

小児救急におけるグリーフケア

——インフルエンザ脳症グリーフケアガイドラインの紹介——

瀬 藤 乃理子・坂 下 裕 子¹⁾

黒 川 雅代子²⁾・井 上 ひとみ³⁾

山 田 至 康⁴⁾・森 島 恒 雄⁵⁾

Grief Care in Emergency Pediatrics

——Introduction of Grief Care Guidelines for Influenza-associated Encephalopathy——

Noriko SETOU, Hiroko SAKASHITA¹⁾, Kayoko KUROKAWA²⁾,
Hitomi INOUE³⁾, Yoshiyasu YAMADA⁴⁾ and Tsuneo MORISHIMA⁵⁾

Abstract: Sudden unexpected death of a child is an extremely traumatic event, and it is very difficult for family members to recover from severe grief. It has a major effect on parents' emotions, their view of the world, life itself, the family system, bereaved children, etc. In this article, the authors discuss the importance of family support in emergency pediatrics and recommend methods of grief care by physicians from the time of an estimated death to the bereavement aftermath. In addition, we explain the "Grief Card" and its role, which was proposed in Grief Care Guidelines for influenza-associated encephalopathy.

要旨: 子どもの突然の死は、その家族にとって極めて外傷的な喪失体験であり、回復に向かう悲嘆過程は非常に困難なものとなる。その影響は、両親の感情面や世界観、生活や人生そのもの、家族システム、遺された子どもたちなど、多方面に多大な影響を与える。本稿では、小児救急における家族援助の重要性について述べ、子どもの死が予測された時点から死後まで継続的に行われることが推奨される医療従事者によるグリーフケアについて考察した。特に、インフルエンザ脳症のグリーフケアガイドラインの中で提唱した具体的な援助方法と、遺族に手渡す「グリーフカード」を紹介した。

1 はじめに

愛する人との死別は、どのような状況であっても深刻で悲嘆は強いが、特に子どもとの死別は親にとって取り返しのつかない喪失体験となる。厚生労働省の調査によると、子どもの死因は不慮に事故や乳幼児突然死症候群（SIDS）などの突発的な原因が多く、死産

なども含めると、全く予期しなかった形で子どもを失う家族が多い（表1）¹⁾。

近年、日本でも遺族のケアへの関心が急激に高まっており、「グリーフケア（悲嘆のケア）」という概念が浸透してきている²⁾。このグリーフケアは、一般には「死別の悲嘆のケア」を意味するが、このケアは生前、死が予測された時点から始められ、死別後も継続されることが望ましいとされている。すなわち、たとえ瀕死の状態で救急に運ばれたとしても、その時点から家族援助を重視し、医療従事者側が家族に対し、一貫して後悔の少ない看取りに配慮し、死別後も遺族とのつながりを継続することで、家族（遺族）の悲嘆過

¹⁾ インフルエンザ・脳症の会 小さないのち（代表）

²⁾ 龍谷大学短期大学部

³⁾ 帝京短期大学

⁴⁾ 順天堂浦安病院

⁵⁾ 岡山大学大学院

表1 年齢階級別死因順位 (平成15年 厚生労働省統計¹⁾)

年齢	第1位	第2位	第3位	第4位	第5位	第6位	第7位
0歳	先天奇形, 変形, 染色体異常	呼吸障害, 心血管障害	乳幼児突然死 症候群 (SIDS)	胎児の 出血性障害	不慮の事故	心疾患	妊娠期間 関連障害
1～4歳	不慮の事故	先天奇形, 変形, 染色体異常	悪性新生物	心疾患	肺炎	他殺	インフルエンザ
5～9歳	不慮の事故	悪性新生物	その他の 新生物	心疾患	先天奇形, 変形, 染色体異常	肺炎	他殺
10～14歳	不慮の事故	悪性新生物	自殺	心疾患	先天奇形, 変形, 染色体異常	その他の 新生物	他殺

程を支えるという考え方である。特に子どもの突然の死が家族に及ぼす影響は深刻であり^{3,4)}、小児救急においては、子どもの救命のみならず、家族の心理に配慮した心のこもった家族援助を行うことは、非常に重要である。

平成16年、厚生労働省インフルエンザ脳症研究班(主任研究者:森島恒雄)に、インフルエンザ脳症などによって小児救急に運ばれる予後不良の子どもの家族に対する援助を見直すために、グリーフケア検討部会が発足した。インフルエンザ脳症は、インフルエンザをきっかけとして生じる脳症で、発熱から神経症状が出現、重篤化するまでの時間が非常に短く、約3割が死亡する。そのため、小児救急においては、非常に重要視されている疾患の1つである。筆者はこれまで医療心理学の立場から死別研究を行ってきたが、今回、この部会の一員となり、欧米のこの領域の研究や、遺族会の遺族の生の声を反映させたグリーフケアガイドライン⁵⁾の作成に加わった。

本稿では、子どもとの死別、特に子どもを突然失うことが家族に与える影響とその援助の意義に関する知見を整理し、インフルエンザ脳症のガイドラインの中で提唱した医療従事者による具体的な家族援助の方法を紹介する。

2 子どもの死が家族に及ぼす影響

子どもを喪失することは、家族ひとりひとりに、そして家族システム全体に破壊的ともいえる打撃を与える。欧米では既に以前から、子どもの死は、非常に激しい悲嘆反応と特異的な心理・社会的問題を引き起こし、援助上も難しい死別として位置づけられてきた⁶⁾。また、子どもと死別することは、悲しみを慢性

化、複雑化させ、病的な状態を引き起こす危険性のあるリスクファクターの1つとしても知られている⁷⁾。子どもの死による精神的影響について調べた最近のデンマークの疫学調査によると、子どもの死に関連して、母親の死亡率は自然死・外因死ともに上昇し⁸⁾、子どもを亡くした後に精神疾患に罹患する率は、亡くさない人に比べ1.63倍(母親>父親)に上昇する⁹⁾との結果が報告されている。

親子の愛着の絆は、他の人間関係と比べても特別な意味をもち、親がわが子を喪失することは、単に愛着対象がいなくなるという事実にとどまらず、自分自身の生活の一部や未来を失う、親としての役割を失うなどの、他の重大な喪失を伴う¹⁰⁾。

また、子どもの死は、親の人生周期を脅かす極めて重大な「危機」と捉えることができる。子どもを失う親の多くが30～40代の世代であるが、エリクソンはその世代を「成人期中期」と呼び、この時期の発達課題を「生殖性 (generativity)」¹¹⁾、その活力源を「世話 (care)」¹²⁾であるとした(表2)¹³⁾。つまりこの時期は、自分の子どもを産み、育て、世話をすることが、多くの人にとって社会的に普遍的な課題と考えられ、その対象と機会を奪われることは、その人の人生周期の意味と予測を大きく覆す事態といえる。そして、子どもの養育面であらゆる責任者であった親の多くは、子どもの死を防げなかった、子どもを守りきれなかったという非常に強い罪責感に苦しむ。また、この年代の親たちは、通常、まだ大きな喪失体験がない若い世代であり、ほとんどの人が初めて経験する耐え難い喪失となるため、そのコーピングは特に困難なものとなりやすい。

一方、ストレス理論から子どもを亡くすことを捉えた場合、それは極めて強い心的外傷体験でもある。

表2 生涯人間発達論における発達図式 (Erikson¹¹⁾による)

人生周期 (発達段階)	発達危機	徳(人格的活力)
X 65歳以上	統合性 対 絶望感	知恵
IX 成熟期 (50～60歳)	同一性再確立 対 消極性	自信
VIII 成人中期 (30～50歳)	生殖性 対 停滞性	世話
VII 成人前期 (22～30歳)	親密性 対 孤立性	愛
VI 青年期 (18～22歳)	同一性 対 役割の混乱	忠誠心
V 思春期 (12～18歳)	自己中心性 対 孤独感	夢
IV 学童期 (6～12歳)	勤勉性 対 劣等感	有能感
III 幼児後期 (3～6歳)	自発性 対 罪悪感	目的
II 幼児前期 (1～3歳)	自律性 対 恥・疑惑	意思
I 乳児期 (0～1歳)	基本的信頼感 対 不信感	希望

Paykel は、人が一生のうちに経験する可能性のある出来事のうち、最もストレスが高く、混乱や狼狽を生じさせるライフイベントは「子どもの死」とであると報告した¹²⁾。

多くの親は、子どもの死によって深い悲しみの底に突き落とされるだけでなく、「子どもを失った自分はいったい何者なんだろう？」という自らのアイデンティティの崩壊や、「世の中にこんな事が起こっていいはずがない」といった安全な世界観の崩壊が生じることも少なくない¹³⁾。出来事に関わる1コマ1コマが侵入的に想起され、過剰に過敏な状態となり、トラウマ反応であるフラッシュバックや過覚醒などが生じる場合もある。トラウマによる出来事の圧倒感や恐怖感が強過ぎると、現実が受け止められないだけでなく、正常な記憶(子どもとの楽しい思い出など)の想起も難しくなり、回復に至る悲嘆過程が進みにくい¹⁴⁾。

このように、子どもを亡くすことは、重大な喪失体験としての捉え方だけでなく、強い心的外傷体験としても捉えられる¹⁵⁾。

3 医療従事者による精神的援助の重要性

従来、子どもが小児救急に運ばれ瀕死の状態である場合、医療従事者が懸命に子どもの救命処置を行っている間、家族は待合室で長時間、待たされることが多い。やっとわが子に会えた時には、既に多くの機器につながれた状態で、現実を受け止められない家族は、医療従事者の説明がほとんど耳に入らない。そして願いむなしく子どもが亡くなってしまった場合には、家族は無力感や罪責感などを強く感じたまま、呆然と病院をあとにすることになる。その後、その家族が病院

を再び訪れることは、これまではあまりなかった。

グリーフケアガイドラインの作成の際に、遺族会の多大な協力のもとに行われたアンケート調査の中でも、遺族からは「突然、わけのわからない世界に放り込まれ、次々の決断を迫られる。後悔をなくすためにもサポートが必要。」「入室はもちろん、状況を教えてくれることもなく、拷問のようだった。」「のちにカルテをもらい、治療の大変さを知る。その時に知っておきたかった。」「説明が全く理解できていないことに自分が気づいていない。補足があれば非常にいい。」「死を早めるのではないかと思い、抱けなかった。」「転院すれば別の治療方法があるのではないかと思い、方々に電話をかけ続けた。」などの多くの声が実際に聞かれた¹⁶⁾。

全く初対面の医療従事者と家族が、子どもの死が予測された差し迫った状況の中で、短時間に信頼関係を築き、子どもの救命と平行して家族援助を行うことは、並大抵のことではない。しかし、いくつかの理由により、実際に児の治療を行い、看取る医療従事者だからこその家族援助があり、その援助は子どもが亡くなった後の悲嘆過程にも、重要な意味を持つと考えられる。その理由は、以下の4点である。

①たとえ子どもの死という最悪の事態になったとしても、そこに至るまでの医療従事者の熱意や誠意、家族に対する配慮は、家族の後悔や罪責感を軽減する。遺族が、死別後に悲しみと折り合いをつけ、再び生きていくためには、「最期までその子のために自分は最善をつくした」「子ども自身も最期まで頑張った」「医学的に仕方がなかったことだった」「医療従事者も力を尽くしてくれた」といった遺族自身が納得のいく意味

づけやストーリーを持てることが重要であり¹⁷⁾、それは遺族の悲嘆過程の大きな支えとなる。

②死別後、多くの遺族は、生きていく希望が見出せないほど落ち込み、家に引きこもりがちになる¹⁸⁾。また、「こんな思いをしているのは私だけだろうか」「こんな苦しい状況がいつまで続くのだろうか」といった思いを抱き、悲しみにどのように対処していけば良いのかわからないことが多い。大きな喪失体験による悲嘆反応について予め知っておくことは、それをコーピングするために非常に重要であることが知られている³⁾。看取りの前後に家族とともにいる医療従事者は、死別後の悲嘆反応やコーピングについての情報提供を行うことのできる数少ない立場にいる。

③その子どもに兄弟姉妹がいる場合、子どもが亡くなったことによる兄弟達への心理的影響は避けられない。親は自分自身の悲嘆や、場合によっては死の原因の追求や法的措置などで、遺された子どもたちに目が向かない場合もある。またそうでなくとも、子どもの悲嘆の取り扱いは非常に難しいため、遺された子どもたちの問題は蚊帳の外に置かれやすい。死亡前や看取りの際に兄弟に会わせるかといった話し合いを持つことや、死別後に兄弟の状態を確認することは、親に子どもたちの悲嘆にも目を向けてもらうことになり、遺された子ども達への精神的ケアとしても重要である。また、小児医療の従事者は、次子の出産や育児の不安についても、相談にのることができる。

⑤子どもと死別することは、悲嘆を複雑化させ (complicated grief)、抑うつや強いトラウマ反応、心身症などの病的な状態に陥らせる危険性がある。しかし、遺族自身がそのような状況になっても「仕方がないもの」と思っていたり、心理的な問題が深刻化した後もどこに行けば良いかわからず、治療が遅れやすい。もし死別後も何らかの形で医療従事者と遺族がつながる手段があれば、そのような場合にも、早い段階で専門家にリファーできる可能性が広がる。

4 家族援助の実際

以上のような理由から、小児救急においては、家族の悲嘆過程を支えるための配慮や精神的援助をより充実させていく必要があると考えられる。既に欧米では、救急現場での実際の取り組みが報告されている¹⁹⁾。日本においても、これまでに NICU における緩和ケアを提言した報告書²⁰⁾や SIDS に対応するためのガイドライン²¹⁾が作成され、その中で家族援助の重要

性が明記されるなど、小児医療におけるグリーフケアへの認識は高まっている。今回、インフルエンザ脳症のガイドラインにおいも、以下のような具体的な家族援助のあり方を提唱した^{5, 16)}。

①子どもの死まで

遺族のアンケート結果にも見られたように、救命処置の間、子どもから長時間、隔離されたままでいると、親のつらさは一層強まる。状況が整えればできるだけ早期に児の様子を確認できる状況を整えることが望ましい。医療従事者が子どもの命を救うために力を尽くしている姿を短時間でも見ることは、児の置かれている状況を理解したり、早期に医療従事者との信頼関係を築くのに役立つ。ただし入室前には、状況が痛ましく映るであろうこと、スタッフに話しかけないこと、面会はわずかな時間であり、途中で中止することもあることなどを、前もって伝えておく。何らかの状況で児と対面させることが難しい場合には、治療を優先している理由や、児の利益にたった上での判断でそうしていることを、親が理解できるように説明する。児が既に死亡している時も同様に、できるだけ早期に親が会えるように配慮することが大切となる。

医療従事者は、子どもの死が予測された時点から、死後の家族の悲嘆過程を見越した家族支援を考えることが必要となる。医療従事者が家族の心理を理解し、家族とコミュニケーションをはかる努力は、早期に信頼関係を結ぶのに役立つ。可能であれば、処置室と家族のパイプ役となる特定のスタッフを置くことができれば、なお望ましい。

子どもの死が不可避的な状況であることを親に告知する場合には、残された時間がどの程度あるのか、急変の可能性などを伝え、その時間を後悔なく過ごすために病院ができる実現可能な援助を列挙し、選択肢を提示する。たとえば、児に語りかけること、体を拭くなどの児のケアに親に参加してもらうこと、児が好きだった音楽をかけること、短時間ならば抱く機会を持つこと、他の医療機関の意見が聞きたい場合にはセカンドオピニオン先を紹介すること、などがその一例である¹⁶⁾。

抱いた状態で看取ったり、死亡確認ができる場合には、親の意向を確認し、サポートをしながら児を親の腕に返し、丁寧に最期の時を過ごせるように配慮する。兄弟姉妹たちにどの段階で会わせるかは、親との十分な話し合いを持つほうが良い。また、死後もゆっくりと家族が静かな時間を過ごせるように、別室を用

意するなどの心使いも大切となる。

②子どもの死後

子どもが亡くなると、親は激しく動揺しているが、病院を離れる前に、脳症の原因に親に過失がなかったことを医療従事者がしっかりと伝えておくことは、親の持つ強い罪責感の軽減になる。この罪責感は悲嘆過程の中では特に厄介な感情として知られている⁴⁾。

ガイドラインでは、死別後に家族が子どもの死の原因や経過を確認したい場合に、もう一度、病院を訪ねていける機会を保障するため、グリーフカード（末尾に添付）を提案した。このカードでは、病院の相談窓口を明確にし、死別後も病院と連絡をとりやすくしたほか、子どもを亡くした後の遺族に起こりやすい悲嘆反応や、生活上の問題点について述べた簡単な文章をつけ、遺族をサポートする自助グループ等の社会資源の情報も載せた。

Sanders は、悲嘆過程が開始する最初の時期に家族（遺族）にまず大切なことは「safety（安全性）」であると述べている²²⁾。カードを頼りに遺族が再び病院に訪れた際には、余裕をもった誠実な対応ができるように場所と時間を用意し、親が感情を安全に自由に表現し、十分な質問が行えるように配慮する²³⁾。子どもの死の原因や経過の説明が必要な場合は、丁寧な説明を行うと同時に、親に脳症の原因や対応に過失がなかったことを再度説明し、求めがあればカルテを開示する。

遺族の感情面での苦痛に対応するために、医療従事者も予め死別後の悲嘆過程についての知識を持つておくことが望ましい。グリーフカウンセリングの関連図書^{4, 24)}のほか、遺族の手記²⁵⁻²⁷⁾なども多数出版されており、遺族の心情を理解するのに有用である。

死別直後は、感情の麻痺のためにとても冷静に見えたり、児の生前に何度も説明したことを全く覚えていなかったり、医療従事者への不満が述べられることもあるが、それは悲嘆過程においては全く正常な現象や悲嘆反応であり、ありのままの家族を受け入れることが大切となる²¹⁾。たとえ怒りなどの医療従事者へのネガティブな感情が表出されても、前もって遺族の悲嘆過程を熟知していれば、感情的に応答することなく適切に対処できる²⁸⁾。

遺族が深い悲しみや後悔などの感情を表出した時は、コメントや解釈は行わず、その話にじっくりと耳を傾けるようにする。特に子どもを突然亡くした母親は、“empty arms（子どもを抱いていた腕がからっぽ

になってしまったことの隠喩語）” というような喪失感を強く感じている²⁹⁾。話をする中で、悲嘆の回復には時間がかかること、悲しみの対処の仕方や回復に要する期間は人によってさまざまであり、自分のペースでゆっくり回復すれば良いことなどを伝えても良い。遺族の現在の状況や困っていることを確認し、必要であれば、次子の出産や、兄弟姉妹たちの育児に関する相談にのる。

また、アドバイスや慰めの言葉よりも、同じ経験をした家族の話を書くことが悲嘆過程の大きな支えになることが多いため、可能であれば病院での遺族会やサポートグループの運営についても検討する。このような場があれば、遺族は死別後何年経過しても、病院に足を運びやすくなる。

遺族自身が専門家による心理的援助を望む場合、或いは悲嘆反応が過度に強いなどの悲嘆の複雑化（complicated grief）、抑うつ、心身症、強いトラウマ反応などが疑われる場合、心療内科や精神科などの専門医や心理士に紹介できるように、予め心理専門職にリファーできる体制を整えておくことが良い。複雑化した悲嘆反応は、一般の医療従事者が対応できる範囲を超えていることを認識しておく。

また、今後の展望として、保健師による遺族への訪問など、地域保健との連携がとれるようになると、遺族が死別後も孤立せず、地域でのサポートをより受けやすくなるのではないかと考えられる。

5 おわりに

本稿では、子どもを突然亡くした家族への援助の重要性について述べ、特にインフルエンザ脳症ガイドラインで提唱した小児救急での具体的な援助のあり方について紹介した。

小児救急に携わる医療従事者は日常的に多忙を極めており、子どもの治療のみならず、家族や遺族のケアを行うことは、非常にストレスを伴う仕事でもある。子どもの命を助けることのできなかった医療従事者としての無力感や罪責感、或いは家族の怒りに触れるのではないかという思いから、遺族に関わることにとまどいが生じ、気が進まないこともあるかもしれない。しかし、死別後もつながりを持ち、遺族の話に耳を傾けることは、実際は、自分たちが行ったケアを振り返る機会になるとともに、医療従事者としての無力感や罪責感を軽減してくれることも多い。Prigerson は、「医療従事者の患者への責任は、患者が亡くなった時

に終わるのではない。遺された人たちを援助するという最後の責任が残っている。」と述べている³⁰⁾。子どもの治療の結果の如何にかかわらず、小児救急において医療従事者が家族援助に注ぐ努力は、決して無駄に終わることはないと感じる。

今後、小児救急の現場でグリーフケアが実践されるには、医療体制やマンパワーの問題など、課題は多く積み残されている。グリーフケアの中心となる職種が医師、看護師、ケースワーカーなど、病院や施設によってさまざまであったり、その人員を確保すること自体が難しい場所もあると予想される。しかし、家族や遺族に関わる全ての医療従事者がグリーフケアの知識を持ち、より良い家族援助の方向性を模索し続けることが重要である。多くの遺族の祈りや願いが反映されるケアが、小児救急の現場で展開されていくように、我々は今後も尽力していきたいと考えている。

文 献

- 1) 厚生労働省統計データベース：年齢階級別死因分析 (平成 15 年度)
- 2) 瀬藤乃理子, 北山真次, 高田哲：死別の悲嘆への援助。理学療法兵庫 2006; 12: 1-6.
- 3) Rando TA: Parental loss of a child. Research Press Company, USA, 1986.
- 4) Worden JW: Grief Counseling and Grief Therapy. 2nd ed. Springer Publishing. 1991. (邦訳：鳴澤寛訳。グリーフカウンセリング。川島書店)
- 5) 厚生省労働省インフルエンザ脳症研究班 (主任研究者：森島恒雄)：インフルエンザ脳症ガイドライン 2005. pp 20-21.
- 6) Rando TA: Bereaved parents: particular difficulties, unique factors, and treatment issues. Social Work 1985; 7: 19-23.
- 7) 瀬藤乃理子, 村上典子, 丸山総一郎：病的悲嘆に関する欧米の見解。病的悲嘆とは何か。精神医学 2005; 47(3): 242-250.
- 8) 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.
- 9) Li J, Laursen TM, Precht DH, et al.: Hospitalization for mental illness among parents after the death of a child. New Eng J Med 2005; 352(12): 1190-1196.
- 10) 瀬藤乃理子, 丸山総一郎：子どもとの死別と遺された家族のグリーフケア。心身医 2004; 44(6): 395-405.
- 11) Erikson EH, Erikson JM 著。村瀬孝雄, 近藤邦夫訳：ライフサイクル その完結。みすず書房。東京。2001. pp 34.
- 12) Paykel, ES, Prusoff BA, Uhlenhuth EH: Scaling life events. Arch Gen Psychiatr 1971; 25: 340-347.
- 13) Robert A Nimeyer 編。富田拓郎, 菊池安希子訳：喪失と悲嘆の心理療法。構成主義からみた意味の探究。金剛出版。東京。2007.
- 14) Green BL: Traumatic Loss: conceptual and empirical links between trauma and bereavement. J Personal and Interpersonal Loss 2000; 5: 1-17.
- 15) 瀬藤乃理子, 丸山総一郎, 村上典子：死別後の病的悲嘆の診断をめぐる問題。DSM の診断基準を中心に。心身医学 2005; 45(11): 833-842.
- 16) 森島恒雄, 山田至康, 坂下裕子, 藤井史敏, 安井良則, 黒川雅代子, 瀬藤乃理子, 井上ひとみ：インフルエンザ脳症グリーフケアガイドライン作成の検討。厚生労働省科学研究費補助金「インフルエンザ脳症の発症因子に解明と治療及び予防方法の確立に関する研究」平成 17 年度研究報告書 2006: 209-228.
- 17) 村上典子, 瀬藤乃理子：遺族のグリーフケア。治療 2005; 87: 786-788.
- 18) 瀬藤乃理子, 丸山総一郎：子どもを亡くした遺族の悲嘆過程における怒りの感情の特性。神戸親和女子大学大学院研究紀要 2005; 1: 85-94.
- 19) Bob Wright 著。若林正 (訳)。突然の死。その時、医療スタッフは。医歯薬出版株式会社。東京。2002.
- 20) 厚生労働省成育医療研究班分担研究班 (主任研究者：田村正徳)：(別冊) NICU における緩和的ケアー赤ちゃんご家族に対する医療従事者の配慮。2004.
- 21) SIDS 家族の会編：職種別 SIDS に対応するためのガイドライン。2000.
- 22) Sanders SM: Grief. The Mourning After. 2nd ed. Wiley & Sons, Inc. USA. 1991.
- 23) Cook P, White DK, Ross-Russell RI: Bereavement support following sudden and unexpected death: guideline for care. Arch Dis Child 2002; 87: 36-39.
- 24) Gorge M Burnell 著。長谷川浩, 川野雅資監訳：死別の悲しみの臨床。医学書院。1994.
- 25) 坂下ひろこ：小さないのちとの約束。小児・救急医療の充実を求めて。コモンズ。東京。2002.
- 26) SIDS 家族の会 (編)：もう一度抱きしめたい。メディア出版。大阪。1997.
- 27) 流産・死産・新生児死で子を亡くした親の会 (編)：誕生死。三省堂。東京。2000.
- 28) 瀬藤乃理子, 丸山総一郎：死と死別の悲嘆過程における怒りの感情の臨床的意義。神戸親和女子大学大学院研究紀要 2007; 3: 115-122.
- 29) Louis A. Cooney AT: When your baby dies. Augsburg. 2002.
- 30) Prigerson HG, Jacobs SC: Caring for bereaved patients. "All the doctors just suddenly go". JAMA 2001; 286(11): 1369-1377.

[http://HYPERLINK"http://www.chisanaichihomepage.org"](http://HYPERLINK)

次のサイトのリンク集からも相談機関や自助グループが探せます。

- ・その他、あなたが当科のサポートを必要とするとき
- ・悲しみがとても強く、心身の不調を感じるとき
- ・こきようだいの成長や育児に不安を感じるとき
- ・次の妊娠や出産について不安を感じるとき
- ・亡くなったお子様の病気の経過や治療について説明が必要とき

いつでもご来院下さい。

お家に戻られたのち、次のようなことでお困りのときは

このカードは、当科で亡くなったお子様のご家族にお渡しするものです。

お子様を亡くされたあとの暮らしについて
 ・誕生日や思い出の日が近づくにつれつらくなるかもしれません。
 ・社会生活や対人関係が苦痛に思えるかもしれません。
 ・今まで普通にできていたことを難しく感じるかもしれません。
 ・記憶力や判断力が著しく低下したと感じるかもしれません。
 ・ご夫婦やご家族で悲しみの表現が違ってしまう。
 ・あらゆることに自信がもてなくなる時期があるかもしれません。
 ・時間が経っても悲しみが深まる一方に思えるかもしれません。
 ・気持ちが和らぐことにさえ苦痛を伴うかもしれません。

お子さんが亡くなったあととはこうしたことが起こりやすいですが、少しずつ悲しみにともなうできるようになります。
 特に最初の1年はきついため、身体をいたわり、流れる涙は止めずに、安心して暮らす場をつくりたい気持ちでいてほしいです。

以上は、多くのご遺族が経験をもとに教えてくれたことです。

皆さんのご家族へ

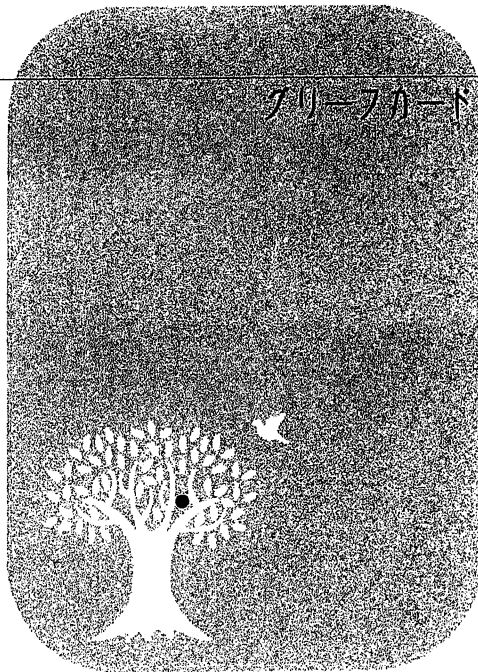
Appendix：「グリーフカード」 四つ折にして使用

かつて、お子様を亡くされた方々は、
適切な情報が届いていないことにより不安な
暮らしを余儀なくされていました。
このカードは、そうした二重の苦しみを負う
ことがないように、かつてのご遺族たちの
願いにより発行されるようになりました。

ご来院前にお電話ください

病院名 _____
 〒 _____
 住所 _____
 電話番号 _____
 連絡窓口及び担当者 _____
 担当医 _____
 お子様のカルテNo. _____

グリーフカード



・グリーフカードは岡山大学小児科や小さないのちホームページからダウンロード可能