

STAS-J を活用した症例報告

キーワード(STAS-J、緩和ケア、ターミナル)

○原田 侑子、清水 茜、龍野 恵理、糸山 美妃 福岡赤十字病院(西3階病棟)

I. はじめに

現在日本には、緩和ケア病棟が 170 施設以上ある。がんで亡くなる人が死亡者全体の 30%を超えた現在、緩和ケア病棟より一般病棟で緩和ケアを受ける人のほうが多いのが現状である。

西3階病棟では周術期看護と共に、終末期がん患者の緩和ケアも行っている。人生の終焉を迎えようとしている終末期の患者や家族は色々な問題を抱えており、その対処方法も一様でないことが多く、医療者も無力感を感じ、ジレンマを感じるが多い。そこでホスピス・緩和ケアを必要とする患者・家族に対し、医療専門職が自らのケアを評価し、改善していくための評価法 STAS-J を活用することで、客観的視点からの患者ケアの見直しになり、QOL 向上につながるのではないかと考え事例に取り組んだので報告する。

II. 用語の定義

STAS-J: the Japanese version of the Support Team Assessment Schedule : ホスピス・緩和ケアの評価尺度

緩和ケア: 生命に関わる疾病に直面している患者と家族の痛みやその他の身体的、心理社会的、スピリチュアルな問題を予防・評価・対応することによって QOL を向上させるアプローチ

ターミナル期: 現代医療において可能な集学的治療の効果が期待できず、積極的治療がむしろ不適切と考えられる状態で、生命予後が 6 カ月以内と考えられる段階

III. 事例紹介

患者: O 氏 70 歳代 男性

疾患名: 食道がん再発、骨転移

主訴: 疼痛、痰、全身倦怠感

家族構成: 妻・長男と同居、長女は結婚して遠方にいる。

<入院してからの経過>

1 週目: O 氏は以前より入退院を繰り返していた。デュロテップ MT パッチ 2.1mg を使用するようになり NRS スケールは 8 より 4 へ改善し、ほぼベッド上での生活であったものが座位可能となり、少量ではあるが嗜好品の摂取もできるようになった。また肺炎症状も改善傾向にあった。家族(妻・息子)の面会は少なかった。

2 週目: 肺炎症状の改善がみられ、NRS2~4 で疼痛コ

ントロールも図れていた。リハビリも導入し、ADL がアップしてきた。O 氏は在宅を希望していた。また家族は、「(今後の方針については)本人に任せている。」ということであった。

3 週目: デュロテップパッチとレスキュードーズのロピオンを使用することで NRS4~6 で疼痛コントロール出来ていた。それ以外の症状として、腹満感と便秘の訴えがあった。O 氏と相談しながら浣腸を行っていたが、あまり便が出ないことや下痢が頻回になることに苦痛を感じていた。家族間で介護保険についてパンフレットを見ながら話をしてしたが、申請について行動化はできていなかった。

4 週目: 在宅での準備として、介護保険の申請と訪問看護に関する情報提供がされたが、「頭の中を整理してみないと分からない。」との反応であった。妻より、「自分も体が丈夫でないからトイレの介助が心配」という表出があった。腹満感に関する訴えは減ったが、痰がからむという訴えがあり、自己喀痰ができずに吸引を行っていた。更に、時々辻褄が合わない言動が見られるようになった。

5 週目: デュロテップパッチとレスキュードーズのロピオンを使用することで、NRS4~6 で疼痛コントロール出来ていた。痰、腹満感の苦痛に対しては、希望に沿って吸引や浣腸で対応していた。O 氏の希望で 2 泊の予定で外泊を試みたが、倦怠感を主訴に 1 泊で帰院した。その後 O 氏も同席し、共同指導を行った。

IV. 看護の実際

1. 痛みのコントロール

O 氏は疼痛コントロールの目標を NRS 4 と希望していた。オキシコンチンよりデュロテップ MT パッチへ変更し、NRS スケール 8 から 4 へ改善できた。NRS を観察しながら、適宜デュロテップ MT パッチを増量していった。カンファレンスで心理的な痛みを身体的な痛みとして表出しているとの情報があり、症状観察時に見極める必要があると共有した。ADL もほぼベッド上での生活であったものが、トイレ歩行は自立していた。

2. 痛み以外の症状コントロール

2 週目頃より便秘・腹満感が気になっており、希望で浣腸を行った。しかし、それにより下痢をきたしている状況であったため、主治医に相談した結果、下剤の内服で排便コントロールを行っていくこととなった。

また、食事摂取量の低下や腹部レントゲンでは便貯留がないことから、浣腸は不要であることを説明した。その後1週間程度は腹満感に対する訴えは少なくなっていたが、一時的であり、5週目では再び浣腸を希望するようになり、希望に沿って対応した。また、4週目頃より痰が絡むという訴えがあり、全身衰弱により自己喀痰が十分にできず、希望を聞いて吸引や吸入を行った。

3.患者の不安

入院当初、O氏が病気に対してどのように受け止めているか、家に帰りたいという思いがあったが、今後の方向性については情報が不足していた。O氏の思いを傾聴し、「家のほうが自由がきく」という理由から在宅を希望していることが分かった。しかし入院が長期化し、全身倦怠感が持続していることもあり、「自分でもどうしたらよいのか分からない」という発言があった。O氏が希望し外泊を2泊の予定で行ったが、全身倦怠感があり1泊で帰院した。「家は無理、ここがいい。」というO氏の思いを傾聴し、同時に緩和ケア病棟の情報提供も行った。その後、パンフレットをみるなど、緩和ケア病棟への転院を考える様子がみられた。

4.家族の不安

家族の面会は少なかった。また口数も少ない家族であり、医療者側からの声かけに対しても反応が薄く、不安に対する情報も不足していた。そこで、家族に対し医療者側から積極的な関わりが必要であったため、看護師から電話をし、来院日の確認をして意図的に関わった。その中で、妻より「家で見るのは無理。2人で共倒れます。自殺も考えました。」という言動が聞かれた一方で、息子は「(外泊後)大丈夫でした。何も心配ないです。」という言動が聞かれ、妻と息子の間でも患者の状況に対する認識のずれがあることが判明した。

5.患者の病状認識

入院当初病名告知されていることは把握できていたが、転移の告知がされているか否かは不明であり、主治医に確認した。その結果、転移については告知しているが、予後については未告知であることが分かった。「在宅がいい」という思いや、「ここにいたい」という様々な思いが混在しており、「緩和ケアは終わり頃でしょうね。」という反応があった。しかし全身倦怠感も強くなる中で、緩和ケアへの転院の意思もみられるようになった。

6.家族の病状認識

家族に対して病状の説明は適宜行われていたが、家族の認識については不明であった。面会を通して情報収集を行った結果、息子から「あと半年位ですかね。」と淡々とした表出があった。しかしそれ以降、面会が少ないため、情報を得ようと電話で連絡していたが、連絡が取れないことも多かった。そのため、家族の予

後の対する認識を評価するには情報不足が続いた。

7.患者と家族とのコミュニケーション

面会が少なく、O氏と家族がコミュニケーションをとっている姿はあまり見かけなかった。息子は常に「本人に任せています。」と言い、転院や在宅などの意思決定はO氏に任せていた。従来この家族の意思決定は全てO氏が行っていた。しかし、病状の悪化と共にO氏の判断力が低下し、意思決定が困難になった。そのような状況でも、今後の方針に関してO氏と家族が話し合う様子は殆ど見られず、医療者から息子をキーパーソンとしてアプローチしていった。共同指導を行った結果、現実問題として、トイレ介助や食事に関して妻の不安が強く、O氏が希望している在宅ケアは難しいことが分かった。そこでO氏の希望に沿い外泊、外出を行いつつ、緩和ケア病棟への転院という方向性を見出すことが出来た。

8.職種間のコミュニケーション

O氏は入退院を繰り返しており、入院当初よりカンファレンスで医師・看護師間での情報共有を行い、多職種での関わりが必要と判断し、緩和ケアチームへ介入を依頼した。また薬剤師、栄養士、言語療法士に介入を依頼し、O氏のQOL向上を目指した。O氏はオキシコンチンでQOLが低下したと認識していた為、薬剤師にオピオイドについての説明を依頼し、早期より疼痛に対して対応した。また、栄養士に直接関わってもらい、食に対するニーズを把握し対応した。そして、プライマリー看護師を中心に週1回カンファレンスを行い、スタッフ全体STAS-Jを用いた情報共有を行った。面会が不定期に行われており、不足情報はスタッフも意図的に取れるような体制とした。

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

入退院を繰り返しており経過も長かった為、O氏とスタッフとの信頼関係は築けていた。家族が自ら医療スタッフへ情報を求めることは少なかったが、息子が代理意思決定しやすいよう、看護者が捉えた意識が清明な時のO氏の意味を家族に情報提供した。

表1.STAS-Jスコアリングの経過

	1週目	2週目	3週目	4週目	5週目
1	2	2	2	1	1
2	3	3	3	2	2
3	7	1	1	2	2
4	7	7	7	2	2
5	7	2	2	7	7
6	2	7	7	7	7
7	7	7	2	3	1
8	2	1	1	1	1
9	1	1	1	1	1

V. 考察

緩和ケアの目標は、患者・家族の全人的な苦痛の緩和であり、その苦痛は身体的なものだけではなく、家族との関係なども含まれるべきと考えられている。今回、ターミナル前期と考える患者のアセスメントツールとして STAS-J を使用した。緩和ケアにおいては、質的評価が困難であるとの意見も多い。志真らは、

「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である。この評価表を使いこなすことによって、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る。」¹⁾と述べている。これまで偏った視点で O 氏をとらえている部分もあり、週 1 回のカンファレンスで、STAS-J の項目に沿って情報交換・共有を行うことで、多角的に患者・家族を捉えることができた。また問題点を明確にすることができ、継続的な情報収集の視点としても活用できた。項目 8 ではスコアが 2 から 1 へと変化したのは、STAS-J を用いることから情報の共有が迅速になったと評価する。

ターミナル期患者の 8 割以上に「がん性疼痛」があると言われており、その他にも、全身倦怠感、食欲不振、腹部膨満など、複数の不快な症状が出現する。これら不快な身体症状により日常生活動作に支障が生じ、時には死を予期してしまうため、身体的症状のコントロールは重要である。O 氏と共に目標を設定したことで、希望に沿った疼痛コントロールを行うことができ、項目 1 のスコアも 2 から 1 へと改善できた。また、項目 2 では腹満感についても医学的所見を合わせて説明したことで納得している時期もあったが、症状が改善しないことへの苦痛のほうが大きく、本人のニーズに合わせて対応できた。

ターミナル期の患者の内面には、病状に対する不安、死への恐怖、役割を遂行できない葛藤・不安、自分のことを理解してもらえない憤りや孤独感など、様々なことが精神的苦痛となっている。項目 3 においても患者の不安の変化が STAS-J を用いることで捉えやすかった。

項目 4 について外泊を機械にスコアが 7 から 2 になっているように、外泊後の反応を捉えることで家族の現実的問題や不安の理解が進んだと考えられる。家族ケアを行う際、恒藤らは「目の前にいる家族の苦悩・悲しみや希望・喜びに共感できてはじめて、家族の抱える問題の状況を客観的に認識して、支援の方法を導き出すことができる。そのために私たちは、自分自身の家族や物事に対する価値観について吟味し、自分の判断の仕方の傾向を知り、謙虚な気持ちで家族と対峙する姿勢を持ち続ける必要がある。」³⁾と述べている。家族の面会が少なく、家族の不安が捉えにくかったが、早期からこのような家族ケアの視点を持って関わるこ

との重要性を感じた。

また、病状の悪化により家族役割の変化が求められた。項目 7 としては、O 氏と家族間で率直なコミュニケーションができていると捉えることはできなかった。しかし、共同指導で息子と妻の考えを言語化したことで、O 氏と家族のお互いの感情を知る機会となったと思われる。

恒藤らは、「意思決定能力が保たれている段階では患者の意思を確認することができるが、そうでなくなった場合にだれが代理意思決定をするのか、できるだけ患者と家族とともに話し合っておくことが必要である。」²⁾と言っている。項目 9 の中で看護師は代理意思決定者を息子と捉えて関わったが、将来を予測して事前に O 氏や家族にそのことについて確認しておく必要があった。

VI. 結論

- ① 緩和ケアにおいて、看護師は特に患者と家族の状況を客観的視点で様々な角度から捉えることが重要であり、そのために STAS-J を活用することは有効である。
- ② STAS-J を活用することで、患者・家族の経過が捉えやすく、タイムリーな変化が捉えられる。
- ③ STAS-J を活用しアセスメントすることで、必要な情報が明確となり、継続的に関われる。

VII. おわりに

今回初めて STAS-J を活用しケアを行ったが、患者を多方面から捉えることができ、問題意識を持ってより深く関わることができた。また、今回事例をまとめたことで、緩和ケアに対する課題を抽出することができたので、STAS-J の継続的な活用をし、患者・家族の更なる QOL 向上を目指していきたい。

VIII. 文献

引用文献

- 1) URL:<http://plaza.umin.ac.jp/~stas/>
- 2) 恒藤 暁: 系統看護学講座別巻 10、緩和ケア、p259、医学書院、2007
- 3) 恒藤 暁: 系統看護学講座別巻 10、緩和ケア、p245、医学書院、2007

参考文献

- 1) 濱口 恵子他編: 一般病棟でできる! がん患者の看取りのケア、日本看護協会出版会、2008
- 2) ナーシング・トゥデイ編集部: 一般病棟でできる! 終末期がん患者の緩和ケア、日本看護協会出版会、2006
- 3) 佐藤 禮子: 絵でみるターミナルケア、学研、2007

STAS-J (参考資料)

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＝中等度の痛み。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である。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

0＝なし

1＝時折の、または断続的な単一または複雑の症状があるが、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痛みである。

2＝中等度の症状。時に調子の悪い日もある。症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兆候が見られる。

3＝しばしば不安に襲われる。身体面や行動面にその兆候が見られる。物事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

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＝中等度の症状。時に調子の悪い日もある。症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。

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もてない。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ヶ月しかないときに、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もてない。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ヶ月しかないときに、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。

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

3＝現状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ている。

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漏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日以上送れて伝達される。

3＝重要な変更が数日から1週間遅れで伝達される。

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。

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＝情報は提供されるが、十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。

☆ 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り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

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