OUKA
The University of Osaka
Institutional Knowledge Archive

Title	がん患者の妊孕性温存に関する意思決定に向けた情報収集・相談の様相と困難
Author(s)	土橋, 千咲; 荒尾, 晴恵; 野澤, 美江子
Citation	大阪大学看護学雑誌. 2019, 25(1), p. 18-25
Version Type	VoR
URL	https://doi.org/10.18910/71338
rights	©大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻
Note	

The University of Osaka Institutional Knowledge Archive : OUKA

https://ir.library.osaka-u.ac.jp/

The University of Osaka

がん患者の妊孕性温存に関する意思決定に向けた情報収集・相談の様相と困難

Gathering Information, Talking with People around Cancer Patients, Associated Difficulties in Making Decisions on Fertility Preservation

土橋 千咲[1)]・荒尾 晴惠[1)]・野澤 美江子[2)]

Chisaki Dobashi[1)], Harue Arao[1)], Mieko Nozawa[2)]

要　旨

本研究の目的は、がん患者の妊孕性温存の意思決定に向けた情報収集と相談の様相、それらに伴う困難を明らかにし、妊孕性温存の意思決定支援への示唆を得ることである。性成熟期以降にあり、化学療法終了後の女性がん患者 6 名を対象に、半構造化面接を行い、内容分析を行った。その結果、情報収集の様相は 5 カテゴリ、情報収集に伴う困難は 4 カテゴリに集約され、がん治療医からの情報提供はあるものの、対象者は不足を感じていた。相談の様相は 3 カテゴリ、相談に伴う困難のカテゴリは 6 カテゴリに集約され､医療者や家族と十分に相談できていない現状が明らかになった｡医療者は、診療科間の連携体制をより迅速に構築すると同時に、患者・家族への情報提供の充実や患者の持つ情報を整理する支援、患者の困難をふまえた相談体制の構築など、より積極的に患者の妊孕性温存の意思決定を支援していくことが求められていた。

キーワード：がん・生殖医療、妊孕性温存、意思決定支援、がん看護
Keywords：oncofertility, fertility preservation, decision making support, oncology nursing

Ⅰ．緒言

近年、がん治療の進歩に伴い、長期生存するがんサバイバーが増加しており、治療後の生活を見据えた治療とケアが求められている。化学療法や放射線療法は、がん患者の生殖機能に影響を及ぼし、妊孕性喪失をもたらす可能性がある。生殖年齢にあるがん患者にとって、妊孕性温存は重要な課題であるが、診断から治療前の短期間で、診断の受け止めや治療法の選択と並行しながら、妊孕性温存に関して情報収集や周囲と相談しながら意思決定を迫られる。

米国臨床腫瘍学会のガイドラインでは、「ヘルスケアプロバイダーは、生殖可能年齢内に不妊となる可能性をがん治療開始前に可能な限り早期に患者に伝え、妊孕性温存に関心を示した患者に対して、生殖医療専門医を紹介するべきである」と記されている[1)]。わが国においても「小児、思春期・若年がん患者の妊孕性温存に関する診療ガイドライン」が作成され、がん治療医は、がん治療を最優先する一方で、情報提供や生殖医療専門医への紹介、密な医療連携のもと、妊孕性温存療法の有無や時期を考慮することが推奨されている[2)]。

しかし、先行研究では、医療者の多くが、治療に伴う不妊の可能性など妊孕性に関する情報を患者に十分伝えていないことが指摘されている[3)~5)]。医療者から妊孕性温存に関する関わりが不足する中で、患者は自ら情報を集めなければならず、妊孕性温存の意思決定に向けた情報収集には、困難が伴うと考えられる。しかし、実際に患者がどのような情報を求め、行動しているのか、またどのような困難が伴っているかは明らかになっていない。さらに、妊孕性は患者の家族やパートナーにも関わる問題であり、

[1)]大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻、[2)]東京工科大学医療保健学部看護学科
[1)] Osaka University Graduate School of Medicine, Division of Health Sciences, [2)] Tokyo University of Technology, School of Health Sciences, Department of Nursing

家族の意向や気持ちも患者の妊孕性温存の意思決定に影響を与えることが示唆されている[6]。そのため、周囲への相談は意思決定に向けた重要な過程と考えられるが、その様相や伴う困難は明らかになっていない。

そこで、本研究では、がん患者の妊孕性温存の意思決定に向けた情報収集と相談の様相、それらに伴う困難を明らかにし、妊孕性温存の意思決定支援への示唆を得ることを目的とした。

II. 研究方法

1. 研究デザイン

本研究は、質的記述的研究デザインとした。先行研究では医療者の視点から現状が明らかにされてきたが、患者が実際にどのような行動をしているのか、その際にどのような困難を抱えているのかは混沌としており、その現象を記述する必要から本デザインを用いた。

2. 研究対象者

性成熟期での罹患率が高く、妊孕性の問題がクローズアップされているがん種として、乳がん患者・血液がん患者を対象とし、選定基準は、①性成熟期以降である 20～45 歳の者、②化学療法が終了した者、③研究参加に同意した者とした。意思決定後の妊孕性温存の有無は問わなかった。便宜的サンプリングを用い、日本がん・生殖医療学会患者ネットワークの代表者に対し、フェイスブックでの協力依頼の広報、対象候補者の紹介を依頼した。協力の意思のある候補者に対し、研究者がインタビュー日に文書を用いて説明を行い、文書による同意を得た。

3. データ収集方法

先行研究や関連分野の収集資料を基に作成したインタビューガイドを用いて、半構造化面接を行った。インタビュー内容は、①基礎情報（年齢、家族構成、婚姻の有無、疾患名、治療内容、妊孕性温存の有無）、妊孕性温存の意思決定をするにあたり、②どのような情報を誰から・何を使って集めたか、③誰にどのような相談をしたか、④それらに伴う困難について、の 4 項目とした。面接は、研究責任者・分担者の計 2 名が各対象者 1 回ずつ実施し、対象者の承諾を得て IC レコーダーへの録音を行った。データ収集期間は、平成 27 年 7～10 月であった。

4. 分析方法

Krippendorff の内容分析[7]の手法を基に分析を行った。Krippendorff は、内容分析を「データをもとにそこから文脈に関して再現可能でかつ妥当な推論を行なうための 1 つの調査技法」と定義しており、データの文脈と関連付けてメッセージの意味を探る分析方法としている。がん患者の情報収集・相談の様相と困難を推測し、何を意味しているのかを明らかにする方法として有用であり、本研究に適していると判断した。

面接内容から逐語録を作成後、妊孕性温存の意思決定に向けた情報収集・相談の様相、それらに伴う困難について述べているところを抽出した。抽出した語りについて、意味内容が損なわれないように一文化、コード化を行い、類似性にそってサブカテゴリ化、カテゴリ化した。分析の全過程において、生殖看護学、がん看護学領域における質的研究に精通した研究者 2 名によるスーパーバイズを受けるとともに、複数の研究者間でデータの解釈が一致するまで吟味を繰り返し、分析の妥当性を確保した。

5. 倫理的配慮

東京工科大学の倫理委員会の承認後、実施した（承認番号 第 E15HS-006 号）。対象者に対し、研究目的や方法、研究参加は自由意志であること、研究参加の負担に対するサポート体制、プライバシーへの配慮、データ管理方法について説明し、文書による同意を得た。

III. 結果

1. 対象者の概要（表 1）

本研究の対象者は、化学療法終了後の女性患者 6 名であった。がんの初発時年齢中央値は 29 歳（26～38 歳）であり、がん初発時から現在までの期間中央値は 5.5 年（1～12 年）であった。全ての対象者が乳がんと診断され、うち 2 名が異時性に子宮体がん、悪性リンパ腫と診断されていた。がん治療を受けた医療機関は、4 名ががん専門病院・クリニック、1 名が大学病院、1 名が市民病院であった。6 名が化学療法、1 名が放射線療法、2 名がホルモン療法を実施していた。また、既婚は 3 名、未婚は 2 名、婚約中は 1 名であった。妊孕性温存のために 6 名中 3 名が卵子凍結を行っていた。面接時間の平均±標準偏差は、56.7±7.5 分であった。

表1. 対象者の概要

ID	1	2	3	4	5	6
年齢(がん初発時)	30代後半	20代後半	30代前半	20代後半	20代後半	20代後半
がん初発時から現在までの期間	1年	4年	7年	1年	10年	12年
同居家族	母	夫	夫、息子	父、母	独居	夫
婚姻状態	未婚	既婚	既婚	婚約中	未婚	既婚
診断名	乳がん	乳がん	乳がん	乳がん	乳がん、子宮体がん	悪性リンパ腫、乳がん
治療機関	がん専門病院	がん専門病院	乳がん専門クリニック	市民病院	がん専門病院	大学病院
治療内容	手術療法 化学療法	手術療法 化学療法	手術療法 化学療法	手術療法 化学療法	＜乳がん＞ 手術療法、化学療法、放射線療法、ホルモン療法 ＜子宮体がん＞ 手術療法	＜悪性リンパ腫＞ 化学療法、放射線療法、ホルモン療法 ＜乳がん＞ 手術療法、化学療法
温存の有無	あり	あり	あり	なし	なし	なし

2. 妊孕性温存に関する情報収集の様相

妊孕性温存に関する情報収集についての語りから、55 のコード、10 のサブカテゴリ、5 のカテゴリに集約された（表 2)。以下、カテゴリは［]、サブカテゴリは＜ ＞で示し、各カテゴリの詳細な内容を説明する。

1)［がん診療科の医療者からの情報提供］

がんの診断から治療開始までの［がん診療科の医療者からの情報提供］では、＜妊孕性温存の方法に関する具体的な情報提供＞が行われており、妊孕性温存を希望した患者に対し、＜生殖医療専門医への紹介＞を行っていた。

2)［患者自らの情報収集］

対象者は、主にインターネットを用いて＜妊孕性温存に関する具体的な情報希求＞と＜生殖医療専門医に関する情報希求＞を行っていた。対象者によっては、＜がん罹患前からの知識の活用＞を行い、積極的に情報収集していた一方で、＜がん罹患の衝撃による情報希求の制限＞が生じ、十分な情報が得られないまま、治療が進んでいった対象者もいた。

3)［患者が求める情報］

対象者は、治療内容による妊孕性喪失の可能性や具体的な温存方法など＜医療者からの妊孕性温存に関する具体的な情報＞を求めていた。また、＜選択肢を増やすための体験者からの情報＞を得ることができれば、より納得した意思決定ができたと感じていた。

4)［がん治療と妊孕性温存の両立］

対象者は、診断後にがんと妊孕性温存について並行して情報収集することに負担を感じ、がん治療についてはがん治療医に任せ、妊孕性温存については、患者自身で情報収集するという＜患者自ら行うがん治療と妊孕性温存に関する役割分担＞を行っていた。

5)［生殖医療専門医からの情報入手による安心感］

［がん診療科の医療者からの情報提供]や[患者自らの情報収集］により、生殖医療専門医にアクセスできた結果、＜生殖医療専門医からの具体的な情報による将来の妊娠への希望＞を抱いていた。

3. 妊孕性温存に関する情報収集に伴う困難

妊孕性温存に関する情報収集に伴う困難についての語りから、35 のコード、6 のサブカテゴリ、4 のカテゴリに集約された（表 3)。

1)［がん治療医からの情報提供不足］

対象者は、がん治療医からの＜妊孕性温存に関する具体的な情報提供の不足＞や＜がん治療医の妊孕性温存に関する知識不足＞を感じており、＜がん治療医からの情報提供不足による後悔＞につながっていた。

2)［短期間での意思決定］

がんの診断から治療開始まで、対象者は日常生活を送ることや、治療に関する情報収集に精一杯であり、妊孕性温存の意思決定を行う上で＜治療前に情報収集を行う時間の不足＞があった。

3)［自分に合った情報入手の難しさ］

対象者は、自ら情報収集したが、高齢のがん患者を対象とした情報が多かったり、未婚のがん患者を対象とした情報が得にくかったりと、＜自分の状況にあわせて欲しい情報を入手する難しさ＞があった。

表2. 妊孕性温存に関する情報収集の様相

カテゴリ	サブカテゴリ	代表的な語り
がん診療科の医療者からの情報提供	妊孕性温存の方法に関する具体的な情報提供	看護師さんから、妊娠は無理ではないし、受精卵の凍結をするとまだまだ可能性は出てくることと、ざっくりとした金額も教えていただきました。（ID4）
	生殖医療専門医への紹介	手術の翌日に先生から、「化学療法が確定したから、卵子凍結をするなら紹介状を書くからね」と言われたんです。（ID1）
患者自らの情報収集	妊孕性温存に関する具体的な情報希求	自分が欲していた、がん患者の生殖機能はどうなるのかとか、治療と一緒に妊活をしなくてはいけないところの情報が全くなかったので、インターネットで見つけた時は、すごくありがたく思いました。（ID1）
	生殖医療専門医に関する情報希求	入院中、どういうところでできるのかとか、未婚でもできる病院を探したりブログを読んだりいろいろ調べて、主治医に聞いたら初めて「そんなにやりたかったんだ」みたいな感じでした。（ID2）
	がん罹患前からの知識の活用	（がん罹患前に行った）市民公開講座の若年性乳がんのセッションで、がんと生殖医療研究会のことをたまたま知って、メモをしていました。（ID3）
	がん罹患の衝撃による情報希求の制限	調べるのがちょっとパニックで怖かったんですよね。当時そんなにインターネットで情報が取れなかったので闘病記ぐらいしかなかった。それ見るのも怖いので、ましてや妊娠とかの情報を調べる発想がなかったかな。（ID6）
患者が求める情報	医療者からの妊孕性温存に関する具体的な情報	「こういう抗がん剤を使うと、10%の人が閉経になります」「それが25歳から29歳まで、30から34歳までの人」って、きちっと研究している数字を出して説明してくれたのはすごく安心でしたね。（ID2）
	選択肢を増やすための体験者からの情報	経験をした人の話を聞きたかったなって思いますね。いろんな人のいろんな選択があるっていうのを知れたら、ちょっとまた違ったかなって思いました。（ID3）
がん治療と妊孕性温存の両立	患者自ら行うがん治療と妊孕性温存に関する役割分担	がんのこともよく分からない、妊孕性のこともよく分からないので一度に来ちゃうとすごく大変だろうなって、「がんのことは（がん治療医に）お任せします。でも妊孕性のことは自分でちゃんと調べます」っていうスタンスだったかな。（ID3）
生殖医療専門医からの情報入手による安心感	生殖医療専門医からの具体的な情報による将来の妊娠への希望	（生殖医療専門医から）ドセタキセルは卵巣毒性がそれほどなく、卵子の数に影響はないと聞いて、我々は5年後妊娠できる、そしたら35か、35ならまだまだ大丈夫という頭になりました。（ID4）

＊代表的な語りは、個人の特定を避けるため、意味内容を損なわないように留意しながら一部に修正を加え、必要に応じて（ ）で内容を補足した。

表3. 妊孕性温存に関する情報収集に伴う困難

カテゴリ	サブカテゴリ	代表的な語り
がん治療医からの情報提供不足	妊孕性温存に関する具体的な情報提供の不足	卵子凍結という選択肢がありますっていう情報しかないので、具体的にどういうこと、どういうふうにするんだろうとか、どういうタイミングでできるんだろうっていうのが、全く具体例がない。（ID1）
	がん治療医の妊孕性温存に関する知識不足	医師でも本当に自然妊娠が難しいのか、産婦人科のことはよく分からないっていう感じだった。（ID3）
	がん治療医からの情報提供不足による後悔	女性として、私も妊娠して、出産したかったから、そういう方法があることをなぜ言ってくれなかったのかなって、今でも思います。（ID5）
短期間での意思決定	治療前に情報収集を行う時間の不足	がんと分かってから手術までが、たぶん2週間ぐらい。その間でクリニックを決めるところまで行けなかった。（ID3）
自分に合った情報入手の難しさ	自分の状況にあわせて欲しい情報を入手する難しさ	がんになって、不妊になるかもしれないって思ったときに、（インターネットで）検索しても、がんの人じゃなくて不妊治療の人のための情報が出てきて、がんの人のための、未婚も許される、この二つをクリアする（クリニックを探す）のがすごく大変だった。（ID2）
信頼できる情報選別の難しさ	多くの情報の中で信頼できる情報を入手する難しさ	がんを告知されたときってみんなすっごい検索をして、すっごいいろんな情報を、もう本当なのか分からない情報でも何でも入って来てしまう状態じゃないですか。私もいろんな情報にちょっと振り回されてしまうこともある。（ID1）

＊代表的な語りは、個人の特定を避けるため、意味内容を損なわないように留意しながら一部に修正を加え、必要に応じて（ ）で内容を補足した。

4)［信頼できる情報選別の難しさ］

個人のブログなど信頼できるかどうか分からない情報に左右されるなど、＜多くの情報に振り回される中で信頼できる情報を入手する難しさ＞があった。

4. 妊孕性温存に関する相談の様相

妊孕性温存に関する相談についての語りから、23 のコード、6 のサブカテゴリ、3 のカテゴリに集約された（表 4）。

1)［妊孕性温存への理解を深める相談］

対象者は、がん診療科の認定看護師や生殖医療専門医に対して適宜、＜患者の疑問に対応するタイムリーな相談＞を行うことで、その時の状況によって生じた疑問をその都度解消し、妊孕性温存への理解を深めていた。

表4. 妊孕性温存に関する相談の様相

カテゴリ	サブカテゴリ	代表的な語り
妊孕性温存への理解を深める相談	患者の疑問に対応するタイムリーな相談	（乳腺の認定看護師が）30分ぐらい時間を、その都度、聞きたいことがあれば取ってくれるので、要所要所で伺いました。（ID4）
妊孕性温存に関する家族との合意形成	患者の意思を尊重する家族・パートナー	主人も、主人の両親も私の両親も、私の希望を尊重しますって感じだった。（ID3）
	パートナーとの十分な相談	ステージで生存率どのぐらいとか見て、温存するのに時間が掛かって化学療法延びるかもしれないけど、「もし再発、転移したとしても、本当にそれが原因か分からないよね」「だったら温存しとこっか」って二人で考えたんです。（ID3）
	がん罹患の衝撃から将来の妊孕性について考える余裕のないパートナー	（パートナーは）あんまり力にならなかったですね。彼は産みたいっていうことよりか、もうがんになったこととか、本当に目の前のことで、3年後の治療が終わった後の話なんていうのは考えられていなかった。（ID2）
核心に至らない周囲への相談	がん治療医への真意の伝わらない相談	外科の先生が（治療については）相談に乗ってくれるんですけど、（妊孕性については）全く乗ってもらっている状態ではないですね。ただ、ホルモン剤を処方してもらっているだけっていう形。（ID1）
	がん罹患の衝撃から将来の妊孕性について考える余裕のない家族	家族に相談、できなかったっていうのもあります。まだ自分自身も親も追いついてなくて、その先のこととか、将来子どもが産めるってそんな、前向きな将来っていうのは考えられなかったですね。（ID2）

＊代表的な語りは、個人の特定を避けるため、意味内容を損なわないように留意しながら一部に修正を加え、必要に応じて（ ）で内容を補足した。

表5. 妊孕性温存に関する相談に伴う困難

カテゴリ	サブカテゴリ	代表的な語り
短期間での意思決定	妊孕性温存に関して周囲と相談する時間の不足	夫は「私の希望を尊重するよ」っていう感じでしたね。本当のところはどうなのかっていうのは、あんまり。主治医には「よく話し合うように」って言われましたけど、仕事が忙しいのもあって、本当の希望を聞きだせたかっていうと正直よく分からないところもあります。（ID3）
妊孕性温存に対する優先順位	妊孕性温存に対する家族の気持ちと患者の気持ちの乖離	とにかく治すことに家族が全面そっちに向いていたので、一人、妊娠の話はやっぱりしづらかったかな。（ID6）
	妊孕性温存に対する医療者と患者の優先順位の違い	「とにかくまず命だから、すぐ治療しましょう」「なんでそこ（妊孕性）にこだわるの」っていうけげんな顔をお医者さんにされた。だからそのときに「もうこれ以上聞けない」って思っちゃったのかな。（ID6）
話題の特殊性	同病者以外との共有の難しさ	お友達に相談できる環境でもなかったですし、お友達は乳がんとは全く関係ないので、相談にもならないですし、つらかったかな。（ID2）
	周囲に迷惑をかけたくないという遠慮	恐らくその当時は、どうしても迷惑を掛けたくないみたいなバリアが入ってた。周囲にも一切病気であることも言えなかった。ましてや妊孕性の話なんてできる状態じゃなかったかな。（ID6）
相談に乗る医療者の姿勢	忙しく親身になってくれない医療者への不満	いろいろ相談したいんですけど、忙しいのか、あんまり相談に乗ってくれないんですね。いつもちゃんと親身に乗ってくれなくて、どこに相談していいんだろう。（ID1）
診療体制	がん診療科と生殖医療を担う診療科との連携不足	乳腺の先生は生殖医療のことが本当に分からないので、「じゃあ、自分で聞いてきて」っていう感じになっちゃいました。紹介状もなしで行きましたね。（ID3）
相談体制の不足	意思決定までのサポートの不足	すぐに手術しなければいけない人以外は、もう1度説明してもらったり、看護師さんに相談できる場、告知してワンクッションおく場が必要かなって思います。（ID5）
	意思決定後・治療後の継続的なサポートの不足	化学療法中は定期的にスタッフの方に相談できるんですけど、術後1年経って無治療になって、漠然と妊孕性温存はしてるけれどもっていう不安があって。（ID3）
	精神的サポートの不足	はたから見たら「元気じゃん」って思われてるから、気持ちの面が大変ですね。(ID5)
	主治医以外への相談希望	お医者さんって男の人が多いと思うので、「先生にそんなこと言うの？」みたいなのはあった。主治医に相談する前に他の人に、ワンクッションあるとありがたい。（ID4）
	相談するまでの手続きの長さ	がん相談支援室に行ったら「予約制です」「電話相談と対面があります」とか相談するまでにステップが長すぎて、「待ってらんない」って思いましたね。（ID2）

＊代表的な語りは、個人の特定を避けるため、意味内容を損なわないように留意しながら一部に修正を加え、必要に応じて（ ）で内容を補足した。

2）［妊孕性温存に関する家族との合意形成］

家族への相談では、＜患者の意思を尊重する家族・パートナー＞と合意に至っていた。パートナーに対して対象者全員が相談していたが、＜パートナーとの十分な相談＞ができた対象者がいた一方で、＜がん罹患の衝撃から将来の妊孕性について考える余裕のないパートナー＞の場合は十分に合意形成が行えていなかった。

3）［核心に至らない周囲への相談］

＜がん治療医への真意の伝わらない相談＞＜がん罹患の衝撃から将来の妊孕性について考える余裕のない家族＞から、医療者や家族に対し、妊孕性温存に関して、最初から相談できなかった対象者もいた。

5. 妊孕性温存に関する相談に伴う困難

妊孕性温存に関する相談に伴う困難についての語りから、35 のコード、12 のサブカテゴリ、6 のカテゴリに集約された（表 5)。

1)［短期間での意思決定］

情報収集に伴う困難と同様に、意思決定までの時間は限られているため、日常生活を送りながら＜妊孕性温存に関して周囲と相談する時間の不足＞があった。

2)［妊孕性温存に対する優先順位］

医療者や家族はがん治療を優先したい一方で、対象者は妊孕性温存について相談したいという思いを抱えており、＜妊孕性温存に対する家族の気持ちと患者の気持ちの乖離＞や＜妊孕性温存に対する医療者と患者の優先順位の違い＞があった。

3)［話題の特殊性］

対象者は、誰かに相談したい気持ちを抱きつつも、知り合いや友人など＜同病者以外との共有の難しさ＞、家族や職場など＜周囲に迷惑をかけたくないという遠慮＞から、誰にも相談できない状況にあった。

4)［相談に乗る医療者の姿勢］

対象者は、医療者の忙しそうな態度から遠慮したり、相談しても十分に乗ってもらえなかったりと、＜忙しく親身になってくれない医療者への不満＞を抱えていた。

5)［診療体制］

＜がん診療科と生殖医療を担う診療科との連携不足＞のため、対象者は、妊孕性温存について相談できる医療者を自分で見つけなければならない状況にあった。

6)［相談体制の不足］

がんの診断から間もなく、妊孕性温存に関する説明が 1 度しかされず、＜意思決定までのサポートの不足＞を感じていた。治療後には医療者と関わる機会が減って妊孕性についてもう一度相談したくても相談する場がないという＜意思決定後・治療後の継続的なサポートの不足＞＜精神的サポートの不足＞もあった。また、看護師など＜主治医以外への相談希望＞や、既存の相談体制に対し＜相談するまでの手続きの長さ＞も感じていた。

IV. 考察

1. 妊孕性温存に関する情報収集の様相と困難

患者は[がん診療科の医療者からの情報提供]を受けていても、[がん治療医からの情報提供不足］を感じており、［患者が求める情報］を十分に提供できていない現状にあると考えられた。先行研究でも、「不妊発症の可能性」については 92.3%のがん治療医が情報提供していたが、「温存方法があること」（82.1%）や「温存施設」（77.3%)、「温存方法の具体的内容」（66.9%）については有意に低い実施率であり、不妊の可能性は伝えられるものの、その後どうすればよいのか、具体的な情報まで踏み込めていない[8]。このことから、がん診療科の医療者は、パートナーの有無や挙児の希望などを考慮した上で、患者に合わせて、より具体性をもった情報の提供が求められていると考えられる。特に、具体的な温存方法だけでなく、体験者からの情報を患者が求めていることが明らかになり、患者会など体験者との交流の場の情報提供が重要であると考えられる。

また、患者は［短期間での意思決定］を迫られる中で［がん治療と妊孕性温存の両立］を図りつつ、[患者自らの情報収集］をしなければならず、［自分に合った情報入手の難しさ］［信頼できる情報選別の難しさ］を感じていることが明らかになった。インターネットなどで、患者が多くの情報に触れられるようになったが、短い時間で情報の整理ができていない現状にあり、患者がもつ情報を把握し、整理する関わりが必要だと考えられる。一方で、がん罹患の衝撃から情報収集が十分にできない場合もあり、看護師は、診断の受け止めや治療に対する思いについて情報収集し、患者の情報収集や意思決定を行う準備状態をアセスメントした上で、正確な情報提供や精神的サポートを行うことが重要であると考えられる。

さらに、生殖医療専門医を受診できた場合は、［生殖医療専門医からの情報入手による安心感］を得ていたが、それまでに患者自ら生殖医療専門医を探さねばならなかったケースもあった。これは、がん診療科と生殖医療を担う診療科との連携不足が要因と考えられる。本研究の対象者が治療を受けた医療機関は様々であったため、施設によって連携体制や情報提供の状況が異なる可能性も考えられたが、先行研究では、がん診療拠点病院においても妊孕性温存に関する情報提供は十分とはいえないことが指摘されてい

る[9]。この問題の解決に向け、2013 年頃より、がん・生殖医療ネットワークが各地域で構築されてきているが、2017 年時点で 22 都道府県にとどまっている。がん診療科で早期に患者の希望を把握し、迅速に生殖医療専門医につなげる医療連携の促進や、看護師による連携の調整を行い、患者が治療前に安心して意思決定を行える体制を整えることが急務であるといえる。

2. 妊孕性温存に関する相談の様相と困難

医療者に対しては適宜､[妊孕性温存への理解を深める相談］が行われていた。Peate らは、時宜を得た適切な情報提供は、患者の意思決定における葛藤を軽減できると示唆している[10]。正しい知識をもつ医療者が相談を受けることで、その時求められている専門的な知識を提供でき、より納得した意思決定を行いやすいと考えられる。

しかし､医療者への相談では､[妊孕性温存に対する優先順位］の違いや［相談に乗る医療者の姿勢］による相談しにくさが挙げられ、十分に相談できていない現状があった。がん治療医は、がん治療を最優先することが推奨されているが[2]、同時に、患者は意思決定のために妊孕性温存に関する情報を得る最大限の機会を得るべきであると指摘されている[11]。がん診療科の医療者は､妊孕性温存に対する患者のニーズや、妊孕性が周囲に相談しにくい話題であることを認識し、早期から積極的に声かけを行い、支持的な態度で関わることが重要であると考えられる。また､［診療体制］や［相談体制の不足］も十分に相談できていない原因といえる。生殖医療を担う診療科との連携体制の促進や、継続して相談できる場を作るだけでなく、意思決定時までの短い時間の中でサポートを受けるまでの簡略化を図るなど、患者の困難をふまえた相談体制の構築を行っていく必要がある。

家族やパートナーに対しては､[妊孕性温存に関する家族との合意形成］が行われていた。しかし、家族やパートナーが将来を考えられず、［核心に至らない周囲への相談］となっていたり､[短期間での意思決定］を迫られていることや［妊孕性温存に対する優先順位］の違い､[話題の特殊性］により双方が十分に納得した上での合意形成が難しかったりといった現状があった。家族やパートナーの受け止めや相談状況を情報収集し、必要であれば、家族間の調整や医療者による支持的な関わり、家族やパートナーに対しても情報提供や精神的サポートを行っていく必要があると考えられる。

3. がん患者の妊孕性温存の意思決定に向けた支援への示唆

本研究では、患者の求める情報や、自分で情報収集する難しさ、家族・パートナーへの支援の不足が新たに明らかになった。患者の準備状態や情報収集状況をアセスメントした上で、情報の整理や、患者が求める具体的な情報や体験者との交流の場を提供することが求められていると考えられる。また、短い期間で意思決定しなければならないため、タイムリーに相談できる場の提供が必要であった。家族・パートナーへの相談状況にも配慮し、精神的サポートや患者と話し合うための情報提供など、家族・パートナーへの支援を充実することも、患者の納得した意思決定のために重要であると考えられる。

4. 本研究の限界

対象者の中には、妊孕性温存の意思決定時からインタビュー時まで時間経過が長い対象者もおり、リコールバイアスが生じた可能性があること、妊孕性温存の方法や周囲の考え方など、時代背景の違いがある可能性がある。また、便宜的サンプリングにより、自ら研究協力の意思を示した対象者と患者団体の代表者から紹介された対象者では、妊孕性に対する思い入れが異なっている可能性があることからも、結果の一般化には限界がある。今後は、近年意思決定を行った対象者に限定しつつも、更に対象者数を増やした調査が必要である。

さらに、男性患者の妊孕性温存に対する意思決定支援の検討も必要だが、リクルートできた対象者は全て女性患者であった。これらは、妊孕性というデリケートな問題に関して対象者をリクルートする限界があると考えられた。

V. 結語

がん患者の妊孕性温存の意思決定に向けた情報収集と相談は、患者にとって十分に行えていない現状があった。医療者による要因として、妊孕性温存に関する情報提供の不足や、優先順位の低さ、がん診療科と生殖医療を担う診療科

との連携体制の不足に加え、現行の相談体制の不足、家族・パートナーへの支援不足があった。患者や家族が理解を深められるように、医療者は、診療科間の連携体制をより迅速に構築すると同時に、患者・家族への情報提供の充実や患者のもつ情報を整理する支援、患者の困難をふまえた相談体制の構築の必要性が示唆された。

謝辞

本研究にご協力いただきました対象者の方々および、日本がん・生殖医療学会理事長　鈴木直先生、患者ネットワークの代表者の方をはじめとした関係者の方々に深く御礼申し上げます。本研究は、平成 26～29 年度科学研究費助成事業基盤研究(B) (No.26293466) の助成を受けて実施した。また、3rd Asia Oncology Nursing Society Conference、第 32 回日本がん看護学会学術集会にて本研究の一部を発表した。

利益相反

本研究に開示すべき COI 状態はない。

文献

1）American Society of Clinical Oncology (2018): Fertility Preservation in Patients With Cancer: ASCO Clinical Practice Guideline Update, Journal of Clinical Oncology, 36(19), 1994-2001.

2）日本癌治療学会 (2017)：小児、思春期・若年がん患者の妊孕性温存に関する診療ガイドライン 2017 年版, 22-24, 金原出版.

3）渡邊知映, 高橋郁, 甲斐一郎 (2007)：化学療法 に伴う性腺機能障害への血液内科医の意識と情報提供の実態調査, 癌と化学療法, 34(6), 891-896.

4）Chikako Shimizu, Hiroko Bando, Tomoyasu Kato, Yuri Mizota, Seiichiro Yamamoto, Yasuhiro Fujiwara (2013): Physicians' knowledge, attitude, and behavior regarding fertility issues for young breast cancer patients: a national survey for breast care specialists, Breast Cancer, 20(3), 230-240.

5）菅原佑菜, 佐藤大介 (2018)：若年性乳がん患者の初期治療選択の意思決定支援の実態と課題, 日本看護学会論文集慢性期看護, 48, 211-214.

6）野澤美江子 (2012)：がん患者の精子凍結に対する意思決定の様相, 第 32 回日本看護科学学会学術集会講演集, 583.

7）Krippendorff K (1980/三上俊治, 椎野信雄, 橋元良明(1989)): メッセージ分析の技法―「内容分析」への招待, 21-23, 勁草書房, 東京.

8）古井辰郎, 高井泰, 木村文則, 北島道夫, 中塚幹也, 森重健一郎, …鈴木直 (2018)：本邦における AYA 世代がん患者に対する妊孕性に関する支援体制 ―がん専門医調査の結果より―, 癌と化学療法, 45(5), 841-846.

9）渡邊知映, 高江正道, 鈴木直 (2018)：がん診療連携拠点病院におけるがん患者の妊孕性温存に関する情報提供と妊孕性温存治療の提供に関する実態調査, 日本がん・生殖医療学会誌, 1(1), 107.

10）Michelle Peate, Bettina Meiser, Michael Friedlander, Helen Zorbas, Susan Rovelli, Ursula Sansom-Daly, …Martha Hickey (2011): It's Now or Never: Fertility-related knowledge, decision-making preference, and treatment intentions in young women with breast cancer -an Australian fertility decision aid collaborative group study, Journal of Clinical Oncology, 29(13), 1670-1677.

11）Polat Dursun, N. Utku Dogan, Ali Ayhan (2014): Oncofertility for gynecologic and non-gynecologic cancers: fertility sparing in young women of reproductive age, Critical Reviews in Oncology Hematology, 92(3), 258-267.