

早稲田大学審査学位論文
博士（人間科学）

がんに罹患した母親が病気について
子どもに伝える際の促進・阻害要因と
母親の心理的適応

Psychological Adjustment of Mothers with
Cancer and Promoting / Obstructing Factors
When Telling Their Medical Condition to Their
Children

2019年7月

早稲田大学大学院 人間科学研究科

小川 祐子

OGAWA, Yuko

研究指導担当教員： 鈴木 伸一 教授

目次

第 1 章	がんに罹患した親が自身の病気について子どもに伝えることに関する研究動向と課題	3
第 1 節	日本におけるがん統計とがん対策	3
第 2 節	子育て中のがん患者の増加	4
第 3 節	子育て中のがん患者の困難	4
第 4 節	親のがんに関する情報に対する子どもの心理	7
第 5 節	親が自身のがんについて子どもに伝える困難が親自身に及ぼす影響	8
第 6 節	親のがんに関する親子間コミュニケーションの現状	10
第 7 節	親のがんについて子どもに伝える意思決定に関連する要因	12
第 8 節	母親に焦点をあてた研究の必要性	16
第 9 節	子育て中のがん患者とその家族の適応を目的とした国内外の取り組み	16
第 2 章	本論文の目的と臨床的意義	21
第 1 節	本論文の目的	21
第 2 節	本論文の臨床的意義	23
第 3 節	本論文の構成	23
第 3 章	母親が自身のがんについて子どもに伝えることと母親の心理的適応との関連	26
第 1 節	本章のねらい	26
第 2 節	母親が自身のがんについて子どもに伝えることと母親の心理的適応との関連（研究 1）	26
第 3 節	本章のまとめ	56
第 4 章	母親が自身のがんについて子どもに伝える際の促進・阻害要因の特徴	58

第 1 節	本章のねらい	58
第 2 節	母親が自身のがんについて子どもに伝える際の促進・阻害要因の質的検討（研究 2 - 1）	58
第 3 節	母親が自身のがんについて子どもに伝える際の促進・阻害要因の尺度作成（研究 2 - 2）	69
第 4 節	本章のまとめ	92
第 5 章	母親が自身のがんについて子どもに伝える際に既存のサポートが促進・阻害要因および母親の心理的適応に及ぼす影響	93
第 1 節	本章のねらい	93
第 2 節	母親が自身のがんについて子どもに伝える際に既存のサポートが促進・阻害要因および母親の心理的適応に及ぼす影響（研究 3）	94
第 3 節	本章のまとめ	112
第 6 章	総合考察	113
第 1 節	本論文で得られた成果	113
第 2 節	本論文の臨床応用可能性	117
第 3 節	本論文の限界，および，今後の課題	120
第 4 節	結語	121
引用文献		123

第 1 章 がんに関患した親が自身の病気について子どもに伝えることに関する研究動向と課題

第 1 節 日本におけるがん統計とがん対策

がんは日本における死因の第 1 位であり，平成 24 年の全死亡者においてがんが死因として占める割合は 28.7% であることから，全死亡者のおよそ 3.5 人に 1 人はがんで死亡したことになる（厚生労働省，2013）。また，がん罹患率は年齢が高くなるにつれて増加する傾向にあり，男女ともに罹患率は 50 歳代から急増している（Matsuda et al., 2013）。

このような背景をふまえ，本邦では，がんの予防，治療に加えて，がんとの共生をテーマに，あらゆる政策が打ち出されている。まず，2006 年に「がんの予防および早期発見の推進」，「がん医療の均てん化の促進」，「がんに関する研究の推進」の 3 つを基本施策として掲げる「がん対策基本法」が成立した（厚生労働省，2007）。これら 3 つの施策を具体的に推進するために「がん対策推進基本計画」があり，2011 年度までの 5 カ年を対象として，「がんによる死亡者の減少」と「全てのがん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の向上」の 2 つを全体目標に，がん対策を総合的かつ計画的に推進するための方向性が定められた。2012 年には 3 つ目の目標として，「がんになっても安心して暮らせる社会の構築」が新しく掲げられた（厚生労働省，2012）。さらに同年には，「がん研究 10 カ年戦略」が定められ（厚生労働省，2014），小児，働く世代，高齢者等，患者のライフステージや個々のがんの特性といった違いを考慮し，それによって異なるがん患者とその家族の個々の望みに対応していく重要性が明記された。このことから，本邦ではがん患者とその家族が病気を抱えながらも，生活の質を可能な限り維持し，がんとの共生できる社会を築いていくための整備が急務となっている。また，その支援方法として，患者や

家族の特性を踏まえた希望に関する把握が不可欠であり、それらに適した支援の必要性が示されている。

第2節 子育て中のがん患者の増加

がん患者とその家族をとりまく問題として、子育て世代のがん罹患が挙げられる。都内のがん診療連携拠点病院では、20-59歳の患者のうち、24.7%の患者が未成年の子どもを持つ親であったことが報告されており（Inoue et al., 2015）、子育て中にがん罹患する者は決して少なくないといえる。また、その人数は今後も増加していくことが予想されている。たとえば、本邦では、毎年約5万6千人の子育て中の親ががんの診断をうけており、その子どもの人数は約8万7千人と推定されている（Inoue et al., 2015）。その上、先進国を中心に出産年齢の高齢化が進んでおり、それに伴い子どもを持つがん患者が増加することが懸念されている。欧米を中心とする諸外国において子育て中のがん患者への対策が行われるようになってきており、本邦においても子育て中のがん患者とその家族における課題と支援策の案出が求められているといえる。

第3節 子育て中のがん患者の困難

子どもを持つ30代、40代を中心とした世代ががん罹患した場合、がんの治療と子育てを両立する生活を送ることとなり、患者は自分自身の身体的、心理的負担に加えて、子どもの世話や子どもに関する心配など、多くの負担を抱えることになる。子育て中のがん患者の経験に関する包括的レビューでは（Semple & McCane, 2010）、子育て中のがん患者が経験する困難を3つのテーマに分類している。一つ目は、子どもにとって良き親であり続けるための困難である。がん患者である親は、自身ががん罹患したことを子どもに伝えることによって子ども

の生活の中に不安感や心配を持ち込んでしまうことを危惧し、子どもが健康的な生活を送ることができるよう全力を注ぐが、一方で患者としての困難も存在し、それらの葛藤に苦しむ (Helseth & Ulfset, 2005)。また、身体機能が低減し、親としての役割を果たすことが困難な状況にあるがん患者の多くが、子育てに対する罪悪感を抱えていることが指摘されている (Ohlen & Holm, 2006)。

二つ目は、家庭での習慣を維持する困難である。母親がん患者は、子どもにとって重要な時期である成長期の間には、子どもと一緒に時間を過ごしたい、子どもに可能な限り普通の暮らしをさせたいと願っており (Stiffler, Haase, Hosei, & Barada, 2008)、ときには親自身の身体的問題を犠牲にすることが示されている (Billhult & Segeston, 2003)。しかし、倦怠感などのがん治療による副作用が悪化するにつれ、患者が家事等を担い続けることは難しくなり、その結果、家庭での役割を果たせないことに対する罪悪感の増加や、コントロール感の喪失を経験する (Billhult & Segeston, 2003)。

三つ目は、親の病気について子どもに話す困難である。病気に関するコミュニケーションは子どもが親のがんに適応することを助ける要因の一つといわれているが (Hymovich, 1993)、親が自身の病気について子どもに伝えることは、そのタイミングや表現、情報量といったことに関する多くの意思決定を伴うため、決して容易ではない (Barnes et al., 2000; Davis Kirsch, Brandt, & Lewis, 2003; Helseth & Ulfset, 2005; Stiffler et al., 2008)。これまでの研究において、病気について子どもに伝えることは親にとって特に気がかりな事柄であることが示されており (Visser, Huizinga, van der Graaf, Hoekstra, & Hoekstra-Weebers, 2004)、なかでも、病状悪化の可能性や自身が死を迎える可能性について子ども

と向き合っ て話 す 際 に， ど の よう に 伝 え る の か， 伝 え た 後， 予 期 し 得 な い 子 ど も の 反 応 に ど の よう に 対 応 す べ き か に つ い て， 子 ど も を 持 つ が ん 患 者 の 多 く が 苦 悩 す る こ と が 明 ら か に さ れ て い る (Kennedy & Lloyd-Williams, 2009; Weaver, Rowland, Alfano, & McNeel, 2010)。 そ の た め， 実 際 に 伝 え る 際 に は， 子 ど も が も つ 疑 問 や 気 が かり に つ い て 聞 か れ る こ と を， 親 が 避 け て し ま う こ と も 指 摘 さ れ て い る (Kennedy & Lloyd-Williams, 2009)。 さ ら に， 子 ど も を 持 つ が ん 患 者 は， 誰 が， ど の よう に， い つ， ど れ だ け の 情 報 を 子 ど も に 伝 え る の か と い っ た 具 体 的 な 情 報 や (Stiffer et al., 2008)， 子 ど も の 発 達 段 階 や 年 齢 に 適 し た 伝 え 方 (Barnes et al., 2000)， 育 児 や 子 ど も の サ ポ ー ト を 目 的 と し た 情 報 や 心 理 社 会 的 資 源 (Ernst et al., 2013) と い っ た 専 門 的 な サ ポ ー ト を 求 め て い る こ と が 示 さ れ て い る。

以 上 の よう に， 子 育 て 中 の が ん 患 者 は， が ん を 患 う こ と に よ り， 疾 患 に よ る 症 状 や 治 療 に よ る 副 作 用 へ の 対 処 と い っ た 疾 患 ・ 治 療 に 関 す る 困 難 に 加 え て， 親 と し て の 役 割 を 果 た す 上 で の 困 難 や， 普 段 よ り も 十 分 に 役 割 を 遂 行 で き な い こ と に 対 す る 罪 悪 感， 病 気 に つ い て 子 ど も と 共 有 す る こ と に 関 す る 困 難 を 抱 え て い る こ と が 示 さ れ て き て い る。 一 方 で， こ う い っ た 子 育 て 中 の が ん 患 者 が 抱 え る 困 難 に 関 す る 先 行 研 究 は 記 述 的 か つ 探 索 的 な 研 究 が 中 心 で あ り (た と え ば， Barnes et al., 2000; Billhult & Segeston, 2003; Davis Kirsch et al., 2003; Helseth & Ulfset, 2005; Ohlen & Holm, 2006; Stiffler et al., 2008)， 子 育 て 中 の が ん 患 者 の 困 難 が 患 者 自 身 の 心 理 的 適 応 と ど の 程 度 関 連 し て い る の か や， 子 育 て 中 の が ん 患 者 が 抱 え る 困 難 の 関 連 要 因 な ど に つ い て， 定 量 的 な 研 究 は ほ と ん ど な さ れ て い な い。 子 育 て 中 の が ん 患 者 特 有 の 困 難 と し て ど の よう な も の が あ る の か だ け で な く， そ の 影 響 や 関 連 要 因 に つ い て 明 ら か に し て い く こ と は， 子 育

て世代特有のがん患者が抱える困難感に対する支援をより具体的に検討するために必要であるといえる。

第4節 親のがんに関する情報に対する子どもの心理

親の病気について子どもに伝えることは、がん患者を親に持つ子どもにとっても重要な問題である。がん患者を親に持つ0歳から18歳の子どもの心理社会的ニーズに関する系統的レビュー (Ellis, Wakefield, Antill, Burns, & Patterson, 2016) では、がん患者の子どもが必要としている支援として大きく6つのテーマが明らかにされている。それらは、「親のがんに関する年齢に適した情報」、「親やその他の家族と話すことへのサポート」、「孤独感を減らしたり、普通だと感じられるためのピアサポート」、「気持ちを共有できる安全な場所」、「苦痛に対処するための個別のサポート」、「がんが進行したり親が亡くなったときの専門的かつ継続的なサポート」であった。また、がん患者を親に持つ12歳から24歳の若者を対象にした研究 (Patterson, Pearce, & Slawitschka, 2011) では、子どもは「親のがんに関する情報」と「家族間の情報共有」を求めていることを指摘している。「親のがんに関する情報」については、子どもが親のがんに関する情報へアクセスできることに加えて、子どもが理解できる方法によって情報が提供されることを示しており、先述の Ellis et al. (2016) と同様に、子どもの年齢に適した親のがんに関する情報を求めていることが示されている。さらに「親のがんに関する情報」のうち、子どもが求めている順に、「親が回復する見込みに関する情報」、「がんや治療が親の将来に与える影響に関する情報」、「親の状態の良し悪しに関する情報」が挙げられており (Patterson et al., 2013)、親ががんに罹患したことだけでなく、親の病状の継時的変化や予後、治療の内容やその影響に関する情報を求めていることが示されている。

また、「家族間の情報共有」に関して子どもが求めることとして、「親のがんについて家族と自由に話せると感じること」や「親のがんについて家族が自分に対してオープンであると感じること」が挙げられており、家族間における秘密がないことや子どもが話したいときはいつでも家族に話せる状況であることが望まれていることがわかる。さらに、親のがんに関する情報源について、子どもは親だけでなく、医療従事者、本、リーフレット、インターネット等の多岐にわたる情報源を活用したいと希望しているが、医療従事者へのアクセスが無い、子どもの年齢に適した情報が無いという制限から、実際には希望する情報を得られていないことが指摘されている（Kennedy & Lloyd-Williams, 2009）。このように、がん患者を親に持つ子どもは親の異変やその状況に関する情報を求めていると考えられるものの、実際に子どもが望む情報を、子どもが望む形で得ることが難しい状況にあるといえる。

こういった背景をふまえ、米国を中心とした諸外国においてはがん患者を親に持つ子どもを対象とした介入プログラムが開発され、普及し始めている。しかしながら、本邦においては、米国で開発された代表的なプログラムの一つである Children's Lives Include Moments of Bravery (CLIMB)[®] プログラムが近年導入されたばかりであり、ファシリテーターの養成が進められている（小林, 2013）。したがって、がん患者を親に持つ子どもへの支援は、本邦においては始まったばかりであり、今後支援の拡充が一層求められている現状にある。

第5節 親が自身のがんについて子どもに伝える困難が親自身に及ぼす影響

親が自身の病気について子どもに伝えることが妨げられている状況は、患者自身の心理的健康にも悪影響で

ある可能性が指摘されている。たとえば，乳がん患者を対象とした研究（Figueiredo, Fries, & Ingram, 2004）では，がんに関する気がかりを重要な人物に打ち明けられない程度は，患者の役割の制限，情緒的健康と関連していることが示されている。また，家族内でがんについて話しづらい程度と患者の心理的健康との関連を検討した研究（Mallinger, Griggs, & Shields, 2006）では，家族ががんに関する話題を避けていると主観的に認識している患者ほど，心理的健康得点が低かったことが示されている。さらに，子育て中のがん患者とその子どもにおけるコミュニケーションの程度と親の抑うつ，不安との関連を検討した研究（Meriggi et al., 2016）では，自身のがんに関する子どもとのコミュニケーションが少ない患者ほど，抑うつと不安が高かったことを示している。このことから，自身のがんについて子どもに伝えることに困難を感じている患者は心理的健康が阻害されている可能性が高いことが考えられる。

しかし，このように，がんに関するコミュニケーションと患者の心理的適応を定量的に検討した研究は数少なく，本邦においては一つの研究も認められない。また，定量的なデータを用いた海外の研究においては，コミュニケーションの内容として，子どもとの日常的なやりとりの程度や，自身のがんについて家族に話しやすいかといった患者の主観的指標のみが検討されており，実際に伝えた内容や伝え方と患者の心理的適応との関連は検討されていない。さらに，こういった諸外国の知見は，子どもを成人と同様に一人の独立した個人として捉える文化から，子どもの知る権利を重要視する視点が反映されているといえるが，日本は異なる文化的背景をもつことから，それらの知見をそのまま導入することは難しい。以上のことから，本邦のがん患者を対象に親から子どもへの具体的な病気の伝え方と親の心理的適応について検

討する必要があるといえる。

第 6 節 親のがんに関する親子間コミュニケーションの現状

親のがんについて患者が子どもにどのように伝えているのかについては、半構造化面接を用いた研究によって知見が積み重ねられている。32名のステージⅠ－Ⅱ期の子育て中の乳がん患者を対象に半構造化面接を実施した研究（Barnes et al., 2002）では、胸のしこりが認識された時点から初回治療までの時間における子どもとのコミュニケーションについて、その時期とコミュニケーション量との関連が明らかにされている。そのうち、病気について親が子どもに最初に伝える時期は、生検による確定診断後が70%と最も多かった。また、全員ががんという病名を必ずしも用いたわけではなく、がんという病名を伝えたのは対象者全体のうち50%であった。さらに、手術後まで何も知らせていない患者や、調査時点まで子どもに何も知らせていない患者もあった。

本邦では、乳がん患者30名を対象に半構造化面接が行われ、病気について親が子どもに話す意思決定過程について検討されている（Yoshida et al., 2010）。Yoshida et al.（2010）は、乳がん患者が病気について子どもに話す意思決定過程を、トランスセオレティカルモデル（Prochaska & DiClemente, 1983）を基に熟考期、準備期、実行期（入院・手術）、実行期（術後補助療法）、実行期（診断）、実行期（予後）の6段階に分類している。熟考期は、患者は病気について伝えようとしているが何もしていない段階である。準備期は、いつ、どのようにして話すのかについて考えているといったような、伝えることについて何らかの準備をしている段階である。実行期（入院・手術）は、入院することと手術することについてすでに子どもに話している段階である。実行期（術

後補助療法)は、実行期(入院・手術)の段階で話す内容に加えて、術後化学療法または放射線療法を受けること、また治療に伴う副作用について話している段階を指す。実行期(診断)は、実行期(術後補助療法)に加えて、がんの診断について話している段階で、実行期(予後)は、実行期(診断)に加えて、予後について話している段階である。そのうち最も多くの対象者が属していた段階は実行期(診断)であり、その次に多かったのは実行期(予後)であった。

英国で行われたステージⅠ-Ⅲ期の乳がん患者を妻に持つ子育て中の夫に対するインタビュー調査(Forrest, Plumb, Ziebland, & Stein, 2009)では、親のがんについて子どもに伝えていたのは主に患者である母親からであったことが示されている。調査対象となった父親の多くは、母親からの乳がんの告知に子どもが対処できるよう工夫していたことが語られた。たとえば、何が起きているのかについて子どもが理解できるように努める、物事を話し合う機会を作る(主に就寝前や車の中)、子どもが通う学校の先生に親のがんに罹患していることを知らせる、などである。また、少数の父親が、治療について適切な情報を提供できないと感じたり、がんやその後の悪い結末に至る可能性について話すことを避けていた。さらに、少数の夫婦において、子どもに何をいつ話すのかについて意見が合わなかったことが語られていた。たとえば、健康な親である父親は、子どもが自身の気がかりや質問などを自由に話すことができるようなコミュニケーションを行うべきだと感じていたが、乳がん患者である母親はそれを望まず、「がん」という言葉を用いずに子どもたちに話していたことが語られている。

これらの先行研究から、親が自身のがんについて子どもに伝える時期は診断確定時が多いことがわかる。また、治療内容や病状によって伝える内容は変化する可能性が

あること、がん患者と配偶者とで子どもに伝えることに対する意向や伝える内容が異なる可能性が考えられる。しかし、子どもを持つがん患者のコミュニケーションを対象にした包括的レビューによると、これまでに行われた13の研究のうち、11の研究が非構造化面接を中心とした質的調査で実施されており（Semple & McCane, 2010）、親の病気について子どもに伝えることの意義を検討するにあたっての定量的な研究は不足しているといえる。また、本邦における子育て中のがん患者と子どもとのコミュニケーションについて質的に明らかにした論文はYoshida et al.（2010）のみであり、Yoshida et al.（2010）は限界点として子どもの年齢や人数を考慮する必要性を指摘している。それらの情報を加味してさらなる検討を行うことで、本邦におけるがん患者と子どもとのコミュニケーションの現状をより詳細に明らかにすることができ、子どもの年齢を考慮した患者のコミュニケーションのあり方の提言が可能になると考える。

第7節 親のがんについて子どもに伝える意思決定に関連する要因

がんに罹患した親が自身のがんについて子どもに伝えることが重要であることが指摘されるに伴い、親のがんを子どもに伝える際の親の意思決定に関連する要因がインタビュー調査を用いて検討されている。

第1項 子どもに伝えることを躊躇させている要因

親のがんについて子どもに伝えない理由（以下、阻害要因とする）として多くみられるのは、不安や悲しみなどの精神的苦痛から子どもを守りたいという、子どもの情緒的負担への配慮である（Barnes et al., 2000; Campbell-Enns & Woodgate, 2013; Kennedy & Lloyd-Williams, 2009; MacPherson, 2005; Stiffer et al.,

2008; Thastum et al., 2009; Yoshida et al., 2010)。また、子どもの生活をできる限りこれまで通りに維持したいという思い (Stiffer et al., 2008) から親の病気については子どもに一切伝えない親もいることが示されている。さらに、伝えることで子ども自身の健康についても心配を増やしてしまうのではないかとといった点を懸念する親や (Yoshida et al., 2010)、子どもが話してほしくなさそうだから話さない (Barnes et al., 2000; Zhang & Siminoff, 2003) という親もいることがわかっている。

このように、子どもの心身の健康への配慮といった理由に加えて、どう伝えていいかわからない (Kennedy & Lloyd-Williams, 2009) といった要因も明らかにされている。さらに、子どもに理解できないだろうと思い伝えない親もいることがわかっており (Barnes et al., 2000; Kennedy & Lloyd-Williams, 2009; Stiffer et al., 2008; Thastum et al., 2009)、子どもの年齢に合わせた伝え方がわからない、といった理由とも捉えることができる。

また、親のがんについて子どもに伝えないことで、親自身が話しづらい体験を回避することができ、親の心理的負担が少なくなることも挙げられている (Barnes et al., 2000; Campbell-Enns & Woodgate, 2013; Kennedy & Lloyd-Williams, 2009; MacPherson, 2005; Thastum et al., 2009; Yoshida et al., 2010; Zhang & Siminoff, 2003)。たとえば、乳がん患者が自身のがんの診断を子どもに伝えなかった理由として、死に関する質問を避けるためという理由が挙げられており、これはその他の理由と比較しても多かったことが報告されている (Barnes et al., 2000)。子どもからの質問は時に率直になりすぎるものが予測され、自らの死の可能性については話したくないという気持ちが反映されているといえる。また、がんについて話すと自身の罪悪感が高まるのではないかと、という懸念を患者自身が抱えていることや (Yoshida et al.,

2010), 子どもに病気について伝えることで, 近隣など周囲の人々に自身のがんのことが知れわたってしまうのではないかということ懸念し, 伝えない親もいることが報告されている (Barnes et al., 2000; Yoshida et al., 2010)。

最後に, 家族行事を楽しく過ごしたかったため, という点も挙げられている (Barnes et al., 2000)。家族行事には, 長期休暇や誕生日などが含まれていた。本邦においては, こういったポジティブな感情を生じさせるイベントだけでなく, たとえば子どもの受験期など, 家族内で情緒的均衡を保つ必要性があるイベントの場合にも, 打ち明けに対する意思決定に影響が及ぼされると考えられる。

第2項 子どもに伝えるきっかけとなる事柄や促す要因

親のがんについて子どもに伝えるきっかけや理由(以下, 促進要因とする)としては, 子どもに情緒的な負担をかけたくない (Barnes et al., 2000; Yoshida et al., 2010) といった阻害要因に共通する理由に加えて, 子どもが病気に上手に対処できるようにする (Barnes et al., 2000; Kennedy & Lloyd-Williams, 2009; Yoshida et al., 2010), 子どもとの信頼関係を維持する (Barnes et al., 2000; Campbell-Enns & Woodgate, 2013; Kennedy & Lloyd-Williams, 2009) といった, 子どもの適応を維持したいという理由が多くみられる。また, 本邦のがん患者を対象にした研究では (Yoshida et al., 2010), 親や子どもの生活環境が変わることへの理解を得るためや, 子どもの協力を必要とするといった理由も挙げられており, がん罹患に伴う変化によって親が必要に迫られて伝える場合があることを示している。さらに, 子どもが親の病気を感じ取っている (Kennedy & Lloyd-Williams, 2009), 子どもから質問された (Asbury, Lalayiannis, &

Walshe, 2014) といった, 子どもがすでに親のがんに気づいていたという状況から伝える場合もあることが報告されている。

以上のような心理的要素に加えて, 子どもや親の属性, がんやその病状の打ち明けの有無との関連についても検討されている。たとえば, 子育て中の乳がん患者 32 名を対象にした研究 (Barnes et al., 2002) では, 親が自身のがんを子どもに伝えることを予測する因子として子どもの年齢と母親の教育歴が挙げられており, 子どもが年長であるほど, 伝えられる時期が早く量が多いこと, 母親が高学歴であるほど, コミュニケーション量が少ないことが示されている。また, 子どもの性別や親の年齢, 経済状況はコミュニケーションの時期や量と関連が無いことが示されている。さらに, 親のがんについて子どもに伝えるのをとどまった理由として, すぐに完治すると思ったからということが報告されており (Thastum et al., 2009), がん種やステージによる影響も考えられる。

このように, 親の病気の様々な局面において, 家族に起きている状況を親が子どもにどう伝えていくかが大きな課題となっており, 子どもに病気を伝える理由について, 面接による調査を中心に検討されてきた。しかし, これらの研究のほとんどが質的研究の結果であり, 実際にどのような要因によって親のがんに関する打ち明けが阻まれやすいのか, 促進されやすいのかなどについて定量的な検討が行われていない。また, これまでの先行研究の問題点として, 子どもの発達段階やがん患者のステージなどの病態や診断時から調査時までの期間を考慮できていないこと, 実際に伝えていない患者が対象になっていないことなどが挙げられており (Yoshida et al., 2010), 今後これらの要因を考慮した研究が必要である。さらには, 親のがんについて伝えられることが子どもの権利として捉えられる諸外国と異なり, 日本では必要に

迫られないと伝えないといった風土もあることがうかがえる。これらのことから、本邦のがん患者が自身のがんを子どもに伝える際の促進・阻害要因を検討するにあたっては、本邦における調査が必要不可欠であるといえる。

第8節 母親に焦点をあてた研究の必要性

これまで、子育て中の親ががんに罹患した際の親の困難感や親子への影響について概観してきたが、特に親の性別によって影響が異なる可能性が考えられる。特に、母親ががんに罹患した場合には、母親としての役割が大きく揺らぐことが指摘されている。たとえば、未成年の子どものある家庭では、入院や体調の変化から子どもとの物理的・情緒的関わりといった家庭内での母親としての役割が著しく変化する（Faulkner & Davey, 2002）。子どもを持つがん患者において、親役割に関する心配事が多いほど、抑うつや不安が高く、生活の質が低い（Park et al., 2016）ことも指摘されていることから、このような親役割の揺らぎは、子育て中の母親がん患者の心理的適応に影響する可能性が考えられる。

また、家族研究の多くは「母子関係」を対象に研究がなされてきた（Shulman & Seiffge-Krenke, 1997）。成長期の主な愛着対象として多い順に、母親、恋人、友人が挙げられていることや（酒井, 2001）、母親の心理的適応は子どもの心理的適応に影響を及ぼすことが指摘されている（菅原, 1997）。しかし、これまで母親に焦点を当てた研究は少ない。子どもの心理的適応を考える上でも、母親の心理的適応は特に重要であると考えられる。

第9節 子育て中のがん患者とその家族の適応を目的とした国内外の取り組み

子育て中のがん患者に対するサポートを検討する上で、先述のように、子どもへのコミュニケーションに関する

サポートニーズが明らかとなっている。たとえば，子育て中のがん患者の心理社会的サポートに対するニーズを調査した研究（Ernst et al., 2013）では，68%が子育て中にがんに罹患することについての情報（たとえば，がんについて子どもにどのように伝えるか）を求めており，66%が同様のテーマに関連した実際のサポートを求めていた。本邦においても，子どもを持つ女性がん患者を対象に質問紙調査が行われ（小川・小野・畑・鈴木，2018），「自身のがんを子どもに伝える際に医療者にしてほしいことがある」と答えた者は84名のうち38名（45.2%）と約半数を占めた。そのうち，具体的なサポート内容として最も多く望まれたことは，母親のがんについて医療者から子どもに説明してほしい（33.3%），子どもへの伝え方を教えてほしい（31.3%）といった病気を説明することに関する支援であった。

子育て中のがん患者とその家族の適応を目的とした取り組みは，がん患者に対する小冊子を用いた情報提供から，がん患者とその子どもや学校関係者を対象とした介入プログラムが国内外で実施されてきている。子育て中のがん患者とその家族に対する心理社会的介入の系統的レビュー（Inhestern, Haller, Wlodarczyk, & Bergelt, 2016）では，構造化された介入研究として36本の論文が抽出され，それらの研究では19種類の介入が認められたことが報告されている。そのうち，8本が親子を対象にした介入であり，7本が子どもを中心とした介入，4本が親を中心とした介入であった。レビュー対象となった研究の多くが米国または欧州で行われており，日本を含むアジア圏の介入研究は0本であった。多くの介入が，家族間のコミュニケーションの改善と，子どもの適応およびがんに対する理解の促進を目的としており，他には，子どもや家族のコーピング方略に対する支援や，親子間の愛着の改善，親の気分の改善，悲嘆プロセスへ

の支援を目的としていた。介入結果として、いくつかの研究で家族間での対話やお互いの気持ちに対する理解を促進しただけでなく、親子の生活の質や心理的適応の改善がみられたことが報告されている。

たとえば、8歳から12歳の小学生の子どもを持つ乳がん患者を対象に行われた、がん患者とその子どもとの病気に関するコミュニケーションの促進を目的としたパイロット研究(Lewis, Casey, Brandt, Shands, & Zahlis, 2006)がある。その研究では、母子間の関わりを促進することを目的としてワークブックや宿題を用いた介入が行われた結果、介入前後で、母親の抑うつや状態不安、自己効力感、子どもの心配と行動機能、情緒機能における改善が認められたことが報告されている。また、同プログラムに参加した4名の母親の質的インタビューを分析した研究(Davis Kirsch et al., 2003)では、特に乳がん患者である母親にとって、がんの罹患を通して自分自身や子どもについて新しい側面を見出すことができたり、それらを共有することで母子関係が近接になったことが報告されている。

Fasciano et al. (2007)は、このDavis Kirsch et al. (2003)の介入をもとに、家族以外のメンバーからのサポートもがん患者やその家族にとって有益であることを述べており、学校の看護師やカウンセラー、担任といった客観的な立場の者も、情報源や情緒的サポート源として、有用な役割を果たし得ると述べている。さらに、Fasciano et al. (2007)は、がんとその治療、家族に紹介可能な地域の特定の資源に関する情報を米国の教職員に提供し、さらにがん患者である親とその子どもの経験を聞く機会を与えた。その結果、プログラムに参加した教職員の多くが、がん患者の親をもつ子どもの家庭に対する理解が深まり、働きかけの方法について学習することができ、効力感が高まったことが示されている。さら

に、この結果から、がんに関する正しい情報を対象児童・生徒の年齢に適切な形で説明することで、学校の教職員もがん患者の子どもをサポートすることができる」と述べている。この研究の他に、介入研究にはいたらずとも、子どもを持つがん患者に対してどのようにアドバイスを提供すべきかに関する医療従事者向けのマニュアル本の開発も行われている（Turner et al., 2008）。

本邦においては、Inhestern et al. (2016) のレビュー結果にも示されているように、構造化された介入プログラムの効果研究はほとんどなく、病院施設単位や各 NPO 団体によって、海外の実践を参考にしたサポートプログラムが中心に開発、運用されている。まず一つ目に、本邦では親ががんに罹患した子どもをサポートする専門職の団体である Hope Tree が中心になって活動を展開している CLIMB[®] プログラムが挙げられる。CLIMB[®] プログラムとは、米国の The Children's Treehouse Foundation と Sue Heiney が共同開発した、がんになった親の子どものためのサポートグループプログラムで、現在国内外において取り組まれているプログラムである（小林, 2014）。プログラムの対象は、親ががんであることを知らされている学童期の子どもであり、10名を定員として行われている。プログラムでは、子どもの持っている力を引き出し、親の病気に関連するストレスに対処していくための能力を高めることを目指し、具体的には①自分の感情を理解し、表現する方法を学ぶこと、②周囲の人たちに感情を伝える方法を学ぶこと、③感情に対処していく方法を学ぶことが目標として掲げられている。計6回のセッションで、参加者は、がんに関する正確な情報を得たり、自分の感情を表出し、それらへの対処法を学ぶ。日本版のプログラムでは、親グループを平行開催しており、各回のテーマと活動について心理教育を行う場ともなっている。本邦においては、パイロットスタディが1

本のみ行われており (Kobayashi, Heiney, Osawa, Ozawa, & Matsushima, 2017), プログラムの前後比較の結果, 子どもの Post-traumatic Stress Symptoms (PTSS) の低減や身体機能以外の親の生活の質が改善したことが報告されている。また一方で, 子どもの心理社会的ストレスおよび患者である親の心理的苦痛や PTSS に有意な低減は認められなかったことも併せて報告されている。また, このプログラムへの参加を契機に, 親子でがんについて自然に話せるようになり, 気持ちを表現し共有できるようになったという報告や, これまで遠慮して避けていた治療や日常生活のお願いごとについての会話が增えたことが, 親からの感想として得られている (大沢, 2014)。このように, 参加者からは高い満足度が得られているプログラムである一方, 参加者が集まりにくいという点が限界点として挙げられている (大沢, 2014)。

さらに, がん診療連携拠点病院の一つである四国がんセンターでは, 親ががん患者である小学生の子どもに対して「キッズ探検隊」とよばれる 1 回参加型のプログラムを実施している (井上, 2014)。このプログラムでは, 親ががん患者であるという同じ立場の子どもたちが, がんという病気の特性やその治療に関する正しい知識を学び, 困難な場面にも対処できるストレスマネジメントスキルを学習することを目指している。当プログラムの参加者からは, 親子のコミュニケーションがより円滑になり, がんについてオープンに話し合うことができたことなどが語られている。その他にも, 「キャンサーペアレンツ」や「がんのママを支え隊」といった子育て中のがん患者のための NPO 法人が近年設立されてきており, ピアサポートが拡充されてきている。

このように, 海外におけるサポートプログラムや情報を基盤に, 本邦でも少しずつ子育て中のがん患者とその

家族へのサポートの必要性が注目され、支援活動が展開されるまでとなってきた。しかしながら、こういったサポートプログラムや支援の効果について、定量的な指標を用いて効果を検証しているものは非常に少ない。また、子どもに自身のがンを伝えようとしている母親に対して、その困難感を軽減するための介入研究は皆無であり、既存の支援体制が実際にどのような影響を与えているかについては本邦では全く検討されていない。子育て中のがん患者とその家族は今後も増加していくことが予測されており、本邦における支援内容の拡充が求められるといえる。以上のことから、子育て中のがん患者に対する本邦での支援の現状を整理し、本邦の子育て中のがん患者が抱える葛藤や心理的適応にそれらがどのように影響しているかについて検討することによって、今後の支援における基盤を整えていく必要があるといえる。

第 2 章 本論文の目的と臨床的意義

第 1 節 本論文の目的

子育て中の親ががんに罹患した場合、自身の病気を子どもに伝えることは困難であり、家族内での情報共有が不十分のままに治療が進むことが少なくない。家族内での開かれたコミュニケーションはがん患者を親に持つ子どもが求めるものであるとともに、がん患者が自身の病気について家族と話すことができないことは患者の抑うつや不安と関連することが指摘されている。しかしながら、先行研究では、がんに関する親子間コミュニケーションと患者の心理的適応との関連を検討する際に、子どもとの日常的なコミュニケーションの程度や、がんについてどの程度家族に話しやすいかといった患者の主観的指標のみが用いられており、実際に伝えた内容や伝え方と親の心理的適応との関連は検討されていない。また、これまで「がんについて伝えられているか」に焦点が当

てられてきたものの，がんという診断名や治療内容，副作用，予後などといった内容によって，伝えている状況は異なると考えられる。そのため，それらの内容を考慮した上で，親子間コミュニケーションと患者の心理的適応を検討する必要がある。

また，がんの診断や，治療決定，治療に伴う副作用の出現等といった親の病気の様々な局面において，家族に起きている状況を子どもに伝える際の親の意思決定をどのように支えていくかが大きな課題となっており，親が自身の病気について子どもに伝える理由や伝えない理由について，面接による調査を中心に検討されてきた。しかし，事例研究的な報告が多いこと，子どもの発達段階やがん患者のステージなどの病態といった対象者の属性を考慮できていないこと，実際に伝えていない患者が対象になっていないことなどの課題があり，今後これらの要因を考慮した定量的研究が必要である。

また，これまでに述べてきたがんに関する親子間コミュニケーションについて検討を行う際，親の性別を考慮する必要がある。特に，母親ががんに罹患した場合，母子の心理的適応に大きな影響を与えうることが先行研究から示唆されているが，これまで母親に着目した研究は少ない。さらに，子どもに話すべきか，どのようにして話すべきかといった患者の意思決定を支えるサポート資源の不足も報告されており，本邦における支援体制について実現可能かつ有用な方法を検討する必要がある。

そこで本研究では，子どもに自身のがんについて伝えようとする母親への支援の在り方を検討するため，以下の点を明らかにすることを目的とする。まず，①母親が自身のがんについて子どもに伝えることと，母親の心理的適応との関連について検討するために，母親のがんについて子どもに伝えている程度や伝え方と，がんを抱えながら前向きに生活していくなどの母親の心理的適応と

の関連について明らかにする（研究1）。次に，②がんについて母親が子どもに伝えることを促進および阻害する要因について明らかにする（研究2）。そして，③子どもに自身のがんについて伝えようとする母親への支援をねらいとした既存のサポートが，母親のがんについて子どもに伝える際の促進・阻害要因および母親の心理的適応に与える影響を明らかにする（研究3）。

第2節 本論文の臨床的意義

これらの研究は以下の臨床的意義があると考えられる。

1) がん罹患に伴う様々な生活の変化において，家族に起きている状況を子どもに伝える際の親の意思決定をどのように支えていくかが大きな課題となってきた。本論文によって，子育て中の母親がん患者が自身のがんについて子どもに伝えることと，母親がん患者の心理的適応との関係，および，自身のがんについて子どもに伝える際の促進・阻害要因について，定量的なデータをもとに検討することで，本邦における子育て中のがん患者を支援する際の基礎的な資料とすることができる。

2) さらに，子どもに話すべきか，どのようにして話すべきかといった患者の意思決定を支えるサポート資源の不足も報告されており，本邦における支援体制について実現可能かつ有用な方法を検討する必要がある。本邦の子育て中のがん患者とその家族に対して実施されている支援が，母親がん患者に与える影響について明らかにすることで，本邦における子育て中のがん患者に対する今後の支援として，どのような構成要素が必要なのか，探索的に検討することができる。

第3節 本論文の構成

第1章では，本論文の背景となる，子育て中のがん患者とその家族が抱える困難として，親のがんについて子

どもに伝えることを挙げ，子どもに伝えることによる患者・家族への影響や，親のがんに関する親子間コミュニケーションの研究動向について概観し，問題点を明らかにした。さらに，第2章では，本研究での目的と意義について論じた。第3章からは，以下のような構成で展開される。

まず，第3章では，母親が自身のがんについて子どもに伝える際の心理的適応について検討する（研究1）。第4章では，母親のがんについて子どもに伝える際の促進要因および阻害要因を明らかにすることを目的として，研究2-1および研究2-2を行う。研究2-1では，母親のがんについて子どもに伝える際の意思決定要因について質的に検討する。その結果をふまえて，研究2-2では，母親のがんについて子どもに伝える際の促進要因と阻害要因について因子構造をそれぞれ確認し，その特徴を検討する。第5章では，子どもに自身のがんについて伝えようとする母親への支援をねらいとした既存のサポートが，母親のがんについて子どもに伝える際の促進・阻害要因および母親の心理的適応に与える影響を明らかにする。最後に，第6章において本論文の総合考察と，本論文がもつ臨床的意義について述べる。

以上，本論文の構成と各研究の位置づけについて Figure 2. に示す。なお，本研究は，早稲田大学人を対象とする研究に関する倫理審査委員会（承認番号：2014-282，2015-337），および，調査実施施設の研究倫理審査会（整理番号：16-R058）の承認を得て実施された。

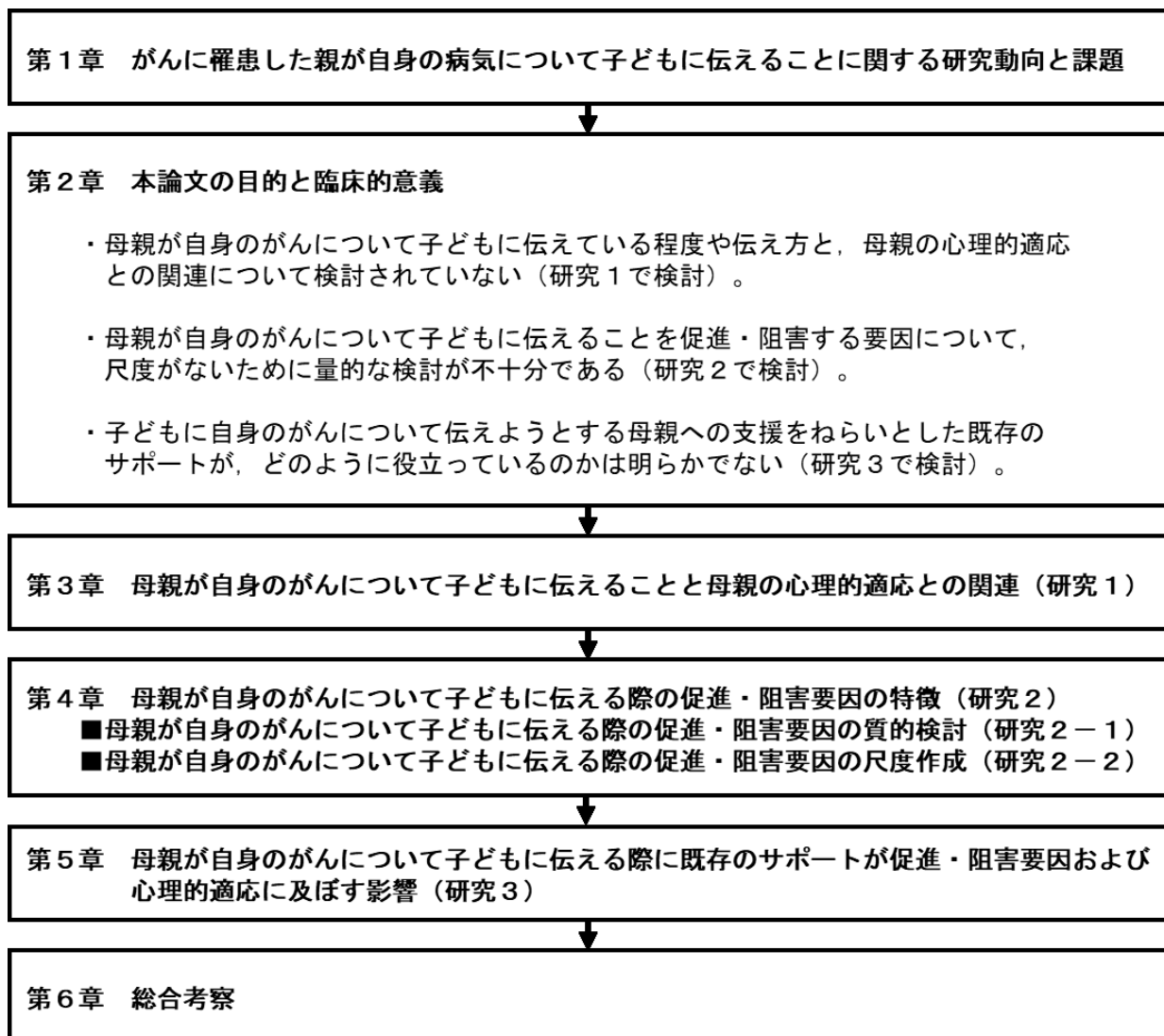


Figure 2. 本研究の構成

第 3 章 母親が自身のがんについて子どもに伝えることと母親の心理的適応との関連

第 1 節 本章のねらい

がんに罹患した母親が自身の病気について子どもに伝えた程度および伝え方と母親の心理的適応との関連について明らかにすることを通して，日本における母親がん患者の現状を検討する。

第 2 節 母親が自身のがんについて子どもに伝えることと母親の心理的適応との関連（研究 1）

第 1 項 目的

がんに罹患した母親が自身の病気について子どもに伝えた内容と伝えた時期，誰が伝えたか（伝えた人），および，その後の母親の心理的適応との関連を明らかにすることを目的とした。

第 2 項 方法

2. 1. 調査対象者

調査対象者は，子育て中または子育て経験のある女性がん患者であった。選択基準は，（1）20 歳以上であること，（2）がんのために入院・外来治療中，経過観察中であること，（3）がん診断時に 18 歳未満の子どもがいたことであった。いずれの対象者も，日本語の読み書きができない場合は除外基準の適用となった。

2. 2. 調査手続き

がん患者会が主催する会合に参加する患者を対象に，以下のいずれかの方法にて質問紙調査を実施した。定期的な会合を運営している患者会の団体責任者から許可が得られた場合には，会合の前後に質問紙を配布した。定期的な会合がない場合には，団体が発行する定期刊行物に募集要領と質問紙送付の可否を問うはがきを同封し配

布した。はがきにて質問紙送付の同意が得られた者のみに質問紙を送付した。いずれの場合においても、質問紙の返送をもって研究参加への同意とみなした。

2. 3. 倫理的配慮

本研究は、早稲田大学の人を対象とする研究に関する倫理審査委員会の承認を得て実施された（承認番号：2014-282）。

2. 4. 調査項目

以下の項目について質問紙による回答を求めた。

(1) フェイスデータ：

調査対象者の年齢、性別、家族構成、教育歴、婚姻状況、就業状況、がん種、ステージ、再発・転移の有無、がん告知時期に関する回答を得た。また、調査対象者の子どもについて、年齢、性別、出生順に関する回答を得た。

(2) 母親の病気について子どもに伝えた内容：

Barnes et al. (2000), Barnes et al. (2002), Yoshida et al. (2010) といった子どもに親のがんを伝えた内容に関する先行研究や、Ellis et al. (2016) といった親ががんに罹患した子どもが求める情報に関する先行研究を参考に、親の病状に関する情報を①病名（例：がん）、②治療方法（例：手術と化学療法）、③治療に伴う副作用（例：抗がん剤の副作用）、④予後（例：再発の可能性やその後）に分類し、各内容を子どもに伝えたかどうかを尋ねた。また、伝えた内容を量的に検討するために、4つの内容（病名、治療方法、治療に伴う副作用、予後）のうち、いくつ伝えたかを伝えた程度（0 - 4点）とした。

(3) 伝えた時期：

上記内容①－④をいつ伝えたかについて回答を得た。選択肢は，確定診断を受けたとき，手術を受けるとき，術後補助療法を受けるとき，その他の4つであった。

(4) 伝えた人：

上記内容①－④を誰が伝えたかについて回答を得た。選択肢は，患者本人，配偶者，夫婦で，祖父母，きょうだい，医師，その他の7つであった。なお，(2)－(4)については，診断時に18歳未満だった子どもを複数持つ場合には，可能な限り，それぞれの子どもについて回答を得た。

(5) 母親の心理的適応として，調査時の不安，抑うつ，PTSS，PTGを測定した。

① 不安，抑うつ：

Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) (Zigmond & Snaith, 1983; Zigmond・Snaith・北村, 1993) を用いた。身体疾患を有する患者で，身体疾患の影響を受けずに，抑うつ (HAD-D) や不安 (HAD-A) の症状を評価するための自記式質問紙で，東他 (1996)，八田他 (1998) により信頼性と妥当性が確認されている。抑うつ7項目，不安7項目の計14項目により構成されており，0－3の4件法にて回答を得た。

② がん闘病に対する PTSS：

Impact of Events Scale Revised 日本語版 (IES-R) (Asukai et al., 2002; Weiss, 2004) を用いた。心的外傷性ストレス症状を測定する自記式質問紙であり，侵入症状 (8項目)，回避症状 (8項目)，過覚醒症状 (6項目) の下位尺度から成り，計22項目により構成されている。0 (全くなし)－4 (非常に) の5件法にて回答を得た。

③ がん闘病における外傷後成長（Posttraumatic Growth：PTG）：

日本語版外傷後成長尺度（Taku et al., 2007）を用いた。特定の外傷体験の結果、個人の生き方に生じた変化の程度を測定する自記式質問紙である。下位因子について、日本語版では、他者との関係（6項目）、新たな可能性（4項目）、人間としての強さ（4項目）、精神性的変容および人生に対する感謝（4項目）の4因子が確認されており、本研究においても4因子の下位尺度、計18項目を用いた。なお、0（この変化を、全く経験しなかった）－5（この変化を、かなり強く経験した）の6件法にて回答を得た。

2. 5. 分析方法

得られた回答のうち適格・除外基準に照らし基準に当てはまらない対象者のデータを除外した。各尺度につき欠損値が10%以下の場合には、各項目の最頻値を用いて補完し、10%を超える場合は各分析から除外した。一人の母親から複数の子どもについて回答が得られた場合、伝えていない子どもが一人でもいると母親の葛藤が生じうると考えたため、伝えられた内容が少ない子どものデータを用いた。

まず、本研究の対象者の背景を記述するため、属性および母親の心理的適応について記述統計を示した。また、本研究の対象者が自身のがんについて子どもに伝えている状況を把握するため、母親から子どもに伝えた内容、伝えた時期、伝えた人に関する記述統計を示した。伝えた内容については、伝えた内容の組み合わせ別の記述統計を示した。

次に、対象者の属性と各変数との関連を示すため、対象者属性を独立変数、伝えた内容、伝えた時期、伝えた

人，母親の心理的適応を従属変数とした分析を行った。分析は，変数の特徴に合わせて，対応のない t 検定，一要因の分散分析，Fisher の正確確率検定を行った。また，その内容の組み合わせの内訳と，組み合わせごとの母親の不安，抑うつ，PTSS，PTG を記述統計として併せて算出した。

次に，伝えた程度と母親の不安，抑うつ，PTSS，PTG との Spearman の順位相関係数を算出した。有意水準は 5% とし，相関係数が 0.2 未満は無相関関係，0.2 以上 - 0.4 未満は弱い相関関係，0.4 以上 - 0.7 未満は中程度の相関関係，0.7 以上の場合は強い相関関係があるとした。

最後に，伝えた時期，伝えた人を独立変数，母親の不安，抑うつ，PTSS，PTG を従属変数とした対応のない t 検定を行った。伝えた時期について，治療前に伝えることが推奨されていることから，診断後から手術前と手術後の 2 群を独立変数とした。伝えた人については，患者から伝えることが多いことから，患者とその他の 2 群を独立変数とした。対応のない t 検定の有意水準は 5% とした。分析には IBM SPSS Statistics 24 for Windows (日本 IBM 株式会社，東京) および，R 3.4.1 for Windows (R Development Core Team) を用いた。

第 3 項 結果

3. 1. 調査対象者の背景

得られた回答のうち，適格基準に該当しない対象者 1 名と，母親のがんについて子どもに伝えた内容および方法について回答が得られなかった 1 名を除いた。その結果，本研究における最終的な分析対象者は 31 名であった (Table 3-1)。

対象者の年齢は 40 代が 19 名 (61.3%) と最も多く，次いで 50 代が 10 名 (32.3%)，30 代と 60 代が 1 名 (3.2%) ずつであった。対象者の 8 割以上が既婚・再婚者であり，

5割以上が有職者であった。対象者の教育水準は、高校を卒業した者と四年制大学または大学院を卒業した者がそれぞれ8名(25.8%)、専門学校を卒業した者、短期大学を卒業した者がそれぞれ7名(22.6%)、中学校を卒業した者が1名(3.2%)であった。がん種は16名(51.6%)の乳がんが最も多く、婦人科がんと消化器がんがそれぞれ7名(22.6%)、血液がんが1名(3.2%)であった。ステージについてはI期が最も多く(12名, 38.7%)、次いでII期, III期(それぞれ6名, 19.4%)、0期(2名, 6.5%)、IV期(1名, 3.2%)であった。再発経験者は3名(9.7%)、転移経験者は7名(22.6%)であった。診断からの経過期間は5年以上10年未満の者が最も多く(12名, 38.7%)、1年以上5年未満の者が8名(25.8%)、1年未満の者が7名(22.6%)、10年以上の者が4名(12.9%)であった。また、対象者の子どもの数は、一人っ子の母親が16名(51.6%)と最も多く、次いで2人の子どもを持つ母親が11名(35.5%)、3人の子どもを持つ母親が4名(12.9%)であった。また、現在の子どもの年齢から母親のがん罹患年数を引いた、母親のがん診断時の子どもの推定年齢は、0-6歳が10名(32.3%)、7-12歳が7名(22.6%)、13-15歳が7名(22.6%)、16-18歳が7名(22.6%)であった。

次に、調査対象者の心理的適応の指標である、不安、抑うつ、PTSS、PTGの得点概要をTable3-2に示す。HADS11点以上を確診のカットオフとした場合、不安は3名(9.7%)、抑うつは4名(12.9%)が該当した。PTSS25点以上をカットオフとした場合、10名(32.3%)が該当した。

Table 3-1. 対象者の属性 (N = 31)

		N	%
年齢	30-39	1	3.2
	40-49	19	61.3
	50-59	10	32.3
	60-69	1	3.2
婚姻状況	既婚・再婚	25	86.2
	離婚	4	13.8
就労状況	有職	21	67.7
教育水準	中学校卒業	1	3.2
	高校卒業	8	25.8
	専門学校卒業	7	22.6
	短期大学卒業	7	22.6
	四年制大学以上	8	25.8
がん種	乳がん	16	51.6
	婦人科がん	7	22.6
	消化器がん	7	22.6
	血液がん	1	3.2
ステージ	0	2	6.5
	I	12	38.7
	II	6	19.4
	III	6	19.4
	IV	1	3.2
	不明	4	12.9
転移	有	7	22.6
再発	有	3	9.7
診断からの経過期間(年)	<1	7	22.6
	1-5	8	25.8
	5-10	12	38.7
	≥10	4	12.9
これまでに受けた治療	手術のみ	10	32.3
	手術と補助療法	20	64.5
	放射線療法のみ	1	3.2
子どもの数	1	16	51.6
	2	11	35.5
	3	4	12.9
子どもの性別	男性	15	48.4
診断時の子どもの推定年齢	0-6	10	32.3
	7-12	7	22.6
	13-15	7	22.6
	16-18	7	22.6

注) 補助療法＝化学療法, 放射線療法, または, ホルモン療法。

Table 3-2. 対象者の不安, 抑うつ, PTSS, PTGの記述統計量 ($N = 31$)

	<i>Mean/N</i>	<i>SD/%</i>	Range
HADS	13.07	6.37	3–29
不安	7.00	4.31	0–20
抑うつ	6.07	3.22	1–13
PTSS	19.67	12.66	0–44
侵入症状	6.53	5.58	0–20
回避症状	8.37	6.40	0–21
過覚醒症状	4.77	3.36	0–14
PTG	48.16	17.54	9–82
他者との関係	16.19	6.64	3–27
新たな可能性	11.42	5.03	0–19
人間としての強さ	10.58	4.25	0–18
精神的変容および人生に対する感謝	9.97	4.12	0–19

注) HADS=Hospital Anxiety and Depression Scale, PTSS=Posttraumatic Stress Symptom, PTG=Posttraumatic Growth。

3. 2. 母親の病気について子どもに伝えた内容と方法

対象者が自身のがんについて子どもに伝えている状況を把握するため、調査対象者が病気について子どもに伝えた内容と方法の概要、および、伝えた内容の組み合わせを Table 3-3, 3-4 に示す。調査対象者のうち、病名（例：がん）を子どもに伝えていた者は 25 名（80.6%）であった。同様に、25 名（80.6%）が病気の治療方法（例：手術と化学療法）について子どもに伝えていた。治療に伴う副作用（例：抗がん剤の副作用）は 21 名（67.7%）、予後（例：再発の可能性やその後について）は 13 名（41.9%）が伝えていた。これらの内容を伝えた時期について、病名、治療方法、予後は手術後に比べて手術前が多くそれぞれ、18 名（58.1%）、16 名（51.6%）、12 名（38.7%）であった。治療に伴う副作用は手術前よりも手術後が多かった（10 名、35.5%）。いずれの内容も調査対象者である母親が伝えている場合が最も多かった。

母親のがんについて子どもに伝えた内容について、その組み合わせの分布を把握するために、伝えた内容ごとの人数および割合を Table 3-4 に示した。病名、治療方法、治療に伴う副作用、予後の 4 つの内容すべてを伝えていた母親が最も多く 11 名（35.5%）であった。次に多かったのが、病名、治療方法、治療に伴う副作用を伝えた者の 6 名（19.4%）で、以降は順に、病名のみ（ $N = 4$, 12.9%）、病名と治療方法（ $N = 3$, 9.7%）、治療方法と治療に伴う副作用（ $N = 2$, 6.5%）、病名、治療方法と予後（ $N = 1$, 3.2%）、治療方法、治療に伴う副作用と予後（ $N = 1$, 3.2%）、治療方法（ $N = 1$, 3.2%）、治療に伴う副作用（ $N = 1$, 3.2%）であった。また、何も伝えていない者が 1 名（3.2%）であった。

Table 3-3. 母親が自身のがんについて子どもに伝えた内容, 時期, 人 (N = 31)

伝えた内容	合計		伝えた時期				伝えた人			
			手術前		手術後		患者		夫婦, 配偶者他	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
病名	25	80.6	18	58.1	6	19.4	18	58.1	7	22.6
治療方法	25	80.6	16	51.6	6	19.4	20	64.5	5	16.1
治療に伴う副作用	21	67.7	9	29.0	10	32.3	16	51.6	5	16.1
予後	13	41.9	12	38.7	1	3.2	12	38.7	1	3.2

Table 3-4. 母親のがんについて
 子どもに伝えた内容の組み合わせ (N=31)

	<i>n</i>	%
病名, 治療, 副作用, 予後	11	35.5
病名, 治療, 副作用	6	19.4
病名	4	12.9
病名, 治療	3	9.7
治療, 副作用	2	6.5
病名, 治療, 予後	1	3.2
治療, 副作用, 予後	1	3.2
治療	1	3.2
副作用	1	3.2
何も伝えていない	1	3.2

注) 治療 = 治療方法, 副作用 = 治療に伴う副作用。

3. 3. 対象者の属性と伝えた内容，時期，人，および母親の心理的適応との関連

対象者属性の特徴によって，回答に違いがみられるかを検討するため，対象者属性を独立変数，伝えた内容，伝えた時期，伝えた人，母親の心理的適応を従属変数とした分析を行った。分析は，変数の特徴に合わせて，対応のない t 検定，一要因の分散分析，Fisher の正確確率検定を行った。

その結果，病名を伝えたかどうか（告知済または未告知）において，診断時の子どもの年齢との関連がみられた（Table 3-5）。Ryan の方法による多重比較の結果，母親のがん診断時に子どもが 0 - 6 歳だった者に比べて，子どもが 13 - 18 歳の者は病名を告知済みである割合が多かった。

また，母親から子どもに伝えた内容について，対象者の属性と各内容を伝えた時期との関連について検討を行った（Table 3-6）。その結果，診断時の子どもの年齢によって病名を伝える時期が異なっていた。Ryan の方法による多重比較の結果，母親のがん診断時に子どもが 0 - 6 歳だった者に比べて，子どもが 13 - 18 歳の者は病名を術前に伝えている割合が多かった。

さらに，母親から子どもに伝えた内容について，対象者の属性と各内容を誰が伝えたかとの関連について検討を行った（Table 3-7）。その結果，いずれの属性においても有意な結果は認められなかった。

次に，患者属性による心理的適応の違いを検討した（Table 3-8）。その結果，ステージ 0 - II 期の患者は III - IV 期の患者に比べて抑うつが高かった。しかし，がん種や診断からの経過期間，子どもの人数，子どもの出生順，診断時の子どもの年齢といったその他の変数においては，母親の心理的適応に違いは認められなかった。

Table 3-5. 患者属性と伝える内容別の告知有無との連関 (Fisherの正確確率検定)

		病名 (n = 31)		治療方法 (n = 31)		治療に伴う 副作用 (n = 31)		予後 (n = 31)	
		告知済	未告知	告知済	未告知	告知済	未告知	告知済	未告知
ステージ	0-II	18	2	17	3	7	13	7	13
	III-IV	6	1	6	1	2	5	4	3
がん種	乳がん	14	2	14	2	11	5	4	12
	その他	11	4	11	4	9	6	9	6
診断からの経過期間	1年未満	5	2	7	0	4	3	2	5
	1-5年	7	2	8	1	7	2	3	6
	5年以上	13	2	10	5	9	6	8	7
子どもの人数	1人	12	4	13	3	11	5	7	9
	2人以上	13	2	12	3	9	6	6	9
子どもの出生順	第一子	20	6	21	5	17	9	11	15
	第二子	5	0	4	1	3	2	2	3
診断時の子どもの年齢	0-6歳	6	4	7	3	7	3	4	6
	7-12歳	5	2	6	1	5	2	3	4
	13-18歳	14	0	12	2	8	6	6	8
子どもの性別	男児	11	4	12	3	10	5	5	10
	女児	14	2	13	3	10	6	8	8

注) * $p < .05$ 。

Table 3-6. 患者属性と伝える内容別の伝えた時期との連関 (Fisherの正確確率検定)

		病名 (n = 25)		治療方法 (n = 25)		治療に伴う 副作用 (n = 21)		予後 (n = 13)	
		術前	術後	術前	術後	術前	術後	術前	術後
ステージ	0-II	13	4	10	5	5	7	7	0
	III-IV	4	2	4	2	2	3	3	1
がん種	乳がん	11	3	8	5	3	7	5	0
	その他	7	3	8	2	6	3	7	1
診断からの経過期間	1年未満	5	0	5	2	2	2	2	0
	1-5年	4	3	4	3	2	5	4	0
	5年以上	9	3	7	2	5	3	6	1
子どもの人数	1人	7	4	8	4	5	4	5	1
	2人以上	11	2	8	3	4	6	7	0
子どもの出生順	第一子	14	5	13	6	8	8	10	1
	第二子	4	1	3	1	1	2	2	0
診断時の子どもの年齢	0-6歳	1	4	3	3	2	4	2	1
	7-12歳	4	1	**	5	1	4	2	3
	13-18歳	13	1	8	3	3	4	7	0
子どもの性別	男児	8	2	7	3	5	4	5	0
	女児	10	4	9	4	4	6	7	1

注) ** $p < .01$ 。

Table 3-7. 患者属性と伝える内容別の伝えた人との連関 (Fisherの正確確率検定)

		病名 (n = 25)		治療方法 (n = 25)		治療に伴う 副作用 (n = 21)		予後 (n = 13)	
		患者	その他	患者	その他	患者	その他	患者	その他
ステージ	0-II	14	4	15	2	11	3	7	0
	III-IV	3	3	3	3	3	2	3	1
がん種	乳がん	10	4	12	2	8	3	4	0
	その他	8	3	8	3	8	2	8	1
診断からの経過期間	1年未満	2	3	6	1	3	2	2	0
	1-5年	6	1	6	2	5	2	3	0
	5年以上	10	3	8	2	8	1	7	1
子どもの人数	1人	10	2	12	1	10	1	7	0
	2人以上	8	5	8	4	6	4	5	1
子どもの出生順	第一子	15	5	17	4	14	4	10	1
	第二子	3	2	3	1	2	1	2	0
診断時の子どもの年齢	0-6歳	5	1	6	1	6	1	4	0
	7-12歳	3	2	5	1	4	2	3	0
	13-18歳	10	4	9	3	6	2	5	1
子どもの性別	男児	7	4	8	4	8	3	5	0
	女児	11	3	12	1	8	2	7	1

Table 3-8. 患者属性による母親の心理的適応の違い

		不安					抑うつ				
		<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t/F</i>	<i>d/η²</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t/F</i>	<i>d/η²</i>
ステージ	0-II	19	7.37	4.34	1.38	0.61	19	6.74	3.07	2.75 *	1.22
	III-IV	7	4.86	3.34			7	3.29	1.98		
がん種	乳がん	16	8.06	4.36	1.47	0.54	16	6.56	2.80	0.90	0.33
	その他	14	5.79	4.06			14	5.50	3.65		
診断からの経過期間	1年未満	7	9.43	5.68	2.31	0.15	7	7.29	3.50	0.85	0.06
	1-5年	9	7.56	3.88			9	6.22	3.15		
	5年以上	14	5.43	3.34			14	5.36	3.15		
子どもの人数	1人	15	6.93	5.02	-0.08	-0.03	15	6.87	3.29	1.38	0.51
	2人以上	15	7.07	3.63			15	5.27	3.03		
子どもの出生順	第一子	25	6.72	4.22	-0.79	-0.39	25	6.08	3.13	0.05	0.02
	第二子	5	8.40	4.98			5	6.00	4.00		
診断時の子どもの年齢	0-6歳	10	8.00	5.81	0.39	0.03	10	6.40	3.63	1.60	0.11
	7-12歳	7	6.43	2.15			7	7.57	3.10		
	13-18歳	13	6.54	3.99			13	5.00	2.77		

		PTSS					PTG				
		<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t/F</i>	<i>d/η²</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t/F</i>	<i>d/η²</i>
ステージ	0-II	19	19.68	12.17	0.94	0.37	20	47.65	16.25	-1.81	-0.80
	III-IV	7	15.00	8.33			7	59.71	10.98		
がん種	乳がん	16	18.81	11.37	0.51	-0.14	16	52.81	13.58	0.06	0.56
	その他	14	20.64	14.37			15	43.20	20.27		
診断からの経過期間	1年未満	7	25.86	11.44	1.13	0.08	7	51.57	11.28	0.17	0.01
	1-5年	9	18.56	14.41			9	46.67	18.41		
	5年以上	14	17.29	11.92			15	47.47	20.09		
子どもの人数	1人	15	19.20	12.24	-0.20	-0.07	16	44.50	15.85	-1.21	-0.43
	2人以上	15	20.13	13.49			15	52.07	18.95		
子どもの出生順	第一子	25	18.64	12.36	-0.99	-0.49	26	48.23	17.73	0.05	0.02
	第二子	5	24.80	14.36			5	47.80	18.57		
診断時の子どもの年齢	0-6歳	10	18.60	13.07	0.06	0.00	10	46.50	15.67	1.69	0.11
	7-12歳	7	20.71	15.68			7	39.43	20.58		
	13-18歳	13	19.92	11.62			14	53.71	16.38		

注) PTSS=Posttraumatic Stress Symptom, PTG=Posttraumatic Growth。

上記の結果をふまえ、抑うつ得点の高い対象者の特徴を複数の要素を統合して把握するために、ステージと診断からの経過期間からみた全対象者の人数分布（Figure 3-1）、Figure 3-1を乳がんとその他のがんの患者に分けた人数分布（Figure 3-2, 3-3）、さらにステージと診断からの経過期間を考慮した抑うつ得点の分布（Figure 3-4）を示した。いずれのFigureにおいても、ステージ0-II期、且つ、診断からの経過期間が10年未満に該当する棒グラフを赤色、その他を青色とした。Figure 3-4について、ステージと診断からの経過期間のプロフィールが同じ者がいる場合は、当該対象者の抑うつ得点の平均点をプロットした。

その結果、Figure 3-1からは、本研究の全対象者の特徴として、診断からの経過期間が10年以下、かつ、ステージ0-II期の対象者が多くを占めていることが示された。また、乳がんとその他のがんの患者に分けた場合（Figure 3-2, 3-3）では、特に乳がん患者において、ステージが早期かつ診断からの経過期間が短い患者が多いことが示された。また、全対象者のステージと診断からの経過期間を考慮して抑うつ得点の分布を調べたところ、抑うつ得点において疑診（8点）以上の得点を示した者の多くが、ステージ0-II期、かつ、診断からの経過期間が10年未満の者であった。

3.4. 母親が自身のがんについて子どもに伝えた程度および伝え方と母親の心理的適応との関連

母親が自身のがんについて子どもに伝えた内容の組み合わせごとに、母親の心理的適応について記述統計を示した（Table 3-9）。その結果、伝えた内容の組み合わせと母親の心理的適応の関係において、一定の傾向は認められなかった。

次に、母親が自身のがんについて子どもに伝えた内容

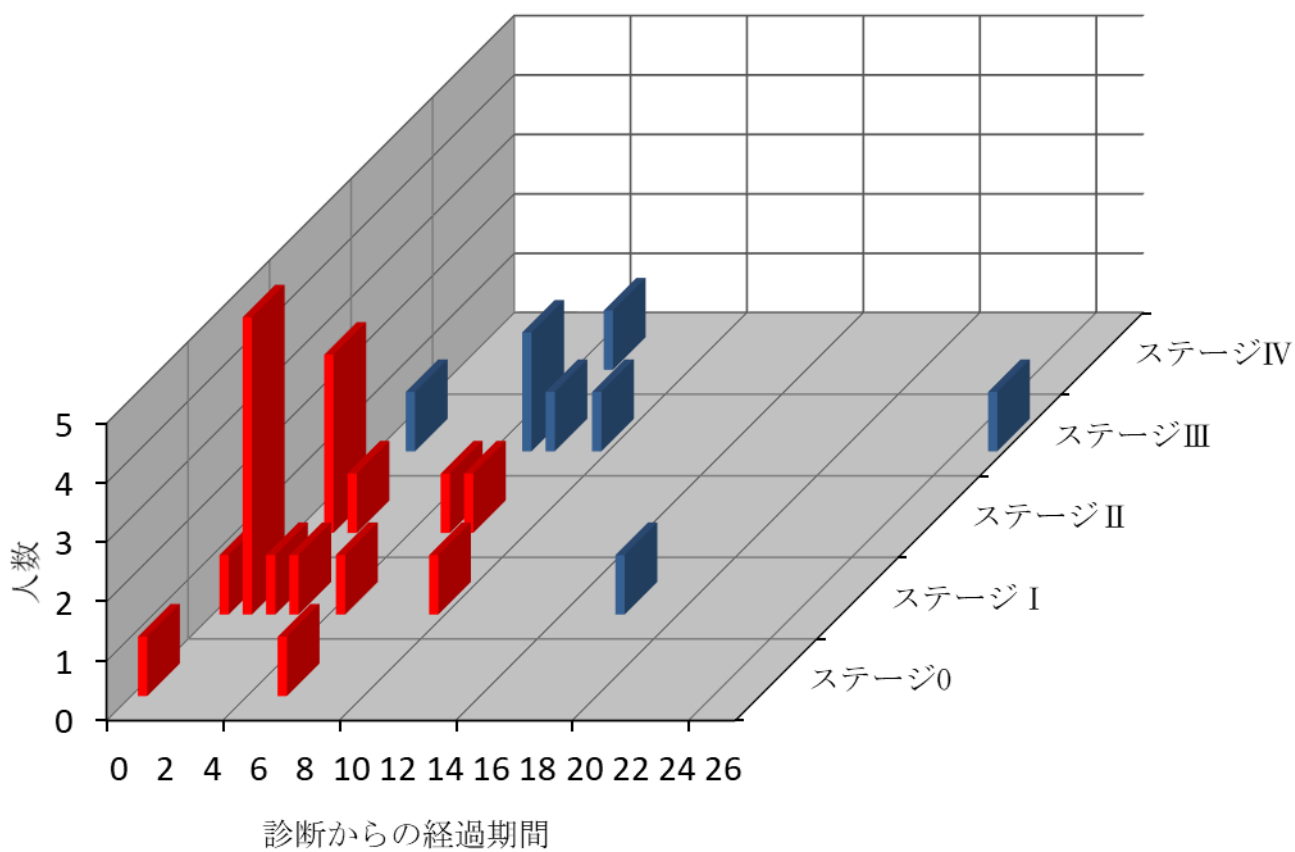


Figure 3-1. ステージと診断からの経過期間からみた全対象者の人数分布

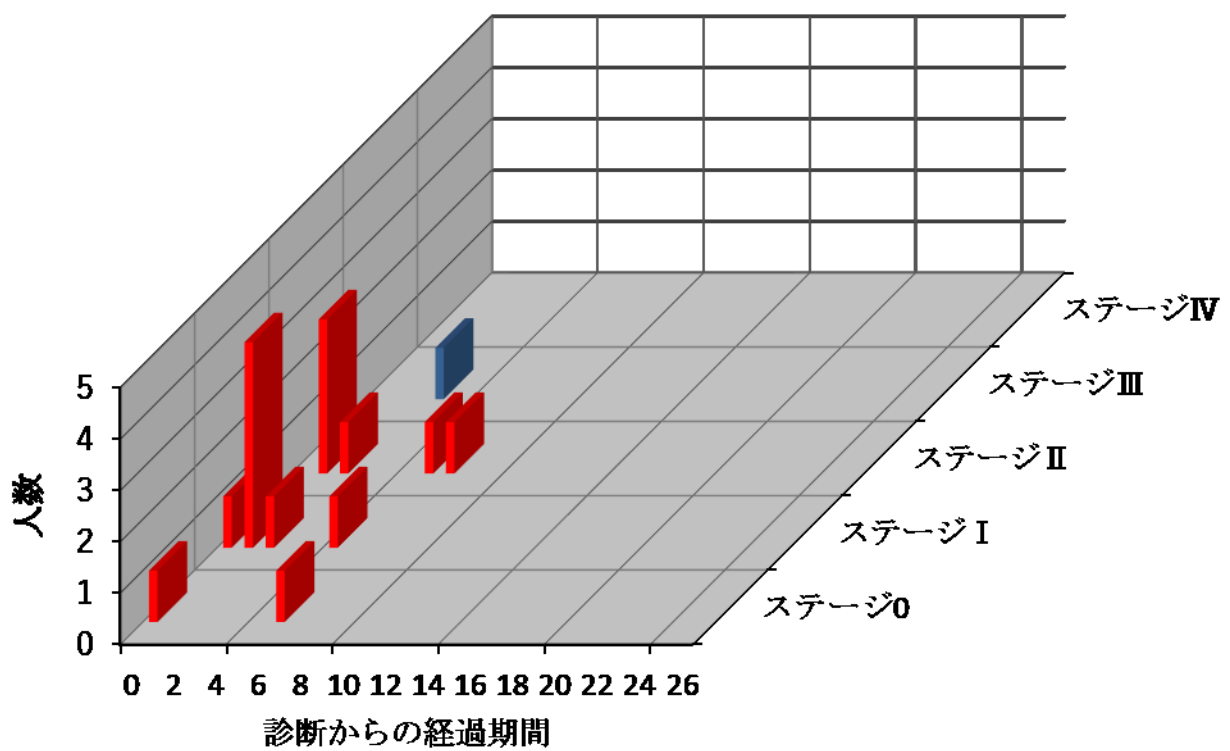


Figure 3-2. ステージと診断からの経過期間からみた乳がん患者の人数分布

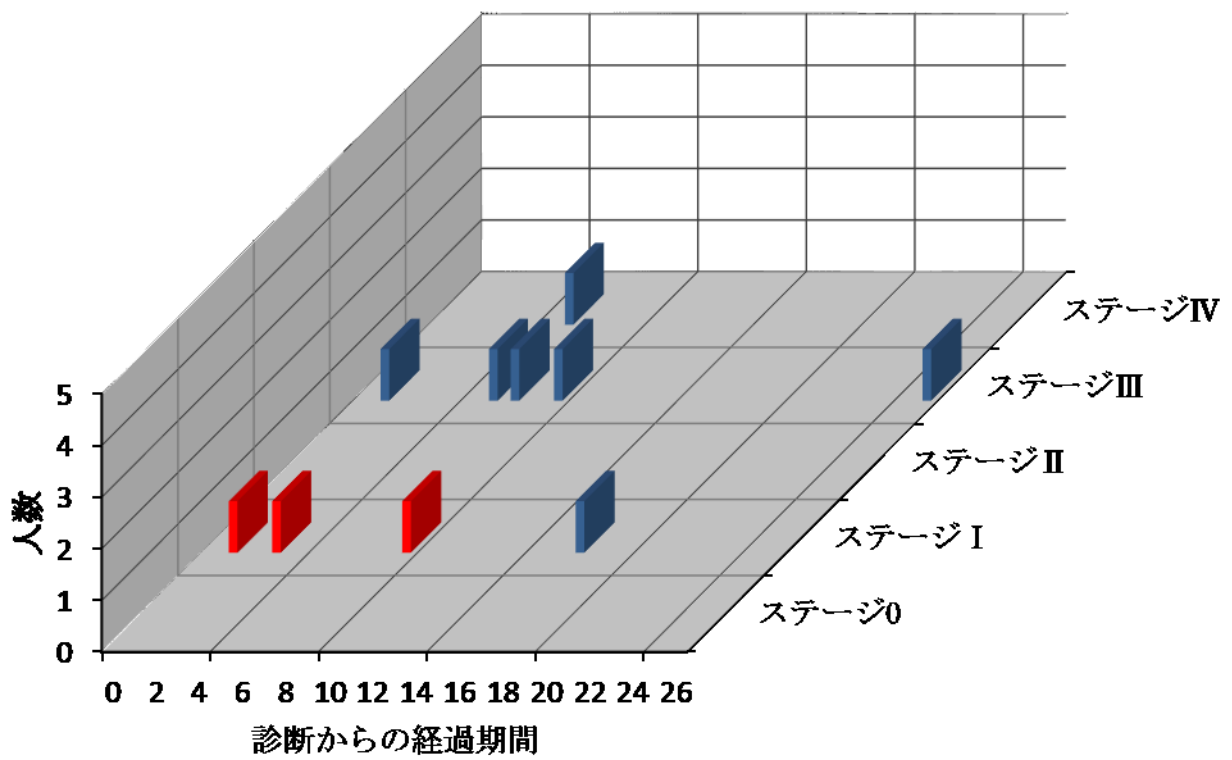


Figure 3-3. ステージと診断からの経過期間からみた
 その他のがん種の患者の人数分布

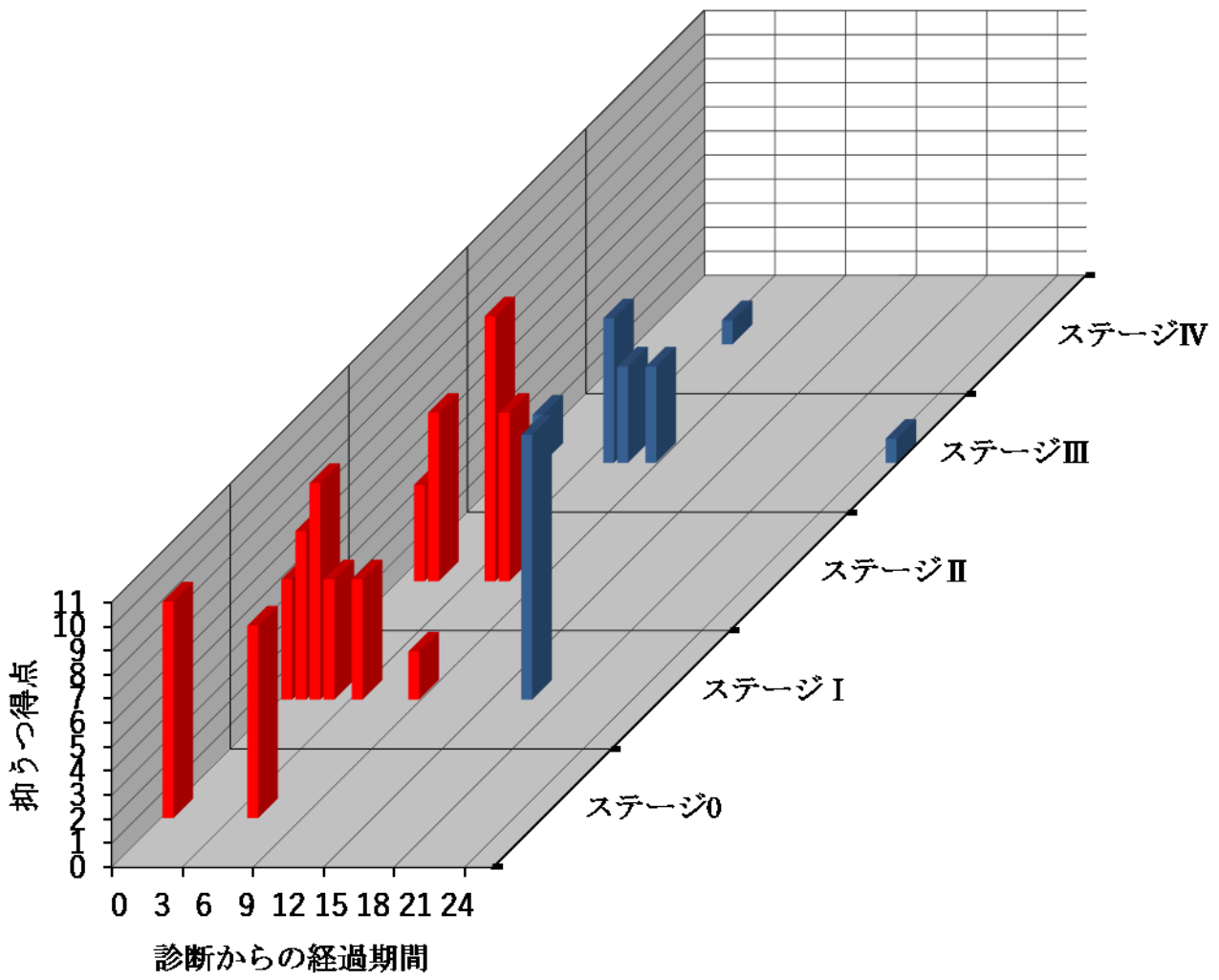


Figure 3-4. ステージと診断からの経過期間を考慮した抑うつ得点分布

Table 3-9. 伝えた内容の組み合わせと母親の心理的適応得点

伝えた内容の組み合わせ			不安		抑うつ		PTSS		PTG	
	<i>N</i>	%	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
病名, 治療, 副作用, 予後	11	35.48	7.00	5.60	5.80	3.39	17.40	10.22	56.72	16.51
病名, 治療, 副作用	6	19.35	6.67	2.73	5.33	2.25	15.83	7.00	52.00	13.71
病名, 治療, 予後	1	3.23	16.00	-	11.00	-	43.00	-	55.00	-
治療, 副作用, 予後	1	3.23	5.00	-	10.00	-	3.00	-	18.00	-
病名, 治療	3	9.68	5.00	3.61	4.67	3.51	24.33	11.55	52.67	13.05
治療, 副作用	2	6.45	9.00	5.66	4.00	2.83	18.00	25.46	49.50	3.54
病名	4	12.90	5.25	2.63	6.50	3.00	16.00	13.78	37.50	16.70
治療	1	3.23	10.00	-	13.00	-	37.00	-	28.00	-
副作用	1	3.23	10.00	-	6.00	-	21.00	-	40.00	-
何も伝えていない	1	3.23	5.00	-	4.00	-	44.00	-	9.00	-

注) 治療 = 治療方法, 副作用 = 治療に伴う副作用。

と母親の心理的適応との関連を量的に検討するために、4つの内容（病名，治療方法，治療に伴う副作用，予後）のうち，いくつ伝えたかを伝えた程度（0－4点）として，母親の不安，抑うつ，PTSS，PTGとのSpearmanの順位相関係数を求めた（Table3-10）。その結果，不安，抑うつ，PTSSとの有意な関連は認められなかったが，PTGとの間に有意な中程度の正の相関関係が認められた。

次に，各内容を伝えた者のうち，伝えた時期と伝えた人の違いによる母親の心理的適応の差異を検討した。その結果（Table3-11，3-12），手術前に治療の副作用を伝えた者は，手術後に伝えた者に比べて抑うつが有意に高かった。

第4項 考察

本研究の目的は，がんに罹患した母親が病状について子どもに伝えた内容，伝えた時期，誰が伝えたか（伝えた人）と，その後の母親がん患者の心理的適応との関連について検討することであった。

4.1. 本研究の対象者の特徴

本研究の対象者の特徴として，40代から50代の患者が約9割を占めた。本邦のがん診療連携拠点病院における子育て中のがん患者の統計では，40－50代の女性で約半数を占めていることが報告されている（Inoue et al., 2015）。このことから，本研究の対象者は，一般的な子育て世代のがん患者という母集団をある程度反映しているといえる。また，乳がん患者が本研究の対象者の半数を占めていたことについて，本邦における40－50代の女性のがん罹患率・死亡率ともに，乳がんが最も高いことが示されており（国立がん研究センターがん情報サービ

Table 3-10. 母親が自身のがんについて子どもに伝えた程度と
母親の心理的適応との関連

	<i>r</i>	95% <i>CI</i>
不安 (<i>n</i> = 30)	-0.05	[-0.40 0.32]
抑うつ (<i>n</i> = 30)	-0.11	[-0.45 0.26]
PTSS (<i>n</i> = 30)	-0.26	[-0.57 0.11]
PTG (<i>n</i> = 31)	0.47 **	[0.14 0.71]

注) PTSS=Posttraumatic Stress Symptom, PTG =
Posttraumatic Growth, ***p* < .01。

Table 3-11. 母親が自身のがんについて子どもに伝えた時期による母親の心理的適応の差異

病名	治療方法																
	手術前					手術後											
	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>d</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>d</i>	<i>95%CI</i>						
不安	17	7.47	4.85	6	5.50	3.27	0.92	0.44	15	7.93	4.79	7	6.14	4.45	0.83	0.38	[-2.69 6.27]
抑うつ	17	6.12	3.20	6	5.83	2.64	0.19	0.09	15	6.87	3.91	7	4.86	1.68	1.69	0.59	[-0.48 4.50]
PTSS	17	18.59	11.48	6	19.17	11.75	-0.11	-0.05	15	20.47	12.29	7	17.29	14.40	0.54	0.25	[-9.19 15.56]
PTG	18	54.28	14.45	6	47.50	19.75	0.91	0.43	16	50.00	17.87	7	58.86	9.69	-1.22	-0.55	[-23.90 6.19]

病名	予後																
	治療による副作用					手術後											
	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>d</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>d</i>	<i>95%CI</i>						
不安	8	8.25	5.34	10	7.00	3.83	0.58	0.27	11	9.00	5.08	1	0.00	-	1.70	-	[-2.82 20.82]
抑うつ	8	7.88	2.80	10	4.60	2.01	2.89*	1.37	11	7.09	3.42	1	6.00	-	0.31	-	[-6.87 9.05]
PTSS	8	16.25	11.21	10	17.00	11.23	-0.14	-0.07	11	17.36	13.17	1	26.00	-	-0.63	-	[-39.29 22.01]
PTG	9	45.33	19.94	10	59.10	10.02	-1.93	-0.89	12	54.00	18.80	1	57.00	-	-0.15	-	[-46.07 40.07]

注) PTSS=Posttraumatic Stress Symptom, PTG=Posttraumatic Growth, * $p < .05$ 。

Table 3-12. 母親のがんについて誰が子どもに伝えたかによる母親の心理的適応の差異

	治療方法																	
	病名					治療方法												
	患者のみ		夫婦, 配偶者他		d	患者のみ		夫婦, 配偶者他		d								
n	M	SD	n	M		SD	n	M	SD		n	M	SD					
不安	17	6.29	3.95	7	7.86	5.90	-0.76	-0.34	[-5.81 2.69]	19	7.79	4.94	5	5.20	2.49	1.12	0.56	[-2.20 7.38]
抑うつ	17	6.41	2.85	7	4.57	3.36	1.37	0.61	[-0.95 4.63]	19	6.68	3.30	5	3.80	3.11	1.76	0.88	[-0.52 6.29]
PTSS	17	19.53	12.69	7	16.71	5.56	0.56	0.25	[-7.62 13.25]	19	20.79	12.59	5	13.20	9.31	1.25	0.63	[-4.98 20.16]
PTG	18	51.22	17.16	7	53.86	12.25	-0.37	-0.16	[-17.40 12.13]	20	52.25	16.68	5	49.80	13.29	0.30	0.15	[-14.25 19.15]

	予後																	
	治療による副作用					予後												
	患者のみ		夫婦, 配偶者他		d	患者のみ		夫婦, 配偶者他		d								
n	M	SD	n	M		SD	n	M	SD		n	M	SD					
不安	15	7.60	4.98	5	5.80	1.79	0.78	0.40	[-3.06 6.66]	11	7.82	5.96	1	5.00	-	0.45	-	[-11.06 16.70]
抑うつ	15	6.07	2.99	5	4.60	2.70	0.97	0.50	[-1.71 4.64]	11	6.82	3.66	1	4.00	-	0.74	-	[-5.69 11.33]
PTSS	15	16.87	10.88	5	15.20	9.78	0.30	0.16	[-9.89 13.22]	11	18.18	13.38	1	20.00	-	-0.13	-	[-32.95 29.32]
PTG	16	53.00	17.44	5	49.00	12.39	0.47	0.24	[-13.70 21.70]	12	54.00	19.26	1	49.00	-	0.25	-	[-39.12 49.12]

注) PTSS= Posttraumatic Stress Symptom, PTG= Posttraumatic Growth。

ス, 2018; Hori et al., 2015), この点においても母集団の傾向が反映されていると考えられる。

また, ステージが 0 - II 期の患者が約 6 割を占め, 転移があると回答した者は約 2 割に留まったことから, 早期ステージの患者が比較的多かったといえる。また, 診断からの経過期間が 5 年以内の者が本研究の対象者の約半数を占める一方で, 10 年以上経過した者も 4 名 (12.9%) 含まれていたことから, 早期ステージで診断からの経過も短い患者に人数の偏りがありつつも, 長期の経過をたどっている患者の状況もある程度反映する結果となったといえる。

さらに, 本研究の対象者の心理的適応については, 抑うつ, 不安においてはカットオフ以上の者は約 1 割と少数であったが, PTSS はカットオフを超える者が 3 割含まれていた。PTG については, 本研究では 18 項目版を用いて平均 48.16 ± 17.54 点であった。乳がん患者を対象とした先行研究では PTG の 21 項目版で 64.1 ± 24.8 点であったことから, 本研究の対象者は, 先行研究の対象者と概ね同程度の外傷後成長を体験していたと考えられる。

4. 2. 母親のがんについて子どもに伝えた内容と方法

本研究の対象者が自身の病気について子どもに伝えている状況については, おおよそ 8 割程度であり, 病名, 治療方法, 治療に伴う副作用, 予後といった内容は, 先行研究 (たとえば, Barnes et al., 2000; Barnes et al., 2002; Yoshida et al., 2010) と概ね同程度に伝えている状況であることがわかった。また, 伝えた内容の組み合わせを検討したところ, 病名を含めた上記の内容についてすべて伝えている者は約半数にのぼり, 本研究の対象者の多くは調査時点では自身のがんについて子どもとすでに一定のコミュニケーションを行っていたと考えられる。

次に、母親のがんについて子どもに伝えた時期について、手術前までには自身のがんに関する何らかの情報を子どもに伝えている者が約半数を占めていた。このことは、乳がん患者を対象とした先行研究（Barnes et al., 2002）において共通した点であった。また、いずれの内容においても、母親のがんについて子どもに伝える際は、患者自身から伝えることが多かった。この点においても、先行研究（Forrest et al., 2009; Semple & McCaughan, 2013）と同様の知見であることが確認された。以上のことから、本邦の女性がん患者は海外の先行研究の対象者とある程度同様の方法で、自身のがんについて子どもに伝えていた可能性が示唆された。

4. 3. 対象者の属性と各変数との関連

① 伝えた内容，時期，人

本研究の対象者のステージやがん種と、子どもに伝えた内容や時期、誰が伝えたかとの有意な関連はみられなかった。このことから、母親のがんについて子どもに伝える内容や時期、誰が伝えるかについては、ステージやがん種といった患者の病態に依拠しない可能性が示唆された。唯一関連がみられたのは、母親のがん診断時の子どもの年齢であり、子どもが中学生の年齢になると、病名について伝えている割合や、手術前といった早期の段階で病名について伝えている割合が高くなる傾向が見受けられた。これは、先行研究（Barnes et al., 2002）を支持する結果であった。以上のことから、特に、「がん」という病名について伝えるかどうかや、それをいつ伝えるかにおいて子どもの診断時の年齢が関連している可能性が示唆された。

② 母親の心理的適応

ステージが 0 - II 期の者は III - IV 期の者に比べて抑うつが高いことが示されたことについて、先行研究では、予後が悪いことや転移があることは抑うつの関連因子であることが指摘されており (Puopolo et al., 2017), 先行研究を支持しない結果であった。

そこで、本研究の対象者の属性と抑うつの関係性をより統合的に検討するため、ステージと同様に抑うつの関連要因とされる経過期間 (Puopolo et al., 2017), および、本研究において偏りを示したがん種 (乳がんとその他) を考慮した上で人数分布を描いた。その結果、本研究の対象者には、ステージ 0 - II 期、且つ、診断からの経過期間が比較的短い患者が中心であること、なかでも乳がんの患者が多く、これらの特徴をもつ者の抑うつが高い傾向であった。この理由として、本研究においてステージ 0 - II 期の者には乳がん患者が多く含まれていることから、ホルモン療法の副作用としての抑うつ症状が考えられた。そのため、乳がん患者を抽出して、ホルモン療法の有無による抑うつ得点の差異について検討を行ったが、有意差は認められなかった。さらに、がん種による抑うつ得点の違いはみられていないことから、本研究の対象者の抑うつ得点における、乳がんであることやホルモン療法による影響は低いことが考えられた。これらの結果をふまえると、ステージ 0 - II 期の患者の抑うつの高さは、初発の告知を受けて時間があまり経過していないことによる動揺の表れである可能性が考えられた。

4. 4. 母親のがんについて子どもに伝えることと母親の心理的適応との関連

母親のがんについて子どもに伝えることと母親の心理的適応との関連を検討した結果、伝えた内容の程度と母親の不安と抑うつ、PTSS には関連が認められなかった。乳がん患者が病気について子どもに伝えない理由と

して、子どもの情緒的・身体的負担を増やしてしまうといった理由に加えて、患者自身の罪悪感やストレスが増える、がんや死に関する質問に直面したくないといった理由が挙げられている (Barnes et al., 2000; Yoshida et al., 2010)。しかしながら、本研究の結果は、病気について子どもに伝えることはその後の母親のストレスや苦痛と必ずしも関連しない可能性を示唆しているといえる。

また、子どもが知りたいと思う内容については子どもの権利として情報共有が重要視される欧米と比べて、本邦では家族としての凝集性を重要視する傾向がある (Saito, Nomura, Noguchi, & Tezuka, 1996)。つまり、母親のがんを子どもに伝えることは、母親にとって、母子両者の戸惑いや葛藤を引き起こすだけでなく、それによって家族間の関係性がぎこちなくなってしまうと考える可能性が高いといえ、それゆえに、子どもへの開示がより躊躇されると考えられる。しかしながら、自身のがんについて子どもに伝えた者の心理状態が欧米の結果 (たとえば, Meriggi et al., 2016) と大きく違わなかったことは、本邦の母親が予期するような戸惑いや葛藤を必ずしも経験していないという点で意義があると考えられる。

さらに、PTGについては、より多くの内容を伝えた患者が高い傾向にあった。Tedeschi & Calhoun (2004) による PTG モデルでは、危機的な出来事や困難な経験をした後、反芻、自己開示を通して、ソーシャルサポートの獲得やスキーマの変容に至ることが示されている。つまり、病状を伝えるまでは、母親は自身の病気に向き合うことによる恐怖を予感し、告知に対する躊躇の気持ちや苦痛を経験するが、伝えた後はそういった苦痛が続くとは限らず、周囲からのサポートや闘病に対して異なる視点を獲得するといった伝える前のイメージとは異なる体験をしている可能性が伺えた。このように、実際に子ども

もに伝えてみると， 予期して恐れ回避していた家族の中
のぎこちなさは体験せず， 家族間の絆の強まりを感じる
といった異なる結果がもたらされたという体験をとおし
て， これまでがんの罹患をきっかけに避けていたことに
対しても， より前向きな気持ちを抱くようになった可能
性も考えられる。

次に， 病気に関する各内容を伝えた者のうち， 治療に
伴う副作用を術前に伝えた者は， 術後に伝えた者に比べ
て抑うつが有意に高かった。 病気を伝えるタイミングは
治療開始前に伝えることが推奨されてきたが， 母親の側
に立った場合， 治療に伴う副作用に限っては， 治療前
の告知は推奨されない， または， より工夫を要するといえ
る。 治療に伴う副作用を伝える場合， 術前では子どもが
目の前の母親の状況から想像することが難しく， 子ども
からの理解が得られにくい可能性が考えられる。 一方，
術後では実際の手術痕や症状とともに伝えることができ，
子どもは母親の状況を理解しやすいかもしれない。 子ど
もと患者の望みを両立させるには， 治療後の母親の状況
を子どもがより理解しやすいよう視覚情報等， 具体的な
情報を用いて説明する工夫が必要であると考えられる。

伝えた人と母親の心理的適応との関連については， 有
意な関連は一切認められなかった。 本研究の対象者にお
いては， 患者のみ， または， 夫婦で伝えている場合が多
くを占めており， いずれも患者から伝えている場面であ
ることには変わらないことから， 有意差が認められな
かった可能性が考えられる。

第 3 節 本章のまとめ

がんに罹患した母親が子どもに病気について伝える
ことは， その後の母親の不安や抑うつとは関連がなく，
PTSS の低さや PTG の高さとの関連がみられた。 これに
より， 日本では一般的に， 病気や病状について子どもに

伝えることを躊躇する傾向にあるが，それらを伝えることが必ずしも母親の心理的混乱を深める訳ではない可能性が示唆され，むしろ，がんという病気に対して家族とともにしっかり向き合っていこうとする変化がみられることが考えられた。今後は，臨床現場での活用可能性を高めるため，より大規模なサンプルを対象とした前向き調査を実施することにより，子どもの発達年齢や母親の心理状況をふまえて，親子のコミュニケーションが母親の心理的適応に与える影響について検討することが可能となるだろう。

第4章 母親が自身のがんについて子どもに伝える際の促進・阻害要因の特徴

第1節 本章のねらい

本章では、母親が自身のがんについて子どもに伝える際の促進要因および阻害要因について明らかにすることを目的とする。本研究では、研究2-1として、母親のがんについて子どもに伝える判断に関連する要因について質的に検討する。そして、研究2-2では、母親のがんについて子どもに伝える際の促進要因と阻害要因について因子構造をそれぞれ確認し、その特徴を検討する。

第2節 母親が自身のがんについて子どもに伝える際の促進・阻害要因の質的検討（研究2-1）

第1項 目的

母親が自身の病気について子どもに伝える際の促進要因および阻害要因に関する尺度項目作成のため、促進・阻害要因について質的に検討する。

第2項 方法

2.1. 調査対象者

調査対象者は、子育て中または子育て経験のあるがん患者であった。選択基準は（1）20歳以上であること、（2）がんのために入院・外来治療中、経過観察中であること、（3）がん診断時に18歳未満の子どもがいたことであった。除外基準は、日本語の読み書きに問題があることであった。

2.2. 調査手続き

がん患者会が主催する会合に参加する患者を対象に、以下のいずれかの方法にて質問紙調査を実施した。定期的な会合を運営している患者会の団体責任者から許可が得られた場合には、会合の前後に質問紙を配布した。定

期的な会合がない場合には，団体が発行する定期刊行物に募集要領と質問紙送付の可否を問うはがきを同封し配布した。質問紙の返送をもって同意とみなした。

2. 3. 倫理的配慮

本研究は，早稲田大学の人を対象とする研究に関する倫理審査委員会の承認を得て実施された（承認番号：2014-282）。

2. 4. 調査内容

以下の項目について，質問紙による回答を求めた。

(1) フェイスデータ：

患者と子どもに関する下記の項目について回答を得た。

① 患者：年齢，性別，家族構成，教育歴，婚姻状況，就業状況，病名，ステージ，再発・転移の有無，がん告知時期，これまでと今後の治療予定

② 子ども：年齢，性別，出生順

(2) 母親のがんについて子どもに伝える，または，伝えない判断に関連する要因：

母親のがんを子どもに伝えるきっかけや理由，および，伝えなかった理由について，自由記述による回答を得た。教示文について，伝える要因は「病気についてお子さんに伝えるきっかけや理由となったものは何ですか？」，伝えない要因は「病気についてお子さんに伝えなかった理由は何ですか？」とした。なお，回答にあたり，子どもの生活や状況に関する理由，親の生活や状況に関する理由，環境に関する理由，その他の4つのテーマに分けて回答欄を設けた。

2. 5. 分析方法

本研究における最終的な分析対象者のフェイスデー

タについて，記述統計量を算出した。そして，母親のがんについて子どもに伝えることを促進する要因，阻害する要因について，自由記述にて得られた回答をテキスト化し，先行研究の分析手続き（Hirai, Miyashita, Morita, Sanjo, & Uchitomi, 2006）に基づいて質的内容分析を行った。まず，臨床心理学を専攻する大学院生2名が，母親のがんについて子どもに伝えるかどうかの判断に関連する要因の記述を抽出した。その後，心理学者の指導を受けながら，内容の類似点および相違点にもとづいてその特性を概念化し，項目を作成した。また，各項目について定義を明確化した。最後に，対象者の記述がいずれの項目に該当するかということについて，臨床心理学を専攻する大学院生2名が独立に判定を行った。判定は各項目の定義を参考にして行われた。独立して行った判定が一致しなかった際には，議論によって結論を得た。二名の判定者による項目の判定の一致率と Kappa 係数を算出し，信頼性指標として用いた。また，これらの項目は，類似性および理論的根拠にもとづいて，より抽象的な概念であるカテゴリーに分類された。さらに，各項目の頻度について記述的な分析を行った。カテゴリーの頻度については，各カテゴリーに含まれる項目の頻度を再度算出した。

第3項 結果と考察

3.1 調査対象者の背景

得られた回答のうち，適格基準に該当しない対象者1名と，子どもへの告知に関する判断理由について回答が得られなかった3名を除き，本研究における最終的な分析対象者は29名であった（Table 4-1）。

3.2 母親が自身のがんについて子どもに伝える意思決定要因の特徴

自由記述から抽出された 109 個の記述について分析を行った。その結果、24 の下位項目が抽出された。さらに、類似性、および、理論的根拠に基づいて、より抽象的なカテゴリーへ分類した結果、「親子の環境変化」、「子どもへの配慮」、「子どもの年齢」、「親の病状・治療の状況」、「病気の伝え方に対する葛藤」、「親の病気が伝わることの不可避性」、「親の病気に対する子どもの認識」、「病気の伝え方に関する情報的資源」、「病気に対する葛藤」の 9 つのカテゴリーに分類された。9 つのカテゴリーおよび 24 の下位項目について Table 4-2 に示す。なお、内容分析における判定者による判定の一致率は 78.0%、Kappa 係数は .76 であり、実質的に一致した見解とみなすことができた。

「親子の環境変化」のカテゴリーには、「子どもの協力を必要とする」、「親の生活が変わる」、「子どもの生活環境が変わる」、「子どもを支えてくれる人がいる」の 4 つの下位項目が分類された。「子どもの協力を必要とする」には、子どもに家事の手伝いをしてもらう必要があるということや、学校生活や日常生活といった自分の世話を自分で行ってもらう必要があるといったことが母親の病気を子どもに伝えるきっかけや理由となっていることが記述されていた。「親の生活が変わる」には、通院や入院で家を不在にしてしまうということや、病気をきっかけに休職したことに伴い在宅時間が増えること、身体的な制限によりこれまでと同じようにできないといったことが伝えるきっかけや理由となっていることが記述されていた。「子どもの生活環境が変わる」には、母親が家を不在にしている間、子どもを実家や友人宅に預けることや、習い事の送迎ができなくなるといった母親の生活の変化に伴う子どものあらゆる環境変化があること、またそれについて子どもの理解を得ることが伝える理由として記

Table 4-1. 対象者の特徴 (N = 29)

		Mean/n	SD/%
年齢	30-39	1	3.4
	40-49	18	62.1
	50-59	9	31.0
	60-69	1	3.4
婚姻状況	既婚・再婚	26	89.7
	離婚	3	10.3
就労状況	有職	21	72.4
教育水準	高校卒業	8	27.6
	専門学校卒業	7	24.1
	短期大学卒業	7	24.1
	四年制大学以上	7	24.1
がん種	乳がん	15	51.7
	婦人科がん	7	24.1
	消化器がん	6	20.6
	血液がん	1	3.4
ステージ	0	2	6.9
	I	11	37.9
	II	5	17.2
	III	6	20.7
	IV	1	3.4
	不明	4	13.7
転移	有	7	24.1
再発	有	3	10.3
診断からの経過期間(年)	<1	7	24.1
	1-5	7	24.1
	5-10	11	37.9
	≥10	4	13.8
	これまでを受けた治療	手術のみ	9
	手術と補助療法	19	65.5
	放射線療法のみ	1	3.4
子どもの数	1	15	51.7
	2	10	34.5
	3	4	13.8
子どもの性別	男性	14	48.3
診断時の子どもの推定年齢	0-6	10	34.5
	7-12	6	20.7
	13-15	7	24.1
	16-18	6	20.7

注) 補助療法＝化学療法, 放射線療法, または, ホルモン療法。

Table 4-2. 母親が自身のがんについて子どもに伝える意思決定要因 (N = 29)

カテゴリー	N	%	下位項目	N	%
親子の環境変化	23	79.3	子どもの協力を必要とする	13	44.8
			親の生活が変わる	12	41.4
			子どもを支えてくれる人がいる	8	27.6
			子どもの生活環境が変わる	7	24.1
子どもへの配慮	13	44.8	子どもに精神的な負担をかけたくない	6	20.7
			子どもに普段と変わらない生活を送ってもらいたい	4	13.8
			子どもの情緒・生活が不安定である	4	13.8
			子どもを励ましたい	3	10.3
			子どもにとって特別なイベントが控えている	2	6.9
子どもの年齢	6	20.7	子どもが理解できる年齢である	4	13.8
			子どもが幼く理解できない	3	10.3
病気の伝え方に対する葛藤	6	20.7	子どもにどう伝えていいかわからない	4	13.8
			他者から伝えられたくない	1	3.4
			子どもと何でも話し合う家族である	1	3.4
病気が伝わることの不可避性	5	17.2	治療や副作用により、親の外見が変わる	3	10.3
			子どもに隠し通せない	2	6.9
病気の伝え方に関する情報的資源	3	10.3	子どもに伝えることに関する資料をもらった	2	6.9
			他者からアドバイスをもらった	2	6.9
病気に対する親の葛藤	3	10.3	誰にも知られたくない	2	6.9
			親の気持ちが追いついていない	2	6.9
親の病気・治療の状況	3	10.3	病気や治療について情報が明確でない	2	6.9
			時間的な余裕がない	1	3.4
親の病気に対する子どもの認識	3	10.3	子どもがすでに知っていた	2	6.9
			子どもに気づかれていない	1	3.4

述されていた。「子どもを支えてくれる人がいる」には、母親が家に不在のときや動けないときは祖母が家事の手伝いにきてくれること、夫が有給休暇をとって時間を作ってくれたことといった、他者からのサポートがあることや、それらを伝えることによって子どもを安心させたいということが子どもに伝えるきっかけや理由として記述されていた。これらの下位項目のうち、最も頻度の多いものは「子どもの協力を必要とする」($N = 13, 44.8\%$)であった。特に、入院生活においては、母親の生活だけでなく、子どもの生活にも影響を与えることが避けられない。学校生活や日常生活といった自分の世話を子ども自身に行ってもらう必要があることや、家事の手伝いをしてもらう必要があることが伝えるきっかけや理由となっていることが示された。また、この下位項目は、海外での研究ではみられない項目であり、唯一本邦のがん患者を対象にした Yoshida et al. (2010) により示されている項目であることから、本邦のがん患者に特徴的な項目と考えられる。また、このカテゴリーは、伝える判断に関連する要因として本研究の中で最も多く報告されたカテゴリー ($N = 23, 79.3\%$) であり、環境変化という避けられない事態が母親のがんについて子どもに伝えるかどうかの意思決定を左右していることが考えられた。

「子どもへの配慮」のカテゴリーには、「子どもに精神的な負担をかけたくない」、「子どもに普段と変わらない生活を送ってもらいたい」、「子どもを励ましたい」、「子どもの情緒・生活が不安定である」、「子どもにとって特別なイベントが控えている」の5つの下位項目が分類された。「子どもに精神的な負担をかけたくない」と「子どもに普段と変わらない生活を送ってもらいたい」は、これまでの下位項目と異なり、伝えるきっかけや理由と伝えない理由の両方として挙げられた。まず、「子どもに精神的な負担をかけたくない」について、子どもが落ち込

むのではないか，秘密を背負わせてしまうのではないかということが伝えない理由として挙げられ，一方で，隠した方が不安になるのではという懸念が伝える理由として挙げられた。「子どもに普段と変わらない生活を送ってもらいたい」には，学校生活や日常生活を変える必要はないことを伝えるために病気について子どもに伝える場合と，子どもの環境を変えたくないために病気のこと自体を伝えない場合とが認められた。いずれの場合も子どもの生活を変えて欲しくないという母親から子どもへの配慮であり，前者においては母親ががんであることが子どもに伝わっている場合に特にみられる理由と考えられる。「子どもを励ましたい」については，母親が治療生活を乗り越える姿を見せることを通して子どもにも頑張ってもらいたいということが判断に関わっていることが認められた。「子どもの情緒・生活が不安定である」については，子どもが反抗期であることや，生活が安定していないことが理由として挙げられた。「子どもにとって特別なイベントが控えている」については，受験や卒業式といったイベントが控えており子どもにこれ以上負担をかけたくないということが伝えない判断に関わったとして記述されていた。これらの下位項目のうち，「子どもに精神的な負担をかけたくない」や「子どもに普段と変わらない生活を送ってもらいたい」，「子どもにとって特別なイベントが控えている」については，類似の項目がインタビューを用いた先行研究で確認されており，それらを支持する結果であった（Asbury et al., 2014, Barnes et al., 2000, Campbell-Enns et al., 2013, Kennedy et al., 2009, Macpherson, 2005, Visser et al., 2004, Yoshida et al., 2010）。「子どもを励ましたい」，「子どもの情緒・生活が不安定である」については，先行研究ではみられなかった項目であった。本邦の配偶者を亡くした子育て中の遺族を対象にした研究（小川・原・小林・河原・鈴

木，2015)では，がんという病気をきっかけに，患者から子どもへ家族が一丸となって戦う姿勢について伝えていたことが示されている。これは，親の闘病の姿勢を通して子どもにも頑張ってもらいたいというメッセージである点で「子どもを励ましたい」の下位項目と共通すると考えられ，本邦独自の結果であるといえる。「子どもの情緒・生活が不安定である」については，反抗期など子どもの情緒や生活が一時的に不安定であるために伝えることをとどまったり，伝え方に困った例が挙げられており，子どもの発達や特徴を考慮した伝え方に関する情報が求められていると考えられる。

「子どもの年齢」のカテゴリーには，「子どもが理解できる年齢である」と「子どもが幼く理解できない」という2つの下位項目に分類された。「子どもが理解できる年齢である」については，きちんと説明すれば理解できるだろうという考えが伝える理由として挙げられた。反対に，「子どもが幼く理解できない」では，説明をしても理解できない年齢であることが伝えない理由として記述されていた。これらはいずれも先行研究を支持する結果であった。

「病気の伝え方に関する葛藤」のカテゴリーには，「子どもにどう伝えていいかわからない」，「他者から伝えられたくない」，「子どもと何でも話し合う家族である」の3つの下位項目が分類された。「子どもにどう伝えていいかわからない」は，どのように切り出したらいいいものかわからないといった，具体的にどのタイミングでどのような言葉を使って話をしているかわからない，といった困難が伝えない理由として挙げられていた。「他者から伝えられたくない」は，母親である自分以外から親のがんに関する情報が伝えられることは避けたい，という患者自身の思いが伝える理由として挙げられていた。「子どもと何でも話し合う家族である」は，病気になる以前から

何でも話し合う家族であるということが伝える理由として挙げられていた。これらの下位項目もこれまでの先行研究を支持する結果であった。また、これまでのコミュニケーションスタイルから子どもに話すことが当たり前で葛藤を抱くことがあまりない場合と、がんという病気に直面した際に、どのように伝えるべきかについての方法を模索する場合とがあることが示された。

「親の病気が伝わることの不可避性」のカテゴリーには、「治療や副作用により、親の外見が変わる」、「子どもに隠し通せない」の2つの下位項目が分類された。「治療や副作用により、親の外見が変わる」は、手術や化学療法といった外見の変化を伴う治療をするため、その説明を余儀なくされたことが伝える理由として挙げられた。「子どもに隠し通せない」は、入院等について子どもに隠し通すことはできないといったことが伝える理由として挙げられた。これらは、避けられない変化という点で、最も頻度の多いカテゴリーの「親子の環境変化」と共通しており、またその変化によって母親のがんが明らかになってしまうという点が特徴的であるといえる。

「病気の伝え方に関する情動的資源」のカテゴリーには、「子どもに伝えることに関する資料をもらった」、「他者からアドバイスをもらった」の2つの下位項目が分類された。「子どもに伝えることに関する資料をもらった」については、主に病院で子どもに伝えることに関する資料や絵本をもらったことが伝えるきっかけや理由として挙げられていた。「他者からアドバイスをもらった」は、病院のカウンセラーや子どもが幼いころから面識のある友人からアドバイスをもらったことが伝えるきっかけや理由として挙げられた。これらの下位項目は先行研究を支持するものであった。また、病気を伝えるに際して、子どものことをよく知る友人や医療関係者においても、的確な情報を提供することによって病気を伝える際のサ

ポートになることが考えられる。

「病気に対する親の葛藤」のカテゴリーには、「誰にも知られたくない」、「親の気持ちを追いついていない」の2つの下位項目が分類された。「誰にも知られたくない」は、母親が自身の病気について子どもを含めた誰にも知られたくないといったことや、子どもが家族以外の人に伝えてしまうのではないかとといったことが伝えない理由として挙げられていた。「親の気持ちを追いついていない」は、病気について子どもに“大丈夫”といえる自信がないということや、母親自身の生活や情緒が安定していないということが伝えない理由として挙げられていた。これらの下位項目も先行研究を支持するものであった。たとえば、家族内での共有以前の問題として、がんを患っている当事者である母親自身が患者としての葛藤を抱えていることが指摘されており（久野，2016）、子どもに伝えることを検討する以前に配慮すべき重要な点であるといえる。

「親の病状・治療の状況」のカテゴリーには、「病気や治療について情報が明確でない」、「時間的な余裕がない」の2つの下位項目が分類された。「病気や治療について情報が明確でない」は、治療内容や手術日程、病状の進行具合について患者本人が知らなかったということや、それらが不明確なままで子どもに話しても患者自身の迷いが伝わってしまうのではないかとということから伝えない理由として挙げられていた。「時間的な余裕がない」については、診断後から治療開始までの時間が短く、それまでには時間を設けることができなかったということが伝えない理由として挙げられていた。これらの下位項目は、母親のがんについて子どもに伝えることを物理的に制約する要因であるといえる。

「親の病気に対する子どもの認識」のカテゴリーには、「子どもがすでに知っていた」、「子どもに気づかれてい

ない」の2つの下位項目が分類された。「子どもがすでに知っていた」は、意図せず家族からすでに伝えられていた場合や、伝えていない内容について子どもがすでに知っていたことが伝える理由として挙げられた。「子どもに気づかれていない」は、子どもがまだ気づいていない様子であること、質問されるまでは言わなくてよいと思ったことが伝えない理由として挙げられた。患者が直接伝えていないにも関わらず、子どもが知っていたというケースが29名のうち2名(6.9%)の家族で該当した。先行研究でも子どもに伝えていないのにもかかわらず、「子どもが感じ取っていた」といった報告もあることから、本邦でも同様に母親は隠し通せていると思っても実際にはそうではない可能性が示唆されたといえる。

第3節 母親が自身のがんについて子どもに伝える際の促進・阻害要因の尺度作成(研究2-2)

第1項 目的

母親が自身のがんについて子どもに伝えることの促進要因と阻害要因の構成概念を検討することを目的とした。

第2項 方法

2.1 調査対象者

調査対象者は、子育て中または子育て経験のある女性がん患者であった。選択基準は(1)20歳以上であること、(2)がんのために入院・外来治療中、経過観察中であること、(3)がん診断時に18歳未満の子どもがいたことであった。除外基準は、日本語の読み書きに問題があることであった。

2.2 調査手続き

東京都内のがん診療連携拠点病院に入院・通院中の女

性がん患者，および，患者会に所属している女性がん患者を対象にそれぞれ下記の要領にて質問紙調査を実施した。東京都内のがん診療連携拠点病院に入院中の患者に関しては，主治医の許諾を得た後に訪室し，研究概要を説明し，質問紙を配布した。外来通院中の患者に関しては，事前に主治医の許諾を得た上で，対象者の外来受診時に研究概要を説明し質問紙を配布した。がん患者を対象とした患者会に所属する患者に対しては，各団体が運営する会合の前後に直接質問紙を配布した。定期会合が無い場合には，団体が発行する定期刊行物またはウェブサイトを通じた募集を行った。定期刊行物による募集の場合，募集要領と質問紙送付の可否を問うはがきを同封，配布し，許可が得られた対象者に対して，質問紙と返信用封筒を送付した。ウェブサイトによる募集の場合，団体が管理するウェブサイトに，アンケートサイトの URL リンクが掲載された。なお，質問紙の返送，または，ウェブアンケートへの回答をもって同意とみなした。

2. 3. 倫理的配慮

本研究は，早稲田大学の人を対象とする研究に関する倫理審査委員会（承認番号：2015-337），および，調査実施場所となったがん診療連携拠点病院の研究倫理審査会（整理番号：16-R058）の承認を得て実施された。

2. 4. 調査内容

(1) フェイスデータ：

患者，子どもに関する下記の項目について回答を得た。

① 患者：年齢，性別，家族構成，教育歴，婚姻状況，就業状況，病名，再発・転移の有無，がん告知時期，これまでと今後の治療予定

② 子ども：年齢，性別，出生順

(2) 母親が自身のがんについて子どもに伝えた段階：

母親が自身のがん（病名，治療方法やその副作用）について子どもに伝えたかどうか，「話す予定はない」，「話そうと思っている」，「近々話す予定／話す準備をしている」，「話したことがある」の4段階（無関心期，熟考期，準備期，実行期）（Prochaska & DiClemente, 1983, Yoshida et al., 2010を参考に作成）により回答を得た。

(3) 母親が自身のがんについて子どもに伝える際の困難感：

母親が自身のがん（病名，治療方法やその副作用）について伝える際の困難感について，全く難しくない（0）－とても難しい（10）の11件法により回答を得た。

(4) 母親が自身のがんについて子どもに伝える際の促進・阻害要因：

研究2-1から抽出された構成要素および先行研究（Asbury et al., 2014; Barnes et al., 2000; Campbell-Enns & Woodgate, 2013; Forrest et al., 2009; Kennedy & Lloyd-Williams, 2009; Krauel et al., 2012; Macpherson, 2005; Semple & McCaughan, 2013; Visser et al., 2004; Yoshida et al., 2010; Zhang & Siminoff, 2003）を参考に，母親のがんについて子どもに伝える際の促進要因と阻害要因について項目を整理した。項目案作成後，子育て中のがん患者やその子どもに対して日常的にサポートを提供している医師1名と心理士2名による専門家会議を行い，次の3点を検討した：①母親のがんについて子どもに伝える際の促進・阻害要因を適切に表現しているか，②項目間で意味が重複していないか，③意味が分かりづらくないか。これらの点について，全員の意見の一致を得て，内容的妥当性が確認されたものとした。

その結果，促進要因は 18 項目，阻害要因は 17 項目が整理された。

促進要因については，自身のがんについて子どもに伝える理由やきっかけとして各項目がどの程度あてはまるかについて回答を得た。阻害要因については，自身のがんについて子どもに伝えない理由として各項目がどの程度あてはまるかについて回答を得た。いずれについても，あてはまらない（1）－あてはまる（4）の 4 件法にて回答を得た。

2. 5. 分析方法

得られた回答のうち，適格・除外基準に照らして基準に当てはまらない対象者のデータを除外した。各尺度につき欠損値が 10%以下の場合，各項目の最頻値を用いて補完した。10%を超える場合は各分析から除外した。一人の母親から複数の子どもについて回答が得られた場合，伝えていない子どもが一人でもいると母親の葛藤が生じうると考えたため，伝えられた内容が少ない子どものデータを用いた。

次に，母親のがん（病名，治療方法やその副作用）について子どもに伝える際の促進要因と阻害要因の各項目について，記述統計量を算出した。さらに，各項目について患者属性による特徴がないかについて，対応のない t 検定または一要因の分散分析を用いて探索的に検討を行った。

その後，促進・阻害要因の因子構造を確認するために，フロア効果および I-T 相関により項目分布を確認した上で，識別度の観点から項目を精選し，主成分分析を実施した。

信頼性の検討のために，Cronbach の α 信頼係数によって信頼性を確認した。また，基準関連妥当性として，伝えた段階の高低による項目得点の差異を検討するため

に、伝えた段階を独立変数、促進・阻害要因を従属変数とした対応のない t 検定を行った。なお、「話したことがある」と回答した者を告知群、「近々話す予定／話す準備をしている」、「話す予定はない」、「話そうと思っている」と回答した者を未告知群とした。さらに、もう一つの基準関連妥当性として、促進・阻害要因項目と伝える際の困難感との相関係数を算出した。促進要因については、促進要因として該当する項目が多いほど子どもに伝える際の困難感が低いことが考えられるため、弱～中程度の負の相関 ($r = -0.2 \sim -0.5$) があると考えた。阻害要因については、反対に阻害要因として該当する項目が多いほど子どもに伝える際の困難感が高いことが考えられるため、弱～中程度の正の相関 ($r = 0.2 \sim 0.5$) があると考えた。なお、すべての統計的分析は IBM SPSS Statistics 23.0 for Windows, および, R 3.4.1 for Windows を用いて実施した。

第 3 項 結果

3. 1. 調査対象者の背景

本研究の調査対象者の特徴を把握するため、記述統計を Table 4-3 に示す。まず、対象者の年齢は 20 代が 1 名 (1.2%), 30 代が 8 名 (9.9%), 40 代が 53 名 (65.4%), 50 代が 17 名 (21.0%), 60 代が 1 名 (1.2%) で、40 代が最も多い世代であった。教育水準は、四年制大学以上を卒業した者が 31 名 (38.3%) で最も多く、順に短期大学卒業 (26 名, 32.1%), 専門学校卒業 (17 名, 21.0%), 高校卒業 (5 名, 6.2%) であった。婚姻状況は、既婚・再婚者が 75 名 (92.6%) と大多数を占めた。就労状況は、41 名 (50.6%) がフルタイム、または、パートタイムに

Table 4-3. 調査対象者の背景 (N=81)

		N	%	
年齢	20-29	1	1.2	
	30-39	8	9.9	
	40-49	53	65.4	
	50-59	17	21.0	
	60-69	1	1.2	
教育水準	高校卒業	5	6.2	
	専門学校卒業	17	21.0	
	短期大学卒業	26	32.1	
	四年制大学卒以上	31	38.3	
婚姻状況	既婚・再婚	75	92.6	
就労状況	有職	41	50.6	
がん種	乳がん	70	86.5	
	婦人科がん	3	3.6	
	胃がん	2	2.5	
	肺がん	2	2.5	
ステージ	血液がん	2	2.5	
	0	5	6.2	
	I	34	42.0	
	II	18	22.2	
	III	14	17.3	
転移	IV	4	4.9	
	有	16	19.8	
	再発	有	8	9.9
	診断からの経過期間(年)	<1	17	21.0
1-5		43	53.1	
5-10		17	21.0	
≥10		4	4.9	
これまでに受けた治療	手術と補助療法	67	82.7	
	手術のみ	7	8.6	
	補助療法他	5	6.2	
	なし	2	2.5	
子どもの数	1	36	44.4	
	2	36	44.4	
	3	9	11.1	
子どもの性別	男性	45	55.6	
診断時の子どもの年齢	0-6	31	38.3	
	7-12	25	30.9	
	13-15	17	21.0	
	16-18	6	7.4	

注) 補助療法 = 化学療法, 放射線療法, ホルモン療法。□

て職に就いていた。がん種は、乳がんが最も多く 70 名 (86.5%)、卵巣がんや子宮頸がんといった婦人科がんが 3 名 (3.6%)、胃がん、肺がん、血液がんがそれぞれ 2 名 (2.5%) ずつであった。ステージについて、I 期が最も多く 34 名 (42.0%)、順に、II 期 (18 名, 22.2%)、III 期 (14 名, 17.3%)、0 期 (5 名, 6.2%)、IV 期 (4 名, 4.9%) であった。また、転移があった者が 16 名 (19.8%)、再発を経験した者が 8 名 (9.9%) であった。診断からの経過期間について、1 - 5 年の者が最も多く 43 名 (53.1%) と約半数を占めた。次に多かったのは、1 年未満と 5 - 10 年の者でありそれぞれ 17 名 (21.0%) であった。10 年以上経過している者が 4 名 (4.9%) であった。これまでに受けた治療について、手術および化学療法や放射線療法、ホルモン療法といった補助療法を併せて受けていた者は 67 名 (82.7%) と最も多かった。手術のみが 7 名 (8.6%)、手術はなく、補助療法他といった治療のみの者が 5 名 (6.2%)、調査時点で治療を受けていない者が 2 名 (2.5%) であった。子どもの数は 1 人と 2 人の者がそれぞれ 36 名 (44.4%) ずつで、3 人の者が 9 名 (11.1%) であった。診断時の子どもの年齢について、子どもが 0 - 6 歳だった者が 31 名 (38.3%) と最も多く、順に、7 - 12 歳 (25 名, 30.9%)、13 - 15 歳 (17 名, 21.0%)、16 - 18 歳 (6 名, 7.4%) であった。

3. 2. 母親のがんについて子どもに伝える際の促進・阻害要因の記述統計量および属性との関連

次に、母親のがんについて子どもに伝える際の促進・阻害要因の各項目について記述統計量を算出し (Table 4-4, Table 4-5)、患者属性による特徴がみられるかについて検討した (Table 4-6-1, Table 4-6-2, Table 4-7-1, Table 4-7-2)。その結果、促進要因においては、ステージが 0 - II 期の者が、III - IV 期の者に比べて、「子どもが親

の病気を感取っているから」,「子どもから質問されたから」,「親戚・友人からアドバイスをもらったから」の項目における得点が高かった。がん種に関しては,乳がんの者が,その他のがん種の者に比べて,「他人から伝えられることがないようにするため」,「専門家からアドバイスをもらったから」の項目における得点が高かった。また,子どもが第1子であった者は,第2子以上であった者に比べて,「他人から伝えられることがないようにするため」,「子どもが親の病気を感取っているから」,「子どもから質問されたから」,「子どもを支えてくれる人がいるから」の項目における得点が高かった。子どもが女児であった者は,男児であった者に比べて,「子どもが理解できる年齢だから」の項目における得点が高かった。子どもの年齢が母親診断時に13-18歳だった者は,0-6歳,7-12歳だった者に比べて,「子どもが上手に対処できるようにするため」の項目における得点が高かった。また,子どもの年齢が7-12歳,13-18歳だった者は,0-6歳だった者に比べて,「子どもが理解できる年齢だから」の項目における得点が高かった。病気を伝えた子どもの年齢が13-18歳だった者は,7-12歳だった者に比べて,「子どもの生活が不安定だから」の項目における得点が高かった。

障害要因については,乳がん患者は,その他のがん種の患者に比べて,「病気に対して親の気持ちが追い付いていないから」,「子どもに伝えることについて配偶者と意向が合わないから」,「子どもに情緒的な負担をかけたくないから」,「子どもに身体的な負担をかけたくないから」,「子どもに通常と変わらない生活を送ってもらいたいから」,「伝えた後の子どもの反応が予測できないから」の項目の得点が高かった。また,子どもが第1子であった場合は,第2子以上であった場合と比べて,「近いうちに

Table 4-4. 母親が自身のがんについて子どもに伝える際の促進要因の記述統計(成分抽出前)

Item	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Skewness</i>	<i>Kurtosis</i>	<i>Range</i>
1 治療や副作用により, 親の外見が変わるから	3.00	1.23	-0.72	-1.17	3
2 親の生活が変わることへ理解を得るため	3.46	0.83	-1.59	1.96	3
3 子どもの生活環境が変わることへの理解を得るため	3.06	1.08	-0.82	-0.65	3
4 子どもの協力を必要とする(家事や留守番)から	3.05	1.10	-0.82	-0.69	3
5 子どもに隠し通せないと思うから	2.68	1.31	-0.24	-1.70	3
6 子どもとの信頼関係を維持するため	3.25	1.07	-1.24	0.16	3
7 子どもに情緒的な負担をかけたくないから	3.08	1.04	-0.80	-0.59	3
8 子どもに通常と変わらない生活を送ってもらいたいから	3.27	0.98	-1.23	0.42	3
9 子どもが上手に対処できるようにするため	3.01	0.99	-0.59	-0.80	3
10 子ども自身の健康を気遣ってほしいから	2.96	1.04	-0.55	-0.96	3
11 子どもが理解できる年齢だから	2.94	1.17	-0.61	-1.15	3
12 他人から伝えられることがないようにするため	2.46	1.21	0.04	-1.56	3
13 子どもが親の病気を感じ取っているから	2.46	1.19	-0.01	-1.52	3
14 子どもから質問されたから	1.90	1.07	0.85	-0.61	3
15 子どもの生活が不安定だから	1.58	0.89	1.50	1.41	3
16 子どもを支えてくれる人がいるから	2.36	1.18	0.18	-1.48	3
17 子どもに病気を伝えることに関する資料をもらったから	1.59	0.95	1.45	0.87	3
18 親戚・友人からアドバイスをもらったから	1.30	0.65	2.52	6.81	3
19 専門家からアドバイスをもらったから	1.67	1.02	1.30	0.32	3

Table 4-5. 母親のがんについて子どもに伝える際の阻害要因の記述統計(成分抽出前)

Item	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Skewness</i>	<i>Kurtosis</i>	<i>Range</i>
1 病気に対して親の気持ちが追いついていないから	1.78	1.10	1.13	-0.18	3
2 親の病気について子どもから質問されたくないから	1.27	0.55	2.42	7.36	3
3 親の病気や治療に関する情報が明確でないから	1.42	0.77	2.00	3.56	3
4 親の病気のことを誰にも知られたくないから	1.65	0.89	0.99	-0.35	3
5 どう伝えていいかわからないから	1.86	0.97	0.56	-1.16	3
6 時間的な余裕がないから	1.23	0.56	2.34	4.38	2
7 子どもに伝えることについて配偶者と意向が合わないから	1.11	0.35	3.54	13.10	2
8 子どもに情緒的な負担をかけたくないから	2.27	1.12	0.19	-1.38	3
9 子どもに身体的な負担をかけたくないから	1.86	1.02	0.90	-0.41	3
10 子どもに通常と代わらない生活を送ってもらいたいから	2.09	1.15	0.51	-1.24	3
11 伝えた後の子どもの反応が予測できないから	1.81	0.96	0.86	-0.43	3
12 子どもが幼く理解できないから	2.06	1.25	0.54	-1.44	3
13 近いうちに子どもにとって特別なイベントがあるから	1.30	0.61	1.90	2.43	2
14 子どもの生活が不安定だから	1.30	0.63	2.27	5.04	3
15 子どもが話してほしくなさそうだから	1.21	0.50	2.40	5.13	2
16 子どもが親の病気を感じ取っているから	1.21	0.47	2.22	4.41	2
17 子どもを支えてくれる人がいるから	1.19	0.54	3.24	11.49	3

Table 4-6-1. 患者属性による促進要因の違い

	ステージ		がん種		診断からの経過期間		
	0-II (n = 56)	III-IV (n = 17)	乳がん (n = 68)	その他 (n = 9)	1年未満 (n = 17)	1-5年 (n = 44)	5年以上 (n = 18)
治療や副作用により、親の外見が変わるから	2.98 (1.21)	3.29 (1.21)	3.09 (1.21)	2.56 (1.33)	3.00 (1.27)	3.02 (1.17)	2.94 (1.39)
親の生活が変わることへ理解を得るため	3.39 (0.87)	3.59 (0.80)	3.50 (0.80)	3.11 (1.05)	3.47 (0.87)	3.52 (0.73)	3.28 (1.02)
子どもの生活環境が変わることへの理解を得るため	3.00 (1.10)	3.06 (1.14)	3.03 (1.09)	3.22 (1.09)	3.24 (1.15)	3.05 (1.06)	2.94 (1.11)
子どもの協力を必要とする(家事や留守番)から	3.05 (1.10)	2.88 (1.17)	2.99 (1.11)	3.44 (1.01)	2.76 (1.25)	3.11 (1.06)	3.17 (1.04)
子どもに隠し通せないと思うから	2.71 (1.30)	2.35 (1.37)	2.66 (1.33)	2.67 (1.22)	2.41 (1.42)	2.80 (1.25)	2.67 (1.37)
子どもとの信頼関係を維持するため	3.27 (1.05)	3.00 (1.22)	3.22 (1.09)	3.33 (1.00)	2.94 (1.20)	3.36 (0.99)	3.28 (1.13)
子どもに情緒的な負担をかけたくないから	3.05 (1.03)	3.18 (1.13)	3.09 (1.03)	3.00 (1.12)	3.35 (1.00)	3.05 (0.99)	2.89 (1.18)
子どもに通常と変わらない生活を送ってもらいたいから	3.27 (0.98)	3.29 (0.99)	3.24 (0.99)	3.33 (1.00)	3.29 (1.10)	3.20 (0.95)	3.39 (0.98)
子どもが上手に対処できるようにするため	3.04 (0.97)	2.88 (1.11)	3.04 (1.01)	2.78 (0.83)	3.35 (0.93)	3.00 (0.96)	2.72 (1.07)
子ども自身の健康を気遣ってほしいから	2.89 (1.09)	2.94 (0.97)	2.93 (1.04)	3.00 (1.12)	2.76 (1.09)	3.07 (1.00)	2.89 (1.13)
子どもが理解できる年齢だから	3.04 (1.09)	2.47 (1.33)	3.04 (1.15)	2.44 (1.13)	2.82 (1.19)	3.02 (1.17)	2.83 (1.20)
他人から伝えられることがないようにするため	2.52 (1.21)	2.12 (1.22)	2.56 (1.23)	1.78 (0.83)	2.41 (1.33)	2.55 (1.17)	2.28 (1.23)
子どもが親の病気を感取っているから	2.54 (1.16)	1.88 (1.05)	2.50 (1.19)	2.22 (1.20)	2.29 (1.36)	2.41 (1.15)	2.72 (1.13)
子どもから質問されたから	2.02 (1.05)	1.24 (0.56)	1.93 (1.08)	1.78 (1.09)	1.88 (1.22)	1.89 (0.97)	1.94 (1.21)
子どもの生活が不安定だから	1.61 (0.89)	1.41 (0.80)	1.60 (0.88)	1.56 (1.01)	1.47 (0.62)	1.66 (1.01)	1.50 (0.79)
子どもを支えてくれる人がいるから	2.34 (1.13)	2.25 (1.29)	2.35 (1.22)	2.63 (0.92)	2.59 (1.23)	2.16 (1.16)	2.65 (1.17)
子どもに病気を伝えることに関する資料をもらったから	1.73 (1.04)	1.29 (0.69)	1.65 (0.99)	1.33 (0.71)	1.65 (1.00)	1.75 (1.04)	1.17 (0.51)
親戚・友人からアドバイスをももらったから	1.43 (0.74)	1.00 (0.00)	1.34 (0.68)	1.11 (0.33)	1.24 (0.56)	1.39 (0.72)	1.17 (0.51)
専門家からアドバイスをももらったから	1.79 (1.09)	1.47 (0.87)	1.76 (1.07)	1.11 (0.33)	1.88 (1.22)	1.80 (1.05)	1.17 (0.51)

注) *** $p < .001$, * $p < .05$.

Table 4-6-2. 患者属性による促進要因の違い

	子どもの人数				子どもの出生順				子どもの性別				診断時の子どもの年齢							
	1人 (n = 36)		2人以上 (n = 43)		第一子 (n = 58)		第二子以上 (n = 21)		男児 (n = 44)		女児 (n = 35)		0-6歳 (n = 31)		7-12歳 (n = 24)		13-18歳 (n = 23)		F	多重比較
	t		t		t		t		t		t		t		t		t			
治療や副作用により、親の外見が変わるから	3.08 (1.18)	2.93 (1.28)	0.55	3.07 (1.18)	2.81 (1.36)	0.83	3.02 (1.21)	2.97 (1.27)	0.18	3.19 (1.19)	3.08 (1.25)	1.35	3.19 (1.19)	3.08 (1.25)	2.65 (1.27)					
親の生活が変わることへ理解を得るため	3.50 (0.65)	3.42 (0.96)	0.43	3.50 (0.65)	3.33 (1.11)	0.64	3.48 (0.82)	3.43 (0.85)	0.26	3.58 (0.62)	3.46 (0.93)	0.72	3.58 (0.62)	3.46 (0.93)	3.30 (0.97)					
子どもの生活環境が変わることへの理解を得るため	3.14 (0.99)	3.00 (1.15)	0.57	3.14 (1.00)	2.86 (1.28)	0.91	3.05 (0.99)	3.09 (1.20)	-0.16	3.00 (1.00)	3.46 (1.25)	2.79	3.00 (1.00)	3.46 (1.25)	2.74 (1.25)					
子どもの協力を必要とする(家事や留守番)から	2.92 (1.11)	3.16 (1.09)	-0.99	3.07 (1.06)	3.00 (1.22)	0.25	3.09 (1.07)	3.00 (1.14)	0.36	3.09 (1.07)	3.21 (1.02)	1.66	2.77 (1.18)	3.21 (1.02)	3.26 (1.05)					
子どもに隠し通せないと思うから	2.58 (1.27)	2.77 (1.34)	-0.62	2.76 (1.26)	2.48 (1.44)	0.85	2.57 (1.30)	2.83 (1.32)	-0.88	2.65 (1.28)	2.42 (1.38)	1.18	2.65 (1.28)	2.42 (1.38)	3.00 (1.28)					
子どもとの信頼関係を維持するため	3.31 (0.92)	3.21 (1.19)	0.40	3.40 (0.88)	2.86 (1.42)	1.63	3.23 (1.08)	3.29 (1.07)	-0.24	3.19 (1.14)	3.29 (1.04)	0.06	3.19 (1.14)	3.29 (1.04)	3.26 (1.05)					
子どもに情緒的な負担をかけたくないから	3.19 (0.95)	2.98 (1.10)	0.93	3.24 (0.88)	2.62 (1.28)	2.05	3.20 (0.93)	2.91 (1.15)	1.24	3.13 (1.06)	3.08 (1.06)	0.18	3.13 (1.06)	3.08 (1.06)	2.96 (1.02)					
子どもに通常と変わらない生活を送ってもらいたいから	3.36 (0.80)	3.19 (1.12)	0.79	3.33 (0.85)	3.10 (1.30)	0.76	3.23 (0.96)	3.31 (1.02)	-0.39	3.26 (1.03)	3.00 (1.14)	1.67	3.26 (1.03)	3.00 (1.14)	3.52 (0.67)					
子どもが上手に対処できるようにするため	2.92 (0.94)	3.09 (1.04)	-0.78	3.05 (0.91)	2.90 (1.22)	0.50	3.00 (0.99)	3.03 (1.01)	-0.13	2.81 (1.01)	2.79 (1.10)	4.08 *	2.81 (1.01)	2.79 (1.10)	3.48 (0.67)					0-6歳*、7-12歳* < 13-18歳
子ども自身の健康を気遣ってほしいから	2.81 (1.14)	3.09 (0.95)	-1.22	2.91 (1.03)	3.10 (1.09)	-0.68	3.05 (0.91)	2.86 (1.19)	0.77	2.84 (1.07)	2.79 (1.18)	1.49	2.84 (1.07)	2.79 (1.18)	3.26 (0.81)					
子どもが理解できる年齢だから	3.00 (1.17)	2.88 (1.18)	0.44	3.00 (1.14)	2.76 (1.26)	0.80	2.68 (1.27)	3.26 (0.95)	-2.30 *	2.32 (1.28)	3.13 (1.03)	10.37 ***	2.32 (1.28)	3.13 (1.03)	3.61 (0.66)					0-6歳*、7-12歳*、13-18歳***
他人から伝えられることがないよう(こ)にするため	2.39 (1.23)	2.51 (1.20)	-0.45	2.62 (1.17)	2.00 (1.22)	2.06 *	2.52 (1.27)	2.37 (1.14)	0.55	2.16 (1.24)	2.54 (1.21)	1.63	2.16 (1.24)	2.54 (1.21)	2.74 (1.21)					
子どもが親の病気を感(じ)取っているから	2.67 (1.10)	2.28 (1.24)	1.46	2.76 (1.10)	1.62 (1.02)	4.15 ***	2.39 (1.17)	2.54 (1.22)	-0.58	2.23 (1.18)	2.42 (1.09)	1.47	2.23 (1.18)	2.42 (1.09)	2.78 (1.09)					
子どもから質問されたから	2.08 (1.11)	1.74 (1.03)	1.41	2.17 (1.11)	1.14 (0.36)	6.22 ***	1.82 (0.95)	2.00 (1.21)	-0.75	1.90 (1.11)	1.79 (1.06)	0.22	1.90 (1.11)	1.79 (1.06)	2.00 (1.09)					
子どもの生活が不安定だから	1.67 (0.89)	1.51 (0.88)	0.77	1.67 (0.91)	1.33 (0.80)	1.52	1.59 (0.82)	1.57 (0.98)	0.10	1.52 (0.85)	1.33 (0.64)	3.24 *	1.52 (0.85)	1.33 (0.64)	1.96 (1.07)					7-12歳 < 13-18歳*
子どもを支えてくれる人がいるから	2.56 (1.16)	2.19 (1.19)	1.37	2.53 (1.14)	1.90 (1.22)	2.10 *	2.27 (1.15)	2.47 (1.24)	-0.73	2.65 (1.17)	2.29 (1.33)	1.73	2.65 (1.17)	2.29 (1.33)	2.05 (1.00)					
子どもに病気を伝えることに関する資料をもらったから	1.64 (0.93)	1.56 (0.98)	0.37	1.64 (0.95)	1.48 (0.98)	0.66	1.70 (1.00)	1.46 (0.89)	1.15	1.58 (0.96)	1.83 (1.09)	1.27	1.58 (0.96)	1.83 (1.09)	1.39 (0.78)					
親戚・友人からアドバイスをもらったから	1.39 (0.69)	1.23 (0.61)	1.07	1.34 (0.64)	1.19 (0.68)	0.94	1.30 (0.59)	1.31 (0.72)	-0.13	1.29 (0.69)	1.29 (0.55)	0.06	1.29 (0.69)	1.29 (0.55)	1.35 (0.71)					
専門家からアドバイスをもらったから	1.86 (1.02)	1.51 (1.01)	1.53	1.76 (1.03)	1.43 (0.98)	1.27	1.75 (1.01)	1.57 (1.04)	0.77	1.68 (1.01)	1.96 (1.23)	1.83	1.68 (1.01)	1.96 (1.23)	1.39 (0.72)					

注) *** $p < .001$, * $p < .05$.

Table 4-7-1. 患者属性による阻害要因の違い

	ステージ				がん種				診断からの経過期間				F	多重比較
	0-II (n=54)	III-IV (n=17)	t	乳がん (n=66)	その他 (n=9)	t	1年未満 (n=16)	1-5年 (n=42)	5年以上 (n=19)					
病気に對して親の気持ちに追いついていないから	1.70 (0.98)	2.06 (1.39)	-0.98	1.85 (1.15)	1.33 (0.50)	2.35 *	1.75 (1.00)	1.90 (1.19)	1.53 (0.96)	0.78				
親の病気に對して子どもから質問されたくないから	1.33 (0.61)	1.18 (0.39)	0.99	1.29 (0.58)	1.22 (0.44)	0.33	1.63 (0.89)	1.21 (0.42)	1.11 (0.32)	4.78 *	n.s.			
親の病気が治療に關する情報が明確でないから	1.44 (0.74)	1.47 (0.94)	-0.12	1.41 (0.78)	1.33 (0.50)	0.28	1.44 (0.81)	1.45 (0.77)	1.32 (0.75)	0.21				
親の病気のことを誰にも知られたくないから	1.69 (0.91)	1.71 (0.92)	-0.08	1.68 (0.91)	1.33 (0.50)	1.73	1.94 (1.00)	1.64 (0.88)	1.42 (0.77)	1.50				
どう伝えていいかわからないから	1.78 (0.95)	2.18 (1.01)	-1.49	1.86 (0.96)	1.56 (1.01)	0.9	1.69 (0.87)	2.10 (1.01)	1.47 (0.84)	3.17 *	n.s.			
時間的な余裕がないから	1.24 (0.55)	1.29 (0.69)	-0.33	1.23 (0.55)	1.11 (0.33)	0.62	1.25 (0.58)	1.19 (0.45)	1.32 (0.75)	0.33				
子どもに伝えることについて配偶者と意向が合わないから	1.11 (0.32)	1.12 (0.49)	-0.04	1.12 (0.38)	1.00 (0.00)	2.64 *	1.13 (0.35)	1.05 (0.22)	1.21 (0.54)	1.50				
子どもに情緒的な負担をかけたくないから	2.30 (1.13)	2.18 (1.13)	0.38	2.36 (1.13)	1.44 (0.73)	3.29 **	2.13 (1.26)	2.40 (1.01)	2.11 (1.24)	0.64				
子どもに身体的な負担をかけたくないから	1.81 (1.03)	1.82 (0.95)	-0.03	1.94 (1.05)	1.11 (0.33)	4.86 ***	1.88 (1.20)	1.79 (0.95)	2.00 (1.05)	0.29				
子どもに通常と変わらない生活を送ってもらいたいから	2.20 (1.17)	1.82 (1.07)	1.19	2.20 (1.17)	1.33 (0.71)	3.13 **	2.31 (1.25)	2.10 (1.14)	1.89 (1.10)	0.57				
伝えた後の子どもの反応が予測できないから	1.81 (0.95)	1.71 (0.92)	0.41	1.89 (0.98)	1.11 (0.33)	4.78 ***	1.81 (0.98)	1.81 (0.92)	1.79 (1.08)	0.00				
子どもが幼く理解できないから	1.96 (1.21)	2.18 (1.33)	-0.62	2.08 (1.26)	1.67 (1.12)	0.93	2.13 (1.31)	2.21 (1.30)	1.68 (1.06)	0.00				
近いうちに子どもにとって特別なイベントがあるから	1.35 (0.68)	1.12 (0.33)	1.91	1.33 (0.64)	1.11 (0.33)	1.63	1.63 (0.81)	1.24 (0.58)	1.16 (0.37)	3.19 *	n.s.			
子どもの生活が不安定だから	1.28 (0.60)	1.29 (0.69)	-0.1	1.33 (0.66)	1.11 (0.33)	1.61	1.31 (0.48)	1.19 (0.45)	1.53 (0.96)	1.91				
子どもが話してほしくなさそうだから	1.20 (0.45)	1.12 (0.49)	0.67	1.23 (0.52)	1.11 (0.33)	0.65	1.25 (0.45)	1.19 (0.51)	1.21 (0.54)	0.08				
子どもが親の病気を感取っているから	1.24 (0.47)	1.12 (0.49)	0.93	1.21 (0.48)	1.11 (0.33)	0.61	1.25 (0.58)	1.19 (0.45)	1.21 (0.42)	0.09				
子どもを支えてくれる人がいるから	1.20 (0.49)	1.18 (0.73)	0.18	1.20 (0.53)	1.22 (0.67)	-0.13	1.25 (0.45)	1.14 (0.47)	1.26 (0.73)	0.43				

注) *** $p < .001$, ** $p < .01$, * $p < .05$, n.s. = not significant.

Table 4-7-2. 患者属性による阻害要因の違い

	子どもの人数			子どもの出生順			子どもの性別			診断時の子どもの年齢			F	多重比較															
	1人 (n=35)			2人以上 (n=42)			第一子 (n=56)			第二子以上 (n=20)					男児 (n=44)			女児 (n=32)			0-6歳 (n=31)			7-12歳 (n=24)			13-18歳 (n=20)		
	t	t	t	t	t	t	t	t	t	t	t	t			t	t	t	t	t	t	t	t	t	t	t	t	t	t	t
病気に對して親の気持ちが追いついていないから	2.00 (1.21)	1.60 (0.96)	1.63 (1.10)	1.86 (1.10)	1.45 (0.94)	1.47 (1.08)	1.77 (1.08)	1.72 (1.08)	1.71 (1.07)	2.13 (1.19)	2.13 (1.19)	3.00 (0.81)																	
親の病気に對して子どもから質問されたくないから	1.31 (0.68)	1.24 (0.43)	0.60 (0.60)	1.30 (0.60)	1.20 (0.41)	0.71 (1.25)	1.30 (1.25)	0.46 (0.67)	1.26 (0.51)	1.42 (0.72)	1.15 (0.37)	1.29 (0.37)																	
親の病気や治療に關する情報が明確でないから	1.37 (0.73)	1.45 (0.80)	-0.46 (0.71)	1.39 (0.71)	1.35 (0.75)	0.23 (0.65)	1.39 (0.65)	1.38 (0.79)	1.35 (0.71)	1.50 (0.83)	1.20 (0.41)	1.03 (0.41)																	
親の病気のことを誰にも知られたくないから	1.71 (0.86)	1.60 (0.91)	0.59 (0.86)	1.66 (0.86)	1.55 (0.94)	0.48 (0.91)	1.68 (0.86)	1.56 (0.91)	1.81 (0.98)	1.75 (0.90)	1.15 (0.37)	4.26* (0.37)	0-6歳**、7-12歳** > 13-18歳																
どう伝えていいかわからないから	1.89 (0.99)	1.83 (0.96)	0.23 (0.95)	1.79 (0.95)	2.00 (1.03)	-0.85 (1.02)	2.07 (1.02)	1.53 (0.80)	2.00 (1.00)	1.88 (0.76)	1.50 (0.76)	1.71 (0.76)																	
時間的な余裕がないから	1.23 (0.55)	1.24 (0.58)	-0.07 (0.58)	1.25 (0.58)	1.10 (0.31)	1.45 (0.59)	1.30 (0.59)	1.09 (0.39)	1.23 (0.56)	1.17 (0.48)	1.15 (0.37)	0.17 (0.37)																	
子どもに伝えることについて配偶者と意向が合わないから	1.15 (0.44)	1.07 (0.26)	0.94 (0.37)	1.11 (0.37)	1.05 (0.22)	0.67 (0.39)	1.12 (0.39)	1.06 (0.25)	1.20 (0.48)	1.04 (0.20)	1.00 (0.00)	2.65 (0.00)																	
子どもに情緒的な負担をかけたくないから	2.51 (1.07)	2.07 (1.13)	1.75 (1.08)	2.34 (1.08)	2.00 (1.17)	1.18 (1.09)	2.30 (1.09)	2.19 (1.15)	2.42 (1.12)	2.58 (1.14)	1.55 (0.76)	6.13** (0.76)	0-6歳**、7-12歳** > 13-18歳																
子どもに身体的な負担をかけたくないから	2.09 (1.09)	1.67 (0.93)	1.82 (1.03)	1.91 (1.03)	1.60 (0.88)	1.20 (0.95)	1.80 (0.95)	1.88 (1.07)	1.94 (1.00)	2.04 (1.16)	1.40 (0.68)	2.65 (0.68)																	
子どもに通常と変わらない生活を送ってもらいたいから	2.23 (1.17)	1.98 (1.14)	0.96 (1.12)	2.11 (1.12)	1.95 (1.19)	0.53 (1.19)	2.11 (1.13)	2.00 (1.16)	2.13 (1.15)	2.38 (1.21)	1.55 (0.89)	3.16* (0.89)	7-12歳** > 13-18歳																
伝えた後の子どもの反応が予測できないから	1.91 (1.01)	1.71 (0.92)	0.91 (0.93)	1.79 (0.93)	1.75 (0.97)	0.15 (0.95)	1.86 (0.95)	1.66 (0.90)	1.71 (0.90)	2.17 (1.05)	1.35 (0.59)	4.74* (0.59)	7-12歳** > 13-18歳																
子どもが幼く理解できないから	2.06 (1.21)	2.07 (1.30)	-0.05 (1.17)	1.93 (1.17)	2.35 (1.39)	-1.31 (1.26)	2.18 (1.26)	1.84 (1.19)	2.55 (1.29)	2.13 (1.23)	1.10 (0.45)	10.56*** (0.45)	0-6歳***、7-12歳** > 13-18歳																
近いうちに子どもにとって特別なイベントがあるから	1.37 (0.73)	1.24 (0.48)	0.92 (0.68)	1.38 (0.68)	1.10 (0.31)	2.42* (0.64)	1.34 (0.64)	1.25 (0.57)	1.29 (0.64)	1.42 (0.65)	1.20 (0.52)	0.69 (0.52)																	
子どもの生活が不安定だから	1.29 (0.57)	1.31 (0.68)	-0.16 (0.56)	1.29 (0.56)	1.20 (0.52)	0.60 (0.56)	1.32 (0.56)	1.19 (0.54)	1.26 (0.58)	1.38 (0.65)	1.15 (0.37)	0.91 (0.37)																	
子どもが話してほしくなさそうだから	1.31 (0.63)	1.12 (0.33)	1.65 (0.55)	1.25 (0.55)	1.10 (0.31)	1.49 (0.53)	1.25 (0.53)	1.16 (0.45)	1.29 (0.59)	1.21 (0.51)	1.10 (0.31)	0.88 (0.31)																	
子どもが親の病気を感取っているから	1.26 (0.51)	1.17 (0.44)	0.84 (0.51)	1.25 (0.51)	1.05 (0.22)	2.36* (0.53)	1.25 (0.53)	1.13 (0.34)	1.26 (0.51)	1.17 (0.38)	1.10 (0.45)	0.76 (0.45)																	
子どもを支えてくれる人がいるから	1.14 (0.43)	1.24 (0.62)	-0.77 (0.46)	1.16 (0.46)	1.25 (0.72)	-0.64 (0.67)	1.32 (0.67)	1.00 (0.00)	1.26 (0.68)	1.17 (0.48)	1.10 (0.31)	0.54 (0.31)																	

注) ***p < .001, **p < .01, *p < .05.

子どもにとって特別なイベントがあるから」、子どもが親の病気を感じ取っているから」の項目における得点が高かった。子どもの性別については、母親の病気について男児に伝えた方が子どもに「どう伝えていいかわからないから」、子どもを支えてくれる人がいるから」といった項目における得点が高かった。また、母親の診断時の子どもの年齢によって、5つの項目に有意差が認められた。多重比較の結果、母親の診断時に子どもが0-12歳だった者は、13-18歳だった者に比べて、「親の病気のことを誰にも知られたくないから」、「子どもに情緒的な負担をかけたくないから」、「子どもが幼く理解できないから」の項目の得点が高かった。また、母親の診断時に子どもが7-12歳だった者は、13-18歳だった者に比べて、「子どもに通常と変わらない生活を送ってもらいたいから」、「伝えた後の子どもの反応が予測できないから」の項目の得点が高かった。

3. 3. 母親のがんについて子どもに伝える際の促進・阻害要因の構成概念の検討

母親の病気（病名、治療方法やその副作用）について子どもに伝える促進要因の19項目について、項目分布と識別度の観点から項目を精選した。その結果、フロア効果により項目18を、I-T相関により項目16, 19を、阻害要因項目との重複を調整するために項目7, 8を除外した後、主成分分析を行った。本研究において、母親が自身のがんについて子どもに伝える際の促進要因における最も識別力の高い項目を抽出することを目的としたため、第1主成分を構成する項目以外、および主成分負荷量が2つ以上の因子において.50以上である項目を削除した。その結果、最終的に促進要因として項目6, 9, 11, 12, 13の5項目が抽出され、1因子構造が確認された（Table 4-8）。

Table 4-8. 母親が自身のがんを子どもに伝える際の促進要因項目の主成分分析

項目($\alpha=.68$)	第1主成分
12 他人から伝えられることがないようにするため	0.781
11 子どもが理解できる年齢だから	0.686
9 子どもが上手に対処できるようにするため	0.662
6 子どもとの信頼関係を維持するため	0.607
13 子どもが親の病気を感じ取っているから	0.573

また、母親の病気（病名、治療方法やその副作用）について子どもに伝える阻害要因の17項目についても同様に、項目分布と識別度の観点から項目を精選した。その結果、フロア項目により項目2、6、7、13、14、15、16、17を、促進要因項目との重複を調整するために項目12を除外した後、主成分分析を行った。阻害要因についても同様に、第1主成分を構成する項目以外、および主成分負荷量が2つ以上の因子において.50以上である項目を削除した。その結果、最終的に阻害要因として項目8、9、10、11の4項目が抽出され、1因子構造が確認された（Table4-9）。

3.4. 妥当性・信頼性の検討

信頼性の検討のために、Cronbachの α 信頼係数を算出した結果、促進要因項目全体で.68、阻害要因項目全体で.87であった。

基準関連妥当性として、伝えた段階の高低による項目得点の差異を検討するために、伝えた段階の高低を独立変数、促進・阻害要因の各項目を従属変数とした対応のない t 検定を行った。その結果、母親のがんについて子どもに伝えたことがある者は、そうでない者と比べて、促進要因得点が高く、阻害要因得点が低かった（Table4-10）。

さらに、促進・阻害要因項目と伝える際の困難感との相関係数を算出した。その結果、母親のがんを子どもに伝える困難感と促進要因得点には弱い負の相関関係、阻害要因得点には中程度の正の相関関係が認められた（Table4-11）。

第4項 考察

本研究の目的は、母親が自身のがんについて子どもに伝える際にそれを促進する要因と阻害する要因について

Table 4-9. 母親が自身のがんを子どもに伝える際の阻害要因項目の主成分分析

項目($\alpha=.87$)	第1主成分
8 子どもに情緒的な負担をかけたくないから	0.911
10 子どもに通常と代わらない生活を送ってもらいたいから	0.852
9 子どもに身体的な負担をかけたくないから	0.825
11 伝えた後の子どもの反応が予測できないから	0.794

Table 4-10. 母親が自身のがんを子どもに伝える際の促進・阻害要因項目の妥当性①

	告知群			未告知群			<i>t</i>
	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	
促進要因	66	14.62	3.44	13	11.54	4.27	-2.84 **
阻害要因	63	7.63	3.45	14	9.79	3.89	2.06 *

注) 告知群 = 「話したことがある」, 未告知群 = 「近々話す予定／話す準備をしている」「話そうと思っている」「話す予定はない」, ** $p < 0.01$, * $p < 0.05$ 。

Table 4-11. 母親が自身のがんを子どもに伝える際の促進・阻害要因項目の妥当性②

	促進要因	阻害要因
母親が自身のがんを子どもに伝える困難感	-.27 *	.41 ***

注) *** $p < 0.001$, * $p < 0.05$ 。

明らかにすることであった。

4. 1. 本研究の対象者の特徴

本研究の対象者の特徴として、40－50代の患者が約8割を占め、乳がん患者においても約8割であった。さらに、ステージが0－Ⅱ期の患者が7割、診断からの経過期間は5年以内の者が本研究の7割を占め、研究1の対象者の特徴と概ね同様の特徴を示したことから、本研究の対象者は一般的な子育て世代のがん患者という母集団をある程度反映しているといえる。

4. 2. 患者属性による各促進・阻害要因項目の特徴

促進項目においてはステージ、がん種、子どもの出生順、子どもの性別、診断時の子どもの年齢によって、得点に違いがみられた。また、阻害要因においては、がん種、診断からの経過期間、子どもの出生順、子どもの性別、診断時の子どもの年齢によって、得点に違いがみられた。

ステージが0－Ⅱ期の患者は、特に「子どもが親の病気を感じ取っているから」や「子どもから質問されたから」といった、母親の病気について子どもが気づいているかいないかが、伝える判断に関連している可能性が示唆された。これは、ステージが0－Ⅱ期といった初期のステージであることで、子どもには伝えないでおこうとする母親が存在する（たとえば、Thastum et al., 2009）一方、家族の確かな異変に気付いた子どもたちの様子を見て、やはり伝えた方がよいのではと最終的には伝えようとする母親の状況を表していると考えられる（Kennedy & Lloyd-Williams, 2009; Semple & McCaughan, 2013）。

また、乳がんの患者においては、その他のがん種に比べて、「他人から伝えられることがないようにするため」

といった理由が伝える判断に関連していること、「子どもに通常と変わらない生活を送ってもらいたいから」といった理由が伝えない判断に特に関連している可能性が示唆された。がん種による促進・阻害要因の違いについては、乳がん患者が66名、その他のがん種が9名と偏りのあるサンプルサイズのため、これらの項目は乳がん患者である影響性が考えられる。乳がん治療の第1選択は外科手術であり、温存手術である場合であっても乳房の変形や喪失によるボディイメージの変化は患者にとって心理的苦痛が生じるといわれている。母親である乳がん患者を対象としたインタビュー調査（前田・佐藤，1996）では、母親が「子どもが母親＝乳房のイメージをもつ」こと、乳房切除が必要であるために母親としてのイメージや役割の喪失を体験する傾向にあること、子どもの反応に対して恐れを抱きやすいことが報告されている。こういった乳がん患者の母親の恐れが項目の特徴として表されたものと考えられる。

また、子どもの出生順においては、子どもが第1子であった者は、第2子以上であった者に比べて、「他人から伝えられることがないようにするため」、「子どもが親の病気を感じ取っているから」、「子どもから質問されたから」、「子どもを支えてくれる人がいるから」といった促進要因の得点が高かった。きょうだいがいる場合、第1子は第2子に比べて家族内の大人からより多くの情報を共有されることがあり（小川・久野・小澤・林・鈴木，2016）、家事の手伝いやきょうだいの世話といった家族役割の変化を経験する可能性が高い。そのような状況下において、特に第1子は家庭内の異変を最も感じやすいであろうことが考えられる。

回答した子どもの性別が女兒であった者は、男児であった者に比べて、「子どもが理解できる年齢だから」の促進要因得点が高かった。また、男児について回答した者

は女兒について回答した者に比べて子どもに「どう伝えていいかわからないから」といった項目における得点が高かった。本研究の回答対象となった子どもについて、性別別に年齢を算出したところ、女兒は 12.67 ± 6.10 歳、男児は 11.47 ± 6.48 であったことから、実際にやや女兒の年齢が上であったが、大きな差は見られなかったことから、母親は女兒の方が病気について話をしやすいと感じている可能性が考えられる。

さらに、母親診断時の子どもの年齢別にみると、子どもの年齢が大きい者は、小さい者に比べて、「子どもが理解できる年齢だから」、「子どもが上手に対処できるようにするため」といった促進要因項目の得点が高かった。子どもの年齢が小さい者は、「子どもに情緒的な負担をかけたくないから」、「子どもが幼く理解できないから」、「子どもに通常と変わらない生活を送ってもらいたいから」、「伝えた後の子どもの反応が予測できないから」といった阻害要因項目の得点が高かった。母親診断時の子どもの年齢は、その他の患者の属性と比べて有意差のある項目が最も多く、子どもの発達段階は母親が伝え方に迷う主たる要因の一つであることが示唆された。発達段階による伝え方の違いに関する情報は、子育て中のがん患者が求める主要な情報の一つであり (Barnes et al., 2000)、先行研究と一致する結果であった。

4. 3. 母親が自身のがんについて子どもに伝える際の促進・阻害要因の尺度作成

促進要因は一因子構造であり、その項目内容は子どもとの関係性を重視するとともに、子どもの理解や適応を含む項目が含まれていた。阻害要因もまた、子どもに負担をかけたくないという項目とともに、伝えた後の子どもの反応に対する不安や心配に関する項目が含まれていた。これらは全て、先行研究と一致する知見であった。

また、信頼性と妥当性は概ね良好な結果であった。以上のことから、母親が自身のがんについて子どもに伝える際の促進要因としては、子どもとの信頼関係を保つことが中心的な要因となること、阻害要因としては子どもに負担をかけたくないという気持ちとともに、伝えた後の反応に対する心配や不安が中心的な要因となっていることが示唆された。

第 4 節 本章のまとめ

本研究の対象者の属性によって促進・阻害要因項目の特徴を検討した結果、特に、母親診断時の子どもの年齢によって促進・阻害要因が異なることが示唆された。

また、促進要因として子どもとの関係性、阻害要因として、子どもに負担をかけることや伝えた後の反応からの回避が主要な要因として明らかとなった。

第5章 母親が自身のがんについて子どもに伝える際に既存のサポートが促進・阻害要因および母親の心理的適応に及ぼす影響

第1節 本章のねらい

がんに罹患した母親は自身のがんについて子どもに伝えることを葛藤する傾向にあるが、これまでの研究から、伝えることを通して懸念されがちな状況に陥ることは少ないこと、反対に、子どもとのつながりをより強固に感じるといった前向きな生活を送っていることが示唆された。さらに、がんに罹患した母親が子どもに自身のがんや病状を伝えるにあたり、多様な促進要因や阻害要因が存在することが明らかとなった。これらのことから、自身のがんについて子どもに伝えようとしている母親においては、伝える際の促進要因を増加し、かつ、母親が懸念する阻害要因を低減することを目的とした支援が必要であると考えられる。

これまでに、子育て中のがん患者やその家族を対象にした支援サービスが海外を中心に発展してきており、本邦においても、CLIMB[®]をはじめとする集団介入プログラム（Kobayashi et al., 2017）や、病院内でのサポートグループ（国立がん研究センター中央病院 親と子のサポート教室、聖路加国際病院 チャイルドサポートグループなど）、ピアサポートグループ（NPO法人 Hope Tree、NPO法人がんのママをささえ隊ネットワーク、一般社団法人がんセンターペアレンツなど）がある。また、小冊子（ノバルティスファーマ株式会社、2010）による情報提供も行われている。これらの既存のサポートの構成要素をまとめると、以下のような特徴を持つ。

- 1) 親のがんに関する子どもへの説明
- 2) 親のがんに関する子どもへの伝え方の情報提供
- 3) 子どもへの心理面へのケア
- 4) 親同士で体験を共有する機会

しかし，そのような既存のサポート資源がどのように役立っているのかは検討されていない。本章では，自身のがんについて子どもに伝えようとする母親への支援をねらいとした既存のサポートが，母親のがんについて子どもに伝える際の促進・阻害要因，および母親の心理的適応に与える影響を明らかにすることを目的とする。

第 2 節 母親が自身のがんについて子どもに伝える際に既存のサポートが促進・阻害要因および母親の心理的適応に及ぼす影響（研究 3）

第 1 項 目的

子どもに自身のがんについて伝えようとする母親への支援をねらいとした既存のサポートが，伝える際の促進・阻害要因および母親の心理的適応に与える影響を明らかにすることを目的とした。

第 2 項 方法

2. 1. 調査対象者

調査対象者は，子育て中の女性がん患者であった。選択基準は（1）20歳以上であること，（2）がんのために入院・外来治療中，経過観察中であること，（3）調査時に18歳未満の子どもがいることであった。除外基準は，日本語の読み書きに問題があることであった。

2. 2. 調査手続き

東京都内のがん診療連携拠点病院に入院・通院中のがん患者，および，患者会に所属しているがん患者のうち，本研究における2回の調査に同意した患者を対象に，下記の要領にて質問紙調査を実施した。

入院中の患者に関しては，主治医の許諾を得た後に訪室し，研究概要を説明し，質問紙を配布した。外来通院

中の患者に関しては，事前に主治医の許諾を得た上で，対象者の外来受診時に研究概要を説明し質問紙を配布した。なお，質問紙の返送をもって同意とみなした。

初回の回答を Time 1 (T 1) 時点での回答とし， T 1 から約 1 か月後 (Time 2 : T 2) に，郵送による質問紙調査を実施した。また， T 1 から T 2 の間に子どもに伝えることについて専門家によるサポートを受けた者をサポート有群，支援を受けていない者をサポート無群とした。最終的にサポート有群は，東京都内のがん連携診療拠点病院に入院・通院中のがん患者により構成され，サポート無群は患者会に所属している患者から構成された。なお，サポート有群へのサポートプログラムは，専門家によって構成されるチームを持つ，東京都内のがん連携診療拠点病院にて実施され，既存の冊子を用いた情報提供を中心とする個別カウンセリングの形式であった。質問紙の回答は研究実施代表者宛てに直接郵送するように依頼した。

2 . 3 . 倫理的配慮

本研究は，早稲田大学の人を対象とする研究に関する倫理審査委員会（承認番号：2015-337），および，調査実施場所となる病院の研究倫理審査会（整理番号：16-R058）の承認を得て実施された。

2 . 4 . 調査内容

(1) フェイスデータ：

下記の項目について回答を得た。

① 対象者：年齢，性別，家族構成，居住形態，教育歴，婚姻状況，就業状況，病名，ステージ，再発・転移の有無，がん告知時期，これまでと今後の治療予定

② 子ども：現在の年齢，性別

(2) 親の病気を子どもに伝える促進・阻害要因：

研究 2 - 2 で抽出された促進・阻害要因項目を用いた。

(3) 母親が自身のがんについて子どもに伝えた段階：

母親が自身のがん（病名，治療方法やその副作用）について子どもに伝えたかどうか，「話す予定はない」，「話そうと思っている」，「近々話す予定／話す準備をしている」，「話したことがある」の 4 段階（無関心期，熟考期，準備期，実行期）（Prochaska & DiClemente, 1983, Yoshida et al., 2010 を参考に作成）により回答を得た。

(4) 母親の心理的適応：

母親の心理的適応として，不安，抑うつ，PTSS，PTG を測定した。

① 不安，抑うつ：HADS（Zigmond & Snaith, 1983；Zigmond 他，1993）を用いた。身体疾患を有する患者で，身体疾患の影響を受けずに，抑うつ（HAD-D）や不安（HAD-A）の症状を評価するための自記式質問紙で，東他（1996），八田他（1998）により信頼性と妥当性が確認されている。抑うつ 7 項目，不安 7 項目の計 14 項目により構成されており，0 - 3 の 4 件法にて回答を得た。

② がん闘病に対する心的外傷後ストレス症状（PTSS）：IES-R（Asukai et al., 2002；Weiss, 2004）を用いた。心的外傷性ストレス症状を測定する自記式質問紙であり，侵入症状（8 項目），回避症状（8 項目），過覚醒症状（6 項目）の下位尺度から成り，計 22 項目により構成されている。0（全くなし） - 4（非常に）の 5 件法にて回答を得た。

③ がん闘病における外傷後成長（PTG）：日本語版外傷後成長尺度（Taku et al., 2007）を用いた。特定の外傷体験の結果，個人の生き方に生じた変化の程度を測定する自記式質問紙である。下位因子につい

て，日本語版では，他者との関係（6項目），新たな可能性（4項目），人間としての強さ（4項目），精神性的変容および人生に対する感謝（4項目）の4因子が確認されており，本研究においても4因子の下位尺度，計18項目を用いた。なお，0（この変化を，全く経験しなかった）－5（この変化を，かなり強く経験した）の6件法にて回答を得た。

2. 5. 分析方法

- (1) 記述統計量を算出した。
- (2) サポートの有無による促進・阻害要因，伝えた段階，母親の心理的適応の変化を検討するため，サポート有群とサポート無群について，促進・阻害要因得点，伝えた段階，母親の心理的適応の得点推移をグラフに示した。また，各変数のT1からT2への変化量を算出し，促進要因，伝えた段階，および，PTGにおいては増加した群と不変／減少した群の2群，阻害要因，抑うつ，不安，PTSSにおいては増加／不変の群と減少した群の2群に分けて，サポート有群とサポート無群の2群とのクロス表を作成し，Fisherの正確確率検定を行った。

第3項 仮説

T2の時点でサポートを受けた者は，受けていない者よりも，促進得点の増加，阻害得点の減少，伝えた段階の増加，抑うつ，不安，PTSS得点の減少，PTG得点の増加がみられるが，受けていない者ではそのような変化は認められない。

第4項 結果

4. 1. 調査対象者の背景

調査対象者の特徴を把握するため，記述統計量を算出

Table 5-1. 調査対象者の背景(N=10)

		サポート有群 (N = 6)		サポート無群 (N = 4)	
		N	%	N	%
年齢	30-39	0	0.0	1	25
	40-49	6	100.0	2	50.0
	50-59	0	0.0	0	0.0
	60-69	0	0.0	1	25.0
教育水準	高校卒業	0	0.0	3	75.0
	専門学校卒業	1	16.7	1	25.0
	短期大学卒業	1	16.7	0	0.0
	四年制大学卒以上	4	66.7	0	0.0
婚姻状況	既婚・再婚	6	100.0	2	50.0
就労状況	有職	4	66.7	4	100.0
がん種	乳がん	6	100.0	3	75.0
	子宮頸がん	0	0.0	1	25.0
ステージ	0	1	16.7	0	0.0
	I	2	33.3	2	50.0
	II	3	50.0	2	50.0
転移	有	0	0.0	0	0.0
再発	有	0	0.0	0	0.0
診断からの経過期間(年)	<1	6	100.0	1	25.0
	1-5	0	0.0	2	50.0
	5-10	0	0.0	0	0.0
	≥10	0	0.0	1	25.0
これまでに受けた治療	手術と補助療法	2	33.3	2	50.0
	手術のみ	4	66.7	1	25.0
	補助療法のみ	0	0.0	1	25.0
子どもの数	1	4	66.7	1	25.0
	2	2	33.3	1	25.0
	3人以上	0	0.0	2	50.0
子どもの性別	男性	3	50.0	2	50.0
診断時の子どもの年齢	0-6	1	16.7	1	25.0
	7-12	5	83.3	2	50.0
	13-15	0	0.0	1	25.0

注) 補助療法＝化学療法, 放射線療法, ホルモン療法。□

した。調査対象者は、サポート有群6名、サポート無群4名の計10名であった（Table5-1）。年齢は、サポート有群は6名全員が40代であり、サポート無群は30-60代であった。教育水準は、サポート有群は専門学校、短期大学を卒業した者が1名ずつ、四年制大学以上を卒業した者が4名、サポート無群は、高校を卒業した者が3名、専門学校を卒業した者が1名であった。婚姻状況については、サポート有群全員が既婚者であり、サポート無群は2名が既婚者、2名が離婚していた。また、就労状況について、サポート有群のうち4名、サポート無群は4名全員がなんらかの職に就いていた。がん種について、サポート有群は全員が乳がん、サポート無群は3名が乳がん、1名が子宮頸がんであった。ステージは対象者全員が0-II期であった。診断からの経過期間は、サポート有群は全員1年未満、サポート無群は1年未満が1名、1-5年が2名、10年以上が1名であった。治療については、サポート有群は手術と補助療法を受けている者が2名、手術のみの者が4名、サポート無群は手術と補助療法を受けている者が2名、手術のみ、補助療法のみ者がそれぞれ1名ずつであった。対象者の子ども的人数は、サポート有群は1人の者が4名、2人の者が2名、サポート無群は1人の者が1名、2人の者が1名、3人以上の者が2名であった。子どもの性別は、サポート有群は男児が3名、サポート無群は男児が2名であった。診断時の子どもの年齢は、サポート有群は、0-6歳が1名、7-12歳が5名であった。サポート無群は0-6歳が1名、7-12歳が2名、13-15歳が1名であった。

4. 2. サポート獲得による促進・阻害要因，伝えた段階および母親の心理的適応の変化

サポートの有無による促進・阻害要因，伝えた段階，

Table 5-2. 対象者別の各変数の記述統計

群	ID	促進要因			阻害要因			伝えた段階		
		T1	T2	変化量	T1	T2	変化量	T1	T2	変化量
サポート 有	A	15	17	2	13	11	-2	3	4	1
	B	15	14	-1	4	4	0	4	4	0
	C	20	19	-1	8	6	-2	4	4	0
	D	12	16	4	4	6	2	4	4	0
	E	15	14	-1	12	8	-4	2	4	2
	F	20	20	0	8	4	-4	4	4	0
サポート 無	A	5	13	8	4	8	4	4	4	0
	B	15	11	-4	4	4	0	4	4	0
	C	17	10	-7	4	4	0	4	4	0
	D	20	20	0	4	4	0	4	4	0

群	ID	抑うつ			不安			PTSS			PTG		
		T1	T2	変化量	T1	T2	変化量	T1	T2	変化量	T1	T2	変化量
サポート 有	A	2	3	1	4	5	1	4	0	-4	19	27	8
	B	6	0	-6	5	0	-5	13	7	-6	56	49	-7
	C	12	8	-4	10	3	-7	33	16	-17	38	29	-9
	D	3	5	2	4	4	0	0	12	12	26	44	18
	E	3	4	1	13	5	-8	25	20	-5	42	45	3
	F	7	9	2	8	9	1	19	17	-2	69	57	-12
サポート 無	A	10	10	0	8	7	-1	10	2	-8	29	47	18
	B	7	9	2	8	9	1	13	15	2	34	18	-16
	C	0	4	4	0	3	3	2	9	7	76	65	-11
	D	1	9	8	8	11	3	12	12	0	84	84	0

注) 変化量はT2の得点からT1の得点を引いたもの, PTSS=Posttraumatic Stress Symptom, PTG=Posttraumatic Growth.

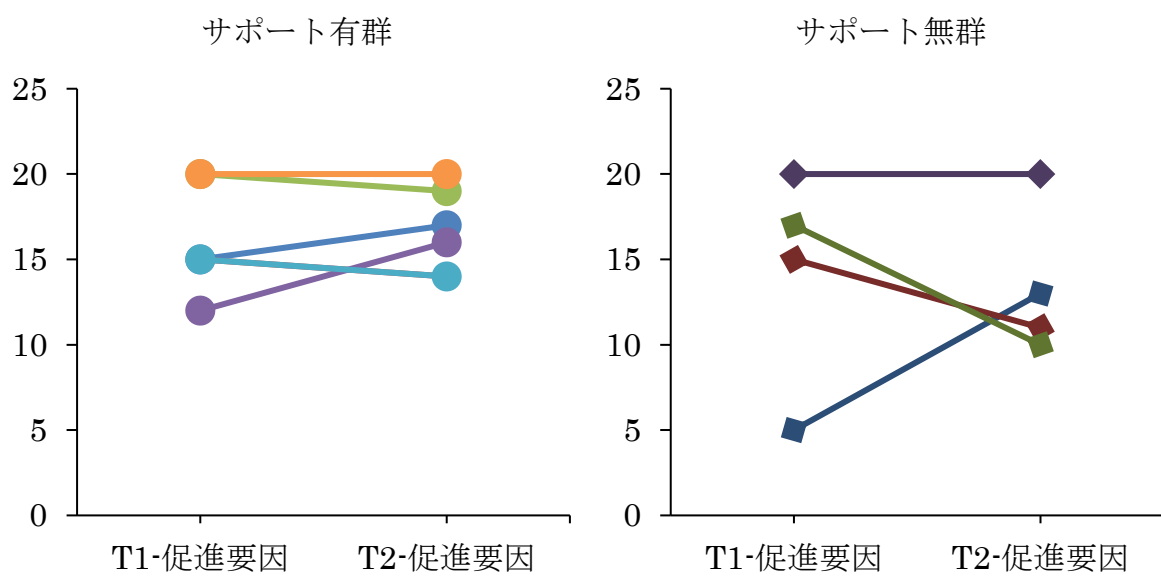


Figure 5-1. サポート有群・無群における促進要因の変化

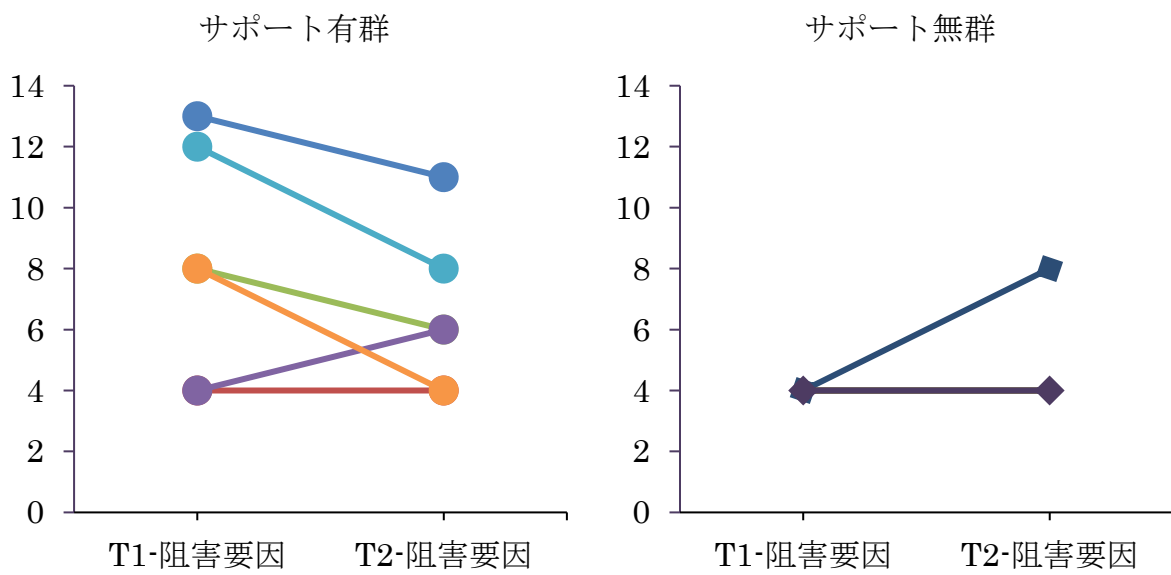


Figure 5-2. サポート有群・無群における障害要因の変化

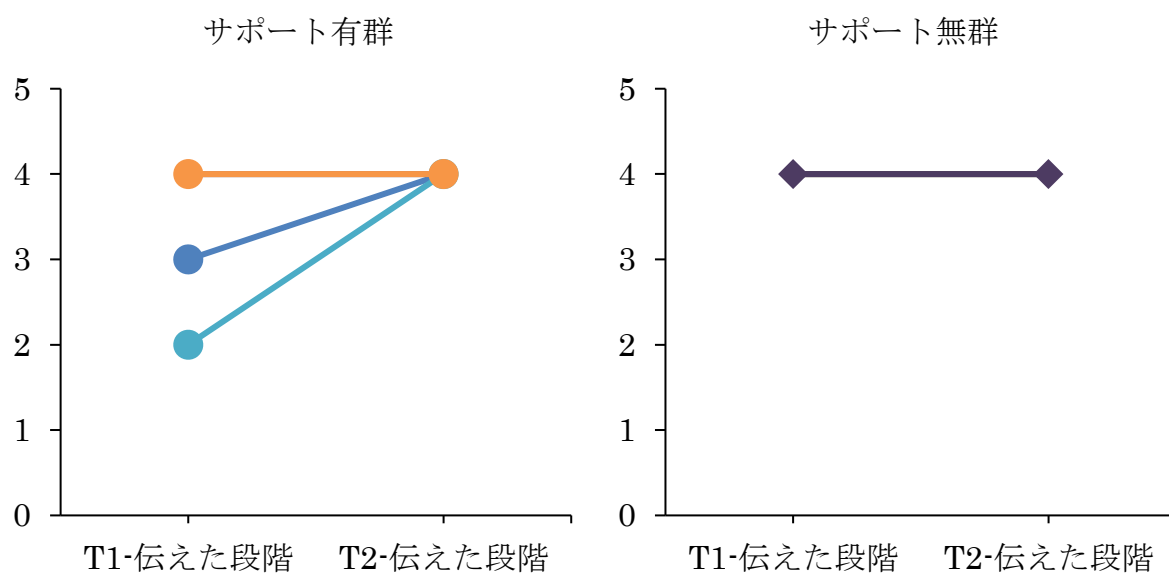


Figure 5-3. サポート有群・無群における伝えた段階の変化

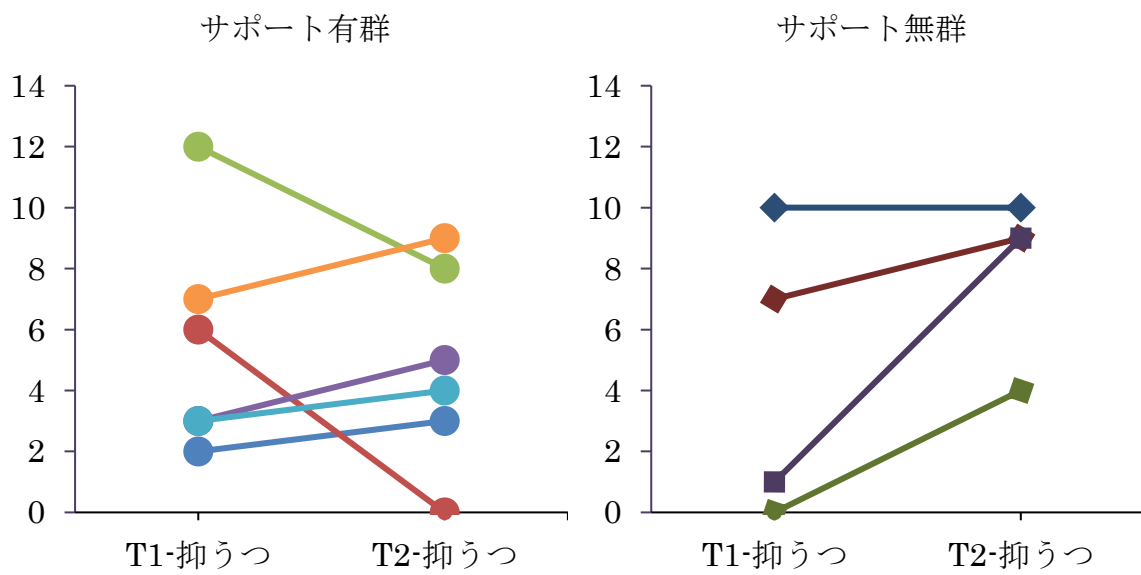


Figure 5-4. サポート有群・無群における抑うつの変化

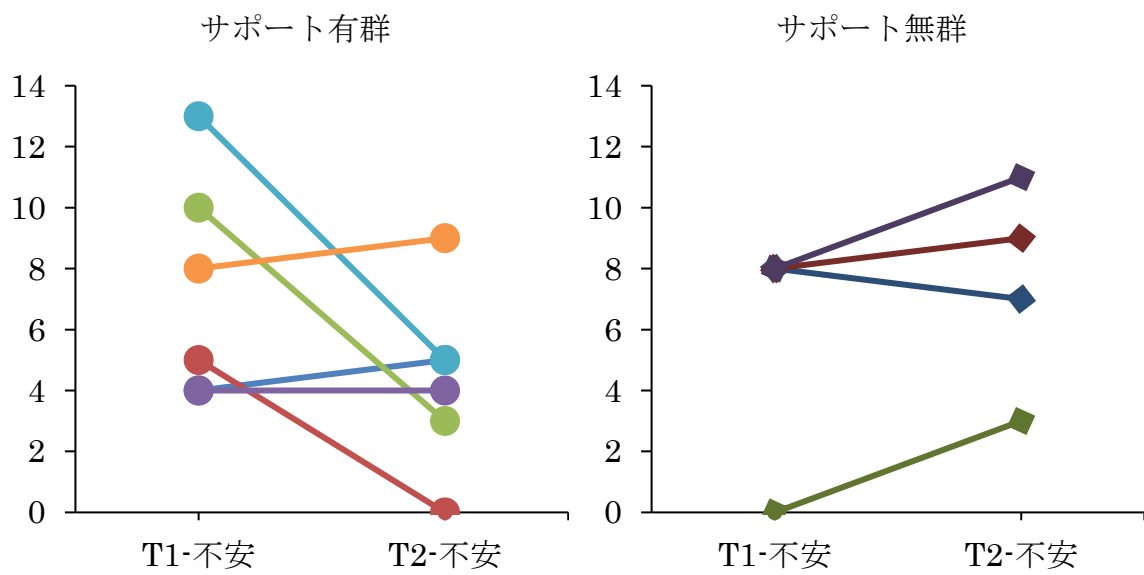


Figure 5-5. サポート有群・無群における不安の変化

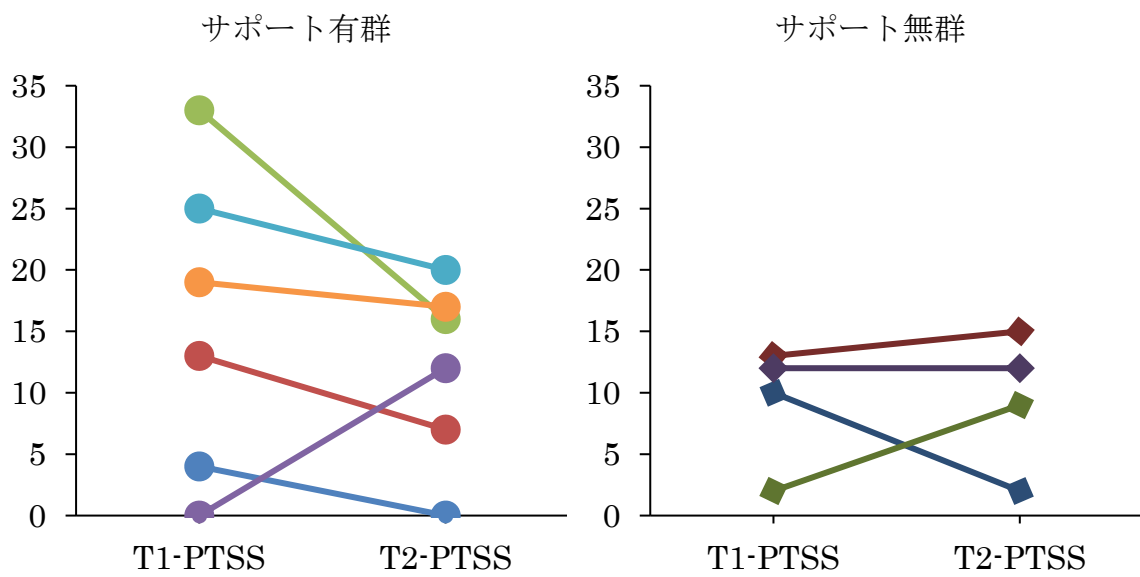


Figure 5-6. サポート有群・無群におけるPTSSの変化

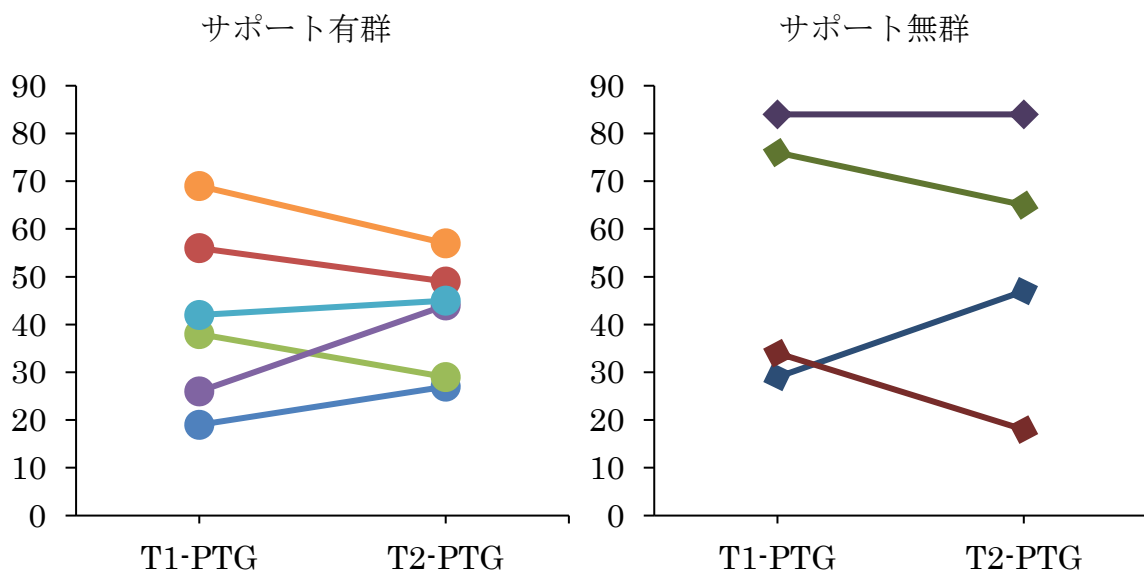


Figure 5-7. サポート有群・無群における PTG の変化

母親の心理的適応の変化を検討するため、サポート有群とサポート無群について、促進・阻害要因得点、伝えた段階、母親の心理的適応の記述統計 (Table 5-2)、および、得点推移 (Figure 5-1—Figure 5-7) を示した。その結果、促進要因について、サポート有群では 6 名中 2 名で増加、1 名で不変、3 名で減少を示し、サポート無群では 4 名中 2 名で増加、2 名で減少を示した。阻害要因については、サポート有群では 6 名中 4 名で減少、1 名で不変、1 名で増加を示し、サポート無群では 4 名中 3 名で不変、1 名で増加を示した。伝えた段階については、サポート有群では 6 名中 2 名で増加、4 名で不変を示し、サポート無群では 6 名中 6 名で不変を示した。抑うつについては、サポート有群では 6 名中 2 名で減少、4 名で増加を示し、サポート無群では 4 名中 1 名で不変、3 名で増加を示した。不安については、サポート有群では 6 名中 3 名で減少、1 名で不変、2 名で増加を示し、サポート無群では 4 名中 1 名で減少、3 名で増加を示した。PTSS については、サポート有群では 6 名中 5 名で減少、1 名で増加、サポート無群では 4 名中 1 名で減少、3 名で増加を示した。PTG についてはサポート有群では 6 名中 3 名で増加、3 名で減少を示し、サポート無群では 4 名中 1 名で増加、1 名で不変、2 名で減少を示した。

また、各変数の変化量について、促進要因、伝えた段階、PTG においては増加群と不変／減少群の 2 群、阻害要因、抑うつ、不安、PTSS においては増加／不変群と減少群の 2 群に分けて、サポート有群とサポート無群の 2 群とのクロス表を作成し、Fisher の正確確率検定を行った (Table 5-3)。その結果、有意な結果は得られなかった。

第 5 項 考察

本研究の目的は、子どもに自身のがんについて伝えようとする母親への支援をねらいとした既存のサポートが、

Table 5-3. 各変数における増減とサポート有無のクロス表およびFisherの正確確率検定

群	促進要因			阻害要因			伝えた段階		
	増加	不変/ 減少	<i>p</i>	減少	不変/ 増加	<i>p</i>	増加	不変/ 減少	<i>p</i>
サポート有	2	4	1.00	4	2	0.07	2	4	0.47
サポート無	1	3		0	4		0	4	

群	抑うつ			不安			PTSS			PTG		
	減少	不変/ 増加	<i>p</i>	減少	不変/ 増加	<i>p</i>	減少	不変/ 増加	<i>p</i>	増加	不変/ 減少	<i>p</i>
サポート有	2	4	0.47	3	3	0.57	5	1	0.19	3	3	0.57
サポート無	0	4		1	3		1	3		1	3	

注) PTSS=Posttraumatic Stress Symptom, PTG=Posttraumatic Growth。

母親のがんについて子どもに伝える際の促進・阻害要因，伝えた段階，および，母親の心理的適応に与える影響を明らかにすることであった。

5. 1. 本研究の対象者の特徴

本研究の対象者の特徴として，乳がんであること，ステージが0 - II期の早期がんであること，診断からの経過期間も比較的短いことから，研究1および研究2の対象者とおおよそ同様の特徴を持つ者で構成されていたと考えられる。

5. 2. 既存のサポートが促進・阻害要因，伝えた段階，母親の心理的適応に与える影響

サポート有群とサポート無群について，促進・阻害要因得点，伝えた段階，母親の心理的適応の記述統計，および，得点推移を示した結果，サポート有群において阻害要因，不安，PTSSが減少傾向であった。また，各変数の増減とサポートの有無による2×2のクロス表を作成し，Fisherの正確確率検定を行った。その結果，有意な結果は得られなかったが，サポート有群はサポート無群に比べて阻害要因やPTSSが減少傾向であることが示された。

本研究の対象者は各群6名以下であり，少ないサンプル数であることから，統計的に有意な結果は見出すことができなかった。また，本研究の対象者の特徴として，サポート有群は診断から1年未満の者で構成されていたものの，サポート無群には診断から1年から5年未満の者が2名，10年以上経過した者が1名含まれており，これらの違いが本研究の結果に影響している可能性も考えられる。さらに，母親の病気について伝えた段階については，サポート有群では6名中4名が，サポート無群では4名全員がT1の時点で既に子どもに伝えている者が

対象となっていたことから，伝えた段階の変化を十分に検討することはできていないといえる。また，その限界点から，母親のがんについて子どもに話しやすいかどうかの促進・阻害要因の変化量にも影響を与えている可能性が考えられる。しかし，上記の得点傾向から，既存のサポートが子育て中の母親に与える影響について，以下二点の可能性があると考える。

まず，子育て中の母親がん患者に向けて提供されている既存のサポートは，母親が自身のがんについて子どもに伝える際の促進要因を直接的に改善・向上する支援としては改善の余地が残されているといえる。

しかし一方で，既存のサポートは，母親が自身のがんについて子どもに伝える際の阻害要因や，不安，PTSSといったネガティブな心理変数に対する支援に寄与する可能性が考えられる。促進要因は，子どもとの関係性や生活における適応を主として構成されていることから，短い期間のサポートで改善へと導くことは難しいのかもしれない。したがって，促進要因の改善には，子どもの生活状況や親子関係をその都度フォローアップできるような継続的なサポートが必要である可能性がある。一方で，阻害要因や，不安や心配を抱えた母親がん患者に対しては，既存のサポートのような短期間の介入であっても有効である可能性が考えられる。具体的には，母親がん患者の気持ちの傾聴，ならびに，子どもの生活の変化や子どもに伝えた後の反応と対応等といった母親がん患者がその都度必要としている情報を，できる限りその患者や家族の状況に合った形で提供することで，母親がん患者が抱える不安，心配といった感情を和らげ，より安定した状態で，自身のがんを子どもに伝えることについて意思決定を行うことにつながる可能性がある。

第 3 節 本章のまとめ

本研究から，子どもに自身のがんについて伝えようとしている患者に対するサポートが行われることによって，伝える際の促進要因や阻害要因，伝えた段階，母親の心理的適応が必ずしも大きく変化するわけではないものの，改善を期待できる可能性が示唆された。また，サポートの内容として，子どもへの伝え方やそれにまつわる心配事に関する情報提供のみでは十分でなく，家族・親子関係に対する継続的な視点をもったサポートをより展開していく必要性が示唆された。また，今後サンプル数を増やしてどのようなサポート内容やサポート回数が効果的であるのかといった点について，対象者の特徴をふまえた上で引き続き検討していく必要がある。

第 6 章 総合考察

第 1 節 本論文で得られた成果

本論文の目的は、子育て中の母親が自身のがんについて伝えることと母親の心理的適応との関連を明らかにし、母親が自身のがんについて子どもに伝える際の促進・阻害要因の中心的な要素を明らかにすることであった。さらに、本邦における既存のサポートについて、自身のがんについて子どもに伝えようとしている母親の促進・阻害要因、および、母親の心理的適応にどのような影響を及ぼしうるかを検討することであった。

まず研究 1 として、母親が自身のがんについて子どもに伝えた内容、伝えた時期、誰が伝えたかと、母親の抑うつ、不安、PTSS、PTG との関連を検討した。その結果、自身のがんについて子どもに伝えることは母親の不安、抑うつ、PTSS と必ずしも関連がなく、伝えた患者はより PTG を経験している可能性が示された。

研究 2 では、母親が自身のがんについて子どもに伝える際の促進要因として子どもとの関係性を重要視していること、阻害要因として子どもの負担と、伝えた後の子どもの反応を回避することが重要視されていることが明らかとなった。

さらに研究 3 では、サポート有群とサポート無群において、既存のサポートの有無によって促進・阻害要因、伝えた段階、および、母親の心理的適応に変化が認められるかを検討した。その結果、有意な結果は認められなかったものの、得点の傾向としてはサポート有群の阻害要因や不安、PTSS といった心理的適応が改善される可能性が示唆された。

そこで、本論文で得られた知見をまとめるとともに、臨床応用可能性について考察する。

第 1 項 母親が自身のがんについて子どもに伝えることと母親の心理的適応との関連

子育て中の母親ががんに罹患した場合に、その多くが真っ先に子どものことを考えるといわれている。その中には、子どもに自身のがんについて伝えるべきか否か、伝えるとすればどのように伝えればいいのかについて、自身の治療決定と並行しながら葛藤する。一方、がん患者を親に持つ子どもとしては、子どもの年齢に適切な情報を提供されることを希望していることが明らかにされてきている。欧米諸国では、母親のがんについて継続的に子どもに伝えることが推奨されており、子どもに伝えられることは母親の心理的適応にもつながることが示唆されてきた。しかしながら、母親が自身のがんについて子どもに伝えることが母親自身に与える影響についてはあまり検討されておらず、子どもに伝えた後、母親がどのような体験をしているのかについて明らかにされていなかった。本研究の結果から、母親のがんについて子どもに伝えていくことで、必ずしも気分の落ち込みなどを経験することはなく、むしろ家族との関係性の強さや新しい関係性が構築されるといった、より前向きな生活につながっている可能性が示唆され、欧米の先行研究が示す結果をおおよそ支持する結果となった。

さらに、本研究の対象者の特徴をふまえて子どもへの伝え方や母親の心理的適応について検討した結果、子どもに「がん」という病名を伝えるかどうかに関しては子どもの年齢が大きく関わっていることも示唆され、この点においても海外の先行研究と合致する結果となった。

また、自身のがんについてより多くの内容を伝えられることと、母親の心理的適応との関連が認められたことから、「病気」や「がん」といった事実だけでなく、具体的な治療スケジュールや治療の進行に伴い予想される副作用、予後に関する母親の考えなどを子どもに伝えられ

ることが重要である可能性が示唆された。これを可能にするためには、まず母親自身の疾病受容が重要であると考えられ、子育て中の母親がん患者とその子どもとのコミュニケーション支援のためには、やはりまず母親に焦点を当て、サポートを行っていく必要性が示唆されたといえる。

以上のことから、子育て中の母親がん患者とその子どもとのコミュニケーションの支援を検討する際、これまでに海外で明らかにされてきた先行研究の結果をふまえた本邦の母親がん患者の支援の展開が期待できる。

しかし一方で、本邦においてはいまだ「がん」に対するイメージは「死」を連想させるものとして根強く存在しており、さらには、家族の凝集性を比較的より重要視する国民性がある（Saito et al., 1996）。本研究の対象者の特徴として、早期ステージの乳がん、かつ、診断からの経過期間が短い患者が多く対象になっていたことから、比較的多くの患者が子どもに伝えられていた可能性もあり、がんの病態や家族構成による検討をより詳細に行うためには、より大規模なサンプルでの検討が必要である。しかしながら、同時に彼らの抑うつ得点は、その他の比較的経過期間が長く、ステージが進んでいた患者よりも高い傾向にあったことは着目すべき点であり、今後同様の特徴を持つ患者、すなわち、早期ステージ、かつ、診断からの経過期間が短い患者に対する支援の必要性が示唆されたと考えられる。

第2項 母親が自身のがんについて子どもに伝える際の促進・阻害要因

これまでの研究は主に子どもの立場から、母親のがんについて子どもに伝えることが推奨されてきたが、伝える際にどのような要因が促進・阻害しているのかについては、明らかにされていなかった。そこで研究2により、

これまでの質的研究で得られた知見および研究2-1によって得られた質的データをふまえて、尺度作成を行った。その結果、母親が自身のがんについて子どもに伝える際の促進要因として子どもとの信頼関係を重要視していること、阻害要因として子どもの負荷の軽減、および、伝えた後の子どもの反応からの回避が主な要因として抽出された。促進要因として、子どもとの信頼関係を重要視した項目が抽出されたことについて、本邦における親子関係の特徴が表されているといえる。母親はがんに罹患した際、家族に心配や迷惑をかけまいとすることも指摘されている (Semple & McCane, 2010)。

しかし、やはり子どもに伝えなくてはならないと思うようになるのは、「知る権利」を重要視する欧米諸国とは異なり、子どもに伝えないことで家族の和が乱れてしまうと感じるからであろう。先述のとおり、日本人の特徴として、家族の凝集性をより重要視する傾向があり (Saito et al., 1996)、そういった家族の和を重んじるからこそ、伝えなかった後のことを考えた際に、伝えたほうが良いだろうという結論に至るのかもしれない。

これまでの先行研究では、インタビュー研究をもとに、さまざまな促進・阻害要因が明らかにされてきていたが、本研究によって特に多くの患者に共通する促進・阻害要因を抽出できたことは、今後本邦における子育て中の母親がん患者への支援を検討する上で基礎的な知見となると考えられる。

第3項 既存のサポートが促進・阻害要因に与える影響

近年、海外の流れを汲んで、本邦でも少しずつ親のがんについて子どもに伝えていくことへの支援が広がりを見せてきている。しかしながら、それらの方法はグループ単位で数回に渡って行われる集団介入から、パンフレットを用いた情報提供まで、対象や方法にばらつきがあ

り、今後どのような対象にどのような支援が有効であるのかを検討していく必要がある。研究3では、その基礎的知見を築くため、既存のサポートが、自身のがんについて子どもに伝えようとしている母親の促進・阻害要因や、母親の心理的適応にどの程度影響しているのかについて明らかにすることを目的とした。その結果、統計的に有意な結果は得られなかったものの、得点の傾向から、既存のサポートは少なからず母親がん患者の心理的適応に肯定的に作用している可能性が示唆された。本研究におけるサポート有群が得たサポートは、情報提供を中心とした一度きりの介入であった。サポート回数の少なさや比較的簡易的な介入にもかかわらず、上記のような結果が得られたことは、今回サポートプログラムを実施した専門家に限らず、がんの診断を受けた母親がん患者に早期から関わりと考えられる主科の医師や看護師をはじめとした多職種においても、こうした子どもをもつ母親への支援を比較的簡便に取り入れられる可能性を示していると考えられる。一方で、サンプル数の限界や対象者の偏りといった限界点から、今後サンプル数を増やして検討していく必要がある。

第2節 本論文の臨床応用可能性

第1項 医療領域におけるスクリーニングの必要性

本論文の臨床応用可能性として、まず医療領域における早期スクリーニングシステム確立の必要性が挙げられる。子育て中のがん患者とその家族が抱える不安や葛藤は、がんの診断前、すなわち精密検査の必要性が指摘された時点からすでに始まっているといえる。その間、親である患者はもちろんのこと、子どもも家族の雰囲気を感じ取り、不安が高まっている可能性がある。また、本研究が実施された医療機関は子育て中のがん患者に対する支援を国内他施設に先駆けて実施している数少ない医

療施設であり，こういった支援体制は本邦において十分に整っておらず，ましてや，こういった支援が利用可能であることを知る患者も少ない。したがって，まずはがんと診断された際に患者が少しでも早く支援リソースにたどり着けることが重要であり，そのためには，がん診療における心理社会的状態について早期スクリーニングの充実が必要不可欠である。特にがんに罹患したばかりの女性がん患者においては，家族構成や親子関係に関する情報を早期から収集するシステムを確立していくとともに，子どもへの伝え方に関する情報が冊子やオンライン媒体でも活用可能であることを治療開始前から伝えていく必要があるだろう。こういった支援がルーティン化されることによって，子育て中の母親がん患者が，患者としての苦悩だけでなく母親としての葛藤を抱え込むことを防ぐことにつながり，さらには母親として自身のがんについて伝えるべきか，伝える場合はどのように伝えるかといった，親としての役割を支援することにも繋がるのである。

第 2 項 継続的フォローアップ体制の必要性

次に，母親がん患者とその家族に対する継続的フォローアップ体制の必要性が挙げられる。本研究の結果から，自身のがんについて子どもに伝えようとしている母親がん患者に対して，既存の冊子を用いた個別カウンセリング形式での情報提供を行うことでも，患者の心理的適応を改善しうる可能性が示された。本研究における対象者は早期がんの患者が多くを占めたが，同じ早期がんの患者でも介入のタイミングによって子どもとの関わりにおける相談内容は異なるであろう。たとえば，診断後すぐの患者はがんという病名を伝えるべきかという葛藤や，母親のがんについて伝えた後子どもが幼稚園や学校で他の人に言ってしまうかどうかといった心配について

の相談が多いだろう。その後治療方針が決定し、手術のため入院するという事になれば、これまで経験したことのない母親の長期不在についてどのように説明すべきか、子どもの負担を和らげるためにできることはないかといった相談が多くなる。また、化学療法や放射線治療、ホルモン治療といった補助療法が始まると、その副作用に関する説明の仕方や、母親の体調の良し悪しに波があることに対する子どもの戸惑いへの対応などといった相談が出てくるだろう。こういった治療経過に伴う困難や葛藤は、母親ががん患者自身においても事前には予想し難い。したがって、前述のように、がんの診断時から支援が重要であるとともに、がん患者の治療経過や子どもの発達段階に応じた継続的な支援が重要である。そのためには、その都度患者が活用できる相談施設やサポートチームの存在が、母親ががん患者における親としての役割をサポートするために必要であると考えられる。そういったサポートによって、がん患者としてだけでなく、母親としての役割を果たすことにつながり、母親ががん患者の心理適応を促すことが可能になる。そういう意味において、発病早期の支援としての、母子間コミュニケーション支援の役割は大きいと言えるだろう。

また、このように、早期からのケアを継続的に実施し、母親ががん患者の不安や葛藤を漏らすことなく支援を提供することは、母親ががん患者や家族のその後のメンタルヘルスの問題を継続的にフォローし見守ることにつながるだろう。たとえば、治療中または治療終了後、再発や病状悪化に至ってしまった場合に、母親のがんについて子どもに伝えていくことが課題となるだけでなく、母親自身の心理的反応に対するケアの必要性も考えられる。終末期には、患者だけでなく配偶者や親族の予期悲嘆といった問題も出てくるだろう。また、患者が亡くなってしまった場合に、遺族となった家族へのケアが求められ

る。がんという疾患の特徴を考慮した際、いかに共存していくかが課題となっており、がん治療の過程において、がん患者および家族といかに関わり、必要となる支援を提供しうるかといった視点が重要となるといえる。上記のような母親がん患者への支援は、がん患者に対する統合的なケアを展開しその枠組みを構築していくための起点となり、がん患者のライフコースに沿った支援を可能にする。

第3項 情報の集約化の必要性

3つ目に母親がん患者をサポートする情報の集約化の必要性が挙げられる。本邦における子育て中のがん患者に対する支援はまだ展開しはじめたばかりであり、いくつかのがん診療連携拠点病院やNPO法人などの自助グループが個々に支援を展開している状況である。それゆえに、どこにいけばどのような支援が得られるのかといった情報が患者に向けて集約されていない現状にある。今後、エビデンスにもとづいた支援を全国で展開していくためには、こういった個々の取り組みの良さをいかしつつ、その情報を集約化し、適切な人に適切な情報がいきわたるよう体制を整えていくことが必要である。そのためにも、年に一度開催される学術総会などの場で、子育て中のがん患者を対象に支援を行っている専門家が集結し、今後の連携や支援内容について検討を行う機会を設けていくことが重要であると考えられる。

第3節 本論文の限界、および、今後の課題

本研究の限界点として、調査対象者の病状の偏りとサンプルサイズの小ささが挙げられる。特に、ステージが0-II期の乳がん患者に偏りがみられたことから、今後はよりステージの進んだ患者も対象に調査を行い、知見を明らかにしていく必要がある。

さらに，比較的子どもに伝えられている患者からの回答に偏っていたこと，病状について伝えた内容や伝え方は過去の出来事に関する回答を得たためリコールバイアスの可能性があることも限界点に含まれる。これらのことから，本研究では子どもに病気を伝えることが直接的に母親の心理的適応に影響を与えるかについては言及できず，サポート獲得の有無による促進・阻害要因や母親の心理的適応への影響については明確なエビデンスを提供することは難しい。多様な背景を持つ患者やその家族に向けた臨床現場での活用のためには，患者の病状や子どもの発達年齢といった視点を含めた詳細な検討が今後必要であるといえる。しかしながら，これまでに母親のがんについての伝え方と母親の心理的適応との関連や，母親が自身のがんで子どもに伝える際の促進・阻害要因の中心的な要素，さらには，既存のサポートがそれらに与える影響については検討されていなかった。本研究は，自身の病気を子どもに伝えようとする母親を支援する上での貴重な知見を提供するものと考えられる。

第 4 節 結 語

我が国のがん対策は，医療サービスの充実にとどまらず，患者や家族のメンタルケアや社会復帰，さらには生活および人生の質の向上のための心理・社会的ケアなどの統合的支援を重視している。これらの統合的支援の背景となる学問領域は，まさに人間科学学術院が目指す学際的人間科学そのものであるといえる。本論文は，子育て中の母親がん患者の心理適応と親子コミュニケーションの問題について，対象者の病状，治療歴，年齢，家族構成，心理状態などの生物・心理・社会的側面から検討を行い，学際的人間科学の視点から考察し，がん患者への統合的支援の具体策について提言を行った。今後，本論文の知見が，がん患者への統合的支援に貢献するとと

もに，人間科学的研究の発展に寄与することを期待したい。

引用文献

- Asbury, N., Lalayiannis, L., & Walshe, A. (2014). How do I tell the children? Women's experiences of sharing information about breast cancer diagnosis and treatment. *European Journal of Oncology Nursing, 18*(6), 564-570.
- Asukai, N., Kato, H., Kawamura, N., Kim, Y., Yamamoto, K., Kishimoto, J., Miyake, Y., & Nishizono-Maher, A. (2002). Reliability and validity of the Japanese-language version of the Impact of Event Scale-Revised (IES-R-J): Four studies on different traumatic events. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 190*, 175-182.
- Barnes, J., Kroll, I., Burke, O., Lee, J., Jones, A., & Stein, A. (2000). Qualitative interview study of communication between patients and children about maternal breast cancer. *British Medical Journal, 321*, 479-482.
- Barnes, J., Kroll, L., Lee, J., Burke, O., Jones, A., & Stein, A. (2002). Factors predicting communication about the diagnosis of maternal breast cancer to children. *Journal of Psychosomatic Research, 52*, 209-214.
- Billhult, A., & Segeston, K. (2003). Strength of motherhood: Non-recurrent breast cancer as experienced by mothers with dependent children. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 17*, 122-128.
- Campbell-Enns, H. J., & Woodgate, R.L. (2013). Decision making for mothers with cancer: Maintaining the mother-child bond. *European*

- Journal of Oncology Nursing*, 17(3), 261–268.
- Davis Kirsch, S.E., Brandt, P.A., & Lewis, F.M. (2003). Making the most of the moment: When a child's mother has breast cancer. *Cancer Nursing*, 26(1), 47–54.
- 独立行政法人国立がん研究センターがん対策情報センター (2013). 全国がん罹患モニタリング集計 2003-2005年生存率報告. 独立行政法人国立がん研究センターがん研究開発費「地域がん登録精度向上と活用に関する研究」平成22年度報告書.
- Ellis, S.J., Wakefield, C.E., Antill, G., Burns, M., & Patterson, P. (2016). Supporting children facing a parent's cancer diagnosis: A systematic review of children's psychosocial needs and existing interventions. *European Journal of Cancer Care*, 26(1), e12432. <https://doi.org/10.1111/ecc.12432>
- Ernst, J.C., Beierlein, V., Romer, G., Moller, B., Koch, U., & Berfelt, C. (2013). Use and need for psychosocial support in cancer patients: A population-based sample of patients with minor children. *Cancer*, 119, 2333–2341.
- Faulkner, R.A., & Davey, M. (2002). Children and adolescents of cancer patients: The impact of cancer on the family. *The American Journal of Family Therapy*, 30, 63–72.
- Fasciano, K.M., Berman, H., Moore, C., Defrino, B., Jameson, R., Kennedy, V., & Golant, M. (2007). When a parent has cancer: A community based program for school personnel. *Psycho-Oncology*, 16, 158–167.
- Figueiredo, M.I., Fries, E., & Ingram, K.M. (2004). The role of disclosure patterns and unsupportive

- social interactions in the well-being of breast cancer patients. *Psycho-Oncology*, 13, 96-105.
- Forrest, G., Plumb, C., Ziebland, S., & Stein, A. (2009). Breast cancer in young families: A qualitative interview study of fathers and their role and communication with their children following the diagnosis of maternal breast cancer. *Psycho-Oncology*, 103, 96-103.
- 八田 宏之・東 あかね・八城 博子・小笹 晃太郎・林 恭平・清田 啓介・井口 秀人・池田 順子・藤田 きみゑ・渡辺 能行・川井 啓市 (1998). Hospital Anxiety and Depression Scale 日本語版の信頼性と妥当性の検討——女性を対象とした成績——. *心身医学*, 38(5), 309-315.
- Helseth, S., & Ulseat, N. (2005). Parenting experiences during cancer. *Journal of Advanced Nursing*, 52(1), 38-46.
- 東 あかね・八城 博子・清田 啓介・井口 秀人・八田 宏之・藤田 きみゑ・渡辺 能行・川井 啓市 (1996). 消化器内科外来における hospital anxiety and depression scale (HAD 尺度) 日本語版の信頼性と妥当性の検討. *日本消化器病学会雑誌*, 93(12), 884-892.
- 久野 美智子 (2016). 終末期, 臨終期, その後における親ががんの子どもへの病気の伝え方の現状と遺された親子の心理社会的健康との関連. 公益財団法人聖ルカ・ライフサイエンス研究所 平成27年度研究助成研究報告書
- Hirai, K., Miyashita, M., Morita, T., Sanjo, M., & Uchitomi, Y. (2006). Good death in Japanese cancer care: A qualitative study. *Journal of Pain and Symptom Management*, 31(2), 140-147.

- Hori, M., Matsuda, T., Shibata, A., Katanoda, K., Sobue, T., Nishimoto, H., & Japan Cancer Surveillance Research Group. Cancer incidence and incidence rates in Japan in 2009: A study of 32 population-based cancer registries for the Monitoring of Cancer Incidence in Japan (MCIJ) project. *Japanese Journal of Clinical Oncology*, *45*(9), 884–891.
- Hymovich, D.P. (1993). Child rearing concerns of parents with cancer. *Oncology Nursing Forum*, *20*(9), 1355–1360.
- Inhestern, L., Haller, A.C., Wlodarczyk, O., & Bergelt, C. (2016). Psychosocial interventions for families with parental cancer and barriers and facilitators to implementation and use: A systematic review. *PLoS ONE*, *11*(6), 1–20. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0156967>
- 井上 実穂 (2014). 親が終末期がん患者である子どもへの介入 (支援). *ナーシング・トゥデイ*, *29*, 28–31.
- Inoue, I., Higashi, T., Iwamoto, M., Heiney, S. P., Tamaki, T., Osawa, K., Inoue, M., Shiraishi, K., Kojima, R., & Matoba, M. (2015). A national profile of the impact of parental cancer on their children in Japan. *Cancer Epidemiology*, *39*(6), 838–841. <https://doi.org/10.1016/j.canep.2015.10.005>
- 国立がん研究センターがん情報サービス (2018). 最新がん統計, 国立がん研究センターがん情報サービス「がん登録・統計」, Retrieved from https://ganjoho.jp/reg_stat/statistics/stat/summary.html, 2019年4月26日
- Kennedy, V.L., & Lloyd-Williams, M. (2009).

Information and communication when a parent has advanced cancer. *Journal of Affective Disorders*, 114, 149–155. <https://doi:10.1016/j.jad.2008.06.022>

小林 真理子 (2013). 親のがんを子どもにどう伝え, どう支えるか. *がん看護*, 18(1), 57–61.

小林 真理子 (2014). 親の病気を伝えられた子どもと親をサポートする CLIMB® プロジェクト CLIMB® プログラム日本版の紹介と展開. *ナーシング・トゥデイ*, 29, 51–57.

Kobayashi, M., Heiney, S., Osawa, K., Ozawa, M., & Matsushima, E. (2017). Effect of a group intervention for children and their parents who have cancer. *Palliative and Supportive Care*, 15(5), 575–586.

厚生労働省 (2007). *がん対策基本法*, Retrieved from <https://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/04/dl/s0405-3a.pdf>, 2019年4月26日

厚生労働省 (2013). 平成 24 年人口動態統計月報年計 (概数) の概況, Retrieved from <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/geppo/nengai12/index.html>, 2019年4月26日

厚生労働省 (2014). 「がん研究 10 年戦略」について. Retrieved from <http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000042871.html>, 2019年4月26日

Krauel, K., Simon, A., Krause-Hebecker, N., Czimbalmos, A., Bottomley, A., & Flechtner, H. (2012). When a parent has cancer: Challenges to patients, their families and health providers. *Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research*, 12(6), 795–808.

Lewis, F.M., Casey, S.M., Brandt, P.A., Shands, M.E.,

- & Zahlis, E.H. (2006). The enhancing connections program: Pilot study of a cognitive-behavioral intervention for mothers and children affected by breast cancer. *Psycho-Oncology*, *15*(6), 486–497.
- MacPherson, C. (2005). Telling children their ill parent is dying: A study of the factors influencing the well parent. *Mortality*, *10*(2), 113–126.
- 前田 真紀子・佐藤 禮子 (1996). 子供をもつ壮年期女性の乳癌発病後の役割意識の変化. 岡山大学医療技術短期大学部紀要, 7, 189–199.
- Mallinger, J.B., Griggs, J.J., & Shields, C.G. (2006). Family communication and mental health after breast cancer. *European Journal of Cancer Care*, *15*, 355–361.
- Matsuda, A., Matsuda, T., Shibata, A., Katanoda, K., Sobue, T., Nishimoto, H., & The Japan Cancer Surveillance Research Group. (2013). Cancer Incidence and Incidence Rates in Japan in 2007: A Study of 21 Population-based Cancer Registries for the Monitoring of Cancer Incidence in Japan (MCIJ) Project. *Japanese Journal of Clinical Oncology*, *43*(3): 328–336.
- Meriggi, F., Andreis, F., Liborio, N., Codignola, C., Rizzi, A., Prochilo, T., Rota, L., Di Biasi, B., Bertocchi, P., Abeni, C., Ogliosi, C., Aroldi, F., & Zaniboni, A. (2016). Parents with cancer: Searching for the right balance between telling the truth and protecting children. *Palliative & Supportive Care*, *15*(1), 88–97.
- ノバルティスファーマ株式会社 (2010). 患者さんへの支援, Retrieved from <https://www.novartis.co.jp/>

- our-work/support-for-patients, 2019年4月26日
- 小川 祐子・原 沙彩・小林 明希・河原 正典・鈴木 伸一 (2015). 子育て中のがん患者の親子間コミュニケーションの現状－がん患者遺族を対象とした質的調査－. 日本認知・行動療法学会第41回大会プログラム, 376-377.
- 小川 祐子・久野 美智子・小澤 美和・林 章敏・鈴木 伸一 (2016). 子育て中に配偶者をがんで亡くした遺族における臨終期から死別後までの病気についてのコミュニケーションに関する一事例. 第21回日本緩和医療学会学術大会プログラム・抄録集, S414.
- 小川 祐子・小野 はるか・畑 琴音・鈴木 伸一 (2018). がんに罹患した母親が子どもとのコミュニケーションにおいて医療者に求めるサポート. 第25回日本行動医学会学術総会プログラム・抄録集, 64.
- Ohlen, J., & Holm, A.K. (2006). Transforming desolation into consolidation: Being a mother with life-threatening breast cancer. *Health Care for Women International*, 27(1), 18-44.
- 大沢 かおり (2014). 親の病気を伝えられた子どもと親をサポートする CLIMB®プロジェクト CLIMB®プログラムの実践. ナーシング・トゥデイ, 29, 58-63.
- Park, E.M., Deal, A.M., Check, D.K., Hanson, L.C., Reeder-Hayes, K.E., Mayer, D.K., Yopp, J.M., Song, M.K., Muriel, A.C., & Rosenstein, D.L. (2016). Parenting concerns, quality of life, and psychological distress in patients with advanced cancer. *Psycho-Oncology*, 25, 942-948.
- Patterson, P., McDonald, F.E.J., Butow, P., White, K.J., Costa, D.S.J., Pearce, A., & Bell, M.L. (2013). Psychometric evaluation of the Offspring Cancer Needs Instrument (OCNI): An instrument

- to assess the psychosocial unmet needs of young people who have a parent with cancer. *Support Care Cancer*, 21, 1927–1938.
- Patterson, P., Pearce, A. & Slawitschka, E. (2011). The initial development of an instrument to assess the psychosocial needs and unmet needs of young people who have a parent with cancer: Piloting the offspring cancer needs instrument (OCNI). *Support Care Cancer*, 19, 1165–1174.
- Prochaska, J.O., & DiClemente, C.C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(3), 390–395.
- Puopolo, M., Bain, E., Agarwal, A., Lam, M., Chow, E., & Henry, B. (2017). Factors and correlates of depression in advanced cancer patients: A scoping review. *Journal of Pain Management*, 10(1), 67–77.
- Saito, S., Nomura, N., Noguchi, Y., & Tezuka, I. (1996). Translatability of family concepts into the Japanese culture: Using the Family Environment Scale. *Family Process*, 35(2), 393–402.
- 酒井 厚 (2001). 青年期の愛着関係と就学前の母子関係 — 内的作業モデル尺度作成の試み — 性格心理学研究, 9(2), 59–70.
- Semple, C.J., & McCane, T. (2010). Parents' experience of cancer who have young children: A literature review. *Cancer Nursing*, 33(2), 110–118.
- Semple, C.J., & McCaughan, E. (2013). Family life

- when a parent is diagnosed with cancer: Impact of a psychosocial intervention for young children. *European Journal of Cancer Care*, 22, 219-231.
- Shulman, S., & Seiffge-Krenke, I. (1997). *Fathers and adolescents: Developmental and clinical perspectives*. London & New York: Routledge.
- Stiffer, D., Hasse, J., Hosei, B., & Barada, B. (2008). Parenting experiences with adolescent daughters when mothers have breast cancer. *Oncology Nursing Forum*, 35(1), 113-120.
- 菅原 ますみ (1997). 養育者の精神的健康と子どものパーソナリティの発達 — 母親の抑うつに関して — 性格心理学研究, 5(1), 38-55.
- Taku, K., Calhoun, L.G., Tedeschi, R.G., Gil-Rivas, V., Kilmer, R.P., & Cann, A. (2007). Examining posttraumatic growth among Japanese university students. *Anxiety, Stress, and Coping*, 20(4), 353-367.
- Tedeschi, R.G., & Calhoun, L.G. (2004). Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry*, 15(1), 1-18.
- Thastum, M., Watson, M., Kienbacher, C., Piha, J., Steck, B., Zachariae, R., & Romer, G. (2009). Prevalence and predictors of emotional and behavioral functioning of children where a parent has cancer. *Cancer*, 115(17), 4030-4039.
- Turner, J., Clavarino, A., Yates, P., Hargraves, M., Connors, V., & Hausmann, S. (2008). Enhancing the supportive care of parents with advanced cancer: Development of a self-directed educational manual. *European Journal of Cancer*,

44, 1625-1631.

- Visser, A., Huizinga, G.A., van der Graaf, W.T., Hoekstra, H.J., & Hoekstra-Weebers, J.E. (2004). The impact of parental cancer on children and the family: A review of the literature. *Cancer Treatment Review*, 30(88), 683-694.
- Weiss, D.S. (2004). The Impact of Event Scale-Revised. In: Wilson, J.P., Keane T.M. eds., *Assessing psychological trauma and PTSD (Second Edition)*. New York: The Guilford Press, pp.168-189.
- Yoshida, S., Otani, H., Hirai, K., Ogata, A., Mera, A., Okada, S., & Oshima, A. (2010). A qualitative study of decision-making by breast cancer patients about telling their children about their illness. *Support Care Cancer*, 18, 439-447.
- Zhang, A., & Siminoff, L.A. (2003). Silence and cancer: Why do families and patients fail to communicate? *Health communication*, 15(4), 415-429.
- Zigmond, A.S., & Snaith, R.P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-370.
- Zigmond, A.S. · Snaith, R.P. · 北村 俊 則 (1993). Hospital anxiety and depression scale (HAD 尺度) 李刊 精神科 診 断 学 , 4, 371-372.