厚生労働科学研究費補助金（がん対策推進総合研究事業）
分担研究報告書

がん・生殖医療専門心理士の資質向上を志向した研究
「がん・生殖医療専門心理士の質的向上を志向した研修体制の構築」

研究分担者　奈良和子　亀田総合病院　臨床心理室副室長

がん・生殖医療専門心理士は、がん治療や生殖機能温存に関しての情報提供や意思決定支援、心理・社会的支援を患者や家族に提供する専門家である。2016 年から養成を開始し、2023 年 4 月 1 日現在 73 名のがん・生殖医療専門心理士が認定されている。

2021 年 4 月から「小児・AYA 世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業」として、がん患者等の妊孕性温存に対して国からの経済的支援が開始された。妊孕性温存療法実施医療機関の施設認定要件では、患者への情報提供、相談支援、精神心理的支援を行うことが条件となり、その担い手として、がん・生殖医療専門心理士の文言が加わっている。

令和 2（2020）年度にがん・生殖医療専門心理士 43 名に対し実態調査を行ったところ、所属する機関での役割・チーム医療体制の違いにより、それぞれの臨床の場で出来る支援、出来ない支援の差や、がん・生殖医療の臨床経験の差も大きいことが分かった。そのような状況の中でも、がん・生殖医療専門心理士は、患者の状態やニーズに応じて情報提供、相談支援、精神心理的支援が提供できるように、一定の医療知識と心理援助技術を持ち専門性の質を担保する必要がある。

本研究は、がん・生殖医療専門心理士が活動するそれぞれの地域において、がん患者、家族への情報提供、相談支援、精神心理的支援の質の均てん化を図るために、一定水準の専門性の質を担保できるような研修体制を構築することを目的とする。

がん患者の心理支援（3 名）、妊孕性温存療法の心理支援（3 名）、不妊患者の心理支援（2 名）に詳しい心理士（計 8 名）を研究協力者として、WEB による討議、試演を経て、令和 3（2021）年度に（1）がん・生殖医療の知識の向上を目的とした、小テスト（添付資料 1）、小テスト解説（添付資料 2 乳がん、3 がん・生殖、4 心理、5 小児・AYA 世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業）、（2）がん・生殖医療の心理援助技術の向上を目的としたチェックリスト（添付資料 6）、ロールプレイ資材、ロールプレイ解説（添付資料 7）の開発を行った。

令和 4（2022）年度には、これらを使用した研修プログラムが、がん・生殖医療専門心理士の資質向上に効果的かを検証する。また、（3）研究参加者と「がん・生殖医療専門心理士による妊孕性温存に関する意思決定支援の質指標（Quality Indicator：以下 QI）の策定」を試み、がん・生殖医療専門心理士の資質向上のための研修体制を提言する。

がん・生殖医療専門心理士の資質向上を志向した研修プログラムの効果は、自己学習という個人差があるが、小テスト・説明資材・ロールプレイチェックリスト・ロールプレイ解説資料を用いて、介入ポイントを意識し援助技術を習得できることが分かった。これらを繰り返し学習に利用し、妊孕性温存に関する意思決定支援のロールプレイや臨床においてチェックリストを使用して自己評価することによって、自身の改善点などが見いだせるため、援助技術が向上する可能性が示された。

また、「がん・生殖医療専門心理士による妊孕性温存に関する意思決定支援の QI」を 12 指標策

定することができ（添付資料 10）、専門心理士が目指すべき良質な援助の指標が明確になった。臨床や研修においてセルフチェックする指標ともなり、自己研鑽に役立てられる。継続して利用し、達成率等を評価していくことで質の均てん化にもつながると考えられる。

令和 2（2020）年度に行ったがん・生殖医療専門心理士の実態調査によると、がん・生殖医療の臨床に携れない者がおり、臨床経験を積むことで援助技術を向上させることが難しい場合があることが判明した。臨床の場がなく、経験を積むことができない者については、今後資格更新手続きの際などに、本研究の研修プログラムを実施することを提案する。研修プログラムで自己学習し、ロールプレイを行い録画して、動画でセルフチェックを行い自己研鑽に努めることを資格更新条件にすることで、臨床経験を積むことができないがん・生殖医療専門心理士も一定の質を維持していくことが可能となると考えられる。

研究代表者
鈴木直（聖マリアンナ医科大学　産婦科学教授）
研究分担者
小泉智恵（獨協医科大学医学部講師）
研究協力者
宮川智子（亀田総合病院　臨床心理室）
谷村弥生（岡山大学病院　臨床遺伝子診療科／新医療研究開発センター）
平山史朗（東京リプロダクティブカウンセリングセンター）
小林真理子（聖心女子大学現代教育学部心理学科教授）
塚野佳世子（横浜労災病院　心療内科）
渡邉裕美　（こころの総合診療室 Canal 勾当台）
橋本知子（IVF なんばクリニック）

A．研究目的

がん・生殖医療の啓発を志向して 2012 年に設立された日本がん・生殖医療研究会（現日本がん・生殖医療学会：JSFP）は、関連学会と協力し、小児・AYA 世代のがん医療の充実に向けて、がん・生殖医療ネットワークの構築や医療従事者を対象とした教育体制の構築（認定がん・生殖医療ナビゲーター等）を主導している。その内の 1 つとして、日本生殖心理学会と共同で「がん・生殖医療専門心理士」の養成を行っている。

がん・生殖医療専門心理士は、がん治療や生殖機能温存に関しての情報提供や意思決定支援、心理・社会的支援を患者や家族に提供する専門家である。生殖機能温存できない患者に対しては生殖機能の喪失に伴う心理ケアを行うなど、生殖機能温存をする、しないに関わらず、患者・家族の個々の状況に応じたニーズ、ライフステージに応じた心理・社会的支援を担うことを役割としている。

がん・生殖医療は、がん治療だけでなく生殖医療についての知識も必要になるため、双方の医療知識と、がん患者や家族への心理援助技術が求められる。がん・生殖医療専門心理士養成講座では、がん治療の講義と生殖医療、がん・生殖医療の講義、心理援助技術の演習を含め 62 時間 15 分のカリキュラム（2022 年度現在）を受講し、筆記と面接（口述）試験を行い、厳しい基準を設けて資格認定を行っている。

2016 年から養成を開始し、2023 年 4 月 1 日現在

73 名のがん・生殖医療専門心理士が認定されている。このがん・生殖医療専門心理士は生涯資格ではなく、5 年ごとの資格更新制度となっており、関連学会や継続研修会の参加等をポイント制にし、50 ポイント以上の取得を更新条件としている。

令和 2 (2020) 年度に本研究の事前調査として、がん・生殖医療専門心理士 43 名に対し実態調査を行った（亀田総合病院臨床研究審査委員会：承認番号 20-096)。

AYA 世代のがん患者に適切なタイミングでの情報提供、意思決定支援、ライフステージに応じた心理支援を行うためには、がん・生殖医療専門心理士の知識や援助技術の維持・向上が欠かせないが、がん・生殖医療対応上の困難感で 1 番多いのは「がん治療、副作用などの医療知識の不足」、2 番目は「がん・生殖医療の最新情報を知る困難さ」、3 番目は「がん治療方法による生殖機能低下や薬剤による性腺毒性、妊孕性温存についての医療知識の不足」、「がん療養生活の工夫や社会資源についての知識不足」であった。がん・生殖医療専門心理士自身でも「がん治療・副作用などの医療知識の習得」、「がん・生殖医療に関する書籍からの知識習得」と「関連学会に参加し知見を深める」等、自己研鑽を行っているが、「連携施設や地域ネットワークの情報収集」、「がん・生殖医療に関する調査・研究活動」、「新たな制度・指針の情報収集」等への取り組みは不十分であった。

がん・生殖医療専門心理士の所属施設・相談体制・求められる役割の違い等は様々であるが、がん・生殖医療専門心理士の専門性の質を担保するためには、患者の状態やニーズに応じて提供できる一定の医療知識と心理援助技術を持つ必要がある。

本研究は、一定水準の専門性の質を担保できるような研修プログラムを開発、その効果を検証し、がん・生殖医療専門心理士資格認定後の研修体制を構築することを目的とする。

B．研究内容

がん・生殖医療専門心理士による支援は、がん患者のライフステージに応じた長期的な支援も求められるが、本研究では、がんと診断された患者に対し妊孕性温存に関する意思決定を支援する段階の研修体制を構築することにした。

がん・生殖医療専門心理士の資質向上を志向した研修体制を構築するために、がん患者の心理支援（3 名)、妊孕性温存療法の心理支援（3 名)、不妊患者の心理支援(2 名)に詳しい心理士(計 8 名)を研究協力者とした。

がん患者は、がん告知からがん治療開始までの短い期間に妊孕性温存に関する意思決定が求められ、精神的負担が大きいと言われている。妊孕温存の知識が浅い担当者、心理専門職でない担当者、時間が不十分で質問する機会がないというネガティブなカウンセリング体験によって、妊孕性温存の自己決定に後悔が多くなるという報告（Bastings L et al, ; Human reproduction2014) があることから、(1) 正しい医療情報の提供と、(2) がん患者に対する心理援助技術の向上の両方が必要である。

(1) 正しい医療情報の提供

正しい医療情報の提供については、がん・生殖医療に関する知識の向上を目的とした小テストを 20 問作成（添付資料 1）して、がん・生殖医療専門心理士の知識の習得状況について確認し、小テストの解説 (添付資料 2.3.4.5) で自習することにより知識の定着を図る。

妊孕性温存の情報提供の質の均一化のために、説明資材を開発した。これは平成 26～28 年度厚生労働科学研究がん対策推進総合研究（研究代表者鈴木直）の「若年乳癌女性患者とその配偶者を対象とした妊孕性温存に関する心理教育とカップル充実セラピー」の資材を基に改訂と開発を加えた。これを本研究ではロールプレイ資材と称す。これを使用することにより、がん・生殖医療専門心理士の経験の長短に関係なく、一定の情報提供が漏

れなく行われることが期待できる。

(2) 心理援助技術の向上

がん患者に対する心理援助技術の向上を目的として妊孕性温存の意思決定支援に必要な援助項目、ポイントを押さえた働きかけを段階的に表したチェックリストを作成した（添付資料6)。チェックリストは、がんの病状、がん治療計画、妊孕性温存のメリット・デメリット、費用、患者、家族の希望など総合的な視点から患者自身が妊孕性温存について捉えなおし、意思決定するために必要な21項目を挙げている。21のチェック項目に触れることによって患者はより自覚的になり、意思決定が可能になると考えられる。

チェックリストとロールプレイ資材を、どのように使用すると患者の意思決定に役立てられるかを解説する動画を作成した（添付資料7)。これは研究協力者にチェックリストとロールプレイ資材を使用してロールプレイで試演してもらい、ポイントとなる部分を動画編集したものである。これらを研究参加者は視聴して3週間自己学習する。これらの自己学習により臨床経験が乏しいがん・生殖医療専門心理士でも、心理援助技術について学ぶことができ、援助の質の均一化につながるのではないかと考える。

令和3(2021)年度に開発したこれらの研修プログラムが、がん・生殖医療専門心理士の資質の向上に効果的であるかを検証する。

(3) がん・生殖医療専門心理士の質指標の策定

がん・生殖医療専門心理士による妊孕性温存に関する意思決定支援の質を均てん化するために、がん・生殖医療専門心理士のQIを策定する。

これら（1）（2）（3）を行い、がん・生殖医療専門心理士の質を担保できる研修体制を構築することを目指す。

C．研究方法

(1) 正しい医療情報の提供

知識の向上については、がん・生殖医療の最新情報について20問の小テスト（添付資料1）と解説資料・動画を作成した（添付資料2.3.4.5)。自習前と後にWEB上でGoogleフォームを使用して小テストの回答を求めた。1問1点とし、自習前と後の点数を比較する。

(2) 心理援助技術の向上

がん・生殖医療専門心理士が妊孕性温存の意思決定支援を行う際の標準的対応を言語化した21項目のチェックリスト（添付資料6）とロールプレイ資材を作成した。それをどのように使用するとよいか標準的な介入・援助について解説・動画（添付資料7）を観て、3週間の自己学習を求めた。

その後、研究対象者が実際に対面または、WEB上で同一設定の患者役とロールプレイを行う。対面でのロールプレイは、参加者の居住地または勤務地周辺の主要都市へ、研究分担者である奈良（ロールプレイの観察者）と研究協力者である宮川（ロールプレイの患者役）が出向き、貸会議室等で行う。コロナ感染拡大による緊急事態宣言が発令された場合や感染防止策として、ロールプレイは対面だけでなくWEBでの施行を可とした。

ロールプレイ実施後、研究参加者、患者役、観察者がチェックリストの21項目について、評価フォームに則って入力する。評価フォームは0.1.2点の3段階で、実施されたロールプレイ内容を客観的に評価する。客観的評価の判断基準は、チェック項目に触れなかった、話題に出なかった、間違った情報を提供した場合を0点、チェック項目や対応ポイントとして示したことが一部不足していた場合を1点、チェック項目や対応ポイントを満たしていた場合は2点とした。

また、この研修プログラムを実施した参加者に、自身の習得度を5段階で主観的に評価をしてもらう。習得度の判断基準は、研究参加前を0点として、研修プログラムを自習した後の自らの習得度を0.1.2.3.4の5段階で評価してもらう。

評価フォームに入力された客観的評価と参加者自身の習得度の得点を分析し、これらの研修プロ

グラムが、専門性の維持・向上に有効であるかを検討する。

(3) がん・生殖医療専門心理士の質指標の策定

妊孕性温存に関する意思決定支援の QI の策定は、「診療の質指標（Quality Indicator）作成の基本的考え方と方法」（東尚弘；2009）を参考にした。

最初に、研究分担者が研修プログラムで作成したロールプレイのチェックリスト 21 項目の中から、それらを行うと質が高いと言える目標達成的観点から QI 候補案を 12 指標を選定した。研究分担者が QI 候補案をあげ、QI 候補評価シートにまとめる。

研究参加者がロールプレイ実施後に QI についての説明資料（添付資料 8）を読み、QI について理解した上で Google フォームを使用して QI 候補案の適切性を 1～9 の 9 段階で評価する。その評価を基に、研究協力者による QI 検討会議を行い、内容の修正を加える。検討会議の結果をまとめ、研究協力者が QI 候補評価シートで２回目の評価を行う。最終集計を出し、採用基準に則り QI を決定する。採用基準は、中央値 7 以上のもの、かつ 1～3 を付けた研究協力者が 2 名以下のものとなっている。研究協力者の合意を得て QI を策定する。

本研究は、亀田総合病院臨床研究審査委員会で承認された（承認番号 20-096）。

研究対象者は、2022 年度 4 月に認定されているがん・生殖医療専門心理士 63 名の内、本研究協力者を除く 55 名に研究参加案内を送付した。

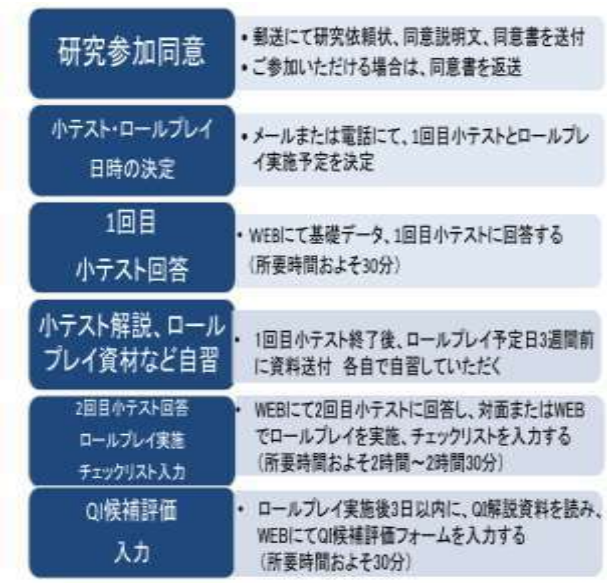


図 1　研究参加の流れ

D. 研究結果と考察

がん・生殖医療専門心理士認定者 55 名に対し、研究参加同意を得たのは 27 名、研究参加率は 49%であった。

参加者の保有資格は、がん・生殖医療専門心理士の他に、公認心理師、臨床心理士、生殖心理カウンセラー、社会福祉士、精神保健福祉士など複数の資格を取得していた（表１）。

表 1　参加者の保有資格　N＝27

保有資格（複数回答可）	人数(%)
がん・生殖医療専門心理士	27(100%)
公認心理師	26(96.2%)
臨床心理士	23(85.1%)
生殖心理カウンセラー	9(33.3%)
社会福祉士	4(14.8%)
精神保健福祉士	2(7.4%)
看護師	1(3.7%)
介護福祉士	1(3.7%)
中学・高校保健体育教員免許	1(3.7%)
養護学校教員免許	1(3.7%)

参加者の最終学歴は、修士 22 名（82%）、博士 3 名（11%）、大学 2 名（7%）であった。

がん・生殖医療専門心理士資格認定後の年数は、0 年が 11 名（41%）、1 年が 4 名（15%）、2 年が 3 名（11%）、3 年が 2 名（7%）、4 年が 4 名（15%）、5 年が 2 名（7%）であった（図 2）。

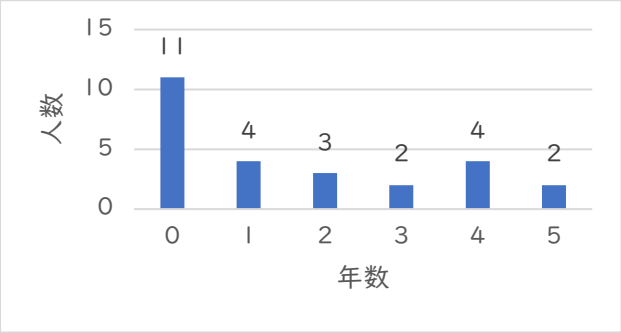


図 2　がん・生殖医療専門心理士認定後の年数
N＝27

参加者の主な所属機関は、表 2 の通りである。医療以外の施設に所属している者が 2 名（7%）であった。

表 2　主な所属機関　N＝２７

主な所属機関	人数(%)
生殖医療がない大学・総合病院	8(30%)
生殖医療がある大学・総合病院	7(26%)
その他医療施設	4(15%)
産婦人科・生殖医療のみ医療施設	4(15%)
がん相談支援センター	2(7%)
医療以外の施設	2(7%)

自治体の妊孕性温存療法指定医療機関に所属している者は 9 名（33%）であった。

参加者の各相談対応の経験の有無について、表 3 にまとめた。がん医療の相談対応がある者が 18 名（67%）と一番多く、がん・生殖医療の相談対応がある者は 15 名（56%）であった。

生殖医療の相談対応がない者は、17 名（63%）と多く、がん・生殖医療の相談対応がない者は 12 名（44%）であった。

オンラインを利用した相談対応の経験がある者は 6 名（22%）であった。

表 3　各相談対応の有無　N＝27

生殖医療	人数(%)
なし	17(63%)
あり	10(37%)
がん医療	
なし	9(33%)
あり	18(67%)
がん・生殖医療	
なし	12(44%)
あり	15(56%)

（1）正しい医療情報の提供

知識の向上を目的とした小テストでは、1 回目の平均得点が 20 点中 12.0 点（中央値 12 点）であった。小テスト解説資料の自習後 2 回目の小テストでは、平均得点が 18.7 点（中央値 20 点）であった。

１回目の小テストの平均得点より 6.7 点上昇した。研究参加者全員の得点が上昇しており、解説資料による自習効果がみられた。

問題別正答者数の比較を図 3 に示した。1 回目の小テストで半数の参加者が誤答した問題は、医療の問題が多かった（表 4）。がん・生殖医療専門心理士養成講座では医療の講義を行っているが、心理職は身体医療に関する教育歴に個人差があり、医療の知識についてのアップデートが不足していることが窺える。

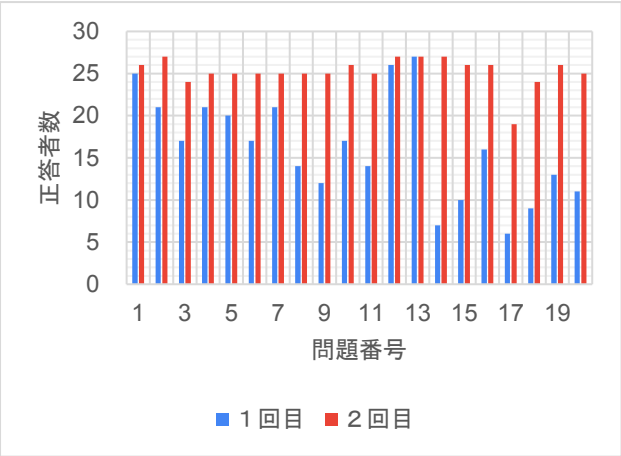


図３　問題別正答者数比較　N＝27

表４　正答者が半数以下であった問題　N＝27

小テスト問題	正答人数
9. 乳がんのサブタイプ別にみた年齢ごとの再発率について、間違っているものを１つ選べ。	12 (44.4%)
14. がん患者の心理支援に関する記述として最も適切なものを１つ選べ。	7 (25.9%)
15. 卵巣予備能の指標である抗ミュラー管ホルモン（AMH）について正しいものを１つ選べ。	10 (37.0%)
17. 乳がん患者が担がん状態で調節卵巣刺激を行って採卵することについて、間違っているものを１つ選べ。	6 (22.2%)
18. 化学療法施行時に GnRH アゴニストを使用することについて、間違っているものを１つ選べ。	9 (33.3%)
19. がん患者に対し卵巣刺激を行う場合について、間違っているものを１つ選べ。	13 (48.1%)
20. 卵巣過剰刺激症候群（OHSS）について、間違っているものを１つ選べ。	11 (40.7%)

（2）心理援助技術の向上

ロールプレイで心理援助技術を一概に評価することは難しいため、事前にチェックリストを作成し 21 項目について対応ポイントを明記した。解説・動画を視聴する自己学習期間を、3 週間と設定した。

同一の患者役設定で研究協力者の宮川が患者役となり、研究参加者とロールプレイを行った。研究参加者、患者役、観察者（研究分担者奈良）が同一の評価フォームで評価を行った。臨床で意思決定支援をするために必要な技術を客観的評価の２点とした。患者役、観察者２名の客観的評価は全ての参加者、項目において一致していた。

参加者のがん医療、生殖医療、がん・生殖医療での臨床経験年数や、資格認定後の年数など対象の背景因子によって対象を 2 群にわけ、客観的評価の平均値の有意差検定を行ったが、いずれの項目でも有意差は認められなかった。

その後、それらの背景因子と客観的評価の平均値について記述的に分析した。

1）この研修プログラムを実施した参加者に習得度を 5 段階で主観的に評価をしてもらった結果、0＝変化なしと回答した者はいなかった。参加者の経験年数等に関わらず、研修プログラムによって習得できたと認識されていることがわかった。

2）ロールプレイの患者役、観察者の客観的評価得点の内訳を表 5 に示す。

表５　チェックリスト項目と客観的評価内訳

N＝27

チェックリスト項目	0 (N,%)	1 (N,%)	2 (N,%)
1.ｶｳﾝｾﾘﾝｸﾞの導入と合意	0	8(29.6%)	19(70.4%)
2.心理ｹｱ	2(7.4%)	14(51.9%)	11(40.7%)
3.精神面のｱｾｽﾒﾝﾄ	2(7.4%)	9(33.3%)	16(59.3%)
4.社会・生殖面のｱｾｽﾒﾝﾄ	0	14(51.9%)	13(48.1%)
5.社会・生殖面のｱｾｽﾒﾝﾄ	0	19(70.4%)	8(29.6%)
6.患者のがん治療状況の確認	0	11(40.7%)	16(59.3%)
7.妊孕性低下の理解度の確認	2(7.4%)	17(63.0%)	8(29.6%)
8.医療情報の補完	1(3.7%)	12(44.4%)	14(51.9%)
9.医療情報の補完	0	14(51.9%)	13(48.1%)
10.がん・生殖医療の情報提供	0	16(59.3%)	11(40.7%)
11.がん・生殖医療の情報提供と支援	3(11.1%)	13(48.1%)	11(40.7%)
12.がん・生殖医療の情報提供	2(7.4%)	12(44.4%)	13(48.1%)
13.がん・生殖医療の心理支援	1(3.7%)	15(55.6%)	11(40.7%)
14.経済面のｱｾｽﾒﾝﾄ	0	16(59.3%)	11(40.7%)
15.心理支援	1(3.7%)	17(63.0%)	9(33.3%)
16.意思決定支援	2(7.4%)	16(59.3%)	9(33.3%)
17.心理社会的ｱｾｽﾒﾝﾄと心理支援	2(7.4%)	11(40.7%)	14(51.9%)
18.心理社会的ｱｾｽﾒﾝﾄと心理支援	0	12(44.4%)	15(55.6%)
19.心理教育	0	14(51.9%)	13(48.1%)
20.意思決定支援	0	20(74.1%)	7(25.9%)
21.心理支援	0	14(51.9%)	13(48.1%)

3) 客観的評価２点を臨床で必要な技術としており、その到達率が30%以下であったものを概観して考察する。

［5.社会・生殖面のアセスメント］の到達率は29.6%であった。がん罹患前に子供を産み育てることをパートナーや家族とどのように話をしていたのかを聞けていない者が多く、患者ががんに罹患する前の価値観の確認ができていなかった。

［7.妊孕性低下の理解度の確認］は29.6%であった。主治医からどのように説明を受け、本人がどのように理解しているのかを確認するという基本的な項目であるが、情報提供に集中するあまり、確認が抜けてしまったという例も見られた。経験年数が０年の初学者からは「学んだ情報を提供しなければという思いから、気持ちが先走り抜けてしまった」という感想もみられた。

［20.意思決定支援］は25.9%であった。初学者やがん・生殖医療の相談体制が整っていない施設に勤務している心理士の場合、経験の乏しさから「どこまでの意思決定を今回求められているのかが不明なまま開始しており、終着点がわからない状況だった」、「今回の１回だけで、意思決定するべきなのか、次回に持ち越して良いのかわからなかった」、「どういう終わり方をするのが良いのかがわからなかった」、「今後どのようにつなげるかが想像できず困った」という感想がみられた。

これらの項目は、援助する上で重要な項目であるにも関わらず、なぜ到達率が低かったのか。今回の研修で重視しているのが、正しい医療情報の提供であり、資材を使って均一で漏れのない情報提供を掲げているため、そちらに意識が向いてしまい、本来できるであろう心理支援に十分な意識と時間をかけられなかったと推測される。

また、一般的に心理職による心理支援は、１回の面接が60分程度で、定期的に継続して行われることが多い。しかし、がん患者の妊孕性温存は、がん治療開始までの限られた期間内で行うため、意思決定が遅くなればそれだけ妊孕性温存療法にかけられる時間が少なくなり、がん治療開始の遅れも懸念される。そのため、短期間で妊孕性温存の意思決定を支援しなくてはならない。一般的な心理職による１回60分の継続した心理支援と、限られた期間で行われる妊孕性温存の意思決定支援では構造が全く違っている。

がん・生殖医療専門心理士は、がん治療計画を把握し、意思決定支援にどのくらいの時間をかけられるか見積もり、生殖医療への紹介、がん医療との連携を円滑に進めるスピード感が重要である。初学者や経験が乏しい心理士には、そのスピード感、臨場感などがつかみにくかったと考えられる。今後いかに研修によって、時間制限があるがん・生殖医療の臨場感をつかみ、相談支援に活かしていけるかが課題となる。

4) 参加者の主観的習得度と患者役・観察者の客観的評価において違いが見られた（表 6）。評価尺度が違うため一概には比較できないが、参加者が自身では習得できたと思っている項目でも客観的評価は低く、臨床で求められるレベルと参加者の自覚との間に差が窺える。

今回は研修プログラムの効果をみる研究として参加しているため、参加者にはチェックリストの客観的評価をフィードバックしていない。援助技術の向上のためには、客観的評価をフィードバックしたり、または自身でロールプレイの録画をみて客観的評価を行う等で自身の不足部分を明確にしたりして、不足部分を自己学習することが必要である。ロールプレイを繰り返し練習すること等で、知識や援助技術の向上につながると考えられる。

表 6　参加者の主観的習得度と患者役・観察者評価の客観的評価得点　N＝27

チェックリスト項目	参加者の習得度（0-4/5段階）	患者役・観察者の客観的評価（0-2/3段階）
1.カウンセリングの導入と合意	2.93±0.81	1.70±0.46
2.心理ケア	2.67±0.86	1.33±0.61
3.精神面のアセスメント	2.96±0.79	1.51±0.63
4.社会・生殖面のアセスメント	2.96±0.92	1.48±0.50
5.社会・生殖面のアセスメント	2.85±0.85	1.30±0.46
6.患者のがん治療状況の確認	3.00±0.98	1.59±0.49
7.妊孕性低下の理解度の確認	2.93±0.86	1.22±0.57
8.医療情報の補完	3.00±0.94	1.48±0.57
9. 医療情報の補完	2.93±0.90	1.48±0.50
10.がん・生殖医療の情報提供	2.78±0.79	1.41±0.49
11.がん・生殖医療の情報提供と支援	2.78±0.83	1.30±0.66
12.がん・生殖医療の情報提供	3.04±0.84	1.41±0.62
13.がん・生殖医療の心理支援	2.81±0.77	1.37±0.55
14.経済面のアセスメント	2.78±0.83	1.41±0.49
15.心理支援	2.63±0.82	1.30±0.53
16.意思決定支援	2.63±0.99	1.26±0.58
17.心理社会的アセスメントと心理支援	2.81±0.82	1.44±0.63
18.心理社会的アセスメントと心理支援	2.93±0.90	1.56±0.50
19.心理教育	2.89±0.96	1.48±0.50
20.意思決定支援	2.56±0.87	1.26±0.44
21.心理支援	2.78±0.99	1.48±0.50

5) 解説動画の視聴回数と客観的評価との関連について散布図の作成（図 4）および相関係数（以下 r とする）により分析した。r ＝0.252 であったが、対象者数 N＝27 とサンプル数が少なく、有意な相関は認められなかった。このことから動画の視聴回数が習得度に影響している可能性は認められないが、解説動画は、全体的な流れや雰囲気をつかむには有用であったという感想があった。

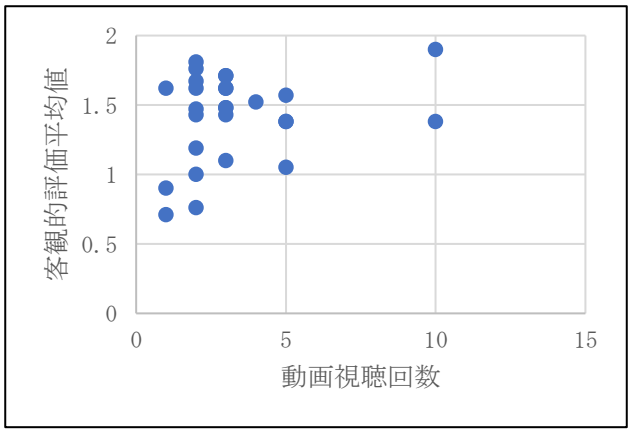


図 4　　解説動画視聴回数と客観的評価平均値
N＝27

6) 自己学習時間と客観的評価との関連について散布図の作成（図 5）および相関係数により分析した。r ＝0.102 であり、関連は認められなかった。そのため自己学習時間が多い程、習得度が高いとは言えない。

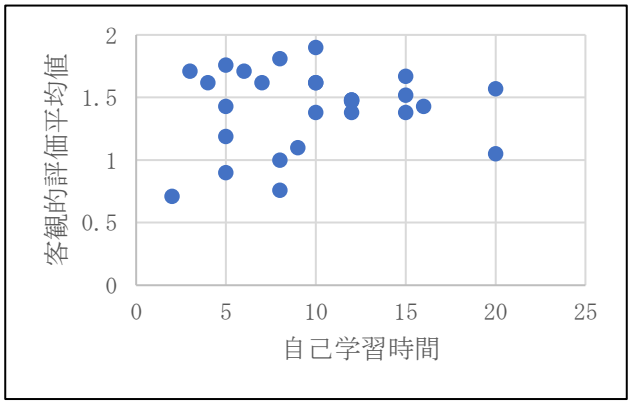


図 5　自己学習時間と客観的評価平均値
N＝27

7) がん医療の実務経験年数と客観的評価との関連について散布図の作成（図 6）と相関係数により分析した。r ＝0.177 であり、関連は認められなかった。しかし、がん医療での実務経験がなくても、今回の研修プログラムによる自己学習によって援助技術を習得できる可能性がある。

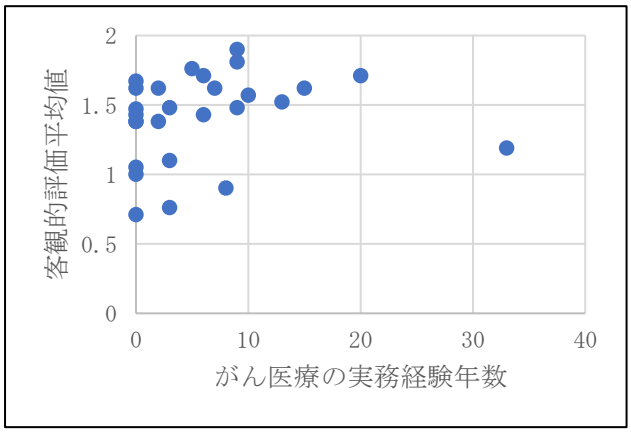


図 6　がん医療の実務経験年数と客観的評価平均値　N＝27

8) 生殖医療の実務経験年数と客観的評価との関連について散布図の作成（図 7）と相関係数により分析した。 r ＝-0.327 であるが、対象者数 N＝27 とサンプル数が少なく、有意な相関は認められなかった。しかし、生殖医療での実務経験がなくても、今回の研修プログラムによる自己学習によって援助技術を習得できる可能性がある。

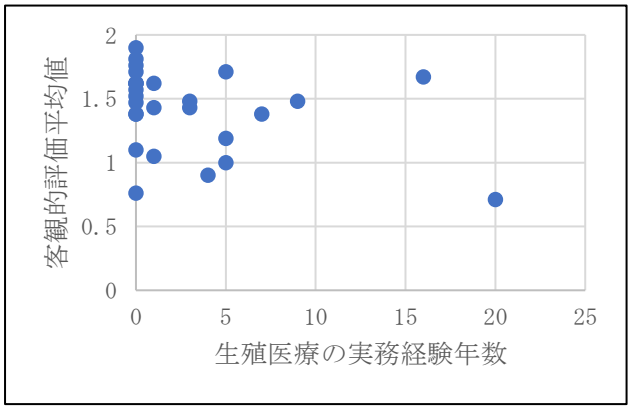


図 7　生殖医療の実務経験年数と客観的評価平均値　N＝27

9) がん・生殖医療の実務経験年数と客観的評価との関連について散布図の作成（図 8）と相関係数により分析した。r ＝0.101 であり、関連は認められなかった。しかし、がん・生殖医療での実務経験がなくても、研修プログラムによる自己学習によって援助技術を習得できる可能性がある。

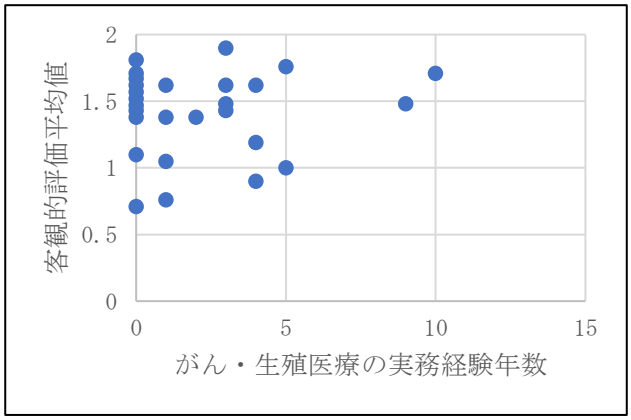


図 8　がん・生殖医療の実務経験年数と客観的評価平均値　N＝27

10) がん・生殖医療専門心理士の資格認定後の年数と客観的評価との関連について散布図の作成（図 9）と相関係数により分析した。r ＝-0.292 であるが、対象者数 N＝27 とサンプル数が少なく、有意な相関は認められなかった。しかし、資格認定直後（0 年）の初学者でも高得点を出している者も見られ、経験年数が長くとも点数が低い者もおり、資格取得後の研修で知識や援助技術を補う必要がある。

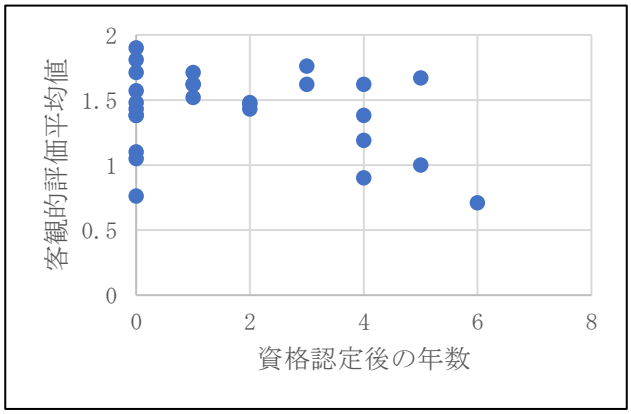


図 9　がん・生殖医療の資格認定後の年数と客観的評価平均値　N＝27

11）客観的評価の平均値を各対象で分析すると、認定後 0 年の初学者・臨床経験がない、もしくは浅い者でも、研修プログラムによる自己学習により、ある程度の学習効果は得られたと考える。
解説・動画について「何度も見返して学習できるので助かる」、「忘れていた知識を思い出すことができた」、「音声だけでも聞くことで、隙間時間に勉強できた」、「自分が説明する際に、どんなふうに伝えたら良いか、どんな聞き方をしたらよいかイメージしやすかった」、「実際に面談をする機会がまだ得られていないため、非常にイメージしやすくなった」、「説明内容とタイミング、言葉かけなど客観的に見られて参考になった」などの感想があった。

自己学習という個人の采配による影響が大きいが、チェックリストを用いて介入ポイントを意識でき、自己評価によって自身の改善点などが見いだせ、援助技術が向上する可能性があると考えられる。

12）がん・生殖医療専門心理士は妊孕性温存の意思決定支援を行う際、患者のがん治療の計画や社会的、心理的状況をアセスメントし、患者の理解度を確認しながらの情報提供や患者の理解を補完する役割がある。だが、一般的な心理支援では医療に関する情報提供をあまり行わないため、本研究で医療情報の提供の仕方を学習し、それをロールプレイで試演することについて心理的抵抗が強い者が見られた。
「間違った情報提供をしてしまったら問題だ」、「医師や看護師でもない心理士が医療情報を扱うことは越権行為なのではないか」等の感想があった。一般的な心理職の経験とがん・生殖医療専門心理士の役割の違いに戸惑いや葛藤が生じていた。

戸惑いや葛藤を抱く理由の一つが、公認心理師法の第 42 条 1 項「公認心理師は、その業務を行うに当たっては、その担当する者に対し、保健医療、福祉、教育などが密接な連携の下で総合的かつ適切に提供されるよう、これらを提供する者その他の関係者等との連携を保たなければならない」と示されていることである。問題解決には多面的、複合的な支援が有効である場合も多く、医療機関内でのチーム医療のように、同一機関内で多職種が連携して支援に当たることもある。令和 2(2020) 年のがん・生殖医療専門心理士に関する実態調査によると、医療情報の提供は他職種（医師や看護師）が対応するのが 50%であった。
そういったことから「間違った情報提供をしてしまったら問題だ」、「医師や看護師でもない心理士が医療情報を扱うことは越権行為なのではないか」という感想となっているのかもしれない。

全国的にがん医療の現場では、生殖医療が行われていない機関・地域も多く、妊孕性温存について専門的な知識をもつ医療者がいないことも見られる。そのような現場においては、がん・生殖医療専門心理士が患者のがん治療計画や社会的・心理的状態をアセスメントしての情報提供や患者の理解を補完する役割を果たすこともある。こうした機関・地域の物理的・人的資源状況の違いによって、がん・生殖医療専門心理士の医療情報の扱いについて濃淡が見られる。

妊孕性温存の意思決定をするためには、患者はがん治療とその妊孕性への影響、妊孕性温存療法のリスクとメリット、その費用や助成に関する情報を理解し、患者自身の病状や意向、パートナー、家族の意向などを合わせて総合的に判断していくことになる。普段の生活では馴染みのない医療用語や治療計画、リスクとメリットなど、一度聞いただけでは患者は理解できないことが多く、間違った解釈をしている患者もみられる。専門心理士はわかりやすく説明を補い、患者の理解を深め、患者の気持ちや家族との話し合いを促していく中で患者の意思決定は行われる。がん治療開始までの短期間で、その過程を援助するためには、専門心理士が患者の質問やニーズに応じて提供できる知識や情報を持ち、円滑に医療連携ができる能力

を持っていることが前提となる。

がん・医療専門心理士が医療的な情報を補完したり、患者がわからない点を主治医に確認することを促したりする助言等は、意思決定支援の一環であり、安心・安全な医療を提供するために適切な役割だと考える。

臨床経験が乏しいがん・生殖医療専門心理士は、妊孕性温存臨床の切迫したスピード感を認識できていない者も見られたことから、チーム医療、医療連携の中でがん・生殖医療専門心理士が果たしうる役割について普段から実践的意識を持つことが望まれる。そのために、ロールプレイで試演することは有用である。

(3) がん・生殖医療専門心理士の質指標の策定

妊孕性温存に関する意思決定支援の QI の策定は、研究参加者がロールプレイ実施後に QI についての説明資料（添付資料 8）を読み QI について理解した上で、QI 候補案の適切性を 1～9 の 9 段階で評価し、コメントを記載した。

1) 12 の QI 候補案について、研究参加者による適切性の評価は、全て採択基準を満たしていた。QI 候補案の内容や表現について、研究参加者からのコメントを参考にし、研究協力者による QI 検討会議を 2022 年 9 月 22 日に行った。そこで QI 候補案に修正を加えた。（添付資料 9）

2) 検討会議の結果をまとめ、研究協力者が QI 候補修正案について 2 回目の評価を行った。最終集計を出し、2022 年 12 月 7 日に研究協力者による QI 採択会議を行った。採用基準は、中央値 7 以上のもの、かつ 1-3 を付けた研究協力者が 2 名以下のものとなっている。12 の QI 候補修正案は、全て採択基準を満たしていた。QI 候補修正案の 6（図 10）において、医療情報提供の扱いについて討議が行われた。

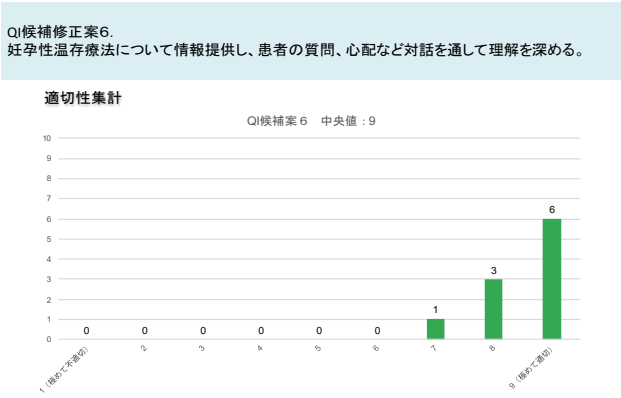


図 10　QI 候補修正案６の適切性の評価

先にも述べた公認心理師法第 42 条（連携等）の 2 項において「公認心理師は、その業務を行うに当たって心理に関する支援を要する者に当該支援に係る主治の医師があるときは、その指示を受けなければならない」とされている。

29 文科初第 1391 号障発 03131 第 3 号平成 30 年 1 月 31 日公認心理士法第 42 条第 2 項に係る主治の医師の指示に関する運用基準によると、「公認心理師が行う支援行為は、診療の補助を含む医行為には当たらないが、例えば、主治の医師の治療方針とは異なる支援行為を行うこと等によって、結果として要支援者の状態に効果的な改善が図られない可能性があることに鑑み、要支援者に主治の医師がある場合に、その治療方針と公認心理師の支援行為の内容との齟齬を避けるために設けられた規定」とされている。

がん・生殖医療専門心理士が妊孕性温存の意思決定支援に携わる際は、医療の場にいることが前提となり、主治の医師の指示を受ける等、広く医療関係者と連携を保ちながら支援を行うことが必要である。

患者自らが相談を希望した際は、患者の了解のもと医師との連携を図り、主治の医師の治療方針と心理支援との齟齬が生じないよう、必要な情報の受け取りや患者との確認を行い、相談の経過においても主治の医師とのやり取りをしながら進める

ことが、限られた期間内で妊孕性温存の意思決定を支援するためにも有益である。

がん・生殖医療専門心理士が行う情報提供は、患者と家族が子どもをもつため、また、その意味を見つめなおすための生物医学的、社会科学的な支援を行うため、患者の理解を補完することが目的である。それ故、QI６を「妊孕性温存療法について情報を補い、患者の質問、心配など対話を通して理解を深める」に修正した。

誰もが人生の各時期において心理的な課題や問題を抱えるが、がん罹患によって患者の問題や悩みはより複雑になる。ライフスタイルも多様化しており、起こりうる問題や悩み、生じた際の対応方法などについて啓発も行い、患者が主体的に生活や人生を営めるように支援を必要とする。情報提供には心理教育的な視点での関わりも重要である。

3) 研究協力者の合意を得て、「がん・生殖医療専門心理士による妊孕性温存に関する意思決定支援の質指標」が 12 策定された（添付資料 10)。

QI１：がんに罹患したことやがん治療、妊孕性に関する患者の気持ちを聞き、心理的ケアを行いながら患者の精神面のアセスメントを行い、患者が妊孕性温存について意思決定できる状態であるか確認する。

QI２：患者のがんの状態、がん治療計画、患者の年齢、婚姻状況、パートナーの有無など、医学的、社会的状況をアセスメントする。

QI３：がん治療が妊孕性へ与える影響などについて主治医からの説明内容を聞き、患者の理解を確認する。必要に応じて情報を補い、患者の理解を深められるように支援する。

QI４：患者が子どもを産み育てることについて、がん告知までどう考えていたのか、それが告知後にどのように変化したかを確認する。

QI５：妊孕性には性差と個人差があることを理解できるように説明し、患者の生殖機能の状態について確認する。

QI６：妊孕性温存療法について情報を補い、患者の質問、心配など対話を通して理解を深める。

QI７．家族、パートナーの妊孕性温存に関する理解や協力などの社会的サポートについてアセスメントする。

QI８：患者自身が家族やパートナーの意向を確認でき、自身の思いや意向を伝えて、妊孕性温存について話し合えるように支援する。

QI９：妊孕性温存のみならず、様々な家族形成の在り方に関する情報提供を行い、患者が多様な家族の在り方について知識を持てるように支援する。

QI10：患者のがんの状態・治療、患者の背景、家族やパートナーの意向など総合的に整理をして、患者の妊孕性温存の意思を明確にする。

QI11：がん治療に影響を与えないように、限られた時間内で妊孕性温存の意思決定を支援し、多職種、関係機関と連携する。

QI12：生殖や家族形成に関する悩みは、患者の年齢や生活状況、ライフサイクルなどの影響を受け、変化する可能性があることを伝えた上で、今後の継続的な心理支援の受け方について説明する。

これら 12 の QI を実践する場合は、公認心理師法に則って行うものとする。

4)「がん・生殖医療専門心理士による妊孕性温存に関する意思決定支援の質指標（QI)」を策定することによって、専門心理士が目指すべき良質な援助の指標が明確になった。がん・生殖医療専門心理士自身の知識や援助技術が不足していないか、臨床や研修においてセルフチェックする指標ともなり、自己研鑽に役立てられる。

5) 資格認定後の研修において、１つの QI について必要な知識と援助技術をセットにして研修を計画する等、今後の研修の課題設定としても役立てられる。例えば、QI12 を元に、家族形成やライフサイクルに関する講義を行い、実際の患者はこ

ういう悩みがあるという具体的な内容を盛り込みロールプレイで経験を積む等である。そうすることにより知識を得るだけでなく、より実践的な研修ができるのではないかと考えられる。

また事例検討の研修は、臨床経験が乏しい者は漠然とした討議や理解になりがちであるが、QI があることにより初学者でも共通した視点から検討でき、有用であると考えられる。

6）援助の質を測るのは難しいことであるが、12 の指標の内、これだけ達成できていると示すことができれば、良質な支援ができているという目安となり、継続的に利用していくことで質の均てん化につながると考えられる。

E．結論

がん・生殖医療専門心理士の質的向上を志向した研修プログラムは、自己学習という個人差があるが、小テスト・説明資材・ロールプレイチェックリスト・ロールプレイ解説資料を用いて、介入ポイントを意識し援助技術を習得できることが分かった。これらを繰り返し学習し、ロールプレイや臨床においてチェックリストを使用して自己評価することによって、自身の改善点などが見いだせるため、援助技術が向上する可能性が示された。

本研修プログラムは乳がんの設定であったが、疾患や症例の年齢、性別などの設定を変えて、様々なバリエーションの研修プログラムを開発することによって、多様な患者に対応できる知識と援助技術を身につけられ、資質が向上する可能性が示された。

「がん・生殖医療専門心理士に妊孕性温存に関する意思決定支援の質指標」を 12 指標策定することができ、専門心理士が目指すべき良質な援助の指標が明確になった。臨床や研修においてセルフチェックする指標ともなり、自己研鑽に役立てられる。継続的に利用し、達成率等を評価していくことで質の均てん化にもつながると考えられる。

令和 2（2020）年度に行ったがん・生殖医療専門心理士の実態調査によると、がん・生殖医療の臨床に携わることができず、援助技術を向上させることが難しい場合があることが判明した。臨床の場がなく、経験を積むことができない者については、今後資格更新手続きの際などに、本研究の研修プログラムを実施することを提案する。研修プログラムで自己学習し、ロールプレイを行い録画して、動画でセルフチェックを行い自己研鑽に努めることを資格更新条件にすることで、臨床経験を積むことができないがん・生殖医療専門心理士も一定の質を維持していくことが可能となると考えられる。

F．健康危険情報

総括研究報告書にまとめて記入

G．研究発表

総括研究報告書にまとめて記入

H．知的財産権の出願・登録状況

なし

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

【がん・生殖医療の知識の向上　小テスト】

担当		設問	選択肢	回答	解説
【研究事業】奈良解説	設問１	女性の妊孕性温存療法で、最も効果開始が知いものを１つ選べ。	１）未受精卵子凍結 ２）受精卵凍結 ３）卵巣組織凍結 ４）GnRHagonistによる卵巣休眠療法	３）卵巣組織凍結	卵巣組織凍結は妊娠期が無い、経腟採卵が出来ない乳幼児でも可能。腹腔鏡にて行い最も治療開始が知い方法である。
	設問２	小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業において、対象とする者の年齢制限について正しいものを１つ選べ。	１）男女共に43歳未満 ２）男性は50歳未満、女性は45歳未満 ３）男女共に45歳未満 ４）男女共に40歳未満	１）男女共に43歳未満	両親での妊娠・出産は様々なリスクがあること、本事業（小児・AYA世代の患者への対策であることから、凍結保存時の年齢制限を設けた。
	設問３	小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業において、助成の対象とする疾患について、間違っているものを１つ選べ。	１）再生不良性貧血 ２）子宮がんによる子宮摘出 ３）全身性エリテマトーデス ４）乳がんのホルモン療法	２）子宮がんによる子宮摘出	本人が妊娠できないことが想定される場合は対象外とする。
	設問４	小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業において、妊孕性温存療法にかかる助成について、正しいものを１つ選べ。	１）所得制限がある ２）妊孕性温存療法に要した医療保険適応外費用の額を上限とする ３）凍結保存の更新料も助成される ４）妊娠の為の凍結配偶子を使用しての出産費も助成される	２）妊孕性温存療法に要した医療保険適応外費用の額を上限とする	原則分の凍結保存にかかる経費は対象外となるが、凍結保存の更新・維持にかかる経費は対象外となる。
	設問５	小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業において、妊孕性温存療法にかかる助成回数について、正しいものを１つ選べ。	１）１回のみ ２）２回まで ３）それぞれの方法を２回まで ４）３回まで	２）２回まで	受精卵、未受精卵、精子凍結については１患者あたり２回まで助成可能とする。受精卵と未受精卵凍結、異なる治療を受けた場合であっても合計で２回を上限とする。受精卵凍結などで正常に行えなかった場合も対象とする。１回の採卵周期に行った治療を１回と定義する。
	設問６	妊孕性温存療法ごとの助成上限額について、間違っているものを１つ選べ。	１）受精卵凍結35万 ２）未受精卵子凍結20万 ３）卵巣組織凍結45万 ４）精巣内精子採取35万	３）卵巣組織凍結45万	正しくは40万。

【乳がん】片岡先生解説	設問７	乳がん患者の挙児希望による術後ホルモン療法の中断について、正しいものを１つ選べ。	１）術後ホルモン療法の中断は、再発のリスクと乳がん死のリスクを上昇させるため、慎重に判断すべきである ２）リスクを理解したうえで中断することは推奨されている ３）ホルモン療法を中断し妊娠・出産した後に再開し、5年間の投与を完了することが推奨される ４）患者の挙児希望と生殖年齢を加味してホルモン療法を中断しても良い	１）術後ホルモン療法の中断は、再発のリスクと乳がん死のリスクを上昇させるため、慎重に判断すべきである	患者の挙児希望と生殖年齢を加味してホルモン療法を中断することの明確なエビデンスはないため、POSITIVE試験の結果が待たれる 。 POSITIVE試験：ホルモン感受性陽性の高年乳がん患者が、術後ホルモン療法を24年間中断してその間に妊娠を試みて、安全性（再発）と妊娠転帰を確認する国際共同研究。日本も参画して世界で約500例登録済。
	設問８	術後化学療法の開始は何日以内に開始することが勧められているか、正しいものを１つ選べ。	１）30日 ２）60日 ３）90日 ４）120日	３）90日	術後化学療法の開始遅延は、治療効果を損なわない為に手術から90日以内に開始することが勧められる。遅延はできる限り短くすべきであり、遅くとも90日までの開始が妥当と考えられる。手術検体の病理診断結果が判明するまでに2~4週間かかる、妊孕性温存は化学療法開始前に行っておく必要があるため、あらかじめ化学療法が必要になる可能性があれば、はりめに具体的な情報提供をしておくことがのぞましい。
	設問９	乳がんのサブタイプで、最も効果が高い薬剤について、間違っているものを１つ選べ。	１）どのサブタイプでも若年の方が再発しやすい ２）Her2タイプは早期再発が多い ３）トリプルネガティブタイプは早期再発が多い ４）ルミナルタイプは晩期再発が少ない	４）ルミナルタイプは晩期再発が少ない	ルミナルタイプの再発がんには、術後5年以上経過してからの晩期再発のリスクがある。将来の妊娠希望がある場合、HER2タイプやトリプルネガティブに くらべてルミナルタイプは5~10年の内分泌療法を行うために社会的妊娠期が明示が難しい。
	設問１０	BRCA1/2病的バリアントについて、間違っているものを１つ選べ。	１）BRCA1変異は、卵巣がんの発症年齢が遅い ２）BRCA1変異は、対側乳がんの発症リスクが高い ３）BRCA1変異は、卵巣がんの発症リスクが高い ４）日本においてBRCA1変異の60%以上はトリプルネガティブタイプである	１）BRCA1変異は、BRCA2変異にくらべて卵巣がんの発症年齢が早いので、将来の挙児希望がある場合、はりめの家族計画を立て、遅くとも40歳ごろからリスク低減手術を検討する要がある。	BRCA1変異は、BRCA2変異にくらべて卵巣がんの発症年齢が早いので、将来の挙児希望がある場合、はりめの家族計画を立て、遅くとも40歳ごろからリスク低減手術を検討する要がある。
	設問１１	乳がんの術後薬物療法について正しいものを１つ選べ。	１）抗エストロゲン剤内服中は排卵が止まり妊娠しないため、避妊は不要である ２）標準的な抗HER2療法は術後半年間である ３）ER陽性、HER2陽性、Ki67低値の乳がんをトルブルネガティブ乳がんといい、化学療法を行う ４）ER陽性、HER2陽性のとき、内分泌療法に化学療法と上乗せ効果をオンコタイプDXで検討する	１）抗エストロゲン剤内服中でも妊娠する可能性がある。タモキシフェンは催奇形性のため避妊が必要。 ２）抗HER2療法は１年間であり、脇然への影響があるため避妊が必要。 ３）ER陽性、PgR陽性、HER2陽性の乳がんをトルブルネガティブ乳がんといい、化学療法を行う。	１）抗エストロゲン剤内服中でも妊娠する可能性がある。タモキシフェンは催奇形性のため避妊が必要。 ２）抗HER2療法は１年間であり、脇然への影響があるため避妊が必要。 ３）ER陽性、PgR陽性、HER2陽性の乳がんをトルブルネガティブ乳がんといい、化学療法を行う。

【心理】小栗先生解説	設問１２	小児、思春期・若年がん患者の妊孕性温存に関する記述として最も適切なものを１つ選べ。	１）妊孕性温存を医学的に正しく理解すれば意思決定難易は軽度からとんど生じない ２）妊孕性温存を希望する患者はがん治療を遅らせて選択したが精神的健康を損なう事がある ３）妊孕性温存に挑戦したが温存できなかった場合医療者は患者に声をかけずそっとしておくことが有効だ ４）妊孕性温存で意思決定ガイドを用いた心理カウンセリングは意思決定難易を早期に軽減できる	４）妊孕性温存で意思決定ガイドを用いた心理カウンセリングを実施すると実施直後、1か月後も意思決定難易が低下しており、12か月後も軽減された状態が継続した（Ehrbar, 2019, 2021）。早期に難易軽減されれば意思決定が早期に可能になり、妊孕性温存を適切な時期に受けやすくなる。Ehrbarの心理カウンセリングでは、心理士が医療情報の整理だけでなく患者の葛藤やパートナーとの関係性、ソーシャルサポートなどもオンラインツールを用いて取り扱った。	１：医学的に正しく理解しても葛藤は強くなる傾向がある。 ２：妊孕性温存治療はがん治療を遅らせないことが前提である。 ３：温存できなかった場合本人が拒否しなければ見持ちを整理したりがん治療に向けたの準備をしたりする方が望ましい。 意思決定ガイドを用いた妊孕性温存の心理カウンセリングを実施すると実施直後、1か月後も意思決定難易が低下しており、12か月後も軽減された状態が継続した（Ehrbar, 2019, 2021）。早期に難易軽減されれば意思決定が早期に可能になり、妊孕性温存を適切な時期に受けやすくなる。Ehrbarの心理カウンセリングでは、心理士が医療情報の整理だけでなく患者の葛藤やパートナーとの関係性、ソーシャルサポートなどもオンラインツールを用いて取り扱った。
	設問１３	小児、思春期・若年がんサバイバーの妊孕性に関する記述として正しいものを１つ選べ。	１）がんサバイバーの大多数は凍結精子を利用して調節授精を行う ２）がんサバイバーは恋人・パートナーに妊孕性低下可能性を打ち明ける認識がある ３）がんサバイバーは健康上の問題から特別養子縁組・里親制度を利用できない ４）がんサバイバーの提供卵子による体外受精での妊娠率は、がんでない不妊患者と比べて概ね半分程度である	２）がんサバイバーは恋人・パートナーに妊孕性低下可能性を打ち明ける認識がある	１：提供卵子を使用した妊娠率は、がんサバイバー60.4%、非がん64.5%で有意差がない（Lukic, 2016）。 がんサバイバーは妊孕性に関する懸念を抱いている。がんサバイバーの妊孕性に関する懸念尺度（女性版RCAC尺度：Gorman, 2014, 2019、男性版CAC-MR尺度:Gorman, 2020）には、20点～20下知尺度がある；Fertility potential、Partner disclosure、Child's health Personal health、Acceptance、Becoming pregnancy。欧米では緩性妊孕温存が確認されているが、日本語版の作成、倫理性妥当性の確認は現在調査中である（小栗, 発表準備中）。

【がん・生殖】川井先生解説	設問１７	乳がん患者が抱がん状態で調節卵巣刺激を行って採卵することについて、間違っているものを１つ選べ。	１）調節卵巣刺激は原則的に腺発巣切除後に行う事を推奨する ２）ホルモン受容体陽性乳がん患者に対してトロゴノ-ル併用で調節卵巣刺激を行うことで乳がん再発リスクはあがらない。 ３）術前化学療法を行う患者は、腺発巣切除前に調節卵巣刺激を行う事を考慮してもよい ４）トロゴノ-ル併用で調節卵巣刺激を行うことで通常の調節卵巣刺激よりも血清エストラジオール値の上昇を抑えることができる	２）ホルモン受容体陽性乳がん患者に対してトロゴノ-ル併用で調節卵巣刺激を行うことで乳がん再発リスクはあがらない。	レトロゾール併用で調節卵巣刺激を行った場合でも通常の調節卵巣刺激よりは血中エストラジオール値は低下するが、自然周期よりは上昇を抑うため、乳がん手術に影響に関しては不確実性が残る。患者と十分はなしあったうえで実施を提案することが重要である。 調節卵巣刺激は原則的に原発巣切除後に行う事を推奨されるが、術前化学療法を行う患者は腺発巣切除前に調節卵巣刺激を行う事を考慮してもよい。化学療法後に調節卵巣刺激を行う場合は動物実験から は少なくとも３ヶ月程度間隔をあけることが望ましいが、ヒトに対しては データが少しく不確実な点がある。
	設問１８	がん患者に対し卵巣刺激を行う場合について、間違っているものを１つ選べ。	１）出現開始まで の間予がい場合は、ランダムスタート法で の調節卵巣刺激を推奨する。 ２）ランダムスタート法は、妊孕性温存希望時から採卵まで の時間を短縮するために月経周期と無関係に誘発を開始する方法である。 ３）術後化学療法を予定している乳がん患者に採卵を行う場合、開始遅延は治療効果を損なわないため予術から90日以内に開始することが勧められる。 ４）ダブル・スティミュレーションは、卵巣過剰刺激症候群（OHSS）を予防するために１周期で２回採卵する方法である。	４）ダブル・スティミュレーション法は、卵巣過剰刺激症候群（OHSS）を予防するために１周期で２回採卵する方法である。	ダブル・スティミュレーション法は、一定の短期間で採卵効率（卵胞回収卵子数・成熟卵子数）を増やすため に、同一周期に2回卵巣刺激を行い採卵を行う方法である。 月経周期のどこからでもゴナドトロピンを使用することにより複数の卵胞発育を促し採卵を行うこと（ランダムスタート法）が可能であることが報告され、通常の卵胞期初期からの卵巣刺激の場合と同等の採卵数、妊娠成績やその他の医学的適応のために妊孕性を損ねる場合など、卵子を得ることが緊急の課題である場合には、今日では標準的な手段となっている。 術後化学療法を予定している乳がん患者に採卵を行う場合、開始遅延は治療効果を損なわないため予術から90日以内に開始することが勧められる。
	設問１９	挙児希望の女性に対して化学療法施行時にGnRHアゴニストを使用することについて、間違っているものを１つ選べ。	１）妊娠・出産率を高める目的で、化学療法施行時にGnRHアゴニストを使用することは限定的に推奨される ２） GnRHアゴニストによる卵巣機能保護の有用性は、月経回復率ではエビデンスレベルが高い。 ３） GnRHアゴニストによる卵巣機能保護の有用性は、妊娠率や挙児獲得率ではエビデンスレベルに不確実性がある ４）妊孕性温存方法である受精卵凍結、卵子凍結、卵巣凍結とともに、GnRHアゴニストの使用はオプションとして提示されるべきである	４）妊孕性温存方法である受精卵凍結、卵子凍結、卵巣凍結とともに、GnRHアゴニストの使用はオプションとして提示されるべきである	妊娠・出産率を高める目的で、化学療法施行時にGnRHアゴニストを使用することは限定的に推奨されている。 GnRHアゴニストによる卵巣機能保護の有用性は、月経回復率ではエビデンスレベルが高いが、妊娠率や挙児獲得率では不確実性が残るためである。妊孕性温存方法として受・精子凍結に取って変わる手法ではないが、これらの手法が選択されない場合には検討されるべき手法である。

	設問２０	卵巣過剰刺激症候群（OHSS）について、間違っているものを１つ選べ。	１）卵巣過剰刺激症候群（OHSS）は、排卵誘発後に腹部膨満感が、卵巣腫大、胸水・腹水貯留を引き起こす疾患である ２）GnRHアンタゴニストを併用した排卵誘発では卵巣過剰刺激症候群（OHSS）が起こりやすいため、一般的にはGnRHアゴニストを併用することが推奨される。 ３）卵巣過剰刺激症候群（OHSS）予防目的に、カベルゴリンを投与することを勧める。 ４）卵巣過剰刺激症候群（OHSS）のリスク因子は、若年、低体重、多嚢胞性卵巣症候群、高卵巣予備能による調節卵巣刺激による採卵数の増加などである	２）GnRHアンタゴニストを併用した排卵誘発では卵巣過剰刺激症候群（OHSS）が起こりやすいため、一般的にはGnRHアゴニストを併用することが推奨される。	卵巣過剰刺激症候群は、主にゴナドトロピン療法後に卵巣の腺胞性腫大を来たし、全身の毛細血管透過性亢進による血管外へのサードスペース遊出し、循環血液量減少、血液濃縮、胸・腹水貯留が生じた状態である。日本産婦人科学会の調査による発生頻度は重症型が0.8-1.5%である。 一般的には排卵誘発で は卵巣過剰刺激症候群（OHSS）が起こりやすいため、一般的にはGnRHアゴニストを併用することが推奨される。また予防目的に、カベルゴリンを投与することを推奨されている。

がん・生殖医療専門心理士の資質向上を志向した研修体制の構築

小テスト解説（乳がん）

がん研有明病院乳腺外科　医長　片岡明美先生

小児・AYA世代がん患者に対する長期生殖機能温存に関わる心理支援体制の均てん化
及び適切な長期検体温存方法の提案に向けた研究（20EA1004）
研究①がん・生殖医療における心理教育プログラムの開発と介入の効果検証
研究代表者　鈴木直

設問 7

乳がん患者の挙児希望による術後ホルモン療法の中断について、
正しいものを１つ選べ。

1）術後ホルモン療法の中断は、再発のリスクと乳がん死亡のリスクを上昇させるため、慎重に判断すべきである

2）リスクを理解した上で中断することは推奨されている

3）ホルモン療法を中断し妊娠・出産した後に再開し、5年間の投与を完了することが推奨される

4）患者の挙児希望と生殖年齢を加味してホルモン療法を中断しても良い

設問 7

乳がん患者の挙児希望による術後ホルモン療法の中断について、
正しいものを１つ選べ。

答え　**1）術後ホルモン療法の中断は、再発のリスクと乳がん死亡のリスクを上昇させるため、慎重に判断すべきである**

解説　患者の挙児希望と生殖年齢を加味してホルモン療法を中断することの明確なエビデンスはないため、POSITIVE試験の結果が待たれる 。

POSITIVE試験：ホルモン感受性陽性の若年乳がん患者が、術後ホルモン療法を2年間中断してその間に妊娠を試みて、安全性（再発）と妊娠転帰を確認する国際共同研究。日本人を含めて世界で約500例登録済。

設問 8

術後化学療法の開始は何日以内に開始することが勧められているか、
正しいものを１つ選べ。

1）３０日

2）６０日

3）９０日

4）１２０日

設問 8

術後化学療法の開始は何日以内に開始することが勧められているか、
正しいものを１つ選べ。

答え　**3）90日**

解説　術後化学療法の開始遅延は、治療効果を損なわない為に手術から90日以内に開始することが勧められる。遅延はできる限り短くすべきであり、遅くとも90日までの開始が妥当と考えられる。手術検体の病理診断結果が判明するまでに2～6週間かかる。妊孕性温存は化学療法開始前に行っておく必要があるため、あらかじめ化学療法が必要になる可能性があれば、はやめに具体的な情報提供をしておくことがのぞましい。

設問 9

乳がんのサブタイプと再発リスクについて、間違っているものを1つ選べ。

1）どのサブタイプでも若年の方が再発しやすい

2）Her2タイプは早期再発が多い

3）トリプルネガティブタイプは早期再発が多い

4）ルミナルタイプは晩期再発が少ない

設問９

乳がんのサブタイプと再発リスクについて、間違っているものを1つ選べ。

答え　**４）ルミナルタイプは晩期再発が少ない**

解説　ルミナルタイプの乳がんには、術後5年以上経過してからの晩期再発のリスクがある。将来の妊娠希望がある場合、Her2タイプやトリプルネガティブにくらべてルミナルタイプは5~10年の内分泌療法も行うために妊娠可能時期の判断が難しい。

設問１０

BRCA1/2病的バリアントについて、間違っているものを１つ選べ。

１）BRCA1変異は、卵巣がんの発症年齢が遅い

２）BRCA1変異は、対側乳がんの発症リスクが高い

３）BRCA1変異は、卵巣がんの発症リスクが高い

４）日本においてBRCA1変異の６０%以上はトリプルネガティブタイプである

設問１０

BRCA1/2病的バリアントについて、間違っているものを１つ選べ。

答え　**１）BRCA1変異は、卵巣がんの発症年齢が遅い**

解説　BRCA1変異は、BRCA2変異にくらべて卵巣がんの発症年齢が早いので、将来の挙児希望がある場合、はやめの家族計画を立て、遅くとも40歳ごろからリスク低減手術を検討する必要がある。

設問１１

乳がんの術後薬物療法について正しいものを１つ選べ。

１）抗エストロゲン剤内服中は排卵が止まり妊娠しないため、避妊は不要である

２）標準的な抗HER2療法は術後半年間である

３）ER陰性、HER2陰性、Ki67低値の乳がんをトルプルネガティブ乳がんといい、化学療法を行う

４）ER陽性、HER2陰性のとき、内分泌療法に化学療法の上乗せ効果をオンコタイプDXで検討する

設問１１

乳がんの術後薬物療法について正しいものを１つ選べ。

答え　**４）ER陽性、HER2陰性のとき、内分泌療法に化学療法の上乗せ効果をオンコタイプDXで検討する**

解説
１）抗エストロゲン剤内服中でも妊娠する可能性がある。
　タモキシフェンは催奇形性のため避妊が必要。
２）抗HER２療法は１年間であり、胎児への影響があるため避妊が必要。
３）ER陰性、PgR陰性、HER2陰性の乳がんをトルプルネガティブ乳がんといい、化学療法を行う。

がん・生殖医療専門心理士の資質向上を志向した研修体制の構築

小テスト（がん・生殖）解説

亀田IVFクリニック幕張　院長　川井清考先生

小児・AYA世代がん患者に対する長期生殖機能温存に関わる心理支援体制の
均てん化及び適切な長期検体温存方法の提案に向けた研究（20EA1004）
研究①がん・生殖医療における心理教育プログラムの開発と介入の効果検証
研究代表者　鈴木直

設問１５

卵巣予備能の指標である抗ミュラー管ホルモン（ＡＭＨ）について正しいものを１つ選べ。

１）測定値から不妊かどうかを判断できる

２）測定値は個人差が大きい

３）測定値から卵巣刺激を用いた人工授精の妊娠率を予測できる

４）調節卵巣刺激を用いた体外受精（採卵）の回収卵子数と相関しない

設問１５

卵巣予備能の指標である抗ミュラー管ホルモン（ＡＭＨ）について正しいものを１つ選べ。

正解　２）測定値は個人差が大きい

解説　AMH は正規分布せず標準偏差が非常に大きく、正常値を設定できない。また低値が多く中央値は平均を下まわる。変動係数、測定誤差が大きいことが分かっており短期間で測定することは推奨されていない。がん・生殖においては、調節卵巣刺激を行う上での回収卵の予測因子になることが有用と考えられる。不妊の予測、タイミングでの妊娠の予測、卵巣刺激を用いた人工授精の妊娠予測には用いることができない。

設問１６

術後放射線治療中の採卵・妊娠について、正しいものを１つ選べ。

１）骨盤への放射線照射治療があっても長期間経過していれば妊娠に影響しない

２）標準的な全乳房放射線治療は乳房に照射されるが内部散乱によって子宮に到達するため、採卵は推奨されない

３）卵巣機能不全になる卵巣への放射線量は女性年齢に影響しない

４）卵巣遮蔽すれば採卵は可能である

設問１６

術後放射線治療中の採卵・妊娠について、正しいものを１つ選べ。

正解　２）放射線は乳房に照射されるが内部散乱によって子宮に到達するため、採卵は推奨されない

解説　全乳房放射線治療で照射される50Gyのうち、2.1～7.6ｃGyが内部散乱によって子宮に到達する。早発卵巣不全を誘発したり、子宮に有害な影響を及ぼしたりするのに必要な線量より少ないが、検出可能な放射線の為に、採卵は術後放射線治療が完了した後に行うことが推奨される。
1 グレイ [Gy] = 100 センチグレイ [cGy]

・子宮への放射線照射既往のある女性では既往のない女性と比較して早産、低出生体重児となるリスクが高い。
・卵巣機能不全になる卵巣への放射線量は女性年齢が高いほど低線量でリスクが増大する。

設問１７

乳がん患者が担がん状態で調節卵巣刺激を行って採卵することについて、間違っているものを１つ選べ。

１）調節卵巣刺激は原則的に原発巣切除後に行う事を推奨する

２）ホルモン受容体陽性乳がん患者に対してレトロゾール併用で調節卵巣刺激を行うことで乳がん再発リスクはあがらない

３）術前化学療法を行う患者は、原発巣切除前に調節卵巣刺激を行う事を考慮してもよい

４）レトロゾール併用で調節卵巣刺激を行うことで通常の調整卵巣刺激より血清エストラジオール値の上昇を抑えることができる

設問１７

乳がん患者が担がん状態で調節卵巣刺激を行って採卵することについて、間違っているものを１つ選べ。

正解　2）ホルモン受容体陽性乳がん患者に対してレトロゾール併用で調節卵巣刺激を行うことで乳がん再発リスクはあがらない

解説　レトロゾール併用で調節卵巣刺激を行った場合でも通常の調節卵巣刺激よりは血中エストラジオール値は低下するが、自然周期よりは上昇を伴うため、乳がん予後への影響に関しては不確実性が残る。患者と十分話し合った上で実施を提案することが重要である。
調節卵巣刺激は原則的に原発巣切除後に行う事を推奨されるが、術前化学療法を行う患者は原発巣切除前に調節卵巣刺激を行う事を考慮してもよい。化学療法後に調節卵巣刺激を行う場合は動物実験からは少なくとも3ヶ月程度期間をあけることが望ましいが、ヒトに対してはデータが乏しく不確実な点が多い。

設問１８

がん患者に対し卵巣刺激を行う場合について、間違っているものを１つ選べ。

1）治療開始までの猶予がない場合は、ランダムスタート法での調節卵巣刺激を推奨する

2）ランダムスタート法は、妊孕性治療希望時から採卵までの時間を短縮するために月経周期と無関係に誘発を開始する方法である

3）術後化学療法を予定している乳がん患者に採卵を行う場合、開始遅延は治療効果を損なわないため手術から90日以内に開始することが勧められる

4）ダブル・スティミュレーション法は、卵巣過剰刺激症候群（OHSS）を予防するために1周期で2回採卵する方法である

設問１８

がん患者に対し卵巣刺激を行う場合について、間違っているものを１つ選べ。

正解　4）ダブル・スティミュレーション法は、卵巣過剰刺激症候群（OHSS）を予防するために1周期で2回採卵する方法である

解説　ダブル・スティミュレーション法は、一定の短期間で採卵効率（累積回収卵子数・成熟卵子数）を増やすために、同一周期に2回卵巣刺激を行い採卵を行う方法である。
月経周期のどこからでもゴナドトロピンを使用することにより複数の卵胞発育を促し採卵を行うこと（ランダムスタート法）が可能であることが報告され、通常の卵胞期初期からの卵巣刺激の場合と同等の採卵数、悪性疾患やその他の医学的適応のために妊孕性を維持する場合など、卵子を得ることが緊急の課題である場合には、今日では標準的な手順となっている。
術後化学療法を予定している乳がん患者に採卵を行う場合、開始遅延は治療効果を損なわないため手術から90日以内に開始することが勧められる。

設問１９

挙児希望の女性に対して化学療法施行時にGnRHアゴニストを使用することについて、間違っているものを１つ選べ。

1）妊娠・出産率を高める目的で、化学療法施行時にGnRHアゴニストを使用することは限定的に推奨される

2）GnRHアゴニストによる卵巣機能保護の有用性は、月経回復率ではエビデンスレベルが高い

3）GnRHアゴニストによる卵巣機能保護の有用性は、妊娠率や挙児獲得率ではエビデンスレベルに不確実性がある

4）妊孕性温存方法である受精卵凍結、卵子凍結、卵巣凍結とともに、GnRHアゴニストの使用はオプションとして提示されるべきである

設問１９

挙児希望の女性に対して化学療法施行時にGnRHアゴニストを使用することについて、間違っているものを１つ選べ。

正解　4）妊孕性温存方法である受精卵凍結、卵子凍結、卵巣凍結とともに、GnRHアゴニストの使用はオプションとして提示されるべきである

解説　妊娠・出産率を高める目的で、化学療法施行時にGnRHアゴニストを使用することは限定的に推奨されている。GnRHアゴニストによる卵巣機能保護の有用性は、月経回復率ではエビデンスレベルが高いが、妊娠率や挙児獲得率では不確実性が残るためである。妊孕性温存手法として胚・卵子凍結に取って代わる手法ではないが、これらの手法が選択されない場合には検討されるべき手法である。

設問２０

卵巣過剰刺激症候群（OHSS）について、間違っているものを１つ選べ。

1）卵巣過剰刺激症候群（OHSS）は、排卵誘発後に腹部膨満感があり、卵巣腫大、腹水・胸水貯留を引き起こす疾患である

2）GnRHアンタゴニストを併用した排卵誘発では卵巣過剰刺激症候群（OHSS）が起こりやすいため、一般的にはGnRHアゴニストを併用することが推奨される

3）卵巣過剰刺激症候群（OHSS）予防目的に、カベルゴリンを投与することを勧める

4）卵巣過剰刺激症候群（OHSS）のリスク因子は、若年、低体重、多嚢胞性卵巣症候群、高卵巣予備能による調節卵巣刺激による採卵数の増加などである

設問２０

卵巣過剰刺激症候群（OHSS）について、間違っているものを１つ選べ。

正解　2）GnRHアンタゴニストを併用した排卵誘発では卵巣過剰刺激症候群（OHSS）が起こりやすいため、一般的にはGnRHアゴニストを併用することが推奨される。

解説　卵巣過剰刺激症候群は、主にゴナドロピン療法後に卵巣の嚢胞性腫大をきたし、全身の毛細血管透過性亢進により血漿成分がサードスペースへ漏出し、循環血液量減少、血液濃縮、胸・腹水貯留が生じた状態である。日本産婦人科学会の調査によると発生頻度は重症型が0.8-1.5%である。
GnRHアゴニストを併用した排卵誘発では卵巣過剰刺激症候群（OHSS）が起こりやすいため、一般的にはGnRHアンタゴニストを併用することが推奨される。また予防目的に、カベルゴリンを投与することを推奨されている。

がん・生殖医療専門心理士の資質向上を志向した研修体制の構築
小テスト解説（心理）

音声・動画は含まれておりません。各自スライドをお読みください。

独協医科大学埼玉医療センターリプロダクションセンター
がん・生殖医療専門心理士　小泉智恵先生

小児・AYA世代がん患者に対する長期生殖機能温存に関わる心理支援体制の均てん化
及び適切な長期検体温存方法の提案に向けた研究（20EA1004）
研究①がん・生殖医療における心理教育プログラムの開発と介入の効果検証
研究代表者　鈴木直

設問１２

小児、思春期・若年がん患者の妊孕性温存に関する記述として最も適切なものを１つ選べ。

1）妊孕性温存を医学的に正しく理解すれば意思決定葛藤は軽度かほとんど生じない

2）妊孕性温存を希望する患者はがん治療を遅らせて温存した方が精神的健康を保持できる

3）妊孕性温存に挑戦したが温存できなかった場合医療者は患者に声をかけずそっとしておくことが有効だ

4）妊孕性温存で意思決定ガイドを用いた心理カウンセリングは意思決定葛藤を早期に軽減できる

設問１２

小児、思春期・若年がん患者の妊孕性温存に関する記述として最も適切なものを１つ選べ。

正解　**4）**
1：医学的に正しく理解しても葛藤は強くなる傾向がある。
2：妊孕性温存治療はがん治療を遅らせないことが前提である。
3：温存できなかった場合本人が拒否しなければ気持ちを整理したりがん治療に向けた心の準備をしたりする方が望ましい。

解説　意思決定ガイドを用いた妊孕性温存の心理カウンセリングを実施すると実施直後、1カ月後も意思決定葛藤が統制群に比べて有意に軽減され、12カ月後も軽減された状態が継続した（Ehrbar, 2019, 2021）。早期に葛藤軽減されれば意思決定が早期に可能になり、妊孕性温存を適切な時期に受けやすくなる。Ehrbarの心理カウンセリングでは、心理士が医療情報の整理だけでなく患者の葛藤やパートナーとの関係性、ソーシャルサポートなどもオンラインツールを用いて取り扱った。

Ehrbar V, Urech C, Rochlitz C, Zanetti Dällenbach R, Moffat R, Stiller R, Germeyer A, Nawroth F, Dangel A, Findeklee S et al: Randomized controlled trial on the effect of an online decision aid for young female cancer patients regarding fertility preservation. Human reproduction 2019, 34(9):1726-1734.
Ehrbar V, Germeyer A, Nawroth F, Dangel A, Findeklee S, Urech C, Rochlitz C, Stiller R, Tschudin S: Long-term effectiveness of an online decision aid for female cancer patients regarding fertility preservation: Knowledge, attitude, and decisional regret. Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica 2021, 100(6):1132-1139.

設問１３

小児、思春期・若年がんサバイバーの妊孕性に関する記述として正しいものを１つ選べ。

1）がんサバイバーの大多数は凍結精子を利用して顕微授精を行う

2）がんサバイバーは恋人・パートナーに妊孕性低下可能性を打ち明ける困難がある

3）がんサバイバーは健康上の問題から特別養子縁組・里親制度を利用できない

4）がんサバイバーの提供卵子による体外受精での妊娠率は、がんでない不妊患者と比べて概ね半分程度である

設問１３

小児、思春期・若年がんサバイバーの妊孕性に関する記述として正しいものを１つ選べ。

正解　**2）**
1：国内外で凍結精子を使用するがん患者の割合は10-20%程度である。
3：特別養子縁組・里親制度はがん経験によって利用を制限していない。
4：提供卵子を使用した妊娠率は、がんサバイバー60.4%、非がん64.5%で有意差がない（Luke, 2016）。

解説　がんサバイバーは妊孕性に関する懸念を抱いている。がんサバイバーの妊孕性に関する懸念尺度（女性版RCAC尺度: Gorman, 2014, 2019。男性版RCAC-M尺度:Gorman, 2020）には、次の６つの下位尺度がある；Fertility potential、Partner disclosure、Child's health Personal health、Acceptance、Becoming pregnancy。欧米では信頼性妥当性が確認されているが、日本語版の作成、信頼性妥当性の確認は現在調査中である（小泉, 発表準備中）。

Gorman JR, Su HI, Pierce JP, Roberts SC, Dominick SA, Malcarne VL: A multidimensional scale to measure the reproductive concerns of young adult female cancer survivors. Journal of cancer survivorship : research and practice 2014, 8(2):218-228.
Gorman JR, Pan-Weisz TM, Drizin JH, Su HI, Malcarne VL: Revisiting the Reproductive Concerns After Cancer (RCAC) scale. Psycho-oncology 2019, 28(7):1544-1550.
Gorman JR, Drizin JH, Malcarne VL, Hsieh TC: Measuring the Multidimensional Reproductive Concerns of Young Adult Male Cancer Survivors. Journal of adolescent and young adult oncology 2020.
Luke B, Brown MB, Missmer SA, Spector LG, Leach RE, Williams M, Koch L, Smith YR, Stern JE, Ball GD et al: Assisted reproductive technology use and outcomes among women with a history of cancer. Human reproduction 2016, 31(1):183-189.

設問１４

がん患者の心理支援に関する記述として最も適切なものを1つ選べ。

1）乳がん患者の不安、抑うつに対して心理療法の効果量は中程度である

2）がん患者の心理支援は認知行動療法が最適である

3）妊孕性温存の心理支援は意思決定ガイドなしで実施しても効果に差がない

4）がん関連posttraumatic stress symptomsはAYA世代で約65%である

設問１４

がん患者の心理支援に関する記述として最も適切なものを1つ選べ。

正解　**1）**
2：メタアナリシスで認知行動療法と心理教育療法が最適であった（Guarino, 2020）。
3：妊孕性温存の心理支援は意思決定ガイドを用いると葛藤が軽減できる（前出Ehrbar参照）。
4：AYA世代（15-39歳）がん患者151人のPTSS（Post-Traumatic Stress Symptoms）を調べた研究　によると、中等度以上のPTSSはがん診断から6か月後39.1%、12カ月後44.4%であった（Kwak, 2013）。

解説　最新のシステマティックレビューとメタアナリシスによると、乳がん患者の不安、抑うつに対する心理療法として最終的に抽出された45本の文献についてメタアナリシスを行った結果、全体的な効果量は中程度であった（Guarino, 2020）。

Guarino A, Polini C, Forte G, Favieri F, Boncompagni I, Casagrande M: The Effectiveness of Psychological Treatments in Women with Breast Cancer: A Systematic Review and Meta-Analysis. Journal of Clinical Medicine 2020, 9(1).
Kwak M, Zebrack BJ, Meeske KA, Embry L, Aguilar C, Block R, Hayes-Lattin B, Li Y, Butler M, Cole S: Prevalence and predictors of post-traumatic stress symptoms in adolescent and young adult cancer survivors: a 1-year follow-up study. Psycho-oncology 2013, 22(8):1798-1806.

がん・生殖医療専門心理士の資質向上を志向した研修体制の構築

小テスト解説（小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業）

音声・動画は含まれておりません。各自スライドをお読みください。

亀田総合病院　がん・生殖医療専門心理士　奈良和子

小児・AYA世代がん患者に対する長期生殖機能温存に関わる心理支援体制の均てん化
及び適切な長期検体温存方法の提案に向けた研究（20EA1004）
研究①がん・生殖医療における心理教育プログラムの開発と介入の効果検証
研究代表者　鈴木直
分担者　奈良和子

これまでの日本の現状と事業概要

＜背景＞

- 若年者へのがん治療によって主に卵巣、精巣等の機能に影響を及ぼし、妊孕性が低下することは、妊娠・出産を希望する患者にとって大きな課題である。妊孕性温存療法として、胚（受精卵）、未受精卵子、卵巣組織、精子を採取し長期的に凍結保存することがあるが、高額な自費診療となるため、特に若年のがん患者等にとって経済的負担となっている。
- 一方で、妊孕性温存療法のうち、未受精卵子凍結や卵巣組織凍結については、有効性等のエビデンス集積が更に求められている。
- 経済的支援に関しては、独自に妊孕性温存療法の経済的支援を行う自治体は増えてきているものの、自治体毎の補助の格差もあることから、国による支援が求められていた。

- 令和３年４月より、小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業として、助成事業が創設された。

〈事業概要〉

- 妊孕性温存療法にかかる費用負担の軽減を図りつつ、患者から臨床情報等を収集することで、妊孕性温存療法の有効性等のエビデンス創出や長期にかかる検体保存のガイドライン作成など、妊孕性温存療法の研究を促進するための事業を令和３年度から開始する。
- 有効性等のエビデンスの集積も進めつつ、若いがん患者等が希望をもって病気と闘い、将来子どもを持つことの希望を繋ぐ取り組みの全国展開を図る。

事業の対象とする妊孕性温存療法について

国内・海外において妊娠・出産に至った臨床実績が一定程度ある。

＊受精卵凍結は事実婚関係にある者も対象

表１：妊孕性温存療法ごとの助成上限額

対象治療	助成上限額／1回
① 胚(受精卵)凍結	35 万円
② 未受精卵子凍結	20 万円
③ 卵巣組織凍結	40 万円
④ 精子凍結	2.5万円
⑤ 精子凍結(精巣内精子採取)	35 万円

事業の対象とする妊孕性温存療法について

- 制度の趣旨を踏まえ、所得制限は設けない。
- 助成対象となる費用については、妊孕性温存療法に要した医療保険適用外費用の額を上限とする。
- 胚（受精卵）凍結、未受精卵子凍結、精子凍結及び精巣内精子採取については、１患者あたり２回まで助成可能とする。
- 卵巣組織凍結については、１患者あたり組織採取時（１回）及び当該組織の再移植時（１回）の計２回まで助成可能とする。
- 受精卵凍結が正常に行えなかった場合も対象とする。
- 異なる療法を受けた（例：受精卵凍結と未受精卵凍結を行った）場合であっても、合計で２回を上限回数とする。
- １回の採卵周期に行った療法で、一部を受精卵凍結、一部を未受精卵凍結した場合には、１回の治療とみなし、助成上限額は35万/回とする。
- 卵巣組織を採取する１回の手術で、一部の未受精卵を採取して、卵巣組織と未受精卵、または受精卵を凍結した場合には、１回の治療とみなし助成上限額は40万とする。
- 妊孕性温存療法を実施した際に、必要な凍結保存に関わる初回分の費用は対象となるが、初回以降の凍結更新料など維持に関わる費用は対象外とする。

対象者の要件について

- 対象とする方の**年齢上限は、男女ともに43歳未満**。（妊孕性温存診療を開始時）
- **年齢下限については制限を設けない**。低年齢の患者については、がん治療医と生殖医療医による医学的な判断を慎重に行うとともに、できる限り本人やその代諾者（保護者）への説明を丁寧に行った上で実施の決定を行う、などの配慮を行うこと。
- 対象疾患は**悪性腫瘍に限定せず**、臨床的に適切な判断の下で、以下の**治療を受ける必要があると認められる者**とする。
- 「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」（日本癌治療学会）の妊孕性低下リスク分類に示された治療のうち、高・中間・低リスクの治療。
- 長期間の治療によって卵巣予備能の低下が想定されるがん疾患：乳がん（ホルモン療法）等
- 造血幹細胞移植が実施される非がん疾患：再生不良性貧血等
- アルキル化剤が投与される非がん疾患：全身性エリテマトーデス等
- 診療ガイドライン及びリスク分類については、新たに得られた知見に基づき、定期的に更新すること。
- 妊孕性温存療法は原疾患の治療中及び治療後に施行した妊孕性温存療法も対象とする。

✓ **子宮摘出が必要な場合など、本人が妊娠できないことが想定される場合は対象外とする。**

対象者の要件について

- 妊孕性温存療法を行うことによる原疾患の治療の遅れ等が、生命予後に与える影響が許容される状況でのみ実施すること。
- 生命予後に与える影響を評価するため、原疾患担当医師と、生殖医療を専門とする医師（妊孕性温存療法を担当する医師）の両者により検討が行われることを要件とする。

＜説明と同意＞

- 本人による書面同意、または未成年患者の場合は代諾者（保護者）による書面同意とする。
- 未成年患者についても十分な説明をする（インフォームドアセントを含む）こと。
- 未成年患者が妊孕性温存療法を受けた場合、**成人（１８歳）に達した時点で、本人の凍結保存継続の意思を確認し、改めて本人から文書による同意を取得する**こと。

実施医療機関の要件について

- 都道府県でがん・生殖医療の連携ネットワーク体制が構築されていることを要件とする。（＊がん・生殖医療の連携ネットワークとは、各都道府県におけるがん治療施設、生殖医療施設及び行政機関の連携体制のこと。）
- 妊孕性温存療法実施医療機関（検体保存機関）は、日本産科婦人科学会の医学的適応による未受精卵子、胚（受精卵）および卵巣組織の凍結・保存に関する登録施設（日産婦の要件が変更された為、新たに申請が必要）又は日本泌尿器科学会が指定した施設であり、かつ都道府県が指定した医療機関（＊検体保存機関と連携する医療機関において卵巣組織等の採取を行うことは可能）
- 原疾患の治療実施医療機関と連携して、患者への情報提供・相談支援・精神心理的支援を行うこと。

7

日本産科婦人科学会　妊孕性温存療法
実施医療機関（検体保存機関）の施設認定要件

6. 本法を実施する施設は、妊孕性温存に関する診療・支援等の経験を有していることを条件とする。ただし、令和３年度及び令和４年度については経験を有さない施設も本研究事業への参加を可能とする。なお、３年後を目途として、「年間５例以上の経験を有していることが望ましい」の文言を加える。

7. 本法を実施する施設は、原疾患の治療実施医療機関と連携して、原疾患治療前から治療後に至るまで、患者への情報提供・相談支援・精神心理的支援を行うことを条件とする。ただし、３年後を目途として、「がん・生殖医療専門心理士、OFNN（オンコファティリティー・ナビゲーター・ナース）や認定がん・生殖医療ナビゲーター等の意思決定支援に関わる医療従事者が常勤していることが望ましい」の文言を加える。

8. 本法における凍結物の保管施設は、本研究事業に参加する医療機関でなければならない。なお、凍結物の保管施設は、本法を実施する施設と同一であることを原則とする。

妊孕性温存療法の有効性などの検証について

<収集する臨床情報等の項目>
- 原疾患の診断等に関する基本項目、原疾患治療に関する項目、実施した妊孕性温存療法に関する項目を含むこと。
- フォローアップ期間については、原疾患の転帰情報、妊娠・出産に関する項目、保存検体の保管状況に関する項目を含み、保存検体の追跡可能性を確保すること。
- 事業実施に伴い、必要に応じて収集項目を拡張する。

<臨床情報等の収集・管理>
- 妊孕性温存療法実施医療機関が、定期的（年１回以上）に患者をフォローアップして、自然妊娠を含む妊娠・出産・検体保管状況等の情報を収集すること。
- 日本がん・生殖医療学会が管理する日本がん・生殖医療登録システム（JOFR）に妊孕性温存療法実施機関が臨床情報等を入力すること。
- 今後は、患者が直接入力する仕組みとする。

<主要なアウトカム>
- 有効性・安全性等の評価にあたり、以下の項目を主要なアウトカムとする。
- 妊孕性温存療法毎、保存期間毎の妊娠・出産に至る割合（有効性）
- 妊孕性温存療法を受けた患者の原疾患治療成績、生殖補助医療の合併症（安全性）
- 有効性・安全性等にかかる評価結果を踏まえ、検体保存や各種妊孕性温存療法にかかるガイドラインについては、新たに得られた知見に基づき、定期的に更新することとする。

9

設問１

女性の妊孕性温存療法で、最も治療期間が短いものを１つ選べ。

１）未受精卵子凍結

２）受精卵凍結

３）卵巣組織凍結

４）GnRHagonistによる卵巣休眠療法

設問１

女性の妊孕性温存療法で、最も治療期間が短いものを１つ選べ。

答え　**３）卵巣組織凍結**

解説　卵巣組織凍結は月経周期が無い、経腟採卵が出来ない乳幼児でも可能。腹腔鏡にて行い最も治療期間が短い方法である。

設問２

小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業において、対象とする者の年齢制限について正しいものを１つ選べ。

１）男女共に43歳未満

２）男性は50歳未満、女性は45歳未満

３）男女共に45歳未満

４）男女共に40歳未満

設問 2

小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業において、対象とする者の年齢制限について正しいものを１つ選べ。

答え　**１）男女共に43歳未満**

解説　高齢での妊娠・出産は様々なリスクがあること、本事業は小児・AYA世代の患者への対策であることから、凍結保存時の年齢制限を設けた。

設問 3

小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業において、助成の対象とする疾患について、間違っているものを１つ選べ。

１）再生不良性貧血

２）子宮がんによる子宮摘出

３）全身性エリテマトーデス

４）乳がんのホルモン療法

設問 3

小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業において、助成の対象とする疾患について、間違っているものを１つ選べ。

答え　**２）子宮がんによる子宮摘出**

解説　本人が妊娠できないことが想定される場合は対象外とする。

設問 4

小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業において、妊孕性温存療法にかかる助成について、正しいものを１つ選べ。

１）所得制限がある

２）妊孕性温存療法に要した医療保険適応外費用の額を上限とする

３）凍結保存の更新料も助成される

４）妊娠の為の凍結配偶子を使用しての治療費も助成される

設問 4

小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業において、妊孕性温存療法にかかる助成について、正しいものを１つ選べ。

答え　**２）妊孕性温存療法に要した医療保険適応外費用の額を上限とする**

解説　初回分の凍結保存にかかる経費は対象となるが、凍結保存の更新・維持にかかる経費は対象外となる。

設問 5

小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業において、妊孕性温存療法にかかる助成回数について、正しいものを１つ選べ。

１）１回のみ

２）２回まで

３）それぞれの方法を２回まで

４）３回まで

設問５

小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業において、妊孕性温存療法にかかる助成回数について、正しいものを１つ選べ。

答え　**２）２回まで**

解説　受精卵、未受精卵、精子凍結については１患者あたり２回まで助成可能とする。受精卵と未受精卵凍結、異なる治療を受けた場合であっても合計で２回を上限とする。受精卵凍結など正常に行えなかった場合も対象とする。１回の採卵周期に行った治療を１回と定義する。

設問６

妊孕性温存療法ごとの助成上限額について、間違っているものを１つ選べ。

１）受精卵凍結35万

２）未受精卵子凍結20万

３）卵巣組織凍結45万

４）精巣内精子採取35万

設問６

妊孕性温存療法ごとの助成上限額について、間違っているものを１つ選べ。

答え　**３）卵巣組織凍結45万**

解説　正しくは40万。

がん・生殖医療専門心理士の資質向上を志向した研修体制の構築

小テスト解説

「小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業に関する都道府県説明会」厚生労働省健康局がん・疾病対策課　令和3年3月10日・11日資料より抜粋

小児・AYA世代がん患者に対する長期生殖機能温存に関わる心理支援体制の均てん化
及び適切な長期検体温存方法の提案に向けた研究（20EA1004）
研究①がん・生殖医療における心理教育プログラムの開発と介入の効果検証
研究代表者　鈴木直
分担者　奈良和子

＊ロールプレイ終了後にGoogleフォームにアクセスしてチェック項目・対応ポイントについて，客観的評価と参加者の器得度（主観的評価）の入力をお願いします。

【このチェックリストのねらい】
がんの病状，がん治療計画，妊学性温存のメリット・デメリット，費用，夫婦の希望など提示的な場合から患者自身が捉えるおり，意思決定するために必要な項目をおけています。チェック項目に関わることで患者は自覚的になり，意思決定が可能となると思われます。心理とが医療情報の理解を補完し患者の意向を汚いながら意思決定に導いていけるかが課題となります。

【チェック項目・対応ポイントについて】
このチェックリスト項目は簡潔さ行わなくても構いません。患者の記憶に残って進める力が自然な流れになります。
ロールプレイ報酬ごとにチェック項目や対応ポイントがあります が，意義してしまう対応もあるので，全体を通しても項目や対応ポイントが含まれるように行っていただければと思います。

【説明資料について】
全部の資料を使用しなくてもよく，必要な資料を選択してください。
全部を読み上げる必要はなく，文面は自由に変えてもらって構いません。

【資料的評価の記入基準について】
0：触れなかった・誤解にてなかった・間違った情報を提供した場合
1：チェック項目や対応ポイントとして示したことが一部不足していた場合
2：チェック項目や対応ポイントを満たしていた場合

【参加者の器得度（主観的評価）の記入について】
研究参加者自ものとして，解剖動画の解説や資料の読み込み，チェックリストの体験を行った後の自らの器得度を主観的に回顧して評価してください。

	ねらい	患者役ロールプレイ報酬	チェック項目	客観的評価	対応ポイント	参加者の器得度
1	カウンセリングの導入と会話	検査，カウンセラー自己紹介 乳腺の先生から，抗がん剤をする前に妊学性温存するかどうかを決めて欲しいと言われ，こちらを紹介された。 妊学性温存について詳しく聞かないと，どう考えたらいいのか分からないので話を聞きたい。	カウンセラーの自己紹介，役割を説明し，今回のカウンセリングの概論について説明する。患者がどのような経緯で紹介されてきたのか，カウンセリングのニーズを伺い，がん・生殖医療について説明を受けたいか確認する。	0 ・ 1 ・ 2	「お気持ちがにも大変な状態だと思うのですが，がんの治療と同様の対処法度について，今日これからお話しさせていただいても大丈夫ですか？」等，説明の希望があるか確認する。	0 ・ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4
2	心理ケア	手術前の頃では，抗がん剤はなくて済みそうだと言われていたのに…リンパ節に転移してて，思ったより進行しているのかなって不安で… ホルモン療法だけで済むかと思っていたのに…抗癌剤が必要だって言われて…	患者の状況に沿う言葉をかけ，がん履歴やがん治療，妊学性の問題に関する心気持ちを伺う。心理ケアする言葉をかけ，解説を傾聴する。	0 ・ 1 ・ 2		0 ・ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4
3	精神面のアセスメント	寝る前にネットで色々検索して，余計不安になって眠れなくなる。仕事は手前から休んでいるから，いつたと生活は違う。朝に相談してもの配をかけるから，これから先の事を一人で考えてしまう。	精神面についてアセスメントし，話を聞いたり，理解できる状態であるか確認する。	0 ・ 1 ・ 2	現在の心身の状態について確認する。 がん・生殖医療の意思決定ができる状態かを判断する。	0 ・ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4
4	社会・生殖面のアセスメント	夫は同じ年36歳，35歳で結婚して1年。妊活を始めていた。 夫婦ともに正社員。 子どもは，二人以上欲しいと思っている。	患者の年齢，婚姻状況，子どもの有無，患者の生殖機能の状態について確認する。	0 ・ 1 ・ 2	事前情報に間違いがないか，患者に妊娠歴，子どもの有無などを確認する。 夫の年齢，結婚してどれくらいか等，婚姻状況について確認する。 月経周期や婦人科既往について聞ける。	0 ・ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4
5			がん治療時に患者は，子どもを産み育てることについてどのような考証を持っていたのかを確認する。	0 ・ 1 ・ 2	「お子さんについてはどの様に考えになっていたのですか？」 患者，パートナーそれぞれの子どもを産み育てることの思いや，家族（双方の親）の考え等について伺う。	0 ・ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4
6	患者のがん治療状況確認	術前の結果より悪くて聞いちゃって，主治医に妊活してて子どもが欲しいと話したら，まずは妊学性温存について相談してと言われてきただけで…詳しくは…	患者のがんの状態や治療計画について伺い，患者の理解を確認する。	0 ・ 1 ・ 2	患者自身が，がんの状態，がん治療計画についてどう理解しているか確認する。 「化学療法をいつまでに開始しなければいけないけないと言われていますか？」など，妊学性温存の期予期間について医師から話があったか確認する。期時点で分かっていること，分かっていないことを整理する。	0 ・ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4
7	妊学性低下の理解度の確認		がん治療が妊学性へ与える影響について，医師からの説明内容を伺い，患者の理解を確認する。	0 ・ 1 ・ 2	医師からどういう説明があったか伺い，患者がどのように理解したかを確認する。 患者が理解したこと，わからないこと，疑問などを整理する。	0 ・ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4
8	医療情報の補完		がん・生殖医療で扱われるホルモン療法の影響について，一般的医療情報について，患者の治療計画を考慮して説明する。患者の理解不足や情報提供が足りない部分は，情報を補う。	0 ・ 1 ・ 2	ホルモン療法中の排卵による妊学性の低下，ホルモン療法中の妊娠は確否性が分かできないことについて説明する。 （患者の理解の確認や質問の受付は，項目8,9をまとめて行ってもよい。皆さんのやりやすいやり方で行ってください。）	0 ・ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4
9	医療情報の補完	抗癌剤治療をすると，生理が戻らなくなることもあるんですね。	がん・生殖医療で扱われる化学療法の影響について，一般的医療情報について，患者の治療計画を考慮して説明する。患者の理解不足や情報提供が足りない部分は，情報を補う。	0 ・ 1 ・ 2	P12.13資料を使用し医療情報を提供する。患者が理解したこと，わからないこと，疑問などを整理する。	0 ・ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4
10	医療の情報提供	卵ってどうやって保るんですか？	妊学性温存方法について説明する。 患者からの質問・心配などについても対応しながら，理解を補う。	0 ・ 1 ・ 2	P14卵巣の可能性を残す方法，P15体外受精の流れ，P16卵巣刺激法のスケジュール，P18体外培養/凍結保存，P19卵巣組織凍結の資料を使って説明（読み上げなども可）する。	0 ・ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4
11	がん・生殖医療の情報提供と支援	妊学性温存治療をしたら，がんへの影響はあります？	妊学性温存治療をしたら，がんへの影響はあります？	0 ・ 1 ・ 2	P17の資材を使用して，ホルモン依存性癌性乳がんの卵巣刺激による リスクを説明する。がんへの影響を予定通りしている患者に対応するために，P18の資材を使用してトロフォール（アロマターゼ阻害薬）は，ランダムスタート法の説明を行う。（具体の専門性や技術に応じて説明の強弱があってもよい。）	0 ・ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4
12	がん・生殖医療の情報提供	絶対に一人は子どもが欲しいのですが，受精卵凍結の妊娠率はどのくらいですか？ 乳がん治療後に，妊娠・出産しても大丈夫ですか？赤ちゃんに影響がありますか？	各妊学性温存方法によるメリット・デメリットを整理し，患者からの質問・心配などについても対応しながら理解を深める。	0 ・ 1 ・ 2	P20の妊学性温存方法のメリットデメリットの表を用いて情報を整理し，患者の心配や質問に対応しながら理解を補う。 妊娠率の質問については，P18の資料を使用して説明し，妊学性は年齢や卵子の質が影響すること，妊学性温存は妊娠を保証するものではないことを伝え，生殖医療に対する過度な期待を調整する。生殖医療は確実さを保証できず，不確実なものに対して負担を負ってお話しするか意思決定を支援していく。 がん治療後の妊娠・出産については，P21を使用して説明する。	0 ・ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4
13	がん・生殖医療の心理支援	ホルモン療法は5年～10年で言われているけど，私はいつ妊娠できるのでしょうか？	ホルモン療法を中断して妊娠を試みてもいいのか？という質問には，患者が妊娠の時期をどう思っているのか伺う。ホルモン療法の中断や妊娠の許可については，主治医とよく相談するように伝える。	0 ・ 1 ・ 2	術後ホルモン療法は５年以上のタモキシフェン内服が推奨されており，ホルモン療法を中断は，予後に有害な影響を及ぼす可能性がある。ホルモン療法を中断しての妊娠の安全性について エビデンス（POSITIVE試験の結果）はまだ出ていない。（これらの医療情報の説明は，専門心理士の助域ケア経験に応じて説明の強弱があってもよい。） 患者の体を第一に考えるならば，治療をしっかりやることが一番大切である。同時に，子どもを産み育てることは年齢も関係して くることなので伝えましょう。乳がん治療を続けていく中で妊娠・出産を無念気持ちが出てくることがあり，今後も妊娠・出産について相談できることを伝える。	0 ・ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4
14	経済面のアセスメント	それぞれの方法でどのくらいお金がかかるのですか？それ以外に，どんな費用が生じますか？	各妊学性温存方法の費用について説明し，患者の経済面のアセスメントを行う。 患者の状況や希望に合わせて，経済的支援の情報提供をする。	0 ・ 1 ・ 2	P22を参考に，施設によって料金設定が異なり，使用する薬剤の種類や量によって違ってくること。凍結時費用だけでなく，更新料が年かかること，凍結したものを使用して妊娠を試みる移植等に費用がかかることを説明。 2021年4月に国から の助成金が開始され研究保護事業として行われていることをP23を使用して説明。助成金を申請するならば，日本がん・生殖医療学会が管理する「がん・生殖医療登録システム(OFNX)」に患者の個人情報を入力する事になっており，患者自身もここにアクセスして状況を入力更新する必要があることを伝える。	0 ・ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4
15	心理支援	仕事も休んでいて，がん治療と妊孕性温存にお金をかけるし，経済的に心配です。	がん・生殖医療以外の不安はないか，がん治療中の生活上の心配などについて確認し，安心してがん治療に取り組めるように支援する。必要に応じて社会資源を紹介する等のフォローを行う。	0 ・ 1 ・ 2	P24,25を参考に，患者のニーズに合わせて情報提供する。全部読み上げなくてもよく，患者の状況に合わせて案内する。	0 ・ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4
16	意思決定支援		がん治療後に子どもを産み育てることについての心配や気持ちの変化が生じていないか確認する。	0 ・ 1 ・ 2	「がん治療することになって、お子さんについてのお気持ちは変わりましたか？」「妊孕性温存のリスクなど聞いて、お気持ちはどうですか？」等の言葉をかけ、患者の心配や気持ちの変化を確認する。	0 ・ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4
17	心理社会的アセスメントと心理支援	乳腺科医から受精卵凍結の話があったと夫に伝えましたが、夫は乳がんの事ばかってから子どもの話はしてこない。乳がん治療をしっかりやってほしいと言っている。	家族やパートナーの妊孕性温存についての理解や協力等、社会的サポートについてアセスメントする。	0 ・ 1 ・ 2	「ご家族やパートナーに妊孕性温存の話はされましたか？」「何とおっしゃっていましたか？」「何かご配されていましたか？」等、夫や家族の意向について確認する。 妊孕性温存について夫の協力は得られそうか、相談できる人がいるか等、社会的サポート状態について確認する。	0 ・ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4
18		母親にはちらっと話をした。がん治療に影響ないならは産ちたいとうかとゆわれた。	妊孕性温存に関する家族やパートナーの意向を確認し、患者の希望を伝えられ、夫や家族と相談できるように支援をする。	0 ・ 1 ・ 2	「夫に妊孕の意向を伝えられそうですか？」「母親に関する大事なことなので、ご家族でオープンに話し合うことをお勧めします」等の言葉を用い、夫や家族と相談することを勧める。相談しにくいという場合は、どのように伝えるか話し合う。	0 ・ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4
19	心理教育	妊孕性温存をしない人もいますか？	心理教育的に子どもを持つ方法、人生の多様性について情報提供し、患者の状況に応じて対応する。	0 ・ 1 ・ 2	子どもを持つ方法についてP26を参考に心理教育的に触れ、質疑や質問があれば対応する。がん治療後に妊孕性・生殖についての悩みがあり必要時間があることを伝え、今後、様々な職種でも相談できることを伝える。	0 ・ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4
20	意思決定支援		医療情報や状況を整理して、妊孕性温存の希望を明確にする。温存希望の場合はがん・生殖医療の見通しを整理する。	0 ・ 1 ・ 2	P27を参考に、妊孕性温存についての医療情報を整理する。患者の希望を明確にしていく。 妊孕性温存はがん治療を遅らせず、限られた時間内で行うことになっていることを伝え、夫と相談したあと、患者がどう動いたらいいか確認する。	0 ・ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4
21	心理支援		今後のケアや支援が必要な場合の相談先や相談ルートを説明し、継続した支援が受けられるようにする。	0 ・ 1 ・ 2	今後もケアや支援が必要な場合の相談先や相談ルートを説明し、継続した支援が受けられるようにする。	0 ・ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4

がん・生殖医療専門心理士の資質向上を志向した研修体制の構築
ロールプレイ解説

このファイルには動画が埋め込まれています。データ量が重いため、動画の部分は各自再生していただき、それ以外はスライドをお読みください。

亀田総合病院　がん・生殖医療専門心理士　奈良和子

小児・AYA世代がん患者に対する長期生殖機能温存に関わる心理支援体制の均てん化
及び適切な長期検体温存方法の提案に向けた研究（20EA1004）
研究①がん・生殖医療における心理教育プログラムの開発と介入の効果検証
研究代表者　鈴木直

がん・生殖医療専門心理士のみなさま 研究の目的

- 令和3年4月より、がん患者などの妊孕性温存療法に対する経済的支援が始まりました。あわせて、妊孕性温存療法の有効性等の評価も行う「小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業」が開始されています。妊孕性温存療法実施医療機関の施設認定要件では、患者への情報提供、相談支援、精神心理的支援を行うことが条件となり、その担い手として、がん・生殖医療専門心理士の文言が加わっています。がん・生殖医療専門心理士は、高度な専門性をもつ認定資格だと関連学会・厚生労働省に認知されており、活躍を期待されています。
- 皆様それぞれの臨床の場では、所属施設・相談体制の違い、心理士に求められる役割の違い等、臨床の場に即した心理士のスタンスがあると思います。ですが、がん・生殖医療専門心理士の専門性を担保するため、患者の求めに応じて提供できる一定の医療知識と心理支援技術を持つ必要があります。本研究は、一定水準の専門性の質を提供できるように研修体制を構築することを目的にしています。
- 本研究ではロールプレイで使用する説明資材を提供しています。チェックリストや解説動画を参考に、説明資材に書き込んだり、自分が話しやすい言葉に置き換えたりして、臨床で使える説明資材と妊孕性温存の意思決定支援のスタイルを作り上げることを目指しましょう。

せ2

がん・生殖医療専門心理士のみなさま 研究の流れ図

- 研究参加同意
  - 郵送にて研究案内、研究計画書、同意書を対象者に送付
  - 参加希望者は郵送にて同意書提出
- ロールプレイ日時の決定
  - メールか電話にて、小テスト1回目とロールプレイ実施予定日を決定
- 1回目の小テスト実施
  - 参加者に基礎データ、1回目小テストをWEB上で回答いただく
- 解説動画の視聴
  - 1回目小テスト終了後、ロールプレイ予定日3週間前に資料送付
  - 小テストとロールプレイの解説動画、チェックリスト、ロールプレイ資材をギガファイル便で送る
- 2回目の小テスト ロールプレイ実施 チェックシート回答
  - 解説動画の視聴とロールプレイ資材、チェックリストの自習
  - 2回目小テスト⇒ロールプレイ⇒チェックリスト回答
  - チェックシート回答後、質疑応答
- QI 候補評価フォーム入力
  - QI解説資料とQI候補評価フォーム入力案内を送付
  - ロールプレイ終了から3日以内に、QI候補評価フォームに回答

3

がん・生殖医療専門心理士のみなさま 研究の流れ説明

- 参加同意書を返送いただきますと、研究分担者よりメールまたは、お電話にて研究参加予定日の調整を行います。
- 1回目の小テスト（２０問）をWEB上でご回答いただきます。
- 1回目の小テスト終了後、ロールプレイ予定日3週間前に、ギガファイル便にて研究資料をお送りします。
- それらをご覧になり、自習して頂きます。説明資材とチェックリストを理解して使いこなすには、ある程度の時間が必要になりますので、なるべく早くお目通し頂き、自習をしていただけたらと思います。
- ロールプレイ実施日は、まず、前回と同じ小テストをWEB上でご回答いただきます。その後、ロールプレイを行い、WEB上でチェックシートにご回答いただきます。
- チェックシートの回答が終わりましたら、希望者に質疑応答を行います。
- ロールプレイから3日以内に、QI（診療の質指標）の解説資料をご一読いただき、QI候補評価フォームにご回答をお願い致します。

4

チェックリストについて

- このチェックリストは妊孕性温存についての意思決定をするために必要な項目をあげています。全てのバリエーションに対応しているわけではございませんが、がん・生殖医療の標準的対応の一部を言語化したものです。
- チェック項目に触れることで患者自身が、がんの病状、がん治療計画、妊孕性温存のメリット・デメリット、費用、夫婦の希望など総合的な視点から捉えなおすことができ意思決定を支援が可能になると思われます。
- このチェックリスト項目は順番通り行わなくても構いません。患者の応答に沿って進めていただく方が自然な流れになります。
- ロールプレイ場面ごとにチェック項目や対応ポイントがありますが、重複してしまう対応もあるので、全体を通して各項目や対応ポイントが含まれるように行っていただければと思います。

5

資材について

- 各自でスライド画面をA４横に印刷してご使用ください。ロールプレイ中に患者（カメラ）に指し示す等で使用します。
- 資材の文言を全部を読み上げる必要はなく、説明は自由に行ってもらって構いません。
- 資材の使用について解説で示していますが、ロールプレイの場面でご自身が使いやすい資材を選び追加して、患者に必要と思われる説明を行ってください。
- 全部の資材を使用しなくても構いません。
- ロールプレイは、チェックリストを見ないで行います。事前によく自習して頂き、ご準備ください。

6

患者情報

- ３６歳　既婚　乳がん
- 3か月前に受けた乳癌検診で精査となり、総合病院を受診した。
- 乳がんStageⅡＡ（Ｔ２ＮＯＭＯ）術前検査の画像上では転移無し。
- 乳がんの治療方針は、手術先行、ホルモン療法5年以上、化療するかは手術の病理結果による。
- 手術ではリンパ節転移が見つかった。術後治療は化療が必要となり、妊孕性温存について主治医から話があった。
- 「子供が欲しくて妊活を始めたばかりだったのに…」と患者は涙を流す。
- 「妊孕性温存について、もっと詳しく話を聞きたい」と希望され、乳腺科医より、がん・生殖医療専門心理士に紹介された。
- 意思決定支援に必要な患者の情報は、ロールプレイの中で聞き取りながら進めて下さい。

チェック項目に沿って解説していきます。

①カウンセラーの自己紹介、役割を説明し、今回のカウンセリングの構造について説明する。
患者がどのような経緯で紹介されてきたのか、カウンセリングのニーズを伺い、がん・生殖医療について説明を受けたいか確認する。

②患者の状況に沿う言葉をかけ、がん罹患やがん治療、妊孕性の問題に関するお気持ちを伺う。心理ケアする言葉をかけ、関係を構築する。

- ①の自己紹介、役割、カウンセリングの構造については、皆さんそれぞれの臨床の場に沿って説明をお願いします。
- ①②については、「妊孕性温存は、がんと生殖の両方の医療が関係するので難しく感じますよね」「妊孕性温存は患者さんのお考えで決めることなので、みなさんとても悩まれます」と感情をノーマライズして、「これから、がんと妊孕性温存のお話をしながら、医療の情報を整理して
- 一緒に考えていきましょうと」と相談意欲や目的を共有できるとよいでしょう。

③精神面についてアセスメントし、話を聞いたり、理解できる状態であるか確認する。

- 精神面のアセスメント

・睡眠、食欲、活動性（興味・意欲）等を聞くのが一般的。
・早急に治療を開始するために妊孕性の相談をしなければいけない患者さんの場合、発熱や痛みがあることもあるので、体の状態も確認するとよいでしょう。

- 現在の心身の状態について確認し、がん・生殖医療の意思決定ができる状態かをアセスメントします。

・抑うつで頭が働かない、不安で考えられない等の場合は、パートナーや家族同伴で再度相談の場を設定する等の配慮をする。
・キーワードや図をかきながら説明する。後で見返せる冊子を渡すなど工夫をされるとよいでしょう。。

妊孕性温存のカウンセリングを受けた後も、妊孕性温存の知識に乏しい。
評価スコアでの正答率は５０％（Balyhazar;2010）

渡邉先生の場合

チェック項目①②③をコンパクトにまとめて行っています

④患者の年齢、婚姻状況、子供の有無、患者の生殖機能の状態について確認する。

⑤がん告知前に患者は、子供を産み育てることについてどのような希望を持っていたのかを確認する。

- 夫婦それぞれの年齢、職業、結婚してどれくらいか、子供の有無、妊娠既往や不妊治療歴等について確認し、そこから生理周期や婦人科既往など、生殖機能のアセスメントが出来るとよいでしょう。
- 夫婦それぞれの子供を産み育てることの想いや、双方の親の考え等について伺えると良いでしょう。

橋本先生の場合

一部音声の乱れがございますが、流れをご覧ください。

⑥患者のがんの状態や治療計画について伺い、患者の理解を確認する。

- 患者自身ががんの状態や治療計画をどう理解しているかを確認する。
  ・がん治療の計画を確認すると、妊孕性温存のタイミングや猶予期間を推察できます。（例：術前化学療法だと、がん治療を急いでいる可能性、妊孕性温存する期間が短いことが推察できます。）
  ・化学療法するか？抗癌剤の種類を確認する。薬剤名によって妊孕性低下のリスクを推察できます。
- 現時点で分かっていること、分かっていないことを整理しましょう。

このロールプレイでは、術後化学療法を推奨されているため、「いつまでに化学療法を開始しなければいけないと言われているか？」と尋ね、妊孕性温存の猶予期間について医師に確認することが大事になります。

13

⑦がん治療が妊孕性へ与える影響について、医師からの説明内容を伺い、患者の理解を確認する。

- がん治療が妊孕性へ与える影響について、医師からどういう説明があったか伺い、わからないこと、疑問などを整理する。
- P9を使用し、女性の妊孕性と個人差について説明するとよいでしょう。

⑧がん・生殖医療で扱われるホルモン療法の影響について、一般的医療情報について、患者の治療計画を考慮して説明する。患者の理解不足や情報提供が足りない部分は、情報を補う。

- P10を使用し、ホルモン療法による妊孕性への影響について説明するとよい。

⑨がん・生殖医療で扱われる化学療法の影響について、一般的医療情報について、患者の治療計画を考慮して説明する。患者の理解不足や情報提供が足りない部分は、情報を補う。

- P11.12.13を使用して説明するとよい。

患者の理解度の確認や質問の受付は、⑧、⑨とまとめて行ってよいです。使用する抗癌剤の種類が分からない場合が多いので、医師に尋ねるように助言すると良いかと思います。

14

⑩妊孕性温存方法について説明する。
患者からの質問・心配などについても対応しながら、理解を補う。

- P14の妊娠の可能性を残す方法についてお話し、それぞれの方法をP15、16、18、19などを使って説明する。地域性や患者の状態によって忖度しないで、3つの温存方法について情報提供するようにしましょう。

⑪各妊孕性温存療法によるリスクについて説明し、患者の理解を深める。
ホルモン受容体陽性乳がんの卵巣刺激によるリスクを説明する。

- P17の資材等を使用して、ホルモン受容体陽性乳がんの卵巣刺激によるリスクを説明する。
- 癌への影響を不安視している患者に対応するために、P16の資材を使用してレトロゾール（アロマターゼ阻害薬）法、ランダムスタート法の説明を行う。（自身の専門性や役割に応じて説明の強弱があってもよい。）

15

- 妊孕性温存のカウンセリングがない場合や妊孕性温存費用などで経済的困難がある場合に、妊孕性温存の意思決定に際して患者が強い葛藤を感じたという報告。（Mersereau JE et alCancer2013）
- 妊孕温存の知識が浅い担当者、心理専門職でない担当者、時間が不十分で、質問する機会がないというネガティブなカウンセリング体験によって、妊孕性温存の自己決定に後悔が多くなるという報告（Bastings L et al, ; Human reproduction2014）があります。
- がん・生殖医療に関りがない専門心理士、どちらかの領域の専門心理士の方も、妊孕性温存の最新の知識を更新し、いつでも対応できるように準備をしておきましょう。
- このロールプレイやチェックリストは専門心理士が習得しておいた方よい内容を含めて作成しています。

16

渡邉先生の場合
妊孕性温存療法によるリスクについて説明

17

⑫各妊孕性温存方法によるメリット・デメリットを整理し、
患者からの質問・心配などについても対応しながら理解を深める。

- P20妊孕性温存方法のメリット・デメリットの表を用いて情報を整理し、患者の心配や質問にも対応しながら理解を補う。

・受精卵（胚）はご夫婦が別れたり、どちらか一方が受精卵（胚）の使用を反対した場合は、子宮内へ移植することができません。卵子凍結を併用する方もいます。
・日本では本人以外の子宮内に戻すことは認められていません。

- 妊娠率の質問については、P25の資材（右上）を使用して説明
- がん治療後の妊娠・出産については、Ｐ２８を使用して説明

妊孕性は女性の年齢や卵子の質が影響する。妊孕性温存は妊娠を保証するものではない事を伝え、生殖医療に対する過度な期待を調整する。生殖医療は確実さを保証できず、不確実なものに対して負担をおっても試してみるか意思決定を支援していくのが専門心理士の役割である。

18

渡邉先生の場合
各妊孕性温存方法によるメリット・デメリットの整理

19

⑬ホルモン療法を中断して妊娠を試みても良いのか？という質問には、患者が妊娠の時期をどう思っているのか伺う。ホルモン療法の中断や妊娠の許可については、主治医とよく相談するように伝える。

- ホルモン療法の中断については、妊孕性温存の意思決定の際に患者からよく尋ねらる質問です。患者にとって何歳で妊娠・出産できるのか、その年齢が子どもを産み育てられる年齢なのかは重要な問題となります。ホルモン療法は長期間に及ぶため、温存後にも、こういった相談を受けることがあるため、チェックリストに加えることになりました。
- 術後ホルモン療法は再発を抑えるため5年以上推奨されており、ホルモン療法を中断することは再発リスクと乳癌死亡リスクを上昇させると言われている。ホルモン療法を中断しての妊娠の安全性について、まだエビデンス（POSITIVE試験の結果）は出ていない。

患者の体を第一に考えるならば、治療をしっかりやることが一番大切である。同時に、子供を産み育てることは年齢も関係してくることなので悩ましい。乳がん治療を続けていく中で妊娠・出産を焦る気持ちが出てくることがあるので、今後も妊娠・出産について相談ができる事を伝えましょう。

20

⑭各妊孕性温存方法の費用について説明し、患者の経済面のアセスメントを行う。患者の状況や希望に合わせて、経済的支援の情報提供をする。

- P22妊孕性温存方法の費用を用いて説明をする。

ポイント

・妊孕性温存の費用に幅があるのは、施設によって料金設定が異なり、使用する薬剤の種類や量によって違ってくること
・凍結時費用だけでなく、凍結保存維持費（更新料）が毎年かかる
・凍結したものを使用して妊娠を試みる時、移植等に費用がかかることを説明しましょう。

- P23妊孕性温存療法の助成についてを用いて説明をする。

ポイント

・研究促進事業として行われるため、日本がん・生殖医療学会が管理する、「がん・生殖医療登録システム、JOFR」に患者の臨床情報を入力する事になっています。患者さん自身もアクセスして状況を入力して更新していく事になります。
・自治体によっては独自の助成があることがあるので、居住地の最新情報を確認してください。
・国の助成では更新料や妊娠に関する治療費の助成はありません。

21

⑮がん・生殖医療以外の不安はないか、がん治療中の生活上の心配などについて確認し、安心してがん治療に取り組めるように支援する。必要に応じて社会資源を紹介する等のフォローを行う。

- P24.25を参考に、患者のニーズに合わせて情報提供する。全部読み上げないでよく、患者の状況に合わせて案内できるとよいでしょう。
- 今回は経済面の心配が語られましたが、他には抗癌剤による副作用についての心配を語ることが多くみられます。また、職場や友人に癌治療のことを伝えるか、伝えないか、周囲の人との付き合い方の悩みもみられます。

がん・生殖医療だけではなく、がん治療中の患者が抱える悩みとその対処についても考えておくとよいでしょう。

22

渡邉先生の場合
がん治療中の生活上の心配などについて

23

⑯がん治療後に子供を産み育てることについての心配や気持ちの変化が生じていないか確認する。

- 「がん治療することになって、お子さんについてのお気持ちは変わりましたか？」「妊孕性温存のリスクなど聞いて、お気持ちはどうですか？」等の言葉をかけ、患者の心配や気持ちの変化を確認する。

⑰家族やパートナーの妊孕性温存についての理解や協力等、社会的サポートについてアセスメントする。

- 「ご家族やパートナーに妊孕性温存の話はされましたか？」「何とおっしゃっていましたか？」「何を心配されていましたか？」等、夫や家族の意向について確認し、妊孕性温存について夫の協力は得られそうか、他に相談できる人がいるか等社会的サポート状態について確認する。

⑱妊孕性温存に関する家族やパートナーの意向を確認し、患者の希望を伝えられ、夫や家族と相談できるように支援をする。

- 夫や家族と相談することを勧め、相談しにくいという場合は、どのように伝えるか話し合う。
- 夫や家族との面談機会があった方がいいかを確認し、希望があれば対応できることを伝えると良いでしょう。

24

⑲心理教育的に子供を持つ方法、人生の多様性について情報提供し、患者の状況に応じて対応する。

- 妊孕性温存は患者の意思、自由な考えで決めていただくものです。専門心理士は、患者が考えるために必要な医療情報や時間を提供し、対話により自身の考えを明確にしていく過程を支援します。
- 知らなかったという後悔を減らし、後になっても患者自身でも考えていけるように偏りない情報提供を心掛ける必要があるのではないかと考えます。
- 妊孕性温存したくてもできなかった、温存しないという選択をする方もいますので、P26の子供を持つ方法も広く伝え、人生の多様性についても心理教育的に触れるのが良いと思われます。
- 本ロールプレイでは患者の状況や興味や質問に応じて対応してください。

生殖に関する希望や悩みは患者の年齢や生活状況、ライフスタイルなどの影響を受け変化するものであり、今後も相談できることを伝えましょう。

25

⑳医療情報や状況を整理して、妊孕性温存の希望を明確にする。温存希望の場合はがん・生殖医療の見通しを整理する。

- P27を使用し、妊孕性温存についての医療情報を整理しながら、患者の希望を明確にしていきましょう。左側の医療情報を、これまでの相談を振り返り専門心理士がまとめていくとよいでしょう。
- ロールプレイの流れの中で、家族の気持ちや考えを伺えていなかった場合でも、右側を尋ねることでチェックリストの内容を漏れなく拾えるのではないかと思われます。

26

谷村先生の場合

妊孕性温存の医療情報の整理と意思決定支援シートの使用について

27

渡邉先生の場合

妊孕性温存はがん治療を遅らせず、限られた時間内で行うことになっていることを伝え、夫と相談したあと、患者がどう動いたらいいか具体的に確認するとよいでしょう。

28

㉑今後の支援のあり方について説明して面談を終了する

- 質問、相談をしたい時の連絡先を明確に伝える。
- 他職種、他機関への紹介など連携が必要な場合は、患者に連絡方法を伝え、専門心理士からも事前に連絡を入れておくようにしましょう。
- 患者が継続した支援が受けられるように、それぞれの専門心理士の臨床の場の体制の整備や連携強化をお願いします。

29

評価についてご協力ください

ロールプレイ実施後にチェック項目・対応ポイントについて、
2つの視点を用いて、　WEBにて評価をお願い申し上げます。

- **ロールプレイの客観的評価**

チェック項目・対応ポイントについて3段階で評価

0：触れなかった・話題にでなかった・間違った情報を提供した場合

1：チェック項目や対応ポイントが一部不足していた場合

2：チェック項目や対応ポイントを満たしていた場合

- **ご自身の習得度**

習得度を５段階で評価する主観的評価

研究参加前を０として、解説動画の視聴や資材の読み込み、チェックリストの自習を行った後の自らの習得度を主観的に5段階で評価してください。

30

がん・生殖医療専門心理士の資質向上を志向した研修体制の構築

QI（Quality Indicator；診療の質指標）説明資料

音声・動画は含まれておりません。各自スライドをお読みください。

亀田総合病院　がん・生殖医療専門心理士　　宮川智子

小児・AYA世代がん患者に対する長期生殖機能温存に関わる心理支援体制の均てん化
及び適切な長期検体温存方法の提案に向けた研究（20EA1004）
研究①がん・生殖医療における心理教育プログラムの開発と介入の効果検証
研究代表者　鈴木直

がん・生殖医療専門心理士のQI開発
QI作成のご協力のお願い

ロールプレイ研修にご参加頂きありがとうございました。

引き続き皆様のご協力を頂き、がん・生殖医療専門心理士のQI（診療の質指標）を作成したいと考えています。

【目的】
- がん患者の個々の状態に応じた、適切で質の高い支援ができるような研修体制の構築のため
- がん・生殖医療専門心理士が活動するそれぞれの地域や施設で、がん患者と家族への心理社会的援助を均てん化するため

1

がん・生殖医療専門心理士のQI開発
QI（Quality Indicator；診療の質指標）とは

定義：診療の質（Quality）を表す指標（Indicator）
目的：改善点を見つけて可視化する

- QI評価を行うことにより、診療における問題点を明らかにすることができる。またQIを認識することによって、患者に提供する医療の質の改善につながることが期待される。
- QIの内容は様々な研究データを元に候補を作成、それらの中から専門家の意見の一致（コンセンサス）を得られたものが採用される。ガイドラインが医療の進歩とともに改訂されるのと同様、QIも改定されていく。現在では様々ながん種のQIが設定・公開されている。
- できたかどうかの結果の判定のためのものではなく、やるべきことをもれなく行っているかのプロセスについて、現状を把握して振り返り、改善するためのもの。

➡ つまりQIとは、チェックリストを満たさねばならないという「条件」的位置づけではなく、満たしていれば「質」が高いと言えるという達成目標的なものと言える。

令和３年６月２日　国立がん研究センターがん対策情報センター　東　尚弘先生ご講義より

2

がん・生殖医療専門心理士のQI開発
がん・生殖医療専門心理士におけるQI作成の意義

- QIは時代のニーズや変化、新たなエビデンスを反映しやすい。
- がん・生殖医療専門心理士の実態調査結果によると、経験年数、臨床の場、診療体制、勤務体制などの違いも大きく、専門性を活かしての活動がしにくい心理士も多い。そのため同じ有資格者でもがん・生殖医療における経験の差があるが、QIは段階的な設定が可能であり、目標点として示すことで資質向上を目指すことができる。
- QIは心理士のおかれている施設や体制に関係なく、地域や対象患者の個別性の影響を受けにくいものとなっており、専門心理士としての診療の質を改善し高めることにつながると考えられる。
- 臨床実践後に心理士自身がどの部分の対応が足りなかったかを振り返ることができ、一人でも自己研鑽に役立てやすい。
- 施設、心理士、体制など多視点のQI作成が可能であり、QIを設定することで、現場の心理士が体制整備を訴えやすくなることも期待される。

3

がん・生殖医療専門心理士のQI開発
皆様へお願い

- がん領域においてQIが設定され医療の質の均てん化が図られている中で、心理支援もある程度可視化することが求められてきています。
- 心理学は「目に見えない心」というものを客観視できるようにするための努力をしてきた学問であり、「心理士の援助の質」を測るのは困難です。しかしこれまでお示ししたように、QIであれば結果だけを求める条件的な評価ではなく、到達目標と現状の確認として自身の臨床を振り返り、自己研鑽に役立てることが可能です。
- がん・生殖医療専門心理士の実態調査結果から、経験を積み学ぶ機会が少ないという訴えがありました。それぞれの臨床の場によっては経験を積むことが難しい中、QIを目標とすることで資質向上、均てん化が図れると考えています。
- がん・生殖医療における心理支援についての指標となるガイドライン等は今のところ存在せず、今回皆様と作成するQIが現段階での指標となります。

  そこで、事前に研究班で選定したQI候補の各項目について、がん・生殖医療専門心理士の標準的な診療として適切か不適切かを9段階で評価して頂くようお願い致します。

4

がん・生殖医療専門心理士のQI開発
QI作成手順

研究班員による QI候補作成	ガイドラインや論文を元に QI候補を作成・選定
研究参加者による QI候補評価	ロールプレイ終了後3日以内にWEBにてQI候補評価 がん・生殖医療専門心理士のQIとしての適切性を 9段階で評価、コメント
研究班員による QI採択会議	集計を元に、適宜修正を加えながら検討 検討の結果をまとめ、班員が2回目の評価を実施
QI最終決定	2回目評価の集計、採用基準に則り QI項目の最終案絞り込み 班員の合意を得て最終決定

皆様にはこの部分にご協力をお願い致します。

QIをがん・生殖医療専門心理士へ周知
日頃の自己研鑽に役立てて頂く

5

令和4年度厚生労働科学研究費補助金（がん政策研究事業）
小児・AYA世代がん患者に対する長期生殖機能温存に関わる心理支援体制の均てん化および適切な長期検体温存方法の提案に向けた研究
（20EA0401）
研究①がん・生殖医療における心理教育プログラムの開発と介入の効果検証　～がん・生殖医療専門心理士の資質向上を志向した研究～

がん・生殖医療専門心理士の資質向上を志向した研修体制の構築

令和4年度　鈴木班心理士研究　第1回班会議

2022年9月22日（(木)）　18時～WEB

令和4年度厚生労働科学研究費補助金（がん政策研究事業）
小児・AYA世代がん患者に対する長期生殖機能温存に関わる心理支援体制の均てん化および適切な長期検体温存方法の提案に向けた研究
（20EA0401）
研究①がん・生殖医療における心理教育プログラムの開発と介入の効果検証　～がん・生殖医療専門心理士の資質向上を志向した研究～

がん・生殖医療専門心理士の資質向上を志向した研修体制の構築

令和3年～
「がん・生殖医療専門心理士の資質向上を志向した研修体制の構築」

➢ 研究代表者　＊敬称略

・鈴木直　（聖マリアンナ医科大学）

➢ 研究分担者ならびに協力者

・奈良　和子　（亀田総合病院）
・小泉　智恵　（獨協医科大学埼玉医療センター）
・平山　史朗　（東京HARTクリニック）
・小林　真理子　（放送大学大学院　臨床心理学プログラム）
・塚野　佳世子　（横浜労災病院）
・橋本　知子　（IVFなんばクリニック）
・渡邊　裕美　（大崎市民病院）
・宮川　智子　（亀田総合病院総合病院）
・谷村　弥生　（岡山大学病院）

令和4年度厚生労働科学研究費補助金（がん政策研究事業）
小児・AYA世代がん患者に対する長期生殖機能温存に関わる心理支援体制の均てん化および適切な長期検体温存方法の提案に向けた研究
（20EA0401）
研究①がん・生殖医療における心理教育プログラムの開発と介入の効果検証　～がん・生殖医療専門心理士の資質向上を志向した研究～

がん・生殖医療専門心理士の資質向上を志向した研修体制の構築

がん・生殖医療専門心理士に関する実態調査
- 令和2年度
- 2020年4月現在認定されている43名に対する実態調査
- どのような活動をしているのか現状の把握
- 活動上の問題点、困難さの抽出
- 専門性が発揮できる効果的な配置・相談体制・研修について考察

がん・生殖医療専門心理士の資質向上を志向した研修体制の構築
- 令和3年度
- 実態調査を基に研修プログラムを検討
- ロールプレイチェックリストの作成
- がん・生殖医療専門心理士の質指標（QI）案の作成

がん・生殖医療専門心理士の資質向上を志向した研修体制の構築
- 令和4年度
- 研究参加者を募り、研修プログラムの実施、その効果を評価
- がん・生殖医療専門心理士の質指標（QI）の策定
- 資質向上のための研修体制の提案

令和4年度厚生労働科学研究費補助金（がん政策研究事業）
小児・AYA世代がん患者に対する長期生殖機能温存に関わる心理支援体制の均てん化および適切な長期検体温存方法の提案に向けた研究
（20EA0401）
研究①がん・生殖医療における心理教育プログラムの開発と介入の効果検証　～がん・生殖医療専門心理士の資質向上を志向した研究～

がん・生殖医療専門心理士の資質向上を志向した研修体制の構築

2022年4月～8月

研究参加同意	• 郵送にて研究依頼状、同意説明文、同意書を送付 • ご参加いただける場合は、同意書を返送
小テスト・ロールプレイ日時の決定	• メールまたは電話にて、1回目小テストとロールプレイ実施予定を決定
1回目小テスト回答	• WEBにて基礎データ、1回目小テストに回答する
小テスト解説、ロールプレイ資材など自習	• 1回目小テスト終了後、ロールプレイ予定日3週間前に資料送付　各自で自習していただく
2回目小テスト回答 ロールプレイ実施 チェックリスト入力	• WEBにて2回目小テストに回答し、対面またはWEBでロールプレイを実施、チェックリストを入力する • その後、質疑応答
QI候補評価入力	• ロールプレイ実施後3日以内に、QI解説資料を読み、WEBにてQI候補評価フォームを入力する

令和4年度厚生労働科学研究費補助金（がん政策研究事業）
小児・AYA世代がん患者に対する長期生殖機能温存に関わる心理支援体制の均てん化および適切な長期検体温存方法の提案に向けた研究
（20EA0401）
研究①がん・生殖医療における心理教育プログラムの開発と介入の効果検証　～がん・生殖医療専門心理士の資質向上を志向した研究～

がん・生殖医療専門心理士の資質向上を志向した研修体制の構築

QI候補評価フォームの集計・意見まとめ

本日の会議

班員によるQI選定会議
- QI候補の選定と評定

班員によるQI採択会議
- 班会議にて採用基準に則りQIの採択
- 班員の合意を得て最終決定

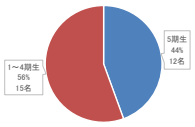
QIを決定
専門心理士への周知
◆ 決定されたQIを専門心理士へ送付
日頃の自己研鑽に役立てていただく

令和4年度厚生労働科学研究費補助金（がん政策研究事業）
小児・AYA世代がん患者に対する長期生殖機能温存に関わる心理支援体制の均てん化および適切な長期検体温存方法の提案に向けた研究
（20EA0401）
研究①がん・生殖医療における心理教育プログラムの開発と介入の効果検証　～がん・生殖医療専門心理士の資質向上を志向した研究～

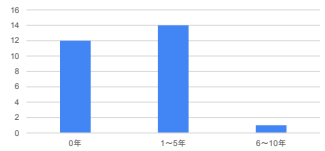
がん・生殖医療専門心理士の資質向上を志向した研修体制の構築

研究対象者：研究協力者を除く55名のがん・生殖医療専門心理士に案内を送付
研究参加者：27名（28名が同意したが、1名が家庭の事情で撤回）
研究参加率：49%

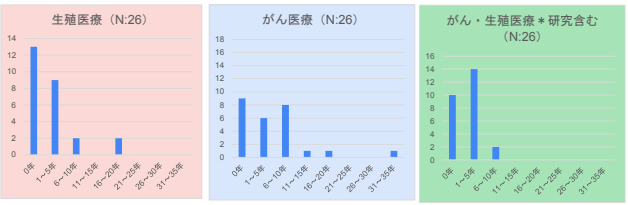
参加者内訳(N:27)



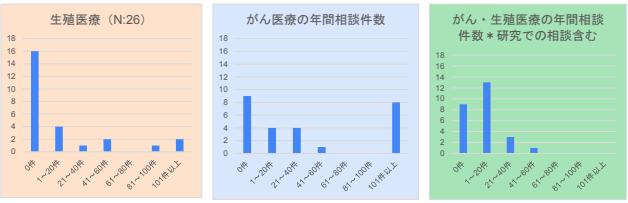
がん・生殖医療専門心理士認定後の年数
（N:27）



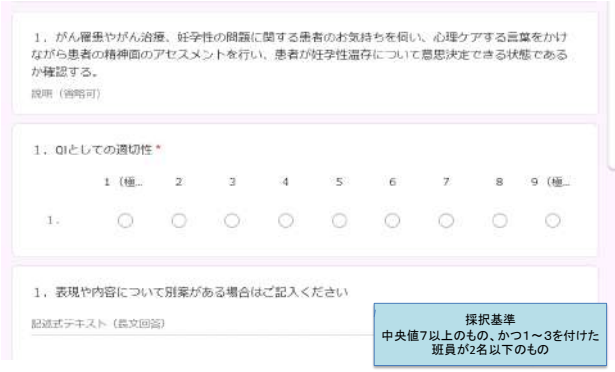
◆実務経験年数



◆年間相談件数

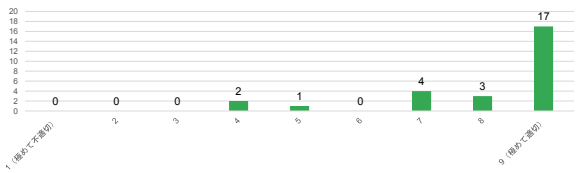


研究参加者にロールプレイ実施後3日以内に、
QI解説資料を読み、QI候補評価フォームを入力いただく



QI候補案1.
がん罹患やがん治療、妊孕性の問題に関する患者のお気持ちを伺い、心理ケアする言葉をかけながら患者の精神面のアセスメントを行い、患者が妊孕性温存について意思決定できる状態であるか確認する。

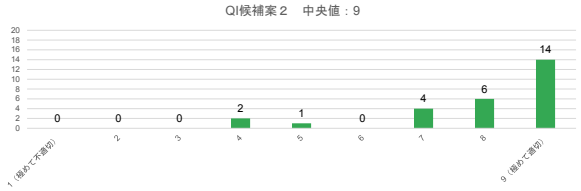
適切性集計



コメント
- 指標なので「お気持ちを伺い」ではなく、「気持ちを聞き」でよいと思います。
- がん罹患経験（がんに罹患した事）、がん治療、

QI候補修正案
がんに罹患したことやがん治療、妊孕性に関する患者の気持ちを聞き、心理的ケアを行いながら患者の精神面のアセスメントを行い、患者が妊孕性温存について意思決定できる状態であるか確認する。

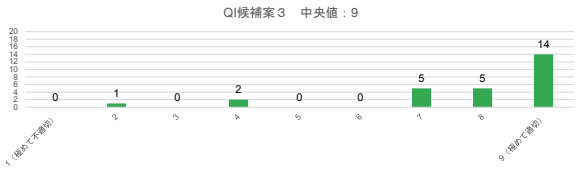
QI候補案2.
患者のがんの状態、がん治療計画、患者の年齢、婚姻状況、パートナーの有無など身体、医学、社会的状況をアセスメントする。



- 「患者の年齢」とは、生殖における患者の年齢的要因のアセスメントという意味合いでしょうか。
- 事前情報を得るために、予めアセスメントシートに記載してもらい、面談時に事項に沿って確認する。
- 身体（医学）的、社会的状況　（バイオ・ソーシャル）？

患者のがんの状態、がん治療計画、患者の年齢、婚姻状況、パートナーの有無など、医学的、社会的状況をアセスメントする。

QI候補案3.
がん治療が妊孕性へ与える影響などについて主治医からの説明内容を伺い、患者の理解を確認する。一般的医療情報について、患者の理解不足や情報提供の不足を補い、患者の理解を深める。



- 意味がわからないという訳ではないですが、読んでスッと入ってくる感じではないので、もう少しシンプルにしてはどうでしょうか？　例えば、目的「がん治療が妊孕性へ与える影響などについて、患者の知識と理解度を確認する。」として、その方法・手段として、「主治医から説明を受けた内容を確認する。」とする方がわかりやすいような気がします。もしくは、「患者が主治医から受けた説明内容を伺い、がん治療が妊よう性へ与える影響などについての患者の理解度を確認する」というのはどうでしょう。

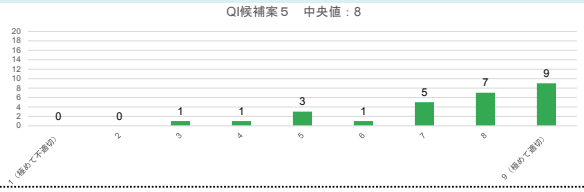
がん治療が妊孕性へ与える影響などについて主治医からの説明内容を聞き、患者の理解を確認する。必要に応じて情報を補い、患者の理解を深められるように支援する。

QI候補案4.
患者は子供を産み育てることについて、どのような希望を持っていたのかを確認し、それが癌告知により変化したかを確認する。

- 「希望」という表現は、「望み」という意味あいがあるため、患者が子供を産み育てることを望んでいたことが前提のように感じられる。「どのような希望」よちも「どのような思い」などの表現にした方がいいような気がします。
- 「がん告知」「子ども」

患者が子どもを産み育てることについて、がん告知までどう考えていたのか、それが告知後にどのように変化したかを確認する。

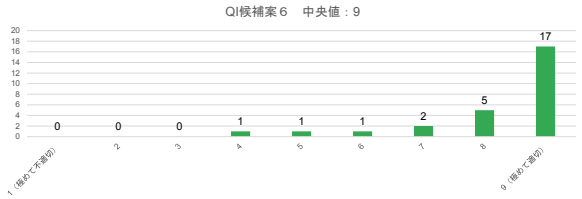
QI候補案5.
性別による妊孕性について説明し、患者の生殖機能の状態などについて確認する。



- 「性別による妊孕性」という表現、意味はわかるのですが、少しわかりづらい気がします。「（それぞれの）性別に合わせた妊孕性」とかはどうでしょうか？　ただ、性別についての表現は、難しいので、もう少し表現に工夫が必要な気もします。
- 生殖機能の状態とは具体的にどのようなことかが加わっていてもよいと思いました
- 男性の患者にも女性の患者の妊孕性についても説明するという事でしょうか？または、女性の患者にも男性の妊孕性についても説明する？→妊孕性について（生物学的な）性差（SEX）についての情報提供を行い・・・・男性の患者に男性の妊孕性について説明する→「性別による」はいらないかも？もしくは、妊孕性の（生物学的）性差についてを含めた生殖機能の状態？

妊孕性には性差と個人差があることを理解できるように説明し
、患者の生殖機能の状態について確認する。

QI候補案6.
妊孕性温存療法について情報提供し、患者の質問、心配などについて対応しながら理解を深める。



- 医療においてがん・生殖医療専門心理士をどう位置づけるかということによって表現は違うと思いますが、「対応しながら」というよりは双方向の「対話を通して」患者さんが理解を深められるのが心理士ならではの仕事と思っております。
- 共に考える姿勢的な表現を文言に入れていただければと思います。

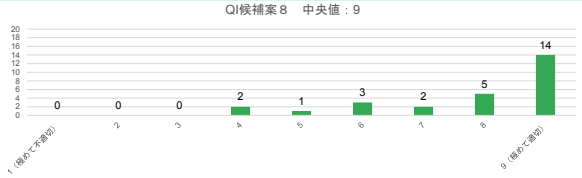
妊孕性温存療法について情報提供し、患者の質問、心配など対話を通して理解を深める。

QI候補案7.
家族、パートナーの妊孕性温存についての理解や協力など、社会的サポートについてアセスメントする。

- 家族、パートナーの妊孕性温存についての理解や協力などの社会的サポート
- がん治療と生殖医療を用いた妊孕性温存療法の両面についての理解はパートナーや家族にとってはかなり難しいことと思われ、本人からの話だけでは判断するのが難しいのではないかと感じました。パートナーには是非本人と一緒に正確な情報提供の場を積極的に勧めることが必要ではないかと思いました。
- ロールプレイのときに、ご主人を「ご主人」、親や義理の親を「ご家族」と表現した時に少し違和感がありました。でもこの場合は、親や旦那さん、（子どもも）を含めての家族ということであれば違和感はないです

家族、パートナーの妊孕性温存に関する理解や協力などの社会的サポートについてアセスメントする。

QI候補案8.
妊孕性温存に関する家族やパートナーの意向を確認し、患者が希望を伝えられ、相談できるように支援をする。



- 「患者が自身の思いや意向を伝えて、家族と話し合える場を持てるように支援する」
- （意向を確認するのは患者でしょうか？）

～患者が妊孕性温存に関して、家族やパートナーの意向を確認しつつ自分の希望を伝え相談できるように支援する。

妊孕性温存に関する意向を家族やパートナーに確認する。その上で、
患者が自身の思いや意向を伝えて、家族と話し合えるように支援する。
これだと心理士が家族やパートナーに確認することになるため、
患者自身が家族やパートナーの意向を確認でき、自身の思いや意向を伝えて、妊孕性温存について話し合えるように支援する。

QI候補案9.
妊孕性温存をしない、できない場合について、心理教育的に人生の多様性について情報提供し、患者の状況やニーズに応じて対応する。

- 妊孕性温存を行う以外の選択肢について情報提供を行い、心理支援や人生の多様性についての心理教育を行う。
- 妊孕性温存を選択しなかったご夫婦には、改めて心理教育的な情報提供の場を作ることが必要ではないかと思いました。

妊孕性温存のみならず、様々な家族形成法に関する情報提供を行い、
患者が多様な家族の在り方について知識を持てるように支援する。

QI候補案10.
患者のがんの状態、がん治療、患者の背景、家族やパートナーの意向など総合的に整理をして、患者の妊孕性温存の希望を明確にする。

- ロールプレイで使用した資材のような紙面を用いて、視覚支援を通して患者と共に確認する。
- 患者のがんの状態、がん治療、患者の背景、家族やパートナーの意向など総合的に整理をして、患者の妊孕性温存の希望を明確にする。（ナンバーも関係あるなら 10→8の順番？）
- 患者自身ががんの状態、治療スケジュール、今後に予想される妊孕性こと、身体的負担や費用等を記入していただいた方が患者の理解度をより正確に確認できるのではないか。

患者のがんの状態・治療、患者の背景、家族やパートナーの意向など総合的に整理をして、患者の妊孕性温存の意思を明確にする。

QI候補案11.
妊孔性温存の意思決定を支援し、多職種、関係機関と連携する。

- 相談機関や役職、チーム名などを紙面でまとめて提示する
- 連携の目的を入れると良いのでは…。「がん治療の遅れがなく速やかに妊孔性温存ができるように」など？？？

がん治療に影響を与えないように、限られた時間内で妊孔性温存の意思決定を支援し、多職種、関係機関と連携する。

QI候補案12.
生殖に関する希望や悩みは患者の年齢や生活状況、ライフサイクルなどの影響を受け変化するものであり、今後も相談できることを伝える。

- 素晴らしい研究だったので、個人的意見を書き連ねてしまいました。
- 今後の悩みを相談できる社会資源の情報提供が必要と思われる。

生殖や家族形成に関する悩みは、患者の年齢や生活状況、ライフサイクルなどの影響を受け、変化する可能性があることを伝えた上で、今後の継続的な心理支援の受け方について説明する。

がん・生殖医療専門心理士QI作成の手順について

＜がん・生殖医療専門心理士QI作成の手順案＞

① 班員より、QIの候補を上げていただく
② QI候補をを評価シートにまとめる
③ 研究参加者が研修プログラムを体験後、QI候補を吟味、適切性について評価する

図２．QI候補評価シートの例

QI候補	QIとしての適切性	コメント
手術を受ける患者には、手術の利益と不利益の両方が説明される	１２３４５６７８９	
がんと診断された患者は疼痛に関して評価がなされ診療録に記載される	１２３４５６７８９	
手術以外の治療が行われる患者は治療開始前に確定診断がなされる	１２３４５６７８９	

（注）QI候補の内容は例であり、実際のものとは異なります。

④ 班員の評価をまとめ、検討会議を開催　内容の修正を適宜加えながら検討
⑤ 検討会議の結果をまとめ、各班員が2回目の評価を行う
⑥ 最終集計をして採用基準に則りQIを決定
⑦ 電子メールで回覧し、合意を得て最終決定とする

次回会議

中央値7以上のもの、かつ1～3を付けた班員が2名以下のもの

参考文献：「診療の質指標（Quality Indicator）作成の基本的考え方と方法」;東尚弘

添付資料 10

「がん・生殖医療専門心理士による妊孕性温存に関する意思決定支援の質指標」

QI 1	がんに罹患したことやがん治療、妊孕性に関する患者の気持ちを聞き、心理的ケアを行いながら患者の精神面のアセスメントを行い、患者が妊孕性温存について意思決定できる状態であるか確認する。
QI 2	患者のがんの状態、がん治療計画、患者の年齢、婚姻状況、パートナーの有無など、医学的、社会的状況をアセスメントする。
QI 3	がん治療が妊孕性へ与える影響などについて主治医からの説明内容を聞き、患者の理解を確認する。必要に応じて情報を補い、患者の理解を深められるように支援する。
QI 4	患者が子どもを産み育てることについて、がん告知までどう考えていたのか、それが告知後にどのように変化したかを確認する。
QI 5	妊孕性には性差と個人差があることを理解できるように説明し、患者の生殖機能の状態について確認する。
QI 6	妊孕性温存療法について情報を補い、患者の質問、心配など対話を通して理解を深める。
QI 7	家族、パートナーの妊孕性温存に関する理解や協力などの社会的サポートについてアセスメントする。
QI 8	患者自身が家族やパートナーの意向を確認でき、自身の思いや意向を伝えて、妊孕性温存について話し合えるように支援する。
QI 9	妊孕性温存のみならず、様々な家族形成の在り方に関する情報提供を行い、患者が多様な家族の在り方について知識を持てるように支援する。
QI 10	患者のがんの状態、治療、患者の背景、家族やパートナーの意向など総合的に整理をして、患者の妊孕性温存の意思を明確にする。
QI 11	がん治療に影響を与えないように、限られた時間内で妊孕性温存の意思決定を支援し、多職種、関係機関と連携する。
QI 12	生殖や家族形成に関する悩みは、患者の年齢や生活状況、ライフサイクルなどの影響を受け、変化する可能性があることを伝えた上で、今後の継続的な心理支援の受け方について説明する。

＊これら 12 の QI を実践する場合は、公認心理師法に則って行うものとする。