

Title	化学療法を受ける生殖年齢にあるがん患者の妊孕性ケアに対して看護師が抱く困難
Author(s)	北島, 惇子; 升谷, 英子; 小池, 万里子; 高見, 亜美; 荒尾, 晴恵
Citation	大阪大学看護学雑誌. 26(1) P.10-P.19
Issue Date	2020-03-31
Text Version	publisher
URL	http://hdl.handle.net/11094/73828
DOI	
rights	
Note	

Osaka University Knowledge Archive : OUKA

<https://ir.library.osaka-u.ac.jp/repo/ouka/all/>

化学療法を受ける生殖年齢にあるがん患者の 妊孕性ケアに対して看護師が抱く困難

Difficulties Experienced by Nurses in Fertility Care to Cancer Patients of
Reproductive Age undergoing Chemotherapy

北島惇子¹⁾・升谷英子²⁾・小池万里子³⁾・高見亜美²⁾・荒尾晴恵⁴⁾

Junko Kitajima¹⁾, Eiko Masutani²⁾, Mariko Koike³⁾, Ami Takami²⁾, Harue Arao⁴⁾

要 旨

目的：化学療法を受ける生殖年齢にあるがん患者の妊孕性ケアに対して、看護師が抱く困難の実態を明らかにする。

方法：化学療法看護の経験が5年以上で、妊孕性ケア経験のある看護師6名を対象に、各1回の半構造化面接を行った。分析は、記述データをもとに質的内容分析の手法を用いた。

結果：がん患者の妊孕性ケアに対して看護師が抱く困難として、【妊孕性の話題を取り上げる難しさ】【患者と対話を深めて妊孕性のニーズを引き出す難しさ】【がん治療と妊孕性の問題を考慮した判断から、妊孕性ケアにつなげる難しさ】【妊孕性ケアにおける医師・看護師間の協働の難しさ】【施設内・施設間のシステムの問題による妊孕性ケアを行う難しさ】が明らかになった。

結論：がん患者に対して、看護師が良質な妊孕性ケアを提供するために、困難の段階に沿って、妊孕性ケアの知識・経験に関する教育的な支援や、専門家につなぐ連携システムの構築、施設内外の妊孕性ケアのシステム構築の必要性が示唆された。

キーワード：生殖年齢、妊孕性、がん看護、化学療法

Keywords : reproductive age, fertility, oncology nursing, chemotherapy

I. 緒言

近年、集学的治療の進歩に伴い長期生存を望めるようになったがん患者のQOLが重視される中、生殖年齢にある患者の妊孕性の問題が注目されている。中でも、がん患者の化学療法では、生殖機能に影響を及ぼす可能性が高いアルキル化剤が標準的に用いられており¹⁾、妊孕性喪失は大きな課題である。

2006年にAmerican Society of Clinical Oncology (以下、ASCO)が妊孕性温存のガイドライン²⁾を示し、我が国では2017年に小児、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提示された³⁾。これらのガイドラインには、すべての医療者はがん治療前に妊孕性

温存について患者と話し合い、必要時は生殖医療の専門家と連携すべきと明記されている。また看護師は、患者の心理的苦痛に寄り添い、適切な情報を提供し、患者の案内人となるようなナビゲーターの役割が求められている⁴⁾。

一方、生殖年齢にあるがん患者は、がん治療開始前の限られた時間で妊孕性温存の選択を迫られることになるが、告知による衝撃の中、治療後の挙児のことまで考えが及ばない状況にある⁵⁾。そのため、看護師が妊孕性ケアについて患者と話し合うことは容易ではなく、様々な困難を抱えることになる⁵⁾。海外では、看護師が患者の妊孕性について話し合う必要性を認識しているものの、看護師の知識、態度、行動などのバリアによって

¹⁾大阪府立病院機構大阪国際がんセンター、²⁾元大阪大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻がん教育研究センター、

³⁾市立豊中病院、⁴⁾大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻

¹⁾Osaka Prefectural Hospital Organization Osaka International Cancer Institute, ²⁾Former Osaka University Graduate School of Medicine, Cancer Education and Research Center, ³⁾Toyonaka Municipal Hospital, ⁴⁾Osaka University Graduate School of Medicine, Division of Health Sciences

十分に話し合えていないことが示されている^{6)~8)}。我が国でも、医師や看護師は、患者に不妊や性機能障害の説明を行う必要性を感じているが、時間の制限や連携不足、知識不足により、患者や家族のニーズを把握できず、生殖に関する苦悩に関与できていないなど、看護師の困難が明らかとなっている^{9) 10)}。しかし、これらの研究では、対話することや情報提供の困難が主に提示されており、妊孕性ケアを実践する中での困難の場面や背景の詳細は、十分には明らかになっていない。実践する中での困難を詳細に明らかにすることは、化学療法に携わる看護師が生殖年齢にあるがん患者に対して良質な妊孕性ケアを提供するために必要なことである。そこで、本研究では、化学療法を受ける生殖年齢にあるがん患者の妊孕性ケアに対して、看護師が抱く困難の実態を明らかにすることを目的とする。

II. 研究方法

1. 研究デザイン

質的記述的研究法

2. 用語の操作的定義

妊孕性ケアとは、看護師が患者の妊孕性の重要性を認識し、患者と妊孕性について対話し、その対話を通じて患者に必要な看護支援を導き出し、実践を展開することである。

3. 研究対象

化学療法を受けるがん患者への看護経験年数が5年目以上で、妊孕性ケアの経験のある看護師とした。当該看護師が携わっているがんの領域は、妊孕性に影響を及ぼすアルキル化剤を主に使用する造血器腫瘍、精巣腫瘍、乳がん、悪性骨軟部腫瘍のいずれかとした。

4. 調査方法

1) 基本属性の調査

(1)看護師としての経験年数、(2)化学療法を受けるがん患者のケアに携わった経験年数、(3)所属病棟

2) 妊孕性ケアの困難の実態

実践している妊孕性ケアで困難と感じる内容について、対象者が経験した事例をもとに自由に語ってもらった。

3) データ収集方法

データ収集期間は2015年10月～11月であり、がん診療連携拠点病院1施設で調査した。各科の看護師長と看護師に文書と口頭で研究の主旨を

説明し、研究参加の意思がみられた者に、再度文書と口頭で研究説明を行い、同意が得られた者を研究対象者とした。半構成的面接法により、インタビューガイドに沿って約40分～50分の面談を実施した。対象者の同意を得て面談内容をICレコーダーに録音した。

5. 分析方法

Krippendorff¹¹⁾の内容分析法に基づき分析した。まず、ICレコーダーに録音した内容を逐語録にした。逐語録から、妊孕性ケアの困難の実態について文章の意味内容が損なわれないように抜き出し、簡潔な一文で表した。意味内容が類似する一文を集約し、コード化とカテゴリー化を行った。分析の全過程において複数のメンバーで分析を行い、さらに、質的研究に精通したがん看護を専門とする研究者のスーパーバイズを受けて分析の妥当性を高めるように努めた。

6. 倫理的配慮

本研究はA大学倫理委員会と実施病院の倫理委員会で承認を得て実施した。対象者には、研究主旨、個人情報保護、自由意思による参加などを説明した。

III. 結果

1. 対象者の概要

対象者は女性看護師6名、看護師経験年数は平均16.8年、化学療法を受ける患者のケア経験年数は平均10.7年であり、うち1名は乳がん看護認定看護師であった(表1)。インタビュー時間は平均51.3分であった。

表1. 対象者の概要

	看護師 経験年数	化学療法を 受ける患者の ケア経験年数	資格看護師の有無
A	23年	14年	無
B	18年	9年	無
C	16年	9年	無
D	9年	9年	無
E	15年	13年	無
F	20年	10年	有：認定看護師

※所属病棟：整形外科3名、血液内科1名、乳腺外科1名、泌尿器科1名

2. 妊孕性ケアにおける看護師の困難

妊孕性ケアにおける看護師の困難として、203個のコードから56個のサブカテゴリー、21個のカテゴリーが抽出され、5個の大カテゴリーに集約された(表2)。以下、大カテゴリーに沿って困難の様相を記述する。文中では【】は大カテゴリー、《》はカテゴリーを示す。

1) 【妊孕性の話題を取り上げる難しさ】

対象者は、様々な理由により【妊孕性の話題を取り上げる難しさ】を感じており、今回の調査において最も特徴的であった。対象者はまず、《デリケートな妊孕性の話題自体を取り上げる難しさ》を感じ、内容がデリケートであるがゆえに《患者の性別・年齢・婚姻状況による話題を取り上げる難しさ》が語られた。加えて、がん治療における困難も示され、特に治療のタイトなスケジュールの中で《妊孕性の話題を取り上げるタイミングの難しさ》を切実に感じ、治療を優先する状況から話を取り上げられないことが語られた。また、《がん治療や病状による患者の心身の状況を配慮し、話題を取り上げる難しさ》として、予後不良の患者や、退院前の治療完遂した患者を落ち込ますような妊孕性の話題を取り上げることへの難しさを感じていた。

一方、対象者は病棟に勤務しており、化学療法に伴う性腺機能への影響については外来において医師から説明があるため、《医師と妊孕性温存の話を終えた患者に改めて話題を取り上げる難しさ》も感じていた。また、《看護師の知識・経験不足によって妊孕性の話題を取り上げる難しさ》が語られた。

2) 【患者と対話を深めて妊孕性のニーズを引き出す難しさ】

対象者は、妊孕性の話題を取り上げた後も《妊孕性ケアにつながる患者ニーズを引き出す難しさ》を感じており、その理由として、妊孕性に対する患者の思いを深く聞けていなかったことが語られた。また、妊孕性は患者と家族の問題でもあり両者の思いを聴く必要があるが、対象者は看護外来でパートナー等の家族が同席することは難しく、そのニーズの把握が難しいと語っていた。

3) 【がん治療と妊孕性の問題を考慮した判断から、妊孕性ケアにつなげる難しさ】

対象者は、がん患者の配偶子凍結保存や胚凍結保存などの妊孕性温存に対する判断基準が曖昧

であり、なおかつ、臨床判断には専門的な知識や経験が必要な状況により【がん治療と妊孕性の問題を考慮した判断から、妊孕性ケアにつなげる難しさ】を感じていた。また、対象者には、《看護師の知識・経験不足による判断と対応につなげる難しさ》があり、実際の対応における判断が難しいことが語られた。患者の妊孕性温存に関わった経験のある対象者は、《妊孕性ケアを行うための判断基準の不明瞭さによる妊孕性ケアの難しさ》を感じていた。

さらに、患者への介入場面では、《治療の緊急性による妊孕性温存が難しい患者への妊孕性ケアの難しさ》や、《予後不良患者やがん治療を優先する患者に対応する難しさ》を感じていた。また、治療前の患者に与えられる情報量と時間の少なさから《治療前の精子保存について、患者の意思決定支援を行う難しさ》や、《がん治療を受ける女性患者への妊孕性ケアの難しさ》も感じていた。特に女性患者が挙児希望した場合、妊娠期間はがん治療を受けられず、再発や転移した場合は妊娠することがより一層厳しくなることや、採卵のリスクやタイミングから、女性患者の妊孕性温存は難しいことなども語られた。

4) 【妊孕性ケアにおける医師・看護師間の協働の難しさ】

対象者は、【妊孕性ケアにおける医師・看護師間の協働の難しさ】として、医療者の妊孕性に対する認識の乏しさから《患者の妊孕性の問題を捉えられない看護師と情報共有する難しさ》や、《患者の妊孕性に関する情報を医療者間で共有する難しさ》を感じていた。また、《医師の認識の違いによる妊孕性ケアにつなげる難しさ》として、妊孕性に関して医師から患者に積極的に説明されない状況や、説明が統一されていない状況が語られた。さらに、医師の看護師との協働に対する認識が乏しい場合には、看護師に妊孕性の話がされないため、看護師から医師に話ができず、妊孕性ケアにつながらないことが語られた。

5) 【施設内・施設間のシステムの問題による妊孕性ケアを行う難しさ】

対象者は、【施設内・施設間のシステムの問題による妊孕性ケアを行う難しさ】を感じていた。病棟で化学療法前の性機能障害の説明が組み込まれていないことや、入院後のタイトなスケジュー

表 2-1 化学療法を受ける生殖年齢にあるがん患者の妊孕性ケアに対して看護師が抱く困難

大カテゴリー	カテゴリー	代表的な語り
妊孕性の話題を取り上げる難しさ	看護師の知識・経験不足による妊孕性の話題を取り上げる難しさ	<ul style="list-style-type: none"> 知識や経験があって、知識が少しあったら、もし患者が悩んでいたとして答えてあげられる。切り口がそんなになくても、聴いてあげられたかもしれない。やっぱり知識がないというのは一番大きいと思った。(B氏)
	患者の性別・年齢・婚姻状況による話題を取り上げる難しさ	<ul style="list-style-type: none"> 患者と年齢が近く、自分も生殖年齢にあり、特に精巣腫瘍は若い男性が多いので、なかなか話づらい。例えば自分が男性看護師であれば、ちょっと話せるのかなと思うこともある。(D氏) 相手もいなくて何も決まっていな患者にいきなり性機能障害の話を持っていくのは、結婚に対する夢や憧れがあっても患者自身の具体的なビジョンがまだきつとないため難しいと思う。(A氏)
	デリケートな妊孕性の話題自体を取り上げる難しさ	<ul style="list-style-type: none"> 入院直後で治療直前に、人間関係も関係性もできてないところに、いきなり性の問題を話すほど、日本はまだオープンになっていない。文化的な背景や国民性もあると思う。入院して間もない患者に性の話をするのは、例え自分がブライマリーであってもちょっと難しいと思う。(A氏) 患者から妊孕性の話題を言われないと、なかなか看護師から話題として切り出すことが難しい。すごい繊細なところで難しい。(D氏) 環境的に4人部屋だと患者と妊孕性について話ができない。個室であれば患者と妊孕性について話ができると思う。4人部屋であれば看護師も患者に聞きづらいし、患者も答えづらいと思う。(D氏)
	医師と妊孕性温存の話を終えた患者に改めて話題を取り上げる難しさ	<ul style="list-style-type: none"> 再度患者に(精子保存について医師が)聞いたが精子保存しないと返答した話であったため、それ以上は言えなかった。(E氏)
	がん治療や病状による患者の心身の状況を配慮し、話題を取り上げる難しさ	<ul style="list-style-type: none"> 化学療法を始めてからは、患者自身がかなりしんどくなる。妊孕性や育児希望について患者に聞くということどころではなく、患者も気持ち悪いし、だるいという身体症状のほうが強くて、身体症状のケアを優先してしまう。(D氏) 1カ月後、2カ月度、半年後、1年後の自分が生きているかというほうが、間違いなく患者みんなは悩んでいる。妊孕性の問題は優先順位でいうと二の次と思う。(E氏) 前もって(精子保存に)行ったり、生検の翌日か翌々日からケモが始まる人たちもいるため、介入する隙間がない。骨肉腫は特に、治る見込みもあるため治療を急ぐ。そこ(治療を急いでいる状況)にゆっくり介入する隙間がない。(A氏)
	妊孕性の話題を取り上げるタイミングの難しさ	<ul style="list-style-type: none"> 患者に精子バンクの話がされたときとか、やっぱりどうしても外来の場面になってきてしまうが、医師が治療の説明を患者にするとときに「話聞いてどうやった？困っていない？」とか、患者に聞ける時間があれば、それが一番やっぱり聞きやすいとは思(が実際には難しい)。(D氏) あえて治療が終わってから妊孕性のことを看護師が聞くことはない。それよりも、目の前の退院を喜んだりとか外来フォローになったことを一緒に喜んだりとか、正の応対のほうが結構多い。あえて患者が落ち込むような話題を看護師から出さない。(D氏)
患者と対話を深めて妊孕性のニーズを引き出す難しさ	妊孕性ケアにつながる患者ニーズを引き出す難しさ	<ul style="list-style-type: none"> 育児希望した患者にも、なぜそう患者が決めたのかについて話が深められず、患者の真意や価値観があやふやという分からないままである。(A氏) (妊孕性の問題は)表面的というかさざつと答えたりはする。実際どうかなというところを掘り下げて話を聴くことが難しい。(B氏)
	パートナーから妊孕性ケアにつながるニーズを引き出す難しさ	<ul style="list-style-type: none"> 彼との信頼関係がそこまで作れなかった。あまり彼と踏み込んだ話はあまりしなかったもので、いきなりそのこと(性機能障害のこと)を踏み込んでパンと彼の思いを聞くのもちょっと難しいと思った。(C氏) パートナー全員が全員面談に来ないし、患者にパートナーがいない場合もある。(F氏)

※代表的な語りは、意味内容を損なわないように留意しながら要約した。前後の語りから()を補足した。

ールの中で患者と話し合えないなど、「治療前に妊孕性の話を進めることが難しい病棟システムの問題」が語られた。また、外来医師の説明後に看護師フォロー体制がないなど、「タイムリーな対応を難しくさせる外来システムの問題

」があった。さらに、生殖医療専門の設備を持ち合わせていないと、患者の紹介元の病院や生殖医療専門の施設などと調整する必要が生じるため、「妊孕性温存における他施設との調整の難しさ」を感じていた。

表 2-2 化学療法を受ける生殖年齢にあるがん患者の妊孕性ケアに対して看護師が抱く困難

大カテゴリー	カテゴリー	代表的な語り
がん治療と妊孕性の問題を考慮した判断から、妊孕性ケアにつなげる難しさ	治療前の精子保存について、患者の意思決定支援を行う難しさ	・結果として精子バンクに行かないことに決めたとか、精子バンクに行ってきたとかいう話を聞くことはあるが、挙児希望や妊孕性温存についての決断に対する思いとか、そういうところまではなかなか話ができずに、そのまま抗がん剤をずっとしている感じが多かった。(D氏)
	看護師の知識・経験不足による判断と対応につなげる難しさ	・看護にどうつなげていったらいいのか分からない。知識がないのと、経験がないのと。(B氏) ・最新情報を看護師が持っていないと患者に説明できない。そういう(化学療法による女性不妊が不確かな)データの中で、どうするのかと患者に聞かれた時も説明が難しい。(E氏)
	妊孕性ケアを行うための判断基準の不明瞭さによる妊孕性ケアの難しさ	・(ホルモン受容体陽性の乳がん患者に) 排卵誘発剤を使用してもいいのかというエビデンスもなかった。(F氏)
	治療の緊急性による妊孕性温存が難しい患者への妊孕性ケアの難しさ	・移植をするということが、やっぱり病気を治すのが大事であり、採卵できなかったことはしょうがない、どうしようもないことである。採卵実施のために骨髄移植を遅らせることはできなかったため、その患者も採卵を実施できなかった。(F氏)
	がん治療を受ける女性患者への妊孕性ケアの難しさ	・女性に関しては、排卵日に合わせて卵子を採取しなければならず、治療が遅れるため、確実にもっと男性よりそこ(妊孕性温存)の治療の難しさがある。(E氏)
	予後不良患者やがん治療を優先する患者に対応する難しさ	・入院中は妊孕性温存や挙児希望の話よりも治療が優先される。生きるか死ぬかというところなので、妊孕性温存や挙児希望の話よりも治療を優先させるかもしれない。(D氏) ・病状が悪い患者に対して、(患者も)情報は欲しいと言っているから(情報提供することは)いいと思うが、実際にそれ(妊孕性温存)をするとなった時に、妊娠する可能性が低い人に対して妊孕性温存について言うのは、すごくジレンマを感じながら(実践)している。(F氏)
	妊孕性よりも治療を優先させたい家族・パートナーの思いに対応する難しさ	・(妊娠を希望する患者の) 夫は「僕はそこまで妊娠を望んでない」と話した。患者の夫としたら、やっぱりきっちり治してほしいという思いがあった。(F氏)
妊孕性ケアにおける医師・看護師間の協働の難しさ	患者の妊孕性の問題を捉えられない看護師と情報共有する難しさ	・看護師が何か問題だと思えば、専門看護師や医師に相談するが、患者の妊孕性のことが問題になるのかが分からないため、問題にならず、専門看護師や医師に相談するまでに至らない。(D氏) ・(妊孕性に理解のある) 外来看護師が対象患者を抽出して認定看護師の看護外来へ直接紹介されることがあったが、外来担当の看護師が変わり(認定看護師へ直接紹介されることがなくなったため)、妊孕性の看護介入が必要な患者に気づけていないかもしれない。(F氏)
	患者の妊孕性に関する情報を医療者間で共有する難しさ	・もし外来で患者の妊孕性の思いを開いて、カルテに記録が残っていれば、何かのタイミングや妊孕性の話題が出た時に患者に聞くことができると思う。カルテに患者の思いが残っていれば、患者の情報が全くゼロではなくなるので、今よりはもっともっと看護の面から生かせるのではないかと思う。(D氏)
	医師の認識の違いによる妊孕性ケアにつなげる難しさ	・(患者の妊孕性に対する認識は)それぞれ先生によると思う。乳腺以外のほうが余計に(医師が患者に妊孕性に関する話を話題に出さないこと)があると思う。抗がん剤をする時に血液内科は(患者の妊孕性に対する医師の)認識が違うと思う。(F氏)
施設内・施設間による妊孕性ケアを行う難しさ	治療前に妊孕性の話を進めることが難しい病棟システムの問題	・性機能障害を副作用の一つとして説明するルーチンワークに入っていない。(A氏) ・朝9時からポートを挿入し、午後から生検するなどタイトなスケジュールで動いていた。しかもその患者だけをみている訳でもない。時間をゆっくり取れる状況ではなかった。(B氏)
	タイムリーな対応を難しくさせる外来システムの問題	・外来診察曜日と看護外来の曜日が同じにならないことがあり、タイムリーに関わりたくても関われないような状況がどうしても発生してしまう。(F氏) ・外来で妊孕性の話を患者にされても結局フォローアップがない。時間的にもスペース的にも外来も余裕がない。患者の妊孕性に関してフォローできる体制もなく、人材や人数も確保されてない。(A氏)
	妊孕性温存における他施設との調整の難しさ	・自分の病院で(妊孕性温存ができる環境が)あればもっと調整しやすいなと思う。違う病院の先生に直接調整するのは難しい。(F氏)

※代表的な語りは、意味内容を損なわないように留意しながら要約した。前後の語りから () を補足した。

IV. 考察

結果をもとに各大カテゴリーのつながりを検討したところ、図1に示すように「がん治療と妊孕性のバランスをとる中で妊孕性ケアに踏み込む困難」と「専門的判断を要する中で妊孕性ケアにつなげる困難」の2つの段階に大別された。

第1段階の困難では、妊孕性ケアに踏み込むことは重要であるが、妊孕性ケアの経験が少ない対象者は、【妊孕性の話題を取り上げる難しさ】、【患者と対話を深めて妊孕性のニーズを引き出す難しさ】を感じ、次の段階に進めずにいたことが最も特徴的であった。そして、妊孕性ケアに踏み込んだとしても、第2段階の困難として、【がん治療と妊孕性の問題を考慮した判断から、妊孕性ケアにつなげる難しさ】とともに、【妊孕性ケアにおける医師・看護師間の協働の難しさ】、【施設内・施設間のシステムの問題による妊孕性ケアを行う難しさ】などの困難を抱えていた。今回、新しくこの2つの段階の困難の詳細が明らかになったこと、および、第2段階の「専門的判断を要する中で妊孕性ケアにつなげる困難」が示されたことが、本研究の特徴である。さらに、2段階の困難に沿って検討した支援についても図1に示した。そこで、これらの困難とその支援について、以下に考察し実践への示唆を示す。

1. がん治療と妊孕性のバランスの中で妊孕性ケアに踏み込む困難

がん治療と妊孕性について、ASCOや我が国のガイドラインでは、治療前に妊孕性について患者と話し合うべきと提言されている^{2) 3)}。しかし、今回の結果で、第1段階において看護師が妊孕性の話題を取り上げる困難が示され、その内容は、先行文献と同様であった^{6) 8)}。

この背景として、まず、がん治療と妊孕性のバランスの中での困難があった。看護師は、がん患者の治療の緊急性や、急性期の副作用症状のケアを中心に捉え、晩期障害である妊孕性の問題は優先順位が低いことが推察された。Kingらも、患者の優先課題はがん治療と治癒にあるという看護師の認識が妊孕性の対話を妨げていると示唆している⁶⁾。また、看護師はその治療過程において、治療前における患者の不安、治療開始後では患者の心身の状態、治療完遂後は患者を落ち込ませないための配慮により、妊孕性の話題ができないと

語っており、これは話題を取り上げるタイミングの難しさにもつながっていた。

加えて、看護師が話題を取り上げられない背景には、妊孕性ケアに対する知識や経験不足があった。これは、日本で1年間にがんと診断される患者は、全例約99万例であるのに対して、0～39歳の患者は約2万3500例と推計され¹²⁾、その希少さゆえ妊孕性ケアの経験値を上げることが難しい状況があり、海外でも同様であった⁷⁾。このような知識・経験の不足から、患者が抱く妊孕性のニーズに気づかず、情報把握に至らない可能性がある。田中らも、知識不足が性機能障害の説明を遠ざけると指摘しており¹⁰⁾、先に述べた化学療法の晩期障害や妊孕性ケアに対する知識不足への対応が求められる。

さらに、妊孕性の問題がプライベートでデリケートであることから、話題に取り上げにくい状況が明らかになった。しかし、先行研究では、がん治療を受ける患者は妊孕性ケアに対する情報が不十分だと感じていることから^{7) 13)}、若年がん患者の妊孕性ケアに対するニーズは高いと考える。プライベートでデリケートな内容であるがゆえに、患者から医療者に話題を切り出す負担感も推察されるため、医療者から話題を取り上げなければ患者の妊孕性ケアのニーズの把握につながらないと考える。個室で話すなどの場所の調整を行い、その思いやニーズを深く把握し、良質なケアにつなげる必要がある。また、医療者が性的問題に介入するモデルとして、PLISSITモデル(Permission giving, Limited Information, Specific Suggestion, Intensive Therapy Model)¹⁴⁾がある。4つのステップからなり、1ステップ「性相談を受け付けるというメッセージを出すこと(P:Permission)」、2ステップ「基本的方法の提供(Li:Limited Information)」は、一般的な看護師の役割とされている。海外では、このようなモデルを活用した看護師に対する教育も報告されており¹⁵⁾、対話を促進する支援も一案と考える。

2. 専門的判断を要する中で妊孕性ケアにつなげる困難

患者との対話を深めた後、がん治療と妊孕性を考慮した専門的判断を要する中で、妊孕性ケアにつなげる困難が第2段階の困難として明らかになり、本研究の特徴的な結果となった。

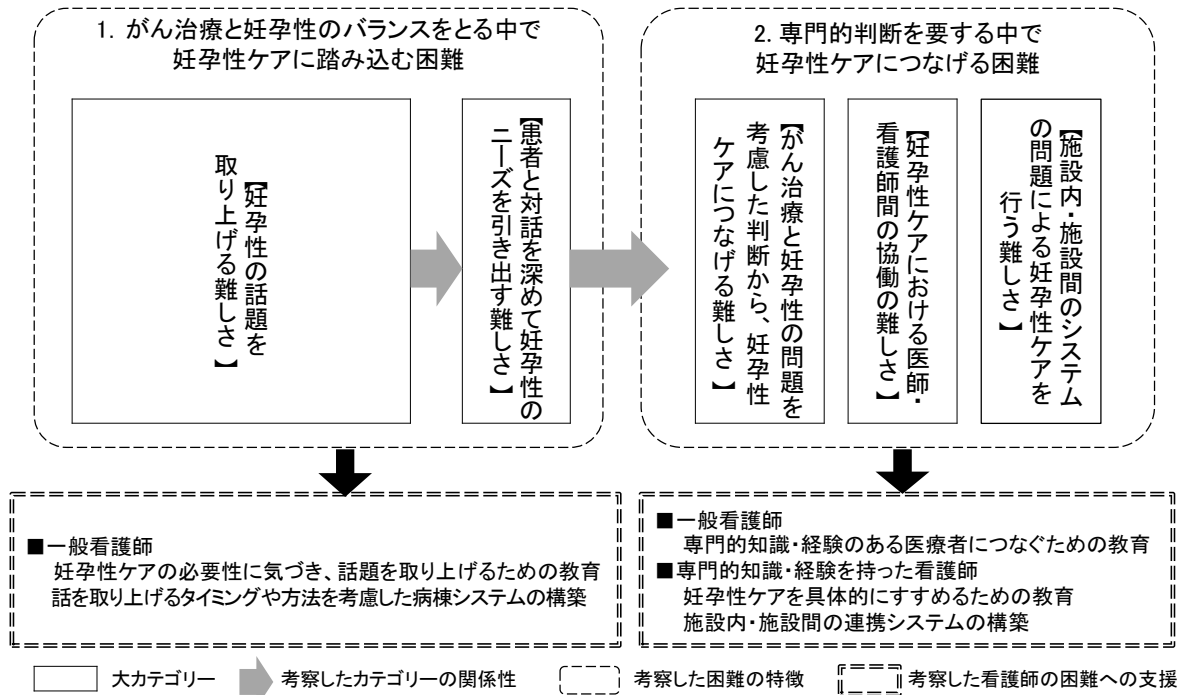


図1 化学療法を受ける生殖年齢にあるがん患者の妊孕性ケアに対して看護師が抱く困難とその支援

その困難の背景として、予後不良や治療を優先する患者の妊孕性温存が難しい状況に加え、女性患者の妊孕性温存の過程における難しさ、治療を優先させたい家族の存在など、様々な状況があった。ガイドラインでは、がん治療開始前の妊孕性温存に関する若年がん患者に対する情報提供は、一連のがん治療の中で一般的に考慮されるべき最重要事項の一つになると考えられているが、その一方で、再発リスクや死亡率が高い疾患に罹患したがん患者に対する妊孕性喪失への情報提供に関しては、倫理的側面から議論の余地があるとされている。さらに、患者の自己決定の過程において、がん治療が何よりも最優先されるべきであるとされている³⁾。このように、妊孕性温存をするか否かの意思決定支援を行う上で、患者の病状や背景により、大変個別的で複雑な問題があることから、介入への困難があると考えられた。また、これらの困難の根底には、看護師の知識・経験不足があり、さらに妊孕性ケアを行うための判断基準の不明瞭さや、エビデンスの少なさも関与していた。そのため、妊孕性ケアの新しい情報を取り入れた継続的な教育や倫理的教育は必須と考えられる。先行研究では、ガイドラインが存在しても十分活用されていない状況も報告されており、最新知識の活用が求められる⁶⁾。

一方、この段階の困難には、看護師間や医師などの他職種との協働の困難も示された。妊孕性に対する医療者の多様な認識とともに、化学療法を行う一般看護師や認定・専門看護師の役割に関する課題も抱えており、その役割分担も明瞭でないための困難であることも推察された。また、骨軟部腫瘍や造血器腫瘍の骨髄移植が必要な患者は、大学病院やがんセンターなどの施設へ紹介されることが多く、診断と治療を行う施設が異なる場合がある。さらに、妊孕性温存を行うには生殖医療専門施設との連携が必要であり、関連施設との情報共有が求められることが示唆された。

以上により、妊孕性ケアでは個別的で複雑な問題を含むことから、看護師は妊孕性ケアのニーズを把握し、より高度な実践を行う認定・専門看護師などへつなぐ必要があると考える。McConkeyらは、がん患者の妊孕性ケアに対して、PLISSITモデルを活用し、3ステップ「個別的特アドバイス (SS: Specific Suggestions)」で、ある程度の経験とトレーニングを積んだ医療者の対応が必要とし、4ステップ「集中的治療 (IT: Intensive Therapy)」として専門家の対応が必要と示唆している¹⁵⁾。本研究でも、この段階の困難は、患者のニーズに合わせた専門的な知識や判断が必要と考えられるため、患者の意思決定支援や医療者間

の連携、他施設との連携においては認定・専門看護師などの介入が望ましいと考える。

3. 看護への示唆

本研究から、がん患者の妊孕性ケアに携わる看護師の困難が明らかとなり、その困難に沿った支援を具体的に考察することができた。妊孕性の話題を取り上げることは、妊孕性ケアにおいて重要な部分となる。なぜならば、がん患者の妊孕性ケアは、患者との対話を通して妊孕性のニーズを把握することから始まり、患者が妊孕性温存を希望した場合は、がん治療が遅延することなく生殖医療につなぐ必要があるためである。そのため、まず看護師が妊孕性の話題を取り上げられるよう、サバイバーシップの視点から妊孕性ケアを捉える教育や、妊孕性に関する基本的な知識を得るための教育が必要と考える。また、性の話題に対する羞恥心は、知識を持つことで対話が可能になることも指摘されており^{7) 16)}、第1段階の困難に対する支援として看護師への教育が重要だと考える。その際、性に関する対話を進める PLISSIT モデルを活用した看護師への教育支援も考えられる。また、患者の悩みやニーズを理解できるよう、事例検討会やカンファレンスで経験を共有することや、経験豊富で専門的知識を持った看護師から妊孕性ケアの教育を受けることも一案と考える。そして、妊孕性ケアのニーズに応じて、診断後から治療開始までの短時間で妊孕性に関する情報提供ができるシステムや、冊子などの情報提供ツールの活用も求められる。

また、第2段階の困難に対しては認定・専門看護師などの専門家や専門医による対応が求められる。そのため、PLISSIT モデルなどを活用して、スムーズに専門家につなぐことが重要である。妊孕性温存が可能と医師が判断した場合、妊孕性ケアを行うための専門外来の受診やチームへの依頼ができるようアルゴリズムを作成するなどし、知識が十分でない看護師でも患者に妊孕性ケアが提供できることを伝え、その後、専門家へつなぐことができるようなシステムが必要である。がん患者の妊孕性ケアを行うには、主治医や婦人科医だけでなく、緩和ケアチームや心理士、不妊症看護認定看護師などの生殖医療スタッフによるサポートが必要な状況も考えられるため、認定・専門看護師らはこれらの活用できる人材や資源のネットワーク、あるいは施設内外のシステムを

知り、良質なケアにつないでいくことが大切である。そのためには、複雑な問題を抱えた妊孕性温存に関する意思決定支援や他職種・他施設との連携を行うための認定・専門看護師らに対する教育が求められる。

4. 本研究の限界と今後の課題

本研究では、対象者の妊孕性ケアの経験に関する具体的な選定基準は設けなかった。そのため、対象者に認定看護師が含まれ、資格による妊孕性ケアの経験の違いが結果にも影響した可能性が否めない。また妊孕性ケアの経験の有無で研究協力の募集を行ったため、対象者の所属病棟の偏りと対象者人数が6名と限られた中でのデータ分析となった。したがって、今後は対象者の選定基準を細やかにし、データを蓄積する必要がある。さらに、対象施設が1ヵ所であり、施設の特性がデータに反映されている可能性も高く、今後は対象施設も広げる必要がある。

V. 結語

化学療法を受ける生殖年齢にあるがん患者の妊孕性ケアに対して看護師が抱く困難には、「がん治療と妊孕性のバランスをとる中で妊孕性ケアに踏み込む困難」と、「専門的判断を要する中で妊孕性ケアにつなげる困難」の2段階の困難があることが明らかになった。看護師が良質な妊孕性ケアを提供するには、困難の段階に沿って、妊孕性ケアの知識・経験に対する教育支援や、専門家につなぐ連携システムの構築、施設内外の妊孕性ケアのシステム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皆様、研究のご指導・ご協力を頂きました関係者の皆様に心より感謝申し上げます。本研究は第31回日本がん看護学会学術集会において発表したものである。

利益相反

本研究には開示すべき COI 状態はない。

文献

- Wallace, W. H. B., Anderson, R. A., & Irvine, D. S. (2005): Fertility preservation for young patients with cancer: who is risk and what can

- be offered?, *Lancet*, 6, 209-218.
- 2) Lee, S. J., Schover, L. R., Partridge, A. H., Patrizio, P., Wallace, H., Hagerty, K., Beck, L. N., Brennan, L. V., & Oktay, K. (2006): American Society of Clinical Oncology recommendations on fertility preservation in cancer patients, *Journal of Clinical Oncology*, 24(18), 2917-2931.
 - 3) 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.
 - 4) 厚生労働科学研究費補助金がん対策推進総合研究事業 総合的な思春期・若年成人 (AYA) 世代のがん対策のあり方に関する研究 http://www.j-sfp.org/o-peace/medical/3_2_point.html (閲覧日 2019年11月9日)
 - 5) 渡邊知映(2015):がん治療の妊孕性温存における看護師の役割, *医学のあゆみ*, 253(4), 313-314.
 - 6) King, L., Quinn, G. P., Vadaparampil, S. T., Gwede, C. K., Miree, C. A. et al. (2008): Oncology nurse' perceptions of barriers to discussion of fertility preservation with patients with cancer, *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 12(3), 467-476.
 - 7) Goossens, J., Delbaere, I., Van Lancker, A., Beekman, D., Verhaeghe, S., & Van Hecke, A. (2014): Cancer patients' and professional caregivers' needs, preferences and factors associated with receiving and providing fertility-related information: A mixed-methods systematic review, *International Journal of Nursing Studies*, 51, 300-319.
 - 8) Panagiotopoulou, N., Ghuman, N., Sandher, R., Herbert, M., & Stewart, J. A. (2015): Barriers and facilitators towards fertility preservation care for cancer patients: a meta-synthesis, *European Journal of Cancer Care*, 1-15.
 - 9) 広瀬由美子, 佐藤まゆみ, 阿部恭子(2013): 若年女性生殖器がん患者への看護支援の現状と課題, *千葉県立保健医療大学紀要*, 4(1), 19-25.
 - 10) 田中敦子, 松尾七重, 番匠千佳子(2012): がん化学療法に関わる医療従事者の患者への性機能障害に関する説明の実態, *日本生殖看護学会誌*, 9(1), 37-43.
 - 11) 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. 勁草書房.
 - 12) 国立がん研究センターがん情報サービス 小児・AYA世代のがん罹患 https://ganjoho.jp/reg_stat/statistics/stat/hild_aya.html (閲覧日 2019年11月7日)
 - 13) Loren, A.W., Mangu, P. B., Beck, L. N., Brennan, L., Magdalinski, A. J., Partridge, A. H., Quinn, G., Wallace, H., & Oktay, K. (2013): Fertility preservation for patients with cancer: American Society of Clinical Oncology clinical practice guideline update, *Journal of Clinical Oncology*, 31(19), 2500-2510.
 - 14) Annon, J. S. (1976): The PLISSIT Model: a proposed conceptual scheme for the behavioral treatment of sexual problems, *Journal of Sex Education and Therapy*, Spring-Summer, 1-15.
 - 15) McConkey R (2015): Effect of erectile dysfunction following prostate cancer treatment. *Nursing Standard*. 30(12), 38-44.
 - 16) Quinn, G. P., Vadaparampil, S. T., Lee, J. H., Jacobsen, P. B., Bepler, G. & Lancaster, J. el (2009): Physician Referral for Fertility Preservation in Oncology Patients: A National Study of Practice Behaviors, *Journal of Clinical Oncology*, 27(35), 5952-5957.

Difficulties Experienced by Nurses in Fertility Care to Cancer Patients of Reproductive Age undergoing Chemotherapy

Junko Kitajima, Eiko Masutani, Mariko Koike, Ami Takami, Harue Arao

Abstract

Purpose: The purpose of this study was to clarify the difficulties experienced by nurses providing fertility care to cancer patients of reproductive age undergoing chemotherapy.

Methods: The study included six nurses with ≥ 5 years of experience in chemotherapy nursing and experience in fertility care. All nurses completed a semi-structured interview, and interview results were analyzed according to descriptive data using the qualitative content analysis method.

Results: The analysis revealed that the nurses experienced the following difficulties in providing fertility care to cancer patients: [difficulty in addressing the topic of fertility], [difficulty in deepening dialog with patients and specifying fertility-related needs], [difficulty in providing fertility care while addressing both cancer treatment- and fertility-related issues], [difficulty in collaborating with physicians in fertility care], and [difficulty in practice of fertility care due to intra- and inter-institutional system issues].

Conclusion: These findings suggest that “educational support regarding fertility care knowledge and experience,” “establishment of a system to facilitate collaboration between nurses and specialists,” and “development of intra- and inter-institutional fertility care systems” in accordance with difficulty levels are required for nurses to provide high-quality fertility care to cancer patients.

Keywords : reproductive age, fertility, oncology nursing, chemotherapy