

## 情報の共有——小児がんの子どもへの医療面談

戈木クレイグヒル滋子 首都大学東京健康福祉学部

Shigeko Saiki-Craighill Faculty of Health Sciences, Tokyo Metropolitan University

三戸由恵 首都大学東京健康福祉学部

Yoshie Mito Faculty of Health Sciences, Tokyo Metropolitan University

畑中めぐみ 首都大学東京健康福祉学部

Megumi Hatanaka Faculty of Health Sciences, Tokyo Metropolitan University

### 要約

病名を含む病気や治療に関する情報を、子どもに伝えている6病院で、小児がんで入院したばかりの子どもに対しておこなわれた医療面談15事例をグラウンデッド・セオリー・アプローチを用いて検討した。データから《情報の共有》という現象の中心概念(カテゴリー)と、情報共有の導入、軌道修正の努力、がんばりの促し、聞きたい気持ちの表出、拒否の表出、理解とがんばりの表出という6つの概念(サブカテゴリー)が抽出された。これらに関係づけている、医師の押しつけ度、脅し度、不安の緩和度、意志の尊重度、共感度、好奇心の促し度と、両親の不安の表出度という7つの特性の組み合わせによって、《情報の共有》という現象には、スムーズな情報共有、軌道修正、予想外の拒否、悪循環という4種類のプロセスが見いだされた。

### キーワード

小児がん, 医療面談, 情報の共有

### Title

**Sharing Information: Medical Consultations with Pediatric Cancer Patients**

### Abstract

Data from fifteen medical consultations between pediatric oncologists and children who were recently hospitalized with cancer were collected at six hospitals where the policy is to give the patients information, including naming their illness. The data were analyzed using the grounded theory approach. The phenomenon of "sharing information" was discovered with six sub-categories: introduction of information sharing, attempts to adjust the interaction, encouragement of perseverance, expression of interest, expression of denial, and expression of understanding and perseverance. Four patterns occurred in the process of "sharing information": smooth communication, situational adaptation, unexpected denial, and negative feedback loops. These patterns were based on a combination of the oncologists' degree of insistence, the oncologists' degree of intimidation, the oncologists' degree of reducing anxiety in the child, the oncologists' degree of respecting the child's perspective, the oncologists' degree of expressed sympathy, the oncologists' degree of curiosity encouragement, and the parents' degree of expressed anxiety.

### Key words

childhood cancer, medical consultations, sharing information

1 はじめに

医師 53 : 白血球, 今日いくつだった?  
 子ども 54 : じゅう, いち万?  
 医師 55 : うん。あ~, よく覚えてるやん, 11 万。  
 普通はいくつ位?  
 子ども 56 : 2 万?  
 医師 57 : 2 万, もうちょっと少ないな (楽しそうに)。普通はねえ, そうだなあ 8 千位だよ。  
 子ども 58 : あ, そうだった (笑う)。—中略—  
 医師 59 : 11 万と 8 千って違いわかるかな? ま, 普通 8 千だとするか, 今 11 万でしょ。いくつ増えた?  
 子ども 60 : あのと…… (数える) ……10 万 2 千  
 医師 61 : お~, そうそうそうそう, ふふ。10 万 2 千もさ~, 増えちゃったのね。悪い白血球がな。

(事例 7)

これは、白血病で入院した 11 歳の子どもへの初めての面談でのやりとりの一部である。医師の話し方は明るく友好的で、子どもの反応もよく、両者の会話はテンポよく進んでいる。一見、日常の会話となんら変わるところのないやりとりにみえるが、じつはこの中で、医師は今後の闘病で大きな指標となる白血球数の値を子どもに印象づけ、治療の話に関心を持たせようとしている。子どもが白血球数を覚えていることを確認した上で、正常値との差の計算をうながしたのはそのためである。

医師と患者の面談に関する初めての研究は、コルシュ、ゴッジ、フランシス (Korsch, Gozzi, & Francis, 1968) によって小児救急外来でおこなわれたといわれているが (Tates & Meeuwesen, 2001), この研究で対象となった子どもの 75% が 5 歳以下だったせいから、医師と両親とのやりとりの部分だけが検討され、子どもは研究対象からはずされてしまった。その後も、この領域の研究では大人の患者と医師とのやりとりばかりが脚光を浴び、主に外来での面談のデータを使って、医師の働きかけに対する患者の満足度、コンプライアンス、健康状態の変化などとの関係が検討されている。一方、子どもと医師の面談については、医師の話す

量が多く、その 7 割近くは病気や治療に関するものであり (Olechnowicz, Eder, Simon, Zyzanski, & Kodish, 2002; 戈木クレイグヒル・畑中, 2007), 医師は両親を対象にして説明しがちなこと (Van Dulmen, 1998), 子どもが話す割合は 4% 程度にすぎないこと (Van Dulmen, 1998; Wassmer, Minnaar, Abdel Aal, Atkinson, Gupta, Yuen, & Rylance, 2004) くらいしかわかっていない。先行研究をもとにして作られた概念枠組みにおいても、対象が子どもであるという点がまったく考慮されず、主要な構成要素としてあげられた医師特性は、臨床判断や身体検査などの医療技術と、対人関係、相談、患者中心に考える度合いにすぎない (Crossley & Davis, 2005)。これは、研究蓄積の少なさを反映したものだといえるだろう。

このような状況の中で、治療の進歩によって 7 割の子どもが治癒できるようになった小児がん医療の現場では (月本, 2003), 子どもへのインフォームド・コンセント (またはアセントリ) と医療面談の重要性が認識されはじめている。しかし、病名と予後を除く事柄を子どもに話している施設は 7 割近くもあるのに (堀・駒田, 2000), 発病直後の子どもに病名を話している医師は 9.5% にすぎないことにくわえ (戈木クレイグヒル, 中川, 岩田, 原, Mayer, Terrin, Tighiouart, Jeruss, & Parsons, 2005a), 日本の医師には治療の話し合いの中で子どもの意見を尊重すべきだという意識が希薄であると指摘されている (Parsons, Saiki-Craighill, Mayer, Sullivan, Jeruss, Terrin, Tighiouart, Nakagawa, Iwata, Hara, Grier, & Block, 2007)。

本研究では、病名を含む病気や治療に関する情報を子ども本人に伝えている病院で、入院直後の子どもにおこなわれた面談を録音し、医師が病気や治療に関わる情報を子どもとどう共有しようとしたのか、それに対して子どもはどう反応し、どのようなやりとりがおこなわれたのかを検討した。

もちろん、医師と子どもとのやりとりは、面談の場に限っておこなわれるものではなく、日々の関わりの中で繰り返されるものである。しかし、すべての会話を研究の対象にすることは不可能であるため、まとまった話が公式におこなわれる面談の場での会話を検討したいと考えた。とくに、入院後はじめての医療面談は、その後の医師と子どもとの関係に大きく影響する

重要な出発点にあたりと考えて分析の対象にした。

また、ある面談でのやりとりの結果が、必ずその面談内だけで評価できるとは思わないが、各面談の状況を把握するためには、暫定的にはあっても、面談内にあらわれた短期的な結果を勘案することが必要だと考えた。というのは、それぞれの医療面談は、疾患、病状、治療の選択肢、各医師や患者の特性などによって、かなり異なった様相を呈するものなので、ひとつひとつの事例を詳細に検討し、その結果を積み上げる作業が必要だと考えたからである。

この作業にはいろいろな方法があるだろうが、本研究では現象を構成する複数の概念を抽出して、それらの関連を把握するとともに（戈木クレイグヒル, 2005b, 2006）、現象のプロセスの違いをいくつかの様式として把握し（Strauss & Corbin, 2004/1998）、子どもへの面談を成功させやすい条件を明らかにしたいと考えた。

## II 研究対象と方法

1996年から2006年までの間に収集した医療面談のデータのうち、病名を含む病気や治療に関する情報を子どもに伝えている病院で、入院直後の子どもに対しておこなわれた面談を分析の対象にした。データ収集と分析手順に関しては、東京都立保健科学大学倫理委員会で承認を受けた。

調査者（戈木クレイグヒル）または面談する医師が、子ども側（子どもとその家族）を含むその場の参加者に、調査の主旨とプライバシーの保護、協力を断っても不都合が生じない旨を書いた依頼文を渡して説明し、許可がえられた場合にデータを収集した。とくに、医師が依頼する場合には、治療する医師からの申し出であるために断りにくくならないように気をつけながら、子ども側の判断を仰いでもらった。

結果的に、データの録音を拒否された3事例と、技術的なミスで録音できなかった2事例を除くと、25例のデータが集まった。そのうち、入院直後の面談でなかったデータと病名を話していない医師のデータを除いた15面談を本稿の分析の対象にした。これらの面談は、全国6施設でおこなわれ、経験年数7～32年の医師

が中心になって話していた。対象になった子どもの年齢は6～17歳、男児9名、女児6名で、診断名は白血病、骨肉腫、脳腫瘍であった。すべての面談には医師、子ども、保護者（発言があったのは両親だけだったので、以下両親とする）、看護師が参加しており、面談時間は10～60分だった。表1には、面談時の子どもの年齢順に事例をならべた。

名前と連絡先、固有名詞を抜いた子どもと面談に関する情報（年齢、性別、診断名、施設名、面談への参加者と時間、面談前後の状況など）、録音したデータ、データを文字におこしたテキストには、それぞれケース番号をつけて4ヶ所の異なる場所に保管した。また、データを文字におこすときに、名前や場所などの固有名詞はすべてイニシャルに変えた。

分析にはグラウンデッド・セオリー・アプローチを用い、質的研究に関心をもつ研究者と大学院生の分析会での意見も参考にしながら、事例ごとに以下の作業をおこなった。まず、データの各部分のリッチさに応じて一文ごとまたは内容ごとに切片化し、切片ごとにプロパティとディメンションを抽出し、それらを基にしてラベル名をつけた。その後、ラベルをカテゴリーにまとめ、それぞれのカテゴリーを構成するラベル名と、プロパティ・ディメンションの一覧を基にして暫定的なカテゴリー名をつけた。そして、データ内の異なる状況や他の事例との比較をおこないながら、プロパティとディメンションを増やして最終的なカテゴリー名を決めたあと、もとのデータ（切片）に対応していることを確認した。

さらに、パラダイムとカテゴリー関連図をもちいて現象ごとにカテゴリーを分類したあと、各現象を示すカテゴリーとそれを説明するサブカテゴリーとの関係を検討した。カテゴリー関連図は各事例を検討するごとに作成し、同じカテゴリーやサブカテゴリーを手がかりにして、それまでに作った関連図と統合していった。本稿では、データから抽出された現象の1つをとりあげ、プロセスを表すカテゴリーとサブカテゴリーとの関係を規定する主なプロパティとそれに付随するディメンションを見つけて、現象のプロセスを様式（パターン）として捉えようとした（Strauss & Corbin, 2004/1998；戈木クレイグヒル, 2006）。

なお、本研究の場合には、限られた施設で偶発的に

表1 対象事例一覧

事例番号	年齢(歳)	性別	診断名	同席者または人数			中心になって話した医師の経験年数(年)	面談時間(分)	様式 <sup>注1</sup>
				医師	家族	看護師			
1	6	女	急性リンパ性白血病	3	母親	1	8	20	A
2	8	女	急性リンパ性白血病	2	両親	1	28	20	D
3	8	男	急性骨髄性白血病	3	両親	1	8	45	A
4	10	男	急性リンパ性白血病	2	母親	1	28	45	D
5	10	男	骨肉腫	5	両親	1	8	45	B
6	11	女	脳腫瘍	5	両親	1	8	20	C
7	11	男	急性リンパ性白血病	2 医学生1	両親	1	9	25	A
8	12	男	慢性骨髄性白血病	3	両親	1	30	20	A
9	13	男	脳腫瘍	2	母親	1	7	55	B
10	14	男	急性リンパ性白血病	2	両親	1	24	60	A
11	14	男	急性骨髄性白血病	1	母親	1	15	10	A
12	15	女	骨肉腫	1	両親	1	31	15	A
13	16	女	急性骨髄性白血病	3	両親	1	25	35	C
14	17	女	骨肉腫	2	両親	1	7	20	B
15	17	男	骨肉腫	1	両親祖父	1	32	45	A

注1) 様式の欄には、A: スムーズな情報共有, B: 軌道修正, C: 予想外の拒否, D: 悪循環 を示した。

収集されたデータだけを分析の対象にせざるをえないという制限があり、理論的サンプリングをおこなうことはできなかった。

### III 結果と考察

対象となった15事例では、子どもの年齢や性別によ

って医師の言葉遣いやアプローチの方法が異なっていたし、子どもの気持ちの表わし方も異なっていた。しかし、子どもの年齢、性別、診断名、面談時間の長さや様式との関係を検討したところ、年齢の高い子どもの面談の多くに後述するAまたはB様式であるという傾向がみられるものの、中には16歳でC様式を示した事例もあり、定式化できる特徴は見出せなかった。

多くの面談には、複数の医師が同席していたが、常に1人の医師が中心になって話していた。中には補足説明の役割を受け持った医師もいたが、通常は、中心

表2 《情報の共有》現象にみられた4つのプロセス

様式		A：スムーズな情報共有 (N=8)	B：軌道修正 (N=3)	C：予想外の拒否 (N=2)	D：悪循環 (N=2)
医師の 対応	押しつけ度	弱い	弱い	強い	強い
	脅し度	弱い	弱い	中	強い
	不安の緩和度	中～高い	高い	低い	低い
	意志の尊重度	中～高い	高い	低い	低い
	共感度	中～高い	高い	低い	低い
	好奇心の促し度	中～高い	高い	低い	低い
両親の不安の表出度		低い	低い	中～高い	中～高い

(N=15)

にならない医師と看護師は黙って聞いているか、記録を書く役割を受け持っていた。さらに、ほとんどの事例では両親の発言も少なく、あっても医師の説明の復唱や励ましにすぎなかった。ただし、少数ながら、両親の発言が多く、子どもの不安をあおる結果となってしまった事例もあった。<sup>2)</sup>

現象の中心概念（カテゴリー）として《情報の共有》がみいだされた。これは、病名、一般的な病態、治療・検査（治療内容と予想される副作用、検査方法、入院と治療の期間）、子どもの病状（その子どもの検査結果、病巣の大きさと場所、これまでの経過と今後予想される症状）などにかかわる医師の説明と子どもの反応とのやりとりで、医師の“押しつけ度”“脅し度”“不安の緩和度”“意志の尊重度”“共感度”“好奇心の促し度”にくわえて、“両親の不安の表出度”によって事例ごとに異なる様相を呈していた。

それでは、まず、《情報の共有》現象とそれに関わる〈情報共有の導入〉〈軌道修正の努力〉〈がんばりの促し〉〈聞きたい気持ちの表出〉〈拒否の表出〉〈理解とがんばりの表出〉という6つのサブカテゴリーとの関係について説明したい（図1）。

なお、本稿ではカテゴリーに《 》、サブカテゴリーに〈 〉、プロパティに“ ”をつけ、面談データの一部を挿入する際には「 」もしくは四角で囲み、データ番号（話した人と話した順序の連番）をつけ、挿入の最後に事例名を記した。また、補足が必要な場合には（ ）で補い、分析に関する説明をわかりやすくするために下線やデータ番号をつけた。

医師が〈情報共有の導入〉をしたとき、子どもの不安の表出度が低く〈聞きたい気持ちの表出〉がなされると、スムーズに《情報の共有》や〈がんばりの促し〉に進むことができたが（図中のA）、面談前から子どもに不安があったと医師から伝えられた事例では、〈情報共有の導入〉時に子どもの不安の表出度が高く、ここで医師が不安を緩和できなければ、子どもから泣いたり黙ったり拒否したりという多様な〈拒否の表出〉がなされた。

それに対して、医師は子どもの拒否を排除すべく〈軌道修正の努力〉をおこなった。医師の“押しつけ度”と“脅し度”が弱く、“不安の緩和度”“意志の尊重度”“共感度”“好奇心の促し度”が高ければ、子どもは〈聞きたい気持ちの表出〉をし、医師は《情報の共有》と〈がんばりの促し〉に進むことができた（図中のB）。

しかし、軌道修正がうまくできなければ、再度子どもが〈拒否の表出〉をするという結果につながり、〈軌道修正の努力〉と〈拒否の表出〉とを行き来する悪循環に陥ってしまった（図中のD）。

一方、〈情報共有の導入〉時点で子どもから不安が表出されず、一旦は《情報の共有》や〈がんばりの促し〉に進んだ場合にも、医師の“押しつけ度”が強くと、“不安の緩和度”“意志の尊重度”“共感度”“好奇心の促し度”が低く、“両親の不安の表出度”が高いなどの状況は、子どもの〈拒否の表出〉につながってしまった（図中のC）。

このように、医師の“押しつけ度”“脅し度”“不安

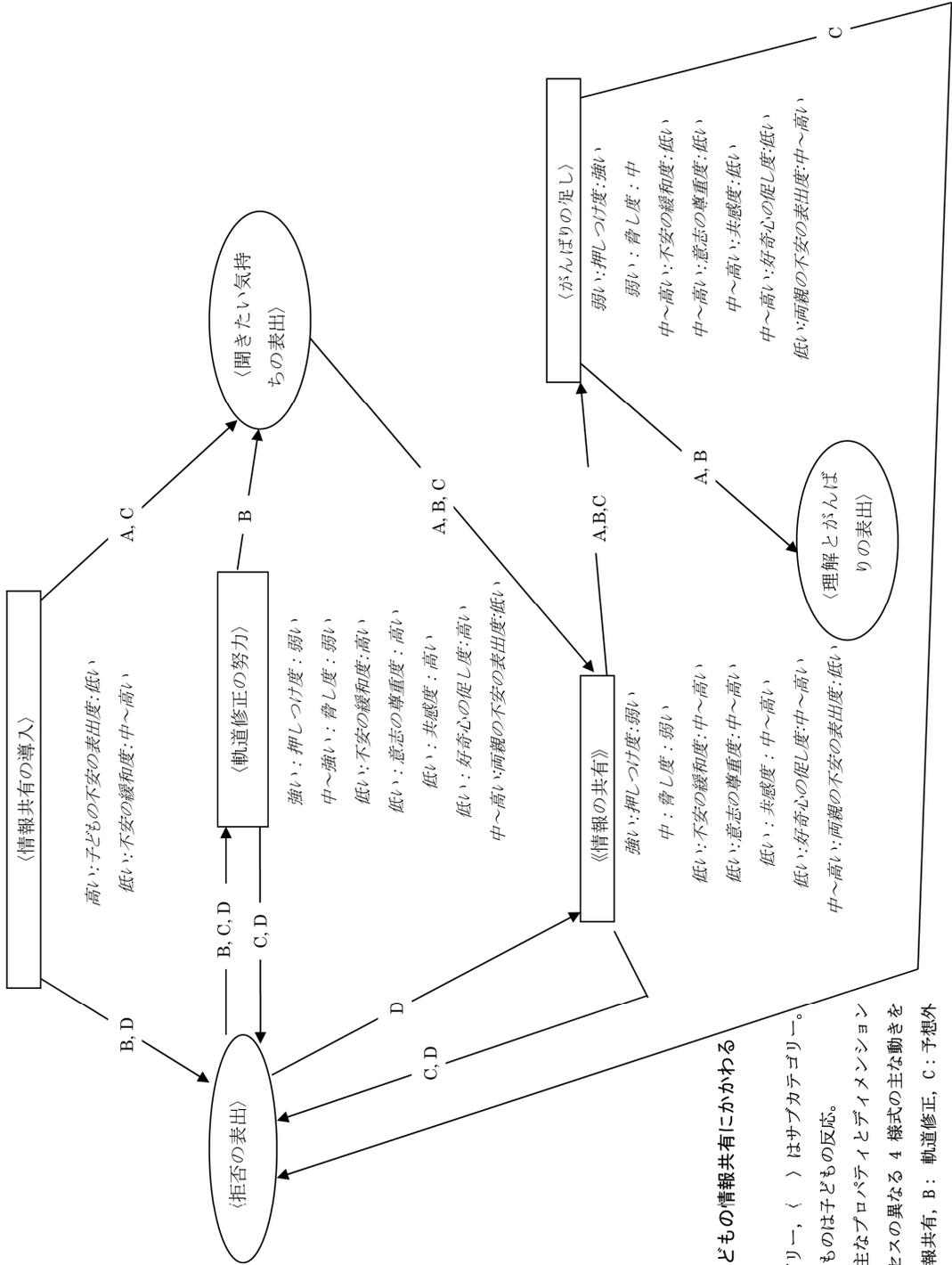


図1 医師と子どもの情報共有にかかわる概念の関連  
 《 》はカテゴリ、( )はサブカテゴリ。  
 ○で囲まれたものは子どもの反応。  
 各カテゴリの主なプロパティとディメンションは斜字で、プロセスの異なる4様式の主な動きをA:スムーズな情報共有, B:軌道修正, C:予想外の拒否, D:悪循環として示した。

の緩和度”“意志の尊重度”“共感度”“好奇心の促し度”“両親の不安の表出度”という7つのプロパティに属するディメンションの組み合わせの違いによって、《情報の共有》という現象のプロセスには4つの異なる様式が見いだされた(表2)。

各様式に属する人数は深い意味を持たないが、[スムーズな情報共有]が8事例、[軌道修正]が3事例、[予想外の拒否]と[悪循環]は2事例ずつであった。以下、医師と子どもとのやりとりのデータを織り交ぜながら、これら4つの様式について説明する。

### 1 スムーズな情報共有(図中A)

それでは、〈情報共有の導入〉から、子どもの〈聞きたい気持ちの表出〉→《情報の共有》→〈がんばりの促し〉→〈理解とがんばりの表出〉とスムーズにすすんだ面談の検討から始めたい。例えば、事例1の6歳の白血病の子どもに対する初めての説明の場で、医師は次のような〈情報共有の導入〉をおこなっている。

医師 1: なんでこのお部屋に呼んだかって言うと、あの～、入院してさ、いろいろ検査したりしてるじゃんね。

子ども 2: うん。

医師 3: それで、どうしてやってるかとか、あと病気がどういう病気かとか、これからどうするかっていうのをお話して、相談しようかなって思って来てもらったんだけど。うん。このさ、ほっぺたが腫れちゃったのはわかるよね？ うん。で、10月ぐらいから何か知らないけどここ腫れちゃって、で、全然この腫れちゃったのがひいてこないじゃんね。で、いろいろ検査とかしたらね、どうして腫れちゃったかがね、わかったの。聞きたい？ 今日、話しようか、ね。

子ども 4: うん。

(事例1)

明るい声でゆっくりと間をとりながら話しかける医師に対して、子どもも明るい声で応えており、不安や緊張を表出してはいない。頬が腫れたという自分の体験に関する話なら、子どもにもイメージしやすく興味をもつ可能性が高い。この医師はそれを説明の冒頭に

持ってくることで、子どもの関心をひこうとしている。医師の話し方に緊張や押しつけがないためか、子どもには医師から改まった話を聞くという緊張感や不安がなく、自然に説明を聞く気持ちになったようにみえる。医師は「お話して、相談しようかなって思って(3)」と、「説明」だけでなく「相談」もすることを伝えて子どもの意志を尊重しつつ、異議を唱える余地を残しながら、「聞きたい？ 今日、話しようか、ね(3)」と明るく語りかけて、子どもが聞きたくなるように仕向けている。

続いて、医師は情報の提供に入ったが、項目ごとに「ここまでわかった？」「ちょっと難しいかな？」「どうかな？」と子どもの理解を確認し、質問を促しつつ説明を続けた。そして、苦痛を伴いそうな治療や処置について説明した後には、必ず「全部相談しながらやるね」「なるべく痛くないように工夫しながらやるね」と子どもの不安を緩和し、意志を尊重するような言葉や、「びっくりしちゃったと思うけど、一緒にがんばろう」と共感を示す言葉を挿入している。このような細やかな配慮のためか、面談の最後に「がんばって病気一緒に治そうかと思うんだけどどうかな？」と問われた子どもは、「できる」と明るい大きな声で答えた。

[スムーズな情報共有]ができた事例の中には、この医師と同じように、はじめに手短かにこれまでの経過と面談の理由を伝えてから説明に入ったものがあったが(8事例中5事例)、それがなくてもスムーズに情報を共有できた事例もあった。例えば、ある面談での11歳の白血病の子どもに対する説明は以下のように始められている。

医師 1: どう、お父さんからちょっと話聞いた？

子ども 2: うん。

医師 3: ねえ。う～ん。どう、ちょっとびっくりした？

子ども 4: うん。

医師 5: ああ、そうか。君は今までどういう風に思ってた？

子ども 6: え～、すぐ治ると思ってた。

医師 7: あ、すぐなお、治ると思つた。すぐ治って退院できると思つたか？ う～ん、まあ、そうだよな。急に、こんななあ、今まで経験したことないもんね。う～ん、びっくりしち

やうね。

(事例7)

医師は「どう、お父さんからちょっと話聞いた？ (1)」という問いかけだけで話を始めているが、「今までどういう風に思ってた？ (5)」と子どもの考えを確認し、「びっくりしちゃうね (7)」と子どもの驚きに共感を示しながら、情報の共有を始めた。そして、その後も子どもの返答を引き出しながら、本稿の冒頭に示した(医師53—医師61)やりとりに進んだ。

ほとんどは短い言葉での回答ながら、子どもは医師の話に適切に反応し、自分なりに理解したようである。最後に「少し勉強しなくちゃな、自分の病気だから。」といわれると、素直に「うん」と答えた。

## 2 軌道修正 (図中B)

一方、面談の導入時に子どもが〈拒否の表出〉をしても、医師の働きかけ次第では〈聞きたい気持ちの表出〉→《情報の共有》→〈がんばりの促し〉→〈理解とがんばりの表出〉という流れに軌道修正ができていた。

例えば、事例5では、10歳で骨肉腫と診断された子どもが、面談のはじめから「知りたくない」と医師の説明を拒否した。医師からの情報によると、両親が先に呼ばれて話を聞いた後、医師5人、看護師、両親がいる面談の場に自分が呼ばれたことや、面談の前に両親が手術の可能性をもらしたことがマイナスに働いてしまったようである。

足のコンピュータ断層撮影画像を見せて関心を持たせようとしても、子どもが「見てもわかんない」「いい、いい！ 見えん！」と拒否してなかなかのってこないで、医師は見たくない理由を話題にして、子どもの興味を引こうという軌道修正を試みた。

医師36：知りたくない？

子ども37：うん

医師38：何で？ 怖い？ たまに写真怖いっていう子がいるんだけど。輪切りになってて怖いっていう子いる。

子ども39：確かに、見ると不気味。

医師40：見ると不気味？ そうだね。見たことな

いよね。普通の写真はね、顔とかそういう写真だからね。輪切りにしたのって恐ろしいよね。

子ども41：確かに。

医師42：こう、こん中(足の中)どうなってるの  
かなって自分じゃ思わないの？

子ども43：思う。(笑う)

医師44：ん？

同席の医師45：思うよね。

子ども46：思うには思う。

(事例5)

医師は、説明を押しつけたり脅したりすることなく、「見ると不気味？ そうだね (40)」と共感を示し、「こん中どうなってるのかなって自分じゃ思わないの？ (42)」と好奇心を促すことで、子どもの態度を軟化させている。そして、「思うには思う (46)」と子どもが聞きたい気持ちを表出した機会をとらえて、病状の説明に進んだ。

その後、「けど、(画像を)見たくない」と子どもに再度拒否されたが、「入院して(足の状態は)どういうふうになったと思ってる？」と尋ね、子どもが「良くなっているような気がする」と答えたことを受けて、これまでに子どもが他の病院で受けた説明や経験を探りながら、次のように説明を進めた。

医師70：知りたい？ ちょっとは。

子ども71：知りたくない。

医師72：知りたくない。じゃ、すごい簡単にお話していい？

子ども73：うん。

医師74：塊できてるのはわかるじゃんね。

子ども75：うん。

—以下説明が始まる—

(事例5)

「知りたくない (71)」と拒否する言葉とは裏腹に、子どもの態度の軟化を察知した医師は、「知りたくない (72)」と受けとめた上で、「じゃ、すごい簡単にお話していい？ (72)」と投げかけて、子どもの了解をとっている。

このあとしばらくは、素直に話を聞いていたPくんだったが、医師の説明が手術の話に及ぶや、再度「ぜ

ったい、やじゃ～」と拒否を示し始めた。しかし、入院後数日間のやりとりから子どもの性格を把握していた医師に「Pくんは最初はやじゃ～って言うもんね、何でもね（笑う。）」と軽く受け流されると、「怖いから」と不安な気持ちを明かした。これに対して、医師は共感を示しながら「今ね（手術をやるかどうか）相談中だよってということだけPくんに知らせておこうかなあって思ったの。うん、決まってから言うの嫌でしょ？」と相談せずにやることはない伝えて、子どもを安心させながら、さらに話を進めた。子どもは相づちを打ちながら話を聞き、最後に「いいかな。今日言ったことわかった？」と尋ねられると、はっきりとした声で「うん」と答えた。

この事例では、手術が不安でいやだと言いつける子どもに対して、医師があきらめることなく会話の糸口を見いだす努力と軌道修正を繰り返すことによって、子どもの気持ちを話を聞こうという方向に変化させている（なお、図1ではわかりやすさを優先し、再度、再々度の子どもの拒否とそれに対する医師の軌道修正の矢印は記していない）。

### 3 予想外の拒否（図中C）

反対に、[スムーズな情報共有]様式と同じように、一旦は《情報の共有》か《がんばりの促し》までスムーズに進んでも、医師の“押しつけ度”が強く、“不安の緩和度”“意志の尊重度”“共感度”“好奇心の促し度”が低く、“両親の不安の表出度”が高いような状態になれば、子どもは〈拒否の表出〉をした。これが医師の〈軌道修正の努力〉によって〈聞きたい気持ちの表出〉に戻せればよいが、〈軌道修正の努力〉で医師の“押しつけ度”や“脅し度”が強く、“不安の緩和度”“意志の尊重度”“共感度”“好奇心の促し度”が低いと、再度〈拒否の表出〉になってしまった。

前にも述べたように、多くの面談では、両親は医師の説明の復唱か励ましをおこなったにすぎず、発言量も少なかったが、中には、次に紹介する脳腫瘍と診断された11歳の子どもの面談（事例6）のように、両親の発言が災いして子どもの不安を大きくしてしまったものもあった。この事例では、《情報の共有》に入り、コンピュータ断層撮影結果の説明が始まるや、

それまで医師の話にはっきりと相づちを打っていた子どもの反応が少なくなり、代わりにそれを励まそうとする両親の発言が増えた。しかし、その働きかけは功を奏さず、抗がん剤治療の副作用として脱毛がおこるという話になると、つぎに示すように、子どもの声が急に小さくなり、ついには泣き出すという〈拒否の表出〉に至ってしまった。

**医師 104**：あの～、だからねえ、うん、治療をしている間はね、お薬を使った治療をしている間は、そうだな、髪の毛はなかなか、そう、生えてこないね。でもね、さっきお父さんが言ったように、あの～、治療が終わればね…治療が終わったら必ず生えてくる。だからねえ、その間はちょっと、う～ん、うんまあ、そうだなあ、嫌だと思うけどね、ちょっとね、そこらへん、その間はがんばって。

—間 7秒—

**父親 105**：大丈夫よ。本を読んだらね、3ヶ月かね、半年か3ヶ月くらいで生え揃っちゃうんだって、頭の毛って。半年や3ヶ月じゃ倍か。ハハハハ。でも、大丈夫だよ。うん。

**母親 106**：治りゃいいわね？ 学校行ければいいわね？

**父親 107**：（重なって）そうだよ。学校行ければ…。とにかく、あれ（腫瘍）を取っちゃわんと駄目なんだから。お薬で取っちゃわんとね…。分かるでしょ？ うん。そのためには、いいじゃん、髪の毛。ね～、ちつとはあれ（脱毛）してもね、すぐ生えてくるんだから。

**子ども 108**：（小さく）うん。（すすり泣き）

—間 7秒—

**医師 109**：少し、あの～、ちょっとねえ、その、治療しないと…そうだな～、ちょっと嫌だと思うけど…ちょっとがんばって。

**子ども 110**：（すすり泣き）

**父親 111**：みんな、ちっちゃい子ががんばってるんだからね…。分かった？

**子ども 112**：（すすり泣き）

**医師 113**：それとね～、あとね、Zちゃんいい？（ここから、これまでより早口になる）ねえ、あのねえ、もうひとつ、あの、Zちゃん、白血球って知ってる？ 白血球って知らない？ そっか。あのねえ、ん～、治療をするのとね～、お熱が出やすくなっちゃう…のね。うん。でねえ、（この後、発熱に対する処置の

説明がおこなわれる。中略)いろいろ、やっぱり Z ちゃんが、ちょっと嫌だなんていうようなこともね、あの～、起こってきちゃうんだね。(ここから、通常の速さの口調に戻る)でもねえ、うん、そう、そこを～ちょっとがんばって乗り切らないと、ね。

**母親 114:** がんばろうね。ね、絶対がんばろうね。(小さめだが押しつけるような声)

**医師 115:** う～ん、頭の中のね、できものが治んないってことになっちゃうから。うん。

**父親 116:** 悪いやつをやっつけるんだもんね。ちょっと我慢しなきゃね。小さい子もきつとみんなそうしてきたんだから。あんたもがんばらにや。ね。うん。

(事例 6)

子どもが泣き出したあと、医師は「治療しないと(109)」「がんばって(109)」と押しつけるだけで、不安の緩和、子どもの意志の確認、共感、好奇心をうながすなどの配慮をおこなっていない。これに、押しつけの強い両親のかけあいが加わり、子どもの不安を増大させてしまったように見える。

父親の「ちっちゃい子ががんばってるんだから(111)」は他の事例でもみられる励ましだったが、子どもの闘病意欲の引き出しにつながったものは1例もなかった。また、医師が慌てたように早口になり、自分の伝えたいことだけを早急に伝えようとしたことも影響したようで、子どものすすり泣きは続いた。

このように状況は悪い方に転じたが、ここで母親が動揺して泣いたことが、子どもの拒否をさらに決定づけてしまった。

**母親 131:** (涙声) がんばろうね。その気持ちを忘れちゃいかんよ、ね、治すんだから、ね。

**医師 132:** まあ、あんまり急に、どうこうってことはないと思うんですけどね。

**子ども 133:** (すすり泣きが強くなる)

**父親 134:** (重なって) あ、そうですか。あ、そうですか。

**子ども 135:** (大きなすすり泣き)  
—間 13 秒—

**母親 136:** (涙声) 先生方も Z ちゃんのためにね、必死になってやってくれるんだよ。Z ちゃんが、あの、強く、がんばらないとね。効くも  
んも効かなくなっちゃうじゃんね。Z ちゃんが

治すって気持ちがあれば…ね…頭の中の…なくなってく…ね。Z ちゃんがしっかりしないと  
病気に負けちゃうかもしれないね。

(事例 6)

母親の動揺に気づいた医師は、「まあ、あんまり急に、どうこうってことはないと思うんですけどね(132)」とたしなめようとしているが、父親の反応(134)を引き出しただけで、状況の改善にはつながっていない。

母親の動揺は子どもの不安をかき立てるに十分で、すすり泣きを助長させた。また、さらに続く「がんばらないとね。効くもんも効かなくなっちゃうじゃんね。(136)」「しっかりしないと病気に負けちゃうかもしれないね(136)」は泣き声を大きくさせてしまった。

#### 4 悪循環(図中D)

さいごに示す様式は、医師の〈情報共有の導入〉に対して、子どもが〈拒否の表出〉をし、医師が〈軌道修正の努力〉をおこなっても功を奏さず、〈拒否の表出〉→〈軌道修正の努力〉→〈拒否の表出〉という悪循環に陥ってしまったものである。この悪循環をなんとか繰り返し、万策がつきると、どの医師も強引で一方的な《情報の共有》に突き進み、更なる〈拒否の表出〉を経験した。

例えば、事例 2 では、子どもには面談前から不安があったようで、面談のはじめから、声が小さく発言が少なかった。

**医師 2:** X ちゃんは今何歳?

**子ども 3:** ……8 歳 (小さな声)

**医師 4:** そうすると、8 歳になると大分お利口になったから、病気の話も分かるよね。だから教えるよ、みんな。病気の事ね。病気のこと知りたいでしょう (強い口調)?

**子ども 5:** ……

**医師 6:** 知りたくない? 何で?

**子ども 7:** …… (すすり泣き)

**医師 8:** あのね、お母さんやお父さんに聞いたの、X ちゃんに教えた方がいいかどうか、ね、で、お父さんもお母さんも教えてあげて言うから…それでお父さんやお母さんは、X ちゃん

に病気のことを、先生ほどは説明できないから。先生からちよつと言うけど、簡単に言うから我慢しましょ。ね、いいですね（強い口調）。うん、うん。これから学校も休まなきゃなんないんだよ。ね、学校行きたいでしょ？お友達とも遊べなくなっちゃうよ。そんなことって嫌でしょ。ね、ね。だけど、嫌だけどやんなきゃなんないのよ、ね。だからそのわけを言うから。

**（事例 2）**

すすり泣きを始めた子どもに対して、医師は「お父さんもお母さんも教えてあげて言うから（8）」と安心させようとしたり、「簡単に言うから我慢しましょ。ね、いいですね（8）」と押しついたり、「これから学校も休まなきゃなんないんだよ（8）」「お友達とも遊べなくなっちゃうよ（8）」「嫌だけどやんなきゃなんないのよ（8）」と脅しさえ交ぜて軌道を修正しようと努力しているが、反対に状況を悪化させてしまった。

この後も医師はなんとか軌道修正を図ろうとしたが、再び、押しつけや脅しが強く、子どもの泣き方が強くなったために、中断せざるをえない状態に陥ってしまった。

**IV 総合考察**

入院直後の子どもに対する医師の医療面談を検討した結果、子どもとの情報の共有がうまくいくか否かを左右する主な要因（プロパティ）として、医師の“押しつけ度”“脅し度”“不安の緩和度”“意志の尊重度”“共感度”“好奇心の促し度”にくわえて、“両親の不安の表出度”があることがわかった（表 2）。各事例において、これらの要因の状況（ディメンション）がどうであるのかという組み合わせによって《情報の共有》という現象には、スムーズな情報共有、軌道修正、予想外の拒否、悪循環という、少なくとも 4 種類のプロセスがあることがわかった。〔スムーズな情報共有〕様式のように子どもがすんなりと情報を理解し、がんばりを表出してくればよいが、実際にはそうは

いかないこともあり、〔軌道修正〕様式と〔悪循環〕様式では面談開始直後に、〔予想外の拒否〕様式では子どもと情報を共有する時か、がんばりを促す局面で、医師は子どもの拒否を体験したわけである。

ここでは、今回の検討結果から、子どもとの情報共有を成功させるために重要だと思われた事柄を、子どもの不安の軽減、両親との協力、医師の説明能力を向上させるもの、トータルケアのはじまりという観点から検討し、さいごに本研究の限界と今後の課題を述べたい。

**1 子どもの不安の軽減**

今回の結果から、子どもの不安は拒否につながり、情報共有の流れを阻害する可能性が高いので、緩和する必要のあることがわかった。子どもの不安には、子どもが面談前からもっていた不安と、面談の中で生じた不安とがあった。面談前から不安が強かった場合には、面談開始直後に拒否が表出されたが、面談の中で不安が生じた場合には、病気や治療に関する情報の共有が始まった後や、その後がんばりの促しにすすんでから拒否が示された。

どちらの不安に対しても、まず面談環境を検討することが重要だと思われた。表 1 に示したように、面談の場には大勢の医療者と両親が緊張した面持ちで同席する。緊張や不安を和らげるためには子どもに前もって面談の場の状況を説明するなどの配慮が必要ではないだろうか。

また、医師には面談の前に、両親、他の医師、看護師から子どもに関わる情報を収集し、子どもに不安がありそうなら、その理由を探り、解消すべく働きかけることが望まれる。不安の排除まではできないにしても、医師が子どもの不安を知って話すことで、事例 5 のように〔軌道修正〕につながる可能性が高くなるように思われるからである。

くわえて、どんな性格の子どもなのか、日常の習慣や趣味などの個別な情報を集めておけば、子どもとの会話がスムーズになる可能性が高まる。例えば、前出の事例 5 では、子どもの拒否に対して「Pくんは最初はやじゃ～って言うもんね、何でもね（笑う）」と医師が冗談混じりに言うことで、場の雰囲気や和ませた

が、子どもの個別の情報を会話に盛り込んだ事例では、子どもや両親の緊張が緩み、やりとりが良い方向に向かったものがほとんどだった。

さいごに、面談の中で子どもを不安にしないように配慮することにくわえて、万が一、子どもからの拒否にあったら軌道修正を図る努力が必要である。〔予想外の拒否〕様式と〔悪循環〕様式で紹介した事例にもみられるように、拒否が表出されたままの状態では情報を共有しようとしても良い結果にはつながらないからである。軌道修正のための方策については、今後、詳細に検討する必要があるが、少なくとも今回の〔軌道修正〕様式の検討から、子どもが拒否を示したら、説明を押しつけず、脅さず、子どもの不安を軽減し、意志を尊重し、共感を示し、好奇心を促すという働きかけが効果的だということが示唆された。

## 2 両親との協力

ここでとりあげた子どもに対する面談に先だって、医師は両親と面談をおこない、両親の疑問や不安を減らした上で、子どもに何をどこまで話すのかという打ち合わせをおこなっていた。その中で、両者が分担する役割まで話し合った事例はなかったものの、子どもを含めた面談で、両親の多くは医師の説明を黙って聞いているか、説明を補足することで子どもの理解を促し、不安をやわらげて励まそうとしていた。また、必要があれば、子どもの気持ちを医師に伝えるという役割を受け持っていた。つまり、多くの面談では、医師とそれをサポートする両親が協力しあいながら子どもに説明するという構図が暗黙のうちにできあがっていたわけである。

しかし、中には例外があった。例えば、両親が医師の話十分に理解できないままに子どもを含めた面談の場に臨んだ事例では、両親が質問を始めてしまったために、医師がそれに対応しなければならなくなり、子どもを不安にさせてしまったり、子どもへの説明が後回しになってしまう結果となった。また、〔予想外の拒否〕様式の項で紹介した事例6のように、両親が医師の説明に割り込んだり、両親からの励ましが多すぎた事例では、子どもをかえって混乱させてしまった。さらに、両親の動揺が子どもの不安を増強させ、説明

を聞くどころではなくなってしまった事例もあった。医療面談の場で両親の会話量が多くなると、子どもの話す量が減るといわれているが (Wassmer et al., 2004)、両親が動揺して話す量が増えた場合には、子どもの不安が増加するために、発語量がさらに減ってしまうようにみえた。

以上から、先におこなわれる両親との面談の中で、子どもの前で両親が不安を表出することは得策でないことと、過剰な励ましは裏目に出る可能性が高いことを念のために伝えて、協力を要請した方がよさそうである。また、両親の様子によっては、子どもへの面談は医師が中心になっておこなうという確認をした方がよい場合もあるように思われる。

## 3 医師の説明能力を向上させるもの

先に述べたように、今回、分析の対象としたデータは、子どもに病名をふくめた情報を提供している医師が、子どもに初めての面談をおこなう場で収集したものである。インフォームド・コンセントの前提となる病名告知を、発病直後からいつもおこなっている医師が、小児がん専門医全体の9.5%にすぎないことから考えると (戈木クレイグヒルら, 2005a)、本研究の対象となった医師は子どもへのインフォームド・コンセントに熱心な人たちだといえる。しかし、そうであってもさえも、実際の子どものやりとりの技術には、かなりのばらつきが見られた。

従来の医学教育では、系統だった教育がおこなわれていなかったために、面談に関する技術は、医師としての経験を通して培われる部分が大きかったと推測される。しかし、子どもが拒否を示した時に、卒後7年目で軌道修正を図れた医師がいるのに、それができず悪循環に陥ってしまった中に、卒後25年や28年目の医師がいたことから、面談に関するスキルは、単に経験年数を重ねれば身に付くものではないように思われる。もちろん、医師の対応が十全であっても子ども側とのやりとりが悪循環に陥ってしまうこともあるのかもしれないが、それにしても状況をよい方向に進めやすくする方策を身につけておくことは重要だろう。

じつは、医師の面談技術を高めるための教育は、2000年代前半からすでに始まっている。例えば、北

米の3大学の医学部3年生を対象にしておこなった医療面談教育が効果的だったという報告や (Yedidia, Gillespie, Kachur, Schwartz, Ockene, Chepaitis, Snyder, Lazare, & Lipkin, 2003), 3日間の卒後教育によって医師の会話スタイルや対応が変わったという報告 (Jenkinns & Fallowfield, 2002), 19時間の教育が医師のコミュニケーション技術を上達させたという報告 (Razavi, Merckaert, Marchal, Libert, Conradt, Boniver, Etienne, Fontaine, Janne, Klastersky, Reynaert, Scalliet, Slachmuylder, & Delvaux, 2003) など枚挙にいとまがない。日本でも臨床実習前の医学生に対して, 胸部診察, 心音・呼吸音聴診, バイタルサイン等の医療技術と一緒に面談技術を確認するための客観的臨床能力試験を施行する大学が増えている (松岡, 2003)。

このような医学教育や卒後教育の変化は, 今後の医療面談の改善につながりそうではあるものの, その効果が医療現場に定着するにはまだ時間がかかるだろう。さらに, 小児がん医療の場合には, 対象が理解力や表現力が大人とは異なる子どもである上に, リスクの高い治療選択や, 治癒の可能性が低くなった段階での話し合いのような面談の機会も多いので, より高い技術を求められる。実際, 日本の小児がん専門医のほとんどが (93%), 子どもとの面談技術に関する系統だった教育が必要だと回答していることから (Parsons et al., 2007), 医学教育の中で面談技術の基礎を学んだ上で, 実践の場でより高いレベルの技術を身につけることができるようなプログラムの開発が必要だと思われる。

今回の事例の中で, [B. 軌道修正], [C. 予想外の拒否], [D. 悪循環] 様式に属した7事例には, いずれもやりとりの流れを軌道修正すべき機会があり, どの医師もそれを試みていた。しかし, それを適切におこなえたのは B 様式の3事例だけだったわけである。これらの3事例では, 7, 8年目の医師が中心となって子どもに説明する場に, いずれもチームリーダーの医師が同席して不足部分を補ったり, 面談の後で一緒に振り返って指導していた。このことから, この技術を身につけるために, 各回の面談を通して研鑽を積むことの大切さがわかる。

#### 4 トータルケアのはじまり

以上のように, 医師の面談技術の教育は重要である。しかし, 果たしてそれだけで十分な環境が整うのだろうか。ある小児がん専門医が「こんなにも医師が少ない中で, 徹底した指導をせよと言われても無理です」と嘆くのを聞いたことがあるが, 子どもへの対応のすべてを, 治療で多忙な医師任せにするだけでは, 改善にはつながらないだろう。

医療チームは複数の職種で構成されており, お互いの強みを生かした協働がおこなわれてこそ, 子どもにとってよりよい闘病環境が整うように思われる。例えば, 今回の面談のすべてには看護師が同席していたが, ほとんどの事例では発言がなかった。もちろん, 面談の場に同席して子どもと顔を合わせることも自体にも意味があるだろうが, 同席する以上は, もっと積極的な役割を担うことが期待される。例をあげれば, 先に述べた, 子どもや家族に不安があるかどうかという面談前の情報収集や, それに対する対応は, もしかすると子どもや家族と接する時間が医師よりも長い看護師の方がうまく担える可能性の高い役割かもしれない。

くわえて, 入院後初めての面談は, 子どもの闘病を支えるためのトータルケアの始点でもある。院内学級の教師, 保育士, チャイルドライフ・スペシャリスト, 心理士, ソーシャルワーカーなど子どもの闘病に関わるメンバー全員を集めて, 各人が専門性を発揮できるように役割を確認し合い, 子どもや家族と一緒に闘病のスタートを切るというような配慮が必要ではないだろうか。

#### 5 研究の限界と課題

ここで, 本研究のデータ収集における問題にふれておきたい。まず, 入院直後でまだ関係ができていない子どもとその保護者にこのような研究への協力を要請することは, 手間がかかる上に, 子どもとの関係づくりにマイナスに働く危険性もあることから, 子どもの闘病環境の改善に関心の高い医師だけが研究対象になってしまった可能性は否めない。

つぎに, 協力してくれる医師が少数であったために,

収集に要する期間が長期に及んでしまった。通常であれば、データ収集時期の違いによる影響を考慮しなくてはならないが、小児がん領域における子どもへのインフォームド・コンセントの状況を見ると、1993年の全国調査で子どもに正しい病名を伝えていた医師が全体(371名)の10%未満にすぎない状況は(金子・松下, 1995), 2003年の全国363名の小児がん専門医を対象とした調査でも変化していない(戈木クレイグヒルら, 2005a)。そのため、今回の検討内容がデータ収集時期の違いに大きく影響されることはないだろうと考え、一緒にして分析した。しかしながら、時期の違いによる治療の変化などが医師と子どもの相互作用にどう影響するのかについては、今後の検討が必要である。

3 つめに、医療面談の予定は直前にならないとわからないことが多いために、調査者が同席できず、医師に収集してもらったデータがほとんどであった。そのために、子ども側に研究への協力を断りにくい状況が生じてしまったとすれば、それが面談でのやりとりに影響を与えてしまった可能性もある。

さらに4 つめには、ビデオではなく録音されたデータだけを分析の対象にしたために、面談の場に参加できなかった事例では非言語的データを収集できなかった。それを少しでも補うために、相互作用に影響するといわれている声のトーン、笑い、泣き、間などを加味して分析したものの、ジェスチャー、凝視、姿勢、表情、動作、距離、タッチなどに関しては、その場には医師から伝えられた情報だけしか含めることができなかった。コミュニケーションの65%は言語以外の手段によって伝えられるのではないかという指摘から考えると(Birdwhistell, 1970), 収集したデータに限界があることは否定できない。

さいごに、今回の分析によって、医師と入院直後の子どもとの《情報の共有》プロセスの4つの様式が把握できたものの、理論が飽和に至ったとはいえない。先にも述べたように、本研究では限られた研究協力施設で偶発的に収集されたデータを分析対象にせざるをえなかったために、グラウンデッド・セオリー・アプローチでデータを収集する際に通常用いる、データの分析を基にして次に収集する事例や内容を精選し、概念を明らかにするためのプロパティやディメンション

を効率よく増やすという方法がとれなかったことが、飽和を困難にした。

飽和に向けて事例数を増やすことはもちろん必須事項であるものの、収集を始めてからかなりの時間が経過し、さらに子どもへの医療面談のデータをこれまで以上の速さで収集できる見通しが立たないことから、現段階でわかった事柄を報告した方がよいと考えた。このような状況下で、いつ報告するかという判断は難しいが、今回の場合には、現象に関わる主な概念と、概念同士の関係を把握できるプロパティとディメンションが揃い、さらにディメンションの違いによって現象に4種類のプロセスを見出すことができたことから、プリミティブな段階ではあるものの、この領域における基礎的な研究知見として報告する価値があると考えた。

今後、時間がかかってもデータを増やし、分析を進めていきたいと考えている。とくに、いったん子どもから拒否が表出されたときに、医師たちがどう軌道修正するのかという部分は、医療面談の改善につながる可能性が高いものなので、明らかにする意味は大きいと考える。

## 注

- 1) 年齢が低い子どもから説明をおこなった時にもらうサインは、法的な効力をもたない。これを法的効力をもつコンセントと区別するために、アセントとよんでいる。当然、子どものアセントがあっても、保護者のコンセント(説明を理解した上での賛同とサイン)が必要となる。
- 2) 参加者の発言割合をみると、医師82.8%、子ども4.1%、両親10.4%、看護師2.7%だった。15事例中12事例では複数の医師が話していたが、中心になった医師が話した割合の平均が76.8%であるのに対して、その他の医師は5.9%しか話していなかった。詳細は他稿(戈木クレイグヒル・畑中, 2007)に記した。

## 引用文献

- Birdwhistell, R. L. (1970). *Kinesics and context: Essays on body motion communication*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.

- Crossley, J., & Davis, H. (2005). Doctors' consultations with children and their parents: A model of competencies, outcomes and confounding influences. *Medical Education*, 39, 807-819.
- 堀浩樹・駒田美弘. (2000). 小児白血病・がん患児に対するトータルケア. *日本小児血液学会誌*, 4, 110-116.
- Jenkinns, V., & Fallowfield, L. (2002). Can communication skills training alter physicians' beliefs and behavior in clinics? *Journal of Clinical Oncology*, 20, 765-769.
- 金子安比古・松下竹次. (1995). 小児がん医療における病名告知, インフォームドコンセント, サポートケアの現状. *日本小児科学会雑誌*, 99, 534-539.
- Korsch, B. M., Gozzi, E. K., & Francis, V. (1968). Gaps in doctor-patient communication I: Doctor-patient interaction and patient satisfaction. *Pediatrics*, 42, 855-871.
- 松岡健 (編). (2003). 基本的臨床技能ヴィジュアルノート——OSCEなんてこわくない. 東京: 医学書院.
- Olechnowicz, J. Q., Eder, M., Simon, C., Zyzanski, S., & Kodish, E. (2002). Assent observed-children's involvement in Leukemia treatment and research discussions. *Pediatrics*, 109, 806-814.
- Parsons, S. K., Saiki-Craighill, S., Mayer, D. K., Sullivan, A. M., Jeruss, S., Terrin, N., Tighiouart, H., Nakagawa, K., Iwata, Y., Hara, J., Grier, H. E., & Block, S. (2007). Telling children and adolescents about their cancer diagnosis: Cross cultural comparisons between pediatric oncologists in the US and Japan. *Psycho-Oncology*, 16, 60-68.
- Razavi, D., Merckaert, I., Marchal, S., Libert, Y., Conradt, S., Boniver, J., Etienne, A. M., Fontaine, O., Janne, P., Klastersky, J., Reynaert, C., Scalliet, P., Slachmuylder, J. L., & Delvaux, N., (2003). How to optimize physicians' communication skills in cancer care: Results of a randomized study assessing the usefulness of post-training consolidation workshop. *Journal of Clinical Oncology*, 21, 3141-3149.
- 戈木クレイグヒル滋子・中川薫・岩田洋子・原純一・Mayer, D. K., Terrin, N. C., Tighiouart, H., Jeruss, S., & Parsons, S. K. (2005a). 小児がん専門医の子どもへの truth-telling に関する意識と実態——病名告知の状況. *小児がん*, 42, 29-35.
- 戈木クレイグヒル滋子 (編著). (2005b). 質的研究方法ゼミナール——グラウンデッドセオリーアプローチを学ぶ. 東京: 医学書院.
- 戈木クレイグヒル滋子. (2006). グラウンデッド・セオリー・アプローチ——理論を生みだすまで. 東京: 新曜社.
- 戈木クレイグヒル滋子・畑中めぐみ. (2007). 医師と小児がんで入院した子どもとの初めての面談の場におけるやりとり. *小児がん*, 44, 143-149.
- ストラウス, A., & コービン, J. (2004). 質的研究の基礎——グラウンデッド・セオリー開発の技法と手順 2版 (操華子・森岡崇, 訳). 東京: 医学書院.
- (Strauss, A., & Corbin, J. (1998). *Basics of qualitative research (2<sup>nd</sup> ed.)*. CA: SAGE.)
- Tates, K., & Meeuwesen, L. (2001). Doctor-parent-child communication. A (re)view of the literature. *Social Science and Medicine*, 52, 839-851.
- 月本一郎 (編). (2003). 小児白血病診療ハンドブック (pp.24-26). 東京: 中外医学社.
- Van Dulmen, A.M. (1998). Children's contributions to pediatric outpatient encounters. *Pediatrics*, 102, 563-568.
- Wassmer, E., Minnaar, G., Abdel Aal, N., Atkinson, M., Gupta, E., Yuen, S., & Rylance, G. (2004). How do pediatricians communicate with children and parents? *Acta Paediatr*, 93, 1501-1506.
- Yedidia, M. J., Gillespie, C. C., Kachur, E., Schwartz, M. D., Ockene, J., Chepaitis, A. E., Snyder, C. W., Lazare, A., & Lipkin, M. Jr. (2003). Effect of communications training on medical student performance. *JAMA*, 290, 1157-1164.

## 謝 辞

この研究を実現する上で一番の難しさは、データをどう収集するかにあった。研究の主旨をご理解頂き、データ収集にご協力くださった先生方に心から感謝申し上げます。また、データ分析会で活発な意見を出してくれたゼミのメンバーに感謝したい。

(2007.7.17 受稿, 2007.12.12 受理)