

＜資料＞

集中治療室 (ICU) での看取りの質：家族による評価に関する海外文献レビュー

Quality of dying in the Intensive Care Unit : a review of the rating by family members.

木下 里美¹⁾
Satomi Kinoshita

キーワード：集中治療室、終末期、看取りの質、家族、緩和ケア

I. はじめに

集中治療室Intensive Care Unit (ICU) は、「内科系、外科系を問わず、呼吸・循環・代謝そのほかの重篤な急性機能不全の患者を収容し、強力かつ集中的に治療看護を行うことにより、その効果を期待する部門である」とされ¹⁾、回復の見込みがある重症患者を収容することを原則としている。しかし、2006年8月に日本集中治療医学会が、「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」²⁾を発表してからは、ICUでの終末期医療に関して、日本集中治療医学会学術集会でのシンポジウム²⁾等に、頻繁に取り上げられるようになってきた。この勧告では、可能な限り濃厚な集中治療を行っても救命しえない患者に対しどのように終末期医療に転換をしていくかということについて、①患者の意思に基づく検討、②医学的妥当性と家族の同意、③経過の透明性の維持と診療録への記載の3点を基本的原則に挙げている。また、日本集中治療医学会では、この勧告後、①終末期医療担当医師への支援体制、②終末期の医学的判断情報の共有化、③患者家族へのこころのケア体制、④市民への主張と提案を示している⁴⁾。更に、2014年には、日本救急医療学会、日本集中治療医学会、および日本循環器学会の3学会合同において、救急・集中治療における終末期医療に関する問題を解決するために、終末期の判断を複数の医師と看護師からなる医療チームで行うことの必要性や家族への対応について提言しており⁵⁾、ICUにおいて、終末期を迎える患者とその家族へのケアの質の向上も、重要な課題であると言える。

海外では、遺族や医療スタッフによる「終末期を迎えた患者とその家族へのケアや患者の死の迎え方に関する質（以下、「看取りの質」）」の評価や指標が報告されている⁶⁻⁸⁾。しかし、我が国では、ICUでの看取りの質の指標は示されておらず評価は十分にはされていない。また、看取りの質の評価は、死亡した患者から聴取することは不可能であり、患者にとっ

て身近な家族による評価は、看取りの質を知る上で重要であるものの、我が国ではICUでの遺族による看取りの質の評価はほとんど報告がない。我が国の遺族による看取りの質の評価には、一般市民から抽出した遺族への調査の中で、集中治療領域で死亡した患者の家族による評価が報告されている⁹⁾。しかし、一般市民から抽出した遺族の自記式質問紙調査であり、評価指標がICUに特化した項目ではないため、結果の信頼性には限界があると言える。Clarkeらは、ICUでの終末期ケアに関連した文献レビューおよび、Robert Wood Johnson Foundation Critical Care End-of-life Peer working groupのメンバーと米国・カナダのICUの医師・看護師によるコンセンサスメソッドを用い、①患者と家族を尊重した意思決定、②医療者と患者、家族とのコミュニケーション、③ケアの継続性、④患者の家族への精神的、実際の支援、⑤症状マネージメント、⑥家族と患者へのスピリチュアルケア、⑦ICUスタッフへの精神的、組織的支援の7項目を「ICUでの終末期ケアの質の指標」として提唱している⁸⁾。以上のような、ICUでの終末期ケアに関する海外での研究成果⁶⁻⁸⁾は、我が国のICUでの家族による看取りの質の評価方法を検討する上で、有益な資料になると考えた。

よって本研究は、海外におけるICUでの終末期ケアの研究の中から、家族による看取りの質の評価に関する研究を抽出し、家族の評価の現状を明らかにすることで、我が国での、家族による看取りの質の評価を実施する方法を探索することを目的とした。

II. 用語の定義

1. 看取り

一般的に「看取る」とは、病人の世話をする、看病する、死期まで見守ることをいうが、明確な定義はない。本研究では、「看取る」を、ICUで終末期を迎えた患者の死期に立ち会った、または、遭遇したことをさすものとした。また、「看取りの質」は、「終末期を迎えた患者とその家族へのケ

受付：2016年9月16日

受理：2016年12月14日

1) 関東学院大学 看護学部

アや患者の死の迎え方に関する質」とし、患者が亡くなる状況において、症状コントロールや、患者の尊厳、家族と関わり関する理想的な状態をさすこととした。なお、英文での‘Quality of dying’を「看取りの質」と表記した。

2. 家族

血縁関係にあるものだけでなく、患者にとっての重要他者も含むこととした。なお、英文でのfamilyは「家族」、‘next of kin’は「近親者」、‘bereaved family’は、「遺族」と表記した。

III. 研究方法

ICUにおける看取りの質の評価に関する文献で、家族が評価している研究について文献検索を行った。データベースはPubmedを使用し、検索可能な全年を対象とし、2016年8月までの範囲とした。

検索語は、ICU and (dying or death or end-of-life or bereavement) and family or familiesで1568件、intensive care unit and (dying or death or end-of-life or bereavement) and family or familiesで1843件がヒットした。タイトルから、ICUでの終末期に関連する文献に絞り込み、その抄録の中から、ICUでの家族による看取りの質の評価に関する文献を抽出した。その結果、文献レビュー論文を除き、該当した文献は19件であった。国内で全論文が入手可能な文献18件を分析の対象とし、入手不可能なブラジルの文献1件については、分析から除外した。

IV. 結果

18件のうち、15件はアメリカ合衆国 (USA) で実施された報告^{2-19,21,23-27}で、そのうち13件^{11-15,18,19,21,23-27}は同じ研究者が含まれていた。USA以外の国では、カナダ1件¹⁰、タイ1件²⁰、オランダ1件²²であった。

今回の目的は、わが国での家族による看取りの質の評価を実施する方法を探索することであることから、分析対象の文献の研究方法を整理した。表1に、研究目的、対象患者の条件、対象家族の条件、家族に対する看取りの質に関する質問内容、調査方法、調査時期に分けて示した。以下本文中にその概要を記述する。また、それぞれの文献が示す研究結果については、続けて本文中に記載する。

1. 研究目的

ほとんどの研究は、家族による看取りの質の評価を明らかにするだけでなく、関連要因を明らかにすること^{12,14,21}、介入の効果を評価すること¹⁵⁻¹⁸、集団による評価の違いを明らかにすること^{11,13,19,22-27}を目的とし調査していた。関連要因に関する研究では、終末期医療の状況^{12,14}、家族の満足度²¹との関連を調査したものがあつた。介入研究では、緩和ケアの介入を行い看取りの質が向上するかを調査したもの¹⁵⁻¹⁷、医療者に対し教育的な介入を行いその後に見取りの質の評

価を調査したもの¹⁸があつた。関連要因を明らかにすることを目的としたものが近年では多く、施設別や時期別に比較した研究²³、診療科の違いによる評価²⁴、ICUへの入室経路の違いによる評価²⁵、医療費との関連²⁶、人種や教育レベルによる違い²⁷などが報告されていた。

2. 対象患者の条件と家族の条件

ICUで死を迎えた患者に加え、ICU退室後すぐに死を迎えた患者も対象としている研究が11件あつた^{14,15,18,19,21,23-27}。また、ほとんどの研究が、入室期間は6時間以上入室していた患者や、3日以上入室していた患者のように一定時間ICUに入室している患者を対象とし、家族は、診療記録から抽出し調査を依頼していた。また、家族の面会の経験や訪室時間を規定している報告^{10,12}もあつた。

3. 家族に対する看取りの質に関する質問内容

最も多く使用されていた看取りの質に関する質問は、Quality of Dying and Death (QODD) 質問票^{11-15,17-19,21,27}であり、オランダにおいては翻訳版が使用されていた²²。QODDは米国で開発され、症状コントロールや患者の尊厳、家族との関わりなどの評価を0~10点または0~100点で行うもので、家族評価用と医療従事者評価用があり、ICU版も開発されている²⁸。QODDは、数回にわたり改定がされていることから、その年代により、使用されている質問項目数に違いがあつた。近年では、看取りの質が総合的にみてどうかを評価するQODD 1項目版 (または、Quality of Dying (QOD) 1項目版と表記) が、QODD多項目版との相関が高いということから使用されていた。それ以外の研究では、身体症状のコントロールや、生命を意図的に延ばしたり縮めたりしないなど、緩和ケアに関する質問項目が看取りの質の評価として使用されていた^{10,16}。QODD調査票を使用していない研究^{10,16}も、いくつかの質問項目はQODD調査票と類似していた。また、ICUでの家族満足度評価表Family Satisfaction in the Intensive Care Unit (FS-ICU) (ICUでの患者と家族へのケアと意思決定支援に関する家族の満足度を調査する質問票であり、信頼性妥当性の検証がされている²⁹)を、併用し、評価している研究が9件^{15,18,19,21-27}あつた。

4. 調査方法と調査時期

主な調査方法は郵送による質問紙調査^{10,14,15,18,19,21,23-27}で、謝礼の同封や、返信がない場合に再送するなどのリマインダーを実施している研究も多かった^{10,14,15,18,19,21,23-27}。郵送以外では、インタビュー^{11,12,17}により調査を実施したと報告されていたもの、電話によりインタビュー調査^{13,16}を実施したと記載されている報告があつた。調査時期は、患者の死後、最低3週間経過後に実施をしていた。

5. 研究結果

QODD調査票を使用し関連要因を分析した研究では、家族の看取りの質の評価の高さには、延命処置をしないこと^{12,14}や、リビングウィルが明記されていること¹⁴、医療者と家族との話し合いが実施されていること¹⁴などが関連していたことが報告されていた。医療者に対し緩和ケアに関する教育

表 1. ICUでの家族による看取りの質の評価に関する文献

著者名	雑誌	調査実施場所	研究目的	対象患者の条件	対象家族の条件	家族に対する看取りの質に関する質問内容	調査方法	調査時期
1 Heyland DK, Rocker GM, O'Callaghan CJ, et al. ¹⁰	Chest. 2003	カナダ	亡くなった患者に対する家族の認識を明らかにする	48時間以上人工呼吸器治療を受けICU48時間以上入室し死亡した患者256名	患者の家族で少なくとも1度は面会に来た家族(近親者)1名を患者記録から抽出。有効回答者256名	身体症状のコントロール 生命を必要以上に延ばしたり縮めたりしていない 最期の時間の患者の苦痛がなく快適(comfortable) 健康管理チームのサポート	郵送による質問紙調査	死後3~4週間後
2 Mularski R, Curtis JR, Osborne M, E, et al. ¹¹	J Pain Symptom Manage 2004	USA(ワシントン州)	亡くなった患者の看取りの質の評価が家族間で一致しているか明らかにする。	21歳以上 3日以上ICUに入室した患者 38名	少なくとも6時間以上ICU入室した家族 21歳以上で適格者が2名以上いる家族有効回答者94名	ICU版QODD: 症状コントロール 死の準備 死に際の状態 家族に関すること 適切な治療 全人的ケアに関すること	インタビュー調査	死亡後4カ月以上経っている
3 Mularski RA, Heine CE, Osborne ML, et al. ¹²	Chest. 2005	USA(ワシントン州)	死にゆく患者の体験に対する家族の認識を明らかにする 家族による看取りの質の評価と関連要因を明らかにする	21歳以上 3日以上ICUに入室した患者 38名	少なくとも6時間以上ICU入室した家族 21歳以上で適格者が2名以上いる家族94名	ICU版QODD: 症状コントロール 死の準備 死に際の状態 家族に関すること 適切な治療 全人的ケアに関すること	インタビュー調査	死亡後4カ月以上経っている
4 Levy CR, Ely EW, Payne K, Engelberg RA, et al.	Chest. 2005	USA(テネシー州)	家族による看取りの質の評価と医療者の評価の違いを明らかにする	48時間以上入室している患者68名	緊急連絡先の家族 50名の死亡患者の家族	ICU版QODD20項目	電話によるインタビュー調査	患者の死後1か月後
5 Glavan BJ, Engelberg RA, Downey L, et al. ¹⁴	Crit Care Med 2008	USA(ワシントン州)	看取りの質の向上の指標として診療記録が使用できるか、家族による看取りの質の評価から明らかにする	ICUで死亡した患者または退室後24時間以内に死亡した患者	電子カルテから抽出した近親者 有効回答者356名	ICU版QODD22項目とQODD1項目	郵送による質問紙調査	患者の死後1~2か月後
6 Curtis JR, Treece PD, Nielsen EL, Downey L, et al. ¹⁵	Am J Respir Crit Care Med 2008	USA(ワシントン州)	緩和ケアの向上のための介入前後の看取りの質を明らかにする	ICUに死亡前6時間以上在室、または、退室後24時間以内に死亡した患者590名	診療記録から抽出した近親者 有効回答者275名	ICU版QODD21項目 FS-ICU24項目	郵送による質問紙調査	患者の死後4~6週間後
7 Kauffer M, Murphy P, Barker K, et al. ¹⁶	Am J Hosp Palliat Care. 2008	USA(ニュージャージー州)	緩和ケアの介入の効果を家族の満足度から明らかにする	MICUで死亡した患者2005年188名、2006年275名	診療記録に連絡先の記載がある家族のうち同意が取れた家族2005年に43名、2006年に45名	35の質問のうち、看取りの質に関する質問は以下の6問が取れた家族2005年に3問(疼痛、呼吸苦、不穏)死の向け方の満足度3問(死を必要以上に延ばしたり短くしない、コンフォート、健康管理チームのサポート)	電話によるインタビュー調査	患者の死後2~16か月後
8 O'Mahony S, McHenry J, Blank AE, et al. ¹⁷	Palliat Med 2010	USA(ニューヨーク州)	緩和ケアチーム介入の効果	継続治療中に緩和ケアチームの介入を受けた患者157名	ICU版QODD調査10家族 家族フォーカスグループ3家族	ICU版QODD	インタビュー調査(フォーカスグループインタビュー)	不明
9 Curtis JR, Nielsen EL, Treece PD, Downey L, et al. ¹⁸	Am J Respir Crit Care Med 2011	USA(ワシントン州)	医療者に対する end-of-life careの教育的介入により看取りの質の評価の効果を明らかにする	ICUに死亡前6時間以上在室、または、退室後30時間以内に死亡した患者2318名(介入群1183、コントロール)	診療記録から抽出した近親者 有効回答者介入群182名、コントロール群214名	ICU版QODD多項目 QODD1項目 FS-ICU	郵送による質問紙調査	患者の死後4~6週間後
10 Lewis-Newby M, Curtis JR, Martin DP, et al. ¹⁹	J Palliat Med. 2011	USA(ワシントン州)	患者の年代の違いによる家族のケア満足度と看取りの質の評価の違い	ICUに死亡前6時間以上在室、または、退室後30時間以内に死亡した患者275名	診療記録から抽出した家族 有効回答者数275名	ICU版QODD22項目 QOD1項目 FS-ICU	郵送による質問紙調査	患者の死後4~6週間後
11 Kongsuwan W, Chaipetch O, Matchim Y ²⁰	Nurs Crit Care 2012	タイ	ICUでの平和な死の家族の認識を明らかにする	2日以上ICUに入室した患者	家族9名	家族が認識する平和な死とは何かの質問	インタビュー調査	患者の死後2~12か月後
12 Osborn TR, Curtis JR, Nielsen EL, et al. ²¹	Chest 2012	USA(ワシントン州)	家族の満足度と看取りの質の評価の関連を明らかにする	ICUに死亡前6時間以上在室、または、退室後30時間以内に死亡した患者1290名	診療記録から抽出した家族 有効回答者数1290名	ICU版QODD22項目 QOD1項目 FS-ICU	郵送による質問紙調査	患者の死後4~6週間後
13 Gerritsen RT, Hoffhuis JG, Koopmans M, van	Chest 2013	オランダ	死亡した患者の体験を家族と医療者の評価から明らかにする	48時間以上入室していた患者100名	同意が得られた家族100名	QODD25項目オランダ語版 FS-ICUオランダ語版	調査票を郵送後に電話でインタビュー	死後3週間後
14 DeCato TW, Engelberg RA, Downey L, et al. ²³	Crit Care Med 2013	USA(ワシントン州)	施設や経過的に見た緩和・終末期ケアの質の違いを明らかにする	ICUに死亡前6時間以上在室、または、退室後30時間以内に死亡した患者3065名	診療記録から抽出した有効回答者1215名	QOD1項目 FS-ICU	郵送による質問紙調査	患者の死後4~6週間後
15 Kross EK, Engelberg RA, Downey L, et al. ²⁴	Chest 2014	USA(ワシントン州)	医師の専門性の違いによる看取りの質の違いを明らかにする	ICUに死亡前6時間以上在室、または、退室後30時間以内に死亡した患者3124名	診療記録から抽出した家族1185名	QOD1項目 FS-ICU	郵送による質問紙調査	患者の死後1~2か月後
16 Long AC, Kross EK, Engelberg RA, et al. ²⁵	Intensive Care Med 2014	USA(ワシントン州)	病院内からの入室と救急外来からの入室による看取りの質の違いを明らかにする	ICUに死亡前6時間以上在室、または、退室後30時間以内に死亡した患者1500名	診療記録から抽出した家族581名	QODD1項目 FS-ICU	郵送による質問紙調査	患者の死後4~6週間後
17 Khandelwal N, Engelberg RA, Benkeser DC, et al.	Chest. 2014	USA(ワシントン州)	医療費と看取りの質・ケア満足度との関連を明らかにする	ICUに死亡前6時間以上在室、または、退室後30時間以内に死亡した患者607名	診療記録から抽出した家族有効回答者307名	QODD1項目 FS-ICU	郵送による質問紙調査	患者の死後4~6週間後
18 Lee JJ, Long AC, Curtis JR, Engelberg RA ²⁷	J Pain Symptom Manage 2016	USA(ワシントン州)	人種や教育レベルと看取りの質の評価との関連を明らかにする	ICUに死亡前6時間以上在室、または、退室後30時間以内に死亡した患者1290名	診療記録から抽出した家族有効回答者1249名	QODD1項目	郵送による質問紙調査	患者の死後4~6週間後

注1: QODD: Quality of Dying and death、QOD1項目: Singl-Item rating the quality of Dying/ QODD1項目: Singl-Item rating the quality of Dying and death

FS-ICU: Family Satisfaction in the Intensive Care Unit

注2: 著者名欄にある“数字”は引用文献の番号を示す

的介入を行い、前後で家族の評価を比較した研究では、介入前後の家族の評価は変わらなかったとの報告があった^{15,18)}。一方、緩和ケアの介入（早期のコミュニケーション、家族ミーティング、心理社会的サポート、家族サポートチームと、緩和ケアチーム、医師がメンバー）を行った前後での比較では、家族満足度は上がり、特に、意思決定や医師や看護師とのコミュニケーション、死にゆくプロセスでの満足度が上がったと報告されていた¹⁶⁾。医療者と家族の評価の違いでは、家族の評価は医師や看護師の看取りの質の評価よりも評価が低いと報告されている²²⁾、一方で、逆に看護師の看取りの質の評価よりも家族の評価は高い¹³⁾との報告もあった。また、回答集団による比較では、高齢患者家族の評価は若年患者の家族より高い¹⁹⁾、脳神経内科、脳神経外科の患者の家族の評価が他の診療科の家族よりも高いこと²⁴⁾、病棟からICUに入室した患者の家族評価は救急外来経由で入室した患者の家族評価よりも低い²⁵⁾など、患者の背景により家族の評価は異なっていた。オランダ語版のQODDを使用した調査²²⁾では、疼痛コントロールや話し合いについての評価が医師よりも家族の方が低かった等の結果が示されているが、QODDの質問項目の中には回答が困難で無回答のものもあったと報告されていた。

V. 考 察

海外でのICUでの家族による看取りの評価の現状から、わが国のICUでの看取りの質の評価の実施の可能性について考察を行なう。

1. 家族による看取りの評価の実施時期について

死別後の家族による看取りの質の評価は、良き看取りを行う上での課題を明確にするうえで重要である。しかし、死別後、家族が悲嘆にくれる中、調査を実施することは躊躇われ、特にICUのような急激な死が訪れる場では、死別による家族の衝撃は大きいことから、調査の実施には倫理的な課題も多い。今回、分析した文献では、早くて、死後3週間後から調査を実施していた。時間が経過することで記憶が薄れる可能性もあり、早期の調査の実施は、正確なデータを得る上で重要であるものの、死別後の早い時期での調査は、家族への負担が大きいことが想定される。海外で実施されている家族への看取りの評価の調査の多くは、患者の死後4週間～6週間に実施されていたが、この期間、日本では、四十九日法要（49日）といった忌明けの大切な法要法事がある。そのため、この法要の時期に、日本において、調査を実施することは家族の心身の負担を考えた場合、適切ではないかもしれない。我が国の大規模な遺族調査には、ホスピス・緩和ケアの質の評価に関する報告（J-HOPE）³⁰⁾があるが、遺族調査の時期は、死亡から1～2年後に実施しており、海外の調査に比べ死亡後の期間が長い。しかし、死亡後長期間経過した後の調査は、記憶が薄れることでの結果の信頼性の課題があり、倫理面の配慮と調査結果の信

頼性のバランスを考え、妥当な調査時期については検討する必要があると考える。

2. 調査対象の選定と調査方法について

対象としていた患者は、最低でも6時間以上入室していた者であったことから、入室直後の突然死の患者を除外していることが推察された。突然死の場合、家族の死の衝撃が強いことへの配慮も考えられるが、ICUでの在室期間が短いことで看取りの質の評価が困難であることも理由に考えられる。ICUにおける終末期に関する家族への調査の負担感の研究では、亡くなった患者と同居していた家族やケア満足度が低い家族は、調査に対する負担感が高いことが報告されている³¹⁾。患者と親密な関係にあった家族の評価は、ケア向上のために有用な資料となりうるものの、負担感を考えた際に、いつ、どのような方法で調査を実施するかを合わせて慎重に検討する必要がある。今回検討した文献の多くが、診療録から対象となる患者と家族を特定し郵送により調査を実施していた。我が国では診療録を活用した看取りの質の評価はほとんど報告されておらず、海外での診療録の活用方法については、今後、我が国のICUで、家族による看取りの質の調査を検討する上で参考になると考える。

3. 看取りの質に関する質問内容について

検討した文献での、看取りの質の評価での質問内容は、身体症状のコントロールに関する内容や、死の準備に関する内容、患者の尊厳、家族との関わりなど、ICUに一定期間入室していない場合には、評価が難しい項目であり、調査項目は、患者のICU入室期間や死亡後の調査実施時期と併せて妥当性を検討する必要があることがわかった。今回、最も多く使用されていたQODD調査票は、死にゆく患者に対する家族の認識を把握するための調査票として妥当であることが、いくつかの研究結果から示されている³²⁻³⁴⁾。我が国では、ICUでの看取りの質の評価尺度はないため、海外での作成プロセスを参考にしながら、日本の国民性にも配慮した測定尺度の開発も必要であろう。また、オランダ語版のQODDを使用した調査では、解答が困難で無回答の項目があったことが報告されており、日本においても、すべての項目をそのまま使用することは困難である可能性があり、仮に調査項目を翻訳して使用する際には、国民性の違いも踏まえた、項目の選定が必要であると考えられる。また、最近の報告では、看取りの質の評価を総合的に評価するため、1項目の質問のみを使用して行っている²³⁻²⁷⁾ものもあり、死別後の家族の負担を考慮した場合、このような少ない質問項目で評価できる方法も検討をしていく必要がある。

4. 家族に対して看取りの質の評価を実施する意義

日本救急医療学会、日本集中治療医学会、および日本循環器学会の3学会において、救急・集中治療における終末期医療に関する問題を解決するための提言がされ⁵⁾、終末期患者の家族への対応は重要な課題とされている。我が国のICUでの終末期患者の家族へのケア体制⁴⁾を評価する上でも、家族による看取りの質の評価は、今後必要とされると考える。

今回検討した文献の中で、緩和ケアの介入の効果について、家族による看取りの質で評価している調査研究¹⁵⁻¹⁸⁾があったものの、緩和ケアの導入後も評価は上がらなかった¹⁵⁾との報告もあった。我が国では、近年、ICUでの終末期医療に関する取り組みが増えていること^{4,5)}から、看取りの質の評価は向上しているかもしれない。それを明らかにする上でも、具体的な評価方法の検討は重要な課題であると言える。また、今回の文献の中で、医療者と家族の看取りの質の評価に違いがあったことが示されている^{13,17,22)}。家族による看取りの質の評価を明らかにすることは、医療者との評価のずれを明らかにするうえでも意義があると考えられる。

5. 研究の限界

海外の文献検討により、家族による看取りの質の評価に関する研究を概観したが、英論文であったことから、USAでの調査に偏ったことは否めない。また、海外での医療制度の状況や国民性の違いなどから、そのまま、日本に適用できるものではない。我が国での実施の方法については、今後ICU以外の遺族調査の方法も参考にしつつ検討していく必要がある。

VI. 結 論

今回、海外でのICUでの家族により看取りの評価の文献検討から、わが国での実施の可能性について考察を行なった。その結果以下の結論を得た。

1. ICU版QODD質問表が、看取りの質の指標として広く使用されており、我が国でもICUにおける良き看取りの質の指標を明確にしていくことが必要である。
2. 日本の状況を踏まえ、研究方法については倫理的配慮と結果の信頼性を考え、妥当な研究方法について検討する必要がある。
3. 家族による看取りの質の評価を実施することは、我が国のICUでの終末期医療の取り組みの評価や、医療者との看取りの質の評価とのずれを明らかにするうえで、意義がある。

本研究は、科学研究費基盤研究 (C) 課題番号26463313の助成の一部により実施した。

引用文献

- 1) 白鳥綸治、山本亨. ICUの基本的考え. 病院 1977 ; 36 (11), 27-29
- 2) 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. ICUとCCU 2009 ; 33 (11), 793-794.
- 3) 丸藤哲, 丸川征四郎. 急性期の終末期医療に対する新たな提言－第36回日本集中治療医学会学術集会合同シンポジウムより－. ICUとCCU 2009 ; 33 (11), 799-801.
- 4) 窪田達也. 集中治療における終末期医療：新たな提言

- 特集に当たって. ICUとCCU 2009 ; 33 (11), 791-792.
- 5) 救急・集中治療における終末期医療に関するガイドライン～3学会からの提案.
日本集中治療医学会ホームページ [2015.12.24]
http://www.jsicm.org/3gakkai_teigen1411.html
 - 6) Hales S, Zimmermann C, Rodin G. The quality of dying and death: a systematic review of measures. Palliat Med 2010 ; 24 (2), 127-144.
 - 7) Hinkle LJ, Bosslet GT, Torke AM. Factors associated with family satisfaction with end-of-life care in the ICU: a systematic review. Chest 2015 ; 147 (1), 82-93.
 - 8) Clarke EB, Curtis R, Luce JM, et al. Quality indicators for end-of-life care in the intensive care unit. Crit Care Med 2003 ; 33 (9), 2255-2262.
 - 9) Kinoshita S, Miyashita M. Evaluation of End-of-Life Cancer Care in the ICU: Perception of the Bereaved Family in Japan. Am J Hosp Palliat Care 2013 ; 30, 225-230.
 - 10) Heyland DK, Rocker GM, O'Callaghan CJ, et al. Dying in the ICU : perspectives of family members. Chest 2003 ; 124 (1), 392-7.
 - 11) Mularski R, Curtis JR, Osborne M, E, et al. Agreement among family members in their assessment of the Quality of Dying and Death. J Pain Symptom Manage 2004 ; 28 (4), 306-15.
 - 12) Mularski RA, Heine CE, Osborne ML, et al. Quality of dying in the ICU: ratings by family members. Chest 2005 ; 128 (1), 280-7.
 - 13) Levy CR, Ely EW, Payne K, Engelberg RA, et al. Quality of dying and death in two medical ICUs: perceptions of family and clinicians. Chest 2005 ; 127 (5), 1775-83.
 - 14) 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 (4), 1138-46.
 - 15) Curtis JR, Treece PD, Nielsen EL, Downey L, et al. Integrating palliative and critical care: evaluation of a quality-improvement intervention. Am J Respir Crit Care Med 2008 ; 178 (3), 269-75.
 - 16) Kaufer M, Murphy P, Barker K, et al Family satisfaction following the death of a loved one in an inner city MICU. Am J Hosp Palliat Care 2008 ; 25 (4), 318-25.
 - 17) O'Mahony S, McHenry J, Blank AE, et al. Preliminary report of the integration of a palliative care team into an intensive care unit. Palliat Med 2010 ; 24 (2), 154-65
 - 18) Curtis JR, Nielsen EL, Treece PD, Downey L, et al Effect of a quality-improvement intervention on end-of-life care in the intensive care unit: a randomized trial. Am J Respir Crit Care Med 2011 ; 183 (3), 348-55.
 - 19) Lewis-Newby M, Curtis JR, Martin DP, et al Measuring family satisfaction with care and quality of dying in the in-

- tensive care unit: does patient age matter? *J Palliat Med* 2011 ; 14 (12), 1284-90.
- 20) Kongsuwan W, Chaipetch O, Matchim Y. Thai Buddhist families' perspective of a peaceful death in ICUs. *Nurs Crit Care* 2012 ; 17 (3), 151-9.
- 21) Osborn TR, Curtis JR, Nielsen EL, et al Identifying elements of ICU care that families report as important but unsatisfactory : decision-making, control, and ICU atmosphere. *Chest* 2012 ; 142 (5), 1185-92.
- 22) Gerritsen RT, Hofhuis JG, Koopmans M, van et al. Perception by family members and ICU staff of the quality of dying and death in the ICU: a prospective multicenter study in The Netherlands. *Chest* 2013 ; 143 (2), 357-63.
- 23) DeCato TW, Engelberg RA, Downey L, et al Hospital variation and temporal trends in palliative and end-of-life care in the ICU. *Crit Care Med* 2013 ; 41 (6), 1405-11.
- 24) Kross EK, Engelberg RA, Downey L, et al. Differences in end-of-life care in the ICU across patients cared for medicine, surgery, neurology, and neurosurgery physicians. *Chest* 2014 ; 145 (2), 313-321.
- 25) Long AC, Kross EK, Engelberg RA, et al. Quality of dying in the ICU: is it worse for patients admitted from the hospital ward compared to those admitted from the emergency department? *Intensive Care Med* 2014 ; 40 (11), 1688-97.
- 26) Khandelwal N, Engelberg RA, Benkeser DC, et al. End-of-life expenditure in the ICU and perceived quality of dying. *Chest* 2014 ; 146 (6), 1594-603.
- 27) Lee JJ, Long AC, Curtis JR, Engelberg RA. The Influence of Race/Ethnicity and Education on Family Ratings of the Quality of Dying in the ICU. *J Pain Symptom Manage* 2016 ; 51 (1), 9-16.
- 28) The University of Washington. Instruments [cited 2016 Nov18], End-of-Life Care Research Program at UW School of Medicine Web site: URL: <http://depts.washington.edu/eolcare/products/instruments/>
- 29) Wall RJ, Engelberg RA, Downey L et al. Refinement, scoring, and validation of the family satisfaction in the Intensive Care Unit (FS-ICU) survey *Crit Care Med* 2007 ; 35 (1), 271-279.
- 30) 日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団. 遺族によるホスピス・緩和ケアの質の評価に関する研究 (J-HOPE) [2016.9.15] http://www.hospat.org/practice_substance-top.html
- 31) Kross EK, Nielsen EL, Curtis JR, et al. Survey burden for family members surveyed about end-of-life care in the intensive care unit. *J Pain Symptom Manage* 2012 ; 44 (5), 671-80.
- 32) Downey L, Curtis JR, Lafferty WE, et al. The Quality of Dying and Death Questionnaire (QODD): empirical domains and theoretical perspectives. *J Pain Symptom Manage* 2010 ; 39 (1), 9-22.
- 33) 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 (1), 17-31.
- 34) Patrick DL, Engelberg RA, Curtis JR. Evaluating the quality of dying and death. *J Pain Symptom Manage* 2001 ; 22 (3), 717-26.