

第1章 信頼関係を築く

信頼関係の構築に向けての看護ケアの指針

- ❖ 看護師は、子どもと家族の関係性や精神的な状態を確認しつつ、環境が変化しても子どもと家族が孤独にならないように配慮する。
- ❖ 看護師は、子どもの苦痛をとらえ、症状マネジメントや、支持的な関わりを行い、子どもと家族が安心感を得られるように関わる。
- ❖ 看護師は、子どもの身体面、精神面、社会面、生活面から情報収集を行い、子どもや家族が価値を置いていることを理解する。
- ❖ 家族は、子どもと同様に影響を受けているため、看護師は、子どもを支える家族の力を強める支援を行う。
- ❖ 看護師は、それまでの子どもの生活習慣が病院でも継続されるように配慮し、子どもが主体的に入院生活のスケジュールを立てることができるような支援を行う。
- ❖ 看護師は、医師からの説明には家族員が複数で説明をきけるように調整し、また子どもやきょうだいに対しても説明を行うことができるように調整を行う。
- ❖ 看護師は、子どもの既往歴や体質、家族の最近の変化を確認する。
- ❖ 関係づくりが難しい子どもや家族は、危機的状況にあることが予測されるので、看護師は、医療チーム内で情報共有を行いながら、子どもと家族の安全を確保し、苦痛を最小限にする。

1-1 子ども・家族との関係づくり

1) はじめの関わり

看護師が子ども、家族と最初に出会う場所は、外来の待合室や、病院の玄関であることでしょうか。子どもはどのように名前を呼ばれているか、家族にどのような行動を示しているか、付き添っている家族は誰か、家族は子どもに対しどのように接しているかなど、関係性を観察することになります。特に、診断後間もない時期には、子ども、家族にショックや落胆の様子はないか、混乱をしていないかを注意深く観察することになります。また、子どもが一番安心できる家族は誰か、さらにその人を支えている人は誰かを明確にしておくことが大切です。また、誰が意思決定を行う中心的人物であるのか、今後の療養に伴う家族の協力をどのくらい得ることができるのか、また家族同士の関係性や、家族の中にきょうだいのような配慮をしなければならない人はいないかを観察し関わっていくことになります。子どもや家族が、新しい環境に入っても孤独にならないように、看護師は、子どもや家族となるべく早く接触を持つようにする必要があります。

2) 現在の心身状況の把握と対応

看護師は事前に、カルテや、医師から情報を得て、実際に子どもが痛みやつらさなどの苦痛を感じていないかを把握する必要があります。必要時には、看護師が症状マネジメントにスムーズに関わることが、子どもや家族の安心感につながり、信頼関係を築く第一歩となります。また、がんと診断されて間もない時期や、予後不良と告知された場合には、家族はショックを受け、とにかくつらい、悔しいという感情を抱くことが多く(独立行政法人国立がん研究センターがん対策情報センター, 2011)、子どもを病院まで連れてくることに精一杯で、医師や看護師からの説明は記憶に残らず、自責の念や、死を意識していることもめずらしくはありません。そのような中で、看護師は支持的に接するようにし、子どもや家族がつらい気持ちを表出できるようにすることや、静かに休める部屋を提供することが大切です。また、医師からの説明の際には看護師も同席し、子どもや家族の理解の状況を確認し、必要であれば繰り返し説明を行うこと、そしてその都度気持ちを表出できるように支援することが大切です。

3) 子どもの理解を深める

小児がん看護の目標は、がんやその治療によって余儀なくされる合併症や生活への影響を最小限にし、可能な限り正常な成長発達を促すことです(丸, 2009)。そのためには、子どもの身体面、精神面、社会面、生活面から情報収集を行うことが大切です。つまり、子どものがんそのものや、治療や検査、それまでの入院が、子どもにどのような影響をおよぼしているのか、またどのように問題に対処しているのかを情報収集をすることが必要です。その他に、病気になる前の学校での様子、友人関係、好きな遊び、クラブ活動や趣味、子どもの愛称や、家での寝る時の習慣、家族のスキンシップのとり方を聞き、子どもや家族が価値を置いていることを理解することが大切です。

4) 家族の理解を深める

子どもががんに罹ると、家族は衝撃を受け、子どものために何かできることはないかと考え行動します。つまり、家族は病気の子どもの同様に身体的、精神的、社会的影響を受けている存在でもあります。さらに、家族の考えや行動は、病気の子どもの情緒や生活に影響を与えるため、子どもだけではなく、家族も含めた視点で看護にあたる必要があります。

家族の特性は、「構造」「発達」「機能」の側面から理解する必要があります(森山, 2001)。家族の「構造」は、ジェノグラム(家系図)を記載します。これは、各家族員や拡大家族の性別、年齢、出生順位、居住地域、住宅環境、各家族員の病歴を記載し、さらに誰と誰のつながりが強いのか、疎遠であるのかを記載します。家族の「発達」については、夫婦のつながりの形成や子どもを含めた家族の形成という発達課題に取り組んでいるかを見守る必要があります(鈴木ほか, 2006)。家族の「機能」は、家族内の情緒関係やコミュニケーションの状況、相互理解や家族の価値観、役割分担や、社会性などです。

これらの情報を収集し、これから長期にわたり病気の子どもの支えるうえで、家族の力を強めるには何を支援したらよいのか、これからどのように家族が対処していくのかを見守る必要があります。特に、きょうだいへの配慮や、父親への理解を深めることが重要とされています。

1-2 子どもに適した療養環境の準備

「病院のこども憲章」(European Association for Children in Hospital, 1998)では、子どもたちにとっての最善の利益と安寧を拡大させるために、いつでも親または親代わりの人が付き添う権利を有すると述べられて

います。初めての入院生活は、子どもにとっても家族にとっても非常に心細く、不安がつきまといきます。そこで、病院の規則の見直しをはかりつつ、なるべくそれまでの子どもの生活環境が病院でも継続されるように配慮することが大切です。付き添いを認めていない病院の場合には、環境に慣れるまでの数週間だけでも、付き添いを認めるように規則のあり方を検討することも望ましいでしょう。付き添い以外にも、子どもの生活習慣を家族から聞いておき、それを入院中でも継続できるようにする配慮が望ましいでしょう。例えば、ガーゼのハンカチを口にくわえながら眠る習慣のある子どもがいました。化学療法による骨髄抑制期でも、いつでも清潔なガーゼのハンカチを口にくわえられるように、たくさんの洗濯されたガーゼのハンカチを家族に用意してもらい、精神的な安定を維持できるようにし、無事入院生活をのり越えることができました。

さらに、今後生活の中で身につけていかなければならないことも増えます。例えば、手洗いやうがい、歯磨きという清潔行為があげられますが、これらが生活の一部として習慣となるように、子どもが主体で1日のスケジュールを立てることができるよう支援することが望ましいでしょう。

1-3 新しい環境で療養生活をおくるための支援

1) すべての子どもと家族に共通した支援

入院生活が始まる時期は、子どもや家族は、まだ気持ちが動転している時期であることが考えられます。そのような中で、病名や病状、これからの治療や検査、療養生活について医師や看護師から説明があります。治療はどのくらいの期間でなされるのか、どのような副作用があり、その副作用が出現する時期と軽快する時期、どのような検査が何のために実施されるのか、いつ頃自宅に帰ることができるのかという内容の説明がなされます。看護師は、家族が安心して医師からの説明を聞き、後に家族の中で説明の内容を確認しあうことができるように、家族員が複数で説明を聞けるように調整することが必要です。

子どもは、今の自分に何が起きているのか、これからのことも分からない上に体調も悪いとなるととても不安になります。子ども自身が「治す」という意欲をもって治療に向き合えるためには、まずは家族が医療者とともに、子どもにどのように伝えていくか話し合えるようにすることが大切です。とくに子どもが療養生活の中で、自分に何がなされているのか分からず孤立することがないように配慮しなければなりません。診断が確定した後

も、子どもに伝える方針が定まらず、子どもに説明するまでに時間がかかると、子どもの不安が増大し、説明をしてくれない医療者や家族への信頼が損なわれる可能性があります（塩飽ほか, 2009）。

きょうだいも大切なケアの対象です。きょうだいは、説明がなくても「大変な病気」や「重い病気」と察知し、その上で自分や闘病中の同胞、家族の今後の見通しのつかなさ不安を感じています（塩飽ほか, 2009）。また、入院中はきょうだい家事を手伝うなどの役割の変化や、親が病院から帰って来るまで1人で過ごすなどの生活環境の変化を受けます。きょうだいへも、どのように伝えていくかについて、よく話し合うことが必要です。

2) 個別性に配慮して確認しておくこと

小児がん以外にも疾患を持っている子どももいます。例えばアレルギーにより禁止食品がある場合や、医療用テープや消毒薬で皮膚がかぶれやすいなど、既往歴と体質について予め子どもや家族に確認しておくことが大切です。またダウン症の子どもの場合、くせやこだわりの有無を家族と共有しておき、入院生活が始まってそれまでのスタイルを壊さないように関わるのが大切です。

家族の最近の変化についても確認しておくことは大切です。例えば、父親が仕事のために家族と別々に暮らしていることや、家族それぞれの健康状態、介護を要する家族の有無や、経済面で支援を要する状況かを確認することが必要です。

その他、子どもやきょうだいに受験を控えている者がいるかどうかや、進学したために子どもを支える周囲の人たちの変化があったかどうかなど、家族内の緊張を及ぼす要因の有無について確認をすることがあります。

1-4 関係づくりが難しい子ども・家族の理解と支援

子どもは、突然の入院により、身体的にも精神的にも強い苦痛にさらされることにより、ストレス反応として、内服や処置を頑なに拒んだり、医療者に攻撃的な態度をとったり、入院前に行えたことでもひとりで行えなくなることがあります。対応に苦慮することがありますが、なぜそのような反応が出現するのか子どもをよく観察し、原疾患や治療に起因するものか、心的ストレスに由来するものかを判断する必要があります。そのために、主治医、専門看護師、臨床心理士やチャイルドライフスペシャリスト、保育士、学校の教員など多職種と連携し、多角的な視点から子どもを理解できるように情報共有をすることが有効です。

子どもを見守る家族にも、一つひとつの医療処置や看護の方法が看護師によって異なること、また看護行為の

不備を指摘し不信感を示したりすることがあります。このような状況においては、看護管理者と家族が話し合いの場を持ち、家族の気持ちを表出させストレスを緩和させる機会をつくることも有効です。その他に看護師同士も、プライバシーが守られる場所で気持ちを言葉にして表出し、ストレスをため込まないようにすることが有効です。医療チーム内で子どもや家族の情報を共有し、次に同様の訴えがあった場合にどのように対応するか決めておくことも大切です。

いずれの場合も関係づくりが難しい子どもと家族は、身体的にも精神的にも危機的状況にあることが予測されます。看護師は子どもと家族の安全を守られるように、治療に伴う苦痛を最小限にすることはもちろんのこと、それ以外の苦痛も最小限にする配慮が必要になります。

文献

独立行政法人国立がん研究センターがん対策情報センター

(2011):患者必携 私の治療手帳。診断の結果を上手に受け止めるには, 14-16, 学研メディカル秀潤社, 東京。

European Association for Children in Hospital(1998) : 病院の子ども憲章。

丸光恵(2009):小児がん看護;主なガイドラインと課題。丸光恵, 石田也寸志編, ココからはじめる小児がん看護, 2-8, へるす出版, 東京。

森山美智子編(2001) : ファミリーナーシングプラクティス—家族看護の理論と実践, 医学書院, 東京。

塩飽仁, 井上由紀子他(2009) : 心理面へのケア。丸光恵, 石田也寸志編, ココからはじめる小児がん看護, 254-270, へるす出版, 東京。

鈴木和子, 渡辺裕子(2006) : 家族看護学—理論と実践第3版, 48-52, 日本看護協会出版会, 東京。