

STAS (Support Team Assessment Schedule)日本語版  
**スコアリングマニュアル**

緩和ケアにおける臨床的・オーディットのために

**第2版**

編集 緩和医療提供体制の拡充に関する研究班

発行 日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団

## 緩和医療提供体制の拡充に関する研究班（現職）

<b>主任研究者</b>	筑波メディカルセンター病院 緩和医療科	志真 泰夫
<b>分担研究者</b>	大阪大学大学院人間科学研究科	恒藤 暁
	聖隷三方原病院 緩和和支持療法科	森田 達也
<b>研究協力者</b> （五十音順）	広島県緩和ケア支援センター 緩和ケア支援室	阿部まゆみ
	筑波メディカルセンター病院 緩和医療科	岩田 広香
	筑波メディカルセンター病院 看護部	小野瀬俊子
	東京大学成人看護学 / ターミナルケア看護学	河 正子
	筑波大学臨床医学系	
	筑波大学附属病院医療福祉支援センター	木澤 義之
	東京大学成人看護学 / ターミナルケア看護学	
		笹原 朋代
	静岡県立がんセンター緩和医療科	田中 桂子
	淀川キリスト教病院ホスピス	田村 恵子
	亀田総合病院 緩和ケア室	的場 和子
	国立看護大学校成人看護学	丸口ミサエ
	永寿総合病院緩和ケア病棟	宮川三樹夫
	東京大学成人看護学 / ターミナルケア看護学	
		宮下 光令

## STAS Working Group Japan（所属は翻訳当時）

<b>責任者</b>	昭和大学病院 緩和ケアチーム	的場 和子
<b>グループ員</b> （五十音順）	日本看護協会看護研修学校 ホスピスケア学科	阿部まゆみ
	昭和大学病院 緩和ケアチーム	梅田 恵
	元・戸田中央総合病院	岡林 加枝
	東京都立保健科学大学保健科学部看護学科	後藤 志保
	戸田中央総合病院在宅医療部	中山 康子
	戸田中央総合病院看護カウンセリング室	広瀬 寛子
<b>第2版作成協力者</b>	カレスアライアンス 天使病院	中島 信久

# 目 次

改訂にあたって .....	2
はじめに.....	3
序 文.....	5
I. STAS 作成の背景と開発過程.....	7
II. STAS 日本語版の開発過程.....	11
1) STAS 日本語版開発のフローチャート.....	12
2) STAS 日本語版の信頼性・妥当性.....	13
III. STAS 日本語版の使い方.....	15
1) STAS 日本語版の概要.....	16
2) 各項目のスコアリング法.....	18
3) STAS 日本語版に関する Q & A.....	27
IV. STAS 日本語版に関する問い合わせ.....	37
参考文献.....	39
付録 1 STAS 日本語版見本.....	43
付録 2 練習用仮想症例と STAS 評価.....	47

## 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できました。「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に存じます。

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 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3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、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

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

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、質の充実にも力が注がれていました。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」という訳語が当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。

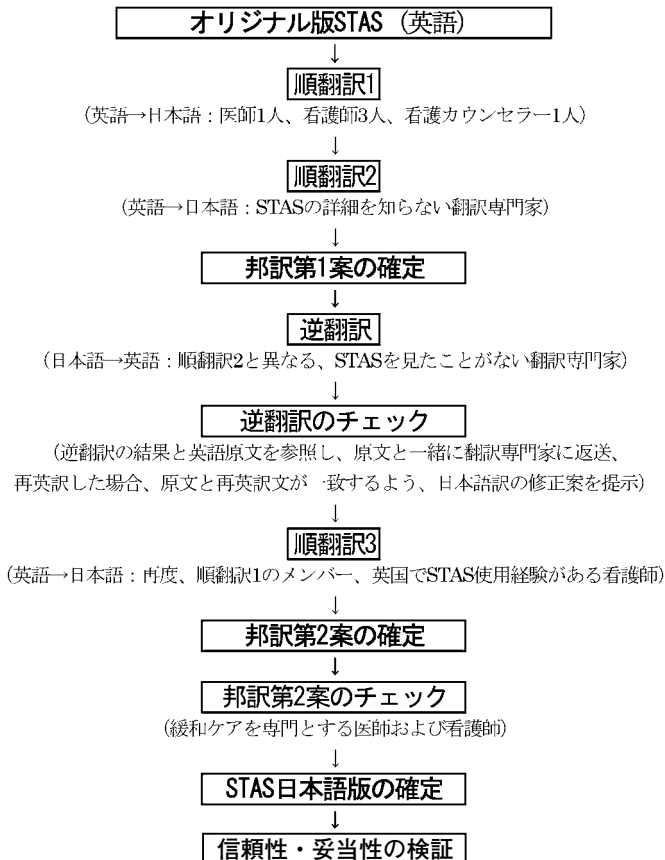


## II. STAS 日本語版の開発過程

## STAS 日本語版の開発過程

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 日本語版開発のフローチャート



## 2) STAS 日本語版の信頼性・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)。





### III. STAS 日本語版の使い方

## 1) STAS 日本語版の概要

先に述べたように、STAS 日本語版は、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 日本語版は、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。

◆ 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 日本語版は、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&A5 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、プライマリナーナースなど、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&A3 参照）
  
- ◆STAS 日本語版では、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&A3、11 参照）



## 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、病状から見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、「訴えがない＝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. 症状が患者に及ぼす影響：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、症状によりどれ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れ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。

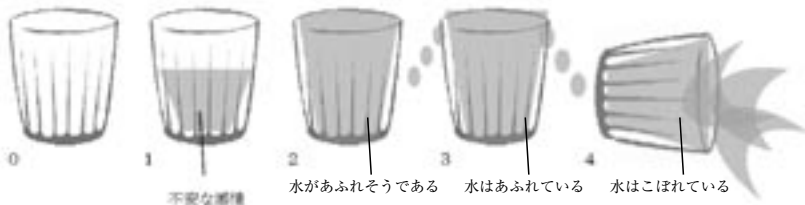
【解説】日常生活は保たれている。

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】病的な障害は見られないが、不安発作は見られることがある。  
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】病的な障害は見られないが、不安発作は見られることがある。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&A7 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、現実的なきもあれば、非現実的なきもある。

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&A4 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言いつ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、現実的なきもあれば、非現実的なきもある。

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。

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。

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十分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十分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づ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。

## 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◆

患者さんと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。

患者さんと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、患者さんと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&A8 参照）

### 3) STAS 日本語版に関する 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 日本語版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 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分からないことがあるかもしれません。診療記録や STAS 日本語版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？」**

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：「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きもあるでしょう（身体的な項目など）。STAS日本語版は、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ぬ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。

**Q 4：「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。

**Q 5：「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。いずれにしろ判断が難しい時は、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 6：「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 日本語版には、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 7：「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ても構いません。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、患者さんに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。

**Q 8：「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 9：「じっく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日本語版は、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。

**Q 10：「可能ならば、STAS日本語版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いいですか？」**

A：いいえ。STAS日本語版は、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日本語版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 11：「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いいですか？」**

A：いいえ。STAS日本語版は、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日本語版の中の項目には、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いいというわけではありません。STAS日本語版は、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 12：「評価した結果は、どのように使っていけばいいですか？」**

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 13：「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。もともと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 14：「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 15：「STAS 日本語版は、QOL 尺度とどのように違うのですか？」**

A：STAS日本語版は、患者さん・ご家族の状態を評価するだけでなく、患者さんを中心としてチームケアが機能しているかどうかをみるものです。項目の一部はQOLを構成する要素であるといえますが、全項目がそうではありません。また、QOL尺度は主観的評価が前提となります。他者である医療者が評価するという点でも、STAS日本語版はQOL尺度と異なっています。

**Q 16：「がん以外の疾患にも使うことは可能？」**

A：可能です。ただ、STAS日本語版の信頼性・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 17：「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 18：「STAS 日本語版を導入するにあたっての注意点はありますか？」**

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 日本語版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 日本語版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 日本語版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 日本語版の導入・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 日本語版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すめていくことが大切でしょう。

**Q 19：「インターネットなどで、STAS 日本語版の情報を見ることが**

できますか？」

A：はい、STAS日本語版のホームページ 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 20：「STAS日本語版を使用する際は、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)」(2005年4月26日現在、"Palliative and Supportive Care" に in press) 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日本語版」です。どちらも「STAS-J」と略して構いません。

**Q 21：「STAS日本語版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 日本語版はまだ発展段階にあります。今後、利用の仕方或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 日本語版に関する問い合わせ

## STAS 日本語版に関する問い合わせ

STAS 日本語版の使用は、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 河 正子  
成人看護学 / ターミナルケア看護学分野  
連絡先：〒 113-0033 東京都文京区本郷 7-3-1  
TEL03-5841-3507 FAX03-5841-3502  
E-mail kawa-tky@umin.ac.jp

また、STAS 日本語版のホームページ URL : <http://plaza.umin.ac.jp/stas/> で、STAS 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) 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.
- 10) 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.* (in press)

#### ¶ 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・オーデイトとSTAS. *ターミナルケア* 2003; 13(2): 109-14.
- 2) 中島信久. STAS 日本語版の活用法. *ベストナース* 2005; 3: 50-53.



## 付録1 STAS 日本語版見本

# STAS 日本語版

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. 症状が患者に及ぼす影響：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

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。

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、または家族の誰かと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：認知の低下や深い鎮静により評価できない場合





## 付録 2 練習用仮想症例と STAS 評価

**◆練習用仮想症例の使用にあたって◆**

¶ STAS 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 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。

¶ 練習用仮想症例には厳密な使用方法があるわけではありません。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、咯血や上大静脈症候群を引き起こす可能性がある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 VAS0。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。咯血や突然死の可能性もあることも理解し、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。家族は妻と息子一人の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◆

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℃ 台の発熱が続いている。胸水貯留にともなう呼吸困難から酸素を 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。PS4 で、排泄も床上である。

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。VAS8 - 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。全身倦怠感が著明で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一人かかわり、担当医と主治医が一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、とはげ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話を話さないで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か、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、よくなるも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 3◆

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、膈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 VAS0～1。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き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一人ずつ、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、自宅療養することの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 4◆

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。転移性脳腫瘍は減少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。その後レパタンと 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 VAS0 ~ 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ーナースが一人、主治医が一人かわり、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一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 1 の STAS 評価◆

## 1. 痛みのコントロール：【 0 】

薬剤を服用しているが痛みはなく、患者さんの生活に及ぼす影響はないため 0 となる。

## 2. 症状が患者に及ぼす影響：症状名－呼吸困難【 0 】

呼吸困難はあるが、酸素使用にてコントロールされているため、ここでは 0 となる。

## 3. 患者の不安：【 1 】

自分が死んだ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徴候は見られていないと評価した。

## 4. 家族の不安：最も近い介護者－妻【 3 】

大うつ病を発症しているもののうつや不安は薬剤で改善しており、パニック状態は持続的でないこと、スタッフや患者さん本人とつらい気持ちを分かち合い、また話し合いを行えていることから、3 と考えることができる。

## 5. 患者の病状認識：【 0 】

## 6. 家族の病状認識：【 0 】

## 7. 患者と家族のコミュニケーション：【 0 】

## 8. スタッフ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

## 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 】

**◆仮想症例 2 の STAS 評価◆**

1. 痛みのコントロール：【 4 】
2. 症状が患者に及ぼす影響：症状名－腹部膨満感、倦怠感、浮腫、呼吸困難【 4 】
3. 患者の不安：【 1 】
4. 家族の不安：最も近い介護者－婚約者【 3 】  
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、ここでは 3 とした。
5. 患者の病状認識：【 2 】  
病気が進行していることは理解しているが、民間療法を試していることから、治ることへの希望を持っていると考えられる。
6. 家族の病状認識：【 0 】
7. 患者と家族のコミュニケーション：【 4 】
8. スタッフ間のコミュニケーション：【 2 あるいは 3 】  
関わっている職種－プライマリーナース、担当医、主治医、緩和ケア医  
看護スタッフ間での情報伝達はよいようであるが、医師との連携は良好とは言えない。
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：【 3 】

## ◆仮想症例 3 の STAS 評価◆

1. 痛みのコントロール：【 1 】
2. 症状が患者に及ぼす影響：症状名－倦怠感、食欲不振【 1 あるいは 2 】  
日常生活は普通に送っているようであるが、何らかの治療の余地があるかもしれない。
3. 患者の不安：【 2 】
4. 家族の不安：最も近い介護者－娘【 4 】
5. 患者の病状認識：【 1 】  
病状に関する正確な説明は受けていないものの、ソーシャルワーカーが患者さんの発言から、ある程度正確な認識を持っていると判断している。
6. 家族の病状認識：【 1 】  
夫と長男は病状を現実的に受け止めているが、長女はもう少しいい方向を期待している。
7. 患者と家族のコミュニケーション：【 3 】  
主たる介護者である長女が現実を受け止めることができず、患者さんとの状況認識にずれを生じている。そのため、互いの気持ちや今後について話し合うことができていない。
8. スタッフ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
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 】



**◆仮想症例 4 の STAS 評価◆**

1. 痛みのコントロール：【 1 】
2. 症状が患者に及ぼす影響：症状名－呼吸困難【 1 】
3. 患者の不安：【 1 】
4. 家族の不安：最も近い介護者－妻【 3あるいは4 】
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、「もっとよくなるのではないか」という非現実的な希望を持っている。
6. 家族の病状認識：【 3 】
7. 患者と家族のコミュニケーション：【 3 】
8. スタッフ間のコミュニケーション：【 1 】
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 】

STAS (Support Team Assessment Schedule) 日本語版  
スコアリングマニュアル第2版

2005年5月発行

非売品

---

編集 緩和医療提供体制の拡充に関する研究班

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

---