

## がんばりの促し：小児がんの子どもへの医療面談

松林 由恵\* 戈木クレイグヒル滋子\*

### Encouragement of Perseverance : Medical Consultations for Childhood Cancer

\*Yoshie Matsubayashi, RN, MSN \*Shigeko Saiki-Craighill, RN, DNS

\*Tokyo Metropolitan University

Fifteen medical consultations between pediatric oncologists and children six to seventeen years in age who were recently hospitalized with a cancer diagnosis were tape recorded at five hospitals where the policy is to give the patients information, including naming the disease. The transcriptions of these tape recordings were analyzed using a grounded theory approach. The interviews ranged from ten to sixty minutes in length, and the diagnoses included leukemia, osteosarcoma, and brain tumors.

In the results of the analysis, the children's understanding and expression of perseverance varied with how the physician encouraged perseverance. "Encouragement of perseverance" had six concepts, including "encouragement of perseverance", "respect of the child's opinion", "expression of sympathy", "relief of anxiety", "encouragement of understanding" and "expression of an understanding of the child's individuality". In addition, the physician's encouragement of perseverance consisted of three patterns: effective encouragement, one-sided encouragement, and coercive encouragement.

In the medical consultations in which the effective encouragement allowed the children to express a sense of perseverance, there was no excessive coercion to persevere or endure. In addition, the children were given the right to make choices about their treatment, their opinions were heard in detail, sympathy was effectively expressed, the children's understanding of the timing was carefully checked, and questions were encouraged.

On the other hand, for the children who were not able to express perseverance and had negative reactions such as crying, etc. the physicians approach to the encouragement of perseverance was more in the coercive tone of "you have to do it." Also, there was neither a transfer of the right to make choices nor a listening to the children's opinions. Furthermore, there was neither expression of sympathy nor understanding of the children's individuality

---

\* 首都大学東京 健康福祉学部

in these consultations.

In order to increase the effectiveness of medical consultations, we need to increase their usefulness to the children by being able to effectively encourage them to persevere. To draw out their will to persevere, it is important to avoid coercion, give them choices in treatment, tests, and their life while fighting the illness, and to put them in the central roll in dealing with the illness.

### キーワード

小児がん childhood cancer

医療面談 medical consultations

がんばりの促し encouragement of perseverance

## I. はじめに

これまでの医師—患者間のコミュニケーションに関する研究には、医師と成人患者の外来でのやりとりのデータをもちいて、医師—患者という2者関係のやり取りの内容を分析したり<sup>1)2)</sup>、医師の働きかけや行動とそれ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を検討したものが多<sup>3)~7)</sup>。従来の知見を統合し結果を評価する軸について検討する必要があるという指摘はあるもの<sup>8)</sup>、すでに体系的なモデルの構築も試みられ始めており<sup>9)</sup>、徐々に研究結果の構築がすすんでいるといえよう。

一方、医師と子どものコミュニケーションに関する研究は極端に少ない。小児科外来でデータ収集をおこなっている場合でも、研究対象者は子ども自身ではなく保護者であることの方が多く、子どもがその場にいることの影響に注意を払われることすら少ない<sup>10)11)</sup>。

しかし、従来考えられていた以上に子どもが情報提供の場で力を発揮できることがわかり<sup>12)</sup>、医師から子どもに直接説明すれば関係が円滑になり、子どものケアの満足度や協力度も高まると示唆する結果が出されるようになったことにくわえて<sup>13)</sup>、National Institute of Healthから1997年に臨床研究で子どもを対象にする時のインフォームド・アセントが要求された<sup>14)</sup>ことにより、少なくとも、米国の研究における

子どもの位置づけは大きく変化した。この影響は我が国にも波及し、子どもの権利や子どもへのインフォームド・コンセント（アセント）への関心は高まっている。

とはいうものの、わが国では医師から子どもへの情報提供の場面について検討した研究はまだみあたらない。そこで本研究では、子ども本人に病名を含めた情報を説明している病院に小児がんで入院したばかりの子どもと医師との医療面談の中で、どのような相互作用が生じているのかを検討したいと考えた。もちろん、医師と患者の関係は、日々の関わりや会話をとおして形作られていくもので、入院直後の1回の医療面談から検討できる事柄には限りがあろう。しかし、医師と子どもの関係のスタートとなる時点での面談データを検討することで、子どもへのよりよい説明の方法や医師-子ども関係を良好にするための方策を見出すきっかけがつかめるのではないかと考えた。なお、本論文では、小児がんで入院したばかりの子どもへの医師からの情報提供の場면을医療面談（medical consultation）とよぶ。

## II. 研究対象と方法

この研究のデータは、小児がん医療の場でおこなわれる面談を検討する目的で、1996年から2006年まで全国の17施設から収集したものである。データ収集と分析に関しては、東京都立保健科学大学 倫理委員会で承認を受けた。

当初は、調査者（戈木c）が面談の場に参加し、患者側（子どもとその家族）を含むその場への参加者に、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、許可が得られた場合にデータを収集していたが、面談の予定は医師と患者側との都合によって急に決まることが多いために収集は困難を極めた。とくに遠隔地の場合には、その時間に面談に参加すること自体が難しかった。そこで、調査者が参加できない場合には、医師に説明文を渡してもらい、断りにくくならないように気をつけながら患者側の判断を仰いだ。

このような方法を用いてデータ収集をおこなわざるをえなかったことと、得にくい性格のデータであるという事情から、ビデオ録画でなくテープ録音をおこない、収集の段階ではどのようなデータを収集するかの限定はおこなわなかった。全部で157事例のデータを収集できたが、その中には医師が両親を対象に話したものが多かった。

本論文では、小児がんで入院したばかりの子どもに医師が病気や治療について説明する面談の場でのやりとりを分析の対象にした。調査者または医師が書いた患者の診断名、年齢、性別、面談への参加者や時間、その時の状況などのデータはデータ収集

の時点から番号で記入し、録音したデータを文章におこすときに、名前や場所などの固有名詞は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<sup>15)~17)</sup>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検討した結果も参考にしながら検討を進めた。まず、データの各部分のリッチさに応じて文章または段落ごとに切片化し、プロパティとディメンションを抽出してラベル名をつけた。そして、それをカテゴリーにまとめ、それぞれのカテゴリーのプロパティとディメンションを見直した。他の事例や異なる状況との比較を含んだ分析をおこないながら、プロパティとディメンションを増やし、最終的なカテゴリー名を決めた。

### III. 結果

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、医師が子どもに説明した事例は25事例あった。そのうち、入院直後の面談でなかった事例と、病名を話していない病院の事例を除いた15事例の面談を本稿の分析の対象にした。これらは全国6施設でおこなわれたもので、対象となった子どもの疾患は、白血病、骨肉腫、脳腫瘍であった。すべての面談には医師と保護者、看護師が参加しており、医学生や祖父が参加した事例もあった。面談時の子どもの年齢は、6～17歳、男児9名、女児6名で、面談の時間は、10～60分であった。分析の対象となった医師は14名で、面談で中心になって話した医師の経験年数は、7～32年だった。

この15事例の中で調査者が同席できたのは1例だけで、それ以外の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、会話と会話の間などを可能な限り録音データから拾い出し、分析に加味するように努めたが、凝視、姿勢、表情、距離、タッチなどに関しては調査者が同席した場合か、その場にいた医師から追加情報として伝えられた場合を除いてデータに含めることができなかった。

また、医療面談に同席していた看護師、母親や両親はほとんどの事例で全く発言をしておらず、発言をしていた事例でも、その割合が低く、今回の検討内容には影響していないことがわかった。そのため、本論文では、医師と子どもの発言に焦点をあてた分析の結果を述べることにした。

分析の結果、今回分析の対象とした全ての医師は、医療面談において、情報を提供するのみならず、子どものがんばりを促そうと関わっていた。医師がどのようにがん

ばりを促すかによって、子どもが理解やがんばりを表出する程度は異なっていた。また、医師の《がんばりの促し》は、効果的な促し、一方的な促し、強引な促しという3つの様式に分かれた。どの事例も医師が話した分量が多いので、説明がうまくできたデータだけが集まってしまう可能性を心配していたが、結果的には医師の説明がうまくいかなかった事例についても収集できた。

以下、結果を述べるにあたり、カテゴリーを〈 〉、そのカテゴリーを説明するラベルを〈 〉、医療面談の一部を挿入する際には、「 」もしくは斜字で示した。また、補足が必要な場合には、( ) で補った。なお、挿入した事例に付随する番号は、各医療面談につけた番号である。

## 1. 《がんばりの促し》の概要

医療面談において、医師が子どもに《がんばりを促す》状況は、〈がんばりの促し〉、〈子どもの意見の尊重〉、〈共感の表出〉、〈不安の緩和〉、〈理解の促し〉、〈子どもの個別性の理解の表現〉という6つのラベルで構成され、〈子どもの理解とがんばりの表出〉と〈拒否の表出〉という帰結を生じさせていることが分かった。ここからは、《がんばりの促し》と、《がんばりの促し》の3つの様式、それぞれの概要について述べる。

### 1) 《がんばりの促し》の概要

医師は、副作用や生存率など、子どもにとってマイナスの情報について話した後に、子どもに「がんばっていこう」などがんばりを促していた。直接的な表現でがんばりを促すだけではなく、子どもに選択権を委譲したり、子どもの意見を聞いたりすることで子どもの意見を尊重しようとしていた。また、医師は、ため息をついたり、処置等に拒否反応を示したりというふうに、子どものネガティブな反応が見られた後に、共感を表現するとともに、子どもの不安を緩和していた。さらに、子どもがどの程度、話の内容を理解しているか確認したり、子どもに質問を促したり、子どもの性格などの個性を表現したりすることで、子どもが医療面談において発言しやすい環境を作ろうとしていた。

医師がどのようにがんばりを促すかによって、子どもが理解やがんばりを表出する場合と、拒否を表出する場合とに分かれていた。〈子どもの理解とがんばりの表出〉は、がんばりや理解の表出の頻度や表出の内容、表出時の声のトーンや相づちの頻度で構成されていた。子どもが面談中に「あほな軍団（白血病細胞）増えたってしょうがな

い。だけど治す。」のようにがんばりの表出が高かった場合と、がんばりを表出しては  
いないが医師の話にうなずくなどの何らかの反応を示した場合に分かれた。一方、不  
安の表出度や落ち込みの表出度、拒否的な発言や泣き出すなどの否定的な反応によっ  
て構成される〈拒否の表出〉には、泣き出すなどの否定的な反応が続く場合があった。

## 2) 《がんばりの促し》の3つの様式の概要

医師の《がんばりの促し》は、効果的な促し、一方的な促し、強引な促しという3  
つの様式に分かれた。同じ医師であっても、医療面談の場や対象の違いによってがん  
ばりの促し方は異なっていた。表1には各様式の違いを示した。

医療面談で子どもががんばりを表出していた様式Aでは、がんばりを促す際、子ど  
もに対してがんばりを押しつけていなかった。また、子どもに治療に関する選択権を  
委譲しており、面談の長さにかかわらず、子どもの意見を多く聞こうとしていた。さ  
らに、子どものつらさに対して頻回に共感を表現しており、子どもの個性をふまえた  
上で医療面談をおこない、子どもの個性を理解しているということも表現していた。  
加えて、タイミングよく子どもが理解しているかどうかを確認したり、子どもから  
の質問を促したりすることで、子どもは理解したことや不安、疑問を表現しており、  
問題が生じた場合に医師はすぐに対応していた。

一方、子どもが拒否の表出にまでは至らないものの、がんばりを表出しなかった様  
式Bでは、がんばりを促す際、「～してください」というようにがんばりを依頼して

表1. 《がんばりの促し》の様式の違い

		様式 A	様式 B	様式 C
ラベル	主なプロパティ	効果的な 促し	一方的な促し	強引な促し
がんばりの促し	がんばりの押しつけ度	弱い	強い	最も強い
子どもの 意見の尊重	選択権の委譲度	高い	低い	ほとんどなし
	子どもの意見を聞く度合い	高い	低い	低い
共感の表出	共感度	高い	低い	低い
不安の緩和	子どもの不安	弱い	やや強い	強い
理解の促し	理解の確認度	高い	高い	低い
	質問の促し度	高い	やや低い	低い
子どもの個別性 の理解の表現	子どもの個別性の理解の 表現度	高い	やや低い	低い

いた。また、子どもに対して選択権を委譲してはいるものの、その度合いが低く、子どもの意見を聞く頻度も少なかった。さらに、子どもに対して共感的な態度を表現する頻度が少なかった。子どもの理解度を確認したり、質問を促したりする頻度は多いものの、子どもが不安や疑問をほとんど表現しなかったため、子どもの不安を緩和するような表現をしていなかった。

子どもが泣き出すなどの否定的な反応を示し、拒否の表出がみられた様式Cでは、がんばりを促す際には、「～しないとね」というようにがんばりを押しつけるような表現をしたり、治療に関した我慢を強いる表現がみられた。また、子どもに対して選択権を委譲することはなく、子どもの意見を聞こうとはしていなかった。さらに、様式Bと同様に子どもに対して共感的な態度を表現する頻度が少なく、子どもの個性を理解しないままに医療面談をおこなっていた。加えて、子どもの理解度をほとんど確認せず、質問を促してはいるものの子どものからの発言を待たずに一方的に情報を提供することが多く、子どもは不安や疑問を表現していなかった。

## 2. 《がんばりの促し》の様式の違い

ここからは、《がんばりの促し》と、このカテゴリーを構成する〈がんばりの促し〉、〈子どもの意見の尊重〉、〈共感の表出〉、〈不安の緩和〉、〈理解の促し〉、〈子どもの個性の理解の表現〉という6つのラベルについて、それぞれのカテゴリー、ラベルを構成する主なプロパティを中心に、具体的な面談場面を例示し、様式A、B、Cの違いを比較し検討する。

### 1) がんばりの促し

子どもの〈がんばりの促し〉には、“がんばりを促す頻度”より、“がんばりの押しつけ度”の違いが影響しているようにみえた。まず、様式Aのがんばりの促し方を検討する。様式Aでは、「色々相談してがんばっていこうか」というように、医師は子どもに対して一緒にがんばっていくように誘いかけており、子どもだけががんばることを強制していなかった。また、医師は、「がんばれなくなったら言ってよ」とがんばりを拒否できるチャンスを与え、子どもががんばることを押しつけていなかった。

それに対して、様式Bでは、「がんばってください」という表現を用いていた。これは、子ども一人ががんばらなくてはいけないような印象を与える表現であり、がんばりを押しつける度合いが、様式Aに比べて高い。また、様式Bでは、がんばりを拒

否する余地を与えておらず、結果としてがんばりを強いることになっていた。最もがんばりを押しつける度合いが高かった様式Cでは、「自分で自分を治すってことををしないとね」というように、子どもが拒否する余地を与えない表現になっていた。

さらに、様式Aの中には、薬の副作用など子どもにとって苦痛と思われる話の後に、がんばりを促すだけでなく、「がんばれるかな？」と子ども自身の思いを尋ねることで、子どもの闘病意欲を引き出している事例もあった。一方、がんばりの確認をおこなっていない様式BやCでは、がんばりを促すことに重点がおかれており、がんばりを押しつけることにもつながっていた。

## 2) 子どもの意見の尊重

今後の闘病生活における治療や処置等に関して、子ども自身に選択の余地があることを伝える度合いは、医師によってそれぞれ異なっていた。また、医師たちは、面談中に質問を促す一方で、主に面談の後半になると、子どもの意見を聞こうとしていた。以下、(1) 選択権の委譲度、(2) 子どもの意見を聞く度合いについて検討したい。

### (1) 選択権の委譲度

様式A、Bは、子どもに対して選択権を委譲していたのに対し、様式Cでは子どもに選択権を委譲していなかった。様式Aでは、「相談で決めよう」というように子どもに選択権を委譲しており、選択権を委譲した内容に関して、医師は自分の意見を述べず、中立な立場をとっており、決定権を子どもに委ねていた。一方、様式Bでは、選択権を委譲した内容に関して、医師の思う結論へと導こうとしており、全ての決定権を子どもに委ねていなかった。

### (2) 子どもの意見を聞く度合い

多くの医師が、疑問を持ったことは何でも聞いてほしいと提示していたが、子どもの意見をどのように聞くかによって、結果は異なっていた。様式Aでは、「これから全部相談しながらやっていくね。」と話し、実際に子どもの意見を聞いていた。様式BやCでも、質問や言いたいことがあったら「ちゃんと言う」ことを伝え、医師も「ちゃんと聞く」ことを保証してはいるものの、様式Aのように医師が子どもに相談しながら治療を進めるのではなく、子どもからの相談を期待しているにすぎなかった。また、様式Aでは、「何も話さないでなんかね、やられちゃったりすると、たぶん頑張れないと思うから」というように子どもの意見を聞く理由を伝えていた。



### 3) 共感の表出

医師たちは、子どもにネガティブな反応が見られた後に共感を示していた。しかし、どのように共感するかでその効果は異なっていた。様式BとCでは、共感の表出の仕方が共通していたため、ここでは様式AとCの違いを比較する。以下は、様式Aの共感を示している場面の例である。下線部分が共感にあたる。この場面の直前に副作用についての説明があった。

子供85：ハアツ、やっぱなんかため息ついちゃう。(ため息つきながら)

医A80：ため息ついちゃうよね。

父親40：そりゃついちゃうよ。

医A81：ついちゃうよね。

(8歳, 男児)

医師は、子どもの言葉を繰り返すことで共感を示しており、共感を示した直後にがんばりを促したり、説明を開始したりしていなかった。また、医師は、子どもが不安やためらいを表出した後には共感を示しており、共感を示す頻度も多かった。一方、様式Cでは、医師は、共感を示した直後に「みんな我慢してやってきた」というように我慢を強制したり、説明を開始したりしており、子どもの反応を聞こうとしていなかった。また、共感を示す頻度も少なかった。

### 4) 不安の緩和

医師は、医療面談中に子どもの不安を緩和しようと関わっていた。様式Aでは、子どもが不安を表現した際、その直後に適切な説明をすることで子どもの不安を緩和しており、説明を理解した子どもは「ほー」というように安堵感を表現していた。一方、子どもが不安や疑問をほとんど表現していなかった様式BやCでは、医師が「もう心配は何もいらん。」というように、子どもに不安を抱かせないようにすることで不安を緩和しようとしていた。

### 5) 理解の促し

ほとんどの医師が、医療面談中に子どもに「わかった？」などと聞くことで、子どもの理解を確認しようとしたり、子どもに質問を促したりすることで、子どもの理解を促そうとしていた。ここからは、(1) 理解の確認度、(2) 質問の促し度について検討する。

### (1) 理解の確認度

医師たちが子どもに理解を確認する言葉は類似していたものの、いつ確認し、確認した後どの程度間をとるかによって、その効果は異なっていた。様式AやBでは、説明の内容が変化する毎に子どもの理解度を確認しており、子どもに理解を確認する頻度が多かった。しかし、様式Aでは、子どもに確認をした後に子どもが返答する間をとっていたのに対し、様式Bでは、子どもが返答する間がほとんどなかった。様式Cでは、一通り説明してから理解を確認しており、確認する頻度も少なく、さらに確認した後に間をとってなかった。

### (2) 質問の促し度

医療面談中、ほとんどの医師が「何か聞きたいことある？」などというように、子どもに質問を促していた。理解の確認と同様に、促し方は類似していたものの、子どもからの質問を待つ間や医師から質問を押しつける度合いによって、その効果は異なっていた。以下は、様式Cにおいて質問を促している場面で、下線部が質問の促しにあたる発言である。

医師42：・・・あと何かあるかな？

子供38：うーん・・・と・・・うーん

医師43：どういうことでもいいよ。

子供39：あと・・・

医師44：あと何か騙されてるかもしれない。うん？ (10歳, 男児)

様式Cでは、上記のように質問を待つ間がなく、子どもが「うーんと」というように考えながら発言しようとしているにもかかわらず、医師は矢継ぎ早に質問をすることで、自分の質問を押しつける結果になっており、それによって、子どもは自分から質問をすることがなかった。

一方、様式Aでは、質問を待つ間をとっており、医師が自分の質問を押しつけることがなかったため、子どもが自由に質問していた。様式Bでは、質問を押しつけることはなかったものの、質問を待つ間が短かったために、子どもから質問を発することが少なかった。

### 6) 子どもの個別性の理解の表現

医師たちは、医療面談において、子どもの症状や治療の経過、子どもの性格などの個別的な情報を把握していることが伝わる表現を用いることがあった。例えば、様式

Aに属するある事例では、子どもの症状や治療の経過とともに、「1番好きな野球は、無理だと思う。(略)…ちょっと悔しいけどね」というように子どもが好きなことを理解したうえで、治療上制限しないといけないことを伝えたり、子どもの性格を考慮した表現を挿入して面談を進めていた。一方、様式Cでは、子どもの症状や症状の原因さえも理解せずに医療面談をおこなっていることもあった。

#### IV. 考 察

本稿では、医療面談において医師がおこなった《がんばりの促し》と、それによって生じた子どもの理解やがんばりの表出について検討した。医療面談を充実させ、子どもにとって有意義なものにするためには、子どものがんばりを効果的に促していくことが有効である。ここでは、分析を通して抽出された《がんばりの促し》という現象と、それを構成する〈がんばりの促し〉、〈子どもの意見の尊重〉、〈共感の表出〉、〈不安の緩和〉、〈理解の促し〉、〈子どもの個別性の理解の表現〉からみて、効果的な促しをおこなうにはどうすればよいのかを検討したい。

第一に、がんばりを促す際には、子どもに拒否する余地を与えて、がんばりを押しつけないように留意するとともに、子どもだけががんばるのではなく、医師もともにがんばるという姿勢を示すことが有効だと思われた。これまでの研究でも、医師の温かな態度<sup>5)</sup>、共感的で熱心な態度は<sup>4)</sup>患者のコンプライアンスを高め、怒りっぽくイライラとした態度はコンプライアンスを低下させる<sup>5)</sup>といわれているが、本研究の結果より、医療面談の場で医師が示す態度は、コンプライアンスのみならず子どもの闘病意欲の表出に影響することがわかった。また、医療面談中にがんばれるかどうかを確認することによって、子どもは自分の感情を表出しやすくなり、がんばることを無理強いられたように感じないようであった。苦痛を伴い、我慢することもある闘病生活だからこそ、子どもと一緒に少しでも我慢しなくてよいような方法を見出そうとする共感的な態度を提示することが必要であると考えられた。

第二に、子どもが主体的に闘病生活を送るために、子どもの意見を尊重することが大切だと思われた。自分の意見が尊重されていると感じてもらうために、子どもが治療を選択する上で必要な情報を与え、子どもの選択を尊重することも大切であるし、子どもから相談することを待つだけでなく、医師からも相談することを伝えたり、相談してほしい内容を具体的に示すことが効果的だと思われる。

第三に、医療面談中に子どもが自分の思いやがんばりを表出できるような環境を作

ることは重要である。そのためには、まず、子どもの個別性を理解した上で医療面談をおこない、内容が変わる毎に子どもの理解を確認したり、質問を促したりすることが大切である。その際には、子どもが発言する間を十分保ち、医師から質問を押しつけるようなことは避けた方がよいように思われた。さらに、子どもからの不安を引き出せたら、すぐに子どもの不安にあった説明をおこない、子どもの不安を緩和することも必要であると思われた。

分析結果からは以上のことが示唆されたが、最後に本研究の限界にふれておきたい。このような研究に協力することは、医療者にとって手間がかかり、患者のプライバシーにも関わることなので、研究対象が意識の高い医師や患者だけになってしまった可能性がある。また、録音開始の判断や協力同意の説明を医師がおこなった事例が多いことは医師と患者間のやりとりの内容に影響したかもしれない。くわえて、入院直後の面談を対象としたために、医師が子どもに提供する情報の内容が両者の相互作用に大きく影響すると考え、子どもに病名をふくめた情報提供をおこなっている医師のデータだけを分析の対象にしたことも対象の偏りを生じさせる理由になったと思われる。2003年の全国調査で、子どもに病名を話していた医師は全体（363名）の9.5%にすぎないという状況から考えると<sup>10)</sup>、医師全体からみて偏った分析対象になってしまった可能性があるからである。当然、これは対象の事例数が少なくなることにもつながった。

さらに、今回の研究結果では同じ医師であっても医療面談の場や対象の違いによって、がんばりの促し方が異なっていることが分かったが、その違いが何によって生じるかまでは具体的に検討できなかった。これには、今回のようなデータ収集の方法では把握できない要因、例えば、医師の体調や機嫌、医師の考え方、子どもがあらかじめ持っていた病気や治療へのイメージ、医師との関係などが両者のやりとりに影響した可能性もある。しかし、このようなマイナスを差し引いても、これまで子どもへの医療面談に関する研究がなかったことを考えると報告する意味はあると考えた。今回の結果を基に、今後、さらに対象を広げて検討を続けたいと考えている。

## 謝 辞

この研究の一番困難な部分は、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、手のかかるデータ収集にご協力くださった先生方に心から感謝したい。また、分析会で意見を出してくれた方々にこの場をおかりしてお礼を申し上げたい。

## 引用文献

- 1) Ford S, Fallowfield L, Lewis S: Doctor-Patient Interactions in Oncology, *Social Science and Medicine*, 42:1511-1519, 1996
- 2) Birdwhistell RL: *Kinesics and Context*, University of Pennsylvania Press, 1970
- 3) Korsch BM, Gozzi EK, Francis V: Gaps in doctor-patient communication I : Doctor-patient interaction and patient satisfaction, *Pediatrics*, 42:855-871, 1968
- 4) Ben-Sira Z: Affective and Instrumental Components in the Physician-Patient Relationship: An Additional dimension of interaction theory, *Journal of Health and Social Behavior*, 21:170-180, 1980
- 5) Shelbourne CD, Hays RD, Ordway L, Dimatteo MR, Kravitz RL: Antecedents of Adherence to Medical Recommendations: Results from the medical outcomes study, *Journal of Behavioral Medicine*, 15:447-468, 1992
- 6) Takayama T, Yamazaki Y, Katsumata N: Relationship Between Out-patients' Perceptions of Physicians' Communication Styles and Patients' Anxiety Levels in a Japanese Oncology Setting, *Social Science and Medicine*, 53:1335-1350, 2001
- 7) Ishikawa H, Takayama T, Yamazaki Y, Seki Y, Katsumata N: Physician-Patient Communication and Patient Satisfaction in Japanese Cancer Consultations, *Social Science and Medicine*, 55 : 301-311, 2002
- 8) 中川薫：医師-患者間のコミュニケーションに関する研究の動向と課題-医師の〈情緒的行動〉に関する文献的検討-, *日本保健医療行動科学会年報*, 16:135-151, 2001
- 9) Ong LML, de Haes JCJM, Hoos AM, Lammes FB: Doctor- Patient Communication: A review of the literature, *Social Science and Medicine*, 40:903-918, 1995
- 10) Meeuwesen L, Kaptein M: Changing Interactions in Doctor-Parent-Child Communication, *Psychology and Health*, 11:787-795, 1996
- 11) Tates K, Meeuwesen L: Doctor-Parent-Child Communication. A (re)view

- of the literature, *Social Science and Medicine*, 52:839-851, 2001
- 12) Elbers E, Maier R, et al: Interbalization and Adult-Child Interaction, *Learning and Instruction*, 2:101-118, 1992
  - 13) Holzheimer H, Mohay H, Masters IB: Educating Young Children About Asthma: Comparing the effectiveness of developmentally appropriate asthma education video tape and picture book, *Child : Care, Health and Development*, 24:85-99, 1998
  - 14) National Institute of Health : Policy on the Inclusion of Children as Subjects in Clinical Research, Bethesda, MD, Office of Extramural research, 1997
  - 15) Strauss A, Corbin J: Basics of Qualitative Research 2nd ed, Sage Publications, California, 1998
  - 16) 戈木クレイグヒル滋子, 松林由恵, 山本美智代, 上原和代, 岩田洋子: 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, 医学書院, 東京, 2005
  - 17) 戈木クレイグヒル滋子: グラウンデッド・セオリー・アプローチ: 理論を生み出すまで, 新曜社, 東京, 2006
  - 18) 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: 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 (1) : 29-35, 2005