

JSPON

小児がん看護

Journal of Japanese Society of Pediatric Oncology Nursing

Vol.7 2012

日本小児がん看護学会

Japanese Society of Pediatric Oncology Nursing

日小がん看誌

J.JSPON

第10回 日本小児がん看護学会のご案内

日本小児がん看護学会は第10回を迎え、全体テーマ「共存の医学・協調の医療」のもとに看護テーマ「未来を拓く小児がん看護のパラダイムシフト」を掲げて、パシフィコ横浜国際会議センターで開催されます。日本小児血液がん学会（会長 東海大学小児科教授 加藤俊一先生）との合同開催も9回を数えることとなり、この間、がん対策基本法の制定、がんプロフェッショナル養成プランの整備など、がんの治療、ケアは大きく前進しました。しかし小児がんについてはそれらに十分盛り込まれず、今、ようやく目が向けられ、その充実に向けて歩みが始まり、小児がん拠点病院が実現することとなりました。チーム医療、療養中のQOL、家族への支援、治療終了後のフォローアップ体制など拠点病院の備えるべき条件が明らかになり、また後方病院や地域におけるケアの充実が求められていく中で、看護の役割は拡大し社会の期待に応えるために小児がん医療にかかわる看護師の研鑽の必要性が大きくなっています。

一般演題は66題の応募があり、口演、ポスター発表の中で小児がん看護の実践・研究の成果を報告していただきます。多くの皆様のご参加と、活発な意見交換を期待しております。質の高いケアの実現のために、小児がんにかかわる専門職として互いの専門性を尊重しつつ連携する方策を見出してゆく学会となることを期待しております。国際都市横浜で楽しみながら、実り多い研鑽と情報交換の場となることを願いつつ、皆様と横浜でお目にかかることを楽しみにしております。

第10回日本小児がん看護学会会長

神奈川県立こども医療センター 梶山祥子

開催期間：2012年11月30日(金)～12月2日(日)

場所：パシフィコ横浜 国際会議センター

プログラム：特別講演 Navigating Specialist Information During Treatment; The Role of Parents and Professionals; Dr. Faith Gibson (前SIOP看護部会長), London South Bank University

シンポジウム1「多職種協働チームにおける看護師の役割～現状と課題」

シンポジウム2「思春期・青年期の患者が自分らしく療養生活を送るために」

ワークショップ「症状マネージメント」

イブニングセッション Role, Function and Education of Advanced Practice Nurse in UK

合同企画1「小児がんの子どもと家族を支える多職種による医療」

合同企画2「小児がん長期フォローアップの現状～長期フォローアップ外来はいかにあるべきか」

合同企画3「がん患者への心のサポート～精神腫瘍学の今後の重要性」

演題募集期間：2012年5月21日(月)～6月25日(月)

会員登録：日本小児がん看護学会事務局 <http://www.jspon.com/>

学会ホームページアドレス：<http://jspho.jp/2012yokohama/>

参加：当日受付のみ 看護師10,000円(3学会共通、すべての会場に参加可能)

巻 頭 言

本年は小児がん看護学会（旧研究会）が発足し10年目の節目を迎えました。JSPONの10年間は、2003年2月「日本小児看護研究会」設立準備会を開き、18名の参加を得て設立総会で「小児がんの子どもと家族を支援する看護実践と教育の向上と発展に資すること」を目的とし、組織、規約、役員を定めて会が発足しました。事業として年1回の研究会の開催、研修会の開催、ニュースレターの発行を規約に定め船出をいたしました。2004年からは医師との合同で学会開催し、2009年からNPO法人とし研究会から日本小児がん看護学会として新たに活動することとなりました。2012年現在まで、年1回の学会（研究会）と研修会を毎年行い、会員数も約500名となりました。ホームページも立ち上げ、ニュースレターを年1～2回発行および学会誌も第7号までを発刊し、55編の論文を編纂し情報発信してきました。小さな船ではありますが多少の荒波も超えながら今があり、いくつかの難題も抱えております。がん対策基本法の中に小児がんのことがやっと取り上げられることになり、社会的波が広がっているこの機を大事に国際的な連携を含む情報交換と研究活動、小児がん看護におけるエビデンスの構築、小児がん看護の教育活動の発展に貢献していく必要があると思います。

貴重な原稿をご投稿いただいた会員の皆様、査読していただいた専任査読委員をはじめ、発刊に向けてご尽力いただいた多くの方々に感謝を申し上げます。第7号は研究報告4本、実践報告1本計5本の原稿が掲載されております。さらに、10周年記念としてこれまでの歩みを簡単に記事にして掲載しております。第10回日本小児がん看護学会を、平成24年11月30日～12月1日の3日間にわたり、パシフィコ横浜国際会議センターにおいて開催予定で、すでに20周年に向けて出発しております。

看護の研究成果を通して、看護実践の質の向上を図ることが本誌の責務と思います。臨床家、教育・研究者、他職種の方、との連携・協働をし、ご家族や当事者のQOL向上をめざしていきたいと切に願っています。

施設や機関などで実践に励まれている会員の皆様、大学や研究機関などで研究・教育を日々行っておられる会員の皆様から貴重な研究成果を投稿する場として本機関誌をご活用いただけることを願っております。本機関誌の発刊が、小児がん看護の発展に貢献することを祈念いたします。

2012年9月

日本小児がん看護学会
編集委員長 野 中 淳 子

小児がん看護 Vol. 7 2012

— 目 次 —

巻頭言	野中 淳子	
研究報告		
小児がん患児の復学支援 －感染症に対する看護師からの情報提供－	東樹 京子	7
子どもの看取り経験の積み重ねによる看護師の思いの変化と その影響要因	澁田 明子	17
小児がん患児の父親が患児とのかかわりに抱く思い －小児がん患児の父親とその他の長期入院を要する患児の父親の比較－	入江 亘	28
終末期の小児がん患者のケア体制および看護師へのメンタルヘルスサポート体制の実態 －病棟管理者への調査より－	竹内 幸江	39
実践報告		
陽子線治療を受ける小児患者に対するプレパレーションの効果	石川由美香	46
第8回小児がん看護研修会講演		
小児がん治療に伴う口腔粘膜障害に対する予防的ケア	木下 樹	56
国内外学会参加記事		
1. ウェストミード小児病院訪問報告	川勝 和子	60
2. The Children's Hospital Bear Cottage, Australiaを訪問して	野中 淳子	64
コラム 患者に育てられる看護師経験	前田 邦枝	71
第9回日本小児がん看護学会報告		72
研究委員会活動報告		74
教育委員会報告		74
理事会報告		75
日本小児がん看護学 2011年度総会議事録		76
日本小児がん看護学会 2011年度会計報告		80
特定非営利活動法人 日本小児がん看護学会定款		83
日本小児がん看護学会論文中の個人情報保護にかかわるガイドライン		90
投稿規定		91
査読者一覧		93
編集後記		93

Volume 7 Number 1 September 2012 ISSN 1880-9707

JOURNAL
OF
JAPANESE SOCIETY OF PEDIATRIC ONCOLOGY NURSING

Research Reports

- Support for School Reentry of Children with Cancer
– Provision of Information from Nurses about Infections Disease –
..... Kyoko TOJU 7
- Change in Nurses' Mind through Accumulated Experiences at
Child Patients' Deathbed, and Influential Factors on the Change
..... Akiko FUCHITA 17
- Fathers' Feeling and Thought towards Their Interaction during the Hospitalization of Their Children with Cancer
– Comparison between Fathers of Childhood Cancer Patients and the Others of Children on Long Hospitalization
..... Wataru IRIE 28
- End-of-Life Care for Children with Cancer and Mental Support for Nurses
– A Survey for Nurse Manager of Inpatient Units –
..... Sachie TAKEUCHI 39

Clinical Report

- Effects of the Preparation for the Children who Received Proton Beam Therapy
..... Yumika ISHIKAWA 46

Educational Seminar, 8th Seminar of Pediatric Oncology Nursing

- Routine Oral Care Program in our Hospital for Preventing Oral Complications during Childhood Cancer Therapy
..... Tatuki KINOSHITA 56

Report from Study Tour of Pediatric Oncology Nursing

- Report of Study Tour to Westmead Children's Hospital, Australia
..... Kazuko KAWAKATU 60
- The Children's Hospital Bear Cottage, Australia
..... Junko NONAKA 64

- Column** Kunie MAEDA 71
-

- Committee's Report 75
- Articles of Incorporation 83
- The Rules of Writing Articles 91
- Editorial Notes 93

研究報告

小児がん患児の復学支援
 - 感染症に対する看護師からの情報提供 -

**Support for School Reentry of Children with Cancer:
 Provision of Information from Nurses about Infectious Disease**

東樹 京子 Kyoko TOJU¹⁾ 吉川久美子 Kumiko YOSHIKAWA²⁾
 上別府圭子 Kiyoko KAMIBEPPU¹⁾

- 1) 東京大学大学院医学系研究科健康科学・看護学専攻 家族看護学分野
 The University of Tokyo Graduate School of Medicine
 2) 聖路加国際病院 St Luke's Inter National Hospital

Abstract

The purpose of this study was to define the kinds of information that nurses should provide to children with cancer to prevent infectious disease following school reentry. Semi-structured interviews were carried out for 11 nurses, 2 pediatricians, 2 teachers of hospital schools, a social worker, a guardian, and a childhood cancer survivor of 2 hospitals in A prefecture. Interview transcripts were then analyzed qualitatively. Provision of information from nurses was defined by stages, subjects, and contents. First, we found four stages in which nurses provide some information in terms of practices for school reentry: at the time of admission; at the time of temporary discharge; at the time of discharge; and after reentry to a regional school. Second, we found that nurses provide information to patients, guardians, and teachers of regional schools. Third, we found the contents are "infection control", "prevention of transmitting infection", "knowledge of infectious disease", "initial care before consulting doctors", and "cooperation". Nurses provided information at all stages from the time of admission to after reentry to regional schools. In every stage, information was mainly provided to guardians. Information regarding the patient's own "infection control", such as hand washing and gargling, was provided repeatedly at all stages. In conclusion, provision by nurses of five contents on three subjects at four stages was important for infection prevention with school reentry.

Key words: Children with Cancer, Information about Infectious Disease, Provision of Information, Support for School Reentry

要 旨

小児がん患児の復学支援に関し、入院から復学後の過程で、看護師が実施している感染症に対する情報提供の時期、対象者、内容を明らかにすることを目的とした。方法は、A県にある2施設の看護師11名、医師2名、院内学級の教員2名、医療ソーシャルワーカー1名、保護者1名、小児がん経験者1名を対象に、半構造化面接を実施し、質的分析を行った。結果として、小児がん患児の入院から復学後の過程は、入院中、一時退院前の時期、退院前の時期、復学後の時期に分類された。情報提供の対象は、小児がん

患児、保護者、前籍校の教員があげられた。内容は、【感染予防】【感染媒介予防】【感染症の知識】【受診を要する場合の対応】【連携】が抽出された。情報提供は、入院中から復学後のすべての時期で実施されており、またどの時期においても、保護者を中心に実施されていた。以上より、小児がん患児の復学支援として、感染症に対する看護師が行う情報提供の4つの時期、対象となる3者、5つの内容を明らかにした。

キーワード：小児がん、感染症に関する情報、情報提供、復学支援

I. 緒言

小児がんとは、15歳未満の子どもにおこる悪性腫瘍の総称（細谷ら，2008）であり、白血病、神経芽腫、脳腫瘍、悪性リンパ腫など（別所ら，2006）が存在する。日本において小児がんは、年間2,000人弱発生する（加藤，2009）と言われており、15歳未満の人口1～1.3万人に1人の発生頻度（がんの子どもを守る会，1982）である。治療技術の向上により、現在では、約8割の小児がん患児が治癒するようになってきている（Jemalら，2009）。一方で、厳しい治療や長期の入院生活は、患児及びその家族に大きな心理社会的影響を与え、治療後の社会復帰が困難であることが指摘されている（前田ら，2004）。そのため、治療後の社会復帰を考慮した支援を整えることが重要である。

子どもの社会復帰を考えるにあたり、学校の存在は大きい。子どもにとって学校は生活の一部であり、学習面はもちろんのこと、友人との関わりによる心理社会面の発達に重要な役割を担っている（河合ら，2007）。治療後の社会復帰を考慮した支援の構築においては、前籍校にスムーズに戻ることができるように、また、戻ってからの学校生活に対応できるようにすることが必要である。

小児がん患児が復学する際に生じる問題の一つとして、易感染状態に対する問題が明らかになっている（谷川ら，2000）。小児がん患児が易感染状態となる理由は、治療に用いる抗腫瘍薬や免疫抑制薬が、リンパ球の量的、質的異常をもたらし、リンパ球の機能が回復するまでに治療終了後数ヶ月はかかるためである（別所ら，2006）。また、発病以前に予防接種を受け免疫を獲得していた場合でも、その免疫が減少ないし消失しているため

である（赤塚ら，2000）。一般に、治療後、半年から1年程度は、生ワクチンを用いる予防接種を受けることができず（細谷ら，2008）、学校内で感染症が流行した場合、小児がん患児は、感染する危険が高い。そこで、保護者は治療終了後も感染の危険を心配していること（Earleら，2007）、感染症発症時の対応に困難を感じていることの報告がある（富岡，2003）。

小児がん患児が前籍校に戻っていく過程において、海外では、復学支援プログラムを組み、患児や保護者、医師、看護師、前籍校の教員らが、感染症を含めた復学に関する問題について話し合いを行い、疑問を解決し不安を軽減する取り組みを行っている（McCarthyら，1998）。日本では、小児がんの治癒率の向上に伴い、1990年前後から小児がん患児の発達や社会生活の支援の重要性が指摘されるようになった（小林ら，1989、福士ら，1990）。そして、復学支援の一つとして感染予防対策が必要であることが明らかになっている（三戸ら，2008）。しかしながら、復学支援における看護師の感染予防対策のあり方は、現在のところ明らかにされていない。

看護師による復学支援としては、情報提供を行うことが重要であると指摘されている（Selekmanら，2010）。感染症に対する情報提供の時期、対象者、内容を明確にすることが、小児がん患児の復学支援に関する看護を検討するうえで有用であると考えられる。そこで、本研究は、小児がん患児の復学支援において、看護師が行う感染症に対する情報提供の時期、対象者、内容を明らかにすることを目的とする。

なお、本研究では以下のように用語を定義する。

- ・前籍校：病気になる前に通学していた学校。ここで言う学校は、義務教育である小学校と中学校とする。また、便宜上復学後の学校も前籍校と記載する。
- ・復学：前籍校にもどっていくこと。
- ・情報提供：対象者へ情報を伝え、知識・技術の理解や習得を促し行動変容を促すもの。
- ・院内学級：病院の施設に隣接または併設した特別支援学校（病弱）、施設内の肢体不自由児を主とする特別支援学校や知的障害を主とする特別支援学校の病院内分校・分教室、小学校中学校の特別支援学級（病弱・身体虚弱）、特別支援学校から教師が病院に派遣される訪問教育をさす。

II. 方法

1. 対象者

都心部にある大学病院及び民間病院の各1施設を対象施設とした。これらの施設において、①小児がん看護経験3年以上の病棟看護師、②小児がん看護経験3年以上の小児外来看護師を対象とした。3年以上とした理由は、看護の場面での統率力があり、多くの偶発的な出来事に対処し、管理する能力があると言われ、一人前とみなされる（井部ら、1992）ためである。また、③小児病棟看護師長を対象とした。看護師長を対象とした理由は、適切な看護が行えるように看護師への監督と支援を行う立場であるからである。また、復学支援は、多職種を含めたチームでアプローチすること（Rabin, 1994）が想定されるため、それぞれの職種の立場から見た看護師が行う感染症に対する情報提供の時期、対象者、内容についてうかがい、看護師が実施している情報提供を明確にするために、④小児がんを専門に診療する医師、⑤小児がん患児を教育している院内学級教員、⑥小児がん患児に関わっている医療ソーシャルワーカー、⑦復学して1年以上が経過する小児がん経験者の保護者、⑧小児がんの治療を受け、復学した経験を持ち、すでに治療が終了している小児がん経験者で、病名告知を受けている者を対象者とした。

2. データ収集

データ収集期間は、2008年8月から2010年3月であった。上記の基準を満たした対象者に、プライバシーが保護される病院または大学の研究室の一室で半構造化面接を行った。面接では、保護者、小児がん経験者以外の対象者の背景として、経験年数および所有資格などを質問した。看護師へは、復学における看護師からの感染症に対する情報提供について、時期や、対象者、そして内容を質問した。また、復学支援は、看護師のみならず多職種のチームで行っていることの多い現状から、看護師が情報提供をしている内容を聞いたことのある医師、院内学級の教員、医療ソーシャルワーカー、保護者、小児がん経験者へも、それぞれの立場からみた看護師が行う感染症に対する情報提供の時期、対象者、内容について同様に質問した。さらに最後に、看護師と小児がん患児の保護者に、それまでの分析した結果について内容の妥当性の確認を依頼した。

3. データ分析

分析方法は、看護師が実施している感染症に対する情報提供の時期、対象者、内容を明らかにするために、質的に分析した（舟島, 2007）。面接で録音した会話を逐語録にし、一つの意味内容を持つ単位に分割し、記録単位とした。記録単位には、感染症に対する内容以外にも存在したため、小児がん患児の復学支援において感染症に対する情報提供の時期、対象者、内容を述べている記録単位を抜き出し、意味内容を損なわないように要約し、コードを作成した。コードの作成は、入院から復学後の過程で、看護師が、どの時期に、誰を対象者とし、どのような内容を情報提供しているかを要約した。コードについて抽象度の高い命名を行うよう、コード間の異なる点を検討しながら類似するコードをまとめ、サブカテゴリを作成した。さらにサブカテゴリに対してより抽象度の高い命名を行うよう、サブカテゴリ間の異なる点を検討しながら類似するサブカテゴリをまとめ、カテゴリを作成した。本研究では、質的研究の専門家によるスーパーバイズを受けた。本文中の【 】はカテゴリを、[]はサブカテゴリを示す。

4. 倫理的配慮

対象者に対して研究の趣旨説明と協力依頼を口頭と文書で行い、書面にて同意を得た。なお、本研究は東京大学大学院医学系研究科・医学部及び対象者紹介施設の倫理委員会の承認を得て実施した。

Ⅲ. 結果

1. 対象者の概要

対象者18名のうち、看護師は11名（外来看護師4名、看護師長1名を含む）、医師2名、院内学級の教員2名、医療ソーシャルワーカー1名、小児がん経験者の保護者1名、小児がん経験者1名であった。看護師の平均年齢は33歳（29-46歳）、看護師としての経験年数は、平均11.4年（6-25年）であり、小児がん看護経験年数も同様であった。看護師以外の職種の対象者で、小児がん患児に接した経験年数は、平均21.2年であった。また、2007年度に復学支援をした小児がん患児数は、2施設においてそれぞれ6名と15名であった。保護者は、インタビューを行った時点で、患児が復学してから4年が経過していた。対象の小児がん経験者は復学してから8年が経過し、現在は成人していた。面接時間は平均53.9分（22-90分）であった。

2. 収集したデータの概要

看護師からの情報提供の時期、対象者、内容を表に示した。情報提供を行い始める時期と、対象者に注意を再度喚起するために情報提供を繰り返して行う時期に、対象者が患児の場合は○、保護者の場合は■、前籍校の教員の場合は△の記号を記した。

3. 情報提供を行う時期

看護師11名の分析から、情報提供を行う時期は、入院中、一時退院前の時期、退院前の時期、復学後に分類された。

1) 入院中

小児がんの診断を受け、入院を要する治療を行っている時期であった。この時期において、患児と保護者は、入院及び治療が中心となる生活の

変化を受けていた。その中で患児と保護者は、治療に伴う合併症を予防する手段として、感染症に対する説明を受け、実際に感染予防対策を行っていた。

2) 一時退院前の時期

入院を要する治療は継続しているが、次の治療までの期間、退院する時期であった。患児は、主に自宅で過ごすものの、近所を散歩したり、公共の交通機関を利用したりするなど外出する場合もあった。条件が整えば、交流学級という形で前籍校に出席する患児も存在した。この時期には、それまでの入院していた環境とは異なり、不特定多数の人と接することで感染の機会が高まるという特徴があった。

3) 退院前の時期

入院を要する治療が終了し、外来で維持療法や経過観察を継続していく時期であり、患児は感染症への対処を行いつつ前籍校での学校生活を再開しようとしていた。

4) 復学後

患児が前籍校にすでに通学しており、退院前の時期と比較して感染症に対する脅威は緩和されてくるものの、感染症の流行に応じて感染症への対策を実施する時期であった。また、長期フォローアップのための外来受診を行っている間においても時期の経過に関わらず看護師は感染症に対する情報提供を継続していた。

看護師からの情報提供は、時期別にみたところ、退院前の時期に最も多岐にわたり、次に入院中が多岐にわたってあげられていた。

4. 情報提供を行う対象者

看護師11名の分析から、情報提供を行う対象者としては、患児、保護者、前籍校の教員に分類された。前籍校の教員には、学校長、教頭などの管理者、学年主任、担任、養護教諭等が含まれていた。

看護師からの情報提供の対象者として、保護者が最も多くあげられた。

5. 情報提供の内容

看護師11名から抽出されたカテゴリは、【感染

予防】【感染媒介予防】【感染症の知識】【受診を要する場合の対応】【連携】が抽出された。以下それぞれのカテゴリについて説明する。

1) 【感染予防】

患児が、感染に対する予防行動を覚え、自ら行う情報であった。[感染症罹患歴と予防接種歴]という患児の状態を把握することや、[感染予防行動]という患児が衛生的な手洗いや含嗽を行うこと、マスクを装着することがあげられた。そして、[治療後の予防接種]という患児の感染症の抗体検査を行い必要とされる予防接種についての内容があげられた。

2) 【感染媒介予防】

患児に関わる者が、感染症を患児に媒介しないようにするための行為を促す情報であった。[保護者の感染媒介予防]という、保護者のインフルエンザの予防接種の推奨や、風邪をひいている時は患児との接触を控えること、[きょうだいの感染媒介予防] [前籍校の教員の感染予防] [前籍校の児童生徒の感染媒介予防]として、それぞれきょうだい、前籍校の教員、前籍校の児童生徒の感染予防管理の内容があげられた。

3) 【感染症の知識】

保護者がさまざまな感染症の症状の特徴を理解しておくことや、感染症発症時の観察の仕方について備えておく知識についての情報であった。[感染症の特徴]として感染症の特徴的な症状を把握することや、過去に予防接種を行っていても感染症を発症する可能性があり、感染症を完全に避けることができないことがあげられた。また[感染症発症時の観察方法]として、症状を継続的に観察することや観察する内容についてあげられた。

4) 【受診を要する場合の対応】

患児の感染症発症の有無に関わらず、医療機関を受診する場合の判断と行うべき内容があげられた。[患児に症状がある時の対応]と、[患児に症状はないが明らかに感染症発症の疑いがある場合の対応]があげられ、受診をすべき患児の症状を把握しておくことや、患児に感染症発症の疑いがある時や、患児と感染者が接触した時の対応の内容があげられた。

5) 【連携】

保護者が、医療機関、前籍校、または患児が活動する地域との中継となり、連絡を取り合うことを促す情報であった。[患児が自分の体調を伝えること]という、患児が保護者以外の人に自分の体調を伝えることがあげられ、[前籍校の教員から保護者への連絡]という、前籍校の教員が保護者に連絡を必要とする場合の内容があげられた。また、[地域から保護者への連絡]として、患児が塾や子ども会の場で感染症が発生した場合、保護者に連絡をもらえる体制づくりがあげられた。そして、[保護者から医療機関への連絡]として、保護者が24時間医療機関との連絡がとれる準備をしておく内容があげられた。

6. 看護師以外からの情報提供の時期、対象、内容

医師、院内学級の教員、医療ソーシャルワーカー、保護者、小児がん経験者から抽出された情報提供の時期、対象者、内容は、看護師と同様であった。医師からは、情報提供として、保護者に対する情報提供が主であり、入院中から【感染媒介予防】や【感染症の知識】、退院前に【受診を要する場合の対応】、前籍校の先生から保護者への連絡を呼び掛ける【連携】についてあげられた。院内学級の教員は、情報提供として、入院中に患児に対し、含嗽や手洗いを習得できるよう【感染予防】と、退院前に前籍校の先生に保護者に連絡をとる具体例について伝える【連携】があげられた。医療ソーシャルワーカーからは、情報提供として退院前に【連携】がうまく行えるように保護者と前籍校の教員の双方に連絡を取り合う際の具体例についてあげられた。保護者は、情報提供として、すべての職種から、入院中から復学後の時期にかけ、特に退院前の時期に最も多くあげられた。小児がん経験者は、情報提供として、看護師と保護者から、入院中から退院前の時期にかけて、【感染予防】を中心にあげられた。

表 看護師からの情報提供

カテゴリ	サブカテゴリ	コード	入院中	一時退院 前の時期	退院前 の時 期	復学後	
感染予防	感染症罹患歴 と予防接種歴	1 患児の感染症罹患歴を把握すること	■				
		2 患児の予防接種歴を把握すること	■				
	感染予防行動	3 処方された薬（抗生物質、抗真菌薬、抗ウイルス薬）を服用すること	○/■				
		4 清潔と不潔の区別をつけること	○/■				
		5 衛生的な手洗いを実施すること	○/■	○/■	○/■		
		6 含嗽を行うこと	○/■	○/■	○/■		
		7 マスクを装着すること	○/■	○/■	○/■		■*1
		8 人混みを避けること		○/■	○/■		
		9 風邪をひいている人と患児を接触させないこと		■			■
	治療後の予防 接種	10 患児の感染症に対する抗体検査の結果を把握すること				■	
		11 患児が必要とされる予防接種を把握すること				■	○/■
感染媒介予防	保護者の感染 媒介予防	12 保護者は、インフルエンザの予防接種を推奨されること	■				
		13 同居者全員の健康状態を把握すること	■				
		14 風邪をひいている時は患児との接触を控えること	■				
	きょうだいの 感染媒介予防	15 きょうだいは、体調不良の場合、保護者に伝えるように話しておくこと	■				
		16 きょうだいを通う学校の感染症の流行状態を把握すること	■				
		17 きょうだいは、感染症の予防接種（インフルエンザ、水痘、麻疹）を推奨されること	■				
		18 前籍校の教員は、インフルエンザ、結核に注意すること				△	
	前籍校の児童 生徒の感染媒介 予防	19 前籍校の教員は、インフルエンザの予防接種を推奨されること				△	
		20 全校の児童生徒の感染予防の啓発を行うこと				△	
		21 全校集会では、患児を換気の良い場所に並ばせること				△	
22 前籍校での感染症の流行状態を把握すること				△*2	△	△	
23 前籍校で感染症が流行している場合、患児が欠席することを把握すること				△*2	△	△	
感染症の知識	感染症の特徴	24 インフルエンザ、水痘、麻疹の特徴的な症状を把握すること	■				
		25 過去に予防接種を行っていても、感染症を発症する可能性があること	■				
		26 前籍校の生活において、感染症を完全に避けることができないこと				■	
		27 治療が終了しても半年間はインフルエンザ、水痘、麻疹に注意すること				■	
	感染症の発症 時の観察方法	28 患児の症状（発熱、皮疹、活気、呼吸、水分摂取状況）の有無を観察すること	■			■	
		29 患児の症状（発熱、皮疹、活気、呼吸、水分摂取状況）を経時的に観察すること	■				
		30 患児に複数の症状が出現していないか観察すること				■	
受診を要する 場合の対応	患児に症状が ある時の対応	31 発熱した場合に受診をさせること		■	■		
		32 消化器症状（下痢、嘔吐）が続く場合に受診をさせること		■	■		
		33 呼吸器症状（咳嗽、鼻汁）が続く場合に受診をさせること		■	■		
		34 インフルエンザは発症から12時間以内では診断のための検査で十分な検出が得られないので、自宅で待機すること				■	
	患児に症状は ないが明らか に感染症発症 の疑いのある 場合の対応	35 患児にインフルエンザ、水痘、帯状疱疹、麻疹の発症が疑われる場合、すぐに医療機関に受診をさせること				■	
		36 患児が感染者と直接接触した場合、患児に症状がなくても受診をさせること				■	
		37 患児が感染の疑われる人と接触をした場合、医療機関に連絡をし、患児を受診をさせること				■	
		38 前籍校に感染症が発生した場合は、該当する感染症の潜伏期間が過ぎるまで患児の症状に注意すること				■	■
連携	患児が自分の 体調を伝える こと	39 患児が保護者以外の人に自分の体調を伝えること	○				
		40 前籍校に感染症が発生した場合、保護者に連絡をすること				△	
	前籍校の教員 から保護者へ の連絡	41 患児への対応方法が不明である時、保護者に確認をすること				△	
		42 患児と感染者との接触状況を保護者に連絡をすること				△	
		43 患児が体調の変化を生じた場合、すぐに保護者に連絡をすること				△	
		44 プール授業で患児がプールに入ることができるか保護者に確認をすること				△	
	地域から保護 者への連絡	45 校外学習で人混みの中に行く場合、保護者に連絡をすること				△	
46 患児が通う塾や子ども会場で感染症が出現した場合、保護者に連絡をもらえる体制をつくること					■		
保護者から医療 機関への連絡	47 保護者は24時間医療機関との連絡がとれる準備をしておくこと				■		

○は患児に、■は保護者に、△は前籍校の教員に情報提供を行うことを示す

* 1 は感染の機会が高まる外来受診時に適用される情報支援

* 2 は前籍校の交流学級に参加しようとする場合に適用される情報支援

IV. 考察

本研究は、小児がん患児が復学する過程で、看護師が行う感染症に対する情報提供の時期、対象者、内容を明らかにした。以下、情報提供を行う時期、対象者、内容について考察する。また今回は、医師、院内学級の教員、医療ソーシャルワーカー、保護者、小児がん経験者からもデータを収集し分析したところ、看護師から得た結果と同様であり、看護師以外の他職種および保護者、小児がん経験者からみても看護師が実施している感染症に対する情報提供の時期、対象者、内容について同様の認識であることが理解された。

1. 情報提供を行う時期

入院中、一時退院前の時期、退院前の時期、復学後という時期が明確になった。入院中に行っていた【感染予防】である患児の衛生的手洗いや、含嗽は、退院前の時期も患児に同様の行為を実施するよう情報提供を行っていた。つまり、入院中における治療の合併症を予防するための感染症に対する情報提供は、復学後にもその患児が健康を維持していくために活用される情報提供を行うことにつながっていた。これより、入院中の情報提供は、患児が入院中に実施すべき感染予防行動を促すだけでなく、患児が復学後の自分自身の健康にどのような影響を及ぼすのか想定できるように行うことが望ましい。同様に、保護者やきょうだいに関する予防接種や体調管理といった【感染媒介予防】についても、入院中から情報提供を行っておくことで、復学後も家庭内での感染により患児の通学の機会を逃さないために、保護者やきょうだいが習慣として身につけられるようにしていた。先行研究において復学のための介入は、復学が可能となる目安のつく時期から行われていると述べられているが (McCarthyら, 1998、Katzら, 1992)、看護師は復学の目安のつく時期の前から復学後の生活を想定した長期的な視点を持ち、感染症に対する情報提供を行うことが必要であると考えられる。

また、入院中からの保護者と看護師の間で、患児の日々の様子や症状の変化について、コミュニケーションをとっている中で、感染症に対する保

護者の思いや考え、理解度、対処行動など把握していき、必要な知識を情報共有し、感染症に対する対処方法が育まれていくものと考えられる。

復学後についても、患児のリンパ球の機能の回復状況に関わらず患児や保護者の感染症に対する意識が低下してくることが考えられるため、感染症の流行状態に応じ予防や早期発見といった対応が行えるよう、看護師は繰り返し情報提供を行っていく必要があると考える。また、患児が長期フォローアップにより外来受診を継続している間は、看護師は継続して情報提供を行っていたが、患児の理解度や実際に行っている予防行動、そして免疫機能の回復などを確認し、見守ったり、過度な不安や制限を行うことがないように医師と相談しながら適切な情報提供を行う必要があると考える。

2. 情報提供を行う対象者

看護師が情報提供を行う対象者は、保護者、患児、前籍校の教員の三者であることが明確になった。保護者は、感染媒介予防といった保護者自身の適切な行動に関する情報提供を行う対象者であるだけでなく、患児の感染予防行動を促進するための支援者として情報提供が行われていた。つまり、看護師は患児に対する看護支援を、保護者を介し行っていた。先行文献において、保護者は、患児の入院によって、感染予防行動を行わせる役割が拡大し、患児が上手く行えないと治療に影響するのではないかというプレッシャーを感じていると指摘されている (水野ら, 2002)。そこで、看護師は、保護者に対して情報提供を行うと同時に、保護者の負担を把握していく必要があると考える。そして看護師は、保護者の負担が患児との関係に影響を及ぼしていないか把握し、必要に応じて保護者に患児への働きかけについて相談にのることも準備しておくことが望ましい。

患児へは、入院中から退院前の時期にかけて、【感染予防】について、保護者と同様に情報提供があげられたが、他の情報提供についてはあげられていなかった。しかしながら、子どもは、青年期へと成長するにつれて親への依存や保護を嫌い、親からの介入を拒むようになると述べられて

いるように（奥山，2007）、患児に対し発達に合った働きかけが必要であり、自立に向けた支援として情報提供を行っていくことを考慮する必要があると考える。

現状では、病院に勤務する看護師は、患児や保護者に比べ前籍校の教員と接する機会が少ない。そこで看護師は、少ない機会を有効に利用して前籍校の教員と接することが求められる。医療機関によっては、感染症をはじめとする復学のための疑問や不安を緩和する機会として、前籍校の教員、院内学級の教員、主治医、看護師、保護者、そして可能であれば本人も含めた話し合いを行っている（平賀，2007）。そこで、看護師は、その話し合いの場を利用して感染症に対する情報を提供していく工夫が必要であると考えられる。また、話し合いが行われていない現状であっても、大見ら（2007）が述べているように、看護師は、医療者自らと家族、学校といった三者の連携を積極的に推進していく役割を担うこと、特に前籍校の教員に対して感染症に対する情報提供を行う機会を持つことが望まれる。

3. 情報提供を行う内容

情報提供を行う内容については、5つの内容があげられた。【感染予防】や【感染媒介予防】については、看護師が治療に際し副作用である好中球減少を予測し、感染予防対策に関する情報提供を行っている結果が影響していると考えられる。これは、看護行為として標準的に確立されているものであり（細谷ら，2008）、また、先行研究においても治療の副作用を予測してケアにつなげることは、日々の看護の中で実践の頻度が高いという報告があり（三澤ら，2007）、これらの結果と矛盾しないものであった。また、造血幹細胞移植を受けた患児に対しては、造血細胞移植後の予防接種一覧（日本造血細胞移植学会，2008）が提示されており、この予防接種一覧を参考にしながら看護師が医師と相談しながら患児と保護者に情報を提供していけるようになることが望ましいと考える。

【感染症の知識】については、矢野（2000）の日常生活における感染予防ガイドにおいても、インフルエンザに注意をすることが述べられて

いる。さらに国立感染症研究所感染症情報センターのインフルエンザ様疾患発生報告（学校欠席者数）（2011）によれば、平成22年から平成23年にかけてインフルエンザ様疾患発生患者数は41万4千人あまりで、そのうち学級閉鎖学校数が2万1千あまり生じていた現状から、インフルエンザについて情報提供を行うことは、不可欠であると考えられる。また、水痘と麻疹についても流行のピークがあるものの、感染力が強いため（国立感染症研究所感染症情報センター，2011）、感染症の特徴や感染症発症時の観察方法についての情報提供を行うことは、患児が感染した場合の重症化を防ぐためにも必要である。またその他に、間違った情報を与えないこと、感染症を避けられないことや、感染した場合にも対応が可能であることも合わせて伝えておくことが、患児の活動を過度に抑制させないためにも必要である。

【受診を要する場合の対応】として、患児が実際に受診をする場合の判断となる情報を伝えておくことは、患児の活動を過度に抑制させないためにも、また保護者の対処能力を高めるためにも重要であると考えられる。

【連携】については、前籍校において、校外学習やプール授業の開始前に連絡をとりあえることがあげられ、また、塾や子ども会といった地域で感染症が発生した場合に、保護者と連絡がとりあえることがあげられた。これらの情報提供を行うには、前籍校や地域での患児の詳細な生活場面を具体的に想定することが必要である。これらを想定することは、一般に病院で勤務する看護師にとって困難であることが予測される。その結果情報提供が行われず、復学後に保護者が判断に困るという事態も考えられる。よって看護師は、前籍校や地域において、患児がどのような生活をおくるのか把握しておくことが必要である。中でも、院内学級の教員は、入院中から前籍校の教員と連絡をとりあい、また教員という立場から保護者と日々コミュニケーションを行っており（足立，2003）、職業柄学校や子どもの生活の様子をよく知っている存在である。そこで、看護師は、院内学級の教員との情報共有を強化し、患児がどのような環境に移行していくのか、想定できるよ

うにする必要があると考える。その結果、看護師は患児と保護者が遭遇する問題を具体化することが可能となり、情報提供の内容が明確にでき、実際に情報提供を行うことにつながると考える。

4. 本研究の限界と今後の課題

本研究は、都市部にある2施設18名のみの面接調査であり、今後は本研究の結果を実践し、得られた結果の妥当性の検討を行う必要がある。また、本研究の結果の利用の際には、患児の個別性に配慮すること、過度な対応のあまり患児の活動が抑制されないように注意を要する。

V. 結論

小児がん患児の復学支援に関し、入院から復学後の過程で、感染症に対する看護師が行う情報提供の時期、対象者、内容を明らかにした。看護師は、入院中、一時退院前の時期、退院前の時期、復学後の時期に、患児、保護者、前籍校の教員に、【感染予防】【感染媒介予防】【感染症の知識】【受診を要する場合の対応】【連携】という感染症に対する情報提供を行っていることが明らかになった。

VI. 謝辞

本研究の実施にあたり、インタビューに快くご協力してくださいました皆様に深く御礼申し上げます。なお、本研究は、東京大学大学院医学系研究科修士課程の修士論文を加筆・修正したものである。平成20年度厚生労働科学研究費がん臨床研究事業（H20 -がん臨床- 一般001）「働き盛りや子育て世代のがん患児やがん経験者、小児がんの患児を持つ家族の支援の在り方についての研究」（主任研究者 真部淳）の一部として行われた。

VII. 文献

足立カヨ子 (2003). 「橋渡しの学校」としての役割 前籍校との多様な連携を試みて. SNE ジャーナル, 9 (1), 42-54.
赤塚順一, 土田嘉昭, 藤本孟男, 山崎洋次 (2000). 小児がん. 大阪, 医薬ジャーナル社.

別所文雄, 横森欣司, 編 (2006). よく理解できる子どものがん: 診療を深めるための最新の知識とケア, 大阪, 永井書店.

病気のこどもの社会性生活支援と学校教育. (2010年5月18日). http://homepage1.nifty.com/k_tanigawa/download/support/.

Chekryn J, Deegan M, Reid J (1987). Impact on teachers when a child with cancer returns to school. *Child Health Care*, 15 (3), 161-5.

Earle EA, Clarke SA, Eiser C, Sheppard L (2007). 'Building a new normality': mothers' experiences of caring for a child with acute lymphoblastic leukemia. *Child Care Health, Dev*; 33 (2), 155-160.

福士貴子, 松井一郎, 谷村雅子, 小林登 (1990). 小児がん長期生存患児と治療期間中の教育措置問題. *小児がん*, 28 (1), 97-99.

舟島なをみ (2007). 質的研究への挑戦. 東京, 医学書院.

がんの子供を守る会 (1982). 日本における小児悪性新生物全国登録一覧表. 東京, 財団法人がんに子供を守る会.

平賀健太郎 (2007). 小児がん患児の前籍校への復学に関する現状と課題 保護者への質問紙調査の結果より. *小児保健研究*, 66 (3), 456-464.

細谷亮太, 岡本康裕, 永利義久, 副島俊典, 草深竹志, 井上雅美, 他 (2008). 子どものがん - 病気の知識と療養の手引 -. 東京, 財団法人がんに子供を守る会.

井部敏子, 井村真澄, 上泉和子 (1992). ベナー看護論 - 達人ナースの卓越性とパワー -. 東京, 医学書院.

Jemal A, Siegel R, Ward E, Hao Y, Xu J, Thun MJ. CA (2009). a cancer journal for clinicians, 59 (4), 225-249.

加藤忠明 (2009). 平成18年度小児慢性特定疾患治療研究事業の全国登録状況. 厚生労働科学研究費補助金子ども家庭総合研究事業 法制化後の小児慢性特定疾患治療研究事業の登録・管理・評価・情報提供に関する研究平成20年度総括・分担研究報告書 (研究代表者 藤本純一

- 郎), 17.
- Katz ER, Varni JW, Rubenstein CL, Blew A, Hubert N (1992). Teacher, parent, and child evaluative ratings of a school reintegration intervention for children with newly diagnosed cancer. *Child Health Care*, 21 (2), 69-75.
- 河合洋子, 藤原奈佳子, 小笠原明彦, 戸荻創, 石黒和栄, 横田雅史 (2007). 医療施設における病弱教育の現状の検討. *小児保健研究*, 66 (4), 531-536.
- 国立感染症研究所感染症情報センター. インフルエンザ様疾患発生報告 (学校欠席者数). (2011年5月18日) http://idsc.nih.go.jp/idwr/kanja/infreport/infl10-11/infl10_11-22.pdf.
- 国立感染症研究所感染症情報センター. 発生状況総覧. (2011年5月18日) <http://idsc.nih.go.jp/idwr/douko/2010d/21douko.html>.
- 国立感染症研究所感染症情報センター. 麻疹2010年. (2011年5月18日) <http://idsc.nih.go.jp/disease/measles/idwr1115.html>.
- 小林登, 塙嘉之, 永原暹, 赤塚順一, 松井一郎, 別所文雄, 他. 小児がん長期生存者の社会生活の問題点 (1989). (財) がんの子供を守る会・長期生存登録より. *小児がん*, 25 (5), 454-459.
- 前田貴彦, 杉本陽子, 宮崎つた子, 堀浩樹, 駒田美弘 (2004). 長期入院を必要とする血液腫瘍疾患患児にとっての院内学級の意義 院内学級に在籍した患児・保護者の調査から小児保健研究, 63 (3), 302-310.
- McCarthy AM, Williams J, Pulmer C (1998). Evaluation of a school re-entry nursing intervention for children with cancer. *J Pediatr Oncol Nurs*, 15 (3), 143-152.
- 三澤史, 内田雅代, 竹内幸江, 駒井志野, 大脇百合子, 平出礼子, 他 (2007). 小児がんを持つ子どもと家族のケアに関する看護師の認識 ケア29項目の実施の程度と難しさの認識. *小児がん看護*, 2, 70-80.
- 三戸真由美, 平元泉, 三澤雪, 中村由美子 (2008). 幼児期に発症した白血病患児の通学開始までの家族の関わり 小学校1年生を院内学級から開始した2事例を通して. *小児がん看護*, 3, 83-92.
- 水野貴子, 中村菜緒, 服部淳子, 岡田由香, 山口桂子, 松本博子 (2002). 小児がん患児の入院初期段階における母親役割の変化と家族の闘病形成プロセス (第1報). *日本小児看護学会誌*, 11 (1), 23-30.
- 日本造血細胞移植学会. 造血細胞移植ガイドライン予防接種. (2011年5月18日) <http://www.jshct.com/guideline/pdf/2008yobousesshu.pdf>.
- 奥山眞紀子, 編 (2007). 病気を抱えた子どもと家族の心のケア. 東京, 日本小児医事出版社.
- 大見サキエ (2007). 臨床看護と学校教育②退院・学校復帰時の支援. *小児看護*, 30 (11), 1518-1523.
- Rabin NB (1994). School reentry and the child with a chronic illness: the role of the pediatric nurse practitioner. *J Pediatr Health Care*; 8 (5) 227-232.
- Selekman J, Vessey, JA (2010). School and the child with a chronic condition. In: Allen PJ, Vessey JA, Schapiro NA. Primary care of the child with a chronic condition. 5th ed. St.Lois, Mosby, 42-59.
- 杉本陽子, 宮崎つた子, 前田貴彦, 堀浩樹, 駒田美弘 (2003). 小児がん経験者の学校問題に関する医療と教育の連携 担任及び養護教諭への1983年調査と2001年調査の比較. *小児がん*, 40 (2), 192-201.
- 谷川弘治, 稲田浩子, 鈴木智之, 駒松仁子, 松下竹次, 関口典子, 他 (2000). 小児がん寛解・治療例の学校生活の実態からみた学校生活支援の方法的諸問題. *小児がん*, 37 (1), 32-8.
- 富岡晶子 (2003). 乳幼児期に発症した小児がん患児の就園・就学に対する母親の認識と対応. *千葉看護学会誌*, 9 (1), 1-7.
- 矢野邦夫 (2000). 日常生活における感染予防ガイドーからだの抵抗力が低下している人たちのためにー. 東京, 日本医学館.

研究報告

子どもの看取り経験の積み重ねによる
看護師の思いの変化とその影響要因

Change in Nurses' Mind through Accumulated
Experiences at Child Patients' Deathbed, and
Influential Factors on the Change

渕田 明子 Akiko FUCHITA

東海大学医療技術短期大学

Tokai University Junior College Of Nursing and Medical Technology

Abstract

This search reports change in nurses' mind through a number of experiences of being present at children's deathbed, and factors that influenced on the change. The author collected data through semi-structural interview to six nurses who have experiences of being present at children's deathbed several times, and extracted 11 categories and 18 subcategories from the data using qualitative descriptive approach. The nurses without experiences of deathbeds described their state of mind toward deathbed as "having a certain distance from the death," "unable to play their roll fully," "unable to accept a child's death," and "need for emotional closure before she/he goes to next case." However, the description changed through experiences: "want to provide their best," "ready to accept a child patient's death," and "made a closure to go to next step." Their mind was influenced and changed by factors such as "conferences about death," "review with coworker," "facing to themselves," and "their passion to pediatric nursing." The nurses with experiences at children's deathbed are expected to have higher ethics and improved view on pediatric nursing, while keeping an appropriate distance from emotions of her/his own and patients' families. The above change in their attitude suggests the necessity of some ceremony for nurses to sort their emotional experiences at deathbed out in their mind and to bring a closure on their state of mind.

Key words: Child patients' deathbed, Nurses' mind, Accumulated experiences, Influential factors

要 旨

看護師が子どもの看取り経験をつみ重ねることによる思いの変化とその変化に影響を与える要因を明らかにすることを目的とした。複数回の子どもの看取り経験をもつ看護師6人に半構造化インタビューを行った。質的記述的方法によって、11カテゴリー・18サブカテゴリーが抽出された。看護師の看取りに対する思いは、【距離を感じる看取り】【役割実行の不十分感】【子どもの死を受け止めきれない】【気持ちにひと段落つけたい】から、【最善の看取りがしたい】【子どもの死を受け止める】【前進するためのく

ぎり】へと変化し、思いの変化には「デスカンファレンス」「同僚との振り返り」「自分との向き合い」「小児看護への情熱」が影響を与えていた。子どもの看取り経験をつみ重ねた看護師は、自分や家族の感情と適切な距離を保ちながら、看取りの倫理観を高め、小児看護観を深めていると推測される。また看護師が子どもの看取りに対して心を整理し、くぎりをつけるためには、何かしらの儀礼の必要性が示唆される。

キーワード：子どもの看取り、看護師の思い、積み重ね、影響要因

I. はじめに

小児の悪性新生物の治癒率は約70～80%（細谷他、2008）と1970年代に比較すると格段に良くなっている。しかし、悪性新生物の発症で20～30%の子どものは亡くなっている現状があり、また先天奇形や不慮の事故により小児期に死を迎える子どもがおり、小児看護を実践していく中で子どもの死に遭遇することは避けられない。

一般には子どもは元気に育つ存在であるという認識が強く、0～14歳の子ども死亡数は年間全死亡数の0.4%であり（平成22年人口動態統計）、統計上からも人生の中で最も死亡率が低い時期である。このため、子どもの死が両親はもとより、子どもに関わる全ての人々に与える衝撃は大きい。看護師自身もこの大きな衝撃を受ける中で両親や家族へのケアをしなければならない状況にある。

エンドオブライフのケア時における看護師は悲嘆感、無力感、呆然感、困惑感、など様々な感情や認識を持つことが明らかとなっている（野中、1999；井上ら、2003；土橋、2004）。これらの感情や認識は、実務経験の浅い若年の看護師のほうが、強い悲嘆反応を示しやすく、また、死別経験の少ない看護師のほうが、悲嘆を解決できずに罪悪感、呆然感、無力感、自責の念、不安感を抱きやすいことが報告されている（土橋、2004；坂口、2007）。さらに子どもは意思表示を明確にできないことに伴って、看護師が子どもに対して、自分がこの子のために何でもやってあげたい、という思いとなり、あたかも自分も家族の一員であるかのような感覚を抱き、母親や父親代わりのような気持ちで感情移入する傾向がある（荒川、2010）。また、過度の感情移入はバーンアウトの準備状態

に入るとの指摘もあり（保坂、2009）、この感情移入する傾向が強い小児の看護師自身へのケアの必要がある。

子どもの看取りを経験した看護師の研究では、ケアを通して得られる認識に注目したものが中心であり、看取りの場面に立ち会ったことに対する思いや看護師が看取りの経験をつみ重ねることによる縦断研究はなされていない。そこで、子どもの看取りを行う看護師の思いの変化及び影響要因を明らかにすることは、子どもを看取る看護師の思いを整理するための支援につながると考え、本研究に取り組んだ。

II. 研究目的

本研究の目的は、子どもを看取る看護師が、看取り経験をつみ重ねることによって、看取りへの思いがどのように変化していくのか、また、その変化に影響している要因を明らかにすることである。

III. 用語の操作的定義

- 1) 看取り：「看取りとは臨終のときに側にいて、死を迎える瞬間を見とどけること（ケアマネジメント用語辞典）」であり、本研究では勤務中に子どもの死に看護師として立ち会うことをいう。
- 2) 看取り経験：臨終の前後のケアおよびその後のふりかえりまでのプロセスをいう。
- 3) 思い：子どもを看取った看護師の気持ちや考え。

IV. 研究方法

1. 研究デザイン：質的記述的研究

2. データ収集

期間：平成23年8月から9月、場所：小児病棟を有する2カ所の大学病院

3. 研究協力者

複数の子どもの看取り経験のある看護師であり、かつ自由な語りを得るため研究者と面識のない看護師とした。

4. データ収集方法

小児病棟を有する2ヶ所の病院に研究協力の依頼を行った。対象者に研究者が研究の趣旨を文書と口頭で説明を行い、同意が得られた場合のみ、研究協力者としてインタビューガイドを用いて半構造化インタビューを行った。

インタビューガイドは1) 属性：性別、年代、看護師経験年数、小児看護経験年数、看取った子どもの人数、2) インタビュー内容：初めて子どもの看取りを経験した時の思い、2例目以降で印象に残っている事例の看取り時の思い、直近の看取り時の思い、看取り時の思いの変化に影響を与えたもの、から構成されている。研究協力者の承諾が得られた場合はインタビュー内容をICレコーダーで録音した。

5. 分析方法

半構造化インタビューによって得られたデータを録音にした内容から、看取り経験の積み重ねによる思いの変化とその影響要因に関係する語りの部分を意味内容ごとに切り取り、コード化し、類似性・相違性に着目しながら整理分析しサブカテゴリーとした。さらにサブカテゴリー間の共通性のあるものをまとめ、カテゴリー化を行った。

データの信頼性、分析と解釈の明解性、信頼可能性を確保するために、研究の全過程を通して小児看護学研究者2名のスーパーバイズを受けた。

6. 倫理的配慮

小児病棟を有する病院の看護部に文書と口頭にて研究協力の依頼を行い、内諾が得られた病棟師長より対象候補者として適切であると思われる看護師に返信用封筒を渡していただいた。返送の

あった看護師に、研究者が研究の趣旨及び、自由意思による参加・途中辞退の自由・プライバシーの保護・データ管理の厳密性などを書面と口頭で説明し、研究参加への同意が得られた場合のみ、研究協力者としてインタビューの対象者とした。本研究は当該機関の倫理審査委員会の承認を得て実施した。

インタビュー中は研究協力者の表情、表現、しぐさ、言動などに細心の注意を払い、研究協力者の情緒が不安定になった様子がみられた場合にはインタビューを一時中止することとした。落ち着くまで共感的態度で傾聴し、インタビューの続行を研究協力者と相談し、インタビュー継続の意思を示しても落ち着かない様子があれば中止とすることとした。研究協力者全員にインタビューの1週間後に電話で心理的負担の程度を確認した。さらに、心理的負担が大きい場合に備え依頼先の病院職員のためのメンタルヘルスケアサービスでのサポートを依頼できる体制を整えた。

V. 結果

1. 研究協力者の概要

研究協力者は大学病院小児病棟（2施設）に勤務する6名の看護師であり、年齢は20代2名、30代4名であった。看護師経験年数は6～14年（平均8.5年）、小児看護経験年数は5～7年（平均6.3年）であり、看取った子どもの人数は2～5人であった。インタビュー時間は平均64分であった。

2. 初めて子どもの看取り経験をした時の思い

小児病棟で初めて子どもの看取りを経験した時の思いは、43のコード、9のサブカテゴリーから構成された以下の4つのカテゴリーが抽出された（表1）。以下、カテゴリーを【 】、サブカテゴリーを《 》、コードを〈 〉、看護師の語りを太字斜体、研究者による補足説明を（ ）で表す。

1) 【距離を感じる看取り】

看取りってこと自体もよくわかっていなかったし、状況としては、ほんと、ドラマのような感じ、おしっこが少なくなるとか、**血圧が下がるっていう順番がわからないため、これが今なんだ**、という感覚になっており、子どもが亡くなったことに

よる悲しみなどの感情とは別の感覚で、客観的にみており、《子どもが亡くなったことに対する現実感のない感覚》であった。また、*新人の頃だったし、穴を埋めていくのもそうなんですけど、それ以上に日々の仕事の方が大変だったりとかだったので、思いを抱えつつ業務だったからそんなに長く感じなかったと思う、と〈時間の経過と忙しさで紛れ悲しみや寂しさを感じない〉状況となっていた。*

子どもを看取った直後に子どもに対して、〈力尽きた子どもを見ても予想に反して衝撃的ではなかった〉や〈児に対しては生ききったという気持ち〉をもっていた。成人病棟での看取り経験のある看護師では、*お母さんも悲しむんだなあ*と思った、と自分自身が看取りのケアに参加するということよりも周囲の状況を観察していたことが伺え《看取りに対する冷静な思い》があった。

このように、現実感がなかったり、冷静な感覚もあったりしており、いずれも看取りの場に身を置きながら、距離を感じていた。

2) 【役割実行の不十分感】

自分が行った看護に対して、*自分の気持ちとかそういうことよりも、どんな看護というか、どういったことを自分がしなきゃいけないというのに必死で、とエンゼルケアも見よう見まねであったり、もっとやってあげたかった思いからくる《役割実行の不全感》*をもっていた。

*アラームが鳴っていたのをもっと早く気付ければよかったのかも、と《自分を責める》*気持ちを持ち、自分自身が満足のいく看取りができていなかったと感じていた。

3) 【子どもの死を受け止めきれない】

看取り直後は、*ただただあの時は泣けてしまっ*て、と〈衝撃が強すぎて涙が止まらない〉状態となり、〈小さくして亡くなってしまうことに対する悲しく、やりきれない感じ〉や〈子どもが亡くなるというのは普通ではない〉と感じていた。また、〈師長がハンカチを貸してくれたことしか覚えていない〉など、一部の記憶が消失しているほど《子どもの死は衝撃的》であった。

また、亡くなった数日後も、〈燃え尽きた気持ち〉や〈ここに穴が空いた感覚〉といった《空

虚感》を感じていた。

悲しみの感じ方は、〈一人になると悲しみが湧いてくる〉や〈仕事の忙しさで悲しみが紛れる〉と様々な形で悲しみを感じ、《時間の経過に伴う悲しみの増減》があった。

4) 【気持ちにひと段落つけたい】

*担当として最期まで、看取ってあげなきゃという気持ちですぐに(病院から連絡が来て)行った、*というように勤務ではないが自らが看取りの場に参加し〈私が立ち会いたい〉という思いとなっていた。〈お焼香もできなかったことに対して衝撃を受けた〉というようにお別れの場や儀式に参加できないことで〈くぎりがつかない感じ〉をもち、《お別れの儀式に参加したい》と感じていた。〈思い出して泣いてひとくぎりがつく〉や〈悲しみは引きずらない〉など、自分なりにくぎりをつけようとし、自分自身が《くぎりをつけたい》という思いとなっていた。

3. 看取り経験をつみ重ねた現在の思い

看取り経験をつみ重ねた現在の思いでは、46のコード、9サブカテゴリーから構成され以下の3つのカテゴリーが抽出された(表2)。

1) 【最善の看取りがしたい】

家族の希望を具体的に取り入れることを考え〈両親の希望を取り入れた看取りを考えるようになった〉と看取り前から看取りをどのようにするかを考えており、《親子が満足する看取りがしたい》という思いになっていた。また、*2人目3人目になると、子どもの思いと後はご両親への思いとかに目がいくというか、と〈自分のところに余裕が出て、看取り時の対象が子どもから家族に重点が移る〉*や〈家族へ関わりたい〉思いとなり、《家族ケアの必要性の実感》を感じていた。

看護師として看取りの場に立ち会い、看護師自身が泣きたくなくても、*看取りの場面ではナースって泣いちゃいけなくて、特に家族の前と違って、そうじゃないと家族が泣けないんじゃないかなあって思って、と〈医療者として泣いてはいけない〉〈家族として泣く場を提供してあげたい〉*と《家族の気持ちを優先したい》と考えていた。看取りを行うことについては、〈看取りは看護師

の仕事〉〈泣きたい気持ちはあるが白衣を着ている以上は看護師〉と自分の感情を抑えることが看護師としてのあるべき姿としていた。

また、〈看取りに立ち会うのは、怖い、悲しい思いはしたくないが看護師として頑張るしかない〉と考え、〈悲しみややり切れない感はあるが看護師としてのプロ意識で子どもの看取りができる〉と思っていた。今までは無責任だが、自分が担当じゃないから、なんか責任がないというか、そういったことがあったが、プライマリーだと自分がどうにかしてあげないと、と思う、と〈感じるプライマリーとしての責任〉を感じ、《悲しい思いの中での看護師としての使命感》を感じていた。

看取りの場に立ち会うことについて、やっぱりそのままご家族にも会えないで、もう会えなくなってしまうのは、最期に会えないのはちょっと寂しいんで、間に合って自分の勤務の時でよかったなって(思う)、入院が長くて、すごい関係性ができているお子さんだったら、より立ち会いたい、と関係性ができていたり、プライマリーであれば〈自分で子どもの最期を見届けたい〉思いや〈自分の勤務の時にお見送りができてよかったと思う〉と《自分が看取りたい》気持ちであることがわかった。

2) 【子どもの死を受け止める】

両親や家族の希望を取り入れることで〈家族と分かち合うことで自分の満足感にもつながった〉と感じたり、〈いい最期だったと思えた〉〈家族からの感謝の言葉で抱いた安心感〉など、《看取りの安堵感》を感じていた。

その後は、その時しばらくは思い出したりもしましたが、でも、その後は特にすごい思い出して悲しいとか、そういったことは特にない、と〈しばらくは思い出したりするが、特別な悲しみはない〉状態で〈立ち止まらず次のステップに踏み出すことにより自分の気持ちも楽になる〉という思いであり、《ひきずらない悲しみ》となっていた。

3) 【前進するためのくぎり】

印象深い患者さんでお見送りが出来ないときはお通夜に行く、お焼香も何もできないし、ご両親

になにも挨拶ができないのは申し訳ないと思って、その時は(お通夜)に行く、と〈お見送りはどこかで必ずしたい〉〈両親への挨拶は欠かせない〉という思いであった。さらに、〈ご挨拶すると引きずり方が違う〉〈(葬儀に)行けると最後まで仕事の責任を果たせたという感覚〉になっていた。

子どもを看取った後の思いとして、〈担当の子どもを死をきっかけに自分も頑張らなくてはという思い〉や〈努力しないことは許されない〉と思っており、《子どもの死を次のケアに生かしたい》と考えていた。

看取りの場面やお焼香、病院からの出棺のお見送り、お通夜、葬儀など何らかの《お別れの場をもちたい》という思いや、《子どもの死を次のケアに生かしたい》という思いになっていた。

4. 初めて子どもの看取り経験をした時の思いから看取り経験をつみ重ねた現在の思いへの変化の影響要因

初めて子どもを看取り経験をした時の思いから看取りの経験をつみ重ねた現在の思いが変化した影響要因としては、デスカンファレンス、同僚との振り返り、自己との向き合い、小児看護への情熱、の4項目であった。

1) デスカンファレンス

(デスカンファレンスを行うことによって)自分の気持ちも整理できますし、あんまり関われなかったりスタッフも関われなかったなりに思っていたこととか、その際に聞くことができ、達成感じゃないですけど…、や自分の行っていることが本当に正しいのか、家族のためになっているのか、などの辛くて抱え込んでいた思いを表出し、他者からの意見を聞くことで自分の行った看護の評価ができ、次へ活かせると感じ〈プライマリナーズの気持ちの整理のためにデスカンファレンスが有効〉と感じていた。

また、他職種が参加するデスカンファレンスで、看護師ができなかったことばかりを焦点にしていることに対する指摘を受け、後悔のないように日々の関わりを大切にし、一生懸命にケアしようと思って看護している、と述べており〈他職種

子どもの看取り経験のつみ重ねによる看護師の思いの変化とその影響要因

表1 初めて子どもの看取り経験をした時の思い

コード	サブカテゴリー	カテゴリー
看取り直後はこれが亡くなっちゃったってことなんだという感覚 看取り自体がどういうことかわからず、ドラマのような感じ 身体的変化の観察に対する客観的な感覚 尿量の減少、血圧低下などの順番がわからない 時間の経過と忙しさで紛れ悲しみや寂しさを感じない	子どもが亡くなったことに対する現実感のない感覚	
力尽きた子供を見ても予想に反し衝撃的ではなかった 亡くなると意外とあっけなく、子どもは楽になれたのかなと思った 亡くなったら終わったかな、頑張ったねという感覚 児に対する労いの気持ち 児に対しては生ききったという気持ち 小児科以外での看取り経験があったため冷静だった 楽になれたという気持ちとこれで良かったのかという相反する気持ち 母親の悲しむ姿を冷静に見ていた 周囲の慌てぶりをよそに冷静だった 子どもに対する思いよりも周囲の行動が気になった	看取りに対する冷静な思い	距離を感じる 看取り
自分の感情よりも必要な仕事優先 見よう見まねで行ったエンゼルケア 家族の時間を持たせてあげたかった プライマリーとしてのもっとやってあげたかったという思い 自分の気持ちの多くを語らない 自分を責める気持ち	役割実行の不全感 自分を責める	役割実行の不十分感
衝撃が強すぎて涙が止まらない 小さくして亡くなってしまふことに対する悲しく、やりきれない感じ 子どもが亡くなるというのは普通ではない 子どもの死は凄く重い感じがした 自分の気持ちについての記憶がない おかあさんの記憶があまりない 師長がハンカチを貸してくれたことしか覚えていない 記憶のない家族との会話 燃え尽きた気持ち ここに穴が空いた感覚 一人になると悲しみが湧いてくる 切ない気持ちが続いた 仕事の忙しさで悲しみが紛れる 亡くなった子どもに対する強い思い入れ 日が経つにつれ悲しみがどんどん出てきた	子どもの死は衝撃的	子どもの死を受け止めきれない
私が立ち会いたい お焼香も出来なかったことに対して衝撃を受けた お見送りは出来ずに行ってしまった くぎりがない感じ 悲しみは引きずらない 思いだして泣いてひとくぎりがつく 泣いて思いを表出	お別れの儀式に参加したい くぎりをつけたい	気持ちにひと段落つけたい

表2 看取り経験を積み重ねた現在の思い

コード	サブカテゴリー	カテゴリー
両親の希望を取り入れた看取りを考えるようになった 先輩たちがやっているのをみても思ったし、そういう風にしてあげるのもいいなと思う 子どもと家族に後悔のない最期を迎えさせてあげたい 家族が満足感をもち、子どもが最期に望むことを行う責任 養育環境により子どもの死が左右されることに対する憤り 亡くなる子どもの夢を叶え、満足をさせ家族もその子との思いでつくりの看護に変わっていった	親子が満足する看取りがしたい	
家族へ関わりたい 日々の関わりの中で私の中にできた家族の存在 家族のいない時間の子ども様子を伝えたい 家族の思いを知りたい 最期の時のことを親に切り出せない自分に気づかされた ターミナルにおける予測が可能になり、看護の対象の重点が家族へシフトした 自分のところに余裕が出て、看取り時の対象が子どもから家族に重点が移る 子どもの看取りは子どもと共に、残される家族へのケアのために(勤務時間外でも)受け持ちは 来るという感覚がわかった	家族ケアの必要性の実感	最善の 看取りがしたい
家族として泣く場を提供してあげたい 医療者として泣いてはいけない 泣くことは家族優先	家族の気持ちを優先したい	
泣きたい気持ちはあるが白衣を着ている以上は看護師 悲しみややりきれない感はあるが看護師としてのプロ意識で子どもの看取りができる 私が看護するのだという意識 看取りは看護師の仕事 看取りに立ち会うのは、怖い、悲しい思いはしたくないが看護師として頑張るしかない 自分より下のナースに教えなければという冷静な気持ちとショックな気持ちの混在 周りにいる子たちやおかあさんたちへの配慮 感じるプライマリーとしての責任	悲しい思いの中での 看護師としての使命感	
管理的側面からの葛藤はあるが、プライマリーとして最期に立ち会いたい 自分で子どもの最期を見届けたい 関係性ができている子どもは看取りたい 自分の勤務の時にお見送りができてよかったと思う	自分が看取りたい	
家族と分かち合うことで自分の満足感にもつながった 亡くなった後おかあさんに抱っこされて帰れたことで抱く安心感 いい最期だったと思えた 家族からの感謝の言葉で抱いた安心感	看取りの安堵感	子どもの死を 受け止める
しばらくは思い出したりするが、特別な悲しみはない 立ち止まらず次のステップに踏み出すことにより自分の気持ちも楽になる	ひきずらない悲しみ	
印象深い患者さんは病院でお見送りが出来なかったときは、葬儀会場に行く お見送りをどこかでは必ずしたい 両親へのご挨拶は欠かせないという思い ご挨拶をすると自分の思いを伝えられてよかったという思う ご挨拶をすると引きずり方が違う (亡くなった後に)手紙を出す先輩もいるが、(挨拶は)最低限(すること) (葬儀に)行けると最後まで仕事の責任を果たせたという感覚	お別れの場をもちたい	前進するための くぎり
何とかできるものはなんとかしたい、何もしないことは嫌 努力しないことは許されない 担当の子どもをきっかりに自分も頑張らなくてはという思い 立ち止まらず次のステップに踏み出すことが死を無駄にたくない	子どもの死を 次のケアに生かしたい	

からの指摘により看護師としての役割を再認識し、前向きな気持ちへの変化)となっていた。

2) 同僚との振り返り

同僚と振り返った時に、先生がかけた一言だったりとか、そういった言葉でご家族がどういった、感情になったとか…そういうのを振り返って多分だんだんと自分も学んだんだと思います、と〈同期や先輩に話すことで、気持ちを共有し消化できる〉場となっていた。

副師長に思いを伝えるのと、やっぱり同期にも、今こんな感情みたいな感じで伝えたりとか、と〈同期や師長に話を聞いてもらったり、話したりすると落ち着く〉と思いを伝えられる同期の存在は大きいと感じていた。私の話す場所があればいいのかなって…おかしいよっていうのは責めるんじゃなくて、だから何とかしなきゃいけないねって話にもっていけるようなところ、や〈話を聞いて状況の理解と共感をしてくれ、建設的な話になる同職者との会話を求める〉〈看取り経験をする度に考え、同職者の行動なども振り返りだんだんと学んだ〉ことであった。また、振り返りだけではなく、〈押さえた感情を同僚に出す〉〈心のよりどころは同期、先輩、家族〉に心を支えてもらいながら共に振り返っていた。

3) 自己との向き合い

自分がどういったことを、ご家族にしてあげたらいいかとか、声かけですとか、そういったことをその経験する度に考えたと思うんですね、というように〈看取り経験をする度に考え、同職者の行動なども振り返りだんだんと学んだ〉〈自分で振り返る〉などの状況があった。

経験もそうですし、一例一例当たり前ですけど看取りの看護が違うので、と〈振り返りによって看護師である自分を維持〉したり、〈勉強をする〉ことで、看取り経験を重ねただけではなく、自己と向き合っていた。

4) 小児看護への情熱

小児病棟で子どもたちのために働けていること、それって大きいと思うんです…、ただ小児科が好きで子どもが好きで、子どもと家族を支えたいっていう、その思いだけで勤務しているものだから、と〈子どもが好きで、子どもと家族を支

えたいという強い思い〉をもっており、家族と共に考えられる小児看護がすごくおもしろい〈小児看護が好き〉と述べている。

友人に、「何人も子どもが亡くなるような所でよく働いてられるね」とか、「病気で入院している子どもを看るっていうだけでも辛いんじゃないか」って言う友人も結構いるんですね、「私は絶対無理」とか。そこは多分自分にプロ意識があっただけか…看護師としてみているので…、と〈子どもを看取るつらさはあってもプロ意識で、何とかしなければという思い〉をもっていた。また、〈悲しいだけなら、その子の死が無駄になる、悲しみは消えないがそれ以上にその子のためにどうしていかなければいけないかを考えなければいけない〉と小児看護への熱い思いを持っていた。

IV. 考察

1. 子どもの看取りにおける看護師の思いの変化

看護師は初めて子どもの看取りを経験した時は自分の感情が先行し、悲しみや感情的な巻き込まれや距離感をうまく取れない状態であったが、看取り経験を積み重ねた現在の思いは、感情のゆらぎや巻き込まれはある程度はありながらも、家族に目が向き、最善の看取りがしたいと専門職としての意識をもってケアにあたるように変化していた。看護の実践能力・技能を研究したBenner(1992)が「熟練」の段階にある看護師は巻き込まれることと距離をおいている現象を見いだしたように、本研究の研究協力者も子どもや家族との距離の取り方を経験から学んでいる。家族の感情に強く共鳴し揺さぶられることもあるが、その巻き込まれ感を認識しながら、適切な距離を置くことが看護師としての役割を果たすためには必要であることを、実践を重ねながら認識するためだと考えられる。

医療の進歩により、小児がんの治癒率は向上し、80%の子どもが治る慢性疾患の一つとして捉えられるようになってきた。病名の告知の際には、親への情緒的サポートとして治癒率の改善は強調され説明され、子どもは再発と寛解を繰り返し、エンドオブライフ期でも積極的治療を行うことが多い(本郷、1993)、親が子どもの最期

を認識することが困難な現状がある。多くの親にとって、治療の継続は子どもの存命を保証し、また子どもにも治ることを伝えながら子どもの闘病意欲を維持させている。子どもの看取りによる親やきょうだいの反応は様々ではあるが、意識的な「想定外」の悲しみをもたらす。そのため看護師は悲嘆過程の初期段階である、親やきょうだいの「ショック」「衝撃」に遭遇することが多く、家族へのサポートを迫られることになり、家族を視野にいたれたケアを行えるようになっていくと考えられる。

2. インフォーマルなデスカンファレンスの必要性

病棟で催されるデスカンファレンスは、看護師自身のこころの癒しとなり、大切な喪の作業となり、参加者が看護観や経験を傾聴し認め合うことにより、満足感を得るなど、その有用性が報告されている（広瀬、2010；沼澤ら、2000；長谷川ら、2007；杉山ら、2009）。小児オンコロジナーズを対象とした研究（Catherine、2008）では、悲嘆を体験した看護師同士の話し合いは話し手と聞き手双方に、体験の意味づけという大きな成果があったことを報告している。本研究においても、研究協力者からその必要性和有用性が語られていた。しかし、全事例に対してデスカンファレンスは行われていなかった。

一方、勤務時間外での同僚との振り返りは研究協力者のほぼ全員が行っていた。子どもの死に立ち会い、看取るという衝撃的な出来事に対する自分の感情や気持ちをタイムリーに心おきなく表現できる、傾聴の技術をもつ同僚との語り、看護の評価をすることと共に心を癒されていたと考えられる。同僚との振り返りをインフォーマルなデスカンファレンスと位置づけられると考えられ、デスカンファレンスには業務として行われるフォーマルなカンファレンスとプライベートな場面で開かれるインフォーマルなカンファレンスの存在の重要性が示唆される。

デスカンファレンスの課題として、「感情の表出に至らない」「デスカンファレンスに対する意識の温度差」「時間と参加者の不足」（安藤ら、2010）が明らかにされている。同僚との振り返り

を、ほぼ全研究協力者が行い、気持ちの落ち着きを取り戻していることから、インフォーマルなデスカンファレンスは、デスカンファレンスの課題を克服する素地があり、両者は相互補完する関係にあると考えられる。

小児病棟に勤務する看護師は、悲嘆から回復へと向かいながら、自分の看護を振り返り、看護師としての役割を追究し、次の看護に反映させていることが今回の研究から明らかとなった。この過程において【距離を感じる看取り】【役割実行の不十分感】【子どもの死を受け止めきれない】という自分中心の思いから【最善の看取りがしたい】【子どもの死を受け止める】という子どもや家族のための思いに質的転換し、子どもの看取りに対する倫理観を高め小児看護観を深めていくことにつながったと考えられる。

3. 看取りに対するくぎり

初めて子どもの看取り経験をした時の思いでは《お別れの儀式に参加したい》《くぎりをつけたい》と自分自身が【気持ちにひと段落つけたい】という思いであった。

看取り経験をつみ重ねた現在の思いでは、家族に対する看護としての思いも含めての《お別れの場をもちたい》思いがあり、両者ともくぎりをつけたいという思いは同じであった。しかし、看取り経験をつみ重ねた現在の思いでは、《子どもの死を次のケアに生かしたい》思いをもち、【前進するためのくぎり】となっていた。

波平（1990）によれば、日本人の『死の文化』として、「集団での行為が中心となる死者儀礼（例えば日本における通夜、葬式、初七日、年忌供養などの死者を追悼するための儀式）が発達しており、言語表現によって伝達される観念的な『死の文化』は発達していない。」とされている。看取る側も看取られる側も日本文化の中にあっては儀礼で表現する死の文化の中にいるわけである。それ故、看護師も儀礼を通してくぎりを求めていると考える。そのくぎりは、〈お見送りをどこかでは必ずしたい〉〈ご挨拶をすると引きずり方が違う〉と自分自身のためのくぎり、〈（葬儀に）行けると最後まで仕事の責任を果たせたとい

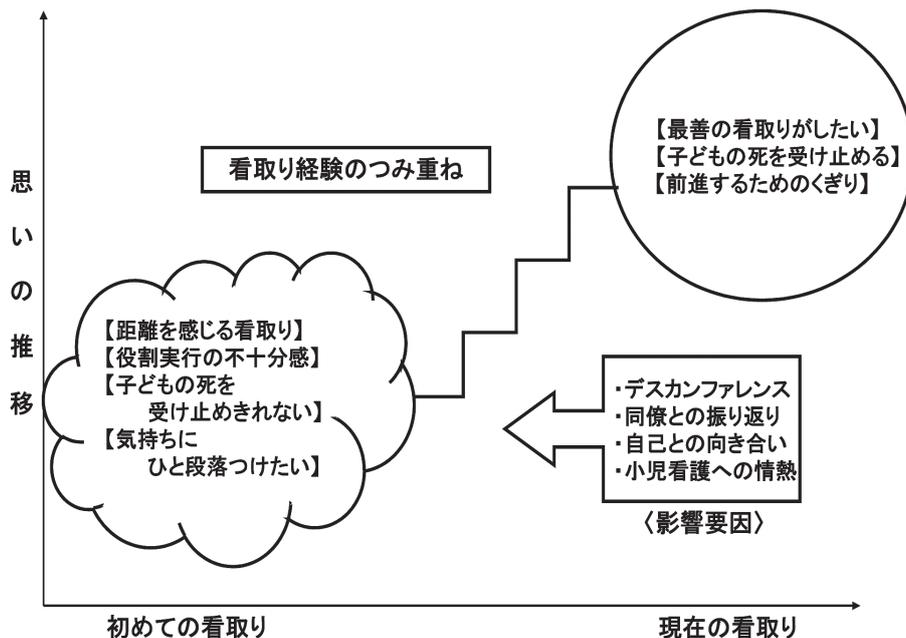


図1 子どもを看取った看護師の思いの変化と影響要因

う感覚〉〈両親へのご挨拶は欠かせないという思い〉というように職業意識をもったくぎりがあると考えられた。

このように、子どもの看取りを経験した時、心の整理をつけ、くぎりをつけるためには、お見送り、お焼香、両親への挨拶、葬儀への出席など、何かしらの儀礼を必要としていた。しかし、くぎりをつける方法や手段は人それぞれであり、行動としての儀礼を必要とする人もいれば、先にも述べたように自らのケアを省み気持ちを整理することでくぎりをつける人もいると考える。子どもを看取った時の悲しみやつらい思いから次のステップに進むためには、何かしらのくぎりが必要であることを子どもの看取りに関わる全ての人が認識する必要があると考える。

V. 研究の限界と課題

今回の研究では研究協力者の性別、プライベートでの看取りの経験が子どもを看取る時の思いに影響していることも考えられる。また、今回の研究協力者の2施設とも大学病院であったため、入退院を繰り返したり長期入院の入院であり比較的子どもの関係性が作れていた事例が多かったた

め、偏りも考えられる。

今後は、小規模病院や市中の病院などでも調査を行うことで新たな知見が得られる可能性があると考えられる。

VI. 結論

1. 初めて子どもの看取り経験をした時の思いは、【距離を感じる看取り】【役割実行の不十分感】【子どもの死を受け止めきれない】【気持ちにひと段落つけたい】が抽出された。
2. 看取り経験をつみ重ねた現在の思いでは、【最善の看取りがしたい】【子どもの死を受け止める】【前進するためのくぎり】が抽出された。
3. 初めて子どもの看取りを経験した時は、傍観的であったり自分中心の思いであり、時には感情が大きく揺らぎ巻き込まれ、看護師の役割を果たせていないという思いから、感情のゆらぎや巻き込まれはあっても、子どもや家族に目が向き、看護師としての専門職意識をもって看取りのケアにあたりたいという思いに変化していた。
4. 初めて子どもの看取り経験をした時から看取り経験をつみ重ねた現在の思いに変化を与えた

要因として、「デスカンファレンス」「同僚との振り返り」「自己との向き合い」「小児看護への情熱」が抽出された。

本論文は、東邦大学大学院医学研究科における修士論文を加筆修正したものである。

文 献

- 荒川まりえ (2010). 看護師が抱く子どもの死に対する思い—ターミナルの経験から—. 東京女子医科大学看護学会誌, 5 (1), 11-19.
- 安藤悦子, 吉田美也子, 岩田千波, 益富美津代, 岩永喜久子, 山口智美 (2010). ホスピス・緩和ケア病棟におけるデスカンファレンスの機能. 死の臨床, 33 (1), 126-132.
- Catherine Fiona Macpherson (2008). Peer-Supported Storytelling for Grieving Pediatric Oncology Nurses. Journal of Pediatric Oncology Nursing, 25 (3), pp148-163.
- 土橋功昌 (2004). 看護職者に生じる悲嘆反応と対処行動. 久留米大学心理学研究, 3, 99-112.
- 長谷川雅子, 江藤重貴子, 山内直美 (2007). 医療チームによるデスカンファレンスが看護師のセルフエフィカシーに及ぼす影響. 日本看護学会論文集, 看護総合 (38), 49-51.
- 広瀬寛子 (2010). 明日の看護に生かすデスカンファレンス1. 看護技術, 56 (14), 64-70.
- 保坂隆 (2009). 小児のエンドオブライフに関わるスタッフのソーシャルサポート. 小児がん看護, 4, 60-65.
- 細谷亮太, 真部淳 (2008). 小児がん チーム医療とトータル・ケア. 中公新書
- 井上ひとみ, 米田昌代, 田屋明子他 (2003). ターミナルの子どもと家族への援助に関する予備調査—看護師のケアの戸惑いや困難感とその関連要因—. 小児保健いしかわ, 15, 11-16.

厚生労働省ホームページ

平成22年人口動態月報年計 (概数) の概況:
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/geppo/nengai09/kekka3.html> 平成23年4月17日閲覧.

人口動態調査 (厚生労働省人口動態・保健統計課)

<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r985200000105vx-att/2r9852000001012k.pdf#search='19512009'> 平成23年12月10日閲覧.

波平恵美子 (1990). 病と死の文化 現代医療の人類学. 朝日新聞社.

本郷輝明, 矢島周平, 藤井裕治他 (1993). がん で死亡した子供の末期の検討と家族の「死の受容」, 小児がん, 30 (2) p262-266.

沼澤佐和子, 宮本佳代子, 須藤礼子 (2000). 医療者、患者家族の癒しにつながるデスカンファレンス. 看護学雑誌, 64 (6), 534-538.

野中淳子 (1999). がんのこどものターミナルケアを体験した看護者の認識. 日本小児看護学会誌, 18 (2), 93-98

Patricia Benner (1992). ベナー看護論 達人ナースの卓越性とパワー. 医学書院.

杉山裕子, 倉田あすみ, 阿部かおり他 (2009). デスカンファレンスが看護師の心の負担にもたらす効果—3事例を振り返っての検証—. 日本看護学会論文集, 成人看護II (40). p9-11.

坂口幸弘他 (2007). 一般病棟での看取りと看護における看護師のストレスと感情体験. 看護実践の科学, 32 (2), 74-80.

高木洋子, 藤田冬子, 松井弘子, 井川玲子 (2006). 管理者の倫理的感受性を高めるための取組の効果. 日本看護学会論文集, 看護管理 (37). p130-132.

研究報告

小児がん患児の父親が患児とのかかわりに抱く思い －小児がん患児の父親とその他の長期入院を要する患児の父親の比較－

Fathers' Feeling and Thought towards Their Interaction during the Hospitalization of Their Children with Cancer

－Comparison between Fathers of Childhood Cancer Patients and the Others of Children on Long Hospitalization－

入江 亘 Wataru IRIE¹⁾ 塩飽 仁 Hitoshi SHIWAKU²⁾
鈴木 祐子 Yuko SUZUKI²⁾ 和田 雪 Yuki WADA³⁾

- 1) 聖路加国際病院 St Luke's International Hospital
- 2) 東北大学大学院医学系研究科保健学専攻 小児看護学
Tohoku University Graduate School of Medicine Health Sciences,
Department of Family Nursing
- 3) 医療法人財団 千葉健愛会 あおぞら訪問看護ステーションぴいす
Aozora Home Nursing Station Piisu, Chiba Ken' aikai

Abstract

The purpose of the study was to identify how fathers involve in supportive care of their children in hospital, how fathers feel and think about their relationship, furthermore, to discuss how to support their mental strains for fathers of childhood cancer patients compared with the others of children on long hospitalization.

The result was that fathers were involved with children on long hospitalization to 'play together' and 'watch'. However, 40 % fathers felt 'were able to support enough but not satisfied'. In addition, fathers of childhood cancer patients, who felt 'were able to support enough and satisfied' spent longer time with their children before admitted to the hospital compared to who felt 'were able to support enough but not satisfied' ($p<0.01$).

These results suggest that it should identify fathers' needs involving with childhood cancer patients on hospitalization, which will enable to follow them with the difficult situation.

Key words: Children, Cancer, Father, Father-child Relationship, Feeling

要 旨

本研究の目的は、長期入院中の患児に対して父親がどのようにかかわり、かかわりをどのようにとらえているのかを把握することと、小児がん患児の父親が患児とのかかわるなかでの精神的負担への支援のあり方を考察することである。小児がん患児の父親とその他の長期入院を要する患児の父親の間で結果を比較した。

結果、父親は「一緒に遊ぶ」ことや、「様子を見ている」ことをして患児とかかわっているが、40%の父親は「十分かかわることができたが、何もしてやれなかった」と感じていた。

また、小児がん患児の父親は入院前に患児と一緒に過ごした時間が長いと「十分かかわることができ、自分でも力になれた」と感じ、一緒に過ごした時間が短いと「十分かかわることができたが、何もしてやれなかった」と感じていた ($p<0.01$)。

小児がん患児の父親が患児とかかわるときのニーズをとらえ、困難な局面にある父親への支援をしていく必要があると示唆された。

キーワード：子ども、がん、父親、父子関係、思い

Ⅰ. はじめに

小児がんは医療の進歩によってその治癒率は上昇してきている。しかし、現在も子どもの死因の上位を占めており（厚生統計協会、2011）、入院期間が長期に及ぶことに加え、家族は患児の治療や予後のみならず、残された同胞や生活の変化への対応に追われ、身体的・精神的・経済的にも多くの問題を抱えなければならない。

子どもへの看護は、両親や同胞を含めた家族を一つの対象と捉えて行うことが重要である（中野、1993）。そのなかで父親に目を向けると、近年では子どもの入院による父親の役割変化（橋爪、2006）や、小児がん患児の親の状況危機と援助（森、2007）などの報告がなされ、小児がん患児の父親に対する援助のあり方について考えられている。子どもの入院によって家庭環境が変化することに適応するための援助や、社会的なサポートシステムが確立される必要性が示唆される一方で、小児がん患児を含めた長期入院中の患児の父親がどのように向き合い、そこでどのような悩みを抱きながらかかわっているのかの詳細については明らかになっていない。そこで本研究は、まず小児がん患児の父親を含めた長期入院を要する患児の父親がどのようにかかわり、かかわりをどのようにとらえているのか実態を把握した。そのうえで、小児がん患児の父親と小児がん以外の患児の父親による比較をし、小児がん患児の父親の患児とのかかわりの支援のあり方について考察したので報告する。

Ⅱ. 研究目的

① 長期入院している患児の父親が患児とどのよ

うにかかわり、かかわりをどのようにとらえているか明らかにする。

② 小児がん患児の父親とその他の長期入院中の患児の父親を比較し、小児がん患児の父親における患児とのかかわりの特徴を明らかにするとともに、小児がん患児の父親と患児のかかわりにおける精神的負担を軽減するための示唆を得る。

Ⅲ. 研究方法

本研究は質問紙を用いた調査により実施した。

1. 対象

対象は、A県にある病院2施設の小児がん患児の父親（以下がん患児の父親）、および比較群として長期入院を要する小児がん以外の患児の父親（以下その他の父親）とした。小児がんをはじめとする長期入院は親子間の影響が大きいだけでなく、父親の入院のとらえ方に変化が起ころうと考えられ、対象を長期入院中の患児の父親とした。

対象条件は、入院時点で2歳以上18歳未満である患児の父親であり、以下の①、②のいずれかに該当する場合とした。

- ① 調査時点で長期入院中の患児の父親
- ② 調査から3年以内に長期入院経験のある患児の父親

研究者が患者カルテから対象の候補を抽出したうえで、主治医に調査の対象として選定してよいかを確認した。主治医が重篤と考えられる患児および家庭環境が複雑である家庭の父親等、調査対象として不適切と判断した対象は候補から除外し

た。父子家庭の父親については研究者が対象抽出の際に除外した。

対象は親子間で言語的にかかわりがほぼ確実にとれるようになると考えられる2歳以上の子どもからとし、また多くの病院で小児を診る年齢が15歳までとなっているなかであっても小児特有の疾患であれば小児病棟に入院する患児も想定し、18歳未満とした。

2. 調査期間

調査は2009年7月から9月に実施した。

3. 調査方法

病棟では面会時に、外来では受診時に説明書を用いて父親に口頭で調査について説明し、協力を依頼した。

父親が来院している場合は父親に説明書を用いて調査内容を説明したのちに質問紙を手渡し、自宅で記入後に郵送にて返送してもらった。面会時および受診時に父親が来ていない場合は、患児に付き添っている保護者に説明書を用いて調査内容を説明し、口頭で渡してもらう承諾を得て、父親に渡してもらった。

4. 調査内容

質問紙は記述式および選択式による回答により構成され、対象の基本属性、面会状況、入院中のかかわり、入院中のかかわりについて感じていたことなどを質問項目とした。選択式質問項目については当てはまる項目に丸をしてもらった。質問項目は先行研究における参考がみられなかったため、研究者が質問項目を作成し、臨床経験のある看護師と質問内容の妥当性を協議したうえで決定した。質問内容を表1に示した。

なお、対象の面会状況に関する質問に際し、調査施設の面会についての取り決めについては、1施設では両親は制限がなく24時間自由に出入りができ、もう1施設では平日15時から19時30分、休日11時から19時30分と規定がされているが、患児の状況に応じてそれ以外の時間に面会に来ることや、宿泊することが可能な状況であった。

5. 分析方法

基本属性および選択式質問項目についてがん患児の父親とその他の父親に分けて単純集計を行い比較し、がん患児の父親の特徴を分析した。

質問項目の項目間の関連については、統計解析ソフトSPSS 12.0J for Windowsを用いて統計学的に分析を行った。がん患児の父親とその他の父親の基本属性の比較では、父親の平均年齢・患児の平均年齢・患児の平均入院日数・入院前に一緒に過ごした平均時間・自宅から病院までの平均所要時間・子どもの平均人数についてはMann-WhitneyのU検定、患児の性別についてはカイ2乗検定、面会頻度についてはFisherの正確確率検定を用いた。父親の患児への思いと入院前の一緒に過ごした時間の関連では、Mann-WhitneyのU検定（正確確率検定）を使用した。

6. 倫理的配慮

研究を実施するにあたり、研究者が所属する施設の倫理部会、および調査対象施設の倫理委員会の承認を得た。また、調査の目的と意義、調査方法、調査への参加や協力の自由意志、調査への参加や協力の拒否権、プライバシー・個人情報の保護、協力による利益と不利益、調査結果の公表方法、調査中・終了後の対応について説明書を作成した。対象が来院している場合は対象に説明書を用いて調査内容を説明したのちに質問紙を手渡し、自宅で記入後に郵送にて返送してもらった。面会時および受診時に対象が来院していない場合は、患児に付き添っている保護者に説明書を用いて調査内容を説明し、口頭で渡してもらう承諾を得て、対象に渡してもらった。どちらの場合も対象が質問紙の回答をもって調査に同意したとみなすことを説明し回答を求めた。また、診療記録から患児の診断名、入院期間、入院回数について情報収集を行った。

調査は連結可能匿名化したデータを用いて行った。対象の候補の抽出の際、電子カルテ上のデータを用いて匿名化した患児の診断名等の情報一覧を作成した。匿名化したデータと患児を特定する連結表は別々に管理し、分析の際は匿名化したデータのみ用いた。連結表は主治医に対象者を選

表 1. 質問項目

父親および患児の基本属性	
1. 父親の年齢 (記述式) 2. 患児の年齢 (記述式) 3. 患児の性別 (選択式) 4. 父親の面会時間 (記述式) 5. 父親と患児の入院前に一緒に過ごした時間 (記述式) 平日・休日 (一緒に過ごした時間 = 同じ空間にいた時間) 6. 自宅から病院までの所要時間 (記述式) 7. 父親の面会頻度 (選択式) 【毎日・2, 3日に1回・週に1回・月に1, 2回】 8. 家族構成 (記述式) 9. 子どもの数 (記述式)	③ 離れている時のかかわり方 (選択式・複数回答) ・電話する ・メールする ・特にない ・その他 (記述) ④ 離れている時の最も頻度の高いかかわり方 (質問③より1つ選択)
父親と患児のかかわり	
1. 入院中のコミュニケーション ① 一緒にいるときのかかわり方 (選択式・複数回答) ・一緒に遊ぶ ・様子を見ている ・食事を介助する ・抱っこする ・体ふきなどを手伝う ・特にない ・その他 (記述) ② 一緒にいるとき最も頻度の高いかかわり方 (質問①より1つ選択)	2. 入院中のかかわりをおおして感じたこと (選択式) ・十分かかわれたと思うが, 何もしてやれなかった ・十分かかわることができ, 自分でも力になれた ・もっとかかわりたいと思い, 積極的にコミュニケーションをとった ・もっとかかわりたいと思ったが, 何もできなかった ・その他 (記述)

定してもらおう際のみ用いた。質問紙には連結表を作成する際に付した識別番号を付けて配布し、回収後匿名化したカルテの情報とマッチングさせた。連結表は研究者が作成・保管するのではなく、対象施設の職員が管理し、対象には職員から声をかけてもらい、研究者が説明を行った。

IV. 結果

質問紙は60名に配布し、41名 (68.3%) の回答が得られた。有効回答数は39名であり、うちがん患児の父親は17名 (43.6%) であった。

疾患は小児がん17名 (急性リンパ性白血病8名、神経芽腫3名、急性骨髄性白血病2名、肝芽腫2名、悪性リンパ腫1名、卵巣がん1名)、自己免疫疾患 (慢性甲状腺炎等) 6名、消化器疾患 (ヒルシュスプルング病等) 6名、心疾患 (フェロー四徴症等) 4名、腎疾患 (ネフローゼ症候群等) 2名、神経疾患 (筋萎縮性側索硬化症等) 2名、代謝疾患 (糖尿病等) 2名であった。

1. 基本属性

基本属性の詳細および比較結果を表2に示した。

1) 父親の年齢について

がん患児の調査時の父親の年齢は29歳から59歳で、その他の父親の年齢は32歳から56歳であった。

2) 患児の年齢について

がん患児の調査時の年齢は2歳から13歳で、その他の患児の年齢は2歳から18歳であった。

3) 患児の入院日数について

がん患児の入院日数は (調査時点から過去3年以内での合計) は100日から762日で、その他の患児は22日から309日であった。がん患児とその他の患児の平均入院日数に有意な差が認められた ($p < 0.01$) が、平均入院日数はどちらも100日を超えていた。

4) 面会頻度について

がん患児の父親で毎日面会に来ている人数は6名 (35.3%) であり、その他の父親で毎日面会に来ている人数の2人 (9.1%) に比べ、毎日面会に来ている割合が高かった (図1)。

表2. 基本属性

		全患児の父親	小児がん患児の父親	小児がん以外の患児の父親	検定結果※
父親の平均年齢 (歳)		41.7 ± 6.8	43.4 ± 7.5	40.1 ± 5.7	NS
患児の平均年齢 (歳)		7.7 ± 3.9	6.9 ± 3.3	8.4 ± 4.2	NS
患児の性別 (名)		男24, 女15	男10, 女7	男14, 女8	NS
患児の平均入院日数 (日) [中央値]		203 ± 192 [147]	334 ± 215 [301]	104 ± 84 [75]	p<0.01
父親の平均面会時間		2時間30分 ± 1時間48分	2時間34分 ± 1時間46分	2時間28分 ± 1時間53分	NS
父親と患児の入院前に一緒に過ごした平均時間	平日	4時間40分 ± 4時間34分	5時間28分 ± 4時間54分	3時間57分 ± 4時間21分	NS
	休日	13時間25分 ± 7時間49分	13時間43分 ± 8時間01分	13時間11分 ± 7時間51分	NS
自宅から病院迄の平均所要時間		1時間16分 ± 50分	1時間12分 ± 43分	1時間19分 ± 55分	NS
父親の面会頻度	2, 3日に1回	14	5	9	NS
	週に1回	14	5	9	
	毎日	8	6	2	
	月に1, 2回	3	1	2	
家族構成	3人	7	2	5	-
	4人	17	7	10	
	5人	5	3	2	
	6人	4	2	2	
	7人	3	3		
	8人	2		2	
9人	1		1		
子どもの平均人数 (人)		2.2	2.3	2.1	NS

※検定は小児がん患児の父親と小児がん以外の患児の父親間で実施。検定方法は分析方法を参照

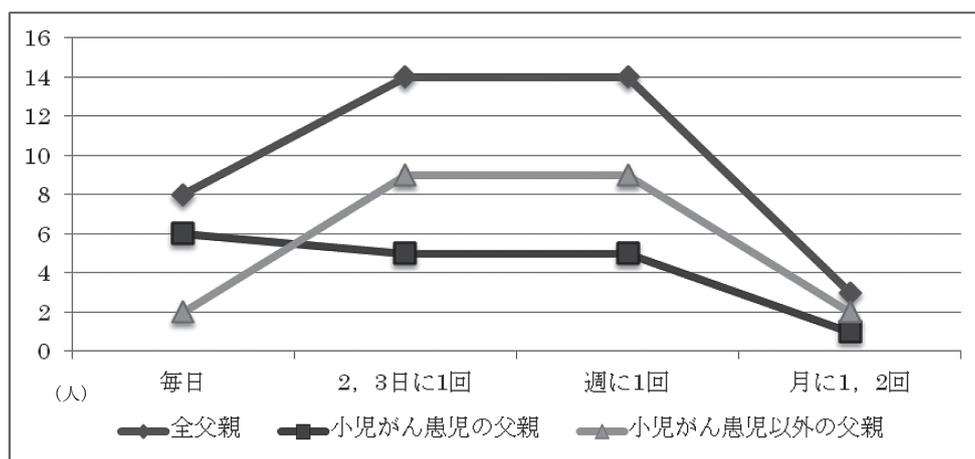


図1. 面会頻度

2. 父親と患児のかかわり

入院中のかかわりについて選択式に回答を求めた。また、入院中の患児とのかかわりをとおして感じたことについても最も合うものを選択式の回答を求めた。

1) 入院中のかかわり

①一緒にいるとき（選択式、複数回答）（表3）

がん患児の父親が患児と一緒にいるときのかかわりは、「一緒に遊ぶ」15名（88.2%）、「様子を見ている」12名（70.6%）、「食事を介助する」11名（64.7%）、「抱っこする」6名（35.3%）、「体拭きなどを手伝う」6名（35.3%）、「その他」1名（5.9%）だった。

その他の父親が患児と一緒にいるときのかかわり方は、「一緒に遊ぶ」18名（81.8%）、「様子を見ている」13名（59.1%）、「食事を介助する」10名（45.5%）、「抱っこする」11名（50.0%）、「体拭きなどを手伝う」3名（13.6%）「特にない」1名（4.5%）であった。

「一緒に遊ぶ」と「様子を見ている」両方の選択肢を選んだ父親も多数おり、父親は患児と積極的にかかわったり、そばで見守ったりしていることがわかった。また、小児がん患児の父親はそれ以外の父親よりも食事を介助したり体拭きを手伝ったりといった日常生活の援助をしている割合が高かった。

次に、最も頻度の高いかかわりを1つ選択してもらったところ、がん患児の父親では、「一緒に遊ぶ」8名（53.3%）、「様子を見ている」5名（33.3%）、「抱っこする」1名（6.7%）、「食事を介助する」1名（6.7%）であった。その他の父親では、順に「一緒に遊ぶ」6名（40.0%）、「様子を見ている」5名（33.3%）、「抱っこする」、「食事を介助する」各2名（13.3%）であった。がん患児の父親とその他の父親ともに類似した分布になっており、父親の患児とのかかわり方には一定の傾向があり、特にがん患児の父親のみに特徴的な傾向はみられなかった。

②離れているとき（選択式、複数回答）

がん患児の父親では、「電話する」13名（59.1%）、「メールをする」9名（40.1%）、「特にない」2名（11.8%）だった。その他の父親では

「電話する」16名（72.7%）、「メールをする」12名（54.5%）、「特にない」5名（22.7%）、「その他」1名（4.5%）だった。

このうち、最も頻度の高いかかわりを選択してもらったところ、がん患児の父親では「電話する」7名（58.3%）、「メールをする」3名（25.0%）、「特にない」2名（16.7%）であった。その他の父親では「電話する」6名（66.7%）、「メールをする」3名（33.3%）であった。

がん患児の父親、その他の父親とも同様の分布であった。

2) 入院中のかかわりをとおして感じたこと（表4）

がん患児の父親において入院中のかかわりをとおして感じたことは、「十分かわれたと思うが、何もしてやれなかった」6名（35.3%）、「十分かわることができ、自分でも力になれた」5名（29.4%）、「もっとかかわりたいと思い積極的にコミュニケーションをとった」2名（11.8%）、「もっとかかわりたいと思ったが、何もできなかった」2名（11.8%）だった。その他の父親では、「十分かわれたと思うが、何もしてやれなかった」9名（40.9%）、「十分かわることができ、自分でも力になれた」5名（22.7%）、「もっとかかわりたいと思い積極的にコミュニケーションをとった」3名（13.6%）、「もっとかかわりたいと思ったが、何もできなかった」1名（4.5%）だった。がん患児の父親、その他の父親ともに「十分かわれたと思うが、何もしてやれなかった」を4割が選択しており、最も選択の割合が高かった。また、「もっとかかわりたいと思ったが、何もできなかった」、「十分かわれたと思うが、何もしてやれなかった」を合わせるとおよそ5割の父親が患児に「何もしてやれなかった」という思いを抱いていた。

3) 父親の患児への思いと入院中の患児とのかかわり方の関係

前項2)の選択上位2項目である「十分かわることができ、自分でも力になれた」、「十分かわれたと思うが、何もしてやれなかった」と入院中最も頻度の高いかかわり方の選択上位2項目である「一緒に遊ぶ」、「様子を見ている」について選択分布の把握を行った。

表3. 一緒にいるときの父親と患児のかかわり

選択肢	回答数（複数回答可）		
	全患児の父親	小児がん患児の父親	小児がん以外の患児の父親
一緒に遊ぶ	33 (84.6%)	15 (88.2%)	18 (81.8%)
様子を見ている	25 (64.1%)	12 (70.6%)	13 (59.1%)
食事を介助する	21 (53.8%)	11 (64.7%)	10 (45.5%)
抱っこする	17 (43.6%)	6 (35.3%)	11 (50.0%)
体拭きなどを手伝う	9 (23.1%)	6 (35.3%)	3 (13.6%)
特になし	1 (2.6%)	0 (0.0%)	1 (4.5%)
その他	1 (2.6%)	1 (5.9%)	0 (0.0%)
	n=39	n=17	n=22
最も頻度の高いこと			
選択肢	全患児の父親	小児がん患児の父親	小児がん以外の患児の父親
一緒に遊ぶ	14 (46.7%)	8 (53.3%)	6 (40.0%)
様子を見ている	10 (33.3%)	5 (33.3%)	5 (33.3%)
食事を介助する	3 (10.0%)	1 (6.7%)	2 (13.3%)
抱っこする	3 (10.0%)	1 (6.7%)	2 (13.3%)
体拭きなどを手伝う	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
特になし	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
その他	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
	n=30	n=15	n=15

表4. 父親が入院中の患児とのかかわりをとおして感じたこと

	全患児の父親	小児がん患児の父親	小児がん以外の患児の父親
もっとかかわりたいと思い、積極的にコミュニケーションをとった	5 (12.8%)	2 (11.8%)	3 (13.6%)
もっとかかわりたいと思ったが、何もできなかった	3 (7.7%)	2 (11.8%)	1 (4.5%)
十分かかわることができ、自分でも力になれたと思った	10 (25.6%)	5 (29.4%)	5 (22.7%)
十分かかわれたと思うが、何もしてやれなかった	15 (38.5%)	6 (35.3%)	9 (40.1%)
その他	6 (15.4%)	2 (11.8%)	4 (18.2%)
	n=39	n=17	n=22

結果を表5に示した。一緒にいるときのかかわりで「一緒に遊ぶ」を選んだ場合、「十分かかわることができ、自分でも力になれた」を選んだがん患児の父親は5名であったのに対し、「十分かかわれたと思うが、何もしてやれなかった」を選んだがん患児の父親は1名であり、「十分かかわることができ、自分でも力になれた」を多くが選択していた。また、「様子を見ている」を選んだ

場合「十分かかわることができ、自分でも力になれた」を選択したがん患児の父親は0名、「十分かかわれたと思うが、何もしてやれなかった」を選んだがん患児の父親は3名と、「十分かかわれたと思うが、何もしてやれなかった」を選択していた。

入院中のかかわり方として最も頻度の高いものと、入院中のかかわりをとおして感じたことの選

表5. 父親の患児への思いと入院中の患児とのかかわり方の分布

		十分かかわることができ、 自分でも力になれたと思った	十分かかわれたと思うが、 何もしてやれなかった
		回答数	回答数
父親 全体	一緒に遊ぶ	7	2
	様子を見ている	0	4
小児 がん	一緒に遊ぶ	5	1
	様子を見ている	0	3
がん 以外	一緒に遊ぶ	2	1
	様子を見ている	0	1

表6. 入院中一緒にいるときのコミュニケーション方法として最も頻度の高いかかわりと入院中のかかわりをとおして感じたことの選択分布

選択肢		一緒に 遊ぶ	様子 を見ている	食事を 介助する	抱っこ する	選択項目 なし
もっとかかわりたいと思い、積極 的にコミュニケーションをとった	小児がん	1	1	0	0	0
	がん以外	0	2	1	0	0
もっとかかわりたいと思ったが、 何もできなかった	小児がん	0	1	0	1	0
	がん以外	0	1	0	0	0
十分かかわることができ、 自分でも力になれた	小児がん	5	0	0	0	0
	がん以外	2	0	0	1	2
十分かかわれたと思うが、 何もしてやれなかった	小児がん	1	3	1	0	1
	がん以外	1	1	1	1	5
その他	小児がん	1	0	0	0	1
	がん以外	3	1	0	0	0

n=39

択の分布については表6に示した。小児がん以外の患児の父親において「十分かかわれたと思うが、何もしてやれなかった」と回答し、最も頻度の高いかかわりは選択しなかった父親が5名いた。患児がすべて学童である点と、入院前に一緒に過ごした平日の時間の平均が2時間18分（中央値：2時間30分）、休日5時間36分（中央値：5時間）と全ての患児の父親の平均と比べて短いという傾向があった。患児の性別、来院頻度、面会時間に一定の傾向はみられなかった。

4) 父親の患児への思いと入院前の一緒に過ごした時間の関連

前項2) から、選択上位2項目である「十分か

かわれたと思うが、何もしてやれなかった」群と、「十分かかわることができ、自分でも力になれた」群に分類し、入院前の平日と休日の一緒に過ごした時間を比較したところ、がん患児の父親の「十分かかわることができ、自分でも力になれた」群は、「十分かかわれたと思うが、何もしてやれなかった」群と比べて有意に入院前の平日および休日の一緒に過ごした時間が長いことがわかった（平日・休日とも $p<0.01$ ）。（表7）。

患児の入院回数・日数、性別、年齢、同胞の数、父親の年齢、来院頻度、面会時間、来院までの時間について2群間で比較したが、がんの患児、その他の父親ともに有意差はみられなかった。

表7. 父親の患児への思いと入院前の一緒に過ごした時間の関連

			平日の時間数		休日の時間数	
父親 全体	十分かかわることができ、 自分でも力になれたと思った	n=10	10 (17.00)	* }	21 (18.00)	** }
	十分かかわれたと思うが、 何もしてやれなかった	n=15	2 (10.33)		6 (9.67)	
小児 がん	十分かかわることができ、 自分でも力になれたと思った	n=5	12 (9.00)	** }	20 (8.80)	** }
	十分かかわれたと思うが、 何もしてやれなかった	n=6	2 (3.50)		5 (3.67)	
がん 以外	十分かかわることができ、 自分でも力になれたと思った	n=5	2 (7.70)	NS	12 (9.60)	NS
	十分かかわれたと思うが、 何もしてやれなかった	n=9	3 (7.39)		9 (6.33)	

数値：中央値（平均ランク） *p<0.05 **p<0.01（検定結果：Mann-Whitney の U 検定（正確確率検定））

5) 思春期女児と父親の入院中のかかわり、入院中のかかわりをとおして感じたこと

思春期（WHOの定義に基づき10～19歳）女児と父親とのかかわりは入院中でなくとも様々な難しい面を備え、他の年代、性別の患児とは異なる可能性がある。今回の調査では全体で3名患児が該当したため、3名の患児の傾向を分析した。がん患児はいなかった。その結果、一緒にいるときのかかわりでは、2名が「一緒に遊ぶ」、「様子を見ている」の2項目を選択、1名が「様子を見ている」のみを選択していた。離れているときでは、3名とも「電話する」、「メールをする」の2項目を選択していた。父親が入院中の患児とのかかわりをとおして感じたことでは一定の傾向は見られなかった。

V. 考察

1. 長期入院中の患児の父親が抱く思い

小児がん患児の父親とその他の父親に共通してみられたこと

患児の入院により、病院という限られた空間のなかで可能なこと、子どもが病気であるという普段の生活と違う状況のなかで自分が父親としてできることなどが父親にとって不明確になる（益守、1998）。こうしたなかで、父親は患児とさまざまな方法でかかわりをしてきたが、結果として患児に「何もしてやれなかった」という思いを抱

きやすいことがわかった。父親がいないときの患児の日常生活・治療中の様子を伝えることは、「どのようにかかわったらよいかわからない」と思っている父親の患児とのかかわりのヒントとなりうる。また、看護者は父親の子どもや疾患に対する理解度を把握し、父親が患児の遊び・食事・治療にどのような点に注意してかかわればよいか個別に伝えることで、父親のできることが明らかになり、両者の交流をより深めると考えられる。

他方、父親は患児の入院中においても家計を担う役割や、家族の健康管理の役割を感じており（橋爪、2006）、患児との直接的なかかわりの一方で家庭でも家族を支えていること、さらには頑張りすぎている状態で日常生活を送っている（種吉、2003）といった報告もある。看護者は、時には父親の疲労の色が強いととらえた場合に特に配慮をしたり、ねぎらいの言葉をかけ父親の日常の頑張りを尊重するといった多角的な視点からも父親を支えていく必要がある。

2. 小児がん患児の父親と患児のかかわり

病児の父親は、困難な状況下では難局に取り組みながら支えとなるものを見出し、難局を乗り越えていく（品川、2008）が、小児がん患者をもつ父親において「気持ちをほっとさせてくれる」「がんばる気持ちになる」ことを支える情緒的サポー

トの源は「子ども」である（梅田、2008）といわれている。

困難な状況にあるがん患児の父親は、子をなくす恐怖から何とか持ちこたえようとする（納富、2011）との報告があるが、先述からがん患児に会い情緒面でのサポートを得ながら困難な状況を乗り越えようとしていると考えられ、これが毎日面会にくるがん患児の父親が多いという結果の一因である可能性があるとともに、面会頻度の多くないがん患児の父親についても同様のことが考えられる。

つまり、がん患児とその父親のかかわりは、がん患児の父親の困難な状況を受け止めていくための必死の対処行動（納富、2011）の一つとして重要な位置を占めていると推察される。

しかし、結果で「様子を見ている」頻度が高いがん患児の父親は「十分かかわれたと思うが、何もしてやれなかった」と思うことが多いとわかった。がん患児の父親にとって面会における患児との過ごしやすいかかわり方はがん患児の父親それぞれに違いがある可能性があり、時には患児の「様子を見ている」ことによってがん患児の父親自身の情緒面を支えることも考えられる。しかし、患児のために何かしてあげたいと思いつつも「様子を見ている」ことしかできず、何もできないと感じているがん患児の父親は、患児とのかかわりに不全感を覚えやすいと考えられる。したがって、がん患児の父親が患児と居心地のよい過ごし方ができるように、がん患児の父親の性格や面会での様子、思いの表出等をとらえながらがん患児の父親のかかわりにおけるニーズを検討し、がん患児の父親にとって満足のいくかかわりができるように支援していく必要がある。限られた機会にがん患児の父親が患児を見守ることしかできないようなかかわり方でなく、がん患児と居心地の良い時間を過ごすためにも、看護者は両者がともに時間を過ごす機会を提供することや、患児の年齢や状態に応じたかかわりを考えたり、がん患児の父親のかかわりにおけるニーズを考察したりしながら、困難な状況に直面している父親の支援をしていくことが大切である。

3. 小児がん患児の父親とその他の長期入院中の患児の父親の比較

小澤（2002）は、「父親は、家族を経済的に支えるために外での仕事をつづけなければならず、子どものケアに関する約束から少しはずれてしまう感がある。そのために、子どものために何もしてやれなかったという不全感他他の家族より強い」と述べている。父親は「一緒に遊ぶ」ことや「様子を見ている」こと、さらには日常生活の援助をするなどさまざまな形で患児とかわっていたにもかかわらず、全体の4割が患児とのかかわりを「十分かかわれたと思うが、何もしてやれなかった」ととらえていた。本調査の結果、今回の対象においては、「十分かかわれたと思うが、何もしてやれなかった」ととらえていたがん患児の父親は、入院前に患児と過ごした時間が有意に短かった。これは、がん患児の父親が様々な方法で患児と入院中の時間を過ごすなかで、入院前に患児と過ごした時間が短いことによって、入院中のがん患児とのかかわりで出てくる患児の要望や主張を父親自身が十分理解したと実感できなかったことが一因と推察される。

一方で、その他の父親には患児への思いと入院前の患児と一緒に過ごした時間に有意差はみられなかった。今回調査した小児がん以外の疾患の特徴は長期入院であることのほかは、疾患ごとに多様であり、疾患が患児や家族の生活に与える影響の度合いや父親の入院に対するとらえ方が異なつたことで、入院前の過ごした時間ではなく、本調査でとらえきれなかった要素によってかかわりを評価していた可能性が挙げられる。疾患によっては小児がんのように子どもをなくす恐怖と向き合いながらかかわっていた父親や、また疾患と慢性的に付き合っていくことが必要なため、入院前・入院中という区分なく患児と常に向き合おうとしている父親がいた可能性もある。今後、小児がん以外の疾患をもつ患児の父親が患児とかわる際に抱く思いに、さらに疾患ごとの傾向があるのか検討していくことが課題となった。

がん患児の父親において入院前に患児とかわっていた時間を評価することが患児とのかかわりを支援するためのアセスメントに必要であるこ

とがわかったが、看護者の立場から改善することは難しいといえる。しかし、父親の「何もできなかった」という思いは、入院前にがん患児の父親が患児とかかわっていた時間のみに影響を受けているのではないと考えられ、先述のようにがん患児の父親と患児が交流をより深められるよう支援していくことが大切である。

VI. 結論

1. 父親は患児と「一緒に遊ぶ」、「様子を見ている」ことをはじめとして、日常生活の援助も行いながら入院中の患児とかかわっていたが、4割の父親が「十分かかわれたと思うが、何もしてやれなかった」と感じていた。
2. 入院中に患児といるときに「一緒に遊ぶ」頻度が最も高い父親は、「十分かかわることができ、自分でも力になれた」と回答した父親が多く、「様子を見ている」頻度が最も高い父親は「十分かかわれたと思うが、何もしてやれなかった」と回答した父親が多かった。
3. 「十分かかわることができ、力になれた」と感じた小児がん患児の父親は入院前に一緒に過ごしている時間が長かった。
4. がん患児の父親が患児と居心地のよい過ごし方ができるよう父親のニーズを考察し、困難な状況に直面している父親を支援していく必要がある。

文献

- 橋爪永子, 杉本陽子 (2006): 小児がん患児の発症前後での父親の生活と役割意識の変化, 日本小児看護学会誌, 15 (2), 46-52.
- 益守かづき (1998): 父親に対する看護の援助と役割, 小児看護, 21 (7), 836-839.
- 森美智子: 小児がん患児の親の状況危機と援助に関する研究 (その2), 小児がん看護, 2, 27-39, 2007.
- 中野綾美 (1993): 看護はなぜ家族を一単位として考えるか, 小児看護, 16 (4), 410-414.
- 納富史恵ほか (2011): 小児がん患児の父親が困難な状況を受け止めていくプロセス, 日本小児看護学会誌, 20 (3), 59-66.
- 小澤美和 (2002): 家族と同胞のサポート (ケア中ならびに死去後), 緩和医療学, 4 (3), 23-29.
- 品川陽子 (2008): よりよい父子関係形成のための家族への援助, 家族看護, 6 (1), 52-57.
- 種吉啓子ほか (2003): 慢性疾患を持つ子どもの入院にともなう父親の思い, 日本小児看護学会誌, 12 (1), 23-30.
- 梅田英子ほか (2008): 小児がんの子どもを持つ父親と母親のソーシャルサポート, 日本看護学会論文集 小児看護, 36, 98-100.

研究報告

終末期の小児がん患者のケア体制および看護師への
メンタルヘルスサポート体制の実態
－病棟管理者への調査より－

**End-of-Life Care for Children with Cancer and
Mental Support for Nurses**
－ A survey for nurse manager of inpatient units －

竹内 幸江 Sachie TAKEUCHI ¹⁾	高橋百合子 Yuriko TAKAHASHI ¹⁾
吉川久美子 Kumiko YOSHIKAWA ²⁾	野中 淳子 Junko NONAKA ³⁾
丸 光恵 Mitsue MARU ⁴⁾	前田 留美 Rumi MAEDA ⁴⁾
富岡 晶子 Akiko TOMIOKA ⁵⁾	小川 純子 Junko OGAWA ⁶⁾
中尾 秀子 Hideko NAKAO ⁴⁾	村上 育穂 Ikuho MURAKAMI ⁴⁾
勝本 祥子 Shoko KATSUMOTO ⁴⁾	

- | | |
|----------------|---------------------------------------|
| 1) 長野県看護大学 | Nagano College of Nursing |
| 2) 聖路加国際病院 | St. Luke's International Hospital |
| 3) 神奈川県立保健福祉大学 | Kanagawa University of Human Services |
| 4) 東京医科歯科大学大学院 | Tokyo Medical and Dental University |
| 5) 東京医療保健大学 | Tokyo Healthcare University |
| 6) 淑徳大学 | Shukutoku University |

Abstract

This study explored current situation of end-of-life care for children with cancer and mental support for nurses. A questionnaire was sent by post to 206 cancer treatment hospitals. 36 nurse managers of inpatient units (return rate 17.5%), 28 units had the palliative care team and 10 units had a strategy for gear change. The main palliative care team members were nurses, pharmacists, anesthesiologists, and clinical psychologists. 6 units had done the grief care of the bereaved family. 21 units had a conference before and after the patient died for support to the nurse who was nursing the patient in the terminal phase. 5 units had to support for anticipatory grief of nurses. 18 units had a death conference after the patient died for grief care to nurses, but then 10 units did not a death conference. Units have not done a death conference, had been on the grounds that did not know how to operate. These units were available for end-of-life care for children with cancer, but must be available for mental support for nurses and bereaved families. The present results suggest that nurses need to know about how management of the conference for mental support, and need to be educated about the grief care.

Key words: Children with cancer, End-of-life care, Mental support for nurses

要 旨

小児がんの子どもの終末期から死後の過程におけるケアと、看護師へのメンタルヘルスケアの実態を明らかにすることを目的に質問紙調査を行い、小児がん治療を行う施設の36病棟の病棟看護管理者より回答を得た。緩和ケアチームがある病棟は28病棟であり、ギアチェンジに関する方針があるのは10病棟であった。遺族へのグリーフケアを行っているのは6病棟のみであった。21病棟が終末期の患者をケアする看護師へのサポート体制があるとし、患者の死亡前後で病棟カンファレンスを行っていた。予期的なメンタルサポートは、行っている5病棟、以前行っていた1病棟であった。患者が亡くなった後にグリーフケアを目的としたカンファレンスは、行っている18病棟、以前行っていた6病棟、行っていない10病棟であった。小児がん患者の終末期におけるケア体制は、多職種も含めて充実しているものの、遺族に対するグリーフケアや看護師へのケアは十分とは言えなかった。カンファレンスの運営方法を含めた継続教育の必要性が認められた。

キーワード：小児がん、終末期ケア、看護師へのメンタルヘルスサポート

I. はじめに

小児がんは、疾病による小児の死亡原因の1位であり、小児がんの子どもと家族のケアにおいても、終末期における看護の充実が望まれる。しかし、終末期にある小児がん患者や家族のケアに困難さ（三澤ら，2007）やストレスを感じる看護師が多く（中村ら，2004）、看護の充実をはかるためには、看護師への心のケアも大切になってくる。

終末期ケアにあたる看護師のストレス緩和ならびにメンタルサポートとしてデスカンファレンスの実施があげられており、その効果についても報告されている（秋元ら，2011. 杉山ら，2009）。しかし、実際にデスカンファレンスがどの程度導入、実施されているかは明らかではない。また、ケアをしてきた子どもを看取することは看護師にとっても喪失体験となり、看護師へのメンタルヘルスケアの必要性も問われているが、実際にどのようなメンタルヘルスケアが実施されているのか現状も明らかにされていない。

そこで本研究は、小児がんの子どもが亡くなる前後から死後の過程におけるケアと、看護師へのメンタルヘルスサポートの実態を明らかにすることにより、終末期ケアにかかわる看護師のメンタルヘルスの示唆を得ることを目的とする。

II. 研究方法

1. 調査対象：全国の小児がん治療を行っている206施設の小児がん患者が入院している病棟看護管理者。
2. 調査期間：2011年1月～3月
3. 調査方法：自作の質問紙調査法。施設の看護部長宛に郵送し、病棟看護管理者へ回答を依頼した。
4. 調査内容：施設および病棟の概要、終末期ケアに関する体制、終末期における子どもと家族へのケアの状況、看護師へのメンタルサポートの実施について、選択式ならびに自由記述で回答を求めた。
5. 倫理的配慮：対象者には、研究目的・方法、およびデータの匿名性を保証した依頼文書を同封し、無記名で回答を求め、個別投函を依頼した。そして、調査票の返送をもって同意を得ることとした。なお、本研究は研究者の所属大学の倫理委員会の承認を得て実施した。（承認番号2010-22）

III. 結果

36病棟の病棟看護管理者より回答を得た（回収率17.5%）。施設の内訳は、総合病院8、大学病院19、小児専門病院7施設であった。病棟の種類としては、小児科・小児病棟が最も多く、24病棟であった。

表1 終末期におけるケア体制（病棟数 n=36）

緩和ケアチーム	ある	28	ない	8	
ギアチェンジの方針	ある	10	ない	22	無回答 4
ギアチェンジの方針決定者	医師	9	看護師を含めたチーム	3	

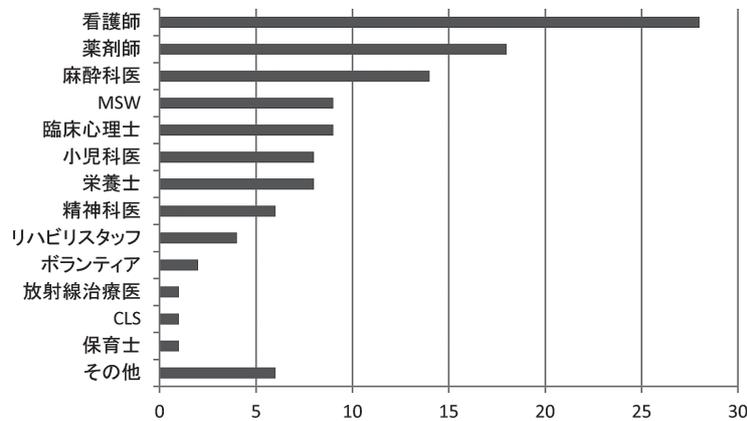


図1 緩和ケアチームの職種

表2 子どもが亡くなった後のケア（病棟数 n=36）

亡くなった直後に行うこと	ある	29	ない	4	無回答	3
内 容	お見送り					27
	両親と死後の処置					26
	家族の希望するケア					21
	手紙を送る					4
	その他					4
遺族へのグリーフケア	行っている			6		

1. 終末期におけるケア体制（表1）

緩和ケアチームがある病棟は、28病棟であった。チームを構成する職種は看護師が最も多く、チームがあると回答した全病棟に含まれており、次いで薬剤師18、麻酔科医14、メディカルソーシャルワーカー9、臨床心理士9病棟であり、さまざまな職種がかかわっていた（図1）。

終末期の治療方針について、集学的ながん治療から緩和ケア中心の医療やケアに転換するギアチェンジに関する方針がある病棟は10病棟であり、主にその方針を決定する職種は、医師が9病棟、看護師を含めたチームが3病棟であった。

2. 子どもが亡くなった後のケア（表2）

子どもが亡くなった直後に行うことについて、29病棟があると回答した。その内容は、スタッフ

によるお見送り、死後の処置を両親と一緒に行う、家族の希望するケアを行うなどであった。家族の希望するケアの内容は、入浴、清拭、洗髪、整容、着させたい洋服を着せる、メイクであった。

遺族へのグリーフケアを行っているのは6病棟のみであり、その内容は、施設で企画したプログラムを家族全員に行うが2病棟、施設で企画したプログラムを個別に行うと、サポートできる会を個別に紹介するが各1病棟であった。その具体的な内容としては、交流会や冊子の送付などがあげられた。その他に、CNSがフォローしている、家族から連絡があった場合に行うと回答した病棟があった。

3. 看護師に対するサポート体制（表3）

終末期にある子どもをケアする看護師に対し

表3 看護師に対するサポート体制（病棟数 n=36）

サポート体制	ある 21	ない 9	無回答	6
	患者が亡くなる前		亡くなった後	
病棟カンファレンス		21		21
看護師全員に個別サポート		5		4
新人に個別サポート		4		3
プライマリーに個別サポート		7		9
気になる者に個別サポート		8		8
希望者に個別サポート		6		4
予期的なメンタルサポート	実施している	5	全員参加 内容による	2 2
	以前実施	1		
グリーンケアを目的とした カンファレンス	実施している	18	全員参加 内容による 希望者	8 4 8
	以前実施	6		

表4 予期的なメンタルサポート（実施病棟 n=5）

ファシリテーター	いる	3
実施時期	医師からスタッフに余命が伝えられた時	2
	死期が近いと判断した時	2
実施した感想	悩みや困難を共有できた	5
	スタッフの精神的負担感が軽減	3
	かかわりやケアの方向性がみえた	3
	現在の問題点が整理された	2

て、サポート体制があると回答したのは21病棟であった。サポート体制があったとした全病棟で、子どもが亡くなる前後ともに病棟全体でカンファレンスを行っていた。個別のサポートとしては、プライマリーナースや気になる看護師に行う例がやや多く、プライマリーナース以外は、亡くなった後より亡くなる前に行っている方が上回っていた。

死期が近い患者をケアする看護師のバーンアウトを予防するための、感情吐露やメンタルケアに焦点をあてた予期的なメンタルサポートを実施しているのは5病棟のみであった。参加条件は、基本的に全員参加と内容により異なるが各2病棟であった。参加者としては、プライマリーナース、新人看護師およびプリセプター、その他の看護師、臨床心理士、院内学級教諭、保育士、医師、CNS、CLSがあげられた。以前実施していた1病棟は、時間が取れないという理由で現在は実施し

ていなかった。

予期的なメンタルサポートを実施している病棟のうち、ファシリテーターとなる人がいるのは3病棟であり、看護師長や主任看護師、経験のあるスタッフ、CNS、ボランティアが行っていた。実施する時期は、医師からスタッフに余命が伝えられた時、死期が近いと判断した時が各2病棟であった。実施しての感想は、悩みや困難を共有できた、スタッフの精神的負担感が軽減した、かかわりやケアの方向性がみえたなどがあげられ、効果がなかったなどの否定的な感想はなかった(表4)。

予期的なメンタルサポートを実施していない理由としては、運営方法がわからないが最も多く、次いで、主体となる人がいない、時間がとれないことがあげられた(図2)。その他の理由として、事例が少ない、機会がない、必要時にケースカンファレンス内で行うがみられた。予期的なメンタルサポートの必要性は、必要である21、やや必

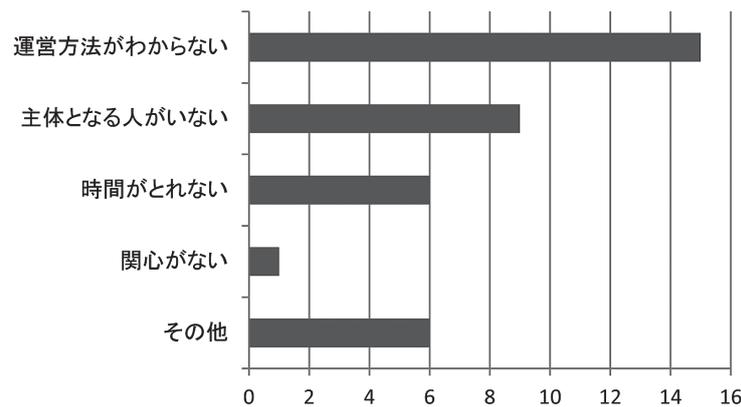


図2 予期的なメンタルサポートを実施していない理由 (実施していない病棟 n=28)

表5 グリーフケアを目的としたカンファレンス (実施病棟 n=18)

ファシリテーター	いる	11
実施時期	決まっていない	8
	亡くなってから1か月以内	8
	亡くなってから1週間以内	4
	亡くなってから1日以内	1
実施した感想	かかわりやケアのふり返しとなった	17
	悩みや思いを共有できた	17
	感情を表出する機会となった	16
	スタッフの精神的負担感が軽減	9
	時間が取りにくい	4
	話し合いがうまく進まない	2
	あまり効果がない	1

表6 グリーフケアを目的としたカンファレンスを実施しない理由

理由	以前実施 (n=6)	実施していない (n=10)
時間が取れない	4	1
運営方法がわからない	2	6
主体となる人がいない	1	1
関心がない	0	1
その他	1	5

要である9と、合わせて30病棟が必要を感じており、その理由は、子どもの死に対しては看護師の精神状態も不安定になる、看護師の準備が整うことで子どもや家族の動揺が減る、看護の質の向上のためであった。

子どもが亡くなった後、グリーフケアを目的としたカンファレンスを実施していると回答したの

は18病棟であり、主な目的は、実施している全病棟で看護ケアのふり返しとしていた。その他の目的としては、医療者のメンタルヘルスケアが11病棟、症例検討が5病棟であった。参加条件は、基本的に全員参加と希望者が各8病棟で、内容により異なるが4病棟であった。参加者としては、プライマリーナース、看護師、医師、保育士、

CNS、CLS、臨床心理士、院内学級教諭があげられた。

このカンファレンスを実施している病棟のうち、ファシリテーターとなる人がいるのは11病棟であり、看護師長や主任看護師、プライマリナース、医師が行っていた。実施する時期は、決まっていないと死後1か月以内が各8病棟、死後1週間以内が4病棟、1日以内が1病棟であった。実施しての感想は、かかわりやケアのふり返りとなった、悩みや思いを共有できた、感情を表出する機会となった、スタッフの精神的負担感が軽減したなど、良かったとする感想が多かったが、時間が取りにくい、話し合いがうまく進まないなど、難しい現状を述べる感想もみられた(表5)。

グリーフケアを目的としたカンファレンスを以前実施していたが現在は実施していない理由としては、時間がとれないことが多く、実施していない理由としては、運営方法がわからないことがあげられた(表6)。その他の理由として、事例が少ないことがあげられた。このようなカンファレンスの必要性は、必要である22、やや必要である9と、合わせて31病棟が必要性を感じており、その理由は、看護師の精神的ケアが必要というものが多く、その他に、ふり返りの機会として、終末期ケアの学習の場として必要というものがあつた。

看護師へのグリーフケアの必要性は23病棟が必要と感じており、グリーフケアに関する教育の必要性は22病棟が必要と感じていた。

IV. 考察

終末期におけるケア体制では、ほとんどの病棟に多職種で構成される緩和ケアチームの存在が確認された。ホスピスや緩和ケア病棟での緩和ケアチームと比較すると(安藤ら, 2010)、CLSや保育士がメンバーに入っていることが、子どもを対象とした緩和ケアチームの特徴といえる。チーム体制は整っているものの、治療の合意がチームとして得られているか一つの目安としてギアチェンジの方針の有無をたずねたところ、ないという回答が多かった。ただし、近年はギアチェンジによって緩和ケアに移行するという考え方ではなく、発症当初より緩和ケアを視野に含めたケアを

行うという考え方に変化しており、そのために改めてギアチェンジということ意識していないことも考えられる。ギアチェンジの方針決定者は、ほとんどの場合医師であり、看護師を含めたチームという回答が少なかった。今後は看護師を含めたケア方針の決定など、さらなる充実が望まれる。

子どもが亡くなった直後に行うケアは、お見送り、両親との死後の処置などほとんどの病棟で実施されていた。特に家族の希望にそったケアを心がけており、家族が実施することで子どもの死を受け入れられるようにという配慮がうかがわれる。また、子どもの看護をしてきた看護師にとっても、このように家族とケアを一緒に行うことが子どもの死を心に受けとめる際に関係する(荒川, 2010)とあるように、子どもの死を受け入れるために貴重なことである。だが、遺族へのグリーフケアを行っている病棟は少なかった。サポートできる会を個別に紹介するということもあり、施設としてグリーフケアをどのように実施できるのか模索していることがうかがわれる。亡くなった親との交流が看護師の心の支えになることもあり(荒川, 2010)、施設が企画する場合は、遺族だけではなく看護師をはじめとする医療者のグリーフケアの要素を含めたプログラムを考えることも必要である。

子どもを看取る看護師へのサポート体制では、子どもが亡くなる前後で病棟カンファレンスを行っていた。患者が亡くなった後ではなく、目の前で苦しんでいる時に最善のケアを提供するためのタイムリーなカンファレンスが重要(小野ら, 2010)とあるように、ケアする看護師へのサポートは、子どもが亡くなる前から必要性が認識されていることがうかがえる。看護師長あるいはそれに代わる者が、看護師に対して個別にサポートしている状況もわかったが、予期的なメンタルサポートを実施している病棟は少なかった。死期が近い患者をケアする看護師のバーンアウトを予防するための、感情吐露やメンタルケアに焦点をあてるという予期的なメンタルサポート自体があまり浸透していないと考えられる。実施している病棟からの感想をみても肯定的な内容であることが

ら、予期的なメンタルサポートの導入が進むことを期待したい。

子どもが亡くなった後に、グリーフケアを目的としたカンファレンスを実施している病棟は半数の18病棟であった。実施していない理由は、運営方法がわからないが最も多く、これは予期的サポートを実施していない理由でも最も多かった。以前実施していたが現在実施していない理由では、時間がとれないが最も多かった。このことから、グリーフケアを目的としたカンファレンスの運営方法について、看護師へのメンタルサポートの指針を示すとともに、具体的な内容を検討していく必要性が示唆される。デスカンファレンスの機能として、ケアの評価、教育、情報共有、相互支援、故人との絆の確認があげられている(安藤ら, 2010)。看護ケアをふり返り、今後のケアに活かす機能としてのカンファレンスの必要性は、本調査の実施している全病棟で目的としてあげていたことから裏付けされる。看護師のメンタルサポートとしての機能は、話を聞いてもらうことで気持ちを整理し、気持ちを共有することで前向きな気持ちになる(荒川, 2011)とあるように、スタッフ間で感情を吐露し、共有することにある。そのため、子どもが亡くなった後に行うカンファレンスの目的を明確にし、目的に合った実施時期、時間設定、参加者を設定することが大切である。本調査では、実施時期について決まっていなかった、死後1か月以内という回答が多かったが、目的によっては記憶が鮮明なうちに実施した方がよい場合と、気持ちが落ち着いてから、あるいは資料を準備してからの方がよい場合があると思われるので、ある程度基準を決めておくことも必要である。

看護師へのグリーフケアの必要性、グリーフケアに関する教育の必要性もほとんどの病棟が感じていた。背景には、そのような教育を受ける機会が少ないこと、看護師へのグリーフケアに関する研修が少ないことがあると考えられる。今後は、このような教育の機会を増やしていくことも必要と思われる。

謝 辞

本研究の調査にご協力くださいました施設の関係者の方々に深く感謝いたします。

本研究は、平成22年度科学研究費補助金基盤研究(B)「小児がんの子どもと家族を中心とした多職種協働チームにおける看護師支援プログラムの開発(研究代表者 内田雅代)」、および「がん患者のサバイバーシップ:地域・職場・学校における支援強化に向けて(研究代表者 高橋都)」、平成22年度厚生労働科学研究費補助金「働くがん患者と家族に向けた包括的就業支援システムの構築に関する研究」の一部である。

文 献

- 秋元美穂, 杉平栄子, 田辺久美子, 西本智美 (2011). デスカンファレンスがもたらした効果と進め方. 臨床看護, 37 (8), 1110-1114.
- 安藤悦子, 吉田美也子, 岩田千波他 (2010). ホスピス・緩和ケア病棟におけるデスカンファレンスの機能—ホスピス・緩和ケア病棟師長の視点より—. 死の臨床, 33 (1), 126-132.
- 荒川まりえ (2010). 看護師が子どもの死を心に受けとめる際に関わったこと. 日本小児看護学会誌, 20 (1), 9-16.
- 三澤史, 内田雅代, 竹内幸江他 (2007). 小児がんをもつ子どもと家族のケアに関する看護師の認識—ケア29項目の実施の程度と難しさの比較—. 小児がん看護, 2, 70-79.
- 中村美和, 小原美江, 松岡真理 (2004). ターミナル期にある小児がんの子どもをケアする看護師のサポートニーズ. 小児がん, 41 (3), 663, 2004.
- 小野芳子, 有井美佐子, 原淳子, 菊川こゆみ (2010). 山口赤十字病院緩和ケア病棟でのデスカンファレンスの実践. 看護技術, 53 (3), 248-253.
- 杉山裕子, 倉田あすみ, 阿部かおり他 (2009). デスカンファレンスが看護師の心の負担にもたらす効果. 日本看護学会論文集:成人看護II, 40, 9-11.

実践報告

陽子線治療を受ける小児患者に対するプレパレーションの効果

Effects of the Preparation for the Children who Received Proton Beam Therapy

石川由美香 Yumika ISHIKAWA¹⁾ 鮎澤 香 Kaoru AYUZAWA²⁾
古谷佳由理 Kayuri HURUYA³⁾

- 1) 筑波大学附属病院 看護部
Tsukuba University Hospital Nursing Department
- 2) 筑波大学附属病院 陽子線医学利用センター
Tsukuba University Hospital Proton Medical Research Center
- 3) 筑波大学大学院人間総合科学研究科 看護科学専攻 准教授
Tsukuba University Graduate School of Comprehensive Human Science
Nursing Science Associate Professor

Abstract

The patients who receive proton beam therapy are strictly required to be at a standstill to complete the procedure safely and effectively. Young children who receive this therapy sometimes need to be sedated during the procedure to help them hold. They have strained physically and emotionally by sedative agents themselves, making fasting state before procedure and disturbance of the normal sleep pattern.

To reduce the number of patients who receive sedation and help the patients cope better with this treatment, we have planned and practiced preparation program. This program contains five action plans, making relationship of trust and reliability by playing, obtaining informed assent by using picture books, training to be familiar with the therapy room and machines, coordinating environment during the therapy and rewording for completing the procedure and encouraging their accomplishment.

This program helps patients to receive the therapy more actively and reliefs their stresses. Some patients did not required to be sedated and the other could reduce the sedative agents even if they should to be sedated. A lot of parents of patients also positively evaluate this program and are pleased their child's attitude. In conclusions, this preparation program helps the patients growing emotionally and brings good effects to the patients and their families.

Key words: Comprehensive preparation, Children, Proton beam therapy, Picture book, Training

要 旨

陽子線治療は、確実な治療遂行のため静止の順守が必要であり、鎮静を余儀なくされる場合が多い。鎮静剤そのものまた、鎮静により子どもの生活リズムが崩れる事などから、治療を受ける子どもの身体的・精神的負担は大きい。その負担を緩和し、安心・安全に治療を遂行するため、「遊びを通じた信頼関係の構築と安心感の提供」、「絵本によるインフォームド・アセント」、「治療室に慣れるためのトレーニング」、「治療中の環境調整」、「ご褒美を通して達成感を感じさせること」、というプレパレーションを考案、実施した。結果、子どもたちの治療に対する積極性が見られ、覚醒状態で治療できるケースが多く、覚醒状態でできなくても、鎮静剤の減量に成功し、身体的・精神的負担の緩和につながった。また家族へのアンケート結果からも、それを高評価する意見が多く聞かれ、一定期間続く治療・処置には、上記要素を含んだ包括的プレパレーションが必要だと言える。

キーワード：包括的プレパレーション、小児、陽子線治療、絵本、順応トレーニング

I. はじめに

小児がんの治療の中で最先端治療の一つである陽子線治療は、放射線治療の一種であるが、他の放射線治療とは違い、がん病巣を狙ってくり抜くように治療するため、体表の正常組織や、がん病巣以外の正常組織を傷付けず治療ができる。治療中、医療器具や固定具に囲まれながら、治療室に一人で長時間静止していなければならないのは、他の放射線治療と同じだが、各々のがん病巣に合わせて陽子線を当てる深さ・範囲などをコンピュータで設計するため、より静止の順守が、大切になる。また1カ月以上にわたりほぼ毎日治療が続くため、子どもにとっては非日常的な経験である。治療適応となる小児患者の中で、幼児期から学童前期は、確実な治療遂行のため30分程度音や振動に対して反応しない程度の深い鎮静を行う。それにより、鎮静剤の耐性が生じ、薬剤使用量が増加し、深い鎮静により呼吸抑制などの副作用が出るリスクも高く、鎮静前後の食事制限も余儀なくされる。また、指定された時間に確実に眠るとは限らないため、他の患者さんの予約時間に影響しないよう、全治療が終了した夕方に治療をする。夕方強制的に鎮静されるため、生活リズムの乱れなどが起き、夕食もとらずに、朝まで寝てしまったり、覚醒してもその後夜眠れなくなったりと、身体的負担も大きい。食事や飲水、午睡を制限されることで、子どもの精神的負担も大きい。

近年飛躍的に普及しているプレパレーションを

陽子線治療にも行うことで、子どもたちの協力が得られ、積極的に治療に取り組むことができれば、覚醒状態で治療ができ、上記問題も解決する。一般的にプレパレーションが行われている手術や採血のように、痛みを伴う治療ではないが、MRIやCTと比べると固定具を使用し拘束されることに特異性がある。固定具は、頭頸部照射には、シェル（マスク様固定具：写真後述）、体幹部の照射には、吸引ビーズ（体感固定用の固いマット：写真後述）が使用され、固定時間は、最低でも10分程度が必要になる。特に頭頸部照射に使用されるシェルは、正確な照射のため、マスクをつけた跡が残る程度にきつく装着する必要があり、ただ横になるという行為以上を要求することになるため、治療を困難にする要因である。さらに、小児の陽子線治療を実施している施設は当院を含め、全国に2か所しかなく、子どもは、陽子線治療を受ける期間だけ本院へ転院する場合がほとんどであり、プレパレーションに費やす時間もほとんど取れない。加えて、2～14歳と治療を受ける年齢に幅があり、プレパレーションにも幅を持たせて介入する必要がある。そのため、効率的かつ有効なプレパレーションを考える必要がある。

まず、ピアジェ（Piaget, J 2007）が幼児期を「前操作的表象の時期」としていることも踏まえ、①子どもの日常にあるもの、②言葉だけでなく絵や写真などを用いる、③子どものペースに合わせ場面を行き来したり、立ち止まったりできる、④い

つでも振り返られるよう、手元における、ということから、長期にわたる治療を伝えるツールとして絵本が陽子線治療を受ける子どもの心の準備に役立つと考え、選択した。そして、厚生労働省がん診療連携拠点病院機能強化事業の協力の下、以前自作した絵本を元にして「はじめてのようしせんちりょう」の絵本を作成、製本した。

今回、絵本によるプレパレーションを実施していく中で、絵本の導入に加え、実際の治療室でのトレーニングを併用していくことで、覚醒状態での治療が可能になるケースを経験した。また、年齢から、覚醒状態で治療が望めない幼児前期例に対しては、生活リズムを考慮した治療時間の選択をすることで、鎮静剤の減量をしていくことが出来、長期にわたる治療に対するプレパレーションとして興味深い示唆が得られたので報告する。

II. 研究目的

1. 陽子線治療を受ける小児患者に対して、治療環境を調整することで、非鎮静下での治療を目指す介入方法を検討する。
2. 非鎮静下での治療が難しい陽子線治療を受ける小児患者に対して、鎮静剤を減らす介入方法を検討する。

III. 研究方法

今まで、プレパレーションが行われていなかった小児陽子線治療に対して、陽子線治療について自作した絵本を用いてインフォームド・アセントを行い、その後、年齢、性別、発達段階などを考慮したトレーニングを行う（実施方法参照）という新たなプレパレーションを導入した。それに対して、治療終了後、絵本、トレーニング、治療、チームスタッフなどについてのアンケートを家族へ依頼し、読み書きできるケースには、本人へも、簡略化したアンケートに返答を依頼した。アンケート結果と、看護師、診療放射線技師などの医療者の経時記録とを見直し、プレパレーションの評価を行った。

IV. 用語の定義

トレーニング：実際の治療環境で、子どもの



写真1

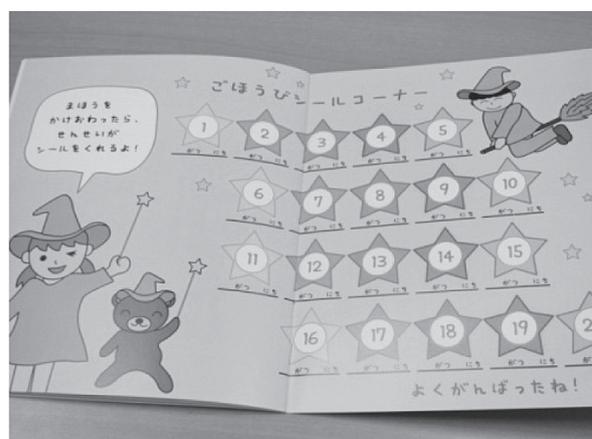


写真2

ペースに合わせ模擬練習していくことで治療環境に順応できるようにするトレーニング。

V. 実施方法

1. 絵本「はじめてのようしせんちりょう」の内容紹介

これは、主に幼児期を対象として絵本を作成したため、陽子線治療室を「ドーナツのお部屋」、照射を「元気になる魔法がかかる」、治療へ行くことを「お散歩」と伝わりやすい表現に変更した。治療に疼痛は伴わないが、静止する必要があること、そのために鎮静剤を使用することがあること（じっとしてなきゃいけないから、眠くなるお薬を使うこともあるよ）、毎日治療へ行くことも記載し、また治療を頑張ったご褒美としての動物シールとそれを貼るページも作成した。（写真1、2）作成に当たり、原案を筆頭者が考え、小児科医、放射線腫瘍科医、臨床心理士、看護師などに

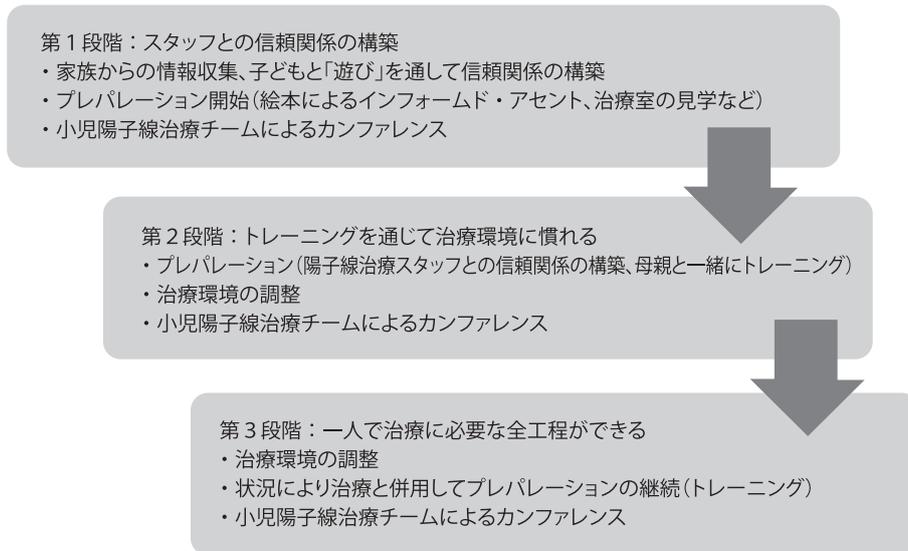


図1 当院での主な治療スケジュールとプレパレーションの実践プロセス

*入院から治療開始までは約10日ほどである。(他の治療を併用する場合は除く)

査読を依頼した。

2. 当院での主な治療スケジュールとプレパレーションの実践プロセスを図1に示す。

3. 小児陽子線治療チームの紹介

小児の陽子線治療を安全・安楽に行うことを目的としてチームを結成した。メンバーは、小児病棟看護師(プライマリーナース：以降PNSと総括として筆頭者)、陽子線医学利用研究センター看護師・診療放射線技師、小児・放射線腫瘍科医、臨床心理士、(保育士：年齢により介入)、子どもの両親をメンバーとし、結成した。

活動目標は、1)治療への恐怖心をなくし、覚醒状態での治療ができる2)転落などを防ぎ安全な治療を遂行する3)治療への達成感を与え、次への頑張りにつなげる、であり、主な活動内容は、①絵本によるインフォームド・アセント、②治療室、病棟でのトレーニング、③情報の共有、治療環境の調整などを含めたケースカンファレンスである。(①、②は後述)

③は、子どもたちのプレパレーションや治療の遂行状況に応じて、定期的にチームで集まり、新しい患者の情報やその週の治療・トレーニング、病棟内・治療室での本人の状況の情報を共有し、

プレパレーションの計画・治療環境の調整などを行っている。小児経験のないメンバーもいたため、子どもたちへの発達段階を考慮した接し方・遊びなども検討・提案している。また、安心感・安全感を提供する一環として、PNSや臨床心理士は、入院してから、退院または転院するまで、定期的に病棟での親子へのかかわりを持ち、陽子線治療に対する思いや意見などを話す機会を持ち、その情報もカンファレンスにて共有している。

4. インフォームド・アセントの実際

全例にPNSを付け、入院したら前院の転院サマリーや家族から情報収集を行う。その後、対象の年齢、性別、疾患、性格など考慮してインフォームド・アセントを行う。その際、母親が同席し、ベッドサイドで行うなど、子どもがリラックスしてアセントを受けられる環境調整を行う。そして、アセントした側が、説明したことで満足したり、伝わったはずと思いこんだりしないよう、対象のささいな反応の変化を見逃さず、対象のペースにあわせたアセントを行う。例えば、読み聞かせ中に首をかしげたり、眉間にしわが寄ったり、発語が少なくなってきたりしたら、その部分をさらに易しい言い方に変えもう一度読んだり、ページを前後して読んだりする。またアセント後、別



写真3 (PCでDVDを見ながらの位置合わせ)



写真5



写真4

の看護師が、「どんな絵本だったの？」などと質問し、絵本の内容を説明してもらうなどして、理解度の確認を行うなど行っている。

5. トレーニング

カンファレンスで、個性を組み込んだトレーニング内容を検討し、治療室で行うトレーニングは、実際の治療に携わる陽子線センターの看護師、放射線技師が主体的に行う。以下に、トレーニングの目標を大きく3つあげた。

- 1) 「人」に対する恐怖心を取り除いていくこと (信頼関係の構築)
- 2) 「環境」に対する恐怖心を取り除くこと
- 3) 「治療」に対する恐怖心を取り除いていくこと

1) については、治療室に散歩へ行き、陽子線センターの看護師や技師と遊ぶことを通して、初めて出会う「人」に対する恐怖心を取り除いてい

くことである。

2) については、「環境」に対する恐怖心を取り除くことである。治療室の環境調整を行い、好きなキャラクター、遊びを踏まえ、治療室の天井へDVDを上映したり、音楽を流したりとディストラクション方法を用いて、子どもの日常と治療環境とをつなげる工夫をカンファレンスにて話し合い、実施、評価していく。(写真3、4、5)

3) については、「治療」に対する恐怖心を取り除いていくことである。3つめは、さらに細かく5つの目標に分けている。①治療室へ自分から入れるようになる、②治療台へ横になれる、③固定具をつけられる、④じっと静止してられる、⑤一人で全行程ができる、としている。最終段階までは、母親が付き添い練習していくが、状況に応じて、PNSや臨床心理士も不安の軽減と安心感の橋渡しのため、トレーニングに同行する。

チームメンバーは、子どものがんばろうとする気持ちをサポートし、次へのステップを踏めるよう、できたことをほめ、次の目標設定を一緒に考えたりしていく。また、トレーニングをがんばった達成感をより得られる形として、練習後の遊びやご褒美シール・パズル(写真6)などPNSや陽子線センター看護師・技師が実施・作成したりしている。

治療室でのトレーニングができない場合や、固定具に対する恐怖心が高い場合などに、固定具にお絵かきやシールを貼るなどしたり、ベッドサイドにてシェルを被る練習をしたりなどを行っている。



写真6



写真8



写真7

VI. 倫理的配慮

対象が主に幼児であったため、家族に研究協力への自由意思、参加の可否によって今後の治療・看護に不利益はないこと（本研究への参加の可否にかかわらず、小児陽子線治療に対するプレパレーションは、一つの看護介入として全ケースに導入している）、本研究以外でこのデータは使用しないこと、学会などで成果の公表をする可能性があること、個人情報の守秘性を説明し、書面にて同意を得た。学童期の場合は、書面の内容を簡略化して口頭にて説明した。さらに、当院倫理委員会の承諾も得た。

VII. 結果

2010年4月から2012年12月までに2～7歳の27例の小児患者に対して、この絵本、トレーニングを用いた包括的なプレパレーションを実施した（2歳は絵本のみ）。男女比は、14：13。年齢は、

2歳5例、3歳4例、4歳4例、5歳7例、6歳6例、7歳2例で、平均5歳1ヶ月±2歳2ヶ月であった。27例中20例が覚醒状態で治療を遂行することができ、鎮静を必要としたのは7例で、2歳5例、3歳・4歳で1例ずつであった。うち4例は鎮静量の減量ができ、1例（2歳）は鎮静剤の耐性により、増量となった。理由は、2歳のケースは年齢の問題、3・4歳は、恐怖心を取り切れず、鎮静下での治療となった。

絵本については、絵本をそのまま読むより、好きなキャラクターがいる場合、絵本に追記して実施する方がより関心を引け、ケースによっては、好みを取り入れて工夫をしている。子どもたちの反応は、「ドーナツのお部屋に行く」「ドーナツでごろんするとバイキンマンいなくなるんだって」などの発言が聞かれ、理解した様子が伺える。しかし、学童例からは、本人へのアンケート結果から、少し内容が幼いという意見があった。そのため、実際の治療室やその周りの写真を見せて、再度プレパレーションを行った。その後、実際に照射室へいくが、恐がり部屋に入れなかったり、照射用ベッドでじっとしてられなかったりして、絵本で、インフォームド・アセントただけで覚醒状態での治療遂行はできた例はなかった。続けて治療室でのトレーニングを行うが、以下、その中で興味深い示唆が得られたケースについて述べる。

1. ケースA

3歳9ヶ月女児。神経芽細胞腫（後腹膜）。前医にて化学療法を終了し、本院には、陽子線目的

のみに転院。治療回数17回（約1ヶ月）。照射部位が後腹膜のため、吸引ビーズが固定具となる（写真8）。性格は、明るく活発で社交的。

第1段階は、転院後4日目にインフォームド・アセントを行い、とても絵本に興味を示し、スムーズに第2段階へ進んだ。PNSがトレーニング用のご褒美カードを作成し、時々治療室でのトレーニングへも同行し、一つ一つの工程ができるごとにご褒美シールを貼っていった（転院7日目～10日目）。

本番前に3回トレーニングを行い、DVDを見ていれば、母子分離が出来、第3段階をクリアした。しかし、本番当日、周囲の励ましがプレッシャーとなり、覚醒状態で治療出来ず、そこから、退行し、治療の部屋に入ることさえ難しくなってしまった。そのため、夕方に鎮静下で治療を行い、昼にトレーニングを行うこととした（転院11日目～16日目）。治療の一連の流れは一通りできるようになっていたため、本人の気持ちに合わせて、無理強いさせず、第2段階へ戻り、母親とともにトレーニングし、徐々に治療に対する緊張がほぐれ再び出来るようになってきた。さらに、仲良くしていた同室のDちゃんとそのご家族に承諾を得て、Dちゃんの治療風景の見学を行ったところ、練習が上手いきき、そのまま治療ができた。以降、鎮静を行わず、最後まで治療をすることが出来た。練習回数は合計9回（うち、治療と併用して行ったのは6回）であった。1回の練習時間は20分程度であった。鎮静して行った治療時間は、平均して50分程度。覚醒状態で治療を行った時間は平均して20分程度であった。

2. ケースB

4歳7ヶ月女児。Ewing肉腫（右頸部～上咽頭）陽子線治療目的にて転院してきたが、化学療法も併用して行った。治療回数は、31回（約2ヶ月）。照射部位が頸部～上咽頭のため、シェル（写真9）をつけての治療となる。性格は社交的だが、大人しい。

第1段階のインフォームド・アセントを行った後、仲良くしていた同室のEちゃんがちょうど同じ治療を行っていたため、第2段階は、Eちゃん

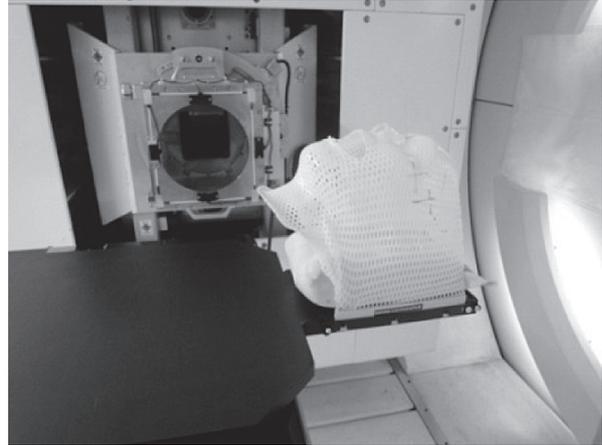


写真9

とそのご家族に承諾を得て、Eちゃんの治療の様子を見学した。実際にトレーニングをしてみるか聞いたが、少し顔がこわばっていたため、見学の後、同室児と陽子線スタッフみんなで遊び、緊張をほぐした。何度か一緒に治療室へ来て遊び（状況に応じてPNSや臨床心理士も同行）、トレーニングを行ったが、（転院後7、8、9日目）化学療法による骨髄抑制中に、感染症を併発し、治療室でのトレーニングが困難となったため、シェルを病棟へ持ち帰り、ベッドサイドでシェルをつけるトレーニングをしていった（転院後10日目～）。治療室へ行けた際は、本人と治療工程のどこまでトレーニングをするか、何秒シェルをつけるかなどの目標設定をしてトレーニングをし、目標達成できたら、ご褒美として絵本に貼るシールをあげた。一人になることへの恐怖心が強く、第3段階のクリアが困難であったが、退室する際の声掛けを、「一人になるけど頑張ってるね」や「あっちに行くね」など、1人になることを意識させるような発言から、「このカメラから見てるね」というような近くで応援しているというような発言に変えたところ、1人でもいられるようになった。加えて、DVDを天井に映すという環境調整も行い、自ら、「お薬なしでやってみる」との発言があり、以降覚醒状態で治療を遂行できた。

治療開始日に鎮静をかけずに治療可能な状態ではなかったため、ケースA同様、治療とトレーニングを平行して行った。練習回数は合計6回（うち、治療との併用は2回）。1回の練習時間は30分程度であった。鎮静しての治療時間は、平均し

で40分程度。覚醒状態での治療時間は平均して20分程度であった。

3. ケースC

2歳5ヶ月男児。Ewing肉腫（鼻腔）。陽子線治療目的の転院で、化学療法も併用して行っていた。治療回数31回（約1ヶ月半）鼻腔の照射となるため、シェルをつけての治療となる。2歳5ヶ月という年齢から、鎮静下での治療を予定していたため、鎮静剤減量を目的とした関わりを行った。

性格は、明るく、人なつっこい。トイレ程度であれば、母親が離れていても一人で遊んでいられる。トーマスや乗り物が大好きであった。遠方からの転院であり、児と母親のみ来院し、母親は、病棟に泊まりながら患児の付き添いをしていた。

第1段階は、PNSが絵本にトーマスや患児と母親の写真を挿絵して、より興味を持つように工夫した。その後、母親同席でベッドサイドにて本人へインフォームド・アセント施行。本人からは、「トーマス号乗ってドーナツ行く！」と興味を示す（入院2週間後：化学療法を先行したため、本人の体調が回復した時期に実施）。

全治療が終了した夕方の治療であったが、病棟で母親に対して、陽子線治療やその鎮静に関しての思いなどを定期的にうかがう中で、本来は習慣である午睡を我慢させることで、子どもの機嫌が悪くなることにストレスを感じており、また、鎮静剤の量が多いことに不安を感じていた。生活パターンを観察した結果、13～14時の間に午睡することがわかり、カンファレンスにて午睡に合わせ治療時間を調整し、本人が眠くなったところで、鎮静を開始したところ、5剤から2剤に鎮静剤を減量し、実施することが出来た。また、治療にかかる時間も夕方の時は中途覚醒に対して追加鎮静をしていたため、50分ほどかかっていたが、中途覚醒による鎮静剤の追加を行わずに治療できるようになったため、25分ほどに短縮した。絵本で、鎮静剤を使用し、治療することについてはインフォームド・アセントしていたが、鎮静下での治療であり、実際は、治療を行った実感・達成感がなかったため、治療後に、治療室、治療中の写真

を見せて、本人へ治療をがんばったことを伝えた。

VIII. 考察

陽子線治療などの放射線治療に対するプレパレーションの報告は日本ではほとんどなく、CTやMRI、採血などの一時的な処置に対するものが多くを占めている（半田2006、中島ら2010など）。一方、海外では放射線治療を受ける子どもへの多職種が連携した包括的なプレパレーションの有効性について、何例か本研究と類似した報告がされている（Scott 2002、Filin 2009など）。加えて、絵本を用いたプレパレーションは様々な文献でその有用性が示されている。（石垣2005、吉田2004など）本研究において、プレパレーションツールとして有効とされている絵本を、陽子線治療のプレパレーションに導入してみたところ、絵本は動機づけとしてはよかったが、効果的なプリパレーションにはならなかった。

それは、幼児期は、騒音および騒音を出す物、慣れない場面・人、一人でいること、暗闇に恐れを示すといわれている（Jerschild, 1968）。今回のケースも、恐れを抱く要因が多く認められた。また、ピアジェの前操作期、すなわち、2歳頃から、過去の活動を心の中で表象できるようになるが、推理は状況に支配され、自分に都合のいいように変える、自己中心的であることも影響していると考えられる（西田、2009）。陽子線治療は、一人、慣れない無機質な治療室の中で、固定具に一定時間抑制され、慣れないスタッフと行うため、幼児期では、治療前、絵本により治療に対して肯定的なイメージを持つことができたとしても、実際の場面で恐れを推理した場合、自己をコントロールするには限界があるということであると考えた。そのため、絵本と治療環境とをつなげる、継続的かつ意図的な介入が必要であること考えた。

継続的かつ意図的な介入方法として、恐れを抱いているものへ、そうではないということを伝え、順応できることを目的として、実際に治療にかかわるスタッフによる治療室でのトレーニングを導入した。一方で、「遊び」は、気分を転換させ、不安や緊張を軽くすることができるものであり（中田ら、1999）、乳幼児など言語能力が十分

に発達していない時期の子供ばかりでなく、年長児であっても自らの遊びに関心を示してくれるものがいれば子供は自然に心を開くものである（上田、1989）。このことから、様々な工程に「遊び」を取り入れつつ、これから起こる未知の治療を疑似体験させた。その結果、早期の信頼関係の構築に役立ち、見知らぬ治療環境と安心できる日常とのギャップを埋められ、連続した長期間にわたる治療を受け入れやすくすることが可能になったと考える。他院からの情報では鎮静が不可欠であったケースでも、覚醒状態での治療が可能となり、陽子線治療を覚醒状態で実施できたケースの中には、以降のCTやMRIなども、覚醒状態で実施できるようになったケースも少なくない。一方で、覚醒状態で治療する場合の時間的・人間的な業務負担が鎮静で治療する場合と比べると明らかに減少でき、更に、プレパレーションを通して、実際に成長していく患児を見守ることで、医療者側も達成感を感じ、チームとしての意識が高まった。そして、多職種とチームを作り、定期的なカンファレンスでトレーニングの計画、治療上の問題点の検討を共同で行ったこと、各々の分野の知識や技術の共有が出来たことは、安全な治療の実施に役立った。

しかし、ケースA、Bともに難航したのは、「母親と離れ一人にさせること」である。これは、今回のケース以外でも難航している点である。ボウルビイの愛着理論によると、幼児期、特に2歳頃までに、愛着行動が発達する時期である。その後、子どもは、愛着の対象者を安全基地として使用するようになり、そこから探索行動を行い、またそこへ戻る。3歳ごろから相互的關係の形成の時期に入るため、具体的な愛着行動は減少するといわれているが、母親を安全基地とした探索行動を熱心にする時期であり、不安、恐れ、病気、疲労などがある場合には、子どもの愛着行動は増強するとも言われている（J・ボウルビイ、1984）。今回のケースA、Bでは、年齢、病気、恐れなどの要因から、母子分離を困難にさせたと考える。それに対し、愛着の対象者である母親が近くにいる状況で、出来たことをほめてもらいながらトレーニングを行ったこと、目標設定を子ども自ら決めさ

せたり、無理強いさせず、各々のペースで練習したりしたことで、覚醒状態で治療を遂行することができた。エリクソンの自律性、自主性を高める介入にもつながっており、効果的なプレパレーションとなった要因である。加えて、「1人になること」を意識させすぎない声かけをすること、事例と近い年齢の患児の治療風景を見学させることで、治療への安心感と自己効力感を引き出せ、さらに効果的だったと考える。

また、化学療法を併用している事例では、化学療法後、必然的に骨髄抑制が生じる。事例2では、それにより、トレーニングが制限され、治療開始に間に合わなかった。この事例を振り返り、現在は、プレパレーションも治療の一部と考え、本人の体調が良ければ、白血球の数値で練習を制限することはなくなった。

また、事例3のケースでは鎮静下での治療であったが、絵本によるプレパレーションを行うだけでも、治療に前向きな姿勢が見られた。非鎮静下での治療ができないからといって、プレパレーションを実施しないというのではなく、発達段階に合わせたプレパレーションを行っていくことが重要だと改めて認識した結果となった。他の陽子線治療患者との兼ね合いがあり難しいが、可能な限り、対象の生活パターンに合わせ、自然な入眠に合わせ鎮静をすることで大幅に鎮静剤を減らすことができたため、生活パターンを考慮した治療環境の調整が重要か示唆された。

IX. 結論

今回の結果は、一定期間続く処置・治療のプレパレーションには、多職種と連携した以下の要素を含んだ、包括的なプレパレーションが必要である。

- 1) 遊びを通じた信頼関係の構築と安心感の提供
- 2) 絵本によるインフォームド・アセント
- 3) 安全基地である母親とともに自律性、自主性を高めるよう介入したトレーニング
- 4) 治療中の環境調整（ディストラクション、生活パターンへの配慮）
- 5) トレーニング・治療の頑張りをご褒美や遊びなどを通して達成感を感じさせること

X. おわりに

現在も前記した包括的なプレパレーションを続けており、鎮静をかけずに治療可能なケースが増えてきている。また幼児前期から学童期までの幅広い年齢に対してプレパレーションを実施しているため、第2版として、学童期例用のより治療内容を現実化、具体化した絵本を新たに作成した。しかし年齢だけでなく、性別・疾患・治療部位など様々であること、年間の治療件数も少ないため、データを集めるのが困難な現状がある。その中でも、ケースの振り返りを行い、家族へのアンケートも実施し、それらを踏まえ、多種多様なケースに対応できるよう、今後も子供たちのためにチームの活動を続けていきたいと思う。また、このチームでのプレパレーションをきっかけとして、当院での他の治療・検査に対するプレパレーションも普及させていければと考えている。

XI. 謝辞

最後にこの絵本は、自作した陽子線治療に対する絵本を用いてプレパレーションを実施した3歳の女の子が、鎮静をかけず治療を遂行できたことをきっかけとして、厚生労働省がん診療連携拠点病院機能強化事業のお力添えもあり、作成しました。この場を借りて感謝を申し上げます。

引用・参考文献

石浦光世 (2007). 子どもの成長・発達に特徴的な認知や発達課題をとらえたかかわり. 小児看護, 30 (13) : 1789-1796.

石垣幸子ら (2004). 絵本を用いたプレパレーションによる対処行動の比較. 日本看護学論文集, 小児看護, 35, 137-139.

上田礼子 (2005). 生涯人間発達学 改訂第2版. 東京, 三輪書店.

上田礼子 (1989). 入院時と遊び. 小児看護, 12 (9), 1143-1148.

菊地佐由里ら (2007). 絵本を用いたプレパレーションの有用性の検討－保護者の反応・保護者と看護師から観た子どもの反応の検討－. 日本看護学論文集, 小児看護, 38, 14-16.

白鳥伊津美ら (2002). 絵本を使ったプレパレ-

ーション. 小児看護, 25 (2), 170-176.

鈴木敦子 (2006). 子どもにとってのプレパレーションの意味. 小児看護, 29 (5), 536-541.

田中恭子 (2008). プレパレーションの5段階について. 小児看護, 31 (5), 342.

中島美恭ら (2010). 処置室でのプレパレーションの効果. 日本看護学会論文集, 小児看護, 40, 117-119.

中田夕子ら (1999). 化学療法が精神的ストレスをもたらした児への関わり－遊びの工夫を通して－. 日本看護学会論文集, 小児看護, 30, 42-44.

半田浩美ら (2006). CTやMRI検査を受ける幼児後期の子どもに模型を用いた心理的準備－子どものイメージづくりを促進する効果的な看護介入と看護師の変化－. 日本小児看護学会誌, 15 (1), 3-39.

西田志穂 (2009). 子どもの成長・発達の知識. 小児看護, 32 (7) : 801-809.

森下尚子 (2009). 小児救急の場におけるプレパレーション: 小児看護, 32 (7) : 897-903.

吉田洋子ら (2004). 絵本を用いたプリパレーションに対する子どもと家族の反応, 小児看護学会誌, 13 (2), 21-25.

H・W・メイヤ (1976) / 大西誠一郎 (1979). 児童心理学三つの理論. エリクソン・ピアジェ・シアーズ. 明書房.

J・ボウルビィ (1981) / 作田勉 (1984). ボウルビィ母子関係入門. 星和書房.

Piajet, J (1970) / 中垣啓 (2007). ピアジェに学ぶ認知発達の科学. 京都, 北大路書房.

Scott, L. (2002) Minimising the use of sedation/ anaesthesia in young children receiving radiotherapy through an effective play preparation programme. European Journal of Oncology Nursing, 6, 15-22.

Ayelet F. (2009) Radiation therapy preparation by a multidisciplinary team for childhood cancer patient 3 1/2 to 6 years. Journal of Pediatric Oncology Nursing, 26 (2). 81-85.

**第8回 小児がん看護
研修会講演**

小児がん治療に伴う口腔粘膜障害に対する予防的ケア
Routine Oral Care Program in our Hospital for Preventing
Oral Complications during Childhood Cancer Therapy

木下 樹 Tatuki KINOSHITA

群馬県立小児医療センター 歯科・障害児歯科

Department of Dentistry for Children with Special Needs Gunma Children's Medical Center

Abstract

Oral care is an essential element of patient care during cancer treatment. Maintaining good oral hygiene can reduce oral complications such as oral mucositis. However, it is impossible for pediatric cancer patients to maintain good oral hygiene. Since many Japanese hospitals do not have a dentistry department, it is difficult to establish uniform guidelines for maintaining oral hygiene. In fact, until the dentistry department was established in our hospital, it did not have a routine oral care program for use in childhood cancer treatment. In this article, we have described our routine oral care program for use in such treatment.

Our program consists of 5 stages: primary evaluation of oral hygiene, dental treatment before cancer treatment, instructing patients regarding oral hygiene, daily oral care and checkups, and management of oral complications. Cooperation of the ward and dentistry staff members is important for all the program stages. The family's cooperation is also required for maintaining oral hygiene during childhood cancer treatment, but emotional support also needs to be provided to the family. Since cancer therapy extends over a long period, maintaining the family's motivation to fight against their child's cancer is important. The staff members share medical information with each other, and a cooperative relationship between patients and their families reduces oral complications.

Key words: Childhood Cancer, Oral Care, Oral Complications, Oral Mucositis

要 旨

小児がん治療における口腔ケアは、各施設間で考えや取り組みに、未だ温度差があるのが現状である。小児がん治療の際に生じる口腔合併症に対しては、予防的な処置を始めとして、可能な限り長期化や増悪をさせないような口腔衛生状態を維持することが鍵となる。今回は小児病院歯科が、小児がん治療にどこまで貢献できるかについて、当院での取り組みを主体に紹介する。

当院での小児がん患者に対する口腔衛生管理は、1) 初期評価、2) 治療・予防処置、3) 口腔衛生指導、4) 毎日のケアと定期管理、5) 口腔内トラブルへの対応、の5つの柱に分類される。全てのカテゴリーに不可欠なのは、病棟スタッフと歯科との密な連携と情報の共有である。また、小児においては、保護者への心理的配慮も口腔衛生状態の維持には特に重要である。

小児病院歯科として、発症早期から口腔衛生状態の維持を支援していく体制を整え、主治医や病棟スタッフと連携しながら支援していく必要があると考える。

キーワード: 小児がん、口腔ケア、口腔合併症、口腔粘膜障害

1. はじめに

口腔ケアは、がん治療と歯科との関わりにおいて、成人領域では既に常識と言える程、支持療法として不可欠なものとなっており、ガイドラインの策定や個々の施設での取り組みがなされている。しかしながら小児領域においては、各施設間で口腔ケアに対する考えや取り組みに、未だ温度差があるのが現状である（東谷ら：2005、坪井ら：2010）。病院内に歯科が併設されていない医療機関も多く、一律なシステムを構築することは難しいことも一因である。当院においても、平成17年に歯科が開設されるまでは、口腔ケアのシステムが確立されているとは言えない状況であった。

しかしながら、現在では病棟と歯科が連携すれば、患児のQOLを向上させられることを、患児や保護者、病棟スタッフ、歯科スタッフが実感している。今回は小児病院歯科が、小児がん治療にどこまで貢献できるかについて、当院での取り組みを主体に紹介する。

2. がん治療に伴う口腔合併症

がん治療には大きく分けて、外科的治療、化学療法、放射線治療、造血幹細胞移植に分類されるが、特に化学療法や放射線治療、造血幹細胞移植は、口腔合併症との関わりが深い。それらには口腔粘膜炎、歯肉出血、口腔感染、味覚異常・障害、口腔乾燥などが挙げられる。中でも口腔粘膜炎による疼痛は、患児が耐えられないほど重症化し、治療の中断や中止の原因となる場合がある。さらに、がん治療における粘膜障害は口腔内のみ出現するのではなく、消化管粘膜などの全身の粘膜にも生じるため、全身の倦怠感、腹痛、嘔気、咽頭痛などを伴い、長期化すると精神的なダメージも大きく、入院中のQOLを著しく低下させる有害事象の一つである。

口腔粘膜炎に対する治療は、局所への対応（口腔用軟膏塗布、レーザー照射）、口腔乾燥対策（保湿剤塗布）、鎮痛薬（経口、経静脈）などが挙げられるが、その全てが対症療法になってしまう。特に小児においては、詳細な口腔内の診察すら困難な状況となるため、できることが限られてしま

う。そのため、口腔粘膜炎に関しては、予防的な処置を始めとして、可能な限り長期化や増悪をさせないような口腔衛生状態を維持することが鍵となる。

3. 当院での取り組み

当院での小児がん患者に対する口腔衛生管理は、1) 初期評価、2) 治療・予防処置、3) 口腔衛生指導、4) 毎日のケアと定期管理、5) 口腔内トラブルへの対応、の5つの柱に分類される。

1) 初期評価

小児がん患者が入院すると、治療開始前に歯科が介入し、口腔内の診察を行ない、齲蝕（虫歯）の有無、歯肉・口腔粘膜の状態、口腔衛生状態をチェックする。治療の必要がある場合は、速やかに治療を行ない、治療の必要がなければ口腔衛生指導を行なう。

最も難しいのは歯科が介入するタイミングであり、主治医と密に連携しながらその時期を見極めている。小児がんは、急性期で入院する 경우가多く、介入するタイミングが早過ぎると、患児や保護者は疾患の認識や受け容れが十分にできていない。その状況で突然病室に歯科医が入っていくと、プレパレーションができないどころか、保護者や患者に不信感さえ抱かれてしまう。そのため、主治医や病棟スタッフと情報を共有しながら、診断や説明がどの程度行なわれているかを確認し、適切な時期に介入するよう心掛けている。

2) 治療・予防処置

歯科治療が必要な場合、化学療法が始まるまでに治療を完了するためのプランを策定する。年齢や治療内容、治療本数を考慮し、限られた回数の中で、原疾患の治療に支障がないようにしなくてはならない。治療本数が多く行動管理も困難な場合は、中心静脈カテーテル挿入術の際に、同時に治療を行なう場合もある。齲蝕が深く歯髄感染を起こしていると、数回の処置が必要となるが、その際には主治医と相談し、化学療法後の骨髄抑制期から回復した時点で再開するようにしている。齲蝕の進行度によっては、抜歯を選択せざるを得ない場合もあるが、患児の成長発育を考慮し、可

能な限り歯を残す、すなわち保存的に治療を行なうようにしている。いずれにしても、主治医との密な連携と情報共有が重要である。

3) 口腔衛生指導

口腔衛生指導は、初期評価後早期に行なうようにしている。歯科治療が必要な場合は治療を先行させるが、特に治療が必要であった症例は口腔衛生状態が不良であり、患児の年齢に応じて、本人もしくは付き添う保護者に指導を行なっている。図1は歯科衛生士による病棟での口腔衛生指導の様子である。学童期の患児には、歯垢染色剤を用い、磨き残しを視覚的に自覚させ指導を行なっている。必要に応じてプラークコントロールレコード(PCR)を用い、磨き残しを数値化することで、患児や保護者のモチベーションを維持させるようにしている(大石ら:2006)。PCRは、全ての歯を4ブロックに分割し、全歯面数における歯垢染色剤で染色された歯面数の割合を評価する方法である。小児がん治療は治療期間が長期に渡ることから、最初に口腔ケアの目的と重要性を理解させる必要があり、口腔合併症で苦しむか否かはこの段階が成否を決めると考えている。入院した患児の以前の生活習慣や生活環境はさまざまであり、入院生活という一律の規則正しい生活環境に適應させることは、口腔ケアに限ったことではないため、病棟スタッフとの連携が重要である。

4) 毎日の口腔ケアと定期管理

当院では毎食後の歯磨きを、付き添いの保護者もしくは看護師が行なっている。口腔含嗽は食後、間食後、その他口腔乾燥が顕著な場合に適宜

行なっており、歯磨きや口腔含嗽の確認は看護師が行なっている。口腔含嗽は、水もしくは生理食塩水を用いており、含嗽剤は使用していない。消毒効果や抗炎症効果を目的とした含嗽剤を以前当院でも使用していたが、院内で検討した結果、水や生理食塩水を用いた場合と口腔内の細菌数に差は無く、含嗽内容よりも含嗽回数の方が口腔衛生状態の維持には影響があることが示唆された(大須ら:2007)。また、含嗽剤独特の味や臭いのため、幼児では含嗽を嫌がるケースが多く、含嗽剤の定期使用を中止することとなった。しかしながら、口腔合併症を起こす頻度に変化は見られず、かえって味や臭いによる口腔含嗽への嫌悪感は減少している。

歯科としての関わりは、化学療法の合間に歯科外来では定期健診、歯石除去、機械的歯面清掃を行なっている。病棟においては、歯科衛生士による病棟回診を週一回行っており、各病室を巡回して口腔衛生状態のチェックを行なっている。回診した結果は、病棟スタッフも閲覧できるようにナースステーションにファイルして保存し、情報の共有化に努めている。患児や保護者と歯科スタッフが定期的にコミュニケーションを取ることで、口腔内のトラブルを未然に回避することが出来ることと、定期健診の漏れを減少させる二つの効果を、回診を開始して改めて実感している。

無菌室でのケアは、無菌室入室1週間前に歯科外来で歯石除去と、機械的歯面清掃を2回行ない、併せて保護者に口腔衛生指導を再度行なう。無菌室入室後は入室当日、前処置終了後、移植翌



写真1 歯科衛生士による病棟での口腔衛生指導



写真2 歯科衛生士による無菌室でのケア

日、その後は週2日のペースで歯科衛生士による口腔内診察を行ない（写真1, 2）、看護師は各勤務帯で口腔合併症の有無をチェックし、無菌室退室まで継続する。歯科医も適宜病棟に赴き、サポート体制を強化している。（木下：2008）

5) 口腔内トラブルへの対応

口腔合併症が出現した場合、前項に示した軟膏や保湿剤塗布、レーザー照射、あるいは鎮痛剤投与といった対症療法を行なう。しかしながら、小児においては倦怠感や疼痛のため口腔内の診察すら困難であることがあり、対症療法を受け容れてくれない。したがって、対応は患児によって異なるが、特に保護者への心理的サポートが重要であると考えている。口腔合併症に苦しむ我が子を見ながら、何も出来ない保護者の心理状態を、医療者側が理解し支持する姿勢が大切である。われわれは、噴霧式の口腔用保湿剤などを保護者に渡し、母親に適宜患児の口腔内に噴霧させることにより、保護者の“我が子に何も出来ない”という気持ちから早期に開放させるよう配慮している。また、病棟から連絡を受けたら、可能な限り早期に対応することを心掛けている。患児、保護者、病棟スタッフとの信頼関係は、そういった細かい配慮の上に成立すると考えるからである。

4. 終わりに

小児がん治療は退院すれば終わりではない。外来定期受診や検査、経口抗がん剤の長期服用、強化療法などが控えており、患児や保護者は常に再発への不安と恐怖を抱えた日々を送ることとなる。歯科領域では、化学療法や放射線治療による歯牙形成異常や顎骨の発育不全に対し、口腔周囲の発育が終了する思春期終了時まで、定期的なフォローを行なっている。中には、口腔内の出血や痛み過敏に反応して当科を受診するケースもあるが、患児や保護者の心理的背景を考慮しながら対応しなければならない。

以上が当院の取り組みであり、小児病院歯科と

して、発症早期から口腔衛生状態の維持を支援していく体制を整え、治療が終了後に患児や保護者が安心して地元の“かかりつけ歯科医”に受診できる日までの架け橋として、主治医や病棟スタッフと連携しながら支援していく必要があると考える。

謝辞

今回論文執筆にあたり、東京医科歯科大学大学院 麻酔・生体管理学分野 深山治久教授にご指導頂きましたこと、厚く御礼申し上げます。

（これは、2011年8月27日に国立成育医療研究センターで行なわれた、小児がん看護研修会での講演内容を要約したものです）

文献

- 東谷直子, 小野里美, 蓑代裕美, 森本佳世, 上坪成子, 周藤育子, 石井信行, 小澤京子 (2005). 歯科との連携により、化学療法時の口腔ケアのあり方を考える. 日本小児血液学会雑誌, 19 (5), 343.
- 坪井文, 鈴木淳司, 吉村剛, 海原康孝, 中岡美由紀, 角本法子, 大谷聡子, 大原紫, 松浦和則, 香西克之 (2010). 免疫抑制患児の口腔環境と歯科的対応. 日本小児歯科学会雑誌, 48 (2), 224.
- 大石奈櫻, 大須智恵, 村上容子, 飯塚もと子, 永岡円, 木下樹, 外松学 (2006). 化学療法中の口腔ケアの再検討 ブラッシングの意識向上に向けて. 日本小児血液学会雑誌, 20 (5), 345.
- 大須智恵, 黒岩徹, 大石奈櫻, 飯塚もと子, 佐藤敦子, 木下樹, 外松学 (2007). 化学療法中の口腔ケアの再検討 生理食塩水含嗽への変更に向けて家族の気持ちを考える. 第5回日本小児がん看護研究会抄録集, 426.
- 木下樹 (2008). 歯科と病棟スタッフが連携して行った小児における無菌室での口腔衛生管理. ぐんま小児保健, 66, 30.

国内外学会参加記事 1

ウェストミード小児病院訪問報告

川勝 和子 Kazuko KAWAKATSU¹⁾ 小湊 照代 Teruyo KOMINATO¹⁾
嶋野 玲子 Reiko SHIMANO¹⁾ 梶山 祥子 Yoshiko KAJIYAMA²⁾
白畑 範子 Noriko SHIRAHATA³⁾ 野中 淳子 Junko NONAKA⁴⁾
小川 純子 Junko OGAWA⁵⁾ 井上 玲子 Reiko INOUE⁶⁾
石川みち子 Michiko ISHIKAWA⁷⁾

- 1) 京都大学医学部附属病院 Kyoto University Hospital
- 2) 日本小児がん看護学会理事長 Japanese Society of Pediatric Oncology Nursing
- 3) 岩手県立大学 Iwate Prefectural University Graduate School of Nursing
- 4) 神奈川県立保健福祉大学 Kanagawa University of Human Services Faculty of Health & Social Services School of Nursing
- 5) 淑徳大学 Shukutoku University School of Nursing
- 6) 国際医療福祉大学 International University of Health and Welfare
- 7) 富士修紅学院健康科学大学 Health Science University

はじめに

2011年10月に2日間、オーストラリアのWestmeadこども病院を訪問し、小児がん看護のスペシャリストであるCNC (Clinical Nurse Consultant) や腫瘍科病棟の看護師教育を担うNurse Educator、小児がんの子ども・家族の精神的なケアの中心となるソーシャルワーカーの役割、緩和ケアチームの働きについて学びを得た。以下に今回の訪問について報告する。



集合写真 (中央はNurse Educator)

1. Westmaedこども病院の概要

訪問したWestmaedこども病院は、シドニー市内から約30km程度離れた郊外にある。病床数は350床あり、スタッフは2,000人以上 (看護師約600人、医師約400人) おり、肝移植のユニットや熱傷センターも併設している。マクドナルドハウス、スターライトエクスプレスルーム (ファンデーションにより運営されているシアタールームなどがある部屋)、外来通院や入院している子どものきょうだいのためのプレイスペース、子どものための図書館などの設備が整っている。小児がんの子どものための施設は、腫瘍科病棟 (24床・造血幹細胞移植のユニット含む) と外来がある。

2. CNC (Clinical Nurse Consultant) の役割

CNCは、特殊病棟や地域における複雑なケアのコーディネートやその提供に責任を持っている。また、CNCは複雑なケアニーズを持つ患者のケアに直接あたる看護師たちと協力して働き、スタッフの専門性の発展を促し、リサーチを行う役割を担っている。オーストラリアにおける



庭から見たThe Children's Hospital at Westmead

CNCは、日本の専門看護師に近い働きをしている（下稲葉，2005）。CNCに認定されるために必要な条件は、大学院レベルでの専門教育、継続教育を受け続けていること、専門分野での看護実践の経験、チームの一員として働く能力、そして自分自身のケアができることとしている。オーストラリアにおいては、政府の定義に基づいて、それぞれの病院がCNCを認定している。

Westmeadこども病院の腫瘍科のCNCは、病気の診断時に子ども、家族との関わりを持ちはじめ、その後入院治療から外来通院に移行してからも関わりを継続している。病院での働きとしては、外来や病棟を巡回して、小児がんの子どもへの直接ケアや症状コントロールに関して看護師たちの相談に乗ったり、指導をしている。退院に向けての復学支援では、地元の学校との調整役を担い、小児がんの子どものクラスメートに病院の見学ツアーを企画し、子どもが学校生活をスムーズに移行できるようにしている。病院内以外にも、CNCはシドニー地域の外来通院している小児がんの子どもの家に訪問している。オーストラリアでは、初回の寛解導入療法後に退院し、外来治療に移行するため、中心静脈栄養カテーテル管理を家族が担うことになり、CNCが中心静脈栄養カテーテル管理の指導を行ったり、家族から連絡を受けた場合、訪問看護を提供している。その他に訪問看護で提供しているケアとしては、緩和目的のための抗がん剤等の投薬や疼痛管理を行っている。訪問後に家族がうまく対処できない場合は、CNCは地域の看護師に連絡をして訪問を依頼し、



Children's Hospital at Westmead 外来廊下

連携をはかっている。

3. Nurse Educatorの役割

Westmeadこども病院の腫瘍科のNurse Educatorは、看護学生、卒後1年目の看護師、腫瘍科に初めて配属されたキャリアのある看護師の教育担当を担っている。日本のようにスタッフ業務を兼任しながら教育の役割を担うのではなく、教育の仕事に専念している。Nurse Educatorになるには、4年の臨床経験を有し、さらに大学院レベルでの専門教育を受け、Nurse Educatorのトレーニングを受けることが必要となっている。看護学生の教育としては、実習指導を行っている。看護師の教育としては、腫瘍科病棟における教育プログラムを企画し、それに沿って行っている。教育プログラムの内容としては、化学療法に関する知識・看護ケアの内容のテキストを基にスタッフに自己学習を促し、1～2ヵ月程度で修了し、筆記試験を受けることができる。筆記試験に合格すれば、次に造血幹細胞移植に関する知識・看護ケアの内容のテキストを基にスタッフに自己学習を促し、4～6ヵ月程度で修了し、筆記試験を受けることができる。これ以外にも教育プログラムの一環として企画された化学療法や造血幹細胞移植に関する講義を受講することが義務づけられている。この講義は、医師やNurse Educatorが行っている。これらをすべて修了することで、腫瘍科の看護師として、造血幹細胞移植を受ける子どもを受け持つことができるようになるシステムになっている。



Starlight Express Room (Theater Room)

臨床の教育者に教育に専念した大学院レベルの専門教育を受けたNurse Educatorを配置することで、充実した教育プログラムを運営し、看護師のケアの質向上をはかっていた。

4. ソーシャルワーカーの役割

Westmeadこども病院には20人のソーシャルワーカーがいる。一人の小児がんの子どもに対して、必ず一人のソーシャルワーカーが担当として関わっている。ソーシャルワーカーは、入院中に社会資源（利用できるチャリティーやサポートグループの情報提供等）の紹介、子どもや家族（両親、きょうだい、祖父母）へのカウンセリングサービス、院内のサポートグループの運営（親への疾患に関する教育・情報提供、きょうだいのケアなど）を行っている。カウンセリングは退院後も継続し、治療終了から5年経過したあとも長期フォローアップを行っている。

子どもを亡くした家族に対しては、死別ケアプログラムを企画し行っている。プログラムのインフォメーションは子どもが亡くなってから6ヵ月以内に郵送もしくはEメールで行い、年に2回セッションを行ったり、個別にカウンセリングや電話サービスも行っている。オーストラリアにおけるソーシャルワーカーの働きは、日本の臨床心理士の働きに近い。

5. 緩和ケアチーム

Westmeadこども病院には、緩和ケアチームがある。この緩和ケアチームは、医師、看護師、ソー



Book Bunker Children's Library (40ヶ国言語の絵本がある)

シャルワーカー、薬剤師、クオリティーマネージャー（患者ケアの質向上の専門教育を大学院で専攻）、ボランティアコーディネーターで構成されており、院内、在宅、ホスピスで活動している。緩和ケアチームには、3つの機能があり、急性・慢性疼痛管理、緩和ケアである。疼痛と緩和ケアを一緒にした意義としては、緩和ケアが必要になる早い時期から信頼関係を築くためであった。緩和ケアチームが関わっている患者の40%が腫瘍科である。また、終末期に在宅で過ごす子どもの訪問もしている。死が近い場合は、24時間の電話対応も行っている。

小児緩和ケアはオーストラリア全国基準が決まっており、2年ごとに活動の評価をし、サービスの向上に努めている。活動を記録に残していかなければならないので、そのサポートをクオリティーマネージャーが行っている。評価の内容としては、家族の問題・不安、きょうだい、社会的状況、終末期や死別後に受けるサービスの提供、関わっているなかでの事故などであった。緩和ケアチームは、評価基準に沿ってケアを提供することである一定のケアを公平に子ども・家族に提供することを可能にしている。

おわりに

オーストラリアでは、小児がんの子ども・家族ができるだけ在宅で過ごせるように、CNCやソーシャルワーカー、緩和ケアチームが活動を院内に留まらず、積極的に在宅に訪問し医療や看護、ケアを提供し生活を支援していた。

引用・参考文献

中島美津子, 森山美知子 (2008). 看護師の労働環境改善を進めるオーストラリアの看護事情 第4回新卒者研修制度とキャリアアップ制度、専門性の追求. 看護, 60 (9), 116-120.

中島美津子, 森山美知子 (2008). 看護師の労働

環境改善を進めるオーストラリアの看護事情 第1回オーストラリアの医療・看護制度の概略. 看護, 60 (5), 91-95.

下稲葉かおり (2005). オーストラリア、ヴィクトリア州におけるCNS (CNC) の役割. 臨床看護, 31 (11), 1678-1683.

国内外学会参加記事2

The Children's Hospital Bear Cottage, Australiaを訪問して

野中 淳子 Junko NONAKA¹⁾ 梶山 祥子 Yoshiko KAJIYAMA²⁾
小川 純子 Junko OGAWA³⁾ 白畑 範子 Noriko SHIRAHATA⁴⁾
川勝 和子 Kazuko KAWAKATSU⁵⁾ 小湊 照代 Teruyo KOMINATO⁵⁾
嶋野 玲子 Reiko SHIMANO⁵⁾ 石川みち子 Michiko ISHIKAWA⁶⁾

- 1) 神奈川県立保健福祉大学 Kanagawa University of Human Services Faculty of Health & Social Services School of Nursing
- 2) 日本小児がん看護学会理事長 Japanese Society of Pediatric Oncology Nursing
- 3) 淑徳大学 Shukutoku University School of Nursing
- 4) 岩手県立大学 Iwate Prefectural University Graduate School of Nursing
- 5) 京都大学医学部附属病院 Kyoto University Hospital
- 6) 富士修紅学院健康科学大学 Health Science University

はじめに

2011年10月にSIOP 2011がニュージーランド・オークランドで開催された。学会参加前にオーストラリアのシドニーでの研修が実現し、オーストラリアには2つの子どものホスピスあり、そのひとつであるBear Cottageを訪問する機会を得た。Bear Cottage はシドニー市街にある子ども病院The Children's Hospital at Westmeadの附属施設であり、ニューサウスウェルズ州の避暑地マンリーに2001年に開設され10年が経過している。このBear Cottageは、イギリスで世界初めてつくられた子どものホスピスである“ヘレンハウス”をモデルとしており、イギリスのホスピスと同じ雰囲気を持つ施設という印象を強く受けた。Bear Cottageは、カトリックの教会の所有地の一部を借りて建築され、場所選定の理由は、海を望む高台の閑静な住宅地で環境が良く、子どもや家族が平和な休日を過ごすのに最適であるためとのことであった。建物の内外に死を意味するシンボルとされている蝶のオブジェや模様が刻まれていた。コテージで子どもが亡くなった時には、入り口や門、建物の壁などに蝶々の模様のものを貼って、

スタッフ、近所の人々、訪問者にも子どもが亡くなったことを知らせて、適切な振る舞いをとることができるようにし、また「悲しみを乗り越えている人がいること」を、この合図で分かるようにするという配慮がされていた。

入口のインターホンを押すと、案内とともに門の施錠が解除され中に入っていくと、物静かで笑顔のすてきな施設責任者、看護師長のNarelle Martinさんが出迎えてくれた。

Narelle Martinさんは、「私達の目標は、子ども達がここにいる間は、良い思い出が作れるように、またご両親には休んでいただけるように、ご両親のための休息の場ということを大切にしています。」と話された。

1. Bear Cottageの特徴

Bear Cottage は、24時間週7日、休みなく常に開いており、家族も子ども自身もリラックスできる場所であるとともに、子どもにとって自分の家と同じような環境を提供できるようにしている。この施設での主なケアは、レスパイト・ケア、緊急に必要なになった場合の受け入れ、症状の

マネジメント、そして最後に終末期ケアの4つを強調して行っている。レスパイト・ケアとして登録している家族は、子ども達とともに休息のためにコテージで過ごせる一定の期間が決まっている。緊急に依頼がある場合のサービスとしては、自宅で急変し、家族にとって急にケアが大変になった場合の対応を行い、症状マネジメントとしては、病院に長く入院していた子どもが退院するケースで、家庭での対応が困難な場合に自宅に帰る前段階として、ホスピスで両親がスタッフの支援を受けながら子どものケアを行ってその方法を学習し、安心して自宅でのケアができるように指導するなど、病院から自宅への移行の期間としても利用することができる。

終末期ケアの場所として、このホスピスの誇るところは、看護師が常駐していることで質の高いケアを提供でき、終末期でも家族はゆっくりリラックスできる。家族が普段自宅でしている、入浴、薬を飲ませる、ご飯を食べさせるなどの日常の世話も看護師とボランティアがするので、家族皆がここで子どもとともにリラックスして過ごすことができる。

常時、6人までの子どもを受け入れており、子どもが滞在している間は一人ひとりの子どもと家族にとってなるべく自宅と近いような環境、自分の家と同じような環境でいられるように努めている。ベッド数は10床、その中にも家族全員で使う部屋もあるので、その時々々の状況をみながら、どの子どもをどの部屋に入れるかはその時の状況をみながら考えており、いつでも手配できるようにしている。子どもだけでここに滞在することも、また家族全員で滞在することも可能となっている。

今現在、年間170家族が利用している。年に何回かレスパイトとして利用・滞在するので、スタッフ全体が、子どもの状態もその家族の状態も把握しているので、緊急な連絡があった場合も、スタッフ全員が子どもと家族の状態を把握しており、受け入れ時的確に対応することが可能となっている。

滞在可能な期間は、年間4週間から6週間であるが、休息のためではなく終末期ケアのために入所する子ども・家族に関しては、最期をみとるま

で滞在でき期限は決まっていない。

2011年は10月までに、15名の子どもがここで亡くなっている。エルサさんは「ここで患者さんが亡くなるのは悲しい事ですが、最期までの時間、子どもさん達、ご家族は楽しく過ごせるので、このベアコテージは悲しい場所ではなくて、とても幸せな場所です。」と印象的な言葉であった。

2. Bear Cottageにいる子ども達

年齢は出生直後から18歳までを対象として受け入れられている。がん、神経・筋疾患などで回復が望めない子どもが対象である。Westmead Children's Hospitalと同じ管轄下であり、質の高いケアが提供できることも特徴である。

3. スタッフについて

Bear Cottageでは、正看護師が24時間体制で常駐し勤務している。看護師は25人ほどで、多くはパートタイムで勤務しており、その他に看護補佐が日中のシフト、イブニングシフトに分かれて常駐している。看護補佐として看護学生を雇っており、若い人たちが入ることで若さ、元気さ、明るさなどを取り入れられ、経験豊富な看護師と若い看護師のバランスがよく、また「ここで看護師・看護補佐として働くことは、単に子どものケアをすることにとどまらず、家族に対する社会的・心理的支援も含めて行っているのでよい経験を積むことができます。」と説明された。そのほかの医療関係者として週に1度、病院から医師が必ず来ており、また4人の近隣のGP（一般開業医）が、常に呼び出し可能な状況になっている。

またチーム・ケアとして、プレイセラピスト（遊戯療法士）、音楽療法士がおり、協働して専門家チームとしてサービスを提供している。プレイセラピストは今現在2人おり、週7日、1日8時間、音楽療法士は、週3日午前中、それぞれ3時間のセッションを担当している。プレイセラピストと音楽療法士が何を大切にサービスを提供しているかを聞いた。音楽療法士はここで歌を歌ったりすることを、ご両親にも覚えて帰っていただき、レスパイトが終わって家に帰ってからも、ここで覚えた歌と一緒に歌って、ここでの事



Bear Cottageの概観

を楽しい思い出として頂くように努めているとのことであった。また男性のプレイセラピストは、「その子どもがどのようなものに興味を示すのかを常に考えて、家族との素晴らしい思い出を作るお手伝いをする事ができるので、子ども達が最後の数日であっても、その数日だからこそ家族と素晴らしい思い出を作る手伝いができることを誇りに思います」と述べていた。

さらにボランティア・スタッフとして、ケア・ボランティアが70名ほどおり、ケアを手伝っている。多くのケアが必要な場合や、最期を迎えようとしている子どもがいる時には、他にも正看護師を緊急に電話で呼ぶことができる。

常駐のナースの資格や訓練については、経験年数の多いシニア・ナースが働いており、これまでの経験分野として、ICU、がん病棟での経験を持っている。このような背景の看護師は子どもの看護についての知識や技術はもちろんのこと、子どもだけでなく、難しい状況に直面している家族のケアの経験があり、職員やボランティアをサポートして力を合わせて両親の負担を減らすことにつながっている。

4. 施設利用者（家族）の声

ホスピスというと暗い場所がイメージされることが多いが、ここでは子どもと家族が楽しく過ごせる場所を目指している。家族とのインタビューをDVDで紹介された。その中で、実際ここで子どもと過ごした家族の声として「私達も最初はホスピスと聞くと抵抗があって、暗い場所なのかと思っていたけども、明るく、また看護師の方々が



施設で暮らすFrankie（犬）もスタッフの一員

プロフェッショナルで、とても良い時間を過ごすことができました」と聞く。その他にも兄弟も一緒に家族みんなで参加できるキャンプのプログラムもあるとのことであった。そのような機会を通して同じような状況にある家族と情報を分かち合うことも可能としていた。また1人の母親は「施設が大変充実している。スパが娘にとって、素晴らしいと感謝しています。娘は自分の力では手足を動かせませんが、そのスパに入ると体が動くので、彼女にとっても、私にとっても大変素晴らしい経験ができています。」と言っていた。その他にもテレビやゲームも充実しており「本当に子どもたちにとって、病院と違って楽しい場所です。」と述べていた。また高齢の両親が娘さんをここで看取った経験を話し、「それまでも長い付き合いがあって、5年ぐらいこのホスピスを利用していたので、スタッフの方とも顔なじみになって、一緒に子どもの成長を見守ることができました。それで最期の時を迎えた時も、家族で過ごせる静かな部屋を手配していただいて、亡くなった後も、病院のように『すぐに病室を出て』と言われることがなく、お友達や親戚に連絡をして『今、亡くなりました』と伝えて、その方々もここへ来てお別れをする時間があったのが本当に良かった」とのことであった。

5. 施設の運営

政府や行政からの助成金は一切なく、完全にコミュニティからの寄付に頼っている。予算が不

足する場合はWestmead Chikdren's Hospitalに入った寄付金からの補填で運営している。2011年のベアコテージの運営費は、オーストラリアドルで270万ドル（日本円に換算すると約3億円）で、利用者である患児・家族の負担は一切ない。但しここに入居するときに、子どもが飲む薬や日常に必要なものは持参してもらっている。

運営にあたり最も大きな困難は資金で、新しい企画や行事も、なるべくコストのかからない方法や、あまりお金をかけないで目標を達成できるように考えているということであった。

スタッフはここで働くという経験自体を本当に素晴らしい体験ととらえており、スタッフの姿勢が大変ポジティブで明るい。エルサさんは、「ここで働いているスタッフは自分がこれまで他の病院で一緒に働いてきたスタッフに比べても、はるかに平均を上回る態度、考え方を持っており、ここで働くことは資金の問題はありますが、大変良い経験です。」と自信をもって話された。さらに、「患者さんのお世話のみならず、家族全体のお世話をするので、そういった人間のつながりもできるという意味でも本当にやりがいのある仕事です。」と付け加えられた。

6. 入所できるのは、どここの範囲まで？

特に規定はなく、それぞれの家族の状況によって判断している。ニューサウスウェルズに居住とか、オーストラリア国内のみとか、海外からは受け入れないなどのルールは決めていない。それぞれの状況で判断しているということである。現在もクイーンズランド州にはこのような施設がないため、クイーンズランド州からの患者さんもいる。

患者・家族からの要望にはできる限り応えるようにしており、現在もイギリスにあるホスピスで過ごすことを希望している少女と家族のために、それが実現するよう、手配をしているとのことであった。イギリスには40か所ぐらいホスピスがあり、エルサさんが数か月前その中のいくつかを訪問して、その少女の事情を話し、連絡を取り合ってそれが実現しそうだという。

入居については、このホスピスはレスパイトとして毎年利用できるシステムなので、以前にここ

で過ごしていた状況もみながら判断しているとのことであった。優先されることは緊急性であり、ここに入らなければならないという緊急性がどれくらいあるかを重要視する。またその時のスタッフが提供できるケアについても考慮する。6人まで入居可能であるが、スタッフの状況によっては6人以上受け入れが可能であり、ここに来たいという希望をできるだけかなえるようにしており、絶対に6人までしか受け入れないというわけではない。

今現在6人のお子さんがここでレスパイト・ホリデイとして利用しているが、もし今日ここを末期ケアとして利用したいという連絡があった場合には、それを受け入れる。7人目の子どもになるが、それで受け入れをして、先ほど言っていた6名の中から状態が良くて帰れる子どもがいれば、その子どもと家族に予定を切り上げて帰っていただくというような手配をする場合もある。

緊急性をだれがどのように判断しているかについては、まずその緊急度がどのような状況かという事である。例えばご家族からどうしても助けが必要だという連絡が来る場合もあり、また担当医師から、「子どもの痛みがひどいのでこれは緊急性が高い」という連絡を受けることもある。また家族がその状況を上手に扱うことができなくて、ストレスがたまり、家族として危機的な状況に陥っているという場合も緊急になる。それは当ホスピスの責任者が話を聞いて見極め、どの人の緊急度が高いか責任者が決めている。

新患受け入れ時の情報の伝達方法について、最も確実な情報はその患者さんを担当した小児科医から受ける。その患者さんがすでにいずれかの緩和ケアチームのケアを受けている場合には、そこからの情報も得るようにしている。入居前にできる限り多くのヒストリーを得るようにしている。

毎週チーム全体でミーティングをもっているが、受け入れの際にはミーティングで新しい問い合わせがあったことを話し合い、受け入れるかどうかということも、ここで決定される。ただし医師から緊急に末期ケアが必要という連絡を受けた場合には、ミーティングを待たずに直ちに受け入れることもある。

7. こどものホスピスの展望

イギリスではホスピスが40か所以上あり、年々増えている。現在オーストラリアには2か所の子どものホスピスがあり、オーストラリアでも将来的にも増えていく予測がある。現在クィーンズランド州と西オーストラリア州で同じようなホスピス建設計画があり、担当チームが見学に来て情報収集をしている。また南オーストラリア州の方からも問い合わせがある。

8. 症状マネジメントについて

基本的には家族がもっているケアプランにそって行く。例えば、痛みがひどくなってきたとか、何か発作が起きたというときには、このホスピスの看護師が状況を判断して、担当のGPに電話で状況を説明する。そこから指示を受けるか、必要であればそのGPがこちらに来て診療する。GPにも対応しきれないものであれば、小児科専門の医師が対応する。さらに緩和ケアチームに連絡をとるようにしている。病院への入院が必要な状況であれば救急車を呼び病院に搬送されることもある。

ベッドルームのうちの1つは緊急の時に備えて常に空けるようにしている。緊急の電話を受けて受け入れる時にはその部屋に入らせていただく。すべてのベッドルームに酸素や吸引の設備があるが、ここは病院ではないので見えないようにしてこどもの部屋らしくする配慮をしている。

9. 各部屋の案内

1) Quiet room (クワイエットルーム)

クワイエットルームは、主に両親や家族がゆっくりした時間を過ごしたい時に使っていただいている。家族が泣きたい時、気持ちを静めたい時にもこの部屋を使っている。マッサージやリフレクソロジーをするボランティアのサービスもある。

理念として、子どもへの看護と同じに、両親へのケアを大切にしており、悲しみを乗り越えていくとき、例えばお子さんが亡くなった後などに、両親がここに来て気持ちを落ちつけたり、悲しみをシェアしたりするための部屋でもある。



温水が循環する小型プール「スパルーム」

2) 治療室

セントラルラインのトレーニング用の人形があり、家族は長年こどものケアをしているので、トレーニングを受けてケアをできるようになる。

3) 入浴室はSPA

子ども達の多くは自宅では入浴が難しく、ここでお風呂に入れてもらえるのを楽しみにしている。リフトがあり、大きい子どもでも浴槽に入れることができる。両親と一緒に浴槽に入ってもよいし、介助者が入れることもできる。すべての部屋のバスルームは車いすでも入れるような設計になっている。

4) 食堂

家族、スタッフも一緒に食事をする。食べるということはケアの中でも大事なこととして、毎日みんなで一緒に食事することを大切にしている。また正規職員であるシェフが週7日常駐して



車椅子のまま乗れるブランコ



壁の絵 (アートギャラリー)

おり、ランチとディナーを作っている。

5) ライブラリー、プレイルーム、ガーデン

小さいが充実させるように努力している。最初プレイルームのスペースはあまり広くなかったが、広げて充実してきている。

庭園からビーチに出られるようになっている。庭園は芝生で花壇があり、車椅子のまま乗れるブランコがある。

6) 子どもの部屋と家族の部屋

子どもの部屋につづく家族の部屋があり、緊急で受け入れられた子どもの家族が滞在できる。子どもが自分の部屋でケアを受けることも、家族と一緒にベッドに寝て、ケアを受けることもできる。家族の希望を聞き、できる限り家族の希望に応じてケアを行っている。大きい家族用の部屋が1階に2つあり、きょうだいと一緒に滞在する場合に使われている。治療上のケアの必要な患者さんは2階の部屋に滞在する。

Bear Cottageは建設から10年を経過しているが、途中からオペレーションアートの展示が始まった。Bear CottageがWestmead Children's Hospitalの一翼であるため、展示されている絵画はWestmead Children's Hospitalのアートギャラリーの一部になっている。絵の展示、飾り替えは病院から絵画展示専門の職員ジョアンナさんが来て行っている。

Teen's roomには、テレビゲーム、ビデオ、ビリヤード台やゲームなどで楽しむことができる。さらに、Multi-Sensory room (マルチセンサ

リー・ルーム) になっており、ミラーボール、トランポリン、ディスコなどがあり、感覚で楽しむことができる。

7) 最後の時を心おきなく過ごせる部屋 (霊安室)

子どもが亡くなった後に家族がご遺体と過ごしていただく部屋があり、Bear Cottageでは亡くなってから3日間ここで過ごすことが可能である。大きなエアコンディションが付いており、温度管理ができるようになっている。家族は亡くなった子どもとこの部屋で一緒に過ごすこともでき、葬儀社に遺体を移すこともできる。子どもを亡くした悲しみを乗り越えることができるように、スタッフも心を込めて子どもの死後の家族へのケアを行っている。また葬儀のための調整もスタッフが手伝う。退去のときは、ほかの子どもや家族に会うことなくエレベーターで階下に降りて出て行くことが可能になっている。

3日間、エアコンディションだけで大丈夫かとの質問に、今までのところ問題なかったが、エアコンのシステムはアップグレードしなければいけないと考えているとのことであった。多くの家族は3日間ずっと横と一緒に付き添っている。ここで3日間ご遺体に寄り添うという意味もあるが、食事の準備もスタッフの方ででき、きょうだいもここにいる間はスタッフが保育をするので、両親は安心して亡くなった子どもと過ごせるので、3日間滞在する家族が多いという。ここで納棺し、家族が棺に入れたいものを持ってきて入れることも可能である。長期間にわたって、化学療法を受けていた場合には普通よりもご遺体のいたみが早いので、そのような場合にはご両親に説明をして、2日間の利用としていただくこともあるそうだ。

病院で亡くなった場合には、すぐに病室から霊安室に運ばれて、葬儀社に行くことになるが、Bear Cottageではこの部屋でご遺体と一緒に過ごすことができ、また家族がしたいようにできる場所になっている。ゆっくり時間をかけて“さよなら”を言えるということと、悲しみの最初のステージをここで過ごしていただけることに意味があると考えている。成人の患者さんの場合でもそのようなことができる場所はないので、ベアコテージは、ご遺体と家族がゆっくり過ごせる唯一

の場所となっている。

子どもが亡くなった場合、弔問に来る人は、黒でなく明るい色、たとえば子どもが好きだった色の服を着てもらったり、家族がピンクやオレンジなどの明るい色と一緒に子どもを覚えておきたいと望んで、そういう色を身につけることが多い。オーストラリアは移民が多い国であり、ギリシャ、イタリアなどからの移民の場合には、それぞれの文化に応じたやり方があり、一概には言えないがオーストラリア人の間では明るい色の服を身につけることが多いそうである。さらに、オーストラリアでは、気温の関係でご遺体を自宅に連れて帰ることはできない。自宅で亡くなった場合でも、自宅には置かず、葬儀社に連絡をして移動させる。日本と同様、オーストラリアでもご家族の希望であれば、死亡診断書があれば自分たちの車で連れて帰ることは可能だが、そういう習慣自体がないということであった。

10. おわりに

オーストラリアの子どものホスピスを視察し、ウエストミード子ども病院は1990年代に子どもの緩和部門が独立し核となって、家族や子どもの希望を大切にしながら子どものホスピスとも連携し機能していることがよくわかった。また、ホスピ

スの利用の多くはレスパイトサービスであり、生活の中心は家庭でありQOLが強く意識され根づいていた。

こどものホスピスで働く医師・看護師・ボランティアの人たちの意識は、常にボランティア精神に基づいていることもよく伝わった。Quiet room（クワイエットルーム）などは、自然と融和した場所と環境であり、こうした発想にも深い感銘を受けた。

日本におけるこども病院の緩和ケアのあり方を考えるヒントにもなった。日本においては、欧米に遅れ2008年神奈川県立こども医療センターに初めて小児の緩和ケアチームに始まり、少しずつ広がってきている。日本でもこどものホスピスを作ろうという動きがあり、大磯町で活動が始まっている。こうしたすばらしい施設を真似ることには限界があるが、看護師長のNarelle Martinさんのボランティア精神に多くの刺激を受け緩和ケアの実践に生かし、日本型こどものホスピス運動が現実化してくもの思われる。今回の施設訪問で説明して下さったNarelle Martinさん、コーディネーターしていただきましたKym Peckさんに心より感謝申し上げます。

コラム

患者に育てられる看護師経験

聖路加国際病院 看護部
前田 邦枝

看護師として小児看護に携わり早いもので12年が経とうとしている。その間色々な事があったが、自分の中で大きな分岐点になったのは、やはり患者さんとの関わりだと思う。

肝炎疑いで入院してきたA君は、入院時の受け持ち看護師だったこともあり新人の私がプライマリーナースになった。しかし、検査を進めるうちに再生不良性貧血ということが判明し、あれよあれよと言う間に造血幹細胞移植を行うこととなった。

当時新人だった私は、移植についての知識もなければ経験もなかった。必死に勉強するものの十分に理解しているとは言いがたく、病状の重篤さにひしがれる家族の支えになるのに苦渋した。また当時の移植は厳重な滅菌下で行われており、物品の補充一つとっても、家族からの受け取りや管理、他部署との連携に慌しい状況だった。新人看護師としての通常業務でアップアップしていた所に更に付加がかかった状況に、自分自身追い詰められるのを感じたこともある。初めてのプライマリーで気負いもあり、A君のために何ができるのか、何かしてあげたい、そう考えながらも毎日が必死で、後に当時の知り合いからは「毎日怖い顔して働いていたね」と言われた程だった。

しかしA君は残念ながら亡くなってしまふ。「もっと自分に何か出来た事があったのではないか」、当日ぼっかりと空いたA君のベッドを見ながら、そればかりを考え涙が止まらなかった。それからしばらくは仕事や生活に力の入らない時期が続いた。そんな中で私の支えになったのは、先輩看護師のサポートと思い出の中のA君の笑顔だった。「慣れない闘病生活を送る患者や家族を支えるために、もっと自分に出来ることを増やそ

う。もっと技術や知識を磨こう」。そう考えることが出来るようになるまでには少し時間がかかってしまったが、少しずつ元の生活に戻っていった。

その後、私はB君に出会う。当時B君は全身の骨に転移があり、疼痛緩和を行いながらがん治療を続けていた。闘病のため大学入学後ほとんど登校できていないB君は、薬の副作用で少しボーとする、と言いながら、「もし自分が元気になったら大学に行きたい」と言った。友人関係やサークルなど楽しいキャンパスライフを思い浮かべた私に、B君は「大学に行って勉強するんだ」「もっと勉強するために大学に入ったのに」と続けた。

私はそれを聞き、自分は何をしているんだろう、と激しく動揺した。このB君に対して答えられるような自分であるのか、振り返って自分を恥じ、そして、A君が亡くなった際に「もっと自分の技術や知識を増やそう」と強く誓ったことを思い出した。

「私ももっと勉強しなくちゃ」。そう言った私に、B君は笑って「じゃあ一緒にがんばりましょう」と言ってくれた。私は一念発起し、翌年認定看護師課程に進学しがん化学療法看護認定看護師資格を取得した。成人のがんが中心の勉強内容や、働きながらの進学、そして何より認定の資格試験は大変だったが、B君との約束やA君の笑顔が支えになった事は言うまでもない。

こうして自分の経験を振り返ると、いかに自分が患者さんに育ててもらってきたかが分かる。また今後も同じように患者さんに助けられ、看護師人生を積み上げてゆくのだと思う。この場を借りて改めて皆様に感謝を申し上げたい。

第9回日本小児がん看護学会報告

第9回日本小児がん看護学会会長 下田あい子

第9回日本小児がん看護学会は、2011年11月25日～27日に群馬県で開催されました。日本小児血液学会と日本小児がん学会が統合され初めての学会で、医師の参加者が多く盛況でした。交通事情の良くない群馬での開催でしたが、3日間の看護師の参加者は387名、医師・看護師以外の職種が233名と多くの方に参加していただきました。皆さまのお陰で盛況のうちに学会を終えることができました。本当にありがとうございました。

日々私たちは、背景の異なる小児がんの子どもと家族が望む看護支援を考え、多職種と協働し行っております。今回の学会では個別性のある、その子どもとその家族の支援をさまざまな側面から考えたいと思い、看護テーマを「小児がんの子どもと家族が望む看護支援の実現」としました。

11月26日8時50分から始まったワークショップに150名、9時から始まった一般口演にも125名の方に参加していただき、幸先の良いスタートを切ることができました。

教育講演は、小児がんの子どもの社会福祉・社会保障に目を向け、芝田英昭先生に、ご自身の経験をふまえわかりやすく講演していただきました。また、あまり聞くことができないがん経験者の父親としてのせつない思い、病気を抱えながら成長する子どもの気持ち、家族の絆、看護師への要望（一番身近にいることを認識する）を語っていただき心に残りました。特に患者と家族の側にいる看護師が声をかけること、思いやることの大切さを教えていただきました。井上玲子先生には、小児がん診療体制と看護師の役割について講演をお願いし、日本のがん対策の法案の概略と小児がんの施策の取り組みについて力説していただきました。小児がん治療体制の整備や診療報酬で評価されはじめた今、現場にいる私たちが理解を深めることの重要性を痛感しました。昨年からはじめた医師と看護師の合同企画では、現在緩和

チームとして活動している方々に発表していただき、小児緩和ケアの普及と発展について議論しました。まだ実現できていない施設が多く、課題も沢山あります。しかし、シンポジストの方々が話した「まずはじめてみましょう」のメッセージが、一歩を踏み出すきっかけになったと思います。シンポジウムでは、昨年に続き子どもがワクワクする療養環境について、職種を超え熱い思いを語っていただきました。シンポジストの方々から、「子どもの時間を大切に」、「遊ぶことが治療」という考えを伝えられ、「子ども自身から笑顔をもたらるのが一番のワクワクを作る」との言葉にうなずきました。数少ないCLSの佐々木美和さんは、発表後マスコミのインタビューを受けており、今後の普及に向けたアピールになったと感じました。また、東日本大震災シンポジウムでは、病院での患者家族への対応や職員への対応について報告していただきました。会場から、家族の「大丈夫ですか」に医療者が安心を届けられない切なさ、もどかしさを実感したと言われたとの発言が強く印象に残っております。被災地は、まだまだ復興途上です。期限のない支援が必要との思いを強くしました。ワークショップでは、口腔ケアについて参加者参加型のワークショップを企画しましたが、事前のアピール不足で参加者少なかったのですが、具体的で濃いセッションだったとの感想を伺い、反省しつつ感謝しています。

公開シンポジウムは、「子どもの学ぶ権利について」討論しました。最後の企画でしたが、147名の方が残り参加していただきました。シンポジストの教育者・保護者の「学ぶ」ことの考えを聞き、当たり前ですが「学ぶ」ことの大切さ、「学べない」子どもの存在を再認識しました。また、会場のご家族からも、学ぶ環境が整備されていないことや医師、教員の方からも復学・入試支援について個別対応への意見が出され、活発な討論が

行われました。学ぶことは、子どもたちの笑顔を作ります。子どもたちの笑顔のために、今できることを考え、実践しなければと思いました。

学会の演題数は55題で、2日間、口演・ポスターとも会場はほぼ満席で、質疑も活発にされましたが、座長の方の円滑な進行により、スムーズに終了いたしました。3会場での発表でしたが、ポスター会場が狭く、他の発表の声が漏れていた場面もあり、限られたスペースと時間を有効に使うことの難しさを感じました。また、一般口演でセラピードッグの発表があり、発表後には休憩所にセラピードッグのベイリーくんが来てくれ、多くの人を癒してくれました。施設・病棟へのセラピードッグの導入が進んでいますが、視覚的・感覚的に理解することが導入への近道になると実感できました。

学会開催に当たり、臨床の声を大切に、地方色を出したプログラム作りに努めました。物足りな

さを感じた方がいたかもしれませんが、会場から熱気を感じることができ安堵しました。学会に参加して高揚した気持ちを「楽しさ」と「やる気」に変え持ち帰っていただけたと思います。また、群馬の会員を増やすことを目標としましたが、あまり貢献できなかったことは残念でした。学会の運営においては、①ホームページの開設が遅く、3学会のページとしたため、看護学会での検索がスムーズにできなかった。②演題採用決定が遅くなった。③学会抄録集の配布が遅かった（配布段階で再印刷が必要になった）等が問題となり、皆さまに多大なご迷惑をおかけしましたことを心よりお詫び申し上げます。

最後に学術集会開催の機会とともに開催まで多大なご支援をいただきました梶山祥子理事長をはじめとする理事の皆さまに心より感謝申し上げます、ありがとうございました。

研究委員会活動報告

研究委員会では、平成21-24年度科学研究費補助金基盤研究(B)をうけ「小児がんをもつ子どもと家族を中心とした多職種協働チームの看護師支援プログラムの開発」をテーマに、3つの班に分かれ活動した。

1)『小児がん看護ケアガイドライン』検討班では、小児がん看護ケアガイドラインの改訂に向けて、これまでの研究成果や文献等からガイドラインの「骨子」の検討を行い、新たに「基本的知識に関する項目」を設け、ガイドライン全体をケアマップとして図式化し、各章および「基本的知識に関する項目」の執筆者について検討した。また、平成22年度日本小児がん看護学会研修会の参加者を対象に実施した「小児がんの子どもの悪心・嘔吐に関する看護師の認識」に関する調査結果および、第8回日本小児がん看護学会参加者を対象に実施した「小児がんの子どもの口腔ケアへの看護師の関わり」の調査結果をまとめ、第9回日本小児がん看護学会にて発表した。

2)『看護のエビデンス』に関する検討班では、

平成22年度末に全国の小児がんの子どもが入院している206施設の病棟・外来師長および看護師を対象に実施した、長期フォローアップに関する看護とグリーフケアおよび看護師へのメンタルサポートに関する質問紙調査の結果をまとめ、「小児がん治療終了者への看護の実態」「小児がん経験者への看護に関する看護師の認識」「終末期の小児がん患者のケア体制および看護師へのメンタルサポートに関する看護の実態－病棟管理者への調査より－」「小児がん患者の死を経験した看護師が望むメンタルサポート」の4題を、第9回日本小児がん看護学会にて発表した。

3)『多職種協働チームにおける看護師の役割』検討班では、小児患者のチーム医療の中でコーディネーターの役割をとっている看護師を対象に、チームの現状、看護師の役割や取り組みの実際などについて、面接調査を実施している。

今後、これらの調査結果からどのような看護の指針が求められているかについてさらに検討し、ガイドライン改訂の資料としていきたい。

教育委員会報告

第8回小児がん看護研修会

期 日：2011年8月27日(土)

会 場：国立成育医療研究センター講堂

テーマ：小児がん患者の症状マネジメント(2)

口腔粘膜障害

報告 小児がんの子どもの口腔ケアへの看護師

のかかわりに関する質問紙調査結果より

報告者 内田 雅代 足立 美紀

(日本小児がん看護学会研究委員会

長野県看護大学)

講義1 子どもの歯の状況と口腔粘膜障害

講師 木下樹先生

(群馬県立小児医療センター 歯科医師)

講義2 小児がん治療における口腔粘膜障害
－発生機序と症状など－

講師 清谷知賀子先生

(国立成育医療研究センター 医師)

講義3 小児がん治療に伴う口腔粘膜障害に関する看護師の役割

講師 妻木浩美先生

(静岡がんセンター 摂食・嚥下障害看護認定看護師)

講義4 小児がん治療に伴う口腔粘膜障害時の食事療法

講師 廣瀬浄美先生

(群馬県がんセンター 管理栄養士)

参加者 80名

理 事 会 報 告

2011年度 活動報告

第1回理事会

開催日：2011年3月7日（月）

場 所：東京医科歯科大学3号館研究科長室

議 題：1) 第8回学術集会報告、2) 第9回学術集会進捗状況報告、3) 各委員会（教育委員会、編集委員会、研究委員会、将来計画委員会、国際交流委員会、広報、会計、庶務）報告、4) 平成22年度決算及び監査報告に関する審議、5) 平成23年度予算に関する審議、6) リポジトリ登録依頼に関する審議、7) 理事役割、委員選定に関する審議、8) 10周年記念事業および今後の学術集会のあり方に関する審議、9) 10周年記念事業開催内容の提案

第2回理事会

開催日：2011年5月28日（土）

場 所：東京医科歯科大学3号館研究科長室

議 題：1) 第9回学術集会進捗状況報告、2) 各委員会（教育委員会、編集委員会、研究委員会、将来計画委員会、国際交流委員会、広報、会計、庶務）報告、3) 第10回学術集会長に梶山会長が決定、4) 10周年記念事業の開催内容に関する審議

第3回理事会

開催日：2011年10月15日（土）

場 所：東京医科歯科大学3号館研究科長室

議 題：1) 第9回学術集会進捗状況報告、2) 各委員会（教育委員会、研究委員会、将来計画委員会、国際交流委員会、広報、会計、庶務）報告、3) 10周年記念事業プログラム、予算に関する審議、4) 第10回学術集会プログラム委員等に関する審議、5) 平成23年度総会に関する審議

第4回理事会

開催日：2011年11月26日（土）12:00～13:00

場 所：前橋商工会議所アネモネ室

議 題：1) 第9回学術集会開催状況報告、2) 第10回学術集会進捗状況報告、3) 各委員会（編集委員会、研究委員会、将来計画委員会、国際交流委員会、広報、庶務）報告、4) 総会議事内容等に関する審議、5) 10周年記念事業名称、プログラム等に関する審議

平成23年度 日本小児がん看護学会総会議事録

日 時：平成23年11月27日（日）13:00～13:30

場 所：前橋商工会議所 2階サクラ（第5会場）

資料1）平成22年度事業報告

- 2-1）平成22年度特定非営利活動に関わる事業会計収支決算書
- 2-2）監査報告書
- 3）平成24年度事業計画書（案）
- 4）平成24年度特定非営利活動に関わる事業会計収支予算書（案）

議事の経過の概要および議決の結果

1. 開会

13:00内田理事より平成23年度日本小児がん看護学会総会の開会が宣言された。資料の議事次第のナンバリングについて修正の説明があった。

2. 定足数の確認

内田理事より、平成23年11月4日現在の会員数607名、本日出席者35名、委任状出席者212名で計247名の出席となり、定款第25条の規定による定足数は満たされたため、本総会は成立することが報告された。

3. 理事長挨拶

梶山理事長より挨拶。日頃からの学会への協力について会員への感謝および、第9回学術集会開催にあたり、学術集会長の下田氏および協力いただいたスタッフの皆様のご尽力に感謝していると述べ、今後の小児がん看護において、会員の皆様の実践、研究、教育活動が活発に行われていくことを願っていることが述べられた。

4. 議長選任および議事録署名人の選出

会場より立候補、推薦がなかったため、理事より第9回日本小児がん看護学会学術集会長下田あい子氏が推薦され、会場より異議なく拍手

にて承認された。

議事録署名人について会場から立候補、推薦がなかったため、議長より加藤正子先生、櫻井美和氏が推薦され、会場より異議なく拍手にて承認された。

5. 報告事項

1) 平成22年度事業報告（資料1）

(1) 理事会報告

梶山理事長より、平成22年度理事会は4回開催されたこと、詳細は学会誌第6号に記載があるため、主な内容のみが報告された。第1回理事会では定款細則についての検討、第2回理事会では第9回プログラム委員会委員の承認、第3回理事会では2012年の10周年記念事業開催について決定、第4回理事会では、次期平成23年度、24年度新理事、新監事の選出を行ったこと、また平成22年度から事業年度が変更になったことが報告された。

(2) 編集委員会

野中理事より、事業年度の変更にあたり、2010年より9月発刊へ変更となったこと、第6号には原著2編、研究報告2編、資料1編の計5編が掲載され、すでに会員へ発送が済んでいる。第7号は準備中であり、投稿は随時受け付けており、来年2月末日が原稿の締切となっていることが報告された。来年度は10周年という記念の年であり、学会誌の内容の充実を考えており、多くの投稿を待っていることが述べられた。

(3) 教育委員会

浅田理事より、平成22年8月28日（土）に第7回小児がん看護研修会を国立成育医療研究センターにて、小児がん患者の症状マネジメント（1）「嘔気・嘔吐」というテーマで開催し、参加者は85名であったことが報告された。

(4) 研究委員会

学術振興会より科研費を受け、小児がん看護ケ

アガイドラインの改訂に向けて調査をおこなっていること、看護のエビデンスに関する検討班は、長期フォローアップ、グリーフケアについて、全国の小児がん患者のいる病棟の師長、スタッフの方へ調査を行っていること、それらの結果を本学会で4題発表していることが報告された。

(5) 将来計画委員会

丸副理事長より、第10回学術集会、10周年記念事業を開催するかについて検討し、9月に10周年記念事業、12月に第10回学術集会を開催することが決定したことが報告された。10周年記念事業後3ヶ月で学術集会が開催されるため、双方にメリットがあるように運営していきたいと考えていることが述べられた。

(6) 国際交流委員会

丸副理事長より、SIOP看護部会との交流、理事をはじめとする会員の皆様との交流と研修を計画したこと、SIOPが平成22年度はボストンで開催されたことが報告された。引き続きアジアの小児がん看護学会との交流も計画していると報告された。

(7) 広報

機関紙担当、小川理事より12号を5月、13号を9月に機関紙を発行し、会員の皆さんに活動内容や小児がん看護の動向等を広報したことが報告された。

ホームページ担当、前田理事より、ホームページは小児がんおよび小児がん看護の情報発信や学会の活動を随時報告することを目的として行っているが、現状ではタイムリーに情報をアップできないため、平成23～24年にかけてリニューアルを行う予定であることが報告された。

2) 平成22年度会計報告・監査報告

(資料2-1)、2-2))

会計報告は、石川理事より資料2-1)を用いて報告があった。年会費未払いの方が100名以上と多く、回収ができない状態が続いているため、会員には年会費の支払いに協力をお願いしたいと報告された。

会計監査報告は、藤原監事より帳簿、領収書、預金通帳を照合し、適正に使用されていることを

確認したことが報告された。

下田議長より、これまでに質問等がないか会場に尋ねるが、質問はなかった。

6. 審議事項

1) 平成24年度事業計画案(資料3)

梶山理事長より資料3を用いて、学会誌の発行、学会・研修会の開催では日本小児がん看護学会10周年記念事業においてセミナー、講演会を行う予定でいること、機関紙の発行、小児がん看護の実践・教育・研究に関する情報交換・調査、各地の親の会との交流、その他本会の目標達成に必要な活動を行っていく予定であることが報告された。会場より異議なく、拍手にて承認された。

2) 平成24年度予算案(資料4)

石川理事より資料4を用いて説明があった。収入の部として、会員100名程度から支払いが見込めないこと、退会者が出ることを踏まえ年会費収入を計上したことが報告された。また、10周年記念事業が研修会の代わりに行われるため、10周年記念事業の収益として100万円計上されていること、教育活動費として10周年記念事業があり研修会を開催しないため計上せず、代わりに10周年記念事業費として50万円計上したことが報告された。

以上を持って、報告、審議が終了したため、議長退席となった。

7. 10周年記念事業企画委員長挨拶

企画委員長丸副理事長より、10周年記念事業としてセミナーと講演会を企画している。来年の9月14日(金)にイブニングセミナー、15日(土)に講演会を東京医科歯科大学で開催する予定である。メインの講習会のテーマは父親へのケアを企画している。3か月後には、第10回学術集会も控え、会場も関東圏での開催と重なる点も多く心配な点はあるが、会員の皆様にメリットのある企画にしたいと考えているため、ぜひ参加してほしいことが述べられた。

8. 第10回学術集会長挨拶

梶山理事長（第10回学術集会長）より、第10回日本小児がん看護学会パシフィコ横浜で12月1日（土）2日（日）に開催予定であること、テーマは「未来を拓く小児がん看護のパラダイムシフト」と題し、新しい10年に向けて新しい歩みを始めたいと願ってプログラムを検討していること、第54回小児血液・がん学会と第17回がんの子どもを守る会公開シンポジウムとの共同開催であること、演題募集は6月頃から開始となり、webでの投稿募集の予定であること、多くの演題応募と参加者を期待していることが伝えられた。

また今後の予定として、2013年は福岡で開催予定であり、小児血液・がん学会は九州大学田口智章先生が学会長になることが決定していること、2014年は岡山で開催予定であり、小児血液・がん患者は岡山大学小野茂先生が学会長になることが決定していること、看護はこれから決定していく予定であることが伝えられた。

9. 閉会

13:30内田理事より閉会が宣言された。

この議事録が正確であることを証し、以上の議事を認め署名捺印する。

2012年3月31日

理事長	梶山 祥子	
議長	下田 あい子	
議事録署名人	加藤 正子	
議事録署名人	櫻井 美和	

2011年度理事監事・委員名簿

《理事》

理事長	梶山 祥子
副理事長	丸 光恵, 小倉美知子
理事	内田 雅代
理事	野中 淳子
理事	森 美智子
理事	塩飽 仁
理事	石川 福江
理事	小原 美江
理事	小川 純子
理事	富岡 晶子
理事	前田 留美
理事	上別府圭子
理事	浅田美津子

《監事》

藤原千恵子, 吉川久美子

《会計》

石川 福江, 河上 智香

《委員会》

研究委員会	内田 雅代, 小原 美江
学会誌編集委員会	野中 淳子, 森 美智子, 米山 雅子, 和田久美子
教育委員会	浅田美津子, 梶山 祥子, 竹之内直子, 小川 純子、 前田 邦枝
広報委員会	小川 純子, 小原 美江, 富岡 晶子, 前田 留美
将来計画委員会	丸 光恵, 梶山 祥子, 塩飽 仁, 前田 留美, 小倉美知子、 上別府圭子
国際交流委員会	丸 光恵, 梶山 祥子

《事務局》

事務局長：内田 雅代, 白井 史, 高橋百合子, 足立 美紀

〒399-4117

長野県駒ヶ根市赤穂1694

長野県看護大学 発達看護学講座小児看護学分野

Tel/Fax : 0265 (81) 5186, 5184

2011年度 特定非営利活動に関わる事業会計収支計算書

(2011年1月1日～2011年12月31日)

特定非営利活動法人 日本小児がん看護学会

(単位:円)

科 目	予算額	決算額	差 異	備 考
I 収入の部				
1 会費収入				
会員会費収入	3,500,000	3,314,000	186,000	当該年度入金 (21年度分 ¥5,000×1名 22年度分 ¥7,000×32名 23年度分×441名)
賛助会員費収入	20,000	0	20,000	
会費収入計	3,520,000	3,314,000	206,000	
2 事業収入				
研修会事業収入	200,000	232,508	△ 32,508	
その他の事業収入	0	0	0	
事業収入計	200,000	232,508	△ 32,508	
3 寄付金収入				
寄付金収入	0	0	0	
寄付金収入計	0	0	0	
4 受取利息収入				
受取利息収入	1,000	641	359	
受取利息収入計	1,000	641	359	
5 雑収入				
学会誌等販売収入	50,000	48,000	2,000	
雑収入計	50,000	48,000	2,000	
当期収入合計 (A)	3,771,000	3,595,149	175,851	
前期繰越収支差額	5,041,442	5,041,442	0	
収入合計 (B)	8,812,442	8,636,591	175,851	
II 支出の部				
1 事業費				
学術集会費	550,000	550,000	0	合同学会 ¥300,000 看護学会 ¥200,000 次年度看護学会準備費 ¥ 50,000
抄録集発行費	650,000	407,411	242,589	抄録代未払い
学会誌発行費	760,000	541,440	218,560	掲載論文が少なくページ数減
機関紙発行費	100,000	95,190	4,810	
広報活動費	330,000	322,640	7,360	ホームページ修正
研究活動費	100,000	0	100,000	助成金使用
教育(研修会)活動費	200,000	200,000	0	
将来計画活動費	100,000	28,691	71,309	
10周年記念行事費	500,000	0	500,000	
事業費計	3,290,000	2,145,372	1,144,628	
2 管理費				
総会費	100,000	69,200	30,800	会員へ総会ご案内葉書
会議費	350,000	296,943	53,057	
通信費	80,000	100,770	△ 20,770	
人件費	35,000	12,600	22,400	
消耗品費	100,000	81,602	18,398	
雑費	200,000	167,607	32,393	司法書士・税理士指導料等
管理費計	865,000	728,722	136,278	
3 予備費	116,000	0	116,000	
当期支出合計 (C)	4,271,000	2,874,094	1,396,906	
当期収支差額 (A) - (C)	500,000	721,055	△ 221,055	
次期繰越収支差額 (B) - (C)	4,541,442	5,762,497	△ 1,221,055	

監 査 報 告 書

平成 24 年 2 月 4 日

特定非営利活動法人
日本小児がん看護学会

理事長 梶 山 祥 子 殿

監事 藤原千恵子 

監事 吉川久美子 

私は、日本小児がん看護学会の2011（平成23）年度収支決算（2011年1月1日から2011年12月31日まで）にあたり、その収支決算書および計算書類について、通常実施すべき監査を行った結果、当学会の会計処理と手続きは、公正妥当のものと判断し、且つ、事業の運営が適切なものと認めますのでご報告します。

2012年度 特定非営利活動に関わる事業会計収支予算書

(2012年1月1日～2012年12月31日)

特定非営利活動法人 日本小児がん看護学会

(単位:円)

科 目	予算額	前年度予算額	増 減	備 考
(資金収支の部)				
I 収入の部				
1 会費収入				
会員会費収入	3,500,000	3,500,000	0	7,000円×500名
賛助会員費収入	20,000	20,000	0	
会費収入計	3,520,000	3,520,000	0	
2 事業収入				
研修会事業収入	0	200,000	△ 200,000	
十周年記念事業収入	1,000,000	0	1,000,000	平成24年9月実施予定
事業収入計	1,000,000	200,000	800,000	
3 寄付金収入				
寄付金収入	0	0	0	
寄付金収入計	0	0	0	
4 受取利息収入				
受取利息収入	1,000	1,000	0	
受取利息収入計	1,000	1,000	0	
5 雑収入				
学会誌等販売収入	50,000	50,000	0	
雑収入計	50,000	50,000	0	
当期収入合計 (A)	4,571,000	3,771,000	800,000	
前期繰越収支差額	5,762,497	5,041,442		
収入合計 (B)	10,333,497	8,812,442		
II 支出の部				
1 事業費				
学術集会費	550,000	550,000	0	年10回合同学会拠出金30万 看護学会費20万 第11回準備金5万
抄録集発行費	650,000	650,000	0	
学会誌発行費	760,000	760,000	0	
機関紙発行費	100,000	100,000	0	
広報活動費	30,000	330,000	300,000	前期のみHP修正を業者依頼
研究活動費	100,000	100,000	0	
教育活動費	0	200,000	200,000	十周年記念行事に振り替え
将来計画活動費	100,000	100,000	0	
10周年記念行事費	500,000	500,000	0	10周年記念行事費
事業費計	2,790,000	3,290,000	500,000	
2 管理費				
総会費	100,000	100,000	0	
会議費	350,000	350,000	0	
通信費	80,000	80,000	0	
人件費	35,000	35,000	0	
消耗品費	100,000	100,000	0	
雑費	200,000	200,000	0	司法書士料他
管理費計	865,000	865,000	0	
3 予備費	416,000	116,000	△ 300,000	
当期支出合計 (C)	4,071,000	4,271,000	200,000	
当期収支差額 (A) - (C)	500,000	△ 500,000		
次期繰越収支差額 (B) - (C)	6,262,497	4,541,442		

特定非営利活動法人 日本小児がん看護学会定款

第1章 総則

(名称)

第1条 この法人は、特定非営利活動法人 日本小児がん看護学会という。

(事務所)

第2条 この法人は、事務所を長野県駒ヶ根市赤穂1694番地に置く。

(目的)

第3条 この法人は、小児がんの子どもと家族を支援する看護職・関連職種および支援に携わる者に対し、より高度な知識・技術を得るための研鑽の機会を設けることで、看護実践と教育・研究の向上・発展に資すること、加えて広く市民に対し小児がんの子どもと家族への理解を深め、子どもの健康維持・増進に関心を深めるための活動を行い、これらをもって医療福祉の増進に寄与することを目的とする。

(特定非営利活動の種類)

第4条 この法人は、前条の目的を達成するため、特定非営利活動促進法（以下「法」という。）第2条の別表に掲げる項目のうち、次の特定非営利活動を行う。

- (1) 保健、医療又は福祉の増進を図る活動
- (2) 学術、文化、芸術又はスポーツの振興を図る活動
- (3) 子どもの健全育成を図る活動
- (4) 前各号に掲げる活動を行う団体の運営又は活動に関する連絡、助言又は援助の活動

(事業の種類)

第5条 この法人は、第3条の目的を達成するため、特定非営利活動に係る事業として、次の事業を行う。

- (1) 学会誌の発行
- (2) 学会・研修会等の開催
- (3) 機関紙の発行

(4) 小児がん看護の実践・教育・研究に関する情報交換

(5) 各地の親の会との交流

(6) その他本会の目的達成に必要な活動

2 この法人は、次のその他の事業を行う。

(1) 出版事業

(2) その他本会の運営を円滑にするために必要な事業

3 前項に掲げる事業は、第1項に掲げる事業に支障がない限り行うものとし、その収益は、同項に掲げる事業に充てるものとする。

第2章 会員

(種別)

第6条 この法人の会員は、次の2種とし、正会員をもって特定非営利活動促進法上の社員とする。

- (1) 正会員 この法人の目的に賛同して入会した個人
- (2) 賛助会員 この法人の目的に賛同し賛助するために入会した個人及び団体

(入会)

第7条 正会員は、小児がん看護の実践、教育又は研究に従事する者及び小児がんの子どもと家族を支援している者のいずれかであり、本会の趣旨に賛同するものとする。

2 会員として入会しようとするものは、別に定める入会申込書により、理事長に申し込むものとする。

3 理事長は、前項の申し込みがあったとき、正当な理由がない限り、入会を認めなければならない。

4 理事長は、第2項のものの入会を認めないときは、速やかに、理由を付した書面をもって本人にその旨を通知しなければならない。

(会費)

第8条 会員は、総会において別に定める会費を納入しなければならない。

(会員の資格の喪失)

第9条 会員が次の各号の一に該当する場合には、その資格を喪失する。

- (1) 退会届を提出したとき。
- (2) 本人が死亡し、若しくは失そう宣告を受け、又は会員である団体が消滅したとき。
- (3) 継続して2年以上会費を滞納したとき。
- (4) 除名されたとき。

(退会)

第10条 会員は、理事長が別に定める退会届を理事長に提出して、任意に退会することができる。

2 既に納入した会費、その他の拠出金品は、返還しない。

(除名)

第11条 会員が次の各号の一に該当する場合には、総会の議決により、これを除名することができる。

- (1) この定款等に違反したとき。
 - (2) この法人の名誉を傷つけ、又は目的に反する行為をしたとき。
- 2 前項の規定により会員を除名しようとする場合は、議決の前に当該会員に弁明の機会を与えなければならない。

第3章 役員

(種別及び定数)

第12条 この法人に、次の役員を置く。

- (1) 理事 4人以上20人以内
 - (2) 監事 2人以上4人以内
- 2 理事のうち1人を理事長、2人を副理事長とする。

(選任等)

第13条 理事及び監事は、総会において選任する。

- 2 理事長及び副理事長は、理事の互選とする。
- 3 役員のうちには、それぞれの役員について、その配偶者若しくは三親等以内の親族が1人を超えて含まれ、又は当該役員並びにその配偶者及び三親等以内の親族が役員総数の3分の1を超えて含まれることにはならない。

4 監事は、理事又はこの法人の職員を兼ねてはならない。

(職務)

第14条 理事長は、この法人を代表し、その業務を総括する。

2 副理事長は、理事長を補佐し、理事長に事故があるとき又は理事長が欠けたときは、理事長があらかじめ指名した順序によって、その職務を代行する。

3 理事は、理事会を構成し、この定款の定め及び理事会の議決に基づき、この法人の業務を執行する。

4 監事は、次に掲げる職務を行う。

- (1) 理事の業務執行の状況を監査すること。
- (2) この法人の財産の状況を監査すること。
- (3) 前2号の規定による監査の結果、この法人の業務又は財産に関し不正の行為又は法令若しくは定款に違反する重大な事実があることを発見した場合には、これを総会又は所轄庁に報告すること。
- (4) 前号の報告をするために必要がある場合には、総会を招集すること。
- (5) 理事の業務執行の状況又はこの法人の財産の状況について、理事に意見を述べ、もしくは理事会の招集を請求すること。

(任期等)

第15条 役員任期は、2年とする。ただし、再任を妨げない。

2 前項の規定にかかわらず、後任の役員が選任されていない場合には、任期の末日後最初の総会が終結するまでその任期を延長する。

3 補欠のため、又は増員により就任した役員任期は、それぞれの前任者又は現任者の任期の残存期間とする。

4 役員は、辞任又は任期満了後においても、後任者が就任するまでは、その職務を行わなければならない。

(欠員補充)

第16条 理事又は監事のうち、その定数の3分の

1を超える者が欠けたときは、遅滞なくこれを補充しなければならない。

(解任)

第17条 役員が次の各号の一に該当する場合には、総会の議決により、これを解任することができる。

- (1) 心身の故障のため、職務の遂行に堪えないと認められるとき。
- (2) 職務上の義務違反その他役員としてふさわしくない行為があったとき。

2 前項の規定により役員を解任しようとする場合は、議決の前に当該役員に弁明の機会を与えなければならない。

(報酬等)

第18条 役員は、報酬を受けない。

2 役員には、その職務を執行するために要した費用を弁償することができる。

3 前2項に関し必要な事項は、総会の決議を経て、理事長が別に定める。

第4章 会 議

(種別)

第19条 この法人の会議は、総会及び理事会の2種とし、総会は、通常総会および臨時総会とする。

(総会の構成)

第20条 総会は、正会員をもって構成する。

(総会の権能)

第21条 総会は、以下の事項について議決する。

- (1) 定款の変更
- (2) 解散
- (3) 合併
- (4) 事業計画及び収支予算ならびにその変更
- (5) 役員の選任及び解任、職務及び報酬
- (6) 会費の額
- (7) 会員の除名
- (8) 借入金（その事業年度内の収入をもって償還する短期借入金を除く。第47条において同じ。）その他新たな義務の負担及び権利の放棄

(9) 解散における残余財産の帰属

(10) その他運営に関する重要事項

(総会の開催)

第22条 通常総会は、毎年1回開催する。

2 臨時総会は、次に掲げる場合に開催する。

- (1) 理事会が必要と認め、招集の請求をしたとき。
- (2) 正会員総数の5分の1以上から会議の目的を記載した書面により招集の請求があったとき。
- (3) 監事が第14条第4項第4号の規定に基づいて招集するとき。

(総会の招集)

第23条 総会は、前条第2項第3号の場合を除いて、理事長が招集する。

2 理事長は、前条第2項第1号及び第2号の規定による請求があったときは、その日から30日以内に臨時総会を招集しなければならない。

3 総会を招集するときは、会議の日時、場所、目的及び審議事項を記載した書面等により、開催の日の少なくとも7日前までに通知しなければならない。

(総会の議長)

第24条 総会の議長は、その総会において、出席した正会員の中から選出する。

(総会の定足数)

第25条 総会は、正会員総数の4分の1以上の出席がなければ開会することはできない。

(総会の議決)

第26条 総会における議決事項は、第23条第3項の規定によってあらかじめ通知した事項とする。

2 総会の議事は、この定款に規定するもののほか、出席した正会員の過半数をもって決し、可否同数のときは、議長の決するところによる。

(総会での表決権等)

第27条 各正会員の表決権は平等なるものとする。

2 やむを得ない理由により総会に出席できない正会員は、あらかじめ通知された事項について

て、書面をもって表決し、又は他の正会員を代理人として表決を委任することができる。

3 前項の規定により表決した正会員は、第25条、前条第2項、次条第1項第2号及び第48条の規定の適用については出席したものとみなす。

4 総会の議決について、特別の利害関係を有する正会員は、その議事の議決に加わることができない。

(総会の議事録)

第28条 総会の議事については、次の事項を記載した議事録を作成しなければならない。

- (1) 日時及び場所
- (2) 正会員総数及び出席者数（書面表決者又は表決委任者がある場合にあっては、その数を付記すること。）
- (3) 審議事項
- (4) 議事の経過の概要及び議決の結果
- (5) 議事録署名人の選任に関する事項

2 議事録には、議長及びその会議において選任された議事録署名人2名が署名し、押印しなければならない。

(理事会の構成)

第29条 理事会は、理事をもって構成する。

(理事会の権能)

第30条 理事会は、事業報告及び収支決算を始めとするこの定款に別に定めるもののほか、次の事項を議決する。

- (1) 総会に付議すべき事項
- (2) 総会の議決した事項の執行に関する事項
- (3) その他総会の議決を要しない業務の執行に関する事項

(理事会の開催)

第31条 理事会は、次の各号の一に該当する場合に開催する。

- (1) 理事長が必要と認めたとき。
- (2) 理事総数の2分の1以上から理事会の目的である事項を記載した書面等により招集の請求があったとき。

(3) 第14条第4項第5号の規定により、監事から招集の請求があったとき。

(理事会の招集)

第32条 理事会は、理事長が招集する。

2 理事長は、前条第2号及び第3号の規定による請求があったときは、その日から14日以内に理事会を招集しなければならない。

3 理事会を招集するときは、会議の日時、場所、目的及び審議事項を記載した書面等により、開催の日の少なくとも5日前までに通知しなければならない。

(理事会の議長)

第33条 理事会の議長は、理事長がこれにあたる。

(理事会の議決)

第34条 理事会における議決事項は、第32条第3項の規定によってあらかじめ通知した事項とする。

2 理事会の議事は、理事総数の過半数をもって決し、可否同数のときは、議長の決するところによる。

(理事会の表決権等)

第35条 各理事の表決権は、平等なるものとする。

2 やむを得ない理由のため理事会に出席できない理事は、あらかじめ通知された事項について書面をもって表決することができる。

3 前項の規定により表決した理事は、次条第1項第2号の適用については、理事会に出席したものとみなす。

4 理事会の議決について、特別の利害関係を有する理事は、その議事の議決に加わることができない。

(理事会の議事録)

第36条 理事会の議事については、次の事項を記載した議事録を作成しなければならない。

- (1) 日時及び場所
- (2) 理事総数、出席者数及び出席者氏名（書面表決者にあつては、その旨を付記すること。）
- (3) 審議事項

- (4) 議事の経過の概要及び議決の結果
 - (5) 議事録署名人の選任に関する事項
- 2 議事録には、議長及びその会議において選任された議事録署名人2名が署名し、押印しなければならない。

第5章 資産

(構成)

第37条 この法人の資産は、次の各号に掲げるものをもって構成する。

- (1) 設立当初の財産目録に記載された資産
- (2) 会費
- (3) 寄付金品
- (4) 財産から生じる収入
- (5) 事業に伴う収入
- (6) その他の収入

(区分)

第38条 この法人の資産は、これを分けて特定非営利活動に係る事業に関する資産、その他の事業に関する資産の2種とする。

(管理)

第39条 この法人の資産は、理事長が管理し、その方法は、総会の議決を経て、理事長が別に定める。

第6章 会計

(会計の原則)

第40条 この法人の会計は、法第27条各号に掲げる原則に従って行わなければならない。

(会計区分)

第41条 この法人の会計は、これを分けて、特定非営利活動に係る事業会計、その他の事業会計の2種とする。

(事業年度)

第42条 この法人の事業年度は、毎年1月1日に始まり、同年12月31日に終わる。

(事業計画及び予算)

第43条 この法人の事業計画及びこれに伴う収支予算は、毎事業年度ごとに理事長が作成し、総会の議決を経なければならない。

2 前項の規定にかかわらず、やむを得ない理由により予算が成立しないときは、理事長は、理事会の議決を経て、予算成立の日まで前事業年度の予算に準じ収入支出することができる。

3 前項の収入支出は、新たに成立した予算の収入支出とみなす。

(予備費)

第44条 予算超過又は予算外の支出に充てるため、予算中に予備費を設けることができる。

2 予備費を使用するときは、理事会の議決を経なければならない。

(予算の追加及び更正)

第45条 予算成立後にやむを得ない事由が生じたときは、総会の議決を経て、既定予算の追加又は更正をすることができる。

(事業報告及び決算)

第46条 この法人の事業報告書、財産目録、貸借対照表及び収支計算書等決算に関する書類は、毎事業年度終了後、速やかに、理事長が作成し、監事の監査を受け、理事会の議決を経なければならない。

2 前項の理事会の議決を経た決算に関する書類は、次年度の通常総会において、その内容を報告するものとする。

3 決算上剰余金を生じたときは、次事業年度に繰り越すものとする。

(臨機の措置)

第47条 予算をもって定めるもののほか、借入金の借入れその他新たな義務の負担をし、又は権利の放棄をしようとするときは、総会の議決を経なければならない。

第7章 定款の変更、解散及び合併

(定款の変更)

第48条 この法人が定款を変更しようとするときは、総会に出席した正会員の4分の3以上の多数による議決を経、かつ、法第25条第3項に規定する軽微な事項を除いて所轄庁の認証を得なければならない。

(解散)

第49条 この法人は、次に掲げる事由により解散する。

- (1) 総会の決議
- (2) 目的とする特定非営利活動に係る事業の成功の不能
- (3) 正会員の欠亡
- (4) 合併
- (5) 破産手続開始の決定
- (6) 所轄庁による設立の認証の取消し

2 前項第1号の事由によりこの法人が解散するときは、正会員総数の4分の3以上の承諾を得なければならない。

3 第1項第2号の事由により解散するときは、所轄庁の認定を得なければならない。

(残余財産の帰属)

第50条 この法人が解散（合併又は破産手続開始の決定による解散を除く。）したときに残存する財産は、法第11条第3項に掲げる者のうち、解散の総会で定める者に譲渡するものとする。

(合併)

第51条 この法人が合併しようとするときは、総会において正会員総数の4分の3以上の議決を経、かつ、所轄庁の認証を得なければならない。

第8章 公告の方法

(公告の方法)

第52条 この法人の公告は、この法人の掲示場に掲示するとともに、官報に掲載して行う。

第9章 事務局

(事務局の設置)

第53条 この法人に、この法人の事務を処理するため、事務局を設置する。

2 事務局には、事務局長及び職員を置く。

(職員の任免)

第54条 事務局長及び職員の任免は、理事長が行う。

(組織及び運営)

第55条 事務局の組織及び運営に関し必要な事項は、理事会の議決を経て、理事長がこれを定める。

第10章 雑則

(細則)

第56条 この定款の施行について必要な細則は、理事会の議決を経て、理事長がこれを定める。

附則

1 この定款は、この法人の成立の日から施行する。

2 この法人の設立当初の役員は、第13条第1項の規定にかかわらず、次のとおりとする。

会 長	梶山 祥子
副会長	丸 光恵
副会長	門倉美知子
理 事	内田 雅代
理 事	野中 淳子
理 事	森 美智子
理 事	塩飽 仁
理 事	石川 福江
理 事	小原 美江
理 事	小川 純子
理 事	富岡 晶子
理 事	前田 留美
監 事	石橋朝紀子
監 事	吉川久美子

3 この法人の設立当初の役員の任期は、第15条第1項の規定にかかわらず、この法人の成立の日から平成23年3月31日までとする。

4 この法人の設立当初の事業年度は、第42条の規定にかかわらず、この法人の成立の日から平成22年3月31日までとする。

- 5 この法人の設立当初の事業計画及び収支予算は、第43条の規定にかかわらず、設立総会の定めるところによる。
- 6 この法人の設立当初の会費は、第8条の規定にかかわらず、次に掲げる額とする。ただし、賛助会員については、毎年一口以上とし、年によって変動しても構わないものとする。
- (1) 正会員 年5,000円
- (2) 賛助会員 (個人) 年一口当たり10,000円
(団体) 年一口当たり50,000円
- 7 この定款は、長野県知事の変更認証のあった日から施行する。

- 8 この法人の設立当初の役員の任期は、第15条第1項及び定款附則3の規定にかかわらず、この法人の成立の日から平成22年12月31日までとする。

上記は当法人の定款に相違ありません。

特定非営利活動法人

日本小児がん看護学会

理 事 梶 山 祥 子

論文中の個人情報保護にかかわるガイドライン

日本小児がん看護学会では、論文中の個人情報保護にかかわるガイドラインを「疫学研究に関する倫理指針」（平成14年6月17日 文部科学省・厚生労働省発行）に準拠し作成したので、投稿の際には、下記の基準に従って作成してください。

1. 対象となる個人情報

本ガイドラインにおける「個人情報」とは、その個人が生存するしないにかかわらず、個人に関する情報であって、当該情報に含まれる氏名、生年月日その他の記述などにより特定の個人を識別することができるもの（他の情報と容易に照合することができ、それにより特定の個人を識別することができることとなるものを含む）をいいます。※例えば、論文中に親や家族の職業を記載する場合、養護学校教員や医師・看護師など特定されやすいものより教員あるいは医療職者などの記述をする配慮を行う。

2. 論文中の個人情報

論文中には、以下の項目に関して個人情報が含まれている可能性があります。個人情報保護のための配慮として、該当部分の削除、匿名化、概略化を行って下さい。匿名化とは、個人を識別することができる情報の全部又は一部を取り除き、代わりにその人と関わりのない符号又は番号を付すことをいいます。具体的な匿名化、概略化の例を以下に示します。

＜研究方法＞

- ・調査対象や調査施設、調査地域などに個人を特定しうる名称や生年月日、固有名詞（病院名や市町村の名前など）を含まないように匿名化して記載してください。

例：東京都 → A県

- ・実際の人口や世帯数、入院日数などの数値は地域や個人の特定につながる可能性がありますので、例のように概略化を行ってください。

例：人口 83,823人 → 人口 約8万4千人

＜研究結果＞

- ・個々の事例の記載について前述の個人情報に該当するものがないかご確認ください。

＜謝辞＞

- ・病院名、個人名などが含まれる謝辞は研究対象者個人の識別が可能になる場合があります。上記以外にも個人を特定できる情報はありますので、個人情報保護のための表現上の配慮をお願いします。

3. 個人情報の保護に関する責任

論文中の個人情報の保護に関して問題が発生した場合は著者がその責任を負いますので、確認および個人情報保護のための表現上の配慮を著者の責任において確実に行ってくださいようお願いいたします。

4. その他

転載許諾が必要なものを引用する場合には、（例えば商標登録されているアニメキャラクター等）掲載許可を得て掲載してください。

平成16年11月21日

平成20年6月21日

日本小児がん看護学会



日本小児がん看護学会投稿規定

6. 掲載費用

別刷料について

費用は自己負担で、代金は以下の通りです。

10頁以内（50部単位で）… 5,000円

10頁以内（100部単位で）… 12,000円

20頁以内（50部単位で）… 8,000円

20頁以内（100部単位で）… 15,000円

200、300部… 20,000円

※別冊については、編集委員会事務局より投稿者へ申し込み用紙をお送りいたします。

「日本小児がん看護」投稿規定

1. 投稿者の資格

投稿者は本学会会員に限る。共著者もすべて会員であること。但し、編集委員会から依頼された原稿についてはこの限りではない。

2. 原稿の種類は原著、報告、論説／総説とする。

- 1) 原著：主題にそって行われた実験や調査のオリジナルなデータ、資料に基づき新たな知見、発見が論述されているもの。
- 2) 研究報告：主題にそって行われた実験や調査に基づき論述されているもの。
- 3) 実践報告：ケースレポート、フィールドレポートなど。
- 4) 論説：主題に関する理論の構築、展望、提言。
総説：ある主題に関連した研究の総括、文献についてまとめたもの。
- 5) その他

3. 投稿の際の注意

- 1) 投稿論文の内容は、他の出版物（国内外を問わず）にすでに発表あるいは投稿されていないものに限る。
- 2) 人を対象にした研究論文は、別紙の倫理基準に適合しているもので、対象の同意を得た旨を明記する。また学会、公開の研究会等で発表したものは、その旨を末尾に記載する。

4. 著作権

- 1) 著作権は本学会に帰属する。掲載後は本学会の承諾なしに他誌に掲載することを禁ずる。最終原稿提出時に、編集委員会より提示される著作権譲渡同意書に著者全員が自筆署名し、論文とともに送付すること。
- 2) 本学会誌に掲載された執筆内容が第三者の著作権を侵害するなどの指摘がなされた場合には、執筆者が責任を負う。

5. 原稿の受付および採否

- 1) 投稿原稿の採否は査読を経て編集委員会が決定する。
- 2) 編集委員会の決定によって返送され、再提出を求められた原稿は原則として3ヶ月以

内に再投稿すること。

- 3) 編集委員会の決定により、原稿の種類の変更を投稿者に求めることがある。
- 4) 投稿された論文は理由の如何を問わず返却しない。
- 5) 著者校正 著者校正を1回行う。但し、校正の際の加筆は原則として認めない。

6. 掲載費用

- 1) 掲載料 規定枚数を超過した分については、所要経費を著者負担とする。
- 2) 別刷料 別刷はすべて実費を著者負担とする。
- 3) その他 図表等、印刷上、特別な費用を必要とする場合は著者負担とする。

7. 原稿執筆の要領

- 1) 原稿の書式はA4サイズで1行全角35字、1ページ30行で15枚以内（図表を含む）とする。超過分の必要経費および別刷代金は著者負担とする。また、査読後の最終原稿の提出の際には、氏名を明記したCD-RまたはCD-ROMを添付する。
- 2) 原稿は新かなづかいを用い、楷書にて簡潔に記述する。
- 3) 外来語はカタカナで、外国人名、日本語訳が定着していない学術用語などは原則として活字体の原綴りで書く。
- 4) 見出しの段落のはじめ方は、I., II. …、1., 2. …、1), 2) …、①, ②…などを用いて明確に区分する。
- 5) 図・表および写真は、原稿のまま印刷するため、明瞭に墨書されたものになり、挿入希望箇所を本文中に明記する。
- 6) 文献記載の様式
 - (1) 引用する文献は、文中の引用部分の後に（ ）を付し、その中に、著者の姓および発行年次（西暦）を記載する。論文最後の文献一覧には、筆頭著者の姓のアルファベット順に一括して記載する。
 - (2) 記載方法は下記の例示のごとくする。
 - ①雑誌掲載論文…著者名（発行年次）. 論

- 文表題. 雑誌名. 巻(号), 頁.
- ②単行書…著者名(発行年次). 本の表題.
発行地, 発行所.
- ③翻訳書…著者名(原稿のまま)(原書発行年次) / 訳者名(翻訳書の発行年次). 翻訳書表題. 発行所.
- 7) 原稿には表紙を付し、上半分には表題、英文表題、著者名(ローマ字も)、所属機関名、図表および写真等の数を書き、キーワードを日本語・英語でそれぞれ3～5語程度記載する。下半分には朱書で希望する原稿の種類、別刷必要部数、著者全員の会員番号、編集委員会への連絡事項および連絡者の氏名・住所・TEL・FAX・E-mailを付記すること。
- 8) 原著および研究報告は、250語前後の英文抄録ならびに400字程度の和文抄録をつけること。英文抄録は表題、著者名、所属、本文の順にダブルスペースでタイプする。

8. 投稿手続き

- 1) 投稿原稿は3部送付する。うち、1部は正本とし、残りの2部は投稿者の氏名および所属等、投稿者が特定される可能性のある内容をすべて削除したものとする。
- 2) 原稿は封筒の表に「日本小児がん看護誌投稿論文」と朱書し、下記に簡易書留で郵送する。

〒238-8522 横須賀市平成町1-10-1
神奈川県立保健福祉大学
日本小児がん看護 編集委員会事務局
FAX: 046-828-2627

付則

- この規定は、平成16年11月20日から施行する。
この規定は、平成17年7月24日から施行する。
この規定は、平成19年10月13日から施行する。
この規定は、平成20年6月21日から施行する。

2005年～2012年 査読者一覧

有田 直子	石川 福江	石橋朝紀子	内田 雅代	遠藤 芳子	小川 純子
梶山 祥子	小林八千代	上別府圭子	白畑 範子	塩飽 仁	高野 政子
竹内 幸江	富岡 晶子	西村あをい	野中 淳子	濱中 喜代	濱田 米紀
平田 美佳	藤原千恵子	古谷佳由理	前田 留美	松岡 真里	丸 光恵
森 美智子	米山 雅子	吉川久美子	和田久美子		(50音順)

編 集 後 記

今年の夏は、オリンピックが開催され、たくさんの選手の活躍にみなさんも心躍らせた暑い夏だったと思います。そして、今年のSIOPはロンドンで開催される予定です。きっと、世界からいろいろなことが発信されることと思います。

日本でも小児がん看護のスペシャリストをのぞむ声が上がってきています。小児がんの子どもと家族への質の高い看護が提供できるように取り組み、学びあっていきたいと思います。

今号では、研究報告4編、実践報告1編、を掲載することができました。お忙しい中、査読をお引き受けくださり、より質の高い論文作成に向けて丁寧にご助言を頂きました査読者の先生方には心より感謝申し上げます。今後も小児がんの子どもたちとご家族への看護の質の向上の一助となるよう、会員の皆様のご協力をよろしくお願い申し上げます。

和田久美子

編集委員

- 委員長：野中 淳子（神奈川県立保健福祉大学）
- 委員：森 美智子（日本赤十字秋田看護大学）
- 委員：米山 雅子（神奈川県立保健福祉大学）
- 委員：岡 澄子（神奈川県立保健福祉大学）
- 委員：和田久美子（東海大学）

2012年9月発行

発行所 日本小児がん看護誌編集委員会
〒238-8522
横須賀市平成町1-10-1
電話 046-828-2626

代表 梶山 祥子
製作 日本小児がん看護学会
印刷 共進印刷株式会社

日本小児がん看護学会 10周年記念

The 10th Anniversary
Japanese Society of Pediatric Oncology Nursing



目 次 -----

日本小児がん看護学会理事長挨拶 10周年を迎えて

日本小児がん看護学会10周年を祝して

日本小児がん看護学会10周年記念セミナー・講演会

日本小児がん看護学会10年の歩み

- 1 日本小児がん看護学会の発足と活動状況
- 2 日本小児がん看護学会誌掲載および学会発表演題の概要
- 3 小児がん看護ケアガイドラインの作成の経緯

日本小児がん看護学会 10周年を迎えて

2002年度も終わりに近い2月、小児がん看護学会の前身である日本小児がん看護研究会の設立準備会、設立総会が行われました。ポルトガル、ポルトでのSIOP（国際小児がん学会）看護部会で各国からの参加ナースのメーリングリストが作成されたことを契機として国内でも小児がん看護に携わる臨床看護師、研究者が集い、情報交換の場を持ちたいとの願いからでした。2004年2月には第1回研究会を開催、同年11月には小児血液学会、小児がん学会の同時開催、がんの子供を守る会との併行開催と併せて第2回研究会を京都国際会館で行いました。看護の会場は入りきれないほどの参加者であふれ、ポスター会場も多くの参加者で賑やかでした。血友病研究会も併行して開催され、以後も3学会、守る会の併行開催、同時開催を続けて本年第10回を迎えています。

この間、がん対策基本法が制定され、がん予防、およびがんと闘う人々へのトータルなケアが実現するようになりました。けれども小児がんに関しては、十分な施策が行われませんでした。基本法は実施5年で見直すことになっており、昨年見直しの機会に小児がんの子どもたちと家族に療養中および治療終了後の充実したケアとフォローアップが制度に載せられようとしています。

発症から、診断、治療、フォローアップを通して、病院、地域、学校を有機的につないで、子どもたちが自立し社会に巣立っていくことができるように、これからの看護の役割は一層重要になります。医療者、専門職間の連携だけでなく、当事者、経験者、家族の力も合わせて小児がんの予防、治療、フォローアップ、研究が進んで行く時代が来ていると思います。この10年の治療の進歩、ケアの充実、看護の発展の上に、次の10年の戦略を立てることになります。

これまで欧米の看護、ケアシステムに目を向けて多くのものを吸収してきました。欧米のナースたちとの連携を保ちながら、今後は日本のケアの優れた点を明らかにしつつ、アジアの小児がん看護との連携も視野に入れながら本学会の発展を図っていきたいと念願しております。

世界中のどこでも、小児がんの子どもと家族が最高レベルの治療・ケアを受けて、命を輝かせて生きることができるように、小児がんの医療・ケアに携わる他職種の人々とも他国の専門職とも連携して行く時代だと思えます。

今日までご支援くださった小児血液・がん学会の先生方、守る会やMN（みんななかま）の方々、ともに闘ってきた小児がんのこどもたち、ご家族に心から感謝いたします。そして学会を盛り立ててきた仲間たち、全国各地で悩みつつ臨床看護にまい進しておられる会員の皆様、ご支援いただいた方々にこの場を借りて感謝申し上げます。

日本小児がん看護学会
理事長 梶山祥子

日本小児がん看護学会設立10周年を祝して

日本赤十字社近畿ブロック血液センター 所長
大阪府立母子保健総合医療センター血液腫瘍科 顧問
河 敬 世

このたび小児がん看護学会が設立10周年を迎えられましたこと、誠におめでとうございます。この成果は、これまでの梶山祥子理事長はじめ小児がん看護学会の理事の皆様のリダーシップと会員の皆様方の熱意と努力の結果でありましょう。幾多の生みの苦しみや成長過程での難問に直面されたことと思われませんが、皆様方の高い志と団結力により無事乗り越えてこられたものと拝察します。誕生から学童期を経て、これから悩ましい思春期を迎えられますが、これまでと同様にすばらしいチーム力を発揮されて、さらに発展されますことを願っております。

私の40年余の臨床医生活の中でも、この10年間の医学・医療の進歩は特筆すべきでありますし、小児がん患者・家族にとりまして、治療成績や療養環境が大きく改善された10年間でもありました。医療や看護内容の専門化・細分化が進む一方で、総合的ケア（total care）の重要性が認識され、その在り方に関する議論が広く行われてきました。不治の病とどのように向き合えばよいのか、どのような支援が必要とされているのか、後遺症なき治癒を目指すためのさらなる努力と工夫、そして治療後の社会的自立への支援等々、これらの問題を解決するためには、各分野の専門家が集結したチーム医療が不可欠であります。

このような流れの中で、2011年に日本小児血液学会と日本小児がん学会が統合され、日本小児血液・がん学会が誕生しました。その布石は、2004年から始まりました両学会年次総会の同時期開催でした。両学会が統合されるまでに8年を要しましたが、貴学会は当初からその一翼を担い、total care実現に向けての努力を続けてこられました。長年のご努力に敬意を表しますとともに、近い将来、小児がん看護の認定看護師や専門看護師が誕生し、total careチームのコーディネーター役を、我々小児科医と一緒に担っていただける日の来ることを楽しみにしております。 (2012. 8. 30)

日本小児がん看護学会

10周年記念セミナー・講演会

日 時 2012年9月14日（金）・15日（土）

場 所 東京医科歯科大学 M&Dタワー、他 大学内講義室等

9月14日（金）

イブニングセミナー1 18:00～21:00

リーダーナースのための小児がん化学療法講座「分子標的薬最前線」

対 象：小児がん看護の臨床経験を有し、所属施設の看護師に対して教育指導的立場にある者
最大100名（小児がん臨床経験を有するメンター・リーダー・主任・看護管理者クラスの現役看護師及び教員・院生等）

内 容：小児がん領域で使用される分子標的薬について学ぶ全5コマ。各コマの終了時には事例提示や小テストとQ&A有。

短時間集中で効率よく①化学療法施行時の看護の安全性・確実性ととも、②患者・家族への看護の質を高めることを目標に学習します。

演 者：「総論（歴史や背景、意義について）」	東京医科歯科大学	長澤 正之先生
「抗体薬と小分子化合物の特徴」	同大学医学部附属病院	梶原 道子先生
「抗体療法の効果と副反応」	東京医科歯科大学	磯田 健志先生
「小分子化合物の効果と副反応」	東京医科歯科大学	福田 哲也先生
「小児科領域における分子標的治療の今後・将来」	東京医科歯科大学	高木 正稔先生

イブニングセミナー2 小児看護専門看護師スーパーバイズによる事例検討会

「広げよう小児がん看護ネットワーク☆深めよう事例への看護」

対 象：小児がん看護に携わる看護師（応募多数の場合、同一所属の看護師人数を制限）限定30名

目 的：指定演者による複雑高度な問題をもつ小児がん患者・家族についての事例発表有。事例を元に質疑応答ディスカッションします。

小児がん看護への理解を深めつつ思いを同じくする様々なナースと出会い、小児がん看護ネットワークを作りましょう。

座 長：小児看護専門看護師 筑波大学附属病院 田村 恵美氏
聖路加国際病院 平田 美佳氏

事例提供施設：東京医科歯科大学医学部附属病院
茨城県立こども病院
神奈川県立こども医療センター

9月15日（土） 10：00～16：00

教育講演

「子どもの死をめぐるケア」

座長：長野県看護大学 内田 雅代氏
演者：福岡市立こども病院・感染症センター 三輪 富士代氏

指定講演

「子どもにやさしい、医療用テープの使い方」

内容：固定等、様々な場面で使用する医療テープ。小児がん患者は皮膚トラブルだけでなく、はがす・貼るに伴う心理面・生活面のトラブルも体験しています。メーカーによるプレゼンテーションと、聖路加国際病院・千葉県こども病院での様々な工夫の報告から日々のケア製品について理解を深めてみませんか。

座長：聖路加国際病院 吉川 久美子氏
千葉県こども病院 小原 美江氏

演者：「子どもの最善を考慮した医療用テープの貼り方・剥がし方」

	聖路加国際病院	北田 奏恵氏
「皮膚トラブルの実際と対応」	千葉こども病院	工藤 真理恵氏
「医療用粘着テープについて」	スリーエムヘルスケア 株式会社	

日本小児がん看護学会10周年記念式典
シンポジウム

「仕事と家庭、そして人として：小児がんの子どもの父親へのケア」

内容：多様な役割を持ちながらも、看護の手が届きにくいと感じることの多い「お父さん」。様々な立場で父親へのケアについてご発言いただきます。
日本小児がん看護学会史上初。
檀上すべて男性のみ！

座長：東北大学 塩飽 仁先生

「小児がんの子どものお父さんへ」－医師の立場から－

聖路加国際病院 細谷 亮太氏

「働く父親のメンタルヘルス支援・介護休暇制度の現状と課題」－社労士の立場から－

西條社会保険労務士事務所 西條 達氏

「父親へのケア」－看護師の立場から－

東北大学病院 齋藤 眞氏

「患者家族の経験」－父親の立場から－

患者家族

10年の歩み

1 日本小児がん看護学会（旧日本小児がん看護研究会）の発足と活動状況

2003年2月、「日本小児がん看護研究会」設立準備会を開き、18名の参加を得て設立総会として組織、規約、役員を定めて会が発足した。目的は、「小児がんの子どもと家族を支援する看護実践と教育の向上と発展に資すること」であり、事業として年1回の研究会の開催、研修会の開催、ニュースレターの発行を規約に定めた。第1回研究会を2004年2月に北里大学で開催し、教育講演とシンポジウムを中心に行った。第2回から「日本小児がん学会と小児血液学会の同時期開催」が実現することになり、看護も同時期開催とし現在に至っている。2008年11月第6回総会において、特定非営利活動法人（NPO）日本小児がん看護学会設立総会を開催し、研究会から学会へ名称変更した。翌2009年度にNPO法人として申請し同年4月に承認を受けた。今年で学会（旧研究会を含め）は10回目となる。これまでの学会（旧：研究会を含む）一覧を表1に示した。2012年は10周年記念行事として、10周年記念セミナーおよび講演会を行うが、本誌上では概要だけを記載し次号に詳しい内容を掲載する予定である。さらに、10年間の本学会の足跡を会員の動向（図1）、役員活動（表2、表3）、国際学会（SIOP：International Society of Pediatric Oncology）参加と海外研修については表4に、学会誌掲載論文および学会発表演題の動向を表5、図2～7、表6にまとめたので紹介する。

表1 日本小児がん看護学会（旧：日本小児がん研究会）開催

年 度	学術集会（会場・テーマ）	会長（所属）	看護参加者	備 考
2002	設立準備会（東邦大学）		18	研究会設立
2003	第1回日本小児がん看護研究会 （北里大学相模原キャンパス） 小児がんのこどもの権利と意思決定	丸 光恵 （北里大学看護学部）	216	
2004	第2回日本小児がん看護研究会 （国立京都国際会館） 小児がんをもつ子どもと家族へのケアの 検証と創造	内田 雅代 （長野県看護大学）	450	日本小児がん学会・ 日本小児血液学会 との同時期開催
2005	第3回日本小児がん看護研究会 （栃木県総合文化センター・宇都宮東部ホテル） 小児がんをもつ子どもと家族へのケアの 検証と創造	森 美智子 （日本赤十字武蔵野 短期大学）	450	同時期開催
2006	第4回日本小児がん看護研究会 （大阪国際会議場） 小児がんをもつ子どもと家族へのケアの 検証と創造	安達 弘美 （大阪府立母子保健 総合医療センター）	360	同時期開催
2007	第5回日本小児がん看護研究会 （仙台国際センター） トータルケアの原点に戻る －子供と家族の継続的支援－	塩飽 仁 （東北大学医学部 保健学科）	610	同時期開催
2008	第6回日本小児がん看護研究会 （幕張メッセ国際会議場） トータルケアの原点に戻る －最先端医学との融合－	吉川久美子 （聖路加国際病院）	700	同時期開催
2009	第7回日本小児がん看護学会 （東京ベイホテル東京） 君の笑顔 みんなの夢 －10代の患者のトータルケア－	丸 光恵 （東京医科歯科大学 大学院）	495	同時期開催

2010	第8回日本小児がん看護学会 (大阪国際会議場) 叡智の結集－過去、現在、そして未来へ －がんの子どもと家族に寄り添う支援－	藤原千恵子 (大阪大学大学院)	500	同時期開催
2011	第9回日本小児がん看護学会 (ベイシア文化ホール 前橋商工会議所) 小児血液・がん医療の新たなるステージ に向かって －小児がんの子どもと家族が望む看護支 援の実現－	下田あい子 (群馬県立小児医療 センター)	387	同時期開催
201	第10回日本小児がん看護学会 (パシフィコ横浜) 共存の医学・協調の医療 ～社会に巣立ちゆく子どもたちのために～ －未来を拓く小児がん看護のパラダイム シフト－	梶山 祥子 (神奈川県立こども 医療センター)	未	同時期開催

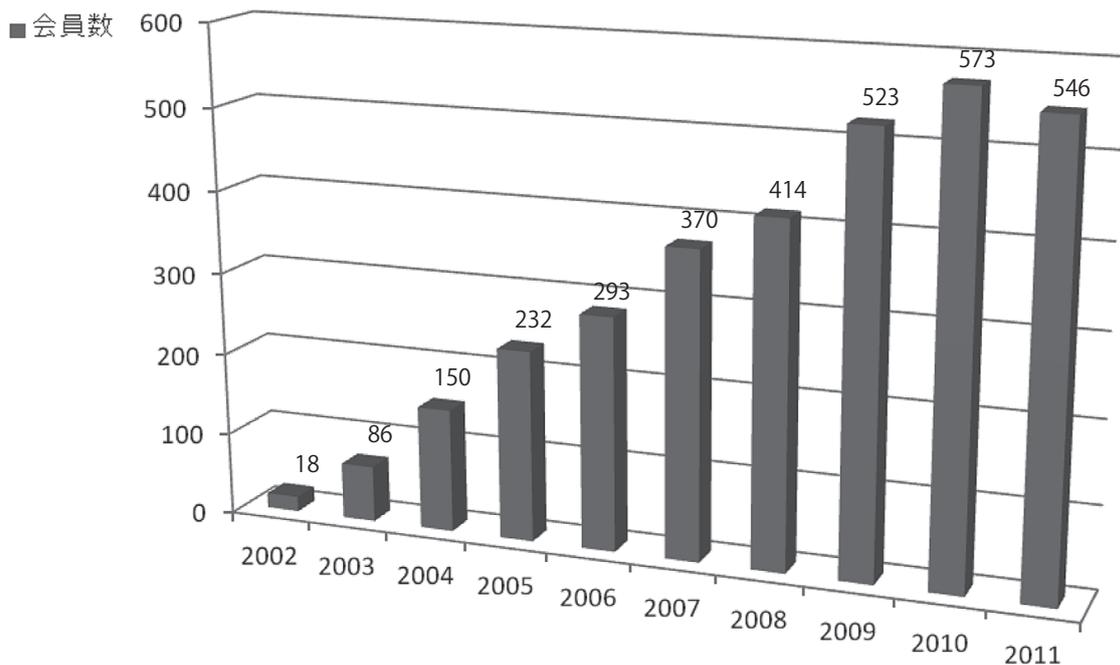


図1 日本小児がん看護学会の会員数の推移

表2 活動概要

年度	学会誌	ニュースレター	役員活動
2003		NL, Vol 1号を発行	役員会5/年 議事録は会員用MLにて逐次報告。 第1回日本小児看護研究会を開催(看護単独)
2004		NL, Vol 2号を発行	役員会6/年 議事録は会員用MLにて逐次報告。 第2回日本小児がん看護研究会を医師の学会と同 時期開催とした。科研「小児がんをもつ子どもと 家族の看護ケアガイドラインの開発と検討」を研 究会事業として活動開始
2005	会誌第1号を発行	NL, Vol 3号を発行	役員会5/年 第3回日本小児がん看護研究会を 医師の学会と同時期開催とした。科研「小児がん をもつ子どもと家族の看護ケアガイドラインの開 発と検討」を研究会事業として継続。
2006	会誌第2号を発行	NL, Vol 4号を発行	役員会5/年 第4回日本小児がん看護研究会を 医師の学会と同時期開催とした。
2007	会誌第3号を発行	NL, Vol 5, 6号を発行	役員会5/年 第5回日本小児がん看護研究会を 医師の学会と同時期開催とした。第3回関東地方 研修会「子ども達への病気説明や告知」をテー マに実施。科研「小児がん看護ケアガイドライン(第 一試案)」作成。
2008	会誌第4号を発行	NL, Vol 7, 8号を発行	役員会5/年 第6回日本小児がん看護研究会を 医師の学会と同時期開催とした。
2009	会誌第5号を発行	NL, Vol 9, 10号を発行	役員会5/年 第7回日本小児がん看護研究会を 医師の学会と同時期開催とした。科研「小児がん に子どもと家族を中心とした多職種協働チーム看 護師支援プログラムの開発」を研究事業として活 動開始。
2010		NL, Vol 11, 12号を発行	役員会5/年 第8回日本小児がん看護研究会を 医師の学会と同時期開催とした。科研「小児がん に子どもと家族を中心とした多職種協働チーム看 護師支援プログラムの開発」を研究事業を継続。
2011	会誌第6号を発行	NL, Vol 13, 14号を発行	役員会4/年 第9回日本小児がん看護研究会を 医師の学会と同時期開催とした。科研「小児がん に子どもと家族を中心とした多職種協働チーム看 護師支援プログラムの開発」研究事業を継続。
2012	会誌第7号を発行 (10周年記念記事 を掲載)	NL, Vol 15, 16号を発行	役員会5/年 小児がん看護10周年記念事業を開催

表3 教育委員会活動

年度	研 修 会 (会場)	テ ー マ	参加者
2004	第1回小児がん看護研修会 (神奈川県立保健福祉大学)	小児がんの症状コントロール	112名
2005	第2回小児がん看護研修会 (国立成育医療研究センター)	小児がんの在宅ケア	101名
2006	第3回小児がん看護研修会 (神奈川県立こども医療センター)	子どもたちへの病気の説明や告知	125名
2007	第4回小児がん看護研修会 (国立成育医療研究センター)	小児がんの子どものQOL	111名
2008	第5回小児がん看護研修会 (国立成育医療センター)	長期フォローアップの現状と展望 ～看護の役割を考える～	127名
2009	第6回小児がん看護研修会 (国立成育医療研究センター)	小児がん看護におけるグリーフケアを考える	208名
2010	第7回小児がん看護研修会 (国立成育医療研究センター)	小児がん患者の症状マネジメント, 嘔気・嘔吐	83名
2011	第8回小児がん看護研修会 (国立成育医療研究センター)	小児がん患者の症状マネジメント, 口腔粘膜障害	80名

表4 国際学会参加と海外研修等

年度	開催国	病院訪問および研修先	記事開催
2004	第36回SIOP Norway (Oslo)	Medizinische Hochschule Hannover: Germany The Queen Silvia Children's Hospital: Sweden	
2005	第37回SIOP Canada (Vancouver)	City of Hope Comprehensive Cancer Center, St. Jude Children's Research Hospital: USA	第1号に掲載
2006	第38回SIOP Switzerland (Geneva)	Great Ormond Street Hospital for Children (GOSH), Richard House Children's Hospice (RHCH) : UK	第2号に掲載
2007	第39回SIOP India (Mumbai)	Tata Memorial Hospital : India	第3号に掲載
2008	第40回SIOP Germany (Berlin)	AMC Emma Children's Hospital : Holland	第4号に掲載
2009	第41回SIOP Brazil (Sao Paulo)	33th APHON (Association of Pediatric Hematology/Oncology Nurses): USA, Children's Hospital Los Angeles (CHLA) PONF (Pediatric Oncology Nurses Forum): UK St James University Hospital (Leeds), Great Ormond Street Hospital for Children (London)	第5号に掲載
2010	第42回SIOP USA (Boston)	Dana -Faber/Children's Hospital Cancer Center Washington National Children's Medical Center : USA	第6号に掲載 第8号に掲載予定
2011	第43回SIOP New Zealand (Auckland)	The Children's Hospital at West mead, Bear Cottage (Children's Hospice): Australia Tour of Starship Children's Hospital	第7号に掲載予定
2012	第44回SIOP UK (London)		未定

2 日本小児がん看護誌掲載論文および学会発表演題の概要

日本小児がん看護誌1号～6号（2005～2011年）までの掲載論文数は50題で、そのテーマ一覧は表5に、小児がん看護学会誌掲載論文の種類は図2に示した。

日本小児がん看護学会発表演題（2004～2011年）において、演題総数446であり年次別発表演題数の推移を図3、その内容別分類を図4に示した。さらに、研究対象の子どもの発達段階区分は図5に示した。研究対象者別の分類は図6に、内容からみた治療・処置についての分類は149件でその内訳を図7に示した。

表5 日本小児がん看護誌掲載論文一覧

No	年次	筆頭著者	論 文 名	種 類
1	2006	宮城島恭子・ 他1名	思春期の小児がん患者の日常生活における自己決定の患児と母親の捉え方	原著
2	2006	森美智子	Children's Mood scale の開発	原著
3	2006	森美智子	小児がん患者の親の問題状況と援助関係の法則性とサポート体制	原著
4	2006	永田真弓・ 他12名	小児がんの子どもを支援する活動方法の検討 ～コラボレーションにより慰問活動を実現した事例から～	実践報告
5	2006	永吉美智枝・ 他5名	終末期小児がん患児の同胞への看護支援 ～単親家庭の同胞が直面した問題への介入事例～	実践報告
6	2006	千国美保・ 他2名	母親と患児の自立への支援 ～情報伝達ツールにママカードの活用が有効だった事例より～	取組報告
7	2006	横山清七・ 他2名	病気とたたかう子どもたちに夢のキャンプを	取組報告
8	2007	岩瀬貴美子	外来通院中にある思春期小児がん患者の自己効力感の特徴とそれを形成・変化させる生活体験	原著
9	2007	森美智子	小児がん患児の親の状況危機と援助に関する研究（その1） ～闘病生活により発生する状況危機要因～	原著
10	2007	森美智子	小児がん患者の親の状況危機と援助に関する研究（その2） ～闘病過程における状況危機と援助ニーズ～	原著
11	2007	山下早苗・ 他3名	小児がんと診断されてから現在までの家族関係の変化	研究報告
12	2007	金城やす子	小児がん患児に対する日常生活支援及び遊びに関する看護師の認識	研究報告
13	2007	竹内幸江・ 他16名	小児がんの子どもと家族のケア環境	研究報告
14	2007	三澤史・ 他16名	小児がんをもつ子どもと家族のケアに関する看護師の認識 ～ケア29項目の実施の程度と難しさの認識～	研究報告
15	2007	野中淳子	日本におけるこどものためのホスピスの必要性和意義に関する検討	研究報告
16	2007	野中淳子・ 他1名	アメリカおよびイギリスにおける小児がんのこどもの病院環境	研究報告
17	2007	加藤由香・ 他1名	アスペルガー症候群が疑われる児の治療に対する積極的な姿勢への援助 ～インフォームドアセントを用いた一考察～	実践報告
18	2007	川村明美・ 他1名	長期入院・隔離を余儀なくされた患児・母親のストレス軽減への援助	取組報告
19	2007	大瀬敦子・ 他3名	コンピュータ・グラフィックスを用いた骨髄穿刺の模擬体験ツールの開発報告 ～感性デザイン研究室との連携により～	取組報告

No	年次	筆頭著者	論文名	種類
20	2007	岡田朋彦・ 他5名	学童期の子どもを対象にしたプレパレーションの検討	取組報告
21	2008	大見サキエ・ 他4名	がんの子どもの教育支援に関する小学校教員の認識と経験 - B市の現状と課題 -	原著
22	2008	森美智子	小児がん患児の親の状況危機と援助に関する研究 (その3) - 日本とオーストラリアの比較 -	原著
23	2008	森美智子	多変量解析による日本の小児がん患児の親の闘病生活状況分析	原著
24	2008	大久保明子	化学療養中の小児がん患者の嗜好変化と栄養評価に関する研究	研究報告
25	2008	小林京子・ 他1名	小児がん経験者に対する母親と看護師の関わりのプロセスに関する研究	研究報告
26	2008	小川純子・ 他5名	小児がんの子どもが治療に伴う痛みに主体的に関わるための Computer Aided Instruction (CAI) の作成の検討	研究報告
27	2008	三澤史・ 他17名	小児がんをもつ子どもと家族のケアに関する看護師の認識 (第2報) - ケアに関してどのような問題を感じているのか -	研究報告
28	2008	小原美江・ 他16名	小児がんの子どもと家族へのケアにおける困難 - 看護師へのフォーカスグループインタビューによる調査結果 -	研究報告
29	2008	三戸真由美・ 他3名	幼児期に発症した白血病患児の通学開始までの家族の関わり - 小学校1年生を院内学級から開始した2事例を通して -	実践報告
30	2008	今泉早映・ 他2名	ターミナル期にある青年期患児と予後告知に葛藤する両親への 援助 - 緩和ケアチームとの連携を通して -	実践報告
31	2008	吉川久美子・ 他6名	子ども同窓会 - 小児病棟を退院した患者・家族への支援 -	取組報告
32	2009	奥山朝子・ 他3名	学童期以上の小児がん患児・家族の心理社会的状況 - 闘病体験から得られた成長に着目して -	研究報告
33	2009	渡邊朋	思春期の血液・腫瘍疾患患者が入院中に経験するゆらぎと対処	研究報告
34	2009	大牟田美幸・ 他5名	化学療法を受ける患児の口内炎発症と白血球数との関連	研究報告
35	2009	松田葉子・ 他4名	小児がんの子どもと家族の栄養管理サポートスタッフ (NST) について - 家族の付き添いの有無別に見た病棟間の比較 -	資料
36	2009	佐々木美香・ 他3名	化学療法を受けている思春期の子どもの看護 - 発達段階に応じた心の変化を捉えた関わり -	取組報告
37	2010	中尾秀子・ 他7名	小児がん患児の好中球減少時の感染予防に関する看護の実態調査	研究報告
38	2010	森浩美・ 他1名	小児がんの子どもを亡くした母親の体験	研究報告
39	2010	吉本雅美・ 他3名	小児終末期の親の思い - 子どもの逝去後に行った母親との面接を通して -	研究報告
40	2010	大見サキエ	がんの子どもが復学する時のクラスメートへの説明 - 小学校における場面想定法を用いた検討 -	研究報告
41	2010	牧野麻葉・ 他1名	小児がん経験者への長期的な支援に関する検討 - ライフ・ストーリーからの分析 -	研究報告
42	2010	住吉智子・ 他2名	化学療法を受けている小児がん患児の食に対する母親の認識 - 感染予防のための食事に焦点をあてて -	研究報告
43	2010	松本貴絵・ 他10名	小児がん患者の保護者・看護師間交換ノートの有用性および問題点 - 6年間の運用経験に対するアンケート調査 -	研究報告

No	年次	筆頭著者	論文名	種類
44	2010	大見サキエ・ 他6名	ALLで骨髄移植後再三の退院延期を余議なくされた小学生の復学支援 - 初めて介入した調査会議が有効であった事例の検討 -	実践報告
45	2010	三澤雪・ 他4名	家族が患児への病気の説明を望まない事例への援助 - 突然胸痛で入院し、治療が開始された学童期女兒への関わり -	実践報告
46	2011	野村佳代	子どもの受け入れに向けた「移植への親の踏切り」	原著
47	2011	永吉美智枝・ 他7名	網膜芽細胞腫の乳幼児と母親の母子相互作用に影響を及ぼす母親の心理的要因	原著
48	2011	吉本雅美 他3名	小児逝去後の親の思い第2報 - 子どもの逝去後に行った母親との面接を通して -	研究報告
49	2011	小堀裕美	A施設における小児がん患児の復学支援の現状と課題	研究報告
50	2011	井上玲子	アメリカおよびベトナムの院内小児がん親の会訪問報告	資料

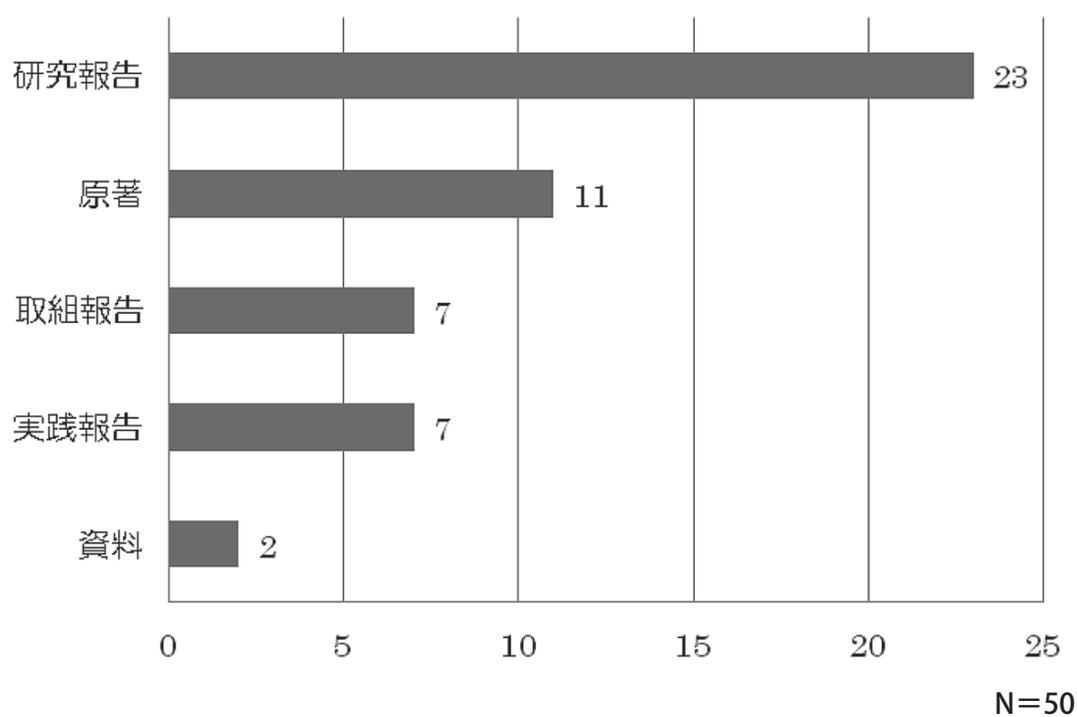
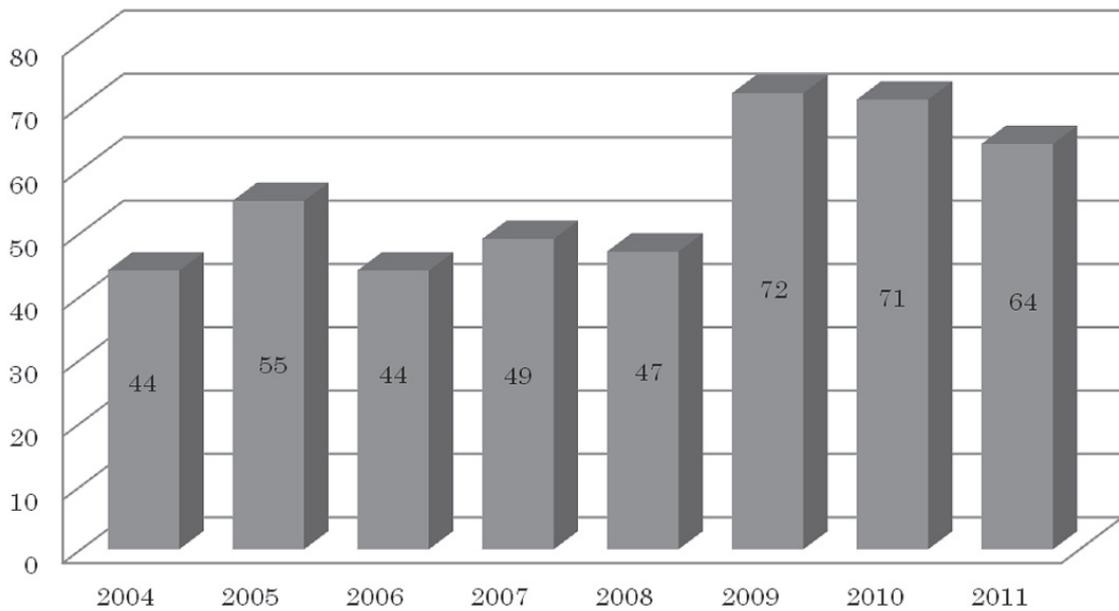
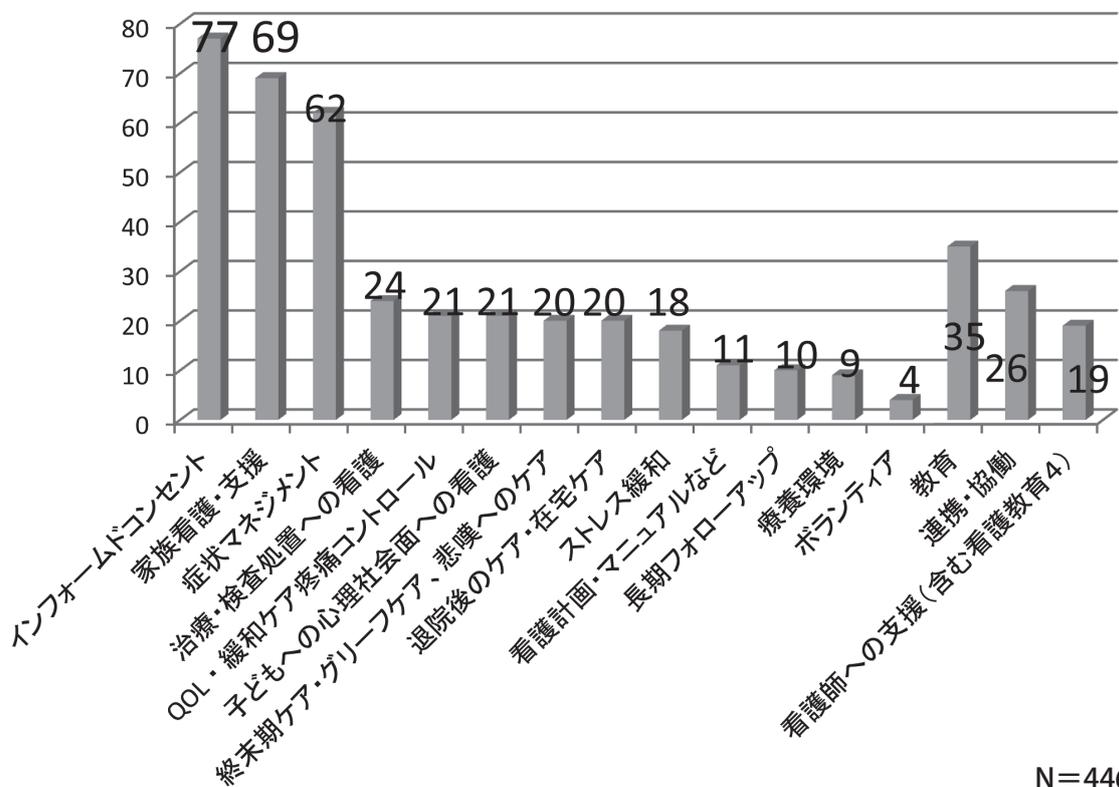


図2 論文の種類 (2006年～2011年)



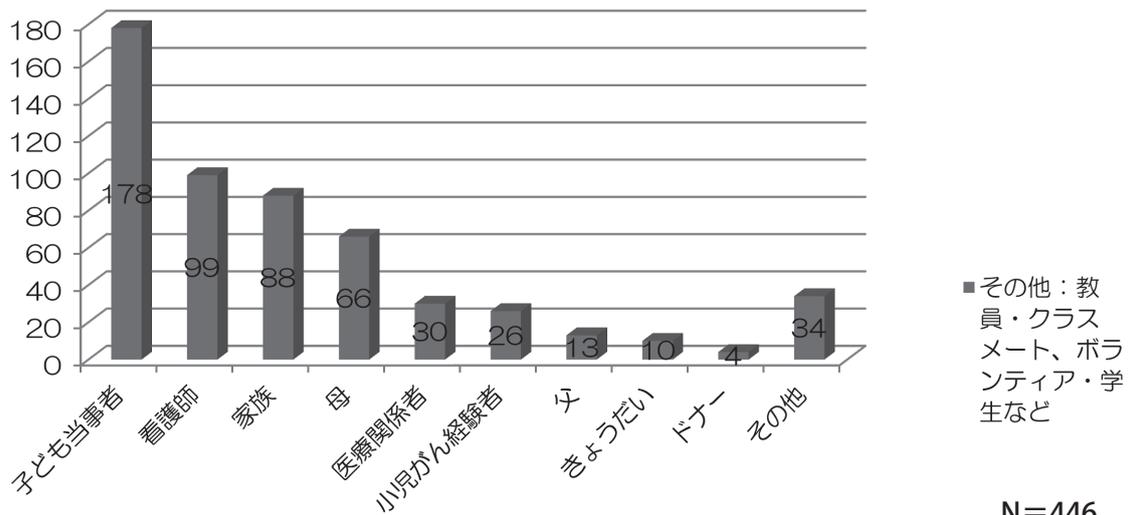
N=446

図3 学会発表演題数（2004年～2011年）



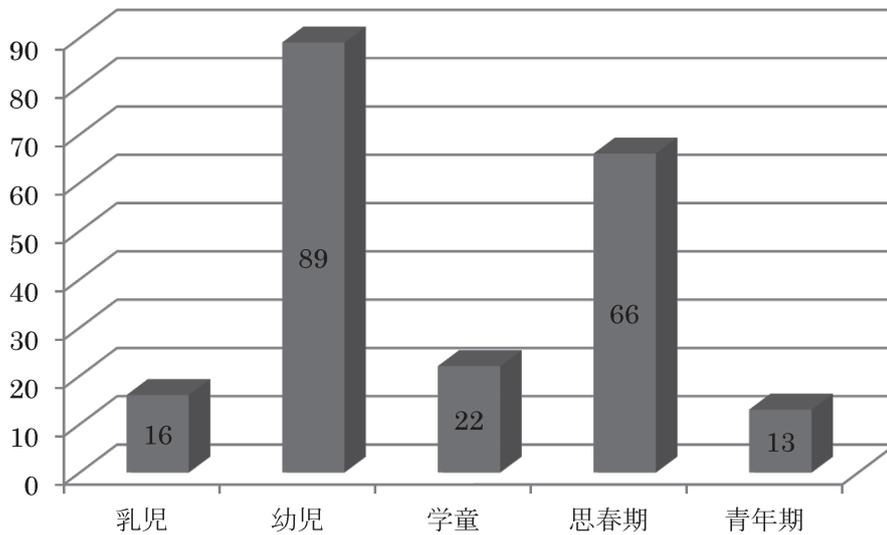
N=446

図4 発表演題の内容別分類



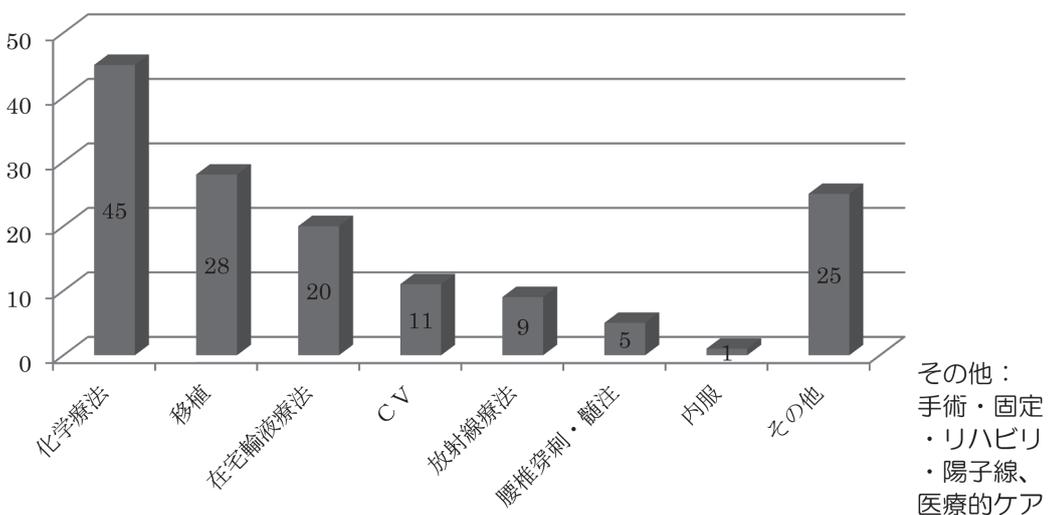
N=446

図5 研究対象者の分類 (2004年～2011年)



N=206

図6 研究対象の子どもの発達段階 (2004年～2011年)



N=144

図7 治療・処置を扱った研究の分類 (2004年～2011年)

3 『小児がん看護ケアガイドライン』の作成の経緯

本学会の研究委員会の活動として、科学研究費補助金（基盤研究（B））「小児がんをもつ子どもと家族の看護ケアガイドラインの開発と検討」に関する研究を実施し『小児がん看護ケアガイドライン2008』を作成した。（現在、改訂版として『小児がん看護ケアガイドライン2012』を検討している。）これまでの経緯を表6にまとめた。

表6 小児がん看護ケアガイドライン』の作成

1. 『小児がん看護ケアガイドライン』作成の背景

小児がんをもつ子ども達は、化学療法の多剤併用療法、放射線治療、造血細胞移植などの多様な治療の導入により、70-80%の子どもに寛解が得られるようになってきた。しかし、治療選択の意思決定、疾患や治療の副作用による身体的苦痛・心理的苦痛、成長期における長期間の入院生活、退院後も治療による長期的な影響が続く。このため発症直後から退院後の生活・あるいは成長し社会人として、あるいはパートナーを得て子どもを生み親として生きていくプロセスまでを見通したケアが必要であり、多職種や子どもを支援する人々による「小児がんの子どものトータルケア」、子どもや家族を主体とした専門職者・支援者の連携・協働が不可欠である。

看護においても、目標を子どもや家族と共有し、他職種と協働しながら専門職者として子どもや家族を支えることが求められている。そこで、「子どもや家族が主体」となり「多職種とともに」ケアしていく中で、看護師がよりよく機能するためにはどのような視点が必要なのか、その指針を検討することに着手した。

2. 『小児がん看護ケアガイドライン』の開発と検討の目的

看護師が、小児がんの子どもや家族に関するさまざまな問題をどのように受け止め、どのようにケアしているのか、また、ケアを行う上で、どのような困難があるととらえているのかを知り、困難な事象にアプローチする方略を探り、よりよいケアを目指す看護師を支援するための看護ケアガイドラインを作成することを目的とする。

3. 『小児がん看護ケアガイドライン』の開発と検討の経過

ガイドライン作成にあたり、小児がんの子どものケアに携わる看護師を対象に質問紙による全国調査、およびグループインタビューを実施した。その結果、看護師は、日常ケアの中で子どもや家族のさまざまなことを気かけ、目の前の子どもにとってよりよいケアを実施しようと関わっていたが、多くの看護師がターミナルケアや退院後の学校との調整、両親への支援の難しさを感じていた。特にターミナルケアでは、ケアの判断の難しさに加え、子どもへの病名・病状を伝えていないことにより看護師の葛藤が大きく、看護師は葛藤を抱きながらも、病名告知に関して親の気持ちを確認すること・子どもの意見を聞く・子どもの気持ちを代弁することなどの積極的なアプローチはあまりなされていない状況もみられた。また、小児がんの子どもへの過酷な治療の遂行と子どものQOLを保証することの狭間で、看護師は、何がよりよいケアなのが見出せない時もあることが伺えた。

それらの結果を基に、さまざまな議論を経て、『小児がん看護ケアガイドライン2008』を作成した。

基本的な考え方は、以下の通りである。

『小児がん看護ケアガイドライン』の基本的な考え方

- 1) 小児がんをもつ子どもと家族のQOLの向上を目指す
- 2) 看護師にとってケアのよりどころとなるものを明示する
- 3) 現状のケアの確認、問題へのより具体的な実践、肯定的な評価に繋げる
- 4) 知識と意欲を高めることができるよう、看護師を支援する

日本小児がん看護学会 10周年記念

編集：日本小児がん看護誌編集委員会

編集委員長：野中淳子

委員：米山雅子、岡澄子、和田久美子、森美智子

