



Web連載

**注目！** がん看護における  
**最新エビデンス**



**田中雄太**  
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 博士課程

## 第55回

# ICUで死にゆく患者の家族に 対する3ステップのサポート戦略： クラスターランダム化試験

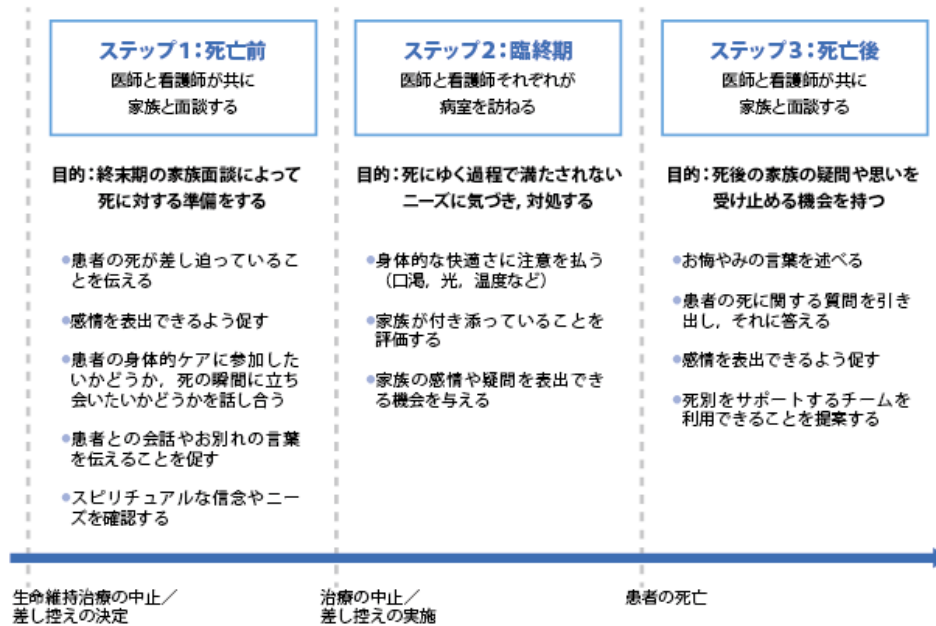
Nancy Kentish-Barnes, Sylvie Chevret, Sandrine Valade, et al. A three-step support strategy for relatives of patients dying in the intensive care unit : a cluster randomised trial. *Lancet*. 2022 Feb 12 ; 399 (10325) : 656-664. doi : 10.1016/S0140-6736 (21) 02176-0. Epub 2022 Jan 19.

ICU (Intensive Care Unit) は、重症患者の救命と回復を目的として、集中治療を提供する部門です。しかし、最善の治療を尽くしたとしても、残念ながら死亡する患者は少なくありません。我が国のICUデータベースでは、ICUで治療を受けた患者の8.7%が、ICU滞在中もしくはICU退室後に病院で亡くなっていることが示されています<sup>1)</sup>。また、ICUという特殊な環境で死別を経験することは、家族の悲嘆を長引かせるリスクが高いと考えられています<sup>2)</sup>。それは、遷延性悲嘆障害と呼ばれ、家族のメンタルヘルスやQOL、医療資源消費の増加に悪い影響を及ぼすことから、その予防は重要な課題です。

今回紹介するのは、死にゆく患者のプロセスの3つの重要な瞬間（患者の死亡前、臨終期、死亡後）に焦点を当てた3ステップのコミュニケーション介入によって、家族の遷延性悲嘆障害を減少させるかを検証した、34施設のクラスターランダム化試験です。

本研究は、2017年2月～2019年10月の期間にフランスの34施設のICUに入室し、生命維持治療の中止または差し控えの方針（withdraw/withhold）に決定した、18歳以上の患者の家族を対象に行われました。また、3ステップのコミュニケーション介入は、患者の死亡前、臨終期、死亡後に実施されました。その概要を図1に示します<sup>3)</sup>。

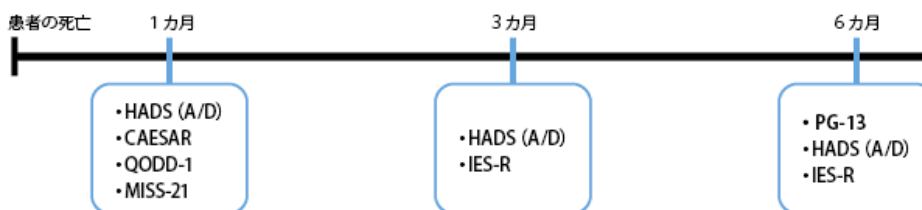
図1 3ステップ介入の概要



介入群のICU（17施設：484人）では、事前に医師・看護師に「終末期における言語的・非言語的コミュニケーション」に関するトレーニングを受講してもらい、傾聴・共感の重要性について意識づけを行い、要点をまとめたパンフレットを配布しました。介入の目標として、「家族が感情を表現すること、質問すること、医療に関する情報の理解が得られること、最期の瞬間まで患者へのケアが継続すると確信できること」と設定しました。対照群（17施設：391人）は、通常ケアを受けました。

主要評価項目であるProlonged grief-13 (PG-13) は、13項目（11～55点）で構成される評価尺度で、30点以上で遷延性悲嘆障害と判定します。副次的評価項目は、家族の経験を評価するCAESAR, 死の質を評価するQODD-1, 不安および抑うつ症状を評価するHADS, 心的外傷後ストレス障害 (PTSD) を評価するIES-R, 医療者とのコミュニケーションの満足度の評価としてMISS-21を用いました。各評価尺度のデータは、患者死亡後、1カ月、3カ月、6カ月の時点で、電話によって収集されました（図2）。

図2 評価項目のデータ収集フロー

**PG-13** (Prolonged grief-13) :

得点範囲は11～55点で、30点以上で遷延性悲嘆障害と判断する。

**HADS** (Hospital anxiety and depression scale) :

Anxiety (不安) / Depression (抑うつ) の2つの下位尺度で構成されており、それぞれ得点範囲は0～21点で、7点以上で不安または抑うつ症状ありと判断する。

**IES-R** (Impact of event scale?revised) :

得点範囲は0～88点で、心的外傷後ストレス障害 (PTSD) のリスクを判定する。12～32点で中等度、33点以上で高リスク。

**CAESAR** :

得点範囲は15～75点で、死に対する家族の経験を評価する。59点以下は困難な経験、60～68点は公正な経験、69点以上は良い経験。

**QODD-1** (Quality of dying and death) :

得点範囲は0～10点で、高いほど死の質が良いことを示す。

**MISS-21** (Medical interview satisfaction scale) :

得点範囲は1～7点で、高いほど診察時のコミュニケーションの満足度が高いことを示す。

6 カ月時点のデータ収集を完了できたのは、介入群は378/484人 (78%)、対照群は309/391人 (79%) でした。患者の平均年齢は70歳、家族の平均年齢は54歳であり、その他の患者・家族の背景因子についても、介入群と対照群で有意な差はありませんでした。

主な結果を表に示します。

表 死亡後1カ月, 3カ月, 6カ月における介入群と対照群の各評価項目の平均値の差

	対照群	介入群	効果量* (95%信頼区間)	p値
<b>主要評価項目 (6カ月後)</b>	n=307	n=379		
PG-13 (遷延性悲嘆障害) 平均値 [標準偏差]	23.4 [10.5]	20.9 [8.4]	-2.5 (-4.0~-1.0)	0.003
PG-13 ≥30の度数 [%]	66 [21%]	57 [15%]	-6.5% (-0.12~-0.6)**	0.03
<b>副次評価項目 (1カ月後)</b>	n=352	n=433		
CAESER (死に対して困難な経験と 感じた家族) ≥59の度数	77 [22%]	58 [13%]	-8.5% (-12.9~-3.1)**	0.002
QODD-1 (死の質) 平均値 [標準偏差]	7.8 [1.9]	8.5 [1.9]	+0.7 (0.1~0.7)	0.02
HADS-A (不安) 平均値 [標準偏差]	7.8 [4.6]	7.1 [4.3]	-0.7 (-1.5~0.0)	0.063
HADS-D (抑うつ) 平均値 [標準偏差]	7.3 [5.2]	6.6 [5.0]	-0.7 (-1.5~0.1)	0.095
MISS-21 (コミュニケーションの満足度) 平均値 [標準偏差]	5.8 [1.2]	6.1 [1.1]	+0.3 (0.02~0.5)	0.04
<b>副次評価項目 (3カ月後)</b>	n=310	n=393		
HADS-A (不安) 平均値 [標準偏差]	7.6 [4.3]	6.9 [3.9]	-0.7 (-1.4~0.0)	0.051
HADS-D (抑うつ) 平均値 [標準偏差]	6.1 [4.5]	5.2 [4.8]	-0.9 (-1.6~-0.2)	0.016
IES-R (PTSD) 平均値 [標準偏差]	22.0 [15.6]	17.1 [12.4]	-4.9 (-7.5~-2.3)	<0.0001
<b>副次評価項目 (6カ月後)</b>	n=309	n=379		
HADS-A (不安) 平均値 [標準偏差]	7.2 [4.2]	6.0 [4.2]	-1.2 (-1.9~-0.5)	0.002
HADS-A (抑うつ) 平均値 [標準偏差]	5.0 [4.7]	4.1 [4.0]	-0.9 (-1.6~-0.2)	0.02
IES-R (PTSD) 平均値 [標準偏差]	17.5 [15.6]	13.6 [12.4]	-3.9 (-6.6~-1.2)	0.013

\* 2群の平均値の差を表す

\*\* 2群のPG-13のスコアが30以上であった家族の割合の差を表す

主要評価項目である6カ月後のPG-13スコアは、介入群が対照群よりも有意に低く（平均値の差 -2.5； $p=0.003$ ），遷延性悲嘆障害と判断される30以上のスコアの家族も少ない結果でした（57人〈15%〉 vs 66人〈21%〉； $p=0.03$ ）。

副次的評価項目では、測定されたほとんどの変数が、対照群よりも介入群で有意に良好な結果でした。

本研究によって、3ステップの体系化されたコミュニケーション介入が、患者の死後6カ月の家族の遷延性悲嘆障害、不安/抑うつ症状、PTSD症状の有病率を減少させることが明らかになりました。

介入内容については、皆さんの施設においてもすでに実践されているようなケアが多く含まれていると思います。特別な介入を行わなくても、日常的にかかわっているICUの医師や看護師が協働してケアすることによって、家族の遷延性悲嘆障害を6%減少させるという効果は大きいと考えられます。

しかし、実際の運用には、マンパワーや家族面談のために十分な時間の確保が難しいことなど、障壁があるかもしれません。本研究の介入のポイントである「家族が感情を表現すること、質問すること、医療に関する情報の理解が得られること、最期の瞬間まで患者へのケアが継続すると確信できること」を医療者チーム全体で共有し、終末期におけるコミュニケーションの重要性を認識するところから始めてみるのもよいのではないのでしょうか。

#### 引用・参考文献

- 1) JIPADホームページ：JIPAD Annual Report 2020  
[https://www.jipad.org/images/include/report/report2020/jipad\\_report\\_2020.pdf](https://www.jipad.org/images/include/report/report2020/jipad_report_2020.pdf) (2022年9月閲覧)
- 2) Kentish-Barnes N, Chaize M, Seegers V, Legriell S, Cariou A, Jaber S, et al. Complicated grief after death of a relative in the intensive care unit. Eur Respir J. 2015 May ; 45 ( 5 ) : 1341-1352.
- 3) Kentish-Barnes N, Chevret S, Azoulay E. Guiding intensive care physicians' communication and behavior towards bereaved relatives: study protocol for a cluster randomized controlled trial (COSMIC-EOL). Trials. 2018 Dec 22 ; 19 ( 1 ) : 698.

---

たなかゆうた：秋田大学医学部保健学科卒業後、東北大学病院に入職。脳神経外科・神経内科病棟、救命救急センターで看護師として勤務。クリティカルケア領域の緩和ケアに関心を持ち、2019年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に進学。2021年看護学修士課程を修了し、2021年より博士後期課程に進学。

この商品の内容に関するお問い合わせは[仙台事務所](#)  
お急ぎの場合は、TEL (022) 261-7660におかけください。  
※土・日・祝は対応しておりません。

ご注文に関する内容・変更・追加などのお問い合わせは、  
お客様センターフリーダイヤル0120-057671に  
おかけください。

※本サービスは事情により予告なく終了することがございます。  
あらかじめご了承ください。

ページトップに戻る



Copyright© nissoken. All Rights Reserved.

お客様センターフリーダイヤル 0120-057671