

がん・生殖医療外来における 若年乳がん患者の動向



西島 千絵

聖マリアンナ医科大学産婦人科学 助教

2006年4月 川崎医科大学医学部 卒業

2008年4月 聖マリアンナ医科大学産婦人科学

2013年3月 聖マリアンナ医科大学大学院医学研究科 博士（医学）取得

近年、がん・生殖医療は Cancer survivor の増加に伴い、新たな分野として確立しつつある。若年がん患者は、生命の危機だけでなく妊孕性喪失の危機にも直面し、限られた時間の中で多くの意思決定を行う必要がある。聖マリアンナ医科大学病院産婦人科では、2010年1月より「がん・生殖医療外来」を開設し、院内外の腫瘍専門医から依頼を受け、若年がん患者における妊孕性温存に対する診療を行っている。2015年6月末までに当外来を受診した患者総数は429名であり、がん治療前の妊孕性温存を目的とした患者は347名（男性44名、女性303名）、原疾患の内訳は乳がん患者が203名（67.0%）と最多であった。これら乳がん患者のうち妊孕性温存を施行したのは85名（41.9%）（胚凍結28名、卵子凍結12名、卵巣組織凍結45名）、相談のみであったのは95名（46.8%）、適応外と判断したのは23名（11.3%）であった。当科では2010年から本学倫理委員会によって承認された臨床試験のもとに卵巣組織凍結を施行しており、がん治療開始までの時間的猶

予のない患者やホルモン感受性陽性乳癌患者にとっては、良い選択肢となっている。一方で、約5割弱の患者は相談のみであり、患者自身が妊孕性温存を選択しないという意思決定を行っている。

「がん・生殖医療外来」の受診患者数は年々増加しており、腫瘍専門医の妊孕性温存に対する認知も広まってきていると考えられ、当外来では原疾患主治医と綿密な連携を図るよう努めている。乳がん患者においては、当院乳腺外科医やがん・生殖医療に関わるコメディカルスタッフとのコンセンサス・ミーティングを設け、情報の共有と治療方針の確認を行っている。がん・生殖医療の実践においては、技術面だけでなく、的確な情報提供（最新の情報や生殖医療の限界）や医療従事者間の緊密な連携、倫理的側面の十分な配慮が不可欠である。

がん・生殖医療外来における 若年乳がん患者の動向

西島千絵

聖マリアンナ医科大学産婦人科学

Dept. of Obstetrics and Gynecology, St. Marianna University School of Medicine



はじめに

- ◆近年、がんの早期発見や集学的治療の結果、若年がん患者におけるがんサバイバーシップに対する関心が高まりつつある
- ◆がんサバイバーはがんを克服しても、再発や妊孕性喪失、性腺機能障害など様々な問題を抱えている
- ◆我々は、2010年1月から、がん・生殖医療外来を開設し、がん治療に伴う妊孕性喪失の危機にある患者に対し、腫瘍医と生殖医から構成したチームにより、妊孕性温存に対する取り組みを行っている

Dept. of Obstetrics and Gynecology, St. Marianna University School of Medicine



がん・生殖医療（Oncofertility）

Oncofertilityとは、2006年にWoodruffらが提唱した概念
腫瘍学（Oncology）と生殖医学（Fertility）を合わせた造語



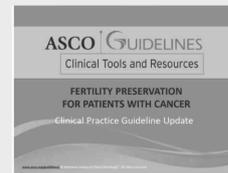
2006年
世界初のがん患者を対象とした妊孕性温存療法に関する
臨床診療ガイドラインを発表
(ASCO 2006)

- ・ 1985年から2005年3月までに報告された文献の内、基準を満たした276の論文と
妊孕率、出生率やIVF成績についての111の研究報告による系統的レビュー
- ・ 「治療により起こりうる妊孕性低下の可能性について、可能な限り早い時期に
患者に情報提供すべきである」ことを強く推奨
- ・ 2013年ガイドラインの改訂（ASCO 2013）

Dept. of Obstetrics and Gynecology, St. Marianna University School of Medicine



ASCO 2013



- ・ オンコロジストの削除→ヘルスケアプロバイダー

ASCO 2013におけるヘルスケアプロバイダーが患者へ説明するポイント

【個々の患者が抱えるリスクについて】

- ・ がん治療によっては、妊孕性低下や生殖機能不全を起こす可能性があること
- ・ 妊孕性低下のリスクは、がんの種類、年齢、がん治療の内容により規定されること
- ・ これらの情報から、妊孕性低下のリスクは（高い/中程度/低い/なし）である

【一般的な懸案事項】

- ・ 妊孕性温存方法
- ・ 妊孕性温存の治療にかかる期間
- ・ 妊孕性温存の治療にかかる料金
- ・ がん治療による、妊娠および児への影響について

【専門家への紹介】

- ・ 生殖専門医
- ・ 心理的サポートの専門家
- ・ 支援団体

Dept. of Obstetrics and Gynecology, St. Marianna University School of Medicine



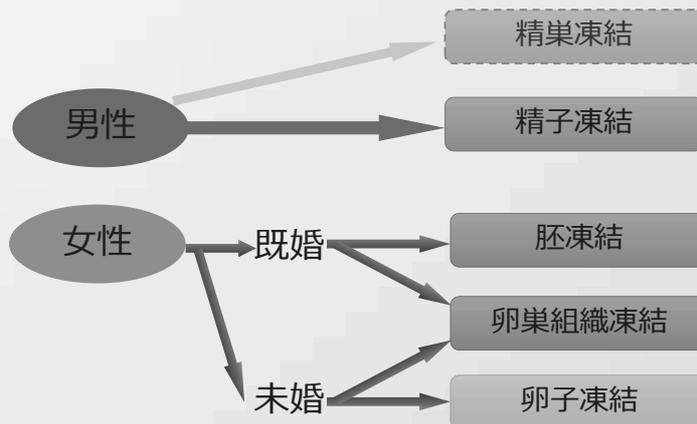
ASCO 2013による化学療法および放射線療法の卵巣機能障害に対するリスク分類（女性）

(2014年1月更新)

	治療プロトコール
High Risk (>70%)	アルキル化剤（ブスルファン, カルムスチン, シクロホスファミド, イホスファミド, ロムスチン, メルファラン, プロカルバジン）+ 全身放射線照射
	アルキル化剤 + 骨盤放射線照射
	シクロホスファミド総量
	プロカルバジンを含むレジメン
	テモゾロミド or BCNUを含むレジメン + 全脳放射線照射
	全腹部あるいは骨盤放射線照射
	全放射線照射総量 全脳放射線照射
Intermediate Risk (30-70%)	シクロホスファミド総量
	乳がんに対するAC療法
	モノクローナル抗体（ペバシズマブ）
	FOLFOX4療法（フルオロウラシル・フォリン酸・オキサリプラチン）
	シスプラチンを含むレジメン 腹部あるいは骨盤放射線照射
Lower Risk (<30%)	アルキル化剤以外の薬剤あるいは少量のアルキル化剤を含むレジメン（ABVD療法, CHOP療法, COP療法, 白血病に対する多剤併用療法）
	シクロホスファミドを含む乳がんに対するレジメン（CMF療法, CEF療法, CAF療法）
	アントラサイクリン系 + シタラビン
Very low / No Risk	ピンクリスチンを用いた多剤併用療法, 放射性ヨウ素
Unknown	モノクローナル抗体（セツキシマブ, トラスツズマブ）
	チロシンキナーゼ阻害剤（エルロチニブ, イマチニブ）



妊孕性温存療法



Dept. of Obstetrics and Gynecology, St. Marianna University School of Medicine



妊孕性温存療法における問題点

- がん治療開始までの時間的猶予が限られている
- ホルモン感受性陽性腫瘍に対する卵巣刺激
- 死後生殖
- 医療連携体制

Dept. of Obstetrics and Gynecology, St. Marianna University School of Medicine



2010年 1月～臨床試験

「若年女性がんおよび免疫疾患患者のQOL向上を志向した卵巣組織凍結ならびに自家移植」



卵巣組織凍結

- ASCO 2013では、「確立されていない実験的技術」との見解
- 欧米では、小児患者や時間的猶予のない患者に対しては最良の選択肢との認識
(Chung, K., et al., *Fertil Steril*, 2013. 99(6): p1534-42)

微小残存病変 (minimal residual disease: MRD) のリスク

- 顕微鏡で認識することができない病変
- 卵巣組織移植により、がん細胞が体内に再移入し再発を起こす危険性

高リスク	中等度リスク	低リスク
白血病 神経芽細胞腫 パーキットリンパ腫	乳癌 ・ Stage IV ・ 浸潤性小葉がん 結腸癌 子宮頸部腺癌 非ホジキンリンパ腫 ユーイング肉腫	乳癌 ・ Stage I - III ・ 浸潤性乳管癌 子宮頸部扁平上皮癌 ホジキンリンパ腫 横紋筋肉腫 ウイルムス腫瘍

(Dolmans, M.M., et al., *Fertil Steril*, 2013. 99(6): p. 1514-22.)

Dept. of Obstetrics and Gynecology, St. Marianna University School of Medicine



卵巣組織凍結

Ovarian cortex transplantation: 60 reported live births brings the success and worldwide expansion of the technique towards routine clinical practice

Jacques Donnez¹ · Marie-Madeleine Dolmans²

(Donnez J, Dolmans MM. *J Assist Reprod Genet.*
doi: 10.1007/s10815-015-0544-9)

凍結卵巣組織の再移植による出産症例は世界で60名報告

Live birth following in vitro maturation of oocytes retrieved from extracorporeal ovarian tissue aspiration and embryo cryopreservation for 5 years

(Uzelac, P.S., et al, *Fertil Steril.*
doi:10.1016/j.fertnstert.2015.07.1148)

Combined procedureによる凍結卵子を用いた出産報告

Dept. of Obstetrics and Gynecology, St. Marianna University School of Medicine



Fertility preservation for girls and young women with cancer: population-based validation of criteria for ovarian tissue cryopreservation

W Hamish B Wallace, Alice Grove Smith, Thomas W Kelsey, Angela E Edgar, Richard A Anderson

(Wallace, W.H., et al., Lancet Oncol, 2014.15(10): p. 1129-36)

- ・エジンバラ小児腫瘍センター（英国）におけるコホート研究
 - ・対象期間：1996年-2012年
 - ・対象患者：診断時18歳未満の小児若年女性がん患者410名
 - ・卵巣組織凍結の適応としてエジンバラ選択基準を用いて有効性を検証

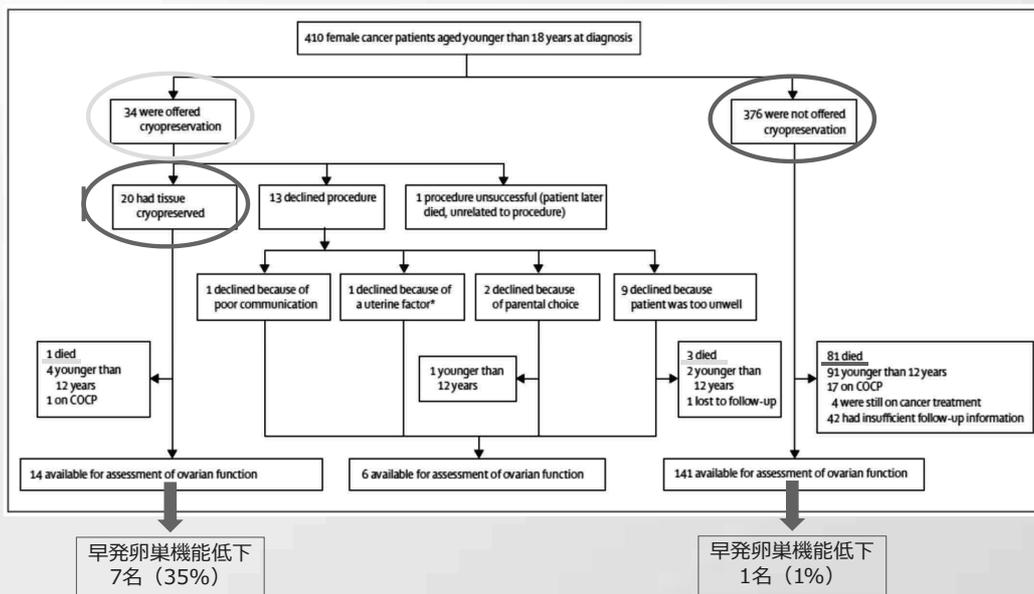
<エジンバラ選択基準>

- ・35歳未満
- ・診断時に15歳以上の患者の場合は、化学療法・放射線療法の既往がない
- ・15歳未満の患者では、性腺毒性のない軽度の化学療法に耐えられる
- ・現実的に5年以上の生存が見込める
- ・早発卵巣機能低下をきたすリスクが高い (>50%)
- ・両親と可能であれば本人の同意が得られている
- ・HIV、梅毒、HBVが陰性である
- ・妊娠していない、現在子どもがいない

Dept. of Obstetrics and Gynecology, St. Marianna University School of Medicine

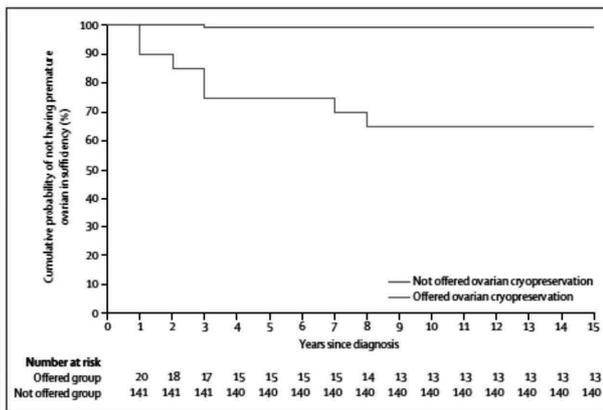


<研究デザイン>



Dept. of Obstetrics and Gynecology, St. Marianna University School of Medicine





エジンバラ選択基準症例は早発卵巣不全を来たす累積確率が有意に高い

Figure 2: Cumulative probabilities of not having premature ovarian insufficiency

15-year probability 35% [95% CI 10-53] vs 1% [0-2]; p<0.0001; HR 56.8 [95% CI 6.2-521.6] at 10 years

エジンバラ選択基準は、卵巣組織凍結の適応に関する指針として有効である



ランダムスタート

月経周期に依存しない卵巣刺激方法

がん治療開始時期の遅延を最小限に止めることが可能

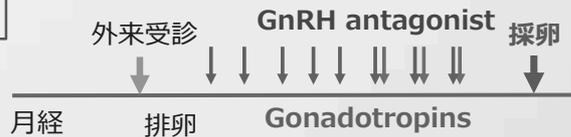


TABLE 2

Comparison of outcomes of conventional and random-start controlled ovarian stimulation cycles.

	Conventional start (n = 88; 103 cycles)	Random start (n = 35; 35 cycles)	P value ^b	Late follicular phase start (n = 13; 13 cycles)	Luteal phase start (n = 22; 22 cycles)	P value ^a
Antral follicle count (AFC)	13.0 (11.7-14.5)	11.5 (9.6-13.8)	NS	10.5 (7.8-14.2)	12.1 (9.6-15.2)	NS
Days of ovarian stimulation	9.3 (9.0-9.5)	10.9 (10.4-11.5)	<.001	10.5 (9.6-11.4) ^b	11.2 (10.5-12.0) ^c	<.001
Total dose of gonadotropins (IU) ^d	3,404 (3,180-3,628)	4,158 (3,774-4,542)	.001	3,842 (3,213-4,472)	4,344 (3,860-4,827) ^e	.005
Gonadotropin daily dose (IU/d) ^d	361 (345-378)	372 (343-400)	NS	371 (324-418)	373 (337-409)	NS
Follicles ≥ 13 mm	10.5 (9.3-11.9)	11.8 (9.6-14.5)	NS	10.9 (7.8-15.4)	12.3 (9.5-16.0)	NS
Oocytes retrieved	14.4 (12.8-16.2)	14.5 (11.8-17.8)	NS	13.0 (9.3-18.2)	15.5 (11.9-20.1)	NS
Mature oocytes (MII) retrieved	9.7 (8.4-11.2)	9.9 (7.7-12.7)	NS	9.1 (6.0-13.7)	10.3 (7.5-14.2)	NS
MIII oocytes/total oocytes ratio	0.66 (0.62-0.71)	0.67 (0.59-0.76)	NS	0.68 (0.56-0.82)	0.67 (0.58-0.78)	NS
Oocytes/AFC ratio	1.09 (0.99-1.19)	1.26 (1.07-1.49)	NS	1.24 (0.95-1.62)	1.28 (1.04-1.57)	NS
Mature oocytes/AFC	0.73 (0.65-0.82)	0.85 (0.70-1.04)	NS	0.84 (0.61-1.17)	0.86 (0.67-1.10)	NS
Fertilization rate after ICSI (ZPN/MIII)	0.72 (0.65-0.80)	0.87 (0.72-1.00)	NS	0.85 (0.67-1.00)	0.88 (0.70-1.00)	NS

Note: Data were presented as geometric mean (95% confidence interval) unless otherwise indicated. All comparisons were adjusted for age and BMI with linear regression models. ZPN = two pronuclei; ICSI = intracytoplasmic sperm injection; MI = metaphase II.
^a P value obtained after comparison of conventional- vs. late follicular- vs. luteal.
^b P = .01 vs. conventional start.
^c P = .008 vs. conventional start.
^d Arithmetic mean (95% confidence interval).
^e P = .001 vs. conventional start.

Calmk: Random-start ovarian stimulation. Fertil Steril 2013.

成熟卵子回収率、受精率は従来の方法と同等の成績



アロマターゼ阻害剤

TABLE 3

Comparison of outcomes of conventional and random-controlled ovarian stimulation cycles with or without letrozole.

	Conventional start			Random start		
	No letrozole (n = 29; 32 cycles)	Letrozole (n = 59; 71 cycles)	P value	No letrozole (n = 15; 15 cycles)	Letrozole (n = 20; 20 cycles)	P value
AFC	13.7 (11.4–16.4)	13.1 (11.6–14.7)	NS	8.5 (5.9–12.1)	14.5 (10.7–19.6)	NS
Days of ovarian stimulation	8.9 (8.5–9.4)	9.4 (9.1–9.8)	NS	10.9 (9.9–11.9)	10.9 (10.1–11.9)	NS
Total dose of gonadotropins (IU) ^a	3,167 (2,782–3,552)	3,514 (3,260–3,768)	NS	4,475 (3,750–5,201)	3,909 (3,288–4,529)	NS
Gonadotropin daily dose (IU/d) ^a	346 (315–377)	368 (348–389)	NS	401 (358–443)	350 (314–387)	NS
Max. serum E ₂ (pg/mL)	1,870 (1,493–2,341)	581 (509–674)	< .001	1,858 (1,298–2,658)	548 (404–745)	< .001
Follicles ≥ 13 mm	9.9 (7.9–12.4)	10.8 (9.3–12.5)	NS	9.1 (6.8–12.3)	14.5 (11.2–18.7)	.03
Oocytes retrieved	14.0 (11.1–17.7)	14.4 (12.4–16.7)	NS	12.2 (8.8–16.9)	17.1 (12.9–22.7)	NS
Mature oocytes (MII) retrieved	9.0 (6.8–11.8)	10.0 (8.3–12.0)	NS	8.6 (6.0–12.5)	11.0 (8.0–15.1)	NS
MI I oocytes/total oocytes ratio	0.63 (0.55–0.73)	0.68 (0.62–0.74)	NS	0.71 (0.62–0.81)	0.64 (0.57–0.72)	NS
Oocytes/AFC ratio	0.99 (0.83–1.20)	1.12 (0.99–1.23)	NS	1.44 (1.12–1.85)	1.18 (0.96–1.45)	NS
Mature oocytes/AFC ratio	0.64 (0.51–0.80)	0.77 (0.67–0.89)	NS	1.02 (0.78–1.33)	0.76 (0.60–0.95)	NS
Fertilization rate after ICSI (2PN/MI I)	0.83 (0.69–1.0)	0.72 (0.65–0.80)	NS	0.90 (0.75–1.00)	0.82 (0.68–0.98)	NS

Note: Data are presented as geometric mean (95% confidence interval) unless otherwise indicated. All comparisons were adjusted for age and body mass index with linear regression models. Abbreviations as in Table 2.
^a Arithmetic mean (95% confidence interval).
 Calmak. Random-start ovarian stimulation. Fertil Steril 2013.

(Cakmak, H., et al., Fertil Steril, 2013. 100(6): p. 1673-80.)

ホルモン感受性陽性腫瘍患者に対して、より安全な卵巣刺激方法

当院では2015年1月～臨床試験
 「若年乳がん患者の卵子・胚凍結におけるアロマターゼ阻害剤を用いた卵巣刺激周期安全性と有効性に関する検証」を開始



死後生殖

ASRM (米国生殖医学会)



AMERICAN SOCIETY FOR REPRODUCTIVE MEDICINE

故人の書面による生前同意があれば、配偶子の使用は倫理的に正当である

Posthumous collection and use of reproductive tissue: a committee opinion

Ethics Committee of the American Society for Reproductive Medicine
 American Society for Reproductive Medicine, Birmingham, Alabama

(Ethics Committee of the American Society for Reproductive, M., Fertil Steril, 2013. 99(7): p. 1842-5.)

日本産科婦人科学学会

「医学的適応による未受精卵子および卵巣組織の採取・凍結・保存に関する見解」
 (2014年4月)

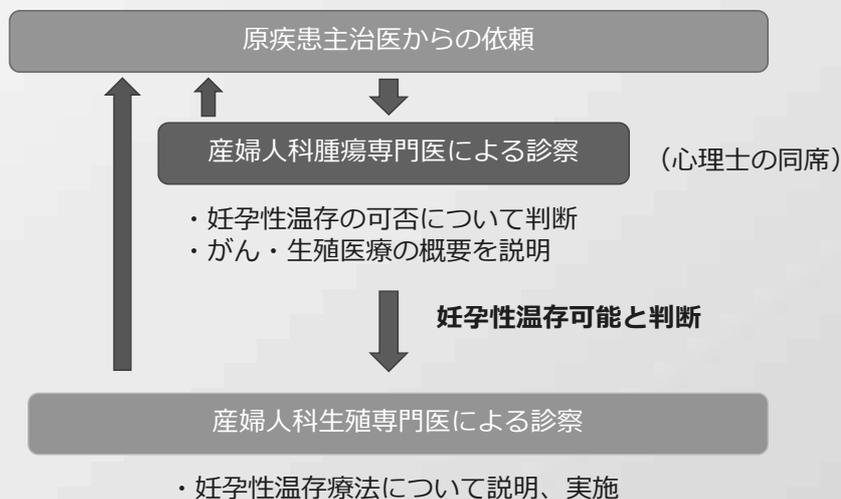
(本文抜粋)

10. 保存された未受精卵子は、以下のいずれかの場合に廃棄される。
 - (1) 被実施者から廃棄の意思が表明された場合。
 - (2) 被実施者が生殖年齢を超えた場合。
 - (3) 被実施者が死亡した場合。

Dept. of Obstetrics and Gynecology, St. Marianna University School of Medicine



当院におけるがん・生殖医外来の流れ



Dept. of Obstetrics and Gynecology, St. Marianna University School of Medicine



当院における乳腺外科との連携

◆合同カンファレンスの実施

BROGカンファレンス (Breast + Obstetrics and Gynecology)

- ・およそ月に1回
- ・対象者：産婦人科医（生殖医、産科医）
乳腺・内分泌外科医（腫瘍医）
がん・生殖医療に関わるコメディカルスタッフ
（看護師、薬剤師、ソーシャルワーカーなど）
- ・内容：妊孕性温存の可否、乳がん状況や治療方針の確認
妊娠許可後の生殖医療に関する方針の確認

Dept. of Obstetrics and Gynecology, St. Marianna University School of Medicine



生殖医と腫瘍医の連携

◆パンフレットの作成

当院乳腺内分泌外科と産婦人科の共同作成
若年乳がん患者向けパンフレット

「乳がんと闘う前に考えたいこと
～将来、子供が欲しいあなたに医師からのメッセージ」

<内容>

- ・ 卵巣機能とがん治療の及ぼす影響
- ・ 妊孕性温存方法
- ・ 乳がん治療の流れ

* 聖マリアンナ医科大学 生殖医療センター <がん・生殖医療に関して> から閲覧可能



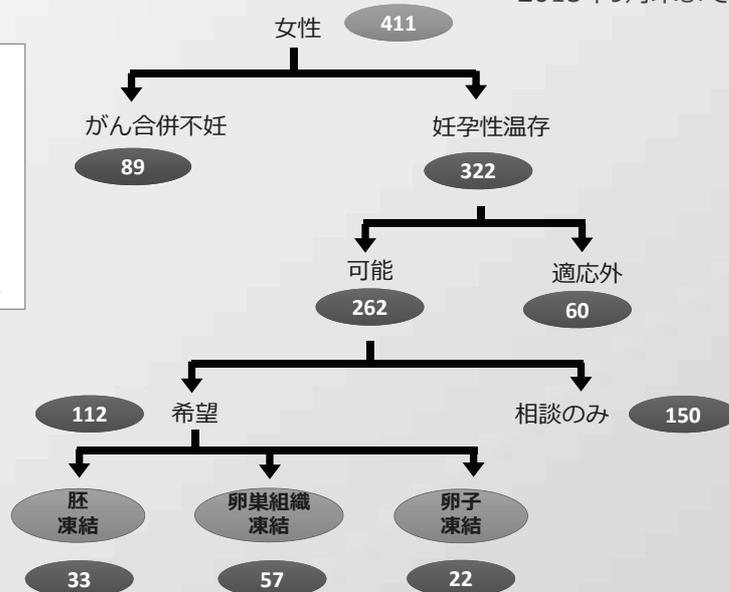
Dept. of Obstetrics and Gynecology, St. Marianna University School of Medicine



がん・生殖医療外来を受診した457名の転機

2015年9月末まで

【当院での治療適応】
年齢：18≧
凍結≦41
移植≦46
適応外疾患：
子宮頸部腺癌
白血病
卵巣癌
末期がん
主治医の許可がない状態



男性46名
内、精子凍結45名

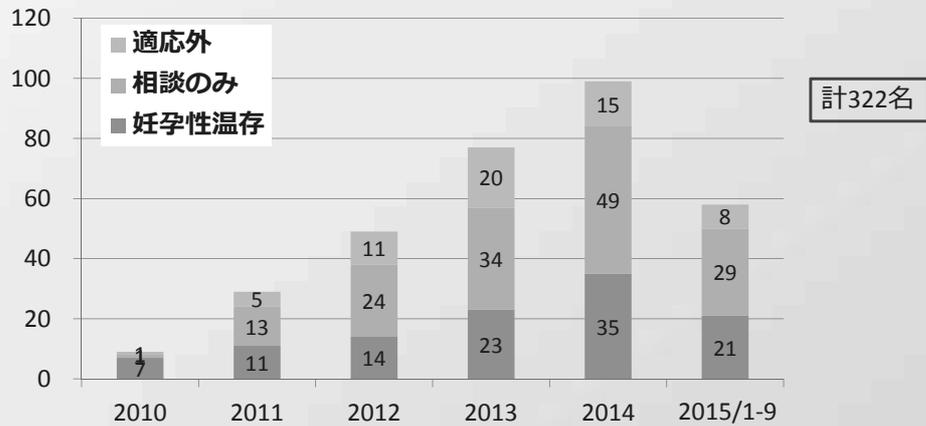
Dept. of Obstetrics and Gynecology, St. Marianna University School of Medicine



がん・生殖医療外来患者の推移（女性）

2015年9月末まで

受診者数の推移（がん治療開始前）



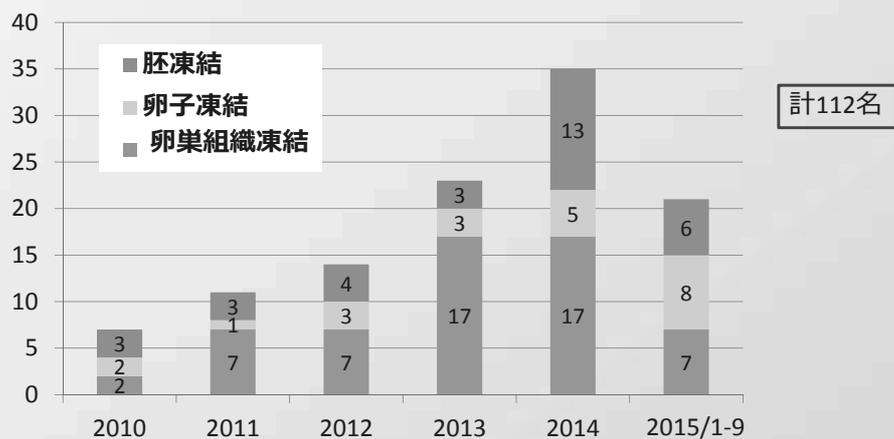
Dept. of Obstetrics and Gynecology, St. Marianna University School of Medicine



がん・生殖医療外来患者の推移（女性）

2015年9月末まで

妊孕性温存療法の内訳

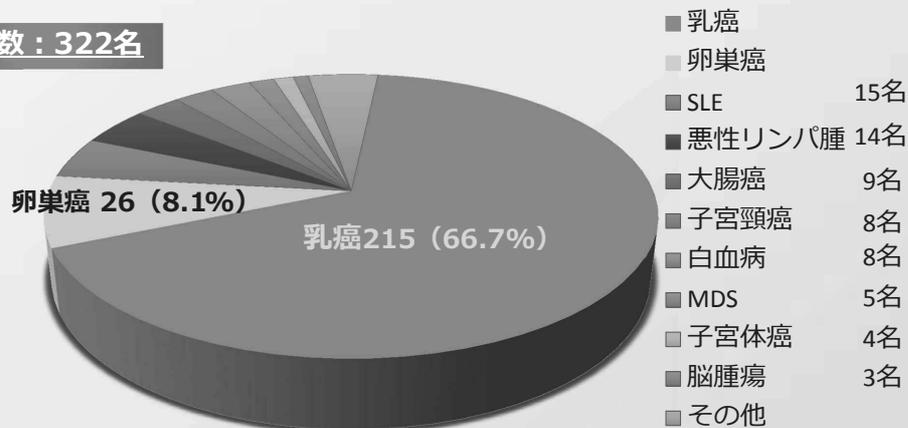


Dept. of Obstetrics and Gynecology, St. Marianna University School of Medicine



妊孕性温存 疾患別内訳 (女性)

受診数：322名



<その他> 各2名：胃癌 結節性多発動脈炎
 各1名：膀胱癌 ANCA関連腎炎 ユーイング肉腫 再生不良性貧血
 肛門管癌 成人Still病 前縦隔腫瘍 GIST 潰瘍性大腸炎
 先天性溶血性貧血

Dept. of Obstetrics and Gynecology, St. Marianna University School of Medicine

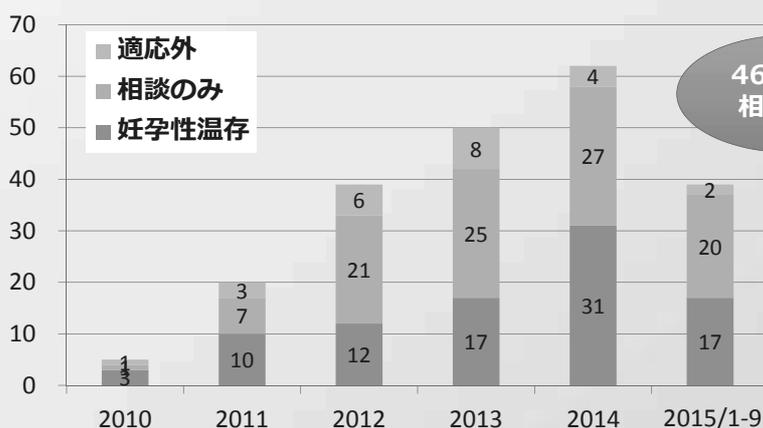


乳がん患者の推移

2015年9月末まで

受診患者数の推移 (がん治療開始前)

計216名



46.8%は
相談のみ

Dept. of Obstetrics and Gynecology, St. Marianna University School of Medicine

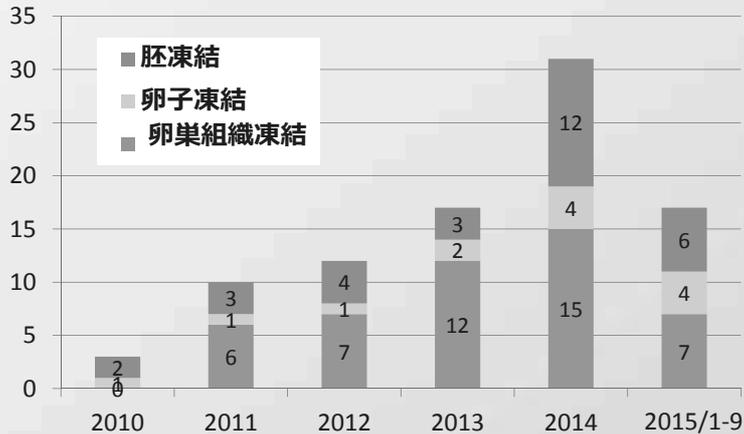


乳がん患者の推移

2015年9月末まで

妊孕性温存療法の内訳

計90名



Dept. of Obstetrics and Gynecology, St. Marianna University School of Medicine



症例

31歳 0経妊0経産 既婚

最終月経：7月11日から5日間

現病歴)

6月下旬、右乳房腫瘤感を自覚し、近医ブレストクリニックを受診

右乳房に最大36mmの腫瘤を認め、針生検施行

<針生検結果>

浸潤性乳管癌,

ER: 80%, PgR: 30%, Ki-67: 43%, HER2-FISH: positive

Luminal-HER2 type

超音波検査上、腋窩リンパ節転移疑い

右乳癌の診断。術前化学療法として、

パクリタキセル+トラスツズマブ

→AC療法（アドリアマイシン+シクロホスファミド）を予定

Dept. of Obstetrics and Gynecology, St. Marianna University School of Medicine



症例

31歳0経妊0経産 既婚
右乳癌 (Luminal-HER2 type)
最終月経：7月11日- (約30日周期)

- 7月18日 (day8) がん・生殖医療外来初診
7月23日 (day13) 胚凍結および卵巣組織凍結の希望あり
がん治療の開始時期について主治医に電話連絡→8月20日頃にがん開始を検討中
- 7月27日 (day17) **ランダムスタートによるアロマターゼ阻害剤併用の
卵巣刺激を開始 (Antagonist法)**
- 8月9日 **採卵→初期胚4個凍結**
(最大血中エストラジオール: 99.4pg/ml)
- 8月15日 **腹腔鏡下右卵巣組織摘出術施行**
→卵巣組織21片、初期胚3個凍結
- 8月17日 退院
- 8月25日 術前化学療法開始

Dept. of Obstetrics and Gynecology, St. Marianna University School of Medicine



妊娠症例

期間：2010年1月～2015年9月末まで

対象：当科がん・生殖医療外来受診した乳癌患者232名
がん治療前に妊孕性温存希望症例：216名
がん治療後の生殖医療希望症例：16名



妊娠・出産症例：9名

自然妊娠1名、タイミング療法2名、人工授精1名、体外受精5名

Dept. of Obstetrics and Gynecology, St. Marianna University School of Medicine



まとめ

- ◆がん・生殖医療外来における乳がん患者の受診数は年々増加している
→乳腺外科医の妊孕性温存に対する認知が広まりつつある
- ◆当外来における乳がん患者の約47%は相談のみである
→患者自身が妊孕性温存を選択しないという意思決定を行っている
- ◆患者の病歴や希望応じた妊孕性温存療法の選択が重要である

Dept. of Obstetrics and Gynecology, St. Marianna University School of Medicine



結語

- ◆今日、若年がん患者の妊孕性温存の需要は増加している
- ◆我々ヘルスケアプロバイダーは、的確な時期に正確な情報を患者やその家族に提供し、生殖医療の限界についても伝えつつ、患者自身の意思決定に努めていく必要がある
- ◆そのためには、腫瘍専門医やコメディカルスタッフだけでなく社会に対しても、がん・生殖医療の啓発を行うことが重要である

Dept. of Obstetrics and Gynecology, St. Marianna University School of Medicine



がん患者と配偶者・家族の心理 —がんの診断から治療の過程を中心に—



小池 眞規子

目白大学大学院心理学研究科 教授

東京学芸大学教育学部卒業、筑波大学大学院修士課程、東京医科歯科大学大学院博士課程修了。東邦大学医学部附属病院小児科、国立がんセンター東病院等心理職を経て現在目白大学・目白大学大学院教授。博士（医学）。臨床心理士。

専門は身体疾患、特にがん医療における患者・家族、医療者等に関わる心理臨床学的研究。

所属学会：日本心理臨床学会 日本サイコオンコロジー学会（理事）日本心理学会等。

著 書：がんとエイズの心理臨床（共著）創元社、2013。

がん患者のところに寄り添うために—サイコオンコロジーの基礎と実践—（共著）真興交易、2014。

Development of the Japanese version of the Minneapolis-Manchester Quality of Life Survey of Health - Adolescent Form (MMQL-AF) and investigation of its reliability and validity（共著），Health and Quality of Life Outcomes, 12:127, 2014.

かつてがんの診断は死のイメージを持たれることが多かった。がんがまだ命を脅かす疾患であることは事実であるが、がん医療は目覚ましい進歩を遂げ、疾病経過が長期間にわたる場合が多くなってきている。

がんの患者は、その疾病経過の中で、さまざまな問題に直面し、その都度精神的な動揺を経験する。がんを告げられた直後の患者は、強い衝撃を受ける。がんイコール死、あるいは生命の危機ととらえ、「頭が真っ白になった」と表現する人は多い。次いで、「そのようなことが自分に起こるはずはない」という否認や、「もうだめだ」と絶望感・挫折感が起こる。通常このような時期は2～3日続く。その後、混乱、不安、恐怖、無力感、絶望感などとともに、不眠、食欲不振などの身体症状や集中力の低下が起こり、日常生活に支障をきたす場合もある。1週間から10日でこの状態は軽減し、がんを抱えて生きる、新たな状況への適応の努力が始まる。適応し始めると、患者は情報を整理し、現実の問題に直面することができるように

なり、楽観的な見方もできるようになる。

初期の治療が終わると、患者は日常生活に戻っていく。とりあえず病気を克服した、危機を乗り越えた喜びをかみしめる一方、社会生活への復帰は、戸惑うことも多くある。健康な人の中に戻っていくことは、機能障害や外見上の変化が喪失として強く認識される。がんの患者ということで周囲に過剰に意識されたり、家庭や社会での役割が変化したり、そのことに疎外感を感じることもある。また、再発や転移への不安は常につきまとうことが少なくない。

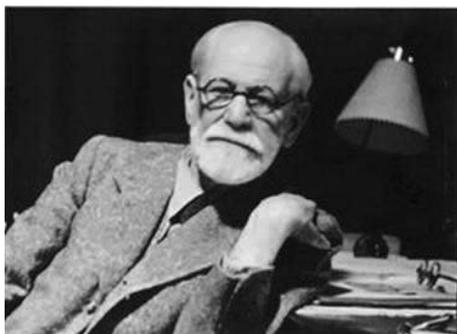
がんの臨床経過の中で、患者は常に家族の助けを必要とする状況にある。また、家族は医療者からも患者ケアの重要な担い手であることを期待される。しかし、患者同様家族にもさまざまな心理反応が生じることが報告されていることから、家族は「第二の患者」として位置づけることの必要性が述べられている。

がん患者と配偶者・家族の心理

—がんの診断から治療の過程を中心に—

目白大学 小池 眞規子

フロイトとがん



Sigmund Freud
(1856-1939)

晩年のフロイトは上顎がんに悩まされた。

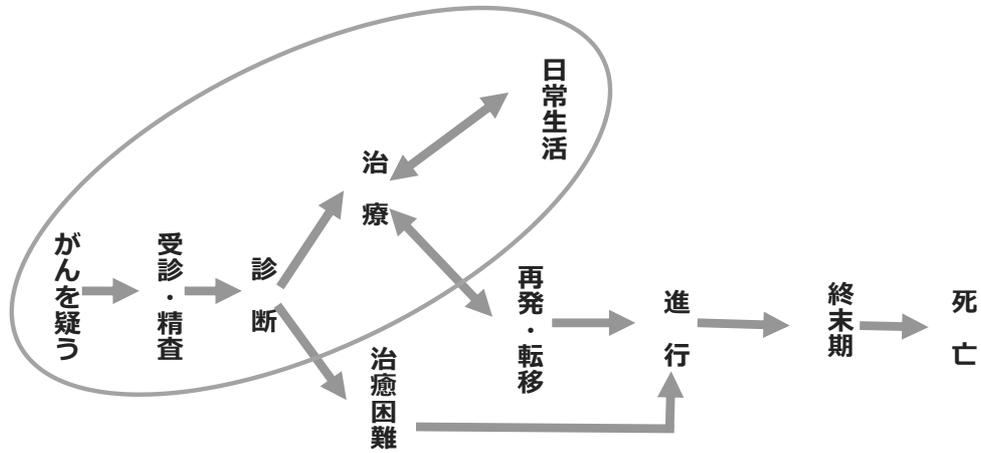
65歳の時、右上奥歯に違和感を覚えたのが始まりで、以後16年の間に36回もの手術を受け、最後は上顎と口蓋はほとんど消失し、鼻孔と口腔に大きな空洞ができていた。

それでも死の2か月前まで疼痛に耐え、モルヒネを拒否し、診療と執筆を続けていた。

83歳の時、もはや手術不能と知らされ、衰弱したフロイトは「これ以上苦痛に耐えるのは何の意味もない」と主治医に安楽死を望み、モルヒネで昏睡状態のまま永眠した。

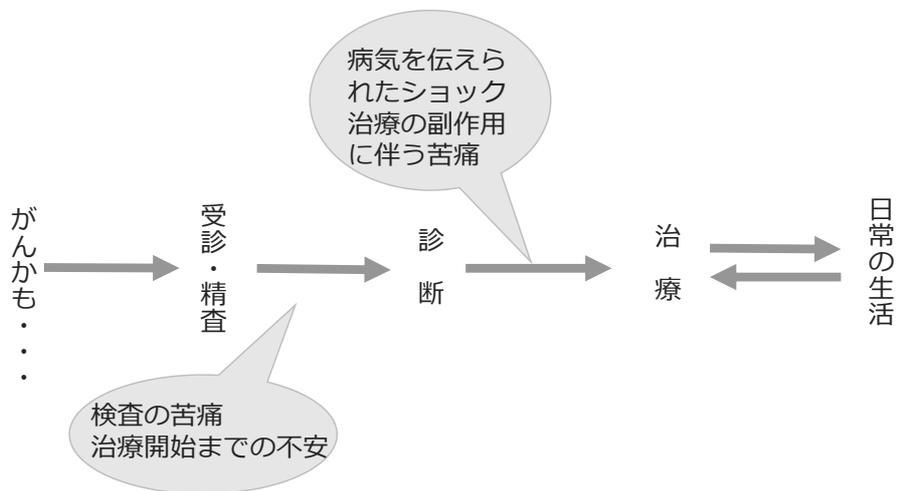
(篠田達明. Nikkei Medical)

がんの臨床経過



がんに伴う患者のこころ

病気の経過とところ

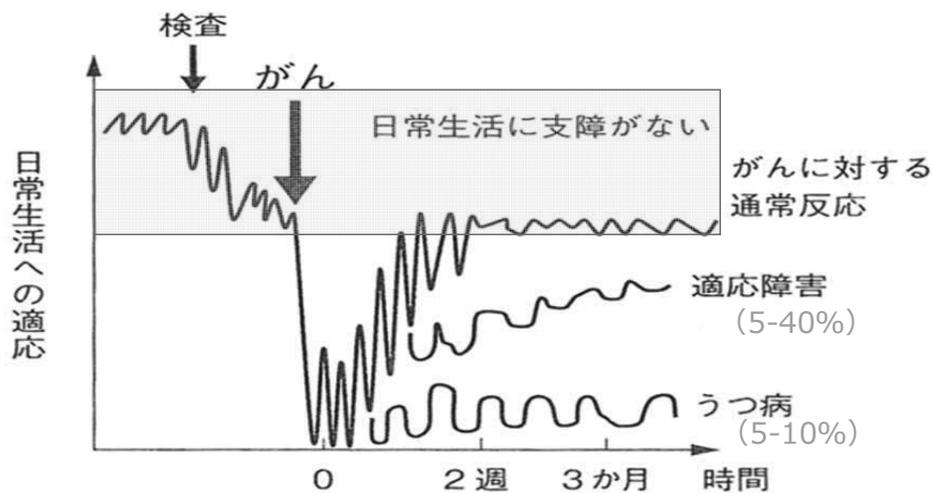


がんという診断に対する通常反応

	症 状	期 間
第1相 初期反応	ショック「頭が真っ白になった」 否認「がんになるはずがない」 絶望「治療してもむだだ」	2 - 3日
第2相 不 快	不安・抑うつ気分 食欲低下・不眠 集中力の低下	1 - 2週間
第3相 適 応	新しい情報への適応 現実的問題への直面 楽観的見方ができるようになる 活動の再開・開発	2週間で開始

(内富 山脇:サイコオンコロジー, 1997より改変)

がんに伴う通常の心の反応



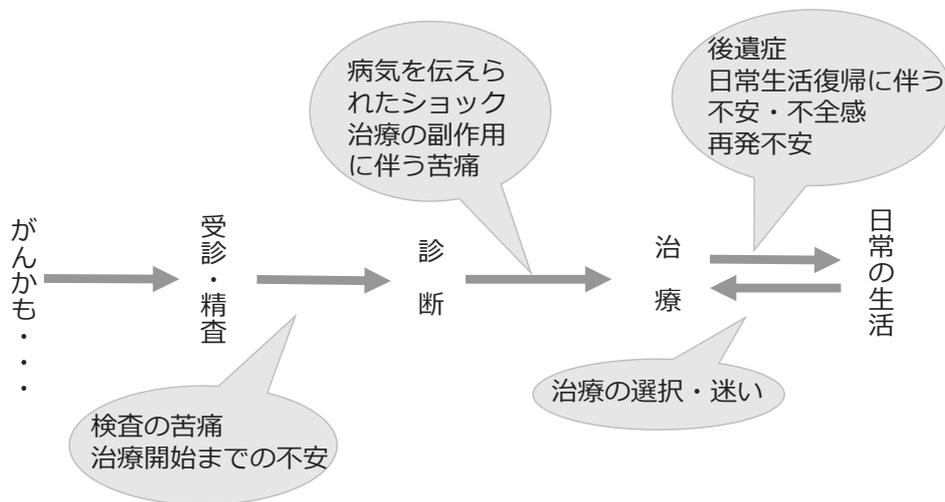
内富庸介・小川朝生（編）（2011） 精神腫瘍学 より改変

適応に問題を起こす因子

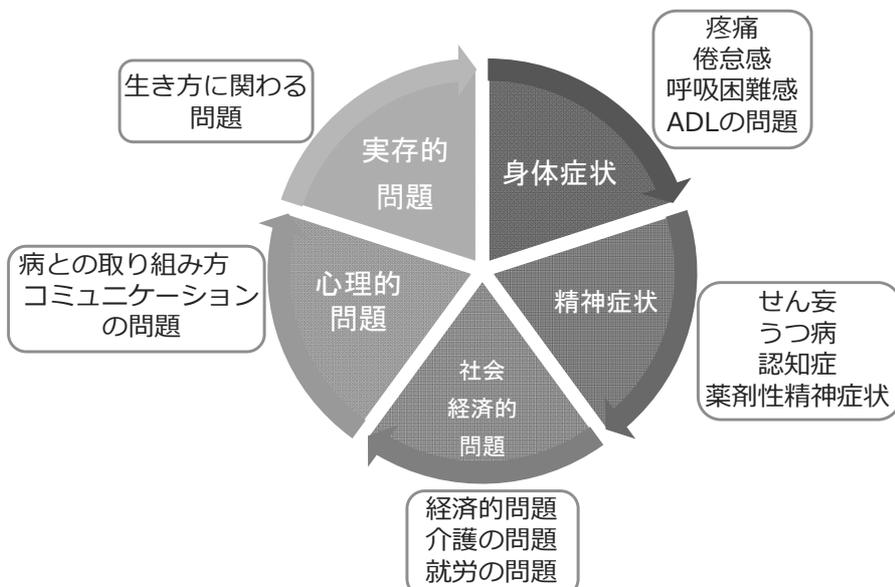
- | | |
|-------|--|
| 医学的因子 | <ul style="list-style-type: none"> ➤ 診断時に病期が進んでいる ➤ 必要とする治療（広範囲切除、化学療法…） ➤ 治療の副作用 |
| 個人因子 | <ul style="list-style-type: none"> ➤ 年齢（若齢、高齢） ➤ コーピング・スタイル ➤ 精神疾患の既往 ➤ 他の身体疾患の合併 ➤ がんの家族歴 ➤ 周囲のサポートが少ない |
| 環境的因子 | <ul style="list-style-type: none"> ➤ 医療スタッフとの関係が不良 ➤ がんに対する偏見 |

（内富 山脇：サイコオンコロジー，1997より改変）

病気の経過とところろ

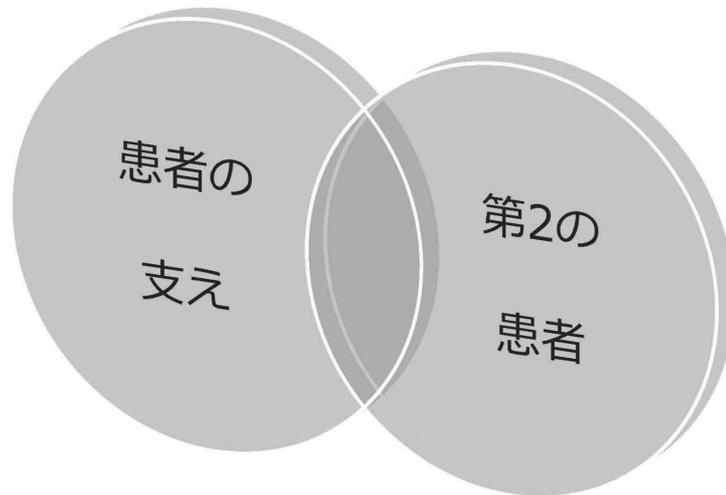


包括的アセスメント



内富庸介・小川朝生（編）精神腫瘍学 医学書院
n61

家族のこころ



家族の心理・社会的背景

- 驚き 衝撃 予期的悲嘆
- 患者の病状による揺れ動き
- 生活の変化
- 家族間コミュニケーションの変化
- 家族関係と家族内力動

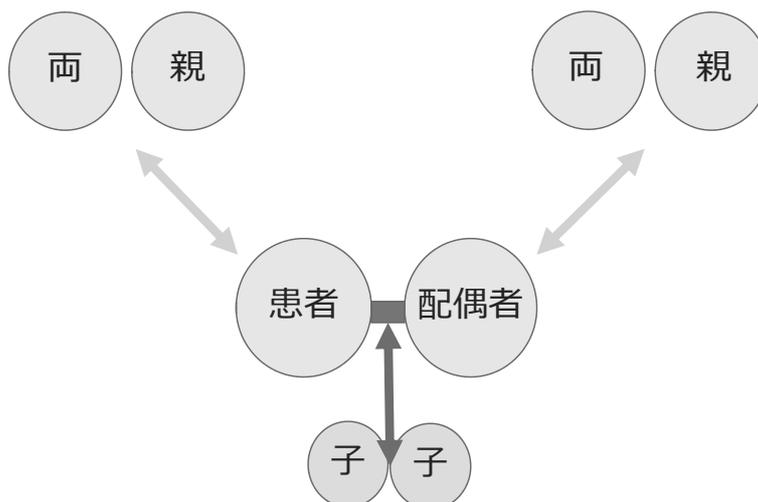
乳がん患者と配偶者の夫婦間 コミュニケーション

【妻に接して困ること】

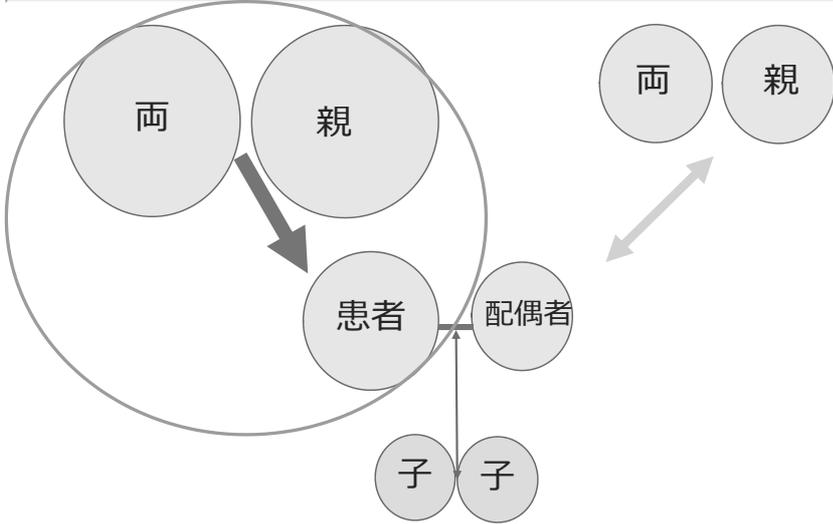
- 妻の気持ち・接し方がわからない
- 自分の言動が妻に負担をかけてしまう
- 夫自身の負担が大きい
- 妻にできることの限界

古賀晴美ほか（2014）心身医学 Vol.54 No.8

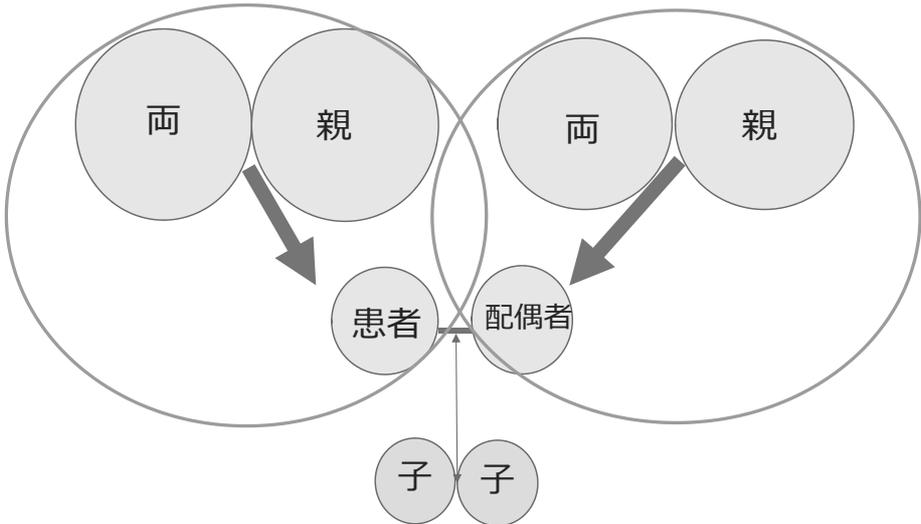
こころ強いサポーターとしての親



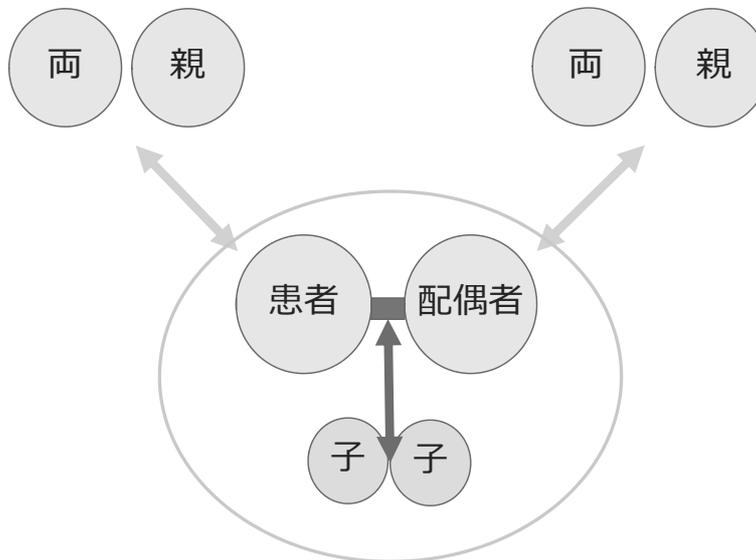
家族力動の変化



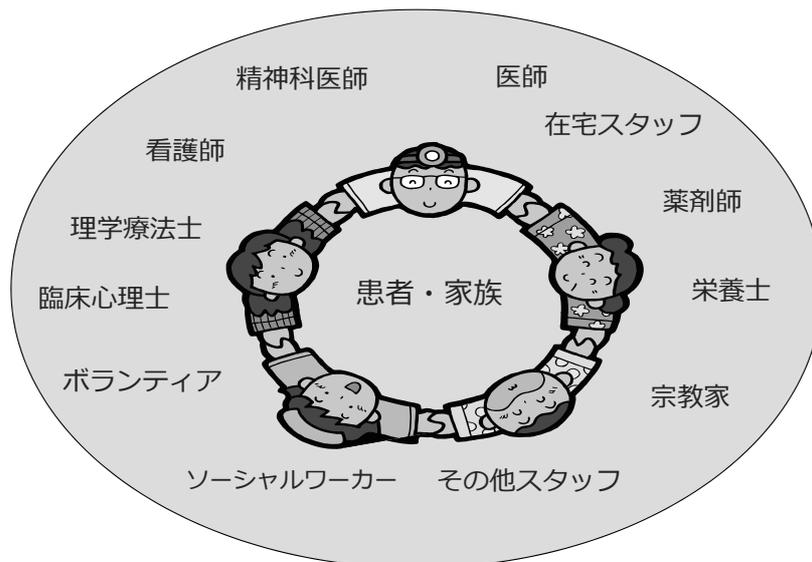
家族力動の変化



こころ強いサポーターとしての家族



チーム・アプローチ



がん患者と家族の生殖をめぐる心理 —小児・思春期から若年成人世代を中心に—



吉田 沙蘭

国立がん研究センターがん対策情報センターがん医療支援研究部
心理療法士

大阪大学人間科学部卒業後、東京大学大学院教育学研究科修士課程および博士課程を修了、平成24年4月より、国立がん研究センターがん対策情報センターがん医療支援研究部に、心理療法士として勤務。サイコオンコロジーを専門とし、日本サイコオンコロジー学会においては総務委員および心理士教育カリキュラム・資格検討委員として、日本緩和医療学会においては小児緩和ケアWPG委員として活動。その他、日本心理臨床学会、日本心理学会、日本小児血液・がん学会、日本認知療法学会に所属。著書に「がん医療における意思決定支援：予後告知と向き合う家族のために」（東京大学出版会、2014）。臨床心理士。

一般の不妊治療とがん患者のそれとが大きく異なることのひとつとして、妊娠のことなど考えてもいなかった人が、突然目の前の、あるいは将来的な不妊の可能性と向き合わざるを得なくなるということがあげられるだろう。がんという生命に関わる病気を告げられ、その事実を受け止め、治療に向けて心身の準備を整えるのとほぼ同時に、副作用のひとつとして妊孕性への影響について説明を受ける。時として、平常の心理状態であったとしても困難な内容の意思決定を、がん告知を受けた後の心理状態で、さらに時間的な制約のある状況下において行わなければならないことは、患者にとっても、その家族にとっても、大きな負担となる。また、妊孕性温存を検討することが、自身の生命に関わる抗がん治療の遅れにつながる場合もあり、その決定をさらに困難にしていると言える。こうした状況におかれた患者、家族の意思決定を支援し、決定後の療養生活を支えるためには、がん患者の一般的な心理変化の過程を念頭におくことが不可欠となる。

加えて、患者が小児・思春期の場合には、妊孕性そのものに関する知識の不足など、認知的発達
の限界、医療行為に関する法的決定権が保護者にあることなどの背景から、患者本人に何をどう伝え、どのように治療方針を決定していくのかなど、成人の場合とは異なる課題も生じることとなる。さらに、小児期に説明を受けずに受けた治療により、妊孕性に障害が生じた場合には、その事実をいつどのように本人に伝えるのか、といった課題も生じる。このように、小児・AYA世代の
がん医療において、妊孕性はひとつの重要なテーマとなっている。

本発表では、がん患者の一般的な心理過程とあわせ、妊孕性に関わる課題が実臨床でどのように生じ、どのように対処されていくのかということについて、演者が臨床を行っている小児および思春期若年成人世代領域の患者の例を中心に紹介する。

がん患者と家族の生殖をめぐる心理
—小児・思春期から若年成人世代を中心に—



国立がん研究センター
がん対策情報センター／中央病院精神腫瘍科

吉田 沙蘭

自己紹介

- 兵庫県出身
- 大学院より上京
- 2012年より現職
 - 精神腫瘍科外来
 - 家族／遺族ケア外来
 - 小児科病棟コンサル
 - AYAサポートチーム



がん医療における臨床活動

- 2009～2011
 - 東京大学医学部附属病院小児科、実習
 - 主に血液腫瘍の患児とその親
- 2012～
 - 国立がん研究センター、心理士
 - 主に肉腫の患児（小学校～大学）とその親
- 2015～
 - AYA（29歳まで）患者とその家族

小児・AYA世代がんと妊孕性



小児がんの概要

- 15歳未満発症のがんを指すのが一般的
- 新規発症は年間2,000～2,500人程度
- 治癒率は7割以上
- 血液疾患、脳腫瘍、肉腫などが多い

AYA世代がんの概要

- AYA (Adolescent and Young Adult) の定義は不定
 - 15-29歳 (アメリカ、カナダ)
 - 15-39歳 (アメリカ)
 - 15-25歳 (オーストラリア、イギリス)
- 全がん患者の2-3%程度
- 血液疾患、肉腫、胚細胞腫などが多い

小児・AYA世代と妊孕性

- 男子の場合の妊孕性への影響
 - 両側精巣の摘出
 - 放射線照射（精巣、全身）
 - 抗がん剤
- 女子の場合の妊孕性への影響
 - 子宮、両側卵巣の摘出
 - 放射線照射（腹部、全身）
 - 抗がん剤

小児・AYA世代と妊孕性

- 小児・AYA世代にとって、妊孕性の問題は将来の話
 - 妊娠や出産のことなど「考えてもいなかった」
- 小児・AYA世代にとって、がんも想定外の話
 - この歳でいのちに関わる病気になることなど「考えてもいなかった」

がんについても妊孕性についても
「考え始める」までにより時間を要する

小児患者特有の問題

- 身体発達の限界
 - 未熟な生殖機能
- 認知発達の限界
 - 病気に対する理解の限界
 - 生殖に関する理解の限界
- 意思決定権の所在
 - 治療に関する決定権

妊孕性に関する支援の主な対象は
患児の保護者であることが多い

AYA患者特有の問題

- 意思決定権の所在
 - 治療に関する決定権
 - 保護者の扶養
- 発達課題への影響
 - アイデンティティの確立
 - 将来像の確立
 - 仲間・恋愛関係の発展

妊孕性に関する支援の主な対象は
患者本人、保護者、パートナーへと拡大

小児・AYA世代がんの臨床



妊孕性は話題になる？

- 小児の場合
 - 保護者への説明はされる
 - 患児本人への説明はほぼなし
 - 話題にあがるのはフォローアップ外来が大半
- AYA世代の場合
 - 未成年の場合本人への説明は保護者の判断
 - 精子保存のできる男性の場合説明がなされやすい
 - 女性の場合治療前に説明があることは稀
 - 成人の場合最初から説明がなされることが大半

妊孕性は「問題」になる？

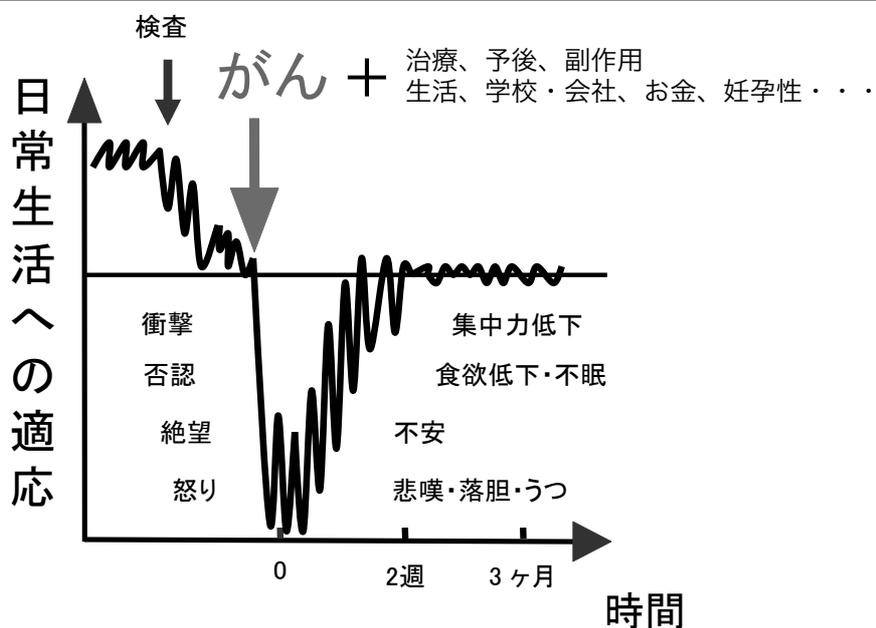
- 妊孕性を温存する手段があるにも関わらず、保護者が本人への説明を拒む場合
- 本人が妊孕性への影響を懸念してがん治療を拒む場合
- 妊孕性への影響について説明するタイミングを逸した場合
 - 特に体制が整わない状況で本人が知ってしまった場合

Aちゃんの母

6歳女兒、白血病にて移植予定

子どものいのちがかかった治療をするのに、
数年後のことまで今考える余裕はありません。
今はそんな話も聞きたくありません。
とにかく今はこの子を助けてください。

がん告知後の患者・家族の心理経過



Bくんの母

15歳男児、精巣腫瘍にて放治予定

病気がわかっただけでもショックなはず。
将来のことまで伝えたらどんなにショックか。
思春期の息子に精子保存の話なんてできないし、
そんなことさせられません・・・。

子どもの時間概念と身体理解

年齢	時間概念	身体理解
誕生～18か月	欠如	手や足など自分の身体部分を使って遊ぶ
18か月～5歳	朝と夜の違いはわかるが、時刻はわからない 昨日、今日、明日の違いが分かり始める	身体のかな部分から細かな部分へと名称を学ぶ
5～9歳	7歳ころから時刻を言えるようになる 昨日、今日、明日の区別が明確になる	代表的な内臓の位置を知る 特定の臓器とその働きを関連付け始める
10歳以上	近い未来を具体化し考えることができる	身体の名前および機能の理解は成人と同等になる

田村(2010)、改変

子どもの病気概念

乳児期	幼児期前期	幼児期後期	児童期前期	児童期後期	
				心理-生理学的理解	統 合
			生物学的理解		
			体内論的理解		
		「悪影響」の理解			
		「バイキン」の概念 接触感染	「感染」の理解 経路 病名		
		「病気=罰」		—潜在化—>	
	現象的理解				
理解不能				* 11歳以降で 病因理解	

Bibace & Walsh(1981)、小畑文也(1990)、改変

治療前に考えたいこと

- 本人の認知発達はどの程度か
 - 長期的な視点についてどの程度理解できるか
 - 性のことを患児本人が理解できるか
 - 性に関する知識や経験はどの程度あるか
- 今知る必要があるか
 - 治療開始前に必要な妊孕性温存の手段があるか
 - 医学的に妥当な治療の選択肢が複数あるか
- 誰が知る必要があるか
- 保護者はどのような心理状態にあるか

Cちゃんの母

12歳女兒、白血病にて移植後

つらい治療をやっと乗り越えました。

妊娠や出産はこの子にとってまだ遠い将来の話。

せっかく治療が終わった今、知らせる必要はありません。

Dさん

18歳女性、白血病サバイバー

ネットでたまたま、小児がんのサバイバーには不妊の可能性があることを知りました。

治療中もフォローアップ中もそのことについて説明を受けたことはなかった。

自分のことなのになぜ教えてくれなかったの？

Eちゃんの母

10歳女兒、白血病にて移植後

いのちが助かって、落ち着いて初めて、将来のことに頭がまわるようになりました。

子どもが産めないからだになることを親が決めてしまって、この子に将来なんて言われるのか、本当にこれでよかったのか・・・。

治療後に考えたいこと

- いつ伝えるか
 - 影響が生じるのはどの程度先か
 - 患児本人はどのように知り得るか
- 誰が伝えるか
 - 保護者から伝えるのか
 - 何科の医師から伝えるのか
- 保護者の理解はどうか
 - 誤解はないか
 - 後悔はないか

Fさん

18歳女性、両側卵巣摘出術前

子どもが産めなくなったら、女性として生きている価値がない。

手術をしなければ治らない可能性が高いこともわかっているけれど、手術は受けたくない。

(保護者は手術してほしいと思っている)

Gさん

25歳女性、両側卵巣摘出術前

子どもが産めなくなったら、女性として生きている価値がない。

手術をしなければ治らない可能性が高いこともわかっているけれど、手術は受けたくない。

(保護者は手術してほしいと思っている)

医師（医療者）の義務

- 善管注意義務（適正な診療を行う義務）
 - 患者の健康上の危険を防止しなければならない
- 説明義務
 - 患者に対して説明責任がある
 - 患者本人の同意なく医療行為を行うことはできない

AYA世代患者への治療は
誰から同意を得るべきなのか？

Informed Consent の成立要件

- 医師が十分な説明を患者が理解できるようわかりやすく提供すること
- 患者が医師の説明を理解し意思決定できる能力を有していること
- 患者の判断が他からの圧力などによって、不当に影響されていないこと

意思決定能力とは？

1. その治療が何であるか、その性質と目的、なぜその治療が提案されているのかについて単純な言葉で理解すること
2. その治療の主たる利点、危険性及びそれ以外の治療法を理解すること
3. その治療を受けないとどうなるかを大まかに理解すること
4. 情報を保持し、それを利用しかつ比較考慮して意思決定に到達することができること

(イギリス「判例法理」)

思春期・若年成人の自己決定

	思春期	若年成人
Autonomy	保護者のもとでの部分的な権利のみ	一人で意思決定することが可能な権利と能力あり
Consent	法的な決定権なし、アセントのみ	法的な決定権あり
Avoidance of harm	長期的な不利益に対する理解や見通しが不十分な可能性あり	より複雑な状況を包括的に検討する能力あり
Paternalism	患者の健康を守るために、パターナリズムがある程度推奨される	一般的にパターナリズムは推奨されない

(Cancer in Adolescents and Young Adults; 2007)

Hさん

27歳男性、移植前全身照射

治療前の精子保存ができなかった。

将来子どもはつukれない。

そのことを彼女にどう伝えればよいのか。

伝えたら結婚は考えられなくなってしまうかも。

でも黙っていてもいつかばれること・・・。

AYA世代患者に関わる家族

- 保護者
 - 扶養者としての保護者か
- 配偶者、パートナー
 - 既婚、事実婚、婚約、恋人
- 子ども

どのような立場の家族構成員がいるのか？
治療選択に関わる家族は誰か？

AYA世代と関わる際に考えたいこと

- 意思決定能力はどの程度あるか
 - リスクを十分に理解しているか
 - その判断は医学的に妥当か
 - 一時的な心理状態（不安、抑うつ）の影響を受けた判断ではないか
 - 患者と家族の意向に差異はないか
- 家族はどのように理解しているか
 - 誰がどの程度の情報を有しているか
 - 今後説明すべき家族は誰か

まとめ

- 医学的状況を理解して患者、家族に関わる
- 患者、家族の状態をアセスメントする
 - 認知発達
 - 病状の受け入れ
 - その時点での心理状態
 - 家族関係



生殖医療を利用して 子どもを望む夫婦への心理支援



平山 史朗

東京 HART クリニック 臨床心理士・生殖心理カウンセラー

広島市出身。1997年より広島 HART クリニックで不妊患者への心理支援を専門とする心理カウンセラーとしての活動を開始する。1998年には、米国サンディエゴの生殖心理学センターで不妊当事者への心理療法の専門訓練を受ける。2001年から2003年にかけて、厚生科学審議会生殖補助医療部会委員。2002年より東京 HART クリニックに臨床心理士として勤務（現職）。2013年、厚生労働省不妊に悩む方への特定治療支援事業等のあり方に関する検討会委員。現在、日本生殖心理学会副理事長、日本家族心理学会理事を務める。資格としては、臨床心理士、シニア生殖心理カウンセラー、家族心理士。所属学会は、前述のほか、日本心理臨床学会、日本受精着床学会、日本生殖医学会、アメリカ生殖医学会、欧州生殖医学会など。

子どもを産み育てることは、「夫婦になること」「夫婦でいること」の大きな理由となることが多い。夫婦になれば子どもができることは“当たり前”であり、望んだ時に得られるというような、妊娠や出産がコントロール可能なライフイベントとして人々には認識されている。それゆえ、望んだように子どもが得られない不妊という状態は個人にとっても夫婦にとっても危機となる。近年の不妊治療技術の向上と大衆化により、生殖医療を利用して子どもを持つとする夫婦は増えており、2012年には全出生児の約27人に1人が体外受精などの高度生殖医療を利用して誕生している。このように生殖医療の恩恵を受ける夫婦がいる一方で、生殖医療を利用しても子どもを得られない夫婦も少なくない。自然に子どもが授からない傷つきを体験した夫婦にとって、生殖医療は希望の医療として映る。しかし生殖医療が不成功に終わるということは、“ほんとうに子どもが持てない”より深い傷つきを経験することでもある。「できるはずのことができないこと」、そして「努力

すれば叶うと思っていたことが叶わないこと」は、無力感や絶望感を引き起こし、自尊心や自己効力感を低減させることにつながる、まさにその人の存在そのものを揺るがす事態として、不妊状態や生殖医療を経験する夫婦を理解し支援する必要があるだろう。

がん・生殖医療によって妊孕性を温存しようとする、がん治療後に生殖医療で子どもを持つとすることは、若年がん患者に大きな希望となり得るものであるが、それがうまくいかなかったときの傷つきについては十分な配慮がされているとは言い難い。がん・生殖医療の健全な発展のためにも、その難しさや苦悩に目を向けることが重要であると考えられる。本講演がその一助となれば幸いである。

若年がん患者の妊孕性温存に関する
心理支援セミナー

生殖医療を利用して子どもを 望む夫婦への心理支援

平山史朗

東京HARTクリニック
臨床心理士 家族心理士
生殖心理カウンセラー

2015.10.12 成育医療研究センター

本講演の内容

- 生殖医療を利用する（いわゆる一般の）不妊カップル（夫婦）の心理について
- 夫婦・家族への心理支援の必要性と基本的な視点
- がん・生殖医療における心理支援への展望

生殖医療を利用する夫婦の心理

不妊を経験すると 夫婦に何が起こるのか

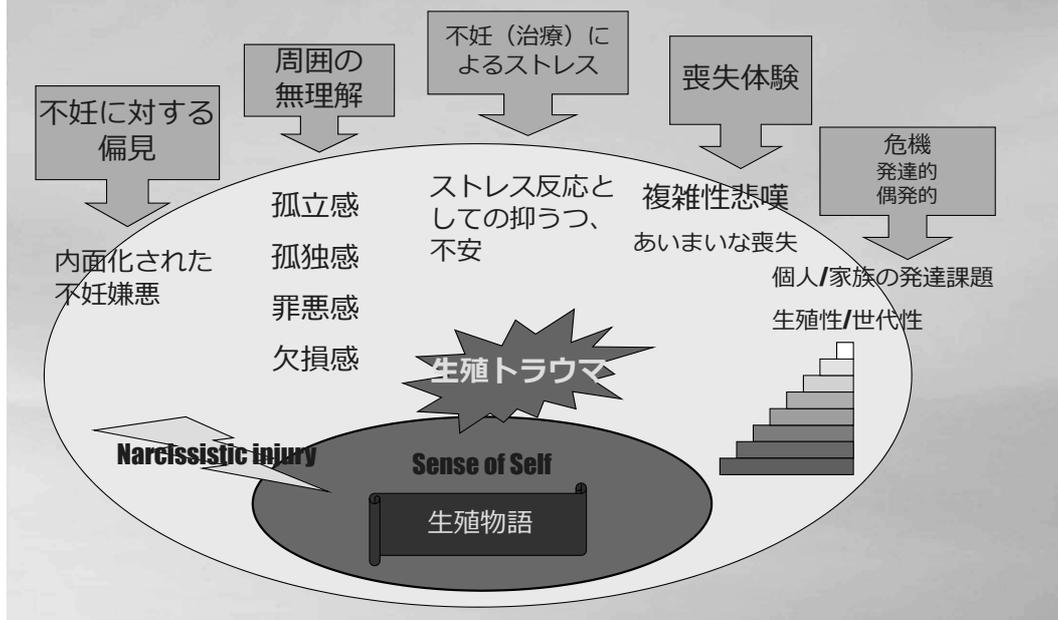
- 不妊の気づき
 - おかしいな？ 疑念
- 予想外の事態としての不妊
 - 子どもは自然に授かるもの、もしくは望めば得られるものという前提が崩れる
 - どうして??
- 生殖を意識することが生活に侵入してくる
 - 意識せずにできた人には理解しにくい

生殖医療を受けるということ

- “治療しなければ妊娠しないのか”という落胆と“治療すれば妊娠できるはず”という期待・楽観が共存
- 実際の受診後
 - 妊娠が難しいことを知る ショック
 - 検査は侵襲的
 - 通院の負担 時間が読めない
 - 治療に生活が支配される
 - 繰り返される喪失
 - あいまいさに満ちた不妊治療

コントロール感覚の喪失

個人にとっての不妊問題



生殖物語 (Reproductive Story) の理解

- 生殖物語とは：子どもの頃から始まって大人になっても抱き続けている無意識の語りごとであり、親になる人生をどのように考えているかという物語
- 前提：私たちは誰でも生殖にかかわる物語を持っている
- 起源：発達段階のごく初期から形成され、自己感 (sense of self) やアイデンティティの中核をなす
- 子どもの時から“書き”始められ、修正されながらも大人になるにつれ、“書き直され”て行く
- 一人ひとりに個々の生殖物語がある
- 不妊と生殖物語：不妊という事態に直面したとき、物語が進行しないことに気づく = 傷つき (トラウマ)

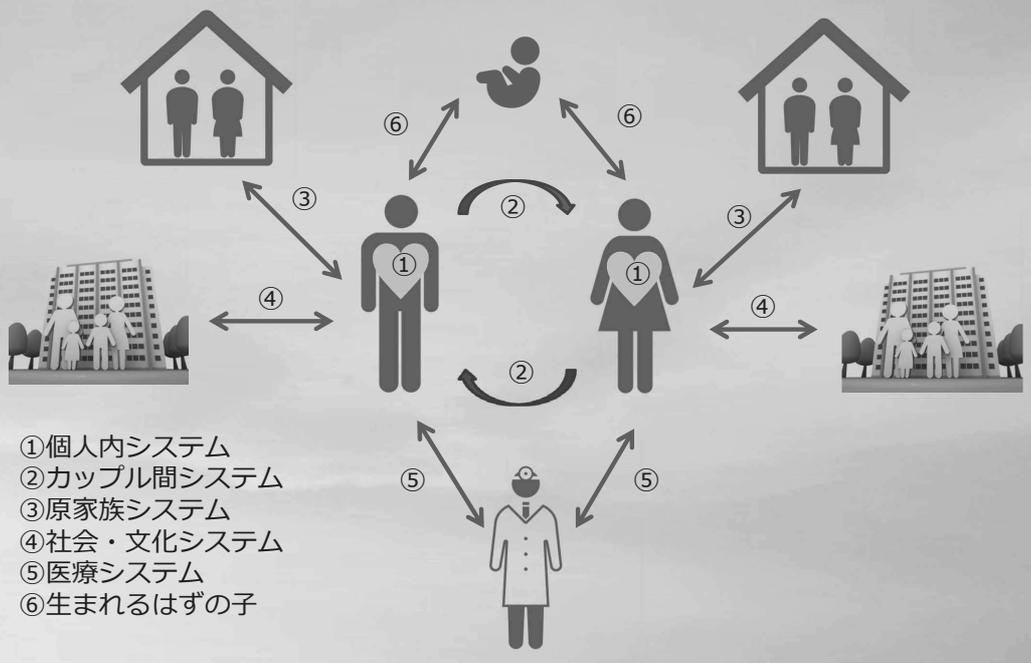
個人への支援の重要性と限界

- トラウマケア・グリーフケアとしての心理支援が不可欠
- 自身の生殖物語の再体制化
 - 不妊体験・不妊治療体験を人生に組み込む
- 不妊にかかわる意思決定は個人だけで完結しない
 - カップルパートナーの思い／パートナーへの思い
 - 家族の思い／家族への思い
 - 世代を超えた家族への思い

心理支援の現場で何が起こるか

- クライアントが納得してもパートナー・家族が納得しない
- クライアントが自身よりも周囲の思いを優先させてしまうことによる苦しみ
- 個人療法の限界
 - それぞれが主張する“正しさの争い”がおりやすく、当事者も医療者も疲弊しやすい
 - 信念対立
 - 倫理的ジレンマ

システムとして捉える必要性



生殖医療における 心理支援の課題

- 多くの場合患者と家族は別々の支援
 - 男性・カップルが見捨てられた不妊心理研究
- 患者と家族のinterpersonalな相互作用、システムミックな視点はあまりみられない
- bio-psycho-social-spiritual（生理・心理・関係・意味）な観点を

- もしかするとがん医療にも言えること？
 - 「がんを抱える患者と、それを支える家族」への支援という考え方？

システム論に基づく夫婦への 心理支援の基本

個人療法と夫婦・家族療法の比較

個人療法	夫婦・家族療法
受容・共感的理解・ラポール	受容・共感的応答・ジョイニング・多方向への肩入れ
受身的・Thの影響を最小限にとどめようとする	能動的・積極的・Thは自覚的に影響を与える・心理教育的側面
クライアント個人の内的世界の理解と変化	家族メンバーの内的世界・家族メンバーと環境（家族メンバーその他の人々）との相互作用の理解と変化
個人のライフサイクル	個人+家族のライフサイクル
自己理解と洞察	自己理解・対話・家族関係理解・変化
解釈	リフレーミング

(野末, 2014)

夫婦にかかわる基本的技法

- ジョイニング
- 多方向への肩入れ
 - “正しさの争い”にどう共感するか
 - 弱きものの声を聴く
- 夫婦連合の強化と適切な境界の形成

夫婦・家族療法におけるセラピストの 基本的かわり方（野末, 2014）

1. ジョイニング

- 治療者が家族システム内のメンバーに仲間入りをし、家族と一緒に治療システムを形成する手段
 1. 追跡
 - 家族が今まで通りにコミュニケーションや行動を続けるよう支持し、その交流の流れに治療者がついていく
 - 支持的なコメント、家族が語る内容を明確化するための質問、家族が言ったことの繰り返し、関心を持って傾聴する態度、など
 2. 適合・調節
 - 治療者が自分の言動を家族の交流に適合するよう調節すること。家族の特有な交流のルールに従い、これまでの構造を維持することを尊重する
 3. 模倣
 - 家族の言語的、非言語的側面を観察し、言葉遣い、比喩的な表現、感情の表現、仕草などを、意識的、無意識的に模倣する

2. 多方向への肩入れ

1. multi : 多くの = 家族メンバー一人一人

directed : 方向に = 向ける

partiality : 肩入れ・ひいき = 治療者の肩入れ・ひいき

- 治療者が関心を持ち配慮する対象は、治療中あるいは治療の結果その変化の影響を受ける可能性のある人全て。治療者が会うことのない人、離婚した配偶者や両親、交流が絶たれている同胞、親、祖父母、これから産まれてくる子どもも含まれる
- まずは、合同面接に参加しているメンバー、来談できなかった（しなかった）家族メンバー
etc

2. 要素

1. それぞれの家族メンバーの気持ち、考えなどを尊重し聴く
→ 「お父さん（お母さん・ご主人・奥様・子ども etc.）の気持ち（考え・立場etc.）としては～」
「お父さんはこんな風におっしゃってますが、お母さんはちょっと違う感じで捉えていらっしゃいますか？」
2. 共感的支持を与える
3. 直接味方する
4. 努力・犠牲を認める（acknowledge）
5. 自分にとって重要な人の積極的な貢献をきちんと認められるようにする
6. 自分の言動が他者にどのような影響力を及ぼしているのかについて責任を持つ

3. 留意点

1. 公平・平等 = 均等ではない
傷ついているメンバー、パワーの弱いメンバー、不公平に苦しんでいるメンバーへのより積極的な肩入れ
2. あるメンバーに十分肩入れしてから、次のメンバーに肩入れする

生殖医療を利用する夫婦への 心理支援のポイント

生殖医療を受ける夫婦への 心理支援

- まず、生殖医療を利用しなければならなくなった“わたし”“わたしたち”の傷つきへの共感
- 理不尽さに共感しつつその中で自分たちなりに努力してきたこと、努力しようとしていることをねぎらい、肯定的な意味づけを行う

不妊夫婦システムへの介入

- 個人の生殖物語の理解
- 夫婦が自身と相手の物語を理解し、尊重できるようにする
- 夫婦間契約（marriage contract）の確認
 - 結婚におけるパートナーに対する期待や計画、願望などの明文化されていない合意（Sager, 1976）
 1. 言語化された契約
 2. 意識されているが言語化されていない契約
 3. 意識されない契約

不妊夫婦への介入のポイント

- 不妊患者をIPとしてシステムで捉える
- “愛情”の問題から“不妊”問題への外在化
- “察してほしい”から相手の思いや気持ちを察する力へ
 - それぞれに思いがあって、よくしようとしてきたことをねぎらい、肯定的に意味づける
- 夫婦間契約の結び直し
- 夫婦連合の強化と適切な境界の確立

- “子どもがいる世界”にセラピストが生活しているという自覚

がん・生殖医療への応用

- がん患者自身の思いや気持ちを尊重できるように話を聴く
 - “弱き者”の言動が正当に扱われるように
- “相手のことを思う”からこそそのパートナー・家族の言動が患者を苦しめることもあることを理解させる
 - パートナーの思いも尊重しつつ、夫婦の連合が強まるようなコミュニケーションへの介入
- 夫婦と家族の間の境界を明確化する
 - 家族の悲しみ・苦痛と患者の苦痛を混同しないように

謝 辞

- 本講演の機会を与えてくださいました鈴木直先生、小泉智恵先生に深く感謝申し上げます。また、本日の座長の労をおとり下さいました原田美由紀先生に感謝申し上げます。

がん・生殖医療における 日本生殖心理学会の取り組み



高見澤 聡

国際医療福祉大学病院リプロダクションセンター 教授・副センター長
日本生殖心理学会 常任理事

1989 (H元) 年 自治医科大学医学部卒業
1989 (H元) 年 都立広尾病院・都立大塚病院
1992 (H4) 年 東京都新島村診療所
1995 (H7) 年 東京都小笠原村父島診療所
1998 (H10) 年 自治医科大学産科婦人科病院助手
2002 (H14) 年 自治医科大学産科婦人科助手
2008 (H20) 年 自治医科大学産科婦人科講師
2010 (H22) 年 国際医療福祉大学病院リプロダクションセンター教授・副センター長
日本生殖心理学会 常任理事

近年、著しく発展した日本の生殖医療だが、「心のケア」については当初、社会認知度も低く、支援体制も不備なまま ART などの生殖医療の急速な技術進歩の陰に取り残されていた。日本生殖心理学会はこの状況の打開を目指し、2003年に「日本生殖医療心理カウンセリング研究会」として発足、2005年に「日本生殖医療心理カウンセリング学会」、2015年に現在の「日本生殖心理学会」に改名し、生殖医療における心理支援・カウンセリングの普及と技術向上に努めてきた。本学会は生殖医療に従事する医師、看護師、心理士、胚培養士などを会員とし、学術集会の開催や学術調査・研究のほか、生殖医療におけるカウンセリング技術の教育・研究および専門カウンセラー（生殖心理カウンセラー）の養成と認定事業を行っており、2006年以降、現在までに63名の学会認定の生殖心理カウンセラーを輩出してきた。

一方、近年のがん治療の進歩は、寛解治癒・生存率の向上をもたらし、多数の若年がんサバイバーを得るに至ったが、抗がん剤や放射線治療に

よる生殖機能の廃絶が新たに問題となってきた。これに対して現在は、がん治療前の ART を用いた生殖細胞温存により妊孕性温存が可能であり、がん医療と生殖医療の協力による「がん・生殖医療」が注目され、本邦においても今後の普及が期待されている。生命と生殖の危機という特殊な状況下にある患者には、心理的支援・援助が求められるが、現状では支援体制は確立しておらず、がんと生殖に精通した心理士も不在である。

日本生殖心理学会は、日本がん・生殖医療研究会と協力し、「がん・生殖医療」の普及の一助として、患者への心理的支援を担うがん・生殖医療専門心理カウンセラーの養成に取り組むこととし小委員会を立ち上げた。小委員会では、がん生殖外来での実態調査を行い、カウンセラー養成講座の開講準備を行っている。

若年がん患者の妊孕性温存に関する心理支援セミナー
2015.10.12 国立成育医療研究センター

がん・生殖医療への 日本生殖心理学会の取り組み

がん・生殖医療専門心理士の養成 と支援体制の設立

日本生殖心理学会 がん生殖保存心理カウンセリング小委員会
国際医療福祉大学病院 リプロダクションセンター
高見澤 聡

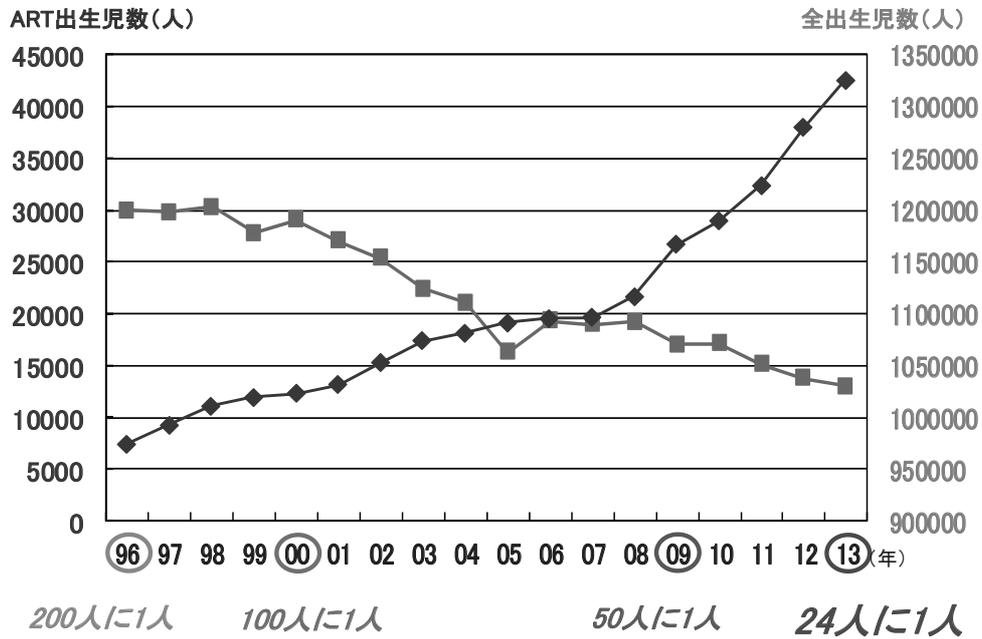
1

はじめに

- 近年、日本の生殖医療は著しい発展をとげ、ARTの進歩と共に不妊に悩むカップルに多大な貢献をもたらしてきた。

2

ART出生児数の年次推移



- 近年、日本の生殖医療は著しい発展をとげ、ARTの進歩と共に不妊に悩むカップルに多大な貢献をもたらしてきた。
- この間「心のケア」は、社会的認知度も低く、支援体制も不備なまま、急速な医療技術進歩の陰にとり残されてきた。

日本生殖心理学会の発足

- 2003年
「日本生殖医療心理カウンセリング研究会」

- 2005年
「日本生殖医療心理カウンセリング学会」
The Japan Association of Psychological Counseling
for Reproductive Medicine : JAPCRM

- 2015年
「日本生殖心理学会」
Japan Society of Reproductive Psychology : JSRP



5

日本生殖心理学会の活動

- 生殖医療の実施に際しての
心理ケア・カウンセリングの普及と
学術的研究の向上

学術集会の開催

6



日本生殖心理学会の活動

- 生殖医療の実施に際しての
心理ケア・カウンセリングの普及と
学術的研究
学術調査・研究
- 心理カウンセリングの教育・研究
専門カウンセラー
(生殖心理カウンセラー)
の養成
- 学術集会

生殖心理カウンセラーの養成と認定

- 生殖心理カウンセラー 養成講座
2015年度 第10期（2014年 6～12月）

13日間（基礎コース 6日間、専門コース 7日間）
45コマ（基礎 21コマ、専門 24コマ）
67.5時間（基礎 31.5時間、専門 36時間）
の 講義・演習



筆記試験・面接試験



資格認定

2006年以降、63名の
生殖心理カウンセラーを
輩出してきた。

9

生殖医療相談士の養成と認定

- 生殖医療相談士 養成講座
2015年度 第9期（2014年 6～12月）

13日間、45コマ、67.5時間
の 講義・演習



筆記試験・面接試験



資格認定

看護師、医師、胚培養士や
自治体の不妊相談担当者
などを対象に、より患者に
身近な”不妊相談”の担い
手を養成。

2007年以降、253名の
生殖医療相談士を
輩出してきた。

10

認定 生殖心理カウンセラー、 認定 生殖医療相談士 への学会支援

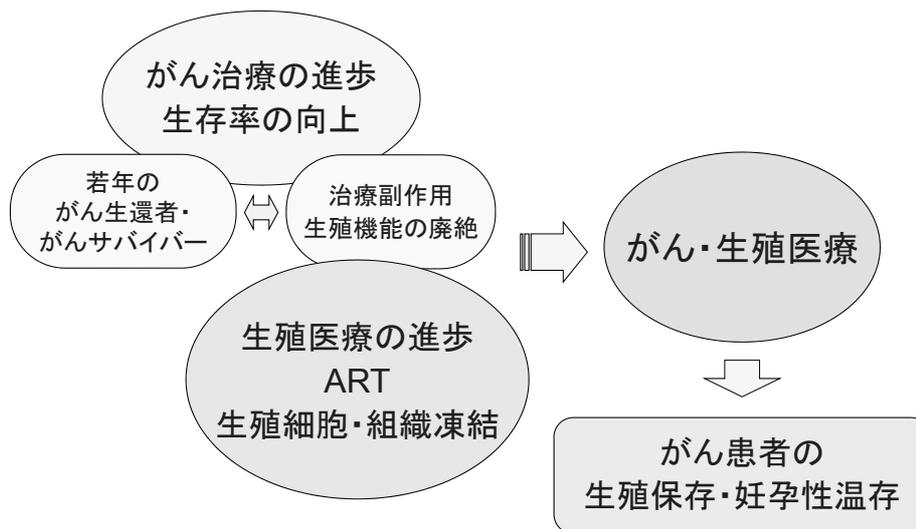
- 学術集会・卒後研修・継続研修
- 資格継続認定・更新
- HPによる名簿公開



北海道エリア（1）名
東北エリア（2）名
関東エリア（28）名
新潟・北陸エリア（1）名
東海エリア（3）名
近畿エリア（8）名
中国エリア（8）名
四国エリア（2）名
九州・沖縄エリア（6）名
2015年9月29日 現在 57名

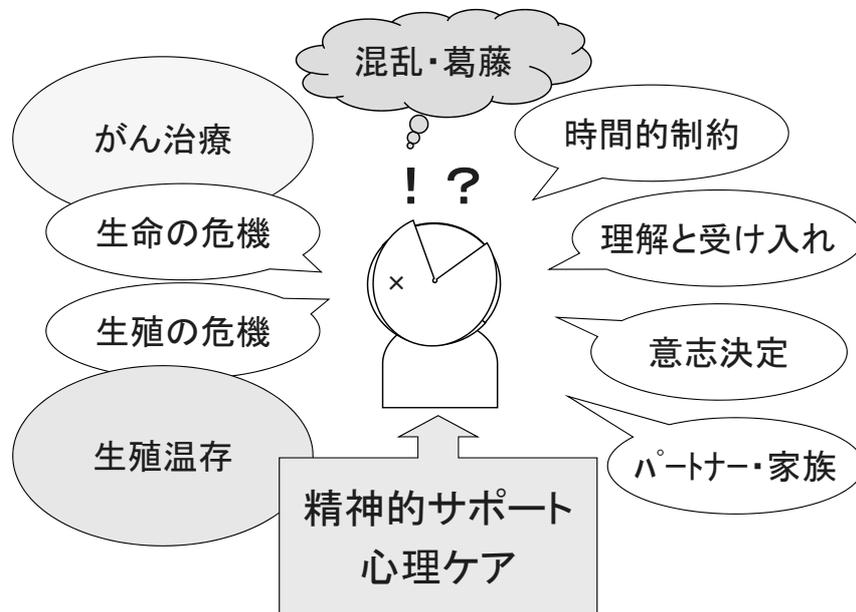
11

がん・生殖医療による妊孕性温存



12

がん・生殖医療における心理ケアの必要性



13

カウンセラーに求められるもの

- 各種がん医療 および 生殖医療の知識
- 多岐および長期にわたる患者への関わり
 - がん治療前の生殖温存
 - がん治療後の妊娠治療
 - 妊娠中・出産後のサポート
 - 生殖温存不可症例
 - 温存するも妊娠に至らない症例

14

がん・生殖医療における心理カウンセリング

- がんと生殖に精通し、がん・生殖医療における心理ケアを担うカウンセラーが求められているが現状では 不在。
- 世界的にも確立したモデルやカウンセラー養成システムは存在しない。
⇒ 一から作り上げる必要。

15

日本生殖心理学会の取り組み

- 日本がん・生殖医療学会(JSFP)の要請を受け、がん・生殖医療における患者の心理ケアとサポートを担う「がん・生殖医療専門カウンセラー(心理士)」の養成に取り組むことを決定。
- 「がん生殖保存心理カウンセリング小委員会」を立ち上げた。

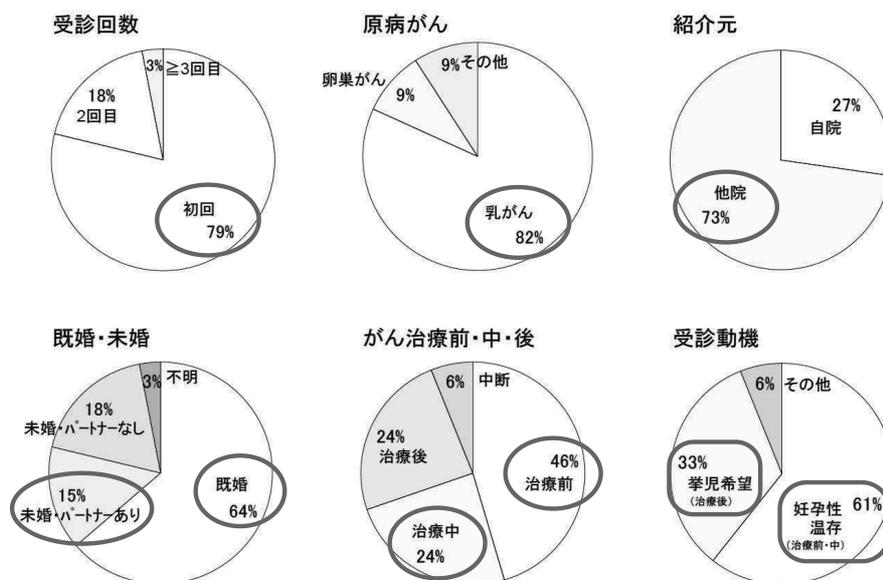
16

がん生殖保存心理カウンセリング小委員会の活動

- 小委員会メンバーおよび学会養成講座卒業生から募った生殖心理カウンセラー 9名により、聖マリアンナ医大および慈恵医大産婦人科のがん・生殖外来において 33患者の医師診察に陪席し、現場視察と情報収集を行った。
(2014.6～10月)

17

がん・生殖外来陪席結果



18

心理士からみて、

- 精神的不安定者 = 4割。
- 患者と配偶者・家族間に問題あり = 4割。
- 現在は精神的に安定しているが、今後困難な治療経過が予測され、長期的な心理支援が必要と判断された = 9割。

19

がん生殖保存心理カウンセリング小委員会の活動

- 海外学会へメンバーの派遣・情報収集。
- がん・心理の関連学会・団体へアプローチ、各代表との面会、活動の協力要請。

20

がん・生殖医療専門心理士の養成と支援

がん・生殖医療専門心理士養成講座を開講
(平成28年4月～予定)

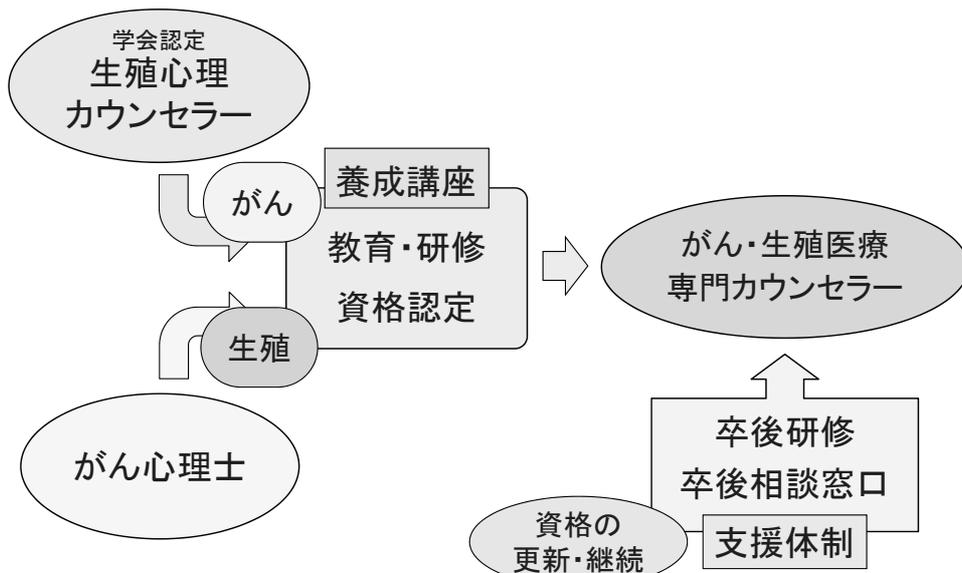
- 学会認定の生殖心理カウンセラー有資格者
(養成講座卒業生)を対象。
教育・研修の場を提供し、カウンセラーの育成
と資格認定。

卒後研修や
卒後相談窓口の開設
などの支援体制の整備

がん心理士への
生殖医療教育・研修

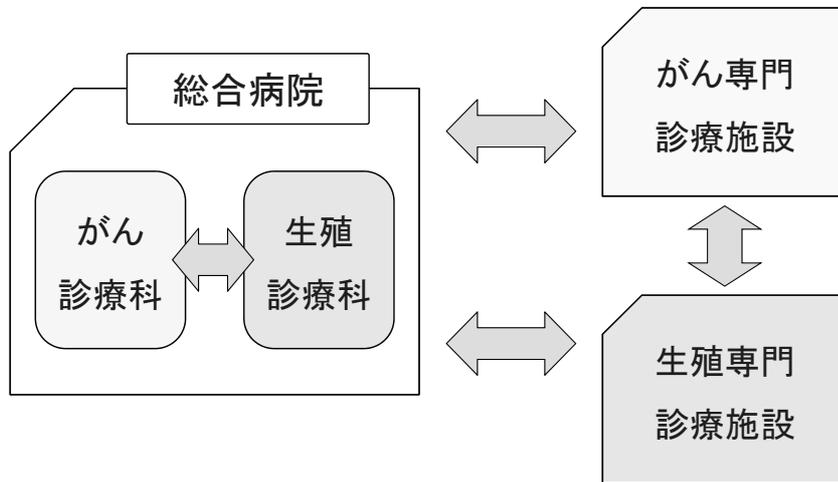
21

がん・生殖医療専門心理士の養成と支援



22

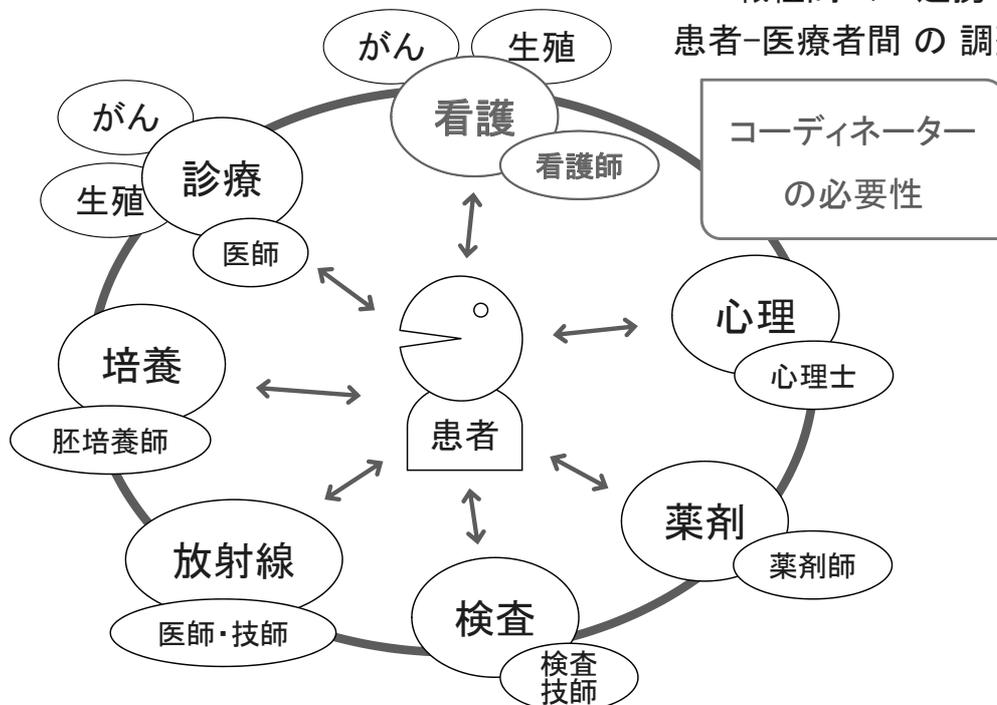
がん・生殖医療における“連携”



診療科間・施設間の“連携”

23

職種間の“連携” 患者-医療者間の調整



24

がん・生殖医療専門コーディネーターの養成

計画中

- がん・生殖医療における連携および患者-医療者間の調整役としてのコーディネーター。
- 患者にとって最も身近に存在し、理解・把握している看護師を対象。
(学会認定の生殖医療相談士→がん治療の認定看護師→その他)
- 養成講座の開講と資格認定、卒後支援体制の整備。

: 25