

## 研究報告

# 女性乳がん患者の妊孕性温存に関する 意思決定支援における看護師の困難

高橋奈津子<sup>1)</sup> 林 直子<sup>1)</sup> 森 明子<sup>1)</sup> 松本 文奈<sup>1)</sup>  
池田真紀子<sup>1)</sup> 牧野 晃子<sup>1)</sup> 中山 直子<sup>2)</sup> 鈴木 久美<sup>3)</sup>

## Difficulties of Nurses for Decision Making Support on Fertility Preservation in Female Breast Cancer Survivors

Natsuko TAKAHASHI<sup>1)</sup> Naoko HAYASHI<sup>1)</sup> Akiko MORI<sup>1)</sup> Ayana MATSUMOTO<sup>1)</sup>  
Makiko IKEDA<sup>1)</sup> Akiko MAKINO<sup>1)</sup> Naoko NAKAYAMA<sup>2)</sup> Kumi SUZUKI<sup>3)</sup>

### 〔Abstract〕

In order to identify difficulties faced by nurses in supporting decision-making by female patients with breast cancer regarding preserving fertility, a website survey with fill-in responses was carried out on nurses working in the care of patients with breast cancer, and was then analyzed in qualitatively and inductively. Responses were obtained from 68 persons. Difficulties experienced by nurses in supporting decision-making by female patients with breast cancer regarding preserving fertility of was largely divided into difficulties caused by the condition of the patient, and difficulties caused by medical conditions. Regarding difficulties caused by the patient condition, five categories, including “Unique conditions in supporting decision-making regarding preserving fertility since the patient has breast cancer”, and regarding difficulties caused by medical conditions, six categories, including “Lack of coordination and cooperation between cancer treatment and reproductive medicine” were extracted. From now, increasing knowledge and interest by the medical personnel by the development of educational materials, promotion of education regarding cancer and reproductive medicine, and consideration of ways nurses can support decision-making under the unique condition of preserving fertility and their role regarding ethical issues due to the values held by the involved parties, are needed.

〔Key words〕 breast cancer, fertility preservation, decision making support

### 〔要 旨〕

女性乳がん患者の妊孕性温存に関する意思決定支援における看護師の困難を明らかにすることを目的に乳がん患者のケアに携わる看護師を対象に実施した Web 調査の自由記載を質的帰納的に分析した。68名から回答を得た。女性乳がん患者の妊孕性温存に関する意思決定支援における看護師の困難は、患者の状況から生じる困難と医療の状況から生じる困難に大別された。患者の状況から生じる困難としては、〈がん患者ゆえに生じる妊孕性温存に関する意思決定支援の状況の特殊性〉などの5カテゴリー、医療の状況から生じる困難としては〈がん医療と生殖医療の連携・協働不足〉などの6カテゴリーが抽出された。今後、教材開発などによって医療者の知識や関心を高め、がん・生殖医療に関する啓発を図ることやがん患者の妊孕性温存に関する意思決定支援状況の特殊性や関わる人々の価値観に伴う倫理的課題を考慮した意

1) 聖路加国際大学大学院看護学研究科・St. Luke's International University, Graduate School of Nursing Science  
2) 横浜創英大学・Yokohama Soei University  
3) 大阪医科大学・Osaka Medical College

思決定支援のあり方や看護師の役割を検討する必要がある。

## 〔キーワード〕 乳がん、妊孕性温存、意思決定支援

### I. はじめに

がん医療の進歩に伴い、がん治療率が飛躍的に向上し、がん治療を日常生活の一部にしながらがんと共に生きるがんサバイバーが増えている。そのためがん治療のみをゴールとするのではなく、その後の人生のQOLを考慮した治療戦略を個別に検討することや、長期的な健康問題に対応することが求められている。特にAYA世代のがんサバイバーにとってがん治療による妊孕性への影響、不妊の可能性は関心が高い。

米国ではがん患者の生殖医療について oncology（腫瘍学）と fertility（妊孕性）をあわせた oncofertility という学際分野ができ、2006年アメリカ臨床がん学会（ASCO）が、がん患者の生殖医療の保護に関する推奨ガイドライン<sup>1)</sup>を発表し、米国国立衛生研究所（NIH）の支援のもと、研究・臨床・教育に学際的に取り組んでいる。日本でも2006年がん患者のためのリプロダクション外来が開設され、2012年に日本がん・生殖医療研究会が発足、2014年に乳がん患者の妊娠・出産と生殖医療に関する診療の手引き（2017年改訂<sup>2)</sup>）、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<sup>3)</sup>が発表され、この分野の発展が期待されている。

このような背景から以前は子どもをもつことをあきらめざるをえなかった状況から、高度生殖医療技術（受精卵、卵子、卵巣組織の凍結保存）をがん治療と調整しながら実施することが可能となった。乳がんは、30代よりその罹患率が上昇し、近年の晩婚化や晩産化と相まって乳がんの治療時期が挙児を希望する時期に重なることが問題となってきている<sup>2)</sup>。そのためAYA世代にある乳がん患者の挙児希望やその可能性を現実的に考え、個々に対応することが求められる。

しかし、AYA世代にある乳がん患者は、がんと診断され間もない時期に精神的に不安定な状況でがん治療上の選択に加え、女性にとって大きなライフイベントである妊娠・出産に関する妊孕性温存の選択にも並行して取り組まなくてはならない。その意思決定過程における患者の精神的動揺は大きいことが示されており<sup>4)</sup>、意思決定支援において患者の精神的苦痛を理解し、適切な時期に適切な情報提供を行いがん治療と生殖医療の調整を担い患者の案内役となるようなナビゲーターの役割が看護師に求められている。

がん患者のリプロダクティブヘルスに対する取り組みは始まったばかりであり、当該分野の研究は国内外を問

わず未だ少ない。そこでまず、日本における女性乳がん患者のリプロダクティブヘルスに関する実態調査として全国のがん診療連携拠点病院のうち協力の得られた施設において女性乳がん患者の治療に携わる看護師を対象にWeb調査を実施した。目的としては女性乳がん患者の妊孕性温存に関する知識、態度、学習ニーズを把握することであった。本研究では、web調査の自由記載を質的帰納的に分析した結果として女性乳がん患者の妊孕性温存に関する意思決定支援における看護師の困難について報告する。

### II. 研究目的

女性乳がん患者の妊孕性温存に関する意思決定支援における看護師の困難を明らかにする。

### III. 研究方法

#### 1. 対象

女性乳がん患者の妊孕性温存に関する知識、態度、学習ニーズを把握することを目的に実施したweb調査に協力した看護師305人のうち自由記載の回答があった68人

#### 2. 調査期間 2017年9月～11月

#### 3. データ収集方法

全国のがん診療連携拠点病院のうち協力の得られた112施設に526部のweb調査の協力依頼書を発送した。Web調査は女性乳がん患者の妊孕性温存に関する知識、態度、学習ニーズを把握することを目的として実施し、女性乳がん患者のケアに携わる看護師305人（58.0%）から回答が得られた。

#### 4. データ分析方法

女性乳がん患者の妊孕性温存療法の選択における困難事例、他の職種、生殖分野の医療者への要望について自由記載のあった68人（22.3%）の内容のうち「女性乳がん患者の妊孕性温存に関する意思決定支援における看護師の困難」に関連する箇所を抽出し、コード化した。次にコード化した表現を何度も繰り返して読み、同質性、異質性に基づき、サブカテゴリー、カテゴリーを抽出した。

## 5. 倫理的配慮

本研究は、聖路加国際大学研究倫理審査委員会の承認を得て実施した。(承認番号-17-A023)

## 6. 用語の操作的定義

妊孕性温存：

がん治療による卵巣機能障害を少なくする方法のうち、本研究ではがん治療過程で受精卵、卵子、卵巣組織凍結保存のいずれかを試みることを。

乳がん患者の妊孕性温存に関する意思決定：

乳がん患者が、自らの生殖に関する価値や考えを模索しながら、がん治療と並行して妊孕性温存を試みるか否かを選択することとがん治療後あるいはホルモン療法中に妊娠・出産を試みるか否かを選択すること

## IV. 結 果

### 1. 研究対象者の概要 (表1)

自由記載に回答のあった68名の概要を表1に示す。

本研究の対象者は、臨床経験年数10年以上の人が61人(89.7%)と大半を占めていたが、現部署での経験年数は10年未満の人のほうが54名(79.4%)と多かった。勤務場所は、病棟よりも外来の方が43人(63.2%)と多く、専門看護師、認定看護師などの資格を有している人が43人(63.2%)と多いという特徴があった。

### 2. 女性乳がん患者の妊孕性温存に関する意思決定支援における看護師の困難 (表2)

自由記載の内容を分析した結果、女性乳がん患者の妊孕性温存に関する意思決定支援における看護師の困難は、1) 患者の状況から生じる困難と2) 医療の状況から生じる困難に大別された。患者の状況から生じる困難としては、【治療後の妊娠・出産が難しいことが予測される場合の妊孕性温存の適応の是非】、【がん患者ゆえに生じる妊孕性温存に関する意思決定支援の状況の特殊性】、【ホルモン療法を受ける患者の妊孕性温存の適応とホルモン療法中断の是非】、【パートナーとの関係性の把握と変化の予測】、【パートナー間、家族間での意見の相違】の5カテゴリーが抽出された。医療の状況から生じる困難としては【生殖医療の不確実性・限界】、【医師の関心・知識不足】、【看護師の知識・経験不足】、【妊孕性温存に関する情報提供体制の不備】、【がん医療と生殖医療の連携・協働不足】、【がん・生殖医療の地域格差】の6カテゴリーが抽出された。以下カテゴリーは【】、サブカテゴリーは〈〉、コードは“ ”で示す。

#### 1) 患者の状況から生じる困難

看護師は、診断時〈進行がん・末期がんで予後不良が予測される〉場合や診断時あるいは補助療法の治療終了

表1 対象者の概要

		n=68 人 (%)
性別	男性	1 (1.5)
	女性	66 (97.0)
	無回答	1 (1.5)
年代	20歳代	2 (2.9)
	30歳代	25 (36.8)
	40歳代	29 (42.6)
	50歳以上	11 (16.2)
	無回答	1 (1.5)
臨床経験年数	5年未満	1 (1.5)
	5年以上10年未満	6 (8.8)
	10年以上15年未満	10 (14.7)
	15年以上20年未満	16 (23.5)
	20年以上25年未満	22 (32.4)
	25年以上	13 (19.1)
現部署での経験年数	5年未満	34 (50.0)
	5年以上10年未満	20 (29.4)
	10年以上15年未満	11 (16.2)
	15年以上20年未満	1 (1.5)
	20年以上	2 (3.0)
勤務場所	病棟	18 (26.5)
	外来	43 (63.2)
	その他	7 (10.3)
取得資格	専門看護師	3 (4.4)
	認定看護師	37 (54.4)
	学会認定資格	3 (4.4)
最終学歴	大学院	5 (7.4)
	大学	12 (17.6)
	短期大学	7 (10.3)
	専門学校	44 (64.7)
乳がん認定看護師もしくはがん看護専門看護師の有無	いる	51 (75.0)
	いない	17 (25.0)
配偶者／パートナーの有無	現在いる	47 (69.1)
	過去にいたが今はいない	7 (10.3)
	今まで一度もない	14 (20.6)
子どもの有無	いる	35 (51.5)
	いない	33 (48.5)

時の年齢が40代である場合は〈治療後の年齢から妊娠・出産の可能性が低いと予測される〉ことなど【治療後の妊娠・出産が難しいことが予測される場合の妊孕性温存の適応の是非】に対し困難感を抱いていた。

また通常の生殖医療の場合と異なり、乳がん患者の妊孕性温存の意思決定についてがん治療との調整上〈妊孕性温存の意思決定にける時間が限られる〉こと、がん診断後まもない状況で妊孕性温存について説明せざるを得ない状況であることから〈自分の生命と妊孕性喪失の危機に直面し不安が強くなる〉、また通常の生殖医療の場合と異なり、〈未婚・若年者でも妊娠・出産を現実的に考え



てもらう必要がある」という【がん患者ゆえに生じる妊孕性温存に関する意思決定支援状況の特殊性】があることを認識していた。

乳がんの補助療法としてホルモン療法のみ適応の場合、“ホルモン療法をうける患者全員には妊孕性に関する情報提供ができていない”こと、受精卵を凍結保存した患者がホルモン療法中ではあるが“ホルモン療法を中断し妊娠にトライするかどうか決めかねている”、“自然妊娠の望みもありホルモン療法を自己中断し受診が遠のいた”という事例があり、【ホルモン療法を受ける患者の妊孕性温存の適応とホルモン療法中断の是非】が困難として抽出された。

妊孕性温存は本人のみならずパートナー、家族にも影響することであることから、〈本人は妊孕性温存を希望したが家族が反対〉する場合や逆に〈本人はがん治療の優先を希望したが家族が妊孕性温存を希望〉する場合もあり【パートナー間、家族間の意見の相違】がある際の対応に困難を感じていた。

また妊孕性温存に関する情報提供や意思決定支援の際には、パートナーの有無や、婚姻状況や関係性について確認する必要があるが、“未婚だがパートナーがいるからと受精卵保存を希望された”り、“パートナーとの関係性が悪く妊孕性温存について拒否反応を示された”場合があり、〈パートナーとの婚姻状況・関係性が妊孕性温存の選択に影響〉することを実感していた。また数年のがん治療後にパートナーとの関係性が変化し、“離婚希望となり凍結した受精卵を移植できなくなった”り、“離別となり40歳近くなって妊孕性温存しておけばよかったと後悔された”方もおり【パートナーとの関係性の把握と変化の予測】には限界があることを感じていた。

## 2) 医療の状況から生じる困難

医療の状況から生じる困難として、“採卵したがうまくいかなかった”場合や、疾患の状況などにより妊孕性温存に挑戦できない場合“妊孕性温存ができなかった方へのその後のフォローが難しい”と感じていた。また〈採卵に時間がかかり治療開始が遅延した〉、医師が提案した〈LH-RH アゴニストの妊孕性温存が不確実〉であり【がん・生殖医療の不確実性や限界】を感じていた。

医療者の問題としては、“妊孕性の話をしようとしたら怒鳴られた”看護師もあり、主治医に“妊孕性温存についてもっと関心をもってほしい”、“主治医に妊孕性温存の知識がほとんどない”と〈がん医療の医師の妊孕性温存に関する知識・関心不足〉が挙げられていた。また生殖医療医についても同様に〈生殖医療医のがん治療に対する知識不足〉があげられており、がん医療・生殖医療双方の【医師の関心・知識不足】に対し困難感を抱いていた。看護師は、生殖医療について“妊孕性温存の具体的方法が分からない”ことや自施設に生殖医療部門がな

い場合はがん患者にも対応してくれる“近隣の生殖医療施設をよく知らない”ことで“知識不足のため確実に答えることができない”と感じていた。また生殖医療の倫理的側面に対する学習ニーズもあり、【生殖医療に関する知識不足】があることを認めていた。また“地方でも研修会を開催してほしい”“遠方でも聴講できるwebセミナーがあると学習しやすい”と〈がん・生殖医療を学習できる機会が限られている〉ため、【看護師の知識・経験不足】があることが示された。

女性乳がん患者の妊孕性温存は、妊孕性へ直接影響のある化学療法前に実施する必要があるが、受精卵や卵子の凍結保存は月経周期に合わせて実施する必要があるため、短くても通常2週間～1か月の準備期間が必要である。それにも関わらず“化学療法当日に妊孕性温存の話聞いていないことがわかった”、“医師から妊孕性温存の説明があったが意思確認しないまま化学療法が始められていた”事例もあり、〈妊孕性温存に関する情報提供の時期の不適切さと意思決定の確認不足〉があることや〈妊孕性温存に関する相談窓口が整備されていない〉という【妊孕性温存に関する情報提供体制の不備】があげられていた。

また〈乳腺外科医と生殖医療医の連携・協働不足〉や〈チーム内での情報共有・ディスカッションの不足〉があった。その調整として“妊孕性温存療法の知識を持つ看護師を患者の支援・多職種との連携強化のリソースとして活用してほしい”、“がん告知時に看護師もしくは臨床心理士が陪席しフォローできる体制をつくってほしい”と〈看護師や臨床心理士を活用してほしい〉という要望もあり、【がん医療と生殖医療の連携・協働不足】が困難となっていることが抽出された。

生殖医療施設は都市部には多くあるが地方では施設も限られていることや生殖医療医が必ずしもがん患者に十分対応できる状況ではないことから“地域間で妊孕性温存の意思決定に格差がないようにしてほしい”と〈生殖医療施設の地域格差〉や“地方の患者もオンラインやメールで相談できるサービスがあるとよい”と〈がん・生殖医療に関する情報の地域格差〉もあり、【がん・生殖医療の地域格差】があることも困難として抽出された。

## V. 考 察

### 1. がん・生殖医療の不確実性・限界

女性乳がん患者の妊孕性温存に関する意思決定支援における看護師の困難としてがんの進行度や年齢から【治療後の妊娠・出産が難しいことが予測される場合の妊孕性温存の適応の是非】があがった。これは治療開始前の乳がん患者に対し妊孕性温存をすすめる場合、45歳以上ではほぼ可能性はないが、年齢の上限を決めるべきかど

表2 女性乳がん患者の妊孕性温存に関する意思決定支援における看護師の困難

分類	カテゴリー	サブカテゴリー	コード
患者の状況から生じる困難	治療後の妊娠・出産が難しいことが予測される場合の妊孕性温存の適応の是非	進行がん・末期がんで予後不良が予測される	進行がん（ステージⅣ）・再発リスクが高く予後不良が予測される
			末期がんの患者が治療効果よりも妊孕性への影響を考慮した治療を選択した
			診断時、予後不良を判断した患者が医師の勧めに従って妊孕性温存せず治療を優先したが、5年たった今、健在である
		治療後の年齢から妊娠・出産の可能性が低いと予測される	ホルモン療法後の年齢から妊娠・出産の可能性が低いと予測される
			40代未婚だが年齢的に妊娠が難しいことの認識が乏しい
		妊娠・出産が難しいと考えられるがん以外の疾患がある	多重人格など複数の精神疾患があった
			心臓移植体験者で免疫抑制剤を内服中であった
	がん患者ゆえに生じる妊孕性温存に関する意思決定支援状況の特殊性	妊孕性温存の意思決定にかける時間が限られる	治療を急ぐ場合、妊孕性温存に関して検討する時間が少ない
			手術で転移が分かり化学療法が必要と判断された
		自分の生命と妊孕性の喪失の危機に直面し不安が強くなる	がん告知と妊孕性温存について説明されたことでより不安が強くなる
			未婚・若年でも妊娠・出産を現実的に考えてもらう必要がある
	ホルモン療法を受ける患者の妊孕性温存の適応とホルモン療法中断の是非	ホルモン療法適応の患者に対する妊孕性温存に関する情報提供の必要性の判断	ホルモン療法をうける患者全員には妊孕性に関する情報提供はできていない
			ホルモン療法後の年齢から妊娠・出産の可能性が低いと予測される
		妊娠を優先するためのホルモン療法中断の是非	自然妊娠の望みもありホルモン療法を自己中断し受診が遠のいた
			ホルモン療法を中断し妊娠にトライするかどうか決めかねている
	パートナー間、家族間での意見の相違	本人は妊孕性温存を希望したが家族が反対	本人が夫や義理の両親のため妊娠・出産を希望していたが夫は治療優先と考えており夫婦間で意見の不一致があった
			患者夫婦は妊孕性温存を強く希望したが、患者の両親、姉妹が反対
		育児希望の程度で家族間で温度差がある	育児希望の程度で家族間で温度差がある
	パートナーとの関係性の把握と変化の予測	本人はがん治療を優先を希望したが家族が妊孕性温存を希望	本人夫婦、父親は治療優先を希望されたが、母親が妊孕性温存を希望
			本人夫婦、父親は治療優先を希望されたが、母親が妊孕性温存を希望
		パートナーとの婚姻状況・関係性が妊孕性温存の選択に影響	未婚だがパートナーがいるからと受精卵凍結保存を希望された
			パートナーとの関係性が悪く妊孕性温存について拒否反応をしめされた
医療の状況から生じる困難	生殖医療の不確実性・限界	妊孕性温存とがん治療調整が予定通りにいかない	採卵に時間がかかり、がん治療開始が遅れた
			妊孕性温存を試みたがうまくいかなかった
		妊孕性温存には限界がある	妊孕性温存ができなかった方へのフォローが難しい
	医師の関心・知識不足	がん医療の医師の妊孕性温存に関する知識・関心不足	医師が提案した LH-RH アゴニストで卵巣機能温存をされたが不確実であり不安を表出された
			妊孕性の話をしようとしたとき医師に怒鳴られた
			妊孕性温存について関心をもってほしい
		生殖医療医のがん治療に対する治療不足	がん治療医は、治療優先の思いが強いが患者や家族の思いを真摯に傾聴してほしい
			主治医に妊孕性温存の知識がほとんどない
	看護師の知識・経験不足	がん生殖医療の意思決定支援の経験不足	がん治療について理解してほしい
			経験が少ない
		生殖医療に関する知識不足	知識不足のため確実に答えることができない
			生殖医療の倫理についてのセミナーをもっと多く開催してほしい
			近隣の生殖医療施設をよく知らない
			妊孕性温存の具体的方法が分からない
	がん・生殖医療を学習できる機会が限られている		地方でも研修会を開催してほしい
			遠方でも聴講できる WEB セミナーがあると学習しやすい

分類	カテゴリー	サブカテゴリー	コード
医療の状況から生じる困難	妊孕性温存に関する情報提供体制の不備	妊孕性温存に関する情報提供の時期の不適切さと意思決定の確認不足	化学療法当日に妊孕性温存の話聞いていないことがわかった
			妊孕性温存について対象となる方には適切な時期に基本的な情報は説明してほしい
			医師から妊孕性温存の説明があったが意思確認しないまま化学療法が始められていた
		妊孕性温存に関する相談窓口が整備されていない	妊孕性温存に関する相談窓口を整備し認知してもらえるようにする必要がある
	がん医療と生殖医療の連携・協働不足	乳腺外科医と生殖医療医との連携・協働不足	乳腺外科医と生殖医療医間での連携・協働をはかってほしい
			がん医療の医師と連携をとってほしい
			がん医療と生殖医療が協働し意思決定支援を行えるとよい
		チーム内での情報共有・ディスカッションの不足	治療優先ではあるが妊孕性温存について医師と話し合いたい
			妊孕性温存についての説明内容を記録に残してほしい
			チームで情報共有、ディスカッションする場・機会がほしい
		看護師や臨床心理士を活用してほしい	妊孕性温存療法の知識を持つ看護師を患者への支援・他職種との連携強化のリソースとして活用してほしい
			がん告知時に看護師もしくは臨床心理士が陪席し、フォローできる体制をつくってほしい
	がん・生殖医療の地域格差	生殖医療施設の地域格差	妊孕性温存の費用の地域・施設間での費用の格差がないようにしてほしい
			地域間で妊孕性温存の意思決定に格差がないようにしてほしい
		がん・生殖医療医療に関する情報の地域格差	地域間での情報格差がないようにしてほしい
			地方の患者もオンラインやメールなどで相談できるサービスがあるとよい

うかについては本邦では決まっていないことや個々人の妊孕能には大きな個体差がある<sup>2)</sup>ことが影響していると考えられる。

妊孕性温存方法を選択することは、採卵に伴う身体的負担、精神的負担、数十万円の経済的負担を生じさせる。また生殖医療は、妊娠・出産を保証するものではなく、1回の体外受精の成功率は高くても20%程度であることや妊孕性温存に挑戦しても採卵できないなど【生殖医療の不確実性・限界】もある。妊孕性温存の目的や意味ががん治療後の妊娠・出産のみにあるという価値観でみれば、妊孕性温存に挑戦することは、リスクのみ高いと思われ、このような患者の妊孕性温存の適応の是非について困難や葛藤を抱くのだと考えられる。しかし、乳がん患者にとっての妊孕性温存の選択の意味は、妊娠・出産のみでなく妊娠・出産に至らなくても妊孕性を今、失いたくない、希望を少しでも残したい、治療の糧<sup>5)</sup>などあり、その意味は画一ではない。妊孕性温存の選択の是非の判断やその意味を見出すのは、最終的には本人であるということを看護師は改めて認識しておく必要があると考える。

## 2. がん患者が子どもを産み育てるということ

妊孕性温存の選択は、将来の子どもの誕生にかかわることであるため、本人のみならずパートナーや家族にも波及する問題である。【パートナー・家族間での意見の相違】が困難として抽出されたが、Jukkalaは乳がん患者の妊孕性温存の選択に関して「女性のリプロダクティブ・ヘルス・ライツを守るために、不妊のリスクをできるだ

け避けることを優先すべき」という自律の原則と「乳がんの治療を優先し、生存のチャンスが最大限となるようにすべき」という無害の原則との間で倫理的課題が生じやすい<sup>6)</sup>と考察しており、本人の生命と妊孕性温存の優先に関して倫理的課題があることと一致している。

また【パートナーとの関係性の把握と変化の予測】に困難を感じるのは、がん・生殖医療では、受精卵や卵子の凍結保存から、がん治療を終え受精卵を移植するまでに数年間のタイムラグがあり、パートナーとの関係性の変化の予測には限界があるからだと考えられる。

## 3. がん・生殖医療の特殊性

看護師は、【がん患者ゆえに生じる妊孕性温存に関する意思決定支援の状況の特殊性】に困難を抱いていた。

通常の生殖医療と異なり、がん・生殖医療の対象は未婚、若年の方も含まれ、がんの診断後まもなく、がん治療との調整上、短期間のうちに女性にとって、大きなライフイベントの一つである妊娠・出産にかかわる選択をしなければならないため、感情の揺れも大きい。このような特殊性をふまえた意思決定支援のための教育プログラムは日本にはまだなく、どのように支援すればいいのか個々に考え模索しながら実施していることが困難を生じさせている一因であると考えられる。

また乳がん患者に特徴的な困難として【ホルモン療法を受ける患者の妊孕性温存の適応とホルモン療法中断の是非】があった。近年、ホルモン療法を10年継続することの有用性が報告されており、挙児希望のある生殖年齢にある乳がん患者がどのタイミングで妊娠を試みるかの



判断がさらに困難になっている<sup>2)</sup> ことと一致している。

#### 4. がん・生殖医療に対応できる医療者の不足と医療体制の不備

女性乳がん患者の妊孕性温存に関する意思決定支援における看護師の困難として【医師の関心・知識不足】【看護師の知識・関心不足】があった。がん・生殖医療の分野は新しく、日本において2012年からがん・生殖医療学会の誕生、ガイドラインの作成など急速に啓発がすすんできてはいるが、まだ対応できる医療者は少数であると考えられる。また若年の乳がん患者は、がん患者全体からみれば少なく、1施設で乳がん患者の妊孕性温存の意思決定支援に関わる機会も限られている<sup>7)</sup> からだと思われる。

このような医療者の知識・経験不足によって【妊孕性温存に関する情報提供体制の不備】が生じており、さらにチーム内での情報共有や他職種と協働することが難しい場合があるため【がん医療と生殖医療の連携・協働不足】が困難としてあがったのだと考えられる。

また生殖医療施設の偏在などから【がん・生殖医療の地域格差】があることも困難として抽出された。広島県などで試みられているように妊孕性温存の希望のある乳がん患者が速やかにその地域で対応できる生殖医療機関を受診できるような地域完結型のがん医療機関と生殖医療機関ネットワークづくり<sup>8)</sup> が求められる。

## Ⅵ. 看護への示唆

看護師の女性乳がん患者の妊孕性温存に関わる意思決定支援における困難は、がん・生殖医療に関する医療者の知識・関心をあげることや所属施設内ならびに地域の施設間でがん・生殖医療の連携・協働を図れるような体制を整備していくことで軽減できる可能性があるものと、がん治療、生殖医療の不確実性・限界やがん患者が子どもを産み育てることに関する本人、家族、医療者の価値観に伴う倫理的課題が内在するものがあると考えられた。

今後、基本的な知識をどこでも学ぶことができるweb教材開発などによって医療者の知識や関心を高め、さらにがん・生殖医療に関する啓発を図ることが求められる。

またがん患者の妊孕性温存に関する意思決定支援状況の特殊性や関わる人々の価値観に伴う倫理的課題をふまえた意思決定支援プログラムを開発し、多職種との協働・連携のあり方や看護師の役割を検討していく必要がある。

## 引用文献

- 1) Lee SJ, Schover LR, Partridge AH, et al. American Society of Clinical Oncology recommendations on fertility preservation in cancer patients. J Clin Oncol. 2006; 24(18): 2917-31.
- 2) 日本がん・生殖医療学会編. 乳がん患者の妊娠・出産と生殖医療に関する診療の手引き. 東京: 金原出版; 2017.
- 3) 日本癌治療学会編. 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. 東京: 金原出版; 2017.
- 4) 高橋奈津子. 乳がんサバイバーの妊孕性温存に関する意思決定過程における女性の生き方-受精卵凍結保存の意思決定過程に焦点をあてて-. 日本がん・生殖医療学会誌. 2018; 1(1): 45-50.
- 5) 野澤美江子. がん患者の生殖組織配偶子凍結に対する意思決定の様相. 日本生殖看護学会誌. 2016; 13(1): 29-35.
- 6) Jukkala A. Breast cancer survivors and fertility preservation: ethical and religious considerations. Semin Oncol Nurs. 2009; 25(4): 278-83.
- 7) 森明子, 樺澤三奈子, 松尾七重ほか. 女性がん患者のリプロダクティブヘルスに関するオンコロジャーナースの学習と連携のニーズ-妊孕性温存療法に焦点をあてて-. 日本がん看護学会誌. 2017; 31: 137-44.
- 8) 原鐵晃, 頼英美, 佐藤景子ほか. がん・生殖医療ネットワークの展開・広島での取り組み. 日本がん・生殖医療学会誌. 2018; 1(1): 27-34.