

# ICUにおけるエンゼルケアへの家族参加に対する看護師の意識調査

キーワード：エンゼルケア 家族参加 ICU

1 病棟 3 階東

大田智子 石川知子 國澤香織 山田映子 山下美由紀

## I. はじめに

A 病院集中治療室（以下 ICU とする）では、逝去時に家族に対してねぎらいの声掛けや家族だけで過ごせる時間を持つなどの配慮を行っている。しかし、様々な患者の看取りを行う中で、特に悲嘆の大きい家族に対して、看護師がどのように声をかけてよいのか迷うこと、躊躇することがあった。

クリティカル領域での死別は、家族が予期悲嘆を十分に行うだけの時間が確保できないため、死別後に病的悲嘆に陥りやすく、精神疾患への罹患率が高くなると言われており<sup>1)</sup>、死別直後の家族に対する看護師による関わりは非常に重要であると言える。

2006 年日本集中治療医学会により集中治療における重症患者の末期医療の在り方についての勧告があったことから<sup>2)</sup> 救命の現場での看取りが重要視されているが、患者・家族の状態により ICU ではエンゼルケアを看護師のみで行うことが多い。

グリーフケアの一環としてのエンゼルケアへの家族参加は、単に別れの場を提供するだけでなく、家族の現状認識を促し、その後の悲嘆過程をスムーズに進めるために重要な配慮であると先行研究で明らかになっている<sup>3)</sup>。

そこで今回、看護師に対して「実際に行っているケアの方法」や「ケアへ家族参加することに対する考え」などを調査した。その結果から問題点が明らかになり、ケアへの家族参加を含めたより良い看取りについて検討したので報告する。

## II. 研究方法

1. 調査対象：ICU 所属看護師 33 人
2. 研究デザイン：調査研究
3. 調査期間：平成 22 年 8 月 1 日～平成 23 年 1 月
4. 調査方法：上記対象者に対して説明文書とともに質問紙を配布する。質問紙は無記名とする。ICU 内に回収用封筒を準備し、質問紙を回収する。
5. 調査内容：エンゼルケアへの家族参加の必要性・実際、看護師の意識を調査する。
6. 分析方法：単純集計
7. 倫理的配慮：対象者には調査の協力は任意であり、協力しないことによる不利益がないこと、調査で得られた情報は本研究以外には使用せず、個人情報保護されることを文書で説明した。なお、質問紙の回収をもって調査に同意したものとした。

## III. 目的

ICU での実際に行っているエンゼルケアの方法、エンゼルケアへ家族が参加することに対する考えなど現状を調査する。

#### IV. 結果・考察

1. 回収率 質問紙配布 33 名、回収率は 100%であった。

#### 2. 対象者の内訳

ICU 経験年数は 1 年以上 5 年未満 18 名 (55%) と最も多く、1 年未満が 6 名 (18%)、5 年以上 10 年未満 6 名 (18%)、10 年以上が 3 名 (9%) であった。ICU でのエンゼルケア経験数は 1～10 例 17 名 (52%)、11～20 例 7 名 (21%)、21 例以上 6 名 (18%)、経験なし 3 名 (3%) であった。

#### 3. エンゼルケアへの家族参加の必要性

エンゼルケアへの家族参加の必要性では「必要」15 名 (45%)、「どちらでもない」18 名 (55%)、「必要ない」0 名 (0%) であった。必要と答えた人の理由としては、「一緒に体をきれいにする事でグリーフケアにつながる」「家族が患者さんに触れ合える最期の時間である」「死の受容の一步となるが状況によっては逆効果の場合もあると思う」などであった。

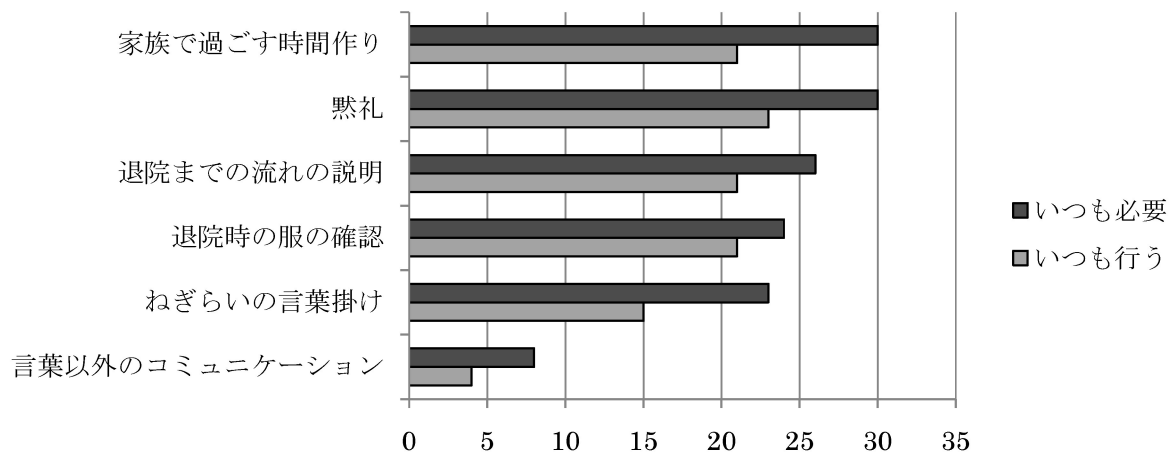
どちらでもないと答えた人の理由としては、「ご家族の意思が尊重されれば、参加してもされなくてもどちらでもかまわないと思う」「家族によって考えることはそれぞれ違う。家族の希望を優先させることが必要」「希望されるときとされないときがある」「死が急だと家族の死を受け入れることが出来ていない場合も多い」「ICU での死亡時は一般病棟での死とは異なり、外観に影響をおよぼすため。家族から希望があれば拒否はしない」「整容程度なら参加に抵抗はないが、全てを看護師と共にするのは難しいと思う」などであり、患者の状態や家族の希望・心情を最優先にしており、エンゼルケアへの家族参加はケースバイケースと考えていた。

#### 4. 逝去時の家族への対応

逝去時の家族への対応で必要と思われることでは、いつも必要と答えた人は黙礼 30 名 (91%)、家族で過ごせる時間作り 30 名 (91%)、退院までの流れの説明 26 名 (79%)、退院時に着る服の確認 24 名 (73%)、ねぎらいの言葉掛け 23 名 (70%)、言葉以外のコミュニケーション 8 名 (24%) であった。

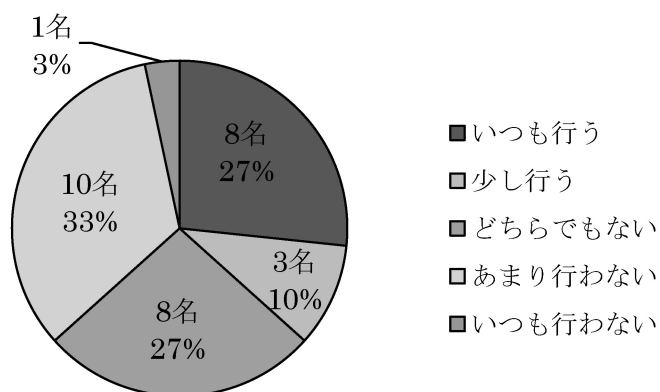
逝去時の家族への対応で実際に行っていることでは、いつも行うと答えた人は黙礼 23 名 (77%)、家族で過ごせる時間作り 21 名 (70%)、退院時に着る服の確認 21 名 (70%)、退院までの流れの説明 21 名 (70%)、ねぎらいの言葉掛け 15 名 (50%)、言葉以外のコミュニケーション 4 名 (13%) であった。

逝去時の看護師の対応については、黙礼、家族で過ごせる時間作り、ねぎらいの言葉掛け、言葉以外のコミュニケーションなどは必要であると考えていても、実際に行っているものは少なかった。それに対して、退院までの流れの確認、退院時に着る服の確認など業務的な確認事項は実施できていた。(図 1)



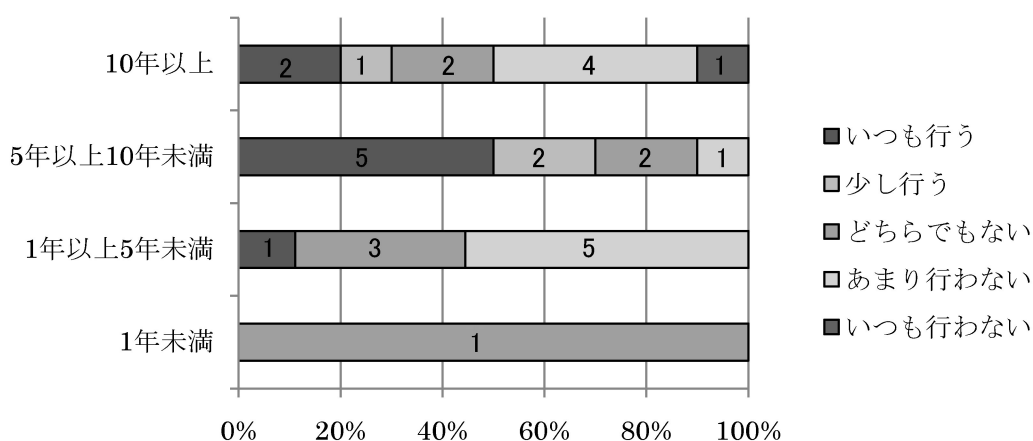
(図1) 逝去時の看護師の対応

実際に家族にケア参加への意志確認をしているかという問いに、「いつも行っている」8名(27%)、「少し行っている」3名(10%)と、意志確認しているものは計11名(37%)と少ない結果となった。(図2)



(図2) エンゼルケアへの参加の意思確認

エンゼルケアへの家族参加の声掛けを看護師経験年数別にみると、「いつも行っている」「少し行っている」あわせて1年未満0名、1年以上5年未満は1名、5年以上10年未満は7名、10年以上では3名であった。(図3)



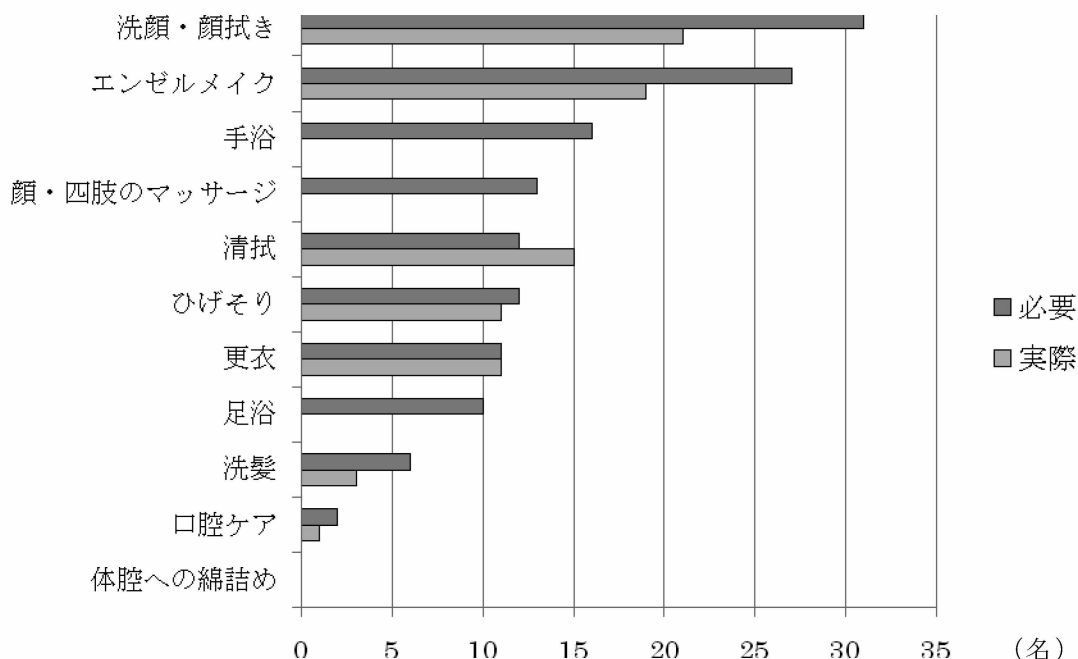
(図3) 看護師経験年数別の意思確認の実態

経験年数が 10 年以上の看護師であってもエンゼルケア参加への声掛けが少ない理由として、ICU に入室する患者は病棟で状態が悪化し緊急入室することが多く、まず治療が優先され、患者・家族と関わる時間が短いことがあげられる。そのため、家族と看護師との関係が十分できていないため、家族の反応が予測できず声が掛けにくいと考えられる。

また、看護師経験年数が浅い者は、エンゼルケア経験数が少なく、逝去直後の家族への声掛けや対応に迷うため、家族参加の希望について家族の意思確認を行うまでに至っていないと考えられる。

#### 5. 家族参加の必要性と実際に家族とともにいったことがあるエンゼルケア

エンゼルケアの中で家族参加が必要と思うケアについては、いつも必要、少し必要と答えた人は洗顔・顔拭き 31 名 (94%)、エンゼルメイク 28 名 (85%)、手浴 16 名 (48%)、顔・四肢のマッサージ 13 名 (39%)、清拭 12 名 (36%)、ひげそり 12 名 (36%)、更衣 11 名 (33%)、足浴 10 名 (30%)、洗髪 6 名 (18%)、口腔ケア 2 名 (6%)、体腔への綿詰め 0 名 (0%) であった。エンゼルケアの中で家族と一緒にいったことのあるケアについては、いつも行う、ときどき行うと答えた人は、洗顔・顔拭き 21 名 (72%)、エンゼルメイク 19 名 (66%)、清拭 15 名 (52%)、ひげそり 11 名 (38%)、更衣 11 名 (38%)、洗髪 3 名 (10%)、口腔ケア 1 名 (3%)、手浴 0 名 (0%)、足浴 0 名 (0%)、体腔への綿詰め 0 名 (0%)、顔・四肢のマッサージ 0 名 (0%) であった。(図 4)



(図 4) 家族参加の必要性と実際に家族とともにいったことのあるエンゼルケア

エンゼルケアの中では、洗顔・顔拭き、清拭、エンゼルメイクへの家族参加は 5 割を超えていた。これらのケアは、遺体への侵襲が少ないため看護師は家族に声を掛けやすく、家族は部分的にでもエンゼルケアに参加しやすいことが予測される。

エンゼルケアを家族で行うことが出来なかった理由では、「剖検を行うため」22 名が最も多く、「家族の悲嘆が大きい」19 名、「家族が希望しなかった」18 名、「ご遺体の損傷が

大きい」13名、「家族に声掛けをしていない」13名、「お迎えまでの時間がない」11名、「生前家族関係が悪かった」4名、「家族の到着が遅かった」0名であった。

家族とともにエンゼルケアを行うことで看護師の負担が大きくなると思うかでは、少しあるが最も多く18名（56%）であった。理由では、「手技に自信がない」12名、「時間がかかる」11名、「家族との関係が不十分」11名、「ケアへの説明が必要」9名、「自分のペースで出来ない」8名、「知識に自信がない」6名、「創傷の説明が必要」6名であった。エンゼルケアに家族が参加することに対して看護師は、手技や知識に自信がないことで負担に感じているものが多かった。

看護師の声掛けがあればエンゼルケアに参加したい家族は多い<sup>5)</sup>が、何の前触れもなく家族を襲う死別の悲劇は不条理で残酷な出来事であり、遺された家族にとって現実を受け入れることが出来ず、心身両面に悪影響を及ぼすとも言われている<sup>6)</sup>。

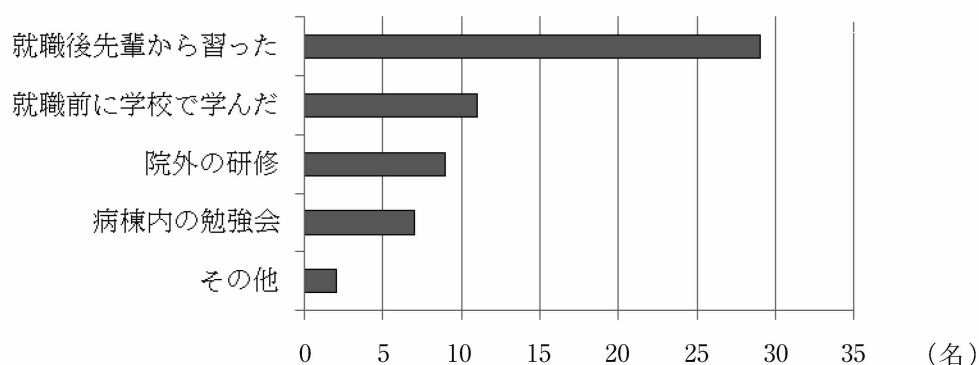
ICUで亡くなられる患者の特徴として、最期まで治療を希望する家族が多く、多量の輸液負荷や昇圧剤などを使用するため、体重が数十kg増加する、浮腫により皮膚が触っただけではがれる、四肢末端の変色や壊死、急激な腫脹のため減圧切開行うなど、家族が覚えている生前の姿とかけ離れてしまうことがある。

家族は患者の外見の変化について、主治医から説明を受けて知っているが、清拭などケアを一緒に行うことで初めて創傷を目にするなど、更なるショックを受ける事が予測される。患者を亡くしたショックに加え、二重のショックが加わることで、家族の心身に悪影響を及ぼし、その後の悲嘆課程がスムーズに進まないことも考えられる。

これらのことから、看護師は逝去時の患者の状況、家族の言動や表情から死を受け入れ難い家族の心情、家族背景など心身両面をアセスメントし、声掛けの仕方やケア参加する内容が家族にとって強要や脅威にならないように配慮する必要がある。

## 6. 教育について

エンゼルケアについてどこで学んだかでは、「就職後先輩から習った」29名、「就職前に学校で学んだ」11名、「院外の研修」9名、「病棟内の勉強会（他科にて）」7名であり、就職後に研修に参加している看護師は少なかった。（図5）



（図5）エンゼルケアを学んだ場

エンゼルケアについて教育の必要性の有無については、「ある」31名（97%）であった。理由では、「統一した方法で行っていない」「数多く出来る手技ではなく、家族と行うこともあり、手技に自信を持ちたい」「より自然な容姿で迎えられたい」「家族の心

理状態を理解し、必要なケアを行わなくてはならない」「その人の最期をその人らしく、きれいに送ってあげたい」「家族も痛ましい姿ではなく、安らかな顔で最期を迎えられたと思う方が後のグリーフケアにもつながると思う」などがあつた。

また、エンゼルケアの経験が多く、手技に自信があつた看護師であっても、ICU では最期まで多くの持続点滴を投与しており、逝去時全身浮腫や浸出液が多いこと、皮膚損傷や出血、術後の損傷が激しい場合、多臓器不全などの場合では、どのようにエンゼルケアを行えばよいのか迷うことが多々ある。

現在 ICU では、エンゼルケアに関する看護手順はあるが、エンゼルケアへの家族参加を確認する項目はなく、個々の判断に任されている。また、実際のエンゼルケアに関しても皮膚損傷が激しい時などの具体的な方法は記入されていなかった。そのため、指導するスタッフにより判断・手技・知識にも差がみられており、スタッフからエンゼルケアに関する具体的な勉強会の希望も聞かれた。

今後必要と思う教育内容では、クリティカル領域での多臓器不全・全身浮腫や皮膚損傷に対する具体的な方法などの希望が聞かれた。また、逝去直後の家族への配慮や接し方の教育が必要との意見もあるため、実際に看護師同士でロールプレイング行うことで、家族へ声が掛けやすくなると予測される。そうすることでスタッフ間の経験・手技・知識の差が縮まり、統一したケアを提供でき、ケア経験数の少ない者でも選択肢が増えることでより良いケアにつながると考えられる。

## V. 結論

1. ケアへの家族参加は必要である 15 名、どちらでもない・ケースバイケース 18 名であり、必要ないと回答した者はいなかった。
2. ケアへの家族参加の意志確認をした者は少ないが、家族の心身に悪影響を及ぼすことを考慮し、声掛けが強要にならないように配慮する必要がある。
3. 家族参加があつたエンゼルケアは洗顔・顔拭き、エンゼルメイク、清拭が多かつた。
4. 今後は、ケアについて勉強会（クリティカル領域での多臓器不全・全身浮腫や皮膚損傷に対する具体的な方法、逝去直後の接し方）の開催を行っていく必要がある。

## VI. 引用・参考文献

- 1) 山勢義江：救急、クリティカルケアにおける看取り，学研，p25
- 2) 平澤博之：集中治療における重症患者の末期医療の在り方についての勧告，日本集中治療医学会，2006
- 3) 福田友秀・平山明男・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－，第 39 回日本看護学会論文集（成人看護 I），p24-26，2008
- 4) 稲谷理沙：ICU での看取りと死を迎える患者・家族に対する看護師の思いの分析，第 37 回日本看護学会論文集（成人看護 I），p128～129，2006
- 5) 谷美行：エンゼルケアへの家族参加に関する看護師の意識調査，第 37 回日本看護学会論文集（看護総合），p291，2006
- 6) 山勢善江ら：救急・クリティカルケアにおける看取り，学研，p80，2008