St. Luke's International University Repository

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

メタデータ	言語: Japanese 出版者: 公開日: 2018-06-27 キーワード (Ja): キーワード (En): female cancer survivor, oncofertility, fertility preservation, decision making 作成者: 高橋, 奈津子, 林, 直子, Takahashi, Natsuko, Hayashi, Naoko メールアドレス: 所属:
URL	https://doi.org/10.34414/00000083

This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 International License.

研究報告

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

高橋奈津子[1)]　林　直子[1)]

Decision Making Process on Fertility Preservation in Female Cancer Survivors

Natsuko TAKAHASHI[1)]　Naoko HAYASHI[1)]

〔Abstract〕

We conducted semi-structured interviews in 4 breast-cancer survivors in their 30s or early 40s who had made a decision regarding fertility preservation during the process of cancer therapy, and performed a qualitative descriptive analysis in order to reveal the decision making process on fertility preservation in female cancer survivors. This process consisted of 3 phases : the process until when they visit a reproductive medicine specialist after receiving a diagnosis of cancer (phase I), the process of actually considering making a decision on fertility preservation (phase II), and the process of evaluation after making a decision (phase III). Five categories including concerns regarding marriage, pregnancy and delivery were extracted from the Stage I, 6 categories including realization of realistic issues of fertility preservation from the Stage II, and 3 categories including feeling difficulty and being confused in selecting fertility preservation from the Stage III. It appeared that, in female cancer survivors, recognition of the way they live as a woman had greatly been affected by the issues that they confronted regarding lives of their own as well as their newborns, and this influenced their decision making on fertility preservation.

〔Key words〕 female cancer survivor, oncofertility, fertility preservation, decision making

〔要　旨〕

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を明らかにすることを目的に，がん治療過程で妊孕性温存に関する意思決定をした30代～40代前半の乳がんサバイバー４名に半構成的面接を実施し，質的記述的分析を行った。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，がん診断後生殖医療専門医を受診するまでの過程（１期），妊孕性温存の意思決定を現実的に検討する過程（２期），意思決定後の評価の過程（３期）があった。１期では，結婚・妊娠・出産に対する気がかりなど５カテゴリー，２期では，妊孕性温存の現実的な問題点を実感するなどの６カテゴリー，３期では妊孕性温存に関する意思決定後も困難さと迷いが生じるなど３カテゴリーが抽出された。女性がんサバイバーは，自分の命と新たな命の誕生の問題に向き合い女性の生き方の認識が大きく揺らいでおり，妊孕性温存の意思決定に影響していると考えられた。

〔キーワーズ〕 女性がんサバイバー，がん生殖医療，妊孕性温存，意思決定

１）聖路加国際大学大学院看護学研究科・St. Luke's International University, Graduate School of Nursing Science

受付　2017年9月19日　　受理　2017年11月14日

Ⅰ．はじめに

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，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り[1]，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。

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ドライン[2]を発表した。そしてがん患者の生殖医療についてoncology（腫瘍学）とfertility（妊孕性）をあわせたonco-fertilityという学際分野ができ，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開設され，2012年に日本がん・生殖医療研究会が発足，2017年に小児・思春期・若年がん患者の妊孕性温存に関する診療ガイドライン[3]が発表され，この分野の発展が期待されている。

妊孕性温存方法は，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が，１回の体外受精での出産率は高くても20％台であり，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の選択は，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るばかりでなく，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絡み，その意思決定過程は複雑な様相があると考えられる。意思決定には適切な情報提供が求められるが，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，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・家族と十分話し合っているわけではなく[4]，医療者や患者・家族の知識不足，コミュニケーション不足が指摘されており，妊孕性温存に関する情報提供の媒体や教育プログラムの開発などの研究がすすめられている。しかし，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調査したものはほとんどないため，本研究の結果により，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支援のあり方を検討するための基礎資料が得られると考える。

Ⅱ．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を明らかにし，看護の示唆を得る。

Ⅲ．研究方法

１．研究デザイン

質的記述的研究デザイン

２．対象

面接調査が可能な身体・心理状態にあるがん治療過程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。未成年，精神疾患治療中の方は除外した。

３．調査期間

2011年12月～2012年６月30日

４．リクルート方法

がん患者の妊孕性温存の相談を受け入れている生殖医療外来の看護師に選定条件にあう研究対象候補者の選定を研究者が依頼し，担当医師に確認後，紹介をうけた。研究対象候補者の来院日時に研究の主旨について研究者が文書を用いて説明し，同意を得た者を研究対象者とした。

５．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。面接は研究対象者一人につき１～２回，全員，妊孕性温存に関する意思決定を終えた時期に実施した。

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」に関係する文章を抽出した。その意味内容を対象者の表現を大切にした上で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，異質性に基づき集約し，サブカテゴリー，カテゴリーを抽出した。分析はスーパーバイズを受け実施した。

７．倫理的配慮

本研究は聖路加国際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（承認番号11-056）。個別に

表１　研究対象者の概要

	A	B	C	D
年齢	30代前半	40代前半	30代後半	30代後半
婚姻状態	未婚 （パートナーあり）	既婚	既婚	既婚
疾患	乳がん	乳がん	乳がん	乳がん
がん診断から生殖医療受診までの期間	約３カ月	約１カ月	約1.5カ月	約６カ月
補助療法	化学療法 放射線療法 治験	化学療法 ホルモン療法 再建術予定	化学療法 ホルモン療法 再建術予定	放射線療法 ホルモン療法
妊孕性温存の選択と実施	選択せず	術前と術後化学療法前に受精卵凍結保存を実施	術後化学療法前に受精卵凍結保存を実施	ホルモン療法を一時中断し採卵準備中

研究の趣旨，個人情報の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る静かな個室を使用して行った。

８．用語の操作的定義

妊孕性温存に関する意思決定過程：

生殖年齢にある女性がんサバイバーが，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の選択を現実的に検討する過程

妊孕性温存：

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

IV．結果

１．研究対象者の概要

対象者は４名で全員，乳がんであった。未婚者１名は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。がん診断から生殖医療医への受診までの期間は，１カ月～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。生殖医療医を受診後，妊孕性温存に関する意思決定までの期間は数日から１カ月程度だった（表１）。

２．妊孕性温存に関する意思決定過程

インタビュー結果から女性がんサバイバーの妊孕性温存の意思決定の過程の体験は，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。なお，インタビュー時間は，平均63分だった。

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

対象者は全員，がん告知を機に＜子ども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ども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，女性として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，妊孕性温存があることを知ることでかえって，【妊孕性温存の情報を機に子ども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，自らの生命の危機を強く感じ，補助療法がどうなるか決まるまでは＜がんやがん治療に対する不安が高い＞。そのため＜がん治療が優先で子ども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＞と感じた対象者もおり，【がん・がん治療に対する不安が強く子どものことは一旦棚上げする】ことで対処していた（表２）。

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

がん主治医の紹介により生殖医療医を受診し，対象者

表２　がん診断後，妊孕性温存について生殖医療医へ受診するまでの体験

カテゴリー	サブカテゴリー	コード
結婚・妊娠・出産に対する気がかり・戸惑い	子どもがほしい気持ちを再認識	主治医にいずれ子どもが欲しいことを伝えた
	がん治療後の妊娠が可能なのか気になり戸惑う	告知時にすぐ妊娠できるのかが気になった
		がん治療後，いつから妊娠が可能なのか分からなかった
	パートナーとの別離の可能性を意識	医師から病気をきっかけに別れてしまうカップルもいると聞く
		妊孕性温存の説明はパートナーと共に聞く必要があると考え，不妊の可能性についてパートナーに話す
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	不妊への関心は薄く漠然と子どものいる人生を思い描いていた	漠然と自分は自然にすぐ子どもができると思っていた
		不妊の問題は自分とは無縁であり，知識もなかった
	不妊の可能性は受け入れがたく悲しかった	がん治療後の年齢では自然妊娠は難しいことを知り悲しく思う
		乳がんより妊娠できないことが悲しかった
		子どものことが気になり不妊の可能性は受け入れがたかった
妊孕性温存に関する情報，医療者の対応の不十分さ	妊孕性温存について主治医は親身に相談にのってくれる感じはなかった	子どもがほしい気持ちを再認識し医師に伝える
		がん治療中に妊娠できても中絶しなければならないと言われた
		妊娠のためのホルモン療法中断は本人の気持ち次第と主治医に言われる
		主治医は妊孕性温存方法について人ごとのようにいうくらいだった
	主治医からの情報では自分の情報ニードが満たされなかった	主治医は生殖医療の専門ではないので仕方ないと思う
		がんの情報が欲しいときに妊孕性温存の説明をうけた
	自分で妊孕性温存の情報を得ることの限界	自分で本やネットで妊孕性温存について調べ専門外来や体験談の情報を得るが不十分だった
		患者会に行ったが，年上のひとばかりで一番の悩みであった妊娠・出産のことは言えなかった
		周囲に，乳がんのひとや体外受精をやっているひともいなかったので相談できなかった
		がん患者のための生殖医療の地域格差の問題を認識する
		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
妊孕性温存方法の情報により焦りと期待が高まる	妊孕性温存を現実的に検討できる情報を得る	主治医より妊孕性温存方法，施設を紹介してもらう
	妊孕性温存に対し気持ちがはやる	すぐに紹介された生殖医療施設に電話した
		抗がん剤の治療開始前にできたら卵をとっておきたいと思った
	子どもがほしい気持ちが高まる	子どもが可能であるならなんとかしたい
		子どもができないかもと思うと急に子どもがほしい気持ちが高まった
がん・がん治療に対する不安が強く，子どものことは一旦棚上げする	がんやがん治療に対する不安が高い	手術前は，がんのことで頭がいっぱいで不安だった
		手術方法や補助療法などのがん治療がどうなるか不安だった
	がん治療が優先で子どものことまで考えられない	がん治療が優先で自分のことで精いっぱいだった
		手術前になると，子どものことまでは考えられなくなった
	妊孕性温存について考えることが負担	がん治療のことに加え，生殖医療のことも考えなくてはいけないのかと思った
	化学療法が必要になった時に，妊孕性温存についてまた考える	抗がん剤を使うことになったら，子どもをどうするかまた考えようと思った
		抗がん剤をすることになったら，そのときに子どものことを再度相談すると言われた

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現実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で，“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＜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，年齢の問題，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，万が一子どもができても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，＜がん罹患による子ども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，“確率は低くても子ども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生きたいのか【自分の人生における子どもの存在と妊孕性温存をすることの意味

表３　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体験

カテゴリー	サブカテゴリー	コード
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	情報量が多く整理しきれない	妊孕性温存方法や費用などの基本的情報を得る
		専門外来（不妊外来）での妊孕性温存に関する情報量が多く一人では整理しきれない
	生殖医療医の態度や実績の少なさから妊孕性温存すべきか分からなくなる	がん患者の妊孕性温存の実績はまだ少ないことを知る
		妊孕性温存をするべきかどうか分からなくなった
		生殖医療医は，妊孕性温存をすすめる感じはなかった
妊孕性温存に伴う現実的な問題点を実感する	妊孕性温存に対する抵抗感	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
		妊孕性温存までする必要はないと思う
	妊孕性温存の成功率の低さから実施する意味を考える	妊孕性温存（体外受精）の成功率は低いことを実感する
		妊孕性温存に挑戦しても採卵できる保証はなくやる意味があるのか考えた
	年齢的に妊孕性温存で子どもをもつ可能性に対する葛藤	年齢的に妊孕性温存しても妊娠することは難しい
		30代半ばで子どもをあきらめるのは早いと思う
	妊孕性温存には身体的・経済的負担が伴うことを知る	採卵の準備には身体的負担が多い
		妊孕性温存にはお金がかかる
	未婚状態で受精卵保存をしておくことの将来的な問題点を認識する	未婚のため，受精卵保存はできないと医師にいわれる
		受精卵を保存してもパートナーと別れる可能性もありうる
	妊孕性温存の選択までの時間的制約を意識する	妊孕性温存を決めるまでの期間は意外に短くじっくり考える余裕がない
		月経周期により妊孕性温存の日程が左右され焦る
自分の人生における子どもの存在と妊孕性温存をすることの意味を模索する	自分の挙児希望の度合いを自問自答する	自分の子どもがほしいという強い気持ちを自覚する
		自分のことより切実に子どもを望んでいるわけではない
		子どもがほしくないわけではなく授かればいいとは思う
	がん罹患による子どもをもつことへの躊躇	がんの状態は予測できないので再発した場合，万が一子どもができても育てられるのかと思う
		子育てや治療にお金がかかるので経済的にやっていけるのか不安になった
		治療後は夫婦の年齢が子どもをもつには高齢であると思う
		がん患者の自分と他の人は妊娠・出産の問題は異なる
	子どもの存在の意味から妊孕性温存選択について考える	子どもが人生においてすべてではないと思うが気持ちが揺れ動く
		妊孕性温存までして自分は何がしたいのか自問自答する
		子どもを育てる覚悟のない自分が妊孕性温存していいのか迷う
	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	妊孕性温存できる選択肢が自分にはある
		１回だからやってみてもいいと考える
	妊孕性温存方法を試すことで納得できる	確率は低くても子ども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
		妊孕性温存しなかったら後悔するかもしれない
		妊孕性温存を試し，うまくいかなくてもあきらめがつく
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	がん治療と妊孕性温存との調整の問題を認識	再発予防の治験に参加するためには排卵誘発剤を使うことはできない
		化学療法開始前に採卵することが時間的に厳しい
	妊孕性温存をすることで再発リスクをあげたくない	子どものことより本人の命が亡くなることの方が悲しい
		再発予防の治験に参加するためには排卵誘発剤を使うことはできない
		化学療法を延期せず，がん治療を優先することを選択した
		ホルモン療法の１～２カ月の中断は問題ないと医師に言われた
	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	化学療法が必要なかったので身体的・経済的に楽だと思った
		再建術を考えなくてもよかった
夫（パートナー），家族から子ども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	夫やパートナーは，子どもをもてないかもしれない自分や人生を受け入れ，妊孕性温存をすすめなかった	夫は子どもより自分の命を優先に考えてくれた
		夫は子どものいない人生を受け入れてくれた
		夫は妊孕性温存はすすめなかった
	夫は自分の意向に沿ってくれた	夫は自分の気持ちを尊重してくれた
		夫は妊孕性温存をやりたいなら協力すると言ってくれた
	夫が最後に妊孕性温存することを後押ししてくれた	夫は妊孕性温存をするか悩んでいるのをみてやればと言ってくれた
		紹介元の病院に戻ることを夫が後押ししてくれた
		前向きに考えようと夫は励ましてくれた
	家族は妊孕性温存よりがん治療を優先するようすすめた	家族は，化学療法を遅らせるよりがん治療を優先してほしいという意見だった
がん医療と生殖医療の連携の必要性を実感する	がん治療施設と同施設で妊孕性温存ができる安心感	前の病院は体外受精ができる施設ではなかったので，そこでは受精卵保存はできなかったと思う
		がん治療と生殖医療が同じ病院ででき，医師も連携をとってやってくれるのでよかったと思う
		紹介元の病院のスタッフは温かく迎えてくれた
	別施設の生殖医療医の態度に対する不信感	不妊クリニックの医師の言動が辛辣で非常に傷つき，不信感を抱く

表４　妊孕性温存に関する意思決定後の評価の過程

カテゴリー	サブカテゴリー	コード
妊孕性温存に関する意思決定後も困難さと迷いが生じる	妊孕性温存の情報を得るタイミングが難しい	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
		もっと早い時期に妊孕性温存について情報を得ていたら何か手だてをもっと真剣に考えることができたのではないかと思う
	妊孕性温存の選択は自分で決めなければならないという困難感	妊孕性温存の選択はなかなか決められない難しい問題である
		専門外来の先生もすすめることない
		妊孕性温存の選択は自分たちで決める問題である
	意思決定の仕方，結果に対する迷い	選択の仕方に確信がもてない
		決定後も気持ちがゆれる
		焦って出した結果が果たしてよかったのか間違っていたことだったのかずっと分からなかった
		受精卵保存をすることの意味を見いだせない
自分で決定し妊孕性温存ができたことの肯定感	自分で妊孕性温存の選択ができたことを肯定的にとらえる	自分でよくこれだけの決断をしてきたなと思った
		自分で妊孕性温存について決めることができてよかったと思う
	妊孕性温存できたことに安堵する	妊孕性温存についての情報を得て凍結保存できてよかったと思う
	妊孕性温存の利点を意識する	妊孕性温存は，治療後，生理が回復しない時の保険としての意味合いが強い
		妊孕性温存は費用がかかるが，それで子どもができる人がふえればいいと思う
	体外受精の体験を直接聞くことで力を得る	体外受精の体験者に話を聞き，前向きな気持ちになる
	患者会で妊孕性温存の選択の体験を開示し，応援を得る	患者会で，妊孕性温存をすることを話したところ，参加者が真剣に聞いてくれ応援してくれた
がんとともに生きる自分の人生を前向きに考える	がん治療後にも子どもをもつ可能性があると信じる	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
		がん治療により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
	子どもをもつことに固執しない	子どものいない人生も肯定的に視野に入れる
		子どもに対する気持ちが変化する可能性もある
	がん治療や今後の人生に対する前向きな気持ち	受精卵保存できたことで化学療法に対し安心して取り組むことができた
		妊孕性温存するための術式選択と手術に対する覚悟ができた
		子どもを産み育てるためにもがん治療をがんばろうと思った

を模索する】ことで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ども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），家族から子ども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＞を抱いた対象者もおり，【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（表３）。

３）妊孕性温存に関する意思決定後の評価の過程の体験

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”，“決定後も気持ちが揺れる”と【妊孕性温存に関する意思決定後も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，妊孕性温存について知ることで，“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，＜がん治療後にも子どもをもつ可能性があると信じる＞一方，“子どものいない人生も肯定的に視野に入れる”など，＜子ども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】ようになった（表４）。

V. 考察

1．女性の生き方の揺らぎ

女性がんサバイバーの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と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。

第１期では，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，【結婚・妊娠・出産に対する気がかり・戸惑い】と【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】を感じていた。Hershberger の調査[8]でも，本研究と同様に，意思決定の最初の局面で，がんであること，がん治療による妊孕性への影響を知ることで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ていた。また今回の対象者は，30代～40代前半であり，妊孕性が低下していく年齢にあたるが，その自覚があまりなく，＜不妊への関心が薄く漠然と子どものいる人生を思い描いていた＞たため，ショックや受け入れがたさをより感じたと考えられる。

また対象者らは，妊孕性温存に関する情報により，子どもに対する焦りと期待が高まっていた。がんの診断は，生命と妊孕性喪失の危機をもたらす。そこで対象者らは，もはや自分に子どもを産み育てる生き方ができないと考えていた。しかし，妊孕性温存の情報により，対象者らはがん治療後に子どもをもつ可能性が残されることに気づくことで，子どもに対する焦りや期待が高まったと考えられる。このような心理状況で短期間に妊孕性温存に関する意思決定を迫られる特殊な状況下におかれるため，生殖年齢にある女性がんサバイバーは，短絡的に妊孕性温存をするという方向に引きずられやすい面があるかもしれない。

第２期では，生殖医療医から妊孕性温存方法についての詳細な情報を得ることで【妊孕性温存の詳細な情報を得たが選択すべきどうか分からなくなる】と混乱する状況もあった。その後，妊孕性温存の限界やがん治療との調整と再発リスクという現実的な問題と向き合い，自分の女性としての生き方や子どもの存在の意味を自問自答し，夫（パートナー）の支援も受けながら，妊孕性温存に関する意思決定をしていた。この局面では，がん患者である自分の将来が不確かな状況で，さらに妊娠・出産・育児という女性特有のライフイベントのことも自分で決めなくてはならないという課題が生じ，負担感が大きいと考えられる。

そして，第３期で自分の妊孕性温存に関する意思決定について評価しながらも女性としての生き方の模索は続いていた。子どもをもつ可能性があることを信じる一方，子どもに固執しないようにする対象者もおり，様々な思いを抱いていることがわかった。

このように生殖年齢にある女性がんサバイバーは，がんの診断によって不妊の可能性を突きつけられ，妊孕性温存の情報を知ることで子どもに対する焦り，期待を抱いたところで，生殖医療医からの情報で自分の女性としての生き方の認識が短期間で大きく揺らぐという特徴があり，その認識が意思決定に大きく影響していると考えられた。

2．がん主治医の対応のばらつきと不十分な相談体制

本研究では，対象者が，がんと診断されてから生殖医療医へ受診するまでの期間が１カ月から約半年とばらつきがみられ，対象者は，【妊孕性温存に関する情報，医療者の対応の不十分さ】や【がん医療と生殖医療の連携の必要性を実感する】という体験をしていた。生殖医療医との連携がある病院の主治医は，診断後，なるべく早い時期に生殖医療医へ紹介し受診をすすめ，希望があれば，がん治療との調整をはかる準備があることも伝えていた。しかし，がん主治医の中には本人からの気がかり，心配が告げられても妊孕性温存についての情報提供はなく，妊娠・出産は本人の価値観によるもので関与しきれないといった消極的態度をしめす場合もあった。これは，がん主治医の子どもをもつことの価値観，生殖医療に関する知識不足，がん治療の遅延の恐れ，生殖医療医との連携状況などに影響を受けていると考えられた。患者側の調査[5]や医療側の調査[6][7]でも，この問題に対する患者－医療者間のコミュニケーション不足が指摘されており，挙児希望やがん治療による妊孕性への影響とその対策について本人や医療者から確認・相談しにくい状況があることと一致している。

2006年に米国臨床腫瘍学会がガイドラインを発表してから，日本においてもこの分野の啓蒙活動に取り組み始めているが，この分野の医療者の教育体制が不十分であり，がん生殖医療に関する専門的知識をもって対応できる医療者がまだ限られていると考えられる。対象者の中には，引っ越しをしたことで主治医が変わり妊孕性温存の情報を得た人もおり，地域格差があることもうかがえる。また患者会でも同世代の参加者がおらず，相談できなかったという状況があり，がん患者の妊孕性温存について，まず相談できる窓口や体制づくりが求められる。

VI. 本研究の限界と看護への示唆

本研究の対象者は30代～40代前半の乳がんサバイバー４名と限られており，本研究の結果を一般化することには限界がある。今後，乳がん以外の女性がんサバイバーや20代の女性がんサバイバーへの調査をすすめるととも

に，対象者の一人一人の背景の差異から生じる体験の多様性や意味を現象学的アプローチにより記述する研究が求められると考える。

看護の示唆として，生殖年齢にある女性がんサバイバーが，がんと診断されたときには，なるべく早い時期に，挙児希望の確認と妊孕性温存があることを伝え，生殖医療医へ紹介することが求められる。そしてがん診断後がん治療に加え妊孕性温存の情報も得ることでより精神的に不安定であることを考慮して関わること，妊孕性温存に関する選択に際し，看護師は，中立の立場でどちらの選択も尊重し，保証する姿勢が望まれる。そしてがん生殖医療について相談支援できる看護職教育をすすめることが急務であると考える。

謝辞

本研究にご協力いただきました対象者の皆様，また協力してくださった施設の皆様にお礼申し上げます。

なお本研究の一部は第29回日本がん看護学会学術集会にて示説で発表した。

引用文献

1）Kenneth D Miller 編（勝俣範之監訳）．がんサバイバー：医学・心理・社会的アプローチでがん治療を結いなおす．東京：医学書院；2010. p.388－400.

2）Lee SJ, et al. American Society of Clinical Oncology Recommendations on Fertility Preservation in Cancer Patients. J Clin Oncol. 2006；24(18)：2917-31.

3）日本癌治療学会編．小児，思春期・若年がん患者の妊孕性温存に関する診療ガイドライン．東京：金原出版；2017.

4）Quinn GP, et al. Fertility preservation and adolescent/young adult cancer patients: physician communication challenges. J Adolesc Health. 2009；44(4)：394－400.

5）Loi K, et al. Attitudes toward fertility preservation in female cancer patients. J Reprod Med. 2010；55(9-10)：411－6.

6）Forman EJ, et al. Pilot survey of oncologists regarding treatment-related infertility and fertility preservation in female cancer patients. J Reprod Med. 2009；54(4)：203－7.

7）久保晶子，ほか．乳癌薬物治療に伴う妊孕性への影響に関する情報提供の実態調査．癌と化学療法．2012：39(3)：399－403.

8）Hershberger PE, et al. The Decision-Making Process of Young Adult Women with Cancer who Considered Fertility Cryopreservation. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2013；42(1)：59－69.