日本ホスピス緩和ケア協会年次大会2019
分科会２

IPOS（Integrated Palliative care Outcome Scale）日本語版を用いた緩和ケアの質の維持・向上

緩和ケアデータベース委員会
／質のマネジメント委員会

予定

9：00-9：20　イントロダクション

　現場で緩和ケアの質の維持向上をどう考えるか

9：20-10：20　講義１

　IPOSを用いた緩和ケアの質の維持向上

10：20～10：30　休憩、グループワーク準備

10：30～10：50　講義２　IPOSの使用経験

10：50-11：20　グループワーク

11：20-11：55　全体で討論/意見交換

11：55-12：00　まとめ・挨拶

日本ホスピス緩和ケア協会年次大会2019

IPOSを用いた緩和ケアの質の維持向上

東北大学大学院 医学研究科 保健学専攻
緩和ケア看護学分野

宮下 光令

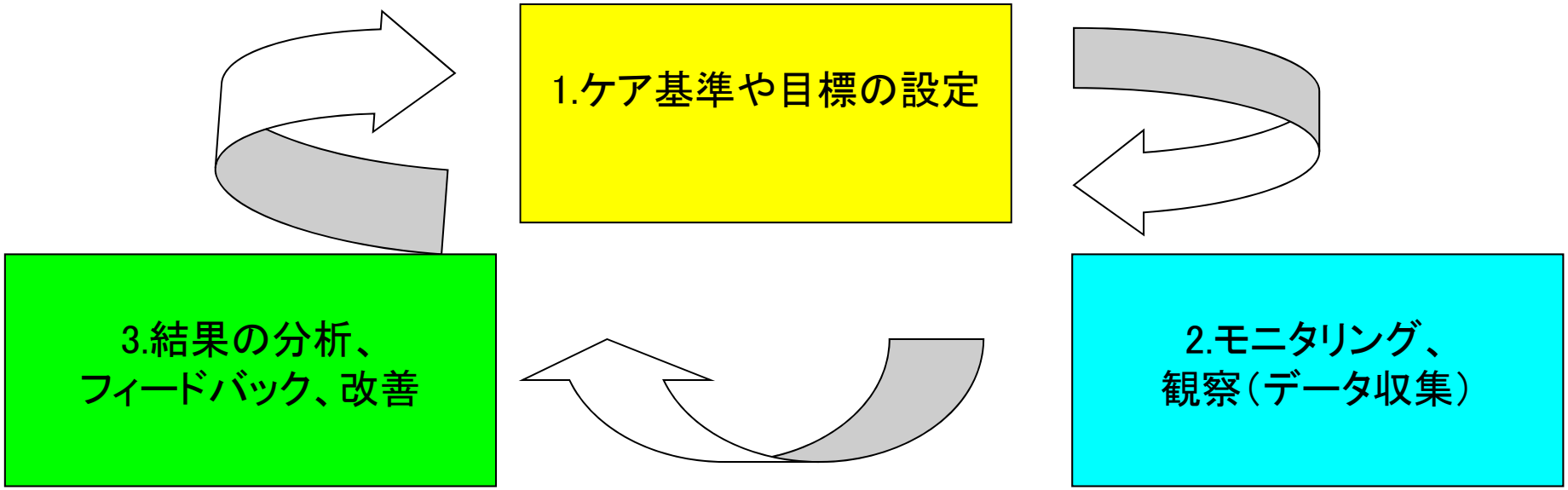
miya@med.tohoku.ac.jp

本日の内容

- クリニカルオーディットとSTAS-J
- PRO（患者報告アウトカム）とIPOS
- 英国のOACCプロジェクト
- 今後の日本における活用

英国1990年代
クリニカルオーディットとSTAS-J

- クリニカル・オーディット（日常的な臨床監査）
  - 施設の質の保証のため、医療者が日常的にモニタリング
- STAS（Support Team Assessment Schedule)
  - 英国で開発されたクリニカルオーディットのためのツール
- 日本には2000年代に輸入、普及



STAS-J
Support Team Assessment Schedule

STAS-Jの9項目

1. 痛みのコントロール
2. 症状が患者に及ぼす影響
3. 患者の不安
4. 家族の不安
5. 患者の病状認識
6. 家族の病状認識
7. 患者と家族のコミュニケーション
8. 医療専門職間のコミュニケーション
9. 患者・家族に対する医療専門職とのコミュニケーション

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。

STAS-Jの特徴と使い方

- STAS-Jは患者の身体的症状について（２項目）、患者の情緒的なことについて（２項目）、家族または身近な介護者について（２項目）、コミュニケーションについて（３項目）の計９項目からなる。
- 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。
- ０が症状が最も軽い（問題が小さい）、４が症状が最も重い（問題が大きい）ことを意味する
- 患者や家族自身でなく、ケアを提供しているスタッフが記入する。そのため、患者の身体状態に関わらず、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ある。

STAS(Support Team Assessment Schedule)スコアリングシート

（聖ヶ丘病院ホスピス用）

患　者　氏　名:
プライマリーナース:

STAS主要項目　評価日	プライマリー 1	カンファ 6/14	プライマリー 6/19	カンファ 6/21	プライマリー 6/28	カンファ 7/19	プライマリー 7/25	カンファ 7/26	プライマリー 8/1	カンファ 8/2
1 痛みのコントロール		0	0	0	0	0	0	腹痛(+) 1	0~1	0
2 症状が患者に及ぼす影響		2	2	2	2	2	2	2		2~3
症状名（倦怠）										
症状名（倦怠感）										
症状名（脱毛）										
症状名（咳嗽）										
症状名（尿等）										
3 患者の不安		1	1	1	1	1	1~2	2~3	3	2~3
4 家族の不安		1	1	1	1	1	1	1	1	1
5 患者の病状認識		0	0	0	0	1	0	0~1	0	0
6 家族の病状認識		0	0	0	0	1	0	0	0	0
7 患者と家族とのコミュニケーション		2	2	2	2	2	2	2	2	2
8 職種間のコミュニケーション		0	0	0	0	0	0	0	0	0
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	0	0	0	0	0	0	0	0~1

コメント:

6/14 #7. 夫婦の間のことは見守る しかない ようである

6/19 #2. 便秘は ラキソ10dくらい/4×で p:0がよい 保ち
4以下にすると便秘になる。
脱力感や倦怠感、動悸がup。
吹き抜けも多い日あり。全身状態 #8 下がったか?

7/19 #5 ECOTにおいて 本人選択ができますか? とすすめ あり
#6 苦痛 考えみて 考えがある

7/25. モヒ水に対し抵抗あり
Aqclub + リンコデ増量している
・死についての話あり（葬式のこと）
・口腔は体力↓、もうダメだという。介助を
求めるときと拒否のときあり。また涙ぐむときあり
不安は今までより ややup している
→ このことで手伝い 修正されたお多あり

7/26 #3 出棺が寺をのぞいてくれと。不安はやや↑
#5

8/1 #1,2 R錠↑ モヒDrip、CSE使用中
までモヒに対する抵抗感あり。スパーズには
使えないのに → 仕方なく使用している
CSE開始してから 楽になったと思っている
・painは CSEにしてから 軽減している。
モヒ効果(+)

#3. R錠↑を経験し 死に対する不安↑
family にも声をかけて なげかけはしていくが、
NSがある程度 そばにいることが必要か…

第30回日本死の臨床研究会　ミニワークショップ「STAS-Jの使用経験とこれからの課題
「STAS-Jを1年半使用してみて」聖ヶ丘病院ホスピス　小池真木子様のスライドから

オーディットの意義　STASの経験から

- **ケアの見逃しがない、より全人的ケアが受けられる、新しいスタッフがアセスメントしなくてはいけないこと把握できる。**
- **患者・家族に関する問題をより詳しく把握できる。**
- ケースレビューの対象になるような問題事例だけでなく日常のケアを見直すことができる。
- ケアの目標や成果を系統的に考えることができる。
- スタッフが仕事をモニタリング、レビューし改善策を講じることができる。
- 臨床での現実的な問題の同定、改善することにより将来の患者に貢献できる。
- **緩和ケアに関する教育、トレーニングとして有効である。**

http://plaza.umin.ac.jp/stas/

STAS-J（STAS日本語版)のページ

STAS (Support Team Assessment Schedule) 日本語版および、スコアリングマニュアルのダウンロードのためのページです。

最終更新日 *2013年3月27日*

目次

- おしらせ
- STASの概要
- STAS-J（STAS日本語版）
- スコアリングマニュアル
- 参考文献
- 過去の講習会の記録
- リンク
- 問い合わせ先

019036
Since *2004/04/02*

おしらせ

STASスコアリングマニュアル第3版の配布は終了いたしました

STASの概要

STAS (Support T
ロール」「症状が
ケーション」「医
す。医師、看護師

当初はClinical Au
したりするために

本尺度の日本語版
ができ、それがホ
によって日本語版
本語版スコアリン
習用仮想症例など

STAS日本語版を

過去の講習会の記録

第32回日本死の臨床研究会年次大会　ミニワークショップ「STAS-Jの使用経験とこれからの課題2008」

2008年10月5日（日） 第32回日本死の臨床研究会年次大会（札幌）にてミニワークショップ「STAS-Jの使用経験とこれからの課題2008」
た。当日は定員180名のところ220名を越える方にご参加いただきました（資料のみ配布を含む）。演者の方々およびご参加いただいた方々
します。当日のプログラム・抄録集と、スライドをアップいたしました。

当日のプログラム・抄録集(WORD:66KB)

発表演題とスライド
- 「STAS-J導入プロセスと看護師への影響」 宮城千秋（沖縄県立精和病院） スライド(PPTファイル:171KB)
- 「STAS-Jでの情報収集に困難を感じるのはケアの困難さと関連があるのか～一般病棟でSTAS-Jを5ヶ月間使用して～」 瀬川弘美（市立三
スライド(PPTファイル:615KB)
- 「STAS-Jの評価をケアに生かす」 片山玲子（国立病院機構　山口宇部医療センター　緩和ケア病棟） スライド(PPTファイル:1491KB)
- 「STAS-Jの施設・自治体レベルでの普及のために」 齋藤義之（新潟県厚生連　豊栄病院　外科） スライド(PPTファイル:2320KB)
- 「緩和ケアチーム設立に伴う電子カルテ運用上の工夫～STASを利用した情報共有ツールとしてのExcelチャート活用～」 田辺公一（富山県
院　緩和ケアチーム） スライド(PPTファイル:5208KB)
- 「緩和ケアチーム介入患者のSTAS-Jによる評価－外来化学療法室での取り組みと今後の課題－」 入江佳子（筑波大学附属病院 緩和ケアセ
学療法室） スライド(PPTファイル:451KB)
- 「在宅ホスピス緩和ケアにおけるSTAS-J利用の取り組み」 白山宏人（大阪北ホームケアクリニック） スライド(PPTファイル:593KB)

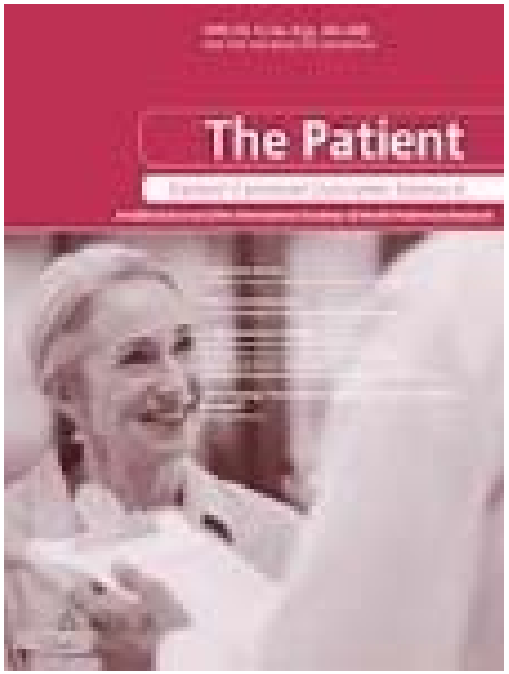
第31回日本死の臨床研究会年次大会　ミニワークショップ「STAS-Jの使用経験とこれからの課題2007」

本日の内容

- クリニカルオーディットとSTAS-J
- PRO（患者報告アウトカム）とIPOS
- 英国のOACCプロジェクト
- 今後の日本における活用

PRO：Patient-Reported Outcome
患者報告型アウトカム

- 世界的な潮流
- 血液検査や医療者による評価ではなく、患者評価が大事（患者の声を聴くことが大事)
- QOL、症状
  - EORTC-QLQ-C30
  - ESAS
  - IPOS
  - PRO-CTCAE

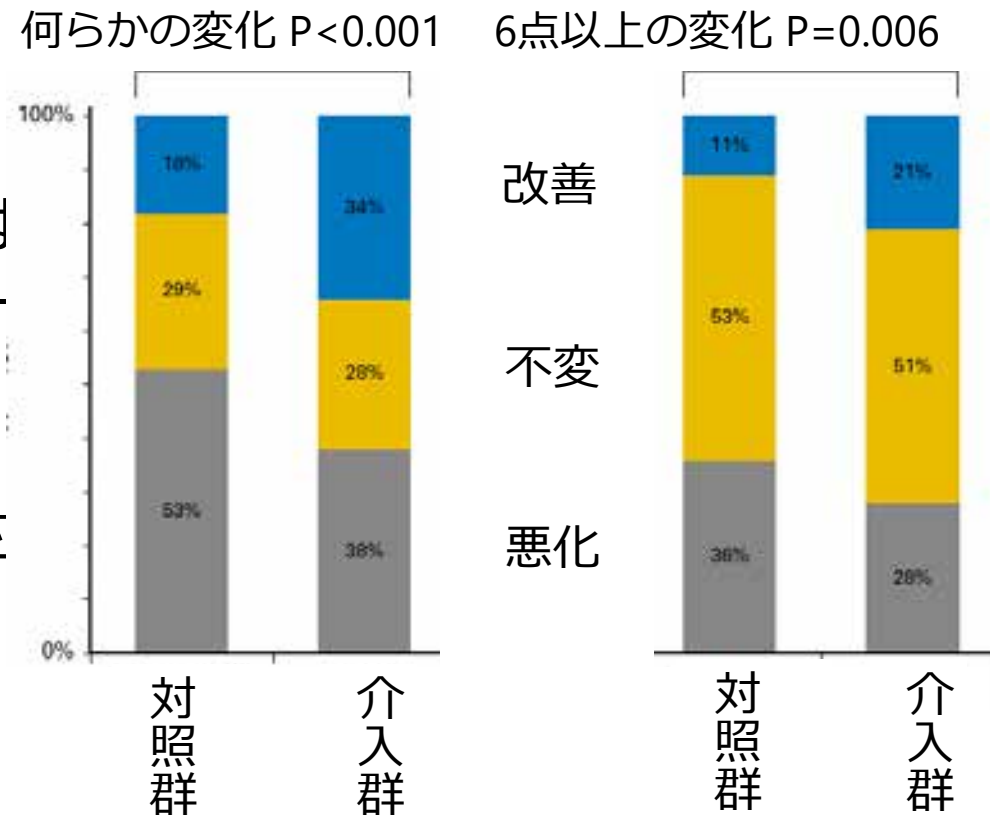


The Patient - Patient-Centered Outcomes Researc

Web端末による症状モニタリングとQOL（米国）ランダム化比較試験

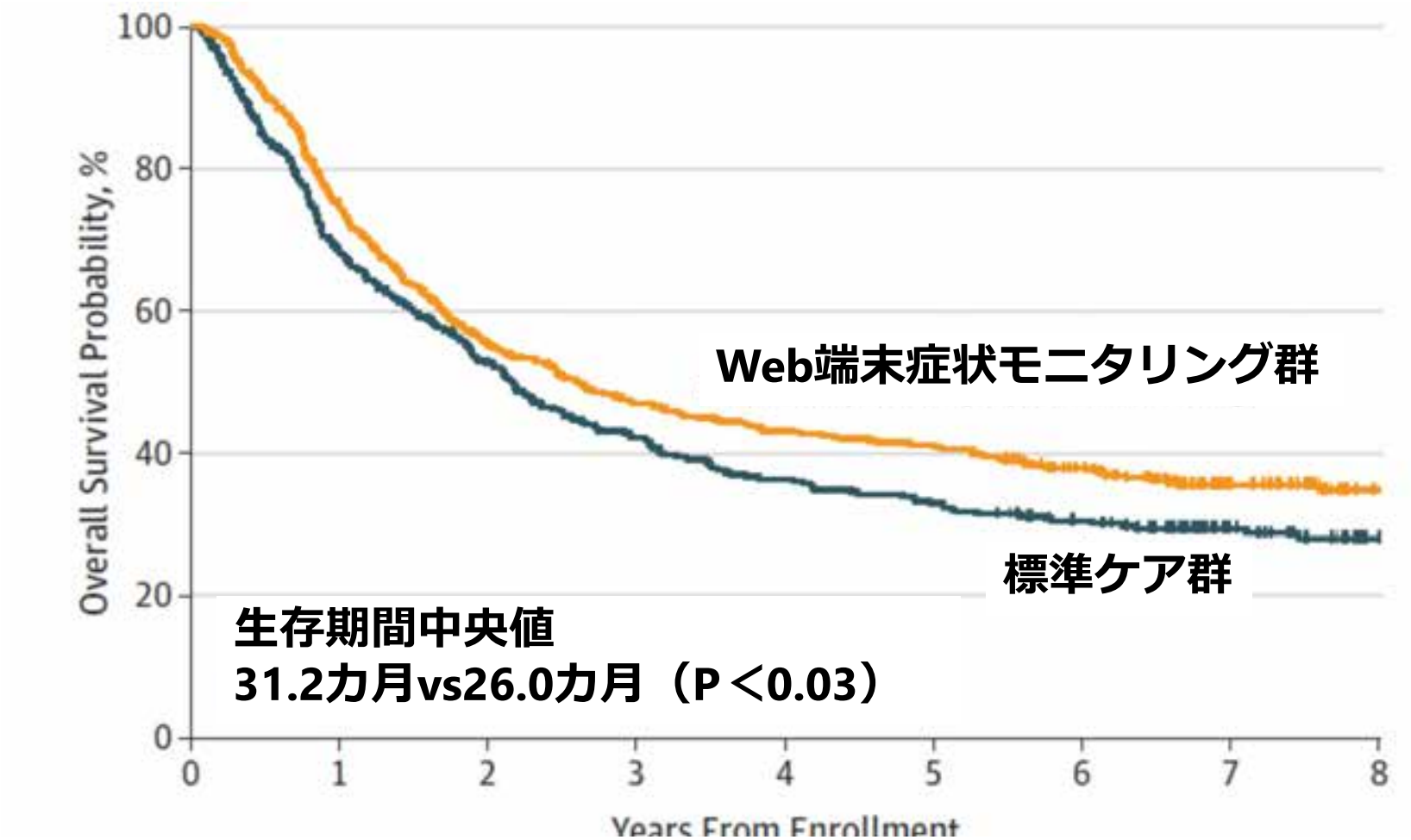
- 外来化学療法中の患者766人
- 介入はコンピューターに慣れている人はタブレットで12の症状を送信、慣れていない人は受診時に医師・看護師にレポートを渡す
- 症状が強いときは、自動アラートや電話で看護師が適宜対応
- QOLは向上、1年生存率は75% vs 69%（P=0.05）
- 救急受診、入院の回数が少なく、化学療法は長く受けられた
- コンピューターに慣れていない人のほうが効果があった

6か月後のQOL



Basch E, et al. JCO 2016. 34(6): 557-67.

Web端末による症状モニタリングと生存期間
ランダム化比較試験：７年間のフォローアップ



リクルート期間
2007-2011

Bash E, et al. JAMA.2017;318(2):197-8.

Web端末を用いた症状のモニタリング（フランス）
患者自己報告 vs 検査 のランダム化比較試験

進行肺がん患者133人、PS0-2

リクルート期間
2014年～2016年

介入群（モニタリング群）

- 体重、食欲不振、活力、痛み、咳、呼吸困難、抑うつ、発熱、顔面腫脹、皮膚の状態、嗄声、血痰の12症状を毎週Web端末から報告
- 患者が報告した症状は変化がわかるように表にして医師、看護師に送信
- 症状の変化などからあらかじめアルゴリズムで決められた病状の進行を示唆する電子メールアラートを医師に送信

対照群（標準ケア）

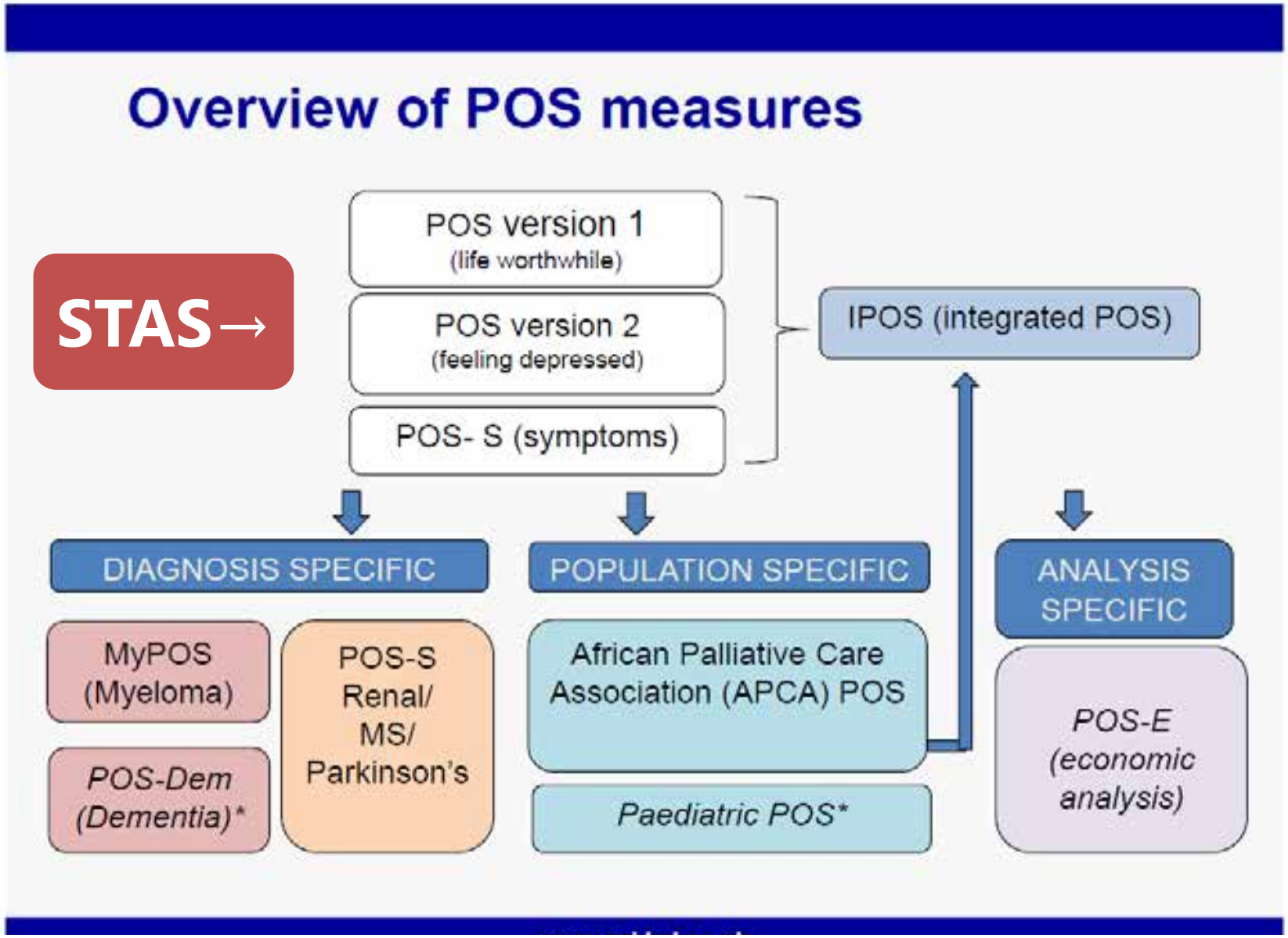
- 通常ケアではあるが、CTスキャンによる検査の頻度を介入群より多く設定
- 病状の進行の可能性がある症状がみられたら家庭医や治療医に連絡することを促す

Denis F, et al. J Natl Cancer Inst.2017;109(9):834-41.

POS/IPOS

- STASの後継版
- 医療者評価だけでなく、患者評価を重視
- がんに限らず、様々な疾患に対応
- 欧州を中心に国際的に普及

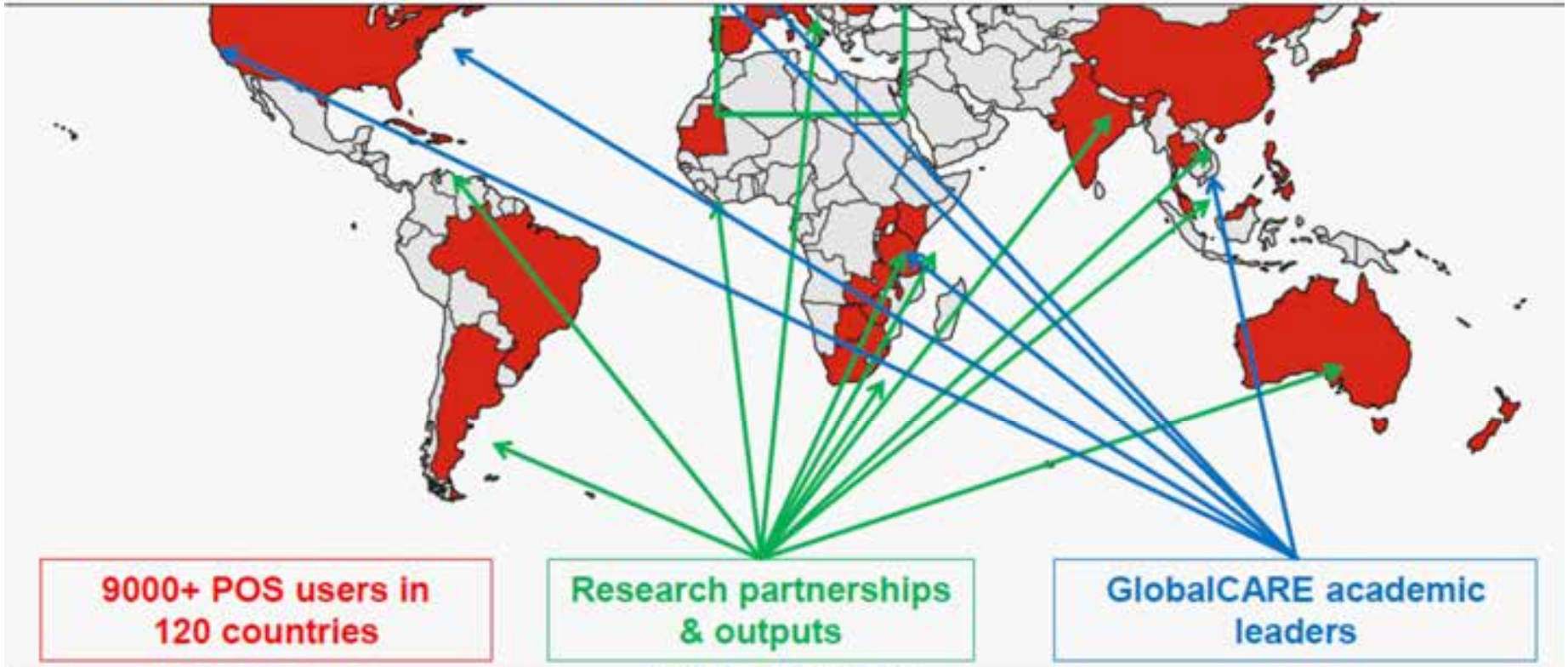
STAS→POS→IPOSへの発展



Global research & partnership activity

1. Embedding outcome measures for patient benefit

- Underpinning WHO Global evaluation in response to World Health Assembly
- African POS as a quality standard for the continent
- 1st paediatric scale emerges from African partnership
- African peace item imported to UK version for core Dept of Health dataset
- Site-specific quality improvement plans developed based on PCOM data
- 1st regional Academic dept opening: *Vietnam*

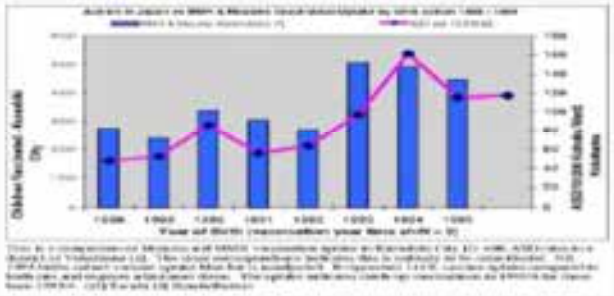


Uses of outcome measures

Research

Clinical

Audit



IPOS日本版

別紙２

IPOS 患者版

www.pos-pal.org

Q1. この３日間、主に大変だったことや気がかりは何でしたか？

1. ……
2. ……
3. ……

Q2.以下はあなたが経験したかもしれない症状のリストです。それぞれの症状について、この３日間、どれくらい生活に支障があったか最もよく表しているものに一つだけチェックしてください。

	全く支障はなかった	少しあった（気にならなかった）	中くらいあった（いくらか支障があった）	とてもあった（大きな支障が出た）	耐えられないくらいあった（他のことを考えられなかった）
痛み	0☐	1☐	2☐	3☐	4☐
息切れ（息苦しさ）	0☐	1☐	2☐	3☐	4☐
力や元気が出ない感じ（だるさ）	0☐	1☐	2☐	3☐	4☐
吐き気（吐きそうだった）	0☐	1☐	2☐	3☐	4☐
嘔吐（実際に吐いた）	0☐	1☐	2☐	3☐	4☐
食欲不振	0☐（通常の食欲）	1☐	2☐	3☐	4☐（食欲が全くない）
便秘	0☐	1☐	2☐	3☐	4☐
口の痛みや渇き	0☐	1☐	2☐	3☐	4☐
眠気	0☐	1☐	2☐	3☐	4☐
動きにくさ	0☐	1☐	2☐	3☐	4☐
上記以外の症状があれば記入し、この３日間、どれくらい生活に支障があったか一つだけチェックしてください。					
1.	0☐	1☐	2☐	3☐	4☐
2.	0☐	1☐	2☐	3☐	4☐
3.	0☐	1☐	2☐	3☐	4☐

この３日間についてお聞きします

	全くない	たまに	ときどき	たいてい	いつも
Q3. 病気や治療のことで不安や心配を感じていましたか？	0☐	1☐	2☐	3☐	4☐
Q4 家族や友人は、あなたのことで不安や心配を感じていた様子でしたか？	0☐	1☐	2☐	3☐	4☐
Q5 気分が落ち込むことはありましたか？	0☐	1☐	2☐	3☐	4☐
	いつも	たいてい	ときどき	たまに	全くない
Q6 気持ちは穏やかでいられましたか？	0☐	1☐	2☐	3☐	4☐
Q7 あなたの気持ちを家族や友人に十分に分かってもらえましたか？	0☐	1☐	2☐	3☐	4☐
Q8 治療や病気について、十分に説明がされましたか？	0☐	1☐	2☐	3☐	4☐
	全て対応されている／問題がない	大部分対応されている	一部対応されている	少しか対応されていない	全く対応されていない
Q9. 病気のために生じた、気がかりなことに対応してもらえましたか？（経済的なことや個人的なことなど）	0☐	1☐	2☐	3☐	4☐
	自分で	友人や家族に手伝ってもらって			スタッフに手伝ってもらって
Q10.どのようにしてこの質問表に答えましたか？	☐	☐			☐

この質問票について心配なことがあれば医師や看護師に伝えてください

がん研有明　櫻井先生

患者が最も問題に思っていることを尋ねる

Q1. この３日間、主に大変だったことや気がかりは何でしたか？

1. ……

2. ……

3. ……

身体症状

Q2.以下はあなたが経験したかもしれない症状のリストです。それぞれの症状について、この３日間、どれくらい生活に支障があったか最もよく表しているものに一つだけチェックしてください。

	全く支障はなかった	少しあった（気にならなかった）	中くらいあった（いくらか支障がでた）	とてもあった（大きな支障がでた）	耐えられないくらいあった（他のことを考えられなかった）
痛み	0☐	1☐	2☐	3☐	4☐
息切れ（息苦しさ）	0☐	1☐	2☐	3☐	4☐
力や元気が出ない感じ（だるさ）	0☐	1☐	2☐	3☐	4☐
吐き気（吐きそうだった）	0☐	1☐	2☐	3☐	4☐
嘔吐（実際に吐いた）	0☐	1☐	2☐	3☐	4☐
食欲不振	0☐（通常の食欲）	1☐	2☐	3☐	4☐（食欲が全くない）
便秘	0☐	1☐	2☐	3☐	4☐
口の痛みや渇き	0☐	1☐	2☐	3☐	4☐
眠気	0☐	1☐	2☐	3☐	4☐
動きにくさ	0☐	1☐	2☐	3☐	4☐
上記以外の症状があれば記入し、この３日間、どれくらい生活に支障があったか一つだけチェックしてください。					
1.＿＿＿＿＿＿＿＿	0☐	1☐	2☐	3☐	4☐
2.＿＿＿＿＿＿＿＿	0☐	1☐	2☐	3☐	4☐
3.＿＿＿＿＿＿＿＿	0☐	1☐	2☐	3☐	4☐

心理症状、不安・心配

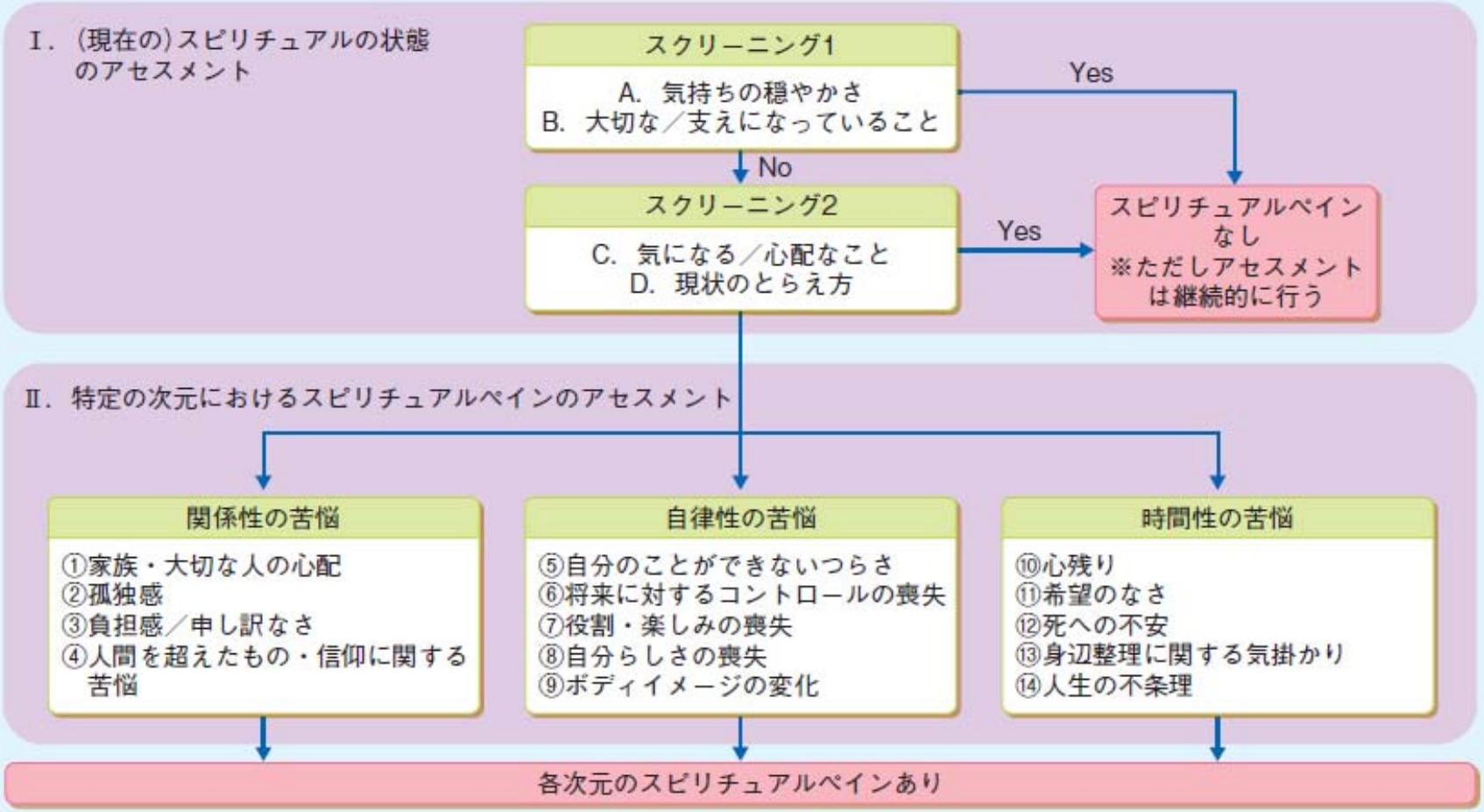
	全くなし	たまに	ときどき	たいてい	いつも
Q3. 病気や治療のことで不安や心配を感じていましたか？	0□	1□	2□	3□	4□
Q4.家族や友人は、あなたのことで不安や心配を感じていた様子でしたか？	0□	1□	2□	3□	4□
Q5.気分が落ち込むことはありましたか？	0□	1□	2□	3□	4□

スピリチュアリティ、関係性、説明

	いつも	たいてい	ときどき	たまに	全くなし
Q6.気持ちは穏やかでいられましたか？	0□	1□	2□	3□	4□
Q7.あなたの気持ちを家族や友人に十分に分かってもらえましたか？	0□	1□	2□	3□	4□
Q8.治療や病気について、十分に説明がされましたか？	0□	1□	2□	3□	4□

	全て対応されている／問題がない	大部分対応されている	一部対応されている	ほとんど対応されていない	全く対応されていない
Q9. 病気のために生じた、気がかりなことに対応してもらえましたか？（経済的なことや個人的なことなど）	0□	1□	2□	3□	4□

スピリチュアルペインのアセスメント
Spiritual Pain Assessment Sheet(SPiPas)



田村恵子ほか．“スピリチュアルペインのアセスメントとケア計画の立て方”．看護に活かすスピリチュアルケアの手引き．田村恵子ほか編．青海社，2012，p.30.

図5-4●Spiritual Pain Assessment Sheet：SpiPas

スピリチュアルペインアセスメント スクリーニング

表5-3●SpiPasのスクリーニングクエスチョン

■スクリーニング1
①「今のお気持ちは穏やかですか」 ②「○○さんにとって，今，最も大切なことや，支えになっていること／意味や価値を感じることは，どのようなことですか」
■スクリーニング2
③「○○さんが，今，気になっていることや心配していることはどのようなことですか」 ④「今のご自分の状況をどのように感じていますか／ご自分にどのようなことが起こっていると思いますか」

IPOS日本語版の特徴・利点

- STASの後継版なので、STASと同じように使える（名前が変わっただけ）。
- 0-4の5段階なので答えやすい。
- 身体面、心理的、社会面、スピリチュアルな面をすべて含んでおり、全人的なアセスメントができる。
- スタッフ版もあるので、自分で答えられない患者にも使える。
- 日本の標準的な尺度として研究などでも使用されていくだろう。

IPOS日本版のこれから

- 2018年から本格的に普及を開始
  - ホームページを作成
  - マニュアルを作成
- 日本版モジュールの開発
  - 認知症、小児、心不全、腎疾患・・
- STAS-JからIPOSへ移行をすすめる
  - がん看護指導管理料２の算定基準に追加申請

本日の内容

- クリニカルオーディットとSTAS-J
- PRO（患者報告アウトカム）とIPOS
- 英国のOACCプロジェクト
- 今後の日本における活用

OACCプロジェクト

- Outcome Assessment and Complexity Collaborative (OACC)
- 患者の自己報告データ（Patient Reported Outcome）のルチーンな測定によるクリニカル・オーディット
- Kingsで開発、100以上の英国ホスピスで利用
- キーとなるツール
  - IPOS
  - Phase of illness
  - AKPS

Hospice UKが推奨し、英国で普及

Phase of illness

1. 安定期

患者の問題や症状は確立されたケア計画によって適切にコントロールされている、かつ

- 症状コントロールや生活の質を維持するための今後の介入がすでに計画されている、かつ
- 家族/介護者の状況が比較的安定しており、新たな問題点はさしあたって見られない

2. 不安定期

ケア計画の迅速な見直しあるいは迅速な治療が以下の理由のため必要である

- 現行のケア計画では予期していなかった新たな問題が患者に生じた、または
- 患者のもともと抱えていた問題の程度が急激に悪化している、または
- 家族/介護者の置かれた状況が急に変化し、患者のケアに影響を及ぼしている

3. 増悪期

ケア計画は予期されたニーズに対処できているが、以下の理由のため定期的な見直しが必要である

- 患者の全般的な機能が低下してきている、かつ
- 既存の問題が次第に悪化してきている、または
- 患者は新しいが予期されていた問題を来している、または
- 家族/介護者のつらさが次第に悪化して患者ケアに影響を及ぼしている

4. 死亡直前期

死が数日以内に差し迫っている可能性が高い

5. 死別期 – 死後のサポート

- 患者が死亡した
- 家族/介護者に提供した死別サポートは、死亡した患者のカルテに記録される

EASED studyで使用されている日本語訳（聖隷三方原病院　森先生）

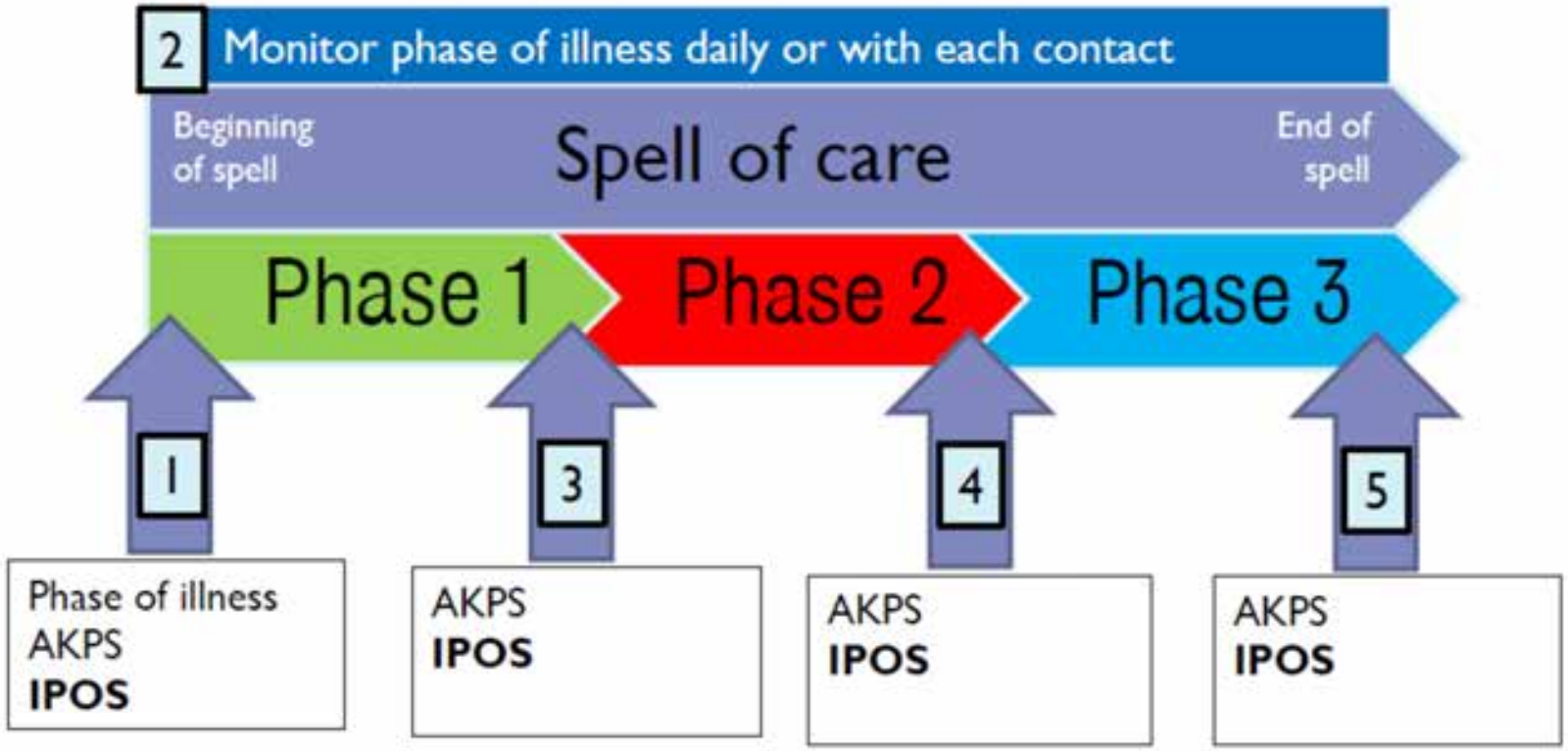
AKPS (Australian-modified Karnofsky PS)

正常の活動が可能。特別な看護が必要ない。	正常。臨床症状なし	100
	軽い臨床症状はあるが、正常活動可能	90
	かなり臨床症状あるが、努力して正常の活動可能	80
労働は不可能。自宅で生活できる。様々な程度の介助を必要とする。	自分自身の世話はできるが、正常の活動・労働は不可能	70
	自分に必要なことはできるが、ときどき介助が必要	60
	病状を考慮した看護および定期的な医療行為が必要	50
身の回りのことが自分でできない。施設・病院の看護と同等の看護を必要とする。疾患が急速に進行している。	動けず、適切な医療および看護が必要	40
	全く動けず、入院が必要だが死はさしせまっていない	30
	非常に重症、入院が必要で精力的な治療が必要	20
	死期が切迫している	10

EASED studyで使用されている日本語訳（聖隷三方原病院　森先生）

Timing of core measures

2 Phase of illnessを毎日チェック



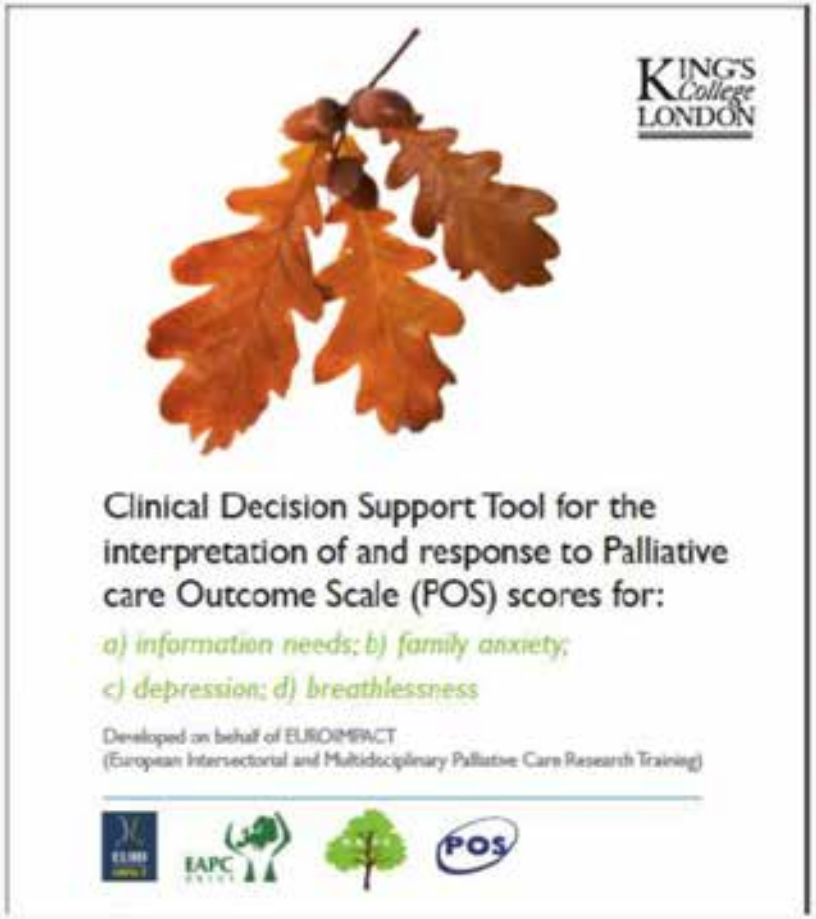
1 初回評価

3 Phase of illnessに変化があったらAKPSとIPOSをチェック

Individual Patient level data:

Assessment	Date 1 (06/05/15)	Date 2 (12/05/15)	Date 3 (15/05/15)	Date 4	Date 5
IPOS Pain	4	1	0		
IPOS SoB	0	1	0		
IPOS anxiety	3	1	4		
IPOS depressed	0	2	ND		
IPOS information needs	4	2	0		
AKPS					
Phase	Unstable	Stable	Dying		

Clinical Decision Support Tool



The electronic version of this article is the complete one and can be found online at: http://www.biomedcentral.com/1741-7015/13/263

POS question:

Please put a tick in the box to show how you feel the symptom 'Shortness of breath' has affected you and how you have been feeling over the past week.

Possible answer categories:

0. *Not at all – no effect*
1. *Slightly – but not be bothered to be rid of it*
2. *Moderately – limits some activity or concentration*
3. *Severely – activities or concentration markedly affected*
4. *Overwhelmingly – unable to think of anything else*

Slightly (1)

Recommendation	Evidence
Ensure treatment for any underlying causes is optimised.	D

Moderately (2)

Recommendation	Evidence
all aforementioned recommendations, plus:	
A physical examination and complete holistic history should be done – early on – to determine factors that likely have influenced the severity of symptoms.	C
Reversible causes of breathlessness should be treated if indicated/appropriate and the patient wants this. Examples include: heart failure, exacerbations of COPD, cardiac arrhythmias, anaemia, pleural or pericardial haemorrhage, bronchial infection, pulmonary embolism, superior vena cava syndrome, pleural effusion, pain, and depression.	C
Non-pharmacological evidence-based interventions should be used to treat breathlessness (if patient is able to participate).	A
The offer to use walking aids (following physical assessment).	B
Education and support around the pacing of daily tasks and encouraging physical activity, tailored to individual.	D
Education and support around breathing control/management techniques e.g. active cycle of breathing/pursed lip breathing, (taking patient preference into account).	B
Psychosocial support appropriate to situation, e.g. coping, goal-setting, distraction/relaxation, and meditation/mindfulness.	No available evidence
The use of a fan.	No available evidence
Pharmacological evidence-based interventions should be offered to treat breathlessness in conjunction with non-pharmacological interventions and carefully monitored**.	A

Severely (3)

Recommendation	Evidence
all aforementioned recommendations, plus	
all aforementioned recommendations, plus	
Opiods via oral (mouth) or parenteral (drip) route, using a sustained release (long-acting) low dose.	A
Provide oxygen for patients who are hypoxemic at rest or during minimal activity and after careful thought, assessment and individualisation.	C
Other medications might be useful as well as second-line drugs and could be tested in a therapeutic trial (within a patient); including benzodiazepine (especially if associated with anxiety/panic), promethazine, corticosteroids, steroids, bronchodilators and SSRI's.	No available evidence
Neuromuscular electrical stimulation (NMES – non-invasive therapy to improve peripheral muscle strength and exercise capacity which may impact favourably on breathlessness). **If patients cannot exercise themselves** (mainly in non-cancer settings, depending on cause)	A

Overwhelmingly (4)

Recommendation	Evidence
all aforementioned recommendations, plus	
all aforementioned recommendations, plus	
All aforementioned recommendations, plus	
Chest wall vibration (a non-invasive therapy which aims to stimulate respiratory muscles which may reduce breathlessness).	B

*Note that the quality of research evidence should be interpreted with caution. The provided research evidence indicates the nature of the research designs (or the ratings already assigned by different sources) which have assessed the studies in this field. Where the quality is low it implies that there have been few comparative studies, and that there is an absence of evidence either supporting or not supporting the approach. However, this does not indicate the strength of the recommendation.

**Please consult the following guidelines for more detailed information about recommended pharmacological interventions.

1) Wiseman et al 2013. Chronic refractory dyspnoea. Evidence based management. Australian Family Physician, 42:1, 137-140: http://www.racgp.org.au/afp/2013/march/chronic-refractory-dyspnoea/

2) Palliative Care Guidelines NHS Scotland: http://www.palliativecareguidelines.scot.nhs.uk/documents/breathlessness/pal.pdf

When breathlessness is strongly associated with anxiety, we would like to refer to the following guideline which provides in-depth guidance on how to respond to anxiety in palliative care: http://www.acam.mcw.edu/FIRMC/PainFactsIndex/PF_145.htm

***We would like to refer to the Cicely Saunders Institute's Breathlessness Intervention Service for resources on managing breathlessness: http://www.kcl.ac.uk/ism/research/divisions/cicelysaunders/research/symptoms/breathlessness.aspx

Information needs

Over the past 3 days, how much information have you and your family and friends been given?

Full information or as much as they wanted (0) + Information given but hard to understand (1)

Always assess patients' preferences for information, including the specific content and extent of information that is preferred (e.g. ask "are you the sort of person who likes to know everything about their disease"). Provided information should be based on these preferences (B)	**Conduct a 'cultural' assessment** (assess the cultural context), including the preferences for information disclosure and decision-making of an individual. Be aware that not all ethnic groups prefer to be directly informed of a life-threatening diagnosis; sometimes only the family wishes to be informed (or involved in decision making). Patients' and their families' wishes not to take part in decisions should be respected. (C)	**Relevant information must be provided – if possible – in a quiet, comfortable place with privacy and without interruptions.** (D)	**Provide – individually tailored - information honestly, sensitively, with margin for and balance with hope.** Hope comprises more than hope for a cure or life prolongation, but also includes focus on achieving something or the way that remaining time is spent. (D)	**Provide clear information and assess (in a caring way) the patient's understanding of** the illness and of the provided information (D)	**Verbal face-to-face information can be accompanied by other methods** such as written information (based on individual preferences). (B)	**Always show an empathic attitude.** Important behaviours include: a willingness to listen, the use of eye-contact, responses to (non)verbal cues and acknowledgement of the patient as an individual (D)

Information given on request but would have liked more (2) + Very little given and some questions were avoided (3) + None at all – when we wanted information (4)

All of above recommendations +

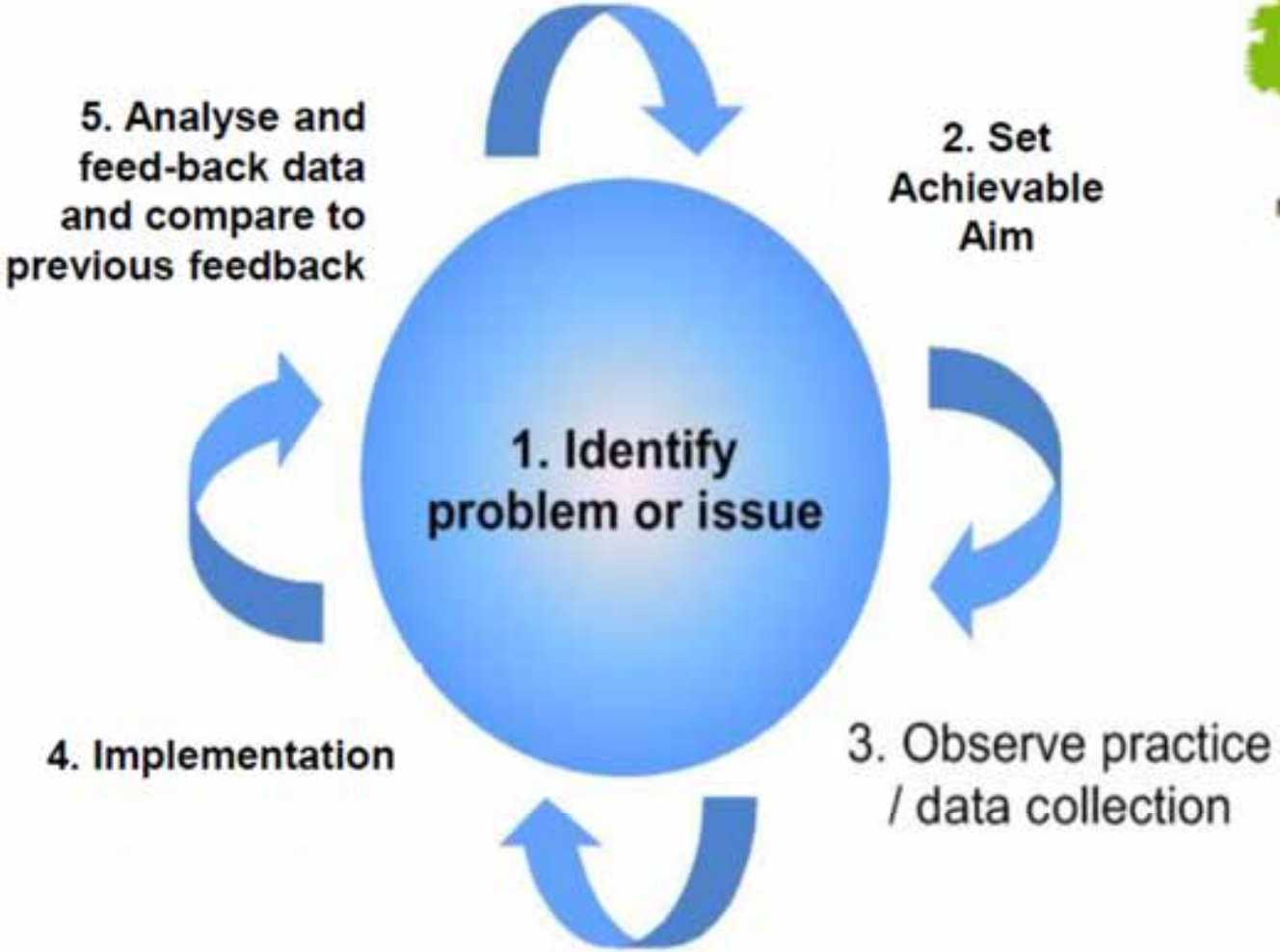
Offer, depending on resources, a care meeting with the patient, family (members should be agreed by patient) and health care providers to discuss the condition, course of illness, treatment options, individuals' preferences and plan. Care meetings can promote communication, trust, realistic hope, increase clinicians' knowledge of the patient and decrease stress by reviewing realistic goals.

(C)

*Note that the quality of research evidence should be interpreted with caution. The provided research evidence indicates the nature of the research designs (or the ratings already assigned by different sources) which have assessed the studies in this field. Where the quality is low it implies that there have been few comparative studies, and that there is an absence of evidence either supporting or not supporting the approach. However, this does not indicate the strength of the recommendation.

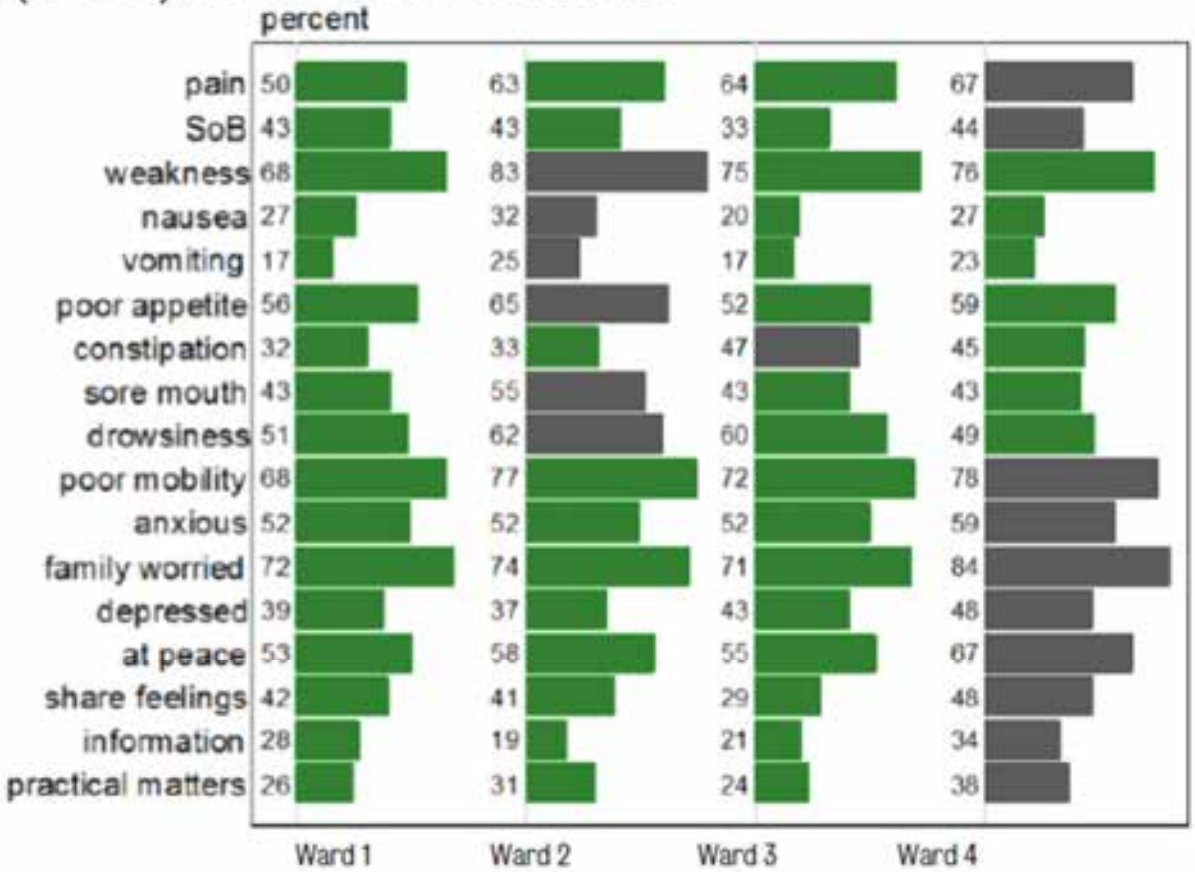
**We would like to refer to the Vitaltalk website for more resources about responding to patients' information needs and related communication issues http://www.vitaltalk.org/

Improving care – the feedback loop



Single measurement data: Complexity

Proportion of patients, by inpatient ward, with symptoms and problems – identified using the Integrated Palliative Care Outcome Scale (IPOS) at first assessment



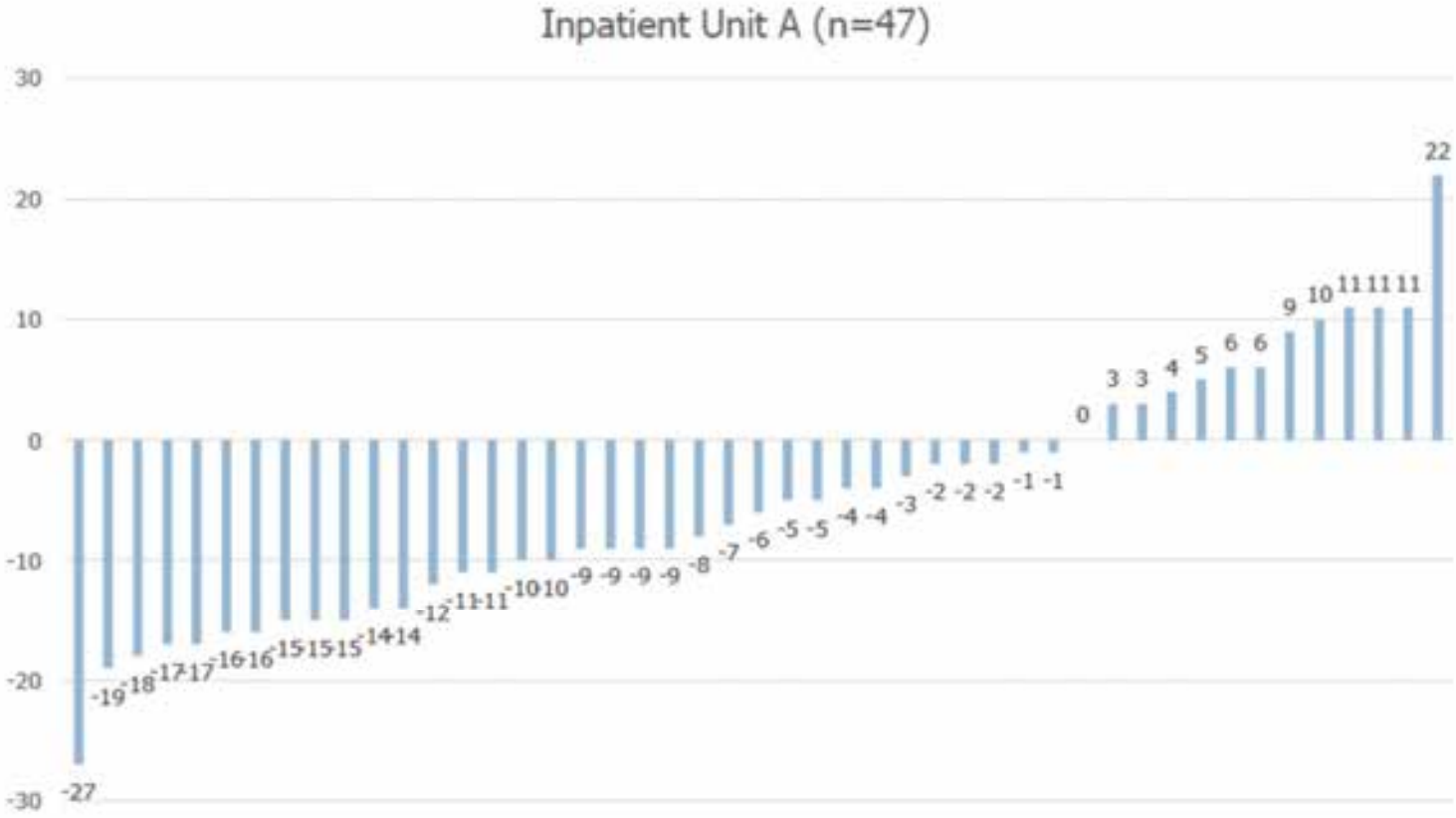
(Grey shaded bars represent the ward with highest %)

hospiceUK

OACC
Measuring outcomes to improve care

KING'S College LONDON

Individual change in total IPOS scores between first and second assessment

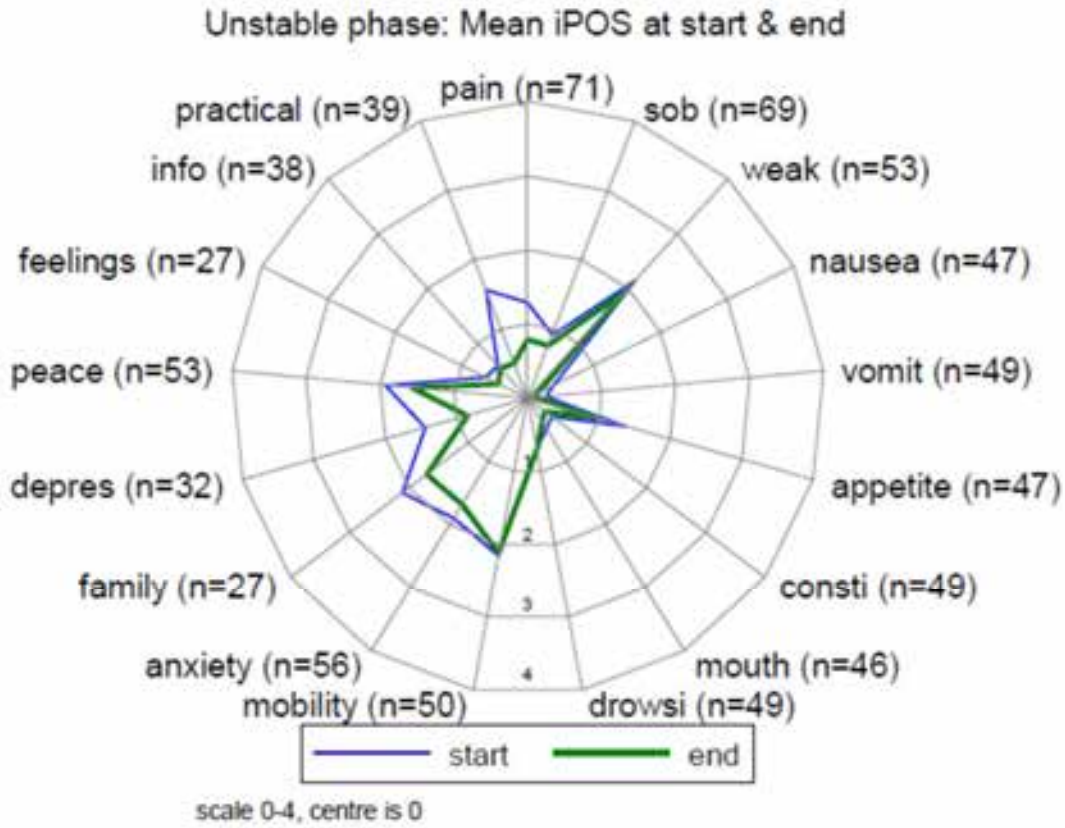


hospice UK

OACC
Measuring outcomes to improve care

KING'S College LONDON

Radar plot of average (mean) IPOS score for each item at start and end of unstable Phase



hospice UK

Heat map of phase level data

OACC
Measuring outcomes to improve care

KING'S College LONDON

欠損値

	Apr	May	Jun	Jul	Aug	Sep	Oct
Total n of phases	115	135	140	153	135	145	118
IPOS pain	12.2%	11.1%	12.9%	18.3%	15.6%	17.2%	8.5%
IPOS short breath	10.4%	11.1%	12.9%	17.6%	14.8%	16.6%	11.9%
IPOS weakness	13.9%	14.1%	18.6%	19.6%	17.0%	22.1%	14.4%
IPOS nausea	21.7%	20.7%	32.1%	30.7%	36.3%	32.4%	27.1%
IPOS vomiting	16.5%	20.7%	24.3%	20.9%	24.4%	26.9%	23.7%
IPOS appetite	27.0%	22.2%	27.1%	28.8%	40.0%	32.4%	28.0%
IPOS constipation	27.0%	20.0%	28.6%	28.1%	32.6%	32.4%	27.1%
IPOS mouth	11.3%	13.3%	14.3%	20.3%	19.3%	19.3%	15.3%
IPOS drowsiness	12.2%	14.1%	15.7%	19.6%	15.6%	17.9%	12.7%
IPOS mobility	14.8%	14.1%	17.1%	19.0%	20.7%	21.4%	16.9%
IPOS anxious	39.1%	34.8%	37.9%	40.5%	42.2%	41.4%	34.7%
IPOS family	53.9%	54.8%	54.3%	64.1%	65.2%	57.9%	46.6%
IPOS depressed	54.8%	48.9%	59.3%	62.1%	62.2%	55.2%	56.8%
IPOS peace	50.4%	43.7%	43.6%	46.4%	53.3%	44.8%	40.7%
IPOS feelings	54.8%	57.8%	51.4%	52.3%	60.7%	49.7%	44.9%
IPOS info	55.7%	56.3%	57.1%	51.6%	59.3%	52.4%	47.5%
IPOS practical	34.8%	29.6%	33.6%	32.7%	39.3%	33.8%	22.0%

hospice UK

OACC
Measuring outcomes to improve care

KING'S College LONDON

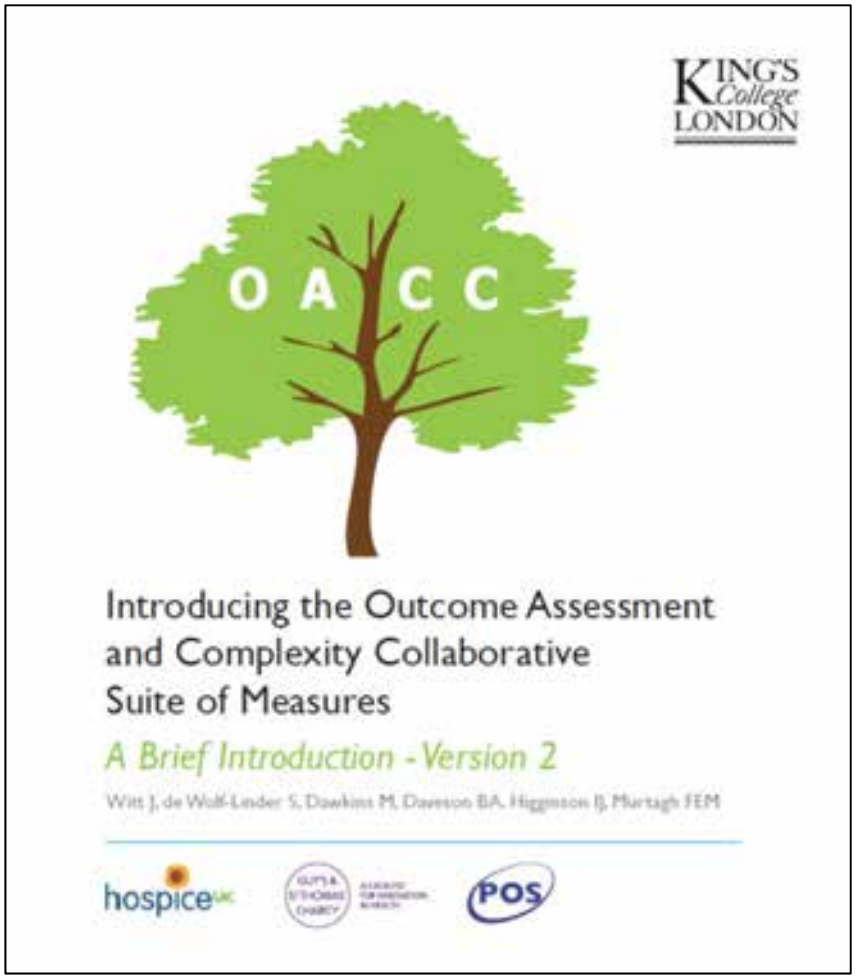
Missing data by phase within spell

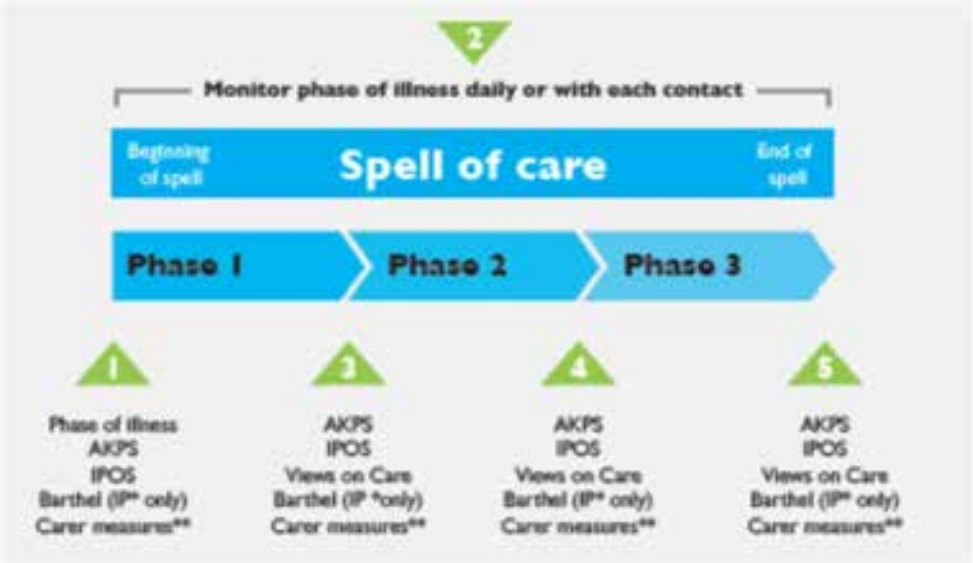
欠損値

全ての項目に答えなくてもいい

Phase number	1	2	3	4-7
n of phases	458	380	181	80
akps	0%	1%	1%	0%
ipos pain	12%	56%	67%	79%
ipos sob	12%	55%	67%	78%
ipos weak	12%	56%	71%	81%
ipos nausea	14%	56%	70%	80%
ipos vomit	12%	55%	68%	79%
ipos appetite	14%	58%	72%	81%
ipos constipation	14%	57%	69%	79%
ipos mouth	12%	55%	67%	78%
ipos drowsiness	12%	57%	71%	80%
ipos mobility	13%	57%	71%	80%
ipos anxious	25%	74%	81%	90%
ipos family	21%	67%	73%	83%
ipos depressed	25%	74%	82%	89%
ipos peace	26%	73%	80%	89%
ipos feelings	28%	75%	81%	91%
ipos information	27%	75%	81%	91%
ipos practical	27%	76%	82%	88%

OACCマニュアル Ver 2





Ver3が近々リリースされる予定だったが延期

OACCに対する私の疑問と英国からの回答

- 患者の負担、看護師の負担と抵抗
  - 最初は英国でも抵抗があった
  - 患者報告データを取らないのは医療者の傲慢だ
- 日本でどうやって普及・実践？
  - 教育は重要
  - ３施設うまく行けば、そのやり方でOK
- 電子カルテ
  - 現在の英国はスタンドアロン
- 今後の課題
  - ICTの利用とリアルタイムでの患者へのフィードバック

本日の内容

- クリニカルオーディットとSTAS-J
- PRO（患者報告アウトカム）とIPOS
- 英国のOACCプロジェクト
- 今後の日本における活用

日本の緩和ケアにおけるPRO研究

- ほとんど報告がない
- 実は20年前に一度やったことがあるが、あまりうまくいかず封印していた
  - 患者の負担、好み
  - 看護師の負担、好み

我が国の緩和ケア病棟における Clinical Auditの適用

ESAS（Edmonton Symptom Assessment System）
の試用から

症状アセスメント用紙

氏名＿＿＿＿＿＿　日時＿＿月＿＿日＿＿時

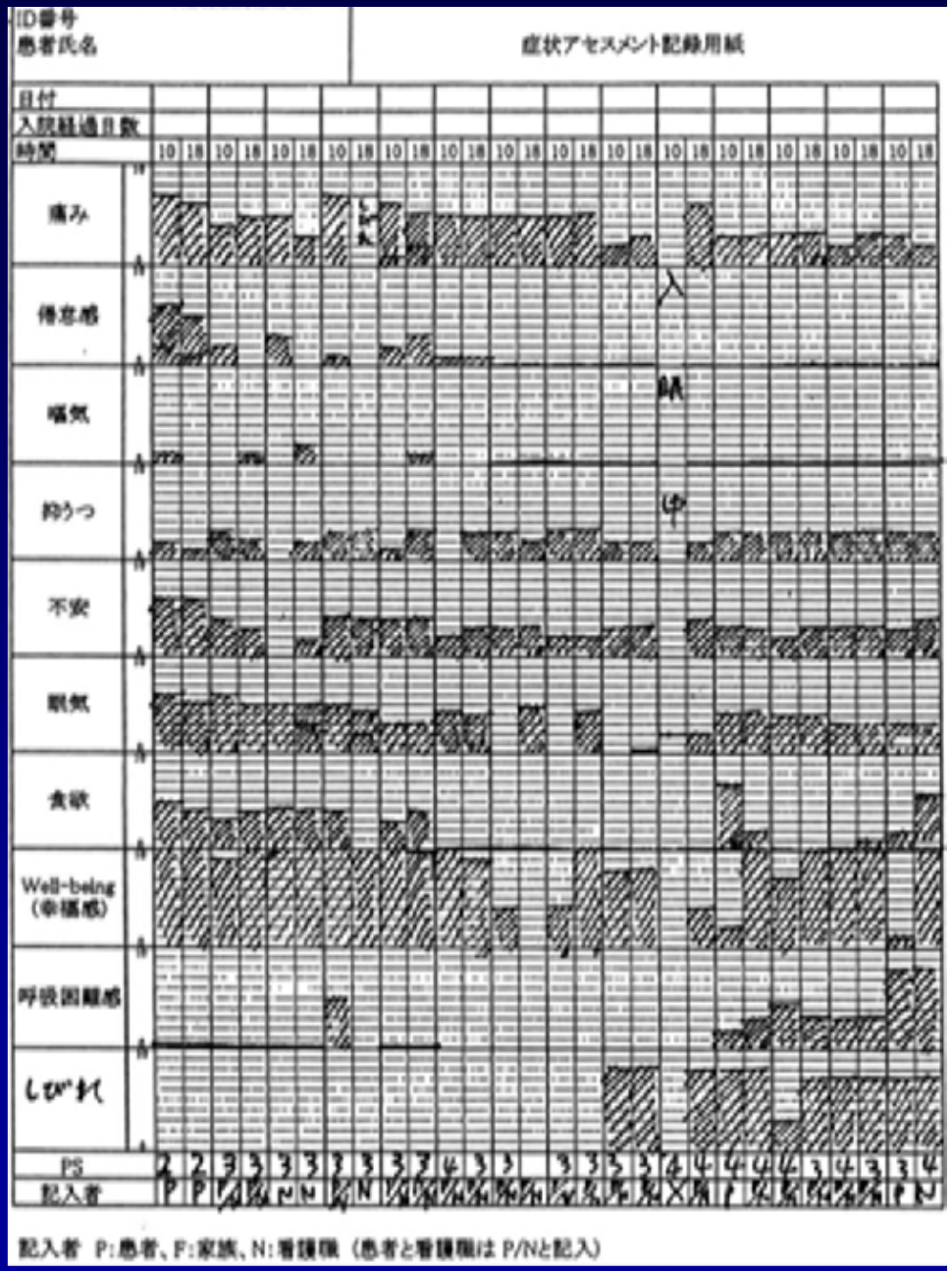
あなたの状態を最もよく表している程度を、線上にチェックしてください。

全く痛みがない	0 ― 10	非常に強い痛みがある
全くだるい感じがしない	0 ― 10	非常にだるい感じがする
全く吐き気がない	0 ― 10	非常に強い吐き気がある
全く落ち込んでない	0 ― 10	非常に落ち込んでいる
全く不安がない	0 ― 10	非常に不安がある
全く眠気はない	0 ― 10	非常に眠気がある
非常に食欲がある	0 ― 10	全然食欲がない
とても幸福だと感じられる	0 ― 10	全然幸福だと感じられない
息苦しさはない	0 ― 10	非常に強い息苦しさがある
	0 ― 10	

記入者
- ☐ 本人
- ☐ 家族
- ☐ 看護婦(　　)

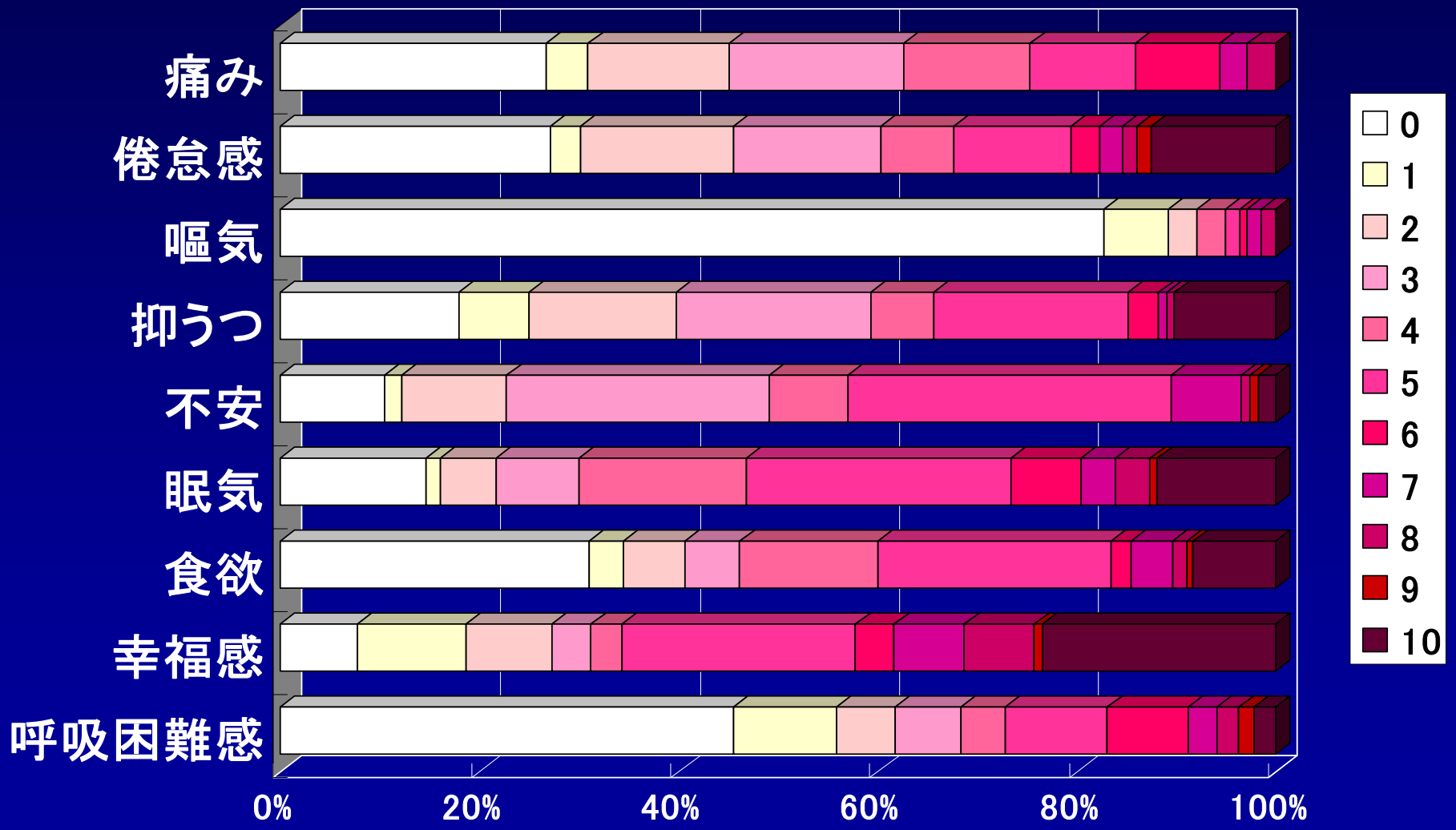
*看護婦記入欄

現在のPS ＿＿＿＿



記入者　P:患者、F:家族、N:看護職（患者と看護職はP/Nと記入）

結果 ESAS項目別集計



結果 欠損値の集計

	全体(%)	患者別欠損(%)									
		A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
痛み	19%	8	21	67	33	7	4	0	50	36	25
倦怠感	23%	12	25	92	33	7	11	0	67	18	38
嘔気	22%	31	11	75	33	7	11	0	50	27	25
抑うつ	26%	31	25	92	25	7	7	0	58	36	38
不安	27%	27	29	92	50	7	7	0	58	36	38
眠気	19%	23	11	92	0	7	4	0	58	27	25
食欲	18%	15	11	83	8	7	14	0	42	18	25
幸福感	27%	35	29	92	42	7	4	0	67	18	38
呼吸困難感	23%	15	14	92	50	7	7	0	58	36	38

結果 看護師アンケートの自由回答より

◆良いと感じる点

幅広く身体的･心理的状態を把握できる

自らのケアの振り返りのきっかけ

◆改善すべき点

幸福感など心理的項目

ⅰ.患者に尋ねることが心苦しい

ⅱ.測定の頻度（1日2回は多い）

日本でIPOS/OACCをどのように活用するか

- まずは医療者評価でSTASをIPOSに置き換えていくのがいいのではないか
- 患者評価は使用経験とノウハウの蓄積が必要
  - 緩和ケア外来
  - 緩和ケアチーム
  - 在宅緩和ケア
  - スクリーニング

私たちはSTAS-Jの経験でノウハウを持っている STAS-J導入成功のためのキーポイント

- 小規模に始める。
- 少人数の責任者を決めて、疑問点に対応。
- 意義を感じながら進める。
  - カンファレンスや多職種で共有
  - デスカンファなどで利用
  - 定期的な集計
  - 病棟の運営に反映
- 評価を脅威と感じないように。

日本の緩和ケア病棟にIPOSを導入するには？

- STASのときのノウハウを参考に、少数から始める/担当者を置く/カンファレンスで活用。
- 日本で患者評価が有用かは未知数。
  - 最初は医療者評価の方がいいかもしれない。
  - まずは臨床でツールを使い評価をするところから。
- 最初は項目数は絞ってもいいかもしれない。
- すでに導入に成功している施設の例を参考にする。

IPOS普及グループの活動

- いくつかの先行導入している施設で情報をシェア
- 日本にあった導入方法を検討

- 日本の臨床における評価ツールの使用状況を調査
- うまく導入できた施設/失敗した施設の状況を聞き取り

- マニュアルの改訂
- メーリングリスト

日本におけるIPOS/PRO/OACCの展望

ICT/電子カルテの活用

研究：臨床的な有用性

マニュアル、教育教材の作成

どうすれば負担なく、有効に活用できるかを検討

Phase of illness、AKPSのバリデーション？

数施設・いくつかのセッティングで使用経験を積む

ご関心がある施設は是非ご連絡下さい

IPOSの紹介

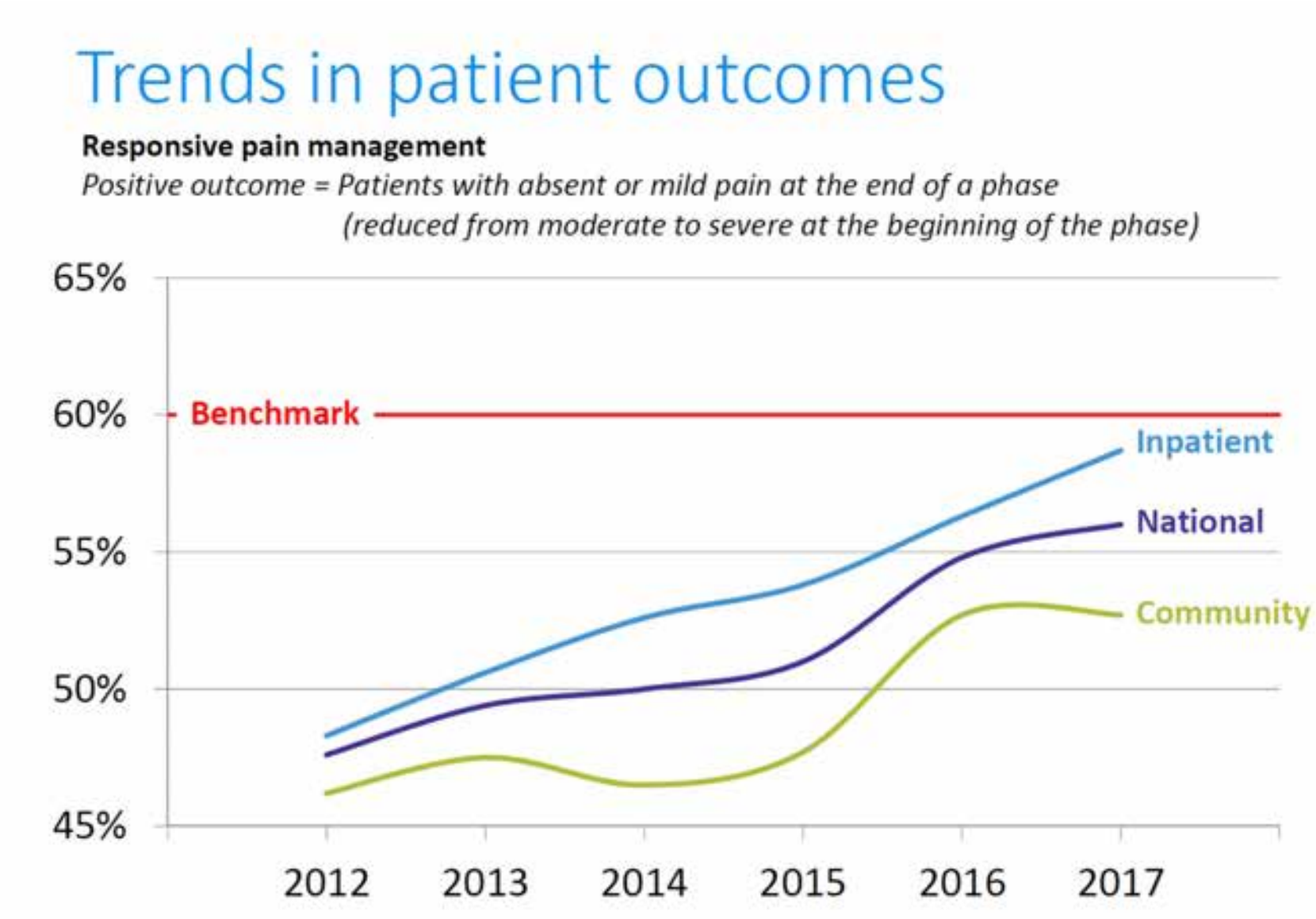
現状調査

臨床における評価ツールの使用状況を調査する予定です

日本緩和医療学会　緩和ケアの質評価WPG

- オーストラリアのPCOCの活動を参考にした、PRO（患者評価）による緩和ケアの質の評価方法の検討。
- 最初はPCTから。将来的にはPCU、在宅など。ベンチマーキング。
- 評価ツールでIPOSなどを使用予定で検討。
- 2019年度に可能ならパイロット。
- 課題
  - 現場の負担
  - 事務局の負担、財源
  - 電子カルテなどシステムとの連携
  - 患者報告データ（PRO）と患者・医療者の負担

オーストラリアPCOCのベンチマーキングの例
痛み（重度、中程度が軽度以下になった割合）



IPOS日本語版のWebサイト
http://plaza.umin.ac.jp/pos/

- IPOS評価用紙、マニュアルのダウンロード
- 各種の最新情報

IPOS（IPOS日本語版)のページ

IPOS (Integrated Palliative care Outcomes Scale) 日本語版および、使用マニュアルのダウンロードのためのページです。

最終更新日 *2018年11月20日*

目次

おしらせ
IPOSの概要
IPOS（STAS日本語版）
IPOS日本語版使用マニュアル
参考文献
リンク
過去の講習会記録
問い合わせ先

00001-51
Since *2019/7/3*

おしらせ

第43回日本死の臨床研究会（2019/11/3~4@神戸）で日本初のIPOSのワークショップを開催します。詳細は後日、本サイトにアップします。

IPOSの概要

IPOS(Integrated Palliative care Outcome Scale)はホスピス・緩和ケアにおける評価尺度の１つでSTAS(Support Team Assessment Schedule)の後継版です。主要項目として「身体症状」「不安や心配、抑うつ」「スピリチュアリティ」「患者と家族のコミュニケーション」「病状説明の十分さ」「経済的や個人的な気がかりに対する対応」から構成されており、症状だけでなく社会的側面、スピリチュアルな側面など緩和ケアにとって必要な全人的な評価を可能とします。

IPOSは原則として患者さんが評価するため（PRO: Patient-Reported Outcome）、より正確に患者さんの症状について評価することができます。また、患者さん自信で評価できない場合は医療スタッフが評価するIPOSスタッフ版もあります。

IPOSは現在、世界的に標準的な尺度として利用されています。STAS-Jはわが国では広く使われてきましたが、世界的には過去のものになっています。2019年にIPOS日本語が正式にリリースされましたので、私たちは日本におけるSTAS-Jの使用をIPOSに置き換えていこうと考えています。

詳細につきましては、本ページからダウンロードできるIPOS日本語版使用マニュアルをご参照ください。各項目の詳細な説明、日本語版の開発過程などが記載されています。また、IPOSについての詳細は下記のKing's College London, Cicely Saunders InstituteのPOSのHPをご参照ください。

IPOS日本語版をわが国でより活用していくために、ご意見などがありましたら以下の問い合わせ先までご連絡を頂けると幸いです。

東北大学大学院医学系研究科緩和ケア看護学分野
教授　宮下光令

IPOS（日本語版）のダウンロード

IPOSを紹介するワークショップ
11月4日（月・祝）11:00～

Take home message

- 日本でIPOSを臨床に導入していくことが有用か、どのように導入すればいいかは、まだわからない。
- もちろんツールはIPOSでなければいけないということはない。
- 我々は、これから経験を積み、日本にとっていい方法を探していく段階にある。
- 本日は、評価ツールの使用に関する経験や印象をシェアしたい。

予定

9：00-9：20　イントロダクション

　現場で緩和ケアの質の維持向上をどう考えるか

9：20-10：20　講義１

　IPOSを用いた緩和ケアの質の維持向上

10：20～10：30　休憩、グループワーク準備

10：30～10：50　講義２　IPOSの使用経験

10：50-11：20　グループワーク

11：20-11：55　全体で討論/意見交換

11：55-12：00　まとめ・挨拶

グループワーク

- あなたの施設では何らかの評価ツールを使用していますか？（痛みのスケールなども含む）
- それは医療者評価ですか？患者評価ですか？
- 評価ツールをどのように活用してますか？（カンファレンスや定期的な集計など）
- 評価ツールを使うことの利点はありますか？
- 以前は使用していたが、辞めたという施設はありますか？それはなぜですか？
- そのほか、感想など。