



小児の急性期重症患者と その家族の支援

このシーンに参加するスタッフは…

患者・家族ケアチーム，主治医，看護師，臨床心理士，MSW，院内コーディネーター

MUST!

1. 家族ケア専従の担当者が早期から介入する。
2. 子どもと家族中心のケアを実践する。
3. 治療に関係ない専門職（臨床心理士や MSW など）の介入が有効なことも多い。
4. 搬送直後から退院後まで，家族への心理的サポートが必要である。

子どもが救急車で病院に運ばれるということは、予想外の出来事で、日常のなかでの緊急事態である。子どもとその家族は、衝撃と不安の渦中に突然放り込まれる。元気があった子どもの姿と現在の子どもの姿とのギャップが大きく、家族はこころの準備もできずに、急な知らせであいまいな情報しかもっていないことがほとんどである。こころの安寧がゆらいでいるにもかかわらず、家族は子どもの代理意思決定者になることが多く、短時間で命に直結する判断を求められることになる。しばらく時間が経ってから、「なぜ、もっと早く気づけなかったのか」「あのときこうしていれば…」といった後悔の念に苛まれることも多い。

また、緊急の場であるため子どもの治療・処置が優先され、情報や説明が行き届かないことが多く、情報を受け取る家族側にも医療的説明を十分に理解するこころのゆとりはないであろう。そのため、家族に対しては、子どもの病状や現在行われている処置の内容について、医療用語は使わずに、家族の理解度を慎重に評価しながら、ゆっくりわかりやすく、繰り返し説明を行う。

1 家族ケア専従の担当者が早期から介入する

- 小児の急性期重症患者が救急搬送されてきた場合は、患者・家族ケアチームなどからできるかぎり早く家族ケア専従の担当者を決定して介入を開始し、家族が落ち着くまでそばにいる。
- もっとも危機的な状況に適切な介入をすることが、家族と医療スタッフやその他の専門職との間に信頼関係を構築するのに有用である。
- 小児の急性期重症患者は、救命救急センターから救急病棟、そして一般病棟へ、など、診療科・部門を越えて移動することが多い。そのため、単一の科に属さない臨床心理士や MSW など専門職の家族ケア専従担当者、あるいは院内コーディネーターが 1 人の患者に継続的にかかわる

パブリックコメント募集公開用
複写・引用・転載・頒布 厳禁

ことも有効である。

- 家族ケア専従担当者は、家族が医師からの病状説明を理解できるようにサポートする。
- 家族は、医師や看護師に率直に意見や疑問を伝えることが困難なことも多いため、家族ケア専従担当者が家族と医療スタッフの間の窓口となることも可能である。
- 家族ケア専従担当者は、家族のニーズに応じて家族を各部署につなぐ役割も担う。

2 子どもと家族中心のケアを実践する

- 子どもの治療に携わる医療スタッフは家族とできるかぎり密にコミュニケーションをとり、家族との信頼関係を構築することが必須である。
- 危機状態にある子どもと、その家族の意向を最大限取り入れるようにする。
- 子どもの病状および亡くなる可能性について、正直かつ迅速に伝えることで、家族は意思決定までの時間を十分にとることができる。
- 混乱する家族が現実を受け入れ、今後のことを考え、話し合える心理状態かどうかを評価し、その後の支援につなげる。
- 子どもと家族にとって最善の意思決定を目指して、あらかじめ医療スタッフ間で家族に関する情報を共有しておき、家族と医療スタッフは何度でも話し合いを行う。そのとき、きょうだいが置き去りにされたり、排除されたりしないように配慮する。
- 家族内で今後について十分に話し合えるよう配慮することも重要である。

3 治療に関係ない専門職（臨床心理士やMSWなど）の介入が有効なことも多い

- 医師や看護師は医療的な処置に手を取られ、家族ケアにまで手が回らないことが多い。そのため、患者・家族ケアチームが機能し、医師や看護師と治療に関係のない専門職が協同してケアにあたることが望ましい。

4 搬送直後から退院後まで、家族への心理的サポートが必要である

- 家族は、例えば以下のような心理的サポートを希望していることが多い。
 - ▶▶ 奇跡的な回復を願うことで、自我の均衡状態を保とうとしている家族の心情を理解してほしい。
 - ▶▶ 頻回にベッドサイドを訪れ、温かく思いやりのある態度で現状を説明してほしい。
 - ▶▶ 家族にとって居心地のよい部屋・環境を用意してほしい。
 - ▶▶ きょうだいも含めた親族や友人との面会を自由にさせてほしい。
 - ▶▶ 子どものケアに参加させてほしい。
 - ▶▶ 子どもと家族だけが共有する時間・場所を提供してほしい。
 - ▶▶ 退院後も、病院や臨床心理士などにいつでも連絡がとれるようにしてほしい。

- ☑ 小児の急性期重症患者の家族は、悲しみや怒り、自責感、不安感を覚えやすく、身体症状を呈することも多い。そのような悲嘆への対応としては、医療スタッフが「こうあるべき」といえるような正解は存在しないことを理解していることが望ましい。
- ☑ 医療スタッフ側の死生観・価値観は押しつけず、共感をもって家族の語りに耳を傾けることで、家族が落ち着いてくることも多い。家族の抑圧された悲嘆には踏み込まず、家族のニーズに合わせることで、それは精神的なサポートとは限らず、情報の提供やほかの親族への連絡代行といった現実的なサポートが必要なときもあることを念頭に置いておく。
- ☑ 子どもが退院するにあたっては、子どもの経過について再度説明を受けることができることを家族に伝え、病院の担当者や、フォローアップの面談を希望すれば臨床心理士など連絡先を記載したグリーフカードを渡すことも有用である。

【参考文献】

- 1) 別所晶子：救急の場での転移/逆転移. 臨床心理学 10：229-234, 2010.
- 2) 中西健二：脳死・心停止下ドナーの家族・遺族ケア. 精神科治療学 32：223-228, 2017.
- 3) 別所晶子，他：小児の脳死下臓器提供における臨床心理士の役割. 日小児会誌 125：645-650, 2021.

TIPS!

- ☑ 家族への対応方法についてできるかぎり多くの多職種で話し合うが、その話し合いをファシリテイトするのが医師であると、他職種スタッフが発言しにくくなるため、医師以外の専門職が話し合いをファシリテイトすることが望ましい。
- ☑ チャイルド・ライフ・スペシャリスト（child life specialist；CLS）によるきょうだいへの対応・支援も注目されつつある。
- ☑ 必要があれば、家族を精神科に紹介する。

気をつけよう!

パブリックコメント募集公開用
複写・引用・転載・頒布 厳禁