

第43回日本死の臨床研究会年次大会 ワークショップ4
STAS-J の後継版:IPOSを用いてケアの質を高める

IPOSを つけてみよう！

2019年11月4日（月）
東北大学大学院医学系研究科保健学専攻
緩和ケア看護学分野



本日の内容

- IPOS日本版について
- IPOSの使用方法について
- 仮想症例に対して、IPOSをつけてみる
 - IPOSスタッフ版（3日版）
 - スコアリングの解説



IPOS 日本版：患者版（3日版）

IPOS 患者版（3日版）

一つのボックスにつき、一文字ずつはっきりとお書きください。この回答は、あなたと他の患者さんのケアの向上のために役立てられます。ご協力ありがとうございます。

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 (気にならなかつた)	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 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
息切れ (息苦しさ)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
力や元気が出ない感じ (だるさ)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
吐き気 (吐きそうだった)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
嘔吐 (実際に吐いた)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
食欲不振 (通常の食欲)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/> (食欲が全くない)
便秘	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
口の痛みや濁き	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
眠気	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
動きにくさ	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
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 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
2. _____	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
3. _____	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

この3日間についてお聞きします

	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 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
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 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Q5. 気分が落ち込むことはありましたか？	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Q6. 気持ちは穏やかでいられましたか？	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
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 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Q8. 治療や病気について、十分に説明がされましたか？	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
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 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Q10. どのようにしてこの質問票に答えましたか？	自分 <input type="checkbox"/>	友人や家族に手伝ってもらって <input type="checkbox"/>	スタッフに手伝ってもらって <input type="checkbox"/>		

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。

患者が最も問題に思っていること、 気がかりを尋ねる

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？（7日版は、この7日間…と尋ねる）

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)	耐えられなく らいあった (他のことを考え れなかった)
痛み	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
息切れ (息苦しさ)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
力や元気が出ない感じ (だるさ)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
吐き気 (吐きそうだった)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
嘔吐 (実際に吐いた)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
食欲不振 (通常の食欲)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/> (食欲が全くない)
便秘	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
口の痛みや渴き	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
眠気	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
動きにくさ	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
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 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
2. _____	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
3. _____	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

症状により、**生活に支障があるほど**大きい数字にチェックされます。

心理症状、不安・心配

この3日間についてお聞きします

	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 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
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 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Q5. 気分が落ち込むことはありましたか？	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

家族は患者に最も近い介護者とします。
家族が複数いる場合、主たる介護者
について記入します。

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 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
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 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Q8. 治療や病気について、十分に説明がさ れましたか？	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

	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 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

	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票に答え ましたか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

IPOSを使用したスコアリングについて

■ 評価者について

- 患者版は患者が自分で記入するか、患者の発言を家族やスタッフが補助して記入する
- スタッフ版は、個人でも話し合って記入しても可

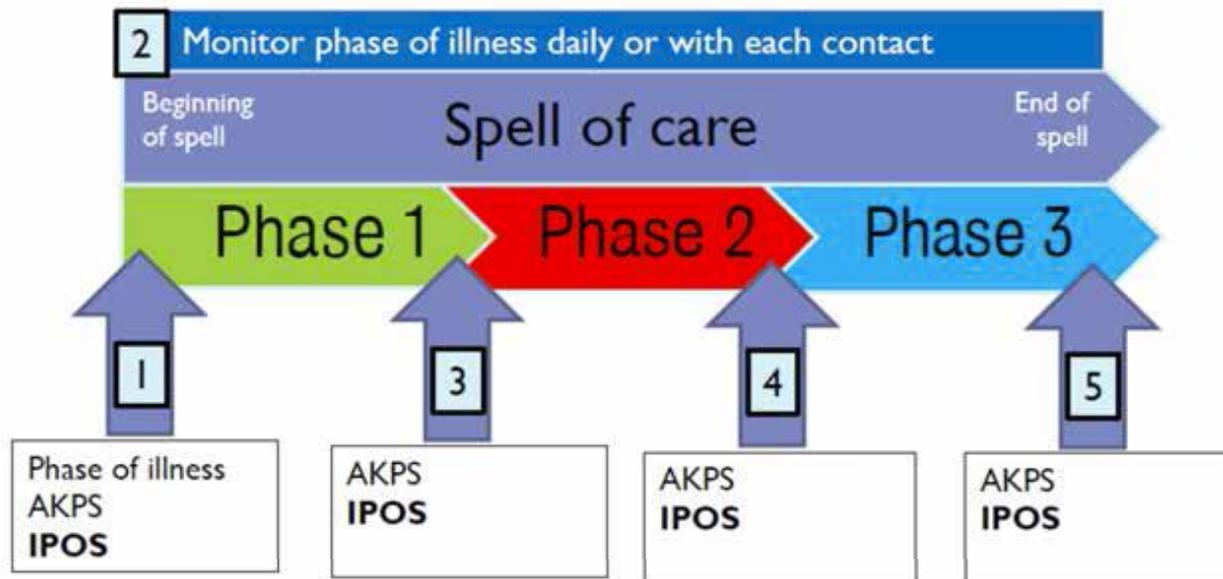
■ スコアリングについて

- 0～4の5段階評価で迷ったら数字の大きい方を選択
- 項目すべてが「0」になることが目的ではない
- 項目すべての合計スコアで判断するものではない
- 記入しにくい項目や判断が難しい場合は、無理せず「評価不能」としましょう



評価のタイミング

Timing of core measures



IPOSを
実際につけてみましょう

症例

【患者】 56歳 女性

【診断】 大腸がん（StageⅣ） 腹膜播種 肺転移 肝転移

【既往歴】 なし

【現病歴】 大腸がんの診断後、外来で化学療法を行っていた。

2週間前から腹部膨満感や食欲低下が著明となり、悪心が続くようになった。嘔吐と腹痛が強く、症状緩和目的で入院となる。身長160cm、体重44kg。

【生活歴】 夫（農家）、義父母と同居。結婚後、嫁ぎ先の農家を手伝ってきた。子供は3人いるが、それぞれ独立し近隣や遠方に在住。夫は外来通院中も送り迎えをするなど協力的。兄弟はおらず、両親は他界。近隣に住む子供は仕事のため夜に面会あり。

【入院後の患者の状況】

血圧106/60mmHg、脈拍90回/分、不整なし。SpO₂94%。
オピオイドの持続静脈注射、制吐剤の静脈注射を開始。
CVポートあり、絶食で輸液管理をしている。

本人と夫へは、予後不良で今後病気が進行していくこと、
化学療法中止し症状緩和目的となることが説明されている。
腹痛はNRSで2~4/10、レスキューの使用は4~5回/日。
悪心はあるが、現在嘔吐なし。両下肢浮腫軽度あり。

スタッフの予後予測は、PPIを使用し1ヶ月は厳しい状況。

患者が最も問題に思っていること、 気がかりを尋ねる

Q1. この3日間、患者さんにとって主に大変だったことや
気がかりは何でしたか？

1.
2.
3.



本人は、

「時々お腹が痛くて動けない時があるけれど、入院前よりいいです。むかむかするのは続いているけれど、吐かなくなりました。それより、体がだるくて思うように動けないのがつらいです。」と話した。

入院後、トイレ歩行以外はベッド上で臥床し過ごしている。
排便は3日に1回程度、下剤使用なし。
口の痛みや口渇なし。

身体症状をスコアリングしてみましょう

Q2. この3日間、以下の症状のそれぞれについて、患者さんはどれくらい**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 (いづらか支 障がでた)	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)	評価不能 (例:昏睡)
痛み	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
息切れ(息苦しさ)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
力や元気が出ない感じ(だ るさ)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
吐き気 (吐きそうだった)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
嘔吐 (実際に吐いた)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

本人は「私は長くないでしょうけど、最後は痛みなく逝きたい。覚悟はできています。でも、もう一度家に帰って整理したいことがあるの。それに、できるかわからないけど、家でご飯を作ったり、家事をしたいです。家は農家で今が一番忙しいから、家族がひと段落した1か月後を目途に家に帰りたいたいです。前より動けなくなってきたから、帰るまでに体力をつけないと。」と話す。

また、「だるい感じがして夜も良く眠れないの。ぐっすり眠りたいのに、どうにかならないかしら。」と訴える。

夫は、1日でも長く生きていてほしいと願っており、退院することで病状が悪化するのではないかと心配しているが、本人の希望に添って、1か月後の退院を考えている。

心理症状、不安、心配 をスコアリングしてみましょう

この3日間についてお聞きします

	全くなし	たまに	ときどき	たいてい	いつも	評価不能 (例:昏睡)
Q3. 患者さんは病気や治療のことで不安や心配を感じていましたか？	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q4. 患者さんの家族や友人は、患者さんのことで不安や心配を感じていた様子でしたか？	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q5. 患者さんは気分が落ち込むことはありましたか？	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

スピリチュアリティ、関係性、説明 をスコアリングしてみましょう

この3日間についてお聞きします

	いつも	たいてい	ときどき	たまに	全くなし	評価不能 (例:昏睡)
Q6.患者さんは気持ちが穏やか でいられましたか？	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q7.患者さんは気持ちを家族や 友人に十分に分かってもらえま したか？	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q8.患者さんは治療や病気につ いて、十分に説明がされました か？	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

IPOSをつけてみた
感想など、
お聞かせください

