報告

緩和ケア病棟における緩和ケアの質評価ツール STAS-J導入に対するコア看護師の認識

宮城千秋[1)]　神里みどり[1)]

要　約

【目的】本研究は、緩和ケア病棟における緩和ケアの質評価ツールSupport Team Assessment Schedule 日本語版(STAS-J)の導入に対するコア看護師の認識を明らかにすることを目的としている。
【方法】調査対象はA緩和ケア病棟のSTAS-Jの導入の推進者であるコア（中心）となる看護師7名である。STAS-J学習会の参与観察法と面接法を用いてデータを収集し、質的に分析を行った。
【結果】コア看護師は学習会を通じて、STAS-Jを理解し、デスケースやショートカンファレンスにSTAS-Jを活用していった。STAS-J導入に対するコア看護師の認識は、【ケアの質を考える共通のツール】【カンファレンスにおける情報共有とチームアプローチ】【コミュニケーションを介した患者・家族、医療者との関係の保持】【緩和ケアの基本に立ち返るケア行動】【STAS-Jに関する教育の必要性】という5つのカテゴリーが見出された。
【結論】コア看護師は、STAS-Jを学ぶことで、緩和ケアの基本的なアセスメントが可能になり、傾聴や寄り添うことの大切さを認識していた。さらに、STAS-Jの項目を活かし、コミュニケーションを意識したケアを実践していた。STAS-Jの導入において、コア看護師を中心とした学習会を行うことは有用であり、事例検討を重ねながら、それぞれの看護師に応じた教育とサポート体制を行う必要がある。

キーワード：Support Team Assessment Schedule 日本語版(STAS-J)、緩和ケア病棟、看護師の認識

Ⅰ．はじめに

緩和ケアの質は常に評価され、ケアの効果を保証するものでなければならない。STAS（Support Team Assessment Schedule）は、英国のHigginsonによって開発されたホスピス・緩和ケアの代理評価尺度[1)]で、患者に負担を与えないという利点がある。わが国においては、医療者がケアを評価する用具として、適切で妥当性の保証がされたものがなかったため、2004年にSTAS日本語版（以下、STAS-J）が作成された[2)]。近年、臨床現場においてはSTAS-Jの普及が進み、患者・家族の病状把握、コミュニケーションの評価によるチーム医療の推進の効果が期待されている[3)]。一方、上司からの押しつけなどでスタッフがあまり納得しないまま、STAS-Jを導入した場合、評価することが目的化してしまい、ケアの向上に繋がらないとも言われている[4)]。

STAS-Jに関する研究には、がん告知がケアの質の向上に重要であるとするエビデンスの報告[5)]、緩和ケアチームの介入効果[6)]、緩和ケア病棟におけるSTAS-Jを用いた定期的な自己評価[7)]などがあるが、これらの結果は医師や多職種チームを中心とした導入の成果に焦点が当てられている。中島[8)]は、STAS-J導入時のキーポイントについて、「まずは小規模メンバーから」「限られた業務量の中で対象を限定して行う」などを挙げている。STAS-Jのマニュアル[9)]では、コアとなる看護師がまずトレーニングすることを勧めている。しかし、STAS-Jを理解するための学習方法やコアとなる看護師がSTAS-Jを導入していく過程でどのような認識がみられるのかについて研究されたものは少ない。

そこで、本研究は、緩和ケア病棟におけるSTAS-Jの学習会を通して、コア看護師のSTAS-Jに対する認識を明らかにし、今後のSTAS-J導入のあり方および効果的な活用のための示唆を得ることを目的とした。

Ⅱ．研究方法

１．STAS-Jの概要

医師、看護師の支援チームで行う緩和ケアの評価尺度の一つである[9)]。STAS-Jは、「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」の9項目から構成されている。各項目は0～4の5段階からなり、各段階の説明文をみて最も近いものを選ぶようになっている。また、0は問題

1) 沖縄県立看護大学

が小さいこと、4は問題が大きいことを意味する。STAS-Jは、オーディットツールとして、十分な信頼性と妥当性が確保されている[2)]。STAS-Jは、患者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するため、終末期で全身状態が悪い患者にも使用可能である。

2．研究対象者

対象者は開設して1年目のA緩和ケア病棟で、STAS-J学習会に参加したコア看護師7名であった。ここでは、7名の看護師がコア（中心）となってSTAS-Jの理解を深め、コア看護師からスタッフへSTAS-Jの使用に関する相談や教育を行う役割があった。コア看護師は、A緩和ケア病棟17名の中から、病棟師長の推薦により選出された。また,緩和ケア病棟開設前の準備班のメンバーでもあった。

3．研究方法

データ収集は、STAS-J学習会の参与観察とSTAS-J導入に対する個人インタビューを1回行った。調査期間は2007年5〜10月であった。

1）STAS-J学習会の参与観察

STAS-J学習会は週1回、勤務終了後の1時間、コア看護師と研究者とで実施した。コア看護師1名がファシリテーターとして学習会を進め、研究者はオブザーバーの立場で参加し、毎回の議事録を作成した。また、学習会の発言内容は、参加者の許可を得て録音した。

2）STAS-J導入に対する個人インタビュー

計15回の学習会終了後に30〜60分の個人面接を1回実施した。面接はプライバシーの確保できる個室で行い、同意を得てテープレコーダーに録音し、逐語録を作成した。質問項目は、①STAS-J学習会に参加した感想、②STAS-Jについて役立つと思うことや難しい点、③STAS-J導入によるカンファレンスや看護ケアについての認識である。

4．分析方法

STAS-J学習会の参与観察から、毎回の学習会の現状と問題点、それに対するコア看護師の取り組みをまとめた。毎回の学習会を参与観察した理由は、コア看護師のSTAS-Jに対する認識の変化をみるためである。

個人インタビューから得られた質的データは、次の手順で質的帰納的に分析した。まず、テープから、対象者ごとに逐語録を作成した。逐語録を精読し、対象者のSTAS-J導入に対するコア看護師の認識を抽出してデータとした。データの意味や内容を読み取りながら、1つのまとまりごとにコード化した。さらに、意味内容が類似する言葉を集約してカテゴリー化した。分析過程において、質的研究の専門家によるスーパーバイズを受け、分析結果の真実性・妥当性を確保するように努めた。

5．倫理的配慮

対象者に研究の概略、研究への参加は自由であり、研究結果の公表についてはプライバシーの保護を厳守することを書面と口頭で説明を行い、文書で承諾を得た。研究者は、外部者なので、施設長および対象者の許可を得てから毎回の学習会に参加し、研究で収集された患者の情報は個人を特定できないように情報の保護に努めた。本研究は沖縄県立看護大学研究倫理審査委員会で承認を得て実施した。

Ⅲ．結果

1．対象者の背景

対象者は、病棟師長、主任看護師、病棟看護師5名の計7名である。平均年齢42.6±10.0歳、平均看護師経験年数17.9±10.7年、緩和ケア病棟勤務年数は全員が1.5年であった。本研究に協力する緩和ケア病棟（開設して1年目）はこれからツールを導入し、取り組もうとしている病棟であり、STAS-Jの使用経験はコア看護師の全員が無かった。

2．STAS-J学習会のプロセス

STAS-J学習会は計15回開催され、そのうち第10〜15回はSTAS-J評価を行った。1回の学習会は1時間で、知識の習得に関しては、STAS-Jマニュアル第2版[9)]を用いてグループディスカッションを行い、STAS-J評価はデスケース、実際の患者について行った。STAS-J学習会は、1）マニュアル・仮想症例の演習、2）言葉の意味、3）デスケース・振り返り、4）実際のケースのSTAS-Jの評価、5）全体の取り組み（スタッフによるSTAS-Jを使用したカンファレンス）の5段階を経た。これら学習会のプロセスに照らし、毎回の学習会のテーマ、内容および問題、コア看護師の取り組みを示した（表1）。

1）マニュアル・仮想症例の演習

第1〜3回はマニュアルを用いた学習会を開始し、コアメンバーで意見交換を行った。コア看護師はSTAS-Jに対して、コミュニケーションの評価、未告知の場合は病状認識を把握することが困難であることを述べた。第4〜5回はマニュアルにある仮想症例の検討を行ったが、評価の得点をつけることが中心になってしまい、患者の不安や病状認識について、他者評価する難しさがあった。第6回は仮想症例の復習を行った。コ

表1　STAS-J学習会のプロセス

	月日	学習会のテーマ	内容および問題点	コア看護師の取り組み
マニュアル・仮想症例の演習	1回 5/11	・学習会の年間計画を発表 ・STAS-J の説明、意見交換	・導入に対するメンバーの不安 ・コミュニケーションの評価が難しい	・ケアの質評価導入への働きかけ ・STAS-J の概要について説明
	2回 5/18	・STAS-J マニュアルの抄読	・9 つの各評価のスコアリング方法 ・病状認識、コミュニケーションの問題	・マニュアルの通読、事前学習
	3回 5/25	・STAS-J マニュアルの抄読 ・疑問点について話し合う	・予後告知は難しい ・医師とのコミュニケーションが難しい	・マニュアルの仮想症例について事前に自己評価を行い、学習会に備える
	4回 6/1	・マニュアルの仮想症例の演習（2 症例）	・不安や病状認識の捉え方が難しい ・メンバーのスコアリングの不一致	・マニュアルの仮想症例について事前に自己評価を行い、学習会に備える
	5回 6/8	・マニュアルの仮想症例の演習（2 症例）	・患者の病状認識について他者評価することは難しい ・評価の際に迷う。STAS-J の理解不足	・学習会の進行方法について話し合う。事例検討には進まず、仮想症例の復習をすることに決定
	6回 6/15	・仮想症例（4 症例）の振り返り	・STAS-J にある言葉の定義や意味をどう捉えればいいのか、わからない	・STAS-J 評価に出てくる言葉の意味について学習する必要があることを話し合う
言葉の意味	7回 6/22	・STAS-J マニュアルにある言葉の意味	・痛み、不安、予後・余命、倦怠感、抑うつ、コミュニケーションの定義について	・文献を持ち寄り、言葉の意味や定義について学習し、確認していく
	8回 6/29	・STAS-J マニュアルにある言葉の意味の復習 ・導入に対する意見交換	・STAS-J の評価項目をどう捉えていくのかが難しい ・スタッフへの STAS-J 勉強会の方向性	・デスケースで STAS-J を活用し 9 項目の意味を捉えていくことを提案 ・勤務時間の 30 分を利用して勉強会を予定
デスケース・振り返り	9回 7/6	・STAS-J の評価項目の理解（デスケース）	・STAS-J の 9 項目に沿ったデスケース（肺がん、脳転移の患者）の発表 ・STAS-J を使用したデスカンファレンス	・STAS-J の 9 項目に沿って言語化、デスケースをまとめる ・デスカンファレンス用紙の見直し
	10回 7/27	・デスケース（１回目）における STAS-J の評価	・メンバーで意見を出し合いながら評価を行う（スコアリングのトレーニングも行う） ・9 項目に沿って書くことが難しい	・デスケースを STAS-J の 9 項目に沿って再度まとめる（言動や家族との関わりの場面） ・STAS-J をデスカンファレンスに取り入れる
	11回 8/10	・デスケース（２回目）における STAS-J の評価	・デスケース（喉頭がん、気管切開、寝たきりの患者）の STAS-J の評価 ・デスケースは振り返りであり STAS-J を前提としたケアが行えない	・STAS-Ｊの項目を意識した情報収集やコミュニケーションを図る必要性を認識 ・デスカンファレンスではスコアリングは不要 ・実際のケースで STAS-J の評価を行う
実際のケースの STAS-J の評価	12回 8/17	・第１回；実際のケース（A 症例）における入院初期の STAS-J の評価	・受け持ち看護師（当日参加なし）がケース（肺がんの患者）を 9 項目に沿ってまとめたもので STAS-J の評価を行う ・未告知の患者・家族と関わる難しさ	・実際のケースでは評価する時期が定まっていて、経過を追うことも可能 ・不足している情報をメンバーで出し合い、補足していく
	13回 8/24	・第 2 回；実際のケース(A 症例)における STAS-J の評価	・呼吸苦が強く鎮静処置を行ったケース ・受け持ち看護師の参加なし。日々のケアで看護師の対応、患者の反応がどうだったのか、分からない	・受け持ち看護師の参加があったほうが、情報が多くなり、評価しやすい ・次回は別のケースで受け持ちが参加して、STAS-J の評価を行う
	14回 8/31	・第 3 回；実際のケース（B 症例）における STAS-J の評価	・長期入院、神経因性疼痛でコントロール困難なケース ・受け持ち看護師がケア内容を提示する	・カンファレンス内容の記録を残す必要 ・情報共有をチームで行うことで、ケアの視点が変わるのでスタッフへ伝える必要がある
全体の取り組み	15回 9/28	・スタッフ看護師がまとめたデスケース（1 症例）の検討	・スタッフ看護師が記述したデスケース（肺がんの患者）で検討 ・スタッフは STAS-J を勉強していないので書くのに時間がかかる。特に患者・家族の病状認識が難しい	・がん告知の経過、対話することを通してケアを行ったことを振り返る ・スコアリングに時間はかからない ・デスカンファレンスにおけるコア看護師によるスタッフへのサポート

表2　STAS-J導入に対するコア看護師の認識

カテゴリー	サブカテゴリー	具体的内容
ケアの質を考える共通のツール	緩和ケアに必要な情報が収集できる可能性	・緩和ケアを考える共通のツールとして必要である ・STAS-J の 9 項目を視点にチームで情報を出し合ってよりよい緩和ケアを考える ・患者・家族に「どう思っていますか」とストレートに聴けるようになった ・ケアの評価はSTAS-J だけでなく患者・家族からの直接の言葉が大事だと感じる
	病状認識に関する情報収集の難しさ	・日々のケアの中から患者・家族の病状認識が可能となるように意識した関わりが必要 ・病状認識に関するアセスメントはきちんとした情報収集、深い関わりがないと実践できない ・患者・家族に予後とか余命とか、口に出すことの抵抗があって聴けない
カンファレンスにおける情報共有とチームアプローチ	9 項目でデスケースのケアを振り返る	・デスケースをSTAS-J の 9 つの評価項目に沿って記述することは学習のきっかけとなる ・デスケースの場合はケアの振り返り、スコアリングは必要ない ・STAS-J を理解したあとでの実践ではないのでサマリーの記載は難しく、時間がかかる
	チームで情報の共有を行いケアに繋げる	・評価の過程でなぜその点数になるのか、メンバーで話し合う ・朝のショートカンファレンスやデスケースカンファレンスにSTAS-J の 9 項目を取り入れると、情報共有ができる ・患者や家族の思いをきちんと知ることによって援助ができる ・きちんと情報をとって、それに沿って実践し、評価していく看護のサイクルをまわしていく必要がある
コミュニケーションを介した患者・家族、医療者の関係の保持	コミュニケーションの重要性	・コミュニケーションについて改めて考えることができる。緩和ケアではコミュニケーションに関する評価が必要であることが理解できた ・コミュニケーンが大事。痛みに関しても話をしていたら落ちついたりするから、緩和では関わり方が大事である ・限りある時間の中で看護師が意識して、患者・家族に話を聴く機会をつくる ・コミュニケーションの重要性がわかってきて、スタッフがうんと関わるようにしているし、看護スタッフ同士、医師とも情報を交換するようにしている
	調整役としての看護師の役割	・カンファレンスに栄養士も参加している。合同カンファレンスの開催において多職種を巻き込んでいくことが大事である ・緩和ケアの考えに対する医師とのジレンマをかかえているが、関係がうまく図れなくては患者・家族に迷惑がかかるので協調するよう努めている
緩和ケアの基本に立ち返るケア行動	傾聴や寄り添うことの大切さ	・いろいろなところで患者・家族の話に耳を傾け、自然に接するようになっている ・苦しんでいる患者に関われることができずに戸惑う。避けては通れないので、自己の課題として取組んでいく
	スタッフの意識の変化	・業務優先のケアからスタッフ全体が症状緩和に関心を示して、患者の状態に合わせて介入していくことができている
STAS-Jに関する教育の必要性	STAS-J の理解不足とその対応	・正直、STAS-J の理解ができていない。どう活かしていけばいいのか見当がつかない ・看護スタッフはSTAS-J に対する理解不足や負担感があるので、勉強会を行ってから、全体に導入するべきだった ・コアメンバーが中心となり、初心者に合わせた資料の提示を行う ・よく関われている看護師の事例をSTAS-J の 9 項目に沿って具体的に話してもらう ・コアメンバーがスタッフと評価をするときにアドバイザーとして入っていく

アメンバー間で評価方法を共通認識できるようになるには、STAS-Jの評価項目にある言葉の意味について学習する必要があることが話し合われた。

2）言葉の意味

第7〜8回の学習会は痛み、不安などの言葉の定義について文献学習が行われた。それでも、コア看護師はSTAS-Jの評価項目にある言葉の意味を捉えることができていないと感じていた。現状を打破する策として、デスケースのサマリーの内容を9つの評価項目の視点で記載していくことになった。A緩和ケア病棟のデスカンファレンスでは、受け持ち看護師が症状マネージメント、心理・社会的・スピリチュアルケア、家族ケア、患者から学んだこと、看取りの説明についてデスサマリーを記載することになっていた。

3）デスケース・振り返り

第9回は、コア看護師がデスケースのサマリーをSTAS-Jの評価項目の視点で記載し、項目ごとのディスカッションを行った。第10〜11回は、STAS-J評価のトレーニングとして、スコアリングも実施した。コア看護師は、STAS-Jの評価項目の意味をどう捉えていくのか、自らの関わりを振り返りながら、その得点の根拠について話し合うようになった。STAS-Jの視点でデスサマリーを記載することで、コア看護師は患者・家族の情報やチームケアの状況が具体的になることを確認した。しかし、デスケースは死亡退院したケースのため、ケアの振り返りが中心で、評価した結果をすぐに活かすことができなかった。コア看護師は、STAS-Jの9項目を意識した情報収集やコミュニケーションを図っていく必要性を認識していた。また、デスカンファレンスでは、評価のスコアリングは必ずしも必要でないことが話し合われた。

4）実際のケースのSTAS-Jの評価

第12〜13回は、実際のケースで入院初期、1週間後のSTAS-Jの評価を行った。受け持ちのコア看護師は、学習会実施前にSTAS-Jの評価項目に沿って、ケースレポートをまとめた。2回とも受け持ちのコア看護師の参加がなかったため、コアメンバーで情報を出し合いながらSTAS-Jの評価を行った。このケースの場合、痛みのコントロールはできていたが、呼吸苦の増強があり、積極的な介入が必要であった。また、症状の悪化とともに不安は増強していった。未告知であることから、患者の病状認識や患者と家族が今後について話し合うことは十分にできていなかった。デスケースと比べて、実際のケースの場合は時期が定まっていて、経過も分かるので評価しやすいことが話し合われた。コアメンバーは、カンファレンスにSTAS-Jを使用することで、問題点が明確になり、チームの情報共有ができることを確認した。

第14回の学習会は、コア看護師が事前に受け持ち患者の評価を行ってから、コアメンバーでSTAS-Jカンファレンスを行った。記録に関しては、STAS-Jの9つの項目に沿って治療経過およびケアの評価に加えて、患者の希望、気がかりな患者の言葉などを記載していった。コアメンバーは、患者・家族の状態のアセスメントとチームで行ったケアを振り返ることで、情報共有ができることを実感した。STAS-Jを用いた評価で終わらず、状況をどうみるかのプロセスが大事であり、それを共有することで患者の見かたが変わればケアの質は上がることが話し合われた。

5）全体の取り組み（スタッフによるSTAS-Jを使用したカンファレンス）

第15回の学習会は、病棟のデスカンファレンスで実施したデスサマリーをもう一度コアメンバーで検討した。このデスケースは、患者の医療不信が強く、がん告知を行った結果、良いケアができたケースであった。STAS-Jのスコアリングは、以前ほど時間はかからず、ケアの振り返りを中心に話し合うことができた。また、コア看護師はデスカンファレンスでスタッフへ評価項目の意味を伝えていくような、サポートが必要であることを話し合った。

3. STAS-J導入に対するコア看護師の認識

学習会の開始から5ヵ月後の10月に病棟全体へのSTAS-J導入が実施された。具体的には、デスカンファレンスに加え、朝のショートカンファレンスにおいてもSTAS-Jの評価を行うことになった。STAS-Jの導入に対するコア看護師の認識についてデータを分析した結果、5つのカテゴリーと9つのサブカテゴリーが抽出された（表2）。文中の【　】はカテゴリー、『　』はサブカテゴリー、〈　〉は具体的内容を示す。

【ケアの質を考える共通のツール】は、『緩和ケアに必要な情報が収集できる可能性』『病状認識に関する情報収集の難しさ』の2つのサブカテゴリーで構成された。【カンファレンスにおける情報共有とチームアプローチ】は『9項目でデスケースのケアを振り返る』『チームで情報の共有を行いケアに繋げる』の2つのサブカテゴリーで構成された。【コミュニケーションを介した患者・家族、医療者の関係の保持】は『コミュニケーションの重要性』『調整役としての看護師の役割』の2つのサブカテゴリーで構成された。【緩和ケアの基本に立ち返るケア

行動】は『傾聴や寄り添うことの大切さ』『スタッフの意識の変化』の2つのサブカテゴリーで構成された。【STAS-Jに関する教育の必要性】は、『STAS-Jの理解不足とその対応』のサブカテゴリーで構成された。これらは、〈看護スタッフはSTAS-Jに対する理解不足や負担感があるので勉強会を行ってから、全体に導入するべきだった〉ことや〈よく関われている看護師の事例をSTAS-Jの9項目に沿って具体的に話してもらう〉などで示された。

Ⅳ．考察

1．STAS-J導入に対するコア看護師の認識の現状

コア看護師はSTAS-J の項目にある言葉の意味を調べ、デスケースを9項目の視点で言語化していく取り組みを行いながら、STAS-J への理解に繋げていた。

【ケアの質を考える共通のツール】では、コア看護師はSTAS-J を患者・家族の病状認識の把握、患者・家族、医療者を含むコミュニケーションの良否、家族ケアの視点が広がったことから、『緩和ケアに必要な情報収集ができる可能性』としてSTAS-J の良さを認識できたと考える。2007年のSTAS-J のミニワークショップからは、「STAS-J を使用することで情報の不足が明確になる」、「スタッフ間で情報共有しやすい」、「今後のケアを考えていく指標となる」などの利点が報告されている[10]。STAS-J に対するコア看護師の認識として抽出された【ケアの質を考える共通のツール】は、前述したものと共通のものと考えられる。STAS-J の項目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をチェックするための道具であると言われている[9]。コア看護師は、STAS-J の9項目に沿って情報収集することで、緩和ケアの基本的なアセスメントが可能になったと考える。また、「患者の病状認識」の項目がSTAS-Jの評価項目に含まれていることにより、病状認識の捉え方に対する意識も高められたのではないかと考える。

コア看護師の中には、患者や家族に予後や余命といったことを聴く抵抗感を持っており、『病状認識に関する情報収集の難しさ』を感じていた。先行研究で志真ら[11]が行った看護師のSTAS-J の各項目の評価では、身体面の項目は容易であるが、「患者と家族のコミュニケーション」「患者・家族に対する医療スタッフのコミュニケーション」「患者の病状認識」「家族の病状認識」において評価が難しいとされ、本研究結果においても、先行研究と類似していた。中島[5] は、病状の変化に即したがん告知を行いながら患者・家族を支えることが、ケアの質の向上によい影響を与えることを述べている。また、STAS-Jマニュアル[9]にも、病状や予後について話すことを望まない患者の場合は、たとえ病状認識が現実とずれていても訂正する必要はないこと、病状認識の評価項目のために患者に直接尋ねる必要はなく、スタッフは日常のコミュニケーションから得られた情報で判断していくことが適切であると述べている。このことから、緩和ケアに携わる看護師は、患者・家族の病状の捉え方と情報ニーズの確認を行うコミュニケーションスキルを身につけていく必要があると考える。

【カンファレンスにおける情報共有とチームアプローチ】では、コア看護師は〈STAS-Jの9項目を取り入れると情報共有ができる〉〈患者や家族の思いをきちんと知ることによって援助ができる〉と認識していた。市原らは[12]、カンファレンスによって自らの役割を再認識でき、さまざまな意見によってケアも広がりをみせ、チームアプローチが可能になると述べている。STAS-Jの項目を視点にカンファレンスを行うことは、チームでの情報交換だけでなく、他のスタッフがどのような認識を持っているかを互いに理解でき、話し合える機会が持てることから、カンファレンスへの活用は重要であると考える。【コミュニケーションを介した患者・家族、医療者の関係の保持】は、緩和ケアにおける『コミュニケーションの重要性』『調整役としての看護師の役割』を再確認し、〈医師とも情報を交換する〉〈患者・家族に話を聴く機会をつくる〉〈多職種を巻き込んでいく〉ことによって、STAS-Jの目的である看護の質の向上に繋がることを実感できたものと考える。

【緩和ケアの基本に立ち返るケア行動】は、STAS-Jの項目が意識づけとなって、自らの看護を振り返る機会となり、緩和ケアの意識を向上させたと考える。STAS-Jを用いることで、〈業務優先のケアからスタッフが症状緩和に関心を示して、患者の状態に合わせて介入していく〉ことの認識の変化へと繋がったと考える。

2．STAS-J導入後の課題

6か月間の学習会の参与観察から、STAS-Jの導入に向けての教育やトレーニングには、多くの時間や労力を要することが確認できた。本研究では、デスケースにおけるケアの振り返りにSTAS-Jが活用された。しかし、デスケースの場合は、評価結果を実践に活かすことが困難であり、その都度、患者・家族、チームケアの状態をアセスメントし、適切な介入を行うことができないことから、クリニカル・オーディット（日常的な監査）としての限界があったと考える。またデスケースとの関わりを言語

化し、デスサマリーを記載する記録に対する負担も大きいことが明らかになった。しかし、これらのプロセスは、STAS-Jの評価項目にある抽象的な言葉の意味を理解していく上で、必要であったと考える。また、病棟スタッフを対象とした学習会の開催がないまま、全体の取り組み（スタッフによるSTAS-Jを使用したカンファレンス）が実施されたことから、【STAS-Jに関する教育の必要性】が抽出された。Cooper[13]は、緩和ケアユニットにおけるSTASの実行には構造化された導入計画と医療スタッフの評価の訓練が必要であると述べている。中島[8]らは、スタッフ向けのSTAS-J学習会を開催し、病棟全体で問題点を共有できるようになってから、全体の取り組みを広げていくことを報告している。このことからも、事前にスタッフを対象とした基本的な学習会を行った方が、スタッフが納得してSTAS-Jカンファレンスに取り組むことに繋がるのではないかと考える。A緩和ケア病棟は開設して1年であったことからも、STAS-Jによる評価を開始し、病棟スタッフ全員が共通の認識のもとにケアを行えることが必要であると考える。

3. 本研究の限界

本研究結果は緩和ケア病棟におけるSTAS-J学習会から実践への導入直後のプロセスであり、具体的なケアの改善に至るプロセスについては、今後長期的に縦断的な研究をする必要がある。

Ⅴ．結論

看護師は、STAS-Jの9項目を学ぶことで、緩和ケアの基本的なアセスメントが可能になり、傾聴や寄り添うことの大切さを認識していた。さらに、STAS-Jの9項目の視点をケアへ活かすことで緩和ケアに対する認識の変化がおこり、コミュニケーションを意識した緩和ケアの基本に立ち返るケア行動がみられた。緩和ケアに携わる看護師は、STAS-Jの項目を視野に入れ、常に自己のケアの振り返りを行うことで、質の高い看護ケアを展開できる可能性が示唆された。STAS-Jの導入において、コア看護師を中心とした学習会を行うことは有用であり、事例検討を重ねながら、それぞれの看護師に応じた教育とサポート体制を行う必要がある。

謝　辞

本研究にご協力頂きましたA病院の看護部長、緩和ケア病棟の看護師長、副看護師長、病棟看護師の皆様に心からお礼申し上げます。

引用文献

1）Higginson IJ，McCarthy M(1993)：Validity of the Support team assessment schedule：Do rating reflect those made by patients or their families?，Palliative Medicine，7(3)，119-228.

2）Miyashita M，Matoba K，Sasahara T et all(2004)：Reliability and Validity of Japanese version STAS(STAS-J)，Palliative and Supportive Care，2(4)，379-384.

3）中島信久(2005)：急性期病棟での普及が期待されるホスピス・緩和ケアの評価法，ベストナース，16(3)，50-53.

4）宮下光令，笹原朋代(2005)：STAS-Jを用いた緩和ケアの自己評価，看護管理，15(12)，999-1003.

5）中島信久，泰温信(2006)：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，8(1)，55-62.

6）Tetsuya Morita，Fujimoto Koji，Yo Tei(2005)：Palliative Care Team：The First Year Audit in Japan，Journal of Pain and Symptom Management，29(5)，458-465.

7）吉田美代子，東海林由美，斉藤美由紀，黒田美智子，三浦信江，横山英一，川村博司，加藤佳子(2006)：三友堂病院緩和ケア病棟における緩和医療の質の評価―Support Team Assessment Schedule（日本語版）：STAS-Jの導入―，三友堂病院医学雑誌，17(1)，3-11.

8）中島信久，秦温信，小嶋裕美，森田真由美(2006)：急性期病棟におけるSTAS日本語版の導入と問題―アンケート調査の結果から―，緩和ケア，16(6)，561-565.

9）緩和医療提供体制の拡充に関する研究班(2005)：STAS(Support Team Assessment Schedule)日本語版スコアリングマニュアル―緩和ケアにおけるクリニカル・オーディットのために―（第2版），日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団.

10）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(2007)：STAS-Jの使用経験とこれからの課題2007プログラム・抄録集，日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団研修事業.

11）主任研究者 志真泰夫(2002)：緩和医療提供体制の拡充に関する研究 厚生科学研究費補助金医療技術評価総合研究事業 平成13年度総括・分担研究報告書，1-12.

12）市原香織，今井賢吾(2009)：ホスピス病棟におけるカンファレンスの実際―淀川キリスト教病院の場合，緩和ケア，19(2)，165-168.

13）Cooper J，Hewison A(2002)：Implementing Audit in Palliative care；An Action Research Approach，Journal of Advanced Nursing，39(4)，360 - 369.

Core nurses' perception of the introduction of STAS-J, a quality assessment tool of palliative care in the palliative care unit

Chiaki Miyagi[1)] Midori Kamizato[1)]

Abstract

【Purpose】This research aims to clarify core nurses' perception of the introduction of the Japanese version of the Support Team Assessment Schedule (STAS-J), a quality assessment tool of palliative care in the palliative care unit.
【Method】The research subjects are 7 core leading nurses who promote the introduction of STAS-J into the palliative care unit. Data was collected by using participant observation and interviews during the STAS-J learning seminar, followed by qualitative analysis of the data.
【Result】Core nurses understood STAS-J through the learning seminar and utilized STAS-J in death cases and short conferences. Core nurses' perception of the introduction of STAS-J could be classified into 5 categories: 【a common tool to consider the quality of care】【information sharing and team approach in conferences】【retention of relationships between patients, families and doctors through communication】【care action going back to the basics of palliative care】【necessity of education relevant to STAS-J】.
【Conclusion】The study of STAS-J enabled core nurses to conduct basic assessment of palliative care and made them aware of the importance of listening to and taking the part of patients. Moreover, they practiced care focusing on communication by utilizing the items of STAS-J. Holding learning seminar led by core nurses in introducing STAS-J is useful. Education and the support system appropriate to each nurse need to be provided while continuously considering anecdotes.

Key words：Japanese version of the Support Team Assessment Schedule (STAS-J), palliative care unit, nurses' perception

1) Okinawa Prefectural College of Nursing