

〔原 著〕

## ICU看護師による死後のケアを通じた家族への関わり

犬飼 智子<sup>1)</sup> 渡邊 久美<sup>2)</sup>

## 要 旨

目的：ICU看護師が死の直後から退室までに家族にどのように死後のケアへの参画を促し、関わっているのかを明らかにすることである。

研究方法：ICU看護師6名を対象とし、半構成的面接による質的記述的研究を行った。分析にはM-GTAを用いた。対象者の臨床経験年数は平均9.8年であった。

結果：8カテゴリー、1コアカテゴリーが生成された。ICU看護師は家族が患者の死後に泣き崩れる様子に対し、【突然の死別を迎えた家族の捉え】を行っていた。そして、ベッド周囲の環境を整え【周囲と切り離れた穏やかな別れの場作り】、【家族の感情への寄り添い】を行っていた。その後、【死後のケアへの参加の提案】をし、【家族の意向の引き出しと尊重】によって家族の思いや要望を引き出していた。ケア中には、【家族に負担をかけないケア内容の調整】を行い、ケアを共に行いながら【家族が患者に温かみがあるうちに触れる別れの場作り】、【家族の治療決定の支持と思いの受け止め】を行っていた。これらの死の直後から退室までの一連の関わりには『集中治療の痕跡を消し家族の患者像を取り戻す』ケアが通底しており、さらに帰結として収束された。

考察：ICU看護師は、治療の場から別れの場へ環境を整え、家族に死後のケアを提案、調整し、意向を尊重しながら共にケアを行える状況に導いていた。死後のケアへの参画は家族にとって死と向き合う場となり、患者のその人らしさを取り戻すことで死を受容する一助になると考えられる。

キーワード：ICU、看護師、家族看護、グリーフケア

## 1. 緒 言

救急・重症患者は、多くの場合、突然の疾病や外傷、疾患の急性増悪など急激な全身状態の悪化をきたし、集中治療室（以下、ICU）に入院する。患者は、重度の意識障害や人工呼吸器などの装着により、会話もできず亡くなることがある。家族はICUの緊迫した雰囲気と人工呼吸器など機器に囲まれた特殊な環境の中で、十分な別れの時間がないまま最期の時を迎える。家族にとっては、予測もしなかった患者との別れとなる。家族は、死別による悲しみや怒り、否認などの身体的・情緒的反応を示し、悲

嘆の状態にあると言える（坂口、2010）。

患者の死後、看護師は患者の身体を清潔にし、着替え、化粧などのケアを行っており、これは死後のケア、エンゼルケアとも呼ばれる。小林は、死後のケアにおける化粧について「医療行為による侵襲や病状などによって失われた生前の面影を可能な範囲で取り戻すための顔の造作を整える作業や保清を含んだ“ケアの一環としての死化粧”であり、グリーフケアの意味を併せ持つ行為」と定義している（小林、2004）。これら死後のケアについての研究は、ほとんどが施設、病棟ごとに実施され、看護師を対象とした意識調査や実態調査が行われてきた。施設ごとに実施状況は異なっているが、看護師は家族と共に死後のケアを行う場合があることが報告されて

1) 岡山県立大学保健福祉学部看護学科

2) 香川大学医学部看護学科

いる。一般病棟での死後のケア参加に関する家族への意思確認は、4~7割の看護師が行っている（藪内、久松、早野他2006；上原、秋本、細井他、2007；中村、稲垣、吉田、2011）。クリティカルケア領域では、福田らがICU看護師への質問紙調査を実施し、死後のケアに家族が参加できることを毎回もしくはしばしば伝えている看護師は半数以上であった（福田、平山、増子、2009）。これらの結果より、施設によってばらつきが大きい、死後のケア時に看護師から家族に対し、参加の働きかけが行われていることが明らかとなっている。また、高橋らの調査では家族110名のうち62名が死後の処置に参加を希望していたと報告している（高橋、佐藤、備前他、2005）。そして、参加した家族への調査では、消化器内科病棟で死亡した患者の家族36名中15名が死後のケアに参加し、そのほとんどが満足していた（内藤、祖父江、2011）。これらの結果より、死後のケアへの参加のニーズをもつ家族があり、参加した家族にとっては何らかの良い経験として残っていると言える。海外では日本と文化、宗教、医療事情が異なるものの、ノルウェイの緩和ケア病棟において、死の前後のケアの質改善に関する研究がみられ家族が死の前後のケアに参加することの重要性が指摘されている（Hadders, Paulsen, Fougner, 2013）。

これまで死後のケアに関する研究は一般病棟における調査が多く、ICUではわずかである。また、死後のケアの家族参加に関する研究は、数件の実態調査が散見されるのみである。先述のように、ICUで患者を亡くした家族の悲嘆は強く、家族への精神的援助は非常に重要であることから、ICU看護師が行っている死後のケアを通じた家族への関わりは、家族の悲嘆を和らげ、死の受容を促す可能性がある。小林らの定義では“グリーフケアの意味を併せ持つ”とされており、ICUにおける死後のケアが家族の悲嘆に対するケアとしてどのような意味があるのか考察することで、今後の家族ケアの質向上につながると思われる。

## II. 研究目的

本研究の目的は、ICU看護師が患者の死の直後から退室までに、亡くなった患者の家族にどのように死後のケアへの参画を促し、関わっているのかを明らかにすることである。

## III. 研究方法

### 1. 研究参加者

急性期病院のICUに勤務している臨床経験年数5年以上かつICUでの経験年数3年以上の看護師10名程度とする。管理職は除き、死後のケアを患者の家族と共に実施した経験がある者とする。

上記の条件を満たす者の紹介を、研究協力の得られた施設のICU師長に依頼した。

### 2. 調査期間

2011年7~8月。

### 3. データ収集方法

参加者は、個別にインタビューガイドに沿った半構成的面接を実施した。面接は、参加者の勤務に支障のない時間に、プライバシーの確保できる個室で実施した。面接内容は、今までICUにおいて家族と共に死後のケアを行った場面を想起してもらい、死後のケアを行う際に家族にどのように声をかけているか、どのようなタイミングで行うか、印象に残っているケアの場面などについて自由に語ってもらった。参加者が語りを終えた時点で面接を終了した。面接内容は、許可の得られた場合は録音し、許可の得られない場合は筆記とし、面接内容を記録しデータとした。

### 4. 分析方法

データ分析方法は、修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ（以下M-GTA）を用いた。M-GTAの分析方法は、行為者がどのような意図で行為を行っていたのか意味の解釈が可能であり、データの切片化を行わないため、実践現場でのデータに基づき現象を説明できる。そのため、死の直後から、死

後のケアを進めていく過程における看護師の家族との関わりについて明らかにすることが可能となると判断した。分析焦点者は看護師とし、“患者の死後から死後のケア場面における看護師の関わりと家族の反応”を分析テーマとした。

逐語録から分析テーマに沿った内容を示す記述について、看護師の家族への関わりと意図、それに対する家族の反応、ケアの内容についてデータの中からすべて抽出した。そして、言葉の文脈を損なわないように抜き出し、類似や比較した言葉を集約した分析ワークシートを作成した。分析ワークシートを繰り返し熟読し、その内容を比較分析しながらデータが意味するものを読み取り、概念化した。この抽出された概念について、類似の概念をまとめサブカテゴリーを生成し、その意味内容のまとまりごとにカテゴリーを生成した。さらにカテゴリーの関係についても検討し、カテゴリー間の相互関係を見ながらカテゴリーを配置し、結果図を作成した。そして結果図に示されたプロセスを文章化した。

カテゴリーの信頼性確保に向けて、その現象に精通した複数の研究者と共に、分析対象となった場面における現象を反映したものになっているかなど、検討を行った。

5. 倫理的配慮

参加者へは、事前に研究の目的と内容を書面に記し、同意を得た。面接前に再度、研究の目的と内容、同意の撤回が可能であること、不参加による不利益を被らないこと、得られたデータについては匿名性の確保、プライバシーの保護について文書および口頭で説明した。同意書への記入をもって、同意とした。

なお、本研究は、研究者の所属する大学の倫理委員会の承認を得て実施した。

IV. 結果

1. 研究参加者の概要

参加者は6名で、年齢は20代から40代であり、

表1. 研究参加者の概要

参加者	年齢	臨床経験年数 (年)	対象施設勤務年数 (年)	ICU 経験年数 (年)
A	30代前半	11	11	4
B	30代後半	15	13	3
C	40代前半	10	10	4
D	20代後半	6	3	3
E	30代前半	12	12	8
F	20代後半	5	5	5

平均年齢は33.7歳であった。平均臨床経験年数は9.8年、平均ICU勤務年数は4.5年であった。参加者の概要を表1に示す。

2. ICU看護師による死後のケアを通じた家族との関わりの内容

分析の結果、1コアカテゴリー、8カテゴリー、19サブカテゴリーが生成された。【突然の死別を迎えた家族の捉え】、【周囲と切り離れた穏やかな別れの場作り】、【家族の感情への寄り添い】、【死後のケアへの参加の提案】、【家族の意向の引き出しと尊重】、【家族に負担をかけないケア内容の調整】、【家族が患者に温かみがあるうちに触れる別れの場作り】、【家族の治療決定の支持と思いの受け止め】の8カテゴリー、『集中治療の痕跡を消し家族の患者像を取り戻す』の1コアカテゴリーであった。

以下に、コアカテゴリーは『 』、カテゴリーは【 】, サブカテゴリーは〈 〉、参加者の語りは「 」で示す。各カテゴリーについて、サブカテゴリー、参加者の語りの例を用いて説明する。

1) 【突然の死別を迎えた家族の捉え】

ICU看護師は、突然の発症や病状の悪化によってICU入室となった患者の家族を、集中治療を行う中で〈わずかな回復への期待を抱く家族〉と捉えていた。病状説明により厳しい状況を告知されていたとしても、〈心の準備をする時間がない家族〉が十分な準備がないままに患者の死の転機を迎え〈強い悲しみを表出する家族〉の様子として捉えていた。

例として「ICUに重症で急に入院して、2, 3日で山を越えられずに（亡くなる）っていうと、（家族の）心の準備ができずに亡くなる場面に遭遇する。

家族は、受け止められない感じがあるのかな」(B氏)、「(亡くなると)言われていて予測はついてることだけど、いざそういう場面になるとみんなわーって言って涙流して、もう駄目だってわかっているけどもうちょっと頑張っしてほしいという思いで、まだいけるって言ったりとか、そういうシーンが印象に残っています」(A氏)と語りがあった。

### 2) 【周囲と切り離れた穏やかな別れの場作り】

ICU看護師は、ベッド周辺の機器類を片付け、カーテンで周囲から遮るなど〈オープンスペースでのプライバシー確保〉を行い、家族が別れの時間を持てるように環境を確保し、〈集中治療の環境から別れの場への転換〉を行っていた。

例として、「体液とか気持ちいいものじゃないものが見えないようにしたり、その辺を片付けたりとか、雑然としている中に入ってもらうのはどうかと思う」(D氏)、「ICUはワンフロアなので、声も聞こえたりするので、カーテンを閉めたり、環境を整えたりとか」(E氏)と語りがあった。

### 3) 【家族の感情への寄り添い】

ICU看護師は、〈家族をそばで見守り患者に声をかけたり触れたりできるように促す〉ことで近寄りがたい印象を払拭し、手を握ったり、声をかけたりできるように働きかけていた。そして、治療に関する器具を除去した状態で面会をしてもらい〈抜管後に面会して家族が落ち着く時間を作る〉ように、ベッドサイドで見守りながら家族の別れの時間が持てるように関わっていた。

例として、「(対応は)家族によって違うんですけど、だいたい、よく頑張られましたねとか、そんな感じで言葉をかけて、お別れしている間は特に、見守っているような感じで」(C氏)、「私はあんまりこちらから、そばにはいるけども積極的に声をかけることはせず、患者さんのそばに寄っていただいて、ご家族と亡くなった患者さん本人との時間をもってもらいたいと思っています」(E氏)と語りがあった。

### 4) 【死後のケアへの参加の提案】

ICU看護師は、家族に死後のケアについて可能なケアの説明を行い、看護師に任せるまたは一緒に行うかの希望を伺っていた。強制にならないように、よかったら一緒にされますかといった丁寧な声かけを行い、〈家族と一緒にできるケアを説明し家族の要望を確認する〉関わりを行っていた。

例として、「これから体をきれいにさせていただきますけど、こういうことが家族と一緒にできるので、よかったら一緒に入ってされますか」という感じで話しています」(A氏)、「本当にいろんな方がおられて、(死後のケアを)一緒にされる方もいたら、全くお任せという方もおられるので、いろいろだなと感じる。少しでも家族の意に沿えるよう強制はせずにと思っている」(E氏)と語りがあった。

### 5) 【家族の意向の引き出しと尊重】

ICU看護師は、死後のケアを行う際には後悔がないように〈家族の意向を確認し希望に沿ってケアを行う〉ことを念頭において、家族が亡くなった患者にしてあげたいことなどの要望を確認するために〈表出されない家族のニーズを汲み取る〉よう声をかけたり、配慮したりしていた。

例として、「死後のケアを(家族が)希望されたら、(看護師と一緒に)できるってことを言わないと(家族から)さしてくださいとは言われなと思うので、声かけを忘れずに行きたいなと思います」(E氏)、「最期こういう服を着せてあげたいというのは、(表には出されないけど)ちょっとどっかにあったりもするかと思って」(C氏)と語りがあった。

### 6) 【家族に負担をかけないケア内容の調整】

ICU看護師は、死後のケアは技術が必要なため、負担にならないよう〈家族がケアしやすいような事前の準備〉を行っていた。一緒に行う際には家族の要望に沿うように〈家族が関わりたい気持ちを重視した負担にならないケアの調整〉を行い、限られた時間の中で〈患者の迎える時間内にできるケア内容の調整〉を行っていた。

例として、「亡くなられたご本人にしても、裸で下のほうまで見られたくないよと思うので、浴衣をだいたい着られるので、(看護師が事前に)着せて合わせるくらいまでにしておいて、(家族に)手を拭いてもらったり、足を拭いてもらったりとか」(C氏)、「決まっている時間があったら、それまでに終わらないといけない。どの部分をご家族に担当してもらったら時間内に必要なことができて、しかも、家族にも満足していただけるかなというのは、だいぶ考えます」(A氏)と語りがあった。

### 7)【家族が患者に温かみがあるうちに触れる別れの場作り】

ICU看護師は、家族が死後のケア中は〈温かみがあるうちに患者に触れて別れを告げる最期の場を作る〉、〈家族が治療を終えた患者を労い、話しかけながらケアできる場を作る〉ように関わっていた。看護師がケア中も患者に対して〈生前と同じように声をかけ、穏やかに患者に接する〉ことで、死後も患者の尊厳を保ち、穏やかに死後のケアを進めていた。看護師がリードしながら、家族が患者に話しかけたり、体を拭いたりできるように促していた。

例として、「いつもきちんとお化粧をされていた患者さんには家族が、“こんなふうにきちんと化粧していたよね”とか話されながらお化粧したりとか、“土気色じゃなくて、顔色が良くなって、なんか表情が良く見えるね、お化粧すると”って家族が言われながら」(B氏)、「“私達のことには心配しなくていいから”って声かけられたりする人もいますね。ケアをしながら、本人に“お疲れさまでした、よく頑張ったね”みたいな感じで拭かれたりしますね。泣いている方もおられますけど、冷静に落ち着かれている方もおられますね」(F氏)と語りがあった。

### 8)【家族の治療決定の支持と思いの受け止め】

ICU看護師は、家族と一緒に死後のケアを行っている時に〈ケアを通して亡くなってからの家族の思いを受け止める〉ように家族から語られる話を傾聴し、後悔や迷いを表出された時には〈家族の選択した治療や判断を支持する〉ように関わっていた。

例として、「そういう場に出てくる言葉は、患者さん自身のこととか、亡くなったけどこうだったわとか、ここで穏やかに逝って良かったとか。あんまりプラスのことばかりではないかもしれないけど、そういう家族の言葉は亡くなってからじゃないと聞けない言葉ってあると思うから」(D氏)、「家族は“こんな呼吸器なんかつけなかったら腫れたりしなかったんですかね”みたいなことを言われたりするから。“それでもやっぱり、ゆっくりお別れができたからね”とか、その状況を選んだことに対する承認の言葉をかけますね」(C氏)と語りがあった。

### 9)『集中治療の痕跡を消し家族の患者像を取り戻す』

患者は挿管などによって顔の浮腫や口唇の変形などが生じることが多いため、できるだけ治療の痕跡が残らないように患者の元気な頃の顔元に近づくように化粧をしたり、衣服を整えたりしていた。ケア中は家族とコミュニケーションを図り患者の嗜好を尋ねながら〈化粧や整容により患者の本来の姿に近づき、家族の思う本人像と一致させる〉ようにケアを行っていた。例として、「メイクとかもできるだけいつもどおり、以前のこの人の化粧の仕方とか、そういうのがあると思うので。ご家族と一緒にする時は、ファンデーションの色とかも気遣って聞いたりとか、頬紅とかもこんな感じですかね、と一緒にしたりとか」(A氏)と語りがあった。

ICU看護師は死の直後から別れの環境を整え、時間を確保し、家族に死後のケアを丁寧に説明することで家族が死後のケアに参画できる状況に導いていた。これは『集中治療の痕跡を消し家族の患者像を取り戻す』関わりであり、家族に継続した悲嘆のケアを行っていたことを示していた。

### 3. ICU看護師による亡くなった患者の家族に対する死後のケアの参画を通じた関わりのストーリーライン

ICU看護師が、亡くなった患者の家族に対する死後のケアの参画を通じた関わりを示す8カテゴリー、1コアカテゴリーのプロセスおよび構造を図1に示す。

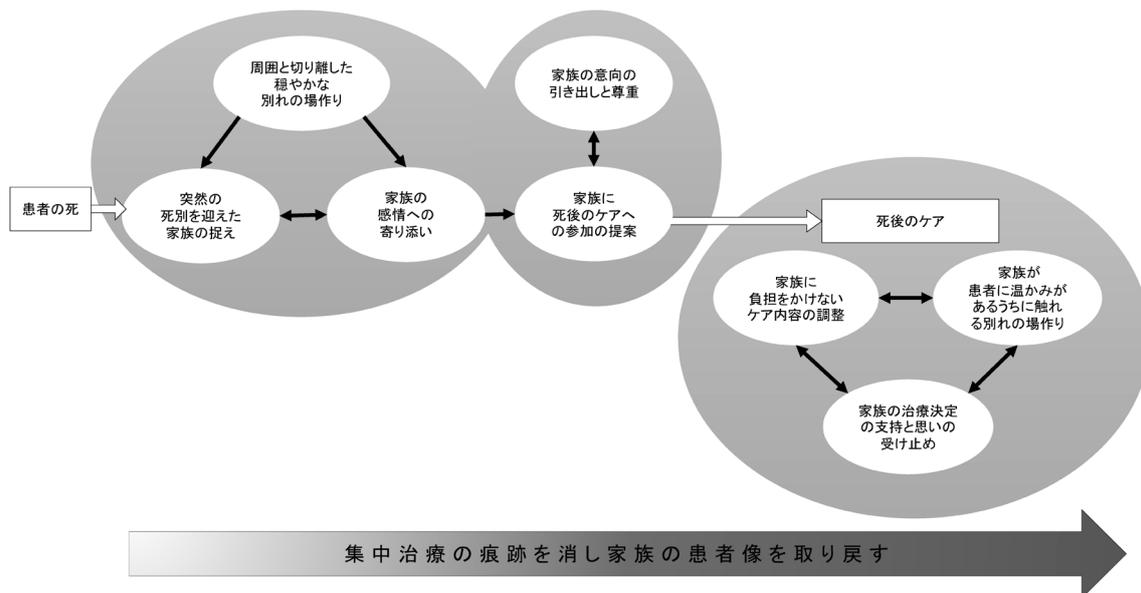


図1. 死後のケアを通じた家族への関わり

死の直後においてICU看護師は、家族が回復へのわずかな期待を絶たれベッドサイドで泣き崩れる様子に対し、【突然の死別を迎えた家族の捉え】を行い、そばで寄り添っていた。そして、治療機器を取り除くなどベッド周囲の環境を整え、【周囲と切り離れた穏やかな別れの場作り】を行い、治療の場から看取りの場への転換を図っていた。このように死の直後は、時間、環境を調整し、【家族の感情への寄り添い】によって、別れの場を作っていた。

次に、【死後のケアへの参加の提案】を行い、【家族の意向の引き出しと尊重】によって家族の思いや要望の表出を促していた。ケア中には、技術の必要なケアは事前に済ませておくなど【家族に負担をかけないケア内容の調整】を行っていた。そして、ケアを共に行いながら【家族が患者に温かみがあるうちに触れる別れの場作り】、【家族の治療決定の支持と意思の受け止め】を行い、家族が表出した患者や治療への思いを傾聴していた。死後のケアによって集中治療の影響を和らげ、整容し、患者らしさ、様相を取り戻せるように関わっていた。

このようにICU看護師は、死の直後から別れの環境を整え、家族と共に死後のケアを行える状況に導いていた。そして家族の意向を尊重し、死後のケアを調整しながら共に行うことで家族が死に向き合

う場を作り、治療の痕跡を消し患者らしさを取り戻せるように援助技術を提供していた。これら一連の関わりは、死の直後から退室までの過程を通して継続して行われ、『集中治療の痕跡を消し家族の患者像を取り戻す』関わりが通底しており、さらに帰結として収束された。

これらのカテゴリーの相互関係を図1に示した。

## V. 考察

### 1. ICU看護師の死の直後における環境調整と家族アセスメントによる支援

ICU入室後、家族は予後不良、生命の危機状態があると告知を受け、予期悲嘆の状態にあり、患者と死別後には悲嘆の状態にあると言える。看護師は患者の死の直後、【突然の死別を迎えた家族の捉え】を行っており、強い悲しみの様子を目の当たりにし、身体的苦痛、混乱や絶望といった悲嘆反応を捉えていた。これは悲嘆に対する援助に向け、まず家族の様子を観察し、アセスメントしている段階であると考えられる。

次に、【周囲と切り離れた穏やかな別れの場作り】によってICUの環境を整え、【家族の感情への寄り添い】を行っていた。ICUの環境は、ワンフロア、

個室などさまざまであるが、治療を継続している患者が同フロアである場合もありうる。家族が周囲に気兼ねすることなく感情を表出し、患者との別れの時間を持つことができるような〈オープンスペースでのプライバシー確保〉、〈集中治療の場から別れの場への転換〉といった環境作りは、ICUの特徴的関わりであるといえる。そして、看護師は家族のそばにいて、家族の様子をみながら声をかけるか、見守るべきかを判断し、状況に応じて患者に触れるように声をかけたりしていた。これは、ICUでは急激な死が多く死の受容ができていないことが多いことを考え、“無理な介入をせず、待つ”という関わり（木下、2007）と同様であると考えられる。

そして、家族が落ち着いた頃を見計い、一旦退室してもらい、患者が装着している人工呼吸器や輸液などのチューブ類の抜去、機器の整理後に面会を行っていた。これは治療器具を取り除き、別れの場としての環境を整えており、治療の終了すなわち闘病が終わった状態で対面することで、落ち着いて患者と家族が過ごせるような関わりと考えられる。

このように死の直後において、看護師はまず強い悲嘆にある家族を捉えることから始め、集中治療の場から別れの場へと環境調整し、直接的な援助というよりも間接的な援助を中心として家族を支援していた。

## 2. 死後のケアを家族と共に行う過程とそれに伴う援助の意義

次に、死後のケアへの参画を促す援助が行われていた。看護師は、家族の面会后、【死後のケアへの参加の提案】を行い、【家族の意向の引き出しと尊重】によって家族の思いや要望を促していた。その際、看護師は家族に対し、死後のケアを看護師が手伝いながら一緒にできること、その内容について説明していた。伝え方として、強制にならないように配慮し、何か要望があるのではないかと、遠慮しているのではないかと言葉を選び慎重に説明を行っていた。これは精神的な動揺が強い家族への配慮であると同時に、ほとんどの家族が初めて経験する死後のケア

について丁寧に説明することにより、家族の意向の表出を促し、〈表出されない家族のニーズを汲み取る〉ように努め、参加しやすくしていると考えられる。看護師は〈家族の意向を確認し希望に沿ってケアを行う〉ことを繰り返し語っており、家族の意向を最も重視し、死の直後の強い悲嘆の中でいかに家族の意向を表出させ、後悔のないような別れの場を作るかを熟慮していると考えられる。この時の家族の表情や言動は、その後行う死後のケアにおいて、家族が関わる内容を選択調整するために重要である。

死後のケア中には、【家族に負担をかけないケア内容の調整】を行い、ケアを共に行いながら【家族が患者に温かみがあるうちに触れる別れの場作り】、【家族の治療決定の支持と意思の受け止め】を行っていた。まず、【家族に負担をかけないケア内容の調整】では、事前に家族の負担になると予測されるケアは済ませておき、〈家族がケアをしやすくなる事前の準備〉を行っていた。一般的に死後の処置の内容は、洗髪、全身の清拭、排泄物の処理、口腔内の清掃、更衣、ヘアメイクなどが行われる。これらのうち、特に排泄物の処理や陰部のケアは、専門的技術が必要であるため、看護師は家族に負担が大きいと判断し事前に済ませていた。これは、家族への負担軽減だけでなく、患者の尊厳を保つ意味も含まれていると考えられる。その後、〈家族が関わりたい気持ちを重視した負担にならないケアの調整〉を行い、一緒に行う際にはすべてを家族が行うのではなく、看護師が内容を調整しながらケアを進めていると語られていた。例えば、清拭の時に体位変換が必要な部位は看護師が拭いておき、前胸部や上肢など拭きやすい部位を家族に依頼していた。すべてのケアを家族が行うことに重点を置くのではなく、ケアを経験することに意味があると考えられる。終末期患者の家族の持つ10のニーズとして、“患者の状態を知りたい”、“患者のそばにいたい”、“患者の役に立ちたい”、“患者の安楽を保証してほしい”などが言われている（鈴木、2003）。「患者の役に立ちたい」というニーズは患者の死によって満たすことは困難と

なる。またICUの環境から、終末期に家族が積極的に患者へ援助を行うことは困難であると考えられる。そのため患者の死後、家族が死後のケアを行うことは、いくらかこのニーズを満たすと考えられる。家族の反応として、患者の体を拭いたり化粧を行ったりする場面では、死の直後での悲嘆の表出とは異なり、穏やかに時には笑顔で患者に触れている様子が語られていた。「がんばったね」、「おつかれさま」などと声をかける様子が認められ、ケアを通した患者と家族の対話が生まれていた。これは、家族が死後のケアを共に行うことによって患者の死と向き合いケアができたことが、患者の役に立てたという実感に繋がったのではないかと考えられる。看護師の関わりとして、闘病の姿ではなく本来の姿に近づくように患者の好む服装や髪形、メイクについての情報を家族から得ながら、その人らしさを取り戻す整容の技術を提供していた。この時家族は、看護師との会話を通して、健在だった患者の姿や思い出を想起したり、闘病を振り返ったり、死のさらなる実感を抱いたりしていると考えられる。集中治療後の姿から、〈化粧や整容により患者の本来の姿に近づき、家族の思う本人像と一致させる〉過程への家族の参画によって取り戻したその人らしさは、家族が患者の死を受容する一助になるのではないと思われる。

ほとんどの家族は死後のケアを初めて経験するため、心理的負担や心情をアセスメントしながらケアを進めていく必要がある。このためには、入室中から家族の言動や関係性、患者の背景などの情報が必要であると考えられる。特に発症時の経過において、症状を見逃した、発見が遅れたなどのエピソードは、もう少し早く発見していれば、なぜあの時こうしなかったのかといった後悔を生み、家族の悲嘆に大きく影響すると考えられる。広瀬は遺族になってからの思いを、悲しみ、思慕だけでなく後悔の思いがあると述べている(広瀬, 2011)。加えて、発症後の治療決定においても、家族は判断を迫られることが多い。患者の意思を押し量って代理意思決定する家族の苦悩があるといわれており(飯塚, 井

上, 2013)、さまざまな思いを抱えている。本研究でも家族から「こんな呼吸器なんかつけなかったら、腫れたりしなかったんですかね」と選択した治療に対する思いを吐露されたという語りがあった。看護師からも、死後のケア中の家族との会話を「この時にしか聞けない言葉がある」と重視している語りがあった。死後のケアを共に行いながら家族と語り、【家族の治療決定の支持と意思の受け止め】を行うことは、いくらかでも家族の迷いや後悔の思いを軽減させるための非常に重要な関わりであると考えられる。

死の直後から死後のケアを終えて退室に至るまでの過程を通して、『集中治療の痕跡を消し家族の患者像を取り戻す』関わりを行い、患者本来の姿で退院できるよう援助していた。これはコアカテゴリーとして見出された。ICUで患者を亡くした家族は、複雑性悲嘆に陥りやすく、心的外傷後ストレス障害(PTSD)、うつなどを発症するリスクが高いと言われている(Kross, Engelberg, Gries et al., 2011, Anderson, Arnold, Angus et al., 2008)。ICUで死の直後の時間をいかに過ごすかは、看護師の関わりによるところが大きい。本研究では、看護師は家族の潜在的なニーズの引き出し、家族の思いを汲み取ったケアの選択と調整によって、家族のケアへの参画を可能にしていた。Wordenは死別後の適応過程において4つの課題を提唱しており、最初の課題には喪失の事実を受容することを挙げている(坂口, 2010)。家族が死後のケアに加わることは、患者の身体に触れ、衣装を整え、闘病を労うことで、患者の死と向き合い喪失の事実を受容する一助となるのではないかと考えられる。ケアを通して、患者への思いを表出または振り返りながら、患者が闘病直後の姿から本来のその人らしさを取り戻していく過程が家族へのグリーフケアとして有効であると推察される。先述した家族の思いのように、ICU患者の多くは、気管内挿管による顔面の変形や浮腫などにより、生前とは容貌が著しく変化していることが多い。死後のケアによって容貌を整え、できるだけ患者のその人

らしさを取り戻し、“穏やかな表情”で帰宅することが非常に重要となると考えられる。

しかし、現状では積極的に家族と共に死後のケアが行われているとは言いがたい。その要因として、ICUの環境、時間的な制約、家族の心理的要因などが明らかとなっている（高野，2002；福田，2009）。困難な状況ではあるが、この限られた時間の中で家族と関わることができるのは看護師である。患者の死後から退室までにどのような関わりが必要となり、可能であるのか、各施設において丁寧なデスカンファレンスなどによってケアを振り返り、患者、家族を尊重したより良い関わりを検討していく必要があると考えられる。

## VI. 結 論

本研究により、ICU看護師が、死の直後から退室までに家族にどのように死後のケアを促し、関わっているのかが明らかとなった。

- 1 コアカテゴリー、8カテゴリーが生成された。  
【突然の死別を迎えた家族の捉え】、【周囲と切り離れた穏やかな別れの間作り】、【家族の感情への寄り添い】、【死後のケアへの参加の提案】、【家族の意向の引き出しと尊重】、【家族に負担をかけないケア内容の調整】、【家族が患者に温かみがあるうちに触れる別れの間作り】、【家族の治療決定の支持と思いの受け止め】の8カテゴリー、『集中治療の痕跡を消し家族の患者像を取り戻す』の1コアカテゴリーであった。
2. ICU看護師は、死の直後から家族に寄り添い、環境調整によって別れの間を作り出していた。家族の意向を尊重し、死後のケアを調整しながら共に行うことで、家族が死に向き合い、思いを表出する場を作り、集中治療の痕跡を消しその人らしさを取り戻せるように援助技術を提供していた。

## 文 献

- Anderson, W. G., Arnold, R. M., Angus, D. C., Bryce, C. L.: Posttraumatic stress and complicated grief in family members of patients in the intensive care unit, *Journal of General Internal Medicine*, 23(11): 1871-1876, 2008
- 福田友秀, 平山明生, 増子香織: クリティカルケア領域におけるエンゼルケアの現状と課題—看護師へのアンケート調査からの分析, *日本看護学会論文集 成人看護 I*, 39: 24-26, 2009
- Hadders, H., Paulsen, B., Fougner, V.: Relatives' participation at the time of death: Standardisation in pre and post-mortem care in a palliative medical unit, *European Journal of Oncology Nursing*, 18(2): 159-166, 2013
- 広瀬寛子: 悲嘆とグリーフケア (第1版), 21-26, 医学書院, 東京, 2011
- 飯塚裕美, 井上智子: 緩和優先医療 (Comfort Measures Only) を提案された集中治療室入室中患者の家族の体験と看護支援の検討, *お茶の水看護学雑誌*, 7(2): 16-24, 2013
- 木下里美, ICUでの終末期看護行為—一般病棟との相違点を中心に—, *ICUとCCU*, 31(3): 223-228, 2007
- 小林光恵: ケアとしての死化粧 (第1版), 18, 日本看護協会出版会, 東京, 2004
- Kross, E. K., Engelberg, R. A., Gries, C. J., Nielsen, E. L., Zatzick, D., Curtis, J. R.: ICU care associated with symptoms of depression and posttraumatic stress disorder among family members of patients who die in the ICU, *CHEST*, 139 (4): 795-801, 2011
- 内藤圭子, 祖父江正代: 家族参加型の死後の処置が患者の家族に与える影響, *東海四県農村医学会雑誌*, 37: 36-38, 2011
- 中村 恵, 稲垣千尋, 吉田知佳: 500床の公立総合病院における死後のケアに関する現状調査, *日本看護学会論文集 看護総合*, 41: 181-184, 2011
- 坂口幸弘: 悲嘆学入門 (第1版), 4-5, 21-23, 昭和堂, 京都, 2010
- 鈴木志津枝: 家族がたどる心理のプロセスとニーズ, *家族看護*, 1(2): 35-42, 2003
- 高橋千春, 佐藤敬子, 備前美貴子, 高橋朝子: 病院における死後処置に家族はどのように参加したいか, *秋田県農村医学会雑誌*, 51(1): 17-20, 2005
- 高野里美: ICUの終末期ケアを困難にする要因—ICU看護師の調査結果から—, *死の臨床*, 25(1): 2002
- 上原美穂子, 秋本慶子, 細井順子, 武市知子, 黒川徳子: 看護師の死後のケアに対する実態調査, *日本看護学会論文集 看護総合*, 38: 165-166, 2007
- 藪内佳子, 久松亨子, 早野香緒里, 梅本佐代子, 鳥居佳子, 林千鶴子: 死後の処置に関する現状および看護師の意識調査, *日本看護学会論文集 看護総合*, 37: 295-297, 2006

（受付 '16.02.18）  
（採用 '16.11.15）

## ICU Nurses' Approaches for Families through Postmortem Care

Tomoko Inukai<sup>1)</sup> Kumi Watanabe<sup>2)</sup>

1) Department of Nursing, Faculty of Health and Welfare Science, Okayama Prefectural University

2) School of Nursing, Faculty of Medicine, Kagawa University

**Key words:** ICU, Nurse, Family nursing, Grief care

**Objective:** To clarify the process in which ICU nurses support bereaved families and encourage them to participate in postmortem care within the period between immediately after death and removing the deceased from the room.

**Methods:** Semi-structured interviews were conducted with 6 ICU nurses, and the obtained data were qualitatively and descriptively analyzed using the modified grounded theory approach. The mean duration of clinical experience was 9.8 years.

**Results:** Eight categories and 1 core category were extracted: ICU nurses provided [support for families facing sudden bereavement] when observing them burst into tears at patients' bedsides after their deaths; arranged bedside environments to [ensure a calm, personal space to say farewell], while [showing receptive behavior toward families' emotional expressions]; subsequently [encouraged families to participate in postmortem care], while [respecting their intentions to promote [the expression of their emotions and needs]]; and [coordinated the contents to reduce families' burden], [provided them with the opportunity to touch patients' bodies before warmth leaves and say farewell], and [supported their decisions related to treatment and emotions] when performing the care together. All these approaches within the period between immediately after death and removing the deceased from the room were provided through care to (remove traces of intensive care and helping families restore patients' dignity), which complemented each other to facilitate a smooth process.

**Discussion:** ICU nurses began to arrange environments for families to say farewell immediately after patients' deaths. The nurses also proposed participation in postmortem care to them, and made necessary arrangements to perform such care with them while respecting their intentions. Participation in postmortem care may serve as an opportunity for bereaved families to face and accept patients' deaths by restoring their dignity.