

# がん・生殖医療における 心理支援の国内外の動向



## 小泉 智恵

国立研究開発法人国立成育医療研究センター研究所副所長室 研究員

経 歴 1998年 白百合女子大学大学院文学研究科発達心理学専攻単位取得退学  
1999年 博士(心理学)(白百合女子大学大学院文学研究科)  
1999-2001年 日本学術振興会特別研究員(PD)  
2000-2010年 国立精神・神経センター精神保健研究所特別研究員/協力研究員(PD)  
2001-2005年 長寿科学振興財団リサーチ・レジデント(PD)  
2007-2012年 国立成育医療研究センター病院育児心理科心理療法士  
2013年～ 国立成育医療研究センター研究所副所長室研究員

資 格 臨床心理士、生殖心理カウンセラー

所属学会 日本生殖心理学会(理事)、日本発達心理学会、アメリカ生殖医学会など。

がん医療と生殖医療の進歩により2006年頃からがん患者の妊孕性温存診療に取り組むようになった。米国の大規模調査によると、がん診断時にがん治療による生殖機能低下・喪失の可能性を腫瘍医から伝えられた患者は伝えられなかった患者より予後のQOLが高く、妊孕性喪失の情報提供後に生殖医を受診した患者は受診しなかった患者より予後のQOL、人生満足度が高く、自己決定に対する後悔が少なかった(Letourneau, 2012)。こうした先行研究などから、米国腫瘍学会(ASCO, 2006;2013)、国際産婦人科連合(FIGO, 2012)のガイドラインは、がん診断時に妊孕性温存について医療者と話し合うことが後の幸福をもたらすこと、その支援はすべての医療者が取り組むこと、もしがん患者が生殖に関して心配があれば心理専門職を紹介することを推奨している。

妊孕性温存はがん診断時に検討し、がん治療開始前に行う必要があるため、がん治療計画に織り込む必要がある。その時期の患者の精神状態は、がん告知で精神症状を発症する割合が約3割と言われる(例

えば川瀬, 2012)。大きなショックを受けている中で、生殖能喪失の可能性という二重の精神的ショックを受けることになる。がん患者のうち抑うつが強い場合はそうでない場合に比べて、推奨された術後化学療法を拒否する傾向が非常に高くなることが知られている(Colleoni, 2000)。つまり、精神的に過酷な状況の中で適切な自己決定をするためには、心理支援が必須である。

心理支援は一過性の自己決定に留まらず、がん治療後の長い人生における妊娠、出産、子育て、あるいは子どものいない人生などを含めた心理支援も見据えていくべきであろう。がん診断から12年後のサバイバーを対象とした調査においても依然として生殖に関して深刻な心配を持つ者が56%と半数を占めていた(Goman, 2010)。つまり、がん患者に対する心理支援は、がん領域と生殖領域の双方から長期的な展望を見据えながら連携しておこなっていく必要があるだろう。そこで、日本がん・生殖医療学会、日本生殖心理学会、Oncofertility Consortiumなど国内外の学会などの取り組みを紹介し、考えてみたい。

# がん・生殖医療における心理支援の 国内外の動向

国立成育医療研究センター  
研究所副所長室研究員  
小泉 智恵

2016/1/14

心理支援セミナー

1

## 目次

1. 歴史的経緯
2. ガイドラインの目指す方向性
3. 学会、団体の動向
4. 妊孕性温存時期における精神症状
5. 妊孕性の問題の長期的影響
6. 今後に向けて

2016/1/14

心理支援セミナー

2

# 1. 歴史的経緯

- がん 2人に1人がかかり、3人に1人ががんで死ぬ
- 若年がん患者の増加
- がんサバイバーの増加 約7割が生存(2005年頃)  
→ がん闘病後の長い人生を考えて生きる必要性がある
- 卵巣組織の凍結保存とその後の移植により世界初の児誕生(2004年、Dr.Donnez)
- 生殖医療の進歩 精子、卵子、胚(受精卵)の凍結保存と融解後に受精・移植が可能(2005年頃)  
→ がん患者ががん治療前に生殖保存したら、闘病後に妊娠可能になった  
→ がん治療前の「妊孕性温存」希望増加



心理支援セミナー

3

# 2. ガイドラインの目指す方向性

- 米国腫瘍学会(ASCO)のガイドライン
  - 2006年
    - ・ がん患者のがん治療開始前に妊孕性を喪失する可能性を話し合うことを推奨
  - 2013年
    - ・ あらゆる医療者が生殖年齢のすべての患者(と患児の保護者)にがん治療前に不妊になる可能性について話すべきだ
    - ・ 不妊になる可能性で苦悩したときは心理士やソーシャルワーカーといった心理社会専門家(Psychosocial providers)に紹介するべきだと推奨
- 医療情報の提供と話し合い  
意思決定や不安の軽減等に対する心理専門的支援が求められている

2016/1/14

心理支援セミナー

4

### 3. 学会・団体の動向

- 米国生殖医学会 (ASRM) の倫理委員会意見(2013年)

- 臨床医は、性腺毒性のある治療を受けるかもしれない患者に対して、その治療開始前に妊孕性温存と将来の生殖医療のオプションについて伝えるべきである
  - 協調的な学際的なチームアプローチを推奨
- すべての有効なオプションは、がん治療の著しい遅れを生じさせない中で実施されるべきである

Fertility preservation and reproduction in patients facing gonadotoxic therapies: a committee opinion

The Ethics Committee of the American Society for Reproductive Medicine

American Society for Reproductive Medicine, Birmingham, Alabama

2016/1/14

心理支援セミナー

5

### 国際妊孕性温存学会 (ISFP)



- 2008年設立、72カ国、会員700人
- 代表者
- 設立趣旨
  1. 研究者と臨床医の世界的ネットワークを推進
  2. 患者の権利擁護と医療者、社会の教育
  3. ISFPのウェブサイト等を通して最新の知見を発信
  4. 学際的な共同研究の推進
  5. 生殖保存のコンセンサスやガイドラインの開発
  6. コミュニティ連携

2016/1/14

心理支援セミナー

6

# FertiPROTEKT



- 2006年設立、ドイツ、オーストリア、スイスのドイツ語圏
  - 2007-2013年に5159人が相談に来た (von Wolff, 2015)
  - 医療相談のカウンセリングセンターは39か所(2007年)から85か所(2013年)に増加
- 代表者 Dr. Michael von Wolff
- 全加盟医療機関は2日間の研修を受ける

2016/1/14

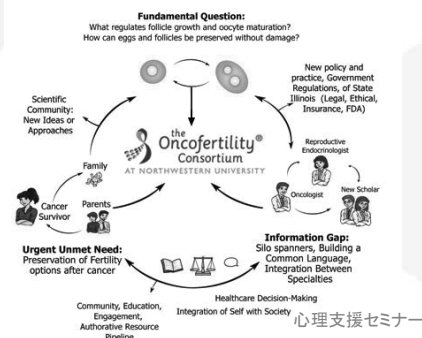
心理支援セミナー

7

# Oncofertility Consortium

- 米国シカゴ Northwestern University
  - Dr. Teresa Woodruff
- 学会の方向性
  - 心理社会的ケアにも取り組んでいる

**設立**  
2007年



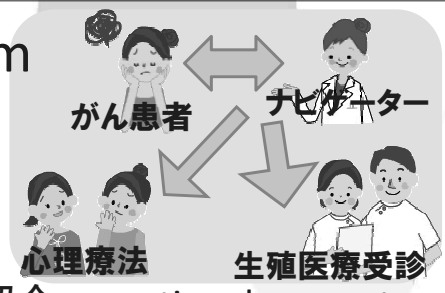
2016/1/14

心理支援セミナー

8

## Oncofertility Consortium 心理社会的支援 1

- Patient Navigator
  - 全米に1人、心理士
  - 医療情報の提供、施設の紹介、emotional support
- 心理療法は、別の心理士が担当
  - 生殖医療領域の心理士
  - がん治療前の妊孕性温存の意思決定支援、不安や精神症状の軽減など
  - がん治療後の生殖医療、非配偶者間生殖医療、死後生殖などにおける心理担当



2016/1/14

[http://www.hnk.or.jp/gendai/kiroku/detail\\_3315.html](http://www.hnk.or.jp/gendai/kiroku/detail_3315.html)

## Oncofertility Consortium 心理社会的支援 2

- 子どもの認知発達に即した妊孕性温存教育の開発
  - 子ども向けTV番組「セサミストリート」をヒントに

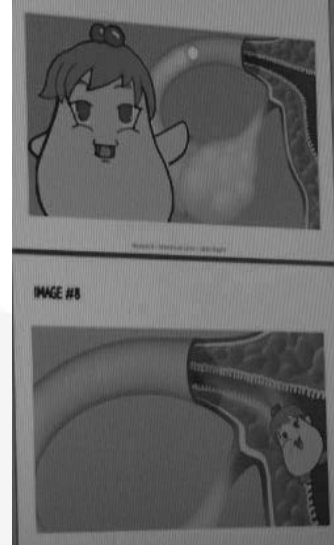
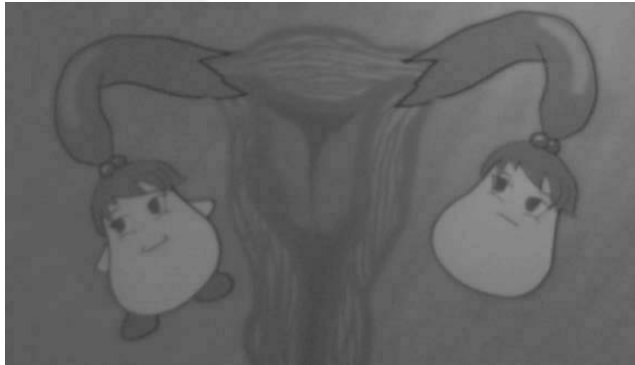


2016/1/14

心理支援セミナー

10

なんと！



2016/1/14

心理支援セミナー

11

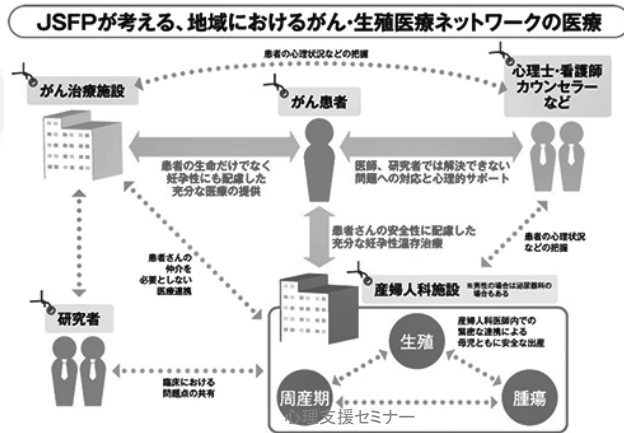
## 日本がん・生殖医療学会 JSFP

<http://www.j-sfp.org/>



特定非営利活動法人  
日本がん・生殖医療学会

「がん治療を目前にした患者さんに将来の妊娠  
について一緒に考えられる場を提供します」



2016/1/14

12

# 日本生殖心理学会 JSRP

<http://www.jsrp.org/index.html>



日本生殖心理学会

Japan Society for Reproductive Psychology

- 「生殖医療の実施に際して、心理的ケアを行うカウンセリングについての学術的研究の向上と、会員相互の知識の交流を図り、もって生殖医療の発展に寄与することを目的とします。」

2016/1/14

心理支援セミナー

13

## 日本がん・生殖医療学会と 日本生殖心理学会との連携



特定非営利活動法人  
日本がん・生殖医療学会



日本生殖心理学会  
Japan Society for Reproductive Psychology

「日本の「がん・生殖医療」発展のために」  
**がん治療と妊娠**  
～がん治療後の将来も妊娠したい～

がん治療と妊娠  
トピックページ

一般・患者のみさま 医療関係のみさま カウンセリングに関して

トップ > カウンセリングに関して

**カウンセリングに関して**

がん・生殖医療におけるカウンセリングの展望

ごあいさつ

この集、日本がん・生殖医療研究会におかれましては、心療カウンセリング部門への取り組みを認められたことにおおげさにお礼申し上げます。研会が発足早々に、心の発達に取り組みられることの意義は大きく、その先見性に敬意を表するものであります。また、日本生殖心理学会のカンセリング学会に対し、共同研究の申し込みに迅速な対応をいただき、大変光栄に感じますことにも、深く申し上げます。他業、学会で活動しましたこと、貴会の発展に社会的貢献も大きく、貴学会としても重要な役割を果たすべく、より積極的に関与しました。そこで、今後貴会と連携しこの分野のカウンセリング関係の発展、発展を目指すことを予定しております。さて、不妊治療にがん治療を併発するケースも増加しており、2016年のがんの臨床的治療はがん治療と併発するケースも増加しています。また、社会は高齢化を進行し、不妊治療にも医学的進歩がもたらされ、着床率の高さからストレスも増大する一方で、本学会は10年の歴史を持ちますが、設立当初は産科産科における心の医療を主として活動していたわけでもありませんでした。しかし、本学会の活動範囲の拡大によってこれだけ社会に注目されるようになったことは驚きと喜びに満ちています。臨床現場の産科産科は、その活動が広がることと、臨床現場でどのような活動がなされたこととによって、産科産科の発展に寄与してきました。しかし、近年になってこの分野が注目され、多くの産科産科が注目されるようになったことは大変喜ばしいことです。特に我が国で、産科産科の下、貴会が立ち上げられたことは極めて重要です。産科産科は産科産科そのものから多くの精神科ストレスを帯びており、その上、産科産科の活動の発展が期待されています。貴会には、産科産科の発展に寄与するものがあります。このストレスを少しでも軽減し、産科産科に、本学会は貴会に全面的に協力をお願いします。所存です。この分野の連携的取り組みは世界のどのグループを始めでもありません。産科産科の発展に産科産科の発展を期待します。

日本生殖心理学会  
理事長 西本 義博  
日本生殖心理学会

2016/1/14

心理支援セミナー

14



## 厚生労働科学研究費補助金

- 「若年乳がん患者のサバイバーシップ向上を志向した妊孕性温存に関する心理支援体制の構築」
- 期間 2014～2016年度(予定)
- メンバー
  - 鈴木直(代表者)
  - 大須賀穰
  - 小泉智恵
  - 津川浩一郎
  - 杉本公平
  - 野木裕子
  - 高木清考
  - 福間英祐



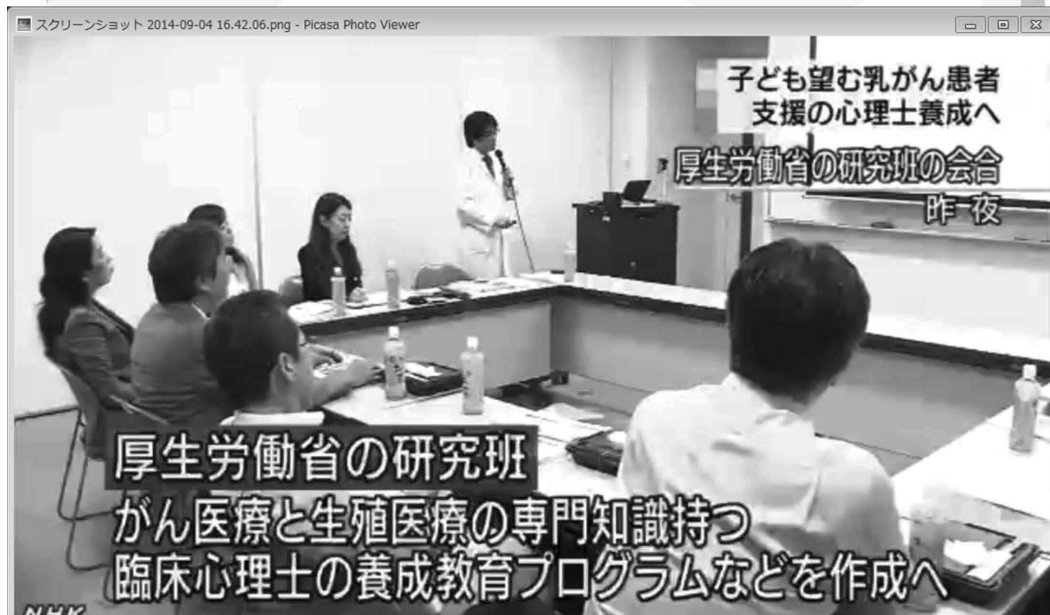
「がん患者の妊孕性温存における心理教育と夫婦充実(O!PEACE)セラピー」の多施設合同ランダム化比較対照試験を実施中です

2016/1/14

心理支援セミナー

15

## NHKニュース 2014年9月4日



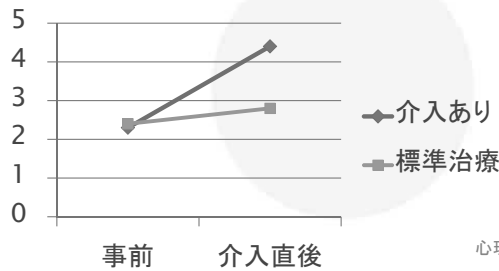
2016/1/14

心理支援セミナー

16

# 目的

- O!PEACEセラピーによる介入は、
  - ① 夫婦それぞれの精神的健康(うつ、PTSD症状)
  - ② 夫婦それぞれの精神的回復力のある思考や行動への変容(レジリエンス、ストレス後成長)
  - ③ 夫婦間のコミュニケーション(夫婦関係)
 の3軸に対して改善効果があるかを検討する。



2016/1/14

心理支援セミナー 17

# O!PEACE患者向け冊子、完成




**O! PEACE 第1回**

実施日 年 月 日

今の不安感はどのくらいですか？  
(P.31の不安の度合いものさしを使って、今の不安感を計ってみましょう)

妻 /10点 夫 /10点

はじめに

- がんと告げられてショックを受けたり不安になることは、誰にとっても当然のことです
- まず、あなたの命が大切です。まずは何よりもがん治療を優先しましょう
- そして、あなたのがん治療後の人生も大切です

がんと生殖を考えると、情報を整理するポイントがあります (わかったことをご夫婦で書き込んでみましょう)

**あなたのがんの種類は？**  
 ・ 癌種が、乳癌、卵巣がん、ホルモンの感受性、リンパ管転移の有無

**あなたのがんの進行は？**  
 ・ 治療スケジュール  
 ・ 手術  
 ・ 放射線療法  
 ・ 化学療法 (抗がん剤の種類の、ホルモン療法)

**あなたの生殖機能は？**  
 ・ 治療前の生殖機能の検査  
 ・ 治療中に予想される生殖機能  
 ・ 生殖機能の回復

**生殖医療に取組めるのか？**  
 ・ 時間 (手術から1ヶ月以内)  
 ・ 身体・精神的負担  
 ・ 費用

**家族の気持ちや考えは？**  
 ・ ご主人の気持ちや考えは？  
 ・ ご夫婦の気持ちや考えは？  
 ・ ご家族の気持ちや考えは？

**人生はさまたげますか？**  
 ・ 費子、要領を重なる方もいます  
 ・ 夫婦二人の生活を建てる方もいます

不安、イライラ、痛みに対処する力を養いましょう

リラクゼーション：肩上げ

肩上げをしてみましょう

肩の力を抜くこと緊張がほぐれます

①背を伸ばして真っすぐ座りましょう

手は体の横に自然に下げます

②肩をゆっくり大きく上げて、ゆっくり下します

肩の力を抜いていきます

③力を抜いていくときに徐々に軽く感じがしてきます

④力を抜き切ったと思ったら、まだどこかに力が入っていないか、身体に注意を向けてみましょう

⑤力が入っているところに気づいたら、その部分をゆっくり意識してみると自然と力が抜けます

2016/1/14

心理支援セミナー

## 心理士の研修風景



2016/1/14

心理支援セミナー

19

## ほかにも！

### 厚生労働科学研究費補助金

- 「乳癌患者における妊孕性保持支援のための治療選択および患者支援プログラム・関係ガイドライン策定の開発」 清水班(清水千佳子Dr)、2012-2013年
- 「小児・若年がん長期生存者に対する妊孕性のエビデンスと生殖医療ネットワーク構築に関する研究」 三善班(三善陽子Dr)、2014-2016年予定

### セミナー等

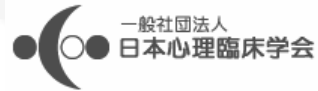
- 2014年10月 「がんサバイバーシップを科学する～がんと生殖医療～」(日本対がん協会研修会助成、清水千佳子Dr、鈴木直Dr)
- 2014年11月 「がん・生殖医療導入に向けた精神的サポート体制構築を検討する」(JSFP・JSRP共催、鈴木直Dr、森本義晴Dr、杉本公平Dr)
- 2015年2月 「がんと生殖に関するシンポジウム2015」(JSFP主催、三善班共催、三善陽子Dr、筒井建紀Dr、井上朋子Dr)
- 2015年3月 「看護師向けがん患者妊孕性支援スキルアップセミナー」(JSFP主催、渡邊知映Nrs)

2016/1/14

心理支援セミナー

20

# 日本心理臨床学会



- 研究助成事業
- 「がん領域と生殖領域の診療連携における両領域の臨床心理士の役割に関する基礎的研究」
- 期間 2015年10月～2017年9月
- メンバー
  - 小泉智恵(代表者)
  - 奈良和子
  - 平山史朗
  - 小池眞規子
  - 吉田沙蘭

## 日本心理臨床学会とは

- 設立 1982年
- 会員数 約28000人  
(国内の心理学会では最大規模)
- 臨床心理士関連4団体の1つで、大多数の臨床心理士が会員

参考) 臨床心理士 29,690名

2015年9月、公認心理師法案が  
国会で可決

→ 心理師は国家資格へ

2016/1/14

心理支援セミナー

21

## 国内外の研究の傾向

- 調査参加者数が少ない
  - そもそも若年がん患者は多くない
- 単一施設研究が多い
  - 対象施設に限られる
- レトロスペクティブな研究デザインが多い
  - 長い期間の追跡調査が困難
  - がん診断時、がん治療中、治療後など特定の時期を取り上げて研究
- がん・生殖医療における心理面や心理社会的支援に関する研究数が少ない
  - がん女性を対象とした心理社会面に関する研究論文は、15本(Deshpande, 2015)
  - がん患者の妊孕性温存における心理療法に関する研究論文は、1本(Koizumi, 2014;小泉, 2015)

2016/1/14

心理支援セミナー

22

## 妊孕性温存時の心理 (主にがん診断時期)

2016/1/14

心理支援セミナー

23

## いつ、妊孕性温存を聞きたいか？ (Lee,2011)

- 若年乳がんサバイバー24人のフォーカスグループ
  - 18人ががん診断前に子あり。
  - 生殖保存診療の予約は10人が取り、14人が取らなかった

### 結果

- がん診断当日を避け、1週間までに聞きたい
  - がん診断と同時だと、情報の負担が大きかった
- 医療情報提供では、子どもの有無に関わらず、自分にとってのオプションを示して、危険を冒す、冒さない選択を示してほしい
  - 子どもがいるからという理由で妊孕性温存の情報が提供されなかった

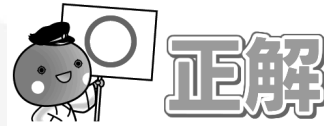
2016/1/14

心理支援セミナー

24

## がん・生殖の医療情報の理解度 (van den Berg, 2008)

- 小児がんの息子を持つ親152家族を対象とした調査
- がん・生殖の医療情報を聞いた後に、その内容を思い出せたのは約半数
  - 情報提供により
    - 9%は不妊になるだろうと思った
    - 60%はわからないと思い
    - 31%は正常な妊孕性であると思った



2016/1/14

心理支援セミナー

25

## がん患者が生殖保存するため、 採卵のための刺激周期における 精神的健康 (Lawson, 2014)

- がん患者群47人と、がんでない不妊群91人との比較
- 刺激周期開始時、終了時の2時点で調査
- うつ (CES-D)、不安 (STAI-S)それぞれカットオフ以上の割合を算出

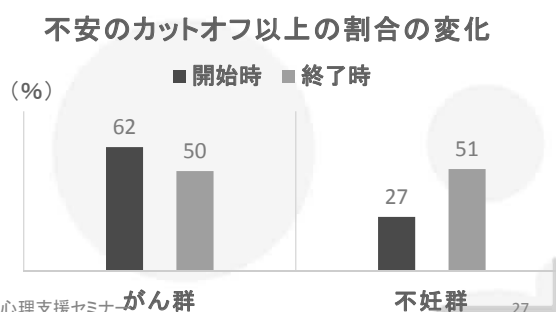
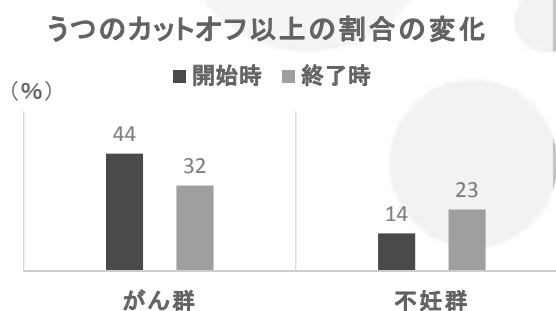
2016/1/14

心理支援セミナー

26

## 結果と考察

- がん群は減少傾向、不妊群は上昇傾向
  - 両群とも精神的に不健康
- 両群とも治療前に心理相談を受けたほうがいい



2016/1/14

心理支援セミナー

27

## なぜ、妊孕性温存時はメンタル不良か？

- がん診断時～数ヶ月のメンタルは不調
    - PTSD症状の発症、23% (川瀬, 2012)
    - 大うつ病の発症、31% (Neugut, 2013)
  - がん患者の感情抑制傾向 (Iwamitsu, 2003)
    - 抑制傾向がある人は心理的苦痛が強い
  - 抑うつは意思決定を左右する (Colleoni, 2000)
    - 初期乳がん患者が術後化学療法を受ける割合について、抑うつ者51%、抑うつでない人92%
- 表面的対応では不調を見逃してしまう
- 心理専門の支援が必要

2016/1/14

心理支援セミナー

28

## 妊孕性温存の医療相談での経験 (Bastings,2014)

- オランダで妊孕性温存の医療相談を受けたがんサバイバーを対象とした回想法による調査。相談時点と2年後の2時点のデータ。64人回答。
- 医療相談の担当者は、医師、看護師で経験ケース数がさまざま

2016/1/14

心理支援セミナー

29

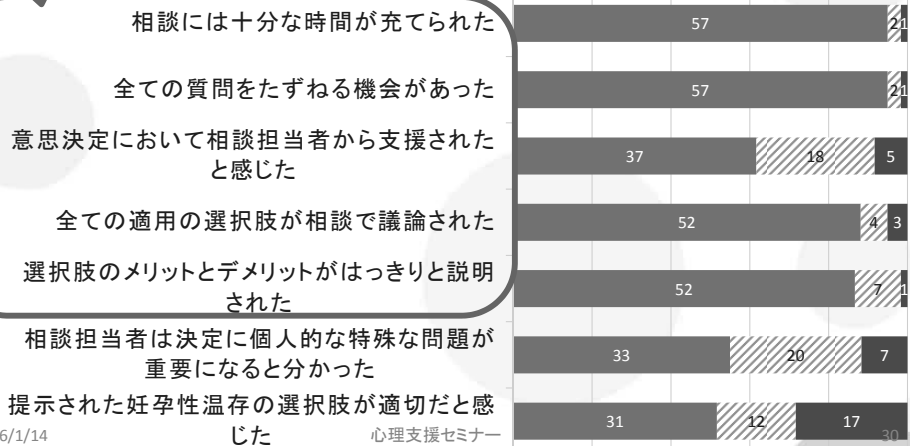
## 結果1

- 多くの患者は肯定的な経験をしていた  
 - 10項目中6項目で70%以上が肯定的な経験をしていた

これらの項目でその通りだと答えていない人は、0%以上が否定的な経験をしていた  
 これらの項目でその通りだと答えていない人は、決定での葛藤が強かった

■ その通りだ    ▨ どちらとも言えない    ■ ちがう

0%    20%    40%    60%    80%    100%



2016/1/14

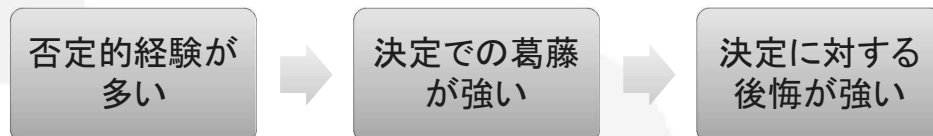
心理支援セミナー



## 結果2、考察

### 結果2

- 否定的経験が多い場合、決定での葛藤が強かった
- 決定での葛藤が強い場合、決定に対する後悔が強かった



### 考察

- 担当者が医療知識と理解を十分深める必要
- 医療情報の提供のとき、心理面に配慮必要

2016/1/14

心理支援セミナー

31

## がん治療中、 妊孕性温存、不妊治療 などに関する心理

2016/1/14

心理支援セミナー

32

## 若年乳がん患者のメタ・エスノグラフィー ( Adams,2011 )

- 3つのプロセス: 平衡化→正常化→変化
- 平衡化では、がん診断後の抑うつ症状や治療後の無月経や更年期症状などを持ちながらも子どもが欲しいという希望とバランスをとる。
- 正常化では、子どもを産み育てることを健常女性の発達のマイルストーンの獲得として捉え、達成しないと正常化していないと感じる。
- 変化では、例えば乳房再建、ホルモンレセプター陽性、再発などがんの状況によって生殖に関する意思決定を変更する。

2016/1/14

心理支援セミナー

33

## 考察

生殖専門の心理士や心理支援担当者が、若年がん患者のサバイバーシップ支援の一環として、それぞれの時期に合わせて、妊孕性の問題を話し合うことには、大きな意義がある

2016/1/14

心理支援セミナー

34

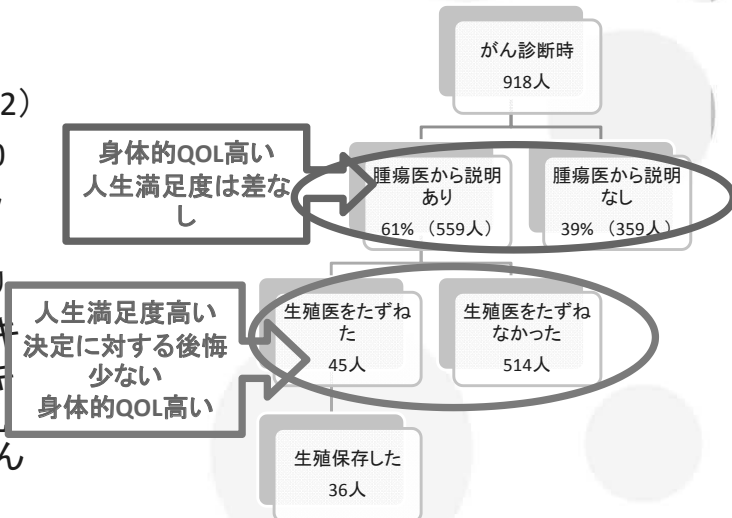
## 生殖保存の情報提供とその後の心理

### • アメリカの調査 (Letourneau, 2012)

- 診断時18～40歳の女性がんサバイバー

• 半数は子あり

- 白血病、ホジキン病、非ホジキンリンパ腫、乳がん、胃腸がん



がん告知と生殖喪失可能性を同時に聞くことになる。

→ 聞いた方が後のメリットは大きいですが、辛い話なので配慮が必要

2016/1/14

心理支援セミナー

35

## 国内の状況紹介

### がん・生殖医療外来における患者の心理(小泉ら, 2015)

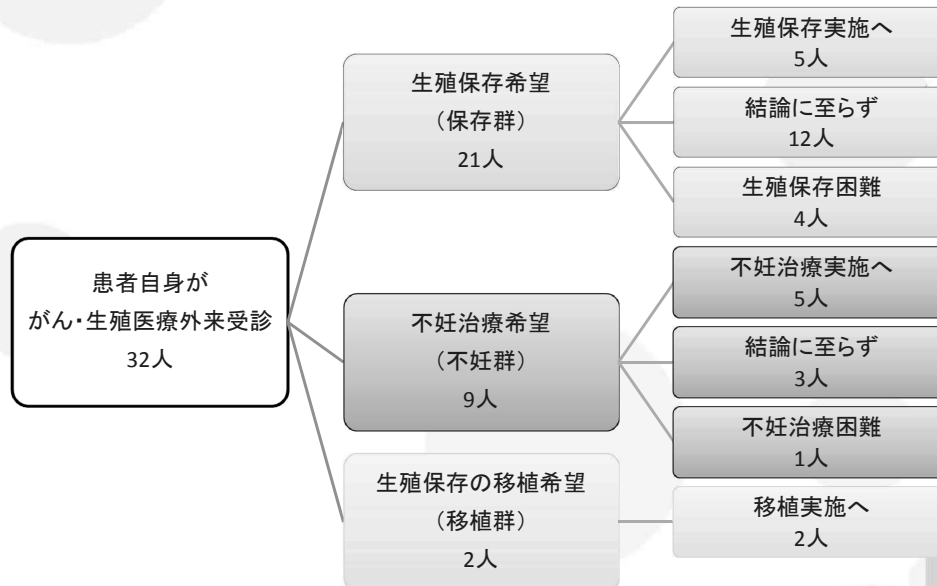
- 首都圏の大学病院がん・生殖医療外来2か所
- 5年以上経験のある臨床心理士かつ生殖心理カウンセラー9人が、医師の診察に陪席
- 患者の行動観察から心理アセスメント、患者の医療情報、医療行動調査
- 分析対象者 若年がんの女性32人

2016/1/14

心理支援セミナー

36

## 患者の医療状況と方針の多様性



## 診察中の患者の行動観察

1. 患者の希望が達成困難な場合に否定的感情の表出数が多い傾向があるが、医師の情報提供に対する患者の反応として発生するわけではなかった
  2. 医師の情報提供に対する反応として否定的感情が多い場合、結論に至らない場合が多くなった
  3. 患者から否定的感情の表出が全体的に少ない場合、患者の希望に合致した方向性になる傾向があった
- 行動観察により患者の心理アセスメントも有効

## 今後に向けて

- 妊孕性温存時だけでなく、がん治療中、治療後など様々な時期に、妊孕性に関する問題が出現する
    - その都度、心理支援が必要
    - 他施設、他科、多職種、同職種間の連携が必要
- 医療情報の提供では、
- 担当者が十分な医療知識と理解を持つこと、心理社会的ケアスキルを持つことが必要
- 妊孕性温存時はメンタル不良のため、
- 心理アセスメントと適用の心理社会的ケア、心理カウンセリングや心理療法を適時提供することが必要

2016/1/14

心理支援セミナー

39

## 医療者間の連携、協力が大事です



2016/1/14

心理支援セミナー

40

## 謝辞

講演の機会をお与えくださいました  
聖マリアンナ医科大学鈴木直先生、  
座長の労をお取りくださいました、  
聖マリアンナ医科大学高江正道先  
生に厚く御礼申し上げます

# がん・生殖医療カウンセリングの 取り組みと実践



## 奈良 和子

亀田総合病院臨床心理室 臨床心理士

### <略歴>

1994年 大正大学 文学部 社会福祉学科 福祉心理専攻卒業

1996年 大正大学大学院 文学研究科 修士課程卒業

1997年 亀田総合病院 小児科担当心理士 (非常勤)

2001年 臨床心理士取得

2002年 精神保健福祉士取得

2006年 亀田総合病院 臨床心理室 (常勤)

2007年 生殖心理カウンセラー取得

日本がん・生殖医療研究会 サイコソーシャル・ケア小委員会委員

日本生殖心理学会 評議員

日本がんサポーターケア学会 妊孕性部会委員

がん・生殖医療を支える医療 精神的アプローチ3 臨床心理士の立場から・鈴木直編『がん・生殖医療 妊孕性温存の診療』: 医歯薬出版, 2013: p230-238

当院では、がん患者の生殖機能温存に 2005 年から取り組んでおり、これまでカウンセリングを 155 名に行い、91 名が生殖機能温存を実施している。若年がん患者は、告知から間もないうちに、がん治療と生殖機能の低下、生殖機能温存方法を理解し、治療開始までの限られた時間内で生殖医療を実施しなくてはならない。生殖機能温存したとしても確実に子供が得られる保証はなく、自分が生きて子どもを産み育てられるかという生と死の葛藤に直面する。告知から短期間に何重もの問題に直面し幾つもの自己決定をするため、精神的に強いストレスがかかる。上記の事を配慮して当院では、がん・生殖医療カウンセリングを行って不妊生殖科を受診する事になっている。

がん・生殖医療カウンセリングの際に IES-R (PTSD 症状検査)、K6 (うつ症状検査) から成る見守りチェックリストを実施し、精神状態をアセスメントしながら情報提供、問題整理を行い、不安、葛藤などを扱いながら自己決定を支援していく。当院で実施した 21 人の分析によると、がん・

生殖医療初診時に、うつ状態よりも PTSD であるか否かが、がん・生殖医療の理解と医療行動に影響する傾向がみられた。PTSD 症状は医療に対する理解と自己決定を妨げる可能性が認められた。がん・生殖医療初診時には PTSD を早期発見し、適切な心理支援を提供しながら進めることが必要であると考えられる。

生殖機能温存は患者だけでなく、パートナーや家族の意向も関係する。世代継承など家の問題として捉え、家族も葛藤を抱えるため家族支援も必要である。がん治療を終えて生殖医療の再開時には、身体的・精神的不調や夫婦関係の変化の悩みを抱える事が見られる。生殖医療の不成功時には、人生の再構築という課題と向き合うことになる。若年がん患者は、がんと生殖にまつわる様々な問題を長期間抱えるため、治療や生活、人生をもサポート出来るような長期的支援が必要と考えられる。

## がん・生殖医療カウンセリングの取り組みと実践



### 亀田メディカルセンター(亀田総合病院)



- 亀田総合病院は千葉県南部に位置する基幹病院として外来診療から救急・急性期治療、回復期のリハビリまで幅広い医療を提供している。
- 地域がん診療連携拠点病院
- 入院病床は約1000床で、診療科目は34科、1日の平均外来患者数は約3000人。



## 臨床心理室(常勤5名・非常勤2名)



富安哲也  
精神科  
小児科  
循環器科  
脊椎脊髄外科  
リエゾン



奈良和子  
精神科  
小児科  
乳腺科  
不妊生殖科  
がん・生殖医療



上田将史  
精神科  
小児科  
血液腫瘍内科  
腫瘍内科  
リエゾン



澤田俊子  
精神科  
小児科  
緩和ケア

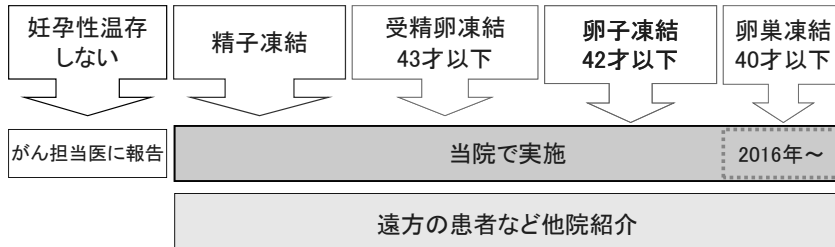


宮川智子  
精神科  
小児科

## 当院におけるがん・生殖医療の取り組み

主科担当医 ①がん・生殖医療の依頼(テンプレート記載)  
②「がん・生殖医療の予約」の連絡

①がん生殖カウンセリング(情報提供・見守りリスト・相談・自己決定支援)の実施  
②不妊生殖科 初診 (AMHなど卵巣予備能の評価・ICなど)



## がん生殖医療依頼テンプレート



病名告知: 告知済 告知日 年 月 日  
告知していない はっきりは告知していない  
その他

がん治療: 当てはまるにレ点、これまでの治療内容や今後の予定を教えてください。

まだ治療は始まっていない

手術: 予定 施行済み( 年 月 日) 術名

放射線治療: 部位 開始予定 施行済み( 年 月 日~)

ホルモン療法: 開始予定 施行( 年 月 日~) 薬剤名

化学療法: 開始予定 施行( 年 月 日~) 薬剤名

治療開始までの猶予期間: 猶予期間はない 妊孕性温存後すぐ治療  
なるべく早く その他

(一部抜粋)

## 妊孕性温存を考える患者の 心理・社会的特徴

- 1) がんの告知後、精神的ショックを受けながら、がん治療と生殖医療の双方の治療について理解しなければならない。
- 2) 時間的制限があり・不確実な中で自己決定する難しさ、葛藤。
- 3) 家族との関係性に関わる葛藤。
- 4) 多様な喪失感を体験する。
- 5) 将来の人生を思い描き、人生観を深める可能性がある。  
がん治療意欲が高まる。

(2013; 奈良)





## 見守りチェックリスト IES-R (PTSD症状を評価) K6 (抑うつ症状評価)



特定非営利活動法人  
日本がん・生殖医療学会

がんの治療はとても強いストレスを伴います。私達スタッフは皆様ができるだけストレス少なく過ごせるように、この見守りチェックリストを作成しました。スタッフから定期的にお渡ししますので、ご記入をお願いします。

下記の項目はいずれも、強いストレスを伴うような出来事にまきこまれた方々に、後になって生じることのあるものです。今回のがんに関して、本日を含む最近の1週間では、それぞれの項目の内容について、どの程度強く悩まされましたか。あてはまる欄に○をつけてください。(なお答に迷われた場合は、不明とせず、もっとも近いと思うものを選んでください。)

最近の1週間の状態についてお答えください		0.全くなし	1.少し	2.中くらい	3.かなり	4.非常に
1	どんなきっかけでも、そのことを思い出すと、そのときの気もちがぶりかえしてくる。	0	1	2	3	4
2	睡眠の途中で目がさめてしまう。	0	1	2	3	4
3	別のことをしていても、そのことが頭から離れない。	0	1	2	3	4

## 早期乳癌患者の診断から1年のIESを用いた調査

	術前	術後6週間	1年
侵入症状	44%	18%	9%
回避症状	29%	14%	10%

- 侵入症状と回避症状は、がん診断後に最も発現頻度が高く、治療が進むに従って徐々に減少していく。
- 積極的がん治療終了後も持続する例がある。



(Tjemsland et al; 2000)

## 153例の乳癌患者を18年間追跡調査

PCL-Cで調査

### 4.6%がPTSDと診断

	がん治療後 18年
侵入症状	12%
回避症状	16%
過覚醒症状	24%

PTSD症状は時間の経過と共に改善していく傾向にあるが、一部の乳癌患者では症状が持続している。



(Kornblith et al ;2003)

## がん患者のうつ



身体疾患	うつ病発症
一般人口	10.3%
心疾患	17-27%
脳血管疾患	14-19%
悪性腫瘍	22-29%
慢性疼痛を伴う 身体疾患	30-54%

(Evans et al;2005)

がん患者のうつ病は稀ではなく、一般人口で発症する割合より高い

- うつ病の苦しさや意欲低下のために、がん治療を中断してしまう。
- 精神的苦悩とがん治療に対する適応の悪化により、QOLが低下する。
- 抑うつは癌治療時の意思決定に影響を与える。

(Grassi L et al;1996)

乳癌患者で術後化療を受ける割合

抑うつなし	92%
抑うつあり	50% ↓

(Colleoni M et al;2000)

## 見守りチェックリストにより がん・生殖医療初診時の精神状態を評価する

### IES-R

- 心的外傷性ストレス症状を測定するための自記式質問紙。
- 侵入症状7項目、回避症状8項目、過覚醒症状6項目からなる。
- スクリーニング、症状経過観察、横断調査に活用できる。
- 心理検査法として医療保健適応(80点) (Weiss,D.S;2004)



### K6

- 抑うつ、不安を評価する自記式質問紙。
- 6項目5件法
- 過去1ヶ月を評価する (Kessler; 2002)



## 見守りチェックリストのデータ分析



- 分析対象数
  - 21人 (男性:7名 平均33.3歳 21-41歳/女性:14名 平均33.9歳 27-39歳)  
調査対象数は24人、3人が欠損値あり除外。各独立変数によって減少あり
- メンタルヘルス変数(患者自記式)
  - IES-R カットオフ未満と以上の2群
  - K6 カットオフ未満と軽度以上うつの2群
- 属性、がん状況など変数(患者自記式)
  - がん治療状況、不妊治療経験など
  - 挙児希望の有無、夫婦・家族の協力可能性など
- 医療情報変数(カルテ情報)
  - 生殖機能温存の実施の有無など
- カウンセリングにおける行動観察
  - カウンセリングの際の患者の言動、医療行動などから、治療の積極性、がん生殖医療の理解度、感情表出の有無をカウンセリングを担当した心理士が終了後すぐに評定した
- 分析
  - がん治療、行動観察による感情表出の有無、挙児希望の高低など分布に従い2群に加工
  - IES-R、K6との関連性を検討するため、2×2分割表を作成し、独立性の検定をおこなった

## 見守りチェックリストの解析結果



※K6カットオフ(うつ症状の有無)

すべての変数で有意差なし。

※IES-Rカットオフ(PTSD症状の有無)では

がん治療に対して積極的ではなく、感情表出が多く、生殖保存をしていない割合が高かった。

IES-Rカットオフ未満(-)・以上(+)

	がん治療の積極性		感情表出		生殖保存実施	
	良好	不良	あり	なし	あり	なし
PTSD(-)	14	0	5	9	12	2
PTSD(+)	3	4	7	0	2	5
	p<0.01		p<0.01		p<0.05	

## 当院の見守りチェックリストデータ解析の考察

- 1)がん・生殖医療初診時に、うつよりもPTSD症状があるか否かが、がん・生殖医療の医療行動に影響する傾向が見られた。PTSD症状は医療に対する積極性と自己決定を妨げる可能性が認められた。
- 2)がん・生殖医療初診時にはPTSDを早期発見し、適切な心理支援を提供しながら進めることが必要であると考えられる。



## がん・生殖医療におけるカウンセリング

- 1) 精神状態をアセスメントし情報提供を行う段階
- 2) 患者・家族の迷い・葛藤の表出を援助する段階
- 3) 意思決定を援助する段階
- 4) がん治療中、自己決定後の迷いを援助する段階
- 5) がん治療を終えて生殖医療再開・妊孕性喪失を援助する段階
- 6) 生殖医療を終えて、人生の再構築を援助する段階

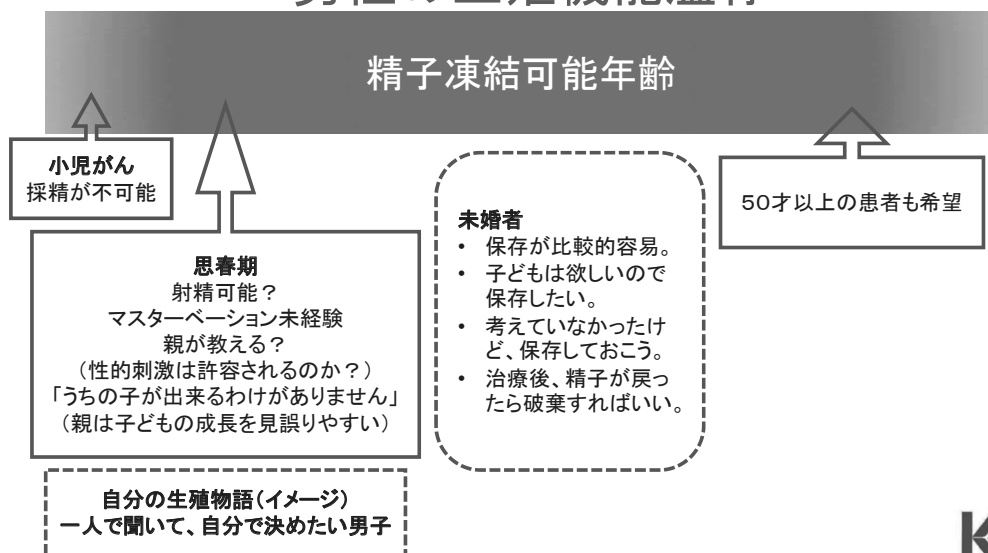
これらは順番に進むものではなく、重なり合う場合もある

### 7) 再発、転移した時、がん治療の再開を援助する段階／緩和ケアの段階



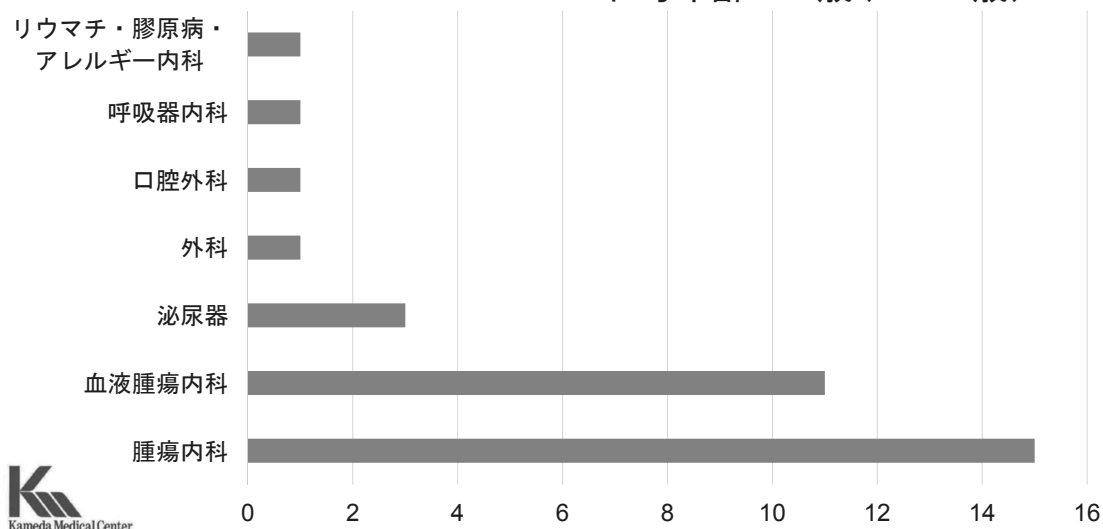
(2013; 奈良)

## 男性の生殖機能温存



## 精子凍結:33症例

平均年齢29.6歳(16-55歳)



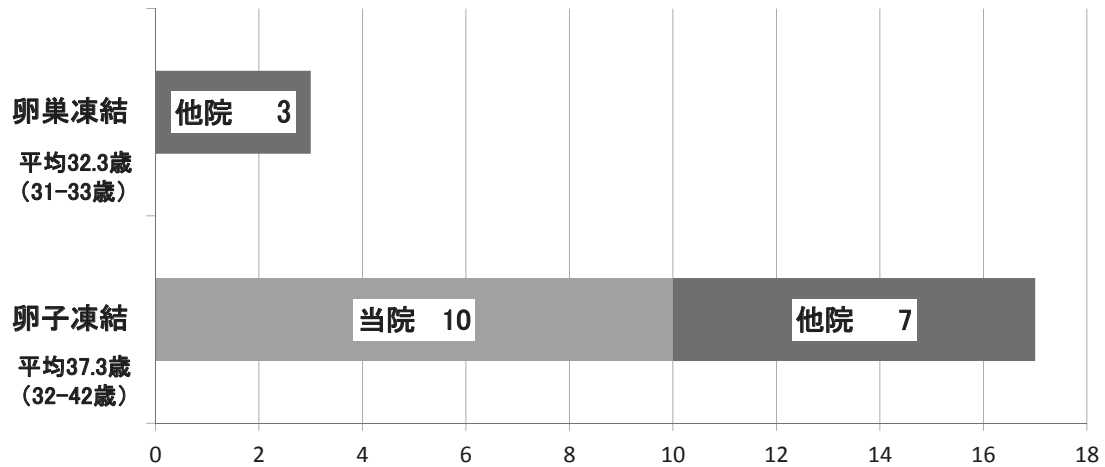
## 精子凍結時のカウンセリング

- 抗がん剤の精子への影響などについて説明を行い、保存するかどうか相談する。本人の希望、配偶者・親権者などの承諾。
- がん治療開始前から精液所見の不良・無精子の場合もあり、事前の丁寧な説明で心構えを持って頂く。
- パートナーの女性に問題が無くても体外受精が必要となる事。
- 体調不良もあり、採精の場所、タイミングなどの配慮。
- 家族の悲しみ、治療への不安、家族の対応についての相談など。

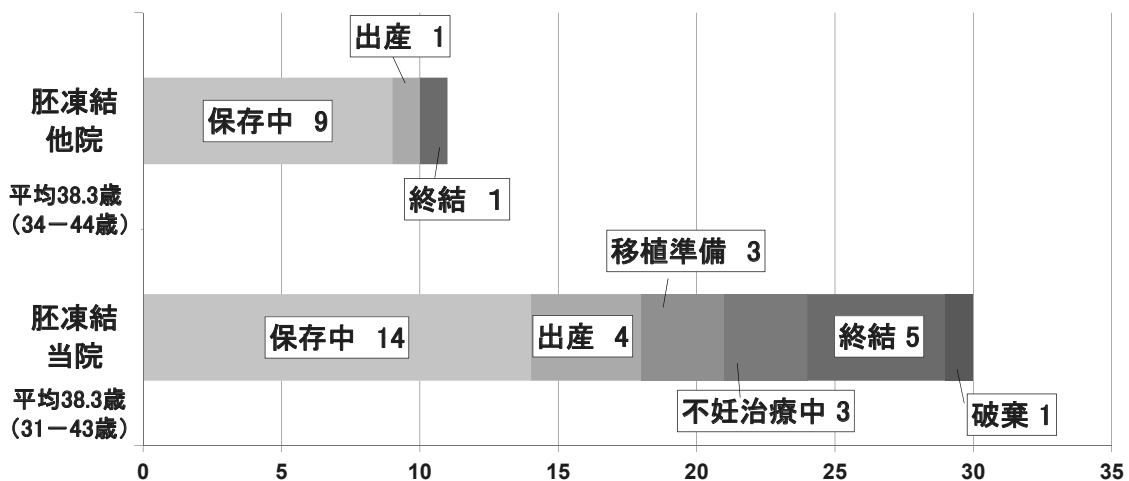




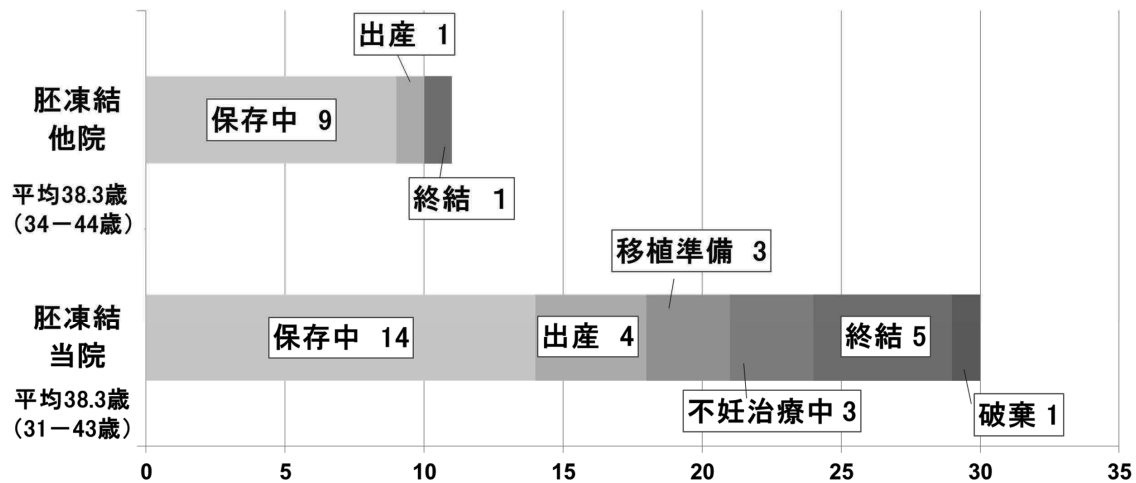
## 女性がん患者の妊孕性温存状況



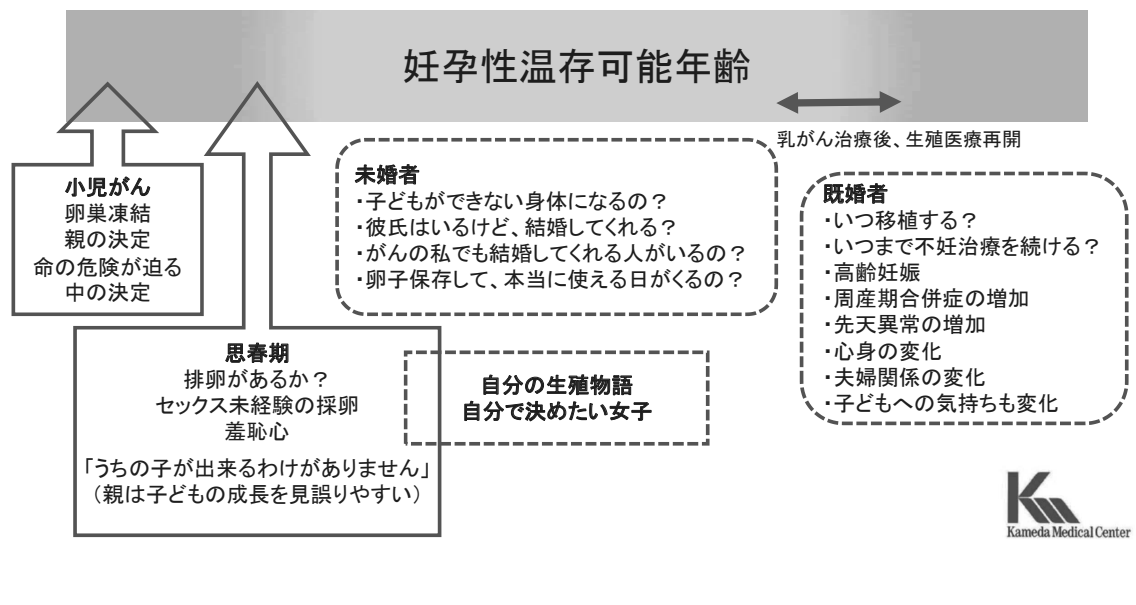
## 女性がん患者の妊孕性温存状況



## 女性がん患者の妊孕性温存状況



## 女性の妊孕性温存



## 夫婦の温度差

- ・がん治療が優先だろ。
- ・体外受精は自然に反する。
- ・妻が子どもを欲しいのは感じていたけれど、話し合ったことはなかった。
- ・妻の気が済むようにすればいい。

- ・ずっと子どもが欲しかったけど、夫と話し合えずにいた。
- ・セックスレス。
- ・不妊治療に踏み切れなかった。
- ・不妊治療を始めようと思った矢先のがん。
- ・夫が反対しても妊孕性温存したい。



- ・子作りに積極的でなかったが、後で後悔しないように保存しておこう。
- ・治療後に考える事もできるし。



## がん・生殖医療の難しさ

- ・がん治療と生殖医療の連携。
- ・紹介のタイミング・生殖機能温存する猶予時間。
- ・予後不良患者や、緊急にがん治療が必要な患者の温存希望と治療のせめぎ合い・葛藤。
- ・医療者と患者と家族の温度差。
- ・子どもが成人するまで元気でいられるのか？  
子どもに癌が遺伝しないか？生まれた子の福祉。
- ・がん治療費と生殖医療の費用負担
- ・死後生殖



## がん治療よりも妊娠を優先させたい患者

- 乳がん手術は受けるが、ホルモン療法は受けたくない。  
ホルモン療法を短縮して早く妊娠したい。  
→がん治療の省略は許容されるのか？
- 化学療法(抗がん剤)が強く勧められるが、卵巣機能低下や脱毛を嫌って治療を拒否。
- 食事療法など、民間療法で治癒を目指す患者。  
→ガイドラインから外れた癌治療
- 乳がんと診断されているにもかかわらず、妊娠してしまう患者。



## 患者の権利

### Reproductive Rights

(性に関する健康を享受する権利)

- 個人とカップルが、子どもの数、出産時期を自由に責任を持って決定でき、そのための情報と手段を得ることが出来る。生殖に関する決定を行える権利。
- 女性が安全に妊娠・出産を享受でき、健康な子どもを持てる最善の機会を得られるよう適切なヘルスケアサービスを利用出来る権利。

(国際人口・開発会議、北京会議)

### 治療を受ける権利

**\* 治療を受ける義務を患者自身が負っているわけではない**

- 医師は医療の質の擁護者たる責任を負い、患者の自己決定がもたらす結果を知らせる役割を果たす義務がある。(患者の権利に関する世界医師会リスボン宣言)
- 医師は患者が決定を行う際に生命医学倫理的に妥当な判断となり得るよう適切な提案、助言を行う必要がある。

## 生殖に関する権利とがん治療を受ける権利は 時として両立が困難

- 優先順位を考え、取捨選択に臨まなくてはならない。
- 患者、パートナー、家族の意向、生まれてくる児の将来、これらを取り巻く社会環境など、多種多様な因子を鑑み考える事であろう。
- 広範な医学的事実と、個々に異なる身体、がん治療、生殖医療の選択、社会的状況など、多くの価値観が関わるため、複雑な判断が求められる。

患者が最善の選択が出来るように、カウンセリング  
心理支援を行っていく必要があるのではないか。



## 生殖に関するカウンセリングが無かった患者

- 妊孕性温存の情報を知らされずに、癌治療が行われた患者
- 癌治療により、すでに妊孕性消失している患者
- 妊孕性について検討したが温存せず、がん治療を行った患者

- 時間の経過と共に身体的・心理的、夫婦関係の変化があり、改めて生殖医療のカウンセリング・あいまいな喪失に対するケアが必要になる場合もある。
- 生殖医療のみならず、がん治療スタッフも生殖に関する情報と問題意識を持ち、必要に応じたカウンセリングなど協働したがん患者の支援が必要である。



## まとめ



- がん診断後早期に、患者と家族の精神状態を評価し、適切な時期に正確ながん生殖医療の情報提供を行い、相談する機会を確保し、心理社会的な支援を行いながら自己決定を促す。
- PTSDなど精神状態の悪化が予測される患者や家族に対しては、適切な援助へ導くと共に、がん治療機関へ情報を提供し、患者の精神的援助が継続するように配慮する。
- 生活・家族関係、人生観等の変化に応じ、心理的な問題を捉え、必要に応じた援助を行っていく。
- 今後がんサバイバーが増加し、生殖医療・精神的サポートのニーズは増加すると予想される。がん患者と家族を協働して援助していく体制の構築が重要と思われる。

## 謝辞

発表の機会を与えて頂いた鈴木直先生、  
がん・生殖医療の研究についてご指導頂い  
ている小泉智恵先生、座長の労をおとり頂  
いた平山史朗先生に、心から感謝を申し上  
げます。



# 若年がん患者の 妊孕性温存のセミナーによせて



## 福間 英祐

亀田総合病院乳腺科 主任部長

### \* 専門分野

乳癌治療、乳腺内視鏡下手術、乳腺画像診断、乳癌凍結治療

### \* 認定資格

日本外科学会認定医・専門医 / 日本乳癌学会認定医・専門医・指導医・評議員 / 日本乳腺甲状腺超音波会議幹事 / マンモグラフィー精度管理委員会 読影資格：A判定 / マンモグラフィー読影資格認定医 / 日本乳房オンコプラスチックサージャリー学会理事・評議員 など

### \* 略歴

1979年 3月	岩手医科大学 卒業	1979年 4月	聖路加国際病院 外科研修医
1981年 4月	聖路加国際病院 外科医員	1985年 11月	帝京大学溝口病院 外科助手
1988年 4月	メルボルン大学外科 留学	1988年 10月	横浜総合病院 外科医長
1990年 4月	帝京大学溝口病院 外科助手	2000年 4月	当院 乳腺外科部長として着任
2006年 4月	科名を変更し乳腺科部長	2011年 4月	乳腺科主任部長へ就任

乳がんはがんを治療するという側面だけではなく、乳房整容性の維持、低侵襲治療など患者様の思いに答えうる多くの選択肢を提供する必要があります。その選択肢の中で、一番重要と思われることが若年がん患者の妊孕性温存です。必要とされるがん治療により妊孕性温存の非可逆性、限られた短い期間での妊孕性温存をはかる準緊急性への十分な理解が医療関係者そして患者様ともに必要とされます。

一方、日本の乳がん患者数は急速に増え、そして若年者乳がんも増加しています。増える需要と長期にわたる治療後のケアのため、乳腺外科医や乳がん療に関わる腫瘍内科医は日常診療に忙殺されています。その中で若年がん患者の妊孕性温存を日常臨床にしっかり組み込むためには、産婦人科医、臨床心理士、ブレストケアナースなどとのチーム医療が重要です。われわれも以前よりARTセンター、臨床心理士、乳腺外来で妊孕性温存に取り組みその重要性を実感しています。今回のセミナーで土屋恭子先生にお話しいただく“乳がん

診療の実際と妊孕性温存情報の伝え方”は上記のためにも意義のあることだと思います。

# がん・生殖医療外来における 若年性乳がん患者の動向



## 高木 清考

亀田総合病院不妊生殖科 部長・ART センター長

認定資格：日本産婦人科学会専門医

2006年3月 旭川医科大学医学部 卒業  
2006年4月 総合病院 春日部秀和病院  
2008年4月 東京医科歯科大学附属病院  
2008年10月 総合病院 土浦協同病院  
2010年4月 亀田総合病院 産婦人科医師として着任  
2014年2月 亀田総合病院 不妊生殖科部長代理・ART センター長として着任  
2014年12月 不妊生殖科部長 就任  
2015年8月現在 不妊生殖科部長・ART センター長 兼務  
東京医科歯科大学難治疾患研究所エビジェネティクス分野 大学院生

女性の乳がん罹患率は1975年以降増加傾向が続いている。

全国乳がん患者登録調査報告2011次報告では39歳以下が3183人(6.6%)、40－44歳が4585人(9.5%)であるし、乳がん患者の5年相対生存率をみても日本でも米国でも89%と高い生存率を認めている。これらのことから妊孕性温存の適応を充たす患者が少ないことは周知の事実である。

乳がん治療後のホルモン療法、化学療法は生命予後に対して大きな意味合いをもつが、ホルモン療法は5－10年という長期間行われ妊娠適齢期を失う可能性が高く、化学療法では卵巣毒性のため妊孕性の低下、消失が起きる事がある。

医学的側面から考えると妊孕性温存に対し①受精卵凍結②未受精卵凍結③卵巣凍結と様々な医療の提供できる幅が広がってきているし、社会的にもがん生殖医療は認知されつつある。

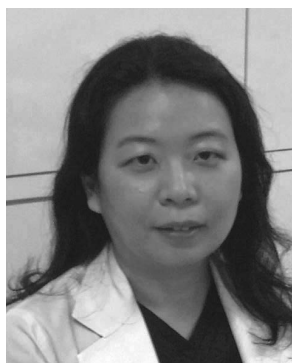
しかし実際のがん・生殖医療外来では患者は告知後の精神的不安定の中、がん治療だけではなく

生殖機能の低下、妊孕性温存の必要性を理解し、がん治療開始までの限られた時間内で妊孕性温存の選択をしなくてはならない。

今後カウンセリングに力を入れていくべき方向を本セミナーで学べることを期待して演題を拝聴したいと思う。



# 若年がん患者の妊孕性温存に関する 心理支援セミナー



## 原田 美由紀

東京大学医学部附属病院女性診療科・産科／女性外科 助教

### 略歴：

学歴 2000年3月 東京大学医学部医学科卒業  
2007年3月 東京大学大学院医学系研究科生殖・発達・加齢医学専攻修了、医学博士取得

職歴 2000年6月～2003年3月、2005年12月～2008年9月 東京大学医学部附属病院、都立墨東病院周産期センター、関東中央病院、同愛記念病院勤務  
2008年10月～2009年9月 日本学術振興会派遣研究員（米国ミシガン大学）  
2009年10月～現在 東京大学医学部附属病院勤務

資格 日本産科婦人科学会専門医、日本産科婦人科学会指導医、日本産科婦人科学会女性のヘルスケアアドバイザー、日本生殖医学会生殖医療専門医、日本産科婦人科内視鏡学会技術認定医、日本内視鏡外科学会技術認定医

専門分野：生殖医療、内視鏡手術、生殖内分泌学

我が国は、生殖補助医療の治療周期数、成績において、主導的な立場にある。しかしながら、生殖医療を利用する患者に対する心理支援体制においては、未だ十分であるとはいえない。このような患者は、治療と仕事との両立の悩み、妊娠不成立のたびに味わう挫折感など多くの葛藤を抱えている。そしてその悩みを友人、職場の同僚、両親など周囲の人達に話せない、話しても理解してもらえない、さらには夫婦間でも理解しあえない場合も多く、さらに心理的に追い詰められていく。本演題においては、生殖医療を利用して子どもを望む夫婦への心理支援について、我が国における現状を明らかにし、我々が取り組むべき課題、その具体的な手法につき、議論を深めたいと考えている。

そして、本セミナーの主題である、若年がん患者の妊孕性温存においては、生殖医療、がん診療、双方の心理支援が不可欠である。このセミナーを通じ、生殖医療、がん診療、それぞれを専門とする医療従事者が、互いの分野の現状を学び議論を

深めることにより、協力して我が国における若年がん患者のよりよいサポート体制を発信できることを期待している。

# 若年がん患者の妊孕性温存に関する 心理支援セミナーに寄せて



## 高江 正道

聖マリアンナ医科大学産婦人科 講師

### 【略歴】

- 2003年3月 聖マリアンナ医科大学 医学部卒業
- 2003年4月 日本赤十字社医療センター 産婦人科
- 2006年4月 聖マリアンナ医科大学 産婦人科
- 同 大学院 医学研究科 生体構造学
- 2010年3月 医学博士（医学）取得
- 2010年4月 米国カリフォルニア州スタンフォード大学 産婦人科  
(Division of Reproductive Biology, Dr. Aaron Hsueh lab)
- 2011年10月 聖マリアンナ医科大学 産婦人科学 助教
- 2015年4月 聖マリアンナ医科大学 産婦人科学 講師

### 【役職など】

日本がん・生殖医療学会 幹事長

近年、“妊孕性温存”は若年がん患者のサバイバーシップを考慮するうえで大きなトピックスとなっている。2012年には、妊孕性に関する本邦初の団体である『日本がん・生殖医療研究会（学会）』が設立され、最近では本邦においても“妊孕性温存”という言葉が定着しつつある。しかし実際の医療現場では、患者に対して妊孕性温存の適応の有無・方法・合併症などを説明し、最後に自己選択を促すだけで精一杯であるのが現状で、患者が限られた時間のなかで“がん”を受容しながら妊孕性について考え、悔いのない自己決定をするための十分な支援が行われているとは言い難い。これらのストレスにより、考えることを放棄してしまう患者も存在する。また、妊孕性を喪失した患者や、極度のストレス下で妊孕性を温存した患者、幼くして妊孕性を温存した患者の支援も必要である。そのような観点からも、“妊孕性温存”をより質の高いものにするために、心理支援は不可欠な要素であると考えられる。

本セミナーが“妊孕性温存”における心理支援

を様々な側面から論じることで、その意義を改めて認識し、成熟した“妊孕性温存”に向けた再スタートを切る良き機会になることを願う。

# 講演風景



# 講演風景



# 研修会の成果

国立成育医療研究センター研究所

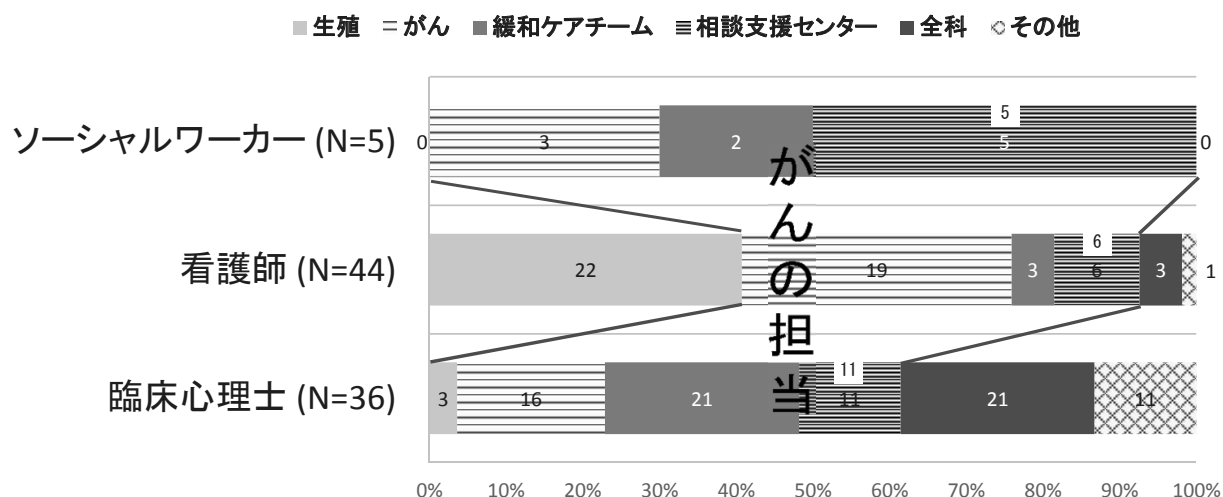
小泉 智恵

当研修会のお知らせと参加募集（事前登録）を開始して1週間で当初の定員100人近くなり、急遽定員を約170人まで増やした。最終的に241人が参加応募をしたが、会場の収容人数の問題から、先着順と抽選で172人に限定した。当日、実際の参加者は155人、講演、座長の先生方13人、スタッフ23人を加えて、合計191人となった。参加者の職種別内訳は、臨床心理士39%、看護師38%、医師7%、ソーシャルワーカー4%、その他（遺伝カウンセラー、胚培養士、研究者など）12%であった。会はプログラム通り順調に進み、終了予定時刻であった17時で終了した。

参加者にアンケートを配布したところ、108人の回答を得た。回答者の職種別内訳は、臨床心理士40%、看護師42%、医師5%、ソーシャルワーカー4%、その他9%であった。回答者はがん領域担当か生殖領域担当かをたずねたところ、全体としては生殖担当27.8%、がん担当31.5%、全科対応18.5%、その他の医療15.7%、医療でない仕事6.5%と分散していた。これを職種別に分析すると、臨床心理士ではがん担当48%、全科対応21%、生殖担当3%であったが、看護師ではがん担当28%、生殖担当22%、全科対応3%であった。医師ではがん担当67%、生殖担当33%であったのに対し、ソーシャルワーカーと遺伝カウンセラーは回答者全員ががん担当であった（図1）。

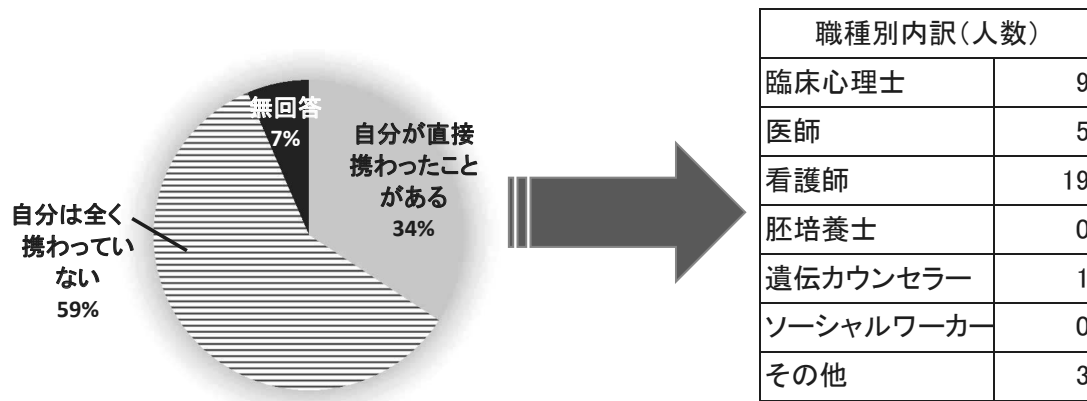
がん患者あるいはサバイバーの方の妊孕性の問題について診療経験があるかどうかをたずねたところ

図1 医療機関勤務者における職種別・担当部署（多重回答）



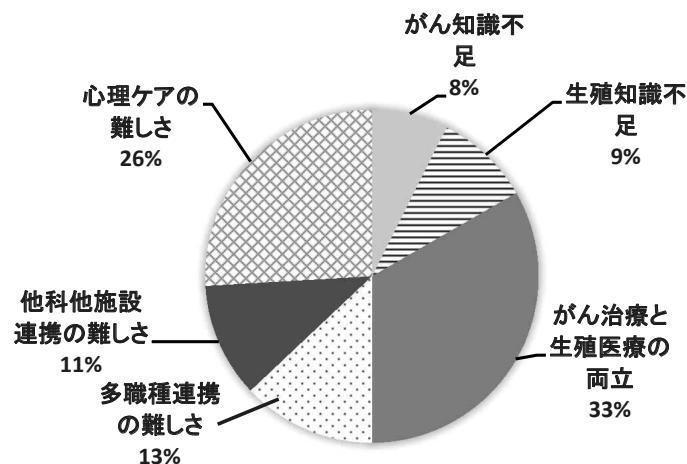
る、全体の34%が自身が直接携わったことがあると答え、全く携わっていない人は59%、無回答7%であった（図2）。その職種別内訳を調べたところ、看護師、臨床心理士、医師の順で経験者が多かった。

図2 がん患者／サバイバー妊孕性の問題の診療



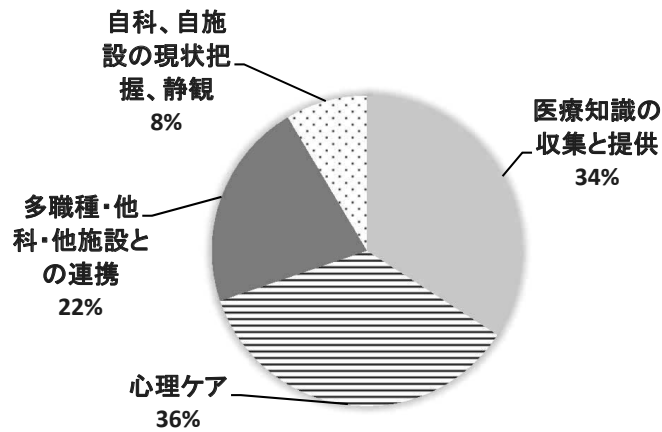
次に、上記質問で携わったことがある方を対象に、最近1年間（2014年10月～2015年10月12日まで）の担当症例や困難経験をたずねた。まず、最近1年間で相談開始時に妊孕性温存希望症例を経験した医療者数は28人、妊孕性喪失の相談の症例を経験した医療者数は20人であった。妊孕性温存希望の担当症例数は、平均値4症例（0-30症例）、中央値2症例であった。妊孕性喪失の相談の担当症例数は、平均値2症例（0-5症例）、中央値2症例であった。次に、困難経験については自由記述で回答を得て、意味分析により下記6要素を抽出し、それぞれの頻出頻度を算出した（図3）。その結果、最も多い順に説明すると、がん治療と生殖医療の両立33%、心理ケアの難しさ26%、多職種連携の難しさ13%、他科他施設連携の難しさ11%、生殖知識不足9%、がん知識不足8%であった。

図3 診療で困難を感じた点（多重回答）



全回答者を対象に、がん・生殖医療の心理支援であなたがこれから取り組んでみたいことを自由記述でたずねた。意味分析から下記4要素を抽出し、それぞれの頻出頻度を算出した（図4）。その結果、最も多い順に説明すると、心理ケア36%、医療知識の収集と提供34%、多職種・他科・他施設との連携22%、自科・自施設の現状把握や静観8%であった。

図4 これから取り組んでみたいこと（多重回答）



最後に、がん・生殖医療の心理支援者の養成講座に対するニーズをたずねた。講座開設に対して関心や期待を持っている人 90.7%、周囲に養成講座を知らせたい医療関係者がいる人 49.1%、自分自身が受講してみたい人 82% であった。

これらの分析結果から、がん・生殖医療において多くの医療者が職種に関わらず、心理ケア、がん医療と生殖医療との両立、多職種や他科、他施設との連携で困難を感じており、それらを学ぶ場としての養成講座開設に強い関心と参加意欲を持っていることが明らかとなった。

