



JSPON

小児がん看護

Journal of Japanese Society of Pediatric Oncology Nursing

Vol.19 No.1 2024

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22回 日本小児がん看護学会学術集会のご案内

第22回日本小児がん看護学会学術集会 会長

松 岡 真 里

三重大学大学院医学系研究科看護学専攻 小児看護学分野

この度の学術集会のテーマは、「Always with You～がんの子どもに寄り添う臨床と研究」です。近年、小児がんの診断を受けた子どもの長期生存が可能となり、これは、医学の進歩、すなわち研究成果が子どものいる臨床に届いているからに他なりません。一方、小児がんの診断を受けた子どもは、治療によるさまざまな副作用や晩期合併症など身体的な苦痛だけでなく、心理・社会的な苦痛も経験していることが考えられます。子どもが治療を受ける毎日の生活の中で、少しでも安楽にその子どもらしく過ごし、成長発達を遂げること、そして、小児がんを経験しても、あるいは経験したからこそ、その先の人生を「自分」として健やかに生きることができるよう、質の高いケアを届けることが、小児看護の大きな役割です。質の高いケアは、臨床での経験知とともに、研究的な取り組みによる最新の知見があつてこそ導かれます。今回のテーマは、まさに、治療を受ける子ども、そしてその家族の最も近くにいる看護師のありようを示すものであり、今後さらに求められる小児がんの子どもの看護のあるべき姿だと考えています。

もう一つ、質の高いケアを子どもに届ける上で大切なことがあると考えています。それは、ケアを提供する私たち自身も安寧であることです。今回の学術集会で、新たな知見・知識を学び、同じ志をもつ仲間と出会い、語り合い、つながることで、参加されるみなさまが元気になって、日々の実践や研究や教育の場に戻ることができるようプログラムを計画して参りました。

現在、三重と近隣の大学や病院でご活躍されている方々に現地プログラム委員となつていただき、準備を進めております。看護シンポジウムは「こどもとの対話～本当のこどもの「こえ」を聴いていますか～」とし、シンポジウムに先立ち『小児がん病棟の子どもたち』の著者である田代順先生の基調講演を企画しました。特別講演は、京都大学大学院人間・環境学研究科の佐藤泰子先生に「忠犬ハチ公はなぜ待ち続けたのか－生きる意味は誰かとの間に－^{あわい}」というテーマでお話いただきます。また、日本小児がん看護学会国際交流委員会企画の国際セミナーを、学会の教育講演と位置づけ、小児がんの子どもと家族とのコミュニケーションや終末期の意思決定研究の第一人者であるDana-Farber Center InstituteのJennifer W. Mack博士に、小児がんの子どもの終末期の協働意思決定についてご講演いただきます。そして、「また明日からがんばろう」とエネルギーを溜めることができるような参加型プログラムとして、「日々のもやもや、何とかしたい！看護師の声、出し合いませんか。～リサーチカフェにおこしやす～」を学術検討委員会とともに企画しました。その他、学会委員会企画や日本小児血液・がん学会、がんの子どもを守る会とともに、魅力あるプログラムを計画しております。

今回の学術集会は、対面とオンデマンド配信とさせていただきます。ご参加いただいたみなさまに、刺激的で、かつ、温かさが感じられるとともに、「参加してよかった」「京都に来てよかった」と思ってもらえるようなプログラムを準備しております。

歴史ある京都でみなさまにお会いできますことを楽しみにしております。

第22回 日本小児がん看護学会学術集会

看護特別講演

座長：松岡 真里 三重大学大学院医学系研究科 看護学専攻 小児看護学分野

演者：佐藤 泰子 京都大学大学院人間・環境学研究科 忠犬ハチ公はなぜ待ち続けたのか 一生生きる意味は誰かとの間に^{あわい}一

第3回国際セミナー・看護教育講演

座長：平田 美佳 順天堂大学大学院医療看護学研究科

座長：村田 翔 川崎市立看護大学

演者：Jennifer W. Mack Dana-Farber Cancer Institute Shared decision-making in the care of children, adolescents, and young adults with advanced cancer

看護基調講演

小児がん病棟の子どもたち 一病棟社会における子どもと家族の「情景」、そしてナラティブからー

座長：竹之内直子 京都府立医科大学附属病院

演者：田代 順 ナラティブアプローチ研究室／対話ラボ 小児がん病棟の子どもたち 一病棟社会における子どもと家族の「情景」、そしてナラティブからー

看護シンポジウム

こどもとの対話 ～本当のこどもの「こえ」を聴けていますか～

座長：平田 美佳 順天堂大学大学院医療看護研究科

座長：岩崎由美子 地方独立行政法人京都市立病院機構京都市立病院

シンポジスト：副島 賢和 昭和大学大学院保健医療学研究科 「あのね、ほんとうはね」こころの声言葉になる

シンポジスト：奥野 七夢 知らない世界を僕は知ってしまった

シンポジスト：竹之内直子 京都府立医科大学附属病院 看護の視点から「こどものこえをきくこと」の意味を考える

ケア検討委員会企画 ワークショップ

こどものがん薬物療法における曝露対策～こどもの生活場面に着目した手引き～

司会：竹之内直子 京都府立医科大学附属病院

司会：白井 史 長野県立看護大学

JSPON学術推進委員会&第22回学術集合同企画ワークショップ

日々のもやもや、何とかしたい！看護師の声出し合いませんか ～リサーチカフェにおこしやす～

司会：白波瀬由美 京都府立医大附属病院

司会：井倉 千佳 三重大学医学部附属病院小児・AYAがんトータルケアセンター

教育委員会企画 教育セミナー

いまさら聞けない小児がんのこどもの放射線治療

座長：栗林 佑季 兵庫県立こども病院

演者：出水 祐介 神戸陽子線センター放射線治療科 看護師が知っておくべき小児がんの放射線治療

演者：古賀 貴文 兵庫県立がんセンター いまさら聞けない小児がんのこどもの放射線治療

二学会合同シンポジウム

未来を見守る小児がん医療：長期フォローアップと成人移行を考える

座長：南 博信 神戸大学大学院医学研究科 腫瘍・血液内科

座長：富岡 晶子 千葉大学大学院看護学研究院

シンポジスト：片岡 伸介 名古屋大学医学部附属病院 小児がんサバイバーの晩期合併症：JCCG大規模観察研究から

シンポジスト：南 博信 神戸大学大学院医学研究科 腫瘍・血液内科 小児がんサバイバーの長期フォローアップ体制：腫瘍内科医の立場から

シンポジスト：大濱江美子 大阪市立総合医療センター 小児がん患者の自立と社会参加に向けた寄り添いの支援

シンポジスト：笹木 忍 広島大学病院 小児がん長期フォローアップにおける看護支援

三団体合同公開シンポジウム

こどもたちが成長していく中での療養環境 ～こどもたちにとって何が大切？～

座長：足立 壯一 滋賀県立総合病院

座長：松岡 真里 三重大学大学院医学系研究科 看護学専攻 小児看護学分野

基調講演：大谷美紀子 大谷&パートナーズ法律事務所

シンポジスト：米田 光宏 国立成育医療研究センター外科・腫瘍外科／国立がん研究センター中央病院小児腫瘍外科

シンポジスト：山本 光映 聖路加国際病院

シンポジスト：平井志津佳

シンポジスト：板倉 京平 トヨタ記念病院 統合診療科

患者・家族企画プログラム

私たち(小児がん経験者)は、どう生きるか

モデレーター：井本 圭祐 小児がん経験者ネットワーク シェイクハンズ！/認定NPO法人にこスマ九州

モデレーター：舩本 大輔 小児がん経験者ネットワーク シェイクハンズ！/公益財団法人がんの子どもを守る会

モデレーター：浦野 正敬 小児がん経験者ネットワーク シェイクハンズ！/小児がん経験者の会 Fellow Tomorrow

巻 頭 言

2023年の第4期がん対策推進基本計画において、がん医療のなかで「緩和ケア」はすべての医療従事者が診断時から治療と併せて取り組むべきという趣旨が出されました。「小児・AYAがん世代のがん患者に対する支援」では、第3期がん対策推進基本計画に加えて、ライフステージに応じた療養環境への支援の重要性から、在宅での療養環境の整備や療養中の教育支援体制の整備、長期フォローアップや晚期合併症等の支援体制等の構築が必要とされています。あらたに「アピアランスケア」「意思決定支援等の取組」が加えられ、看護に求められている実践は、さらに多岐にわたり、かつ専門性が求められるようになりました。

2022年9月に北海道で開催された、第21回日本小児がん看護学会学術集会は、新型コロナウイルス感染対策が2類から5類に移行されたことを受け、現地開催に多くの方が参加され、小児がんの患者と家族に対する質の高いケアについて意見交換がなされました。本学会の学術推進委員会は、小児がんの子どもと家族を支援する看護職や関連する職種の方々が、学術活動を通じて知識や技術を得て支援に活かせること、そして日頃から学術活動とつながっていただけることを目的に活動しています。学術集会にご参加になった看護職や関係職種の方々が、子どもと家族によりよい支援を提供するために、多様で最新の知識・技術・学術的知見を得る機会としていただけることを目指して、この10年間セミナーを開催してきました。看護研究を通して、研究結果と看護の実践を関連させることで、さらに質の高い看護へと発展できると考えます。

2022年度より、小児がん看護を実践している方々の研究を支援したいと考え、「研究者と研究アドバイザーによる学術研究支援」として研究のサポートを開始しました。臨床で求める研究支援と研究を支援する研究者の立場の方々をマッチングすることで、看護研究に取り組みやすいサポートができればと考えています。日本小児がん看護学会雑誌に掲載された論文や、学術集会で報告される研究結果を拝読すると、さまざまな状況のなかで治療や療養を受ける子どもと家族の現象が明らかにされ、子ども自身もてる力を発揮し、今後の将来の生活に向けて整えていくことを支援する看護、家族への支援など、大変貴重な報告がなされています。これらの研究成果を共有できることは、小児がん看護をよりよいものにしたいと考える看護師にとって素晴らしい財産となります。

本学会ではこれからも皆様の研究を支援するとともに、“実践や研究の結集による知”が小児がん看護をより高く豊かにすることを願ひこれからも活動していきたいと考えております。

日本小児がん看護学会

学術推進委員会委員長 河 俣 あゆみ

小児がん看護 Vol.19 No.1 2024

— 目 次 —

第22回 学術集会について	松岡 真里	
巻 頭 言	河俣あゆみ	
原 著		
小児がん患者への長期フォローアップ支援の質向上を目指す病棟看護師の意識と実践 ：質的記述的研究	坂内 佳永他	7
思春期がん患者への予後に関する対話における看護実践のプロセス	高嶋希世子	18
研究報告		
小児がん（白血病）と診断された患児と家族に関わる看護師の思い	廣瀬寿美子他	28
小児がんの子どもの親が抱える不確かさに関する文献検討	中原 彩他	38
小児がんで入院している子どもの親への情報提供支援における看護師の工夫と困難感	橋本 浩子他	51
小児がんで入院中の中学生と高校生への看護における困難	前田 貴彦他	61
実践報告		
A病院における小児がん幼児の非鎮静下CT・MRI検査実現の要因 —医師・看護師からの面接調査より—	篠原 千寿他	72
理事会報告		82
日本小児がん看護学会 2023年度 総会議事録		84
役員・委員会名簿		87
日本小児がん看護学会 2023年度 会計報告		88
事業報告		91
特定非営利活動法人 日本小児がん看護学会定款		95
論文中の個人情報保護にかかわるガイドライン		102
投稿規定		103
査読者一覧		105
編集後記	小林 京子	105

Volume 19 Number 1 September 2024 ISSN

JOURNAL
OF
JAPANESE SOCIETY OF PEDIATRIC ONCOLOGY NURSING

Articles

Awareness and practices of ward nurses toward quality improvement of Long-term
Follow-up support for pediatric cancer patients: A qualitative descriptive study
..... Kae BANNAI, et al. 7

Process of Nursing Practice Concerning the Choice of Whether to Inform End-Stage
Adolescent Cancer Patients of Their Prognosis..... Kiyoko TAKASHIMA..... 18

Research Reports

Nurses' Thoughts on Children and Their Families Diagnosed with Childhood Cancer
..... Sumiko HIROSE, et al. 28

Uncertainty in parents of children with cancer: A literature review
..... Aya NAKAHARA, et al. 38

Nurse's ingenuity and difficulties in providing information for parents of hospitalized
children with cancer..... Hiroko HASHIMOTO, et al. 51

Difficulties experienced by nurses providing inpatient nursing care to pediatric cancer
patients who are junior high or high school students..... Takahiko MAEDA, et al. 61

Practical Report

Factors Contributing to the Success of CT and MRI Examinations without Sedation
for preschoolers with Childhood Cancer at Hospital A
—Based on Interviews with Doctors and Nurses— Chika IGURA, et al. 72

Articles of Incorporation 95

The Rules of Writing Articles 103

Editorial Notes..... Kyoko KOBAYASHI 105

 原 著

小児がん患者への長期フォローアップ支援の質向上を目指す 病棟看護師の意識と実践：質的記述的研究

Awareness and practices of ward nurses toward quality improvement of Long-term Follow-up support for pediatric cancer patients: A qualitative descriptive study

坂内 佳永 Kae BANNAI¹⁾

近田 藍 Ai CHIKADA²⁾

小野原明子 Akiko ONOHARA³⁾

竹之内沙弥香 Sayaka TAKENOUCHI²⁾

1) 京都大学医学部 人間健康科学科

Human Health Sciences, Faculty of Medicine, Kyoto University

2) 京都大学大学院医学研究科 人間健康科学系専攻 先端基盤看護科学講座 看護倫理学分野

Department of Nursing Ethics, Human Health Sciences, Graduate School of Medicine,

Kyoto University

3) 京都大学医学部附属病院 看護部

Department of Nursing, Kyoto University Hospital

要 旨

本研究の目的は、小児がん患者への長期フォローアップ支援に関する病棟看護師の意識と実践、実践のやりがいと困難感を探索することである。小児科病棟に勤務する看護師5名を対象に半構造化面接を実施し、質的帰納的に分析した。参加者から得られた254のコードを分析した結果、80のサブカテゴリー、11のカテゴリー、3つのテーマ【長期フォローアップにおける意識・認識】【長期フォローアップの実践と課題】【実践に影響を与える正と負の要因】が導出された。病棟看護師は、長期フォローアップ実践の基盤として、子どもの自律を促し、強みを活かしながら退院後のセルフケアを促す看護の重要性を認識していた。また、病棟看護師は困難感や障壁を乗り越える解決策を試行し、やりがいにつなげていた。長期フォローアップの質向上のために、病棟看護師が退院後の子どもの状況をタイムリーに把握して看護に反映させる、好循環を育む病棟―外来連携体制構築の重要性が示唆された。

Abstract

The aim of this study was to explore the attitudes and practices of ward nurses toward providing long-term follow-up support for pediatric cancer patients, as well as their perceptions of the rewards and challenges associated with this practice. Semi-structured interviews were conducted with five pediatric ward nurses, and qualitative content analysis was performed. After analyzing 254 codes obtained from the participants, 80 subcategories, 11 categories, and three themes [attitudes and perceptions in long-term follow-up], [long-term follow-up practices and challenges], and [positive and negative factors influencing practice] were identified. The participants recognized the importance of nursing care that promotes children's autonomy and encourages self-care after discharge, utilizing their strengths as the foundation for long-term follow-up practice. They also found satisfaction and motivation after trying solutions to overcome the difficulties and barriers associated with long-term follow-up. To improve the quality of long-term follow-up, the study suggested establishing a collaborative system between the ward and outpatient departments, which would facilitate timely communication and enable the nurses to incorporate the child's post-discharge situation into their nursing care.

キーワード：小児がん、小児がん経験者、長期フォローアップ、病棟看護師

Key words：pediatric cancer, childhood cancer survivors, long-term follow-up, ward nursing staff

I. 序章

我が国における小児がんの治療成績は向上し、多くの小児がんは治癒が期待できる病となった。現に小児がんの中でも最も罹患率の高い白血病患者の5年生存率は、88.0%と8割を大きく上回っている（国立研究開発法人国立がん研究センター, 2023）。医療の進歩により、小児がんを患った患者の多くがサバイバーとして思春期から成人期を迎える時代となり、国内のサバイバーは累計10万人を超えると推測される（富澤, 2022）。一方で、成人期を迎えた小児がんサバイバーの6～9割は何らかの晩期合併症や後遺症を有し、様々な身体的合併症や心理的・社会的適応不全を呈する者も存在する（石田, 2018）。

このため、小児がんの発症時から将来起こりうる晩期合併症や後遺症などを可能な限り予測し、サバイバーの個性や症状に合わせて成人診療科との連携の上、全人的ケアを長期的に継続できる体制が求められる。また、小児がんサバイバーに対して、原疾患の治療終了後の進学、就労、結婚、出産などライフステージに生じる心理的・社会的な課題への対応など、セルフケア能力を育む自立支援において継続的なフォローアップが必要とされている（富岡, 丸, 小川, 他, 2013）。これらの背景を受け、令和5年に閣議決定されたがん対策推進基本計画（第4期）では、小児がん患者の集約化に向けた連携病院の類型の見直しや、長期フォローアップに関する適切な連携体制の整備、ライフステージに応じた切れ目のない相談体制を構築することが盛り込まれた（厚生労働省, 2023）。

小児がん患者の長期フォローアップは、サバイバー自身の自己実現の幅を広げQOLの向上に大きく寄与すると言われている（小俣, 2019）が、臨床現場では子どもが病棟と外来で担当が変わってしまうことに抵抗を感じていることや看護師が長期フォローアップに関する教育を受ける機会の不足など様々な障壁により小児がんサバイバーのフォローアップは中断されており、看護師による長期フォローアップの実践は十分ではない（西岡, 2021）（白井, 竹之内, 内田, 他, 2023）。竹之内（2021）は、病棟看護師が治療後も見据えた視点を持って、長期フォローアップに際して患者の

ニーズに対応していく重要性を訴えており、切れ目のないフォローアップ体制の構築のためには、外来のみならず長期フォローアップの始点となる病棟の看護師による支援の充実も必要不可欠である。長期フォローアップではまず治療開始の時点から将来のことを考えた丁寧なインフォームドコンセントを行い、将来の晩期合併症に関しても前向きになれる配慮が必要となる（石田, 2018）。さらに診断や治療内容に関して十分な情報提供し、治療終了後も長期フォローアップが必要であることを認識してもらうことが必要であるとされており、これらの点において病棟看護師が役割を果たしていくことになる（石田, 2018）。これまでにわが国で病棟看護師を対象に実施した長期フォローアップ支援に関する調査の原著論文は僅かであり、富岡（2013）は、外来看護師と比較し、病棟看護師の方が現在の治療や身体状況に必要なセルフケア支援の実施率が高いと報告しているが、小児がん患者のケアに携わる病棟看護師の視点から、小児がん患者の長期フォローアップに対する意識や看護実践の実態に関する具体的な報告は限られている。実装可能な長期フォローアップの体制構築と、そこでの看護による有効な支援策を臨床看護師の識見に基づき検討することは喫緊の課題である。

そこで、本研究は、小児がん患者の看護に携わる病棟看護師が、長期フォローアップに対してどのような意識を持ってどのようなケアを実施しているかを調査した。

なお、本論文において長期フォローアップとは、小児がんの発症時から開始され、長期・継続的で包括的かつ生活に焦点の当てた家族を含めたケアであり、診断時から生涯にわたり、子どもの疾患や治療の影響に関連したニーズをよそくしながら、予防的に、また早期に対応されるべき支援、と定義する（日本小児がん看護学会, 2019）。

II. 研究方法

1. 対象者

小児科病棟にて小児がん患者の看護及び長期フォローアップ支援を実践する常勤看護師で、小児科病棟での勤務経験が3年以上の正看護師を本

表 1. 研究参加者の概要

ID	性別	看護師臨床経験（年）	小児看護臨床経験（年）	面談時間（分）
A氏	女	12	12	24
B氏	女	4	4	26
C氏	女	5	5	36
D氏	男	15	7	22
E氏	女	12	12	24

調査の対象とした。なお、本研究は日々患者にベッドサイドで接する看護師の視点や経験を把握することを目的としており、一般の看護師とは異なる職務内容や視点を持っている看護師長及び副師長等管理にたずさわる者は除外した。また詳細なデータ収集と分析が可能であり、研究の実現可能性が高まると考え、対象の目標人数は3名以上とした。そしてリクルートと並行して分析を進め、研究者間でカテゴリーの飽和が得られたと判断した時点で、リクルートを終了した。

2. 調査方法

京都大学医学部附属病院小児科病棟の看護師長に研究依頼を行い、適格基準を満たす対象の選択を依頼した。研究協力依頼の承諾の得られた看護師には、研究者が説明文書及び口頭説明により研究の概要を説明し、文書による同意を得た。予め質問用紙を配布し、所属、看護師経験年数、小児看護の経験年数を尋ねた。続けて、インタビューガイドに基づいて半構造化面接を実施し、はじめに研究内容の一貫性の担保のため長期フォローアップの定義について説明し、調査対象者が長期フォローアップに対してどのような意識を持ってどのようなケアを実施しているかについての語りを聴取した。調査は2023年9月から11月に実施し、インタビューの所要時間は、事前に質問事項を提示するなどの準備を行い、対象者の負担を軽減し、集中力が維持されやすく短時間でも質の高いデータが得られると想定して、1人30分程度を予定した。対象者の語りは同意を得てICレコーダーを用いて録音した。

3. 分析方法

インタビューで得られたデータから逐語録を作成し、質的内容分析法（Berelson, 1952）を用いて質的帰納的に分析した。逐語録において、小児がん患者への長期フォローアップに関する意識や実践に関する文章・段落に着目し、コード化、サブカテゴリー化、カテゴリー化を行った。さらにカテゴリーの抽象度が高くなるように修正・精錬を繰り返し、テーマを生成した。また、テーマが導きだされた逐語録の部分を読み返し、カテゴリー間の関係を模索しながらデータと照らし合わせ、その関係性を確認した。研究の全過程において、質的研究に精通した専門家から指導・助言を受け、分析内容の信用性の確保に努めた。

4. 倫理的配慮

本研究は京都大学医学部附属病院の看護研究審査会の承認を得て実施した（承認番号：23-011）。研究参加者には、自由意思による研究協力、研究参加撤回の権利、個人情報保護、厳重なデータの取り扱い、結果の公表、インタビューの録音について書面と口頭にて説明し、文書による同意を得た。また、データ収集後は、鍵のかかる保管場所にデータを保存した。さらに、分析の過程において個人が同定されないように、IDを付してデータを取り扱った。

Ⅲ. 結果

研究対象となった看護師は、女性4名、男性1名の合計5名であった（表1）。対象者の看護師としての平均臨床経験年数は9.6年で、小児科病棟での平均経験年数は8.0年で、面接時間は平均

27分（SD＝4.96）であった。

1. データの分析結果

研究対象者の語りを分析した結果、小児がん患者への長期フォローアップ支援に関する病棟看護師の意識と実践にまつわる構成要素は254のコード、80のサブカテゴリー、11のカテゴリーが抽出された。そして、【長期フォローアップにおける意識・認識】【長期フォローアップの実践と課題】【実践に影響を与える正と負の要因】の3つのテーマが導き出された。以下テーマは【 】, カテゴリーを〈 〉, サブカテゴリーを[]で示す（表2）。また各カテゴリー間の関係性を図1のように示した。

1) 【長期フォローアップにおける意識・認識】

このテーマは、〈子どものセルフケアを促す看護〉〈子どもの自律を尊重する看護〉〈子どもの強みを活かす看護〉の3カテゴリーで構成されており、病棟看護師が長期フォローアップの実践にあたり前提として持っている意識や具体的なケアの実施に関する意識・認識の語りであった。

小児がん患者を看護する病棟看護師は、病棟で実施する様々な長期フォローアップ支援の重要性を意識し、その根底に、[看護師は子どもが自分の病気を理解することの重要性を認識している][子ども主体で選択できるように意識している][子どもの強みを活かす看護支援を意識している]など、子どもの主体性を促す、患者のエンパワメントに関わる意識を持っていた。

さらに、対象者は、[子ども本人が継続できる服薬の方法を考える必要性を看護師は認識している][子どもの発達段階に応じた支援を意識している][復学支援にまつわるニーズを看護師が把握する必要性を認識している]といった具体的な支援に関する意識を多く語り、子どもの退院後の生活を見据えて、「服薬支援」「復学支援」などの重要性を認識していることも示された。一例を挙げると、子どもの自立の促進や発達段階に応じた支援に関する意識について、D氏は次のように語った。

「年代に応じた社会性っていうところはちょっと意識はして関わってるんですけど、何でもかん

でも付き添いの人とかがやっちゃってないとか。」（D氏）

2) 【長期フォローアップの実践と課題】

病棟看護師による長期フォローアップの臨床実践及び課題に関する本テーマは、〈服薬支援〉〈アピアランスケア〉〈周りへの伝え方に関する支援〉〈発達段階に応じた支援〉〈日常生活への復帰と復学支援〉の5カテゴリーで構成された。

このテーマでは、それぞれの具体的な看護支援の中で、病棟看護師が既に実践できていることに加えて、課題であると感じていることが語られた。アピアランスケアの実践に関して、A氏は次のように語った。

「ボディーイメージの変化などを一つのなんか紙芝居みたいな絵本みたいにして、友達たちに読んでもらうように一緒に作りました。お父さんと一緒に。」（A氏）

また、C氏は、長期フォローアップ支援全体に関する実践の実態と課題を次のように述べていた。

「やっぱりどうしても日々の中で治療とか内服とか、検査とか、そこが大事ではあるんですけど、そこに集中してしまうことが多いので、それで退院前にこれはどうかなとか、フォローが必要なところが結構出てくることが多くて。」（C氏）

3) 【実践に影響を与える正と負の要因】

長期フォローアップの看護実践に影響を及ぼす正と負の要因に関する本テーマは、〈長期フォローアップ実施に関する困難感・障壁〉〈長期フォローアップ実施に関する困難感・障壁を乗り越える要因〉〈やりがい〉の3つのカテゴリーで構成された。

ここでは、[長期フォローアップを病棟であまり実施できていないことが課題だと認識している]などの個人の課題から、[病棟看護師は退院後のフォローアップに関われないことに困難感を感じている]などの職場環境の障壁について語られた。一方で、多くの対象者は、課題や障壁を抱えながらも、[外来との連携で病棟での看護のフィードバックが得られる]経験や、[自身が実施した看護をまた次に活かす]といった自己の動機づけにより困難感・障壁を乗り越えようとして

おり、B氏からは次のような語りが得られた。
「何か困ったことあったら先輩とかに、相談してみたりとか。自分はこう思うんですけど、どう思いますかとか聞いてみたりとか。」(B氏)
さらに、これらの課題や障壁を乗り越えた先に「子どもが退院した後の様子を知れることでやりがいを感じられる」と、やりがいが増えることが示され、その点に関して次のような語りがあった。
「外来に入って元気に退院して順調な経過をたどっている子がいるということを病棟スタッフに

伝えることでスタッフのモチベーションをあげている。」(E氏)
「うちでどうですかとか聞いてみたりとか、何かこういうことに困っててとか、元気にしてますとか、なんかそういうの聞いてると嬉しい。」(C氏)
また【実践に影響を与える正と負の要因】のテーマ内において、〈困難感・障壁〉を抱えつつも、〈困難感・障壁を乗り越える要因〉によりそれらを克服し、〈やりがい〉に繋げている各カテゴリーの関係性を図に示す(図2)。

表2. 病棟看護師の長期フォローアップ支援への意識と実践

テーマ	カテゴリー	サブカテゴリー
長期フォローアップにおける意識・認識	子どものセルフケアを促す看護	看護師や保護者の介入が子どもの自立を妨げてしまうことを看護師は認識している
		退院に向けて看護師は子どもの自立を意識している
		看護師は子どもが自分の病気を理解することの重要性を認識している
		小児科では病気の説明の中心が保護者にあることを看護師は認識している
		子ども本人が継続できる服薬の方法を考える必要性を看護師は認識している
		看護師は入院中に内服のサポートが子どもの退院後の安心した生活に繋がることを認識している
		入院のタイミングで年齢が大きい子は治療に向き合えるように考える機会を作る必要性を看護師は認識している
		入院中子どもの日常生活が病院にあると看護師は認識している
	子どもの自律を尊重する看護	子ども主体で選択できるように意識している
		退院後の生活の支援に向けて本人の思いを知るようにしている
		子どもの思いを知ることがケアに繋がることを認識している
		看護師は本人の思いを尊重することの重要性を認識している
		子どもの思いを一番聞けるのは看護師であると認識している
		学童期以降の子どもは治療の説明を理解することができる年齢だと看護師は認識している
		子どもの発達段階に応じた支援を意識している
	子どもの強みを活かす看護	子どもの強みを活かす看護支援を意識している
		子どものモチベーションが上がる関わりを意識して実施している
		子どもの強みを引き出すことが病棟看護師の役割だと認識している
		看護師は子どもが今を楽しむことが大切であると認識している
		アピアランスの変化が子どもに及ぼす影響についての看護師は認識している
		退院後の周りの子どもの病気の受け入れが本人の生活において重要であると看護師は認識している
		周りの子への病気の伝え方に関する支援の必要性を認識している
		復学に向けて情報共有の重要性について看護師は認識している
		復学支援にまつわるニーズを看護師が把握する必要性を認識している
		復学の不安にまつわる保護者のニーズを看護師が認識している

テーマ	カテゴリー	サブカテゴリー
長期フォローアップの実践と課題	服薬支援	退院後を見据え子どもと家族が継続できる服薬支援を看護師が実施している
		看護師は小児がんの子どもの内服支援に重きを置いている
	アピアランスケア	看護師は子どものアピアランスケアに力を入れている
		アピアランスケアにまつわるニーズを看護師は把握している
		アピアランスに関連した支援に看護師は課題を感じている
	周りへの伝え方に関する支援	看護師は子どもの周りの子に病気のことを説明する支援に力を入れている
		子どもの周りの子への病気についての伝え方に関する支援のニーズを看護師が把握している
		周りの子への病気の周知に対する看護師はフォローの課題がある
	発達段階に応じた支援	看護師は発達段階を意識した説明を行う
		看護師は発達段階に応じて社会性を意識した関りをしている
		子どもの年齢が小さい場合看護師は病気のことを理解してもらうことに困難感を感じている
		子どもの強みを活かす看護支援を実施している
		看護師による小学生以上の長期フォローアップに課題がある
	日常生活への復帰と復学支援	復学支援の際は看護師としての視点を共有している
		看護師は子どもの学習状況把握のために保護者と連携している
		復学支援に関する子どもと保護者への支援を看護師が実施している
		子どもの主体性を活かした復学支援を実施している
		進学を伴う復学支援に看護師は困難感がある
		復学支援における在籍校への伝達に困難感がある
		看護師は子どもや保護者が退院後の生活を考える機会を持つようにしている
		退院後を意識した介入を実施している
		退院が近づいてから看護師は子どもの退院後の生活について考える
		看護師が早期に支援を開始することの重要性を認識している
		子どもの長期フォローアップのベースを作る必要性を認識している
		看護師は退院後の子どもの生活を考えた支援を実施することが課題であると認識している
		病棟看護師は子ども退院後の生活を想定することに困難感を感じている
実践に影響を与える正と負の要因	長期フォローアップ実施に関する困難感・障壁	長期フォローアップを病棟であまり実施できていないことが課題だと認識している
		看護師は一人で長期フォローアップに取り組むことに困難感がある
		病棟看護師による長期フォローアップ支援は退院間際になってしまう
		看護師は本人や保護者が退院後の生活を想像することに限界があることを認識している
		看護師は自分の看護のフィードバックが得られないことに困難感を感じている
		子どもの社会面や精神面のサポートができていないことを看護師は認識している
		看護師は入院中は子どもの治療のケアがメインになってしまうことに課題を感じている
		性に関する説明をすることに看護師は困難感を感じている
		病棟看護師は退院後のフォローアップに関われない
		看護師が入院中のすべてのことを把握することに困難感を感じている
		病棟での長期フォローアップ開始の時期が遅いと感じている

テーマ	カテゴリー	サブカテゴリー
実践に影響を与える正と負の要因	長期フォローアップ実施に関する困難感・障壁を乗り越える要因	自身が実施した看護をまた次に活かす
		子どもの退院支援に向けて看護師はチームで取り組む
		経験年数の低い看護師は先輩看護師に相談している
		先輩看護師からのアドバイスで看護の考え方を広げることができる
		看護師は退院した子どもに会うことで自分が実施した看護を振り返ることができる
		看護師間でも外来と病棟とで情報共有しフォローしていくことを意識している
		病棟と外来の連携はとれている
		病棟で得られた情報を外来に繋ぐことが大切であると認識している
		外来との連携で病棟での看護のフィードバックが得られる
		外来との連携で退院後の子どもの様子を知ることができる
		看護師は子どもとの関わりを多職種で情報共有している
		看護師は本人の思いを多職種で共有するようにしている
		看護師はがん相談支援室のスタッフに連携することがある
	やりがい	子どもが退院した後の様子を知れることでやりがいを感じられる
		看護師はプレパレーションの準備にやりがいを得られる
		元気になったサバイバーの様子を知ること看護師はモチベーションが上がる

長期フォローアップの実践と課題		<服薬支援>	<アピアランスケア>	<周りへ病気のことを伝える支援>	<発達段階に応じた支援>	<日常生活への復帰と復学支援>	【実践に影響を与える正と負の要因】
実践		・子どもの服薬支援に重きを置いている ・退院後も子どもと家族が継続可能な服薬支援を実施	・子どものアピアランスケアのニーズの把握 ・アピアランスケアに力を入れて実施している	・子どもの周りへの伝え方のニーズの把握	・子どもの発達段階を意識した説明を行っている ・子どもの社会性を意識した関わりを実施している	・子どもの主体性を活かした復学支援の実施 ・復学カンファレンスに向けて事前に準備 ・看護師としての立場からの情報共有	
		・退院後のフォローアップに繋がるように意識	・早期に開始する重要性を認識	・プレパレーションの実施にやりがいを感じる			
課題		・退院後の子どもの生活を想像することが困難	・看護師一人で取り組むことが困難	・身体面以外の社会面や精神面などのケアの実施が困難			
		・アピアランスケアの実践には困難感が伴う	・周りへ伝え方への支援に課題を感じている	・子どもが小さい場合病気のことを理解してもらうことが困難 ・小学生以上のフォローアップ介入に困難感	・進学を伴う場合の支援の実施 ・在籍校へのスムーズな伝達		

<子どものセルフケアを促す看護>

・看護師は子どもが病気を理解することの重要性を認識

・看護師や保護者の介入が子どもの自立を妨げてしまう可能性があることを認識

・子ども本人が継続できる服薬の方法を考える必要性を看護師は認識

<子どもの自律を尊重する看護>

・子どもが主体で選択できるように意識

・子どもの思いを一番聞けるのは病棟看護師であると認識

・看護師は本人の思いを尊重することの重要性を認識

・子どもの発達段階に応じた支援を意識

<子どもの強みを活かす看護>

・子どもの強みを活かす看護支援を意識

・子どものモチベーションが上がる関わりを意識

・復学支援にまつわるニーズを看護師が把握する必要性を認識

図 1. 長期フォローアップへの意識・認識および実践と課題

【 】, 〈 〉は表と対応しており、・はサブカテゴリーを一部抜粋している。

IV. 考察

本研究では、小児がん患者の看護にたずさわる病棟看護師の、長期フォローアップに対する意識

と実践、実践のやりがいと困難感を明らかにした。小児がん看護にたずさわる病棟看護師は、図 1 のように【長期フォローアップにおける意識・認識】を根底に持ちながら、【長期フォローアップの実践と課題】に対して【実践に影響を与える正と負の要因】を把握することにより、課題を解

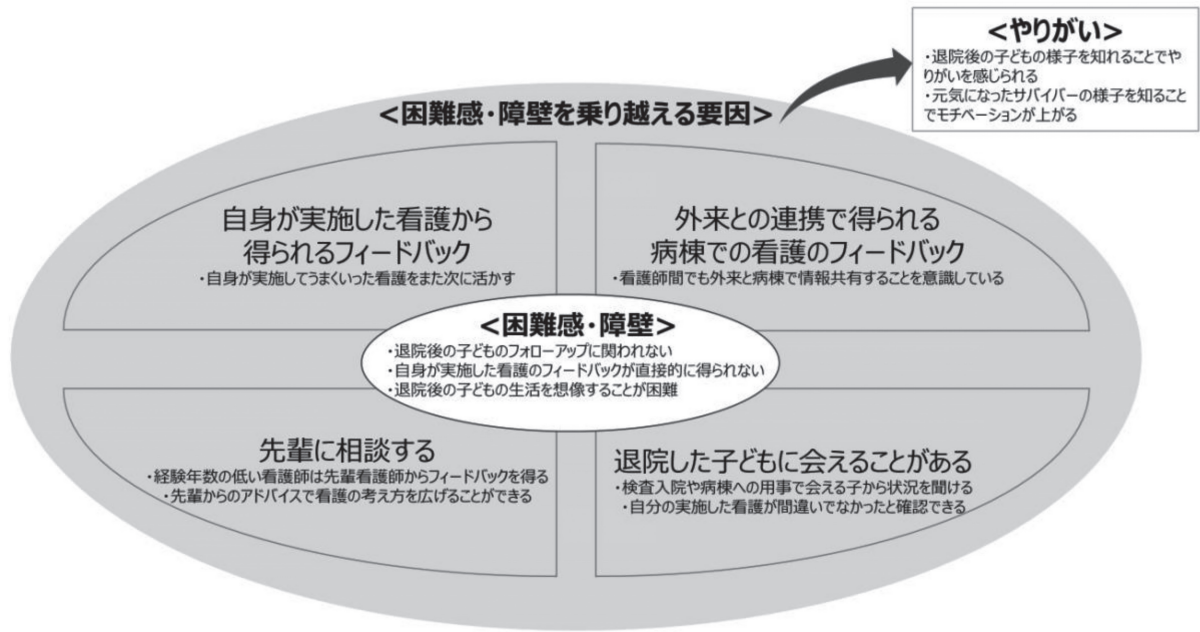


図2. 困難感・障壁を乗り越えやりがいにつながる要因

決して実践の質を向上させる方策を講じていたと考えられた。本研究により、小児がん患者への長期フォローアップに対して病棟看護師が直面している困難感や障壁を分析し、それらを乗り越えるための方策が提案されたことは重要な示唆であるとする。

1. 長期フォローアップに関する意識とその実践及び課題

小児科病棟で小児がん患者のケアにたずさわる看護師は、<子どものセルフケアを促す看護><子どもの自律を尊重する看護><子どもの強みを活かす看護>を、長期フォローアップ実践の重要な基盤として認識していることが示された。佐野ら(2023)は、小児がん経験者が必要な治療を継続的に受けることが自己の利益につながることを理解すると、不安解消のみならず、セルフケアが促進され、フォローアップ外来受診の習慣化につながると報告している。このため、本研究の参加者が注力していた、入院中の子どもの自律を促し、個々の強みを活かしながら、退院後の主体的なセルフケアと受診継続につなげる病棟看護師の教育的介入は、長期フォローアップの始点における看

護実践として非常に重要であるといえる。

小児がんサバイバーのセルフケアの積み重ねに関して、大地ら(2021)は、主体的に健康管理ができる児は、病気を理解し、入院生活や社会生活の対処を積み重ね、病気を肯定的に捉えて、青年期では主体的な社会生活を実現していたと報告している。本研究の参加者が、子どもの成長発達段階に応じて、自立、自律と主体性を促す看護の重要性を意識して実践に反映させていたことは、子どもが自身や病気を理解して主体的に健康管理するセルフケアを促進するための土台構築につながり、大切な認識であることが示唆された。

また、病棟看護師は、前述した長期フォローアップに関する高い認識に基づき、疾患の影響に関連した退院後の生活やニーズを予測しながら、〈服薬支援〉〈アピアランスケア〉〈周りへ病気のことを伝える支援〉〈発達段階に応じた支援〉〈日常生活への復帰と復学支援〉の5つの具体的支援を実践していた。同時に実践への課題や困難感も本研究を通して明らかになった。例えば〈周りへ病気のことを伝える支援〉では、多くの研究参加者がその支援の実施の必要性を認識して、子どもや家族からのそのニーズを把握していたにもかかわらず

ならず、実践に難しさを感じ適切に支援できない経験をして、意識と実践の間にギャップが生じていた。

2. 実践に影響を与える正と負の要因

先述の長期フォローアップに対する看護実践を促進させる要因、または意識と臨床実践の間にギャップを生じさせる要因として【実践に影響を与える正と負の要因】が明らかになった。まず、長期フォローアップの実践につながる正の要因として、看護師が長期フォローアップを病棟で早期に開始する重要性を認識していることや、プレパレーションにやりがいを感じ、率先してケアの実践をしていることがあげられた。この知見は、石田（2021）による、成人医療への移行体制整備に向けて、小児がん診断・治療開始時点から、将来のことを考え丁寧に対応し、早期から移行準備を進めることの重要性に関する主張と一致しており、研究参加者らは、高い意識を持って長期フォローアップにまつわる看護実践をしていることが明らかになった。

一方で、意識と実践の間にギャップを生じさせ、長期フォローアップの看護実践に及ぼす負の要因として、子どものニーズの把握の困難さが挙げられた。[病棟看護師は退院後のフォローアップに関われない] からもわかるように、病棟看護師が外来診療に従事する機会が制限されるため、退院後の児の様子をタイムリーに把握しづらい。病棟で実施した看護の適切性の評価や、改善策の検討に際して、看護実践のアウトカムがタイムリーに得られないことが、長期フォローアップにまつわる看護実践の大きな障壁として認識されていた。さらに、[病棟看護師は子ども退院後の生活を想定することに困難感を感じている] のように、看護師は子どもの退院後の長期フォローアップに対する多様なニーズを、入院中から予測して準備することに困難感を抱いていた。

図2のように病棟看護師は、子どもの入院中からの長期フォローアップ実践に対して困難感や障壁に直面しながらも、それらを乗り越える方策を個人レベル、チームレベル、部門レベルで多層にまたがって探索しており、解決に導く要因を最大

活用してやりがいにつなげていたこと、病棟看護師が、長期フォローアップに関する困難感や障壁を経験しながらも、打開策の模索と改善策の試行するたゆまぬ努力により、やりがいや動機を見出すという次のレベルに昇華させる力を発揮していることを明らかにした本結果は、特筆すべき知見といえる。

本研究参加者は、困難感・障壁を乗り越えるために[自身が実施した看護から得られるフィードバック]、[外来との連携で得られる病棟での看護のフィードバック]を受けたり、[退院した子どもに会えることがある]ことを励みにしたりしていた。服部ら（2021）が、看護職は支援の必要性が分かっているにもかかわらず、入院期間中にできる支援は限られ、将来にわたる継続支援ができないことに葛藤することがあるとする通り、病棟看護師には実施できる支援の範囲には限りがある。しかしながら、退院後の子どもの人生に大きな影響を及ぼし得る長期フォローアップの土台を築くことは、病棟看護師に課された大事なタスクである。子どもの入院生活において多くの時間を共にする看護師には、今後の生活について一緒に考える機会を持つことや、必要な時に必要なサポートが得られるよう、継続的な話し合いが可能となる体制作りの役割が求められている（服部、山本、布施、他、2021）。未来を見据えた適切なサポートは、日常生活の円滑化と連動し、さらに入院時からの医療者との信頼関係構築は、困難発生時に相談する力を醸成し子ども自身の自己実現の幅が大きく広がることにつながるため（小俣、2018）、病棟看護師として<困難感・障壁を乗り越える要因>に示された多面からのフィードバックを上手に活かすことで、長期フォローアップに大きく貢献することができると考えられる。

さらに、既存研究において、退院後に児が主体的な受診行動を中断してしまう要因に、医療者の晩期合併症と定期受診の必要性に関する知識・説明不足と、児と一緒に戦った仲間ではない医療者を受診することへの抵抗感が挙げられると指摘されている（小林、小島、2019）（丸、富岡、中尾、他、2013）。本研究参加者は、晩期合併症と定期受診の必要性に関する知識を有していたが、入院中の

児へのフォローアップ継続の重要性に関する教育的介入並びに、外来受診する児が病棟看護師に接する機会の増加は、さらに強調されるべき点であろう。このためには、勤務形態などによる環境の制約をミニマイズし、長期フォローアップ支援の<困難感・障壁を乗り越える要因>を病棟看護師および外来看護師が共有して自身の実践に適用できることが望まれる。それにより病棟看護師が退院後の児の特有のニーズや、自身の看護が児に与えた影響をタイムリーに把握できるようになり、病棟と外来の双方の看護の質向上の好循環を育む病棟－外来連携体制の構築につながると考える。

V. 本研究の限界と今後の課題

本研究で明らかにした病棟看護師による小児がん患者の長期フォローアップに関する、意識と実践、実践におけるやりがいと困難感は、都市部の大学病院1施設の対象から得られた知見であり、全てを包含しているとは言い難く、本研究結果の適用範囲については制約がある。今後は、異なる規模及び地域の医療施設にも対象を拡大することで、より広い視点で捉え、日本の小児がん看護における長期フォローアップ支援の改善策に資する示唆を得ることが課題である。

VI. 結論

本研究では、小児科病棟の看護師による小児がん患者への長期フォローアップに対する意識と実践、実践のやりがいと困難感について、病棟看護師から得られた254のコードを分析した結果、80のサブカテゴリー、11のカテゴリー、3つのテーマ【長期フォローアップにおける意識・認識】【長期フォローアップの実践と課題】【実践に影響を与える正と負の要因】が明らかになった。本研究により、小児がん患者への長期フォローアップに対して病棟看護師が直面している障壁を分析し、それらを乗り越えるための改善策が提案されたことは、重要な示唆であると考えられる。今後は、病棟看護師が退院後の子どもの状況をタイムリーに把握して看護の質向上に反映させられるような、好循環を育む病棟－外来連携体制の構築に資する更なる検討が必要である。

謝辞

本研究を実施するにあたり、ご協力いただきました研究協力施設の看護師の皆様にご心よりお礼申し上げます。

参考文献

- Berelson, B. (1952). Content Analysis in Communication Research, Free Press.
- 畑江郁子, 三国久美, 加藤依子. (2017). 小児がん体験者の退院後の生活と看護支援に関する文献検討. 北海道医療大学看護福祉学部学会誌, 13(1), 43-48.
- 服部佐知子, 山本真実, 布施恵, 他. (2021). がんを患うAYA世代の人々への支援において看護職が心がけていることと困難さ. 岐阜県立看護大学紀要, 21(1), 27-36.
- 石田雅美. (2021). 小児がん経験者が小児医療から成人医療へ移行する過程における体験. 小児保健研究, 80(3), 388-395.
- 石田也寸志. (2018). 小児がん経験者のフォローアップに関する問題点. 日本小児血液・がん学会雑誌, 55(2), 141-147.
- 小林幹紘, 小島ひで子. (2019). 小児がん経験者の長期フォローアップにおける主体的な受診行動プロセスの障壁となる要因. 小児がん看護, 14(1), 7-17.
- 国立研究開発法人国立がん研究センター. (2023). がん情報サービス：小児がんの患者数（がん統計）. 令和5年12月2日アクセス, https://ganjoho.jp/public/life_stage/child/patients.html
- 厚生労働省. (2023). がん対策推進基本計画（第4期）. 令和5年12月2日アクセス, <https://www.mhlw.go.jp/content/10901000/001091843.pdf>
- 丸光恵, 富岡晶子, 中尾秀子, 他. (2013). 小児がん長期フォローアップに関する看護の現状と看護に困難を感じた事例の実際外来・病棟看護管理者を対象として. 日本小児血液・がん学会雑誌, 50(2), 203-211.
- 西岡英菜. (2021). AYA世代がんサバイバーの看護に関する文献検討. 兵庫県立大学看護学部・地域ケア開発研究所紀要, 28, 49-63.

大池真樹, 武田淳子, 小野幸子, 他. (2021). 青年期にある小児がんサバイバーのセルフケアと青年期に至るまでの病気体験ならびにセルフケアの積み重ね. 小児保健研究, 80(1), 29-37.

小俣智子. (2019). 小児がんおよびAYAがん患者の長期フォローアップの現状と展望長期フォローアップ体制整備事業の開始を受けて長期フォローアップに求める支援小児がん患者からのシフトチェンジ. 日本小児血液・がん学会雑誌, 55(5), 393-397.

佐野唯, 中村伸枝, 佐藤奈保. (2023). 長期フォローアップ受診における小児がん経験者の判断と行動化の過程. 千葉看護学会会誌, 28(2), 49-59.

白井史, 内田雅代, 竹之内直子, 平田美佳, 足立美紀, 高橋百合子, & 竹内幸江. (2023). 小児がん

の子どもと家族へのケアの重要性と実践に関する看護師の認識『小児がん看護ケアガイドライン2012』の評価と改訂をめざして. 小児がん看護, 18(1), 33-44. 75.

竹之内直子. (2021). 看護サイドからみた小児・AYA世代のがんの長期フォローアップ: LCAS研修会への期待と実践における課題. 日本小児血液・がん学会雑誌, 58(5), 399-404.

富岡晶子, 丸光恵, 小川順子, 他. (2013). 小児がん経験者の看護に関する看護師の認識と実態. 日本小児血液・がん学会雑誌, 212-210.

日本小児がん看護学会. (2019). 小児がん看護ケアガイドライン2018.

富澤大輔. (2022). 成人期における主な小児期発症疾患の病態・管理: 血液・悪性腫瘍Childhood CancerSurvivor. 小児内科, 54(9), 1579-1584.

原 著

思春期がん患者への予後に関する対話における 看護実践のプロセス

Process of nursing practice concerning the choice of whether to inform end-stage
adolescent cancer patients of their prognosis

高嶋希世子 Kiyoko TAKASHIMA

武蔵野大学 看護学部

Faculty of Nursing, Musashino University

要 旨

目的：本研究は終末期にある思春期がん患者に予後を伝える、又は伝えないに関わる看護実践のプロセスを明らかにした。

方法：看護師11名に半構造化面接を実施し、グラウンデッド・セオリー・アプローチを用いて分析した。

結果：看護師は〈患者の最善にせまるための思考〉をとれるようになると、〈このままで良いのかというモヤモヤ〉を抱き、看護師間で共有していた。そして、〈対話に向けた親と医療者との相談と覚悟〉ができると〈予後に関する対話〉が可能となり、〈患者の希望の尊重〉に至った。一方で、対話をしなくても、最期の時まで患者の希望を叶えられると看護師間で合意がなされる場合は〈予後に関する対話をしない〉に至った。

結論：このままで良いのかというモヤモヤが動機となり、親も医療者も患者を支える覚悟ができると、予後に関する対話を行えた。

Abstract

Objective: The present study aimed to elucidate the process of nursing practice concerning the choice of whether to inform end-stage adolescent cancer patients of their prognosis.

Methods: Semi-structured interviews were conducted on a total of 11 nurses, and the data were analyzed using the grounded theory approach.

Results: Once nurses became able to engage in “thinking about what is best for the patient”, they developed “uneasiness about whether the status quo was appropriate”, and shared their concerns with other nurses. Following “consultations with the patient’s parents and health care provider in preparation for talking to the patient, and the associated mental preparation”, nurses were able to “talk to the patient about the prognosis”, and came to “respect the patient’s wishes”. Conversely, in cases in which nurses agreed among themselves that the patient’s wishes could be honored until the end of life without having a conversation with the patient, nurses chose to “not talk to the patient about the prognosis”.

Conclusion: Nurses were able to talk to patients about their prognosis in cases in which they felt uneasy about whether the status quo was appropriate, and in which the patient’s parents and health care provider were also able to mentally prepare themselves to support the patient.

キーワード：思春期、小児がん、予後告知、看護師、覚悟

Key words : adolescence, childhood cancer, prognosis, nurse, mental preparation

I. はじめに

我が国の小児がん患者の10年生存率は70～80%に達し (Ito et al, 2014)、治療技術の進歩に伴い長期生存が可能となっている。また、長年、小児がんは5歳以降の病気による死因の1位であるものの、0～19歳の子どものがんによる年間の死者数は約400人で、全年代のがんによる年間の死者数の約39万人と比べると、0.1%ほどの割合で少数である (厚生労働省, 2023)。そのため、小児がん患者の終末期ケアの経験は蓄積しにくい。くわえて、子どもは様々な発達段階にあること、家族背景が多様であることも小児がん患者の終末期ケアを困難にさせている (名古屋ら, 2014)。

一方で、小児がん患者が良い死を迎えるために必要なことの1つに、患者の意思決定の尊重が挙げられている (Ito et al, 2015)。また、米国での調査では、小児がん患者が終末期をどのように過ごすかの意思決定には、治療によるがんの根治は難しく、死が避けられないことを伝える、予後の告知は必須であるという報告がある (McSherry et al, 2007)。日本で行われた、小児がん患者と小児がん経験者へのアンケート調査でも、90%近くが予後の開示を希望していることが報告されている (Hirano et al, 2019)。しかし、日本での予後告知の実施率は依然として低い (Yoshida et al, 2018) のは、日本を含む東洋文化が曖昧さや他律性を重視し、死をタブー視する価値観が根強いことが理由として挙げられる (平田ら, 2020)。看護師も、予後告知の必要性を感じているが、行われない状況に葛藤を抱えていることが分かっている (名古屋ら, 2013; 野中ら, 2000)。

このような状況を打開する方策を見出すために、看護師を含む医療者を対象とした面接調査から、予後告知に至る場合の要因 (佐々木, 2017)、又は予後告知に至らない場合の要因 (Yoshida, 2014) を明らかにしている。しかし、予後伝える、又は伝えないに関わるプロセスは明らかとなっていない。また、予後告知に至る場合、至らない場合どちらも、複数の要因が関連して生じていると推測されるが、その複数の要因に対して、看護師はどのような看護実践をしているのかは明らかになっていない。

そこで、終末期にある思春期がん患者に予後伝える、又は伝えないに関する看護実践のプロセスを明らかにすることを目的に本研究を行った。本研究では特に、多くの小児がん治療医が他の年代よりも、予後告知をすべきだと捉えているにもかかわらず、実際にはできていない (Yoshida et al, 2018) という思春期がん患者に焦点を当てた。看護実践のプロセスを概念として明らかにすることで、前述の通り、予後告知の必要性を感じているものの、行われない状況に葛藤を抱えている看護師たち (名古屋ら, 2013; 野中ら, 2000) の実践への示唆に繋がると考える。

II. 研究方法

1. 研究デザイン

質的記述研究デザインとした。

2. 研究協力者

終末期にある思春期がん患者に対する支援を行った経験がある看護師を研究協力者とした。2017年当時の全国の小児がん拠点病院15施設、小児血液・がん専門医の研修施設107施設の看護部長に、研究協力者の紹介を依頼し、研究の趣旨を説明した後に同意の得られた看護師を研究協力者とした。研究協力者数の確保が難しいことを考慮し、実践数や看護師経験年数の制限は設けなかった。

3. データ収集方法

2017年2月から2018年2月にかけて、半構造化面接を研究協力者ごとに1回実施した。同意を得てICレコーダーに録音を行い、逐語録を作成した。研究協力者には、予後伝える、又は伝えないことに関する出来事について、思春期がん患者と家族への働きかけ、患者と家族の反応、他の医療者とのやり取りを具体的に語ってもらい、適宜質問した。面接前に思春期の定義を行わず、研究協力者が思春期がん患者をどのように捉えているかも語ってもらった。

4. データ分析方法

グラウンデッド・セオリー・アプローチ (戈木,

表1. 研究協力者の属性

	病院	面接当時の所属	看護師以外の資格	看護師経験年数	小児がん看護 経験年数
A	総合病院	病棟	—	11年	10年
B	総合病院	病棟・外来	小児看護専門看護師	20年	10年
C	大学病院	病棟	—	3年	3年
D	大学病院	病棟	—	10年	6年
E	大学病院	病棟	—	4年	4年
F	小児専門病院	外来	小児看護専門看護師	13年	9年
G	大学病院	サポートチーム	—	12年	6年
H	大学病院	病棟	—	10年	5年
I	大学病院	病棟	小児看護専門看護師	11年	11年
J	大学病院	病棟	小児看護専門看護師	10年	10年
K	大学病院	病棟	—	22年	5年

2013)を用いて分析を行った。分析の全ての段階で事例内・事例間の比較やアイデアとの比較を行うことで、データへの感受性を高め、プロパティ(物事を見る時の視点)とディメンション(プロパティから見た時の位置づけ)を増やすように努めた。また、確認可能性の確保のため、小児看護学と質的研究法を専門とする研究者のスーパーバイズを受けた。分析手順の詳細は以下の通りである。

- 1) 逐語録を読み込み、内容毎に切片化した。
- 2) 切片ごとにプロパティとディメンションを抽出し、それらをもとにラベル名を付けた。
- 3) 類似した切片をカテゴリー(以下〈 〉で示す)にまとめ、カテゴリーごとのプロパティとディメンションを整理し、カテゴリー名を付けた。
- 4) プロパティとディメンションを用いてカテゴリー同士の関連を検討した。
- 5) 研究協力者ごとに1)～4)の作業を行い、その後、類似するカテゴリーを統合し、プロパティとディメンションを用いてカテゴリー同士の関連を説明するカテゴリー関連図とストーリーラインを作成した。
- 6) カテゴリー関連図とストーリーラインについて逐語録と齟齬がないかを確認した。

6. 倫理的配慮

本研究は、首都大学東京荒川キャンパス研究倫理委員会の承認を得た(承認番号:16014)。研究協力者には、研究の趣旨、研究参加の自由意思、同意撤回の権利、プライバシーと個人情報の保護、結果の公表、データの管理と破棄方法について、口頭と文書で説明し、同意書への署名を得た。面接の内容は死別体験も含まれるため、精神的苦痛が生じる可能性があること、答えたくない質問には答えなくて良いこと、面接中に体調が悪くなった場合は中止できることも研究協力者に説明し、面接中は上記の点を十分配慮した。

Ⅲ. 結果

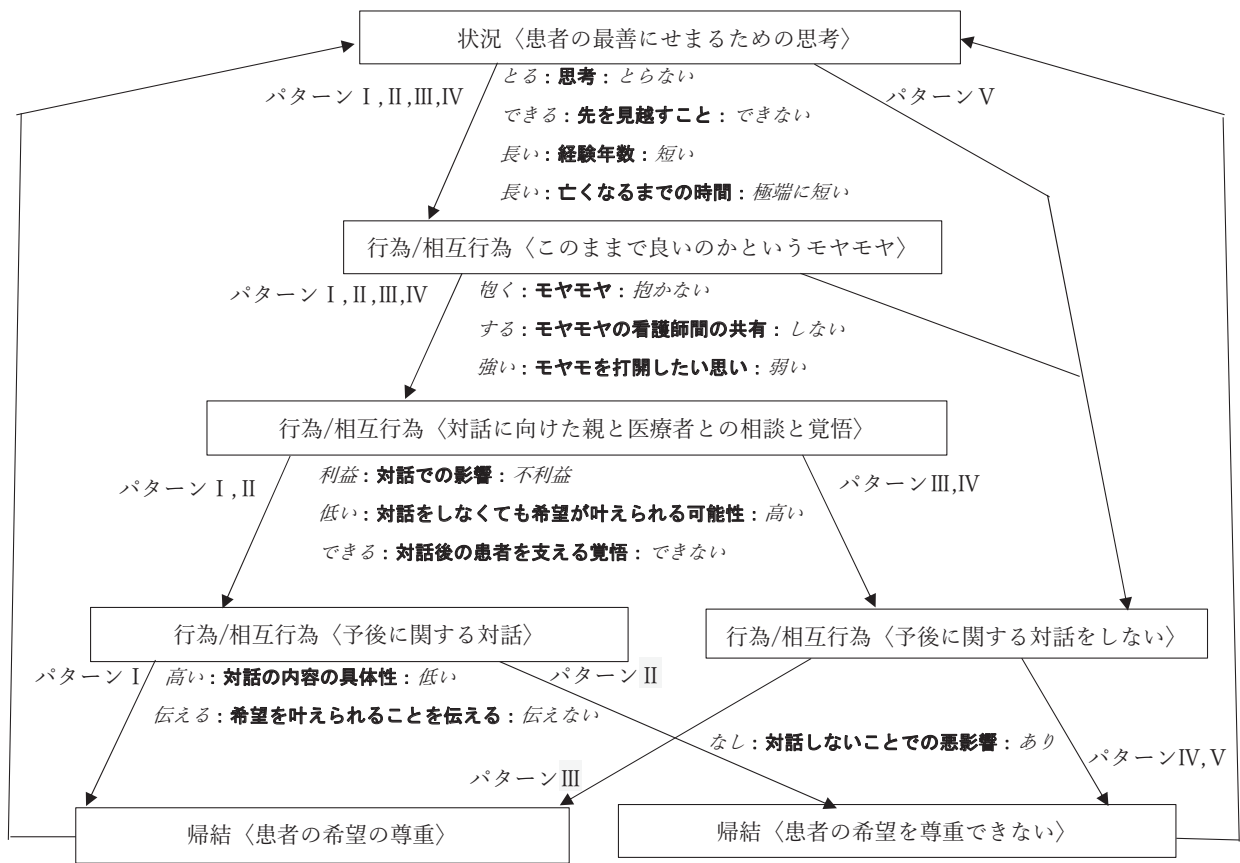
1. 研究協力者

研究協力者は、7施設の看護部長からの紹介により同意の得られた看護師11名(A～K氏)であり、詳細は表1に示した。研究協力者の語りに登場した思春期がん患者は小学校高学年から高校生までであった。

2. カテゴリー同士の関連

1) カテゴリー関連図

終末期にある思春期がん患者に予後伝える、又は伝えないことに関する看護実践のプロセスとして、〈患者の最善にせまるための思考〉〈こ



〈 〉はカテゴリー名、カテゴリーの下ゴシック体は主要なプロパティと、斜字はそれに対応したディメンションである。
本研究より明らかとなったことは、矢印が2本に分かれる条件がいくつかあることであり、全てのディメンションが揃わないと、次のカテゴリーに進まないというわけではなかった。

図1. 終末期にある思春期がん患者に予後伝える、又は伝えないに関する看護実践のプロセス

のままで良いのかというモヤモヤ〉〈対話に向けた親と医療者との相談と覚悟〉〈予後に関する対話〉〈予後に関する対話をしない〉〈患者の希望の尊重〉〈患者の希望を尊重できない〉の7カテゴリーが抽出された。そして、プロセスとしてⅠ～Ⅴの5つのパターンがあり、1人の患者に対してパターンⅡ・Ⅳの後にパターンⅠをたどる場合もあることが明らかとなった。カテゴリー同士の関連とパターンを図1に示した。

2) ストーリーライン

看護師は〈患者の最善にせまるための思考〉をとれるようになると、〈このままで良いのかというモヤモヤ〉を抱き、そのモヤモヤを看護師間で共有していた。モヤモヤを感じる状況を打開する

ためには予後に関する対話が必要であると考え、〈対話に向けた親と医療者との相談と覚悟〉を行っていた。相談し、親も医療者も対話後の患者を支える覚悟ができると〈予後に関する対話〉に至った。対話の内容が具体的で、患者の希望を叶えられることを伝えられた後に希望に関する情報を集めて〈患者の希望を尊重〉することができた(パターンⅠ)。しかし、〈予後に関する対話〉にて、内容が具体性に欠いていたり、希望を叶えられることを伝えていなかったりすると、〈患者の希望を尊重できなかった〉(パターンⅡ)。
さらに、〈対話に向けた親と医療者との相談と覚悟〉において、対話することで患者に不利益が生じる場合、対話をしなくても最期の時まで患者

の希望を叶えられると推測される場合には、〈予後に関する対話をしない〉と看護師間で合意することもあった。この場合は対話しないことでの悪影響がなく、患者の希望に関する情報集め、〈患者の希望の尊重〉に至っていた（パターンⅢ）。しかし、〈対話に向けた親と医療者との相談と覚悟〉にて、親と医療者が対話後の患者を支えることへの覚悟を持ってないと、〈予後に関する対話をしない〉となり、対話しないことでの悪影響も生じて〈患者の希望を尊重できない〉に至っていた（パターンⅣ）。

また、看護師の経験年数が短く先を見越せないような状況、病状が悪くて亡くなるまでの時間が極端に短い場合、〈患者の最善にせまるための思考〉がとれなかったり、〈このままで良いのかというモヤモヤ〉を抱けなかったり、又は抱いても看護師間で共有できるような体制がなかったりする場合には、〈予後に関する対話をしない〉で、〈患者の希望を尊重できない〉まま、患者が亡くなっていた（パターンⅤ）。

3. 各カテゴリーの詳細

語りを引用した箇所は「 」を付け、**ゴシック体**で示し、意味が通じない部分は（ ）で補足する。A氏の語りに登場した患者をaさんというように、研究協力者と対応した小文字のアルファベットで表記する。

1) 〈患者の最善にせまるための思考〉

終末期にある思春期がん患者に対して、残された時間に限りがあると先を見越し、今の状況で可能な、患者の最善について考えている看護師がいた。考えるためには、患者の病状に対する理解状況や現在の思いを知る必要があったが、終末期にあることをまだ知らない患者には直接聞きづらかった。くわえて、思春期という世代は言語化を苦手とするため、知ることが難しかった。そこで、看護師は、患者の理解状況や思いに思考を巡らすことしかできなかった。H氏が「**推測はあくまで推測なので、本人の思いって本人に聞かないと分からないと思っているので**」と語ったように、決めつけるのではなく、患者のこれまでの発言や特性からの推測と捉える謙虚さを持っていた。ま

た、最期だからこそ何かをしてあげたいという看護師本位の願いにとらわれてはいけなと自身を戒めて、患者の最善にせまろうとしていた。

このような〈患者の最善にせまるための思考〉をする力は経験によって獲得していた。F氏の場合は、専門看護師の資格修得のための実習での経験から、〈患者の最善にせまるための思考〉をとるようになったと語った。終末期でも思春期でもなかったが、家庭環境が複雑で大人を信用していなかった患者fさんを受け持った際に、「**この子の思考はどうなっているんだろうとか、なんで、こんなふうになっちゃったんだろうというのはたぶん、その子ですごく悩んで**」いた。fさんの言動の表面ではなく、言動の原因を考え、問題の本質を見極めようとしていた。この経験からF氏は、終末期にある思春期患者の最善にせまる際も、患者の様々な場面での発言や行動を振り返っていた。一方で、経験年数が浅い頃は、患者の最善にせまるための思考をとれていなかった。

2) 〈このままで良いのかというモヤモヤ〉

このままで良いのかというモヤモヤを抱き、そのモヤモヤを看護師間で共有している看護師がいた。モヤモヤを感じていたことの1つは、患者が思いを表出していないことであった。患者からの直接的な発言が無くても、予後を認識しているのではないかと推測していた。しかし、予後に関する不安を抱いていても、言わないことで精神を保っている場合や、親を気遣って不安を表出しない場合があり、これらの状況に対してこのままで良いのかという思いになり、予後に関する対話の必要性を考えている看護師がいた。

さらに、モヤモヤを感じていたことには、病状を理解していないことが挙げられ、E氏は「**(患者が) 理解してなかったりとかしてまゝ、治るっていう頭ですと治療を進めていって。やっぱりそうするとちょっと(医療者と)ズレが生じてくるというか、なんかこうそうですね、発言とかも家に帰ってサッカーしたいとか。こう治ったらこれこれしたいとか**」と語った。医療者が治癒を目指す段階ではないと考えている時期に、患者は治癒を目指す気持ちが強く、治癒後の希望を話しており、患者と医療者の病状の理解にズレが生

じていた。予後に関する対話が行われれば、正しい病状を知ること、患者の希望の内容は変わってくるとE氏は考えていた。

その他にも、医師が治すことを重視しており、強い治療以外の選択肢を提案しないこと、若しくは親の意向だけが尊重されることに対しても、〈このままで良いのかというモヤモヤ〉を抱く看護師がいた。看護師はモヤモヤを感じる状況を打開するため、予後に関する対話が必要であると考えていた。一方で、経験年数の浅い頃はこのままで良いのかというモヤモヤを抱かなかったり、抱いたモヤモヤを打開しようとまずは看護師間で共有するまでに至らなかつたりした。また、看護師間で共有する体制が整っていないこともあった。

3) 〈対話に向けた親と医療者との相談と覚悟〉

患者と予後に関する対話を行うには、まず医療者と親とで相談する必要があった。医療者が親に治療が難しいことを説明し、患者との予後に関する対話の可否と、対話を行う場合の時期、内容、参加者を相談していた。D氏は相談を必要と捉え、「ワンクッションをおくことでまあ、お父さん、お母さんもちっと（予後が短いことの）話を聞いて受け入れてもらった後に、本人に（話しに）行くことによってまあ、本人を少しでも支援できる人が増えるのかな」と語った。親と子同時に予後に関する対話を始めると、親も衝撃を受けて、患者を支えられないと考えていた。終末期にある思春期患者への支援は難しさを伴うため、患者を支える人数を確保しようとしていた。そして、親が、対話後に患者を支えていく覚悟を持つだけでなく、A氏が「言うからには多分こっちのフォロー体制もしっかりしないとイケないんだろ うなっていう感じはちょっと思いながらだった」と語ったように、医療者の間でも対話後の支援に関する覚悟を持つようにしていた。

一方で、相談の結果、あえて予後について話さなくても、最期まで患者の希望を叶えられると医療者間で共通認識があり、予後に関する対話をしないと判断する場合があった。C氏は、思春期の患者は自分の状況を理解できるため、予後を伝えるべきという意見を持っていた。看護師間でcさんに予後を伝える必要があるか検討した際のこと

をC氏は「本人に伝えた方がいいんじゃないかって思うっていうことを言ったんですけど。でも、じゃあ伝えて、その子の目標って何が変わるのかって（別の看護師に）言われて」と語った。これにより、C氏は自己の考えを見直した。予後を伝えなくても、cさんは今まで通り、院内学級に通え、好きな物語の執筆ができて、飼っている猫にも会える生活が続けられる可能性が高いと考えられたため、予後を伝えないことの合意が看護師間でなされた。

また、相談の結果、両親又は片方の親が対話に反対の意向を示して覚悟を持っていない場合があった。これは、我が子に不安を与えたくない、最期まで前向きでいてほしい、両親自身が治療の可能性を諦めたくないという理由からであった。そこで、本当のことを言わないと患者は納得しないと伝え、親の意向を変えるように説得する場合があった。一方で、I氏が「お母さんたちはどうしてそうやって（予後について）言ってほしくないかということをまずは聞いて、そこのケアをしながら」と語ったように、親の考えをよく聞き、なぜ、対話に反対しているのかを考えているかを推測しながら、親の不安を支えようとしていた。その結果、親の不安が和らぎ、対話後の患者を支える覚悟ができる場合もあった。

4) 〈予後に関する対話〉

医師又は親が患者に対して、病気を治せないこと、近いうちに亡くなることを説明するだけでなく、このような状況にあっても病気とうまく付き合おうと語りかけ、苦痛を取り除く方法があること、患者の希望を叶えられること、生きる時間を大切にしてほしいことも付け加えられた。対話前に人間不信に陥っていたり、我慢を強いられていたりした患者は真剣に話を聞き、対話後は穏やかになった。また、E氏が語ったeさんは、対話前に病状を理解していなかったため、対話中から泣き始め、その後も部屋で泣き続けた。対話の場と同席していた看護師のE氏は当時、2年目と経験が浅かったため、患者への声のかけ方から戸惑いがあったが、「とりあえず乗り越えたいというか、そのIC（インフォームド・コンセント）は乗り越えて」と語ったように、前向きかつ必死に対応

していた。患者の話聞くこと、患者から出てきた質問に答えること、あえてたわいもない話をするををしていたが、自分だけでは難しいと判断すると、準夜勤の時間帯で看護師の数も少ないため、心理士の協力も仰いだ。その後も対話を繰り返すことで、eさんは予後についての理解を示していた。

5) 〈予後に関する対話をしない〉

〈予後に関する対話をしない〉には2つの場合があり、1つ目は、予後に関する対話をしないが、しないことでの悪影響がなく、対話をしなくてもできることがあると看護師は捉えていて、〈患者の希望の尊重〉に進んでいる場合であった。

もう1つは、予後に関する対話をせず、また、予後を悟られるようなことを徹底して行わない場合で、〈患者の希望を尊重できない〉に進んでいた。このような場合について、予後の悪さを伝えた経験のない医師と働くA氏は、予後が悪いなかで造血幹細胞移植を行う予定の患者aさんが、移植前の外泊に消極的な姿勢を示し、退院してから弟に会うと話した出来事について、「**やっぱり（私が外泊を）推す、推せないですね。なんかそこを推していくっていうことに、（患者が）なんかおかしいなとも思うだろうし**」と語った。ここで外泊を強く勧めると、患者が予後の悪さに勘づいてしまうのではないかと、勧めることを躊躇した。しかしその後、弟と会えないままaさんは亡くなった。

6) 〈希望の尊重〉

患者の希望に関する情報を集めた後に、患者に関わる全ての職種で共通の認識を持ち、患者の希望を尊重するための協力体制を整えていた。患者の苦痛をできる限り除去したうえで、患者の希望を尊重して、高校受験、通学、外出、好物の食事、友達やペットとの対面、これまでと同様の生活や治療の継続、外泊、在宅移行を実現させていた。患者の命に限りがあり、時間的な制限があるため、看護師が早めに行動を起こしていた。

7) 〈希望を尊重できない〉

患者の希望に関する情報を集められず、希望を尊重できないと、看護師には「**ちゃんと話せないと思ってるやっぱり分からないから、本当の意思**

決定って言われるとどうしても、本当にこれで良かったのかな」とA氏が語ったように、心残りが生じていた。

IV. 考察

1. 〈予後に関する対話〉を実現するために必要なこと

本研究の結果から、〈患者の最善に迫るための思考〉をとったとしても、〈このままで良いのかというモヤモヤ〉を看護師間で共有できない場合が研究協力者より語られた。そのため、〈予後に関する対話〉に至るには、現状にモヤモヤを抱き看護師間で共有すること、対話後の患者を支える覚悟ができることの2つが必要であると分かった。この2点について考察を行う。

1) 現状にモヤモヤを抱き看護師間で共有すること

先行研究（秋田，2018）では、終末期に限らず学童期・思春期のがん患者に対して、看護師はアンテナを張り、他の年代よりも見えにくい患者の世界を知ろうとする姿勢をとっていた。このことは終末期も例外でなく、〈最善にせまるための思考〉をとることのできる看護師は、アンテナを張って患者を深く知ろうとするなかで、患者の精神的な不安定さや、病状の未理解に気づき、〈このままで良いのかというモヤモヤ〉を抱いていた。また、同研究（秋田，2018）では、看護師間の申し送りで、治療の状況や病状以外の患者の様子も話すことの重要性が指摘されていたが、ある看護師が抱いたモヤモヤを1人の看護師のなかで留めず、申し送りやカンファレンスで発信し、看護師間で共有していくことで、予後に関する対話の必要性への共感にも繋がる。思春期がん患者は終末期には特に本心を語らないことが多く、また精神的に不安定でその時々思いが変わるため、看護師は苦慮していることが明らかとなっている（高嶋，2020）。このように、他の年代よりも患者の本心を把握しづらいため、小さなことからモヤモヤを共有することが重要と言える。また、看護師間の共有は、このような状況に対して疑問を持っても良いのだと、他の看護師に思わせ、患者へのアンテナの感度を高めることにも繋がると言える。

2) 対話後に患者を支える覚悟ができること

〈予後に関する対話〉を行ううえで必要な覚悟とは、患者に予後を伝えることだけの覚悟ではなく、その後も患者を支援していくという覚悟であった。そして、〈予後に関する対話〉は1度きりで終わりではなく、その後も必要時は繰り返し対話を続け、医療者と親が連携して患者を支えていた。子どもが小児がん罹患し終末期にある親は、病状の受け入れ、治療やケアの意思決定、夫婦間の関係、兄弟との関係など多くの困難に直面することが明らかとなっている（吉田ら, 2010）。そのような状況の親に対して覚悟を促すのは容易なことではなく、更なる負担を強いることにもなり兼ねない。看護師は、親の抱える困難を理解し、その困難を少しでも軽減できる方法を考えながら、思春期がん患者へ〈予後に関する対話〉をすることの必要性やメリットを伝え、覚悟を促していく必要がある。

また、看護師においても、終末期の小児がん患者を支援するなかでの困難は多岐に渡ることが明らかとなっている（吉田ら, 2010）。さらに、看護師は子どもの苦痛を緩和できないこと、最期の過ごし方の希望に添えないこと、子どもを失うかもしれないという家族の危機的な精神状態に対して、ストレスを感じていること明らかとなっている（川勝ら, 2021）。このように、親も医療者も困難が多い状況のなかで覚悟をすることは、親にとっても医療者にとっても負担を伴うが、だからこそ、患者に関わる全員で覚悟を持とうとすることで、少しでも覚悟を持つハードルを下げられると良い。

2. 予後に関する対話をしなくてもできること

小児がん患者が終末期をどのように過ごすかの意思決定には、予後の告知は必要であるという報告（McSherry et al, 2007）があるものの、本研究では、看護師達がどの患者においても〈予後に関する対話〉を必要であるとは考えておらず、患者によっては予後に関する対話をしなくても、最期の時まで患者の希望を叶えられると推測される場合には、〈予後に関する対話をしない〉に至っていることが明らかとなった。この場合に

においても、最期の時まで患者の希望を尊重することが可能であった。これまでは患者の知る権利を尊重し、予後告知を行うための議論がなされてきたが、予後告知をしなくてもできることがあるという現実があった。先行研究では、終末期ではない時期において、思春期がん患者は、治療の方向性についての意思決定をしておらず、生活の仕方などの小さなことについては意思決定をしていることが明らかとなっている（宮城島, 2018）。思春期患者は、抽象的な思考が可能であり、病状の説明を聞いて理解する能力はあっても、自分の生き方を思慮深く決めていく能力がどの程度あるのかは定義がなされていない。このことから、終末期になっていきなり、治療の大きな意思決定をできるとは推測し難い。そのため、治療をどうするか、療養場所をどうするかという決断は、信頼する医師や親の判断に任せているという報告もある（Mack et al, 2019）。このような状況において、予後に関する対話の必要性の査定は、医学的な知識を持ちながら、患者の生活に寄り添う看護師の役割であると考えられる。治療が望める段階での病名や病状の告知は、主体的な闘病生活に必要と言われているが（辻, 2005）、終末期になった時の予後の告知は必須のものではなく、患者個人に合わせて必要性を看護師が査定し、親とその他の医療者と相談しながら〈予後に関する対話〉を行う必要がある。

3. 研究の限界と今後の課題

本研究は、各病院の置かれている状況や思春期がん患者の特性による違いも包含できるような結果を見出せるほど、多くの研究協力者を得られなかった。例えば、医師の予後告知に対する考え方、思春期がん患者を支える多職種が存在、思春期がん患者の疾患・これまでの治療経過・性格などの違いによって、看護実践の内容が異なることは容易に推測されるため、今後検討が必要である。特に、医師が予後告知に消極的な場合に予後に関する対話を行うことは難しいという現状があり、医療者と親がともに対話後の患者を支える覚悟を持てなかった状況から持てるようになるプロセスの詳細を明らかにできなかった。

以上のような課題はあるものの、先行研究が限られたなかで、本研究では、予後に関する対話をする、又はしないことに関する現象のプロセスが概念として明らかとなり、予後に関する対話後の患者を支える覚悟の重要性が示唆されたため、終末期にある思春期がん患者の支援に困難を感じる看護師にとって参考資料になると考え発表に至った。今後はさらに、理論的サンプリングを用いてデータ収集し、今回明らかとならなかった部分を検討していきたい。

本研究はJSPS科研費 課題番号16K20792の助成を受けたものであり、第17回日本小児がん看護学会学術集会で発表した内容をもとに加筆修正を行ったものである。開示すべきCOI状態はない。

謝辞

本研究にご協力いただきました、研究協力施設の看護部長様、看護師長様、研究協力者の皆様、また、分析、論文執筆にあたりご指導いただきました東京都立大学大学院山本美智代教授に感謝申し上げます。

引用文献

秋田由美 (2018). 小児がんにより長期入院している学童・思春期の子どもの気持ちに対する看護師の理解と関わり. 日本看護科学会誌, 38, 299-308.

Hirano H, Shimizu C, Kawachi A, et al. (2019). Preferences Regarding End-of-Life Care Among Adolescents and Young Adults with Cancer: Results from a Comprehensive Multicenter Survey in Japan. *Journal of Pain and Symptom Management*, 58(2), 235-243.

平田美佳, 小林京子 (2020). がんの子どもへの End-of-Life Care の概念分析. 日本小児看護学会誌, 29, 81-91.

Ito Y, Miyashiro I, Ito H, et al. (2014). Long-term survival and conditional survival of cancer patients in Japan using population-based cancer registry data. *Cancer Sciences*, 105(11), 1480-1486.

Ito Y, Okuyama T, Ito Y, et al. (2015). Good death for children with cancer: a qualitative study. *Japanese Journal of Clinical Oncology*, 45(4), 349-355.

川勝和子, 檜木野裕美 (2021). 小児がんの子ども・家族に関わる看護師のストレス. 日本小児看護学会誌, 30, 1-8.

厚生労働省 (2023). 令和4年(2022)人口動態統計月報年計(概数)の概況. 2024年1月29日アクセス, <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/geppo/nengai22/index.html>

Mack JW, Fasciano KM, Block SD. (2019). Adolescent and Young Adult Cancer Patients' Experiences with Treatment Decision-Making. *PEDIATRICS*, 143(5).

McSherry M, Kehoe K, Carroll JM, et al. (2007). Psychosocial and spiritual needs of children living with a life-limiting illness. *Pediatrics Clinical North America*, 54(5), 609-629.

宮城島恭子 (2018). 学童期・思春期に小児がんを発症した思春期患者の医療に関する認識と医療者への意思表示. 小児がん看護, 13(1), 51-60.

名古屋祐子, 塩飽仁, 鈴木祐子, 他 (2014). 看護師が抱く子どもの終末期ケアを行う上での障壁と困難. 日本小児看護学会誌, 23(3), 49-55.

名古屋祐子, 塩飽仁, 鈴木祐子 (2013). 看取りの時期にある小児がんの子どもとその親をケアする看護師が抱える葛藤. 日本小児看護学会誌, 22(2), 41-47.

野中淳子, 熊谷恵子 (2000). がんの子どものターミナルケアにおける看護の実態. 日本小児看護学会誌, 9(2), 13-19.

戈木クレイグヒル滋子 (2013). 質的研究ゼミナール グラウンデッド・セオリー・アプローチを学ぶ, 第2版. 東京, 医学書院.

佐々木るみ子, 佐藤幸子, 今田志保 (2017). 思春期がん患者の予後告知に至る要因の検討—看護師が体験した事例の分析から—. 山形医学, 35(2), 69-77.

高嶋希世子 (2020). 終末期にある思春期小児がん患者に対する看護実践とその後の評価. 小児がん看護, 15(1), 38-46.

辻ゆきえ (2005). 主体的な闘病生活の促し 情報提供を受ける小児がんの子どもに対する看護師の働きかけ. 日本看護科学会誌, 25(2), 65-74.

Yoshida S, Ogawa C, Shimizu K, et al. (2018). Japanese physicians' attitudes toward end-of-life discussion with pediatric patients with cancer. *Supportive Care in Cancer*, 26(II), 3861-3871.

Yoshida S, Shimizu K, Kobayashi M, et al. (2014). Barriers of healthcare providers against end-of-life discussions with pediatric cancer patients. *Japanese Journal of Clinical Oncology*, 44 (8), 729-735.

吉田沙蘭, 天野功二, 森田達也, 他 (2010). 難治性小児がん患児の家族が経験する困難の探索. *小児がん*, 47(1), 91-97.

研究報告

小児がん（白血病）と診断された患児と家族に関わる看護師の思い

Nurses' Thoughts on Children and Their Families Diagnosed with Childhood Cancer

廣瀬寿美子 Sumiko HIROSE¹⁾

西村 伸子 Nobuko NISHIMURA²⁾

1) 太成学院大学 看護学部
Himeji University

2) 姫路大学 看護学部
Himeji University

キーワード：小児白血病、入院中の子ども、家族、看護師の関わり

Key words：Childhood leukemia, Children in hospital, Family, Nurse involvement

I. はじめに

わが国の白血病は小児がんの中で最も多い病気であり白血病にはさまざまな種類がある。発症する割合は急性リンパ性白血病が約70%、急性骨髄性白血病が約25%である。急性リンパ性白血病、急性骨髄性白血病は、進行が速いため早期の診断と速やかな治療の開始が重要となってくる。現在小児白血病の治療は日々進歩しており90%の治療率である（国立がん研究センター, 2019）。しかし白血病の中心となる治療方法は化学療法、つまり抗がん剤である。また病型や病態によっては、脳や脊髄に白血病細胞が浸潤することがあるため、脳や脊髄の中枢神経に直接抗がん剤を投与する髄腔内注射を行う。白血病の治療は、どんなに辛くても中断すれば死に至る。治療とともに血液データや骨髄検査結果を見ながら、この治療を数回繰り返すことになる。化学療法は多剤併用で副作用は、がんの化学療法の中では極めて強い。

白血病の子ども達は、苦悩をともなう治療を受けながら、長期にわたる入院生活を過ごしている。診断より直ぐに治療の開始となり、また再発により危機的な状況になり治療方針の検討が必要になる子どももいる。このような状況になったとき、家族は混乱した状況の中で、わが子の命に係わる重大な意思決定をしなければならない場合もある。子どもの思いを尊重しながら考えることが

難しい状況に陥る家族もいる。小児看護領域で働く看護師は、子どもや家族の関わりに対して多くのストレスを抱えている（山内ら, 2009）ため、表出の場や精神面のサポート体制構築のための第一歩として、看護師の思いを明らかにすることとした。

本研究は白血病の診断から即治療開始となる子どもとその家族を理解した上で看護師はどのような思いで関わっているのかを記述することを目的としている。入院という長い間、拘束と苦しい辛い治療を受け、耐えている育ち盛りの子どもの、その家族を看護する看護師の思いを明らかにする必要があると考えた。

II. 研究の目的

本研究の目的は小児がん病棟勤務の看護師が、日々どのような思いで子どもや家族と関わっているのか、その思いを明らかにすることを目的とする。

III. 研究方法

1. 研究デザイン

質的帰納的研究

2. 研究協力者

研究協力者は小児専門A病院、小児がん病棟で

5年以上の看護経験者15名とした。中堅看護師は新人よりも高い実践力を有し、自律した看護を提供しながら指導者やリーダーとしての役割も期待される。また、看護提供組織の中核的存在であり、ケアの質向上の鍵である(辻, 2005)。と述べられていることから、研究協力者を看護師経験年数5年以上とした。

3. データ収集期間

2019年3月から2020年7月である。

4. データ収集方法

研究協力者15名に対して、まず5名に1人ずつに「子どもや家族との関わり」について自由に語ってもらい基本的な質問の情報を得た。得た情報を基にインタビューガイドを作成し、残りの10名1人ずつ半構造化インタビューを行った。半構造化インタビューガイドは①子どもやその家族に関わる十分な時間不足②未告知に対して患児とのジレンマ③親の甘やかし④治療を諦めない医師と看護師の思いの相違⑤看護師としての喜び⑥家族との関係性とし様々な場面から研究協力者の話しやすい順に自由に語ってもらった。

5. 分析方法

Strauss A & Corbin J (1998) グランデッド・セオリー手順を参考にした。検討内容を参考にしながら逐語化記録の意味が読み取れる文章、または段落ごとにコードを拾い出してカテゴリーに分類した。他のインタビューで得られたカテゴリーと見比べながら徐々に抽象度を上げていった。最終的にカテゴリー間の関係性を確認し、ストーリーラインを明確にしていった。この研究の終了を決める理論飽和化の作業は9名のインタビュー内容と初めの5名のインタビュー内容の分析を追加して、新たにカテゴリーが抽出されないことを確認して理論的飽和化とした。研究の全過程において定期的に内容の分析に対して、血液疾患の看護に詳しい看護教員によるスーパーバイズを受け、繰り返し検討し確認を行い適切であるか確認をし信頼性を高めた。

6. 倫理的配慮

所属施設倫理審査委員会で承認を得た(承認No.2018-GN05)。研究にあたり、事前に研究協力施設の看護部、看護師長、研究協力者に研究の目的、方法、得られたデータは研究目的以外に使用しないこと及び個人情報の保護に十分注意すること、研究への参加は自由であること、インタビューは個人が特定されないようすることを文章と口頭で説明した。また、研究協力者本人から書面にて同意書を得られた後より実施し、調査に関しては研究協力者が同意した後でも協力をいつでも拒否することができることを説明した。

7. 利益相反

本研究において利益相反はない。

IV. 結果

1. 研究協力者の概要

研究協力者は、A小児専門病院、小児がん病棟の15名の看護師のうち、基準に満たない看護師1名を除いた合計14名であった。性別は男性1名、女性13名であった。年齢幅は26歳から54歳であり、看護師経験年数は5年から32年間と幅広く、20年以上で3名、15年以上で1名、5年以上10名となった。小児病棟経験年数では4年から17年間、10年以上で5名、5年以上で9名となった。インタビュー所要時間は19分～54分インタビュー回数は1人につき1回であった。また基準に満たない看護師は1人であった。

看護師が子どもとその家族へ日々関わる中の語り構成要素として分析をおこなった結果、114コードとなり、22サブカテゴリー、4カテゴリーを抽出し構成されていた。そして、1つのコアカテゴリーが創設された(表1)。

以下の文章中の分析結果のカテゴリー〔 〕、サブゴリは< >、コードは< >、と記す。看護師の語りは斜字体で示し「 」、看護師の語り内の『 』は研究協力者以外の発言とし示した。

1) 病気と闘う子どもや家族の思いに添えきれないもどかしさ

〔病気と闘う子どもや家族の思いに添えきれないもどかしさ〕は、わが子が病気になり<診断、

表1 サブカテゴリー、カテゴリーからの中心概念

コアカテゴリー	カテゴリー	サブカテゴリー
とてつもない病気と闘う子どもの命を看る、護る	病気と闘う子どもや家族の思いに添えきれないもどかしさ	診断、即入院に対して親の不安に気づいても処置を優先せざるを得ない
		親の気持ちが置き去りにになっていることのもどかしさ
		治療優先のため患児や親へ援助不足による苛立ち
		業務の多さから家族と関わることで同僚へ負い目を感じる
		今しか関わるができないと思う親の甘やかしに何も言えないもどかしさ
		気持ちのやり場のない親を感じる
		親との関係性の難しさ
		理不尽でも、わが子だけを優遇してほしい親の気持ちを責められない
		自分の状況（終末期）に気づいている患児の思いと親の思いにジレンマを抱く
		患児の気持ちを尊重したい
	医師の終末期でも諦めない治療に対しての困惑	親の思いを理解し諦めない治療を優先する医師に困惑
		副作用で苦しむ姿と諦めない医師の方針にジレンマを抱いている
		治療優先の医師と患児の気持ちを優先する看護師との相違が生じている
		残り少ない時間を有意義に過ごさせたい
	子どもの辛い思いに苦悩する	治らないと気づいている患児の思いに対して苦悩する
		患児の苦しい姿をみるのが苦痛
		予後不良を感じている患児を看ることが看護師は気持ちが重いと感じている
	喜び	「側に居てほしい」と必要としてくれる
		状態がよくなり笑顔がみられる
		感謝される
		笑顔で退院する
		外来で大きくなった子どもの姿より成長がみられることの喜び

即入院に対して親の不安に気づいても処置を優先せざるを得ない」思いがある。親が突然のわが子の診断による混乱と、わが子が死ぬかもしれない恐怖を抱くことに対して「親の気持ちが置き去りにになっていることのもどかしさ」を看護師は感じている。看護師は、急な入院に戸惑う子どもや親の恐怖や不安に対して、どんな状況であっても関わりたい、関わらなければならないという思いが

強くある。急ぐ治療開始に伴い多くの検査やルートの確保と点滴開始から、子どもや親へのフォローができないことに対して「治療優先のため患児や親へ援助不足による苛立ち」を看護師は感じている。一方、涙を流す親への関わりを優先すれば、「業務の多さから家族と関わることで同僚への負い目を感じる」と葛藤をしている。親は白血病のわが子を不憫に思い「今しか関わることが

できないと思う親の甘やかしに何も言えないもどかしさ」から愛情を甘やかすことで表現したり、自分を責めていることが多い。《気持ちのやり場のない親を感じる》は「何がわかるねん」などと、自分の気持ちのはけ口とし、看護師になげつけることを、看護師は受け止めながら、多様化している家族形態や《親との関係性の難しさ》を感じている。わが子の病気が治るためと耐えている親と、反対にわが子が少しでも有利になるように手段を問わずケアを過剰に求めてくる親も多く、《理不尽でもわが子だけを優遇してほしい親の気持ちを責められない》と看護師は感じている。親の意向が優先され、未告知の子どもに対して《自分の状況（終末期）に気づいている患児の思いと親の思いにジレンマを抱く》ことが語られた。自分の予後に気づき不安と闘う子ども、突然夜に泣きだす子どもや「帰りたい」「食べたい」という望みを叶えてあげられないことをもどかしく《子どもの気持ちを尊重したい》という思いから看護師が葛藤をしているとまとめられた。

「親御さんも、わが子になると1パーセントでも希望があれば、抑制が強くて、倦怠感バリバリあっても賭けたいって思っている方が多いので、でも苦しんでる患児をみると・・・それでも親御さんの気持ちを優先したりとになって。」

「子どもだからと弱者には親だとか、その周りで関与してくるじゃないですか。でも本当はその子はどうしたいかだと思うんですよね。親の気持ちも尊重しつつね。難しいですね。初発の人やったら特にピリピリしてて、検査とかのほうもかなり時間が押してたりとかあって、家族の表情が明らかに硬くて直ぐにわかるんです。でも忙しくて関われないのがもどかしいです。」

「何が分かるねんって言われると何も言えないですね。お母さんたちからも『自分は子どももないのに、何でそんなことが言えるん。こっちの気持ちなんか分からんやろ』っていわれると辛いです。本当に関わりが難しいですね。」

2) 医師の終末期でも諦めない治療に対しての困惑

〔医師の終末期でも諦めない治療に対しての困惑〕は、副作用で苦しんでいる子どもの姿に、親は不安を抱き治療を優先するべきか否かで揺れ動

いている。一方、わが子を死なせたくない思いや、1パーセントでも助かるならば治したいという親の強い気持ちがある。そのような《親の思いを理解し諦めない治療を優先する医師に困惑》は、終末期でありながらも治療をすることで少しでも効果が期待できるのであれば、積極的に治療を行っている。医師の積極的な治療を行うことで看護師は子どもの《副作用で苦しむ姿と諦めない医師の方針にジレンマを抱いている》または困惑している。看護師は予後が悪く衰弱していく子どもを看護しながら《残り少ない時間を有意義に過ごさせたい》思いが強くなっている。これらのことから看護師は諦めない治療を優先する医師の気持ちも理解できるが、治療優先よりも残り少ない時間を有意義に過ごさせたい思いから《治療優先の医師と患児の気持ちを優先する看護師との相違が生じている》とまとめられた。

「お母さん達も最後まで諦めたくないって人が多いので、先生たちも一緒に頑張ってくれているのですごくわかるんですけど、治療を受けるのは本人で副作用とかでしんどくなったりとかもするので、そこまでしたほうがいいのかって思います。帰りたいって言ってるのにね。」「先生たちが一生懸命助けたって思いもすごくわかりますし、自分たちも関わってて、でも本当にそれがいいのかって思ったり、ちょっと違うって思いながら、カンファレンスで医師と言い合いになりますね。」「残り時間が短ければ短いほど、あの時あ～しとけば良かったのにとか、本当に尊い命を粗末になんか誰もしていない。本当に気持ちを込めてやってるんだけど、でももうここじゃないだろうっていうのがあるんですよ。」

3) 子どもの辛い思いに苦悩する

〔子どもの辛い思いに苦悩する〕は、治療を受けている子どもは、他の子どもと遊ぶことで、ボディイメージの違いや、点滴などにより自分の病気の状態に気づいている。

未告知の子どもに対しては、病状や予後について気づきはじめており、聞かれても親の意向により答えられないことから《治らないと気づいている患児の思いに対して苦悩する》。さらに彼らと関わるなかで『私こんなになってもう死ぬんか

な、なんか怖い』など身の置き所のない発言に対して「患児の苦しい姿をみるのが苦痛」と感じている。告知、未告知の子どもに予後について聞かれることに対して、未告知の子どもには現状の病状説明や症状の緩和の提案については説明できるが、事実を言えないことにより精神的なケアすることができない。このことから一歩踏み込んだ関りができず、「予後不良を感じている患児を看ることが看護師は気持ちが重いと感じている」に苦しみ、子どもを身体的・精神的に看護することができない辛さから、巡視の際には部屋へ行くことの恐怖や、どう関わればよいのか戸惑いながら苦悩と感じているとまとめられた。

「自分の身体やから結構自分が分かっているところがあって、2人有的时候、もう先が長くないっていう話をしたり、描く絵が今までは楽しい絵だったのに、自分がいない絵を描き始めたり、副作用でしんどいと、『私こんなになってもう死ぬんかな、なんか怖い』って言われてもどう答えていいかわからんし、部屋に行くのが怖くなってきたり、なんて声かけしていいのかわかるわ。」

「親の意向で未告知の場合が、患児から聞かれても肯定も否定もせず受け止めるようにしているが、色んな悩みや思いを抱えている患児をみるのが辛いです」「シビアなところ先が見えだすと目の前の患児や家族さんたち、一番苦しんで思うんです。けれどそれ以上にも、やっぱり私たち看護師、医療者、当然ドクター含めての、すごく辛い、つらいんですよ」

4) 喜び

「喜び」は、治療により副作用で苦しんでいる子どもが「側にいてくれると落ち着く」と「側に居て欲しい」と必要としてくれる」という言葉である。看護師が子どもの側にいることで、子どもからの苦しい辛い副作用症状が軽減されるという言葉は、看護師としての喜びを感じている。さらに副作用症状が少し改善され状態が良くなると、ベッド上で一緒に遊び「状態が良くなり笑顔がみられる」ことで子どもが楽しんでいる姿がみられることが嬉しく感じている。子どもの状態が良くなり退院の運びとなった時には満面の笑みで「ありがとう」と感謝されることなど「笑

顔で退院する」時の感情は看護師として最大の喜びである。また外来でフォローしている姿を時に見かけ、ランドセルを背負う子どもや、成人して綺麗になった姿など「外来で大きくなった子どもの成長がみられることの喜び」を感じている。これは、長く辛い治療やその副作用と一緒に闘ってきた子どもやその家族の表情、及び言葉、その後の成長などから肯定的に評価し、自分自身の存在価値を実感し看護師としての喜びとまとめられた。

「苦しいときに『側にいてほしい』って言われたり、少し良くなって笑顔がみられると嬉しいですね。あと名前とか顔を覚えてくれると嬉しいです。子どもの笑顔が一番です。」「移植後でめっちゃ経過の長い子移植感染心不全になったり、腎不全になったりして、でも最後退院できたことがほんまに嬉しいのと、帰るときに『ありがと』って言われるとほんまに良かったなって思います。」

「外来とかで、たまに会うと『こんなに元気になったんです』とか、前までちっちゃかったのにランドセル背負っているとか、『20歳になりました』って言われてびっくりして嬉しいです。綺麗なお姉さんになって成長というか、みれて嬉しい。」

5) サブカテゴリー、カテゴリーからの中心概念

「病気と闘う子どもや家族の思いに対してのジレンマ」・「医師の終末期でも諦めない治療に対しての困惑」・「子どもの思いに苦悩する」・「喜び」から構成されていた。これら4のカテゴリーから【とてつもない病気と闘う子どもの命を看る、護る】が創設された。

これらより白血病は、その治療過程、副作用、入院による拘束される期間の長さからも、子ども・家族にとって非常に困難な療養過程となる。はかりしれない程の心身共に苦痛を子どもに与える。その家族にも同じ苦痛にたたされており、そこに関わる看護師の姿として捉えられ、図1を作成するに至った。

V. 考察

白血病と診断された子どもと家族は急ぐ治療を受け、入退院を繰り返しながら闘う育ち盛りの子



図1. 小児がん(白血病)と診断された子どもと家族に関わる看護師の思い

子どもとその家族を【とてつもない病氣と闘う子どもの命を看る、護る】病棟看護師は、日々どんな思いを抱えながら関わっているのか看護師の思いを考察する。

1. 〔病氣と闘う子どもや家族の思いに添えきれないもどかしさ〕

わが国の白血病は小児がんの中で最も多い病氣であり、現在では小児の白血病は90%の治癒可能となってきた中で10%は死に至る。白血病は診断時の白血病細胞数が予後に影響するため、早急な治療開始が重要となる。

診断より即入院や治療が開始となり、目まぐるしく変化する状況の中で1つ目のカテゴリーである〔病氣と闘う子どもや家族の思いに添えきれないもどかしさ〕は、子どもは急な病氣による身体的苦痛が生じている中で、診断のための検査や治療を受けなければならず、恐怖や不安、混乱を起こす(伊藤, 2018)とされている。また、家族も

同様に白血病と診断された親の思いは、突然のことにショックと混乱で“何も考えられない”状態になり、自分の気持ちに整理がつかない(山下ら, 2008)などと報告がされている。本研究においても「診断、即入院に対して親の不安に気づいても処置を優先せざるを得ない」もどかしさがあると看護師は感じている。

白血病という突然の診断によりショックと、わが子が死ぬかもしれない恐怖を抱き泣きじゃくる親もあり、入院直後からそのような心理状態にあると考えられる。先行研究にも、診断により急ぐ治療の開始に伴い、入院直後は、看護師は子どもや家族とコミュニケーションがとれない(槌谷, 2004)と報告がある。親にとって、わが子の病氣は親自身が病氣に罹患する以上に辛く、苦しい出来事である。また、目まぐるしい業務の中で、多くの検査や点滴開始による治療を優先するために、子どもや家族へ関わる時間の確保が難しい(及川ら, 2005; 橋本, 2010; 三澤, 2008)と報

告がある。「忙しくて関われないのがもどかしいです。」と、看護師は白血病の子どもや家族の心理状況を把握しつつも、治療を優先になってしまうことに対して、看護師は「親の気持ちが置き去りになっているもどかしさ」を抱いていると考えられる。

小児看護においては、家族が患児にとって重要な支援者であり、患児を支える家族に対しての支援の必要性が高い（奈良間ら, 2008）と報告されている。急ぐ治療により子どもや家族への支援ができないことで「治療優先のため患児や家族への援助不足による苛立ち」を感じていると考えられた。

一方では、恐怖や不安を抱いている親へ看護師が治療と同時に関りを優先すると、頻回のナースコールの対応など、他の看護師へ負担がかかる。小児がん病棟の看護業務は多忙を極めており、常に緊張感や責任感を強いられ、身体的にも精神的にもストレスを感じやすい（相川ら, 2014）と報告がある。本研究においても「業務の多さから家族と関わることで同僚への負い目を感じる」と、家族のために時間を割くことに、他の看護師へ申し訳ない、後ろめたい思いでいると考えられる。

親は看護師へ「何が分かるねん」など「気持ちのやり場のない親を感じる」と過剰なケアの要求や「今しかできないと思う親の甘やかしに何も言えないもどかしさ」からの異常な行動などや、「理不尽でも、わが子だけを優遇してほしい親の気持ちを責められない」と看護師は感じている。

わが子ががんと診断されたことにショックを受け、死ぬかもしれない強い恐怖と、長期にわたり終わりのない治療から、親が心的外傷後ストレス障害（PTSD）など精神障害へ発展することもある（高宮, 2003）と述べている。対応として早期介入と親との相互的な関りを必要とする。気持ちのやり場のない親は、はけ口として看護師に感情をなげつけることを看護師は受け止めている。一方では現在、核家族、片親家族、子育てサポートがない家族など子どもによって家族背景が様々である。この様に多様化している家族形態の中で「親との関係性の難しさ」を看護師は感じてい

る。これは長期入院にともない家族が疲れていることや、不安が強い時、イライラしている時にコミュニケーションの難しさがある（槌谷ら, 2004）と報告がある。このことから看護師は、さまざまな要因により親との関係性の難しさを感じているのではないかと考えられる。

未告知の子どもについて「自分の状況（終末期）に気づいている患児の思いと親の思いにジレンマを抱く」看護師が多い。終末期の子どもは自分の身体の状態から、「私、死ぬの」「私、怖い」と予後に気づき死への恐怖を抱く。親として死なせたくない思いから子どもに告知できないでいる。看護師はキーパソンである親の考えを優先せざるを得ない状況の中で、子どもの思いに寄り添えていないと感じている。しかし、看護師は子どもの訴える「帰りたい」や「食べたい」という願いから、「患児の気持ちを尊重したい」と考えている。看護師は、たとえ短い人生でも、人間として等しく、子どもが子どもらしく生きられるように看護したいという看護師の願いの表出であり、それができないがゆえの葛藤と考えられた。

このことから看護師は病氣と闘う子どもや家族と関わる過程で、さまざまな子どもや親の思いに、向き合えていない自分にもどかしさを抱いていることが明らかとなった。

2. 〔医師の終末期でも諦めない治療に対しての困惑〕

子どもは著しい成長発達に伴い、がんの進行も早いことから診断から急ぐ治療が積極的に行われる。終末期医療の中で、特に病院においては「病気を治す」ことを第一の使命とし、「子どもの延命のためには、できる限り努力を惜しまない」という医師の使命感もある。

2つ目のカテゴリーでは「医師の終末期でも諦めない治療に対しての困惑」は、わが子を死なせたくない思いや、1パーセントでも助かるならば治したいという強い親の気持ちを医師はくみ取り「親の思いを理解し諦めない治療を優先する医師に困惑」は使命感により積極的に治療を行っている。

看護師は、親の擁護者・代弁者であり、子ども

の擁護者・代弁者である。さらには医療従事者である（伊藤, 2018）ことから、3つの役割を担っている。医師や看護師は親の擁護者・代弁者を優先し、看護師自身の看護観を抑制していると考えられる。看護師は親や医師の気持ちを理解しつつも、実際の子どもの状態と親や医師が持つ希望のギャップで苦悩している中で、実際に子どもが《副作用で苦しむ姿と諦めない医師の方針にジレンマを抱いている》に対して、看護師はどのように子どもとかかわれば良いか苦悩するのだと考えられる。本来、終末期においては緩和ケアが大切であるが、最期まで諦められない親の思いに沿うことや、医師の治療方針により緩和へ移行されないことに看護師は《治療優先の医師と患児の気持ちを優先する看護師との相違が生じている》ことから葛藤があると考えられる。子どもの場合は緩和ケアへの移行が容易ではない。それは小児がん治療に伴う副作用や合併症によって急な状態悪化を引き起こし、突然、死の転帰をとる子どももいる（松岡, 2013）。これまでの看護師経験から、看護師は予測しにくい子どもの予後に対して、親の思いや諦めない治療を進める医師から、子どもを護りたいという思いがあると考えられる。

看護師は、苦しみから楽にしてあげたい、願いを叶えてあげたいと思う気持ちから《残り少ない時間を有意義に過ごさせたい》思っている。看護師は、親の思いを優先してしまい本来、子どもを護らなければならないが、護れていない自分にもどかしさを感じていると考えられる。

3. [子どもの辛い思いに苦悩する]

病により入院を余儀なくされた子どもが不安を抱き、治療により、痛み、苦しみを感ずる子どもを看護する看護師も辛さを感じストレスとなっている（山下ら, 2008；槌谷ら, 2004）と報告がある。

3つ目のカテゴリー「子どもの辛い思いに苦悩する」は、どんどん進めていく治療に対して子どもが受ける副作用は増強する。子どもは「なんでこんなに苦しいの」や「私こんなになってもう死ぬんかな、なんか怖い」と泣きながら訴えてくることに看護師は苦悩を感じている。これは、看

護師は多くの業務を抱え余裕のない中で、看護師として十分に関われないジレンマを感じ、苦しんだり悩んだりしていたと推測された。

副作用が憎悪することにより体調の悪い状態が続くことで、子どもは死に対する恐怖心が湧きあがっていく（小代ら, 2015）。「最近Aちゃんの描く絵に自分を書いていないんよ」、《治らないと気づいている患児の思いに対して苦悩する》は、子どもが自分の予後を察していることに、どう関わればいいのか看護師は悩んでいると考えられる。看護師は、辛い副作用との闘いや死の恐怖より身の置き所ない子どもをみて《患児の苦しい姿をみるのが苦痛》と感じており、看護師の苦悩の中に子どもの状態が悪い時は声がかけにくいし、部屋に行くのが怖くなり行けなくなることは、看護師は自分自身の気持ちの中で困難感が生じ、これでいいのか、自分自身の中での悩みや苦しさになっている（高宮ら, 2003）と考えられる。看護師は未告知の子どもに対して、病状を聞かれても嘘はつきたくない思いや、子どもにどのように説明を伝えればいいのか苦悩している。子どもは大人が考えている以上に病気や死を理解し、直観力も優れている（小比木, 1992）と報告がある。このことから、答えられない看護師は、子どもの心と向き合えないことに負担を感じている。子どもの告知・未告知に対して先行研究では、幼児期は告知を否定的に受け止めているが、子どもが思春期ごろになると肯定的に受け止める傾向があると報告がされている。子どもの年齢によっては告知する方が、本人の意思を尊重することができる。親は子どもへ告知するにあたり、子どもの死を意識することで子どもの未来（将来）を描くことができず、子どもを守りたいと思うが故に告知したくない親の考えがある。看護師は子どもに後悔のないように生きてほしいという思いと、未告知により子どもと向き合えることができている自責の念から、《予後不良を感じている患児を看ることが重く感じている》と推測される。

看護師は子どもへ身体的、精神的にどのようなサポートができるのか、その過程での困難さや恐怖からくる辛さを、また時間に限りがある子どもや家族が納得できるケアを提供しようと一生懸命

になると考えられている（高宮ら, 2003）と述べており、医療者としては、どうしようもない、やるせない思いに苦悩しているからこそ看護師も苦しむのである。

4. 【喜び】

4つ目のカテゴリー「喜び」は看護師の喜びはスタッフからの支えだけでなく家族から「看護師さんに支えられてと言われて救われた。ありがとう」と言われることにより自分のやってきたことが無駄ではなかったと、子どもや家族からの一言により大きな喜びや達成感が持てる（高宮ら, 2003）と報告がある。

治療により副作用で苦しんでいる子どもが、苦しい時や辛いときに《「側に居て欲しい」と必要としてくれる》は、看護師が子どもを辛さや苦しみから護ることができたという達成感がえられ喜びとなっていると考える。子どもの回復がみられ《状態がよくなり笑顔がみられる》ことや、不安で側に寄り添っていたことで「ありがとう。看護師さんがいてくれたから」と《感謝される》ことや《笑顔で退院する》ときに達成感を感じ、それらが喜びとなった。看護師の喜びは、子どもの苦悩を目の当たりにすることで看護師も様々な葛藤やジレンマといった苦悩と闘いながらも、患児に向き合い寄り添ったケアを行い、子どもを看る、護ることができたと実感できた時、喜びにつながったと考える。外来でフォローしている子どもの姿を見て、看護師は大きくなった姿や笑顔で元気な声で呼びかけてくれるなど《外来で大きくなった子どもの姿より成長がみられることの喜び》を感じている。これは患者や家族の表情や言葉、成長などから肯定的に評価し、自分自身の存在価値を実感し看護師としての喜びとなったと考えられる。

5. 【とてつもない病氣と闘う子どもの命を看る、護る】

中核概念として【とてつもない病氣と闘う子どもの命を看る、護る】は、わが子の白血病という病に対する不安や恐怖のある家族を看護師は急ぐ治療により関われないジレンマを抱いている。さ

らに、副作用で苦しむ子どもや予後不良の子どもに一生懸命に看護したい思いが、治療を優先にすることで、思うような看護ができないがゆえに苦悩している。医師の使命感により諦めない治療に困惑しながらも、子どもから笑顔が見られることや感謝されることが喜びと感じている。看護師はさまざまな思いを巡らし、交差しながら日々子どもや家族と関わっている。

VI. 研究の限界と今後の課題

本研究は小児専門病院、小児がん病棟に勤務している看護師15名という限られた施設と対象であり、調査地域の治療方針や入院環境が反映されている可能性が否定できない。今後検討が必要な点は様々な入院環境や、子どもの状態別などの背景明らかにすることで、小児がん子どもと家族に関わる看護師の思いが明らかとなり、更なる示唆を与えることかできると考える。

謝辞

研究協力施設と研究協力者の皆さまに心より感謝申し上げます。

引用・参考文献

- 相川沢弥, 三村未美, 金山美鈴 (2014). A病院における看護師のストレス実態調査. 日本農村医学会雑誌, 63(4), 665-669.
- 橋本浩子 (2010). 小児ターミナルケアに携わる若手看護師への教育支援に関する基礎的研究—ターミナルケアにおいて看護師が感じる困難. 日本小児看護学会誌, 19(3), 18-24.
- 伊藤久美 (2018). 子どものEnd-of-Lifeに携わる看護師達の経験年数別にみた苦悩と望む支援. 帝京科学大学紀要, 14, 103-109.
- 国立がん研究センター・希少がんセンター (2019). 小児の血液・リンパのがん https://www.ncc.go.jp/jp/rcc/about/pediatric_leukemia/index.html. (2018年10月20日アクセス)
- 国立研究開発法人国立がん研究センター (2016). 小児がん情報サービス. 小児がんの割合. https://ganjoho.jp/child/dia_tre/about_childhood/about_childhood.html. (2018年10月20

日アクセス)

厚生労働省 (2011). がん対策推進協議会 (小児がん専門委員会) 議事録. 参考資料 https://ganjoho.jp/child/dia_tre/about_childhood/image/about_childhood00.jpg. (2018年10月20日アクセス)

三澤史, 内田雅代, 竹内幸江 他 (2008). 小児がんをもつ子どもと家族のケアに関してどのような問題を感じているのか. 小児がん看護, 3, 63-74.
奈良間美穂, 丸光恵, 堀妙子, 竹之内直子 他 (2008). 小児看護学概論. 小児臨床看護総論. 小児看護学「1」. 東京, 医学書院. pp295-300.

及川郁子, 監修. 田原幸子, 編集. 予後不良な子どもの看護第1版 (2005). 東京, メヂカルフレンド社. pp2-5. 30-49.

小此木啓吾 (1992). 対象喪失 悲しむということ 中公新書, 中央公論社.

小代仁美, 早川友香 (2015). 小児がんの子どもの闘病体験に関するメタ統合. 奈良看護紀要, 11, 24-32.

Strauss A & Corbin J (1998). 操華子, 森岡崇訳

(2004): 質的研究の基本—グランデッド・セオリー開発の技法と手順. 東京, 医学書院.

高宮静男, 松原康策 (2003). 小児がんに関わる心理・社会的問題に対するコラボレーション (協働). 分子精神医学, 3(3), 77-79.

槌谷由美子, 石井佳世子, 鈴木千衣 (2004). 小児ケアに携わる病棟看護師の子どもおよび家族とのコミュニケーションに関する認識. 福島県立医科大学看護学部紀要, 73-80.

辻ゆきえ (2005). 主体的な闘病生活に促し (情報提供を受ける小児がんの子どもに対する看護師の働きかけ). 日本看護科学会誌, 25(2), 65-74.

山内朋子, 筒井真優美, 松尾美智子 他 (2009). 小児看護領域で働く看護師のストレスや感情に関する文献検討. 日本小児看護学会誌, 18(1), 127-134.

山下京子, 砂賀道子, 二渡玉江 (2008). 小児がん患児の家族支援に関する研究の動向と課題. 群馬保健学紀要, 29, 87-94.

研究報告

小児がんの子ども親が抱える不確かさに関する文献検討

Uncertainty in parents of children with cancer: A literature review

中原 彩 Aya NAKAHARA¹⁾

小林 京子 Kyoko KOBAYASHI²⁾

1) 元聖路加国際大学大学院 看護学研究科修士課程

The former Master's Program in Graduate School of Nursing Sciences, St. Luke's International University

2) 聖路加国際大学大学院 看護学研究科

Graduate School of Nursing Sciences, St. Luke's International University

要 旨

本研究では、がんの子ども親が抱く不確かさについて、現在明らかとなっていることをまとめ、今後の臨床実践・研究への示唆を得ることを目的に文献検討を行った。検索データベースはPubMedを用い、39件の文献を対象に分析を行った。その結果、がんの子ども親は、診断前から治療終了後まで多様かつ継続的な不確かさを抱えており、その中には解消できない性質のものを含むこと、不確かさが否定的な状態をもたらす得ること、そのため不確かさを自己組織化していく必要があることが明らかとなった。臨床においては、親の経験の根本にある不確かさの存在に目をむけること、また関連要因を踏まえたアセスメントにより不確かさを抱えやすい親を見極め、不確かさと共存していけるようになるための支援につなげていくことが重要である。また、研究においては、親がどのように不確かさを自己組織化していくか、プロセスでの理解をすすめていくことが期待される。

Abstract

The purpose of this literature review is to identify what is known about uncertainty in parents of children with cancer and to obtain suggestions for clinical practice and research to support children with cancer and their families. Thirty-nine studies were selected from PubMed and analyzed. The results revealed that parents of children with cancer faced various and continual uncertainties from the pre-diagnosis period to the post-treatment period, including some that could not be resolved. These could lead to negative emotional reactions and life difficulties in parents of children with cancer. Therefore, it was suggested that they needed to self-organize continual uncertainties. In clinical practice, it is important to focus on uncertainty in parents of children with cancer as the essence of parental experiences. Beyond that, it is advisable that medical professionals identify parents who are prone to have uncertainty based on their assessment about relevant factors and help them to cope with uncertainty and live well. Research to promote understanding of the process how parents can self-organize their uncertainty is also expected.

キーワード：小児がん、親、不確かさ

Key words：childhood cancer, parent, uncertainty

I. 緒言

医療の進歩に伴い、小児がんの5年生存率は70～80%に達している（日本小児がん看護学会, 2018）。しかし、依然として死との結び付きのイ

メージが強い小児がんの診断は、子どもと家族に強い衝撃を与える（Kelly et al., 2018）。さらに、治療により寛解が得られた後も、再発や晩期合併症のリスクがある（日本小児がん看護学会,

2018)。そのため、生存率の向上は、がんの子どもと家族に、治療を乗り切るだけでなく、その後の人生を通してともにあるがんの存在を生活に組み入れていくという課題をもたらしている。

小児がん診断後は、迅速に治療が開始される。子どもは、不慣れな環境での入院や治療による心身社会的苦痛を経験し (Darcy et al., 2014)、診断前とは一変した生活を送る。親も、病院での面会や付き添いのために、家庭内役割の変更 (Moghaddasi et al., 2018) や家族の生活空間の分断 (Vindrola-Padros & Brage, 2017) を迫られ、小児がんによる影響は家族の生活全体に波及する。子どもと家族にとって、この急激かつ大きな生活の変化は、診断による衝撃も相まって、「Loss of Normality」 (West et al., 2015) という危機的状況として経験される。この状況の中、子どもと家族が、がんとともにある生活を組み直していくことは容易ではなく、そこへの支援は小児がん看護に求められる仕事の一つである。

支援を考える際に重要な視座となり得るのが、家族の舵取りとしてはたらく親が抱える「不確かさ」である。病における不確かさ理論 (Mishel, 1988, 1990) において、不確かさは「個人が病気に関連する出来事に意味づけられないこと、人が病気に関連する出来事について、十分な手がかりが得られないために、うまく構造化したり分類したりできないときに生じる認知的な状態」と定義されている。また、個人によって危険または好機と評価されるまでは中立的な認知状態であり、危険と評価された不確かさに長くさらされることで感情的苦悩等が生じる可能性がある一方で、持続する不確かさが生活における新しい見通しを発展させる可能性も示されている。つまり、親が不確かさをどのように捉え対処するかが、親の情緒反応や家族の生活の質を左右すると考えられる。

実際に、がんや神経疾患といった生命にかかわる疾患を持つ子どもの親の経験に関する質的統合において、親が不確かさに折り合い、希望を持つことで、Normalityや新たな意味の創出につながる事が明らかにされている (Bally et al., 2018)。がんの子どもを持つ親の経験についてはこれまで研究が重ねられているが、不確かさとい

う切り口から経験を捉えたものは、子どもへの告知に関するもの (山下, 2010; 山下, 猪下, 2005) にとどまり、多くはストレスや不安、思いといった情緒反応を焦点にしたものである。そのため、がんの子ども親における不確かさや対処の具体は明らかでない。また、不確かさに関連する因子の探索的研究はいくつかみられるものの、それらをレビューした文献はみあたらない。

そこで本研究では、先行研究より、がんの子ども親の経験を不確かさの観点から捉えなおすこと、また不確かさに関連する因子や状況を整理することを目的に文献検討を行った。具体的には、がんの子ども親における ①不確かさの内容 ②不確かさの関連因子・不確かさとともに生じている状況 ③不確かさへの対処方法について明らかにすることである。

Ⅱ. 方法

1. 用語の定義

不確かさ：病における不確かさ理論 (Mishel, 1988) の定義に則り、「個人が病気に関連する出来事に意味づけられないこと、人が病気に関連する出来事について、十分な手がかりが得られないために、うまく構造化したり分類したりできないときに生じる認知的な状態」とした。

2. 対象文献の選定過程

文献の検索にはPubMedを用いた。検索語は、「cancer」「child* OR pediatric」「parent*」「uncertainty」を組み合わせ、生存が見込める子どもの親の不確かさに焦点をあてるため、「end-of-life」を除外した。その結果検索された174件の文献の表題と要旨を読み、「小児がんを扱っていない」「小児がんの子ども親を対象に含まない」「良性腫瘍、再発・進行がん、予後不良疾患、終末期のみに焦点をあてている」「移植治療、臨床試験、医学的側面や遺伝に焦点をあてている」「解説、総説、レビュー文献、尺度開発や介入プロトコルに関するもの」を含む121件を除外した。残りの53件の本文を精読し、さらに「小児がんと他の疾患に関する結果が混在している」「小児がんの子ども親とそれ以外の者の視点 (患児・医

療者)が混在している」「移植治療、臨床試験に焦点をあてている」「小児がんの子ども親が抱える不確かさについての言及がない」ものを除外した。最終的に39件を分析対象とした。なお、これらの中は、「不確かさ」を研究の焦点としていないものもみられたが、結果中に、不確かさの定義に沿う質問項目や経験の記述が含まれるものであったため、分析対象として採用した。

3. 分析方法

Mishelの病における不確かさ理論(1988)は、急性疾患を想定した理論であり、慢性期としての特徴を併せ持つがんの子ども親の不確かさの経験をあてはめることができない。一方で慢性疾患を考慮に入れた再概念化理論(1990)では、不確かさの認知・評価・対処のプロセスを非平衡性・非線形的な関係として捉え直され、そのプロセスを構成する要素が明示されていない。そのため、①不確かさの内容 ②不確かさの関連因子・不確かさとともに生じている状況 ③不確かさへの対処方法の3項目でまとめることとした。①不確かさの内容は、質的研究における結果から、前述の定義に則った記述を抽出し、それへの対処として示されているものを④不確かさへの対処として抜粋した。②不確かさの関連因子・不確かさとともに生じている状況については、主に不確かさの評価尺度を用いて測定している量的研究から抽出したが、質的研究において①不確かさの内容とともに、その関連が記述されているものも②不確かさの関連因子・不確かさとともに生じている状況として抽出した。

III. 結果

1. 対象文献39件の概要

対象文献の概要を表1に示す。発行年は1995年～2020年で、研究デザインは質的研究12件、量的研究25件、混合研究2件であった。対象者は、両親を対象としているものが31件、母親に限定しているものが3件、父親に限定しているものが2件、明記のないものが3件であった。なお、両親を対象にしている31件中19件では母親の参加が7割以上を占め、父親の参加は母親に比べて少な

かった。がんの子どもについては、がん種を限定していない文献が27件で、年齢の幅は0～21歳であった。量的研究で使用されている不確かさの評価尺度はParent Perception of Uncertainty Scale (PPUS)が13件と最も多かった。

PPUSは、不確かさ理論の著者であるMishelによって開発された病気を持つ子どもの親を対象とした尺度であり、「曖昧さ」「複雑さ」「情報の欠如」「予測不可能性」の4因子31項目から構成される。5段階のリッカートスケール(1:全く同意しない～5:強く同意する)で測定され、スコアが高いほど、不確かさの認知の度合いが高いことを示している。その他では、Parent Experience of Child Illness (PECI)やPediatric Inventory for Parents (PIP)といったストレス、苦痛、経験などを測定する尺度のサブスケールで評価していた。

2. がんの子ども親が抱える不確かさに関する分析内容

1) 不確かさの内容

診断前の不確かさには、「病名や深刻度がわからない」(Liu et al., 2021; McGrath, 2002)があった。診断確定後には、「病気や治療の詳細がわからない」「家族生活の調整に対する不透明さや迷い」があった(McGeekin, 2018; McGrath, 2002)。

治療が始まると、「病気や治療の詳細がわからない」という不確かさは一般的な知識の獲得により解消していくものの、「治療を確実に遂行できるか」(McGeekin, 2018)「治療の効果を得られるか」(Liu et al., 2021; McGeekin, 2018)という、自分の子どもにおける確固たる今後の予測ができないために生じる不確かさがあった。治療効果と同時に副作用への懸念により、「治療に伴う身体の変化がよめない」(Anderson et al., 2018; Lemos et al., 2020; Liu et al., 2021; McGrath, 2002; Van Dongen-Melman et al., 1995; Walker et al., 2020)「病気や治療による影響が、現状の生活や子どもの将来へどう波及するのか」という不確かさが生じ(Forinder&Lindahl, 2010; Lemos et al., 2020; McGrath P, 2002; Walker et

表1 対象文献の概要

著者 (発行年、対象地域)	対象者 (参加者の統柄の内訳)	がんの子どもの属性 ①がん種②年齢	研究方法
Perez, M. N., et al. (2020、アメリカ)	保護者 n=145 (母親84.4%/父親13.1%/ その他2.1%)	①白血病、リンパ腫、固形腫瘍、脳腫瘍 ②2-18歳/調査時	量的研究(横断)ー質問紙調査 <使用尺度> ●不確かさ: PPUS ●ケアへの障壁: BCQ ●精神的苦痛: BSI/SCL-90/IES-R
Lemos, M. S., et al. (2020、ポルトガル)	両親 n=56 (母親39人/父親17人)	①白血病、リンパ腫、ウィルムス腫瘍、神経芽腫、肉腫、 その他 ②5-19歳/調査時	量的研究(横断)ー質問紙調査 <使用尺度> ●不確かさ: PIP(サブスケールにて) ●家族 機能: FACES-IV ●子どもの脆弱性の知覚: CVS
Sisk, B. A., et al. (2020、アメリカ)	両親 n=78 (母親66人/父親12人)	①白血病、リンパ腫、固形腫瘍、脳腫瘍 ②18歳以下/調査時または死亡時	質的研究ーインタビュー調査(テーマ分析)
Walker, A. J., et al. (2020、アメリカ)	両親 n=30 (母親28人/父親2人)	①ホジキンリンパ腫、ユーイング肉腫、骨肉腫、白血病、 非ホジキンリンパ腫、その他 ②13-18歳/治療終了時	質的研究ーインタビュー調査(GTA)
McGeehin Heilferty C (2018、アメリカ・カナダ)	両親 n=14 (母親9人/父親2人/両親3組)	①急性リンパ性白血病、神経芽腫 ②18歳未満/調査時	質的研究ーブログ調査(テーマ・ナラティブ分析)
Anderson, K. J., et al. (2018、オーストラリア)	両親 n=9 (母親8人/父親1人)	①急性リンパ性白血病 ②0-14歳/調査時	質的研究ーインタビュー調査(現象学的分析)
Vander Haegen, M., et al. (2018a、ベルギー)	両親 n=61/51 (T1/T2) (母親45人/39人 父親16人/12人)	①明記なし ②平均8.7歳、SD5.6/寛解確認時	量的研究(縦断)ー質問紙調査 <使用尺度> ●不確かさへの不寛容さ: IUS/WW- II /NPOQ/CAQ/Mini-CERTS
Vander Haegen, M., et al. (2018b、ベルギー)	両親 n=61 (母親45人/父親16人)	①白血病、肉腫、リンパ腫、脳腫瘍、固形腫瘍 ②平均13歳/調査時	量的研究(横断)ー質問紙調査 <使用尺度> ●不確かさへの不寛容さ: IUS/WW- II /NPOQ/CAQ/Mini-CERTS
Wang, J., et al. (2018、中国)	親 n=92 (明記なし)	①急性リンパ性白血病 ②15歳未満/診断時	量的研究ー準実験研究 ・対照群: 病院での標準的な健康教育 ・介入群: 対照群+mHealthケア
Buchbinder, D. K., et al. (2017、アメリカ)	両親 n=28 (母親13人/父親15人)	①脳腫瘍 ②10歳以上/調査時	量的研究(横断)ー質問紙調査 <使用尺度> ●不確かさ: PECI(サブスケールにて) ●身 体・精神的健康: NIH PROMIS Global Health Short Form
He, S., et al. (2016、中国)	両親 n=95 (母親62人/父親33人)	①急性リンパ性/骨髄性白血病 ②14歳以下/調査時	量的研究(横断)ー質問紙調査 <使用尺度> ●不確かさ: PPUS ●対処: CHIP ●不確かさ を通じた成長(GTU): GTUS
Tackett, A. P., et al. (2016、アメリカ)	両親 n=105 (母親91.4%)	①固形腫瘍、リンパ腫、白血病 ②2-18歳/調査時	量的研究(横断)ー質問紙調査 <使用尺度> ●不確かさ: PPUS ●心的外傷後症状 (PTSS): IES-R
Mullins, L. L., et al. (2016、アメリカ)	保護者 n=138 (母親77%/父親15.8%/そ 他7.2%)	①白血病、リンパ腫、固形腫瘍、脳腫瘍、その他 ②1-18歳/調査時	量的研究(横断)ー質問紙調査 <使用尺度> ●不確かさ: PPUS ●子育てストレス: PSI-SF ●心的外傷後症状(PTSS): IES-R ●親の報告による子 どものQOL: PedsQL-G・PedsQL-C
Nakajima-Yamaguchi, R., et al. (2016、日本)	両親 n=34 (母親33人/父親1人)	①白血病、リンパ腫、脳腫瘍、固形腫瘍 ②4-18歳/調査時	量的研究(横断)ー質問紙調査 <使用尺度> ●不確かさ: PECI(サブスケールにて) ●治 療強度: ITR-3.0
Ye, Z. J., et al. (2015、中国)	両親 n=111 (母親74人/父親37人)	①白血病、リンパ腫、中枢神経腫瘍、軟部組織腫瘍、横紋 筋肉腫、その他 ②平均6.85歳、SD4.37/調査時	量的研究(横断)ー質問紙調査 <使用尺度> ●不確かさ: PPUS ●レジリエンス: Connor-Davidson Resilience Scale
Gage E. A (2013、アメリカ)	両親 n=76 (母親49人/父親27人)	①記載なし ②記載なし	質的研究ーインタビュー調査(テーマ分析)
Mullins, L. L., et al. (2012、アメリカ)	母親 n=52	①白血病、リンパ腫、固形腫瘍、脳腫瘍 ②2-18歳/調査時	量的研究ーRCT ・対照群: 通常の心理的ケア ・介入群: 心理士と看護師による個別支援
Ringnér, A., et al. (2011、スウェーデン)	両親 n=14 (母親10人/父親4人)	①白血病、脳腫瘍、固形腫瘍 ②1-18歳/調査時	質的研究ーインタビュー調査(内容分析)
Forinder, U., et al. (2010、スウェーデン)	両親 n=11 (母親7人/父親4人)	①脳腫瘍 ②7-14歳/調査時	質的研究ーインタビュー調査(テーマ分析)
Bally, J. M., et al. (2014、カナダ)	両親 n=16 (母親12人/父親4人)	①白血病、リンパ腫、脳腫瘍、髄芽腫 ②0-15歳/調査時	質的研究ーインタビュー調査+日記分析(GTA)
Khoury, M. N., et al. (2013、レバノン)	両親 n=12 (母親10人/父親2人)	①急性リンパ性白血病、ホジキンリンパ腫、神経線維腫、 横紋筋肉腫 ②1-14歳/調査時	質的研究ーインタビュー調査(解釈現象学的分析)
Liu, Y. M., et al. (2010、台湾)	母親 n=200	①白血病、リンパ腫、固形腫瘍 ②18歳未満/調査時	量的研究(横断)ー質問紙調査 <使用尺度> ●不確かさ: PPUS ●健康関連QOL: SF-36
Hutchinson, K. C., et al. (2009、アメリカ)	両親 n=90 (母親73人/父親17人)	①脳腫瘍 ②1-18歳/調査時	量的研究(横断)ー質問紙調査 <使用尺度> ●不確かさ: PECI(サブスケールにて)
Santacroce S (2002、アメリカ)	両親 n=15 (母親12人/父親3人)	①白血病、リンパ腫、肉腫、網膜芽細胞腫 ②平均6.6歳、SD5.99/調査時	量的研究(横断)ー質問紙調査 <使用尺度> ●不確かさ: PPUS
Lin, L., et al. (2010、台湾)	両親 n=301 (母親205人/父親96人)	①白血病、リンパ腫、脳腫瘍、神経芽腫、ウィルムス腫 瘍、その他 ②18歳未満/調査時	量的研究(横断)ー質問紙調査 <使用尺度> ●不確かさ: PPUS ●不確かさを通じた成長 (GTU): GTUS ●ソーシャルサポートの知覚/コーピン グ: PCSI ●子どもの健康状態: FSII-R

小児がんの子どもが抱える不確かさに関する文献検討

著者 (発行年、対象地域)	対象者 (参加者の統柄の内訳)	がんの子どもの属性 ①がん種②年齢	研究方法
Perez, M. N., et al. (2018, アメリカ)	保護者 n=59 (母親48人/父親8人/その他3人)	①白血病、リンパ腫、固形腫瘍 ②2-18歳/調査時	量的研究(横断)一質問紙調査 <使用尺度> ●不確かさ: PPUS ●心的外傷後症状(PTSS) : IES-R
Kelly, P., et al. (2013, イギリス)	両親 n=8 (内訳不明)	①急性リンパ性白血病、非ホジキンリンパ腫、ウィルムス腫瘍 ②2-12歳/リクルート時	質的研究一エスノグラフィー
Matteo, B., et al. (2008, イタリア)	両親 n=72 (母親54人/父親18人)	①白血病、リンパ腫、脳腫瘍、骨肉腫、軟部組織腫瘍 ②記載なし	混合研究
Hovén, E., et al. (2008, スウェーデン)	両親 n=321 (母親182人/父親139人)	①複雑がん: 中枢神経腫瘍、急性骨髄性白血病、骨腫瘍、急性リンパ性白血病 ②0-20歳/診断時	量的研究(横断)一質問紙調査 <使用尺度> ●不確かさ: PPD-C (サブスケールにて)
Boman, K., et al. (2003, スウェーデン)	両親 n=264 (母親146人/父親118人)	①白血病、リンパ腫、中枢神経腫瘍、神経芽腫、腎臓腫瘍、その他 ②0-21歳/診断時	量的研究(横断)一質問紙調査 <使用尺度> ●不確かさ: PPD-C (サブスケールにて)
McGrath, P. (2002, オーストラリア)	両親 n=16 (母親12人/父親4人)	①急性リンパ性白血病 ②0-10歳/調査時	質的研究一インタビュー調査(現象学的分析)
Mu, P. F., et al. (2002, 台湾)	父親 n=80	①白血病、脳腫瘍、骨肉腫、卵黄嚢腫、その他 ②0-19歳/調査時	量的研究(横断)一質問紙調査 <使用尺度> ●不確かさ: PPUS ●統制感: sense of mastery scale ●不安: STAI
Mu, P. F., et al. (2001, 台湾)	母親 n=100	①白血病、脳腫瘍、骨肉腫、卵黄嚢腫、その他 ②0-19歳/調査時	量的研究(横断)一質問紙調査 <使用尺度> ●不確かさ: PPUS ●統制感: sense of mastery scale ●不安: STAI
LaMontagne, L. L., et al. (1999, アメリカ)	患児とその親 n=20組(明記なし)	①記載なし ②3-11歳/調査時	混合研究
Grootenhuys, M. A., et al. (1997, オランダ)	両親 n=163 (母親84人/父親79人)	①白血病、リンパ腫、固形腫瘍 ②8-18歳/調査時	量的研究(横断)一質問紙調査 <使用尺度> ●不確かさ: SSERQ (サブスケールにて) ●親のコントロール戦略: CSS
Sterken D. J. (1996, アメリカ)	父親 n=31	①記載なし ②1-18歳/調査時	量的研究(横断)一質問紙調査 <使用尺度> ●不確かさ: PPUS
Van Dongen-Melman, J. E., et al. (1995, オランダ)	両親 n=133 (母親69人/父親64人)	①白血病、非ホジキンリンパ腫、横紋筋肉腫 ②8-12歳/調査時	量的研究(横断)一質問紙調査 <使用尺度> ●不確かさ: 明記なし
Eche, I. J., et al. (2019, アメリカ)	患児とその親 n=55組(明記なし)	①白血病、リンパ腫、固形腫瘍、神経芽腫、骨肉腫、髄芽腫 ②2-17歳/診断時	量的研究(縦断)一質問紙調査 <使用尺度> ●不確かさ: PPUS ●子どもの健康関連QOL: PedsQLTM3.0 cancer module
Liu, Q., et al. (2020, 中国)	両親 n=10 (母親8人/父親2人)	①急性リンパ性白血病 ②0-6歳/調査時	質的研究一インタビュー調査(現象学的分析)

<尺度の略語>

【BCQ】Barriers to Care Questionnaire 【BSI】Brief Symptom Inventory 【CAQ】Cognitive Avoidance Questionnaire 【CHIP】Coping Health Inventory 【CSS】Control Strategy Scale 【CVS】Child Vulnerability Scale 【FACES-IV】Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale-Version IV 【FSII-R】revised Functional Status II 【GTUS】Growth Through Uncertainty Scale 【IES-R】Impact of Events Scale-Revised 【ITR-3.0】Intensity Treatment Rating 3.0 【IUS】Intolerance of Uncertainty Scale 【Mini-CERTS】Mini Cambridge-Exeter Repetitive Thought Scale 【NIH PROMIS Global Health Short Form】National Institutes of Health Patient-Reported Outcomes Measurement Information System Global Health Short Form 【NPOQ】Negative Problem Orientation Questionnaire 【PCSI】Parental Coping Strategy Inventory 【PECI】Parent Experience of Child Illness 【PedsQL-C】Pediatric Quality of Life Inventory, Cancer Module 【PedsQL-G】Pediatric Quality of Life Inventory, General Module 【PIP】Pediatric Inventory for Parents 【PPD-C】Parental Psychological Distress in Childhood cancer 【PPUS】Parent Perception of Uncertainty Scale 【PSI-SF】Parenting Stress Index-Short Form 【SCL-90】Symptom Checklist-90 【SF-36】Short-Form 36 Health Survey 【SSERQ】Situation Specific Emotional Reaction Questionnaire 【STAI】State-Trait Anxiety Inventory 【WW-II】Why Worry Questionnaire 2nd version

al., 2020)、これらの不確かさに対処することが親の生活マネジメントの一つであるとされていた(Kelly & Kelly, 2013)。生活に対する不確かさには、「経済面でのやりくりをしていけるか」というものもあった(Liu et al., 2021; Walker et al., 2020)。

診断時から治療終了後まで、「子どもが再発するかもしれない」「子どもが亡くなるかもしれない」という不確かさは継続的にみられた(Forinder & Lindahl, 2010; Khoury et al., 2013;

Lemos et al., 2020; Liu et al., 2021; McGeehin, 2018; Van Dongen-Melman et al., 1995; Walker et al., 2020)。これらの不確かさと、前述の子どもの将来に対する病気・治療の影響に関する不確かさは、治療終了後、治療中に抑圧されていた感情が表面化することや、医療機関でのフォロー期間が空くことで増強していた(Boman et al., 2003; Hutchinson et al., 2009; Lemos et al., 2020; Walker et al., 2020)。

また、時期を問わず「親役割の揺らぎ」を感

じていた。これは、がんの子どもに対して親としてすべきこと・できることは何かという迷い (LaMontagne et al., 1999 ; Liu et al., 2021) や、親役割の喪失感 (McGrath, 2002) として示されていたほか、がんの子どものきょうだいに対する親役割の遂行困難としても生じていた (Forinder & Lindahl, 2010)。「なぜ自分の子どもががんになったのか」という不確かさもあり (Liu et al., 2021 ; Walker et al., 2020)、自身に理由があるのではと思う母親の存在の報告もあった (Matteo & Pierluigi, 2008)。さらに、知人からの同情や支援の申し出に、どのように対応すればよいか分からないといった「周囲とのかかわりの迷い」もみられた (Gage, 2013)。

2) 不確かさの関連因子・不確かさとともに生じている状況

がんの子どもについては、年齢が低いほど ($r=-.356$) 不確かさスコアが高かった (Nakajima-Yamaguchi et al., 2016)。また、白血病に比べて骨腫瘍や中枢神経腫瘍 (Hovén et al., 2008)、初発より再発 ($p<.001$) (Grootenhuis & Last, 1997)、身体機能が低い ($p<.01$) (Lin et al., 2010) 場合、また治療強度が強いほど ($p=.6$) (Nakajima-Yamaguchi et al., 2016)、不確かさスコアが高かった。さらに、診断初期ほど不確かさスコアが高かった (He et al., 2016 ; Sterken, 1996)。

親については、年齢が高いほど不確かさスコアが低い ($r=-.4815$) という報告 (Sterken, 1996) の一方で、22-30歳の親に比べて、41-47歳の親の方が不確かさスコアが高い ($p<.05$) という結果もあった (He et al., 2016)。また黒人が白人よりも有意に不確かさスコアが高く ($p<.001$) (Santacroce, 2002)、ことばや知識・環境への疎外感などの項目によって構成される「ケアへの障壁」スコアと不確かさスコアの間には正の相関がある ($p<.01$) (Perez et al., 2020) など、文化的側面の影響もみられた。そのほか、教育レベル (He et al., 2016 ; Lemos et al., 2020) による違いがあった。以上の属性に加えて、認知や対処方法に関わる因子もみられ、子どもに対する脆弱性の認知が高いほど ($r=.516$) (Lemos et al., 2020)、ま

たソーシャルサポートの知覚が低い場合 ($p<.05$) (Lin et al., 2010) に、不確かさスコアが高く、コーピング戦略による不確かさスコアの違いもみられた (Grootenhuis & Last, 1997)。また親の性格特性として、不確かさへの不寛容さを示す親の割合が多い (Vander & Etienne, 2018a ; Vander & Etienne, 2018b) ことや、レジリエンスが高いほど、不確かさスコアが低い ($r=-.357$) (Ye et al., 2015) ことも明らかになっていた。そのほか、子どもへの情報共有の状況・程度 ($\rho=-.397$) (Nakajima-Yamaguchi et al., 2016) や、家族機能 ($r=.413$) (Lemos et al., 2020) との相関もみられ、家族内相互作用によるものもあった。さらに医療者の知識やスキルといった能力、親しみやすさによっても、不確かさが高まることが語られていた (Anderson et al., 2018)。

不確かさスコアが高い場合、心理的苦痛や子育てストレス (Buchbinder et al., 2017 ; Mullins et al., 2016)、不安 (Mu et al., 2002 ; Mu et al., 2001 ; Perez et al., 2020) や抑うつ (Perez et al., 2020)、心的外傷後症状 (Posttraumatic Stress Symptom ; PTSS) (Mullins et al., 2016 ; Perez et al., 2018 ; Perez et al., 2020 ; Tackett et al., 2016)、統制感の低下 (Mu et al., 2002 ; Mu et al., 2001) がみられた。また、親のQOLの低下 ($p<.05$) (Liu & Yeh, 2010) や、親の報告による子どものQOLの低下 ($p<.05$) (Eche et al., 2019 ; Mullins et al., 2016) といった生活の側面を捉えた結果も示されていた。このようなネガティブな側面についての報告の一方、不確かさを抱えていても、家族や医療者などによるサポートにより不確かさを通じた成長 (Growth Through Uncertainty; GTU) に至る親の存在も示されていた (He et al., 2016; Lin et al., 2010)。

3) 不確かさへの対処方法

対処行動として、家族や知人、ピアサポーターや医療者とのコミュニケーションがあり、それが予測や計画を立てること、親の医療への参加、医療者との関係性構築、情緒的支え (Mullins et al., 2012 ; Sisk et al., 2020) につながっていた。情報提供という側面においては、リソースの違いによってコミュニケーションが果たす働きに特徴が

みられた。医療者からの情報は、エビデンスに基づいているという点で望まれ、タイムリーかつ親がニーズを感じたタイミングで (Ringnér et al., 2011; Sisk et al., 2020; Wang et al., 2018)、継続的に (Ringnér et al., 2011)、理解でき個別性のある (Sisk et al., 2020) 情報提供が期待されていた。一方でピアサポーターからの情報は、子どもへのケア方法や日々の調整などの生活に即したアドバイスや感情の共有が助けとなっていた (Liu et al., 2021; Ringnér et al., 2011)。さらに、「子どもが再発するかもしれない」という不確かさゆえに生じている不安に対し、子どもの生活習慣の改善や有症状時の受診・相談行動を励行している親の存在の報告 (Walker et al., 2020) があった。一方で、「なぜ自分の子どもががんになったのか」という不確かさに対しては、理由を知りたくないために情報を避ける。 (Matteo & Pierluigi, 2008) など、緩衝的対処もみられた。

また認知の調整に主眼を置いた対処として、考え方の意識的操作があった。その中には、祈る (Walker et al., 2020)、楽観的である (He et al., 2016; Liu et al., 2021)、希望を持つ (Bally et al., 2014)、運命として捉える (Liu et al., 2021) といった、不確かさとの付き合い方を工夫する対処や、逆に、考えないようにする時間を作る (Liu et al., 2021; McGeehin, 2018)、未来ではなく1日ずつに焦点をあてて生きる (McGeehin, 2018; Walker et al., 2020) といった、不確かさから認知的に距離をとることによる対処もみられた。不確かさによって生じる心理的混乱に対しては、泣くなど気持ちを解放する対処も示されていた (McGrath, 2002)。

IV. 考察

がんの子ども親は、診断前から治療終了後まで多様かつ継続的な不確かさを抱えていた。つまり、子どものがんとともにある生活は、がんがもたらす不確かさとともにある生活であるといえる。不確かさは、親に否定的・肯定的状態をもたらしており、がんの子ども親の経験理解に重要な概念であると考えられる。ここでは、がんの子ども親が抱える不確かさ・対処方法の特徴に関

して考察し、今後の臨床実践・研究への示唆について述べる。

1. がんの子ども親が抱える不確かさの特徴

親が抱える不確かさには、「病名や深刻度がわからない」「病気や治療の詳細がわからない」といった情報により解決されるものや、「治療を確実に遂行できるか」「治療の効果を得られるか」といった時間経過により解消され则认为られるものがみられた。一方で、「治療に伴う身体の変化がよめない」「病気や治療による影響が現状の生活や、子どもの将来へどう波及するのか」「子どもが再発するかもしれない」「子どもが亡くなってしまうかもしれない」といった先行きが分からないことによるもの、また「親役割の揺らぎ」「なぜ自分の子どもががんになったのか」「周囲とのかかわりの迷い」といった確たる答えが存在しないものもみられた。

不確かさの関連因子として、がん種や再発の有無、治療強度があり、生命予後が不良、また機能的予後への影響が大きいと見込まれる場合 (Oeffinger et al., 2006) に、より不確かさを抱えている傾向にあった。小児がんにおいては、成人がんと同様に治癒という概念はなく、寛解維持を目指す。そのプロセスでは、再発の可能性が潜んでいる上に、治療による合併症が生涯に渡って出現し得る (Bhakta et al., 2017)。小児がんの合併症は、臓器だけでなく、身体の成長や心理社会的側面への影響も大きく、成長発達の著しい時期に治療を行うこと、またその後の潜在的な寿命が長いことによる小児特有の問題が存在する。そのため、合併症出現の様相も、がん種や治療内容、治療時やその時の年齢によって様々である (Robison & Hudson, 2014)。再発・合併症いずれにおいても、確率としてその可能性を認識しても、さらにそれが人生に与える影響について知ることには一定の限界がある。そのため、小児がんにおいて、先行きが分からないという不確かさはなくすることはできず、その曖昧さに耐え得る力が求められる。

「親役割の揺らぎ」など、確たる答えが存在しない不確かさもみられた。小児がんの診断によっ

て、自責の念にかられる親が存在することは多くの文献で報告されている (Bally et al., 2014 ; Gunter & Duke, 2019 ; Khoury et al., 2013 ; McGrath, 2002)。成長発達途上の子どもを幸福にすることを責務と考える親 (McGrath, 2002) にとって、子どものがん罹患は、親として果たすべき、もしくは果たしたいと考えていた重要な役割を失う感覚をもたらすと考えられる。また、小児がん経験の軌跡の中で語られる要素の一つに「Normal (ふつう・日常)」の喪失または創出 (Clarke-Steffen, 1993 ; West et al., 2015) がある。このことから、親役割や社会との関わり方等、家族生活における様々な局面において、確たる答えはなくとも、各々が「Normal」と捉える価値規範が存在し、それらの再考を余儀なくされるともいえる。さらに、子どもが低年齢であるほど、また子どもとの情報共有の程度が低い場合に、親の不確かさスコアが高かった。親は、子どもに代わって医療上の意思決定を行うことに困難や後悔がある (Sisk et al., 2020 ; Stewart et al., 2012) という報告と併せると、子どものアドボケーターとしての役割を担うことによる不確かさも強いと考えられる。これは、先に述べた先行きがわからない状況や、親役割に迷いを持ちながら過ごしている状況で生じる不確かさと相まって、子どもの生活や人生を左右し得る決断をすることへの親の負荷を強めていると推測される。このような先行きが分からないことや、確たる答えが存在しないが故に生じている不確かさに対しては、その人それぞれにとっての新たな価値規範や、納得・確信できるポイントを見つけていくことが必要である。

以上より、がんの子どもの親が抱える不確かさは、解消できない性質のものを含むために継続的に存在していると考えられる。そのため、Mishel (1990) が再概念化理論で述べているように、親はこれらの不確かさの自己組織化、つまり不確かさの排除を目指すのではなく、自身の生活に共にあり続けるものとして引き受けていくことが求められる。

2. がんの子どもの親の不確かさへの対処方法の特徴

不確かさへの対処としては、情報収集といった行動による対処と、考え方の意識的操作といった認知の調整に主眼を置いた対処の2つがみられた。

不確かさスコアは、診断時に高く、時間が経つにつれて低下していく傾向があった。これは情報や時間経過により解消が期待できる不確かさの存在に起因すると考えられる。Mishel (1988) によると、不確かさは、信頼できる専門家・ソーシャルサポート・教育といった「構造の提供者」により減少させることができる。医療者との情報のやり取りについては、多くの論文で扱われており、不確かさの低減に大きく寄与していると考えられる。しかし、医療者との有効な情報のやり取りが難しいことも示されており (Gibson et al., 2018)、不確かさの低減のために医療者がうまく機能しない危惧に加え、医療者とのやり取り自体が、環境・関係性への不確かさとして認知される可能性がある。そのため、結果で示されたように、タイムリーかつ親がニーズを感じたタイミングで、継続的に、理解でき個別性のある情報提供を行っていくことが、情報管理・関係性構築の両者の視点から重要である。さらに親は、不確かさを減じるために、子どもの体調管理や有症状時の受診など、積極的に行動を起こしていることも示されていた。Penrodによる不確かさの概念分析 (2007) において、自信とコントロールの感覚は、不確かさの経験の質を決定づける第一の要素であるとされている。がんの子どもの親にとっても、起こり得る結果に確かさを得られない状況で、日々の生活というプロセスにコントロール感を得ることが好まれているのかもしれない。

認知の調整による対処は、先行きが分からないこと、また確たる答えが存在しないことによる不確かさに関係していると考えられる。先にも述べたように、これらの不確かさは解消することはできず、自己組織化していくことが求められる。そのためには、確率論的見方、つまり確かさにこだわらず、ある現象が起こるかもしれないし起こらないかもしれないといった幅を持った思考ができ

るようになる必要がある。確率論的見方の獲得を妨げる状況として「医療提供者が予測可能性や確かさに固執する状況」が挙げられている（Mishel, 1990）ことから、まずは不確かな状況を生きる子どもと家族と共にある医療者が、その解消できない不確かさの存在を認めながら関わる姿勢を持つことが重要である。また、不確かさへの対処の一つに「希望を持つ」ことがあり、医療者によって支持されていると示されている（Salmon et al., 2012）。希望を持つことは、不確かさがある状況において、確かさを追及しようとせず、同時に不確かさを脅威として捉えずに共存していくための方法になり得る。不確かさの自己組織化は、カオス理論を基にされていることから、闘病初期から達成が期待できる現象ではなく、そこに至るまでに多くの葛藤や迷いがあるからこそ促されるプロセス・状態であるといえる。そのため医療者は、揺らいでいる親を安定に導こうと急ぐのではなく、希望とその対にある可能性との幅の中で、親が子どものがんとともにある生活を継続させていける立ち位置と一緒に模索することが求められるだろう。

また、不確かスコアが高い親ほど、さまざまな否定的状態を示していた一方で、不確かさを通じた成長（GTU）という肯定的な変化も導かれていた。この転機を分けることは、不確かさを認識することそのものではなく、「不確かさをどのように評価するか」という点である（Mishel, 1990）。不確かさを自己組織化していくためには、不確かさをどう捉えるのかについて再評価できる機会を持つこと、その結果、不確かさが自分の中にあることとして捉えられるようになることが望ましい。そのためには、前述のように認知の調整といった内的な対処がより重要となるが、実際に親の対処として取り込まれるにはなんらかの契機が必要であると考えられる。また、不確かさの評価・対処のプロセスは非線形的なものである（Mishel, 1990）ことから、今後は、がんの子ども親が、不確かさに対し、どのように評価・対処を繰り返しながら過ごしているのかというプロセスでの理解を進めていくことが必要である。

3. 研究の限界と今後の臨床実践・研究への示唆

本研究の限界は次の4点である。一つ目は、英語文献のみの検索としたため、我が国におけるがんの子ども親の不確かさ・対処のありようについては、異なる側面・比重があるかもしれない点である。対象文献39件のうち、日本からの報告は1件のみであること、不確かさの関連因子として医療者の能力や教育レベルがあり、国ごとに大きく差が生じる可能性があること、また対処として認知の調整が大きなウエイトを占めているという点で信仰や文化の影響は大きいと考えられる。2点目は、親の不確かさに関する経験を十分に拾い切れていない可能性がある点である。1つのデータベースからの文献抽出となったこと、また文献選定の際、「uncertainty」を検索語として用いたが、「不確かさ」は、結果に示したように多様な言葉で表現される認知的状態であり、「uncertainty」のみならず検索語を広げつつ、複数のデータベースで検索を行うことで、さらに知見を得られると考えられる。3点目は、「がんの子ども親の経験を不確かさの観点から捉えなおすこと、また不確かさに関連する因子や状況を整理する」という研究目的上、各論文の質の評価・結果の統計的検討は行っていない点である。加えて、量的研究においては研究間でサンプルサイズが大きく異なっていることや、質的データとともに不確かさにまつわる因子を整理したことにより、因子毎の不確かさとの関連の度合いの実態は定かではない。4点目は、先述したように、本文献検討は、不確かさに関する3つの項目の整理にとどまっており、不確かさの評価・対処のプロセスを捉えることはできていない点である。

上記の限界がありながらも、本研究において、がんの子ども親の情緒反応の背景には、なんらかの不確かさが存在する可能性が見出された。つまり、不安や心配といった心理的負担の軽減・緩和には、いかに不確かさとつきあっていけるように支援するかという、一見相反するようにも捉えられる視点が重要である。臨床においては、関連因子を踏まえて不確かさを抱え得る親を見極め、不確かさと上手く共存していけるように支援すること、具体的には情報にアクセスし処理するこ

と、考え方を変容させていくこと、日々の暮らしの中での納得感・コントロール感を支えていくことが求められる。そのためには、研究において、不確かさの認知から評価・対処を一連のプロセスで捉え、親が継続的な不確かさを自己組織化していくために必要な条件を明らかにしていくことも必要である。

V. 結論

がんの子どもの親が抱える不確かさは、解消できない性質のものを含むために継続的に存在し、それらを自己組織化していくことが必要と考えられた。臨床においては、親の情緒反応の背景に存在し得る不確かさの存在に目をむけること、また関連因子を踏まえたアセスメントにより不確かさを抱えやすい親を見極め、不確かさと共存していくようになるための支援につなげていくことが重要である。また、研究においては、親がどのように不確かさを自己組織化していくか、プロセスでの理解をすすめていくことが期待される。

本研究は、第19回日本小児がん看護学会学術集会にて発表した。

文献リスト

- Anderson KJ, Bradford NK, & Clark JE. (2018). Through their eyes: Parental perceptions on hospital admissions for febrile neutropenia in children with cancer. *Journal of pediatric oncology nursing*, 35(5), 342-352.
- Bally JM, Duggleby W, Holtslander L, et al. (2014). Keeping hope possible: a grounded theory study of the hope experience of parental caregivers who have children in treatment for cancer. *Cancer nursing*, 37(5), 363-372.
- Bally J, Smith NR, Holtslander L, et al. (2018). A metasynthesis: Uncovering what is known about the experiences of families with children who have life-limiting and life-threatening illnesses. *Journal of pediatric nursing*, 38, 88-98.
- Bhakta N, Liu Q, Ness KK, et al. (2017). The cumulative burden of surviving childhood cancer: an initial report from the St Jude Lifetime Cohort Study (SJLIFE). *Lancet*, 390(10112), 2569-2582.
- Boman K, Lindahl A, & Björk O. (2003). Disease-related distress in parents of children with cancer at various stages after the time of diagnosis. *Acta oncologica*, 42(2), 137-146.
- Buchbinder DK, Fortier MA, Osann K, et al. (2017). Quality of life among parents of adolescent and young adult brain tumor survivors. *Journal of pediatric hematology/oncology*, 39(8), 579-584.
- Clarke-Steffen L. (1993). A model of the family transition to living with childhood cancer. *Cancer practice*, 1(4), 285-292.
- Darcy L, Knutsson S, Huus K, et al. (2014). The everyday life of the young child shortly after receiving a cancer diagnosis, from both children's and parents' perspectives. *Cancer nursing*, 37(6), 445-456.
- Eche IJ, Aronowitz T, Shi L, et al. (2019). Parental uncertainty: Parents' perceptions of health-related quality of life in newly diagnosed children with cancer. *Clinical journal of oncology nursing*, 23(6), 609-618.
- Forinder U, & Lindahl NA. (2010). "Now we have to cope with the rest of our lives". Existential issues related to parenting a child surviving a brain tumour. *Supportive care in cancer*, 18(5), 543-551.
- Gage EA. (2013). The dynamics and processes of social support: families' experiences coping with a serious paediatric illness. *Sociology of health & illness*, 35(3), 405-418.
- Gibson F, Kumpunen S, Bryan G, et al. (2018). Insights from parents of a child with leukaemia and healthcare professionals about sharing illness and treatment information: A qualitative research study. *International journal of nursing studies*, 83, 91-102.

- Grootenhuis MA, & Last BF. (1997). Predictors of parental emotional adjustment to childhood cancer. *Psycho-oncology*, 6(2), 115-128.
- Gunter MD, & Duke G. (2019). Social support to reduce uncertainty in childhood cancer in South Texas: A case study. *Journal of pediatric oncology nursing*, 36(3), 207-218.
- He S, You LM, Zheng J, et al. (2016). Uncertainty and personal growth through positive coping strategies among Chinese parents of children with acute leukemia. *Cancer nursing*, 39(3), 205-212.
- Hovén E, Anclair M, Samuelsson U, et al. (2008). The influence of pediatric cancer diagnosis and illness complication factors on parental distress. *Journal of pediatric hematology/oncology*, 30(11), 807-814.
- Hutchinson KC, Willard VW, Hardy KK, et al. (2009). Adjustment of caregivers of pediatric patients with brain tumors: a cross-sectional analysis. *Psycho-oncology*, 18(5), 515-523.
- Kelly P, & Kelly D. (2013). Childhood cancer-parenting work for British Bangladeshi families during treatment: an ethnographic study. *International journal of nursing studies*, 50(7), 933-944.
- Kelly KP, Withycombe J, Stegenga K, et al. (2018). The why behind the questions: Question-asking in parents of children newly diagnosed with cancer - A report from the children's oncology group. *Journal of pediatric nursing*, 43, 23-28.
- Khoury MN, Huijter HA, & Doumit MA. (2013). Lebanese parents' experiences with a child with cancer. *European journal of oncology nursing*, 17(1), 16-21.
- LaMontagne LL, Wells N, Hepworth JT, et al. (1999). Parent coping and child distress behaviors during invasive procedures for childhood cancer. *Journal of pediatric oncology nursing*, 16(1), 3-12.
- Lemos MS, Lima L, Silva C, et al. (2020). Disease-related parenting stress in the post-treatment phase of pediatric cancer. *Comprehensive child and adolescent nursing*, 43(1), 65-79.
- Lin L, Yeh CH, & Mishel MH. (2010). Evaluation of a conceptual model based on Mishel's theories of uncertainty in illness in a sample of Taiwanese parents of children with cancer: a cross-sectional questionnaire survey. *International journal of nursing studies*, 47(12), 1510-1524.
- Liu Q, Petrini MA, Luo D, et al. (2021). Parents' experiences of having a young child with acute lymphoblastic leukemia in China. *Journal of pediatric oncology nursing*, 38(2), 94-104.
- Liu YM, & Yeh CH. (2010). Pediatric oncology: The use of cluster analysis to examine maternal concerns. *Oncology nursing forum*, 37(4), E304-E311.
- Matteo B, & Pierluigi B. (2008). Descriptive survey about causes of illness given by the parents of children with cancer. *European journal of oncology nursing*, 12(2), 134-141.
- McGeekin HC. (2018). The Search for balance: Prolonged uncertainty in parent blogs of childhood cancer. *Journal of family nursing*, 24(2), 250-270.
- McGrath P. (2002). Beginning treatment for childhood acute lymphoblastic leukemia: Insights from the parents' perspective. *Oncology nursing forum*, 29(6), 988-996.
- Mishel MH. (1988). Uncertainty in illness. *Image--the journal of nursing scholarship*, 20(4), 225-232.
- Mishel MH. (1990). Reconceptualization of the uncertainty in illness theory. *Image-- the journal of nursing scholarship*, 22(4), 256-262.
- Moghaddasi J, Taleghani F, Moafi A, et al. (2018). Family interactions in childhood leukemia: an exploratory descriptive study. *Supportive care in cancer*, 26(12), 4161-4168.

- Mu PF, Ma FC, Hwang B, et al. (2002). Families of children with cancer: the impact on anxiety experienced by fathers. *Cancer nursing*, 25(1), 66-73.
- Mu PF, Ma FC, Ku SM, et al. (2001). Families of Chinese children with malignancy: The factors impact on mother's anxiety. *Journal of pediatric nursing*, 16(4), 287-295.
- Mullins LL, Cushing CC, Suorsa KI, et al. (2016). Parent illness appraisals, parent adjustment, and parent-reported child quality of life in pediatric cancer. *Pediatric hematology and oncology*, 33(5), 314-326.
- Mullins LL, Fedele DA, Chaffin M, et al. (2012). A clinic-based interdisciplinary intervention for mothers of children newly diagnosed with cancer: A pilot study. *Journal of pediatric psychology*, 37(10), 1104-1115.
- Nakajima-Yamaguchi R, Morita N, Nakao T, et al. (2016). Parental post-traumatic stress symptoms as predictors of psychosocial problems in children treated for cancer. *International journal of environmental research and public health*, 13(8), 812.
- 日本小児がん看護学会. (2018). 小児がん看護ケアガイドライン 2018. 令和2年10月30日アクセス, http://jspon.sakura.ne.jp/download/jspon_guideline/
- Oeffinger KC, Mertens AC, Sklar CA, et al. (2006). Chronic health conditions in adult survivors of childhood cancer. *The New England journal of medicine*, 355(15), 1572-1582.
- Penrod J. (2007). Living with uncertainty: concept advancement. *Journal of advanced nursing*, 57(6), 658-667.
- Perez MN, Sharkey CM, Tackett AP, et al. (2018). Post traumatic stress symptoms in parents of children with cancer: A mediation model. *Pediatric hematology and oncology*, 35(4), 231-244.
- Perez MN, Traino KA, Bakula DM, et al. (2020). Barriers to care in pediatric cancer: The role of illness uncertainty in relation to parent psychological distress. *Psycho-oncology*, 29(2), 304-310.
- Penrod J. (2007). Living with uncertainty: concept advancement. *Journal of advanced nursing*, 57(6), 658-667.
- Ringnér A, Jansson L, & Graneheim UH. (2011). Parental experiences of information within pediatric oncology. *Journal of pediatric oncology nursing*, 28(4), 244-251.
- Robison LL, & Hudson MM. (2014). Survivors of childhood and adolescent cancer: life-long risks and responsibilities. *Nature reviews. Cancer*, 14(1), 61-70.
- Santacroce S. (2002). Uncertainty, anxiety, and symptoms of posttraumatic stress in parents of children recently diagnosed with cancer. *Journal of pediatric oncology nursing*, 19(3), 104-111.
- Salmon, P, Hill J, Ward J, et al. (2012). Faith and protection: The construction of hope by parents of children with leukemia and their oncologists. *The oncologist*, 17(3), 398-404.
- Sisk BA, Friedrich A, Blazin LJ, et al. (2020). Communication in pediatric oncology: A qualitative study. *Pediatrics*, 146(3), e20201193.
- Sisk BA, Kang TI, & Mack JW. (2020). The evolution of regret: decision -making for parents of children with cancer. *Supportive care in cancer*, 28(3), 1215-1222.
- Sterken DJ. (1996). Uncertainty and coping in fathers of children with cancer. *Journal of pediatric oncology nursing*, 13(2), 81-90.
- Stewart JL, Pyke-Grimm KA, & Kelly KP. (2012). Making the right decision for my child with cancer: The parental imperative. *Cancer nursing*, 35(6), 419-428.
- Tackett AP, Cushing CC, Suorsa KI, et al. (2016). Illness uncertainty, global psychological distress, and posttraumatic stress in pediatric

- cancer: A preliminary examination using a path analysis approach. *Journal of pediatric psychology*, 41(3), 309-318.
- Van Dongen-Melman JE, Pruyn JF, De Groot A, et al. (1995). Late psychosocial consequences for parents of children who survived cancer. *Journal of pediatric psychology*, 20(5), 567-586.
- Vander HM, & Etienne AM. (2018a). Intolerance of uncertainty as the vulnerability factor among parents of childhood cancer survivors: A 3-month follow-up study. *Journal of psychosocial oncology*, 36(4), 437-453.
- Vander HM, & Etienne AM. (2018b). Intolerance of uncertainty in parents of childhood cancer survivors: A clinical profile analysis. *Journal of psychosocial oncology*, 36(6), 717-733.
- Vindrola-Padros C, & Brage E. (2017). What is not, but might be: The disnarrated in parents' stories of their child's cancer treatment. *Social science & medicine*, 193, 16-22.
- Walker AJ, Lewis FM, & Rosenberg AR. (2020). Walking on eggshells: Parents' first year after their adolescent completes their cancer treatment. *Journal of pediatric oncology nursing*, 37(4), 233-243.
- Wang J, Howell D, Shen N, et al. (2018). mHealth supportive care intervention for parents of children with acute lymphoblastic leukemia: Quasi-experimental pre- and postdesign study. *JMIR mHealth and uHealth*, 6(11), e195.
- West CH, Bell JM, Woodgate RL, et al. (2015). Waiting to return to normal: An exploration of family systems intervention in childhood cancer. *Journal of family nursing*, 21(2), 261-294.
- 山下早苗. (2010). 小児がんの子どもへの病名・病状説明に対して親が抱く不確かさ. *日本小児看護学会誌*, 19(3), 9-17.
- 山下早苗, 猪下光. (2005). 外来通院している小児がん患者への告知に対する親の意向: 告知に対する親の不確かさに焦点をあてて. *日本小児看護学会誌*, 14(2), 7-15.
- Ye ZJ, Guan HJ, Wu LH, et al. (2015). Resilience and psychosocial function among mainland Chinese parents of children with cancer: A cross-sectional survey. *Cancer nursing*, 38(6), 466-474.

研究報告

小児がんで入院している子どもの親への情報提供支援における 看護師の工夫と困難感

Nurse's ingenuity and difficulties in providing information for parents of hospitalized children with cancer

橋本 浩子 Hiroko HASHIMOTO 高橋 久美 Kumi TAKAHASHI
今井 芳枝 Yoshie IMAI

徳島大学大学院 医歯薬学研究部

Institute of Biomedical Sciences, Tokushima University Graduate School

要 旨

本研究の目的は、小児がんで入院している子どもの親へ情報提供支援を行ううえで、看護師が工夫していること、困難を感じていることを明らかにすることである。小児がん看護に携わる看護師に自記式質問紙調査を実施し、自由記載欄に記述された内容を質的記述的に分析した。看護師が行う工夫は、【多職種と連携し、各自の専門性を活かした情報提供が行えるようにする】、【看護師からの一方的な情報提供とならないように注意する】、【親の知りたいことを引き出せるようにする】を含む10のカテゴリー、困難を感じていることは、【自信をもって情報提供支援を行えていない】、【親の情報ニーズを把握する難しさ】、【他職種との連携の難しさ】を含む10のカテゴリーが、それぞれ抽出された。工夫と困難感のカテゴリーの中には、両方に共通している内容も含まれていたことから、看護師が行っているこれらの工夫を共有することは、困難感の改善に向けた第一歩となることが示唆された。

Abstract

This study aimed to clarify the ingenuity implemented and difficulties experienced by nurses in providing information to parents of hospitalized children with cancer. A questionnaire survey was administered to nurses involved in pediatric oncology nursing. The nurses answered the questions using free descriptive answers regarding ingenuity implemented and difficulties experienced in providing information to parents of hospitalized children with cancer. The answers were analyzed qualitatively. Ingenuity that nurses implemented was constructed of ten categories including: "Cooperate with multiple professions to provide information that make the most of the specialty of each", "Be careful not to make it a one-sided provision of information from nurses", and "Try to draw out what the parents want to know". Difficulties that nurses experienced was constructed of ten categories including: "Not providing information with confidence", "Difficulty in understanding the information needs of the parents", and "Difficulty in cooperating with other professions". As there was crossover between the categories of ingenuity implemented and difficulties experienced, our findings suggest that sharing ingenuity implemented may improve difficulties experienced.

キーワード：小児がん、親、情報提供支援、工夫、困難感

Key words：childhood cancer, parents, providing information, ingenuity, difficulties

I. はじめに

小児がんの治療は、化学療法を中心とした集学的治療が行われることが多いため（稲垣ら, 2012）、入院期間は長期に及び、入院している子どもだけでなく親やきょうだいの生活にも様々な影響を及ぼす。また、親にとって我が子が小児がんと診断されることは大きな衝撃であり（横森ら, 2014；藤原ら, 2019）、入院生活においても様々な不安や心配が生じる。そうした中、入院している小児がんの子どもの親は、病気や治療に関するだけでなく、子どものケアや親、家族への支援に関することなど様々な情報を必要としている（橋本ら, 2016；渡辺, 2018）。しかし、小児がんの子どもの家族を対象とした調査では、治療スケジュールに関する見通しや生活上の留意点に関する情報を得ることについて回答者の約8割が肯定的に評価をしていた一方で、家族の悩みや負担を相談できる支援・サービス等についての肯定的な評価は約4割となっていた（国立研究開発法人国立がん研究センター, 2021）。また、必要な情報が得られなかったことを経験した親もいた（川村ら, 2019）。これらのことから、親が必要とする情報の充足度は、内容によって異なっていると考えられる。

小児がんの子どもの親は、看護師を重要な情報源としてとらえており（Rodgers et al., 2016）、また、小児がんを含めた入院中の子どもを持つ家族は、看護師に対して家族への情報提供を期待している（平谷ら, 2018）。親や家族の必要とする情報を提供していくためには、看護師として子どもや親の個別的で状況とともに変化するニーズを的確に把握し、理解することが求められる。さらに、多職種との情報共有も重要となってくる。しかし、小児がん看護に携わる看護師は、家族との関わり方やスタッフ間の情報共有の難しさを感じていることから（小原ら, 2008）、実際に親への情報提供支援を行っていくうえで様々な課題に直面していると考えられる。そこで、看護師が日頃の実践のなかで工夫していることおよび困難を感じていることについて明らかにすることで、親への情報提供支援における課題を明確にし、それに向けた取り組みへの示唆が得られると考えた。

II. 研究目的

小児がんで入院している子どもの親へ情報提供支援を行ううえで、看護師が工夫していることおよび困難を感じていることについて明らかにする。

III. 用語の定義

情報提供支援：看護師が親へ情報を提供する、もしくは他の専門職と連携して親が情報を得られるように支援すること。

IV. 研究方法

1. 研究対象

日本小児がん研究グループ病院会員施設において、小児がんの子どもが入院する病棟に勤務する看護師とした。ただし、看護師長は除いた。

2. 調査期間

2021年7月～9月

3. 調査方法

日本小児がん研究グループ病院会員125施設の看護管理者に、依頼文書にて研究協力を依頼し、承諾が得られた施設へ対象者への研究説明文書と返信用封筒、無記名自記式質問紙を送付した。研究対象者は回答した後に、各自で直接に返信用封筒にて研究者へ郵送することとした。

4. 調査内容

本研究は、小児がんで入院している子どもの親の情報ニーズに対する看護師の実践とその関連要因を明らかにするために行った質問紙調査の一部である。質問紙の内容は、対象者の属性、職場環境、親の情報ニーズに対する看護実践の程度、看護師のコミュニケーション、そして親へ情報提供支援を行ううえで特に工夫していること、困難を感じていることについての自由記載であった。

5. 分析方法

自由記載欄の記述から、小児がんの子どもの親へ情報提供支援を行ううえでの工夫と困難感に関する記述を意味内容毎に1つの記録単位として抽

出し、内容を表すコードをつけコード化した。それらを、類似性と相違性に基づいて、サブカテゴリー化し、さらにカテゴリー化した。分析した記録単位は、工夫が159、困難感が149であった。分析の過程では、常にデータに立ち返り共同研究者間で繰り返し検討を行い、結果の信頼性確保に努めた。そして、各カテゴリーを構成する看護師の小児がん看護経験年数を算出し、中央値と四分位範囲（ ）で示した。

6. 倫理的配慮

本研究は、徳島大学病院医学系研究倫理審査委員会の承認を得て実施した。

対象者には、研究の目的、方法、研究への参加は任意であること、研究に参加しない場合も不利はないこと、回答は無記名のため質問紙を提出した後は同意の撤回はできないこと、結果の公表方法を文書で説明した。質問紙に同意チェック欄を設け、チェックがあることで同意とした。

V. 結果

研究協力の承諾が得られた63施設に所属する看護師962名へ質問紙を配布し、224名より返信が得られた（回収率：23.3%）。そのうち工夫と困難感のいずれか、もしくは両方に回答があったのは135名であった。

以下、結果の記述では、カテゴリーを【 】、サブカテゴリーを〈 〉、記載内容を「 」で示した。

1. 対象者の属性

看護師経験年数と小児がん看護経験年数の中央値と四分位範囲はそれぞれ、10.8（6.3-20.3）年、5.3（2.4-8.3）年であった。

2. 工夫している内容（表1）

看護師が情報提供支援を行ううえで工夫していることとして、10カテゴリー、35サブカテゴリーが抽出された。各カテゴリーを構成する看護師の小児がん看護経験年数は、【予測的視点をもって必要な情報を提供する】と【親に対してだけでなく家族全体のことを考える】がそれぞれ9.3年で、

工夫のカテゴリーの中で最も長かった。

1) 【多職種と連携し、各自の専門性を活かした情報提供が行えるようにする】

看護師は、〈他職種を含めたスタッフ間で情報共有する〉、〈多職種と連携して対応する〉ことで、適切なタイミングで親へ情報を提供できるようにしていた。さらに、「ニーズのある内容にあわせて精通しているスタッフ（他職種）につなぐ」というように〈内容に精通したスタッフと連携する〉ことや、「自分で分からないことなどは多職種と連携して、看護師だけで抱え込まないようにしている」と〈解決できないことは抱え込まず多職種と連携する〉ことで、看護師だけで対応するのではなく、情報の内容に適した専門職と連携しながら、親へ適切な情報を提供できるようにしていた。

2) 【看護師からの一方的な情報提供とならないように注意する】

親への情報提供を行ううえで、看護師は「情報提供を行う前にまず家族の不安を十分に聞く」といった〈情報提供する前に親の話をよく聴く〉ことや、「親の理解度をアセスメントしたうえで行う」というように〈親の理解を確認する〉ことを行っていた。そして、〈親の理解の内容、程度を把握して説明する〉とともに、「表情をみながらタイミングや内容を考える」というように〈親の表情、反応を観察しながら話す〉ことで、一方的な情報提供とならないようにしていた。

3) 【親の知りたいことを引き出せるようにする】

看護師は、「沈黙を効果的に用いて家族や患者の前にとどまる」ことで、親が〈看護師に声をかけやすくなるように関わる〉ようにしていた。そして、「親が何を知りたいのかをポイントがずれないように把握する」といった〈親が知りたいことを明確にする〉とともに、「親同士で話して疑問に思ったことはないか聞く」というように、看護師から親に働きかけて〈不安や疑問を引き出す〉ようにしていた。

4) 【親の心身の状態に心を配り、寄り添う】

看護師は親への情報提供支援を行ううえで、「子どもだけでなく親の気持ち、体調にまで配慮する」といった〈親の心身の状態に気を配る〉よ

表1 小児がんの子どもの親へ情報提供支援を行ううえで看護師が工夫していること

カテゴリー	サブカテゴリー
多職種と連携し、各自の専門性を活かした情報提供が行えるようにする 5.3 (2.4-7.5) 年	他職種を含めたスタッフ間で情報共有する 多職種と連携して対応する 内容に精通したスタッフと連携する 解決できないことは抱え込まず多職種と連携する
看護師からの一方的な情報提供とならないように注意する 5.2 (3.4-8.6) 年	情報提供する前に親の話をよく聴く 親の理解を確認する 親の理解の内容、程度を把握して説明する 親の表情、反応を観察しながら話す
親の知りたいことを引き出せるようにする 7.4 (3.4-18.0) 年	看護師に声をかけやすくなるように関わる 親が知りたいことを明確にする 不安や疑問を引き出す
親の心身の状態に心を配り、寄り添う 5.6 (3.3-9.2) 年	親の心身の状態に気を配る 否定せずに傾聴する 親の思いを受け止める 親の思いを尊重する 親の不安に寄り添う 親への精神的ケアを大事にする
分かりやすい伝え方を心がける 5.8 (2.1-12.9) 年	丁寧に説明する 分かりやすい言葉を選んで説明する 書面も用いて情報提供する
予測的視点をもって必要な情報を提供する 9.3 (7.9-11.4) 年	今後の予測される状況について説明する 暗い内容ばかりにならないように注意する 情報に惑わされないように働きかける 親が気づいていないけれども必要と考えられる情報を提供する
情報提供のタイミングと必要な情報量を見極める 6.8 (5.3-12.5) 年	情報提供するタイミングを見極める 必要な情報量を見極めて提供する
日ごろから信頼関係を築いてゆく 4.3 (1.4-7.9) 年	親、子どもとコミュニケーションを図り、信頼関係を作る 親、家族の不在時の子どもの様子を伝える 親との情報共有を大事にする
親と話をするための環境を整える 6.3 (4.1-9.6) 年	話をする場所を選ぶ 話を聞くために場所と時間を配慮する ゆっくり話せる時間を確保する
親に対してだけでなく家族全体のことを考える 9.3 (4.1-12.5) 年	子どもと親の両者に目を向けて考える きょうだいにも目を向ける 家族の力に目を向ける

※ 各カテゴリー欄に記載の年数は、そのカテゴリーを構成する看護師の小児がん看護経験年数の中央値と四分位範囲を示している。

うにしていた。そして、親の話を〈否定せずに傾聴する〉、〈親の思いを受け止める〉、価値観や意向といった〈親の思いを尊重する〉とともに、〈親の不安に寄り添う〉、「親の心情を思い、大変さを労う」といった〈親への精神的ケアを大事にする〉ことを行っていた。

5) 【分かりやすい伝え方を心がける】

看護師は親に対して、〈丁寧に説明する〉とともに、「なるべく専門用語は使わない」ようにして〈分かりやすい言葉を選んで説明する〉、さらに口頭だけでなく〈書面も用いて情報提供する〉ことで、親に分かりやすく伝わるようにしていた。

6) 【予測的視点をもって必要な情報を提供する】

看護師は親に対して、現時点のことだけではなく、〈今後の予測される状況について説明する〉ことや、「子どもに食べられないものばかりでなく、何が食べられるのか伝える」ことで、〈暗い内容ばかりにならないように注意する〉ようにしていた。そして、「症状などは人によって違うことを強調して伝える」といった〈情報に惑わされないように働きかける〉ことや、看護師自身の「経験内容を話して、家族が気づかなかった視点に気づいてもらうようにしている」と〈親が気づいていないけれども必要と考えられる情報を提供する〉ように工夫をしていた。

7)【情報提供のタイミングと必要な情報量を見極める】

看護師は親へ情報提供を行ううえで、親の精神状態や受け止められる状況にあるかを考えて〈情報提供するタイミングを見極める〉とともに、情報が多すぎることがないように、「その親に合わせた情報量で提供する」ように〈必要な情報量を見極めて提供する〉ことを行っていた。

8)【日ごろから信頼関係を築いてゆく】

看護師は、「普段からよく話し信頼関係を構築する」というように〈親、子どもとコミュニケーションを図り、信頼関係を作る〉、また、「家族不在時の子どもの様子をしっかりと共有する」といった〈親、家族の不在時の子どもの様子を伝える〉ことや、〈親との情報共有を大事にする〉ことを行って、日ごろから信頼関係を築くようにしていた。

9)【親と話をするための環境を整える】

看護師は、「子どもの側が良いのか、離れたところが良いのかを考えて声をかける」ようにして〈話をする場所を選ぶ〉、そして多忙な状況であるからこそ〈話を聞くために場所と時間を配慮する〉、〈ゆっくり話せる時間を確保する〉ことを行っていた。

10)【親に対してだけでなく家族全体のことを考える】

看護師は、〈子どもと親の両者に目を向けて考える〉、〈きょうだいにも目を向ける〉とともに、「家族の持っている力を引き出し、どうかしていくか」といった〈家族の力に目を向ける〉ようにしていた。

3. 困難を感じている内容（表2）

看護師が情報提供支援を行ううえで困難を感じていることとして、10カテゴリー、32サブカテゴリーが抽出された。小児がん看護経験年数は、【必要と考える看護を行う体制が整っていない】が8.0年で最も長く、【自信をもって情報提供支援を行えていない】が4.4年で最も短かった。

1)【親の精神状態に配慮しながら支援していく難しさ】

入院している小児がんの子どもは様々な

あり、変化していくなかで、看護師は「子どもの疾患を受け入れられていない親への情報提供」のように〈ネガティブな情報の受容段階の関わり方が難しい〉、〈精神的動揺のある親への関わり方が難しい〉、さらに「病状悪化や終末期における情報提供のタイミングが難しい」といった〈病状悪化していく中で親を支援する難しさ〉や〈未告知を選択した親を支援していく難しさ〉に直面し、「言葉を選びながら情報提供を行うことがとても緊張する」と〈親が不安にならないように配慮した伝え方が難しい〉と感じていた。

2)【自信をもって情報提供支援を行えていない】

看護師は、様々な制度や社会的サービス、治療や疾病等を含めて〈提供する内容への知識不足を感じ〉ていた。そして、親から〈求められている内容を伝えられているか不安になる〉ことや、「家族の理解が医師の説明と違う場合、自分がどこまで伝えてよいのか」と〈看護師としてどこまで伝えてよいかわからない〉、さらに〈晚期合併症の伝え方に悩む〉ことがあった。また、親から自分ならどうするかに対応を尋ねられ、〈自分の価値観を求められたときに返答に迷う〉ことや、「親が自分より年上であるため、治療面以外はあまり積極的に関わっていない」というように〈親としての経験が乏しいので躊躇してしまう〉こともあった。

3)【親の情報ニーズを把握する難しさ】

新型コロナウイルスに伴う面会制限もあり、看護師は〈親と接する機会が少ないため、ニーズを把握できない〉と感じていた。また、「求められている情報は人によって違うのでみんな同じとはいかない」ため〈それぞれの親のニーズを把握する大変さ〉や、話をするタイミングに迷うことで〈予後に対する親の思いを引き出せない〉、「“大丈夫です”で終わりがちな家族」のように〈思いや感情をあまり表出しない親へのアプローチに悩む〉ことがあった。

4)【親と話をする状況が作れない】

看護師は、親と話をしたいと思っても、〈忙しくて親と話をする時間が確保できない〉、また、「家族だけに情報提供したいが患者と離れられない場合に伝えるのが難しい」と〈いつも子ど

表2 小児がんの子どもの親へ情報提供支援を行ううえで看護師が困難を感じていること

カテゴリー	サブカテゴリー
親の精神状態に配慮しながら支援していく難しさ 4.5 (1.9-9.8) 年	ネガティブな情報の受容段階の関わり方が難しい 精神的動揺のある親への関わり方が難しい 病状悪化していく中で親を支援する難しさ 未告知を選択した親を支援していく難しさ 親が不安にならないように配慮した伝え方が難しい
自信をもって情報提供支援を行えていない 4.4 (2.3-7.5) 年	提供する内容への知識不足を感じる 求められている内容を伝えられているか不安になる 看護師としてどこまで伝えてよいか迷う 晩期合併症の伝え方に悩む 自分の価値観を求められたときに返答に迷う 親としての経験が乏しいので躊躇してしまう
親の情報ニーズを把握する難しさ 6.8 (2.8-8.3) 年	親と接する機会が少ないため、ニーズを把握できない それぞれの親のニーズを把握する大変さ 予後に対する親の思いを引き出せない 思いや感情をあまり表出しない親へのアプローチに悩む
親と話をする状況が作れない 7.6 (3.3-8.3) 年	忙しくて親と話をする時間が確保できない いつも子どもと一緒にいるため声をかけるタイミングが難しい
倫理的ジレンマに直面する 6.2 (5.3-9.0) 年	子どもではなく親の意向で進められることへのもどかしさがある 医療者と親の意向が異なる状況に葛藤する 医師の対応に共感できない
親が正しく情報を理解できるように支援する難しさ 6.3 (5.0-10.0) 年	提供した情報が誤った内容で親に認識される 親同士で誤った情報が共有される 親が情報に振り回されてしまっている 分かりやすく説明する方法に悩む
親と信頼関係を築いていく難しさ 4.8 (3.4-6.3) 年	医療者に対して陰性感情を示す親への関わりの難しさ コロナ禍でストレスが高まっている親への関わりの難しさ
家族を含めた情報提供支援を行う難しさ 6.3 (2.3-8.3) 年	きょうだいへの支援を行えない 家族背景を考慮して情報提供を行う難しさ
他職種との連携の難しさ 7.7 (2.8-9.4) 年	他職種との相互理解の難しさ 他職種とタイムリーに情報共有することが難しい
必要と考える看護を行う体制が整っていない 8.0 (3.9-18.4) 年	退院後の継続支援できる体制がない 看護師の経験値によって支援に影響が生じる

※ 各カテゴリー欄に記載の年数は、そのカテゴリーを構成する看護師の小児がん看護経験年数の中央値と四分位範囲を示している。

もと一緒にいるため声をかけるタイミングが難しい」と感じていた。

5) 【倫理的ジレンマに直面する】

看護師は情報提供支援を行ううえで、「本人の意思決定でなく親の意思が強い時にどうなのだろうと考えてしまう」と〈子どもではなく親の意向で進められることへのもどかしさがある〉と感じていた。また、〈医療者と親の意向が異なる状況に葛藤する〉ことや、「情報提供した方がよいと思うことを医師が言わない」というように〈医師の対応に共感できない〉と感じることがあった。

6) 【親が正しく情報を理解できるように支援する難しさ】

看護師は、「言葉の意味を取り違えてとられてしまう」と〈提供した情報が誤った内容で親に認識される〉ことや、〈親同士で誤った情報が共有される〉、さらに「情報をネットなどで得ている親が情報に振り回されて必要なことが分からなくなってしまう」と〈親が情報に振り回されてしまっている〉ことに困難を感じていた。そして、医療者ではない親に対して〈分かりやすく説明する方法に悩む〉ことがあった。

7) 【親と信頼関係を築いていく難しさ】

看護師は、医療者に対して不信感、拒絶、威圧的な態度を示すといった〈医療者に対して陰性感情を示す親への関わりの難しさ〉を感じていた。また、「コロナ禍で面会制限や外泊の制限により、家族の不安や不満が大きい」といった〈コロナ禍でストレスが高まっている親への関わりの難しさ〉も生じていた。

8) 【家族を含めた情報提供支援を行う難しさ】

看護師は、「きょうだい支援まで介入できない」と〈きょうだいへの支援を行えない〉ことや、若年の親へインフォームド・コンセントを行う時に祖父母などを介入させた方がよいのかといった〈家族背景を考慮して情報提供を行う難しさ〉を感じていた。

9) 【他職種との連携の難しさ】

情報提供支援を行っていくためには、他職種との連携が重要であるが、「他職種がどのような情報を持っているのかがあいまい」であり〈他職種との相互理解の難しさ〉や、「他の専門職の人数が限られており必要なタイミングでの提供に至らない」ことから、〈他職種とタイムリーに情報共有することが難しい〉と感じていた。

10) 【必要と考える看護を行う体制が整っていない】

看護師は情報提供支援を行っていくうえで、「外来部門との関わりが薄く、情報提供支援を行った後のフォローアップができていない」という〈退院後の継続支援できる体制がない〉ことや、「看護師の経験値を問わずに対応できるマニュアルが不足している」ことから〈看護師の経験値によって支援に影響が生じる〉ことに困難を感じていた。

Ⅵ. 考察

入院している小児がんの子ども親へ看護師が情報提供支援を行ううえで、工夫していることと困難を感じていることとして、それぞれ10のカテゴリーが抽出された。

困難感のカテゴリーから、【親の精神状態に配慮しながら支援していく難しさ】や【親の情報ニーズを把握する難しさ】、【親が正しく情報を理

解できるように支援する難しさ】、【親と信頼関係を築いていく難しさ】、【家族を含めた情報提供支援を行う難しさ】という親の状況を捉えて支援していく難しさうかがえた。一方、工夫からは、【親の知りたいことを引き出せるようにする】、【親の心身の状態に心を配り、寄り添う】、【日ごろから信頼関係を築いてゆく】、【親に対してだけでなく家族全体のことを考える】、【分かりやすい伝え方を心がける】といった親の状態を把握して介入していることが挙げられた。これら双方から、親への情報提供支援を行ううえで、看護師は親の状況を見極めること、親との関係を築いていくことを心がけていることが推察できた。小児がんの子ども親は病気の経過において様々な葛藤を経験し（早川, 1997）、PTSD（Post Traumatic Stress Disorder）症状が見られる場合もあることから（泉ら, 2008）、自分の子どもががんになるという状況は、親を危機状態に陥らせることが予測できる。そして、小児がん看護に携わる看護師は、動揺や混乱の強い家族の訴えへの対応や、思いを表出しない家族との信頼関係構築をストレスに感じることがある（川勝ら, 2021）。本研究の看護師は、こうした小児がんの子ども親の特徴を理解しているからこそ、コミュニケーションをはかり、親の状況を見極め、信頼関係を築いていこうと工夫していると考えられる。家族から信頼される存在であることは、パートナーシップの基本である（野嶋, 2006）。看護師にとって情報提供支援は、単に情報を提供するというのではなく、親とのパートナーシップに基づき、情報を共有していく実践として捉えられていると考えられる。周産期・小児医療におけるFamily-Centered Careの性質の中には、家族と医療者間の情報共有、パートナーシップに基づく協働が含まれている（浅井, 2013）。情報提供支援で示されたこれらの工夫は、子どもと家族中心のケアにつながるものであると考える。

工夫のカテゴリー【看護師からの一方的な情報提供とならないように注意する】、【予測的視点をもって必要な情報を提供する】、【情報提供のタイミングと必要な情報量を見極める】からは、親が先々で困難に対処できるように、看護師が親の状

況をよく見極めて、過不足なく適正量の情報提供を行っていく工夫が示されていた。この背景には、看護師自身が持つ“小児がん看護への見識”が情報提供支援における工夫として現れていると推察できる。小児がんの子どもの親は、特に治療開始時に提供される情報の内容と量が圧倒的で混乱したり、必要な情報が得られなかったりすることがある (Soanes, et al., 2009)。また、多くの親にとって長期に及ぶ治療過程において、子どもの心身の状態や親、家族の生活にどのような影響が生じるかを予測し、必要となる情報が何であるかに気づくことは難しいといえる。だからこそ、看護師は自己の経験を通して【予測的視点をもって必要な情報を提供】していると考えられる。小児がんの子どもの家族は看護師に対して、予測される経過や細やかな情報等の家族に必要な情報を提供する支援を希望しており (岡本ら, 2022)、看護師が行っていたこれらの工夫は家族の希望に応える内容といえる。このカテゴリーを構成する看護師の小児がん看護経験年数は9.3年であった。そして、達人看護師は多くの類似した患者の経緯を追うことで、将来についての理解や予期された軌跡の認識などを含む全体像を見ていると言われている (Benner et al., 2009/2015)。これらのことから、【予測的視点をもって必要な情報を提供する】という工夫は、小児がん看護に精通した看護師を中心として行われていたと考えられる。

一方、看護師の中には【自信をもって情報提供支援を行えていない】という困難を感じている者もいた。このカテゴリーは、小児がん看護経験年数が4.4年であり、対象者全体の経験年数が5.3年であることを考えると、やや経験年数が少ない看護師が中心であったと考えられる。しかし、1人前のレベル (Benner, 2001/2005) には達している経験年数であった。それでも、こうした困難を感じている理由として、小児がん看護では専門的で幅広い知識が必要とされるため、看護師が自らの知識に不十分さを感じる人が多いのではないかと考える。がん看護に携わる看護師への調査でも、知識・技術の不十分さは、看護実践における困難感の一つの要因となっていた (宮下ら, 2014)。加えて、看護師は自身の親としての経験

不足が気になっており、これは子どもと親の双方と関わって支援していく小児がん看護だからこそ生じる困難感であると考えられる。

第4期がん対策推進基本計画において、多職種によるチーム医療の推進の必要性が示されているように (厚生労働省, 2023)、職種間の連携は不可欠である。本研究においても、【他職種との連携の難しさ】と【多職種と連携し、各自の専門性を活かした情報提供支援が行えるようにする】から、看護師が情報提供支援を行ううえで連携を重視していることがうかがえる。しかし、実際に連携していくうえでは課題があり、吾妻ら (2013) の調査でも、チーム医療を実践している看護師が多職種の相互理解の難しさや情報の共有の難しさを感じていることが報告されている。効果的な連携を実現していくためには、職種間の相互理解や情報共有の体制づくりも必要になってくると考える。

入院している小児がんの子どもの親へ情報提供支援を行っていくうえで、親と話をする時間は欠かすことはできない。しかし、看護師が【親と話をする状況が作れない】ことに困難を感じていることから、多忙な臨床において親と話をする時間を確保することが容易ではないことが推察される。病棟が忙しいことによる情報提供の難しさは報告されており (Ringnér, et al, 2011)、忙しさは情報提供支援を行ううえでの障壁の一つとなりうる。さらに、親は常に子どもと一緒にいることが多いため、親に声をかけるタイミングの見極めも必要である。こうした状況は、容易には解消できない課題であるからこそ、看護師は懸命に【親と話をするための環境を整える】工夫を行い、親と向き合って話をする時間を確保しようとしていると考えられる。

本研究で抽出されたカテゴリーの中には、工夫と困難感に共通している内容があった。このことから、施設は異なっても小児がん看護に携わる多くの看護師がこれらの困難感を有していて、そして困難を感じるからこそ様々な工夫を重ねていると考えられる。看護師は子どもや親と関わる時間が長く、質問や相談を受けやすい立場にあり、情報提供支援において重要な役割を担っているとい

える。親への支援を向上していくためには、こうした看護師の困難感を改善できるよう取り組む必要があり、これらの工夫を共有することは有用と考える。特に、小児がん看護の経験が少ない看護師にとって経験を積み重ねた看護師が行うこれらの工夫は、困難感の改善に向けた実践的な示唆となりうると考える。

VII. 研究の限界と今後の課題

本研究は、質問紙の自由記載欄への回答をデータとして分析したものであるため、看護師が行っている工夫や困難感の背景については十分に明らかになったとは言えない。今後は、工夫や困難感に至った経緯を詳細に明らかにするとともに、看護師の経験年数や職場環境との関連についてもさらに検討していく必要がある。

VIII. 結論

小児がんで入院している子どもの親への情報提供支援を行ううえで、看護師が工夫していることとして、【多職種と連携し、各自の専門性を活かした情報提供が行えるようにする】、【看護師からの一方的な情報提供とならないように注意する】、【親の知りたいことを引き出せるようにする】を含む10のカテゴリーが抽出された。また、困難を感じていることとしては、【自信をもって情報提供支援を行えていない】、【親の情報ニーズを把握する難しさ】、【他職種との連携の難しさ】を含む10のカテゴリーが抽出された。看護師が行っている工夫と困難感には共通している内容も含まれていたことから、看護師が行っている工夫を共有することは、困難感の改善に向けた第一歩となることが示唆された。

謝辞

お忙しい中、本研究にご協力くださった看護師および看護管理者の皆様にご心より感謝申し上げます。本研究の一部は、第20回日本小児がん看護学会学術集会にて発表した。

文献

浅井宏美 (2013). 周産期・小児医療における

Family-Centered Care－概念分析－. 日本看護科学会誌, 33(4), 13-23.

吾妻知美, 神谷美紀子, 岡崎美晴, 他 (2013). チーム医療を実践している看護師が感じる連携・協働の困難. 甲南女子大学研究紀要 (看護学・リハビリテーション学編), 7, 23-33.

Benner, P. (2001)/井部俊子, 監訳 (2005). ベナー看護論 新訳版 初心者から達人へ. 東京. 医学書院.

Benner, P., Tanner, C., Chesla, C. (2009)/早野ZITO真佐子, 訳 (2015). ベナー 看護実践における専門性 達人になるための思考と行動. 東京. 医学書院.

藤原紀世子, 手束真理, 堀川恵利子 (2019). 小児がんの子どもとその次子をもつ母親の思い. 小児がん看護, 14(1), 28-39.

橋本浩子, 谷洋江 (2016). 小児がんの子どもの親が自ら収集した情報とその活用に関する文献検討. インターナショナルNursing Care Research, 15(3), 81-89.

早川香 (1997). 小児がん患児の発症から退院後現在までに母親が経験した葛藤について. 日本看護学会誌, 6(1), 2-8.

平谷優子, 法橋尚宏, 市来真登香, 他 (2018). 入院中の病児をもつ家族が看護師に期待する家族支援. 家族看護学研究, 24(1), 14-25.

稲垣二郎, 崎山美知代, 岡村純 (2012). 集学的治療. In: 丸充恵, 石田也寸志, 監修. ココからはじめる小児がん看護, 東京. へるす出版. pp.38-39.

泉真由子, 小澤美和, 細谷亮太, 他 (2008). 小児がん患児の両親の心理的問題 心的外傷後ストレス症状発症の予測因子の検討. 小児がん, 45(1), 19-23.

川勝和子, 檜木野裕美 (2021). 小児がんの子ども・家族に関わる看護師のストレス. 日本小児看護学会誌, 30, 1-8.

川村美喜, 梅原杏奈, 木村由梨, 他 (2019). 初発小児がんの入院治療において家族が必要とする情報. 滋賀医科大学雑誌, 32(2), 40-45.

国立研究開発法人国立がん研究センター (2021). 小児患者体験調査報告書令和元年度調査. 令和5年4月25日アクセス, <https://www.ncc.go.jp/>

- jp/cis/divisions/health_s/project/pediatric/ped-all.pdf
- 厚生労働省 (2023). がん対策推進基本計画. 令和5年6月13日アクセス, <https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000183313.html>
- 宮下光令, 小野寺麻衣, 熊田真紀子, 他 (2014). 東北大学病院の看護師のがん看護に関する困難感とその関連要因. *Palliative Care Research*, 9 (3), 158-166.
- 野嶋佐由美 (2006). 家族とのパートナーシップ構築の方略. *家族看護*, 4 (1), 6-13.
- 小原美江, 内田雅代, 大脇百合子, 他 (2008). 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. *小児がん看護*, 3, 75-82.
- 岡本綾子, 平谷優子, 時政定雄 (2022). 小児がんの病児をもつ家族が看護師に希望する家族支援. *日本看護科学会誌*, 42, 131-139.
- Ringnér, A., Jansson, L., Graneheim, U., H. (2011). Professional caregivers' perceptions of providing information to parents of children with cancer. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 28(1), 34-42.
- Rodgers, C., C., Stegenga, K., Withycombe, J. S., et al. (2016). Processing Information After a Child's Cancer Diagnosis-How Parents Learn. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 33(6), 447-459.
- Soanes, L., Hargrave, D., Smith, L., et al. (2009). What are the experiences of the child with a brain tumour and their parents? *European Journal of Oncology Nursing*, 13(4), 255-261.
- 渡辺真希子 (2018). 診断早期における小児がんの子どもを持つ家族の情報ニーズと情報源. *小児がん看護*, 13(1), 7-16.
- 横森愛子, 谷澤みどり, 加藤由香, 他 (2014). 小児がんの子どもを看る母親が療養体験中にセルフ・エンパワメントを生成するプロセス. *日本小児看護学会誌*, 23(3), 34-41.

研究報告

小児がんで入院中の中学生と高校生への看護における困難

Difficulties experienced by nurses providing inpatient nursing care to pediatric cancer patients who are junior high or high school students

前田 貴彦 Takahiko MAEDA¹⁾

辻本 健 Ken TSUJIMOTO²⁾

1) 三重県立看護大学

Mie Prefectural College of Nursing

2) 埼玉県立大学 保健医療福祉学部 看護学科

Saitama Prefectural University, School of Health and Social Services

要 旨

本研究は、小児がんで入院中の中学生と高校生への看護における困難を明らかにすることを目的とした。中学生と高校生の小児がん患児の看護経験を有する看護師7名に半構成的面接を実施し、質的帰納的に分析した。分析の結果、看護における困難として【患児にとってより良い学習や就職支援ができない】【患児とコミュニケーションがとりにくい】【患児の意思が尊重されにくい】【親との関わりが難しい】【友人関係への介入が十分にできない】【男児の性に関する支援が思うようにできない】の6のカテゴリーが抽出された。そして、看護における困難は、小児がんで入院中よりも思春期の特徴がより影響することで生じる困難感と小児がんで入院中と思春期の特徴が相まることで生じる困難であることが示唆された。特に高校生の小児がん患児の支援を充実するためには、教育機関との連携が重要であると考えられる。

Abstract

This study aimed to clarify the difficulties experienced by nurses providing inpatient nursing care to pediatric cancer patients who are junior high or high school students. Semi-structured interviews were conducted with 7 nurses with experience providing nursing care to pediatric cancer patients who are junior high or high school students, and the interview data were analyzed qualitatively and inductively. The analysis revealed the following 6 categories of difficulties experienced when providing nursing care: [unable to provide better support for studying or finding employment for pediatric patients], [difficulty in communicating with pediatric patients], [lower likelihood of a pediatric patient's intentions being respected], [difficulties in dealing with parents], [unable to fully intervene in friendships], and [unable to fully support for boys regarding their sexuality]. Moreover, the difficulties experienced while providing nursing care were suggested to be caused by the characteristics of adolescence rather than pediatric cancer itself and by the additive effect of having pediatric cancer and the characteristics of adolescence. Furthermore, enhancement of support for pediatric cancer patients who are high school students will require closer cooperation with educational institutions than for patients who are junior high school students.

キーワード：小児がん、中学生、高校生、困難

Key words：pediatric cancer, junior high school student, high school student, difficulties

I. 緒言

思春期は、心身ともに著しい変化を遂げる時期であり、思春期前期の13～15歳と思春期中期の16

～18歳で最もその特徴が現れる（Blos, 1962）とされ、身体面では二次性徴が発現する。精神・社会面では、二次性徴の影響も受け、自立と依存の

狭間で揺れ動く不安定な時期となり、同年代や同性を好み、親や周囲の大人への反抗や関わりを避けることが多くなる（天野, 2005；福地ら, 2003；成嶋, 2002；岡堂, 1998；渡辺, 1997）。それゆえ、思春期の子どもに関わる大人もまた、思春期の子どもにためらいや苦手意識をもったり、逆にストレスを過小評価してしまったりすることがある（Denise et al, 2008；福地ら, 2003；成嶋, 2002；斎藤, 2005）。そして、思春期の特徴が最も現れるとされる13～18歳にあたる者は、本邦の教育課程と98%以上の高等学校等進学率（文部科学省, 2021）から、その多くが中学生と高校生に該当し、就学や就労に関することも重要な課題となる。

この年代の患児に注目すると、慢性疾患で入院中の13歳～18歳にある患児は、身体露出を伴うケアや処置に対する羞恥心、孤独や日常生活行動の制限による苦痛、退院後や将来の生活に対する様々な不安や困難を感じながら、入院生活を送らなければならない（前田ら, 2010）。そして、小児がんの患児では、長期入院はもとより、化学療法などの治療に伴う心身の苦痛や合併症への不安、再発や死への不安を感じながらの入院生活が余儀なくされる。また、学習の中心的な場となる学校に関しては、二重籍や復籍といった学籍移動に関わる課題（大畑ら, 2019）や高校生を受け入れる院内学級や特別支援学級の少なさに加え、特別支援学級から原籍校への複学時の再入学の保証や単位互換性といった問題もある（関, 2018）。さらに、行動制限や容姿の変化など他の慢性疾患に比べ特有のストレスがあるとされており（中村ら, 1996）、思春期や15～39歳までとされるAYA世代にある小児がん患児の心理や課題は複雑であると考えられる。この様な特徴を持つ患児への看護に関する先行研究では、中高生以上やAYA世代の小児がん患児に対する課題や看護における困難感（半谷ら, 2019）、看護師が心がけていること（服部ら, 2021）、小学生高学年や中学生の小児がん患児の気持ちに対する看護師の理解（秋田, 2018）等に関する研究が散見される。

しかし、思春期の特徴の影響を最も受けるとともに治療と学業の両立が必要となる中学生と高校生の患児に焦点を当て、入院中の看護における困

難について検討した研究は見当たらない。本研究において、看護師の困難を明らかにすることで、それらを軽減し、解決するための看護師教育や支援方法を検討する際の一助となり、小児がんで入院中の中学生と高校生の患児への看護のさらなる充実と質向上に寄与することができると考える。

Ⅱ．用語の操作的定義

看護における困難：小児がんで入院中の中学生と高校生に対して、地域や学校などの関係機関との連携も含めた看護を実践する上で、困ったり、難しい、課題と感じたりしていること。

Ⅲ．目的

小児がんで入院中の中学生と高校生への看護における困難を明らかにすることである。

Ⅳ．研究デザイン

質的記述的研究

Ⅴ．方法

1．対象

中学生と高校生の小児がん患児の看護経験を有する看護師とした。

2．対象者のリクルート方法

研究者から小児がん看護の経験者2名に対象者の紹介を依頼し、その2名からの機縁法にて対象予定者の紹介を得た。紹介を得た対象予定者に対し、研究者から、本研究の目的、方法、倫理的配慮等について口頭と書面にて説明を行った。次いで、研究の同意が得られた対象者と面接方法および面接日時の調整を行った。

3．データ収集方法

面接は、インタビューガイドを用いた半構成的面接を実施した。面接は、新型コロナウイルス感染症に配慮し、対象者の希望により、ミーティングアプリZoomを使用し、対象者と研究者が一对一で実施した。

データ収集期間は、2022年8月～2022年11月であった。

4. 面接内容

面接は、対象者の背景、小児がんで入院中の中学生と高校生に看護を実施する際に難しいと感じたことについての具体的な場面と内容、難しいと感じた理由について自由に語ってもらった。面接では、語られた内容が中学生や高校生の患児のことであるか、患児の性別についても適宜確認を行いながら進めた。なお、対象者の同意を得て、面接内容をICレコーダーに録音した。

5. 分析方法

録音した面接内容から逐語録を作成し、小児がんで入院中の中学生と高校生への看護における困難について語られた内容を抽出した。抽出した語りの意味内容を確認しながら、コードを作成した。次いで、コードの類似性や差違を繰り返し、研究者間で確認し、サブカテゴリーおよびカテゴリーを見出した。あわせて、分析内容の信憑性を担保するために、対象者3名に対し、メンバーチェックを依頼し、分析結果に対し同意を得た。

6. 倫理的配慮

本研究は、三重県立看護大学倫理審査会の承認を得て実施した。研究対象者には、本研究の趣旨と方法、協力への自由性と協力できない場合の不利益のなさ、同意後の途中辞退の撤回方法とそれに伴う不利益のなさ、個人情報保護と匿名性の保持、オンライン面接でのリスクと対策について、書面と口頭にて説明を行った。研究協力への同意については、同意書への署名にて確認を得た。

VI. 結果

対象者は、7名で男性3名、女性4名であった。年代は20代1名、30代6名、小児がん看護経験年数は5年から17年であった。勤務施設は、小児がん拠点病院2施設および小児がん患児の治療を行っている小児専門病院1施設であった。面接時間は、50分から69分であった。

分析の結果、小児がんで入院中の中学生と高校生への看護における困難として、25のサブカテ

リーから6のカテゴリーが見出された。なお、文中では、カテゴリーを【 】、サブカテゴリーを〈 〉、対象者の語りを「 」、補足後を（ ）で示す。

1. 【患児にとってより良い学習や就職支援ができない】

看護師は、「(原籍校とは) ご両親を挟んでのやり取りになっちゃうので、私たちが、お母さん、先生と話せましたか? って情報を聞き出して、ご両親とか本人とか聞き出して、確認するっていうことしかできない。直接学校に問い合わせるとか、私たちが直接動けないっていうところでは、結構不便です」と、〈**原籍校の関係者と直接連携がとれない不便さ**〉を感じていた。また、「病気で、(学校に) 行けないのは仕方ないから、振り替えて欲しいって、交渉したけど、演習しないとやっぱり無理なんだって、どうしても。単位を落とすことになって、交渉してるのになんでわかってこないのみたいなのは、すごい難しく感じた。高校の先生にも病院に来てもらって、(学校関係の) 偉い人達と話もしたんだけど、それでもダメだったから、難しさを感じました」「高校生、学校によって、学校休んでるからもう留年だよ、みたいな学校もある」や「病気のことを受験する大学に伝えたら、断られて、きちんと病院の方からも診断書というか、今の経過とか通学とか勉強に関して問題ないっていうことをきちんと書面で残して渡してはしたんですけど」と、〈**進級や進学に対し関係機関の協力や理解が得られにくい**〉と感じていた。あわせて、「院内学級とかで学校の先生がサポートしてくれるのは、中学生までなんです。高校生になると自己学習が多くて、そこまで在籍している学校もあまり手厚くはサポートしてくれないんで、結構大変だった」と〈**中学生と高校生で学習支援の手厚さが異なる**〉ことも困難感として示された。また、「看護師の年代とか、経験によっても、授業や単位のことや退院してからのことを考えるスタッフもいれば、今しか見れない人もいるので、(看護師によって) 支援の仕方は違って来るかなと、授業の調整をしてお尻たく人もいれば、そうでない人もいて、統一

できればいいんですけど、なかなか難しい」と、**〈看護師間での学習支援方法を統一しにくい〉**と感じたり、「受験が近いときは、院内学級の先生もちょっとは見てくれるんですけど、時間も短し、受験の時期でも入院してない子と比べると勉強サポートしてくれる人は少ないし、看護師もしっかり勉強をみてあげるのは厳しい」と、**〈患児の状況にあった適切な学習支援が行える人材が少ない〉**とも感じていた。さらに、「勉強部屋みたいなものを使うのも、制限があるし。個室であっても、近くの部屋の小さい子とか泣いたりするとやっぱり集中できないって思う」「病院内にWi-Fi機能はあるけど、電波が悪くて、繋がらなかったり、本人が思うように充実した授業は受けられないこともある」と、**〈学習に集中できる環境を整えにくい〉**ことや「治療や処置の時間によっては、授業に参加できない。本人は処置優先ってことは分かってくれてるけど積み重なる時期があると、本人も苛立ちが強くなってしまって対応が難しい」と**〈治療を優先し授業に出席できず苛立つ患児への対応の難しさ〉**を感じていた。そして、「就職は、地域連携の支援室に入ってもらうパターンが多くて、病棟のスタッフがそこまで介入っていうのはなかなか難しいかなと。難しいというか、出来ていないのが現状かな」と、**〈病棟では就職支援が十分にできない〉**と感じていた。

2. 【患児とコミュニケーションがとりにくい】

看護師は、「年齢が大きい分これぐらい我慢できるかなって思っちゃうのかもしれないけど、小さい頃だと、（副作用で）気持ち悪いとか言って結構訴えてくれるんですけど、（中高生の）大きい子ってあんまり訴えてこないの、そこが難しいです」「この年齢的にあんまり出してこないっていうか、こう気持ちを結構我慢しちゃったりとか、やっぱり看護師と一対一だとなんかちょっと」や「なんか今困ってることあるって聞いても結構大丈夫って返ってくるのが多くて、でも、面会に来た親を介して訴えてくるみたいなのは結構多いですね」と**〈患児が辛さを我慢し表出しない〉**と感じていた。そして、「あんまり根掘り葉掘り、聞いていいのかなって思います。ちょっと

気持ちを吐き出せるところがあるのかなって、そういうところをどう考えているんだろ、どう思っているんだろって、こっちが考えながらとか想像しながら関わっていくっていうの難しい」「気持ちを、今の気持ちをストレートに言ってくれないっていうか、想像しながら接するって難しい」と、**〈患児が抱く思いを想像しながらの関わり〉**にも難しさを感じていた。また、「あんまり口数が少なく、何だろちょっとあんまり、来ないでっていうタイプの子には、ちょっとぐいぐいはいけないんですけど、壁を感じる」「（患児との間に）壁があると、なかなか行けなくて。入院期間が長くてやっぱり退院まで、あんまりこう関係ができなかった」と、**〈患児の口数の少なさに壁を感じる〉**ことも困難として示された。

普段の会話においても、看護師は、「年齢特有の何話していいんだろ、やっぱりなんか話題に困ります、結構」「やっぱり自分が若い時は多分、同じ対等に話せてたかもしれないですけど。ちょっと年齢離れていくと、こう何話していいかみたいな」と、**〈患児と共有できる話題がない〉**と、感じていた。また、「挨拶しても返ってこないとか、一日受け持ちしててもほんとに一言二言しか話さないとか」「声をかけてもはい、うん、べつにとかも単語での返事しか返ってこず会話が続き、点滴とか見てやることだけやって（病室から）出てくる感じです。といったように、**〈一言・二言の返答で患児との会話が續かない〉**ことが困難として示された。

そして、異性の患児に対して、女性看護師は、「この年代の話題も分からないのに、男の子は特に何か分かんないですね。何を話していいか分からない」、男性看護師も同様に「男子だとこの時代はなんかこういうの好きだろうなって話題提供できるんですけど、女子だと何話していいか分からない。どんな話題を提供したらいいのかわかなくて」と、**〈異性の患児との話題づくりのさらなる難しさ〉**を感じていた。さらに、「男の子だと本当にふさぎこんでしまう。聞かれたことに対しては、返答するけれども、それ以上のことは本当に自分からは何も。不安があっても、言わない子もいるので、やっぱり難しい」、男性看護師も同様

に「男の子に比べ、女の子で打ち解けてくれない子は（思いを）聞いても『あ、あー』みたいな、高校生は特に難しかったですね。いやー中学校も難しかったな」と、〈異性の患児が抱く思いのさらなる理解のしにくさ〉を感じていた。

3. 【患児の意思が尊重されにくい】

看護師は、「（患児が）こんなに苦しい思いするんだったら、あの薬なんて入れないでくれみたいな感じだったんですけど、親御さんはそれを入れないとう死が近くに迫ってるってのが分かってるので、そこで対立というか、本人はやりたくないけど、親御さんはやって欲しい。やっぱり、どうしても親御さんの希望が優先されがちなので、そこが葛藤ですね」「ご家族はやってほしい治療っていうかもう何が何でもやってくださいって言われると、やっぱり最終的にその嫌なことをされるの子ども達なので。もう敵だよなと思いがから家族も看護師もこの子からしたら敵ね。嫌だってこんなに言ってるのに嫌なことする敵だなあって思われてるんだらうなあってジレンマ感じてそれでちょっとメンタルがやられた時もあります」と、〈治療方法について患児の意見よりも親の意見が優先される際の葛藤〉を経験していた。

また、「病名を伝えていない高校生の子ですけど、高校生なのでなんとなく自分の病気の感じも分かるし、使ってる薬とかを携帯で調べれば分かるじゃないですか。患児からがんの、病気悪いのって聞かれても違うよって、他の病気の治療をしているよって言っちゃったけど、何か病気のこと聞かれたらなんて答えようっていうのはとても難しいと思いました」と、〈真実を伝えず治療を進める際の患児への対応〉に難しさを感じていた。

4. 【親との関わりが難しい】

看護師は、「面会時間が限られてしまって、なかなかそのご両親と一対一で話す時間が取れない難しさは結構ある」「親の面会もちょっと間隔があく家族もいるんですね。他にきょうだいがいたりとか、親も仕事の関係があつたりと、面会時間が限られてるなかで、どう家族と信頼関係を築いて、コミュニケーションとっていかっていかうと

ころも難しいところ」と、〈面会で親と会える時間が限られている〉ことが困難として示された。また、「告知に関わることなんですけど、親御さんが再発したってことを子どもに伝えてほしくないと、高校生の女の子だったので、結構感も鋭いというか、なんとなく察してるだらうなって感じを医療者は受けてたんですけど、親御さんが頑なに言わないで欲しいって言われて、（中略）医療者としては子どもにも知る権利はあるので、そこは親御さんの考えをどう切り崩していくかっていうか、親御さんの気持ちが結局変わらなかったのやっぱ、すごく難しいです」と、〈患児への真実の説明を拒む親への対応〉に難しさを感じていた。さらに、「出産できないリスクもあるっていう話をどうしようかとお母さんの方がすごい、出産できるのか、妊娠できるのかなっていうところも心配されていて。はっきりとは言えない、答えが出せないのだからそこが難しさ」と、〈妊孕性に関する親の疑問に明確に答えられない〉ことが困難として示された。

5. 【友人関係への介入が十分にできない】

看護師は、「本当に友達のことについては難しいなと思います。元いた学校の友達になると、病棟内には入るのはご遠慮いただいているので、私達からの介入は難しく、直接（患児の）友達と話すっていうのはないです」と、〈患児の友人と接することが減多になく介入できない〉ことが困難として示された。また、「（入院中の）同世代の子達の交流がすごく少なくなってしまうんですね。携帯とかで、SNSで繋がったりとか、LINE友達とLINEするっていうのはできるかもしれないんですけど」「同世代の子たちと情報を共有するというか、イベントとかも、病院では特に改めて作ってるわけではないので、孤立しちゃうというか、中高生の子が孤立したりとか、そういうところははすごく課題かな」と、〈同世代の患児同士でつながる機会をつくりにくい〉とも感じていた。

6. 【男児の性に関する支援が思うようにできない】

男性看護師は、「マスターベーションがちゃん

とできなかったらっていうプレッシャーも（男児に）与えちゃったりするっていうのが、やっぱり、難しいっていうか、上手に教えられなかったんだと、難しかったですよ。（マスターベーションの）説明する方法が難しい、説明は伝えられるけど、（男児が）やっぱり知らないことを初めてのことを伝えるってすごく難しかった」と感じていた。女性看護師も「特に（マスターベーションの）資料があってとか、動画があってっていう感じではないので、言葉での説明は（男性看護師が）してくれてるんですけど、それもちょうと（男児にとっては）難しいですね」と、〈男児への精子採取方法についての説明が難しい〉と感じていた。

また、女性看護師は、「高校生の男の子に精子保存の話がなかなか言えなかったりとか、密に関わるためには看護の力も必要だけど女の看護師が16, 17歳の男子高校生に精子保存の話をするって言うのってすごく結構壁が高いというか、（詳しい採取方法も）分からないし、自分も恥ずかしさを感じて結構課題かな、難しい」と、〈男児に精子保存の説明をすることへの抵抗〉も感じていた。

さらに、女性看護師は、「治療によって肛門から出血や性器とか陰部とか夜間帯で写真として残して、後から医師に見せるっていう時とかは、患者さんが男子で、男性スタッフが夜勤者にいないと、やっぱりちょっと申し訳ない。本人はきっと嫌だろうなって、はっきり嫌と言うこともあるし、そこで気持ちとして申し訳ない。男性スタッフが多かったら」と、〈男児の陰部の露出を伴うケアを男性看護師が対応できない時の申し訳なさ〉も困難として示された。

VII. 考察

小児がんで入院中の中学生と高校生への看護における困難感、小児がんで入院中であることよりも思春期の特徴がより影響することで生じる困難と小児がんで入院中であることと思春期の特徴が相まることで生じる困難であることが示唆された。よって、この2つの視点から考察する。

1. 小児がんで入院中であることよりも思春期の特徴がより影響することで生じる困難と看護への示唆

看護師は、〈患児が辛さを我慢し表出しない〉や〈異性の患児が抱く思いのさらなる理解のしにくさ〉といった【患児とコミュニケーションがとりにくい】ことを困難と認識しており、半谷ら（2019）の結果と同様の傾向であった。また、前田（2013）の小学生高学年から高校生を対象とした研究において、小児がんであっても、弱いところは見せられないと、他者に感情が分からないように行動し、本当の自分は見せなかったことから、今回困難として示された口数の少なさや「この年齢的にあんまり出してこないっていうか、こう気持ちを結構我慢しちゃったりとか」と、辛さを我慢し表出しないことは、思春期という中学生と高校生の患児（以下、中高生患児）の特徴が影響していると推察する。さらに、「一日受け持ちしててもほんとに一言二言しか話さないとか」や「（患児との間に）壁があると、なかなか行けなくて。」と、中高生患児の思いを探りながらの関わりが必要となるが、これも親や大人からの干渉を嫌う思春期である中高生患児の特徴によるものと言える。同時に、多くを語らないことは自身の弱さを看護師に見破られないための中高生患児の一つの方策とも考えられる。

しかし、その一方で、思春期である中高生患児は、大人に依存したり（舟島, 2005）、ありのままの気持ちを吐き出したりすることもある（前田, 2013）。看護師は、この相反する二面性を理解し、患児の思いを無理に吐き出させようとせず、自ら話し出すことを待つことも必要である。そして、幼児期や学童期に比べ感情表出が少ない中高生患児の何気なく発した一言や助けを求めるサインを見逃さないことは、思春期患児が身体的な苦痛が生じた際の不十分な看護師の対応を問題と認識（前田ら, 2010）していたり、大人への反発心をもつ思春期である中高生患児の信頼を得るためにも、即座に対応することが重要である。

今回の研究では、異性の中高生患児への関わりに対する困難も示された。看護師は、「年齢特有の何話していいんだろ、やっぱりなんか話題に困

ります」と、思春期である中高生患児と共有できる話題がないと感じている上に、思春期は同性愛段階と称されるほど性差を意識する時期であり、同性の医療者を求めている（前田ら, 2011）。そのため、中高生患児は、「男の子だと本当にふさぎこんでしまう。聞かれたことに対しては、返答するけれども、それ以上のことは本当に自分からは何も。」と語られたように、異性の看護師との会話や思いの表出に消極的な言動を示した結果、異性の中高生患児に対し、より難しさを感じたと推察する。また、同性でなければ精神面での分かち合いや経験のないことを実感として分かりあうことが難しい（畠山, 2004）とされており、異性の中高生患児に対する困難感に繋がる要因であると言える。さらに、今回女性看護師は男子中高生患児への精子採取の説明に恥ずかしさを感じていた。この要因の一つとして、看護基礎教育や臨床現場において、性に関する看護場面で女性看護師が異性の対象者の羞恥心や自身のためらいを回避する方法について、教育を受ける機会が少ないことがあげられる。

一方で、今回、男性看護師から女子中高生患児の妊孕性に関する困難が示されなかったのは、男性看護師は、思春期の年代にある女兒の担当を考慮されたり、羞恥心を伴う看護における女性患者からの拒否経験者は約80%（前田ら）と多く、その対応としては、女性看護師にケアの交代を依頼することであり、その経験も活かされたりしていると考ええる。また、思春期の患児は、身体露出を伴う場面で同性の看護師を求めている（前田ら, 2011）り、「密に関わるためには看護の力も必要」と語られたように、女性看護師と男性看護師が昼夜問わず常に連携して看護ができる環境や人員員配置を目指すことは、中高生患児だけでなく看護師の困難を軽減する上でも有益である。

そして、〈面会で親と会える時間が限られている〉ことでは、付添い状況として小学生までが69.2%、小学生を除く10代が2.6%（厚生労働省, 2022）であった。思春期は、親から自立する時期でもあり、中高生患児に対しても、自己管理が可能との親の思いが影響していると考ええる。

しかし、「面会に来た親を介して訴えてくるみ

たいなのは結構多い」と語られたように、常時親が身近にいない中高生患児にとっては、親との面会が自身の思いを吐き出す貴重な機会になる。そのため、中高生患児が親と過ごせる時間を確保することは重要であり、親と看護師とのコミュニケーションが必要な際は、事前に面会日時の調整が必要であると考ええる。

2. 小児がんで入院中であることと思春期の特徴が相まることで生じる困難と看護への示唆

今回、学習や就職支援に関して多く困難が示されたが、言い換えれば、これらは中高生患児が直面している重要かつ重大な課題である。小児がん患児の学習支援に関しては、先行研究（宮下ら, 2021；野口ら, 2020；川村ら, 2019）でも検討されているが、今回の結果から注目すべきことは、中学生患児と高校生患児で支援体制が異なることである。その主たる原因は、中学生は義務教育の範囲で、高校生はその範囲外にあることである。そのため、院内学級に高等部を設置している施設は少なく（野口ら, 2020）、中学生患児と高校生患児の支援の手厚さに差が生じていると考える。

また、入院している高校生患児への学習支援の実際は、41都道県中87%が何らかの支援をとっていることが確認された（新平ら, 2017）が、看護師の語りから進学を控えた時期でも、適切な支援者による学習支援が受けられていない患児の存在が明らかとなった。さらに、病気や入院という事由にも関わらず〈進級や進学に対し関係機関の協力や理解が得られにくい〉と感じており、高校生患児の学ぶ権利が十分保障されていない現状も示唆された。

中高生患児がより良い社会生活を送るためにも、中学校・高等学校におけるがん教育のさらなる推進と充実が期待されるが、教員のがんについての知識や理解が不十分等の課題もあり、十分とは言えない現状である（文部科学省, 2022）。また、2022年5月、2023年7月には、小児がんの子どもを支援する組織から、全てのがん拠点病院の特別支援学校高等部の設置、小児がんについての正しい理解や生活面等での困難に対する理解、合理的配慮、就労に関することなど多岐にわたる要望が

都道府県知事や文部科学省等に提出された。これらを充実するためにも医療現場と教育現場だけでなく行政機関とも密に連携し、早急に課題解決に取り組む必要がある。あわせて、現状の院内での学習支援を充実するためにも、患児の代弁者ともなる看護師が中心となり、大学生ボランティアの導入や快適な学習環境の整備等について関係者に提案していくことが期待される。

そして、原籍校の友人関係への介入では、看護師から「病棟内には入るのはご遠慮いただいているので」と語られたように、友人の面会を許可している施設は84病棟中19（22.6%）（竹内ら, 2019）と未だ少ない現状や多くの小児がん治療において必要となる感染予防としての厳密な面会制限が行われているためと推察する。加えて、昨今の新型コロナウイルス感染症も面会制限に拍車を掛ける要因の一つと言えよう。患児同士のつながりでは、がんの種類にもよるが0から19歳で罹患率が最も高い白血病の好発年齢は、乳幼児期にあたる1～5歳であり（国立研究開発法人国立がん研究センター, 2022）、入院患児に占める中高生患児の割合が少ないことは容易に推測でき、同年代同士の関わりを難しくしてる。

しかし、不安や悩みの主たる相談相手が学童期では母親である（学研教育総合研究所, 2022）のに対し、思春期の年代では、友人や年の近い先輩であり（天野, 2005；大東ら, 2004）、中高生患児の秘めた思いを吐き出すことができる重要な存在になると考える。また、友人の存在が心理的離乳を促すことや小児がん患児が治療を乗り越える自信をつけるプロセスの中で、友達とのつながりを精神的な支え（林, 2014）としていたことから、友人は、中高生患児の発達や治療の過程に影響を及ぼす重要な存在と言える。さらに、思春期は、同年代や共通性を好むため、身近な同年代の患児との関係はより親密となり、同年代が少ない入院環境の中で互いに支え合う貴重な存在になると考える。

看護師は、中高生患児に友人との面会意思を確認したうえで、情報通信技術を活用し、継続的に友人と繋がる機会を設けたり、医師や病棟管理者と連携し、安全かつ安心して対面での面会が可能

となるよう対策を検討したりすることが必要である。あわせて、CLSなどと連携し、中高生患児が集える機会や場を提供できるよう調整することも看護師が果たす重要な役割と考える。

そして、病気説明や治療選択において、中高生患児を含め子どもは、大人同様固有の人格をもった一人の人間であり、決して親の従属者ではない。小児がん看護に携わる看護師であればこのことを十分に理解しているが故に、親の希望を優先し、中高生患児の希望や思いを尊重できないことに心を痛めたと考える。今回、看護師は、自身を「敵」と語ったが、本来子どもと親の両者にとって味方となる存在でなければならない。そのためにも、告知を拒む親には、真実の説明を行う意味や子ども自身がすでに何かを感じ真実の説明を求めていることを伝えていく必要がある。特に、中高生患児の親に対しては、生命を脅かす病気の際、思春期の年代にある患児は、早期から自分の希望について話し合うことを望んでいた（Lyon et al, 2004）、本人の意思を尊重していくことは自立性や主体性を促すことになる（永井ら, 2004）といった説明を行うことも重要であると考えられる。

一方、看護師が治療を望む親の意見を擁護することで、自分の意見をもつ中高生患児の苛立ちを助長しないよう、中立的な立場で親の思いや治療を続ける意味を伝えるといった、中高生患児と親をつなぐ橋渡しの役割を担うことが必要である。また、中高生患児の認知機能の発達は、幼児期や学童期と異なり、自ら調べた情報を組み合わせ、自分はがんであるかもしれないなどの結論を導く能力を有している（舟島, 2005）にもかかわらず、親や医療者が病名を隠したり、嘘の病名を伝えたりすることで、中高生患児の不安や疑問はより大きくなり、ますます混乱を生じさせると考える。さらに、思春期のがん患者は、知覚している症状や体調の変化に疑問を抱きつつも、親の気持ちを慮りあえて予後について質問したり、自らの意思を表出しない場合がある（岡田ら, 2023）。その結果、「携帯電話で調べたら分かるじゃないですか」と語られたように、自ら情報収集を繰り返し、情報の取捨選択ができず自身の病気について誤った結論を導く危険性があるとともに、看護師もまた

真実を問う中高生患児への対応に難しさを感じる事となる。これらを避けるためにも、中高生患児の意思を確認した上で、病気説明を行い、求める情報を伝えていくことが重要であると考え。さらに、思春期の患児は、病気をもちながら頑張っていることを看護師に認められない辛さ問題と認識していたことから（前田ら, 2010）、看護師は中高生患児の今の頑張りを褒めるだけでなく、今に至るプロセスの中での頑張りをしっかりと認めていくことが重要である。

次いで、今回困難として示された、中高生患児の将来にも影響をもたらす妊孕性に関する親への対応では、「はっきり言えない、答えが出せなくて」と、語られたように、晩期合併症である妊孕性低下に関しては、不確かさがあり断言することはできない。そのため、不明確な情報を提供することで、親が悲観的になったり逆に楽観視したりする可能性もあることを考慮し、看護師は妊孕性低下を心配する親の対応に苦慮していると考え。看護師は、親の思いを傾聴し、その思いを医師とも共有しながら、親が求める適切な情報を伝えていくことが必要である。

また、男子中高生患児の精子保存にはマスターベーションが必須となるが、男性看護師はその説明に難しさを感じていた。多くの男性看護師は、マスターベーションの経験者と思われるが、経験者であっても言葉だけでマスターベーション未経験の男子中高生患児に具体的なイメージ化を図ることは難しいことが示唆された。無論、女性看護師であればその難しさとともに男子中高生患児が感じる羞恥心（前田ら, 2010）は、男性看護師とは比にならないであろう。そのため、現状では可能な限り男性看護師が関わるよう調整していく。そして、今後、医学・看護の観点から男子のマスターベーション方法を具体的に説明する汎用性の高い視角支援素材や動画の開発が望まれる。

VIII. 本研究の限界と今後の課題

今回、小児がんで入院中の中学生と高校生への看護における困難を明らかにすることができた。しかし、対象者が所属する施設の入院感環境や支援体制、関係機関との連携方法などにより、結果

に偏りが生じる可能性は否めない。今後、対象者および対象施設をさらに拡大し検討していくことが必要である。

IX. 結論

小児がんで入院中の中学生と高校生への看護における困難は、【患児にとってより良い学習や就職支援ができない】【患児とコミュニケーションがとりにくい】【患児の意思が尊重されにくい】【親との関わりが難しい】【友人関係への介入が十分にできない】【男児の性に関する支援が思うようにできない】であった。これらは、小児がんで入院中であることよりも思春期の特徴がより影響することで生じる困難と小児がんで入院中であることと思春期の特徴が相まることで生じる困難であることが示唆された。そして、今回抽出された困難には、中高生患児と看護師両者の性別が影響していることが、新たな知見として示された。

謝辞

本研究にご協力いただきました、看護師の皆様
に心よりお礼申し上げます。

なお、本研究において開示すべき利益相反はありません。

文献

- 秋田由美 (2018). 小児がんにより長期入院している学童・思春期の子どもの気持ちに対する看護師の理解と関わり. 日本看護科学会誌, 38, 299-308.
- 天野奈緒美 (2005). 思春期の対人関係と支援者のかかわり方. 小児看護, 28(2), 177-180.
- Blos, P (1962): On Adolescence A Psychoanalytic Interpretation. The Free Press, New York, London.
- 大東千晃, 西海ひとみ, 水畑喜代子他 (2004). 高校生の性行動, および性教育に対する態度, 関心, 悩み, についての検討 (第1報) - 高校生活における関心事, 悩み, 性教育へのニーズ -. 思春期学, 22(3), 375-383.
- Denise E. LaRue, Judith W. Herrman (2008). Adolescent stress through the eyes of high-

- risk teens. *Pediatric Nurse*, 34(5), 375-380.
- 福地麻貴子, 岩崎美和, 佐藤朝美他 (2003). 発達理論に基づく子どもの理解・4-思春期. *小児看護*, 26(12), 1695-1703.
- 舟島なをみ (2005). 第3版看護のための人間発達学 第5章思春期の心と身体. 東京, 医学書院.
- 学研教育総合研究所 (2022). 小学生白書web版 2022年9月調査 小学生の日常生活・学習に関する調査. 2023年11月5日アクセス, <https://www.gakken.jp/kyouikusouken/whitepaper/202209/chapter9/12.html>
- 半谷まゆみ, 関正史, 三谷友一他 (2019). 小児科スタッフが中高生以上のがん患者と関わる上で抱えている課題に関する質問紙調査. *日本小児血液・がん学会雑誌*, 56(5), 447-453.
- 畠山和人 (2004). 管理者から見た男性看護師の現状とこれから. *看護教育*, 45(11), 1038-1047.
- 服部佐知子, 山本真実, 布施恵子他 (2021). がんを患うAYA世代の人々への支援において看護師が心がけていることと困難さ. *岐阜県立大学紀要*, 21(1), 27-36.
- 林亮 (2014). 小児がん患者の病気体験におけるレジリエンスの構造. *小児看護学学会誌*, 23(3), 10-17.
- 川村眞智子, 後藤晶子, 前田美穂他 (2019). 高校生がん患者の教育支援状況に関する調査. *日本小児科学会雑誌*, 123(3), 605-610.
- 国立研究開発法人国立がん研究センター (2022). 小児・AYA世代のがん罹患2. 小児・AYA世代のがん種の内訳の変化. 2023年1月28日アクセス, https://ganjoho.jp/reg_stat/statistics/stat/child_aya.html
- 厚生労働省 (2022). 入院患者の家族等による付添いに関する実態調査等一式第4章 患者家族等調査票結果 (3) 付添っている家族 (患者) の年代 (単数回答). 2023年1月23日アクセス, <https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/001000325.pdf>
- Lyon, E. M., McCabe, A. M., & Patel, M. K. et al (2004). What do adolescents want? An exploratory study regarding end-of-life decision-making. *J Adolesc Health*, 35(6), 529.
- e1-e6.
- 前田貴彦, 藤原千恵子, 上杉佑也他 (2010). 慢性疾患で入院中の思春期の子どもが認識する問題について. *思春期学*, 28(4), 413-423.
- 前田貴彦, 藤原千恵子, 杉野健士郎他 (2011). 慢性疾患の思春期の子どもが入院中に認識した問題を解決するための支援者とその支援. *思春期学*, 29(4), 359-369.
- 前田陽子 (2013). 思春期に小児がんを発症した患児の入院体験. *日本小児看護学会誌*, 22(1), 64-71.
- 宮下佳代子, 小林京子, 山口 (中上) 悦子他 (2021). 小児急性骨髄性白血病 (AML) 経験者の就学・就労促進に関わる要因と支援. *日本小児血液・がん学会雑誌*, 58(1), 12-18.
- 文部科学省 (2021). 高等学校教育の現状について. 2023年1月23日アクセス, https://www.mext.go.jp/a_menu/shotou/kaikaku/20210315-mxt_kouhou02-1.pdf
- 文部科学省 (2022). 文部科学省におけるがん教育の取り組みについて. 2023年11月5日アクセス, <https://www.mhlw.go.jp/content/10901000/001000334.pdf>
- 中村伸枝, 兼松百合子, 武田淳子他 (1996). 慢性疾患患児のストレス. *小児保健研究*, 55(1), 55-60.
- 永井洋子, 林弥生 (2004). 子どもの発達 小児をケアするにあたって ころの発達. *小児看護*, 27(9), 1074-1078.
- 成嶋澄子 (2002). 思春期、母性・父性にまつわる医療と看護-思春期の問題. *小児看護*, 25(12), 1631-1635.
- 新平鎮博, 森山貴史, 深草瑞世 (2017). 小児がんのある高校生等の教育に関する調査報告. *国立特別支援教育総合研究所ジャーナル*, 6, 6-11.
- 野口磨依子, 中山秀樹, 横山良平他 (2020). 治療中の高校生がん患者の復学と学習支援: 現状の検討. *日本小児血液・がん学会雑誌*, 57(1), 15-19.
- 岡田弘美, 富岡晶子, 小濱京子他 (2023). 看護師が認識する思春期・若年成人がん患者の困難事例の年齢層別特徴. *日本がん看護学会誌*, 37, 25-34.
- 岡堂哲雄 (1998). 小児ケアのための発達臨床心理.

東京, へるす出版.

- 大畑友香, 川間健之介 (2019). 病弱教育制度の利用が不可能な入院児童生徒に対する学習支援. リハビリテーション連携科学, 20(2), 107-115.
- 斎藤万比古 (2005). 思春期のこころの発達とその問題. 小児科診療, 6(23), 989-998.
- 関由起子 (2018). 入院中の子どもたちの学校教育の現状と課題－高校生への学習支援の試みとそ

の評価－. 日本小児血液・がん学会雑誌, 55(2), 148-152.

- 竹内幸江, 内田雅代, 白井史他 (2019). 小児がんの子ども入院環境－10年前の調査との比較－, 小児がん看護, 14(1), 40-48.

渡辺久子 (1997). 成長・発達からみた思春期の特徴－こころの視点から－. 小児内科, 29(4), 521-526.

実践報告

A病院における小児がん幼児の非鎮静下CT・MRI検査実現の要因

－医師・看護師からの面接調査より－

Factors Contributing to the Success of CT and MRI Examinations without Sedation for preschoolers with Childhood Cancer at Hospital A

－ Based on Interviews with Doctors and Nurses －

篠原 千寿 Chizu SHINOHARA¹⁾

松井 拓哉 Takuya MATSUI¹⁾

中西美佐穂 Misaho NAKANISHI¹⁾

平林 優子 Yuko HIRABAYASHI²⁾

川田 悠介 Yusuke KAWADA²⁾

1) 信州大学医学部附属病院

Shinshu University Hospital

2) 信州大学 医学部 保健学科

Shinshu University School of Health Science

要 旨

A病院では、鎮静下で実施してきた小児がん幼児のCT・MRI検査を、他の検査や処置と同様に、子どもの主体性を尊重した支援を行うことで、非鎮静下での実施が可能になると考え、試行して成功例を得てきた。

本研究は、A病院で小児がん幼児の非鎮静下でのCT・MRI検査が成功に至った要因について、関わった13名の医師・看護師の認識から明らかにすることを目的とした。半構成的面接法を使用し、質的記述的分析を実施した。その結果、【子どもの力を信じ子どもの意思決定を支えるチームの姿勢】、【非鎮静での検査の可能性のある子どもの条件】、【子どもの検査に向かう力を支える方策を持つ】、【成功体験を通して変化する医療者の認識】の4つのカテゴリーが抽出された。

幼児の非鎮静下CT・MRI検査の実現には、子ども側の条件の考慮だけでなく、子どもを取り巻くチーム成員の認識やサポート力の判断も含めることが必要であった。

Abstract

At Hospital A, we have been conducting CT and MRI scans of preschoolers with cancer under sedation. By providing support that respects the child's autonomy, similar to other tests and procedures, we believe that it is possible to perform these scans without sedation. Through trials, we have obtained successful cases.

This study aims to clarify the factors that led to the successful implementation of CT and MRI scans without sedation for preschoolers with cancer at Hospital A, based on the perceptions of 13 involved physicians and nurses. Using a semi-structured interview method and qualitative descriptive analysis, four categories were identified: [The team's attitude of believing in the child's abilities and supporting the child's decision-making], [Conditions of children that allow for non-sedated examinations], [Measures to support the child's motivation for the examination], and [Changing perceptions of healthcare providers through successful experiences].

The realization of non-sedated CT and MRI scans for preschoolers requires not only consideration of the child's conditions but also the recognition and support capabilities of the team members surrounding the child.

キーワード：非鎮静、CT・MRI、小児がん、幼児、質的記述的分析

Key words：without Sedation, CT and MRI Examinations, Childhood Cancer, Preschoolers, Qualitative Descriptive Analysis

I. はじめに

小児がんの子どものCT検査やMRI検査は診断や治療上必須といえるが、長時間の体動抑制が困難な小児の場合は鎮静下での検査が実施されることが多い。小児の鎮静下の検査は低酸素血症、呼吸停止、徐脈、心停止などの有害事象発生の危険性も高い。2017年の日本小児科学会医療安全委員会の調査では（山中ら、2020）、341施設中過去2年間に有害事象を経験している施設は25%あり、これは同学会を含む3学会による「MRI検査時の鎮静に関する共同宣言」（日本小児科学会他、2013）の公表前に行われた2010年の調査結果の合併症の出現35%（勝盛ら、2013）からは減少したものの、小児患者の鎮静下でのMRI検査はそこに関わる看護師も含めた医療者が十分な管理体制を整えて実施すべき検査であることを示している。

一方、年少児であっても非鎮静下でのCT・MRI検査を行う試みが報告されている。鈴木ら（2016）は、MRI検査を楽しみながら、検査を受ける力を得るためのMRI体験ツアーというプレパレーションを行うことにより、2～7歳の子ども21名中17例が非鎮静でMRI検査を実施できたと報告している。割田ら（2019）は、多職種（医師、ChildCareStaff：CCS、看護師、放射線技師）の協働により、子どもへの説明や、環境調整を行った結果、2～10歳の子ども35人中33名が非鎮静下で画像検査を受けることが出来たと報告している。

子どもの権利擁護の考え方から、医療の場でも子どもの安全を守りながら、子どもの主体性や意思の尊重を行う活動のひとつとしてプレパレーションがあるが、プレパレーションや多職種間の連携により、子ども自身が治療や検査を理解し、自ら取り組めるような準備を整える支援を行うことで、非鎮静下でのCT・MRI検査を実現しているものである。2020年公表の「MRI検査時の鎮静に関する共同宣言改訂版」（小児科学会他、2020）では、「薬に頼らない鎮静」の項目が設けられる

中に、プレパレーションも含めた方法が挙げられている。

A病院では2018年以前には、幼児のCT・MRI検査は鎮静下で実施することが通常であり、鎮静を前提とした看護手順を作成し、検査説明は、本人ではなく家族に行っていた。しかし、他の検査や処置においては、幼児であっても子どもの意思や主体性を尊重することを重要視し、プレパレーションを実施する体制をつくることにより、準備性が整うと幼児でも検査に主体的に取り組む姿を確認できる経験をしてきた。病棟全体がこの方針で幼児の検査・処置の支援を推進する中で、CT・MRI検査においても幼児が検査を理解し、対処行動をとることができるようになれば、鎮静下での検査を行わなくてもよいのではないかと考えるようになり、可能性のある事例について、医師と協力しながら判断し、幼児の非鎮静下でのCT・MRI検査の支援を試みてきた。成功例が重なる中で、病棟で共通理解するために、非鎮静下での検査が可能な幼児の状態の基準を作成することにした。この基準の作成にあたり、これまで非鎮静下での検査実施を可能とした要因を、そこに関わった医師・看護師の認識から明らかにすることとした。

II. 方法

1. 研究協力者

2018年4月～2021年12月にA病院に3歳以上6歳以下で入院した小児がん患者が非鎮静下でCT・MRI検査を行うことに関与した医師、看護師とした。

2. 調査方法

半構成的面接法による個別面接、およびKrueger & Casey（2000）を参考にフォーカス・グループインタビューを実施した。研究者は1～2名がモデレーター（質問者やアシスタント）の

役割をとった。主な質問内容は、①非鎮静下検査時の支援や判断の内容と理由、②支援が可能な子どもの状態や環境、③多職種との連携内容や結果、④非鎮静下での検査を実施したことへの考えである。フォーカス・グループインタビューは、参加者相互の記憶の想起を助け、意見の表出に刺激を受けることで広く回答を聴取できるメリットがある。また、メンバーの普段の力関係が発言を抑制する可能性はゼロではないが、質問の内容からそのデメリットは少ないと判断した。面接は内容が外に聞かれる恐れのない個室で実施した。発言内容は許可を得て録音し、逐語録をデータとした。

3. 分析方法

データを研究者間で熟読し、非鎮静下での検査実施を可能とした（または可能にならなかった）要因に関係する文章のまとまりを抽出し、文章の意味を縮約するコードを作成した。コードの意味の類似性・相違性を検討し、サブカテゴリーを生成、抽象度を上げるカテゴリー化を行った。研究者間で検討を重ね、真実性・妥当性の確保に努めた。

4. 倫理的配慮

本研究は信州大学医学部倫理委員会の承認を得て実施した（承認番号：看護220）。研究対象者には研究の趣旨と方法、研究参加の任意性、同意撤回の自由の保証、プライバシーと個人情報保護、結果の公表について文書と口頭で説明し、同意が得られた場合は同意書への署名を得た。患者名が発言に出た場合は、逐語録上で記号化した。なお具体的な事例を想起する方法であるため、調査の前に該当する患者とその家族に向けて外来診察室での掲示によるオプトアウトを行った。

III. 結果

1. 対象者の概要

研究対象者は、小児科経験 7～11年の医師 3名、小児科経験 1～10年の看護師 10名であった。グループインタビューは、対象の時間調整の都合により、参加者 4 名が 2 回、2 名が 1 回のスモー

ルグループとなった。インタビューは、33分～41分（平均36.4分）、個人面接は 3 回（3 名）で 20分～41分（平均27.5分）であった。それぞれ活発な発言がみられた。

具体的な事例として想起された幼児は 2 歳後半から 6 歳の 10 名であった。

2. 非鎮静下でCT・MRI検査を可能にした要因

4つのカテゴリー、28のサブカテゴリーが抽出された（表1.1、表1.2）。カテゴリーは、【子どもの力を信じ意思決定を支えるチームの姿勢】、【非鎮静での検査の可能性のある子どもの条件】、【子どもの検査に向かう力を支える方策を持つ】、【成功体験を通して変化する医療者の認識】であった。

本文中の【 】はカテゴリー、[]はサブカテゴリー、〈 〉はコード、“ ”は具体的記述を示す。

1) 子どもの力を信じ意思決定を支えるチームの姿勢

このカテゴリーは、日ごろから子どもが納得して医療に参加できるように支援したい、子どもの意思決定を大切にしたいという想いや姿勢が反映されたものであった。〔子どもの意思決定支援で連携するチームの動きがでてきた〕は、部署の共通ビジョンとして子どもの意思決定を支えるケアを行う方向性を挙げられた頃のチームの動きを示した。その後の認識として、〔子どもの主体的な医療への参加を大切にしたい想いがスタッフに共通〕、〔日常的に子どもの経験を認め自尊心を高めている〕のサブカテゴリーが抽出された。検温時に子どもへこれから熱を測ってもいいかなと尋ね、協力することが出来たら賞賛の声かけをするなど〈子どもが納得して検査処置に臨める意思決定支援を大切にしたい〉や、昼寝時間を調整して検査を実施するなど、〈普段から子どもの検査は子どもの生活リズムに合わせ可能な限り負荷を少なくと医師も考えている〉などが含まれた。

2) 非鎮静での検査の可能性のある子どもの条件

非鎮静下での検査が可能かの子どもの条件として出された内容であり、10のサブカテゴリーが抽出された。

表1-1 小児がん幼児の非鎮静下CT・MRI検査実現の要因

カテゴリ	サブカテゴリ	代表的なコード
子どもの力を信じ 意思決定を支えるチーム の姿勢	子どもの意思決定支援で連携するチームの動きができた	・部署ビジョンに子どもの意思決定支援に基づいた医療チームの連携による最良の医療・看護の提供を掲げた ・意思決定と倫理についてスタッフと情報共有した ・様々な検査や処置に誰もが意思決定支援を取り入れるようになった ・CT/MRI、PICC などのプレパレーションツールを新たに病棟看護師が作成
	子どもの主体的な医療への参加を大切にしたい想いがスタッフに共通	・近年の小児医療の中で子どもの意思決定は重要なことと認識 ・子どもが納得して検査処置に臨める意思決定支援を大切にしたい ・他の検査のように子どもを主体に考えれば非鎮静が可能ではという師長の提案があった ・普段から子どもの検査は子どもの生活リズムに合わせ可能な限り負荷を少なくと医師も考えている
	日常的に子どもの乗り越えた経験を認め自尊心を高める	・子どもの自尊心を高めるためにメダルなどで褒めていた ・入院生活で乗り越えられたことが自尊心を育てると考えていた ・病棟全体で子どもが「やれた」を喜んで子どもの自尊心を高めている
	実施可能になる年齢がある	・3～4 歳だと非鎮静下で検査を実施できる ・2 歳は困難、3 歳は個人差あり、4～5 歳でできる
非鎮静での検査の可能性のある子どもの条件	言語的コミュニケーションがとれる	・医療者とコミュニケーションが取れる ・幼児でも言語能力が高い方が検査ができる ・病棟の医師/看護師でなくても検査室の人でもお話しできる
	頑張る気持ちを表現できる	・表情や言葉で自分は頑張る気持ちや想いを伝えられる ・ちゃんと自分で最後は決心できる ・強がりでも「できる」と言える子
	説明を理解できる	・子どもが説明を理解している ・説明してもイメージができていないか ・どこがわかったか具体的に質問して正しく理解できているか
	年齢だけではない個々の特性が関係	・一人遊びが上手である方が検査が出来る ・比較的男の子は落ち着かない子が多い印象 ・発達障害の有無
	検査・治療、ケアへの協力状態	・他の検査やPICCの貼り替えに協力できる ・採血に頑張って協力できる ・薬を飲むのが上手にできる
	プレパレーションに興味を持ち検査に意欲を示すか	・見学で検査室を飛び出して逃げる子は非鎮静では難しい ・ビデオを見ているときに観察し、興味深そうに見ているか ・プレパレーションをしても全く興味を示さないと難しい
	自分が達成できたこと、認められることを喜べるか	・自分で検査を頑張ったことを喜べる子とそうでない子の違いがある ・ひとつひとつ検査を乗り越えたことがもっとできるという気持ちになっている
	子どもの身体的状態と機嫌	・発熱や体調不良時には非鎮静では難しい ・ステロイド投与で機嫌が悪いと検査に協力できない ・初発時の状態では非鎮静が難しい
	入院が一定期間(半年程度)経過している	・入院が長くなり医療処置や医療スタッフと関係性ができて慣れている ・治療の最後の方が比較的元気で非鎮静をチャレンジしやすい ・入院生活が長くなり周りの子の状況をみて影響を受ける ・白血病の治療は入院退院を含めて半年以上入院期間がある中で試行した ・その子まかせではなく外的にモチベーションを高めるアプローチが必要
	子どもの準備となるようなプレパレーションを行う	・プレパレーションはただ説明ではない小児看護専門の技術が必要 ・遊び感覚でプレパレーションができると子どもが入っていける ・プレパレーションで心の準備を整え子どもの気持ちがあって検査が出来る
子どもの検査に向かう力を支える方策を持つ	子どもの個性と理解に合わせ自我を強化する	・個性に合わせて力を引き出す ・ぬいぐるみなどの持参で検査を受ける力を補助する ・普段の子どもの好みを把握してプレパレーションの媒体を選択
	プレパレーションのタイミングを考慮する	・プレパレーションのタイミングを計る難しさがある ・子どもの状況を見て前日にプレパレーションをした
	子どもの反応を汲み、子どもの「できそう」を引き出す	・プレパレーションの反応から子どもが関心をもっていることを判断する ・頑張ろうという意思や意欲からこの子は大丈夫と思う ・子どもの「できそう」を引き出しながら「できる」を言える関わり
	検査室を怖い場所にしない	・検査室を怖いと思わせない環境づくり ・何度かに分けて検査室の見学や体験を行う ・本物の検査機器を見せて怖さを軽減
	家族が子どもと一緒に取り組む	・普段から子どもができる力を家族が引き出していた ・家族が検査の話子どもにしている ・家族が検査室に入り子どもに寄り添う ・日常的に子どもの頑張りを支えている家族と協力する ・家族の疲労が強いと子どもを支えきれないことがある
	多職種でサポートする	・保育士と子どもに合った関わり方を相談しながら計画 ・普段から子どもが保育士にしっかり打ち解けていて子どもを支えてくれている ・放射線技師の協力による非鎮静下実施の体制づくり ・放射線技師が事前見学や実施時声掛けしてくれ安心感が生まれる

表1-2 小児がん幼児の非鎮静下CT・MRI検査実現の要因（続き）

カテゴリ	サブカテゴリ	代表的なコード
成功体験を通して変化する医療者の認識	常に鎮静薬はリスクがあると認識	・鎮静は体にとってリスクとは認識していた ・弊害があるので使わなくて済むならその方が良いとは認識 ・眠らされる恐怖をもつ子どももいる
	鎮静下でも子どもは協力できる力への気づき	・制限を守るのも子どもの検査・処置への参加の力と気づく ・検査のために協力する行為を褒め認める姿勢ができた
	意思決定支援の一環として非鎮静検査に取り組もうと認識が変化した	・MRI/CT 検査も非鎮静で実施できるといという話が持ち上がる ・鎮静下検査での子どものプレパレーションの反応から医師と相談し非鎮静検査を実施 ・何人かやれているうちにできるんだという実感 ・非鎮静検査の成功例がでてから放射線技師が理解してくれるようになった ・親が入れなかった検査に入ってもいいように連携を整えてきた
	非鎮静検査に取り組んでみると幼児の力で非鎮静検査が可能	・幼児は鎮静が当たり前という判断が間違っていたのを感じた ・幼児でも非鎮静検査ができたという力の発見 ・何人か成功すると幼児が非鎮静でできることを実感 ・非鎮静検査を経験し他にもできる子がいるのではないかと思うようになった。
	子ども自身が自信・達成感を持つことを共有する	・検査が出来たことで子どもが自信満々の表情をする ・子どもが「頑張った！」とステーションにやって来る ・検査を自分で受けたと感じることは達成感と成長につながっている
	保護者が子どもの成長を感じることを共有する	・検査が出来た成長は親にとっても嬉しいこと ・以前はできなかった非鎮静での検査が出来たことで親が子の成長を感じる ・安全な検査のためにも非鎮静検査で検査が出来ることが望ましいという考えに変化した
	非鎮静検査が安全でリスクが少なくなることを実感する	・鎮静薬を使用しないため鎮静のリスクがなく安全に実施できる ・鎮静のための食止めで子どもが空腹になる負担がなくなる ・非鎮静検査は酸素準備や鎮静後の観察も不要となり医療者の負担も少ない ・非鎮静検査は点滴ライン確保が不要となり医療処置が減る ・非鎮静検査は人手を減らせる、検査予約が入りやすい
	チームで動くと「できる」という流れができてくる	・非鎮静でいけるんだという曖昧だけど流れのようなものが出てきた ・非鎮静なので完全に看護師主導で流れができてきた ・成功体験が重なってやろうやろうという雰囲気になってきた ・放射線技師もできるかもしれない積極的に協力してくれるようになった ・医師は鎮静検査を考えていたが看護師や放射線技師の働きかけで非鎮静検査が実施できた ・鎮静と非鎮静どちらでも対応できるように放射線技師、医師が協力してくれるようになった。

発達面を表す要因として、〔実施可能になる年齢がある〕はおおよそ3歳頃が判断の目安としてほとんどの対象者からあげられた。また〔言語的コミュニケーションがとれる〕、〔頑張る気持ちを表現できる〕、〔説明を理解できる〕などの要因が抽出された。個々の子どもの特性や働きかけへの反応に関する要因として、〈一人遊びが上手である方が検査ができる〉といった〔年齢だけでない個々の特性が関係〕や、〈他の検査やPICCの貼り換えに協力できる〉など〔検査・治療、ケアへの協力状態〕、〈プレパレーションをしても全く興味を示さないと難しい〉のように〔プレパレーションに興味を持ち検査に意欲を示すか〕、〈自分で検査を頑張ったことを喜べる子とそうでない子の違いがある〉など〔自分が達成できたことを喜べるか〕のサブカテゴリが抽出された。さらに、子どもが治療の中でどのような状態にあるかの要因

として、治療の中で変化する〔子どもの身体状態と機嫌〕が影響すること、また〈入院が長くなり医療処置や医療スタッフと関係性ができて慣れている〉〈治療の最後の方が比較的元気で非鎮静をチャレンジしやすい〉など〔入院が一定期間経過している〕が抽出された。

3) 子どもの検査に向かう力を支える方策を持つ

子ども自身が検査に向かう力を支える方策として、7つのサブカテゴリが抽出された。〔子どもの準備となるようなプレパレーションを行う〕は、子どもにとって本当に準備となるような支援を行うことであり、〔子どもの個性と理解に合わせ自我を強化する〕は、子どもの理解を促すだけでなく、〈普段の子どもの好みを把握してプレパレーションの媒体を選択〉、〈ぬいぐるみなどの持参で検査を受ける力を補助する〉など検査を受ける力が増すような工夫であった。〔プレパレー

シヨンのタイミングを考慮する〕には、〈子どもの状況を見て前日にプレパレーションをした〉などが含まれた。〔子どもの反応を汲み、子どもの「できそう」を引き出す〕は、〈子どもの「できそう」を引き出しながら、「できる」を言える関わり〉のように、プレパレーションをしながら子どもの意欲や意思を確認し、さらに、子どもが「できるよ」と言葉にすることで、子ども自身が検査に向かう気持ちを高めるような関わりが含まれた。また、〈何度かに分けて検査室の見学や体験を行う〉〈本物の検査機器を見せて怖さを軽減〉といった〔検査室を怖い場所にしない〕、〈日常的に子どもの頑張りを支えている家族と協力する〉など〔家族が子どもと一緒に取り組む〕や、〈普段から子どもが保育士にしっかり打ち解けていて子どもを支えてくれている〉や〈放射線技師が事前見学や実施時に声かけしてくれ安心感が生まれる〉といった〔多職種でサポートする〕が抽出された。

4) 成功体験を通して変化する医療者の認識

このカテゴリーは、非鎮静下で実施できた成功体験を通して医療者の認識が変化し、次の試行に結び付くような要因が含まれた。

〔常に鎮静薬はリスクがあると認識〕は、鎮静薬のリスクを常にスタッフ全員が認識していたということであり、認識の変化そのものではないが、この認識が非鎮静の検査を進める大きな一つの要因となっていた。

“鎮静のための食止めを守ることが出来ることも子ども自身にすでに検査や処置に参加できる力があることと捉えなおすようになった”など〈制限を守るのも子どもの検査・処置への参加の力と気づく〉などの〔鎮静下でも子どもが協力できる力への気づき〕が示され、〔意思決定支援の一環として非鎮静検査に取り組もうと認識が変化した〕に繋がった。〈鎮静下検査での子どものプレパレーションの反応から医師と相談し非鎮静検査を実施〉、〈親が入れなかった検査に入ってもいいように連携を整えてきた〉といった、意思決定支援のもとに非鎮静下での検査への取り組みをしようと認識が変化したことが示された。

〔非鎮静検査に取り組んでみると幼児の力で非

鎮静検査が可能〕は、〈幼児でも非鎮静検査ができたという力の発見〉〈非鎮静を経験し他にもできる子がいるのではないかと思うようになった〉などと認識したことが示された。〈鎮静薬を使用しないために鎮静のリスクがなく安全に実施できる〉など、成功体験はリスクの中で実施していた鎮静下の検査が〔非鎮静検査が安全でリスクが少なくなることを実感する〕と変化した。

また、〈検査が出来たことで子どもが自信満々の表情をする〉など〔子ども自身が自信・達成感を持つことを共有する〕、〔保護者が子どもの成長を感じることを共有する〕は、子どもや親の反応から子どもや親にとってもよい効果をもたらしたと医療者が認識を変化したことを示している。

〈非鎮静でいけるんだという曖昧だけど流れのようなものが出てきた〉、〈成功体験が重なってやろうやろうという雰囲気になってきた〉、〈非鎮静なので完全に看護師主導で流れができてきた〉など〔チームで動くと「できる」いう流れができてくる〕は成功例がさらに非鎮静検査を推進する流れとして広がっていくことを示していた。

IV. 考察

1. 土台となる子どもの力を信じ意思決定を支える姿勢

【子どもの力を信じ意思決定を支えるチームの姿勢】は、今回の非鎮静下での検査を進める医療スタッフの基本的な姿勢であり、非鎮静下での検査を成功させた土台になるものと言える。〔子どもの主体的な医療への参加を大切にしたい思いがスタッフに共通〕、〔日常的に子どもの乗り越えた経験を認め自尊心を高める〕といった日頃の病棟の子どもに関わる姿勢がある中で、医師、保育士も含めた職種間連携により各種のプレパレーションを実施して検査・治療・処置やケアを実施し、子どもの主体性を尊重する関わりが努力されていた。

しかし、A病棟は日常的には子どもの主体や意思決定支援を重要視した治療やケアへの努力をしていたものの、非鎮静下での検査の取り組み以前は、鎮静下での検査の実施は「当たり前」で、それに伴う子どもへの負荷は必要であると、「思い

こんで」いた。検査の説明は本人ではなく家族に行っており、CT・MRI検査については、子ども主体の視点をもっていない状況にあったといえる。しかし、〈部署ビジョンに子どもの意思決定支援に基づいた医療チームの連携による医療・看護の提供を掲げた〉と部署の明確で共通した支援の姿勢が明示されるようになり、〔子どもの意思決定支援で連携するチームの動きがでてきた〕、〔意思決定支援の一環として非鎮静検査に取り組もうと認識が変化した〕など、子どもの主体性や意思決定の重要性を認識しながらチームが動いた時に、非鎮静検査への取り組みの可能性が見えてきている。非鎮静下でMRI検査の実施を評価した先行研究でも、その前提には、子どもを中心におき、子どもが自分の力で検査に参加する支援を目指した介入として説明されており（平田, 2016；割田ら, 2019）、非鎮静下での検査の実施は子ども主体の視点を持った支援の方向性を医療者間が共通して認識することが大きな要因であった。

2. 非鎮静検査が可能な子どもの条件とサポートの力を見極める

今回の結果では、【非鎮静での検査の可能性のある子どもの条件】と【子どもの検査に向かう力を支える方策を持つ】のカテゴリーが抽出された。子ども側の条件とサポートする側の状況を総合して非鎮静下での検査の可能性を判断することが必要と考えられた。示されたサブカテゴリーの内容はA病棟において共有事項として作成しようとしていた「非鎮静下でCT・MRI検査を実施できる条件（基準）」に該当する内容であるといえた。

1) 子ども側の要因【非鎮静下での検査の可能性のある子どもの条件】

主として発達に関わる〔実施可能になる年齢がある〕〔言語的コミュニケーションがとれる〕〔説明を理解できる〕については、今回の調査ではおおよそ3歳程度以上が可能と想定した回答者が多かった。3歳はそれまでの様々な経験に基づいてものの意味や概念の理解が進み、相手の意図を理解して自分の表現を調整する、自己の感情を表現できるなどの能力を獲得する時期である

（Buckley, 2004）。〔頑張る気持ちを表現できる〕は、自分の意思を表現できる能力のみでなく、〈自分で最後は決心する〉〈強がりでも「できる」と言える子〉のように、必要性を理解した上である程度感情の制御をし、決意を表明することで自らの行動化を促す力を持っていることを示している。小笠原ら（2013）は、採血や点滴挿入について看護師が2歳児に“この子ならできる”ととられた姿として、『採血・点滴をがんばると宣言する』を挙げ、ここに子どもの決心を読み取っていることと同様であると考える。子どもの個別性の条件として〔年齢だけでない個々の特性が関係〕〔検査・治療、ケアへの協力状態〕〔プレパレーションに興味を持ち検査に意欲を示すか〕〔自分が達成できたこと、認められることを喜べるか〕〔入院が一定期間（半年程度）経過している〕などが含まれた。平田（2020）は、MRI検査方法の決定に際して判断すべき因子の中で、『子どもの因子』として「性格・発達段階」、「子どもの意思」、「精神状態」、「人や環境への慣れ」、「過去の成功・失敗体験」をあげている。「過去の成功・失敗体験」以外はおおよそ同様の内容が該当したと考えられる。小児がんの子どもは複数回にわたる検査が行われる。入院中に人や環境、検査に慣れる中で、子ども自身が準備性を整え、脅かされずに非鎮静下での検査に取り組める機会も出てくるものと思われる。今回、「過去の成功・失敗体験」は要因として分析されなかったが、【成功体験を通して変化する医療者の認識】において、〔子ども自身が自信・達成感を持つこと共有する〕ことが、医療者が非鎮静下での検査を推進する要因として出てきたことから、MRI検査方法の決定に際して重要な要因となりうることも考えられた。

2) サポート側の要因【子どもの検査に向かう力を支える方策を持つ】

〔子どもの準備となるようなプレパレーションを行う〕については、単に子どもに説明するのではなく、子どもの認知発達段階に適応した方法で、子どもにとっての理解が可能な説明ができ、子どもや親の対処能力を引き出すような機会や環境づくり（田中, 2006）といった意味あるプレパレーションとなる必要があるという意味で回答

されており、〔子どもの個性と理解に合わせ自我を強化する〕〔プレパレーションのタイミングを考慮する〕〔子どもの反応を汲み、子どもの「できそう」を引き出す〕〔検査室を怖い場所にしない〕といったサブカテゴリーは、それを実現するために看護師や他職種が子どもに合わせた方策を持つように努力していることを示していると言える（岩角, 2016；割田ら, 2019）。〔家族が子どもと一緒に取り組む〕や〔多職種でサポートする〕は幼児が検査を受ける際に必要な連携として様々な先行研究で示されていた（平田, 2016；山口ら, 2018；吉田ら, 2012；割田ら, 2019）。

3. 成功体験を通じた医療者の認識の変化とチームでの「できる」という流れ

【成功体験を通して変化する医療者の認識】では、子どもの意思決定支援に意識を向け、看護師、医師、保育士という病棟内での連携から、放射線技師との連携に広がり、成功例の積み重ねにより、〔チームで動くと「できる」という流れができてくる〕のように、次々とそれぞれの職種間の理解や協力体制を広げ、さらに関係者の認識の変化が、検査を成功させていくことに繋がる要因になったことを示した。

今回の試みは、「子どもの意思決定支援を促進する」という支援のめざす土台となる病棟のビジョンに意識を向けたことで、鎮静下であっても子どもの検査に協力できる力を再認識し、非鎮静下の検査の可能性を見出して開始された。〔非鎮静検査に取り組んでみると幼児の力で非鎮静検査ができる〕と、その成功は幼児の力の認識を変化させることになり、鎮静下検査のリスクの回避の実感、〔子ども自身が自信・達成感を持つことを共有する〕、〔保護者が子どもの成長を感じることを共有する〕などの成果を生じ、次への試みを促進し、放射線技師の協力などに拡大していった。山田らは（山田ら, 2012）、医師がプレパレーションを理解し実践する中で認識が変化したことを報告しているが、成功体験の中で（プレパレーションの）「大切さを知る」と、体験の意義を見出していた。野中らは、「知識の共同化は経験を共有化することによる」と述べているが（野中ら,

2020）、今回の非鎮静下での検査の試みとその成果を、関係する各職種で現実の場面で共体験し、実感してきたことが、幼児の非鎮静下検査の意義の共有やそれぞれの職種の自律的な支援の工夫と協力に繋がり、さらに有効な支援の協働の形をつくっていったといえる。

4. 臨床への示唆

今回、非鎮静下でのCT・MRIの実現の要因を明らかにし、実施できる基準を検討する材料とする目的で研究を実施したが、子どもの条件や、サポート側の支援の工夫の在り方を評価するだけでなく、組織やチームが子どもの主体性の尊重を共通認識としていることをチームが再認識することが重要であった。そのことで改めて子どもの力を認識し、子どもの反応を共有し、各職種が子どもの支援の場を共体験しながら、目標に向けて柔軟に支援する動きになることが明らかになった。

V. 本研究の限界と今後の課題

本研究の調査は、A病棟で一定期間に非鎮静検査に関わった医師と看護師にのみに対象者が限定されていた。非鎮静に関わった他職種や家族からの情報も必要である。また特に2名のグループインタビューでは、フォーカス・グループインタビューである意義を有効に用いたとはいいがたい。今回得た結果をもとに、子どもを主体とした検査の支援への評価の研究に進めていきたい。

VI. 結語

幼児の非鎮静下CT・MRI検査の実現のためには、子ども側の条件やサポートの方策を考慮するだけでなく、子どもを取り巻くチーム成員が「子どもの主体や意思決定を尊重する」という認識があつてこそ可能となった。支援する側のサポート力や、組織全体の協働の在り方も非鎮静下での検査を実現させる要因として考えることが示された。

謝辞

本研究に協力してくださいました大倉絵梨先生、研究対象者の皆様に感謝申し上げます。

本研究は第21回日本小児がん看護学会学術集会で発表した。本研究における利益相反に関する開示事項はない。

引用文献

- Buckley, B. (2003)/丸野俊一, 監訳 (2004). 0歳～5歳までのコミュニケーションスキルの発達と診断. 東京, 北大路書房, pp. 105-145.
- 平田美佳 (2020). 薬に頼らないこどものMRI検査への挑戦－子ども中心の視点から－. 小児科診療, 83(12), 1785-1790.
- 平田美佳 (2016). 小児がんと闘う子どもを多職種・多部署で支える取り組み. 日本小児血液・がん学会雑誌, 53(5), 403-412.
- 岩角至子 (2016). 非鎮静下で小児MR検査を行うためのPreparationの導入の取り組み. 日本小児放射線技術, 41, 47-50.
- 勝盛宏, 阪井裕, 草川功, 他 (2013). 小児医療委員会報告. MRI検査を行う小児患者の鎮静管理に関する実態調査. 日本小児科学会雑誌, 117: 1167-1171.
- Krueger, R. A & Casey, M.A (2000) Focus groups: A practical guide for applied research 3rd ed. Thousand Oaks, Sage Publications.
- 日本小児科学会, 日本小児麻酔学会, 日本小児放射線学会 (2013). MRI検査時の鎮静に関する共同提言. 日本小児科学会雑誌, 117, 1172-1201.
- 日本小児科学会, 日本小児麻酔学会, 日本小児放射線学会 (2020). MRI検査時の鎮静に関する共同提言2020年2月23日改訂版. 日本小児科学会雑誌, 124, 771-805.
- 日本小児科学会・日本小児麻酔学会・日本小児放射線学会: 平田美佳 (2020). 薬に頼らない子どものMRI検査への挑戦－子ども中心の視点から－. 小児科診療, 83(12), 1785-1790.
- 野中郁次郎, 竹内弘高 (2020). 知識創造企業. 東京, 東洋経済新報社.
- 小笠原真織, 檜木野裕美 (2013). 採血および点滴挿入時に看護師が“この”子ならできる“とアセスメントしてプレパレーションを実践している2歳児のすがた. 日本小児看護学会誌, 22(2), 17-24.
- 鈴木貴晴, 長下部千春, 田中慶幸, 他 (2016). 非鎮静下における小児MRI患者に対するMRI体験ツアー導入と有用性の検討. 日本小児放射線技術, 41, 43-46.
- 関あゆみ, 内田仁志, 小枝達也他 (2009). 幼児の非鎮静下でのMRI撮像のためのプレパレーションに関する検討. 小児保健研究, 68(2), 285-292.
- 田中恭子 (2006). 小児医療の現場で使えるプレパレーションガイドブック. 東京, 日経研出版, p31.
- 山田咲樹子, 栗田直央子 (2012). 看護師によるプレパレーションの実践が医師の認識に及ぼす影響. 日本小児看護学会誌, 22(1), 25-31.
- 山中岳, 勝盛宏, 草川功他 (2017). 小児科専門医研修施設におけるMRI検査時鎮静の現状. 日本小児科学会雑誌, 121(11), 1920-1929.
- 山口孝子, 堀田法子 (2018). 親から幼児への検査・処置説明とその関連要因の検討. 日本小児看護学会誌, 27, 157-164.
- 吉田美幸, 鈴木敦子 (2012). 検査・処置を受ける幼児後期の子どもに付き添う母親の支援プロセス. 日本看護科学学会誌, 32(2), 54-63.
- 割田陽子, 佐藤敦志, 犬塚亮他 (2019). 子どものもつ力を信じて支援する－多職種で行う小児の画像検査プレパレーション－. 小児保健研究, 78(6), 565-570.

日本小児がん看護学会第21回学術集会を終えて

北海道大学大学院保健科学研究所 創成看護学分野

小児看護学教室 松 澤 明 美

2023年9月29日（金）～10月1日（日）の3日間にわたり、第21回日本小児がん看護学会学術集会を北海道・札幌において開催しました。本学術集会も第65回日本小児血液・がん学会（会長・真部淳先生・北海道大学大学院医学研究院小児科学教室 教授）、第28回がんの子どもを守る会公開シンポジウム（山下公輔氏・公益財団法人がんの子どもを守る会 理事長）と合同で、「心と身体に優しい治療とケアをめざして」をテーマにハイブリッド開催といたしました。

本学術集会では、特別講演、教育講演、シンポジウムを複数企画しました。特別講演では、道信良子先生に「子どもが小児がんを生きる—子どものいのちの視点から」と題してご講演いただきました。長期間に及ぶフィールドワークからのご研究成果に基づき、がんを生きる子どもたちの声に会場が引き込まれました。また看護シンポジウムⅠ「がんとともに生きるAYA世代の“自分らしさ”を支える」では、看護、心理、当事者・支援者の立場から実践のお話をいただき、本学術集会で最も多くの方が来場くださり、関心の高さが伺えました。看護シンポジウムⅡ「子どもが本来もつ“力”を大切にする看護を考える—子どもの生活を整える視点より」では、子どもが本来もつ力を大切にする看護に焦点を充て、医学・看護学の研究者・実践者に子どもらしい生活を支えるケアとケアのエビデンスについてお話いただきました。さらに2学会合同シンポジウム「病気とともに“生きる”子どもと家族を支える緩和ケア」では、子

どもの緩和ケアの本質、子どもの意思決定、子どもホスピスの実践に関して、各分野の先駆者の皆様にお話をいただきました。その他、コミュニティ小児科学に関する教育講演、家族レジリエンスに関する海外招聘講演、北大病院親の会企画による患者・家族企画プログラム、そらぶちキッズキャンプ施設見学ツアーなど、北海道らしい、そして現地こそ企画も行うことができました。最終的に本学術集会は、計1,891人（医師1,064人・看護師352人・その他専門職416人・学生59人）にご参加いただきました（現地参加1,345人・Web参加546人）。また一般演題では49演題の口演発表が行われ、ご参加の皆様による議論が行われました。

本学術集会実行委員会がスタートした当初は、まだコロナ禍の影響も懸念され、どれだけ会員の皆様が現地に足を運んでくださるのか、懇親会などの開催は可能なのだろうかなど未知数な部分も多くありましたが、ご参加くださる皆様にぜひ秋の北海道を楽しんでいただきたいという思いで、関係者一同、企画を詰めてまいりました。企画・運営に関して行き届かない点多々あったかとは思いますが、計画されたプログラムを予定どおり遂行することができました。すべては関係者の方々の多大なお力添えのおかげであり、感謝の気持ちでいっぱいです。準備の段階からご協力いただいた皆様、本当にありがとうございました。本学術集会の開催を支えてくださったすべての皆様に心よりお礼申し上げます。

2023年度 理事会報告

第1回

日 時：2023年1月1日（日）13：00～15：00
場 所：Zoomによるオンライン開催
議 題：1. 審議事項 1）理事長選定の件 2）
指名理事承認

第2回

日 時：2023年2月2日（木）19：00～21：40
場 所：Zoomによるオンライン開催
議 題：1. 報告事項 1）第20回（2022年）小
児がん看護学会学術集会の最終報告 2）
第21回小児がん学術集会に関する報告
3）第22回（2024年）小児がん看護学科
学術集会の進捗状況 4）各委委員会報
告（編集、国際交流、学術推進、広報、
教育、認定、プログラム、会計、庶務）
2. 審議事項 1）2022年度決算報告 2）
2022年度事業報告 3）指名理事
3. その他

第3回

日 時：2023年3月27日（土）18:00～20:37
場 所：Zoomによるオンライン開催
議 題：1. 報告事項 1）第21回（2023年）小
児がん看護学会学術集会の進捗報告 2）
第22回（2024年）小児がん看護学会学術
集会の進捗報告 3）各委員会報告（編
集、国際交流、学術推進、広報、教育、
認定、プログラム、会計、庶務）
2. 審議事項 1）認定審査部会審査結
果報告および最終審議
3. その他

第4回

日 時：2023年4月16日（日）19:00～22:00
場 所：Zoomによるオンライン開催
議 題：1. 審議事項 小児がん認定制度につい
て 1）小児がん看護研修制度 2）小児
がん看護師認定制度 3）制度の変更に
向けて

第5回

日 時：2023年5月20日（土）13：00～16：30
場 所：Zoomによるオンライン開催
議 題：1. 報告事項 1）第21回（2023年）小
児がん看護学会学術集会の進捗状況 2）
第22回（2024年）小児がん看護学会学術
集会の進捗報告 3）各委員会報告（編
集、国際交流、学術推進、広報、教育、
認定、プログラム、会計、庶務）
2. 審議事項 1）小児がん認定制度 2）
学会の年度 3）個人情報管理費
3. その他

第6回

日 時：2023年8月1日（火）19:00～21:43
場 所：Zoomによるオンライン開催
議 題：1. 報告事項 1）第21回（2023年）小
児がん看護学会学術集会の進捗報告 2）
第22回（2024年）小児がん看護学会学術
集会の進捗報告 3）各委員会報告（編
集、国際交流、学術推進、広報、教育、
認定、プログラム、会計、庶務）
2. 審議事項 1）小児がん看護師認定
制度終了・研修制度変更について 2）
総会について
3. その他

第7回

日 時：2023年8月31日（金）18:00～20:45
場 所：Zoomによるオンライン開催
議 題：1. 報告事項 1）第21回（2023年）小
児がん看護学会学術集会の進捗報告 2）
第22回（2024年）小児がん看護学会学術
集会の進捗報告 3）各委員会報告（編
集、国際交流、学術推進、広報、教育、
認定、プログラム、会計、庶務）
2. 審議事項 1）会計規定 2）定款変
更 3）総会準備
3. その他

第8回

日 時：2023年9月30日（金）12:00～12:45

場 所：ロイトン札幌 第3会場

議 題：1. 報告事項 1) 第21回（2023年）小児がん看護学会学術集会の進捗報告 2) 第22回（2024年）小児がん看護学会学術集会の進捗報告
2. 審議事項 1) 総会準備 2) 新研修制度
3. その他

第9回

日 時：2023年10月31日（金）19:00～21:00

場 所：Zoomによるオンライン開催

議 題：1. 報告事項 1) 第21回（2023年）小児がん看護学会学術集会の報告 2) 第22回（2024年）小児がん看護学会学術集会の進捗報告 3) 各委員会報告（編集、国際交流、学術推進、広報、教育、認定、プログラム、会計、庶務）
2. 審議事項 1) 小児がん看護師 認定制度 2) 会員および会費納入に関する内規
3. その他

2024年度 特定非営利活動法人日本小児がん看護学会総会議事録

日 時：2024年5月26日（日）14:00～14:50

場 所：Web：Zoom ミーティング オンライン

資料：

- 1-1. 1-2. 2023年度理事会報告
2. 2023年度事業報告 2023年1月1日～2023年12月31日まで（委員会報告含む）
- 3-1. 2023年度会計報告（活動計算書、貸借対照表、財産目録、財務諸表の注記）
- 3-2. 2023年度監査報告書
4. 2024年度定款施行細則（第6条、第8条）
5. 2024年度役員名簿（理事・監事・委員会）
6. 2024年度事業計画
7. 2024年度予算案

議事の経過の概要および議決結果

1. 開会

司会の伊藤理事より、2024年度日本小児がん看護学会総会の開会が宣言された。

2. 定足数の確認

伊藤理事より、本日の参加者はWeb30名、委任状出席者225名であり、合計255名の出席である。よって正会員数720名（2024年4月30日現在）の4分の1以上の出席が確認され、定款第25条の規定により定足数を満たしたため、本総会は成立することが報告された。

3. 理事長あいさつ

小川理事長より挨拶があり、日頃の学会事業への協力に対してお礼と感謝の気持ちが述べられた。

4. 議長選任および議事録署名人の選出

定款細則第6条4に基づき、松岡真里氏（所属：三重大学大学院）が議長として登壇された。議事録署名人に関しては会場から立候補お

よび推薦者なし。議長より、濱田米紀氏（所属：兵庫県立淡路医療センター）、村田翔氏（所属：川崎市立看護大学）が推薦され、会場から異議なく承認された。

5. 報告事項

1) 2023年理事会報告

小川理事長より、資料1に沿って2023年度は全9回の理事会を開催したこと、新しく小児がん看護研修制度を進めていくことになったことが報告された。

2) 2023年度庶務報告

司会の伊藤理事より、2023年度の理事・監事・委員会構成の資料が示され2023年度の会員数は718名、また2024年4月30日現在の会員数は720名である旨が報告された。

3) 2023年度事業報告

小川理事長より、資料の通り2023年度の事業報告がなされた。小児がん看護師認定等に関する事業では2023年3月に認定の審査を行い、小児がん看護師を輩出した。7月にあたらしい研修制度の再開を予定しており、現在準備中であることが説明された。

【各委員会のミッションと活動報告】

(1) 編集委員会

委員長である小林理事より、PPTの資料を示しながら2023年度の活動報告と2024年度のミッションの報告がなされた。学会誌第18巻1号の発刊を行い、第20回学術集会での「リビングレジェンド特別講演」の内容と、ケア検討委員会報告「抗がん薬治療を受ける子どもと家族が安全に安心して生活を送るための曝露対策について」を掲載した。また研究奨励賞の選出を行った旨が報告された。

(2) 教育委員会

委員長である松岡理事より、PPTの資料を

示しながら 2023 年度の活動報告と2024年度のミッションの報告がなされた。第19回の本学会主催の小児がん看護研修会を10月に対面とオンラインで実施した。第21回学術集会で教育セミナーを実施した旨、報告された。2024年度の活動について第20回日本小児がん看護学会小児がん看護実践セミナー、第22回日本小児がん看護学会学術集会で教育セミナーを企画していることが周知された。今までの「小児がん看護研修会」の名称について、「小児がん看護実践セミナー」と名称を変更して継続していくことが共有された。

(3) 国際交流委員会

委員長である平田理事より、PPTの資料を示しながら2023年度の活動報告と2024年度のミッションの報告がなされた。2023年度の活動報告では、学術集会において第2回国際セミナーを動画放映という形で開催した旨の報告がなされた。

(4) ケア検討委員会

委員長である竹之内理事より、PPTの資料を示しながら2023年度の活動報告と2024年度のミッションの報告がなされた。子どものがん薬物療法における曝露対策についての指針を作成することにむけて2022年度からワーキンググループを結成し、子どもの生活場面に合わせた曝露対策として内容の検討を行っている旨が報告された。

(5) 学術推進委員会

委員長である河俣理事より、PPTの資料を示しながら2023年度の活動報告と2024年度のミッションの報告がなされた。第21回学術集会セミナーを開催した。研究奨励賞について、2022年度までは編集委員会で行っていたが2023年度から学術推進委員会の事業として執り行うようになったことが報告された。

(6) 広報委員会

委員長である塩飽理事より、PPTの資料を示しながら2023年度の活動報告と2024年度のミッションの報告がなされた。学会のウェブサイト、メーリングリスト、公式LINE、ニュースレターの4つを通して情報を発信している旨が

報告された。

(7) 認定委員会

委員長である古橋理事より、PPTの資料を示しながら2023年度の活動報告と2024年度のミッションの報告がなされた。2024年度は小児がん看護研修制度が小児がんのこどもと家族の支援に必要な知識や技術を得るための資源として広く活用されることを目指し研修の運営にあたることをミッションとしていることが報告された。小児がん看護師の方々への継続支援について、今後も検討していくことが伝えられた。

(8) プログラム委員会

委員長である松岡理事より、PPTの資料を示しながら2023年度の活動報告と2024年度のミッションの報告がなされた。学術集会長や合同開催している学会との合同プログラム委員会会議への出席について報告がなされた。

4) 2023年度会計報告および監査報告

永吉理事より、2023年1月1日から2023年12月31日までの会計収支決算について、資料3-1に基づき報告がされた。学会全体としての経常収益計7,443,366円となった。経常費用について、全体で計7,702,576円、次期繰越正味財産は全体で24,290,763円となっている。

濱中監事より、資料3-2に基づき、2023年度収支決算書および計算書類において監査を行った結果、公正妥当なものと判断し、且つ事業の運営が適切に行われたことを監事の濱中・渡邊の両名が承認した旨、報告された。

5) その他

定款施行細則の改正について

小川理事長より資料4に基づいて、定款施行細則第6条3,4について、変更削除の理由が説明され変更した旨、報告がなされた。委員会編成、委員会の名称変更についても変更になっていることが報告された。詳細は資料5を参照するように説明された。

《質疑応答》

報告事項1)～5)について、会場から特に質問等なし。

6. 審議事項

1) 2024年度事業計画案について

小川理事長より資料6に沿って説明があり、本年度から学術集会の抄録をPDFで配信しダウンロードする形に変更するとの説明があった。会場からの質問および異議なく過半数の承認が得られたため、2024年度事業計画案について可決された。

2) 2024年度予算案について

会計永吉理事より2024年度予算案について、資料7に沿って説明があり2023年度の総会で承認されているが、補正予算が生じたため2024年1月1日から2025年3月31日までの予算について改めて説明がなされた。また書式について、昨年まで使用していたものと異なる東京都の求めるNPOとしての必要な項目に沿った新書式としている旨が報告された。

会場から質問・異議なく過半数の承認が得られたため、予算案は可決された。

7. 議長退任

すべての報告、審議が終了したため、議長の松岡理事より総会の進行に対する協力へのお礼が述べられ、議長が退任した。以降の進行は、司会の伊藤理事が担当する。

8. その他

小川理事長より今後の学術集会について案内があり、第22回および第23回の学術集会長の紹介がなされた。

・第22回学術集会長より

第22回学術集会長の松岡真里氏（三重大大学）より挨拶があり、参加が呼びかけられた。学術集会は12月13～15日（看護は14・15日）に京都で開催する。新たにリサーチカフェの取り組みをすることが周知された。

・第23回学術集会長より

第23回学術集会長の植木慎悟氏（九州大学）より挨拶があり、開催への協力や参加の呼びかけがなされた。開催は2025年11月中旬を予定している。

9. 閉会宣言

司会の伊藤理事より、閉会宣言がなされた。総会への参加と審議への協力に対してお礼が述べられ、閉会となった。

(以上)

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。

2024年 9月 10日

理事長 小川純子 

議長 松岡真里 

議事録署名人 濱田米紀 

議事録署名人 村田翔 

2023年度 理事・監事・委員会名簿

《理事》

理事長	小川 純子
副理事長	塩飽 仁, 松岡 真里
理事	伊藤奈津子
理事	河俣あゆみ
理事	小林 京子
理事	竹之内直子
理事	富岡 晶子
理事	永吉美智枝
理事	新家 一輝
理事	平田 美佳
理事	古橋 知子

《監事》

濱中 喜代, 渡邊 輝子

《委員会》

教育委員会	松岡 真里, 津村 明美, 檜木野裕美, 熊谷 祐美, 栗林 佑季, 宮澤真由美, 南部美智子
編集委員会	小林 京子, 新家 一輝, 祖父江育子, 竹内 幸江, 名古屋祐子, 法橋 尚宏
国際交流委員会	平田 美佳, 入江 亘, 薬師神裕子, 柴田明日香, 村田 翔
学術推進委員会	河俣あゆみ, 浅野みどり, 上別府圭子, 涌水 理恵, 山本 光映, 横島 里早
ケア検討委員会	竹之内直子, 笹木 忍, 白井 史, 濱田 米紀, 内田 雅代, 坂田 友, 込山 洋美
広報委員会	塩飽 仁, 大西 文子, 堀 妙子
認定委員会	古橋 知子, 永吉美智枝, 中谷 扶美, 濱田 裕子, 富岡 晶子, 武澤 友弘
プログラム委員会	小川 純子, 塩飽 仁

《会計》

永吉美智枝

《庶務》

伊藤奈津子

《事務局》

伊藤奈津子, 鵜野 澄世, 永吉美智枝

〒170-0002

東京都豊島区巣鴨1-24-1 4F (株)ガリレオ内

活 動 計 算 書

(2023年 1 月 1 日～2023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	一般会計	研修事業会計	学会全体
I 経常収益			
1 受取会費			
正会員受取会費	6,347,000	0	6,347,000
賛助会員受取会費	50,000	0	50,000
受取会費計	6,397,000	0	6,397,000
2 受取寄付金			0
受取寄付金	0	0	0
受取寄付金計	0	0	0
3 事業収益			0
研修会事業収益	111,000	895,000	1,006,000
事業収益計	111,000	895,000	1,006,000
4 その他収益			0
受取利息	61	0	61
雑収益	40,305	0	40,305
その他収益計	40,305	0	40,305
経常収益計(A)	6,548,366	895,000	7,443,366
II 経常費用			0
1 事業費			0
学術集会費	600,000	0	600,000
抄録発行費	1,492,040	0	1,492,040
学会誌発行費	721,270	0	721,270
学術集会プログラム検討活動費	0	0	0
奨励費	30,000	0	30,000
広報活動費	30,942	0	30,942
教育活動費	185,826	0	185,826
将来計画活動費	0	0	0
学術検討活動費	317,850	0	317,850
研究活動助成費	880	0	880
認定制度活動費	0	0	0
認定事務局運営費	0	2,158,966	2,158,966
広報費	0	0	0
集合研修費	0	0	0
審査部会費	0	0	0
認定費	0	8,540	8,540
事業費計	3,378,808	2,167,506	5,546,314
2 管理費			0
会員管理費	1,331,112	0	1,331,112
総会費	140,751	0	140,751
会議費	31,878	0	31,878
交通費	3,656	0	3,656
通信費	40,036	0	40,036
消耗品費	1,787	0	1,787
支払手数料	474,889	0	474,889
雑費	130,321	0	130,321
選挙費	0	0	0
租税公課	1,832	0	1,832
管理費仮勘定	0	0	0
管理費計	2,156,262	0	2,156,262
経常費用計(B)	5,535,070	2,167,506	7,702,576
当期正味財産増減額(A)－(B)	1,013,296	△ 1,272,506	△ 259,210
前期繰越正味財産額	17,999,099	6,550,874	24,549,973
次期繰越正味財産額	19,012,395	5,278,368	24,290,763

監 査 報 告 書

令和6年2月26日

特定非営利活動法人
日本小児がん看護学会

理事長 小川 純子 殿

監事 渡邊 輝子 印
監事 濱中 喜代 印

私は、日本小児がん看護学会の2023（令和5）年度収支決算（2023年1月1日から2023年12月31日まで）にあたり、その活動計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。

2024年度 特定非営利活動に係わる事業会計活動予算書（案）

（2024年1月1日～2024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	金 額	小計・合計
【A】 経 常 収 益			
1 受取会費			7,466,000
正会員受取会費	7,416,000		
賛助会員受取会費	50,000		
2 受取寄附金			0
受取寄附金	0		
3 受取助成金等			0
受取補助金	0		
4 事業収益			1,790,000
研修会事業収益	1,790,000		
5 その他の収益			51,000
受取利息	1,000		
学会誌等販売収益	50,000		
経 常 収 益 計			9,307,000
【B】 経 常 費 用			
1 事業費			
（1）人件費			20,000
アルバイト代	20,000		
（2）その他経費			4,159,500
印刷製本費	800,000		
会議費	98,000		
会場費	100,000		
研究費	100,000		
交通費	455,000		
広報費	82,000		
消耗品費	77,000		
通信費	1,171,500		
支払手数料	8,000		
支払助成金	600,000		
支払報酬料	620,000		
支払奨励金	30,000		
諸雑費	18,000		
事業費計			4,179,500
2 管理費			
（1）人件費			2,100,000
給料手当	2,100,000		
（2）その他経費			3,236,900
業務委託費	2,644,700		
会議費	30,000		
消耗品費	140,000		
通信費	197,240		
顧問料	210,000		
諸雑費	14,960		
管理費計			5,336,900
経 常 費 用 計			9,516,400
当 期 経 常 増 減 額 【A】－【B】・・・①			-209,400
【C】 経 常 外 収 益			
固定資産売却益			
過年度損益修正益			
経 常 外 収 益 計			0
【D】 経 常 外 費 用			
固定資産売却損			
災害損失			
過年度損益修正損			
経 常 外 費 用 計			0
当 期 経 常 外 増 減 額 【C】－【D】・・・②			0
税 引 前 当 期 正 味 財 産 増 減 額 ①+②・・・③			-209,400
法人税、住民税及び事業税・・・④			
前期繰越正味財産額・・・⑤			
次 期 繰 越 正 味 財 産 額 ③－④+⑤			-209,400

2023年度 事業報告書

2023年1月1日から2023年12月31日まで

特定非営利活動法人 日本小児がん看護学会

1 事業実施の方針

研究活動、国内外の情報収集を通じて、小児がん看護にかかわる最新の知見を得て、日本の臨床で適応可能な看護を探究してゆく。学会を開催し、得られた知見を小児がん患者および家族にかかわる看護職者及びその他の職種へ広く伝達し、看護実践を向上させる。

2 事業の実施に関する事項

(1) 特定非営利活動に係る事業

定款の事業名	事業内容	実施予定 日 時	実施予定 場 所	従事者 の人数	受益対象者 の範囲 及び人数	支出額 (千円)
(1) 学会誌の発行	学会誌の発行	2023年 9月	全国	10人	会員と会員外の 専門職約800人	721
	学会抄録集の発行	2023年 9月	全国	10人	会員と学会参加 者約850人	1,492
(2) 学術集会・研 修会等の開催	第21回日本小児が ん看護学会の開催	2023年 9月	北海道	30人	小児がんの子ど ものケア従事者 約1,500人	500
	第22回日本小児が ん看護学会の開催 準備	2023年 1月-12月	京都	30人	小児がんの子ど ものケア従事者 約1,500人	100
	第19回小児がん看 護研修会	2023年 10月	東京都	10人	小児がんの子ど ものケアに従事 する看護師ほか 約100人	185
	2023年度教育セミ ナー	2023年9月	東京都	10人	小児がんの子ど ものケアに従事 する看護師ほか 500人	(学会事業 費に含ま れる)
(3) 小児がん看護 師の認定等に関す る事業	認定制度活動事業 (研修の実施、小 児がん看護師の認 定)	随時	全国	10人	研修制度・認定制 度参加者約300人	2,159
(4) 機関紙の発行	なし					-
(5) 小児がん看護 の実践・教育・ 研究に関する情報 交換	海外学術団体との 交流(国際小児が ん学会(SIOP 202 3)参加)	2023年 10月	(オタ ワ) カナ ダ	5人	主に看護部会へ の参加者20人	(参加者 自己負 担)

	各種調査・研究の実施・成果の公表	随時	全国	15人	看護師・専門職者・小児がんの子どもと家族 約3500人	0
	ケア検討活動事業 (小児がん患者のケアの研究および臨床現場のケア改善を目指した活動)	随時	全国	20人	看護師・専門職者・小児がんの子どもと家族 約2000人	11
	学術検討活動事業 (研究活動促進・活発な学術交流に向けた会員への支援)	2023年 9月	北海道	10人	会員と会員外の専門職約150人	16
	国際交流検討活動事業 (海外の小児がん医療・看護に関する研鑽機会の提供)	随時	全国	5人	小児がんの子どものケアに従事する看護師ほか 500人	291
	将来計画活動事業 (学会運営方針の検討、日本・海外の小児がん事情について情報収集)	随時	全国	7人	看護師・専門職者・小児がんの子どもと家族 約2000人	0
	研究奨励事業 (学会誌の投稿論文からの優秀論文の選考・表彰)	2023年 9月	北海道	7人	看護師・専門職者等のうち、学会誌へ投稿した論文著者(3人)	30
	研究活動助成事業 (会員への研究費助成)	2023年 9月	全国	3人	会員0人(該当者無しのため)	0
	会員および家族および関連団体に向けた小児がんに関する情報発信・交流	随時	全国	10人	会員、メーリングリスト登録者、及びホームページ閲覧者(看護師・専門職者・小児がんの子どもと家族) 約1000人	31
(6) 国内外の関係学会、各地の親の会との交流	第20回日本小児がん看護学会合同セッションを実施	2023年 9月	東京都	10人	参加者約200人	(学会事業費に含まれる)

(2) その他の事業

定款の事業名	事業内容	実施予定日時	実施予定場所	従事者の予定人数	支出額
	本年度は実施しない				

2023年度 事業計画書

2023年 1 月 1 日から2023年12月31日まで

特定非営利活動法人 日本小児がん看護学会

1 事業実施の方針

研究活動、国内外の情報収集を通じて、小児がん看護にかかわる最新の知見を得て、日本の臨床で適応可能な看護を探求してゆく。学会を開催し、得られた知見を小児がん患者および家族にかかわる看護職者及びその他の職種へ広く伝達し、看護実践を向上させる。

2 事業の実施に関する事項

(1) 特定非営利活動に係る事業

定款の事業名	事業内容	実施予定 日 時	実施予定 場 所	従事者 の予定 人数	受益対象者 の範囲及び 予定人数	支出見込 額(千円)
(1) 学会誌の発行	学会誌の発行	2024年 9月	全国	10人	会員と会員外の 専門職約800人	803
	学会抄録集の発行	2024年 11月	全国	10人	会員と学会参加 者約850人	800
(2) 学術集会・研 修会等の開催	第22回日本小児が ん看護学会の開催	2024年 12月	京都府	30人	小児がんの子ど ものケア従事者 約1,500人	500
	第23回日本小児が ん看護学会の開催 準備	2024年1月 -2025年3 月	福岡県	30人	小児がんの子ど ものケア従事者 約1,500人	100
	第20回小児がん看 護研修会	2024年 8月	東京都	10人	小児がんの子ど ものケアに従事 する看護師ほか 約100名	310
	2024年度教育セミ ナー	2024年 12月	京都府	10人	小児がんの子ど ものケアに従事 する看護師ほか 500人	(学会事 業費に含 まれる)
(3) 看護専門職の 実践の向上及び研 究・教育活動の推進	小児がん看護研修 事業	随時	全国	10人	会員と会員外の 専門職約200人	1,228
(4) ニュースレタ ーの発行	ニュースレターの 発行(web)	2024年 6月・10月	全国	10人	会員と会員外の 専門職約1000人	0
(5) 小児がん看 護の実践・教育・ 研究に関する情報 交換	海外学術団体との 交流(国際小児が ん学会(SIOP 202 4)参加)	2024年 7月/10月	7月(横 浜) 10月(ハ ワイ)	5人	主に看護部会へ の参加者50人	(参加者 自己負 担)
	各種調査・研究の 実施・成果の公表	随時	全国	15人	看護師・専門職 者・小児がんの子 どもと家族約350 0人	0

	ケア検討活動事業 (小児がん患者の ケアの研究および 臨床現場のケア改 善を目指した活 動)	随時	全国	20人	看護師・専門職 者・小児がんの子 どもと家族約200 0人	250
	学術検討活動事業 (研究活動促進・ 活発な学術交流に 向けた会員への支 援)	2024年1月 -2025年3 月	全国	10人	会員と会員外の 専門職約500人	170
	国際交流検討活動 事業(海外の小児 がん医療・看護に 関する研鑽機会の 提供)	随時	全国	5人	小児がんの子ど ものケアに従事 する看護師ほか 500人	555
	研究奨励事業 (学会誌の投稿論 文からの優秀論文 の選考・表彰)	2024年 11月	全国	7人	看護師・専門職者 等のうち、学会誌 へ投稿した論文 著者(約2名)	33
	研究活動助成事業 (会員への研究費 助成)	2024年 9月	全国	3人	会員2名	105
	会員および家族お よび関連団体に向 けた小児がんに関 する情報発信・交 流	随時	全国	10人	会員、メーリング リスト登録者、及 びホームページ 閲覧者(看護師・ 専門職者・小児が んの子どもと家 族約1000人)	10
(6)国内外の関係 学会、各地の親の会 との交流	第22回日本小児が ん看護学会合同セ ッションを実施	2024年 12月	京都府	10人	参加者約200人	(学会事 業費に含 まれる)
(7)その他本会の 目標達成に必要な 活動	なし					

(2) その他の事業

定款の事業名	事業内容	実施予定 日時	実施予定 場所	従事者の予定 人 数	支出見込 額(千円)
	本年度は実施しない				

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、事務所を東京都豊島区に置く。

(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) 学術集会・研修会等の開催
- (3) 小児がん看護師の認定等に関する事業

(4) 機関紙の発行

(5) 小児がん看護の実践・教育・研究に関する情報交換

(6) 国内外の関係学会、各地の親の会との交流

(7) 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、その利益は、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3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
- (3) 名誉会員 理事長を務めた正会員、あるいは本学会の社会的評価を高める功績および学会運営に特段の功績をあげた正会員の中から理事会が推薦し、総会で承認された個人

(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の総数の3分の1を超えて含まれることになってはならない。

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 役員の任期は、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伸長する。

3 補欠のため、又は増員により就任した役員の任期は、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) 事業計画及び活動予算
- (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 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、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) 財産から生じる収益
- (5) 事業に伴う収益
- (6) その他の収益

(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益費用を講じることができる。

3 前項の収益費用は、新たに成立した予算の収益費用とみなす。

(予備費)

第44条 (削除)

(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、理事会の議決を経て、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、貸借対照表及び活動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項に規定する事項を変更する場合、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。ただし、法第28条の2第1項に規定する貸借対照表の公告については、この法人のホームページにおいて行う。

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 この定款は所轄庁の認証日以降施行する。

2 この定款は、この法人の成立の日から施行する。

3 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。

理事長 梶山 祥子
副理事長 丸 光恵
副理事長 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

- 4 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。
- 5 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。
- 6 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。

- 7 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

- 8 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。

- 9 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 上別府 圭 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실히行ってくださる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

（100部）… 9,000円

20頁以内（50部単位で）… 8,000円

（100部）… 15,000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. 原稿の種類は総説、原著、研究報告、実践報告、資料、その他とする。

- 1) 総説：主題について多角的に知見を集め、総合的に学問的状况を概説し、現状と展望を明らかにしたもの。
- 2) 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。
- 3) 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。
- 4) 事例研究：小児がん看護に関する現象を事例として提示し、有用な知見を論述したもの。
- 5) 実践報告：ひとつもしくは複数の症例や臨床現場の実態を踏まえて行われた看護について報告し、論述されているもの。
- 6) 資料：主題に関連する有用な調査データや文献等に説明を加えたもので、資料としての価値があるもの。
- 7) 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。受理決定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

下記のほか、特に定めのない場合は、The American Psychological Association (APA) 論文作成マニュアル（最新版）に従うこと。

- 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USBメモリとともに印刷した最終原稿1部を郵送すること。
- 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限り、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。また、著者が3人以上の場合は、3人までを記載し、それ以降は“他”(英文の場合は“et al.”)とする。

(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.

例) 森美智子(2006). Children's Mood scaleの開発. 小児がん看護, 1(1), 13-24.

②単行書…著者名(発行年次). 本の表題. 発行地, 発行所.

例) 樋口明子(2009). 患者会・サポートグループ. In: 丸光恵, 石田也寸志, 監修. ココからはじめる小児がん看護. 東京, へるす出版. pp.299-304.

例) Walsh F(2006). Strengthening Family Resilience. New York, The Guilford Press.

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.

例) Schwartz CL, Hobbie WL, Constine LS, et al. (2005)／日本小児白血病リンパ腫研究グループ(JPLSG) 長期フォローアップ委員会, 監訳(2008). 小児がん経験者の長期フォローアップ 集学的アプローチ. 東京, 日本医学館.

④オンライン文献…発行機関名(調査／発行年次). 表題. アクセス年月日, ページのURL

例) 厚生労働省統計情報部人口動態・保健統計課保健統計室(2010). 平成22年度我が国の保健統計: 1 患者の動向. 平成25年7月19日アクセス,

<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/hoken/national/22.html>

※統計や法制など官公庁や公的機関からだされている情報のみオンライン文献の使用を認める。

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、研究報告および事例研究は、250語程度の英文要旨ならびに400字程度の和文要旨をつけること。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。実践報告・資料等は、400字程度の和文要旨をつけること。

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「日本小児がん看護学会誌投稿論文」と朱書し、下記に簡易書留で郵送する。

〒104-0044 東京都中央区明石町10-1

聖路加国際大学大学院看護学研究科小児看護学内

日本小児がん看護学会 編集委員会事務局

FAX: 03-5550-2296

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。

この規定は、平成25年8月24日から施行する。

この規定は、平成26年1月1日から施行する。

この規定は、平成29年7月26日から施行する。

2018年～2024年 査読者一覧

有田 直子	岡 澄子	河俣あゆみ	副島 克史	高野 政子
津村 明美	名古屋祐子	新家 一輝	濱田 米紀	平田 美佳
本田 順子	松岡 真里	山路野百合	和田久美子	佐藤 伊織
古谷佳由理				(50音順)

編 集 後 記

今年は、地震、大雨、台風、猛暑など様々な災害があり、心を痛めております。小児がん看護学会会員の皆様が可能な限りの健やかさと共に暮らし、また小児がん看護に携わっておられることを切に願っています。今年度の学会誌はたくさんの論文をご投稿いただき、テーマも入院中からサバイバーシップの時期と広く、入院中の子ども、親御さん、看護師を対象にした研究がありました。小児がん看護が、様々な場、対象へと届けられている様子を感じた本巻を皆様が手に取られ、ご自身の臨床・教育・研究がインスパイアされたり、学会誌にご投稿いただくことになりましたらとても嬉しいです。

編集委員 小林 京子

〈編集委員〉

委員長：小林 京子（聖路加国際大学大学院）

委 員：新家 一輝（名古屋大学大学院）

祖父江育子（広島大学大学院）

法橋 尚宏（神戸大学大学院）

竹内 幸江（長野県看護大学）

名古屋祐子（宮城県立こども病院）

2024年9月発行

発行所 日本小児がん看護学会編集委員会

〒104-0044

東京都中央区明石町10-1

聖路加国際大学大学院看護学研究科小児看護学

日本小児がん看護学会 編集委員会事務局

FAX：03-5550-2296

代 表 小川 純子

製 作 日本小児がん看護学会

印 刷 共進印刷株式会社

