

集中治療領域における終末期患者の家族ケア

立野 淳子*¹ 山勢 博彰*¹ 山勢 善江*²

要約: 2006年本学会において、集中治療における終末期医療のあり方が示されて以降、終末期患者の家族へのケアにも焦点があてられるようになった。今回、集中治療領域における終末期患者の家族ケアに関する2000年以降の海外文献をレビューした結果、以下のことが明らかになった。予期せず患者の死期が迫っていることを告げられた家族は、心理的危機に陥りやすく、様々な悲嘆反応を呈する。代理意思決定は、家族の精神健康状態を悪化させることもあれば、終末期ケアに対する満足度を高めることもあり、意思決定に至るプロセスが重要である。家族ケアでは、家族中心の意思決定を導くことや、家族と良好なコミュニケーションをとることが重要であり、これらは家族の終末期ケアの満足度を高めることにつながる。終末期にある患者の苦痛を軽減することは、家族に心理的安寧をもたらす間接的ケアになる。また家族のニードを満たせるように調整することも必要である。

Key words: ①family care, ②end-of-life care, ③intensive care unit, ④grief reactions, ⑤decision-making

I. はじめに

ICUでは、いかなる治療を施しても死が避けられないケースが少なくない。海外の疫学統計¹⁾²⁾によると、ICUでの患者死亡率は約20%にのぼる。これは、救命を使命とする集中治療においても、終末期医療は必要不可欠な要素であることを示している。ところが、近年の集中治療の高度化、専門化は、終末期の判断をより困難にしている。加えて、医療者は救命できるかどうか不確実な中で、同時に終末期医療を開始せざるを得ない状況もあり、患者家族へのケアのあり方を模索しているのが現状である。

わが国で、集中治療における終末期医療のあり方が最初に示されたのは、2006年本学会の「集中治療における重症患者の末期医療のあり方についての勧告」³⁾であった。以後、集中治療における終末期医療への関心は飛躍的に高まり、終末期にある患者家族へのケアにも焦点があてられるようになった。

今回、ICUにおける終末期患者の家族ケアに関する

2000年以降の海外文献をレビューした。文献検索には、科学・医学などのデータベースScopus®(エルゼビア・ジャパン社)を用いた。検索では、「death」「dying」「end-of-life care」「advanced directives」「psychology」「decision making」「withholding treatment」「withdrawing treatment」「critical care」「intensive care」「needs」「family」のキーワードを組み合わせてAND検索を行った。その結果、97件の文献を抽出した。

本稿では、終末期患者家族の心理的特徴及び代理意思決定が家族の精神健康状態に与える影響、家族ケアの実際について概説する。

II. 終末期患者家族の心理的特徴

終末期患者家族の心理的特徴を述べた研究^{4)~10)}によると、患者がICUに入室している間、家族の50~70%に不安症状や抑うつ症状を認めた。これは、患者の生命予後にかかわらず、重症患者を抱える家族に共通するストレス反応と捉えることができる。

*¹ 山口大学大学院医学系研究科 (〒755-8505 山口県宇部市南小串1-1-1)

*² 日本赤十字九州国際看護大学 (〒811-4157 福岡県宗像市アスティ1-1)

受付日2011年3月30日

採択日2011年4月12日

McAdamら¹¹⁾は、ICU、外科ICU、stroke care unit (SCU)で、死のリスクが高いと判断された患者家族74名に質問紙調査を実施している。その結果、出来事インパクト尺度 (impact of event scale, IES) の平均点は1.74であり、外傷後ストレス障害 (post traumatic stress disorder, PTSD) のリスクとされる1.5を超えていたことを明らかにした。また、90%以上の家族が、倦怠感や不安、悲しみ、恐怖、胃の空虚感などの症状を有し、70%以上の家族に抑うつ症状を認めたと報告している。この研究は、標本数は少ないものの、終末期患者家族の心理的特徴である悲嘆反応を記述した論文として重要である。

悲嘆とは、喪失によって起こる一連の心理過程で経験される激しい悲しみや苦しみなどの情緒的体験である。ICUにおける死は、患者のみならず家族にとっても予期していない突然の出来事である場合が多い。患者の死期が迫っていることを告げられた家族は、心理的危機に陥りやすく、様々な悲嘆反応を呈する。

悲嘆反応は、情緒的反応、身体的反応、行動的反応の3つに分類される¹²⁾。McAdamらの研究で報告された不安や倦怠感、悲しみ、抑うつ症状は情緒的反応であり、他にもパニックや思考停止なども含まれる。胃の空虚感は身体的反応の1つである。他にも口渇や運動性機能の整合性欠如、呼吸促進などを認めることもある。その他、行動的反応には、引きこもり (社会的逃避) や嗜好への傾倒の増大、死者への思いにとりつかれる探索行動などがある。

このような悲嘆反応は、喪失を予期した、もしくは経験した誰にでも起こり得るものであるが、反応の種類や強度、期間は、性別やサポート体制、喪失への対処パターンなどの要因に影響を受けるため、個人によって様々である。また、固定した反応として表れるのではなく流動的であり、その過程として表れる。

Ⅲ. 代理意思決定が家族の精神健康状態に与える影響

ヨーロッパにおける多施設ICU調査によると、患者の95%は終末期の意思決定時に決定能力が欠如していた¹³⁾。また、終末期医療について、自らの希望や意思を示した事前指示書の保有率は、アメリカの調査で10~40%程度であったことが報告されている^{14)~17)}。

患者が自らの意向を表明できない時、家族は代理者として、治療方針や延命処置など終末期医療に関する判断を迫られる。カナダの多施設研究によると、ICUで死亡した患者家族256名のうち9割以上が短い期間に幾つかの代理意思決定を行っていた¹⁸⁾。

代理意思決定が家族の精神健康状態に与える影響については幾つかの報告で明らかにされている (Table 1)。

Abbottら¹⁹⁾は、イギリスの6つの大学病院で延命処置の手控えもしくは中止について意思決定した家族48名に面接調査を行った結果、46%が意思決定過程に葛藤があったことを報告した。また、Lautretteら²⁰⁾は、ICUで亡くなった患者家族で戦略的コミュニケーションによる家族カンファレンスを実施しなかった63名のうち、代理意思決定後に60%以上が不安やPTSDの症状を有し、50%以上に抑うつ症状を認めたと明らかにした。代理意思決定後の家族の精神健康状態を記述したものには、他にもLemialeら²¹⁾の文献もあった。

代理意思決定と家族の精神健康状態に関する課題には、2つの大規模調査がある。フランスのFAMIREA Study Group²²⁾は、ICUで死亡した患者家族284名を対象に質問紙による電話調査を実施した。重回帰分析の結果、代理意思決定は、死別後のPTSDに有意に関連する因子であることを明らかにした。アメリカのIntegrating Palliative and Critical Care Study (IPACC)²³⁾では、ICUで死亡したもしくはICU退出後30時間以内に死亡した患者家族226名のうち18.4%に抑うつ症状を認め、14.0%にPTSDを認めたと報告した。加えて、意思決定における家族間での意見の不一致や代理意思決定者の役割を担うことはPTSDやうつ病のリスク因子であると結論している。

一方で、患者が死亡した時、家族の満足度を高める要因として最も関連が強かったのは代理意思決定の過程であったという報告もある²⁴⁾。

以上のように、代理意思決定は、家族の精神健康状態を悪化させることもあれば、終末期ケアに対する満足度を高める可能性もある。代理意思決定においては、決定した内容のみならず、意思決定に至る過程が重要であるといえる。

Ⅳ. 終末期家族ケアの実際

2003年、Critical Care Medicine誌にICUにおける終末期ケアの質の指標が示された²⁵⁾ (Table 2)。ここでは、7つの指標の中から、①患者、家族を中心とした意思決定、②コミュニケーション、⑤症状管理と安楽ケアを取り上げ、各項に関連する幾つかの文献を紹介する。加えて、ICUでの家族ケアで着目することの多い家族ニーズの充足についても説明する。

Table 1 The literature on a family's mental health after decision-making

著者(国), 年, 雑誌名	対象	調査時期	調査方法	主な結果
Abbott KH, et al ¹⁹⁾ (イギリス), 2001, Crit Care Med	ICUに入室した患者の家族 48名	—	面接調査	・延命処置の手控えまたは中止についての意思決定プロセスにおいて46%が葛藤を抱いていた。
Lautrette A et al ²⁰⁾ (フランス), 2007, N Engl J Med	ICUで死亡した患者の家族 126名 介入群63名 非介入群63名	死別後 90日	質問紙法 電話調査	・意思決定後の精神健康状態 不安症状: 35名(67%) 抑うつ症状: 29名(56%) PTSD症状: 36名(69%) 新たな向精神病薬の内服: 12名(23%)
* Lemiale V, et al ²¹⁾ (フランス), 2010, J Palliat Med	ICUから生存もしくは死亡した患者の家族 284名	死別後 90日	質問紙法 電話調査	・家族の35.9%が不安症状を訴え, 向精神病薬を内服していると回答し, 8.4%は精神科に通院していると回答した。
* Azoulay E, et al ²²⁾ (フランス), 2005, Am J Respir Crit Care Med	ICUで死亡した患者家族 284名	死別後 90日	質問紙法 電話調査	・不安症状と抑うつ症状はPTSDと関連しQOLの低下をもたらした。 ・終末期ケアに関する意思決定はPTSDに有意に関連していた。
Gries CJ, et al ²³⁾ (アメリカ), 2010, Chest	ICUで死亡したもしくはICU退出後30時間以内に死亡した患者の家族 226名	死別後 180日	質問紙法 郵送調査	・意思決定後の精神健康状態 抑うつ症状: 18.4% PTSD症状: 14.0% ・意思決定での家族間の意見の不一致, 意思決定者としての役割を担うことはPTSDやうつ病のリスク因子となる。
Wall RJ, et al ²⁴⁾ (アメリカ), 2007, Chest	ICUに入室した患者の家族 539名	死別後 3週間	質問紙法 郵送調査	・終末期ケアや意思決定の満足度は, 生存した患者よりも亡くなった患者の家族で高く評価した。 ・死亡した患者の家族の満足度に最も影響していた要因は意思決定プロセスであった(OR: 3.45, 95% CI: 2.36~5.05)。

CI, confidence interval; OR, odds ratio; PTSD, post traumatic stress disorder; QOL, quality of life.

* : multicenter study.

1) 患者, 家族を中心とした意思決定の支援

近年, ICUにおける意思決定のための基本モデルとしてshared decision-makingが注目されている^{26),27)}。これは, 意思決定過程において, 医療チームと患者及び家族が共同して最も好ましい意思決定を目指すものである。American College of Critical Care Medicine (ACCCM) の実践ガイドライン2004~2005タスクフォース²⁷⁾では, shared decision-makingの効果として患者の意向が明らかとなり, 家族の不安は軽減され, さらに医師は最適な意思決定へと導くことが期待できると述べられている。

家族を中心とした代理意思決定の手段として, 家族カンファレンスの効果が検証されている (Table 3)。

幾つかの文献^{20),28),29)}では, 1回の家族カンファレンスに要する時間は, 凡そ10~30分の範囲であった。McDonaghら²⁹⁾は, ICUで行われた51の家族カンファレンスに参加した家族214名に質問紙を用いた郵送調査を実施した。その結果, 家族カンファレンス全

Table 2 Quality indicators for end-of-life care in the intensive care unit

- ① Patient- and family- centered decision making
(患者, 家族を中心とした意思決定)
- ② Communication
(コミュニケーション)
- ③ Continuity of care
(ケアの継続)
- ④ Emotional and practical support
(情緒的, 実践的サポート)
- ⑤ Symptom management and comfort care
(症状管理と安楽ケア)
- ⑥ Spiritual support
(スピリチュアルサポート)
- ⑦ Emotional and organizational support for intensive care unit clinicians
(ICU医療スタッフの情緒的, 組織的サポート)

Written by authors from reference 25.

Table 3 The literature on a family conference

著者(国), 年, 雑誌名	対象	研究デザイン	調査方法	主な結果
* Lautrette A, et al ²⁰⁾ (フランス), 2007, N Engl J Med	家族カンファレンスに参加した家族126名 介入群: 63名 対照群: 63名	RCT —介入方法— 5ステップアプローチの導入	質問紙法 電話調査	<ul style="list-style-type: none"> 有意差を認めた項目(5ステップアプローチを導入した群 vs. 対照群) 患者の希望を表出できた(70% vs. 54%) 家族自身の希望を表出できた(70% vs. 84%) 看護師の同席(81% vs. 60%) 家族カンファレンス時間(30分 vs. 20分) 家族が話している時間(13.5分 vs. 5分) 罪責感(11% vs. 21%) 感情表出(95% vs. 75%) PTSD(45% vs. 67%) 不安症状(45% vs. 67%) 抑うつ症状(29% vs. 56%) 新たな向精神病薬の内服(11% vs. 23%)
Azoulay E, et al ²⁸⁾ (フランス), 2000, Crit Care Med	ICUに入室した患者の家族76名	横断研究 比較記述研究 相関関係的研究	質問紙法 聞き取り 調査	<ul style="list-style-type: none"> 最初の家族カンファレンスの平均時間は10分であった。 最初の家族カンファレンス後, 家族の50%以上は患者の診断, 予後, 治療方法について理解できていなかった。
* McDonagh LR, et al ²⁹⁾ (アメリカ), 2004, Crit Care Med	家族カンファレンスに参加した家族214名と医師36名	横断研究 比較記述研究 相関関係的研究	質問紙法 郵送調査	<ul style="list-style-type: none"> 家族カンファレンスの平均時間は32分であった。 家族カンファレンスのうち79%は医師が話し, 21%は家族が話していた。 家族カンファレンスの家族の満足度を0~10で評価した。医師は話をよく聞いてくれた(median: 9.6) 医師のコミュニケーションはよかった(9.5) ニーズは満たされた(9.2) 治療の選択肢を理解し意思決定を行った(9.0) 意見の相違や陰性感情を含む葛藤があった(0.0) 家族の話している時間が増えるほど家族の満足度は高まった。 家族の話している時間の増加は葛藤の評価を減少させた。 家族カンファレンスの時間と家族満足度に相関はなかった。
Garros D, et al ³⁰⁾ (カナダ), 2003, Pediatrics	PICUで死亡した患者の家族99名	横断研究 実態調査研究	質問紙法	<ul style="list-style-type: none"> 家族と医療者の間で延命処置を手控えることがベストの選択であるという同意を最初の家族カンファレンスで達した割合は48%で, 2回以上の家族カンファレンスを必要とした割合は46%であった。
Curtis JR, et al ³¹⁾ (アメリカ), 2002, J Crit Care	36家族カンファレンスの記録	質的研究	面接調査	<ul style="list-style-type: none"> 家族カンファレンスでは, 導入, 情報の提供, 予後及び終末期についてのディスカッションがなされた。 家族カンファレンス中の家族サポートには, 積極的傾聴や承認, 情報の複雑さ, 家族の意思決定のサポートがあった。
* Hsieh HF, et al ³²⁾ (アメリカ), 2006, J Crit Care	51家族カンファレンスの記録	質的研究	—	<ul style="list-style-type: none"> 患者を“今死なせるか”“今死なせないか”の選択は家族カンファレンスの中心的な矛盾であった。 「死を殺人とするか許容するか」「死は利益か負担か」「患者の希望を尊重するか家族の意向を支持するか」「患者の希望との矛盾を測りにかけるか」「意思決定者として家族個人を選択するか, 家族を1つの単位として選択するか」の5つのテーマについて, 医師は2つのコミュニケーション戦略(意思決定を中心に据える方法, 家族とのコミュニケーションを中心に据える方法)を用いて取り組んだ。
* Gries CJ, et al ³³⁾ (アメリカ), 2008, Chest	ICUで死亡した患者の家族356名	横断研究 比較記述研究	質問紙法 郵送調査	<ul style="list-style-type: none"> 延命治療の中止を自ら選択した者, 医師からの延命治療の中止を勧告されなかった者, 患者の望みをディスカッションできた者, スピリチュアルニーズについてディスカッションした者, 医師との間に衝突が無かった者ほど, 意思決定を満足に感じていた。

PICU, pediatric ICU; PTSD, post traumatic stress disorder; RCT, randomized controlled trial.

* : multicenter study.

体の時間の長さや家族の満足度には弱い相関があった。加えて、家族カンファレンス中に家族が話している時間の増加は、医師とのコミュニケーションに対する家族の満足度の増加をもたらしていた。Leutretteらの研究では、家族カンファレンス中に家族がより長く話していた群は、対照群に比べ家族の罪責感が緩和されていたことが確認されている²⁰⁾。

これらから、家族カンファレンスでは、全体の時間の長さよりも、家族が話している時間の長さが重要であることがわかる。医療チームは、代理意思決定過程で苦悩する家族を承認し、語らせることで自らの思いを表出させ、患者にとって望ましい意思決定が導かれるように支援することが重要である。

次に、家族カンファレンスの回数である。Azoulay²⁸⁾らは、ICUに入室した患者家族76名を対象に、最初の家族カンファレンス後に聞き取り調査を行った。その結果、50%以上が患者の診断、予後、治療方法について理解できていなかったことを報告した。またGarrosら³⁰⁾は、pediatric ICU (PICU)で延命治療の手控えについて家族カンファレンスを行った両親17名のうち、最良の選択が1回の家族カンファレンスで達成できた割合は48%で、2回以上を必要とした割合は46%であったことを明らかにした。

終末期患者を抱え、心理的危機に直面している家族が冷静な思考や判断が困難であることを考慮すれば、1回の家族カンファレンスで意思決定を求めることは避けるべきである。たとえ何らかの意思決定が行われたとしても、それは冷静に熟考された結果であるかどうか慎重に判断する必要がある。2006年の末期医療に関する勧告³⁾においても、家族の意向を確認した際には、12時間以上の間隔をおいて、再度適切な方法で確認するべきであると謳っている。

以上のことから、意思決定を目的とした家族カンファレンスは、家族が患者の病状や予後、治療方針などについて正しく理解するために、複数回にわたり実施すべきである。さらに、何らかの意思決定がなされた場合は12時間以上の間を空けて再度実施することが必要である。

家族カンファレンスについては、記録の質的分析からテーマや家族サポート、意思決定後の家族の満足度に影響する要因について明らかにしたCurtisら³¹⁾やHsiehら³²⁾、Griesら³³⁾などの報告もある。

2) 医療チーム-家族間のコミュニケーションの充実

家族カンファレンスにおける医療チーム-家族間のコミュニケーションに着目した報告の多くは^{16),34),35)}、

Table 4 5-step approach for improving clinician-family communication in the ICU

<u>Value</u> family statement (家族の意向を尊重する)
<u>Acknowledge</u> family emotions (家族の感情を承認する)
<u>Listen</u> to the family (家族の話聞く)
<u>Understand</u> the patient as a person (患者を人として理解する)
<u>Elicit</u> family questions (家族の質問を引き出す)

Written by authors from reference 37.

良好なコミュニケーションが、患者の死の質及び終末期ケアの質に対する家族の評価や満足度を高めると結論している。すなわち、医療チームと家族間の十分なコミュニケーションは、良い終末期ケアを提供するための重要な側面であると言える。

しかしながら、ICUにおける終末期ケアを困難にする医療者側の要因として、不十分なコミュニケーションが明らかにされており、そのスキル習得が課題として指摘されている³⁶⁾。

2008年に提出されたICU家族カンファレンスの実践ガイドライン³⁷⁾では、医療チーム-家族間のコミュニケーションを改善させるための5ステップアプローチが推奨されている (Table 4)。このアプローチ法の効果は、フランスでの無作為化比較試験により検証されている²⁰⁾。対象者は、22ヶ所のICU入室患者家族126名で、調査時期は死別後90日目であった。家族の家族カンファレンスに対する評価、死別後の精神健康状態の2つの側面を検討した。その結果、5ステップアプローチを家族カンファレンスに導入した群は、対照群と比較し、家族が話している時間、家族が感情表出できた割合、患者や家族の希望が表出できた割合の全てが有意に高かった。また、不安や抑うつなどの症状を有する割合は有意に低かった (Table 3)。結論として、実践的なコミュニケーションは、死別後の家族の悲しみを軽減させるとしている。

3) 終末期患者の症状管理と安楽ケアの提供

終末期患者に共通する自覚症状は、口渇、不安、息切れ、疼痛、恐怖、終末期せん妄などであった^{38)~41)}。これらの症状を緩和し安楽ケアを提供することは、家族にどのような影響を及ぼすだろうか。アメリカのICUで死別を経験した家族94名を対象に、死別後4ヶ月~1年の時期に、死と死にゆく過程の質に関する自

Table 5 The literature on a family need

著者(国), 年, 雑誌名	対象	調査方法 (調査表)	主な結果
Bijttebier P, et al ⁴⁵⁾ (ベルギー), 2000, Heart Lung Intensive CareMed Bijttebier P, et al ⁴⁶⁾ (ベルギー), 2001, Heart Lung Intensive CareMed	ICUに入室した患 者の家族200名, 医師39名, 看護師 143名	質問紙法 (CCFNI)	<ul style="list-style-type: none"> ・家族ニードは, 情報, 保証, 接近, サポート, 安寧・安楽の順に高かった(Heart Lung) ・家族ニードとして得点が高かった項目は, 「質問に正直に答えてもらうこと」「最善のケアがなされていると確信すること」「予測されたアウトカムを知ること」などであった。 ・医師と看護師の得点が最も高かったのは, 「理解できるように説明すること」であった。 ・情報のニードを最も高く評価していた点においては, 家族, 医療者ともに共通していた。
* Azoulay E, et al ⁴⁷⁾ (フランス), 2001, Am J Respir Crit Care Med	ICUに入室した患 者の家族920名	質問紙法 (CCFNI)	<ul style="list-style-type: none"> ・家族の満足度を高めることに関連していた要因は, 「待合室が利用できること」「1人の看護師が3人以下の患者を担当すること」「研修医より情報が提供されること」「同じ医師から情報が提供されること」「主治医から支援されること」であった。 ・家族の満足度を低下させることに最も関連していた要因は, 「矛盾した情報を提供されること」であった。
Lee LYK, et al ⁴⁸⁾ (香港), 2003, J Clin Nurs	ICUに入室した患 者の家族40名	質問紙法 (CCFNI)	<ul style="list-style-type: none"> ・家族が重要であると評価したニードは, 「予測されたアウトカムを知ること」「質問に正直に答えてもらうこと」「患者の病状の変化について自宅に知らせてもらうこと」などであった。
Al-Hassan MA, et al ⁴⁹⁾ (ヨルダン), 2004, Int J Nurs Pract	ICUに入室した患 者の家族158名	質問紙法 (CCFNI)	<ul style="list-style-type: none"> ・家族が重要であると評価したニードは, 「毎日医師と話すこと」「スタッフが患者を気にかけていると感じること」「1日に1回は患者について情報を受けること」「質問に正直に答えてもらうこと」などであった。 ・家族のニードは, 保証, 情報, 接近, 安念・安楽, サポートの順に高かった。
Meyer EC, et al ⁵⁰⁾ (アメリカ), 2006, Pediatrics	PICUで死亡した 患者の家族64名	面接法	<ul style="list-style-type: none"> ・両親は, PICUでのend-of-life careにおける優先度の高いニードとして, 「誠実で完全な情報」「スタッフにすぐにアクセスできること」「コミュニケーションとケアのコーディネーション」「スタッフからの感情的言い回しとサポート」「両親と子どもとの関係性の保全, 信念」をあげた。
Maxwell KE, et al ⁵¹⁾ (アメリカ), 2007, Heart Lung	ICUに入室した患 者の家族22名, 看 護師22名	質問紙法 (CCFNI)	<ul style="list-style-type: none"> ・家族が最も高く評価したニードは, 「質問に正直に答えてもらうこと」であった。 ・「予後を知ること」「毎日看護師と話すこと」「患者になされている処置を知ること」など9項目において, 家族は看護師よりも有意にニードを高く評価した。
Garrouste-Orgeas, et al ¹⁰⁾ (フランス), 2010, J Crit Care	ICUに入室した患 者の家族101名	質問紙法 (CCFNI)	<ul style="list-style-type: none"> ・家族の97名(97%)は, ケアに喜んで参加した。 ・家族がケア参加に最も望ましいと回答したのは, 「スプレーや湿らせた綿を使って口腔内を湿潤させること」の86.1%であった。次に, 「ワセリンやリップクリームを使って唇を湿らせること(84.1%)」「ベッド上での体位変換や椅子への移乗の際にスタッフを手伝うこと(77.2%)」「プライバシーの必要性を尊重しつつ, 顔や身体に保湿剤を塗布すること(75.2%)」などであった。 ・家族の満足度は高かった。 ・4名(3.9%)だけはケア参加を拒否した。 ・14名(13.8%)は自発的にケアに参加した。 ・患者の77.2%は家族のケア参加を肯定的に捉えていた。
Bailey JJ, et al ⁹⁾ (カナダ), 2010, Intensive Crit Care Nurs	ICUに入室した患 者の家族29名	質問紙法 (CCFNI)	<ul style="list-style-type: none"> ・家族の情報のニードに対する認識として得点が高かった項目は, 「質問に正直に答えてもらうこと」「理解できるように説明すること」「患者に行われている処置の理由を知ること」であった。 ・家族の満足度が高かったケアは, 「医療チームがケアや処置を行う間, 患者の尊厳が保たれていたこと」「病院に電話した時対応したスタッフが礼儀正しかったこと」などであった。
Mckiernan M, et al ⁵²⁾ (アイルランド), 2010, Intensive Crit Care Nurs	ICUに入室した患 者の家族6名	面接法	<ul style="list-style-type: none"> ・家族のニードは, 「患者の予後やアウトカムを知ること」「状況の意味を理解すること」「一緒にいてもらうこと」「ケアリングとサポート」の4つが抽出された。 ・サポートは, 家族のcopingを支持していた。

CCFNI, Critical Care Family Needs Inventory; PICU, pediatric ICU.

*: multicenter study.

記式調査を行った報告がある⁴²⁾。その結果、Quality of Death and Dying (QODD)の高いスコアは、患者の痛みの緩和、死が安らかであったという感覚と有意に関連していたことが明らかになっている。これは、患者の痛みが緩和されていたと感じる家族や、死が安らかであったと感じる家族は、死と死にゆく過程の質を高く評価していることを示している。

終末期にある患者の苦痛を軽減することは、その様子を目の当たりにする家族にとって、心理的安寧をもたらす間接的ケアになる。また、家族が患者の死を肯定的に受け止めることは、終末期及び死別後の悲嘆過程における心の支えとなる。家族カンファレンスなどを通して、患者や家族、医療チーム間で症状管理の方向性を協議し、共に評価していけるような取り組みが重要である。

4) 家族ニードの充足

ICUでは、重症患者家族のニードとしてMolter⁴³⁾の45項目ニードリストがよく知られている。Leske⁴⁴⁾は、ニードリストを情報、保証、接近、サポート、安寧・安楽の5つの項目に分類し、クリティカルケア家族ニード調査表(Critical Care Family Needs Inventory, CCFNI)を開発した。CCFNIは現在でもICUにおける家族研究で多用されている。

重症患者家族のニードに関する報告では^{9),10),45)~52)}、家族が優先するニードは、情報、保証、接近であることが明らかにされている(Table 5)。

家族ニードは、患者の重症度や家族関係、家族の価値観など様々な要因に影響を受ける。しかし、重症患者を抱える家族に共通するニードを把握しておくことで、予測的な介入が可能となる。これは、終末期患者の家族においても例外ではない。日々の家族との関わりの中から家族のニードを把握し、ニードが満たせるように調整することも医療チームには必要である。

V. おわりに

本稿では、終末期患者家族の心理的特徴及び代理意思決定が家族の精神健康状態に与える影響、ケアの実際について概説した。本稿で触れた文献も参考に、各施設での終末期患者の家族ケアに活かしてもらえればと思う。

文 献

1) Morgan J. End-of-life care in UK critical care units-a literature review. *Nurs Crit Care* 2008;13:152-61.

2) Angus DC, Barnato AE, Linde-Zwirble WT, et al; Robert Wood Johnson Foundation ICU End-Of-Life Peer Group. Use of intensive care at the end-of life in the United States: an epidemiologic study. *Crit Care Med* 2004;32:638-43.

3) 日本集中治療医学会. 集中治療における重症患者の末期医療のあり方についての勧告. 2006. Available from: http://www.jsicm.org/kankoku_terminal.html

4) Mitchell ML, Courtney M. Reducing family member's anxiety and uncertainty in illness crowd transfer from intensive care: an intervention study. *Intensive Crit Care Nurs* 2004;20:223-31.

5) Pochard F, Darmon M, Fassier T, et al; French FAMIREA study group. Symptoms of anxiety and depression in family members of intensive care unit patients before discharge or death. A prospective multicenter study. *J Crit Care* 2005;20:90-6.

6) Auerbach SM, Kiesler DJ, Wartella J, et al. Optimism, satisfaction with needs met, interpersonal perceptions of the healthcare team, and emotional distress in patients' family members during critical care hospitalization. *Am J Crit Care* 2005;14:202-10.

7) Fumis RR, Deheinzelin D. Family members of critically ill cancer patients: assessing the symptoms of anxiety and depression. *Intensive Care Med* 2009;35:899-902.

8) Rabie SS, Poumemari MH, Khaleghdoost MT. Study on effective factors on patient's family members anxiety in intensive care units. *J Zanjan Univ Med Sci* 2010;18:91-101.

9) Bailey JJ, Sabbagh M, Loiselle CG, et al. Supporting families in the ICU: a descriptive correlational study of informational support, anxiety, and satisfaction with care. *Intensive Crit Care Nurs* 2010;26:114-22.

10) Garrouste-Orgeas M, Willems V, Timsit JF, et al. Opinions of families, staff, and patients about family participation in care in intensive care units. *J Crit Care* 2010;25:634-40.

11) Mcadam JL, Dracup KA, White DB, et al. Symptom experiences of family members of intensive care unit patients at high risk for dying. *Crit Care Med* 2010;38:1078-85.

12) 山勢博彰編著. 救急・重症患者と家族のための心のケア：看護師による精神的援助の理論と実践. 大阪：メディカ出版. 2010.

13) Cohen S, Sprung C, Sjøkvist P, et al. Communication of end-of-life decisions in European intensive care units. *Intensive Care Med* 2005;31:1215-21.

14) Kish Wallace S, Martin CG, Shaw AD, et al. Influence of an advance directive on the initiation of life support technology in critically ill cancer patients. *Crit Care Med* 2001;29:2294-8.

15) Thorevska N, Tilluckdharry L, Tickoo S, et al. Patients' understanding of advance directives and cardiopulmonary resuscitation. *J Crit Care* 2005;20:26-34.

16) Glavan BJ, Engelberg RA, Downey L, et al. Using the medical record to evaluate the quality of end-of-life care in the intensive care unit. *Crit Care Med* 2008;36:1138-46.

17) Camhi SL, Mercado AF, Morrison RS, et al. Deciding in the dark: advance directives and continuation of treatment in chronic critical illness. *Crit Care Med* 2009;37:919-25.

18) Heyland DK, Rocker GM, O'Callaghan CJ, et al. Dying in the ICU: perspective of family members. *Chest* 2003;124:392-7.

19) Abbott KH, Sago JG, Breen CM, et al. Families looking back: one year after discussion of withdrawal or

- withholding of life-sustaining support. *Crit Care Med* 2001;29:197-201.
- 20) Lautrette A, Darmon M, Megarbane B, et al. A Communication Strategy and brochure for relatives of patients dying in the ICU. *N Engl J Med* 2007;356:469-78.
 - 21) Lemiale V, Kentish-Barnes N, Chaize M, et al. Health-related quality of life in family members of intensive care unit patients. *J Palliat Med* 2010;13:1131-7.
 - 22) Azoulay E, Pochard F, Kentish-Barnes N, et al; FAMIREA Study Group. Risk of post-traumatic stress symptoms in family members of intensive care unit patients. *Am J Respir Crit Care Med* 2005;171:987-94.
 - 23) Gries CJ, Engelberg RA, Kross EK, et al. Predictors of symptoms of posttraumatic stress and depression in family members after patient death in the ICU. *Chest* 2010;137:280-7.
 - 24) Wall RJ, Curtis JR, Cooke CR, et al. Family satisfaction in the ICU: differences between families of survivors and nonsurvivors. *Chest* 2007;132:1425-33.
 - 25) Clarke EB, Curtis JR, Luce JM, et al; Robert Wood Johnson Foundation Critical Care End-Of-Life Peer Workgroup Members. Quality indicators for end-of-life care in the intensive care unit. *Crit Care Med* 2003;31:2255-62.
 - 26) Carlet J, Thijs LG, Antonelli M, et al. Challenges in end-of-life care in the ICU. Statement of the 5th International Consensus Conference in Critical Care: Brussels, Belgium, April 2003. *Intensive Care Med* 2004;30:770-84.
 - 27) Davidson JE, Powers K, Hedayat KM, et al. Clinical practice guidelines for support of the family in the patient-centered intensive care unit: American College of Critical Care Medicine Task Force 2004-2005. *Crit Care Med* 2007;35:605-22.
 - 28) Azoulay E, Chevret S, Leleu G, et al. Half the families of intensive care unit patients experience inadequate communication with physician. *Crit Care Med* 2000;28:3044-9.
 - 29) McDonagh JR, Elliott TB, Engelberg RA, et al. Family satisfaction with family conferences about end-of-life care in the intensive care unit: increased proportion of family speech is associated with increased satisfaction. *Crit Care Med* 2004;32:1484-8.
 - 30) Garros D, Rosychuk RJ, Cox PN. Circumstances surrounding end of life in a pediatric intensive care unit. *Pediatrics* 2003;112:e371-9.
 - 31) Curtis JR, Engelberg RA, Wenrich MD, et al. Study communication about end-of-life care during the ICU family conference: Development of a framework. *J Crit Care* 2002;17:147-60.
 - 32) Hsieh HF, Shannon SE, Curtis JR. Contradictions and communication strategies during end-of-life decision making in the intensive care unit. *J Crit Care* 2006;21:294-304.
 - 33) Gries CJ, Curtis JR, Wall RJ, et al. Family member satisfaction with end-of-life decision making in the ICU. *Chest* 2008;133:704-12.
 - 34) Curtis JR, Patrick DL, Engelberg RA, et al. A measure of the quality of dying and death. Initial validation using after-death interviews with family members. *J Pain Symptom Manage* 2002;24:17-31.
 - 35) Stapleton RD, Engelberg RA, Wenrich MD, et al. Clinician statements and family satisfaction with family conferences in the intensive care unit. *Crit Care Med* 2006;34:1679-85.
 - 36) Nelson JE, Angus DC, Weissfeld LA, et al; Critical Care Peer Workgroup of the Promoting Excellence in End-of-Life Care Project. End-of-life care for the critically ill: A national intensive care unit survey. *Crit Care Med* 2006;34:2547-53.
 - 37) Curtis JR, White DB. Practical guidance for evidence-based ICU family conferences. *Chest* 2008;134:835-43.
 - 38) Nelson JE, Meier DE, Oei EJ, et al. Self-reported symptom experience of critically ill cancer patients receiving intensive care. *Crit Care Med* 2001;29:277-82.
 - 39) Nelson JE, Meier DE, Litke A, et al. The symptom burden of chronic critical illness. *Crit Care Med* 2004;32:1527-34.
 - 40) Goodridge D, Duggleby W, Gjevre J, et al. Exploring the quality of dying of patients with chronic obstructive pulmonary disease in the intensive care unit: a mixed methods study. *Nurs Crit Care* 2009;14:51-60.
 - 41) Puntillo KA, Arai S, Cohen NH, et al. Symptoms experienced by intensive care unit patients at high risk of dying. *Crit Care Med* 2010;38:2155-60.
 - 42) Mularski RA, Heine CE, Osborne ML, et al. Quality of dying in the ICU: rating by family members. *Chest* 2005;128:280-7.
 - 43) Molter NC. Need of relatives of critically ill patients: a descriptive study. *Heart Lung* 1979;8:332-9.
 - 44) Leske JS. Internal psychometric properties of the Critical Care Family Needs Inventory. *Heart Lung* 1991;20:236-44.
 - 45) Bijttebier P, Delva D, Vanoost S, et al. Reliability and validity of the Critical Care Family Needs Inventory in a Dutch-speaking Belgian sample. *Heart Lung* 2000;29:278-86.
 - 46) Bijttebier P, Vanoost S, Delva D, et al. Needs of relatives of critical care patients: perceptions of relatives, physicians and nurses. *Intensive Care Med* 2001;27:160-5.
 - 47) Azoulay E, Pochard F, Chevret S, et al; French FAMIREA Group. Meeting the needs of intensive care unit patients families. *Am J Respir Crit Care Med* 2001;163:135-9.
 - 48) Lee LYK, Lau YL. Immediate needs of adult family members of adult intensive care patients in Hong Kong. *J Clin Nurs* 2003;12:490-500.
 - 49) Al-Hassan MA, Hweidi IM. The perceived needs of Jordanian families of hospitalized, critically ill patients. *Int J Nurs Pract* 2004;10:64-71.
 - 50) Meyer EC, Ritholz MD, Burns JP, et al. Improving the quality of end-of-life care in the pediatric intensive care unit: parents' priorities and recommendations. *Pediatrics* 2006;117:649-57.
 - 51) Maxwell KE, Stuenkel D, Saylor C. Needs of family members of critically ill patients: a comparison of nurse and family perceptions. *Heart Lung* 2007;36:367-76.
 - 52) McKiernan M, McCarthy G. Family members' lived experience in the intensive care unit: a phenomenological study. *Intensive Crit Care Nurs* 2010;26:254-61.

Abstract

Family care of terminally ill patients in intensive care unit

Junko Tatsuno *¹, Hiroaki Yamase *¹, Yoshie Yamase *²

*¹ Yamaguchi University Graduate School of Medicine

*² The Japanese Red Cross Kyushu International College of Nursing

*¹ 1-1-1 Minami-kogushi, Ube, Yamaguchi 755-8505, Japan

*² 1-1 Asty, Munakata, Fukuoka 811-4157, Japan

Since “the recommendation on ideal terminal care in intensive care” was presented in our society in 2006, attention has come to be focused on providing care to the families of terminally ill patients. In this study, we reviewed the literature published from overseas after 2000 on the care for the families of terminally ill patients in the field of intensive care. The results were as follows. When the family is unexpectedly told that the patient is close to death, they are likely to have a psychological crisis and to show grief reactions. The need for surrogate decision-making can make the mental health of the family worse, while it can increase the family’s satisfaction level with terminal care. Therefore, the process of decision-making is important. Of importance for family care are provision of guidance for family-centered decision-making and maintenance of good communication with the family, which can lead to improved family satisfaction with terminal care. Furthermore, adequate control of pain of terminally ill patients serves as an indirect way of providing care for the family. It is also important to meet the needs of the family.

Key words: ① family care, ② end-of-life care, ③ intensive care unit, ④ grief reactions, ⑤ decision-making

J Jpn Soc Intensive Care Med 2011;18:337 ~ 345.