

2017年3月10日

2016年度聖路加国際大学大学院博士論文

論文題目

「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」

Female Perspectives in the Decision Making Process of
Breast Cancer Survivors Regarding Fertility Preservation

氏名 高橋奈津子

目次

第 1 章 序論	1
I. 研究の背景と問題提起	1
II. 研究の目的	3
III. 本研究の意義	3
IV. 用語の操作的定義	4
第 2 章 文献検討	5
I. 女性がんサバイバーの現状	5
II. 女性がんサバイバーに対するがん治療による生殖機能への影響	5
III. がん治療に関連した不妊の心理社会的影響	6
1. 女性にとっての不妊であることの意味	6
2. 女性がんサバイバーの不妊の問題に関連した心理社会的影響	7
IV. 女性がんサバイバーに対する妊孕性温存方法の現状と問題点	8
1. 女性がんサバイバーに対する妊孕性温存方法	8
2. 女性がんサバイバーに対する妊孕性温存の法的・宗教的・倫理的問題	10
V. がん医療における妊孕性に関する問題についての国内外の動向	11
VI. 医療における意思決定	12
1. インフォームド・コンセントの成立背景と問題点	12
2. 情報化社会と EBM の導入	13
3. 医療における意思決定支援のあり方	14
4. がん医療における意思決定に関する研究の動向	15
VII. 女性がんサバイバーの妊孕性温存に関する意思決定	15
1. 女性がんサバイバーの妊孕性温存に関する意思決定の問題	15
2. 女性がんサバイバーの妊孕性温存に関する意思決定支援	17
第 3 章 予備研究	19
I. 研究の目的	19
II. 研究方法と対象	19
1. 研究デザイン	19
2. 研究協力者の選定方法	19

3	調査期間	19
4	データ収集場所	19
5	データ収集方法	19
6	データ分析方法	20
7	倫理的配慮	21
III.	結果	21
1.	各事例のプロフィール	21
2.	妊孕性温存に関する意思決定過程	22
IV.	考察	25
1.	女性の生き方の揺らぎ	25
2.	方法論について	26
第4章	方法論	29
I.	理論前提	29
1.	現象学の成立と発展	29
2.	ハイデガーの現象学	30
3.	理論基盤を「気遣い」「被投的企投」にすることの適切性	32
II.	現象学的アプローチ	33
1.	現象学的アプローチとは	33
2.	看護研究における現象学的アプローチ	34
3.	現象学的アプローチを本研究で用いることの適切性・意義	35
III.	具体的方法	37
1.	研究協力者	37
2.	研究協力者の人数	37
3.	研究協力者のリクルート方法	37
4.	データ収集方法	38
5.	データ分析方法	39
6.	研究の真実性の確保	39
7.	倫理的配慮	40

第 5 章 結果	42
I. 研究協力者の概要.....	42
II. 個々人の体験の記述	42
1. A さんの体験.....	42
2. B さんの体験.....	52
3. C さんの体験.....	61
4. D さんの体験.....	70
III. 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.....	80
1. 一般的構造	80
2. 体験の記述	81
第 6 章 考察	88
I. がん診断以前から妊孕性温存（受精卵凍結保存）に関する意思決定過程までの 乳がんサバイバーの女性の生き方	88
II. 受精卵凍結保存後から受精卵の移植を現実的に検討する過程における乳がん サバイバーの女性の生き方	92
III. 産む性の意味の変化.....	94
IV. 看護への示唆.....	96
1. がんになっても生殖年齢特有の課題をもつ女性として関わる.....	96
2. 可能存在として関わる	98
3. 受精卵凍結保存までの存在了解の変化と感情の揺れを理解する.....	99
4. 産む性の意味の変化と子どもをもつことに対峙する不安・負担を理解する.....	101
5. 長期的支援の方向性.....	103
V. 本研究における限界と課題.....	104
第 7 章 結論	106
文献	107

第1章 序論

I. 研究の背景と問題提起

近年、がん診断・治療の進歩による生存率の上昇に伴い、がんサバイバーの長期的な健康問題や QOL に対する関心が高くなっている。特に若年者やその家族にとってがん治療による妊孕性への影響、不妊の問題は関心が高い。実際、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（精子、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。またがんステージと本人の希望を十分に吟味した上での婦人科がん患者に対する妊孕性温存手術、放射線治療時の卵巣遮蔽など可能な限り妊孕性を温存できるような方法も試みられている。このようにがん医療、生殖医療の進歩により、生殖年齢にある女性がんサバイバーの挙児希望やその可能性を現実的に考え、対応すべき時代となっている。女性がんサバイバーは自分の命が脅威にさらされるがんという診断に伴い、様々な治療上の選択が課せられる。このようにストレスフルな状況下でさらに、生殖医療の進歩に伴い、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状況が生じている。

そこで米国では 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ダンス（Lee et al., 2006）を発表した。そしてがん患者の生殖医療について oncofertility という学際分野が提唱され、米国国立衛生研究所（NIH）の支援も受け、研究・臨床・教育に学際的に取り組み始めている。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はじめて開設され、2012 年に日本がん・生殖医療研究会が発足し、国内におけるこの分野の研究、実践の発展が期待されている。

確かにがん治療によって妊孕性が脅かされる可能性が高い女性がんサバイバーにとって、妊孕性温存方法があるということは、子どもを産み育てるという希望や可能性を高めるものである。しかし、1 回の体外受精での出産率は高くても 20% 台であり、妊孕性温存方法は、妊娠・出産を保証するものではない。さらに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やがん治療と並行して意思決定しなければならない精神的負担、数十万円の経済的負担なども生じさせる。またその選択は、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り、背後にある様々な人の価値観、その国の法的問題、宗教、文化的背景や、がん患者であることから生じる倫理的問題も複雑に絡んでくる。このような様々

な問題を内包しているため、臨床現場では腫瘍医が、患者・家族への説明の際、躊躇する面があり、がん治療による不妊のリスクは話すが妊孕性温存について必ずしも患者・家族と話し合っているわけではなく、生殖医療医へ紹介するのは半数以下であることが指摘されている (Quinn et al., 2009)。妊娠・出産は個人的な問題であるが、現状としてがん治療が妊孕性に対し影響を与える場合があること、そしてその対策として妊孕性温存方法があるという情報は倫理的にも伝えられなければならない。そのため、生殖年齢にある女性がんサバイバーは、この問題に対しなんらかの意思決定が求められる。

このような状況からまず医療者、患者・家族ならびに一般市民への啓発、教育をすすめる動きがあり、妊孕性温存に関する意思決定支援として web-base の情報支援ツールや医療者及び患者・家族向けの教育プログラムの開発 (Meneses et al., 2010) やカウンセリング、コンサルテーションが実施されはじめている (Kim et al., 2013, Peate et al., 2012)。一般的に納得できる意思決定のためには、その人にとって必要な情報がわかりやすく、そしてタイミングよく提供される必要がある。妊孕性温存に関する意思決定の調査でも、意思決定にはまず情報が重要であることが示されていたが、医療者から一方的に情報提供されるのではなく、双方で話し合う機会があり、医療者の先入観でなく自分の価値観を尊重して関わってくれることを望んでいた (Kim et al., 2013)。一般的に医療者は、先端医療を取り入れることが最善のことであると考えることが多い。そのため、医療者自身、がん患者の生殖医療や女性の生き方に対する自分自身の価値観・信念について十分吟味し、意思決定支援に関わる必要があろう。

生殖年齢にある女性がんサバイバーは、子どもをもつこととがん治療のはざままで様々な希望、葛藤を抱えながら闘病していると考えられる。実際、このような状況下での妊孕性温存に関する意思決定の体験とは、生殖年齢にある女性がんサバイバーにとってどのような体験であり、がん闘病生活の中でどのような意味があるのでしょうか。そしてどのような支援が求められるのでしょうか。

予備研究で、生殖年齢にある女性がんサバイバーの妊孕性温存に関する意思決定過程の特徴を調査した。妊孕性温存の意思決定の体験は、彼女たちにとってがん治療過程の通過点のひとつであるが、人によっては、がん闘病の意欲やがん治療後の人生に夢や希望を与え、そのひとの人生に長期に影響をもたらす体験であると考えられた。そして妊孕性温存に関する選択は、妊孕性喪失の危機に直面し、今までの女性観やこれからの女性の生き方を考えさせられる機会になっており、その人の女性の生き方の認識が意思決定に影響する

核となっていると考えられた。しかし、予備研究では、女性がんサバイバーの妊孕性温存に関する意思決定の体験を女性の生き方を模索する体験として詳細に記述することができなかった。そこで本研究では、対象者を妊孕性温存の選択に関して、特に迷いが生じやすいと考えられる 30 代から 40 代前半の生殖年齢にある乳がんサバイバーを対象とし、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に焦点をあてて記述することで、個々の体験世界に対する理解を深める。

II. 研究の目的

本研究の目的は、生殖年齢にある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について焦点をあてて記述することである。

III. 本研究の意義

生殖年齢にある乳がんサバイバーは、妊孕性温存方法の選択肢の提示に対し、あらためて自身の女性の生き方を模索しながら意思決定し、その後もがん闘病の中でその選択の意味を問い続けながら生活していると思われる。本研究にて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について記述し、その意味を探求することにより以下のことが提案できる。

1. 意思決定には、エビデンスのある情報とともに体験談などのナラティブな情報も求められており、意思決定支援として、これらの情報を統合し伝えることや知る機会が必要である。本研究の結果は、量的研究による統計データとして示される情報とは異なり、妊孕性温存に関する意思決定の体験の記述からナラティブな情報を提供することができ、生殖年齢にある乳がんサバイバー、医療者にとって意思決定のための重要な資料となる。
2. 日本では、がん患者の生殖医療について相談できる専門外来は数えるほどしかない。またがん医療の場に生殖医療部門がないことも多く、他施設の生殖医療専門医へ紹介となることが多い。両者が連携し、意思決定に関わることが望ましいが、実際は難しい現状がある。またがん医療および生殖医療の場でひとりの医療者が妊孕性温存に関する意思決定に関わる機会は、それほど多いわけではない。そのため、意思決定支援の体験の蓄積が難しい。その点で、乳がんサバイバーの妊孕性温存に関する意思決定についての体験の詳細な記述は、意思決定支援に関わる医療者の体験の蓄積に寄与で

きる。

3. 妊孕性温存に関する意思決定の様々な体験の記述は、子どもをもつこと、女性の生き方、生殖医療などについて医療者自身の価値観を見つめなおす機会を提供できる。そして、様々な価値観、体験世界を知ること、自分の先入観で、意思決定に関わることの問題を回避することができる。
4. 本研究は、意思決定の体験をその時点に限って分析するのではなく、がん闘病生活の中で、その人の人生にとってどのような意味があるのかという視点も加えて分析を行う。このように、がん治療過程で妊孕性温存に関する意思決定の体験の意味を探求することで、生殖年齢にある乳がんサバイバーが、がんとともに自分らしく生きるための長期的な支援やケアのありようを考える際の資料にもなる。

IV. 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凍結保存、卵子凍結保存、卵巣組織凍結保存のいずれかを試みることとする。

妊孕性温存に関する意思決定過程：

生殖年齢にある乳がんサバイバーが、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選択するか否かを検討する過程と受精卵の移植を現実的に検討する過程。

乳がんサバイバー：

乳がんと診断された生殖年齢にある女性。

女性の生き方：

結婚、妊娠、出産、子育てという生き方のみにとらわれず、自分らしくあろうとする生き方。

産む性：

自らの遺伝子を受け継ぐ子どもを自ら産み育てる生き方ができる可能性。

第2章 文献検討

I. 女性がんサバイバーの現状

がんサバイバーとは、1984年全米がんサバイバーシップ連合（National Coalition for Cancer Survivorship）が生み出した定義であり、がんと診断された瞬間に人はがんサバイバーとなり一生サバイバーであり続けることを意味する用語である（Kenneth, 2010）。NCI（National Cancer Institute）のデータでは、10,500,000人のがんサバイバーのうち5%が20歳から39歳であり、少なくとも630,000人の若いサバイバーが存在しているという。サバイバーを構成する人のうち最大の集団は女性乳がんサバイバーであり、全米人口の3.6%にあたる。そして乳がんの25%が40歳以下である（Woodruff, 2007）。

これはがんの早期発見とがん治療および支持療法の進歩の成果であり、今後もその数は増え続けることが予想される。そのためがん治療の2次的影響や長期間のQOLについて関心が高まり、新たなヘルスケアが必要とされている。がん治療後の身体的影響として2次がん、慢性疼痛、認知機能障害、倦怠感、末梢神経障害、性機能障害・不妊などがあげられている（Kenneth, 2010）。

特に若年者にとっては、将来的なライフスタイルにも影響する不妊の問題が注目されており、UCSDの調査でも、2000人の若いがんサバイバー、小児、その家族にとって、不妊の問題は、最も関心が高いことが示されている（Woodruff, 2007）。また先進国、日本においても晩婚化や初産年齢が高くなってきていることが指摘されており（河合, 2013）、がん罹患と妊娠適齢期が重なることから、妊娠・出産を希望する女性がんサバイバーは増加することが予測される。

II. 女性がんサバイバーに対するがん治療による生殖機能への影響

原始卵胞は出生時に約100万個あるが加齢とともに減少し、決して新たに作られることはない。Lambalkら（2009）によると、閉経は平均51歳であるが、潜在的な不妊の開始は平均年齢31歳からであり、閉経する大分前から妊娠しにくくなることが示されている。これは、年齢が高くなるにつれて卵巣内の卵胞数が減少するだけでなく、卵子の質の低下によると考えられており、ある程度の卵子数が残存している年齢であっても、卵巣予備能の低下が起り始めていることを示している（高江ら, 2013）。

がんの治療法は手術、化学療法、放射線治療に大別され、以下のような機序で生殖機能

に影響を与える。手術療法は、子宮・卵巣の摘出により直接的に生殖機能の低下・喪失をもたらす、がん化学療法、放射線療法は、卵母細胞を減少させ卵巣機能に影響を与える。化学療法、放射線療法ともに、治療開始の年齢と量による影響が大きい。抗癌剤の種類としては、シクロフォスファミド、ブスルファンなどのアルキル化剤が卵巣機能障害と関連が強いことが示されている (Knobf et al., 2006)。

アメリカ臨床がん学会 (ASCO) は、がん治療による生殖機能への影響と妊孕性温存についてガイドライン (Lee et al., 2006) を作成し、女性がんサバイバーの化学療法・放射線療法による早発閉経の可能性について、リスク別にがん治療を分類している。そのガイドラインによると成人女性の場合、照射野に卵巣が含まれる外照射で 6Gy 以上、骨髄移植の前処置である放射線の全身照射やシクロフォスファミド、ブスルファンの大量化学療法、40 歳以上のシクロフォスファミドを含む化学療法などが無月経の高リスク (80%以上) と分類されている。また乳がんのホルモン療法は、2~5 年と長期に及ぶことから、治療後の年齢が 40 才以上となる場合は、不妊のリスクが高いと思われる。

しかし、がん治療による生殖機能への影響の評価基準である無月経期間は、研究によればばらつきがあることや分子標的薬などの新しい薬剤の生殖機能への影響は、未知の部分も大きく、がん治療の性腺毒性についての正確なデータが不足している。また年齢層の違いやレジメの違いもデータ収集や分析を複雑にしている (Woodruff, 2007)。これらのことから、女性がんサバイバーに対するがん治療の生殖機能への影響は、個人差もあり完全に予測することは難しいといえる。

Ⅲ. がん治療に関連した不妊の心理社会的影響

1. 女性にとっての不妊であることの意味

不妊とは、子供が欲しいにもかかわらず、妊娠・出産できない状態である。WHO (世界保健機構) の定義では、不妊症とは正常の性生活が営まれているカップルであるにもかかわらず、一年間妊娠の成立をみない事態をよぶとされ、日本生殖医学会の定義もこれに準じている。そして不妊は妊孕力の低下という医学的な問題に留まらず、成人期の発達課題のひとつである「生殖性」の危機とみなされている (Burns & Covington, 1999)。

“不妊であることは、女性＝母性という図式もしくは女性＝産む性という観念により、しばしば、ジェンダー・アイデンティティに揺らぎをもたらす” (柘植, 2012)。“不妊により、人は青年・成人期における発達段階から振りおとされ、子供を持つことに関する夢、希望、

計画が奪われる” (Jaffe et al., 2005)。また最も大切なパートナーとの関係が脅かされ、世間との連帯感も揺るがされる。これらのことから自尊心、自信の喪失につながりやすい。このように不妊であることは、複雑な喪失体験となり、悲嘆プロセスに類似した心理的反応が引き起こされる。

また“不妊であることは、社会的マイノリティであり、子供が産めないという一つの属性のみで人格が否定されやすく、暗黙のうちに差別や偏見の対象となりスティグマとなる” (柘植, 2012)。そのため不妊当事者も、自分が不妊であることを否定したい気持ちが働きやすい。そこで自己身体を劣った状態ととらえ、不妊治療を強く求めるという構図となる。しかし、不妊治療は確実なものではなく、不妊治療の福音にあずかることができる人がいる一方、不妊治療を行っても、子供を授かることが難しい場合も多い。長期に及ぶ不妊治療により、ますます不妊による苦悩が増幅してしまい、不確実さの中であきらめたいがあきらめられないという心理状態に陥りやすく、不妊治療をやめる意思決定支援の難しさが指摘されており、生涯発達の視点から支援する必要性も示唆されている (安田, 2012)。

2. 女性がんサバイバーの不妊の問題に関連した心理社会的影響

Schover ら (1999) は、不妊であることが若いがん患者にどのような心理社会的影響を及ぼすかをレビューした。不妊は基本的な男性性、女性性の喪失としてとらえられ、セルフエスティームを低下させるという。女性がん患者を対象とした調査では、がん治療による早期閉経をめぐる、葛藤、セクシャリティの否定的変化、妊孕性喪失を含む複数の喪失体験をしていることや (Knob et al., 2006)、不妊が招く精神的葛藤は深刻であり、がんの診断よりも受け入れがたい事実になると報告されている (Sun et al., 2007)。

診断から長期経過している患者の調査でも、不妊についてより心配し、悲嘆していること、不妊となった患者は、より多くのがん関連の葛藤を感じ、精神的健康度、身体的・精神的安寧も低いことが示されている (Wenzele et al., 2005)。Canada ら(2012)の調査でも、子供を望んでいたが現在も子供のいない女性の苦悩が最も高かったことが報告されている。このように不妊であることの苦悩は、がん診断・治療期のみならず、長期に継続していることが明らかとなっている。

これらの結果より、がん治療前に妊孕性温存を検討することが重要なばかりでなく、がん関連の不妊に対して、未解決 (子供がえられないこと) の悲しみを軽減するための介入を開発する必要性が示唆されている。そして松下ら (2007) は、若いがんサバイバーは不

妊の問題で、将来のパートナーに拒絶されるのではないかという危惧を感じていること、がんサバイバーであるゆえ、生きていること自体を喜ぶべきこととされ、家族、友人といった周囲の人から不妊であることの苦悩を共感してもらうことや十分に悲しむことが難しい面があることを指摘している。このように女性がんサバイバーの不妊に関するケアは一般の不妊女性のケアとは異なるがんサバイバー特有の問題に対する配慮も求められる。

IV. 女性がんサバイバーに対する妊孕性温存方法の現状と問題点

1. 女性がんサバイバーに対する妊孕性温存方法

女性がんサバイバーに対する妊孕性温存方法は、大きく分けて高度生殖医療を活用した方法、婦人科がんに対する妊孕性温存手術、放射線の卵巣への被曝量を少なくするための方法（卵巣遮蔽、卵巣移動術）に分類できる。本研究では、婦人科がんサバイバーを対象としないため、上記の妊孕性温存のうち高度生殖医療を活用した方法について説明する。

高度生殖医療を活用した方法は、受精卵凍結保存、卵子凍結保存、卵巣組織凍結保存である。凍結技術の向上により、受精卵、卵子、卵巣組織を半永久的に保存でき、女性がんサバイバーは、がん治療後の妊娠・出産への希望を現実的にもつことができるようになったのである。

受精卵凍結保存、卵子凍結保存は、月経周期に合わせ、多くの場合、排卵誘発剤を用いて複数個の卵子を成熟させ採取できるように試みる。基本的には、パートナーがいる場合は、受精卵凍結保存、パートナーがいない場合は卵子凍結保存となる。これらの方法は、月経周期の調整を含めると採卵まで数週間から数か月の期間を有する。その間、がん治療の開始が遅れ、再発リスクを高める可能性があり、治療に緊急を要する場合は、妊孕性温存を試みることは難しい（神田, 2010）。また排卵誘発剤の使用による E2（エストラジオール）の高値は、ホルモン依存性の乳がんの場合、再発リスクを高める。そのため E2 を上昇させないようレトロゾールを使用する方法が試みられている（佐貫ら, 2008）。その他、化学療法や放射線療法中に GnRH を用いることで、卵巣を一時的に閉経状態にし、卵巣機能を保護しようとする方法も試みられている（佐貫ら, 2008）。

受精卵を用いた体外受精、顕微授精は生殖医療分野で標準的な治療として認められている。一方、卵子凍結保存は受精卵に比べ浸透圧変化の影響を受けやすく、凍結により物理的障害を受けやすい（京野ら, 2001）。また卵子凍結の場合、解凍後、次の受精のステップを経る必要がある。そのため卵子凍結保存は、受精卵の凍結保存よりも技術的に難しいと

されてきたが、凍結保存の技術の進歩により、未受精卵による出産も多数報告されるようになった。そのため、2013年のASCOの新ガイドラインでは卵子凍結保存が標準治療として認識されるに至っている（高江ら 2013）。しかし、日本で卵子凍結保存を実施できる施設はまだ限られているのが現状である。

これらの方法のうち、受精卵凍結保存は、生殖医療において確立した技術であるが、1回あたりの出産率は20%台であり、この確率は加齢とともに低下し、45歳では、わずか0.6%となる（日本産科婦人科学会, 2010）。また多くの国では、高度生殖医療は数十万円の費用がかかる。がん治療費に加え、この経済的負担をすることが妊孕性温存の意味や価値にみあうかどうかの判断は、個人により大きく異なることが予想される。

生殖年齢にある女性がん患者のうち受精卵凍結保存・卵子凍結保存がどの程度、実施されているのかの全国的な統計はないが、いくつかの施設での結果が報告されている。Kimら（2012）の調査では、妊孕性温存を選択した女性のほうが、年齢が高く、経済的に余裕があり、がんのステージも低かったと報告されている。また生殖医療の専門家への早めの紹介により採卵を2回以上実施できたことが報告されており、凍結胚数が増える可能性が高まるという点で患者にとって有利な面があるという（Lee et al., 2010）。

卵巣組織凍結保存は、1997年ベルギーのDonnezらが開始し、2004年にはじめて生児獲得されている（Donnez et al., 2004）。2013年1月までに22例の出産例の報告あり、15年間のレビュー文献（Dolmans et al., 2013）では、1303の症例で実施されているという。日本では2008年に初めて実施され、いまだ少数の施設での実施にとどまっているが、2013年、生児獲得の報告がなされている。（Kawamura et al., 2013）。卵巣組織凍結保存は月経周期に関係なく実施できるため、がん治療の開始を必要以上に遅らせる必要がないこと、月経発来がない小児も適応可能であること、卵巣組織そのものが保存されるためその組織内の卵子数が多い可能性が高いという点で受精卵凍結保存、卵子凍結保存より有利な点もある。しかしがん治療後に卵巣組織を移植することでがん再発のリスクが危惧される（鈴木ら, 2007）。また卵巣組織の採取は腹腔鏡手術であり、卵子の採卵に比べ、身体侵襲も大きい。また片側の卵巣が残っているため、凍結解凍し移植した卵巣組織により妊娠したのか、残存卵巣が機能したのかははっきりしない点もあり（Demeestere I. et al., 2006）、その効果については現時点において保証されたものではない。

2. 女性がんサバイバーに対する妊孕性温存の法的・宗教的・倫理的問題

1978年、体外受精の成功の発表を機にヨーロッパ圏を中心に、高度生殖医療について生命の起源と人工的な生命操作の観点から、様々な立場で論争が繰り広げられてきた。さらに胚の凍結保存技術の向上、さらに人工的介入の度合いが高い顕微授精についての是非、そして現在では、夫婦、パートナー間の問題を超えて、第3者からの卵子提供、精子提供の問題、代理懐胎、代理母の問題、国の法的規制をかいくぐるための生殖ツーリズムの問題などへと波及し、生殖技術の向上に倫理面や法整備が追いつかない状況が続いている(柘植, 2012)。特に国によって卵子、精子提供、代理母などの第3者の介入や死後生殖の法的規制は異なるため、女性がんサバイバーの妊孕性温存の選択肢は国により異なる。

また生殖補助技術(ART)の選択については、宗教的背景によってもその選択に多様性をもたらす。キリスト教圏では養子縁組は寛容であるが、仏教、イスラム教圏では、血縁関係を重視する傾向があり、第3者の介入によって生まれた子供の親について戸籍上複雑となる。その点で医療者は基本的な宗教的立場についての知識をもつ必要がある(Laurie et al., 2010)。しかし本来、自然であるはずの妊娠・出産への人工的な介入に対し、抵抗感を覚える個人もいるため、この選択は個人の価値観・信念にゆだねられる面が大きいと思われる。

女性がんサバイバーに対する妊孕性温存については、妊孕性温存(高度生殖医療)の特徴がもつ法的・宗教的・倫理的問題があると同時に、がんサバイバーであるがゆえの問題も生じる。これは、がんであることのために、本人の生命と妊孕性温存の優先に関する問題、小児にも適応があることから生じる代理意思決定、不幸にして本人がなくなってしまう場合による死後生殖の問題である。

Jukkala (2009) は、乳がんサバイバーの妊孕性温存に関し、倫理原則に即して分析し、女性のリプロダクティブライツである自律の原則を尊重し、不妊のリスクをできるだけさけることを優先すべきか?それとも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なのか?という無害の原則との間で倫理的ジレンマが生じやすいと考察している。また妊孕性温存がほとんどの場合、自費負担で高額であることから、経済的バリアが生じている。このことは公平の倫理原則との間でジレンマを生じることも指摘している。そしてもっとも難しい問題として死後生殖の問題を取り上げ、女性がんサバイバーには、現段階での最新の正確な情報が提供されたうえで、妊孕性温存に関して本人の価値観や信念を反映した意思決定ができるよう関わるべきだと示唆している。

V. がん医療における妊孕性に関する問題についての国内外の動向

上記のように生殖医療の進歩によって女性がん患者の妊孕性温存は実施可能なレベルに到達している。このような状況でがん医療の現場では、がん患者の生殖医療についてどのように取り組むべきか各国で検討されている。

2004年イギリス看護協会が、がん看護と生殖看護の共同で、がん専門ナースのための男性がん患者の精子凍結保存に関するガイドラインを発表した。アメリカでは2006年にアメリカ臨床がん学会(ASCO)が、がん患者の生殖機能の保護に関する推奨ガイドラインを発表し、アメリカ生殖医学会もがんと生殖能力の保護について患者向け情報提供資料を作成している(森, 2010)。このような状況から、腫瘍学(oncology)と生殖医学(fertility)を合わせた oncofertility という学際分野が提唱され、oncofertility consortium という学際リサーチ組織ができた。Oncofertility の分野は、腫瘍学と生殖医学といった自然科学のみならず、生殖という人間の根源にかかわるため、心理学、社会学、宗教学、法学、倫理学などの社会科学との学際的連携を基盤に研究を協働してすすめることが求められている(Woodruff, 2007)。

日本では、2003年日本生殖医学会が、がん治療のために精巣機能障害が予想される男性に対する精子保存についての見解を発表した。翌2004年には日本癌治療学会が悪性腫瘍治療前の配偶子凍結保存に関する倫理委員会の見解として、生殖機能の保護を容認し選択肢があることを患者に情報提供し、生殖医療専門医と相談しながら患者を支援することが示された。また未婚女性の妊孕性温存方法として卵子凍結保存できることも容認されたが臨床研究の形態で慎重に実施すべきであるとされた(森, 2010)。2005年には日本造血細胞移植学会が、日本癌治療学会の見解をうけ会員に要請事項を周知するよう発表している。そして2012年に日本がん・生殖医療研究会が発足され、日本の医療界においてもがん医療と生殖医療の連携が求められるようになっていく。

また日本では、不妊治療の公費助成に年齢制限がなかったが、2013年8月に「不妊に悩む方への特定治療支援事業などのあり方に関する検討会」の報告書(厚生労働省, 2013)がまとめられ、助成の対象年齢は43歳未満で、通算回数は6回(40歳以降で開始した場合は3回)という条件が定められ、2016年から導入する運びとなった。続いて卵子凍結保存は、がんなどの疾患のある女性に限られていたが、2013年9月日本生殖医学会が健康な独身女性にも卵子凍結を認めることを盛り込んだ指針案を発表している。そして日本では、第3者が関わる生殖補助医療が法的な位置づけがないまま、ごく一部の医療機関で行われ

てきたが、2013年10月生殖補助医療に関するプロジェクトチームが設置され、適正に治療を受けられることと商業化への一定の歯止めを目的に法整備をすすめるという。

このように、医療技術の点では、女性がんサバイバーの妊孕性温存が可能となってきているが、がんのステージ、がん治療との調整、妊孕性温存の情報提供の時期によっても選択できる方法や回数に差が生じており（Lee et al., 2010）、妊孕性温存に関する情報の正確性や情報提供のありかたを含めた意思決定支援が検討されはじめている。また日本では不妊治療の公費助成の制限や卵子保存の適応の拡大により、妊娠・出産の適齢期の認識が見直されるとともに、卵子保存の希望者が増加する可能性もあり、今後、女性がんサバイバーの妊孕性温存に関する意思決定にも少なからず影響を及ぼすことが予想される。

VI. 医療における意思決定

女性がんサバイバーの妊孕性温存についての文献検討に入る前に、医療における意思決定について概観する。

1. インフォームド・コンセントの成立背景と問題点

人間は、日常のささいなことから人生の岐路に関わる重大な問題まで様々な意思決定をしながら生きている。意思決定は何らかの目的を達成するための行動の選択についての決定であり、簡単にいえば2つ以上の選択肢から1つを選択することである。

医療の分野においても近年、患者・家族の意思決定上の様々な問題が浮上し、意思決定支援の重要性が高まっている。これは、医療技術の進歩により、治療選択の幅が広がったことに加え、患者の権利意識が高まったことによる。この意識の高まりにより、医療を受ける当事者自身が、自らの健康状態を知り、必要な治療やケアについてのリスクやベネフィットについて医療者から十分な説明をうけ、理解した上で自らが選択する権利があることが認められるようになったのである（中山, 2012）。

従来、医療における意思決定は、医師によるパターナリズム（父権主義）に基づいて行われることが当たり前であると考えられていた。しかし、パターナリズムによる意思決定の弊害が問題視されるようになり、1960年代にインフォームド・コンセントの概念が誕生し、主に法学領域で議論がすすめられた。

日本では、1989年日本医師会が「説明と同意についての報告」を発表し、医療者の遵守すべき倫理原則として紹介した。その後1995年厚生省の「インフォームド・コンセントのあり方に関する検討会報告書」が発表され、1997年には医療法の改正がなされ、医療者は

適切な説明を行って医療を受けるものの理解を得るように努力する義務があることがはじめて明記されたのである(吉武, 2007)。

このようにインフォームド・コンセントの導入によってパターンリズミ的な医師主導型から患者の自己決定を尊重する考えへと転換はしたが、インフォームド・コンセントの導入によって常に当事者が納得できる決定を行えるわけではない。インフォームド・コンセントの問題として、患者は医師がすすめる理由を理解していないこと、患者が医師に対する反対意見や不平不満を持っていても表現できないこと(西垣ら, 2004)、患者と医師とが治療や病気に対して何を大事にしているのかわからない(中西, 1995)などお互いの価値観、信念を表出し、話し合いながら合意に至ることの困難が指摘されている。

2. 情報化社会と EBM の導入

2000年代に入り、急激にインターネットが普及し、膨大な情報が氾濫する情報化社会となった。このため、専門的な医療情報が一般の人にも入手しやすく意思決定に活かすことが可能になった反面、膨大な情報を処理できず、かえって意思決定において混乱、困難感を抱く場合も多くなっている。またネット経験の有無による情報格差も生じており、一般市民のヘルスリテラシーを高める方法も模索されている(瀬戸山, 2012)。

また医師個人の経験・直観といった主観的な判断でなく、科学的根拠に基づく医療(EBM)が提唱され、その考えが、意思決定にも活用されている。EBMの概念自体は、1960年代に臨床疫学として提唱されていた(吉武, 2007)が、医療現場ではMEDLINEなどのデータベースの整備により、信頼性の高いデータをタイムリーに入手できるようになったことにより急速に普及してきた。日本においても厚生労働白書(2004)でEBMの導入をすすめている。その結果、意思決定のための判断材料として治療法のベネフィットやリスクが確率で示され、患者・家族に伝えられることが多くなった。しかし、エビデンスはあくまで集団に対して一定以上の効果があるかどうかの情報であり、その情報の意味は個人の価値観や、その情報の示され方によっても異なってくる。つまりエビデンスだけが判断材料ではないため、そのデータが一人ひとりにとってどのような価値をもつのかを合わせて考える必要があることが提唱されている(中山, 2012)。吉武(2007)は、EBMの問題点として、エビデンスは意思決定における判断の根拠となるが、治療法が臨床試験によって証明されるまでにはかなりの時間がかかること、また現場で実践されるすべての治療法がRCTによって証明されているわけではないこと、EBMは、患者の好み、希望、価値観を反映する

ものではないと指摘している。

3. 医療における意思決定支援のあり方

上記のように、医療において、医師のパターナリズムによる意思決定から患者、家族が意思決定に参加する方向へ、情報化社会の到来とともに、エビデンスに基づいた情報提供と患者・家族の価値観を尊重した意思決定のあり方が求められている。

意思決定のタイプには、誰が主体となって決めるのかという視点から、前述したパターナリズムモデル、医師と患者が話し合い協働して意思決定するシェアードディシジョンメイキング（SDM）、患者が主体的に意思決定を行うインフォームド・ディシジョン（インフォームド・チョイス）に分類される。近年、注目されている概念が、シェアードディシジョンメイキング（SDM）である。SDM の概念分析（辻， 2007）によると、SDM とは、当事者を巻き込みながら当事者が相互に影響しあう動的な決定プロセスと定義されている。しかし、どの意思決定のタイプがよいというわけではなく、意思決定の仕方にも選択肢があることを伝えられているかどうかの問題であり、決定の仕方によって医師への信頼や意思決定の責任のありかが関わってくるという（中山， 2012）。

このような決め方に関する決定も含めた意思決定支援の枠組みの代表的なものとして Ottawa Decision Support Framework(ODSF)がある。これは、①決定に関するニーズのアセスメント（個人の価値観や特性を重視する）、②決定の支援の実施（意思決定とその過程の質を改善することをめざす）、③評価という3つの要素から構成され、意思決定支援の成果指標として知識・技術が増加すること、選択前の葛藤が軽減されることなど項目が設定されている。このフレームワークをもとにオタワ個人意思決定ガイドも開発され研究や実践で活用されている。医療におけるよりよい意思決定のための具体的な方法として中山（2012）は、①意思決定が必要な問題を明確にすること、②可能性のあるすべての選択肢のリストづくり、③選択肢を選ぶ基準を決める、④選択肢を選んだ結果を想像する、⑤情報提供方法による心理的効果を理解する、⑥意思決定の支援を得る、⑦意思決定における葛藤やジレンマを解決するという7点をあげている。

このように医療における意思決定支援は、意思決定の仕方についての支援、意思決定に必要な情報についての支援、価値観・信念を尊重するための支援、精神的サポートなどが求められているといえる。

4. がん医療における意思決定に関する研究の動向

がん患者は、がんと診断された時から終末期に至るまで様々な意思決定が求められる。日本では、長い間、がんであることを本人に告知することはタブーとされてきたが、現在では、がんの病名告知は、する・しないの段階ではなく、いかに事実を伝え、どのように患者に対応し援助していくか、その質を検討する段階となっている。

瀬沼ら（2013）のがん患者の意思決定に関する国内文献のレビュー（瀬沼ら， 2013）では、手術療法に関するものや終末期に関するものが多かったと報告されており、意思決定のプロセスや苦悩、支援について研究が重ねられているという。女性がんサバイバーの意思決定としては乳がん患者の手術方法、補助療法、再建についての治療選択に関する報告が多い（国府， 2002；国府， 2010）。これは医療技術の進歩により、乳がん患者の治療選択の幅が広がり、個人の価値観が治療選択に反映できるようになったことが大きい。乳がんの治療選択の多さに加え、今日、妊孕性温存についても検討できるようになり、さらに複雑な意思決定の様相があることが予想される。

Ⅶ. 女性がんサバイバーの妊孕性温存に関する意思決定

1. 女性がんサバイバーの妊孕性温存に関する意思決定の問題

アメリカ臨床がん学会（ASCO）によるガイドラインが発表された 2006 年以降も、がん治療による妊孕性への影響や妊孕性温存について説明する医師は半数程度にとどまっている（Forman EJ et al., 2009; 久保ら， 2013）。がん看護師も妊孕性温存について患者と話すことが自分たちの役割であると認識しているが、実際に経験があるのは半分のみであった（King ら 2008）。患者側の調査（Patridge AH et al., 2004 ;Gorman et al., 2011 ;Loi K et al., 2012）でも、妊孕性温存についての医療者からの情報提供やコミュニケーションは十分ではなかったことが示されている。また男性の場合、妊孕性温存（精子凍結保存）はすでにがん治療、ケアの一部とみなされているが、女性の場合は、妊孕性温存のオプションについて医療者と話す機会が限られており、標準的方法と認められていない卵子・卵巣組織の凍結保存については、伝えられないことが多かったという（Peddie et al., 2012）。Gervelink ら（2013）の乳がん患者の妊孕性温存に関する意思決定過程の質的研究でも情報提供が最も重要と考えられており、情報を得て自分の意見を述べ、多面的に検討し意思決定したいというニーズがあることが明らかになっている。

このように患者側は、がん治療による不妊の問題が気がかりであり、情報ニーズがある

にもかかわらず、医療者からの情報提供やコミュニケーションは十分でなく、障壁があることが示されており、その現状や要因について検討されている (Quinn et al., 2008; Knapp et al., 2010)。

医療者側の障壁の大きな要因として知識不足がある (Collins et al., 2011; Quinn et al., 2009)。この知識不足は、妊孕性温存の方法、成功率などの生殖医療に関する基本的知識と生殖医療機関への患者紹介に関する実地的な知識に大別できる。看護師、ソーシャルワーカーに対する調査でも知識不足であることが示されたが、医師の態度や医師との関係性が、患者との妊孕性に関するコミュニケーションに影響していることが報告されている (King et al., 2008a; 2008b)。患者側もがん治療による妊孕性への影響や妊孕性温存について知識不足であり、そのことが、意思決定上の葛藤と関係があったという (Jukkala et al., 2010; Peate et al., 2012)。

Hershberger ら (2013) の質的研究によると、妊孕性温存の意思決定プロセスは、Identify (がんであること、がん治療による妊孕性への影響を知る)、Contemplate(妊孕性温存をするかしないかを熟考する)、Resolve (妊孕性温存をするかしないかを決める)、Engage (決定を実行する) の4つの局面があり、特に最初の Identify の局面で、女性がん患者は、がん診断による自分の命と妊孕性という 2 重の深刻な問題に直面し、衝撃をうけるという。日本の調査 (西平ら, 2009) でも、生殖医療へのコンサルテーション後すぐには、意思決定できない、今は何も考えることができないと困惑する患者もいることが示されている。このように心理的に不安定な状況におかれながらも妊孕性温存に関する意思決定は、非常に限られた時間内で行動を起こさなくてはならないという困難もある (Gervelink et al., 2013; Peddie et al., 2012)。

また若いがん患者との妊孕性温存に関する話し合いで大多数の医師は躊躇する面があることが報告されており、妊孕性温存について話すことはがん患者にストレスを与えるという認識があることや病気が進行している患者に妊孕性温存について話すことの不安があげられている (Quinn G.P et al., 2009)。腫瘍専門医は、妊孕性温存方法を実施することによって、がん治療の開始が遅れ、治癒や再発リスクに影響を与えることを危惧している (Quinn et al., 2008; Knapp et al., 2010)。

妊孕性温存方法は、妊娠・出産を保証するものではなく、不確実性が高いことに加え、受精卵凍結保存以外は標準的な方法でなく実験的段階にあること、ほとんどの国では、保険が適用されず高額であることの経済的負担の問題や、死後生殖などの倫理的問題も複雑

であることが患者とのコミュニケーションの障壁となっていると考えられる。

2. 女性がんサバイバーの妊孕性温存に関する意思決定支援

女性がんサバイバーの妊孕性温存に関する意思決定支援の試みとして、情報提供の媒体の開発、充実に関し、リーフレットの内容の検討や (Garvelink et al., 2012 ; Murphy et al., 2012)、妊孕性温存に関する選択肢全体をよりわかりやすく図示したディシジョンツリーがある (Gardino SL et al., 2010)。情報媒体の充実という点ではやはり Web の存在が大きい。特に Oncofertility Consortium では、医療者向けのページと My oncofertility org. という一般向けのページを作成しており、一般向けのページでは、数人の患者の体験談を動画でみることができる。また妊孕性温存の経済的支援を行う団体へもリンクできるなど、患者、家族が自分達で情報を得て行動できるように作られている。そのほかにも乳がん患者のリプロダクティブヘルスや妊孕性についての教育を提供するために Fertility and cancer Project (FDP) という研究プロジェクトによる調査がなされ (McNees , 2009 ; Jukkala et al., 2010; Meneses et al.,2010a)、教育プログラムの開発、評価が実施されている。(Meneses et al.,2010b)

生殖医療医の紹介に関し、腫瘍医に対して生殖医療医への紹介システムを開発したり (Quinn et al.,2011)、米国での Oncofertility Consortium のように、ヨーロッパでも腫瘍医、生殖医療医などの専門家が協働した FertiPROTEKT というネットワークができている (Von Wofff et al., 2011)。日本においても日本生殖医学会のホームページ上で乳がん患者の妊孕性温存の受け入れ可能施設の一覧が一部公表されている。

Synder ら(2013) の調査では、女性がん患者は、妊孕性温存に伴う利益 (将来、より若い卵子を利用できるなど)、妊孕性温存の気がかり (成功率など)、医師、パートナー、親などとの関係性を考慮し意思決定しているが、対象者は、妊孕性温存の主要な選択肢を卵子・受精卵保存ととらえており、そのほかにも選択肢があることには注意が向けられていなかった (Synder et al., 2013)。西平ら (2009) の調査では、女性がん患者は、様々な可能性や希望をもちたい、自分の状況を分かってほしいというニーズをもち、若くしてがんになったことの苦悩や子供をもつことができないかもしれない人生の意味を問う言葉を述べており、看護師として患者に寄り添うケアの重要性を示唆している。Kirkman ら (2013) の調査でも対象者の女性は、妊孕性や親になることの価値は認めているが、その先入観で、医療従事者が彼女たちに関わるのではなく、自分たちの価値観を尊重することを望んでいた。

このような状況にある患者への意思決定支援としてカウンセリングやコンサルテーションも試みられており、その効果として、知識が向上し、意思決定葛藤や後悔が減ることが示されている (Kim et al., 2013; Peate et al., 2012)。腫瘍医は、日常の診療で妊孕性に関するコミュニケーションに十分な時間をとることが難しいことも指摘されており (Shimizu et al., 2013)、Oncofertility Consortium では、がん患者の生殖医療について案内、相談ができる専門家としてナビエーターという役割を推奨している。看護師は多くの場合、診断時に最初に関わる専門職のひとつであり、Oncofertility の分野で直接的ケア、カウンセリング、教育、コンサルタントなどの重要な役割を担うことができると期待されている。そのためナビエーターの役割を担うのは、教育を受けた看護師が適切であるとしている (Scott-Trainer J., 2010)。

このように女性がんサバイバーの意思決定支援は、医療者、患者・家族双方への情報提供の充実、がん医療・生殖医療の連携のための組織的取り組み、カウンセリング、コンサルテーション体制や意思決定支援のための専門職育成などが行われはじめている。女性がんサバイバーの妊孕性温存の取り組みの歴史がまだ浅いこともあり、その意思決定に関する体験についての研究はまだ限られている。またその体験は個人的な価値観、文化などの影響も大きいと考えられるため、より詳細な個々の意思決定の体験を記述し、その体験世界を明らかにする研究が求められているといえる。

第3章 予備研究

本章では、予備研究の概要と予備研究の結果に基づいた本研究への示唆について述べる。

I. 研究の目的

女性がんサバイバーの妊孕性温存に関する意思決定過程の特徴を明らかにし、本研究の方向性、方法論について検討することを目的とする。

II. 研究方法と対象

1. 研究デザイン

質的記述的研究デザイン

2. 研究協力者の選定方法

対象は、面接調査が可能な身体・心理状態であり、以下の条件を満たす生殖年齢にある女性がんサバイバーとした。

- 1) がん治療過程（がん治療前・治療中）で妊孕性温存に関する意思決定をした女性がんサバイバー
- 2) 以下を除外条件とする
 - ・未成年の患者
 - ・精神疾患があり現在、治療中の患者

3. 調査期間

2011年12月～2012年6月30日

4. データ収集場所

がん患者の妊孕性温存を受け入れている病院の生殖医療外来で行った。

5. データ収集方法

- 1) 医療機関におけるデータ収集に関する許可・協力依頼

該当部署の責任者（医師）と看護責任者に研究の主旨を説明し、調査協力の内諾を得たのち、施設長宛に研究協力依頼書を送付し、承諾を得た。さらに研究開始にあたり、聖路加看護大学研究倫理審査委員会と研究協力を依頼する医療機関の研究倫理審査委員会の審査を受けた。

施設の倫理審査の承認後、外来の担当医、看護責任者、主に研究協力予定者の選

定に関わる外来看護師に研究趣旨、依頼内容（研究協力者の選定、研究協力者の紹介）を説明した。

2) 研究協力者の選定方法・研究協力の同意および取消方法

研究協力者の選定方法・研究協力の同意および取り消し方法は、以下の手順で行った。

- (1) 研究協力者の選定条件にあう女性がんサバイバーを生殖医療外来の看護師に選定してもらい、担当医師に確認後、研究者に研究協力予定者の来院日時の連絡を依頼した。
- (2) 研究協力予定者が来院時、研究者紹介の承諾が得られたら、研究者が研究協力予定者に研究説明書を用いて説明を行い、研究参加・協力の同意書を渡した。また研究承諾後も研究協力を取り消してもかまわないことを伝え、精神的負担を考え、研究協力断り書は郵送することを説明し、返信用封筒を渡した。
- (3) 研究協力予定者より研究協力の同意について研究者へ連絡があった場合、研究者は面接の日時・場所の調整を行った。
- (4) 研究者は面接当日に研究内容、倫理的配慮について再度説明し、研究協力予定者に同意を得て研究参加・協力の同意書に記入することを依頼した。

3) データ収集方法

インタビューガイドに基づいた半構成的面接法。インタビューは対象者の許可を得てICレコーダを用いて録音し、逐語録を作成した。インタビュー中は、対象者の態度や表情・口調を観察し、気持ちに配慮した声かけを適宜行いながら実施した。

4) インタビュー内容

(1) 対象者の属性

年代、家族構成、病名、治療状況

(2) 妊孕性温存に関する意思決定の体験

妊孕性温存に関する意思決定過程における思い、考え、行動、決定の際に得られたサポートや困難など

6. データ分析方法

データは質的帰納的に分析した。逐語録を繰り返し読み「女性がんサバイバーの妊孕性温存に関する意思決定に関連した思い・考え・行動・相談状況」に係る文章を抽出した。その意味内容を対象者の表現を大切にしながら簡潔に書き出しコードとした。

次にコード化した表現を何度も繰り返して読み、同質性、異質性に基つき集約し、サブカテゴリー、カテゴリーを抽出した。

7. 倫理的配慮

予備研究は、聖路加看護大学及び研究協力施設の倫理審査委員会の承認を得て実施した。個別に研究の趣旨、個人情報保護などを文書にて説明し同意を得て実施した。調査はプライバシーが守られ、落ち着いて話せる静かな場所である個室を使用して行った。

III. 結果

対象者は4名で全員、乳がんであった。1名は、未婚者で妊孕性温存を選択しなかったが、既婚者3名は妊孕性温存を選択した。面接は、全員、妊孕性温存に関する意思決定を終えた後に行った。

1. 各事例のプロフィール (表1)

1) Aさん

Aさんは、30代前半の女性。パートナーはいたが、未婚。その後、化学療法前に急遽、結婚が決まった。手術前は、早期がんで化学療法は必要ないだろうといわれていたが、リンパ節転移が認められたため、化学療法を施行することになった。手術後、化学療法の説明時に主治医からはじめて不妊の可能性と妊孕性温存の情報を得て、不妊専門クリニックを受診するが、未婚であること、化学療法の時期が迫っていたこと、再発予防の治験参加のため妊孕性温存をしないことを選択した。

2) Bさん

Bさんは、40代前半の女性、既婚。診断時に主治医から挙児希望の確認と妊孕性温存法があると説明された。診断初期は、がんに対する気がかり・心配が強く、主治医の対応に不信感がつり、転院した。そこで信頼のできる医師と出会い、再度、妊娠・出産に対し相談した結果、他施設の生殖医療医の紹介を受け、妊孕性温存をすることを選択したが、生殖医療医の言動に非常に傷つき、混乱した。そこで、夫の支えもあり、紹介元の病院で術前に妊孕性温存をすることを選択した。

3) Cさん

Cさんは30代後半の女性、既婚。診断時、すぐに妊娠・出産に対する気がかりを医師に告げた。その後、乳がんが日ごとに大きくなるように感じたが、乳腺外科の外来が週

に 2 回であり、対応の不十分さを感じ転院した。転院先の主治医から生殖医療医への紹介をうけ妊孕性温存の情報を得るが、術前 1 週間の受診であり、十分に検討することなく妊孕性温存はしないと一旦は決めた。しかし術後、化学療法を選択するかどうかの意思決定が必要になり、化学療法を実施することを選択したことから再度、妊孕性温存の選択の問題が浮上することとなり、結局、化学療法前に、妊孕性温存をすることを選択した。

4) D さん

D さんは、30 代後半の女性、既婚。診断時、すぐに妊娠・出産に対する気がかりを医師に告げており、そこで年齢的に妊娠が難しいことを認識した。その後、術前までは、乳がんに対する気がかり、不安の方が強く、一旦、妊娠の問題は棚上げとなるが、術後、再度、気がかりが浮上し、自ら医師、ネット、患者会で情報を求めた。しかし相談できる状況はなく、悶々とすごしながら、補助療法（放射線治療・ホルモン療法）をうけていた。その後、偶然、関東に引っ越すことになり、転院先の主治医に相談したところ、生殖医療医の紹介をうけ、妊孕性温存を選択することを決定した。

2. 妊孕性温存に関する意思決定過程

女性がんサバイバーの妊孕性温存に関する意思決定過程の体験は、3 期に分けられた。各期で抽出されたカテゴリー数をみると①がん診断後、妊孕性温存について生殖医療専門医へ受診するまでの過程では 5 カテゴリー、②妊孕性温存に関する情報を得て、妊孕性温存を実施するか否かを選択するまでの過程では 6 カテゴリー、③妊孕性温存に関する意思決定後の評価の過程では 3 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) がん診断後、妊孕性温存について生殖医療専門医へ受診するまでの過程の体験

(表 2)

対象者は全員、がん告知を機に<子供がほしい気持ちを再認識>した。特に未婚であった A さんは、<パートナーとの別離の可能性を意識>した。このように対象者には、がんの診断により【結婚・妊娠・出産に対する気がかり・戸惑い】が生じていた。

さらに対象者は、<不妊への関心が薄く漠然と子供のいる人生を思い描いていた>にも関わらず、抗がん剤の卵巣機能への影響やがん治療後の年齢では自然妊娠は難しいことを

告げられ、【がん治療による不妊の可能性に対するショックと受け入れがたさ】を体験した。これらの体験は、女性の生き方を脅かす体験であった。

しかし、＜妊孕性温存についてがん主治医は親身に相談にのってくれる感じではなかった＞。そこで自分でネットや患者会で情報を得ようとするが、十分には得られず、＜自分で妊孕性温存の情報を得ることの限界＞を感じていた。また“がん主治医の紹介なしに自分の判断で不妊外来へは行きにくい”こともあり、【妊孕性温存に関する情報、医療者の対応の不十分さ】を体験していた。対象者は、不妊の可能性をつきつけられたあと、妊孕性温存方法があることを知ることによって、【妊孕性温存の情報を機に子供をもつことの期待や焦りが高まる】状況にあった。しかし、がんと診断され治療過程がすすむ中で、やはり自らの生命に対する危機を強く感じ、補助療法がどうなるか決まるまではくがんやがん治療に対する不安が高い＞。そのためくがん治療が優先で子供のことまで考えられない＞、＜妊孕性温存について考えることが負担＞と感じた対象者もあり、【がん・がん治療に対する不安が強くなり子供の一歩は一旦棚上げする】ことで対処していた。またがん診断から生殖医療医への受診までの期間は、1か月～約半年後と幅があり、手術前が2名、手術後化学療法前1名、手術後ホルモン療法中1名とがん治療過程の時期にもばらつきがみられた。

2) 妊孕性温存に関する情報を得て、妊孕性温存を実施するか否かを選択するまでの過程の体験（表3）

この過程での体験は、数日から長くて1か月程度と短く、限られた期間の中で焦燥感を抱きながら、妊孕性温存の選択をしていた。

まずがん主治医の紹介により生殖医療医を受診し、対象者は“妊孕性温存方法や費用などの基本的情報を得る”が、＜情報量が多く整理しきれない＞と感じた。また“がん患者の妊孕性温存の実績はまだ少ないことを知る”ことや“生殖医療医は妊孕性温存をすすめる感じはなかった”こともあり、【妊孕性温存の詳細な情報を得たが選択すべきかどうか分からなくなる】と一時的に混乱した。その後、得た情報をもとに妊孕性温存をどうするかの実践的な検討がはじまっていた。

妊孕性温存の具体的な方法を知ることによって、“妊孕性温存は自分にとって自然なものでなく違和感があり現実味がない”、“妊孕性温存は不妊のひとのためのものである”と自然な妊娠・出産を望んでいた対象者はく妊孕性温存に対する抵抗感＞をもった。また生殖医療医の説明から、妊孕性温存の成功率の低さ、年齢的な問題、身体的・経済的負担や未婚であ

ることから生じる問題、妊孕性温存の選択までの時間的制約など【妊孕性温存に伴う現実的な問題点を実感する】こととなった。

そして、再度、＜自分の挙児希望の度合いを自問自答する＞とともに、“がんの状態は予測できないので再発した場合、万が一子供ができて育てられるのかと思う”、がん治療や子育てにもお金がかかると経済的負担なども語られており、＜がん罹患による子供をもつことへの躊躇＞がみられた。しかし＜妊孕性温存の選択肢が自分にあることを前向きにとらえる＞ことや、“確率は低くても子供をもつ可能性を残すために今できることはなんでもしたい”、“妊孕性温存をしなかったら後悔するかもしれない”という＜妊孕性温存を試すことで結果に関わらず納得できる＞という思いもあった。このように対象者は女性としてどのようにありたいのか【自分の人生における子供の存在と妊孕性温存をすることの意味を模索する】ことで妊孕性温存に関する意思決定に取り組んでいた。

また、がんの進行や再発に対する懸念があり、＜妊孕性温存をすることで再発リスクをあげたくない＞、＜化学療法や再建術をする必要がないため身体的・経済的負担が少ない＞と【がん治療の調整と再発リスクから妊孕性温存の選択について考える】面もあった。

その他には、周囲の人、特に＜夫やパートナーは子供をもてないかもしれない自分や人生を受け入れ、妊孕性温存はすすめなかった＞が、妊孕性温存の選択の期限が迫る中で迷う対象者に対し、協力できることはすると妻の意向に沿いながら、最後に後押しするなど【夫（パートナー）、家族から子供がいなくてもいいことの保証と妊孕性温存の選択の支援を得る】体験をしていた。また対象者は＜がん治療施設と同施設で妊孕性温存ができる安心感＞を語っていた。また＜別施設の生殖医療医の態度に不信感＞を抱いた対象者もあり、【がん主治医と生殖医療医との連携の必要性】を強く感じていた。

3) 妊孕性温存に関する意思決定後の評価の過程の体験（表 4）

対象者は、妊孕性温存の選択に関し、様々な評価をしていた。まず妊孕性温存の情報を知る時期について語られており、“診断後早期に妊孕性温存の情報を得てもがん治療と並行して意思決定することは難しい”こと、また手術後、化学療法の説明時に伝えられた場合は、化学療法の開始までの時間的猶予が厳しく、＜妊孕性温存の情報を得るタイミングが難しい＞ことが語られていた。そして＜妊孕性温存の選択は自分で決めなくてはならないという困難感＞を抱き、“選択の仕方に確信がもてない”、“決定後も気持ちがゆれる”と【妊孕性温存の選択に関する困難さと迷いが生じる】体験をしていた。

その一方、積極的に＜体外受精の体験を直接聞くことで力を得る＞ことや＜患者会で妊孕性温存の選択の体験を開示し応援を得る＞体験をしている人もいた。そして＜妊孕性温存できたことに安堵する＞ことや妊孕性温存はあくまで保険であるなど＜妊孕性温存の利点を意識する＞ことで、【自分で決定し妊孕性温存ができたことの肯定感】を得ていた。

そしてがん治療による“妊孕性への影響について漠然と自分は大丈夫ととらえる”ことや、妊孕性温存を知ったことで“卵巣機能が低下しても手だてがあることを心の支えにする”ようにし、＜がん治療後にも子供をもつ可能性があると信じる＞一方、“子供のいない人生も肯定的に視野に入れる”など＜子供をもつことに固執しない＞ようにする人もいた。そして化学療法や術式選択の受け入れに積極的姿勢がみられ、【がんとともに生きる自分の人生を前向きに考える】ようになっていた。

IV. 考察

ここでは、予備研究の結果から女性ががんサバイバーの妊孕性温存に関する意思決定過程の特徴から本研究にて焦点化する方向性と方法論の選択について述べる。

1. 女性の生き方の揺らぎ

妊孕性温存に関する意思決定は、対象者ががん治療による不妊の可能性、妊孕性温存方法があることを知り、生殖医療医を受診してから現実的検討がはじまっていた。まずがんの診断によりそれまで漠然と抱いていた結婚、妊娠・出産、子育てという一般的な女性の生き方が奪われてしまうかもしれないという危機に直面し、今までの女性の生き方の認識が大きく揺らぐと考えられた。

そして生殖医療医を受診し、妊孕性温存に関する情報を得て妊孕性温存の問題点を認識しつつ、対象者は、女性の生き方を様々に模索しながら意思決定に至っていた。妊孕性温存は、すぐに子供への希望につながるわけではなく、自然な妊娠・出産観をもつ対象者としては抵抗感、躊躇をもたらす場合もあった。がんが治癒し、自分の子供を産み育てる人生にかけたいという強い思いを自覚した対象者もいる一方、がん治療を終えたとき、果たして本当に子供が欲しいと思うのか現段階ではわからないが、今の時点であきらめる必要もないという判断をしている対象もいた。これはがんになったことで女性の生き方の選択をすべて奪われてしまいたくないという思いもあるのかもしれない。

そして意思決定後も自分の決定に迷いながらも、子供をもつ可能性があることを信じる一方、子供に固執しないようにするなど対象者によって、また対象者の中でも様々な思い

を抱いていることがわかった。このように女性がんサバイバーの妊孕性温存に関する意思決定過程には、女性の生き方のゆらぎが根底にあり、その認識が意思決定に大きく影響している核であると考えられた。

上記のことから女性がんサバイバーの妊孕性温存に関する意思決定支援を検討するにあたり、意思決定過程で、女性の生き方に対する認識がどのように揺らいでいるのか、揺らぎやすいのかを理解する必要がある。生殖年齢にある女性がんサバイバーは、がん罹患により自分自身の生命と新たな生命の誕生の問題にも向き合い、女性の生き方の揺らぎにどのように対処しながら、女性としての存在の意味をどうとらえ、妊孕性温存の選択に至っているのだろうか。そしてこの意思決定の体験は、その後の女性の人生にどのような意味をもたらしているのだろうか。この点に焦点をあてて、女性がん患者の妊孕性温存に関する意思決定の体験世界を記述していくことが必要であると考えた。

2. 方法論について

1) 現象学的アプローチを用いることについて

予備研究では、質的記述的方法の分析方法を用いて妊孕性温存に関する意思決定過程の体験についての記述を抜き出し、コード、サブカテゴリー、カテゴリーを抽出した。しかし、コードから抽象度をあげていくうちに、個々の対象者の背景や妊孕性温存に関する意思決定過程の影響についての状況、文脈がみえにくくなった。

予備研究の対象者は、4名ではあったが、婚姻状況、補助療法の種類、年齢、子供を持つことに対する価値観など個別性が高く、妊孕性温存に関する意思決定過程も複雑で多様な様相がみられた。そのため結果を全体化、一般化する方向でなく、個々の体験の文脈を生かした分析方法の方が適切であると考えた。その点で、現象学的アプローチは、対象者の生きられた体験や現象をありのままに記述することを目的としており、複雑な人間の体験の本質に迫ることができる。そのため現象学的アプローチを用いて女性がんサバイバーの妊孕性温存に関する意思決定過程の体験を分析することで、その体験の理解や意味を探究することができ、意思決定支援を考える際に有用な資料となると考える。

2) 研究協力者について

(1) 研究協力者の選定条件

予備研究の対象は、面接調査が可能な身体・心理状態であり、がん治療過程（がん治

療前・治療中)で妊孕性温存に関する意思決定をした女性がんサバイバーとした。がんの種類は問わなかったが、対象者は全員、乳がんの方であった。乳がんサバイバーは、医療技術の進歩に伴い、術式、補助療法の時期や種類、再建術など、がんの進行状態にあわせながらも個人の価値観を尊重した治療選択が検討される。このように乳がんサバイバーは、治療上、様々な意思決定の機会が多いことに加え、さらに妊孕性温存に関する意思決定が求められるという特徴がある。しかし白血病などの血液がんの場合、疾患の性質上、がん治療を優先せざるを得ない場合が多く、妊孕性温存の選択に関して意思決定できる機会が乳がんサバイバーに比べ限られていると思われる。このように乳がんと血液がんでは、妊孕性温存の選択の機会を得るまでの背景が大きく異なると考えられるため、乳がんサバイバーと血液がんサバイバーの妊孕性温存に関する意思決定過程の体験は、別に調査した方がよいと考え、本研究では研究協力者を乳がんサバイバーのみとすることが適切であると考えた。

予備研究では、対象者は、30代から40代前半の方であった。これは、不妊の可能性が高い治療(造血細胞移植など)でなければ、20代の女性がんサバイバーはがん治療後も卵巣機能の回復が見込まれ、自然妊娠の可能性も十分にあり、あえて妊孕性温存をすることを選択する必要性が低いことが影響していると思われる。その点で個人差はあるが、卵巣予備能が低下していく年代にあたる30代からの対象者が、妊孕性温存に関する意思決定をするうえで、最も迷いや葛藤が大きい対象にあたるといえる。

また予備研究では、未婚者であったAさんのみが妊孕性温存を選択しなかった。これは、Aさんが妊孕性温存についての情報を得た時期が、化学療法の開始前で、妊孕性温存を試みる時間的猶予が厳しかったこともあるが、未婚であったAさんは、生殖医療の分野では、標準的治療を認められている受精卵保存の選択ができないことが大きく影響していたと思われる。卵子凍結保存の技術の進歩により、ASCOの2013年の新ガイドラインでは卵子凍結保存が標準治療として認識されたが、日本ではまだ卵子凍結保存を実施できる施設は限られている。仮に卵子凍結保存ができて、将来的に子供を持つためには、がん治療後にパートナーの存在が必要になる。このように既婚者と未婚者では選択できる妊孕性温存方法が異なること、パートナーとの関係性の体験が異質であると予想されるため、本研究では、既婚者を対象とすることにする。

妊孕性温存は、必ずしも実施する必要はない。やらないという意思決定も当然、尊重する必要がある。しかし、現状では、妊孕性温存を選択しなかった人の中には、自分の

価値観に基づき、あえてしないという意味決定ができた人と、やりたかったが、あきらめざるをえない状況であった人が混同しており、前者のみをリクルートすることが難しい上に、あきらめざるを得なかった人に調査することは倫理的に問題があると考えられる。日本の現状として、妊孕性温存をすることを意思決定した人の体験についての研究も限られているため、本研究では、まず妊孕性温存を選択した人を対象とする。

上記の理由により、本研究の選定条件は、30代～40代前半の既婚の乳がんサバイバーで妊孕性温存をすることを意思決定した人とする。

(2) 研究協力者のリクルートの場合・時期について

予備研究では、リクルート期間を約半年と長めに設定したが、4名と限られた。これは1施設でのリクルートであったことと、生殖医療医への初診時にリクルートした場合に問題があったと思われる。がん主治医からの紹介をうけ、妊孕性温存について生殖医療医に最初に相談する時期は、がん及びがん治療に対する不安も高い場合が多い。そのような精神状態で生殖医療医から妊孕性温存の詳細な説明を得たあとに、さらに研究協力依頼を対象者に行うことは、負担が大きかったと思われる。実際、研究協力の承諾が得られたのは、妊孕性温存に関する意思決定後、生殖医療医への初診時以外の時期でリクルートした方や手術を終え、補助療法中あるいは治療フリーとなり診断後半年以上経過している人であった。また生殖医療医への受診は、がん治療医への受診と異なり、がん治療後も定期的に受診するわけではないため、初診時以外の時期でリクルートすることは難しいと考える。そこで、本研究の研究協力者のリクルートの場合としては、不妊外来でなく乳腺外来とする。

妊孕性温存に関する意思決定過程は、がん治療過程における一時期の体験であるがその影響は長期に及ぶ面があると考えられた。本研究では、がん闘病生活の中で、妊孕性温存の選択に関する体験がその人の人生にとってどのような意味があるのかという視点も加えて分析する。そして生殖年齢にある女性がんサバイバーが、がんとともに自分らしく生きるための長期的な支援やケアの在り方を検討する資料にするためにも、本研究のリクルートの時期は、がん診断から半年以上経過し、妊孕性温存に関する意思決定を終え、手術後、補助療法中あるいは治療フリーとなっている時期とする。

第4章 方法論

本研究では、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を再構成し記述する。その際、M.ハイデガーの「存在と時間」における人間存在のありようを基盤にし、考察する。

本章では、本研究で用いる理論的前提と現象学的アプローチを用いる適切性について述べた後、本研究における具体的な研究方法について述べていく。

I. 理論前提

1. 現象学の成立と発展

19世紀末のヨーロッパ社会は、実証主義、客観主義を前面に打ちだした科学技術によって産業革命がもたらされ、人々の生活様式が急速に繁栄、発展した。実証主義は理論と仮説の検証による自然科学的アプローチに従い、一般的なパターン、法則性を見出し、現象を予測、説明しようとする。このような実証主義の自然科学は、実生活に恩恵をもたらしたが、人間の日常的な生活や生の経験からかけはなれ、人間の本質的な苦悩や人生の意味に対する答えを見いだすためのものではなくなってしまった。人間の生きる世界は、個々に固有の世界があり、自然科学的アプローチの要素主義的、機械論的、因果論的、二元論的な視点のみで、その現象を理解し説明することはできないからである。

現象学は、このような哲学が没落する状況を深刻な学問的危機ととらえた E.フッサールが20世紀初頭に「事象そのものへ」を基本テーゼとし創唱した思想運動であり、哲学へのひとつのアプローチである。この現象学の流れは現象学運動と呼ばれており、これはその哲学に包含される考え方が、哲学者間でも一人ひとりの哲学者自身の中でも、その両方においてもかなり変化があったことを強調するからである。

このことはフッサール自身にもあてはまり、年月を重ねるなかでその思索が様々な方向に深化した。フッサールの現象学は「超越論的現象学」と呼ばれており、さらにフッサールの弟子であるハイデガーの「解釈学的現象学」、メルロ＝ポンティの「実存主義的現象学」と基本的に3つの流れをもつ。これら3つの流れの異なる部分と重複部分に関する哲学的論争は現在進行中であるが、生きられた経験の研究として目的は似通っており (Holloway, 2006)、現在までひとつの哲学的潮流として脈々と続き、発展、展開し今日に至っているのである。そして哲学の分野ばかりでなく、心理学を中心にしながら、様々な学問分野にも

影響を与えている。

2. ハイデガーの現象学

1) 気遣い

ハイデガーは、著書「存在と時間」で、在るということはどういうことかという存在一般の意味を探究した。古来、「存在」の概念の探求は様々に行われてきた。しかしそれらは、「存在（在る）」の意味を明らかにしていないばかりでなく、問いの設定自体が問題であることを彼は指摘する。そこでこの存在問題の問いの設定を仕上げるのが重要であるとして自己の存在について問うことのできる唯一の存在である人間を現存在（Dasein）と用語化した。そして現存在の存在のあり方、意味を学的に解釈し、実存論的分析を展開する。まず、現存在は、自己了解する存在であり、可能性をめがける存在であることが前提であることが確認される。このように了解しつつ存在しうること、この存在の仕方をハイデガーは実存と呼び、現存在の本質はその実存にひそんでいるという。

次に現存在の根本機構として世界内存在であることを提示する。世界内存在とは人間が世界という構造を構成し、それに適応しながら生きる生き方、存在の仕方をさす（木田, 1993）。また実存論的な世界とは、個々の人間によって現に生きられているその世界であるという見方であり（竹田, 1995）、これは、人間が生きているかぎり、ひとつの生の世界が存在することを意味する。

ハイデガーは現存在の世界への関係は気遣いという関係なのだ論じ、世界内存在の様々なあり方は気遣いの色々な仕方なのだという。現存在は、なんらかの世界の内にあり、その内にあって様々な事物（ことがら）や他の人、そして自分自身にも気遣い、そこにすまう存在である。現存在は、つねに自分および他なるもの（世界）を気遣いしつつ生きている。竹田(1989)は、“現存在のありよう（気遣い＝関心）はつねにすでに<私>のまわりに世界という対象があり、その対象に向かいつつ存在しており、気遣い＝関心は<私>に「先んじて」「すでに」存在している、つまり<私>が<気遣い>を構成するのではなく、<気遣い>が<私>の世界構成を可能にしている”と述べている。

現存在の存在は、世界内部的に出会われる存在のもとでの存在としておのれに先んじて世界の内ですでに存在している。つまり、“世界内存在は、本質上気遣いである”（ドレイファス,2000）という。

2) 被投的企投

現存在は、世界の内に投げ出された自分の存在を気分の内で重く感知しながら、しかし自分の可能性を将来に向けて企て投げかけるといった「被投的企投」という構造において、世界の内に『内存在』しており、しかも“自分の在り方を、自分に向かって、また他人に向かって、語り明かし、生きた言語的理解を形成しながら存在する”（寺邑，2011）。「被投的企投」とは、世界内存在である現存在の受動的ありよう（被投性）と能動的ありよう（企投）をあらわす。

被投性とは、人間は常にすでにある状況に投げだされており、あるところまでは自分の力の及ばぬ条件や状況によって決定されており、変更が不可能なところがたくさんあるという現存在の受動的なありようである。このような現存在の被投性は、情状性により開示される。情状性とは、いわゆる気分のことであり、現存在はなんらかの気分を抱えて世界の内存在している。くすんだ気分や落ち込んだ気分は、自分の存在に飽き飽きし、自分の存在が潜在的に重荷になっていることを示す。つまり気分は、選ぶと選ばないにかかわらず現存在は存在しており、存在しなければならないという意のままにならない情状的事実性（現事実性）を開示するのである。この“現事実性のうちにゆだねられている現存在の構造が、現存在が世界内存在するものとして現に今、当の自分へと投げ出されているという被投性という構造である”（寺邑，2011）。

このように現存在が世界の内に投げ出され、その被投性、決定性にうちひしがれていようとも現存在は、現存在自身の飛躍という可能性を有している。人間は、つねにかくかくのものだったから、あたらしいものでありうるへとめがけつつ存在するのである。このおのれの可能性（おのれの可能な在り方）をおのれの前に投げかけるという現存在の能動的なありようを企投という。企投は、可能性を可能性として自分のために前もって投げ、そうした可能性をもつ存在として現存在を存在させるのである。

企投が投げ開く可能な在り方はいつでも被投された可能性であるが、“被投された可能性の内には、おのれの最も固有な存在可能性も存在し、現存在はその可能性にむかっておのれ自身を選び決めるという自由が委ねられている”（寺邑，2011）のである。これは、投げ込まれたことに立ち向かいながら、“自らの意思で自分自身の真実、独自の可能性を開化することのできる可能性があることを意味している”（寺邑，2011）。現存在は、おのれの存在をそのつど自分自身の存在として、これを引き受け、生き抜いて、自らおのれとして存在してゆかねばならない（渡邊，2011）。このように“企投という動きをもつ了解はおのれ

の存在をおのれの究極目的めがけて、またそのつどの世界の世界性である有意義性めがけて投げ、おのれや他者や世界内部的存在を開示し了解する”（寺邑， 2011）のである。

3. 理論基盤を「気遣い」「被投的企投」にすることの適切性

ハイデガーは、自己を存在了解できる人間を現存在とした。現存在は世界内存在という根本機構のもとで、様々な事物（ことがら）や他の人、そして自分自身にも「気遣い」、そこにすまう存在である。そして現存在は、自分には意のままにならない様々な状況・条件のもとにおかれながらも、自己の可能性にむかってそのつど存在了解しながら生きている。その現存在のありようを「被投的企投」という。本研究では生殖年齢にある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を記述し、その意味を考察するために、ハイデガーの「気遣い」「被投的企投」の概念を理論基盤とする。

がん患者は、がん及び治療による身体の変化に加え、死の不安や治療に対する恐れ、仕事や家庭での役割の変化、調整などを体験する。さらに生殖年齢にある女性がん患者は、がん治療により卵巣機能が低下し、不妊になる可能性がある。これは、結婚、妊娠・出産、育児という人生の喪失の危機である。以前は、この不妊の可能性を抱えたまま、がん治療を継続していくしかなかったが、医療技術の進歩によって、高度生殖医療（妊孕性温存：受精卵凍結保存、卵子凍結保存、卵巣組織凍結保存）をがん治療前に行うことが可能になった。そのため、生殖年齢にある女性患者は、がん治療の様々な選択に加え、妊孕性温存の選択も新たに課せられる。

このようにがんの診断により、がん治療の影響で不妊の可能性があるという現実直面し、妊孕性温存の選択が課せられてしまった生殖年齢にある女性がん患者のありようは、ハイデガーがいうところの世界の内での自分の意のままにならない状況・条件のもとにおかれている現存在の被投性のありようである。

妊孕性温存が確実な方法でなく、まして自身の命もどうなるのかも予測しきれない不確かさの多い状況の中で、妊孕性温存に関する意思決定は、過去、現在、そして未来の自分の女性としての在り方、生き方を自問自答しながら何らかの決定に至る体験であると思われる。そのつど女性としての存在可能性を自分なりに了解をしながら生きていると思われる。そしてこの存在了解には、周囲の人との相互の「気遣い」やがんや妊孕性温存に関する情報をどのように「気遣って」いるのかも大きく影響していると思われる。そして最終的な意思決定の期限を前に、なんらかの自己の可能性をめざして、その選択に至っていると思

われる。これはハイデガーの企投しながら自己の存在を了解する現存在のありようとしてとらえることができる。

現存在は、おのれの実存を遂行することのできる可能存在である。生殖年齢にある女性がん患者は、自己の女性としての存在のありようを自身に問いながら、その存在の可能性を選びとって、その存在の仕方をそのつど引き受けて現在を生き抜いていくのである。どのような女性としての可能性をおのれの前に投げ出す（企投する）かは、様々なであろうし、がん闘病の経過などによっても変化していくものであろう。ハイデガーが強調するように現存在にとっては、可能性は現実性に先立っており、より意味深いものと考えられる。

生殖年齢にある女性がん患者の妊孕性温存に関する意思決定を支援するには、意思決定までに至るその個々の背景と意思決定の意味を理解することが必要である。そのため、生殖年齢にある女性がんサバイバーが、がんの診断により生命と妊孕性喪失の危機の中で、がん治療と妊孕性温存に関する意思決定が課せられる状況におかれ、その状況と周囲の人、そして自分をどのように「気遣い」、女性の生き方の可能性をどのように了解しながら生きているのかということハイデガーの「気遣い」「被投的企投」の概念を基盤にその体験の意味、本質を考察することで、意思決定支援の看護の示唆を得ることができると考える。

II. 現象学的アプローチ

1. 現象学的アプローチとは

現象学的アプローチという言葉が最初に概念化したのは、米国の心理学者であるジオルジ A.である。心理学研究では、実証主義に基づく自然科学的アプローチを用いることで、心理学を自然科学として確立することに関心をはらってきた。しかし自然科学的アプローチは、客観性を保つために、研究者に中立的立場をとること、傍観的であることを方法論的に求める。そのことで対象にコミットすることは制限されてしまい、研究者は自然科学的アプローチに準拠する限り、事態から遠ざかることを余儀なくされる。このような理論的な危機を迎えたことから、ジオルジらは、心理学研究において、自然科学的アプローチとの対比で現象学的アプローチを提唱してきたのである（山本，1990）。Oiler（1982）もこのような状況について“現象学的方法（現象学的アプローチ）は哲学的知についての誹謗と人間諸科学に関連して起こっている人間存在の物体化への反動として具体化された”と述べている。

哲学としての現象学と現象学的アプローチは全く同じものではない。現象学は哲学の一

潮流であり、現象学的アプローチは、現象学の事象そのものへという基本テーゼを指針として、事象（対象）に接近するための方法論である。つまり、現象学は、現象学的アプローチにとって指針ないしはそこへ向っていく目標を定めてくれる基礎としての役割をもつものなのである。主題や対象に対して現象学的にコミットしていくことこそが現象学的アプローチである。これは、“現象学的アプローチは、単なる方法論であるばかりでなく、研究者の理念であり研究的態度でもある”（Sadala & Adorno, 2002）ことも示す。

現象学的アプローチの目的は、体験や現象をありのままに記述することである。これは理論を発展させたり、概念やモデルを洗練したり研究結果を一般化した説明の中に統合することではなく、“生きられた体験が何を意味しているのかを個人にとっての意味を含めて全体的な体系的構造を記述することである”（高橋, 1990）。人間は、意味世界の中で生きている。その個の意味を理解すること、記述することを現象学的アプローチは求めているのである。現象学的アプローチにおける研究者の関心は、あくまで複雑な人間の経験の本質の探究にあたり（Sadala & Adorno, 2002）その記述にあるのである。そして Omery (1983) は、“経験に意味がある限り、現象学的方法の使用には大きな潜在的可能性がある”という。

現象学的アプローチは、基盤とする現象学によって具体的な手順に相違点がみられるが、共通して用いられるのが、現象学的還元である。現象学的還元とは、先入見とか前提的予見とかを停止しておくことであり、そうすることによって、ある体験に巻き込まれている個人にとってその現象の持つ意味を一層十全に理解することである。この過程は「括弧入れ」として知られている。括弧いれのねらいは、研究者の憶測（先入見）を発酵させないようにすることである（Phyllis Knaack, 1984）。

2. 看護研究における現象学的アプローチ

看護の領域でも、1970年代後半からアメリカで現象学に対する関心が高まり、80年代に現象学アプローチが研究に実用化された。その後も理論的吟味が続けられ、2000年以降、現象学的看護研究は、急激に増加傾向にある。看護は、苦痛、罪、怒り、依存、勇気、希望などの体験に関係している。これらのつかみどころのないような概念は、人間の体験としてそれらに注意をはらうことによるのみ明確にされる（Oiler, 1982）。看護の領域に現象学的な研究が導入されるようになった理由も、看護が取り扱う現象は患者の病いの体験など自然科学の実証的な研究方法だけではとらえきれない（松葉, 2011）ことであらた

めて気づかされたからであろう。

「現象学的」看護研究と銘打たれた研究は数多くみられるが、現象学という哲学の歴史的展開の影響を受けてその内実と方法は、さまざまであることが指摘されている。コーエン、オマリーは現象学的看護研究の諸流派を①フッサールに導かれた「デュケイン学派」、②「ハイデガー的解釈学派」、③前2者の中に位置する「ユトレヒト学派」のオランダ現象学ないし「オランダ学派」に分類したが、この分類は決して十分なものではなく、その後その他の例としてメルロ＝ポンティの思想に基づく研究例があげられている（Holloway, 2006）。これらは諸現象の本質的「形相的構造」を明らかにしようとするか（デュケイン学派）、「隠された意味を暴く」ことによって諸現象を「解釈」しようとするか（ハイデガー的解釈学派）、両者をむすびつけて現象を明らかにしようとするか（オランダ学派）によって区別される（榊原, 2011）。

榊原（2011）は、看護研究における現象学的アプローチを①患者の病気体験ないしその意味を、その人が体験しているがままに理解し認識しようとするために、現象学的還元の遂行や現象学的態度をもとめるもの、②病気を体験している患者やその家族、そして彼らにケアという仕方で関わる看護師の在り方を理解し解釈するために、そもそも人間という存在者がどのような在り方をしているかについて現象学に知見をもとめるものと2系統に分類している。①はフッサールの現象学的認識論の精神を受け継いだものであり、②はハイデガーやメルロ＝ポンティの現象学的存在論の知見に依拠するものとしている。これらは問いの方向こそ異なるものの、その区別は必ずしも絶対的なものではなく、“両者の区別は、研究において認識と存在のどちらに関心の優位がおかれるかというまさにその点にあり、両者の営みは最終的には相互補完的であるべきである”（榊原, 2011）としている。

3. 現象学的アプローチを本研究で用いることの適切性・意義

本研究では、生殖年齢にある乳がんサバイバーの妊孕性温存に関する意思決定の体験について記述する。生殖年齢にある乳がんサバイバーは、がん治療により不妊の可能性があること、その対策の一つとして妊孕性温存方法があることを知る。そしてがん治療と並行しながら限られた期間で、その方法に挑戦するかどうかを選択しなければならない。

生殖年齢にある乳がんサバイバーは、自分の生命にかかわるがんという病いの診断を受け、心理的に様々に揺さぶられやすい状況下で、さらに不妊の可能性、妊孕性温存が成功する確率、そしてがん治療後の自分自身の身体状況もどうなるのかわからないという非常

に不確かな要素をいくつも抱えながら妊孕性温存に関する意思決定を行うことになる。

そして妊孕性温存に関する意思決定は、女性としての在り方を根源的に問うものがある。女性としての在り方をどのようにとらえるかは、最終的には、その人の価値観に基づいてその人が形成していくものであるが、婚姻状況、パートナーや周囲の人の意見、考えなどにも大きく左右されると思われる。

妊孕性温存方法は、国によって法的に認められる範囲が異なっている。また血縁関係を重視する傾向の強い文化と養子縁組を広く許容できる土壌のある文化、子供を産み育てることが当然視される文化では、その意思決定の様相も大きく異なると考えられる。

このように妊孕性温存に関する意思決定は、生殖年齢にある乳がんサバイバーにとって非常に不確かさの多い状況下で心理的負担も大きく、様々な影響を受けながらの体験である。そのため、この体験は非常に個別性が高く複雑で多様な様相があることが予想される。予備研究でもがんの状況、がん治療医の対応、生殖医療への紹介まで過程、本人、周囲の人の考え、行動は実に様々であった。このような多様な体験の様相をコード、カテゴリーとしてまとめ、理論化する方向性は、その個々の体験を、平均化、全体化してしまい、本来のありのままの体験のありようがうすれてしまう印象をもった。そのため、この個別性の高い体験をありのままに記述し、その本質を探究することのできる方法論が必要であると考えた。

現象学的アプローチは、生きられた体験を統合的に記述すること、それらの体験が実際に体験している人にとってもっている意味を記述することを目的とする方法である。その体験の文脈を大事にしながら個々人のパースペクティブから理解することが求められる。生殖年齢にある乳がんサバイバーの妊孕性温存に関する意思決定の体験という現象をありのまま忠実に記述し、その本質に迫るためには上記のような目的をもつ現象学的アプローチが有用な方法であると考えた。またがん患者に対する生殖医療の取り組みは、まだ歴史が浅く、個々の体験の詳細な実態もよくわかっていない。その点で日常の経験の現象の本質的な構造を理解するために、そうした現象を網羅的に記述することに重点をおく記述論的アプローチを用いることが適切であると考えた。

Ⅲ. 具体的方法

1. 研究協力者

1) 研究協力者の条件

- (1) 腫瘍医あるいは生殖医療医から、がん治療による妊孕性への影響及び妊孕性温存方法についての説明を受け、妊孕性温存することを意思決定した 30 代～40 代前半の既婚の乳がんサバイバー。
- (2) 手術後、補助療法中あるいは治療が終了しており、診断後、半年以上経過していること。
- (3) 外来通院中で身体的・精神的に 2 回～3 回程度の面接調査が可能であること。
以下を除外条件とする。
 - ・意思決定時、未成年（小児がんサバイバー）であること。
 - ・精神疾患があり、治療中であること。

2. 研究協力者の人数

質的研究における研究協力者の人数は研究前に明確に決めることはできない。

Thoombs らは(2002)、現象学的研究の場合、協力者は 6～12 名が適当だとしている。

Holloway & Wheler (1996) によると質的研究では、等質な研究対象の場合は 6～8 名、不等質な場合は 12～20 名程度であるという。Giorgi (2009) は、濃密なデータが収集できれば 3 名でもよいとしている。

本研究では、30 代～40 代前半の既婚の乳がんサバイバーで妊孕性温存をすることを意思決定したという点で、等質な対象であると考え、研究協力者は 4～6 名程度とした。

本研究では、6 名のインタビューを実施し、深い語りの得られた 4 名をデータ分析の対象とした。なお、今回の分析の対象に含めなかった 2 名は、以下の理由による。1 名は遺伝性乳がんの方であり、卵巣摘出術の選択についての話が中心となったため除外、1 名は複数回の採卵を実施したことと体験の想起が難しかったため除外。

3. 研究協力者のリクルート方法

1) リクルートの場合

関東圏の乳腺外来

2) リクルートの方法

研究協力予定者を研究協力施設の該当部署のスタッフより選出してもらい、研究協力予定者の外来受診予定日に研究者が研究依頼をした。

3) リクルート方法の具体的手順

- (1) 関東圏内の乳腺外来を便宜的に抽出し、外来の担当医、看護責任者に調査協力の打診をし、承諾が得られたら施設長宛に研究協力依頼書（資料 1）を送付した。
- (2) 研究協力が得られた場合、施設の研究倫理規定に従い手続きを行った。
- (3) 施設の倫理審査の承認後、外来の担当医、看護責任者に研究趣旨、依頼内容を説明した。（資料 2）。
- (4) 外来スタッフに研究協力予定者の選出をお願いし、研究協力予定者の次回の外来受診日時に待機した。
- (5) 研究協力予定者が来院時、外来スタッフより声をかけいただき、研究者紹介の承諾が得られたら、研究者が研究協力予定者に研究説明書(資料 3)を用いて説明を行い、研究参加・協力の同意書（資料 4）、研究協力断り書(資料 5)、返信用封筒を渡した。
- (6) 研究協力予定者より研究協力の同意について研究者へ連絡があった場合、研究者は面接の日時・場所の調整を行った。
- (7) 研究者は面接当日に研究内容、倫理的配慮について再度説明し、研究協力予定者に同意を得て研究参加・協力の同意書に記入することを依頼した。

4. データ収集方法

本研究では、研究協力者へのインタビューによる語りをデータとした。研究協力者の了解に基づき、面接調査を 2~3 回実施した。インタビュー内容は了解を得て録音した。インタビューガイド（資料 6）を作成し、がんと診断されてから妊孕性温存をするかどうかを決めるまでの経緯とその時々で女性として感じたこと、考えたこと、妊孕性温存の意思決定に関する思いについて研究協力者が経験している内容が、十分に自由に語れるように傾聴した。

初回の面接では、ラポールを形成することを目標とし、まず非構造的面接にて、これまでの病気の経過、がんと診断されてから妊孕性温存に関する意思決定をした体験について話してもらえるよう伝えた。初回の面接で研究協力者が研究者を受け入れてもらえるよう、傾聴する態度で語りを聞いた。2 回目のインタビュー時には 1 回目のインタビューで研究者

が聞き取った妊孕性温存に関する意思決定の体験を簡単に図にして持参し、追加修正していただいた。その図をもとに、その時々で女性として感じたことや思い、夫、パートナーとの関係性や子供に対する思いなどについて、インタビューガイドに基づき、半構造的面接を実施し、初回の面接で不十分だった点をうかがった。

面接の際には、研究協力者に対する先入観をもたないようにするとともに、研究協力者が話した内容について判断や評価、価値観の押しつけなどは一切しないように注意した。

5. データ分析方法

録音された面接内容は逐語録におこし、全体を繰り返し読んで、語られた意味と文脈から、妊孕性温存に関する意思決定の体験に関わる場面を分析単位とし、特に女性の生き方に関する体験を最もよく表す表現を用いて記述するという現象学的アプローチにより分析した。

分析手順は、Giorgi の 5 段階に基づいてすすめた (Omery,1983)。

- 1) 研究者は、全体の意味を得るために体験に関して記述されたものをありのままに読む。
- 2) 研究者は記述をさらにゆっくりと繰り返して読み、文脈を大切にしながら、妊孕性温存に関する意思決定に関する体験、女性の生き方についての語りを 1 単位ごとに確定する。
- 3) 研究者は 1 単位の中に余分なものがあるかを確認し、ある場合にはそれを削除する。残された単位の中で、それぞれの単位と全体の単位とを連関させながら意味を明らかにし洗練する。
- 4) 研究者は研究協力者の語った「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」が十分な言葉であらわれてくるまで吟味する。
- 5) 研究者は「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」の意味に関して記述された中で洞察したことを統合する。

6. 研究の真実性の確保

Bryman (2001) は、量的研究の信頼性や妥当性の基準を質的研究に、単に適用することは好ましくないという。質的研究の質を扱う場合、質的な研究のために特別に開発された基準によって評価されるべきであるという視点から、Guba & Lincoln (1989) は、信用できるものという意味で真実性 (trustworthiness) という用語を開発している。真実性は明

確性、信用可能性、移転可能性、確認可能性を通して判定される (Holloway,2002)。

質的研究の中でも、現象学的アプローチによる研究は、一般化を目的としていないため、移転可能性については除外する。

1) 明解性

明解性は、信頼性と同義であり、読者が研究者の意思決定の過程を追うことを通じて分析の適切さを評価することを意味する。本研究において、計画書作成の段階から論文作成完了までの研究の全過程において、がん看護、がん・生殖医療の専門家、並びに社会学の専門家から定期的にスーパーバイズを受けることで保証する。またインタビュアーは、看護系大学院修士課程を修了しており、これまで他の研究においてがん患者を対象としたインタビューによるデータ収集を経験している。また予備研究を実施し、本研究の研究協力者に該当する対象へのインタビューの経験も有している。

2) 信用可能性

信用可能性は、内的妥当性の概念と一致し、研究の目的や研究参加者の社会的現実をどの程度正確に反映しているかを示す。Giorgi は、研究参加者のもとへ記述を返し、記述の妥当性を確認することを手順に含めていない。必要に応じて内容の妥当性の確認を研究参加者に依頼する場合もある。またデータ収集・分析過程において研究者自身の価値観や判断が介入しないよう、現象学的還元の実行で行う。

3) 確認可能性

確認可能性は、客観性に代わる用語で、監査（決定）のためのあしあと (Audit trail) が求められる。監査（決定）のためのあしあととは、研究の筋道の論理とその発展を論証するために描かれるもので研究者の意思決定プロセスについての詳しい説明である。予備研究を実施し、研究の目的、データ収集方法、特に研究協力者の選定条件、データ分析に関する詳述を示した。また本研究においても理論的前提、方法論的根拠、分析の根拠についても論述する。

7. 倫理的配慮

本研究は、対象者の患者体験、および個人的な価値観の実際に迫るため、以下の点を事前に伝え、十分な倫理的配慮のもと実施した。尚、本研究は、研究者の属する聖路加国際大学研究倫理委員会の承認を得て実施した。(承認番号：14-057)

1) 意思決定の自由

- ・ 研究への参加は本人の自由意思であり、研究に参加しない場合もその後の治療や看護に不利益がないこと。
- ・ 協力承諾後、研究協力を辞めることはいつでも中止することは可能であり、中止しても不利益はないこと
- ・ 話したくない事柄は無理に話す必要はないこと。

2) プライバシー（個人情報）の保護

- ・ 研究にあたっては、プライバシー保護に十分配慮すること。
- ・ 研究参加の可否については担当医をはじめ第3者には伝えないこと。
- ・ 資料には個人名などは記載せず符号化する。照合できる資料、録音など個人情報が含まれる資料は、学内の施錠できるロッカーに保管し、研究者が責任をもって管理すること。
- ・ 個人情報が含まれる資料は研究終了後3年を経過したのちすべて再生不可能な状態にし、廃棄ないし消去すること。
- ・ 研究結果を学会あるいは研究論文として発表する際も匿名性を厳守すること。

3) 研究に参加することに伴うリスク（害・不都合）

- ・ 面接にて疲労や不快感などが生じる可能性があること。疲労や不快感が出現したときには、速やかに面接を中止し、希望があれば病院スタッフがサポートできる体制を準備していること。その際、病院スタッフに伝えること。

4) 研究に参加することの利益

- ・ 本研究への参加により研究協力者は、直接的な利益は得られないが、今後、同じようにがん治療後の妊娠・出産の問題に対し、希望や葛藤を抱えながら妊孕性温存の選択に悩む女性を支援するための看護に役立てたいと考えていること。

第5章 結果

I. 研究協力者の概要

本研究の協力者は4名の女性である。以下に研究協力者の概要をまとめた。

	年齢 (診断時)	年齢 (面接時)	がん治療の種類
A	34歳	38歳	乳房温存術・化学療法・放射線療法
B	40歳	44歳	乳房全摘出術・再建術・化学療法・ホルモン療法
C	35歳	39歳	乳房全摘出術・再建術・化学療法・ホルモン療法
D	35歳	38歳	乳房温存術・化学療法・ホルモン療法

*全員、実施した妊孕性温存は受精卵凍結保存であった。

II. 個々人の体験の記述

4名の研究協力者個々人のプロフィール、体験の記述、構造を以下に示す。

1. Aさんの体験

1) Aさんのプロフィール

Aさんは、32歳で結婚したが、2年間子どもに恵まれなかったため、不妊治療を開始した。タイミング法、人工授精とステップアップし、高度生殖医療を1度試みたがうまくいかなかった。そして、ほぼ、同時期に乳がんであると診断されたことで、子どものことを考える余裕がなくなった。その後、がんの治療方針が決まった頃、主治医から妊孕性温存に関する情報を提供される。高度生殖医療の体験があったことで理解も早く、夫と相談し、妊孕性温存をすることを即決し、5個の受精卵を凍結保存することができた。

がん診断後、Aさんは社会から取り残されたような気持ちを抱いていた。そこで人並みに早く子どもをもちたいと焦り、放射線療法後すぐに受精卵を移植したいと主治医に申し出たが、再発リスクが下がる3年まで移植は待つことになった。3年後、受精卵を移植したが、妊娠には至らなかった。しかし、40歳までは子どもをもつ可能性にかけたいと考え、再度、採卵した。その結果、グレードのよい受精卵を1つ凍結保存でき、現在は、その受精卵を移植するための準備期間にある。

2) Aさんの体験の記述

(1) 高度生殖医療がうまくいかず、子どもをもつことが難しいかもしれないと自覚する

Aさんは、結婚願望は、それほど強い方ではなく32歳で結婚した。Aさんにとって結婚したら子どもをもつことは当たり前のことであり、いずれ子どものいる家庭を築くことができるだろうと考えていた。Aさんは、子どもができにくい身体であれば、結婚する資格はないかもしれないと考え、結婚前に婦人科検診をうけてから結婚したという。

夫も子どもを望んでいたが、2年間子どもに恵まれなかった。結婚して2年子どもができなければ一般的に不妊症といわれていることは知っていたので、結婚が少し遅かったこともあり、夫婦で特に躊躇することなく不妊治療を開始したという。不妊治療をすれば子どもは授かるだろうと最初は楽観的に考えていたが、タイミング法、人工授精とステップアップしていったが、妊娠には至らなかった。そこでAさんは、あらためて年齢の影響で、自分は妊娠しにくいのかかもしれないと自覚したという。特に35歳をこえると妊娠しにくくなることは知っていたので、Aさんは、35歳になる前に妊娠したいという思いが強くなった。そこで、夫婦で高度生殖医療をすることを決め、挑戦したがうまくいかなかった。高度生殖医療の妊娠率は20%程度であると承知していたつもりだったが、やはりうまくいかなかったことは、ショックであった。それでも、Aさん夫妻にとって、子どもはまだ自分たちが頑張れば、手にできるという思いがあり、1回の挑戦であきらめる気持ちにはならなかったという。そこで夫婦で話し合い、再度、高度生殖医療に挑戦することを決めていたという。

(2) がん診断により自分の生命の危機感を覚え絶望的な気持ちになる

高度生殖医療がうまくいかなかった同月に、Aさんは左胸に腫瘤があり痛みを感じたという。

Aさんは、インターネットで調べ、痛みがある場合、乳がんの可能性は低いこと、乳がんになるにはまだ若いという情報を得たが、やはり心配で近所の乳腺外科を受診した。そこで乳がんであり、肉腫であるため、すぐに手術をすすめられた。まさかこの若さで自分が乳がんであるとは信じられず、しかも予後が悪い肉腫であると診断されたことで「天地がひっくりかえるような」気がするほどショックをうけた。しかし、Aさん夫妻はすぐにその病院で手術をするという決断はせず、自分たちで本やネットで乳がんについて調べて、もっと有名な病院を一度、受診しようと思ったという。最初の病院で細胞診を受けた際に、膿のようなものが吸引されて以降、痛みも腫瘍もほとんどなくなっており、セカンドオピニオン先の病院の一つでは腫瘍自体ないといわれ経過観察になったが、Aさんは、最初の病院の肉腫であるという診断がやはり気になり、再度別の病院でセカンドオピニオンを受けた。そこで肉腫ではなく悪性度の高い乳がんであると診断されたという。Aさんは、とりあえず、放置しないでよかった、早くみつけてもらってよかったと述べている。

一旦は診断がついたことで安堵したが、がんの診断はAさんにとって死をイメージさせるものだった。そのため乳がんと告知され、治療方針が決まるまでは、精神的にも不安定で、がんのことで頭がいっぱいだった。検査が進んでいくうちにつれて自分が見聞きするのは悪い情報ばかりで、後ろ向きな思いにばかりにとらわれてしまい、エンディングノートみたいなものをつけ生前整理をしようとしていたという。自分の未来に希望が全くもてず、自分がこの年で乳がんになり、命が奪われるかもしれないとただただ絶望的な気持ちになった。とにかく、自分が生きるか死ぬかということばかり気にしていたので、子どもがほしいとか、子どもができなくなるなど、子どものことにはもはや関心は向かなかった。そもそもこの先どのくらい生きられるのか保証もない自分が子どもを産み育てるという発想自体、この時期のAさんにはまったくなかったという。Aさんは、死ぬことを意識する一方で、まだ死にたくない、がんを完全に治して生きたいとも強く願ったという。そのため、主治医から初期のがんであるため、温存術で大丈夫と言われたときにも、再発したくないから全摘にしてほしい、化学療法も可能な限り効くと考えられる薬は試してほしいと申し出たが、主治医に過剰な医療はしないとされたという。

(3) 妊孕性温存の情報を得て我に返り子どものいる未来を意識する

がんの診断後、治療方針が決まったところに主治医から、不妊治療をしていたそうだが、子どもはどうするつもりかと聞かれたという。その言葉でAさんは、はっと「我に返った」

という。それまで A さんは、とにかくがんのこと、自分の命以外のことを考える余裕が全くなく、死にとらわれていたが、医師の言葉でがんと診断される前の自分は、子供を産み育てる生き方を望み、高度生殖医療にまで挑戦するほど頑張っていたことを思い出した。がんと診断されてからは、心ががんによって支配されているようだったが、あらためて、以前の自分がどのように生きようとしていたのか振り返り、子どものことに意識が向いたという。A さんは、主治医の言葉で一転して、がん治療後も生き続けることができる、そのことを信じて生きることにも真剣に向き合い考えなくてはいけないと気づかされた。そして妊孕性温存の情報は、がんに関する厳しい情報でなく、未来につながる明るい話題であり、子どもをもつ可能性があることに救われるような思いを抱いたという。A さんは高度生殖医療を経験しうまくいかなかった体験から、妊孕性温存に挑戦したとしても結局、徒労に終わる可能性もあることが予測できた。それでもチーム医療で情報が共有され自分を診てくれる生殖医療部門が同施設内にあり、そこで妊孕性温存ができるのであれば、このまま何もせず可能性を閉ざすより、やはりできるならやりたいと考えた。このように、妊孕性温存の情報を知ったことで、がんになったとしても、今の時点で子供をもつことまであきらめてしまいたくないと思った。

そしてがんと診断され、絶望的な気持ちを抱いてきた中で、子どもをもつことができるかもしれないという希望につながる話題が 1 つあったことは、がん治療を乗り越えていく力となったという。ちょうど、がんの治療方針も定まったことで A さんはやっと安心し、乳がんになっても割合、みんな元気に生きているんだと少し前向きに考えられるようになった時期だった。治療方針が決まれば、もうあとはやるだけという気持ちになり、母親になる可能性があるならなお、こんな病気に負けていられないと闘病意欲も湧いてきたという。主治医もがん治療の説明時の医師の顔とはうってかわって子どもの話になると、とたんに優しい母親の顔になり、A さんの思いを忙しい診療時間の中でも聴いてくれたという。

(4) 夫とともに 2 人の問題として検討し妊孕性温存にかける

A さんは、主治医の説明でがんの治療過程で妊孕性温存を試みるということが可能であることを始めて知った。主治医からは、手術までの猶予期間からチャレンジできるのは 1 回だけだがどうする？と聞かれた。A さんは、自分の病気のこともしっかりわかっている同じ病院でできるのであればその日のうちに生殖医療医を受診することになった。医師の説明で、がんになった自分の将来にも子どもを望めるかもしれないとうれしかったが、それでも A さんに

とっては自分の体が最優先事項であることには変わりなかった。高度生殖医療の分野では、より実績のあるクリニックもあることは知っていたが、Aさんにとっては、乳がん治療と同施設でできるということがとても重要なことだった。そこで夫にもすぐに病院に来てもらい、生殖医療医から妊孕性温存についての説明を一緒に聞いた。

生殖医療医から、何もしない、受精卵凍結保存、卵巣組織凍結保存の3つの選択肢があることを聞いた。卵巣組織凍結保存までであることにびっくりしたが、あまりに先端的であり、実績がないこと、手術を延期する必要性もあることから、自分たちも1度やったことがあり、実績もある受精卵凍結保存の方が現実的だと考えた。そこで夫婦で少し考えたいと申し出て1時間程度時間をもらった。この日は、生理2日目であり、妊孕性温存をするなら、すぐに採卵に向けて準備を始める必要があったので、生殖医療医から戻った時にはどうするか決めてほしいと言われたという。

Aさんは、高度生殖医療の体験があったので、どんな薬を使ってどんなことをするのか、痛みの程度や費用についても経験則で分かっている面があった。Aさんはこの体験がなかったら生殖医療医の話もすぐには理解できず、妊孕性温存に対しても抵抗を覚えたかもしれないという。

Aさん夫妻は、短い時間であったが、夫婦二人で、妊孕性温存をすることのメリット、デメリットについて真剣に検討したという。やはり、がん治療が終わった自分の人生を考えたときに、「産めないというのと産まない」というのは自分にとってとても大きな違いであると感じた。確かに結婚がやや遅かった面はあるが、がんになったことはAさんにとって不測の事態であり、なんの落ち度もない。このまま何もしないのであれば、がん治療によって妊孕性は確実に影響を受けると同時に年齢も重ねてしまい、産めなくなる可能性が高くなってしまう。だからこそただ手をこまねいて成り行きに任せるのは耐えられなかった。

Aさんの手術は1か月後に決まっており、その間は特に乳がんに対する治療はない。がん診断前に高度生殖医療に1度挑戦したがうまくいかなかった。それでも再挑戦するつもりだった以前の自分たちの意思を思い出し、がん治療を遅らせることなく妊孕性温存ができるのであれば挑戦したいと思った。また、Aさんはホルモン依存性の乳がんではなかったが、ホルモン値を上げないような排卵誘発の方法で行うという点も安心材料になった。しかもちょうど生理が始まった時期に、医師から子どものことを聞かれたというタイミング、治療方針が定まったことで今後の人生について考える余裕が少しでてきた時期だったこともAさんにとって何か運命的なことのようにとらえられた。Aさんも夫も妊孕性温存に挑

戦したとしても 100%子どもができる可能性はないことは承知していた。でも手だてを知った以上、今後の 2 人の人生の可能性を夫婦で考えたときに、妊孕性温存に挑戦することが、二人にとって「前へ進む」ことを意味した。A さん夫妻は、妊孕性温存の費用は、「未来への投資」であると捉えたという。2 人で話し合った時間は 1 時間程度であったが、とても「濃密な時間」で、このように決めることができたことがとてもよかったと述べている。乳がんの治療選択はもちろん、妊孕性温存に関する選択も自分たちの未来に関わる重要な選択ばかりで、普段の生活では別段、意識しないまますごしていたが、がんと診断された途端に、短期間に重要な選択肢を突き付けられる状況となった。がんと診断されて精神的にも不安定な中で、一人でその選択を背負うのは重いものだったが、夫と一緒にその選択を考えて決めてくれたことがとても心強く、「夫がいたからこそ乗り越えられた」と述べている。

(5) 人並みに子どもをもちたいと焦り治療後すぐに移植することを望む

妊孕性温存に挑戦することは、未来への希望であり、励みになったと A さんは述べている。毎日のように注射や検査で県外から通院し、毎日薬を飲んだりすることは面倒なことでもあったが、それよりも子どもがいる未来、希望がもてるということは何事にもかえがたく、「救われるような」気持ちのほうが大きかったという。結局、まだ 34 才と若かったこともあり 5 個の受精卵を無事、凍結保存することができ、子供をもつ可能性を残すことができたことで A さんはやってよかったと実感した。

その後、手術、化学療法、放射線療法とがん治療は続いた。化学療法中は、投薬後 1 週間くらいは寝ていることが多く、外にでることもできないほどだったという。それでも 5 個の卵が保存されていること、子どもをもつことができるかもしれないという可能性が、A さんにとっての「闘病の支え」、「希望」となり、つらい治療にも耐えることができたという。受精卵は A さんにとって「お守り」だった気がするという。

化学療法中に、主治医にすすめられ、若年の乳がんの患者会の活動に参加することになった。そこで地方にすんでいたたり、独身だったり、子どもがひとりいたためか、妊孕性温存の話自体、医師から説明されることがなかった人もおり、そのことに憤りや怒りを覚えている人もいることを知ったという。どんな状況であっても、妊孕性温存の情報の提示は必要だと感じた。その点で自分は、確かに非常に慌ただしい面があったが、医師からもタイミングよく妊孕性温存の説明があり、実際、受精卵を保存できたことは、とても恵まれていたと感じたという。

Aさんは、乳がんになり、治療中であることを友人には話さなかった。そのためか特に化学療法中、Aさんは自分が社会から疎外されている感じを非常に抱いたという。仕事をしている友達の話や妊娠報告だけでなく、テレビで同世代の女性が活躍しているのを見ると、自分だけが乳がんになり悩み、苦しみ、一生懸命に頑張っていることに、何の意味があるのだろうと思った。放射線療法が終わったときには安堵したが、なぜ自分が乳がんなんかになったんだと怒りを覚えたという。

Aさんは、とにかく治療は順調に終わり体調もよかったので、主治医に「すぐにも受精卵を戻したい、一刻も早く子どもがほしい」と申し出たという。これは、「人並みに何かしたい」、「一歩早く踏み出したい」という思いと年齢的にも35歳になり、「早く子どもをもち母親になりたい」という焦りがあったとAさんはとらえている。

(6) 子どもをもつことに対峙するとともに多様な生き方に目をむける

放射線療法が終わってすぐに、主治医に受精卵を一刻も早く戻したいと申し出たところ、月経も回復しておらず、ホルモン値も閉経状態であることを医師から示された。また治療が順調に終わったとはいえ、3年以内に再発することが多いため、今は急がず、受精卵を戻すのは、3年後まで待つてからのほうがよいと諭されたという。このことで、やはり自分は再発の可能性のあるがん患者であり、同世代の女性とは異なると認識した。しかし子どもを産み育てる責任を考えるとやはり、再発のリスクが下がる時期まで待った上で、移植を試みるほうが子どものためにもよいと考えた。そしてそのときに主治医は、「気球の旅」という話をしてくれた。今までのAさんは、大学を卒業、就職、結婚という人生のレール上の駅に止まりながら列車の旅をしてきたと思うが、乳がんになったことでその列車は脱線してしまった。今、軌道修正して再度、列車の旅に戻ろうとしているのかもしれないが、1回「気球の旅」をしてみてもいいのではないかと勧められたという。列車の旅とは違う景色を見ることができ、自由に行きたいところに行くこともできるという話だった。その話を聞いてAさんは、「頭をガーンと殴られたような気がした」と述べている。やはり自分が、自分でも気づかないうちに人並みに結婚すれば子どもがいることが当たり前という世間の常識にとらわれていたことにあらためて気づかされたという。

Aさん夫妻は、主治医の話を素直に受け入れて、せっかく保存できた受精卵だからこそ、もうしばらくは、焦らずに「気球の旅」をしてみようと思ったという。そこでAさんは、派遣の仕事をはじめた。乳がんであることはふせて就職したので、自分が乳がん治療を頑

張ってきたことへの周囲の理解や承認はなかったこともあり、就職した当初はどこか自分が取り残されているような気がしたこともあった。しかし、家で病気や子どものことばかり考えてすごすより、逆に職場でがんのことを知らない人と接することで気が紛れてよかったという。そして同世代の人と同じように社会にでて働いていることで、一人の女性として自信も回復し、様々な人と関わる中で多様な生き方をしてよいんだと得るものが大きかったという。このような生活の中で自然に月経も回復していった。

そして夫は、子どもが別にいなくてもいいと思うようになったみたいだという。Aさんが子どもがほしいという限りは、もちろん協力するが、子どものいない人生もちゃんと視野にいれているし、そのほうが現実的かもしれないと夫は、話してくれるという。このように夫が感情的にならず、客観的に状況をみていてくれ、自分が感情的に暴走しそうになるのを止めてくれる面があるのもひとつの優しさだと主治医は話してくれるという。Aさん自身も夫の配慮を感じるからこそ、「この人の子どもがほしい、母親になりたい」という気持ちを持ち続けていられると述べている。

がん治療を終えて、年齢を重ねていくことは、病気が遠くなるという意味でありがたいと思うという。特にAさんの乳がんのタイプであるトリプルネガティブは再発のリスクも高いと言われおり、その中でまず3年乗り切って、次に5年目を目指せるということは、がん以前の自分を取り戻し、「元通りになっていく感覚」があり、やはりうれしいこと、自信になることである。しかし、子どものことを考えると1歳でも若い方がよく、年を取りたくないという複雑な思いもあるという。

(7) 子どものいない人生も視野にいれながら40歳までは子どもをもつことにかける

がん診断から3年経過したところで、主治医からの許可も得て、グレードのよい受精卵を2個移植したが、うまくいかなかった。高度生殖医療が絶対的なものではないことは承知していたが、それでも期待していた面もあり、残念に思った。この時は患者会の友人と会うのもつらかった。Aさんは、他の人の妊娠報告はしてほしいし、なにも思わないが、自分のことには干渉されたり、他の人の影響を受けるのは嫌だという。

Aさん夫妻は、子どものことを頑張るのは40歳までと決めているという。30代が乳がんのことに振り回されたので、40代になってもそのことに引きずられたくないという思いと、40歳ともなれば、乳がんになっていなくても、年齢的に高度生殖医療をしたとしても妊娠しづらいことも分かっているからだという。また高度生殖医療が身体的・精神的にも負担

が大きいことを身をもって知っており、40歳をすぎ、ぎりぎりの45歳まで粘ることには耐えられないだろうと思っている。しかし本当に40歳になったときにあきらめきれぬのかその自信はなく、その時に、強く引き留めるのが自分の役目だと夫は言ってくれている。実際、子どもを産んだ経験もないので、このまま2人で生きていく生活はイメージが付き、40歳になったら、旅行にいけたらいいなとか猫を飼おうかなと予想できるが、子供のいる生活はまるで想像できない。また周りに子どものいない素敵な夫婦も多く、絶対、産むんだと固執していない自分に少し救われているともいう。

Aさん夫妻は、残りの受精卵を戻そうと考えていたが、培養士から、グレードの低い受精卵を戻すより、可能であれば、1歳でも若いときに先に採卵しておくのも一つの方法であると聞いた。この話は、Aさん夫妻にとって目から鱗であった。確かに生殖医療では、少しでも若いということは有利であると考えた。Aさん夫妻は、40歳になる前に、できるだけことはやっておこうと話し合い、再度採卵することにした。残っていた受精卵よりもグレードのよいものが凍結保存できたが、凍結保存できたのは1つだけだったという。Aさんは、「これが34歳と38歳の年齢の差」と述べ、がん治療の影響も認めているが、このような現実を実際に突きつけられたことは、予測はしていたものの残酷な結果だとも感じている。それでも受精卵の可能性を信じるしかない。現在、このグレードのよい受精卵を戻す準備期間としている。今までは、乳がんであることも友人に伏せてきたが、2人の友人に乳がんであり、子どものために不妊治療をしていることを打ち明けたという。乳がんと闘病してきたことを認めてほしい気持ちと、自分でもここまでがんばってきたんだと吹っ切ろうとしているのかもしれないという。しかし、若年乳がんの患者会の活動はやめることにした。若年の方は、1歳、2歳違うだけでも子どもに対する語り方が無邪気な面があり、そのような話に付き合うのがしんどくなったのだという。夢をみているような人の話に影響されて、自分もまだまだ、挑戦できるのでないかと思ってしまい、40歳で辞めようとしている気持ちが揺らぎ、未練が触発されそうで怖いのだという。また、Aさんは、今は再発もないが乳がん患者であるという自覚はあり、どこかで死の可能性が見えると自分の中でそれ以上は子どもを優先に考えてはいけなさと「予防線が張られる」という。実際、排卵誘発でホルモン剤を使用すると胸も張り、頭の片隅で再発したかもしれないと考えてしまう自分がいて、何をやるにしても「根拠のない自分が生み出した敵」、不安に負けないようにしなくてはならないと考えている。ホルモン療法がなかった分、その副作用を体験せずすみ、ホルモン療法が必要な人よりは、早く移植に挑戦できた点はよかったと思う反面、再発予防

の方法がある点ではうらやましく思う面もある。

子どもができるかどうかは結局、誰にも分からない。所詮、やはり子どもは「授かりもの」だと思ってしまうが、がんになって夫婦できちんと話しあって納得して決めることができたこと、この体験が今後の人生においてもかけがいのないものであったとその点では満足している。

3) Aさんの体験の構造

Aさん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の体験は、結婚後は子どもをもつことを当たり前のようにとらえていたが、2年子どもに恵まれなかったため、高度生殖医療に挑戦したがうまくいかず、子どもをもつことは難しいかもしれないと自覚したAさんが、がんと診断されたことから始まる。がんの診断により、Aさんは、自分の生命の危機を覚え絶望的な気持ちになる。そして死を強く意識するあまり、一旦は、子どもを産み育てる生き方が残されている可能性に気づけなかった。しかし、がんの治療方針も決まったところで、思いがけず妊孕性温存の情報を得て、我に返り子どものいる未来を意識し、高度生殖医療を試みても子どもがほしいと考えていた自分を取り戻す。妊孕性温存をすることはAさん夫妻の人生において、子どもがいる「未来への投資」と捉えられ、夫とともに2人の問題として妊孕性温存をすることに向かう。

妊孕性を温存でき子どもをもつ可能性が残されたことでやってよかったと実感したが、Aさんは、がん治療中、社会から取り残されているように感じ、一刻も早く子どもをもちたいと焦り、治療後すぐに移植することを望む。しかし、再発リスクや女性の多様な生き方を示唆するような話を医師からされ、がん患者である自分が子どもをもつということは、やはり一般の同世代の女性とは違う覚悟が求められることをあらためて認識する。このように、Aさんは、がん患者が子どもをもつことに対峙するとともに多様な生き方に目をむけ、移植は3年待つことになる。そして、がん診断から3年待ち、受精卵を移植するがうまくいかなかった。Aさん夫妻は、子どもがいない人生を視野にいれながらも40歳までは子どもをもつことにかけることを決め、再度、採卵に挑戦する。

Bさんの体験

1) Bさんのプロフィール

Bさんは、20代で結婚後、海外で10年ほど生活していた。その間も仕事は継続し、帰国してからは自分で会社を経営していた。海外在住中に3度流産するという体験をもつ。そのため、1度だけ海外で人工授精を試みたがうまくいかなかった。その後は、高度生殖医療に対する抵抗感もあり、不妊治療は継続しなかった。

40歳の時にホルモン陽性の乳がんと診断され、その時点で、子どものことは一旦あきらめた。しかし紹介先の医師から妊孕性温存について情報提供され、妊孕性温存を試みることを自分で即決した。採卵の結果3個の受精卵を凍結することができた。その後、手術、化学療法、再建術を受け、現在は、ホルモン療法を4年間継続中である。あと1年でホルモン療法は終了するため、医師から受精卵を戻す時期や方法について説明をうけたが、今後、受精卵を移植するかどうか迷いが生じている。

2) Bさんの体験の記述

(1) 流産を経て出産適齢期をすぎ子どもをもつことのみで専心できない

Bさんは、20代半ばで結婚し、米国で約10年生活していた。Bさんは、もともと子どもをもつことだけが、女性の生き方のすべてではないと考えていたが、大多数の女性と同様に自分も子どもはいずれできるものと思っていた。夫も同じように考えており、子どもを望んでいないわけではなく、子どもができれば産むという意識で、お互いに自然に任せていた。兄弟が結婚し孫もいたためか親も子どもについて干渉することもあまりなく、Bさんも子どもをもたなくてはいけないという義務感もなかった。

いずれ母親になれると思っていたBさんは実際、妊娠することができた。しかしBさんは妊娠が継続できず3度も流産してしまった。妊娠の喜びもつかの間で流産することは、自分ではどうしようもなくとても悲しくつらい体験であったという。Bさんは、海外生活をしている日本人に不妊の人が多く、流産したのは、海外生活のストレスが影響したと考えたという。海外の病院では言葉の問題もあり、医療者に相談しにくく、原因や対処方法の情報を求めてインターネットにはまってしまい、余計に落ち込んでしまったこともあった

という。この流産の体験から、Bさんは、妊娠・出産は自分の思い通りにはいかないと身をもって知った。Bさんは、流産の辛い体験を受け入れ、妊娠・出産のことだけに固執しないようにし、仕事をセーブすることなく、むしろ仕事に邁進した。

しかし、心のどこかで子どもを望んでいたBさんは、流産が続いたことや年齢を意識し、米国で1度人工授精を試してみたが、うまくいかなかった。年齢も重ね、次第に出産適齢期を過ぎていくことを自覚し、自分の年齢で子どもをもつには、やはり最先端治療である高度生殖医療を試みたほうがいいのか、「そこまでして」自分は子どもがほしいのか自問自答していたという。Bさんは、高度生殖医療は、不妊の人が子どもをもつために行う「ちゃんとした治療」ととらえている。このように高度生殖医療の技術の進歩の素晴らしさを認める一方、「子どもは授かりもの」という価値観をもつBさんにとって、高度生殖医療は生命の誕生を「人工的」に操作するという点で「そこまでするのか」という違和感、怖さを感じさせるものであった。Bさんは、流産はするものの妊娠した経験がある。高度生殖医療は、あくまで妊娠をサポートする医療であり、妊娠を継続させることとは違う。特に高度生殖医療は、米国では、保険もきかず非常に高額なことや頻繁な受診のために仕事にも影響がでるため、結局、Bさんは仕事も忙しいこともあり、そのことを自分の中でひとつの言い訳にし、子どものことは気にしながらも高度生殖医療まで踏み込めなかった。Bさんは、仕事を犠牲にしてまで高度生殖医療に挑戦し、子どもをもつことだけに気持ちや生活をかける気にもならなかった。それでも、ただ自然に任せるだけという勇気もなく、妊娠・出産に向けて何もしないのも不安で達成感がないと感じ、鍼灸に通い、まだ子どもをもつことを期待する一方、子どもはもういらないと割り切れる人をうらやましく思うこともあり、子どものことに対しては煮え切らない気持ちを抱えていた。

このようにBさんは、3度の流産を経て、出産適齢期が過ぎてしまうが、子どもをもつことのみには専心できず成り行きに任せていた。

(2) がんの診断により自分の生命と妊孕性の喪失という2重の危機感をおぼえる

Bさんは、胸のしこりに気づいたその日、すぐに夫にすすめられ近所の産婦人科医院を受診した。そこでその日のうちに、別の大きい専門病院を紹介され次々と検査を行い、めまぐるしかったことを記憶している。Bさんは、マンモグラフィーで影がみえた時点で乳がんの可能性がかなり高いと実感したという。乳がんであることを予測はしていたものの細胞診の結果を待っていた1週間は長くつらい期間だった。その間はやはり病気のことばかり

が気がかりで子どものことを考える余裕は全くなかったという。1週間後、予測したとおり乳がんが診断された。さらに抗がん剤治療が必要なことを告げられたことで、自分のがんは進行したがんであると認識した。そのため、自分は長くは生きられないかもしれないと絶望し、「世界が終わる」イメージを抱いたという。

Bさんは、がんの診断によりどのくらい生きられるのかどうか不確かな状況では、子どもを産み、母親として生きることはもうできないと思い込んだという。Bさんは、がん治療後に子供をもつことができるという発想がそもそもなく、必然的に子どもをもつ可能性がなくなると認識しており、その可能性が残されているとは考えるにも及ばなかった。

がんの診断により、自分の人生の行く末がみえず、自分の人生から子どもをもつという希望が「自動的」に消された Bさんは、その状況を受け入れざるをえず、あきらめるしかないと落胆していた。今までも流産を体験し、人工授精もうまくいかず、出産適齢期を過ぎた自分が子どもをもつことは難しいのかもしれないと思うところもあった。それでも Bさんはあきらめきれず、まだ自然に子どもができるかもしれないという希望をつないでいた。しかし40歳でがんになり、治療後の年齢を考えると、自然に妊娠する可能性はほぼないと、妊孕性喪失の危機を自覚し、これで本当に自分は母親として生きることはできないと認識した。

(3) 妊孕性温存の情報に刺激され、子どもをもつ可能性があることを強く意識する

診断から3日後、Bさんは紹介先の病院を受診した。そこで、「これから結婚、妊娠、出産を控えているような若い女医」から、子どものことを問われた。この問いは、子どものことはあきらめるしかないと思っていた Bさんが再び、子どもをもつ可能性に意識が向くことにつながった。若い女医は、がんの治療前に妊孕性温存ができること、希望があればと生殖医療医への受診をすすめたという。

がん治療に伴う様々な意思決定の課題も生じてくる中で、Bさんは、思いがけず、妊孕性温存に関する意思決定も求められた。妊孕性温存はがん治療との調整のうえ行う必要があり、妊孕性温存を試みる場合、約1か月の期間を有するため、その決断を猶予する時間は限られていた。Bさんは、がん診断前は、高度生殖医療に挑戦することには躊躇し、自然に妊娠できることを期待しながら成り行きにまかせていた。しかしがん診断により、Bさんは子どもをもつ可能性に即座に向き合うことを余儀なくされたのである。

自分の人生において、子どもはもう望めないと思い込んでいた Bさんは、思いがけず医

師から子どものことを問われたことと、妊孕性温存ができるという医学の進歩に非常に驚くとともに、自分もまだ妊孕性を保持し、子どもをもつ可能性が残されることを知った。がんにより、自分の生命と妊孕性が脅かされる状況の中で、妊孕性温存の情報は、「世界の終わり」と認識した「暗闇に差し込んだかすかな光」であり、「救い」ととらえられた。Bさんは、妊孕性温存の情報により、子どもをもつ可能性がまだ残されるということに「救われるような思い」を抱き、自分が子どもを産み育てる生き方ができる可能性を有した存在であること、そしてがんになったとしても、同世代の女性と同じようにまだその可能性を有していきたいと強く意識した。そのため、Bさんは即座に自分の中で「もう絶対やる」と妊孕性温存をすることを決めてしまったという。

妊孕性温存を試しても採卵ができない、受精がうまくいかない場合もあると聞いたが、一度、妊孕性温存を試みることができるという情報を聞いた以上、Bさんは聞き流すことはできなかった。選択肢が自分にある以上、やらないで後悔したくない、とにかく今、自分ができることはやったと思いたかったという。

Bさんは、がん診断以前、高度生殖医療に抵抗感をいだき踏み込めなかったが、40歳という年齢を考えると妊孕性温存を試みるチャンスは、もう今しかないと感じた。どんなに可能性は低くても、がんになったことで子どものことまでも、今の時点で奪われてしまいたくない、あきらめてしまいたくないという思いが生じていた。

(4) 出産適齢期とはいえない自分の年齢に対峙させられ抗う

Bさんの乳がんはホルモン陽性であった。ホルモン陽性の場合、排卵誘発剤の影響でがんを活動的にしてしまうリスクがあることを若い女医から説明された。その説明を聞いた母親はもう子どもなんか、「もういい歳」だし、あきらめろと強く反対したという。さらに母親は、高齢出産によって障害のある子どもが生まれる可能性も高いことも指摘しBさんが病気をおしてまで、わざわざ妊孕性温存に挑戦する必要はないという考えをBさんに示したという。

Bさん自身、40歳という年齢では、自然妊娠はもちろん、高度生殖医療をしても妊娠・出産の確率は低いことは漠然と自覚しており、不安もあった。妊孕性温存に挑戦するよりも、がん治療に専念してほしいという母親の気持ちも理解できるが、同じ女性として、また母親として、子どもがほしいというBさんの思いに寄り添ってほしいという気持ちもあった。しかし、母親は、自分とは異なり、確実に子どもを産んだ経験があり、今、妊孕性

温存に挑戦しなければ、子どもをもつ希望さえも奪われてしまうという B さんの切実な思いまでは到底、理解できないだろうと思った。また妊孕性温存に関しては夫婦の問題であり、親でも関与してほしくないと思ったという。

そこで B さんは、生殖医療医のところへは、反対する母親は「置き去り」にして一緒にはいかなかった。受診後、自分は妊孕性温存をすると告げただけで、その後は、母親を「遮断」し距離をおいたという。母親が指摘した年齢的な問題は、B さんも自覚しており不安もある。そんな自分に対しさらに不安をあおるようなことを言われると決心がゆらぎ、妊孕性温存に挑戦できなくなってしまうと B さんは考えた。また B さんは、もともといろんな人の意見を聞いてしまい優柔不断な面があるという。だからこそ、何かを始めるときにはネガティブな情報をいう人を「遮断」しないとできないと考えており、今までも重要な決断の時はそうしてきたと述べている。そして B さんは、母親に反対されても妊孕性温存を試したいと決心を固めるのである。

また、生殖医療医を受診後、なぜか若い女医から B さんより年上の女医に主治医が代わっていた。B さんは、主治医に妊孕性温存をやりたいことを話したが、主治医の態度や雰囲気から「まだそんなこと思ってるの?」、「そんな年だし、採ったところで時間はないからもうあきらめなさい」と言っているように感じとったという。実際、主治医は妊孕性温存を積極的にすすめることも否定することも言っただけでなかったと B さんは記憶している。このように感じとってしまうのは自分でも年齢的に妊孕性温存に挑戦するには、遅いのかかもしれないという引け目があったと B さんはとらえている。

(5) がん患者である制約・リスクを引き受けても妊孕性が温存できる可能性にかける

主治医は、がん治療との調整上「1 回だけ」ならいいと妊孕性温存をすることを許可してくれ、手術は予定より 1 か月延期となった。B さんは、手術の延期による乳がんの進行が気になり、調べてみたところ乳がんは進行が遅く、1 センチ大きくなるのに 10 年ほどかかるらしいこと知り安心した。そこで医師の許可もあり、がん進行のリスクは思ったほど大きくないと B さんは判断し、そのリスクは「自己責任」で引き受けることにした。

また妊孕性温存は、20~30 万円程度の費用がかかる。妊孕性温存をしても 40 代の B さんがうまくいく確率は数%である。それでも妊孕性温存にかかる費用は「自分が働いたお金」を使うのであれば、「誰にも文句は言わせない」と思ったという。

妊孕性温存をすることを即決はしたが、40 歳という年齢で、費用や身体的負担をかけて

まで挑戦する意味はどれほどあるのかという思いもあったが、確率が低くても子どもをもつ可能性があるという点で妊孕性温存に挑戦せずにはいられない気持ちであった。Bさんは、1回で受精卵を凍結保存できなかつたら、子どものことはあきらめるつもりだった。

妊孕性温存をすることは、Bさんにとってがん治療を無事終え、子どもをもつことができるという明るい未来を想起させ、がんであるにもかかわらず気持ちが「ウキウキ」するところがあった。生殖医療医は、同年代の女医であり、Bさんは女医の飾り気のない人柄と自分と状況が似ていることで相談しやすい面があると好印象を抱いたという。Bさんは、何かを始めるときには、その物事の良し悪しややりたいかやりたくないかで判断するが、それ以上に関わる人や場の雰囲気大切にもらえ自分の感性で決めてきた面もあるという。Bさんは、妊孕性温存に携わってくれる医師や病院の雰囲気は、すべて自分に「ピタッと合っている」と感じ、妊孕性温存をすることを後押ししてくれているようにとらえた

(6) 妊孕性を温存できた安心感をえて、前向きにがん治療に臨む

Bさんは、治療方針も決まり、余計なことを心配しても仕方がないと考え、普段どおりに淡々と仕事をしながら採卵準備にはいった。採卵準備のため、毎日のように通院する必要があったが、医師に言われるままにやればよいので、妊孕性温存をすることを決めることより、Bさんは楽だと感じた。それほど、がんと診断され精神的に不安定な状態で妊孕性温存について決めることは負担のあることであった。Bさんは、採卵時の痛みを心配していたが、麻酔により痛みはなく無事3つの受精卵を凍結保存することができ、子どもができる可能性が少なくとも残ったことに安堵した。Bさんは、受精卵の保存があるのとないのでは、やはり女性として子どもをもつことをあきらめないでいられる点で「気持ちが違う」と述べている。Bさんは、年齢に抗い、様々な制約がある状況におかれながらも妊孕性温存に挑戦できた自分自身をあらためてよくやったと認めるとともに、受精卵を凍結保存できたことを本当に幸運なことだととらえた。Bさんは、妊孕性を温存するために自分のやるべきことをやると気持ちに一区切りつけることができ、自分の「気が済んだ」という。その後は、妊孕性を温存できた安心感をえて、前向きにがん治療に取り組んだ。

またBさんは、乳房を切除することで、女性としての見栄えが悪くなることの引け目と手術痕によって友人との交友を躊躇する自分になりたくない再建術をすることも「即決」した。最先端医療によって、Bさんは、妊孕性を温存できたこと、乳房が再建されたことで、女性としての機能・外観が人工的であっても担保され、以前の自分と変わらずいられるこ

とに「救われた」思いを抱いた。そしてその両方ができた自分を「幸運」だと思い、がん治療も継続でき、「いいとこどり」ができたと思っている。

Bさんは、受精卵を無事、凍結保存でき、化学療法、再建術を終え、ホルモン療法を継続しながら、がん以前の仕事中心の生活に戻っている。再発のことは気になることもあるが、Bさんは仕事で気が紛れるので、専業主婦でなくてよかったととらえている。

(7) がん患者であることと自分の年齢で子どもをもつことに対峙し移植を躊躇する

Bさんには、やりがいのある仕事があり日々忙しく、最近までは、受精卵を戻すことはまだ先であると、受精卵のことも忘れてすごしていることが多かったという。

しかしBさんには、期せずして子どものことを考えさせられる不思議な体験があるという。飛行機の中で隣に座った初対面の外国人の方が、Bさんと同じように病気になり、受精卵保存をし、それで子どもが産まれたことを話してくれる機会があった。また占い師にも子どもがいてもいなくてもBさんの人生は楽しいと思うが、Bさんの後ろで誰かが子どもは本当にいいの？言っていると告げたという。Bさんには分からないが誰かが自分の子どものことを心配しているのかなと思ったという。

また、当初は、自分が妊孕性温存に挑戦することに対し、否定的な態度に見えた主治医とも同じ女性として、子どもの存在について話すこともあるという。Bさんは、子どもはどこか自分の「所有物」のような感覚を抱いているというが、それを受けて、主治医は、子どもは自分から産まれるけど、「自分とは違う人格」とよくBさんに話すという。このような機会をえて、Bさんは時折、今は受精卵という細胞ではあるが、その受精卵がうまくいけば自分の子どもとなること、そして自分が子どもをもち、母親になるということについてなんとなく意識することもあったが、すぐに通常の生活に戻っていたという。

受精卵を凍結して4年たった。まだホルモン療法中のため、Bさんは最近、凍結延長の手続きをしたが、がん治療後、受精卵の移植をどうするか現実的に向き合う時期にきている。Bさんは、妊孕性温存を決めた時には、確かにがん治療が終わったら受精卵を戻すつもりだったという。ホルモン療法終了時の45歳での出産は、非常にまれなことなので今の年齢で乳がんと診断されたのであれば、Bさんは妊孕性温存自体もやらないと決断できたという。治療終了時の年齢が41歳くらいだったら、妊娠・出産できる「ぎりぎりのライン」の年齢だと思うので、もうすぐにでも戻したいという気持ちが強くなったのではないかと述べている。Bさんは子どもを成人するまで育てていく責任を考えると45歳という年齢は、

子どもを産み育てる生き方を始めるのはもう遅すぎるのではないかととらえている。またホルモン療法の影響なのか疲れやすく、自分が産むことは、「物理的」にも限界なのではないかと感じている。ましてや、がん治療が順調にすすんでいるが、がん患者である自分が、今後も絶対、再発しないという保証もないことも承知している。

Bさんは、妊孕性温存をすると即決した時は、高度生殖医療を利用することに迷いはなかったという。しかし、やはり「子どもは授かりもの」であることを考えると、高度生殖医療は「人工的」であり、さらに病気の自分が「無理やり」に行ったのは「自分勝手すぎた」という思いも生じている。「科学の進歩にあやかりたい」自分と生命誕生に人間が「人工的」に介在することは、「行き過ぎている」と感じる自分もいるという。

受精卵を移植してもうまくいくかどうかは分からない。子どもができれば確かにうれしいとBさんは思う。しかし今は子どもをあきらめる方に気持ちが落ち着きつつあるのに、実際に受精卵を戻してしまうと、本当に子どもが欲しくなってしまう、その気持ちをコントロールできるのか不安に思う。そしてうまくいかなかった場合、その時点で、子どもを産み育てる生き方を失う現実を受け入れざるを得ないため、本当に落ち込んでしまうかもしれないという。Bさんは、改めて今の年齢で本当に自分は子どもを育てていきたいのかを自問自答したときに、まだ結論がでないという。Bさんは、このように自問自答すること自体、自分は子どもがほしくないのかもしれないという考えに至っている。

このようにBさんは、妊孕性を温存し、がん治療に前向きに取り組んできたが、がん治療の完遂を前に、年齢、身体的な限界、養育上の問題、がん患者であること、元々の自分の妊娠・出産観をふまえ、自分自身の今後の生き方について考えている。

医療者に妊孕性温存の選択肢を与えてもらったことには非常に感謝しているという。しかし受精卵を凍結保存できたにも関わらず、戻さないかもしれないという気持ちを抱いてしまっていることに対し、受精卵にも医療者にも「申し訳ない」気がするという。自分は幸運なことに受精卵を保存できたので、やっぱり戻さないといけない、そして受精卵を戻すなら、年齢のこともあるので少し急いだ方がいいのかなとBさんの気持ちは揺れている。

(8) 子どもをもつ可能性を楽しみ夫婦で自然に子どものいない人生を受け入れていく

夫とBさんは、結婚して10年以上たつ。結婚当初から海外で生活していたこともあり、二人で協力しながらすごしていた。特にBさんが、会社を設立しようとしたとき、サポートしてくれたのは夫であり、仕事上のパートナーでもある。夫はBさんを一人の職業をも

つ女性として B さんらしく楽しく自由に過ごしている方を好んでいると B さんはとらえている。もともと、夫は子どもに固執するタイプではなく、夫自身も自由にしたい感じであるという。

夫は、妊孕性温存に対しては、母親のように強く反対することはなかったが、どちらかというと無理にしなくてもよいという雰囲気だったと B さんは感じている。夫は、B さんの意向に合わせてくれたが、一緒に十分にお互いの子どもに対する思いを話し合っただけではなかった。B さんは、自分がやりたいか、やりたくないかという基準で物事を決めないといけないという考えをもっており、子どもは夫婦の問題という認識はある一方で、子どもを自分の「所有物」のようにとらえている面もあり、妊孕性温存に関しては、自分の選択だから後悔しないために自分の思いを優先し、自分主導で自分の「気が済む」ようにひとりで決断した面があった。

このように、夫は、以前も現在も子どものこと、妊孕性温存を選択したこと、受精卵を移植することについて特に何も言わないので、B さんは夫がどのように考えているのか分からないという。B さんは、その態度を夫なりの気遣いとうれしく感じており、そのように接してくれることが自分にとっても楽だという。しかし、今、夫に受精卵を破棄するといったら、もう少し保存しておけばと反対されそうだという。夫も、まだ少しは子どもがほしいという気持ちがあり、もう絶対子どもはいらないと夫婦で思える日まで保存しておけばいいと考えているのではないかと推測している。

また B さんは、最近、産むのは自分じゃなくてもいいのかなと考えることもあるという。流産歴のある B さんにとっては、妊娠できても出産まで継続できる自信もない。そのため、日本でも代理出産が認められる日がくるかもしれないと想像することがあり、そのように想像できる余地があることで「救われる」気持ちになるという。B さんは、妊孕性を温存している女性として子どもができる可能性を楽しむことができる「今が一番、幸せなのかな」と考えている。あと数回、凍結の延長をすれば、病院で決められている凍結保存期限の 50 歳になる。それまで B さんは、あえて移植はせず、成り行きにまかせて時を重ねていくことで、子どもがいなくてもいいと納得できる日がくるのではないかと考えている。そしてそのような日がくるまで、子どもができる可能性にかけられた自分をうれしく感じると思うという。B さんは子どもをもつために途中でその可能性を自ら放棄するのではなく、できるだけのことを行ったという納得がほしいと述べている。

3) Bさんの体験の構造

Bさん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は、流産の体験を経て出産適齢期をすぎ、子どもをもつことのみ専心できなかつたBさんが、がんとなり自分の生命と妊孕性喪失の2重の危機を覚える状況下で、妊孕性温存の情報に刺激され、子どもをもつ可能性があることを強く意識し、がんになっても妊孕性を保持した存在を目指そうとする体験であった。そのために、Bさんは、妊孕性温存をすることを即決し、出産適齢期でない年齢に対峙し抗うことや、がんによる制約やリスクを引き受け、可能性が低いことを承知の上、妊孕性温存に挑戦するのである。これは、がん治療後に現実的に子どもをもち、母親になる生き方をめざすというより、今、がんによって妊孕性まで奪われるということには耐えられず、同年代の女性と変わらない妊孕性を保持した女性として生きたいという思いが根底にあった。

このように妊孕性温存に挑戦した結果、Bさんは妊孕性を温存できたことに安心し、前向きにがん治療に臨んでいった。そしてがん治療完遂が見えてきたことで、自分の年齢、身体的な限界、養育上の問題、がん患者であること、元々の自分の妊娠・出産観をふまえ、子どもを産み育てるという生き方を自問自答し、移植をすることを躊躇するに至っている。そして凍結期限の50歳までは子どもをもつ可能性を楽しみながら、徐々に子どものいない人生を夫婦で納得して受け入れていくことができると考えている。

3. Cさんの体験

1) Cさんのプロフィール

Cさんは20代で結婚したが、キャリアを優先し子どもを先延ばしにしていた。30代に入り、そろそろ子どもがほしいと考え、産婦人科を受診したところ多嚢胞性卵巣症候群と診断された。そこでCさんは、まず自然妊娠を試み、35才になったら本格的に不妊治療を開始しようとしていた矢先、ホルモン陽性の乳がんと診断された。ホルモン陽性の場合、排卵誘発剤が使用できないと思ひ込み、子どもをもつことはできないと絶望的な気持ちになったが、転院先の病院で正しい情報を知り、家族からの支援も受け、妊孕性温存をするこ

とを即決した。採卵の結果、11 個の受精卵を凍結保存することができたが、卵巣過剰刺激症候群となり緊急入院し、手術が 1 か月延期となった。その後、手術、化学療法、再建術を受け、現在、ホルモン療法を継続中である。Cさんはホルモン療法を 2 年で中断して妊娠を試みようと考えていたが、医療者、家族の反対を受け、5 年間のホルモン療法を完遂することを決める。

2) Cさんの体験の記述

(1) キャリアを優先し、子どもをもつことを先延ばしする

Cさんは、同年代の女性よりも比較的早く 24 歳で、結婚した。Cさんは、まだまだ自分は若いという意識があり、子どもはいつでも産みたいときに産めると考えており、自分の将来設計としてまず、子どもよりもキャリアアップを優先し、仕事の専門性をみつきたいと考え、海外の大学院に進学した。Cさんは、子どもを産み育てる生き方のみでは満足できず、家庭におさまる気がなかった。そこでCさんは、仕事で自分の立場が確立するまでは、子どもは自分のキャリアアップの「足かせ」になると思い、ピルを服用し避妊していた。Cさんは、進学中に妊娠してしまったら、勉強だけに集中することができなくなり、生涯、その子どもを自分のキャリアアップを「邪魔」した存在ととらえてしまうかもしれないと考えた。夫もすぐに子どもをもつことを望んでいなかったこともあり、Cさんのやりたいことをサポートしてくれた。Cさんも夫も、当たり前のように自分たちが望んだときに子どもができる、自分たちの努力次第で子どもはできるものにとらえていたので、子どもを「先延ばし」にしていることもそれほど問題視していなかった。Cさんは、やりがいのある仕事を持ちながら、仕事が軌道にのったところで、妊娠を試み、出産、子育てを両立するという生き方を思い描いていた。

このように子どものことは「先延ばし」にしてきた Cさんだったが、30 歳頃、自分のキャリアプランがみえはじめたので、そろそろ子どもを産みたいと思い、子どもをつくるために色々「あがきだした」という。まず、自分の身体に問題がないかどうか診てもらおうと産婦人科を受診したところ、思いがけず、多嚢胞性卵巣症候群と診断された。医師から、不妊治療の一連の流れを説明されたが、自然妊娠の可能性もあるので Cさんは、その診断を受けても不妊症ではないととらえ、あまり気にしなかったという。そこで Cさんは、医師に提案されたように、しばらくは、タイミング法を試し、それで妊娠できなければ、人

工授精、体外受精とステップアップしていけばいいと考えた。Cさんは30代に入っても自分のやりたいことが色々あったので、35歳になったら、本格的に不妊治療の段階をあげていけばいいと子どものことは、結局また「先延ばし」となっていた。

Cさんは、母親として子どもを育てることに生きがいを見出すというより、大多数の女性が手にしている子どもを自分も同じようにもつことがただ当然のことと考えている面があった。またCさんは不妊治療に対しては特に抵抗感はなく、自然にできなければ不妊治療をすればよい、そうすれば子どもはできるだろうと楽観視していた。

(2) ホルモン陽性の乳がんでは不妊治療ができないと思い込み、妊孕性喪失の危機感を覚え絶望的な気持ちとなる

Cさんは、35歳のときに乳がんが診断された。35歳という若さでがんが診断され、自分の生命が長くないかもしれないということに憤りを感じ、診断されて約2週間は、自分ががんになった状況を受けとめきれず、「錯乱」していたという。

Cさんは、がん診断時に、自分の命と同様に、子どもはどうなるのかということが一番気になったという。子どもが産めないかもしれないということは、Cさんにとって病気の告知と同等もしくはそれ以上にショックなことであった。子どものことは「先延ばし」にしてきたが、それは子どもが欲しくなかったわけではなく、Cさんの年齢では、まだ「先延ばし」にしているも子どもができることを当然視していたからであり、だからこそ、余計、ショックが大きかった。Cさんは、結婚が周囲の人よりも早かったにも関わらず、自分のことを優先し、自分の人生を自分の思うように、「自分勝手」に生きてきて、ずっと妊娠を「先延ばし」にしてきた。その結果、孫を見せることができないかもしれない状況に対し両親に非常に申し訳ないと思ったという。このように35歳となり、そろそろ子どものことを現実的に考え、不妊治療を始めることも視野に入れていた矢先になんかがんになってしまい、子どもができるかどうか分からない状況となってしまったことをCさんは非常に後悔した。

またCさんの乳がんは、ホルモン陽性のタイプであった。Cさんは、ホルモン陽性の場合、排卵誘発剤が使用できないと考え、不妊治療ができないと思い込んでしまったという。多嚢胞性卵巣症候群と診断されていたが、不妊治療をすれば、妊娠できると思っていたCさんにとって不妊治療ができないことは、がん治療後の妊娠が「絶望的」であることを意味した。思いがけず、35才という若さでがんになり、そのために子どもをもつことも望めないと思うと、なんのためにキャリアを優先してきたのか今までの生き方も無意味に思わ

れ、非常にショックで耐えきれず、病院で号泣してしまった。

このように妊孕性喪失の危機に対して C さんは大きく動揺した。しかし、主治医は、俺についてこいというタイプであり、がんになっても子どもがほしいと切望する女性の気持ちより、がん治療が最優先という考えだったのか妊孕性温存についての説明は一切なかったという。C さんは、このように自分が、ホルモン陽性の乳がんになったことで子どもをもつことが「絶望的」に思われ、もう「世界の終わり」のように感じ、そのときは死にたいくらいの気持ちになったという。診察室を出た後、「茫然自失」で病院の 9 階まであがったが、窓が開かず飛び降りることもできなかったと述べている。なぜ、まだ若い自分が、がんになり、さらに子どもを産むこともできなくなってしまうのだらうと恨めしく思うと同時に、悲しく気持ちが沈んだままであったという。

(3) 妊孕性温存の情報を知り、何もせず妊孕性を失いたくないと強く意識する

C さんは、同時再建を希望し転院することになった。担当医が、「女性の子どもの望む気持ちに理解のある女医」の方で、問診表や紹介状の妊娠希望の記載を見て、C さんにホルモン陽性乳がんでも妊孕性温存ができるという情報を提示してくれた。また 35 歳の場合、がん治療が完遂しても、がん治療の影響で早期閉経になる可能性が高く、自然妊娠で子どもをもつことは厳しいかもしれないと告げられた。C さんは、がん治療後、早期閉経の可能性を知り、自然妊娠ができるかもしれないという期待は甘かったことを認識した。

その当時、術式や補助療法の選択に加え、妊孕性温存についても意思決定することが求められ、様々な情報が一度に「わっー」ときて、C さんはとても混乱したという。それらの選択は、C さんにとって「すべて同等の重み」があり、どれを優先したり、後回しにしたりできるか分からなかったが、「とにかく投げられてくるボールを何も考えずに、そのときの一番いいと思う方法で打ち返すような感じ」で決めていったという。このような混乱した状態で正しい選択を考えてすることは、とても困難であったと C さんは述べている。

C さんは、生殖医療医から妊孕性温存の説明を聞いても一度には理解できず、パンフレット類も色々もらったが、落ち着いて読めるような状態ではなかったという。しかし、ホルモン陽性乳がんであっても妊孕性温存を試すことができるという情報が「絶望の淵」にいた C さんにとっての希望となった。

C さんにとっては、病気のことよりも子どもが産めなくなるの方が大きな問題であり解決したいことであった。C さんはがんになったことは、自分にとって理不尽で納得できる

ものではないと述べている。しかし子どもについては、自分のことを優先したがゆえに生じてしまった状況であるともいえる。だからこそ、Cさんは、子どもをもつために自分が「できることだったらなんだったほしい」と、何もせずに妊孕性を失いたくはないと強く意識した。Cさんは、「溺れるものはわらにもすがる」という気持ちで、「子どもをもつことができる可能性が少しでもあるのならやりたい」と、もう「飛びつく」ように妊孕性温存をすること事体は即決したという。

(4) 不安を抱きながらも周囲の人に支えられ妊孕性温存に向かう

妊孕性温存することに決まったものの、やはり Cさんは、不安だったという。ホルモン陽性の乳がんの場合、排卵誘発剤によるエストロゲンの上昇を抑えるためにアロマターゼ阻害薬を併用する方法が試みられていたが、それでもがんが進行してしまうのではないかと心配があったという。また排卵誘発剤自体の安全性も気になっていた。

また Cさんは、生殖医療医からの説明で、採卵は絶対にうまくいく保証はなく、たとえ、受精卵を凍結保存できても妊娠・出産にまで至る確率はそれほど高くないことも知った。しかもがん治療との調整上、採卵のチャンスは、1回しかなかった。Cさんは、そのたった1回の挑戦で果たしてうまく受精卵を凍結保存できるのかどうかが一番の気がかりであったという。しかしそのような気がかり、心配を相談する間もなく、妊孕性温存をすることを決めた5日後からすぐに、排卵誘発の注射のため毎日通院することになった。

採卵準備のために通院した生殖医療外来は産婦人科外来と同じであり、妊娠している人も多くみかけた。特に、「幸せなオーラでいっぱい」の出産直前の同年代の方とがんと診断され、自分の命の保証もない中で、子どもを望み妊孕性温存にかけている自分をどうしても比較してしまい、「この落差は、一体、何なのか」と感じてしまったという。がんになれば、また子どもを先延ばししていなければ、Cさん自身も「幸せなオーラでいっぱい」の人の側にいたはずである。Cさんは、毎日通院して注射をして、毎日服薬するという身体的苦痛に加えて、1回の可能性に30万円もかけて、妊孕性温存に挑戦しているこの努力が無駄にならないように、とにかく「頼むからこの世に産まれてきてほしい」と子どもを先延ばししてきたことの後悔を埋め合わせるように祈りながら採卵までの日々をすごしていたという。

Cさんが、子どものことに関して、非常に落ち込んでいるので、とにかく Cさんの好きにさせてあげて、少しでも気分があがるよう実母と姑が色々と話し合い、接してくれている

たようだと C さんは述べている。そして妊孕性温存をすることについては、夫も両親もできることは協力する、お金のことは心配しなくてもいいと妊孕性温存にかかる費用は、全面的に支援する姿勢を示してくれたという。

子どもを「先延ばし」してきたことは夫婦の了解事ではあったが、C さん自身のやりたいことを優先した面が大きく、夫にも申し訳ないという思いも生じていた。そこで、夫にもしかしてもう産めないかもしれないから今のうちに別れてもいいよと言ってしまったこともあるという。夫は、そこまで子どものことを気にしなくてもよいと気遣ってくれた。周囲の人の暖かい気遣いを感じ、「やっぱり産みたい」と夫に自分の気持ちを素直に返していたという。このように周囲の人すべてが、がんになったにもかかわらず、C さんの子どもがほしいという気持ちを気遣い、妊孕性温存をすることに対し協力的だったことは、今思えば、本当にありがたい環境だったと述べている。

(5) 2年後に移植することを目標にがん治療を乗り越えようとする

採卵後、卵巣過剰刺激症候群になり緊急入院となり、手術は予定より 1 か月延期することになったが、1 回の挑戦で、11 個の受精卵を凍結保存ができたことは本当に幸運だったと C さんは述べている。受精卵を凍結保存できたことは、やはりがん治療を継続していく上で安心感があった。

がん治療は C さんにとって、やはりかなりつらいものであったという。若くして「がんになってしまった事実」、手術によって「胸がなくなるという事実」、化学療法によって「抗がん剤で脱毛するという事実」などつらいことを乗り越えるために C さんには、何か目標が必要だったという。C さんは、まず、とにかく 2 年、頑張っってがん治療を継続できたら、ホルモン療法を 2 年で中断し、妊娠を試みようと思ったという。

医療者からホルモン療法を 2 年でやめて妊娠を試みる方法もあるということを聞き、その時は、先生たちもそれまで頑張っってと言ってくれたように記憶している。ホルモン療法を中断できる人は、自分より病状が軽い人の場合だったのかもしれないが、C さんは自分も 2 年でホルモン療法を中断できると思い込んでしまったという。また、年齢があがるにつれて、一般的に卵子の質が悪くなり、妊娠しづらくなるばかりでなく流産率もあがっていくと C さんは聞いたこともあり、できるだけ早く産みたいという焦りもあった。2 年後であれば、まだ、37 歳なので、年齢的に自分も子どもも健康に産むことができるのではないかという思いもあったという。

がんと闘っていくために、がん患者の中には、民間療法で食事療法を厳重にしたり、サプリメントに頼ったり、中には医師に過度に「しがみつく」人がある。少し客観的に自分を見たときに、Cさんもそのようながん患者と同様に、子どものことに「しがみついている」「すがっている」という感じであったという。将来、実際に子どもを産めるかどうかは自分にとって問題なのではなく、がん闘病に伴う様々な「不安感」や「焦燥感」、「欠落感」に対し、Cさんは、2年たったら、妊娠を試みるという目標にしがみつくように一生懸命になることで、がんを克服し生きることができると信じ、安心しようとしている面があった。そんなCさんに、受精卵の写真は時々、「人格を持って励ましてくれる」こともあったという。このように、子どもをもつことは、Cさんにとって、がん治療を乗り越え、自分が生きていくために必要な目標だった。

(6) ホルモン療法中断の反対、同病者の死により、がん患者が子どもをもつことの問題に向きあわされる

2年後、Cさんは喜び勇んで、ホルモン療法を一旦、中断して受精卵を戻したいと申し出たところ、医療者も家族も一斉に反対したという。ある医師には、子どもはあきらめたほうがいいのではないかと言われ、家族にも「Cさんの命が危険にさらされるようなことは絶対にするな」と言われたという。なぜ、今になってCさんの思いや行動を押さえつけ、反対するんだと周囲の人のことを「意地悪」だと感じ、自分はやりたいと駄々をこねるという感じで泣いてしまったという。Cさんは、「蜘蛛の糸にすがる」みたいに、2年後にむけてがん治療のつらさを乗り越え、妊娠に向け希望をつないでいたため、ホルモン療法の中断を反対されたことで、今まで自分を頑張らせてきたものが、「ガラガラと崩れてしまった」ように感じたという。

主治医はCさんが子どもを望んでいることを知っており、できるだけその希望に沿うように考えてくれたが、やはりホルモン療法を5年継続することを勧めたという。また主治医は、小さい子どもがいる末期がんの患者さんを多くみてきたが、とても大変そうであること、今、ホルモン療法を中断し、うまく妊娠・出産できても再発する可能性が高いこと、再発し病状が進んでしまうと、子育てが自分一人ではできなくなり、周囲に重い負担がかかることについて話してくれたという。Cさんは、医師の話を受けて改めて、自分が、がん患者であることを再認識するとともに、今までは、あくまでがん治療を乗り越えるため妊娠できることを目標にすえていたが、現実的にがん患者である自分が子どもをもつことで

生じる可能性のある負の側面について考えさせられた。

同時期に、患者会で知り合った同じステージの友人が小さな子どもを残して亡くなったという。Cさんは、何も知らない1歳くらいの子が母親の葬儀に出ているのを見てとても切なくやりきれない思いを抱いたという。同じステージということもあり、この光景はCさんにも十分起こりうる状況であると感じた。Cさんは、看護師にその状況を話し、今まで盲目的に2年後の妊娠を目標に頑張ってきた分、今、妊娠を試みることができないことはつらいが、再発のリスクをあげてまで、今、妊娠にトライするよりも「自分も子どもも無事な方法をとりたい」と伝えたという。がんが再発するかどうか、妊娠できるかどうかも結局、誰にもわからない。しかし仮に子どもができるなら、やはりできるだけ長く子どもと一緒に生きたいとCさんは切実に思った。その後も自分でがん患者用の電話相談やカウンセリングを利用して、気持ちを吐き出すことで、徐々に、気持ちを落ち着かせ、最終的には、Cさんも家族も医師をととても信頼していたので、ホルモン療法を継続しようとしたという。

ホルモン療法を中断しようとした時期までは、特に妊娠・出産するという目標にしがみつきすぎていたので、ホルモン療法の中断を反対されたときの落胆が大きかったとCさんはとらえている。Cさんは、このような経緯を経て、受精卵を戻す直前で再発するかもしれない、妊娠中に再発するかもしれないと最悪のケースについても考えるようになったという。また受精卵を戻してもうまく「妊娠・出産にたどりつくのは奇跡」だと述べている。

(7) 自分の適性よりも夫や姑のために子どもをもちたいと考える

Cさんはホルモン療法をはじめ2年くらいは、年賀状の子どもの写真を見ることもつらく嫌だったという。しかし、最近は、余裕をもって見るできるようになり、Cさんはこの変化を、がんになったことで以前より人の痛みに共感できるようになったからではないかと考えている。

現実的には、がん治療後に子どもをもつことは難しいと認識しつつも、Cさんは、自分のためというより、「夫や姑には、子どもがいたほうが絶対幸せ」だと思い込んでいるところがあるという。自分の両親には、姉に子どもがいるので孫の顔をみせることができたが、夫は一人っ子なので、自分が産まなければ、姑には孫はいないことになる。姑とは仲がよく嫁としての責任というより純粹に姑は孫がいたら絶対うれしいだろうなと思うという。姑は小さい子どもが大好きで、小さい子どもを見ると近づいていき、べたべた触って可愛

がるという。姑は、Cさんの命が大事だからねと言ってはくれるが、姑の家で、近所の子どもの入園式の写真が飾ってあるのを見てしまい、申し訳なく思うと同時にやはりできることなら孫を抱かせてあげたいと思いつめてしまうこともあるという。また孫を見せることは、Cさんにとって、子どものことを先延ばしにしてきたことの贖罪という思いがある。

反面、Cさんは、子どものために自分のキャリアを犠牲にする気は全くないという。Cさん自身、自分は本当に母親になり子どもを育てたいのかと自問自答しているが、基本的には「自分の精神性は母親に向かない」と考えている。むしろ、仕事上、通常の生活の「俗っぽいこと」から、離れて高い次元にいて、新たな発見を楽しんで追及していきたいという。母親には、自分たちはもう高齢なのでCさんに子どもができて、子どもの面倒を全面的にみることはできないと言われたので、それなら、ベビーシッターを雇うと答えたところ、自分で育てる気持ちがないなら、産むなと言われたという。

Cさんは、「一般的な女性の幸せの形」、定義のようなものに、「色目をつかっている」ところがあるという。旦那が定職についている、持ち家がある、子どもは2人など一般的な大多数の女性の幸せの形があり、「子どもは幸せの形のひとつのパーツ」であるため、他人と比較し、そのパーツをそろえたいという「嫌な自分がいる」という。若年乳がんのサイトで周りの人と比べないで自分の人生で一番いい選択肢を考えるということが書いてあったが、どうしても自分の年齢だと子どもはこれぐらいなど他人と比較してしまう自分がいるという。そのような自分と戦うのが、長い治療生活の中で自分に課せられた大きな試練であるとCさんはとらえている。

ホルモン療法も残すところ約1年となった。Cさんは、「子どもができることは奇跡」と言いつつ、具体的にいつ受精卵を戻せば、仮に妊娠、出産できたときに、自分の仕事上、一番都合がよいのかその時期にあわせて戻したいと考えはじめている。また月経が回復してきたこともあり、自然妊娠も可能かもしれないと思っているが、凍結受精卵があるので、まずは、その卵で妊娠・出産してみたいという。そして本当に子どもを授かることができたら、Cさんは感謝の気持ちをもって育てるつもりだという。

3) Cさんの体験の構造

Cさん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の体験は、キャリアを優先し子どもをもつことを先延ばしにしてきたCさんが、ホルモン依存性の乳がんと診断さ

れたことで、子どもをもつことを先延ばしにしてきたことの後悔と妊孕性喪失の危機感から絶望する状況下で、妊孕性温存の情報を得て、妊孕性温存の情報を知り、何もせず妊孕性を失いたくないと強く意識することからはじまる。そこで妊孕性を失いたくないと強く意識し、妊孕性温存に対する不安を抱えながらも周囲の人に支えられながら、妊孕性温存に向かう。

その結果、Cさんは、妊孕性を温存することができ、安心感をえる。そこで、2年後の妊娠・出産を目標にすえ、その目標にしがみつくようにしてつらいがん治療を乗り越え生きようとする。Cさんにとって、将来的に子どもを産み育てることは、女性としての生きがいというより、がん治療を乗り越えるためのお守りであり、同性代の女性が手にしている一般的な幸せの形を自分も手にしたいという思いがあった。

2年後、ホルモン療法を中断し移植することを申し出るが、医療者、家族から一斉に反対される。そのことで、がん闘病を支えてきた希望がくずれる。ホルモン療法中断の反対と同病者が小さい子どもを残して亡くなったことから、がん患者が子どもをもつことの現実の問題点に対峙させられ、結局、ホルモン療法を5年継続することを決心する。現在、ホルモン療法の完遂が見えてきたところであるが、Cさんは、現実的にがん治療後に子どもをもつことは難しいと認識している。またがん闘病を通して、同性代の女性と比較せず生きることが自分の課題であること、また本来の自分の適性は母親には向かないと自覚している。もちろん、それでも子どもができればいいとは思ってはいるが、どちらかというところこれまでの人生において、自分のことばかりを優先し、子どもを先延ばしにしてきたことの贖罪として夫、姑のために子どもをもちたいと考えている。

4. Dさんの体験

1) Dさんのプロフィール

Dさんは33歳で結婚した。35歳までには子どもがほしいと考え、結婚後1年ごろから子づくりを意識していたが、妊娠はしなかった。乳がんと診断され、すぐに子どものことが気になり、医師に尋ねたが、乳がん治療中には妊娠しても中絶することになると言われる。転院先の病院で生殖医療医を紹介され受診するが、その時点では、妊孕性温存は自分

達には必要ないと判断する。しかし、手術後、病理検査結果から化学療法を実施することになり、妊孕性温存を実施することを決める。受精卵を凍結保存することができたが、排卵誘発剤の副作用で卵巣刺激症候群となり入院した。

化学療法終了から半年後に、皮膚に再発が認められ、再手術となり再度化学療法を実施することになった。2回目の化学療法をおえ、ホルモン療法を継続していたが、副作用の関節痛が強くなったため、ホルモン注射は中断し内服薬のみとなった。Dさんは、40歳前に妊娠・出産したい思い、ホルモン薬を自己中断する。その後、妊娠・出産に対する迷いが生じるが、医師の言葉や同病者の友人の出産に励まされ、まずは自然妊娠を試み、妊娠しなければ、凍結受精卵の移植に向かおうとしている。

2) Dさんの体験

(1) 結婚後は自然に子どもが授かり、子どものいる家庭を築くことを思い描く

Dさんは、33歳で結婚し、パートで週に数回、仕事をするという生活を送っていた。Dさんは、仕事に生きがいを見いだすタイプではなく、結婚しいずれ子どものいる家庭を築き、普通に妻として母親として生きることが自分にあっていると思っていた。

Dさんは、結婚が少し遅かったが、最近では、高齢出産も多くなっていることをニュースや周囲の状況で実感することもあり、自分はまだ大丈夫だと楽観視していた。また生理も順調であり、子どもは欲しいときに、いつでもできるものと考えていた。

妊孕性温存を試みることになったときに、生殖医療外来の待合室にある雑誌やパンフレットなどを読む機会があり、改めて、妊娠するのは当たり前のことではなく、原因不明で子どもができない人も現実には多いことを知ったという。そして自分が、妊孕性についてあまり真剣に考える機会がなく、勉強不足であったと述べている。

それでもDさんは、35歳をすぎると妊娠しにくくなるということは、どこかで聞いたことがあったので、子育ての点でも少しでも若い方がいいと考え、35歳くらいまでには子どもがほしいという気持ちがあった。そこで、結婚後1年頃から、基礎体温をつけて妊娠を意識し、少し生理が遅れると妊娠したのではないかと期待し、妊娠検査薬で調べたりはしていたが、妊娠には至らなかったという。

Dさんは、自分は不妊ではないし、自然妊娠・出産できるものと思っており、周囲に不妊で悩んでいる人もおらず、不妊治療についての関心は、特になかった。Dさんは、不妊

治療は、どうしても子どもができない人が行う特別な治療というイメージがあり、自分には全く縁がないものにとらえていたという。

(2) 化学療法は必要でないと願い、妊孕性は保持できるととらえる

Dさんは1年前に気づいていたしこりが、急に大きくなったので不安になり、受診したところ、乳がんが診断された。結婚したばかりでこれから幸せな家庭を築いていきたいと思っていた矢先、自分が、がんになるなんて信じられない気持ちだった。それでもDさんは、乳がんは結構、生存率が高いというのは聞いたことがあったので、がんでも生きることができると自分に言い聞かせ、必死に泣くのをこらえたという。

Dさんは、がんが診断され、すぐに子どもはどうなるのか、妊娠できるのかどうかが気になった。そこで医師に、これから毎月、妊娠を試みることはできないのかと尋ねたところ、医師は、がんの治療中に妊娠すると中絶することになると答えた。Dさんは中絶という言葉にショックをうけ、それ以上何も聞けなかった。Dさんは、すぐにでも子どもがほしいと考えていたため、がん治療のために、妊娠を試みるできないことが、乳がんの診断よりもショックで悲しく感じたと言っている。医師は、子どもを希望するなら、ホルモン療法を2,3年に短縮する場合もあること、抗がん治療が必要となった場合に、あらためて相談すると言っていたが、もう子どもができないということがショックで医師が何を言っているのか理解できなかった。その時点で医師から妊孕性温存についての説明はなかったという。

初診時の病院では、乳腺外科の外来が週に2日しかないことも不安になり、Dさんは転院した。転院時にいずれ子どもがほしいことを医師に伝えたところ、すぐに生殖医療外来を紹介してくれた。病院によってずいぶん対応が違ふと感じたが、急激に乳がんが大きくなっていることで、手術日が早まったこともあり、もはや子どものことより乳がんのことで頭が一杯で、妊孕性温存のことまで考えたり調べたりする精神的余裕もなく、むしろDさんは考えなくてはいけないことが増えて面倒とさえ思ったという。

実際、妊孕性温存を術前に試みる時間的な猶予はなかったが、一応、手術の1週間前に生殖医療外来を夫婦で受診することになり、生殖医療医から初めて妊孕性温存について詳細な説明をきいた。生殖医療医は、とても丁寧に説明してくれたが、初めてホルモンや薬の名前を聞いても難しく、すべては頭に入らなかったという。それでも排卵誘発剤の注射を何本もして卵を増やして冷凍保存するということが理解できた。しかし自然妊娠・出産

が当たり前と考えていた D さんにとって、そこまでして子どもをつくることは、人工的すぎて不自然であり、非常に違和感、抵抗感を覚え、受け入れがたい印象をもった。夫も同様な思いを抱いていたという。D さんは、もともと、自分是不妊治療とは無縁で、自然に子どもを妊娠・出産したいという思いが強かった。だからこそ、結婚してまだ間もない状況で、がんになってしまった上に、自然妊娠以外の方法で子どもをもつことにやはり抵抗があった。医師から、補助療法がホルモン剤のみであれば、D さんの年齢ではほとんどの人で月経が回復すること、仮に妊孕性温存に挑戦しても採卵できるのが 7 割で、そのうち実際に妊娠できるのは 2~3 割程度であると聞き、その程度の確率で妊孕性温存にかけるのはあまり現実的でないと考えたという。

また補助療法としてホルモン療法のみの場合は、ほとんどの人に月経が回復してくると聞いたので、前医で聞いたようにホルモン療法を短くして 40 歳になる前に妊娠・出産の方に力を向ければいいと勝手に考え、これ以上はもう考えたくないと思った。D さんは、自分は化学療法の適応にはならない、そこまで自分のがんは悪くないと信じたかった。化学療法がなければ、妊孕性は保持されるので妊孕性温存を試みるつもりはないと主治医に伝えた。

(3) 化学療法を実施することになり妊孕性喪失の危機感を覚える

手術後、病理の結果で、しこりが 3 センチくらいと比較的大きかったこと、転移はなかったが、周囲に浸潤があったため、医師から化学療法を提案された。中間リスクのため化学療法をするかどうかは、自分たちが決めることと言われ、非常に悩んだという。D さんは、手術前にこれ以上、妊孕性温存のことまでは考えたくないと自分の中で終わりにし、正直、抗がん剤だけはやりたくないと考えていた。D さんは今まで、化学療法の副作用で脱毛し帽子をかぶっている人を見かけると、なにかつらい病気であり、かわいそうと偏見の目でみており、逆に自分がそのようにみられるのが嫌だったという。

化学療法をするかどうか夫と一緒に考えようとしたが自分達だけでどのように決めたらいいのかわからず、乳腺外科の看護師を紹介してもらい相談にのってもらった。中間リスクのため、化学療法を本当にやるのがいいのかどうなのかという答えは結局ないが、この病院の医師は過剰な治療は勧めないので、医師が提案しているのであればやった方がいいかもしれないと看護師には言われたという。脱毛については、ウィッグを使用している人は意外と多いと明るく話してくれ、その言葉で背中を押されたという。

また夫と一緒に乳がんのことを一生懸命に色々調べてくれて、命は大丈夫だということを書いてくれた。夫は、子どもは欲しいけれども、もしできないのであれば仕方がないし、子どものことはいずれまた考えていこうと言ってくれたという。夫や家族と相談し、化学療法をしないで再発した場合、やはり後悔するだろうと D さんは思ったという。今、子どものことを優先しても再発してしまうと元も子もない。D さんは、まず結婚できたことに感謝し、今は、自分の体をしっかり治すことが先決と考えた。

化学療法をやると決めたときに、再度、妊孕性温存をどうするかという問題が自分の中で再浮上した。手術前には、がん治療のことで頭がいっぱいでこれ以上、妊孕性温存のことまでは考えたくないと自分の中で終わりにしたつもりだった。しかし、化学療法が必要になったことで、そのままがん治療の影響を受けずに自然妊娠できるかもしれないという手術前の思いは甘かったと認識した。そこで D さんは、生殖医療医から化学療法とホルモン療法をやると 35 歳では 3 割は早期閉経になる可能性があるという話を思い出した。化学療法をしても早期閉経になる 3 割に、入らないかもしれないが、入ってしまう可能性も当然ある。D さんは、早期閉経になってしまう 3 割に自分が入ってしまった場合、その時にどうしても子どもがほしいと思ったら、やはり妊孕性温存をしておけばよかったと後悔すると思ったという。結婚は少し遅かったが、家庭を優先し、子どもをもち母親として生きることを思い描いていた D さんにとって、結婚後まだまもない自分が、妊孕性を失ってしまうのはやはり耐えられないことだった。

手術前は、自分は化学療法の適応にならないと願う気持ちの強く、妊孕性温存をする必要はないと判断した。しかし術後化学療法を行うことになり、早期閉経の可能性が現実的に自分にもあることを D さんは再認識した。今まで当たり前子どもをもつ可能性が十分にあると思っていたが、結婚後間もない状況で、その可能性が失われるかもしれないと思うと無性にその可能性が欲しくなったという。

(4) 生理が回復したタイミングにも後押しされ妊孕性温存をやることを即決する

再度、生殖医療外来の予約をいれたその日にちょうど生理がきた。しこりが急に大きくなったことを D さんが心配したため、前医でホルモン剤の注射を使用したという。そのため D さんは、しばらく生理がとまっており、どのくらいで生理が回復してくるのか予測できない状況であった。化学療法前に妊孕性温存をすると決定したが、がん進行のリスクを考慮し、手術後 2 か月間しか猶予がなかった。その間、生理がくるのを待つしかなかった

ので、生理がきたときにはびっくりしたと同時にこれはもう妊孕性温存をやるしかないと思直観的に思ったという。

妊孕性温存に対しては、不自然で抵抗感を覚えていたにも関わらず、妊孕性温存をすることを後押しするかのように生理がきたというタイミングがあい、Dさんは、妊孕性温存をすることを勢いで決めたところもあった。

がんになった自分がその後、子どもを望むということは欲張りなことなのかもしれないと思う一方で、妊孕性温存という手だてがある中で最初からあきらめる必要はないと思ったという。いずれ、子どものいる家庭を築きたいと考えていたDさんは、がんになったとはいえ、がん治療後、生理が回復しなかったらきっと後悔すると思え、「もうできることは何でもやりたい」と考えた。Dさんは、がんになり化学療法が必要となったことで、子どもを産み育てる生き方が奪われてしまう可能性が高いという瀬戸際に立たされると、少しでもその可能性を残したいと思ったという。

夫や母親は、子どものいない人生もあるのではないかと、そこまでやる必要はないのではないかと、無理しなくてもいいのではないかと言っていたが、夫は、お金もかかるが最終的にはDさんの好きなようにやらせてくれたという。

Dさんは、乳がんが診断されたのが30歳前後であれば、月経が回復する可能性が高いこと、40歳の場合は治療後45歳になり、母親になるには遅すぎるため、妊孕性温存はしなかったと述べている。乳がんが診断されたのが、ちょうど35歳であり、妊孕性温存によって子どもをもつ可能性もあきらめないですむという「微妙な年齢」だったことが妊孕性温存をすることを決めることに影響したという。Dさんはあくまで自然に産みたいということが前提にあり、凍結受精卵は、がん治療後、早発閉経となり、それでも子どもがほしいと思っった場合の「保険」としてという意味合いが強かったという。

(5) 夫との温度差を感じたが、妊孕性を保持できたことが、化学療法の支えになる

妊孕性温存をすることを決めてから10日ほど、毎日注射にくるのがやはり大変だったという。夫はDさんが毎日来院して痛い注射を打っている大変さのイメージがつかないようで、自分と夫との温度差を感じたという。夫の休日に一緒に来院してほしいと言ったときにも私用を優先され、一体、誰のためにがんばっているのだろうかという思いも抱いたことがあったという。もちろん、自分がやりたくて妊孕性温存をすることを決めたわけだが、夫は、妻の妊孕性温存に伴う様々な苦痛に対してあまり関心がないようで、Dさんは寂し

い気持ちを抱いたこともあったという。

結局、17個採卵でき、そのうち8個凍結保存できたが、卵巣刺激症候群になってしまい、入院となった。それでも、無事、凍結保存ができたことで卵巣が機能していたことがわかり、安堵したという。やはり、自分で妊孕性温存をすることを決め、受精卵が凍結保存できたことは、Dさんにとって「将来の妊娠・出産の保険」として安心でき、化学療法を乗り越える自信になったという。

化学療法が終了したあと、ホルモン療法として注射と内服薬を継続していたが化学療法の約半年後に、手術で取り残したのか皮膚に転移がみつきり日帰り手術を受けた。病理の結果、再発と診断され、再度、化学療法をすすめられた。2度も化学療法をうけると、早期閉経になる可能性が高く、受精卵をもう戻すこともできないのではと不安になり、診察室で泣いてしまったという。医師から2回目の化学療法後に閉経してもホルモンを補充して受精卵を移植することができるため、妊娠できる可能性はあると説明され、受精卵を凍結保存しておいて本当によかったと思ったという。凍結受精卵があり、妊孕性が温存できていることの保証が2回目の化学療法をうける際に非常に支えになったという。

当初は、妊孕性温存に対して好意的でなかった母親も、また抗がん剤を使っても受精卵がいっぱい保存されているから大丈夫よと自分を勇気づけてくれた。卵巣刺激症候群になった時には、自分を心配するあまり、妊孕性温存なんてやる必要なかったのと言われ傷ついたが、母親も受精卵が保存されていることがDさんにとって闘病の支えになっていることを認め今は、妊孕性温存をしたことに対してはよかったととらえてくれているという。

(6) 40歳までに子どもをもちたいと思い、ホルモン療法を自己中断する

Dさんは、ホルモン療法の注射による副作用の関節痛が我慢できないほど強くなったため、医師と相談し注射は中止しホルモン療法は内服薬のみとなった。

Dさんは、以前から子どもをもつなら40歳までと考えていた。しかし、夫は、受精卵を今後どうするかについてあまり話したがらず、そのためDさんもその話についてなかなか切り出しにくい状況であったという。少し子どものことについて尋ねると夫は、もし子どもができて、Dさんが再発して自分が残されたら、一人で育てるのは難しいと思うと答え、もう二人でいいんじゃないかと言われたという。この言葉に傷つき、けんかしたこともあったという。Dさんは、結婚後まもなく30代で乳がんになり、身体的にも精神的にもつらい状況下で、妊孕性温存をすることを決め実施した。その後もがん治療を頑張ってきた

た D さんにとって、夫の正直な言葉は、やはり自分のがん患者であることの後ろめたさを感じさせ、ショックでもあった。このように夫は子どもをもつことに対しては、消極的な態度であったため、D さんは、それ以上、踏み込んで相談することができなかった。

今、妊娠・出産できても高齢出産になる。そのことで夫は、子育ては大変だよ、体力的にも D さん一人で育てられるのか、大丈夫なのかという。子どもは二人で育てるものだと思うが、夫は仕事が忙しいのであえてそう言うのだと思うという。また夫は、D さんより 7 歳年上で 45 歳なので、今うまく妊娠できても子どもが 20 歳のときに夫は 66 歳となる。夫は、自分がその年齢まで元気で働き続けることができるのかという自分の健康面や養育に伴う経済的負担についても心配していることを D さんは知っていた。今でも D さん夫妻にとって子どもをもつことは年齢的に厳しい面があるなら、なおのこと D さんは、ホルモン療法終了まで何もせずただ待っているわけにはいられないと焦燥感にかられた。

そこで D さんは、40 歳前に妊娠・出産するためには、いつ頃から、準備をしていくのがいいのか考えだしたという。D さんは、注射を中止後に生理が回復するのをひたすら待った。注射をやめて約半年後、生理が回復したことで、D さんは、自然妊娠できるかもしれないと考えた。妊娠を試みるためにはホルモン療法をやめて 3 か月程度はあけたほうがよいと何か本で読んだことがあったので、ホルモン薬の内服を誰にも相談せず、自己中断してしまったという。

ホルモン療法をやめたことで、がんへの影響がどうなるか、再発するかなんて結局、誰に相談したところで、誰にも分からないではないか、それなら今、とりあえずやめてみないと何も先に進めない、今、やめるしかないと焦ってしまった面もあったかもしれないという。

(7) 子どもに対する気持ちを奮い立たせ、夫を巻き込み自然妊娠をめざす

D さんは、ホルモン療法を自己中断したことを医師に伝えたところ、医師は D さんの意向をくんでくれ、しばらく妊娠にかけてみようということになった。化学療法を 2 回実施したが、自然妊娠が可能な検査結果だったこと、がん治療後に自然妊娠しても、凍結受精卵での妊娠であっても子どもへの影響は、変わりはないということを医師から聞いて、それなら、「できれば自然、やっぱり自然がいい」と、がん診断前に思い描いていたように自然妊娠にまず、かけてみたいと思ったという。D さんは、夫が、子どもをもつことに対してあまり積極的ではないので、受精卵を使って子どもができて、自分の子どもという気

がしないのではないかと考えた。実際、医師と相談の結果、夫に妊娠にトライする方向に進むけどいいですかと聞いてみたところ、じゃあ頑張ればと他人事のようにいわれたという。乳がん治療によって胸も小さくなったこと、ホルモン療法の影響で生理もとまり、性交痛もあったため夫と性生活がほとんどなくなってしまっていた。子どもはDさんだけが、頑張るものではないので、夫も一緒に巻き込んで一緒にがんばりたいと思った。そこで、時間も限られているが、自然妊娠をめざして、2, 3周期、頑張ってみて、もしできなければ、受精卵を戻す予定になった。

しかし、いざ、医師から妊娠の許可もでたとき、気持ちがかなり後ろ向きになってしまったという。Dさん夫妻は、子どもがいないので、恋人気分が好き勝手に食事や遊びに行くことのできる生活を楽しんでいる面もある。子どもがいるとこのような生活ができなくなると思うと手放したくないという思いもあり、子どものいない人生を受け入れてもいいという思いも生じている。産む方向にチャレンジしても、子どもができないかもしれない。自分でホルモン療法を中断しておきながら、再発のこともやはり心配である。Dさんは、このような気持ちを抱えたままチャレンジする方向でいくのかが本当にいいのかと主治医に相談した。主治医は、そのことでずっと悩んでいても答えはでない、自分できめるしかないと言い、そこでDさんは、主治医に後押しされ、「覚悟を決めるしかない」と思ったという。

最近、ネットで不妊症の人の中には原因も分からず、人によっては何年も子どもができることを望み、先が見えない状況でがんばり続け、大変なつらい思いをしていることを知った。自分は、がんになったことで子どもをもつことが難しい状況にあるが、チャレンジする機会は、限られているため、逆によいかもしれないと思うという。

また患者会でできた友人2人が、化学療法後、自然に妊娠・出産したという。そのこともあって自分も自然にできるかもしれないと考えたところもある。みんな再発が怖いと思いつつ産んでいるんだなと励まされたという。Dさんは、ここで怖がっていたら何もできないと思い、自分も乳がんと診断されたにもかかわらず、妊孕性温存に挑戦するほど子どもが欲しいと思ったことを思い出し、やはりできるだけことはしようと思った。Dさんは、再度、自分の中にある子どもへの思いを奮い立たせ、がん診断前に思い描いていた子どものいる家庭、母親になるという生き方をめざしている。まずは39歳となる今年いっぱいを目途にして、頑張ってみて子どもができればいいと考えている。

3) Dさんの体験の構造

Dさん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の体験は、結婚後は自然に子どもが授かり、子どものいる家庭を築くことを思い描いていたDさんが、がん診断後、子どもに対する気がかりが高まるが、医師から乳がん治療中は妊娠できないと聞くことから始まる。そのことにショックをうけたDさんであったが、転院後Dさんが、妊孕性温存の情報を医師から聞いたのは手術の1週間前であったこともあり、Dさんは、化学療法が必要でないと願い、妊孕性は保持できるととらえる。そこで、一旦は妊孕性温存をしないと決断するが、術後化学療法を実施することになりあらためて妊孕性喪失の危機感を覚え、妊孕性を保持したいと強く意識すると同時に、タイミングにも後押しされ妊孕性温存をすることを即決する。

その後、妊孕性温存に対して夫との温度差を感じる面もあったが、妊孕性を保持できたことが初回、及び再発後の化学療法をするうえで支えとなる。Dさんは、以前より40歳前で妊娠・出産したいと考えており、それを実現させるために、誰にも相談せずにホルモン療法を自己中断する。その時には、子どもを産むことに対して焦燥感を抱いており、子どもをもつことを強く望んでの決断であったが、しばらくすると子どもに対する気持ちが落ち着いてきている自分に気づく。実際に、移植しても子どもができるかどうかわからないこと、そして、結局、妊娠できなかったという現実に向き合わなくてはいけなくなる可能性があることの怖さも感じ、妊娠・出産に向き合うことに躊躇する。しかし医師からの言葉、同病者の出産体験を励みに、がんになっても受精卵を保存するほど子どもがほしいと思ったその時の自分の気持ちを思い出し自分を奮い立たせる。そして、子どもに対する夫の関心を高めたい気持ちもあり、夫を巻き込み自然妊娠をまずめざそうとした。

Ⅲ. 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

以下に、4名の研究協力者から見出した、一般的な体験の構造及び体験の記述を示す。

1. 一般的構造

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は、自らの遺伝子を受け継ぐ子どもを自ら産み育てる生き方ができる可能性をめぐって、妊孕性温存（受精卵凍結保存）の意思決定の局面とその後、受精卵の移植を現実的に検討する局面でその可能性をどのように捉え、どのように向き合っているのかを決めていく体験であった。本研究では、自らの遺伝子を受け継ぐ子どもを自ら産み育てる生き方ができる可能性を産む性と定義した。

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の体験は、年齢による産む性の低下を意識しはじめた研究協力者らが、がんと診断されたことから始まる。がんの診断により研究協力者らは、自分の生命の危機と妊孕性喪失の危機感から、産む性を自ら閉ざす。そして、研究協力者らは、がん治療上の意思決定が重なる状況下で、思いがけず医師から妊孕性温存の情報を得る。妊孕性温存の情報により研究協力者らは、自分の産む性に覚醒し、子どもをもつ可能性が少なくとも残されるという一点に駆り立てられるように妊孕性温存をすることを即決し、産む性の保持にかける。

その後、産む性を保持できた安心感をえてがん治療に取り組んでいく。そして移植について現実的に考え始めたころ、がん患者である自分の産む性に対峙することになる。

そして、がん治療後2~4年経過し、あらためて自分たちが子どもをもつことの難しさを認識し子どものいない人生も視野にいれつつ、産む性を保持できた意味を前向きにとらえ、自分なりに産む性をいかそうとしていた。

このように、研究協力者らは、がんによる生命と妊孕性喪失の2重の危機から産む性を一旦閉ざすが、妊孕性温存の情報を契機として、自ら閉ざした産む性に覚醒し、産む性を保持することにかけた。その後、移植を検討することを契機とし、がん患者である自分の産む性に対峙させられながらも、産む性を保持できた意味を前向きにとらえ自分なりに産む性をいかそうとしていた。

2. 体験の記述

1) 産む性の低下を意識する

研究協力者らは、がん診断以前、結婚したらいずれ子どもを産み母親になれるものだと漠然ととらえており、自分たちが産む性を有していることは当たり前ととらえていた。

Bさん、Cさんは仕事やキャリアを優先し、子どものことは先延ばしとなっていた。Bさんは自然に妊娠したが、妊娠を継続することができず、流産を3度も体験してしまい、妊娠・出産は思い通りにはいかないと身をもって知った。それでもBさんは、高度生殖医療に対し、生命の誕生を人工的に操作するという点で抵抗感があり、そこまでは踏み込まず、出産適齢期を過ぎてしまうが、自分はまだ自然妊娠することができる并希望をつないでいた。Cさんは、20代は仕事を優先し、避妊していた。Cさんはやりがいのある仕事をもち、仕事が軌道にのったところで妊娠を試み、出産・子育てを両立するつもりでいた。Cさんは、35歳をすぎたら、高度生殖医療を試みれば子どもは授かると楽観視していた。

Aさん、Dさんは、30代に入ってから結婚であり、結婚がやや遅れたことの自覚もあり、子どもを先延ばしするという事はなかった。Aさんは結婚2年後に思い切って高度生殖医療にも挑戦したがうまくいかなかった。そこで夫婦で話し合い、高度生殖医療に再挑戦することで子どもができることを期待していた。Dさんは、結婚して1年とまだ間もなかったこともあり、自分は当たり前子どもが欲しい時に自然妊娠・出産できるものと思っており、不妊治療に自分は全く縁がないものにとらえていた。

Aさんは、高度生殖医療を試みたがうまくいかなかったという経験から、Bさんは、3度の流産体験と40代になったことから、妊娠・出産することは難しくなっていることは認めていた。このようにAさん、Bさんはともに不妊の可能性があることの自覚はあるが、Aさんは、高度生殖医療を再度試みることに、Bさんは、40代ではあるが、自然妊娠する可能性はまだ少しはありと自分をみなしている。逆にCさん、Dさんには不妊の可能性の自覚は、あまりない。ともに35歳という年齢をひとつの区切りと考えてはいるが、自分はまだ大丈夫と楽観的にとらえていた。

このように本研究の研究協力者らは、年齢、結婚時期、仕事へのコミットメント、妊娠経験、不妊治療の経験など異なっていた。しかし、全員、産む性は有しているが年齢による低下を意識しはじめていた。

2) 産む性を閉ざす

本研究の研究協力者らは自分が、思いがけず若くしてがんになったことに衝撃を覚え、自分の生命の危機を実感していた。この時点では、がん治療によって妊孕性が影響をうける可能性があるということまで理解しているわけではない。あくまで、がんが死をもたらす可能性がある病気であるという認識やがん治療に要する期間と治療後の自分の年齢を見すえたときに、がん治療後に子どもをもつことが、絶望視され、産む性を自ら閉ざしてしまう。

産む性を閉ざす様相は、がん診断により、自分が子どもをもつことは、もはやありえないと考えてしまう場合と、がんの進行状態やがんのタイプ、補助療法の状況によって、子どもをもつことが自分にはもうないととらえてしまう場合があり、がんによる妊孕性喪失の危機を感じる状況や時期は研究協力者らによって異なる面があった。

Aさんは、がんの診断を受けたときに「天地がひっくりかえるような」気がするほどショックを受け、がんのことで頭がいっぱいとなりその時点ですでに子どものことには意識が向かなかったと述べている。Bさんも同様に、がんの診断により自分の人生から子どもをもつという希望が「自動的に消された」という。また40代のBさんは、がん治療後の年齢で自分に子どもをもつ可能性が残されているとは考えるにも及ばなかったと述べている。

Cさん、Dさんは診断時に自分の命と同様にすぐに子どもはどうなるのかという気がかりがあったことを述べている。Cさんは、ホルモン陽性の乳がんと診断されたことで、排卵誘発剤を使用する不妊治療ができないと思い込み、もう子どもをもつことができないと絶望する。Dさんは、子どもへの気がかりを医師に伝えたところ、がん治療中に妊娠できても中絶することになると言われショックをうけるが、その後、関心事は自分のがんのことへと移行し、子どものことは一旦、棚上げとなる。Dさんは、化学療法がなければ妊孕性は保持できると考えた。しかし手術後、化学療法が必要となったところで、あらためて妊孕性喪失の危機感を覚えるのである。

このように、がん診断時から子どものことはあきらめる、もうないと思い込んでしまう場合と、診断時に子どもへの関心が一旦高くなるが、がんに対する関心の方が強くなり子どものことを考える精神的余裕がなくなる場合があり、時期や状況は、研究協力者らにより異なる面はあるが、がんを診断されたことにより自分の命と妊孕性喪失の危機感から産む性を自ら閉ざすということは共通している体験であった。

3) 産む性に覚醒する

がん診断後、産む性を自ら閉ざした研究協力者らは、短期間のうちに疾患や治療に関する様々な情報に加え、妊孕性温存に関する情報を提示され、その意思決定が迫られた。妊孕性温存の情報は、死を意識させるがんに関する情報と異なり、研究協力者らにとって、希望、救いととらえられ、子どものいる未来を想起させていた。研究協力者らは、子どもを産み育てる生き方を失いかけたと思ったからこそ、あらためて自分の産む性に覚醒するのである。

妊孕性温存の情報をうけて、Aさんははっと「我に返り」、がん診断以前、高度生殖医療に挑戦するほど子どもが欲しくて頑張っていたことを思い出した。Bさんも年齢的に「もう自分の人生に子どもはいない」とあきらめざるをえないととらえていたが、妊孕性温存の情報から、子どもをもつ可能性がまだ残されていると認識した。そして自分が産む性を有していること、がんになったとしても同世代の女性を同じようにまだその可能性を有したいと強く意識した。Cさんも同様に、ホルモン陽性でも妊孕性温存を試すことができるという情報により絶望から救われたと述べている。

Dさんのみ、妊孕性温存を提示された時期が、手術の1週間前と差し迫っていたことと、不妊治療自体に抵抗感があったため、最初に妊孕性温存に関する情報を受けたときには、自分のがんが、化学療法の適応になるほど進行したものでないと信じたいがために、妊孕性温存は自分にとって必要のないものと判断する。しかし術後化学療法をすることを意思決定した段階で、妊孕性喪失の危機を強く感じ産む性に覚醒する。

研究協力者らは妊孕性温存を実施することで、子どもをもつ可能性が少しでも残されることに意味を見出していた。高度生殖医療に抵抗感があったBさん、Dさんも、一転し、Bさんは「選択肢がある以上、やらないで後悔したくない、やれることはやりたい」と述べている。Dさんは、手術後化学療法の適応になったことで産む性が奪われてしまう可能性が高いと判断し、「瀬戸際にたたされると少しでも可能性に残したいという思いが生じた。」と述べている。同様に、Aさんは、「このまま何もせず可能性を閉ざすよりできるならやりたい」、Cさんは、「溺れるものはわらをもつかむ」という心境になったと述べている。特にCさんは、子どものことは、自分のことを優先し、子どもを先延ばしにしたことを後悔しており、子どもをもつために「自分ができることはなんだってしたい」と何もせずに妊孕性を失ってしまいたくないと考えた。

研究協力者らは、妊孕性温存の情報によって自分の産む性に覚醒し、妊孕性温存を試み

ることによって、子どもをもつ可能性が少なくとも残されるという一点に駆り立てられるように妊孕性温存について詳細な吟味をすることなく、飛びつくように妊孕性温存をすることを即決するに至っていた。

4) 産む性の保持にかける

妊孕性温存をすることを即決後、研究協力者らは生殖医療医から詳細な情報を聞く。そこで妊孕性温存を夢のようにとらえていた研究協力者らも身体的負担、経済的負担、確率の低さなど妊孕性温存に伴う現実的な問題を認識し迷い、葛藤しながらも研究協力者らは夫をはじめとする家族の協力を受けて、妊孕性温存に臨む。そして産む性を保持できた安心感を得てがん治療に向き合っていた。

まず、研究協力者らの家族は全員、本人の命を第一に心配し、がん治療が最優先であることを示していた。Aさんは、子どもはほしいが自分の身体が最優先事項であると述べており、この点で夫と見解が一致していた。Aさん夫妻は、採卵準備上、約1時間で決めなくてはならないという切迫した状況におかれたが、夫婦で、高度生殖医療の経験をいかし、共に妊孕性温存をすることのメリット・デメリットを検討しており、Aさんは、夫と一緒に妊孕性温存について決めてくれたことがとても心強かったと述べている。Cさんは、キャリアを優先してきたことに対する自責感があったが、夫は子どものことは気にしないでよい、自分ができる協力はすると言ってくれたことに感謝している。Dさんの夫も、子どものいない人生もある、妊孕性温存までは無理して行わなくてもいいのではないかと述べていたが、最終的には、Dさんの好きなようにさせてくれたと述べている。Bさんの夫は、妊孕性温存について特に何も言わず、無理にしなくてもよいという雰囲気だったが、Bさんの意向に添ってけている。このように、研究協力者らの夫は全員、夫自身の子どもをもつことの希望の度合いを特に伝えることはせず、逆に子どもがいなくてもかまわないことを伝える、あるいは何も言わず、本人の意向に沿って来ていた。

この本人の命が最優先というのは夫以外の家族も抱いていた共通の思いであり、そのために、特にBさんの母親は、年齢のこともあり、無理に妊孕性温存をすることに強く反対する。Bさんは母親の反対を受けたことで、現時点で子どもをあきらめてしまいたくないという思いをより強くし、母親を遮断するという強い行動をとる。そして自分自身で妊孕性温存に伴うリスクや経済的負担を背負い、妊孕性温存に向かっている。逆にCさんの家族は、子どもができないかもしれないという事態に直面し、憔悴しきったCさんの状況をな

んとかしたいという思いもあり、妊孕性温存をすることに、積極的、協力的な姿勢を示し、Cさんは、周囲の人の支援をうけて妊孕性温存に向かっていた。

研究協力者らは無事、妊孕性温存を実施し、受精卵を凍結保存できた。研究協力者らは全員、妊孕性が温存できたことに対し、安心感を抱き、妊孕性温存をすることを意思決定したことを肯定的に受けとめ、受精卵をお守り、希望、保険ととらえ、がん治療にも前向きに取り組んでいった。

5) がん患者である自分の産む性に対峙する

研究協力者らはがん治療を継続する中で目標としていた移植を現実的に考えはじめた頃、あらためてがん患者である自分が子どもをもつことの現実の厳しさに対峙させられていた。

Bさんは、ホルモン療法終了まであと1年であるが、その時の自分の年齢が45歳であるという点で、すでに子育ての面で子どもをもつには遅い年齢であること、身体的に妊娠・出産するのは厳しいことを認め、移植をすることを躊躇するに至っていた。Bさんが移植に対して消極的な態度に転じているのに対し、他の研究協力者らは、医師の許可を待たずに早く子どもがほしいと望み、移植に踏みきろうとしていた。Aさんは、放射線療法が終わってすぐに移植したいと医師に申し出た。Aさんはがん治療中、社会から疎外されており、友人の妊娠報告や同世代の女性の活躍をみると自分がおいていかれている感じを抱き、人並みに早く子どもをもちたいと焦りが生じたという。しかし医師から、女性の生き方について視野を広げるような話と再発リスクが低くなる3年は待つようにと諭される。Cさんも、つらいがん治療を乗り越えるために、とにかくホルモン療法を2年継続したところで一旦、ホルモン療法を中断し、妊娠を試みるということを目指していた。Cさんは、子どもがほしいという気持ちも当然あるが、どちらかというのがん治療を乗り越え、自分が生きるためにその目標にすがっていた面があるという。そこで2年後、喜び勇んで移植したいと申し出たが、Aさんと同様に医師からホルモン療法を完遂するまで、移植は待つようにとされている。Dさんは、特に40歳前に妊娠・出産したいという思いから、逆算し、ホルモン注射の中止後、ひたすら月経が回復するのを待ち、半年後、生理が回復したことで自然妊娠できるかもしれないと考える。そこでホルモン療法を自己中断し、妊娠にむけた準備をみずからはじめようとした。ホルモン療法をやめたことでがんへの影響がどうなるか、再発するかは結局、誰に相談したところで誰にもわからない、それなら、今、完全にホルモン療法をとりあえずやめてみないと何も先に進めないと考えたという。後者の3名はいず

れも、「40歳になる前に、妊娠・出産したかった」と述べている。

研究協力者ら全員が、移植を現実的に考えたときに、自分が生涯、再発リスクのあるがんという疾患をもつ患者であることを再認識する。移植してうまく妊娠・出産にこぎつけたとしても、再発してしまえば、最悪の場合、子どもの成長を見届けることができないことも想定される。実際、Cさんは、医師から、幼い子どもがいる末期がんの患者さんの苦悩を聞き、さらに患者会で知り合った同じステージの友人が幼い子どもを残して亡くなってしまうという残酷な現実を目の当たりにしている。

またDさんは、夫に子どものことを少し尋ねてみた時に、子どもができてDさんが再発して自分が残されたら一人で育てるのは難しいと思うと言われたことで、自分が再発リスクのあるがん患者であることの後ろめたさを感じ、ショックをうけている。

研究協力者らが、現実的に移植をどうするかを考えたときに、ただ、単に受精卵が妊孕性を維持するためという意味だけではなく、がん患者である自分の産む性に対峙し、現実的な問題点や責任について再考していくのである。

6) 自分なりに産む性をいかす

がん患者である自分が子供をもつことに対峙し、あらためて研究協力者らは自分たちが子どもをもつことは難しいことを踏まえつつも、自分の年齢に向き合い、産む性を保持できた意味を前向きにとらえて生きようとしていた。がん診断から2~4年経過する中で、結婚後間もなかったAさん、Dさんも、夫婦二人の生活に慣れてきている。Aさんの周囲には、子どもがいなくても素敵な夫婦がおり、このまま夫婦2人で生きていく方が現実的に思え、また自分が子供をもつことに固執していないことに救われているという。Dさんも、恋人気分のまま自由に生活できることを楽しんでいる面があり、子どものいない人生を受け入れてもいいという思いも生じていると述べている。結婚後、夫婦二人の生活が長かったBさん、Cさんは、以前の普段の生活に戻っている。

このように研究協力者らは、夫婦二人の生活の恵まれている点を意識し、子どものいない人生も視野に入れて今後を考えている。そして産む性を保持できた意味を前向きにとらえて生きようとする方向として、受精卵を移植すること、あるいはまず自然妊娠を試みることで子供をもつことをめざす場合と、あえて移植をしないことで産む性を有した存在としてしばらく生きようとする場合があった。

Bさんを除く3名の研究協力者らは、自らの意思で受精卵を移植することで子供をもつ

ことをめざしていた。Cさんは、自分は母親には向かないと思うが、自らの都合で子どもを先延ばしにしたことに対する夫や姑への贖罪や同世代の女性との比較し、一般的な幸せの形として、子供をもちたいという動機があり、まずは移植をすることをめざしていた。

Aさんは、再発リスクが下がる3年待っての移植もうまくいかなかった。そこであらためて高度生殖医療にも限界があることを夫婦で実感した。それでもよりグレードのよい受精卵が凍結保存できることを願って、再度、採卵に挑戦している。Aさんは、高度生殖医療が身体的・精神的に負担が大きいことや、40代では妊娠率も極端に低くなることがわかっているため、夫とも十分に話し合い、子どものことを頑張るのは40歳までと決めたという。それでも40歳であきらめきれぬのか自信はないと述べ、未練が触発されないよう若年乳がんの患者会への参加をやめたという。

Dさんは、医師から妊娠の許可がでて、自然妊娠が可能なホルモン値であったため、自然妊娠にまず、かけてみたいと考えた。もともと高度生殖医療に抵抗があったこともあるが、夫が子どものことに消極的な面があり、受精卵を使って妊娠・出産できても自分の子どもという気がしないのではないかと考え、2、3周期は夫も巻き込んで自然妊娠をめざすことにした。同病の友人2人が化学療法後、自然妊娠したことに触発され、再発の不安を抱えながらもみんながんばっていると、子どもへの思いを奮い立たせている。

Bさんは、研究協力者らの中であえて移植をしないことで産む性を有した存在としてしばらく生きようとする。Bさんは、仮に妊娠できても、流産歴があることや年齢的に出産することも厳しいと捉えている。妊孕性を温存している女性として子どもができる可能性があることを楽しむことができる今が一番、幸せなのかなと述べており、あえて移植をせず、成り行きにまかせて時を重ねていくことで子どもがいなくてもいいと納得できる日がくるのではないかと考えている。

このように、子どもがいない人生を視野に入れつつ、移植はしないという方向に決心が固まっていく場合と、再発リスクの下がる時期まで待ってから移植すること、再発予防であるホルモン療法の完遂後に移植すること、あるいは期間限定という医師の許可のもと40歳という年齢をひとつの区切りとし、移植をすることを現実的に考えていくのである。

第6章 考察

本研究における産む性とは、自らの遺伝子を受け継ぐ子どもを産み育てる生き方ができる可能性をさす。これは、単に女性生殖器（子宮・卵巣）が形態的・機能的に正常であり、妊娠・出産が可能という妊孕性のみをさすのではない。妊孕性を有し、妊娠・出産後、母親としてその子どもを育てていく生き方を選択できる機会をもっていることを包含する。しかしあくまで可能性であり、それは個人の意思や努力のみで達成できるものではない。この産む性は、男女の性の違いを決定づけるものであり、それゆえ個々の女性にとって産む性をどのようにとらえ、どのように向き合い生きていくのかということは、女性の生き方に大きな影響を与えると考える。

生殖年齢にある乳がんサバイバーは、妊孕性温存に関する意思決定過程において自分の意思に関わらず、産む性に向き合わざるをえなくなり、産む性を有する自己をその都度、再解釈し存在していた。ハイデガーによれば、現存在は自らの世界にすまう世界内存在であり、常に自らの力ではどうしようもない状況に投げ出され（『被投』）ながらも、自分自身の可能性をみすえ、その都度、自己について『存在了解』しながら生きる（『企投』）存在である。研究協力者らも、同様にがんと診断されてから現在までの各局面で、自分ではいかんともしがたい状況におかれながらも自己、他者、環境に関わり（『気遣い』）ながら、産む性を有する自己を了解していた。このありようはハイデガーのいう『実存』にあたる。

そこで、がん診断以前から妊孕性温存（受精卵凍結保存）に関する意思決定を行うまでと受精卵凍結保存後から受精卵の移植を現実的に検討する過程の2局面における乳がんサバイバーの女性の生き方についてハイデガーを理論基盤とし考察したのち、生殖年齢にある乳がんサバイバーにとっての産む性の意味の変化、看護への示唆を述べる。

I. がん診断以前から妊孕性温存（受精卵凍結保存）に関する意思決定を行うまでの乳がんサバイバーの女性の生き方

がん診断以前、研究協力者は、子供をもつことが先延ばしとなっていた。これは、女性の社会進出が進み、現代女性のライフコースが、結婚、出産、子育て、職業の両立をめぐる、多様となってきた（鈴木,2014；岡本,2010）ことで晩産化がすすんでいることや生殖医療の進歩により高齢出産が増えていることが影響していたと考えられる。このように研究協力者らは、結婚したら子どもをもって当たり前という世間の価値観と現代社会におけ

る女性のライフコースの多様性や生殖医療の進歩に伴う妊娠・出産状況の変化という『公共性』と自分の年齢、過去の流産歴や不妊治療の体験、自己の妊娠・出産観（自然妊娠・出産の希望、高度生殖医療に対する考え）など産む性に関する個別の体験や考えに『気遣い』ながら、自らの女性としての生き方を模索していた。そして研究協力者らは、年齢と共に妊娠・出産の可能性が徐々に低くなっていくことは認識しながらも、まだ自分は産む性を有しており、いずれは子供をもち母親として生きることができるだろうと漠然とその可能性にむけて生きていたといえる。

このようにがん診断以前は、子供をいずれもつことができるとどこかで信じていたにも関わらず、研究協力者らは、理不尽にも突然、若くしてがんと診断された。この事態に「世界が終わる」と述べた研究協力者がいたように、がんは、進行・再発の問題もあり、死を連想させ、研究協力者らに衝撃、強い不安を与え、自分はもう長くは生きられないと生命の危機を感じさせた。この時点で、研究協力者らは、がん患者となった自分はもはや子どもをもつことはできないだろうと漠然と認識してはいたが、あらためて、乳がんの補助療法である化学療法やホルモン療法により不妊となる可能性があることを医師から説明され、大きく動揺し、産む性を閉ざさざるをえなくなった。乳がんは、子宮がんや卵巣がんのように直接、妊娠・出産に関わる臓器ではない。そのため、がん治療が奏功し命が助かったとしてもその代償として、妊孕性が失われるかもしれないという情報は、研究協力者らにとって思いがけない事実であり、より衝撃や戸惑いを与え、絶望、落胆させたといえる。がんサバイバーの75%は将来、子どもをもちたいと考えている（Schoverら,1999）という調査もあり、不妊に対する懸念は非常に大きく（Loi Kら,2012）、研究協力者らも同様に不妊の可能性は深刻な精神的葛藤をもたらした（Knobf et al,2006）と考えられる。

以前は、がん患者が将来的に子どもをもつことを望んでいいのかさえ気づかずに、子どもへのことはあきらめ、がん治療を受け入れていくしかなかったと思われる。しかし、生殖医療が進歩し、がん治療過程で妊孕性温存を試みるのが可能となってきた現在、がん診断後まもない状況で、数年先の新たな命の誕生に関する妊孕性温存の情報が医師より提供されてしまう。そこで、研究協力者らは、子どもをもつことを現時点であきらめてしまう必要はなく、まず、がんになったとしてもがん治療後に子どもをもつことを考えてもかまわないという保証を得たと推察される。そして妊孕性温存の情報は、妊孕性温存に挑戦することでがん治療後に子どもをもつことができるという女性の生き方の可能性を上げたと考えられる。そのため妊孕性温存ができるという情報は、産む性を閉ざしていた研究協力

者らに希望や救いをもたらし、子どもをもつという未来へ急激に関心を向けさせた。そして研究協力者らは自らの産む性に覚醒し、期待を一気に高めてしまい、産む性を閉ざしていた絶望から高揚した気分へと感情の波は大きく動くのだと考えられる。

その後、生殖医療医からの説明で、研究協力者らは、妊孕性温存に伴う現実的な問題や限界を知り、高揚していた気分が下降し、妊孕性温存をやるべきかどうか迷い、葛藤する。そして研究協力者らは、限られた時間の中で、妊孕性温存方法の妊娠・出産率、安全性、経済的負担、不妊のリスク、高度生殖医療に対する自己の倫理観、周囲の人（家族、医療者、友人など）の意見（Hershberge et al., 2016）などを『気遣い』ながら、妊孕性温存（受精卵凍結保存）を選択すべきかどうか苦悩し迷う。また今回の研究協力者のように月経周期の状況によっては生殖医療医を受診した翌日から採卵準備になる場合や予定されているがん治療との調整上、意思決定にかけられる時間も限られる。そして妊孕性温存方法の詳細な内容は膨大で難しく、一度ですべてを理解することは困難なことに加え、妊孕性温存をするかどうかは、当事者の価値観に委ねられる選択である。このことがかえって、その選択の結果や責任を自ら引き受けていかななくてはいけないという負担感やプレッシャーを彼女たちに生じさせると考えられる。

このように研究協力者らは、がんと診断され、がん治療により不妊の可能性を知り、生命と妊孕性喪失の 2 重の危機にさらされるという特異な状況下で、さらにもがん治療と妊孕性温存という自分の人生や女性の生き方を左右する重要な意思決定までも非常に短時間のうちに、自分の意思とは関係なく課せられるという過酷で切迫した状況におかれてしまうのである。

このような状況下で、妊孕性温存（受精卵凍結保存）の選択に際し、研究協力者らの夫は、研究協力者の命を第一に考え、妊孕性温存には消極的であったが、最終的には妻の意向に添う形で協力するに至っていた。他の家族の反応は、賛成、反対と両極であったが、共に研究協力者の命とがんになっても子供をもちたいという研究協力者の気持ちを『気遣って』いた。医師は、中立的な立場で、がん治療に影響しない範囲で研究協力者らの意思を尊重していた。そして研究協力者らは、数年先のがんの状態や子どもをもちたいという自分の気持ちもどのように変化するのか予測しかねることに加え、妊孕性温存の限界も認識したうえで、がんとなってしまった自分が無理をしてまで妊孕性温存に挑戦することにどれほどの意味があるのか自問自答しながら自己と関わる。そこで研究協力者らは、最終的には、この局面で自らの産む性を『気遣い』、やはり子供をもちたい、現段階でがんによ

ってその可能性までもがんによって奪われてしまいたくないという強い思いが自分の中にあることを自覚し、妊孕性温存をすることを決めるのである。

そして、受精卵凍結保存までの研究協力者らの産む性に対する『存在了解』は、産む性を閉ざす、産む性に覚醒する、産む性の保持にかけると短期間で大きく変化し、その変化には、絶望、ショック、落胆といった下降した気分から、高揚感、期待感の高まり、不安、葛藤など感情の大きな揺れを伴うことが特徴であると考えられた。

妊孕性温存（受精卵凍結保存）に関する情報は、がん治療との調整上、なるべく早く乳がんサバイバーに提供される必要があるため、彼女たちが自らの生命と妊孕性喪失の 2 重の危機感を抱いている時期に情報提供せざるをえない。そして妊孕性温存の情報は、精神的に不安定な状態にある乳がんサバイバーの感情をさらに大きく揺さぶる性質がある。それでも、その情報を得ることで、本研究協力者らは、今まで直面しきれていなかった自分の女性の生き方に向き合う機会を得て、女性の生き方の可能性を拡げ、苦悩しながらも産む性を閉ざしていた状態から覚醒し、妊孕性温存(受精卵凍結保存)を選択することでがん治療後に子どもをもつ可能性を有した存在でいたいと自らの女性の生き方の可能性を新たに見いだすことができたといえる。

また、本研究協力者らとは異なり、妊孕性温存(受精卵凍結保存)を選択しない乳がんサバイバーもいると思われるが、妊孕性温存の情報が提供されることで、自らの産む性に向き合う機会を得ることには変わりはなく、妊孕性温存を選択せずともがん治療後に妊孕性が保持される可能性にける場合や自分自身が子どもをもつということに強いこだわりがないことに改めて気づき、子供をもたない女性の生き方を選択する場合もあると考える。

このように妊孕性温存（受精卵凍結保存）までの局面では、乳がんサバイバーは、生命と妊孕性喪失の 2 重の危機に際し、子供をもつという女性の生き方に関わる妊孕性温存の意思決定が短期間のうちに課せられる『被投』された世界の内におかれ、感情的に揺さぶられ苦悩するが、自らの女性の生き方に向き合う機会を得て、妊孕性温存の情報、周囲の人の意見、そして自らの産む性に『気遣い』ながら、自分なりの女性の生き方の可能性をあらたに見出し、その可能性に向かって生きていくこと（『企投』）ができると考える。

II. 受精卵凍結保存後から受精卵の移植を現実的に検討する過程における乳がんサバイバーの女性の生き方

受精卵を凍結保存できた研究協力者らは、産む性を保持できたことに、安心感をもってがん治療に取り組んでいた。そして、数年後、がん治療からの解放を感じ始め、移植を現実的に検討していく。30代の研究協力者らは、がん治療完遂前、あるいは再発リスクの下がる時期まで待てずに焦って移植に踏み切ろうとする行動がみられた。これは、自らの年齢を『気遣い』、40歳前に産みたい、あるいは同年代の女性と比較することで、自分も早く子供をもちたいと考えてのことであった。これは、40歳という年齢が彼女たちにとって、妊娠・出産の上限年齢の目安として認識されていたことが考えられる。また産まれてくる子どもを『気遣い』、できるだけ若い母親でいたい、できるだけ早く母親になってできるだけ長く子どもとともに過ごしたいという切実な思いがあったことが推察される。

Cさんは、ホルモン療法を中断し移植に踏み込もうとした際、医師や家族から一斉に反対され、医師からホルモン療法中断のリスクやあえて幼児のいる末期乳がん患者の苦悩について説明されている。またAさんは放射線療法を終えてすぐ移植を申し出たが、再発リスクが低くなる時期まで待つよう医師に諭されている。そこで自分が生涯、再発リスクのあるがん患者であることを再認識させられる。自分は、いつまでもがんと離れられない。がんは治療が終わったとしてもいつまでも自分につきまとうようにも感じさせる。またがん患者であるがゆえに自分の子どもの問題であるにも関わらず、第3者である医師の許可が必要であり、自分の意思だけで自由に決められないという制約や不自由さも感じたのではないかと思われる。そして再発不安、死への不安を抱きながら、子供をもつことに対し悩み、迷い、葛藤することになる。ある研究協力者は、同病者が幼い子どもを残して亡くなってしまふというあまりに辛い状況を目の当たりにし、自分も同様な状況が起こりうることを実感する。そして別の研究協力者は、あれほど過酷な状況で保存できた受精卵を移植したものうまくいかず、高度生殖医療の限界を再認識する。このように研究協力者らは、がん患者が子供をもつことの厳しさや制約にあえて対峙させられるという『被投』された世界におかれている。しかしそのような世界の中で研究協力者らは、時間経過とともに夫婦二人の生活を肯定的にとらえ、子どものいない人生も現実的に視野に入るようになっていった。これはがん患者だからというわけではなく、産む性が低下していくことは同年代の女性も同様であり自然なことであるということを受け入れはじめていることが一因として考えられる。それでも、30代の研究協力者らは、やはり子どもをもちたいと考える。そこ

で30代後半の研究協力者らは、まず保存しておいた凍結受精卵移植をすること、40歳という期限をもうけてあらためて採卵を試み、不妊治療を継続していくこと、がん診断以前の妊娠・出産観から、まず自然妊娠を試みようとするなどその人なりの考えで子どもをもつために産む性をいかそうとしていた。また40代の研究協力者は、産む性を保持している今を楽しむ一方、徐々に産む性を閉じることを受容していくことのできる可能性を『企投』していた。この局面は、妊孕性温存手術を受けた女性が手術後、同様にアイデンティティの再獲得に向け、不妊治療、自然妊娠、あるいは妊娠・出産にこだわらない生き方をめざしていた（Komatsu et al.,2014）ことと類似していた。

研究協力者らにとって同病者に対する『気遣い』は、がん患者が親になることの厳しさを認識させたり、子どもをもちたいという気持ちを奮い立たせたり、子どもをあきらめていくために断ち切ろうとするなど多様であった。医師からは、その都度、子どもをもつことが女性の生き方のすべてではないことを示唆する話を聞いたり、受精卵を自分の所有物のように思っている研究協力者に対し、「子どもは自分から産まれるが、自分とは別人格だ」と、子どもをもつということ意味や子どもの存在について、医師自身の母親としての体験を聞く機会を得たりしている。研究協力者らは夫や家族ががん闘病を支えてくれていることに感謝し、時間経過の中で夫婦二人の生活も受け入れようとしていた。そして夫をはじめとする家族や医師の言動、同病者の死からあらためて、再発リスクのあるがん患者である自己に対し『気遣い』ながらも、研究協力者らは、やはり自分のため、そして夫や姑のために子供をもちたい、または凍結期限まで産む性を有していることを楽しみながら自分なりに産む性をいかしたいと自己を了解していた。しかし、同時に子どもをもつことをあきらめざるをえない可能性もある存在として自己を了解していた。このように産む性を有する研究協力者の『存在了解』は、自己の産む性に対する『気遣い』とともに、周囲の人への『気遣い』も大きく影響していたといえる。これは産む性が将来の子どもに関わるものであり、周囲の人を巻き込む性質をもつからだと考える。

妊孕性温存後から現在までの体験は、様々ではあるが、がん患者である自分が子どもをもつことの厳しさや制約にあえて対峙されるという『被投』された世界で、自己、家族、医療者、同病者、同世代の女性との関わりを通して、子どもをもつという生き方以外の女性の生き方の可能性について視野をひろげることにつながっていると考えられた。そして30代の研究協力者は、夫婦二人の生活も視野にいれながらも今は子供をもち母親になるという可能性を『企投』し、40代の研究協力者は 子どもをもつことができるかもしれ

ないという可能性を楽しみながら数年後には子どもをもつことのできなかつた自分を受け入れていくことのできる可能性を『企投』し存在していたといえる。

Ⅲ. 産む性の意味の変化

がん診断前、研究協力者らにとって、産む性は、子どもを産み育てるという女性の生き方の実現につながる夢や希望であり、その実現はある程度、自分でコントロール可能なものとしてとらえられていた。

がんと診断され妊孕性喪失の危機に直面したとき、彼女たちは、あえて妊孕性温存に挑戦し、少しでも産む性を残そうとした。それほどまでに、産む性は当時の彼女たちにとって、今、失いたくない対象であったと思われる。研究協力者らは、理不尽に自分を襲ってきたがんという病いのため、がん治療に自分の大切な時が費やされる。それにも関わらず、がん治療をおえたその先の人生の希望、夢まで今の段階で奪われることには耐えられないのである。彼女たちにとって産む性を失うことは命の代償としてはあまりに大きいものだと考えられる。また産む性を失うことは、女性として不完全であり、当然、歩むはずであった母親として生きるライフコースから外れてしまうことを意味していた。

研究協力者の中には産む性を有していることは結婚の条件のひとつと捉えている人もおり、そのため妊孕性喪失の危機にあたって夫に申し訳なく思い、別れてもいいと告げる場合もあった。研究協力者らの夫は、子どもより妻の命が優先であり、子どものいない人生もあると話しており、研究協力者らは、産む性のみが夫婦の絆となるわけではないことに安堵し、感謝している。産む性は夫婦の関係に必須という意味は少なかったといえる。それでも、本来、産む性は自分だけの幸せでなく、夫や両親の幸せにもつながるものであり、一般的な女性の幸せを実現させるために必要という意味を研究協力者らはもっていた。

その後、妊孕性温存の情報が与えられて自分がいかに子どもをもちたいと望んでいたのか、そして望んでいるのかということに気づく。産む性は彼女たちにとって、子どもをもつためには、なくてはならないかけがえのないものであり、がんとなってしまったからこそ、自分と夫の遺伝子をもつ子どもを産み育てるという生き方を自分の人生において価値ある生き方としてあらためて位置づけ、がん治療後にその生き方ができることを願うのである。そのため産む性は彼女たちにとって、希求する対象となる。産む性を少しでも残す手段があるのであればと彼女たちは、あきらめられず、何とかしたいと追い求め、手中におさめておきたいと考えた。妊孕性温存（高度生殖医療）は、がん診断以前、不妊症の治

療としてすでに受けている、あるいは受ける予定として考えている場合と生命の誕生に人工的に介在することに抵抗感を抱き、そこまでは踏み込みたくない、あるいは全く自分とは縁がないと考えている場合があった。しかし抵抗感があった研究協力者らにとってもがんになり妊孕性喪失の危機に瀕するとその方法は、その危機を救ってくれるかけがえのない方法としての意味に転じた。彼女たちにとって、あえて子どものいない人生を選択するのががんのために産めなくなることは意味が全然違うのである。彼女たちは、確かに子どもをもちたいと思っはいるが、それが絶対にかなうとは思っはいない。しかし、この時の彼女たちにとっての産む性は、産む、産まないという選択権を自分が持っていることが重要なのである。その権利を自分から放棄してしまいたくないのである。

そして研究協力者らは、妊孕性温存をすることを決意し、産む性を保持する。そこで今までは自分の身体に備わっていた産む性が自分の身体とは離れ、大切に保護・隔離される形で存在することになる。中には受精卵の写真をもっている研究協力者もおり、保護・隔離された産む性（凍結受精卵）は顕在化し、自分とは離れた場所にありながらもいつでも確認できる身近な存在となるのである。また保護・隔離された産む性は、がん治療を終えた時に妊孕性を喪失していた場合のお守り、保険という言葉で語られたように研究協力者らに安心と確かに産む性を有しているという保証を与える意味ももつ。

がん患者になってしまった以上、産む性の実現は、がん治療を乗り越えた先にあるものである。つまり、生きていなければその実現はありえない。ある研究協力者が、産む性の実現を目標にしがみつくように、すがるようにして闘病していたと述べていたように産む性はがん治療を乗り越えるための目標であり、がん治療を乗り越えた先の生の象徴ともいべき意味をもつ。そして保護・隔離された産む性は時に人格をもって自分を励ましてくれたと話した研究協力者もおり、受精卵はまだ真の命の誕生とはいえない存在なのかもしれないが、その研究協力者にとっては、まさに自分たちの子どもであり、そして自分はその子どもの母親なのである。だからこそ、その子どもの母親として、母親だからこそがんばらなくてはいけないとつらいがん治療にも耐える力になっていたのかもしれない。これは、がん患者の生殖組織/配偶子凍結の選択の理由にもあげられていたように（野澤,2016）がん闘病中はまさに産む性は彼女たちにとって治療の糧という意味があると考えられる。

そして受精卵移植を現実的に検討する頃、産む性のもつ意味は、以前と同様に子どもを産み育てるということを体現するものという意味の他に、同世代の女性と同様に自分も自然に失っていくものという意味も包含するようになる。そして、子供を産み育てるという

生き方以外の女性の生き方へ視野を広げることにつながっている。この段階では産む性に対して研究協力者毎に特有の意味もあった。凍結受精卵を移植したがうまくいかなかった A さんにとって産む性は、40 歳という期限までは可能な限り、夫婦で努力する対象としてとらえられている。移植はしないだろうと考えている B さんは、がん診断前と同様に子どもは授かりものであるという考えから妊孕性温存を人工的にとらえており、がんになってまで実施したことを自分勝手だったかもしれないと捉える一方、日本でもいずれ代理母が許可されるときがくればと夢のようなことを考えていると述べているように、保護・隔離された産む性は、子どものいる未来を他者に託せるかもしれないという意味をもっている。自分は母親には向かないという C さんはそれでも子どもをもつことは夫や姑の幸せにつながるものとしての意味をもち、まず自然妊娠をめざすことにした D さんは、夫と自然な形で一緒に子どもをもつことに取り組むことで、夫の子どもに対する関心を高めることができるかもしれないという意味など多様である。D さんもがん診断以前と同様に、妊孕性温存は人工的であるにとらえており、必要であれば受け入れるが、やはり自然妊娠を望んでいる。

このように研究協力者らにとって、産む性の持つ意味は、がんの闘病過程の中で変化していた。その意味は、研究協力者らに共通した意味もあれば、個々に異なる場合もあった。特に保護・隔離された産む性に対する意味は、がん患者だからこその治療の糧という意味があることは特徴的であると思われる。また妊孕性温存（高度生殖医療）の意味は、妊孕性喪失の危機に瀕した時は、その危機を救ってくれる希望の方法にとらえられるが、移植時にはその人のがん診断以前の妊孕性温存に対する価値観に基づく意味に立ち戻っていた。

IV. 看護への示唆

1. がんになっても生殖年齢特有の課題をもつ女性として関わる

生殖年齢にある女性は、身体が成熟し妊娠・出産できる状態になり、就職、結婚、子どもをもつこと、職業継続などのライフコースの選択が課せられる年代にある。現代女性のライフコースは多様になっていることから、その選択には困難も伴い、生殖年齢にある女性はその困難さに向き合いながら自分の人生を生きている（岡本&松本,1999）といわれている。

本研究の研究協力者らは、既婚の 30 代から 40 代前半の女性たちであり、仕事・キャリア

アの優先あるいは30代での結婚により子どもをもつことが同年代の女性に比べ先延ばしとなっているという特徴があった。そして彼女たちは30代、40代となり、年齢による妊孕性の低下を意識しながらも、子どもをもつことを期待している人たちであり、子どもをもつという課題を有する人たちであった。がんになっていなくても研究協力者らは、子どもをもつという課題の選択の分岐点で様々に悩み、葛藤し、時にアイデンティティの危機を感じながらもその過程を通して成長・成熟していく（鈴木,2015）、その人生の通過点にある人たちであったといえる。

しかし、がんの診断は、彼女たちを生殖年齢にある女性からがん患者へと大きく変えてしまう。がん医療の進歩にもかかわらず1981年以降、日本の死因の第1位はがんであり（厚生労働省,2016）、命を脅かす疾患というイメージは根強いものがある。そこで研究協力者らも、自らの生命の危機感から、もはやがんになってしまった自分は子どもをもつことはできないとあきらめたり、がんのことで頭がいっぱいとなり子どものことは考えられなくなるなど、自らの子どもを産み育てるという生き方ができる可能性そのものを一旦閉ざしてしまっていた。以前であれば、そのままの状況でがん治療を継続し、がん治療後、妊孕性が温存されていることを祈るしかなかった。しかし、近年、がん・生殖医療の進歩により、がんの治療過程で、がん治療を調整しながら妊孕性温存を試みるのが可能となってきている現状がある。現実的には妊孕性温存は、身体的・精神的・経済的負担や妊娠・出産率が必ずしも高いものではないという限界や、がん治癒と子どもをもうける可能性を守ることの両立が困難なことも多く（高橋&林,2015）、必ずしも実施すればいいというものではない。しかし、妊孕性温存の情報は、研究協力者らにとって、希望や救いととらえられ葛藤しながらも、本研究協力者らは、妊孕性温存に挑戦することで産む性の保持にかけ生きようとした。

生殖年齢にある乳がんサバイバーは、同世代の女性と異なり、がんになったことで産む性に向き合わざるをえなくなるという特異な状況におかれるが、子どもを産み、家族を形成する権利は最も尊重されるべき基本的人権の1つであることや、若年女性がん患者にとって、妊孕性に対する影響と妊孕性温存の情報についての関心は最も高い（Gupta, Edelstein, Albert-Green, & D'Agostino, 2013）こともあり、看護師は生殖年齢にある乳がんサバイバーに対し子どもをもつという課題を有する女性として関わる姿勢が求められると考える。

2. 可能存在として関わる

研究協力者らが、妊孕性温存に挑戦することによって産む性の保持にかける『可能存在』として存在できたのは、がんと診断され、産む性を閉ざした研究協力者らに、妊孕性温存の情報が提供されたことが大きく影響している。この情報が提供されなければ、研究協力者らは産む性を閉ざしたまま、がんになっても子どもをもつ可能性があること、子どもをもつことを考えてもかまわないことに気づかないまま、妊孕性に影響するがん治療（化学療法、ホルモン療法）に入っていたであろう。

研究協力者らは、がんと診断され子どものことを気がかりに思いながらも自分からは医療者に伝えられない傾向があった。これは研究協力者自身が、がん治療過程で妊孕性温存ができるという情報を医師から提供されるまで知らなかったこともあるが、がんという命にかかわる病気になり、治療方針も定まらず、治癒するかどうかにも不確かな状況にある自分が、子どもをもちたいという希望を伝えていいのか躊躇する面があったことが考えられる。最近の調査でもがんによる妊孕性喪失の危機を抱いているがん患者は、医療者との妊孕性の問題に関するコミュニケーションが困難であり、孤独を感じている（Goossens, Delbaere, Beeckman, Verhaeghe, & Van, 2015）ことが示されており、その悩みを誰にも相談できないまま一人で抱えてしまうことが多く、患者からは、この話題について切り出しにくい状況があることがうかがえる。ASCO によるガイドラインが発表され、がん治療による妊孕性への影響とその対策について患者へ説明する必要性が示されてからも、医師、患者ともにコミュニケーション不足である（Forman EJ et al., 2009; Gorman et al., 2011; Loi K et al., 2012; 久保ら, 2013; Furui, 2016）という報告は続いている。特に、主治医は、妊孕性温存の選択はがん患者にストレスを与えるという認識がある（Quinn G.P et al., 2009）という。確かに、がんと診断され、生命と妊孕性喪失の危機を感じ、精神的に脆弱な状況にある中で、妊孕性温存の選択まで課せられることは、生殖年齢にある乳がんサバイバーにさらなるストレスを与え、混乱、葛藤を生じさせることは間違いない。

本研究協力者らは、全員、がん・生殖医療の分野では先駆的な取り組みがなされている施設でがん医療と生殖医療の連携のもと治療・ケアが実践されており、家族の支援も得られているという状況にある人たちであった。そのため、妊孕性温存をすることで産む性の保持にかけようとするのができたのは、周囲の人の様々な『気遣い』を相互に受け取りながら達成できた面も大きいと思われる。それでも、本研究においてがんと診断された生殖年齢にある乳がんサバイバーが、子どもをもつという生殖年齢に特有の課題に向き合い、

生命と妊孕性喪失の危機を感じながら、自分の命と女性の生き方に関わるがん治療と妊孕性温存に関する意思決定が重複して課せられる過酷な状況のなかでも自らの可能性にむけて、妊孕性温存に挑戦することで産む性を保持しようとする『可能存在』であることが示された。

この点からも、医療者が、一時的にがん患者を擁護するような姿勢でその情報を伝えないことは、その人自身そしてその人の可能性を尊重していないことになると思う。産む性に向き合う機会をがん患者であるという先入観や偏見で奪われてはならないのである。看護師は生殖年齢にある乳がんサバイバーがどのような状況におかれても適切な支援があれば自らの可能性を見出し、選び取って、その可能性にむかっていくことのできる『可能存在』であるということ的前提に関わる必要があると考える。

3. 受精卵凍結保存までの存在了解の変化と感情の揺れを理解する

受精卵凍結保存までの研究協力者らの産む性に対する『存在了解』は、産む性を閉ざす、産む性に覚醒する、産む性の保持にかけると短期間で大きく変化し、その変化には、絶望、ショック、悲しみ、高揚感、期待感の高まり、不安、葛藤など感情の大きな揺れを伴うことが特徴であった。(図1)

産む性を閉ざすことに伴う感情の揺れは、がん診断と同時に起こり、がんによる生命の危機、子どもを産み育てる生き方の喪失の危機により生じていると考えられる。そのため、がんに対する脅威や、子どもを産み育てる生き方に対する思い入れが強いほどその喪失感も深く絶望感や落胆が大きくなると考えられる。このような心理状態で研究協力者らは妊孕性温存の情報を得ていた。妊孕性温存の情報は、がん治療後の生を前提とした話であるため、産む性を閉ざしている時の落ち込みが深く長びいている場合は、より希望や救いととらえられ、研究協力者らの気分を高揚させる。その後、生殖医療医のもとで妊孕性温存に伴う現実的な問題や限界を知ることで研究協力者らはその選択に悩み葛藤する。このように受精卵保存までの存在了解に伴う感情の揺れは、研究協力者らがおかれた状況や提供される情報の性質により上記のように引き起こされ変化するのは、自然なことである。そして妊孕性温存の情報が伝えられる際の感情の揺れ幅自体は、その人のがんに対する脅威や子供を産み育てる生き方に対する価値観によって異なり、がん診断の受けとめや挙児希望の程度を把握することで、ある程度予測はできるが事前に軽減することは難しいと思われるが、看護師は、妊孕性温存の情報提供の際に、感情のゆれは自然なことであると伝え、

ねぎらいつつ、がん治療との調整上、やむをえず、がん治療前に伝えているという理由もあわせて説明したほうがよいと思われる。

また本研究協力者らは、妊孕性温存の選択について困難で負担のある体験であったと述べてはいるが、妊孕性温存の情報を得て、自分なりに決めることができたことに対しては後悔している人はいなかった。これは、彼女たちが受精卵を凍結保存できた影響もあると考えられるが、妊孕性温存に関する選択に際し、今後の自らの女性の生き方に向き合い、自分なりに決めるという機会を得ることが重要であることを示している。そのことを看護師が乳がんサバイバーに伝えることにより、妊孕性温存に関する意思決定をがん治療前にすることの意味を彼女たちなりに肯定的にとらえていくことができると考える。

また本研究協力者らは、全員、初診時の病院でなくセカンドオピニオン先で妊孕性温存の情報を初めて聞いていた。そのため、診断されてから妊孕性温存の情報を得るまでに1か月以上たっている人もおり、不妊の可能性を認識してから妊孕性温存ができるという情報を知るまでの期間は、個人によってばらつきがあった。さらに産む性に覚醒することに伴う感情の揺れで問題なのは、妊孕性温存に対する期待度が高まりすぎた状態で生殖医療医を受診した場合の落胆の大きさにあると思われる。特に、がん医療とは別の生殖医療施設に紹介される場合は、緊張や不安も高く負担も大きいと考えられる。そのため、“妊娠可能性の評価や生殖補助技術についての具体的、専門的判断は生殖医療医にゆだねることになる”が、主治医からも、ただ生殖医療医を紹介するのではなく、乳癌診断時の一般的な妊孕性評価（年齢、不妊治療歴）、妊孕性温存方法の概要と原疾患の治療に与える影響、妊孕性温存の時間的許容度などの基本的な情報は伝えておく必要はあるとされている（日本がんと生殖医療研究会ら、2014）。そしてがん医療側の看護師、生殖医療側の看護師は、ともにがん診断から生殖医療受診に辿り着くまでの状況や本人の感情の大きな揺れを慮り、生殖医療に何を求めているのかその期待や希望を理解し、寄り添う姿勢がまず求められる。このように看護師が患者に関心を払いつつ、患者のもとに居合わせることが大切である。これは物理的にただその場に居合わせるのとは全く意味が違う。看護師が自分のことをかけがえのない人格として意識してくれていると感じるとき、看護師との視線の交差、ボディランゲージや声の調子を通じて、患者は自分に対する気づかいを感じ、安らぎがもたらされる（Benner & Wrubel, 1989）という。若くして思いがけずがんと診断され、精神的に不安定な状況におかれても、子どもをもちたいと願い生殖医療医受診に至っているその人の思いに関心をはらうことで醸し出される看護師のねぎらの態度や励ましなどの一言は、

この時期の不安定な患者の気持ちを癒すことにつながると考える。そして生殖医療医からの情報の理解や受けとめを確認し意思決定できるようサポートすることが求められる。

またがん診断から生殖医療受診までの慌ただしい特異な状況下で、生殖年齢にある乳がんサバイバーの感情の揺れが不必要に大きく、長引かないようにするためには、がん患者の生殖医療について案内、連携、相談ができる専門家としてナビゲーターという役割を担う看護師がいることがやはり望ましい。看護師はがん診断時から患者と関わる機会があり、その人のがんに関する情報だけでなく心理社会面の情報も把握しやすい。また医師をはじめとする多職種とも連携・協働しやすく、患者・家族間の調整をするうえでもナビゲーターとして適切な立場にあると考える。またがんになっても子どもをもつことを考えてもかまわない、妊孕性温存をがん治療過程で試みることもできるという一般の人への啓発も必要であると考ええる。

4. 産む性の意味の変化と子どもをもつことに対峙する不安・負担を理解する

本研究において産む性の意味は、その人によってまた時期によって変化していたが、妊孕性温存（受精卵凍結保存）を意思決定する時期においては、まず子どもをもつことにつながる妊孕性を失いたくない、保持しておきたいという意味が共通していた。そして、がん治療を乗り越えて生きるために、産む性は、治療の糧、目標となっていた。闘病中の研究協力者らにとって受精卵は、自分の所有物のような感覚があり、お守り、保険であること、また時にごん闘病中の自分を励ましてくれる存在であると語られており、どちらかといえば自分のためであった。そしてがん治療が落ち着いてきたと感じ始めた頃、子どもをもちたいという感情が強くなると考えられた。このように産む性の意味の比重は、妊孕性の保持、治療の糧、子どもをもつということへ移行していると考えられた。看護師はまず、妊孕性温存の意思決定過程において、産む性の意味が、妊孕性の保持、治療の糧、子供をもつという変化があるということを知り、現在、どの段階にいるのかは把握して関わる必要があると考える。

柏木（2001）は、子どもを産む理由には＜情緒的価値＞、＜社会的価値＞、＜個人的価値＞という 3 つの価値と＜条件依存＞、＜子育て支援＞という 2 つの条件があることを示している。本研究協力者らは、妊孕性が保持され、がん治療もある程度の目途がついたところで、移植を現実的に検討しはじめ、子どもをもつことを意識していた。研究協力者らにとって、子供をもつ意味は、子供を産み育てる生き方をしたいことが根底にはあるが、

夫や姑のため、夫婦にとって必要、同世代の女性と同じでいたいなど多様であった。そのため、子供をもつことの意味は、個別の文脈で理解する必要がある。そして一般の女性と異なり、研究協力者らに特有なこととしてがん患者である自分の産む性をどうとらえるかという問題がある。つまり柏木が示している理由の<条件依存>にがんの状況が加わるのである。受精卵保存までの局面では、がん患者である自分が子どもをもつことに対峙する精神的余裕、時間的猶予のない場合が多く、その課題は、持ちこされて先延ばしになってきた面がある。子どもをもつということは、子どもを養育していく責任を夫婦で引き受ける意味もあり、がん患者の場合、再発リスクをどうとらえ、夫婦でその責任をどう引き受けていくかという問題がある。やっとの思いで妊孕性温存に挑戦し、がん治療を続けてきたからこそ、やはり、移植して子どもをもちたいと思う反面、無理をして再発をしてしまったら元も子もないと怖くなり、子どもをもつことに対し、必要以上に恐れてしまう場合もあるかもしれない。しかし、再発するのかもしれないのか、いつ再発するのかは結局、誰も正確に予測することはできない。このような不確かさの中で、がん患者である自分の産む性に向き合うことの負担や不安について看護師は理解して関わる必要があると考える。

また本研究協力者らで特徴的だったこととして、治療の目途がついたことの安心感、年齢、同世代の女性との比較などから早く子どもをもちたいと焦って移植に臨もうとする行動がみられた。乳がんの場合、最近の研究から術後ホルモン療法の期間が5年間から10年間へと長期に行うことが推奨されるようになると予測されて (Davies et al.,2013) おり、個々の患者にとって妊娠に最適な時期を判断する必要がある (日本がん・生殖医療研究会ら,2014) とされている。そのため、特に乳がんの場合は、補助療法開始前やがん治療の完遂前に移植の時期や心配について相談してかまわないことを伝えておく必要があると思われる。

また子どもをもつことに対しては、共にがんぼうとする夫婦、あえて何も言わず移植はしない方向で考えている夫婦がいたように夫婦二人の温度差が少ない場合もあれば、Dさんの夫が子どもをもつことに消極的であったように、夫婦で温度差のある場合もある。夫を含めた家族にとって、妊孕性温存は、本人の妊孕性保持と治療の糧という意味では賛成であったが、実際に子供をもつという段階では、躊躇する、あるいはあえて反対する場合もあると思われる。また本研究協力者らは夫婦の関係が比較的良好であったが、がん治療に伴い夫婦関係に亀裂が生じる場合もある。凍結受精卵は、妻だけのものではなく夫婦二人のものである。その点からも現実的に移植をいつ行うかという説明時には、夫にも同

伴してもらい、双方の不安や意見を聞き、夫婦の合意を確認し移植がすすめられるような体制が望ましいと考える。

5. 長期的支援の方向性

研究協力者らは、自分たちが子供をもつことは難しいことを踏まえつつも、自分の年齢に向き合い、同病者の体験から現実の厳しさを知ったり、励みにしたり、あえて近づかないようにするなどの対処をしながら、産む性を保持できた意味を前向きにとらえて生きようとしていた。そして、受精卵凍結保存から数年後やっと研究協力者らは子供をもつということに向けて現実的に考え、動き出していた。

あくまで生殖年齢にある乳がんサバイバーの妊孕性温存の意思決定過程は、女性の一生においてひとつの通過点にすぎず、女性の生き方のゴールではない。がん治療後に子どもをもつことができる人もいればできない人もおり、その現実を受け入れてその人なりの女性の生き方を再構築していくことが求められる。今回の研究協力者らが、産む性と終焉をどのように迎えるかについては現段階では分からない。しかし、妊孕性温存の成功率は必ずしも高いわけではなく、妊孕性温存の恩恵を受けるひとは実際のところはかなり少ないのではないかと思われる。特に治療後30代後半～40代であれば、凍結受精卵の移植が終われば、その後の自然妊娠はもちろん、不妊治療を継続して妊娠・出産に至ることもかなり厳しいといわざるをえない。

人間は『可能存在』であることは前述したとおりであり、どのような状況になっても、彼女たちは、自分なりに産む性の終焉を迎え入れ、新たな自分に向けて生きていくとは思われる。しかし、がんとなったからこそ、彼女たちは、同世代の女性以上に産む性に真剣に向き合ったと考えられる。そして、彼女たちは、過酷な状況におかれながらも自らの子どもを産み育てる生き方を一生懸命にめざしていた。そんな彼女たちにとって産む性は、たとえ、子どもにつながらなくても必死に自分なりに努力した証としての意味をもつのではないだろうか。またそのように感じられるような支援が必要であると考え。

また『可能存在』であるとはいえ、自己の様々な可能性を見出すためには、やはり情報が必要である。近年、日本においてもがん・生殖医療の啓発、教育、研究活動が活発化し、各地域でのがん・生殖医療ネットワークも構築されはじめており(古井ら,2014)、以前より情報やサポートを得やすくなってきていると思われる。また様々なカウンセリングやピア・サポートが試みられている(Deshpande, Braun, & Meyer, 2015; Schover et al., 2006)。

子どもをもつことを望んでいたがその望みが叶わなかった場合の悲嘆のケアにはカウンセリングが有効な場合もあろう。またがん治療後に様々な生き方をしている乳がんサバイバーの体験を見聞きする機会があれば、女性の多様な生き方について視野を広げることにつながると思われる。看護師は、がん・生殖医療の動向やカウンセリング、ピア・サポートに関する情報へのアクセスを知り、がんを患った女性が自らの生き方を再構築するプロセスにおける悩みや相談の窓口として存在していることを継続的な関わりの中でまず示していくことが求められる。そして長期的支援の核は、その人が自分の産む性にどのように向きあってきたのか、その過程を振り返りながら自分を認め、女性の生き方の視野を広げて、新たな自分の可能性を見いだすことであると考えられる。

V. 本研究における限界と課題

本研究協力者らは30代～40代前半の既婚の乳がんサバイバーであり、がん医療と同施設内にある生殖医療部門で妊孕性温存に挑戦し、夫の協力も得て、全員、受精卵を凍結保存できた人たちであった。またこの施設は、がん・生殖医療分野で先駆的な取り組みがなされており、がん医療と生殖医療の連携・協働がはかられていた。このように本研究協力者らは比較的、ケア体制が整っていた中で医療者や家族からの支援を受けて妊孕性温存に関する意思決定の体験をしていたことが共通する特徴である。しかし、乳がんのタイプにより全員、化学療法が実施されたが、ホルモン療法の適応は3名のみで補助療法の種類が異なっていた。また再発リスクを考慮して受精卵の移植に際し、ホルモン療法の中絶が認められた人と認められなかった人がおり、現実的に移植を検討する際の体験には多様性がみられ、本研究による一般化は難しい。

それでも妊孕性温存に至るまでの局面においては、産む性を有する自己の存在了解の変化に伴う感情の揺れが大きかった。このことからがん医療と生殖医療の連携が不十分な場合など支援が得られにくい場合は、より感情の揺れ幅は大きく、長くなる可能性があると思われる。日本では生殖医療部門がないがん医療施設も多く、外部の生殖医療施設に紹介することも多い。患者の感情の揺れ幅をできるだけ小さく、また短くできるような妊孕性温存に関する情報提供のあり方やがん看護・生殖医療看護の連携・協働の在り方については誰もがアクセスできる情報リソースの整備と施設ごとに地域特性に即して検討していく必要があると考える。

本研究では、生殖年齢にある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

ける女性の生き方を記述したことにより、彼女たちがおかれた状況と感情の揺れ、産む性の共通の意味や変化など対象理解につながる結果を得ることができ、一般の看護師に求められる姿勢や関わり方についての示唆を得ることはできた。今後は、ナビゲーターの教育や妊孕性温存の意思決定支援の具体的な支援方法、内容の検討が求められる。

また前述したように乳がんのタイプによって補助療法が異なる点で、妊孕性温存の意思決定後の女性の生き方は多様性があるため、補助療法の体験や再発リスクによってどのような共通性、差異があるのか検討するとともに、がん治療過程で妊孕性温存をした人、あるいはしなかった人のその後の経過についても調査をすすめる、長期的な支援についても検討していく必要がある。

そして本研究協力者より若年の方や未婚の方、乳がん以外のがんサバイバーの場合は、恋愛、結婚という課題を有していることや治療の内容・緊急性が異なり、がん治療前に妊孕性温存を試みることも自体、難しい場合もある。そのため、妊孕性温存に関する意思決定の様相やその後についても本研究協力者の体験とは異質な面もあり、特別な支援が求められると考えられ、対象を拡げて研究をすすめる必要がある。

本研究において研究者ははじめて現象学的アプローチを用いた研究を実施した。本研究は、現象学を専門とする教員のスーパーバイズを受けながらすすめたため、ハイデガーの哲学を理論基盤に分析を行う際、適切に研究を進めることが可能であった。しかし研究者ははじめて現象学的アプローチを用いた研究を実施したため、研究者の力量不足は否めない。今後、研究者自身が、さらに現象学に基づく研究方法について研鑽を積んでいくことが必要である。

第7章 結論

本研究は、生殖年齢にある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を現象学的アプローチを用いて記述し、その体験の本質を見出すことを目的とした。生殖年齢にある乳がんサバイバー4名の面接記録を分析した結果、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は、自らの遺伝子を受け継ぐ子どもを自ら産み育てる生き方ができる可能性をどのようにとらえ、どのように向き合い生きていくかを決めていく体験であった。そこで自らの遺伝子を受け継ぐ子どもを自ら産み育てる生き方ができる可能性を産む性と定義した。結果として<産む性の低下を意識する><産む性を閉ざす><産む性に覚醒する><産む性の保持にかける><がん患者である自分の産む性に対峙する><自分なりに産む性をいかす>という6つのテーマが見いだせた。

このように、研究協力者らは、がんによる生命と妊孕性喪失の2重の危機から、産む性を閉ざすが、妊孕性温存の情報を契機としてがん治療と妊孕性温存に関する意思決定が重複して課せられる『被投』された世界におかれても産む性に覚醒し、産む性を保持することにかける(『企投』)ことができた。その後、移植を検討することを契機とし、がん患者である自分の産む性に対峙させられる『被投』された世界におかれ、産む性を保持できた意味を前向きにとらえ自分なりに産む性をいかそう(『企投』)としていた。このように生殖年齢にある乳がんサバイバーは、妊孕性温存に関する意思決定過程という特異な状況におかれても、おのれの『実存』を遂行できる『可能存在』であることが示された。また<産む性を閉ざす><産む性に覚醒する><産む性の保持にかける>という存在了解の変化は短期間のうちにおこり感情の大きな揺れが伴っていることが特徴であった。そして産む性の意味は多様であったが、妊孕性の保持、治療の糧、子供をもつということは共通しており、治療の糧は乳がんサバイバーに特徴的な意味であった。

乳がんサバイバーの妊孕性温存の意思決定過程における女性の生き方を支援する看護として生殖年齢特有の課題(子どもをもつ)を有する『可能存在』として関わること、存在了解の変化に伴う感情の揺れを予測し寄り添うこと、その人にとっての産む性の意味を理解すること、がん患者であるがゆえに生じる子供をもつことに対峙する負担や不安を理解し関わる必要があることが示唆された。また感情の揺れを不必要に長期化させないための情報提供のあり方、がん看護と生殖看護の連携・協働、がん・生殖医療の啓発、長期的支援の方向性の検討が今後の課題である。

