】

関わっている職種 - プライマリナーズ、担当医、主治医、緩和ケア医

「看護スタッフは毎朝カンファレンスをしているが、医師は参加していない」「日々の患者の情報は看護スタッフ間で逐次伝達されている」が、「医師には重要な情報が遅れて伝達されるか伝達されないことがしばしばあり」「お互いがばらばらに行動している」ことから、看護スタッフ間での情報提供はよいようであるが、医師との連携は良好とはいえないため、【2】または【3】となる。この区別は、医師への情報伝達不良が患者や家族の不利益となる潜在的リスクかどうかのくらいの頻度であるか（「ときに」または「しばしば」）による。

#### 9．患者・家族に対する医療スタッフのコミュニケーション：患者【3】、家族【2】

- ・患者 「面談や話し合いは頻繁に行われず、スタッフと患者および家族の間には有効なコミュニケーションがなされていない」「面談は家族や看護師が求めたときのみ主治医が行っている」「患者は病状について質問をよくするが、スタッフは何とか言い逃れをしたり話の内容をすり替えたりしている」
- ・家族 「家族や婚約者は患者の病状について十分に説明を受けており、予後が週単位であることも把握している」ことから、事実は伝えられているが、「面談や話し合いは頻繁に行われず、スタッフとの間には有効なコミュニケーションがなされていない」ことから、より多くの情報を望んでいる可能性があると考え、【2】とした。

## 仮想症例 6 の STAS-J 評価

### 1．痛みのコントロール：【1】

「疼痛は NSAIDs とモルヒネの使用にてコントロールされ VAS 0 ~ 1」「時に痛みが出ることがあるが、レスキュー内服でおさまり、ADL に影響はない」「レスキューはここ 1 週間で 2 回使用されている」ことより、今以上の治療を必要としない痛みであろうと考え、【1】とした。

### 2．症状が患者に及ぼす影響：症状名 - 呼吸困難【1】、全身倦怠感【2】、食欲不振【2】

- ・呼吸困難 「呼吸困難もほとんどみられない」
- ・全身倦怠感 「耐えられないほどではないが全身倦怠感がみられる」ことから、薬の調節や何らかの処置を行い、病状の改善を図る必要があると考え、【2】とした。
- ・食欲不振 「胃の腫瘍による拡張障害のため、食事をするとすぐおなかがいっぱいになってしまい、十分に食事を摂取することができない」ことから、薬の調節や何らかの処置を行い、病状の改善を図る必要があると考え、【2】とした。

### 3．患者の不安：【2】

「患者は今後の病状の進展について、また自分の死後の家やお寺について非常に心配しており、しばしば不眠となる」が、「意思決定などの精神活動は行うことが可能で、うつや強い不安はみられない」ことから、身体面や行動面に不安の徴候が見られるが、日常生活は保たれていると考え、【2】とした。

### 4．家族の不安：長女【4】、夫・長男【7】

- ・長女 「長女は最愛の母がこの世から去ってしまうという現実を見て、不安の強い適応障害を発症している」「常に不安を抱えて生活しており、ほかのことは手につかない」ことから、病的で日常生活ができない状況にあると考え、【4】とした。



### 5．患者の病状認識：【1】または【2】

病状や予後については、家族の希望により「『胃がんであるが胃の腫瘍はとった。腹膜播種がある』と伝えており、肝転移や黄疸のことは説明されていない」し、「予後については、はっきりと聞かされていない」。その一方で、ソーシャルワーカーからの情報によれば、患者は自分の病状について「胃がんで腹膜播種している」「肝臓にも転移したから、これ(PTCDチューブ)が入っちゃった」「いろんなところに転移しているみたい」「元気なうちに家に帰って、家やお寺の整理をしたいけど・・・」と語っていることから、“転移があること”“予後が不良であること”など、ある程度正確な情報を持っている。前者を重視すると【2】、後者を重視すると【1】と考えられる。

### 6．家族の病状認識：長女【1】、夫・長男【0】

- ・長女 「他県に住んでいる長女はもう少し生きられるのではないかと考えている」ことから、予後についてはやや楽観的な捉え方をしているものの、「家族は患者の病状について十分に説明を受けており、月単位であることを理解している」こと、長女の適応障害の発症は現実を認識しているためとも考えられることから、“病気が治る”という非現実的な考えを持っているわけではないと考え、【1】とした。
- ・夫、長男 「家族は患者の病状について十分に説明を受けており、月単位であることを理解している」「夫や長男は病状を現実的に受け止めて対処している」ことから【0】とした。

### 7．患者と家族のコミュニケーション：【3】

「患者本人とつらい気持ちを分かち合うことはできず、気を使いながら会話がなされている」「父や長男とは対立関係にあるため、患者の死後のことなどは話し合っていない状況である」ことから、家族間で病状や今後の見通し、今後の生活について、十分話し合われておらず、かつ患者と家族の現状認識が一致していないと考え、【3】とした。

#### 8．職種間のコミュニケーション：【0】

関わっている職種 - プライマリーナース、サブ・プライマリーナース、担当医、主治医、ソーシャルワーカー

「医師と看護師は毎朝カンファレンスに参加しており、日々の患者に関する情報は主要スタッフ間で逐次情報伝達されている。情報をすべてのスタッフに伝達するために、午後に1時間程度のカンファレンスが開かれ、さらに週1回の多職種合同カンファレンスがなされている」

#### 9．患者・家族に対する医療スタッフのコミュニケーション：【2】

「家族が患者への正確な病状説明を希望していないため、スタッフと患者間には良好なコミュニケーションがなされているとはいえない」「家族の意思で、患者の要求に応じて最小限の事実は伝えられているが、患者は満足していない」ことから、患者はより多くの情報を望んでいると考え、【2】とした。

## 仮想症例 7 の STAS-J 評価

### 1 . 痛みのコントロール :【1】

「疼痛は NSAIDs とモルヒネの使用にてコントロールされ、VAS 0 ~ 1」  
「レスキューはここ 1 週間で 2 回使用されている」ことから、現在の疼痛マネジメントに満足していると考え、【1】とした。

### 2 . 症状が患者に及ぼす影響 : 症状名 - 呼吸困難感【1】

「酸素 2L / 分をマスク投与しており、呼吸困難はほとんど見られない」ことから、現在の症状マネジメントに満足していると考え、【1】とした。

### 3 . 患者の不安 :【1】

「患者は今後の病状の進展について心配しているが、日常生活に支障はなく、うつや不安はみられない」ことから、身体面や行動面に不安の徴候は見られないと考え、【1】とした。

### 4 . 家族の不安 : 最も近い介護者 - 妻【3】

「妻は最愛の夫がこの世から去ってしまうという現実直面し、うつ病を発症している」  
「うつ病は薬剤投与にて改善し、希死念慮や無価値感は消失したが、まだ気分の落ち込みは強く、ほかのことは手につかない」状態である。しかし、「長女、長男やスタッフとはつらい気持ちや患者の死後のことなどは話し合っている」とあり、物事への集中力に著しく支障をきたしているものの、常に不安状態にあるわけではないと考えられ、【3】とした。

### 5 . 患者の病状認識 :【3】

病状について説明されているものの、「もっとよくなって、いつか退院できるのではないかと希望を持っている」ことから、非現実的な認識があると考え、【3】とした。

### 6 . 家族の病状認識 :【3】

「妻は病状や予後の説明を受けているが、予後については十分に納

得できず、あと数年生きられるのではないかと考えている」ことから、病状の認識は非現実的であると考え、【3】とした。

#### 7．患者と家族のコミュニケーション：【3】

「患者とつらい気持ちを分かち合うことはできず、患者には予後のことを伝えないように、気を使いながら会話されている」ことから、【3】とした。

#### 8．職種間のコミュニケーション：【2】

関わっている職種 - プライマリーナース、主治医

患者に主として関わっているのはプライマリーナースと主治医の2人のみという体制である。「医師・看護師は毎朝カンファレンスをしており、日々の情報はスタッフ間で逐次伝達されている」が、「医師には重要な情報が遅れて伝達されることがある」ということは、主要スタッフの1人である医師への重要な情報伝達の遅れがあるということの意味し、主要スタッフ間では正確な情報が関係スタッフ全員にその日のうちに行われているとはいいがたく、時にはそれが患者や家族への不適切な対応につながる潜在的状態にあると考え、【2】とした。

#### 9．患者・家族に対する医療スタッフのコミュニケーション：患者【2】、 家族（妻）【1】

- ・患者 「家族を含め面談やディスカッションが行われている」ものの、「スタッフと患者間で予後の統一ができていないために、時にコミュニケーションがギクシャクする」こと、「患者の要求に応じて最小限の事実は伝えられているが、患者は満足していない」ことから、患者はより多くの情報を望んでいると考え【2】とした。
- ・家族（妻） 「妻は病状や予後の説明を受けている」「・・・スタッフとはつらい気持ちや患者の死後のことなどは話し合っている」一方で、「予後については十分に納得できず、あと数年生きられるのではないかと考えている」ことから、情報は提供されているが、十分理解されてはいないと考え、【1】とした。

STAS-J (STAS日本語版)  
スコアリングマニュアル第3版

2007年11月発行

非売品

---

編集 STAS ワーキング・グループ

発行 日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団

印刷所 株式会社 弘 文 社

〒272-0033 千葉県市川市市川南2-7-2

TEL 047-324-5977

FAX 047-323-1106

---