

第14章 再発時のケア

<ケアの指針>

- ・初回診断時から再発までの子どもへの説明や理解、認知発達のレベル、子どもの意思や希望に沿い、今後の見通しを含めた説明を家族や多職種と協働して行う。
- ・乗り越えたはずの治療の再開による衝撃や絶望を体験している子どもに対し、苦痛の緩和を行い、日常生活を整えながら、思いの揺れに寄り添う。
- ・再発した子どものこれまでの治療や治療後の社会生活の中で得た知識や経験を活かせるように支援する。
- ・再発という事実、家族は、初発時よりも更に困惑しながら様々な対処をとり「折り合い」つけていることを理解し、その過程に寄り添う。
- ・子どもがその子どもなりに日常生活の中や治療の選択において意思決定できるように、認知発達レベルやこれまで経験してきた治療や対処も踏まえて支援する。
- ・子どもの声を家族と共に聴き、子どもの最善や意思を中心に考えられるよう再発治療に伴う意思決定の過程を支援する。

1. 小児がん再発時の特徴とケア

1) 小児がん再発

小児がんの治療率は7-8割へ向上しています。しかし、治療成績が良好な小児白血病においても約20%に再発がみられ、再発白血病の長期生存率は約30～40%と不良となります（康，2015）。予後は、再発時期、再発部位、免疫学的分類によっても変わり、一般的に治療中から18か月の間の早期再発が最も予後不良であるとされています。これらのことを踏まえ、再発時から、エンド・オブ・ライフケアの視点でも支援を検討していく必要もあります。また、再発治療では造血幹細胞移植が適応されたり、分子標的薬剤などの新薬の導入などを検討されたりすることもあり、治療選択や見通しの難しさ、多様な副作用の出現の可能性の高さ等、様々な問題が生じやすくなります。

再発は、治療後約15年からほとんどみられません（石田，2009）が、初回治療時には適応があった公的医療負担助成が、再発時には年齢を超えているという理由で適応されない場合があり、経済的な問題が生じることもあります。

2) 再発した子どもの体験とケア

(1) 再発までの子どもへの説明と理解の確認

子どもは、初回治療の際に受けている説明が限られていることも多く、病名についても親の意向や医療者

の判断で知らされていないことも未だ少なくありません（戈木クレイグヒルら，2005；内田，2009）。

山下（2012）は、小児がんの子どもへの病名病状告知について文献を概観し、以前よりも病名を伝える方向にあるが、親が要になっている現状であること、親が子どもに代わって治療法を選択する傾向にあることを報告しています。また、子どもに対する病名説明は、親が同意した場合に行っており、子どもが自分の病名を知られるのが、発病後何年も経ってからというケースも少なくないことも述べられています。

初回の治療の際には幼かったため詳しくは知らされていないケースでは、治療後外来において説明することを家族が躊躇することがあり（山下ら，2005）、再発時点で病名や病状を知らない子どもがいる可能性もあります。

また、病名・病状説明を受けていた子どもに関しても、「病気の名前は知っているが、どんな病気かわからない」が、「病気は完全に治っていない」と捉えていた一方で、母親は再発など不確かな内容については、成長や状況に合わせて伝えようと考え説明していなかった（石川，2017）という報告もあります。子どもがどのような説明をどの時期にうけたのか、また、どのように自分の病気を理解し、どのように感じているのかを踏まえた上で支援を行う必要があると言えます。

表1 子どもたちが気付いていく段階

	I	II	III	IV	V
情報を得る段階	これは重い病気だ	治療と回復の関係を 知る	特別な処置の 目的と意味を 理解する	病気は永久に 続く	治療に 限界があると 認識する
自己概念 の変化	重大な 病気だ	薬が自分 をよくしてく れる	自分は ずっと 病気だ けど最終 的には良 くなる	病気は 決して 終わら ない	死への 気づき

(M Bluebond-Langner, 1989; Rana Limbo et al., 2015
をもとに作成)

(2) 再発した子どもの体験の理解

小児がんと診断された子どもが、病気について情報を得て自分自身を捉えていく段階には5つの段階があるとされています (M Bluebond-Langner, 1989; Rana Limbo et al., 2015) (表1)。再発した子どもは、検査、治療、環境の変化、副作用の出現等、初めて診断されたときのような繰り返しが始まることになり、周囲の気づかう反応を捉えながら、「自分はずっと病気」と思いながら、「きつといつかよくなる」と認識していると言われています。また、再発治療が奏功しない際には、更に「病気は決して終わらない」と感じ、死について気づいていくようになります。

初回の診断と治療で、子どもたちは、長期間きょうだい・友人など親しい人、馴染みの物等から離れることや、嘔気、嘔吐、疼痛、脱毛といった治療の副作用の出現等、様々な苦痛や困難な出来事をすでに経験しています。初発時と同様の体調の変化を自覚したり、再発と治療の開始を告げられたりすることは、初回治療を想起することになります。小児がんを経験した子どもたちの中にはPTSDを経験しているものもいるという報告もあり、乗り越えたはずの治療が再開することへの絶望や衝撃は大きいものと言えるでしょう。

また、これまで治療を受け、頑張ってきたにも関わらず、必ずしも良い結果を得ることができるという保証が得られないということは非常に厳しい体験です (中野, 2001)。

このような状況の中で、医療者との信頼関係も揺らぎやすいと言えます。これまで病気や治療をどのように捉えてきたのか、今何を感じているのか、まずはそれぞれの子ども自身の体験を理解しようとする姿勢が求められます。

(3) 苦痛を減らし、日常生活を保つこと

再発によって出現している症状を緩和すること、日常生活の制限や変化を最小限にし、日常生活を整えていくこと、「“その子”らしくいられる」ようにサポートします。入院中、子どもは治療だけでなく、学校など社会生活についても大きな不安を抱えています。再発治療の開始にあたり、何が一番気がかりになっているのかを聞いてみることも大切です。

これらは、再発時に限ったことではありませんが、改めて、日常生活の制限は何のためかという視点から病棟の規則や慣習を見直し、多職種で支援を検討することも大切になるでしょう。再発時には、子ども自身が治療を経験しており、これまでどのように治療を乗り越えてきたのか、子ども自身が症状マネジメントを行えるよう支援することも大事になります。

(4) 子どもに寄り添い支援すること

再発時の子どもの体験を踏まえた上で、抱えている不安、心配等の思いの表出を促すことが大切です。ただし、一方的な関わりは、子どもを脅かすことにもなります。再発時には、特に子どもとの言語的なコミュニケーションだけでなく、「側にいること」やケアを通して「触れること」等、非言語的なコミュニケーションを意識して行い、子どもの感情の揺れに寄り添いこころの安定を促すことが重要になります。

また、再発・治療・検査に伴う苦痛を体験している子どもに対して症状の早期緩和を行うこと、身体面へのケアを通して安楽をもたらすこと、日常生活の制限・変化を最小限にする日常生活を整えるケアを提供することはこころのケアを考える上でも大事になります (中野, 2001)。

(5) 子どもの知識や経験を強みにすること

再発した子どもは、これまでの治療や治療後の社会生活の中で、病気や治療に対する知識を得ています。また、初回治療での副作用に対し症状マネジメントに取り組んだり、退院後の社会生活の再構築を行ったりする等、様々な経験をしています。

Ishibashiら (2005) は、再発したAYA世代の患者は、初発の患者に比べ、治療開始早期から前籍校の友人との関係を持ち続けていたり、治療を乗り越えてきた自信を持っていたりするなど、心理社会的な強みを持っていると報告しています。また、このことが、子どもの回復力を高めるとしています。

医療者は、再発した子どもの個々の状況に合わせ、治療開始早期から、友人とつながる上での支援や調整、

子どもの希望に合わせた治療計画や入院環境の調整、症状マネジメントに共に取り組む等、子どもの知識や経験を強みとして支えていくことが大切です。

3) 再発した子どもの家族の体験

(1) 再発した子どもの家族の体験の理解

家族は、多くの場合、初回治療を開始する際に再発時の治療成績を含めて医師から説明をうけています。疾患や再発した時期にもよりますが、再発を告げられた家族は、治療が再度開始になるだけでなく、「予後不良である可能性」についても認識することになります。

再発した子どもの親の対処について、Hindsら(1996)は、衝撃と絶望を克服し、再発の結果が自分

表2 再発した子どもの親の対処

(Hinds ら、1996をもとに作成)

More devastating the second time 二回目はさらに困惑する	再発に極度の反応する（初回の時よりは短い時間ではある）
Searching assurances 保証を探すこと	さらなる治療の早急な保証と、子どもが治療に反応する可能性を得ることへの取り組み
Selective awareness 選択的な認識	子どもの状況に関して楽観的な感覚を守ることができるように、注意して聞くことを選択し、予後と治療に関する情報を選び出すこと
Watchful wariness 慎重な警戒	子どもの治療への反応や、子どもが奏功する治療のために最善の状態であれば、親がどのようなケアをすることがよいかについて用心深くいるよう徹底的に努力すること
Assuming meaning 意味を推測すること	自分自身や他の人や出来事を新しく肯定的な方法でみていけるような再発の受け入れや価値を見つける決心をする
Fighting for cure 治癒に向けて闘うこと	子どもの生存するチャンスが低下していることを認識しながらも、同時に、治療が確実に成功するために必要なことに身を捧げること
Preparing for loss 喪失への準備をすること	治療の最終的な結果は、親のコントロールを超えたところにあることと、子どもの死の可能性に備える必要があるという恐ろしいが確かな認識
Fighting to a point ある時点までの闘い	治癒を目指した取り組みが、子どもにとって過度な身体的あるいは心理的な負担になっているかもしれないことへの恐れで、それはつまり、治癒を目指した治療の縮小あるいは終りとなること
Dreading having to decide 決定しなくてはいけないことをとても恐れること	治癒を目指した取り組みを制限する、あるいはやめることを含んだ子どものケアに関する難しい選択に向き合うだろうと認識すること

のコントロールできないことを受け入れながら治療についての賢明な決定を下す努力をしているとし、9つの構成要素を示しています（表2）。また、これらの構成要素は、一方向にすすむのではなく、行き来するとしています。

このように再発時には、家族は、様々な対処をとりながら自分自身も「折り合い」つけていきます。

(2) 家族に寄り添い、必要情報とケアを届けること

再発した子どもの家族への支援を考えると、家族が、再発をどのように受け止め、対処しているのか、その過程を考慮し対応していく必要があります。家族が思いを誰かに表出できているのかに気を配り、必要時には思いを表出できる場を提供する必要があります。特に親は、病院でも自宅でも、再発した子どもやきょうだいの前では気丈に振る舞い、自分自身の思いに向き合う機会を失っていることもあります。別室で家族の思いを聞く機会を定期的に設けることや、いつでも一緒に考えることを伝えておくことも大切なことです。

家族が、必要な情報を得ることができるように話合いの場を調整したり、補足説明をしたり、家族が子どもを中心に考えられるように投げかける必要もあります。

また、再発時には、医療者との関係も揺らぎやすく、これまで治療を経験しているだけに、看護師の不用意な発言や診療介助、看護技術のひとつひとつに敏感に反応し摩擦を生じることもあります（金城、2001）。子どもが安楽でいられたり、子どもらしい日常生活を送れたりするように支援することが、家族自身のこのころのケアにもつながっています。

(3) 家族の生活の保障

家族は再発した子ども中心の生活になりがちで、家族自身の体調に目が向かないことも多くなります。家族の体調を気遣うこと、時には休めるように声掛けすることや休憩できる機会を設ける必要があります。

また、再発治療に伴う経済的負担や今後の家族の生活調整に関しては、ソーシャルワーカー等の多職種で協働して支援できるように調整する必要があります。

2. 子どもの意思決定支援

1) 子どもへの説明

(1) 子どもへの説明の基本的な考え方

子どもが再発という現実、もう一度自らを立て直

し、治療に向かうには、十分な説明を行い、意思決定を促す等、子どもの力を引き出すケアが重要になります。子どもには、その子どもの認知発達レベル、これまで受けてきた治療や説明、理解を踏まえた上で、再発した事実だけでなく、今後の見通し等を説明する必要があります。子どもの認知発達や希望などから話す内容が選択されることもあります。 “嘘はつかない” こと、子どもは自分自身に起こることを知ること、乗り越えていけるということ、を認識しておくことは子どもの最善を考える上で前提となります。

(2) 子どもへの説明の現状

しかし、再発というbad newsとその後の治療の困難さから、初発時に病名を伝えることに比べ、子どもへ再発を伝える医師が少なくなること、患者自身への十分な病状説明やそれに基づく意思決定支援が行われていない可能性が高いこと（吉田，2018）やそのことで看護師が葛藤を抱えていること（平田ら，2017）が指摘されています。

子どもは、何か自分にとって悪い知らせがあり、親や医療者が自分を避けようとする「相互虚位（互いに振りをする）」の態度をとり、最期までそれを守り通そうとする（M Bluebond-Langner, 1989）といわれています。再発時にも、子どもは、自分の体調の変化や医療者の態度、治療や検査から何か起こっていると感じ、再発を意識しながら、親への気遣いから口にしないことがあります（平田，2001；金城，2001）。

(3) 特別な配慮が必要なケース

初回治療の際に病気や病状について知らされていなかった子どもはより複雑な体験をすることになります。小児がん経験者と対象とした研究の中でも、「“自分のことだから”と病名を知りたいと思う反面、教えてくれる時は“病名”と“治る”という言葉が『セット』でなくてはならない」と考えていた（伊藤ら，2010）と報告されており、再発時に病名を知らないままでは子どもには特に配慮が必要になると言えます。

具体的には、初発時になぜ病名や病状について説明しなかったのかを伝えること、その際には、親や医療者が初発時に説明しなかった考えや迷いについて伝えること、今後も常にそばに寄り添い共に闘っていくことを明確に保証すること等（塩飽ら，2009）が挙げられます。

2) 子どもがその子どもなりに意思決定していくこと

再発治療にあたっての子どもの意思決定を考えると

き、「何を伝えたいか」、「何を決めてもらいたいのか」という視点ではなく、子どもの年齢や認知発達の状況、子どもの知りたい事、希望、更に子どもの意思決定への意向を考える必要があります。子どもにとっての最善を実現できるように、親を含めた関係者間で充分に話し合っただけでなく、子どもの意思決定を尊重できるように支援することが大切です。幼児期や学童期には、病気や治療に関する知識を得た上で、日常生活の中で意思決定を行えるように支援すること、思春期以降では、治療への意思決定を行うために必要な十分な知識をもてるよう情報提供を行い、まず十分に考えや気持ちを表現できるように支援することが挙げられます。

これらは、再発時に特別なことではありませんが、特に、再発時には、幼少期であっても、一度経験しているということを踏まえて、体験する処置や検査、治療についてプレパレーションを行ったり、症状マネジメントに共に取り組んだりすることができます。食事や入浴、学習等、日常生活の中でも子ども自身が選択できるようにしたりすることが、子どもが治療に向かう上で大切になります。

子どもへの説明や子ども自身の意思表出が制限されている場合、子どもの知らないでいることからの不安、知りたい気持ちなど感じていることをキャッチすること、時には子どもの代弁者として医師や家族に働きかけていく必要があります。その際には、子ども自身の思いを周囲に伝えることについて、子ども自身の許可を得ておくことも子どもへの忠誠や意思尊重の視点から大事になります。

また、子どもには、自分の意思を表明することの権利を保障し、意見を発言できるように支援します。子どもに共感を示し「子どもを保護する」こと、子どもの言葉を伝えながら家族の中の「子どもを補強すること」、「子どもの代弁をする」ことが大切になります（中野，2010）。

3) 再発に伴う治療の選択に関連した意思決定支援

再発に伴う治療選択に関連した意思決定等、生命にかかわる大きな意思決定は、①重要な情報を理解する、②各選択肢の帰結を含め、様々な要因を熟考する、③両親や医師など信頼するアドバイスをもとに自発的に選択する、④決定した内容の重大さ、逼迫性、選択の永続性について評価する、4つの能力が必要となる（Freyer, 2004）とされています。これらは成人であっても難しい場合がありますが、成長発達過程にある子どもにとっては非常に難しい選択であると言えます。WHOはAYA世代の患者が発達的、情緒的に準備がで

きている場合には、治療に関する意思決定に可能な限り参加することを推奨しています。患者が初回の診断から治療にどのように取り組み意思決定に参加してきたのかを踏まえ、意思決定の際の能力が備わっているのか、どのように補完していくのかを家族、多職種で検討する必要があります。この際、医療者が患者へ説明をすること、質問に答える時間・考える時間をつくること、他の患者はどうしたのか伝えること、治療の際に一緒にいることを伝えること等が意思決定を促進することになります（丸ら、2008）。

3. 家族の意思決定支援

1) 親への説明と意思決定支援

(1) 親への説明

特に、標準的治療が提示されることが多い初回治療とは異なり、再発時には、複数の治療の選択肢が提示されたり、複雑な治療の提示がされたりするなど選択を迫られるようなことも多くなります。親が再発をどのように受け止め、対処しているのかについてその過程に寄り添いながら、今後の治療に対し、意思決定できるように必要な説明が受けられるよう支援していく必要があります。

親は、今後の治療の選択だけでなく、子ども本人にどのように伝えるか、子ども本人や家族の社会生活の送り方、家族内の役割調整など様々なことを決定していく必要があります。

この際、親が正確な情報や他者の意見に触れ、親の価値観からそれらを解釈する過程を支援することが大切になります。医療者はその専門性から子どもにとって最善の選択についての意見を親に伝えることも求められます。自らの意見を伝えながらも、パターンリズムに陥ることなく親の意思決定を支援するためには、子どもの最善の利益を中心として、親と医療者が対等な立場で話し合うことが欠かせません（小泉、2010）。

看護師は、初発時と同様に、医師から治療の選択肢や効果、予後の見通し等について十分に説明を受けられるように支援しますが、特に、再発治療は、治癒の可能性が低くなること、治療選択や見通しの難しさがあることを十分に考慮する必要があります。また、親にセカンドオピニオンの希望や迷いがある際には、意思決定において大事なことであることを伝え、必要時、医師やソーシャルワーカー等へ調整します。

そして、治療効果判定時、外泊時、症状出現時、子どもの言動、家族の変化等、状況の変化に応じて、情報提供を行うこと、家族、医療者との話し合いの場を継

続して調整することが求められます。

(2) 子どもの声を共に聴くこと

親は子どもの重要な理解者であり、多くの場合、代理意思決定者ですが、再発のような状況においては、先の見通しが不明瞭であること、親自身も強く動揺していることから意思決定をしていくことが難しくなります。特に早期再発など予後不良であることが予測される時、親には子どもを失いたくないというニーズがあることを理解し、親と共に子どもの声を聴いていくことが求められます。親と、子どものサインについて積極的に話し合い、可能な解釈を共有すること、親自身の恐怖、ニーズ、目標が、子ども自身のものとは異なるということ、区別できるように支援すること（Kars et al., 2015）が重要な支援になります。

また、親の子どもへの意見への気づきを意思決定にどのように反映させるか共に検討することも看護師の役割です（小泉、2010）。子どもの希望を踏まえ「子どもらしく」「親らしく」いれるための選択について共に考えます。また、再発治療開始の時点だけでなく、今後共に考えていくことを伝えておくことも大事になります。

(3) 選択したことを支持すること

どの選択肢も不確実性を含むからこそ、看護師には「何を選ぶか」ではなく、「どのように選ぶか」を支援することが求められます（小泉、2010）。家族の中で話し合いできているのか、特定の人の意見に偏った選択をしていないか、家族内での思いのずれはないか、等を家族それぞれの思いを聞くこと、また家族全体で話す機会を設けることが必要になります。

また、家族が悩みながら選択した結果を尊重し、「誰からも非難されない」ことを保障すること、選択したことを支持し多職種とサポート体制を整えることが家族の支えになります。

2) きょうだいへの説明と意思決定支援

病気の子どものきょうだいも、また再発により、初発時と同様に家族の変化を感じ、戻ってきた日常生活が再び崩れていく体験をすることになります。きょうだいへの再発時の説明に関しても、認知発達のレベルとこれまでの説明と理解を踏まえた上で行う必要があります。

きょうだいへ再発を伝える際に特に考慮すべきこととして、塩飽ら（2009）は、①再発はすぐさま死（ターミナル）に結びつくものではないが、再発の病状によつ

ては治療が困難であることや、ターミナルに移行する可能性が高いことを伝えなければいけない場合もあること、②きょうだいには言葉で詳細な説明を行うことよりも、外泊で帰ってきた病気の子どもの様子をみてもらったり、病棟に面会を行ったりすることをとおして、病気の子どもの状況を伝えることがより適切であることもあること、を挙げています。

病気の子どもに意識を集中しがちな親に、きょうだいに目を向けられるように声掛けすること、必要に応じて家族や医療者と話し合ったり、医療者から説明を受けたりすることができるよう調整します。保育士やチャイルドライフスペシャリストなど多職種と共に支援を考えることも重要です。

また、再発した子どもの治療に造血幹細胞移植が検討される場合、きょうだいにはドナーとしての役割が生じることがあります。再発した子どもの主治医や親は、病気の子どもの治療を中心に考えがちであることを意識し、移植コーディネーターやチャイルドライフスペシャリスト等きょうだいを支える多職種と協働して支援していく必要があります。

きょうだいは病気や予後に関する話し合いに関わりたいという希望をもっていることが多い(Marsac ML et al., 2018)とされています。病気の子どもの「きょうだい」としていられるように、きょうだいにも病気の子どもとの過ごし方を選択していけるように支援します。

文献

- Bluebond-Langner, M. (1989). The private worlds of dying children (斉藤武, 遠藤淑美, 岡田要, 他・訳 (1992). 死にゆく子どもの世界. 日本看護協会出版会, 東京, 123-156.
- Freyer, D. R. (2004). Care of the dying adolescent: Special considerations. *Pediatrics*, 113, 381-388.
- Hinds, PS, Birenbaum, Linda K. et al., (1996). Coming to Terms: Parents' Response to a First Cancer Recurrence in Their Child. *nursing research*, 45 (3), 148-153.
- 平田美佳 (2001). 再発した子どもと家族をチームで支えるケア：子どもと家族・看護者・医師がともにケアに携わっていくために. *小児看護*, 24 (3), 339-343.
- 平田美佳・竹之内直子・小原美江他 (2017). 小児がんの子どもと家族のケアに携わる看護師の捉えたケア上の困難 (第1報)～病状の説明と信頼関係の構築～. *小児がん看護*, 12 (2), 431.
- Ishibashi Akiko, Okamura Jun, Ueda Reiko et al., (2015) Psychosocial strength enhancing resilience in adolescents and young adolescents with cancer. *Journal of pediatric oncology nursing*, 33 (1), 45-54.
- 石田也寸志 (2009). 第9章A長期フォローアップ総論. 丸光恵, 石田也寸志監修, ココからは始める小児がん看護. 308-309, へるす出版, 東京.
- 石川由美香 (2017). 血液腫瘍疾患をもつ前思春期の子どもの病気の捉え方とヘルスプロモーション—第一報 サバイバーの病気の捉え方と親の関わり—. *千葉看護学会会誌*, 22 (2), 11-19.
- 伊藤久美, 遠藤実, 海老原理恵他 (2010). 小児がんを体験した子どもが語る『自分の病名を知りたい』と思うとき. *日本小児看護学会誌*, 19 (1), 43-49.
- Kars, Marijke C, Grypdonck et. al., (2015). The parents' ability to attend to the "voice of their child" with incurable cancer during the palliative phase. *Health Psychology*, 34 (4), 446-452.
- 金城やす子 (2010). 再発に対する家族の受け止めと取り組み—母親の語る体験世界の理解から—. *小児看護*, 33 (1), 313-317.
- 康勝好 (2015). 第Ⅱ部各論 (疾患) A造血器腫瘍1. 急性リンパ性白血病. 日本小児血液・がん学会編, 小児血液・腫瘍学, 467-475, 株式会社診断と治療社, 東京.
- 小泉麗 (2010). 小児医療における親の意思決定: 概念分析. *聖路加看護学会誌*, 14 (2), 10-17.
- Marsac ML, Kindler C, Weiss D et al., (2018) Let's Talk About It: Supporting Family Communication during End-of-Life Care of Pediatric Patients, *Journal of palliative medicine*, 21 (6), 862-878.
- 丸光恵, 村上育穂, 中尾秀子 (2008). 思春期にある小児がん患者のEnd-of-Lifeに関する問題—思春期患者の意思決定支援ガイドライン—. *小児看護*, 31 (4), 522-528.
- 中野綾美 (2001). 再発した子ども・家族への看護の専門性を活かしたこころのケア. *小児看護*, 24 (3), 328-333.
- 中野綾美 (2010). 子どもの権利・家族の権利を擁護する小児看護の役割. *小児看護*, 33 (1), 10-16.
- Rana Limbo, Betty Davis (2015). Chapter 60 Grief and bereavement in pediatric palliative care. Betty R, Nessa Coyle, A. Paice, oxford textbook of Palliative Nursing, 925-939. oxford university press, New York.
- 戈木クレイグヒル滋子, 中川薫, 岩田洋子, 他1名 (2005). 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.
- 塩飽仁, 井上由紀子 (2009). 第8章B時期別ケア: 再発時の支援. 丸光恵, 石田也寸志監修, ココからは始める小児がん看護. 260-261, へるす出版, 東京.

- 高谷恭子 (2010). 家族の意思決定への支援. 小児看護, 33 (1), 17-23.
- 内田雅代 (2009). 第1章小児がんの第一歩 B 倫理的問題. 丸光恵, 石田也寸志監修, ココからはじめる小児がん看護, 8-13, へるす出版, 東京.
- 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一告 知に対する親の不確かさに焦点をあてて一. 日本小児看護学会誌, 14 (2), 7-15.
- 山下早苗 (2012). 小児がんの子どもへの病名病状説明に関する文献的概観. 日本看護倫理学会誌, 4 (1), 38-42.
- 吉田沙蘭 (2018). 10 意思決定, コミュニケーション, 平成27-29年度厚生労働科学研究費「総合的な思春期・若年成人 (AYA) 世代のがん対策のあり方に関する研究」班編, 医療従事者が知っておきたいAYA世代がんサポートガイド, 92-93, 金原出版株式会社, 東京.