

日本小児科学会小児医療委員会グリーンケア小委員会報告

救急外来での子どもの死 — この場面、あなたならどうしますか? —

日本小児科学会小児医療委員会グリーンケア小委員会

野澤 正寛 柳 貞光 是松 聖悟 永田 雅子 長屋 建
余谷 暢之 平山 雅浩 松尾 宗明 藤枝 幹也

要 旨

予期せぬ子どもの死は保護者の心身に強い悲しみと障害を生じさせるため、家族をケアすることは我々医療従事者にとって重要な意義がある。しかしながら、小児科医にとって小児の心肺停止例に遭遇する機会は少なく、家族ケアの質を担保するのは難しい。そこで、現在小児医療委員会では「救急外来における心肺停止例の家族ケア指針」の作成に取り組んでいる。その過程において、第125回日本小児科学会学術集会(福島)では、救急外来において判断の葛藤や意見の相違が出やすいテーマとして「蘇生の見込みが期待できない時に、保護者に蘇生の中止を伝える場面」と「お見送りの後のアフターケアの方法とその時期について」の2つを取り上げ、小児救急集中治療医、小児緩和ケア医、児童精神科医、公認心理師・臨床心理士、看護師、遺族の会の代表といった様々な専門領域の方が討論を行う特別企画を開催した。また、特別企画中にWeb参加者にはオンラインで、現地参加者には質問紙票を用いた意識調査も行った。本企画で得た数々の意見や調査結果は、本学会員にとって重要な情報になると考えた。従ってこれらを共有すべく委員会報告としてここに記す。

はじめに

予期せぬ子どもの死は保護者の心身に強い悲しみと障害を生じさせ¹⁾²⁾、その後の保護者自身の死亡率や精神疾患による入院率が上がることも知られている^{3)~5)}。一方で、適切かつ手厚い医療ケアの提供や、医療者の誠実な対応があれば保護者は子どもに十分なケアをしてあげられたと感じるとの報告もある⁶⁾。従って予期せぬ子どもの死の場面に直面した家族をケアすることは、我々小児医療従事者にとって重要な意義がある。

しかしながら、小児医療従事者にとっても予期せぬ小児心肺停止例に対応することには負荷が高い。様々な理由で小児の心肺停止患者は、分散して搬送されている⁷⁾⁸⁾。小児科医1人あたりが経験する小児心肺停止例は非常に少なく、家族ケアだけでなく心肺蘇生の質の担保が難しいという現状がある。

これらを解決すべく、米国で開発されたPALS (Pediatric Advanced Life Support / 小児二次救命処置) コースは本邦でも開催されるようになった。近年では本学会のJPLS委員会(小児救急委員会に端を発している)が本邦により即した内容のコース開発を行い、コース開催が重ねられている。一方で家族ケアの質を担保するために学会が作成した指針はまだ存在せず、多くの場面で家族ケアは個人スキルに頼っていると推察される。単一施設で指針を作成し運用している報告によれば、指針の存在の利点に家族ケアの質の標準化

や医療者の不安の減少、スタッフへの教育効果だけでなく、うまくいかなかった理由を個人から指針に昇華できるなどの点が挙げられている⁹⁾。

これらの背景から、現在、小児医療委員会では「救急外来における心肺停止例の家族ケア指針」の作成に取り組んでいる。

その過程において、第124回日本小児科学会学術集会(京都)における分野別シンポジウムに引き続き、第125回日本小児科学会学術集会(福島)では、救急外来において子どもの死に直面した家族に対応する時に判断の葛藤や意見の相違が出やすいテーマを2つ取り上げ、動画で状況を具体的に提示したあとに、参加した学会員に選択制の質問を用いて考えを問い、壇上で様々な専門領域の方が総合討論を行う会を企画した。

本特別企画においては、演者からたくさんの金言があった。また、特別企画中にWeb参加者にはオンラインで、現地参加者には質問紙票を用いた意識調査も行った。本企画で得たこれらの金言や聴講した学会員の意識調査の結果は、突然このような対応に迫られる可能性のある本学会員にとって重要な情報になると考えた。従ってこれらを共有すべく委員会報告としてここに記す。

表1 看取りの経験についてのアンケート結果

質問1 これまでに看取りの経験はあるか (n=138)					
ある		ない	未回答		
超急性期	その他				
105	16	17	0		
質問2 医師年数ごとの超急性期の看取り経験 (n=138)					
		ある	ない		
5年未満		20	16		
5～9年		14	1		
10～14年		17	3		
15年以上		54	10		
医師以外		0	3		
質問3 蘇生の継続をいつまで行うか (n=158 複数回答者あり)					
この時点で中止		あと30分	両親が納得するまで	その他	
100		15	35	9	
質問4 家族に蘇生の現場を見せるか (n=158)					
見せる		見せない	希望があれば見せる	その他	
131		16	8	3	
質問5 アフターケアはどのような方法を行うか (n=141 複数回答者あり)					
グリーンカードを渡す		外来予約票を渡す	司法解剖の結果説明をする	警察に任せる	その他
64		29	20	10	21
質問6 外来予約を取るなら、初診はいつにするか (n=141)					
1週間後		2週間後	1か月後	3か月後	その他
36		32	43	11	19

演 者

植田育也

専門分野：小児科医（救急・集中治療領域）
 埼玉県立小児医療センター 小児救命救急センター
 救急診療科
 以下（植田/救急）と表記

余谷暢之

専門分野：小児科医（緩和ケア領域）
 国立成育医療研究センター 緩和ケア科
 以下（余谷/緩和）と表記

菊地祐子

専門分野：児童精神科医
 神奈川県立精神医療センター 連携サポートセンター
 以下（菊地/精神）と表記

尾島由美

専門分野：看護師
 済生会滋賀県病院 救命救急センター 看護部
 以下（尾島/看護）と表記

水島みゆき

専門分野：公認心理師・臨床心理士
 静岡県立こども病院 心理療法室
 以下（水島/心理）と表記

坂下裕子

専門分野：遺族代表
 子どもを亡くした家族の会「小さいのち」
 以下（坂下/遺族）と表記

[質問1] これまで看取りの経験はあるか (表1)

回答者数は138名であった。87.6% (121名) が看取りの経験を有しており、そのうち超急性期での看取りの経験があった回答者は全体の68% (105名) であった。

[質問2] 医師年数ごとの超急性期の看取り経験 (表1)

回答者138名中、医師年数5年未満における超急性期の看取り経験は55.6%と約半数であった。医師年数が5年以上になると看取りの経験をしたことのある医師の割合はほぼ変わらなかった。5年以上の医師では、約85～90%の医師に超急性期の看取り経験があった。

<場面 1>

蘇生の見込みが期待できない時に、保護者に蘇生の中
止を伝える場面

生来健康であった10か月の男児（第一子）。朝、母がいつものように起きると冷たくなって息をしていない本児を発見した。すぐに救急車を呼び、9分後に救急隊が到着。初期波形は心静止。早期死体現象はなかった。救急隊により心肺蘇生が行われ、その30分後に病院に到着した。病院搬入時の波形は心静止であった。気管挿管や薬剤投与などの二次救命処置を行いながら、病院搬入から30分が経過したが状況は変わらない。別室で両親に蘇生が困難であり蘇生の中止について伝えるが、母は「諦めたくない」と発言している。

[質問 3] この場面で蘇生の継続をいつまで行うか

回答者は158名であった。この時点で中止すると
の解答が最も多く63% (100名)であった。一方で次に多い解答は両親が納得するまで継続するというもので22% (35名)であった (表1)。

[質問 4] この場面で家族に蘇生の現場を見せるか

158名の解答者中、ほとんどの解答者 (82.9% / 131名)が見せると解答していた (表1)。

演者のことば

蘇生中止の判断について

植田/救急

病態が救命可能なのか、本当に救命できないのかを科学的に判断することが前提として必要である。

余谷/緩和

医学的な評価が最初にあるべき。医学的に尽くせる選択肢が他にないのかを考えることが前提にある。

中止の決定までの過程について

尾島/看護

まず必ず誠意を込めて挨拶をする。何度も蘇生の現場を看護師が寄り添いながら見せ、何をやっているのか場面の説明をする。家族を独りにしない。

水島/心理

まずは「全力を尽くします」と治療が始まるのが家族の安心感につながる。

菊地/精神

救命できないという言葉を受け入れることは難しい。1回で納得していただけるわけではない。回数を分けて何回も伝える。

植田/救急

搬入して5分足らずで一度家族と話す。この5分で

問診をして情報も得ながら、家族の雰囲気もつかむ。助からないことを伝えるのは、その次か次くらいに。これをするためには人手も必要。

家族の立ち合いについて

坂下/遺族

立ち合うかどうか、家族が選択できることが望ましい。希望しない人は辞退もできる。十分蘇生をしてもらえたと感じることで、子どもも納得しているだろうと親も思える。

先生に直接お願いすることができたと思えることも、何かできたと思える一つになる。

家族が子どもに関わることが大事。声かけはこの子を最後まで不安にさせないように、励ますことができたと感じることができる。

医療者の役割について

水島/心理

治療にあたる医療者とは別に、家族と医師の間を橋渡しするような役割のスタッフがいると良い。家族に寄り添い、お互いの温度感やリズムを調整する役割を担う。

植田/救急

蘇生をしているリーダーと全体をマネジメントするリーダーの役割分担が必要。

尾島/看護

救急医と小児科医がタッグを組む。小児科医が家族に付き添い、救急医が蘇生に携わる。

蘇生中止についての説明と同意について

坂下/遺族

亡くした後の親の中に私が諦めたからいけなかったのではないかという人がいる。そうなれば、新たな自責が積み重なっていく。

尾島/看護

家族にやめますか、続けますかと家族に問うのは自責の念を増長させる。

植田/救急

「申し訳ありませんが、お子さんを救うことはできないんです。」とこちらから申し述べる。家族に決めさせるというよりは、こちらからしっかりお話しする。

菊地/精神

医療の重大な局面においては、家族による“choice”は避けるべき。

水島/心理

「これでいいですか?」と尋ねると「いいです。」と受け入れざるを得ない。医療者が線を引き、医療者が決定を預かることが大事。

余谷/緩和

治療継続しても救命できない状況下において、蘇生を続けることと、続けないことはそもそも選択できることではないのでは。時間の目安など見通しも伝えながら丁寧に救命できない事実を伝えていく必要がある。

何に気をつけてどうやって伝えるのがいいか菊地/精神

家族と医療者にある共通の願いや想い（どうにかしてこの子の声を聞きたい、助かってほしいと思っている）を共有する。エビデンスだけでものを伝えると、冷たく聞こえがち。想いも一緒に共有できるといい。

どんな言い方をしても最初は受け入れられない。どんな言い方をしてもその事実を保護者が理解するのは難しい。明確に、はっきりと、誠実に繰り返して伝える以外にないのでは。ウニョウニョとごまかしても仕方ないこと。

余谷/緩和

医療者はためらいがあるのでどうしても「厳しい」や「難しい」という表現になるが、その言葉を家族は「厳しいけど、大丈夫」と捉えてしまう。救命できないという事実はできるだけ明確に伝える必要がある。ただし、その事実を伝える人も辛いので、チームの中でその医療者をサポートする役割も必要である。

我々医療者の見ている子どもの景色と親が見ている子どもの景色は全然違う。親は数分前まで元気だった子どものイメージを持っており、医療者にはそのイメージは持ちにくい。このギャップがあることを頭に入れておく必要がある。親が見ている子どもの姿を念頭に置きながら蘇生の場面で親と対峙することが必要。

植田/救急

どういうことを伝えるかにもまして、家族にどういう印象をもたれるかが大事。アドレナリンが出まくっている人がいきなり行って話をするのは印象が悪くなるリスクがある。役割分担が望ましいだろう。

坂下/遺族

「子どもがかわいそうだから、やめましょう」の言葉が一番説得力があるように思うかもしれないが、保護者とすれば実際にかわいそうと思えないことがある。ここで私が諦めるわけにはいかないという思いをどう解決していくかが大切。

場面1のまとめ

蘇生の中止について伝える前提条件として、医学的に蘇生の見込みが本当でないのかを十分に吟味する必要があることは忘れてはならない。その上で、初対面

から最終的な話をするのではなく、まずは全力で蘇生を行おうとしていると感じてもらう必要がある。そうしながら家族の意向を確認したうえで蘇生の場面を適宜見せつつ（外傷や病死などでは見せ方の方法が違うことについて議論は必要ではあるが）、段階的に話を進めていくのが良いだろう。最終的には医学的に判断していることを、明確に伝える必要がある。蘇生の中止の決定については、Informed choice を家族に迫るのではなく、Informed consent をするように心がける必要がある。

<場面2>**お見送りの後のアフターケアの方法とその時期について**

死亡確認後の場面。検視が必要であることを両親に説明し、司法解剖になる可能性について伝えている。その後、検視官が来院し、何時間にも及ぶ検視と、両親への聞き取り調査が行われた。最終的に司法解剖のために警察に連れられ、子どもは病院を後にした。子どもが病院を出る前にスタッフは付き添い、両親が子どもを抱ける時間を作った。今後も病院として何かしら両親をフォローしたいと伝えるが、母は「もういいです、何も考えられませんから。」と発言している。

[質問5] アフターケアはどのような方法を行うか

回答者数は141名であった。グリーフカードの使用(45.3%/64名)、精神的フォローをするために両親の名前で外来予約(20.6%/29名)、司法解剖の結果を説明する(14.2%/20名)、警察に任せる(7.1%/10名)の順に多かった(表1)。

[質問6] 外来予約を取るなら、どれくらいの期間をあけるか

回答者数141名。78%(111名)が1か月以内と答えていた。1か月以内の内訳は1週間、2週間、1か月で差はみられなかった。一方で回答なしが13%と多くみられた(表1)。

演者のことば**アフターケアを行う時期について**坂下/遺族

時間が限られるので、後日があればいいと思う。後日は説明に終始するのではなく、家族の気持ちを吐露する時間をもらえたら信頼の獲得によりつながると思う。

後日の説明は早い方がいい。落ち着いた頃と言う、それはいつなかわからない。直後が溺れるように苦しいのである。溺れているときに浮き輪を投げるのが

表2 アフターケアの方法の長所・短所（演者から出た意見のまとめ）

	グリーフカード	外来予約	遺族の会・自助グループ
長所	医療者の想いを形を変えて渡すことができる 遺族のタイミングで利用できる	予約票の存在が病院とつながっているというメッセージになる	遺族がピアサポートできる 事前に準備ができるので、医療スタッフにとっても安全なグリーフと言える
短所	医療者と会うために電話をする勇気が必要 電話交換員の対応が冷たく感じることもある	病院に来ることは家族にとってハードルが高い	
工夫	内線番号と担当者を明記している 自分でグリーフについて調べてもらうためのキーワードを記載	小児科の外来予約を、キーパーソンとなる遺族の名前で取っている 子どもたちが受診しない夕方時間枠で予約を取っている	心理士と遺族でグリーフワークをしている

必要である。選ぶのは家族だが、医療者側には早くに会うための用意が必要だと思う。

余谷/緩和

亡くなった状況によって個別性が高いことを知っておく必要がある。亡くなった状況が峻烈であればあるほど、思い返すこと自体が負担である場合もある（何か月かたってやっと思い返すことができる人がいる）。

死亡確認までのプロセスがとても重要である。そこでの体験（最期の時間の過ごし方）がその後の家族の心理状態に大きく影響する。時期についてはご家族ごとに異なる可能性があるため、ご家族が選択できるように調整できるとよいのではないかと。

アフターケアにつなげるための方法について（表2）

・グリーフカード

坂下/遺族

退院時に来院する日程を決めることは、ひとつの方法。それでも来れない人にはグリーフカードが有効だろう。

グリーフカードがあっても電話すること自体に勇気がある。電話をしたら、電話交換がまず対応するため、すごく冷たく感じることもある。誰に電話すれば良いのか、つながる人を明確にしてほしい。

尾島/看護

電話をするのは勇気がある。

植田/救急

家族がなるべくかけやすいように、内線番号と担当者を明記しておく。

菊地/精神

本当に勇気を出して電話して来られるのかなと悩んでいたことがある。

水島/心理

医療者がその後の遺族に寄せる思いを、グリーフ

カードという形に変えて持ち帰っていただいている（小児病院であり、ご遺族のカルテを作成することが出来ないため）。連絡先の明記はしていない。支援を得られる手掛かりとしてキーワード（グリーフ等）を書き添えている。

・外来予約

尾島/看護

予約票の存在が、病院とつながっている（孤独ではない）とのメッセージになると考えている。どの方が一番キーパーソンになるか見極めて渡している。小児科の外来予約を、キーパーソンの名前で診療録をつくって予約を取っている。小児科の夕方時間枠（子どもたちがいない時間）で予約をとる。

余谷/緩和

病院に来ること自体が家族にとってハードルが高い場合もある。いつでも連絡できるような環境を作っておくことは大切だが、それ以上に踏み込んでいくことはあまり好ましくないのではと考えている。そのため、当院では連絡可能なメールアドレスのみをお渡しするようにしている。

・遺族の会・自助グループ

植田/救急

遺族の会で心理士と遺族でグリーフワークをしている。

水島/心理

遺族の会は院内で亡くなったこどもを対象に年に1~2回行っている。参加者のうち、救急外来で亡くなったお子さんのご遺族は1~2割程度であるため、同じ境遇のご遺族同士が会える機会はかなり少ない。

遺族がピアサポートできる機会は少ない。

遺族の会は医療スタッフにとっても安全なグリーフ

と言えるかもしれない。いつ遺族が来るのかわからないのではなく、万全の体制で待つことができる。

坂下/遺族

選択肢の一つとして自助グループを利用するのもいいと思う。

面談時について

尾島/看護

蘇生の経緯を外来で説明しなおしたあと、リエゾン精神看護専門看護師と面談してもらうようにしている。

余谷/緩和

メール問い合わせがあった時には、主治医が会う前に緩和ケア医師や看護師が、家族のニーズや状況を把握するためのスクリーニング面接をしている。

菊地/精神

ストーリーにならない記憶はトラウマになって残る。母の語りを聴いたり、その子についての思い出を語らせ、この出来事をストーリーの一部にする作業が必要。我々には、このストーリーを知っている人としての役割がある。子どもは大人と違ってその人を知っている人が少ない。その子を知っている人の中で医療者は大きな割合を占めることになる。その子の最期や頑張った事を知っている人間として、親とともにあるのである。親に何かをしてあげるといよりも、その子が存在したことを無かったことにしないという姿勢が大切だと思う。亡くなったことではなく、生きて頑張っていたことを共有することが大事。

坂下/遺族

解剖を行い、死因究明をすることもストーリーを作ることに繋がる。しかし、解剖の説明時に「次の子を助けるため」と言われることがあるが、患者側にすれば研究材料にされるのではと感じる。「この子」のことに焦点をあてて説明をして欲しい。

小児科医がやっているケアは「あなたは悪くない」と親に証明してくれていることである。それを、わかりやすい簡潔な文章で渡してもらえると助かる。読めるものをいただけたらと思う。情緒的な励まし方は周りの人もやってくれてはいる。

会ったら、同じ想いだっただというのを知りたい。とにかく聞くだけでいい。否定的なことだけは言わないで欲しい。

場面2のまとめ

グリーンカードはいつ電話がかかってくるかわからない。医療者にとっては心や情報の準備が十分でない可能性がある。家族にしても、グリーンカードにある電話番号を押すこと自体葛藤と勇気の結果である。

双方にとって、怖さの中で進むリスクのあるツールなのかもしれない。また、我が子の死後たくさん渡される書類の一つにならないようにする工夫も必要になる。結局は色々なチャンネルを多く用意して作っておくのが大事だろう。

演者から小児科医へのメッセージ

植田/救急

これから少子化が進み、ごく少数の小児科医が少しの心肺停止例を見ていくのは厳しくなる。小児の心肺停止をみる施設を集約し、その施設では「看取り」も研修するのがいいと思う。

余谷/緩和

子どもと家族を大切にするという基本的な姿勢は普段の診療と同じであると考えている。我々が子どもを見ている視点と違う視点で、家族は子どもを見ていることを意識する。

菊地/精神

医療者自身のケアを忘れないように。

尾島/看護

看護師も力になりたいと思っている。チームみんなで力を発揮できるように。

水島/心理

心理士は、どんなケアが必要か、その後の家族にどんな暮らしが待っているかを一緒に考えることができる。心理士がいれば、チームに加えて欲しい。

坂下/遺族

亡くなくても子どもは生きていける。人との出会いが限られている子どもにとって、子どもの命を託した人は特別な存在である。専門職の人が忘れなければ、子どもは社会的な生命として生き続けていると考えることができる。

後記

小児科医といえども、小児の心肺停止例に遭遇する機会は少なく、小児科医にとっても稀に突発的に発生する蘇生行為をしなければならぬ事象は、辛い出来事となりうる。考えてみれば、自施設においては気管挿管や骨髄針の留置、薬剤の使用、救急室における蘇生行為のチームマネジメントなど小児科医よりも救急医の方が慣れている状況があるかもしれない。しかしながら、いくら蘇生行為が滞りなく進んでいっても、蘇生室にいる子ども、家族、蘇生チームが分断されている状況は避けなければならない。小児科医はこの三者の間に入って、何が子どもの代弁者として必要なかを考え、蘇生室全体をマネジメントすることができるはずである。蘇生技術だけでなく、言葉も武器にしている我々は、患者に触らなくてもできる医療を展

開することができる。演者からは我々医療従事者が、子どもの短い人生において数少ない子どもを知っている人になり得ることや、子どもの人生のストーリーを作る大切さについて気づかせていただいた。子どもの人生の絵本があるとすれば、我々は最後の数ページに登場するほどの重要な役割を占めているのだろう。その子どもの物語をきちんと完結するために、我々もどのように関わるのがいいのかを意識せねばならない。そして、これもまた小児科医の重要な役割と言えるであろう。

稀に発生する突発的な事象に、子どもも保護者も、そして我々小児科医や周りのスタッフまでもが必要以上に傷つかないために、一定の行動指針の存在は役立つであろう。現在、小児医療委員会で作成中の「救急外来における小児心肺停止例の家族ケア指針」が未来に役立つツールになれば幸いである。一方で、指針はあくまでも手引き書にすぎない。エビデンスが多いとは言えないグリーフケアの分野で、たとえエビデンスがあったとしても目の前の子どもや家族に適応できるのかを常に考えなければならない。心肺蘇生時には目の前の子どもだけでなく、数時間前の子どもの姿、家族の中での子どもの姿、控え室の家族とも向き合い、最悪の状況の中の最善を目指して家族や医療者をナビゲートすることこそが、小児科医の本分であろう。

今回の特別企画は、我々小児科医にとって学びを得る金言が多くあった。このような企画を開催させていただいた第125回日本小児科学会学術集会会頭の細矢光亮先生と、プログラム委員の先生方、そしてご登壇いただいた諸先生方に改めてお礼申し上げます。

文 献

- 1) Meert KL, Thurston CS, Thomas R. Parental coping and bereavement outcome after the death of a child in the pediatric intensive care unit. *Pediatr Crit Care Med* 2001 ; 2 : 324-328.
- 2) Seecharan GA, Andresen EM, Norris K, et al. Parents' assessment of quality of care and grief following a child's death. *Arch Pediatr Adolesc* 2004 ; 158 : 515-520.
- 3) Li J, Precht DH, Mortensen PB, et al. Mortality in parents after death of a child in Denmark ; a nationwide follow-up study. *Lancet* 2003 ; 361 : 363-367.
- 4) Li J, Laursen TM, Precht DH, et al. Hospitalization for mental illness among parents after the death of a child. *N Engl J Med* 2005 ; 352 : 1190-1196.
- 5) Rostila M, Saarland J, Kawachi I. Mortality in parents following the death of a child : a nationwide follow-up study from Sweden. *J Epidemiol Community Health* 2012 ; 66 : 927-933.
- 6) 白石裕子. 遺族が本当に求める救急領域でのグリーフケア 救急領域で起こり得る諸問題と遺族へのかかわり② 子どもを亡くした遺族へのかかわり. *Emergency Care* 2011 ; 24 : 135-139.
- 7) 藤村正哲, 楠田 聡, 渡辺 博, 他. 幼児死亡小票調査からみた医療提供体制の課題. *日児誌* 2010 ; 114 : 454-462.
- 8) 長村敏生, 清澤伸幸, 濱島高志, 他. 京都府内における小児患者の救急車搬送の実態調査結果—京都府北部, 京都市, 京都府南部の比較—. *日本小児救急医学会雑誌* 2019 ; 18 : 40-46.
- 9) 松浦 潤, 野澤正寛, 岩田賢太郎, 他. 院外小児心肺停止例に対する家族ケア指針の作成と運用. *日児誌* 2021 ; 125 : 651-659.