

甲南女子大学大学院看護学研究科

2020 年度博士論文

生殖年齢にある女性乳がん患者の妊孕性温存に関する
意思決定を支援する看護実践指針の開発

**Development of a Nursing Practice Model to Assist Female
Breast Cancer Patients of Reproductive Age in Decision Making
on Fertility Preservation**

看護学専攻 がん看護学分野

小西 玲奈

目次

第1章 序論

I. 研究の背景	1
II. 研究の目的	3
III. 用語の定義	3

第2章 文献検討

I. 日本のがん対策と乳がん患者を取り巻く状況	5
1. 日本のがん対策	5
2. 乳がん患者を取り巻く状況	6
1) 日本女性の乳がん罹患・死亡率	6
2) 乳がん検診とピンクリボン啓発活動	8
3) 乳がん治療の変遷	9
4) 女性乳がん患者およびサバイバーの体験	10
II. 乳がん薬物療法による妊孕性への影響	12
III. 乳がん患者の妊孕性に関する研究の動向	13
1. 乳がん患者の妊孕性に関する研究報告の動向	13
2. 乳がん患者の妊孕性に関する海外の研究報告	14
1) がん・妊孕性に関する支援	14
2) 乳がん患者の妊孕性に関する現状および評価	15
3) 医療者の認識および対応	16
4) 患者の体験	16
3. 乳がん患者の妊孕性に関する国内の研究報告	19
1) がん・妊孕性に関する支援	19
2) 乳がん患者の妊孕性に関する現状および評価	20
3) 医療者の認識および対応	21
4) 患者の体験	22
IV. 意思決定に関する看護学研究の動向	23
1. 看護実践における意思決定支援の位置づけ	23
2. 意思決定に関する看護学研究の動向	27
3. 治療に関する意思決定を複数の看護学研究が関心事としている意味	29
V. 文献検討のまとめ	32

第3章 研究方法

I. 研究デザインとデータ収集方法	34
1. データ分析方法の選択	34
2. 修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ (M-GTA) を用いる理由	36

II. 研究方法の概要	38
III. 研究協力施設	39
1. 研究協力施設 A 病院乳腺外科診療における本研究の位置づけ	39
2. 研究対象者の選定方針	40
1) 研究対象者数の設定	40
2) 研究対象者	41
3) 除外基準	41
3. データ収集方法	42
1) 事前準備	42
2) 対象者のリクルートおよび研究参加の内諾と同意の手続き	42
3) 面接日時の決定	43
4) 面接場所	43
5) 面接の方法	43
6) 記録調査法	43
4. データ分析方法	44
5. 倫理的配慮	45
第4章 結果	
I. データ収集の概要	47
II. 対象者の概要	47
III. 分析結果	49
1. 生殖年齢にある女性乳がん患者の妊孕性温存に関する意思決定過程	49
1) 生殖年齢にある女性乳がん患者の妊孕性温存に関する意思決定過程の 全容	49
2) コアカテゴリ, カテゴリ, カテゴリと同等の説明力を持つ概念の定義 および具体例	53
第5章 考察	96
I. まだ先でよかった産む・産まないの選択を間近に迫る期日までにと伝えられ、 力の限り考えめぐらし結論を出す	96
1. 体験の多様性	97
1) 4通りの受け止め方	97
2) サイクルのように循環する過程に入る・入らないという2通りの プロセス	100
2. 体験の同一性	101
1) サイクルのように循環する過程	102
2) 結局は自分で決めるしかない	112

II. 私の人生の地図を描き変え始める	113
1. 体験の多様性	114
1) 温存すると意思決定した後の過程における特徴	114
2) 温存しない意思決定後の過程における特徴	116
2. 体験の同一性	118
1) 【手は打てたと安堵し新たな人生の再構築を始める】体験の意味	118
2) 手は打てたと安堵し新たな人生の再構築を始めた後の揺らぎ	121
III. 他者の力を借りる	121
1. 「精神的サポート」および「情動的サポート」から成る【他者の力を借りる】体験	121
1) 精神的サポート	122
2) 情動的サポート	124
3) 精神的サポートと情動的サポートの一体化	124
2. 「他者の力を借りる」が示唆する意思決定後の支援	125
1) 温存する決意後の支援	126
2) 温存しない決意後の支援	127
3) 温存する・しない決意後における共通した支援	127
IV. 看護実践への示唆	128
1. コアカテゴリ『まだ先でよかった産む・産まないの選択を間近に迫る期日までにと伝えられ、力の限り考えめぐらし結論を出す』が得られたことから導かれた看護実践への示唆	128
1) 4通りの受け止め方が得られたことから導かれた看護実践への示唆	128
2) 【手近なインターネットから役立ちそうな情報を必死で探す】体験および《自分にぴったり合うオーダメイド情報を求めて専門医療者を頼る》体験が得られたことから導かれた看護実践への示唆	134
3) サイクルのように循環する過程が得られたことから導かれた看護実践への示唆	137
4) 【結局は自分で決めるしかない】体験が得られたことから導かれた看護実践への示唆	138
2. コアカテゴリ「私の人生の地図を描き変え始める」が得られたことから導かれた看護実践への示唆	141
1) 妊孕性温存に関する意思決定後の体験の多様性から導かれた看護実践への示唆	141
2) 妊孕性温存に関する意思決定後の体験の同一性から導かれた看護実践への示唆	143
3. 【他者の力を借りる】が得られたことから導かれた看護実践への示唆	144
V. 妊孕性温存に関する意思決定を支援する看護実践指針	146

第6章 結論	
I. 結論	148
II. 研究の限界と今後の課題	150
謝辞	152
引用文献	153

— 図目次 —

図 1 年齢階級別乳がん死亡率の年次推移	7
図 2 研究のフロー図	39
図 3 A 病院における妊孕性温存に関する患者の意思確認方法	40
図 4 データ収集以降の分析過程	44
図 5 研究の目的段階進行図	146
図 6 対象者の年代別割合	ii
図 7 初診前の妊孕性に関する知識	iii
図 8 初診（問診）時の婚姻・家族状況	iv
図 9 問診時の妊孕性への希望状況	iv
図 10 面接時の婚姻・家族状況	v
図 11 乳がん診断後の対象者に関する婚姻・家族構成の変化	vi
図 12 対象者が受けたがん薬物療法の内容	vii
図 13 年代別妊孕性温存の有無	viii
図 14 妊孕性温存治療に関する内容	ix
図 15 対象者の乳がんステージ	x
図 16 生殖年齢にある女性乳がん患者の妊孕性温存に関する意思決定過程	xii

— 表目次 —

表 1	乳がん患者の妊孕性に関する研究報告内容の分類	14
表 2	2010年以降の意思決定に関する看護学領域の国内文献一覧	28
表 3	対象者の概要	i
表 4	対象者の年代別構成	ii
表 5	生殖年齢にある女性乳がん患者の妊孕性温存に関する意思決定過程を構成するカテゴリと概念	xi
表 6	コアカテゴリ・カテゴリ別 看護実践指針に含める項目・具体的内容	xviii
表 7	生殖年齢にある女性乳がん患者の妊孕性温存に関する意思決定を支援する看護実践指針	xviii

資料目次

資料 1	対象者の概要に関する表および図	
表 3	対象者の概要	i
表 4	対象者の年代別構成と図 6 対象者の年代別割合	ii
図 7	初診前の妊孕性に関する知識	iii
図 8	初診（問診）時の婚姻・家族構成と図 9 問診時の妊孕性への希望状況	iv
図 10	面接時の婚姻・家族構成	v
図 11	乳がん診断後の対象者に関する婚姻・家族構成の変化	vi
図 12	対象者が受けたがん薬物療法の内容	vii
図 13	年代別妊孕性温存の有無	viii
図 14	妊孕性温存治療に関する内容	ix
図 15	対象者の乳がんステージ	x
資料 2	結果に関する表および図	
表 5	生殖年齢にある女性乳がん患者の妊孕性温存に関する意思決定過程を構成するカテゴリと概念	xi
図 16	生殖年齢にある女性乳がん患者の妊孕性温存に関する意思決定過程	xii
表 6	コアカテゴリ・カテゴリ別 看護実践指針に含める項目・具体的内容	xiii
表 7	生殖年齢にある女性乳がん患者の妊孕性温存に関する意思決定を支援する看護実践指針	xvii
資料 3	「生殖年齢にある女性乳がん患者の妊孕性温存に関する意思決定を支援する看護実践指針の開発」に関する説明書	xxi
資料 4	同意書および同意撤回書	xxx ii
資料 5	面接ガイド	xxx iv

第1章 序論

I. 研究の背景

妊孕性は、人が生きるうえで極めて重要な意味を持つ。女性にとっての妊孕性とは、妊娠のしやすさであり、妊娠できる力であり、妊娠を可能にするための不可欠な生体の力である。ゆえに、女性にとって妊孕性の喪失とは、子どもを産み家族を形成する権利「リプロダクティブ・ヘルス/ライツ」への脅かしとなるだけでなく、妊孕性喪失が女性喪失感につながる可能性も否定できない。さらには、その女性個人だけでなくパートナーとの間にも人生設計の変更など深刻な問題を引き起こす可能性もある。したがって、とりわけ挙児希望のある女性にとって妊孕性の喪失とは、子どもを産みたいとの望みが絶たれることを意味し、心身一体化された全体的存在として良質な QOL (quality of life) を維持した日常生活を送ることへの脅威につながる重要な出来事となる。

がん疾患は、妊孕性に負の影響を及ぼす可能性がある。とりわけ、がん疾患に対して行う薬物療法は妊孕性を喪失させる危険性をはらんでいる。まず、化学療法（殺細胞性抗腫瘍薬を用いた治療法）は、副作用として卵巣機能を抑制し成熟した卵胞の発育を障害することにより、月経停止をもたらす可能性がある (Ben-Aharon & Shalgi, 2012)。また、アルキル化薬やシスプラチンなどの白金製剤などの抗腫瘍薬は、総使用量が増加するほど原始卵胞数を減少させる (Green et al., 2009)。分子標的薬は、投与中の妊娠に対して羊水減少などの異常を発生させることがあるために、内服中は妊娠を避ける必要がある。さらにホルモン療法には胎児の催奇形性のリスクがあり、上述と同様に内服中の妊娠は禁忌である (津川ら, 2017, pp. 60-74)。

このように妊孕性に負の影響を及ぼす可能性があるがん疾患は、今や日本国民の2人に1人が生涯において一度は罹患するといわれるほどの国民病となっている。女性に特化してみると罹患患者数が最多であるがんは、乳がんである。最新のがん情報によると、2016年に新たに診断された女性のがん罹患患者は428,499例である (国立がん研究センターがん情報サービス, 2019a)。2014年の部位別では乳房が最も多く、2019年の部位別予測罹患患者数でも乳がんは依然として第一位を占め (国立がん研究センター, 2019b)、日本女性の重大な健康問題となっている。

女性の乳がんは30歳代から増加し始め、生涯で乳がん罹患する割合は11人に1人といわれている。とりわけ AYA 世代に限定してみると、30~39歳女性の罹患率が高い (Katanoda et al., 2017)。このことは、生殖年齢にある女性が罹患しやすいがんであることを意味してい

る。AYA 世代という用語における AYA とは、Adolescent and Young Adult の頭文字である A・Y・A を組み合わせた略語であり、思春期・若年成人を指す用語として用いられている。具体的年齢としては、おおむね 15～39 歳を指す(堀部, 2018)。

乳がん治療は、手術療法・薬物療法・放射線療法を効果的に組み合わせて行われる。このうち、薬物療法においては、乳がんの約 70%がエストロゲン受容体陽性であり(林, 木村, 2015), 術後補助療法としてホルモン療法が選択される(日本乳癌学会, 2018a, pp. 18-20)。また、微小転移の根絶や予後改善のために、薬物療法が選択される場合もある。これらのことから、AYA 世代のうち生殖年齢にある女性が乳がんと診断され、その治療法として薬物療法が選択された場合、その薬物療法によって引き起こされる卵巣機能抑制は、妊孕性の喪失という二次的問題を生じさせる。このため、患者が治療後の妊娠・出産を希望する場合には、治療開始前に妊孕性温存について検討する必要がある(Oktay et al., 2018)。現在「乳がん患者の妊娠・出産と生殖医療に関する診療の手引き」に基づき、がん治療に伴う妊孕性についての情報提供することを標準化して保証するようになってきた(日本がん・生殖医療学会, 2017, pp. 20-22)。このことは、乳がん患者が、がん治療の選択と妊孕性温存をするか否かに関する選択という二重の意思決定課題に直面することを意味している。このうち、妊孕性温存をするか否かに関する選択は今後の人生設計であり、家族計画でもあることから、がん治療選択時点で結論を出すことには、揺らぎや迷い、混乱などが生じやすい。さらにこの意思決定は、薬物療法が開始されるまでに行わねばならないという時間制限のある状況下で行うことになる。このため、妊孕性温存をするか否かに関する選択すなわち意思決定は、極めて緊急度の高い、しかも女性乳がん患者のみでは決めかねる複雑で困難な課題となって、患者とその家族およびパートナーの前に立ちはだかることになりやすい。

看護職者は、「人間の生命、人間としての尊厳および権利を尊重する」(日本看護協会, 2003) 責務がある。患者その人が自己の価値観や信念に基づき自分の生き方について考え、主体性をもって自己の行為を選択し決定することは、人間としての尊厳および権利を尊重されることである。よって、人の意思決定を支援することは看護職者の責務とあってよい。このことから生殖年齢にある女性乳がん患者が自らの病と命、そして将来の命すなわち妊娠・出産について考えることを支え、妊孕性温存に関する意思決定を支援することは、看護職者の責務である。この責務を果たすためには、生殖年齢にある女性乳がん患者の妊孕性温存に関する意思決定がどのような過程を辿り進んでいくのか、その過程の詳細を患者視座から明らかにする必要がある。その過程の詳細が明らかになることにより、生殖年齢にある

女性乳がん患者がどのように妊孕性温存に関する意思決定に至るのかについての説明が可能になり、また、その過程の予測もできるようになる。この説明と予測を実践に取り入れやすくすること、すなわち臨床での適用を可能にするためには、明らかになった詳細な過程に基づき患者が妊孕性温存に関する意思決定においてどのような支援を必要としているのかを検討していくことが不可欠である。

II. 研究の目的

本研究の目的は、下記の通り2つある。

1. 初めて乳がんと診断され、がん薬物療法開始前に妊孕性温存に関する意思決定を行った生殖年齢（本研究では20歳以上～45歳未満と定義する）の女性が、どのような体験を経て、どのように妊孕性温存に関する意思決定を行っていき、決めたことにどのような感情を抱いているのか、その詳細な過程を患者の語りの内容から明らかにし、領域密着型理論を生成する。
2. 生成した領域密着理論に基づいて患者が妊孕性温存をするかしないかについて自分で決めるためにどの段階でどのような支援を必要としているのかを検討し、妊孕性温存に関する意思決定を支援する看護実践指針を開発する。

III. 用語の定義

本研究において用いる用語「生殖年齢」「妊孕性」「妊孕性温存」「がん薬物療法」「体験」「妊孕性温存に関する意思決定過程」の定義は以下の通りである。

生殖年齢：20歳以上～45歳未満，とする。

妊孕性：妊娠のしやすさ，妊娠する力，とする。

妊孕性温存：がん薬物療法により将来妊娠の可能性が喪失しないよう生殖能力を保持すること，とする。

がん薬物療法：がん患者に対する化学療法（殺細胞性抗腫瘍薬を用いた治療法），ホルモン療法，分子標的療法，を含めた治療の総称，とする。

体験：乳がん治療と妊孕性温存に関する情報を得た生殖年齢にある女性患者が，がん薬物療法開始までに妊孕性温存をするかしないかを意思決定していく過程において抱いた感情，思い，考え，迷い，受け止め，価値観，および，妊孕性温存に関する意思決定に影響を及ぼした人物・出来事およびそれらに対し

てとった行動，意思決定時に重要視したこと，とする。

妊孕性温存に関する意思決定過程：乳がん治療と妊孕性に関する情報を得てから，
がん薬物療法開始前までに，さまざまな体験を経ながら妊孕性温存をするか
しないかを定めるまでの経過，および意思決定後の経過とする。

なお，本研究においては「癌」ではなく「がん」と言う表記を用いる。医学的観点から疾患名として書く場合は，上皮細胞由来の悪性腫瘍を「癌」，骨・筋肉から発生する悪性腫瘍を「肉腫」，血液やリンパの悪性腫瘍を「その他」と分類し，それらを総称して悪性新生物と称している。したがって乳がんは上皮細胞由来の悪性腫瘍であるため医学的には「乳癌」と漢字表記することが基本である。医学的見地から「がん」と仮名表記するときは，悪性新生物全体を示すときである。

しかし本研究においては疾患名を示すときにおいても「乳がん」と仮名表記にしている。その理由は，疾患名としての乳癌，その乳癌と共に生きている人とその生活・人生，それらの両方を総称して一言で示したいという意図から「乳がん」という1通りの表記で記述する。そのため，「乳がん」「乳がん患者」「乳がん治療」など，疾患としての乳癌および，それと共に生きる人の生活・人生を全て含めて示す意味で用いている。

第2章 文献検討

I. 日本のがん対策と乳がん患者を取り巻く状況

1. 日本のがん対策

本邦のがん対策は、1984年（昭和59年）「対がん10ヵ年総合戦略」から始まる。1981年（昭和56年）から国民の死亡原因第1位であり続けているがん疾患は、生命および健康を脅かす重大な問題として、“克服すること”が課題となっていた。そのため、政府は10年ごと（1994年、2003年）に対がん戦略を策定した。これらの対策により胃がん、子宮頸がんなどによる死亡率は大きく減少したが、高齢者人口の増加に伴い多くの部位でがん死亡数、罹患数は増加傾向にあった（国立がん研究センター、2009）。

これらの状況をもとに2003年（平成16年度）に策定された「第3次対がん10ヵ年総合戦略」では、がん研究とがん予防の推進および、がん医療の向上とそれを支える社会環境整備が重点的課題として掲げられ、それへの取り組みが展開されてきた。特に、高水準のがん医療が全国どこでも標準的に受けられること、すなわちがん医療水準の均霑化をはかることにより、がん罹患率と死亡率の減少を目指してきた。このがん医療水準の均霑化を目指す対策として、がん専門医、がん看護専門看護師など、がんの特化した医療人材の育成、医療機関の役割分担とネットワークの構築、情報提供と普及、地域がん診療拠点病院制度の在り方などの地域是正が挙げられる。それと同時に当時の調査により、がん医療の進歩に期待しつつも実際に享受できる医療サービスに患者は満足していない現状を受け、厚生労働省は「がん対策推進アクションプラン 2005」を掲げた（厚生労働省、2005）。このアクションプランには3つの計画が含まれていた。1つはがん対策全体を国民・患者の視点から検討し、国民・患者ニーズに応じた対策の重点的推進を図るための「がん対策基本戦略」として再構築することである。2つ目は「がん情報提供ネットワーク」の構築を推進することであり、3つ目は国民・患者の意識やニーズ、がん医療の実態を適切に反映した情報提供ネットワークを共有するための「検討の枠組み」を創設し、国民・患者本位のがん対策を推進することである。これら3つの計画に基づき、国立がんセンター（現国立がん研究センター）にがん対策情報センターが設置され、インターネットを利用することで誰もが最新のがん情報を入手できるようになった。さらに、全国のがん診療連携拠点病院に相談支援センターの設置が義務づけられた。この支援センターは、当該病院の受診歴の有無に関係なく誰もが利用できる部署であり、がん患者や家族などに対する相談支援体制の充実が図られている。

以上のような経緯を経て、2007年（平成19年）4月「がん対策基本法」が施行された。こ

のことは、日本のがん対策が法律に基づいて行われることになったという画期的な転換点を迎えたことを意味している。法律に基づく国策としてのがん対策は、2016年(平成28年)の一部改正を経て、これ以降はこの法律に基づきがん対策推進基本計画の策定により、基本的な方向性を明確にして進められている。2017年(平成29年)の第3期がん対策推進基本計画では、これまで稀少がん罹患として見落とされていた世代、すなわち AYA 世代へのがん医療の充実およびライフステージに応じたがん対策が新たに盛り込まれた。このことにより、がん対策推進基本方針としてすべての世代にある人びとが、がん罹患に遭遇したとしてもそれぞれのライフステージに応じた就学および就労を継続できるよう、がんと共に人生を歩んでいくための対策および支援環境整備が進行中である。

2. 乳がん患者を取り巻く状況

乳がん患者を取り巻く現状を知るうえで、国内の乳がんに関する動向あるいは変遷について把握する必要がある。この項では、乳がんに関する疫学と予防、医療と患者およびサバイバーの体験の側面から乳がん患者を取り巻く状況を概観する。まずは疫学と予防の側面から、日本女性の乳がん罹患・死亡率を把握したうえで、予防としての乳がん検診の動向とピンクリボン啓発活動について述べる。次に、医療と患者およびサバイバーの体験の側面から乳がん治療の変遷を確認したうえで、女性乳がん患者およびサバイバーの体験と看護について概観する。

1) 日本女性の乳がん罹患・死亡率

本邦では、1950年代頃よりがん罹患に関するデータの登録が始まる。当初は地域がん登録事業として実施され地域により開始時期は異なっていたが、2012年以降すべての都道府県で実施されるようになった(日本乳癌学会, 2018b, pp.12-16)。2013年12月がん登録推進法が制定され、2016年1月から、これまでの地域がん登録に変わり全国がん登録が開始されたことにより、日本でがんと診断されたすべての人のデータは都道府県に設置された「がん登録室」を通じて集められ、国で1つにまとめて集計・分析・管理する新しい仕組みがスタートしている(国立がん研究センター, 2017a)。がん情報に関するデータは、国立がん研究センターがん情報サービス「がん登録・統計」より入手可能である。

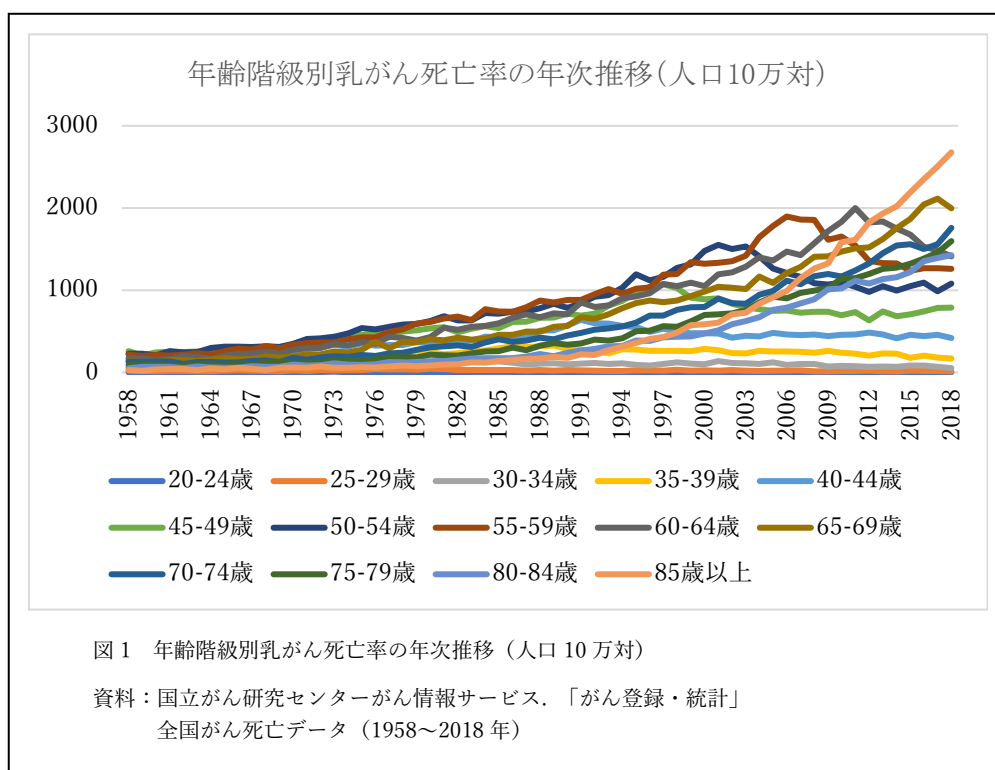
2020年8月現在、全国がん登録罹患数が発表されている最新年は、2017年である。2017年に新たに診断されたがんは977,393例(男性558,869例, 女性418,510例, *性別不詳群が含まれているため男と女の合計が総数に一致しない場合があると注釈がある)であり、こ

のうち女性の乳がんは 91,605 例である（国立がん研究センター, 2017b）。つまり、日本人女性の 11 人に 1 人が乳がん罹患するといわれている。

2017 年の乳がん年齢階級別罹患率（人口 10 万対）を見てみると、罹患率が最も高い年代は 45～49 歳（275.4）であった。第 2 位は 65～69 歳（274.0）で、第 3 位は 60～64 歳（271.3）であった（国立がん研究センター, 2017b）。

次に示すデータはがん死亡率である。がんの死亡動向は、厚生労働省の人口動態調査によって全数把握されている。国立がん研究センター最新がん情報によると、2018 年にがんで死亡した人は 373,584 人（男性 218,625 人、女性 154,959 人）である。このうち、女性の死亡数の多い部位別では大腸、肺、膵臓、胃、に次いで乳房は第 5 位であり、全がん死亡に占める乳がんの割合は 23.0% である（国立がん研究センター, 2020）。

下記の図 1 は 1958～2018 年までの年齢階級別乳がん死亡率の年次推移である。この推移をみると、65 歳以上の高齢になるほど死亡率は顕著に高くなっている。55～59 歳では 2004 年より低下に転じ近年は横ばいを示し、60～64 歳では 2011 年をピークに低下している。45～49 歳では、1997 年より低下に転じ増減しながら横ばいである。また、25～44 歳では若干の増減があるものの近年は横ばいである。



2) 乳がん検診とピンクリボン啓発活動

乳がんには、他のがんと異なり自己で乳房を触診すること、いわゆるセルフチェックでがんの早期発見が期待できる、という特徴がある。また、このセルフチェックおよび乳房 X 線検査（以下、マンモグラフィー）の定期検診を受けることによって、乳がんの早期発見が見込める。それと同時に、乳がんが発見された場合は早期治療へつなげることで腫瘍増殖の抑制と根絶を目指し、さらにはその死亡の確率を低下させることも期待できる。

本邦の乳がん検診は、1987 年の視・触診単独での住民検診として始まり、2000 年から乳がん検診にマンモグラフィーが導入されるようになった。当時は 50 歳以上の女性を対象として実施されていたが、2004 年から 40 歳代女性へ対象が拡大された（森本, 2009）。2009 年には厚生労働省から「がん予防重点健康教育およびがん検診実施のための指針」として市町村による科学的根拠に基づくがん検診が推進された。この定めによる乳がん検診の内容は、40 歳以上の住民を対象に問診とマンモグラフィーを 2 年に 1 回実施することを推奨している（厚生労働省, 2008）。一方、先進欧米諸国と比較すると国内の乳がん検診率は低い現状にあるといわれている。

ピンクリボン啓発活動は 1980 年代、乳がん患者が増えつつあったアメリカから始まる。行政や市民団体、企業などが乳がんの早期発見を啓発するためのイベントを展開し、ピンクリボンをあしらった商品売り上げの一部を財団や研究団体に寄附するなどの啓発活動が、1990 年代の欧米諸国で急速に広がっていった（日本乳がんピンクリボン運動, n. d.）。

国内では 2000 年代よりピンクリボン啓発活動が広がり始める。この頃、日本女性の乳がん罹患率、死亡率上昇が著しい一方で、乳がん検診率の低いことが課題であった。そのため日本初のピンクリボン団体発足の目的は、女性や社会全体に乳がんに対する認識向上と正しい乳がんについての知識の普及を行うこと、検診受診の障壁となっている問題を提起し、解決を促すこと（島田ら, 2013）であった。その後、ピンクリボン啓発活動の普及とその認知度は広がり、ピンクリボン啓発活動を通してさまざまな企業や市民団体による活動母体が各地域に設立され乳がん啓発活動が展開されるようになる。

国民生活基礎調査によると、40～69 歳女性の乳がん検診率（過去 2 年間の受診の有無）は、2010 年 39.1%、2013 年 43.4%、2016 年 44.9%（国立がん研究センター, 2019c）と上昇傾向を示し、40 歳以上の乳がん検診率は向上している。この検診率向上の背景には、これまでの行政と国民の取り組みによって、社会全体の乳がん検診に対する認識に変化が生じてきたことが一因として在ると考えられる。一方、前述した乳がん罹患統計によると、

2000年頃より20歳代女性の罹患率が増加傾向を示している。また、鈴木ら(2013)の調査から、20～30歳代女性より40歳代以降の女性の方が乳がん検診に対する認知率が高いという結果が明らかになっている。このことから鈴木らは、若年層からの啓発教育が重要であることを提唱している。その後、鈴木ら(2015)により乳がん検診の意識向上を目的とした乳がん啓発教育プログラムの開発と評価が行われ、開発された乳がん啓発教育プログラムによる乳がん検診や自己検診への短期的な効果が認められたと報告している。

3) 乳がん治療の変遷

近年の乳がん治療は、手術療法、放射線療法、薬物療法、およびそれらを組み合わせる集学的治療により、患者個々のもつ因子や状況および価値観などに基づき、多様かつ個別的な治療が行われるようになってきている。ここでは、時代とともに変化し続けている乳がん治療の変遷について概観する。

乳癌診療ガイドライン(2018a, pp. 208-210)によると、乳がんの手術療法は1970年代までHalsted理論に基づき、ほとんどの乳がん患者に腋窩リンパ節郭清と大胸筋および小胸筋を含む胸筋合併切除術が標準治療として世界中で行われてきた。この理論は、乳がんはバリアの役割をもつ領域リンパ節に転移し、そこから全身に広がるという見解から、領域リンパ節やそのリンパ節を含めて局所を可能な限り取り除くことが望ましいという考え方に基づく理論である。

1970～1980年代には、検診の普及による早期乳がんの増加やランダム化比較試験の結果を受けて術式の縮小化が進んできた。1987年には、日本での乳がん術式は非定型乳房切除術(胸筋を取り除かず、乳房と腋窩リンパ節を切除)が胸筋合併乳房切除術より広く行われるようになった。さらに、センチネルリンパ節生検(病巣から流れ出たリンパ液が最初に入り込むリンパ節への転移が陽性か陰性かを調べること)において転移が陰性であれば、腋窩リンパ節郭清を省略することにより、早期乳がんの手術は縮小化・低侵襲化の傾向が進むことになる。2003年には、乳房温存術が非定型乳房切除術を実施例数において上回り、スタンダードな術式の一つとして標準化された。一方、2006年の診療報酬の改定により自家組織による乳房再建は一部保険適用が認められ、2013年には人工乳房による乳房再建の保険適用が認められた。このことにより、現在の乳がん手術療法は、標準治療となった乳房温存手術、乳房全切除術に加えて、皮膚温存乳房切除術、乳頭温存乳房切除術、乳房再建手術など選択が多様化している。

手術が縮小化していく背景には、放射線療法および薬物療法の進歩による集学的治療の

確立がある。乳がんの初期治療に対する放射線療法は、局所・領域リンパ節再発の抑制を目的に乳房温存術後や再発リスクの高い乳房全切除術後に行われている（日本乳癌学会，2018a，pp. 308-315）。

また薬物療法には、内分泌療法，化学療法および抗 HER2 療法（分子標的薬）があり，それぞれの特性は異なるが潜在的な微小転移を制御することを目的に病気の治癒と生存期間を延長するために行われている。さらに，薬物療法の多くは外来通院が可能であり手術後は入院治療から外来治療へと移行していく。

以上のことから，現在の乳がん初期治療（根治を目的に行われる一番はじめの治療）は手術療法・放射線療法・薬物療法，あるいはそれらを組み合わせるなど，個々のもつ因子や個々の価値観などに基づいた個々の患者に適した治療が行われている。ただし，国内のすべての施設でこのような乳がん治療を受けることには限界がある。そのため，地域のがん拠点施設を中心とした連携施設間の相互協働により，個々が望む，個々に適した，個々が納得した乳がん治療を受けることが可能となっている。

4) 女性乳がん患者およびサバイバーの体験

乳がん治療の変遷に伴い，その治療を受ける人びとにとっては治療上の特性から付随して現れる身体機能と形態の変化が生じるだけでなく，その人の精神と社会的状況にも影響が及ぶ。乳がん治療のうちホルモン療法は，5～10 年間に渡る長期治療の継続を要し，発症後 10 年を経過しても再発の可能性を否定できない治療法である。一方，ホルモン療法以外の治療を終えた患者は，表面上，乳がんを克服したかのように他者の目に映ることがある。ここでは乳がん患者および初期治療を終えた後に，がんと共に日常生活へ復帰して過ごす乳がんサバイバー（以下，サバイバー）の体験について概観する。

Denieffe & Gooney（2011）は，1994～2008 年までの女性乳がん患者の症状に関する質的研究のメタ統合（Meta Synthesis）を実施している。この報告によると，乳がんの診断から治療中および治療後に渡る経験は，それを経験した個人の「自己の在り様」へ影響することを示唆している。つまり，患者およびサバイバーには身体および精神のみならず社会的な影響が生じているといわれている。具体的には，乳房全切除術を受けることで女性性の喪失感を抱く人がいる。また，化学療法に起因する脱毛症状により，自己肯定感の低下が生じ人目を避けるため外出を控える人もいる。さらに，ホルモン療法治療中では更年期症状が出現するなど，乳がんサバイバーはこれまでの日常とは異なる対処と生活を余儀なくされる。すなわち，乳がんという病は，疾患から誘発された変化への対処として単に生活

の一部を変更させるということではなく、社会の一員としての暮らしを含めた生活とアイデンティティに変化をもたらし、さらには自己喪失感を抱かせる可能性のある疾患といえる。また、このような変化の程度は個人によって異なる。一方、何らかの変化を経験したサバイバーの中には、時間を経た後に自己のアイデンティティを再発見し再構築していく (Hill & White, 2008) 人もいる。さらに、女性乳がんサバイバーの自己イメージに影響を与えている主な要因は、手術、脱毛、体重増加、肌の変化であり、これらの症状は自己が持ち合わせる感覚に影響を及ぼす。そして、自己や他者の目から見た自己認識を変化させる可能性もある。他方では、乳がん診断後、サバイバーは自己コントロールの喪失感を経験するが、時間経過とともに意思決定に対する自己コントロール感覚を取り戻すための探求へと移行する (Halkett, G. K., Arbon, P., Scutter, S. D., & Borg, M., 2007)。

児玉, 近藤 (2006, pp. 95-106) は、乳がんサバイバーと家族の体験を4つの時期に分類している。この4つの時期は、急性期の生存時期、延長された生存の時期、長期的に安定した生存の時期、終末期の生存の時期である。急性期の生存時期には、患者および家族は治療前後であらゆる不安を抱いている。手術前には術後の生活イメージが見出せないなかで漠然とした不安を抱いている。術後は乳房喪失や変形、退院後の生活のあり方など具体的な心配が生じてくる。また家族も患者同様に心配を抱く。特に、夫 (パートナー) との夫婦間の精神的つながりや性生活にも影響が生じることもあり得るため、患者個人のみならず夫婦 (パートナー) をケアの対象として捉える必要性が示唆されている。延長された生存期間中は、術後の放射線療法および薬物療法などの補助療法が患者の心身に大きな影響を及ぼす。さらに、これら治療に起因する有害事象が引き起こす自己肯定感の低下や社会的スティグマにより、自己と女性性の喪失感を抱きやすい。長期的に安定した生存時期中においてサバイバーは、治療の影響から不妊や更年期症状を経験する。たとえ病が完治したとしても「がん」であることを忘れることができず、社会生活の中で空虚感を抱く人もいる。一方、患者会への参加やボランティア、仕事復帰などの社会活動をとおして自己の存在価値やがん体験に意味を見出していくサバイバーもいる。終末期の生存の時期においては、これまでの治療や人生体験がこの時期のサバイバーの考えに大きく影響する。また、これまで共に歩んできた家族も症状の悪化に戸惑い動揺する時期でもある。そのため、患者と家族ともに全人的苦痛を抱えていることを理解しケアすることは、看護として肝要な点であることが示されている。

II. 乳がん薬物療法による妊孕性への影響

生殖年齢にある女性乳がん患者の治療に薬物療法が選択される場合、妊孕性とその温存に関することが重要な課題となる。現在、乳がん治療に使用されている薬物療法には、化学療法と内分泌療法がある。

化学療法の目的は、微細な転移を含めてがんを制御することである。乳がん術後の薬物療法では多剤併用化学療法が標準的であり、使用される治療薬には、アンスラサイクリン系抗悪性腫瘍薬（アドリアマイシン、エピルビシン塩酸塩）、タキサン系抗腫瘍薬（パクリタキセル、ドセタキセル）などの殺細胞性抗腫瘍薬、トラスツズマブ、トラスツズマブ エムタンシン、ラパチニブトシル塩酸、ベバシズマブなどの分子標的治療薬がある（伊藤, 2017, pp. 105-115）。全身的薬物療法である化学療法は、妊孕性の機会を不可逆的に失う可能性をはらんでいる。殺細胞性抗腫瘍薬には、その薬剤性により卵巣機能は低下し成熟卵胞の発育を妨げることで無月経を引き起こす可能性がある（Ben-Aharon & Shalgi, 2012）。また、「乳がん患者の妊娠・出産と生殖医療に関する診療の手引き」（日本がん・生殖医療学会, 2017, pp. 82-88）によると、出生時および周産期予後に与える影響は、原始卵胞より後の発育段階にある卵胞の方が化学療法による影響をより強く受けると考えられている。そのため、ヒトの原始卵胞が排卵に至るまでの期間を考慮して、化学療法終了から妊娠まで6ヶ月間程度の期間をあけることが望ましいとされている。さらに、分子標的薬（トラスツズマブ）は、羊水減少または無羊水症との強い関連性を有すると示唆されている他、合併症による新生児の死亡も報告されていることから、投与終了後7ヶ月までの妊娠を避けることが推奨されている。

一方、乳がんはホルモン依存性を示す腫瘍であり、その約70~80%が女性ホルモン（エストロゲンなど）に応答して増殖する（林, 木村, 2015）。乳癌診療ガイドライン（2018a, pp. 18-20）によると、乳がんの内分泌療法の歴史は、1896年にBeatsonが進行乳がんに対する両側卵巣摘出術（外科的内分泌療法）の有効性を報告したことに始まる。しかし、外科的な内分泌療法は身体に侵襲を加えることや術後に他のホルモン補充が必要になり、身体への負担が大きくなることが課題であった。その後、1960年代にエストロゲン受容体が発見され、タモキシフェンが有効であることが認知されてから内分泌療法としての手術療法は行われなくなり、内科的な内分泌療法が急速に広がっていった（日本乳癌学会, 2018a, pp. 18-20）。現在乳がん治療に使用されている薬剤には、抗エストロゲン薬（タモキシフェンクエン酸塩など）、LH-RH アゴニスト製剤およびアロマターゼ阻害薬がある。そ

それぞれの作用機序は異なるが、長期に服用することで卵巣機能抑制や更年期症状および骨粗鬆症を勘案したケアが必要となってくる。また、内分泌療法の服用期間は5～10年と長期にわたり、服用中の妊娠には催奇性との関連が強く示唆されている（日本がん・生殖医療学会，2017, pp. 82-88）。

以上により、乳がん治療である化学療法は卵巣機能を低下させること、内分泌療法は長期間に渡る服用が必要であるため、妊娠を避けるべき期間があること、羊水の減少や無羊水症が発生することが明確になった。これらの治療を受ける患者のうち将来子どもを望む人にとっては不妊リスクが高まり、妊孕性の機会が不可逆的に喪失する可能性がある。したがって、がん専門医療職者は薬物療法開始前には治療に伴う妊孕性への影響に関する情報を提供すること（日本がん・生殖医療学会, 2017, pp20-22）、および将来の挙児希望について話し合うこと、挙児希望のある場合は生殖医療専門医と連携し治療計画を立てること（Lee et al., 2006）が極めて重要である。

Ⅲ. 乳がん患者の妊孕性に関する研究の動向

本節ではまず、乳がん患者の妊孕性に関する研究報告の動向を概観する。次に、海外と国内の報告内容について文献検討する。

Oncofertility（がん・生殖医療）とは、腫瘍学（Oncology）と生殖医学（Fertility）を合わせた造語で、2006年に米国ノースウエスタン大学の Teresa K. Woodruff 博士および Karrie Ann Snyder 博士らをはじめて提唱した概念であると言われている（杉下, 鈴木, 2014）。妊孕性温存とは、AYA 世代および生殖可能な年齢にあるがん患者などに対して、治療により将来妊娠の可能性が喪失しないよう生殖能力を保持させるという考え方である。この考えに基づき、2006年には米国臨床腫瘍学会（ASCO）と米国生殖医学会（ASRM）が共同で AYA 世代および生殖可能な年齢にあるがん患者に対する妊孕性温存に関するガイドラインを発表し、がん治療において適切な情報提供と妊孕性温存の提案の重要性を示した（Lee et al., 2006）。本邦では2013年に日本がん・生殖医療研究会（2015年から学会となった）が設立され、この研究会が妊孕性に関するガイドラインを作成している（日本癌治療学会, 2017）。

このような背景から、妊孕性に関する国内外の研究報告は2010年代より急速に増えてきている。

1. 乳がん患者の妊孕性に関する研究報告の動向

乳がん罹患した女性の妊孕性に関する国内外の研究報告を経年的に概観する。

2000年代頃は、若年乳がん女性へのインタビューおよびアンケート調査から妊孕性に関する情報提供の現状と情報ニーズ、カウンセリングの現状と課題が報告されている。2006年には若年がん患者に対するガイドラインが発表され、2010年前半頃よりインターネットによる情報提供支援および情報提供後の評価、意思決定支援プログラム開発、乳がん患者やサバイバーの体験などが報告されている。2015年以降では、がん治療にかかわる医師や看護師を対象に、がん妊孕性に関する認識および情報提供の実践や対応に関する調査結果報告がある。また各医療施設の支援プログラムの開発と評価、遺伝子性因子 BRCA1/2 (breast cancer susceptibility gene : BRCA1/2) をもつ女性の妊孕性への影響、妊孕性カウンセリングを受けた患者の体験などが報告されている。BRCA1/2とは、がん抑制遺伝子である BRCA1 遺伝子と BRCA2 遺伝子のことである。この BRCA1/2 の遺伝子変異を有することで遺伝性乳がんすなわち、遺伝性乳がん卵巣がん症候群 (hereditary breast and ovarian cancer : HBOC) の発症リスクが高まることが明らかになってきた (日本乳癌学会, 2018 b, pp.98-109)。

これらの報告は、その内容から 1) がん・妊孕性に関する支援、2) 現状および評価、3) 医療者の認識および対応、4) 患者の体験、の4つに分類できる。この4つの分類内容を下記表1に提示する。

表1 乳がん患者の妊孕性に関する研究報告内容の分類

分類項目	研究報告内容
1) がん・妊孕性に関する支援	インターネットによる情報提供および意思決定支援、情報提供のためのパンフレット作成、患者に対する心理支援、妊孕性への意図の測定、医療施設の支援プログラムの開発および構築
2) 現状および評価	患者の情報提供のニーズ・知識・認識、遺伝性乳がん患者の妊孕性への影響、情報提供支援の評価など
3) 医療者の認識および対応	医師および看護師の患者への妊孕性に関する認識・情報提供の実践、
4) 患者の体験	意思決定、懸念、妊孕性の状態

2. 乳がん患者の妊孕性に関する海外の研究報告

1) がん・妊孕性に関する支援

欧米諸国を中心に各国のがんと妊孕性に関するインターネットの情報提供支援(Garvelink

et al., 2013; Kelvin et al., 2016; Meneses, McNees, Azuero, & Jukkala, 2010) および、パンフレット使用による妊孕性温存の決定支援 (Garvelink, Ter Kuile, Louwe, Hilders, & Stiggelbout, 2017) とその評価に関する報告がある。若年乳がん女性はインターネットを利用し積極的に情報を得ている傾向がある。そのため、がん治療が妊孕性に影響する可能性について女性たちがインターネットから情報を獲得した結果として、知識の向上および生殖カウンセリングを受ける行動へ向かうと報告されている。したがって、インターネットやパンフレットによる情報提供とがん・妊孕性に関する支援プログラムは、これら一定の効果をもたらすと報告されている。また、乳がん女性のうち妊孕性温存の意図を測定する尺度の研究が行われている (Li et al., 2018)。

2) 乳がん患者の妊孕性に関する現状および評価

乳がん患者の妊孕性に関する報告をみると、妊孕性や更年期症状の情報を、患者がどのようなタイミングで得ることが適切であるか、という情報提供に関する報告が最も多い。

2000年代前半の情報提供に関する報告では、乳がん患者が妊孕性および更年期症状に関連した情報入手の重要性が示されている。当時は、がん治療から生じる妊孕性への影響や更年期症状に関連した情報入手は患者にとって困難なことであった。患者はこれらの情報を求めて、腫瘍内科医、放射線腫瘍医、他の治療チームメンバーに相談することで独自に情報収集をしていた。患者が情報について懸念していることは、十分な情報入手ができなかったこと、適切なタイミングでの情報が得られなかったこと、矛盾する情報を入手していたことであった。また、妊孕性や更年期症状に関する適切な情報を得るタイミングとしては、妊孕性に影響が生じる補助療法開始前がベストとされており、この時期に情報提供することが望ましい (Thewes B, 2003) と報告されている。

2010年代の米国では、すでに妊孕性温存に関する情報提供と相談システム構築を推進しているとの報告がある一方で、それらの整備が進んでいない、という相反する二通りの報告がある。

妊孕性温存の目的で生殖カウンセリングを受けた女性 (18~43 歳) を対象とした報告によると、患者のほとんど (96%) が妊孕性に関する情報をがん治療前に医師から伝えられていた。また、患者はインターネットを情報入手の手段として頻繁に活用していた。妊孕性温存の意思決定に影響する要因としては、挙児希望の欲求、費用、妊孕性温存に要する時間であった (Kim et al., 2013)。他方、18~45 歳の初発乳がん女性を対象とした報告からは、およそ 3 割の女性が妊孕性温存に関する選択肢について十分に知らされていなかったと回答し

ている。この結果から、患者の妊孕性温存に関する知識が不十分であることに言及し、正しい情報提供の必要性について示唆されている (Goldfarb et al., 2016)。

乳がん発症の 5~10%は遺伝性、すなわち遺伝子の生殖細胞系列変異を有していると考えられている(日本乳癌学会,2018b, pp.98-109)。この遺伝性乳がんの発症には、BRCA1/2の変異が関係していることが明らかになっている。BRCA 1 は、遺伝子のなかで DNA 損傷修復、アポトーシス、転写、中心体複製、X 染色体不活性化などの多彩な機能をとおして DNA の恒常性を維持するがん抑制遺伝子である(セドキーナ, 福田, 太田, 2012)。この遺伝性乳がんに関係する BRCA1/2 変異を有する女性を対象としてオンライン調査が実施されている。この結果によると、BRCA1/2 変異を有することは女性たちのパートナーとの関係性や挙児希望への障壁になっている。具体的には未婚女性の場合、結婚に対してプレッシャーを抱えていること、BRCA 遺伝子が子孫へ受け継がれることを懸念し、結婚や出産に対して消極的な要因となっている (Chan et al., 2017)。

一方、妊孕性に影響が生じる薬物療法（化学療法）について、多くの女性は乳がんの治療を最優先し薬物療法に挑んでいるが、そのうちの 10%未満の女性は妊孕性温存を維持するために薬物療法（化学療法）を拒否し治療の機会を先送りしている可能性があることを示唆している (Senkus et al., 2014)。さらに、40 歳未満の患者で生殖カウンセリングを受けない理由には、①家族計画が完了していること、②将来の出産に関心がないこと、③乳がん治療の遅延を懸念していることが報告されている (Lambertini et al., 2018)。

3) 医療者の認識および対応

カナダのがんセンターおよび大学病院で、乳腺外科医師を対象に電話調査が実施されている。この報告によると、参加した 46%の医師は妊孕性に関する知識が不十分であり、36%の医師は妊孕性に関する患者とのコミュニケーション経験がなく、51%の医師は生殖医療への紹介について彼らの仕事ではないと認識していることが明らかとなっている (Warner et al., 2016)。

4) 患者の体験

乳がん治療を受けたサバイバーたちの体験がいくつか報告されている。

化学療法を受けた乳がんサバイバーのなかには、早期閉経および更年期障害の身体的変化を経験している者がいる。そして、化学療法から誘発した不妊と性的な変化は、乳がんサバイバーにとって重要な出来事であり、不安と不確かさを長期的に抱く様相が報告されている (Perz, Ussher, & Gilbert, 2014)。

若年乳がん患者を対象とした研究では、乳がん治療による妊孕性への影響および妊孕性温存の選択肢に関する情報提供が不十分であると報告されている (Corney & Swinglehurst, 2014)。質的研究の報告によると、薬物および放射線療法を終えた子どものいない女性乳がんサバイバーの妊孕性喪失への悲しみが語られている。そのため、化学療法に起因する妊孕性の機能低下および喪失の可能性があるサバイバーに対して、がん治療中から治療後に渡る継続的ケアの必要性が示唆されている (Kirkman et al., 2014)。

Goncalves, Sehovic, & Quinn ら (2014) は、1990～2012 年に発表された英語論文のうち若年乳がんサバイバーが子どもを望むことへ向かう決意についてシステマティックレビューを行っている。この報告によると、若年乳がんサバイバーが、治療後に子どもを望むかどうかについて、積極的態度を示す人と消極的態度を示す人の両者が存在し、利益と不利益を認識しながら子どもを望むか否かを決意していたとされている。挙児希望に消極的なサバイバーおよび子どもを持つことを不利益として認識しているサバイバーは、妊娠・出産への恐れと懸念を抱いている。妊娠によって引き起こされるかもしれないがんの再発、すなわち妊娠することでホルモンの変化が生じ、がん再発が刺激される可能性について恐れている。がん再発は初発時に比べて生存への確信を減じさせる可能性、つまり死を連想させやすい。自分の死について考えたときサバイバーは、子どもを産み育てることへの責任と子どもの健康、遺伝性への恐れおよび母親を早期に喪うかもしれない子どもの将来について深い懸念を抱いている。一方、挙児希望に積極的なサバイバーおよび子どもをもつことを利益として認識しているサバイバーにとって、セクシャリティの回復や子どもを産み育てることは生きる目標となり健康を維持するための強力な動機になっていることが明らかにされている。

さらに、Rees (2017) によると、乳がん罹患した若年女性は「再発の可能性と生存」および「生殖能力と将来」の2つの領域の不確かさに直面していると報告されている。そして、再発と妊娠の不確かさは相互に関連していると指摘されている。このような妊孕性に関する不確かさは、若年女性に限定的な状態であること、閉経と妊孕性への懸念は必ずしも挙児希望に関係していないこと、更年期の状態は挙児希望の有無にかかわらず女性のアイデンティティに影響を与えること、が示唆されている。

女性たちの体験に関する報告のなかには、意思決定に関する報告がある。人が意思決定をするとき、その判断をするためにある程度の情報が必要である。がん治療から誘発された妊孕性への懸念の程度や感受性は千差万別であるため、個々に応じた情報提供が必要である (Gorman, Usita, Madlensky, & Pierce, 2011)。一方、意思決定に至るまでの情報量は満足のい

くものであっても、意思決定までの時間が不十分である (Hill et al., 2012) という報告もある。その他、妊孕性温存の決定に影響することは、経済的負担と妊娠歴、胚移植後の成功率（妊娠率）が挙げられている。また、決定に影響力をもつ他者として、医師や家族関係（特にパートナーや婚姻状況）であることが明らかにされている。さらに、妊孕性温存を希望する理由として、より若く、より健康な卵子を凍結し残すことを将来への保険として捉えている人もいる (Snyder & Tate, 2013)。

妊孕性温存治療を受けるためには、標準的がん治療費並びに追加の費用負担が発生することになる。現時点で、この費用を補う公的補助を利用できるか否かは、国や自治体レベルで異なる。したがって妊孕性に関する意思決定を行ううえで、費用負担が判断を左右する要因の 1 つになっている。一方、妊孕性温存治療費の負担がなく、公的資金で賄える国がある。イスラエルでは、妊孕性温存治療を公的資金で受けることが可能であり、妊孕性温存に関する意思決定をする際の判断理由として経済的理由は該当しない。しかし、婚姻歴と妊娠歴のない女性はほぼ自動的に妊孕性温存をすることが、がん治療計画の一連の過程に組み込まれているため、女性は妊孕性温存に伴うさまざまな体験をしているという報告 (Dagan, Modiano-Gattegno, & Birenbaum-Carmeli, 2017) がある。この報告によると、女性のなかには将来に対する妊孕性への関心が薄い人もいれば、妊孕性温存治療のために乳がん治療開始が遅れることに不満を抱いている人もいる。対照的に、子どものいる女性に対しては、妊孕性に関する説明が不十分であることや妊孕性に関する情報が得られないまま、がん治療を受けたという体験をした人もいる。このような体験をした女性のなかには、たとえ出産歴があり子どもを授かっていたとしても、将来的に育児希望を叶えるために不可欠な身体機能を失う可能性について不満を抱いていた。したがって、妊孕性温存に関する意思決定には、経済的問題や婚姻状況および妊娠歴の有無が影響要因となり得るが、イスラエルの例は、妊孕性温存をする・しないは他者によって判断されることではなく自分自身が十分な情報提供に基づき、妊孕性に関する諸事情を勘案し納得して治療に挑むことが極めて重要であることを示している。

Hershberger, Finnegan, Pierce, and Scoccia (2013) はがんと診断されてから、卵子あるいは胚（受精卵）または卵巣組織凍結保存についてどうするかを決定した若年女性の意思決定過程を明らかにしている。帰納的に導き出された意思決定過程の理論枠組みは、4 つの主要なフェーズで構成されている。識別、熟考、解決、および関与である。これらのフェーズを行き来しながら、女性は複雑で動的なプロセスを経て、妊孕性温存治療を受けるかどうかを学

び、反応し、認め、熟慮し、最終的に決定する。理論枠組みは段階を経て線形に進行するのではなく、むしろ反復的でありフェーズ間を行き来している。

識別段階は、医師や看護師からがんと妊孕性に関する情報を得て生殖能力への影響について学ぶ段階であり、がんと妊孕性すなわち自分の命と将来の命に関する 2 重の深刻な識別を経験する。熟考段階は、凍結保存に関する決定を積極的に策定する段階である。ここでは、さらに情報の取得と統合、過去の経験を取り入れる、好みと価値の構築と決定、文脈部分を検討する、決断するために他者の意見を聞く (Undergo decisional debriefing) を含む 5 つの相互に関連する側面が抽出されている。解決段階では、時間枠は短いが凍結保存を受けようかどうかの決定が明確になり、関与段階で実行されていた (Hershberger, Finnegan, Pierce, & Scoccia, 2013)。

3. 乳がん患者の妊孕性に関する国内の研究報告

1) がん・妊孕性に関する支援

国内では小児・思春期・若年がん患者の妊孕性に関する支援として、インターネットによる情報提供の整備、ガイドライン (日本癌治療学会, 2017) および診療手引き (日本がん・生殖医療学会, 2017) や診療マニュアル (生殖機能温存がん治療法の革新的発展に向けた総合的プラットフォームの形成研究班, 2019) の作成、医療機関の生殖機能温存相談システム構築を目指した調査 (枝園ら, 2012) の報告がある。看護学領域からは、乳がん患者の妊娠・出産の支援として看護職者への啓発リーフレットの作成 (増澤, 森, 2012)、妊孕性温存に対する意思決定支援モジュール開発 (小松, 森, 矢ヶ崎, 藤井, 中村, 2016) が報告されている。この意思決定支援モジュールは①情報リソース ②ニーズアセスメント ③選択肢とビジョン検討 ④照会と連携という 4 つのモジュールで示されている。①情報リソースは治療開始前の情報提供によりがん治療、妊孕性温存がそれぞれ双方に影響をもたらす可能性について説明すること、②ニーズアセスメントとして、①の説明に関する理解度の確認および生殖専門職者の役割と照会についての説明および公平で的確なニーズの把握に向けた医療者のスキルアップ (不妊治療などに対するステレオタイプな見方の是正など) について示唆されている。③選択肢とビジョン検討については、妊孕性温存治療に関する具体的な選択肢と心身や経済的負担などの詳細な説明および、配偶者やパートナー間での情報共有と決定に至るまでの意見交換をすること、自分自身のライフコースの可能性に関する葛藤を考慮した相談・支援を行うこと、として挙げている。④照会と連携については、患者が利用可能な専

門職者間および施設間の連携と協働システムを可視化したリソースとして提示すること、専門職者間・施設間の情報交換および意見交換を円滑に促進するケアマネージャーをヘルスケアプロバイダーの中で決定することが示唆されている。他方、心理カウンセラーによる心理支援の報告がある。妊孕性温存を希望する患者からは「早く取り組まなければ」などの【焦燥】感があり、妊孕性温存を希望したが結論に至らなかった患者から【衝撃】【不安】【回避】という心理が明らかになっている。妊孕性温存を希望したが温存が困難であった患者からは【怒り】【抑うつ】という心理の表出があった。この結果から心理支援としては、「医療情報の整理」「否定的感情の軽減」「対人関係調整」「人生展望支援」の必要性が提唱されている(小泉, 高見澤, 平山, 2015)。

2) 乳がん患者の妊孕性に関する現状および評価

乳がん患者の妊孕性に関する現状として、患者の体験が報告されている。

不妊治療中に乳がんと診断された患者は、治療前に妊孕性温存として受精卵凍結ができたことで将来的な不妊治療継続の可能性が心の支えとなり、乳がん治療に挑んでいた。一方、がんと診断された時にすぐ不妊治療の話をするのは不謹慎ではないかと考える患者もいる。そのため、医師に妊孕性について話し出せない患者の苦しい心情が報告されている(橋本, 池田, 2012)。

一方、各生殖医療施設が実施している調査によると、妊孕性温存治療を目的に生殖医療施設を初受診する乳がん患者は、術後補助化学療法開始前が56%、術後補助療法開始後が44%であった。この結果を受け、術後化学療法によって誘発された卵巣機能低下は必ずしも妊孕性を喪失させることではないことに言及しているが、がんと診断されてから生殖医へ紹介されるまでの期間短縮が課題であると報告している(佐藤ら, 2015)。別施設の報告では、乳がん治療後に生殖医療を紹介された患者が、化学療法後の卵巣不全状態にあり妊孕性温存治療ができなかった事例について報告している。この施設では、がん患者を生殖医師へ紹介する腫瘍医師および外科医師は37.5%であった。およそ6割の医師が患者を生殖医療へ紹介しない理由として、がん治療が遅延した場合患者の予後に影響しかねない心配があること、腫瘍医師と生殖医師とのコミュニケーション欠如(Abe, Kuwahara, Iwasa, Nishimura, & Irahara, 2016)が挙げられている。一方、患者への情報提供においては、治療開始前に化学療法の薬剤特性として卵巣への影響があることを伝えることが望ましい(吉川ら, 2017)と強く推奨されている。

AYA世代がん患者の生殖機能障害の現状と妊孕性に関する情報提供の報告によると、

AYA がんサバイバーのうち 41.4%は生殖機能障害と不妊の心配を抱いている。21.2%のサバイバーは、化学療法および放射線療法による医原性不妊によって出産を断念している。この割合は、健康な AYA 世代の人よりも優位に高かった。AYA サバイバーの 80.8%は妊孕性に関する情報を得ている。しかし、妊孕性温存に関する情報を得ていたのは 55.8%であり、このうち治療前に情報を得ていた人は 42.3%であった (Furui et al., 2019)。換言すると、国内の AYA 世代がん患者の約 6 割が、治療前に妊孕性温存に関する情報を入手できていない現状にある。

3) 医療者の認識および対応

国内の妊孕性に関する医療者の実践および認識について、医師（乳房腫瘍専門医，日本生殖医学会に登録している医師，がん治療専門医）および看護師（若年乳がん看護に携わるがん専門看護師，認定看護師）を対象に調査が実施されている。

2013 年に実施された実践に関する調査では，乳房腫瘍専門医 (n=434) の 83%は妊孕性に関して積極的であると回答している。患者の妊孕性に前向きな態度を示す要因としては，乳がん看護に携わる専門看護師あるいは認定看護師がいること，医師の年齢が若いこと，医師が女性であることが関連していた。一方，妊孕性に関して患者と話し合うことに障壁となる原因としては，①疾患の再発リスクがあること，②紹介できる生殖専門医および生殖クリニックがないこと，③時間的制約があることであった。(Shimizu et al., 2013)。

2017 年に実施された，がん治療専門医 (n=412) の実践行動に関する調査では，医師の 42.7%はがん患者と妊孕性の問題について説明および話し合いを行っていると回答している。つまり，約 6 割のがん治療専門医は患者と妊孕性についての話し合いをもてていないことになる。この結果を受け，日本の多くの患者が生殖機能を喪失するリスクについて知ることなく，がん治療を開始している可能性が示唆されている (Takeuchi et al., 2017)

2015 年に実施された日本生殖医学会に登録している医師 (n=423) の認識に関する調査によると，参加した 88%の医師は若年乳がん患者の妊孕性温存の必要性を認識し，治療への参加に協力したいと思っていた。しかし，生殖医師は乳がんに関する知識が不十分であるという認識があり，このことが，がんと妊孕性に関する支援の障壁になっていると報告されている (Shimizu et al., 2015)。

看護学領域からは，若年乳がん患者の看護に携わる看護師の意思決定支援に関する報告がある。矢ヶ崎，小松，森(2017)は，専門看護師および認定看護師のフォーカスグループによる語りの内容分析を行った。その結果，コアカテゴリーとして〈不確かなライフプランの

支援〉が導かれ、3つのカテゴリー〈不確かな将来を歩むための準備〉〈ライフプランの不確かさに伴う葛藤への支援〉〈女性の決断に沿った最善のケア〉が得られている。そしてこのことから、「看護師は、若年女性がん治療と妊孕性の課題に伴う葛藤から納得や折り合いをつけたライフプランを支援し、そして女性が決断した不確かな道に歩み出すことを支え、最善を尽くすことの重要性を認識し、実践していた」と報告している。一方で、〈ライフプランの不確かさに伴う葛藤への支援〉のなかで、「がん治療開始までに納得できる選択を支援することの難しさや限界」を感じている看護師の現状が明らかになっている。

4) 患者の体験

がんと妊孕性に関する患者の体験に関する報告には、患者は乳がん治療と並行しながら妊孕性温存の課題と向き合い、選択し、決意する、すなわち意思決定しているとの報告がある。

奥島、繁田、實崎(2015)は、妊孕性温存治療を受けた未婚の乳がん女性に対する意思決定支援の看護実践から、「意思決定プロセスには、医療従事者への信頼関係、意思決定することに対する患者の積極性、意思決定支援を行う医療従事者へのアクセスのよさ、医療従事者からの情報提供の質などが促進要因として影響する」と報告している。

野澤(2016)は、専門看護師および認定看護師に半構造化面接を行い、看護師が経験した妊孕性温存治療に関する患者の意思決定の様相について報告している。この報告によると、女性がん患者は【治療の糧】【子どもへの望み】のために凍結を決断し、【回避】あるいは【できる範囲で】ホルモン療法を選択していた。一方、凍結できない、あるいは凍結をしないことを選択する背景には【治療を優先】【消極的受容】から凍結できなかったこと、【医師の勧め】【治療の限界】から凍結を選択しなかったことが報告されている。そして、意思決定にかかわる看護師は【妊孕性保護の方法を説明】【専門職への橋渡し】【意思決定するための準備】【患者の思いの傾聴や共感】【対象に合わせた対応】を実践していた。

高橋、林(2018)は、女性がんサバイバー4名に半構造化面接を行い、妊孕性温存に関する意思決定過程を明らかにしている。この報告によると、妊孕性温存の意思決定過程の体験は、3期に分類される。1期は、がん診断後生殖医療専門医へ受診するまでの過程であり、結婚・妊娠・出産に対する気がかりなど5カテゴリーが含まれている。2期は、妊孕性温存に関する情報を得て妊孕性温存を実施するか否かを選択するまでの過程であり、妊孕性温存に伴う現実的な問題点を実感するなどの6カテゴリーが含まれている。3期は、妊孕性温存に関する意思決定後の評価の過程であり、意思決定後も困難と迷いが生じるなどの3カテゴリー

一が含まれていた。この結果により、妊孕性温存に関する選択に対して看護師は中立な立場でどちらの選択をも尊重し、保証する姿勢が望まれること、がん生殖医療について相談支援できる看護教育の推進が急務であると強調している。

Komatsu, Yagasaki, and Yamauchi(2018)は、生殖クリニックで妊孕性温存治療のカウンセリングを受けている初発乳がん女性患者を対象に意思決定に関する半構造化面接を実施している。面接データの分析結果によると、初発乳がん女性患者は妊孕性温存治療の意思決定を、確実性と不確実性のもとで行っていた。具体的には、妊孕性温存治療の意思決定をする際、子どもを産むことについて参加者の「価値と好み」から始まる。決定を下す際の確実性の要因には「情報」、「感情的サポート」があり、不確実性の要因には「時間的制約」、「再発リスク」、「ラベリング」、「満たされていないニーズ」があった。この結果により、妊孕性温存治療の意思決定には、不確実性が確実性を上回る状況で決断していることが明らかにされている。

高橋(2018)は、既婚の乳がんサバイバー4名を対象に Gioegi の現象学的手法を用いて、がん診断以前から受精卵保存に至るまでの意思決定過程について報告している。この報告によると、自らの遺伝子を受け継ぐ子どもを産み育てる生き方ができる可能性を【産む性】と定義し、【産む性の低下を意識する】【産む性を閉ざす】【産む性に覚醒する】【産む性の保持にかける】という4つのテーマにより意思決定過程を明らかにしている。乳がんサバイバーの妊孕性温存に関する意思決定過程における生き方は、自らの遺伝子を受け継ぐ子どもを産み育てる生き方ができる可能性をめぐって、その可能性をどのように捉え、どのように向き合い生きていくのか決めていく体験であった。

IV. 意思決定に関する看護学研究の動向

1. 看護実践における意思決定支援の位置づけ

意思決定 (decision making) は、サイモン (H. A. Simon) によって定義された概念であり、問題解決に際して人間が起こす思考と行為の過程 (Simon, 1945/1989) をいう。竹本 (1966, p. 185) は、意思決定とはある目標を達成させるために複数の選択肢についての情報探索を行い、その情報を評価・統合したうえで、ある選択肢を採択することであると定義している。また土居内 (2006) は、様々な事実や価値に基づいた複数の選択肢の中から、1つの選択肢に至るまでの過程をいい、主観的で個別的なもの、目標志向的であるもの、将来の行動を規定するものを含む、と定義している。いずれの見解においても意思決定が持ち合

わせているプロセス的要素について言及していることから、「意思決定とは、その人が生きていく上で何かをしようとするとき、何をするか・どのようにするかについて考える過程を経たうえで決めて選ぶこと」と捉えてよいと考える。

医療の場では、1990年代以降、インフォームド・コンセントが注目されるに至ったことと連動して患者の意思決定という用語が使用されるようになってきた。患者は、命の存続への怯えや生活への悪影響などの気がかりや恐れ、脅威などを感じながら、健康に直結する大きな意思決定をせざるを得ない状況に立たされる。しかし、日本人にとって医療に関する意思決定は極めて困難な課題である。困難さを伴う理由は、日本人がこれまでの歴史のなかで持ち合わせてきた家父長制度や封建思想から生まれる権力への服従という意識構造にあり、その意識構造はパターナリズムに支配されるという現象としてあらわれてくる。パターナリズムとは、知識のある父親が何も知らない子どもに代わって、何が最善であるかを判断するという意味から生まれた言葉で、権威主義を表す用語として用いられている。医療の場においては、疾患や治療に関する情報をほとんど持ち合わせていない患者が高度な専門的知識を有する医療者、とりわけ診断と治療を担う医師との間で「決める」ことになる。患者は、難しいことはよくわからないが医師は責任上決して悪いようにはしないと確信を背景に、早く元気になりたいと願い医師が提示したことに全面的に従うという意思決定をしがちになる。これが岡谷(1988)が指摘した日本人の「おまかせコピーング」である。

1990年、日本医師会生命倫理懇談会が「説明と同意（インフォームド・コンセント）」に関する見解を発表して以来、パターナリズムに支配されやすい医療の場における意思決定がクローズアップされるようになり、1996年からインフォームド・コンセントに対して診療報酬が認められるようになった。これを機に、患者は治療を受ける・受けないについて自分で決めることが求められ、それゆえ自分が受ける治療への主体的積極的参加の責任を負い、決めるときには治療の選択肢のバリエーション、その治療がもたらす利益と不利益など、一度に多くの情報を理解し、考え、判断し、治療選択をする、あるいはせざるを得ない状況になってきた。

このような意思決定をめぐる医療状況の中で、医療の一翼を担う看護職が行う意思決定支援とは、看護実践全般においてどのような位置づけにあるのだろうか。

神田、舟島、中山(2015)は、クライアントの意思決定にかかわる看護師の行動を明らかにする研究に取り組んでいる。用いた研究手法は看護概念創出法であり、データ収集方法

は多様な意思決定を含む看護師とクライアントの相互行為場面を、非参加型参加観察法により記述していくという方法である。この方法によって得られた相互行為場面についての記述をデータとして、看護師の行動を分析している。その結果、看護師の行動は【意思決定支援のための必要情報共有と保管】 【クライアントの意思に沿った援助の実施と効果査定】 【役割負担と分掌に伴う意思決定支援のための多職種連携】 【意思決定支援開始に向けた環境の確保と支援完了による後続業務への移行】 【クライアント意思修正への誘導と譲歩】 【意思決定支援による遂行業務一時離脱と離脱による遂行業務遅滞懸念】 【意思決定支援に必要なクライアントとの関係生成と未形成下での支援み切り発車】 【問題発生による意思決定支援の中断と問題解決による支援再開】 【クライアント・家族意思翻意の阻止と許容】 【意思実現に向けた阻害要因の排除と看過】 【意思決定と意思実現に向けたクライアント勧奨】 であったと報告している。そしてこの結果に基づいて著者らは、看護師が行う意思決定支援には高度な知識や技術が必要とされている(神田,舟島,中山,2015)と強調している。

神田らの研究に限らず看護学領域における意思決定に関する研究論文はこれまでに多数報告されており、それらのレビューが行われている。松野(2019)の報告、加藤、竹田(2017)の報告、および小山(2017)の報告である。

松野(2019)は、1997～2016年4月13日時点までの20年間に発表された和文論文のレビューにより、助産師はその人の考えをじっくりと聞き共有し、個別性を尊重した支援が重要であると報告している。

加藤、竹田(2017)は、2015年までに発表された国内外の論文をレビューし、家族であっても高齢者の意思を推定することは難しく、困難や不確かさがあり、代理意思決定後もその決断内容の問い直しをして揺れを伴う体験であることから、今後は、家族が手がかりとしている高齢者のライフストーリーの要素や、家族の判断基準、判断材料、決定への影響要因などを明らかにし、困難を緩和できる効果的な支援を検討していく必要があると述べている。小山(2017)は、2000～2015年5月までの国内外の文献をレビューし、文献選択基準に合致した和文献1編と英文献11件を分析対象としてがん患者の治療意思決定を促進する介入に関する研究の動向を明らかにしている。英文献11件の文献において、介入の対象疾患は乳がんが最多8件であり、行われていた治療は手術と集学的治療がそれぞれ4件、介入内容は【病気や治療の情報提供】 【医療者との交渉術の強化】 【治療に対する意向の明確化】 【治療における価値の明確化】 【ソーシャルサポートの獲得と強化】 【感情の共有】 の6つがあ

り、介入の成果として「葛藤の低下」「知識や情報の獲得」「不安、抑うつ、ストレスなどの心理的苦痛の軽減」がみられたと報告し、とりわけ情緒的サポートが含まれていたことを強調している。

那須(2020)は、Rogers の手法を用いて女性がんサバイバーの妊孕性支援の概念分析を行っている。Rogers の概念分析方法とは、用語（那須の論文では女性がんサバイバーの妊孕性支援という用語である）の活用の仕方について先行文献をデータとして分析することにより、その用語（概念）の属性（概念の持つ特徴）、先行要因（概念に先立ち概念の現れ方に影響するもの）、帰結（概念の後に生じるもの）を明らかにする手法である。分析結果の記述において那須は、属性には「FP に関する意思決定への準備」「拳児への思いの把握と傾聴」「FP に関する意思決定支援」「専門職チームケア」の 4 概念が含まれたと述べている。より具体的にみると、まずは医師による「FP（妊孕性温存療法）の選択肢の提供」が行われて初めて「意思決定の準備」が開始される。開始後は、議論の質を向上させる情報のさらなる追加やパートナーや家族の支援、あるいは養子縁組の情報提供も含めて「FP に関する意思決定への準備」が行われるとしている。また、「拳児への思いの把握と傾聴」を行い「納得のいく意思決定支援」のためには「気持ちに寄り添い支えること」が重要であり、寄り添うことには「継続したパートナーシップの提供」が含まれていたと述べている。これらの内容を含む支援を「FP に関する意思決定支援」ということができ、その支援は専門職のチームケアなくしては実現せず、そのチームケアがあれば、女性がんサバイバーは肯定的な生き方の選択ができる、すなわち、女性がんサバイバーの妊孕性支援の帰結は「肯定的な生き方の選択」であったと述べている。那須は、この分析結果に基づき、女性がんサバイバーの妊孕性支援という概念は、「がん治療の妊孕性への影響を知った女性の思いと負担を前提に、医療者の知識と支援システムが妊孕性温存に影響し、FP に関する意思決定への準備を経て、拳児への思いの把握と傾聴から、意思決定支援を中心とした専門職チームケアである」と定義されたと結論づけている。その上で、リプロダクティブ・ライツに配慮した妊孕性支援は、女性がんサバイバーを中心とした意思決定支援を基盤にパートナーシップとともに継続的に実践する必要がある、今後助産師やがん看護専門看護師等の専門職者間連携に取り組んでいくことが課題であると強調している。

以上紹介したレビュー論文や概念分析からは、意思決定の個別性や代理意思決定の困難さ、成果を得るための専門的知識や人間関係を作っていく能力、情緒的サポートなど、高度な介入技術の必要性が論じられている。さらに看護職が意思決定を支援するためには、チー

ムを組む力が不可欠であることが明らかになっている。看護職者は、「人間の生命、人間としての尊厳及び権利を尊重する」(日本看護協会, 2003)責務がある。患者その人が自己の価値観や信念に基づき自分の生き方について考え、主体性をもって自己の行為を選択し決定する(意思決定する)ことは、人間としての尊厳および権利を尊重されることである。そしてその結果は、引いては個々人の生活を守ることになる。よって、人の意思決定を支援することは看護職者の責務とあってよい。

以上のことから、看護実践における意思決定支援の位置づけとは、複数ある看護職者の職務の1つを構成し、しかもその職務は高度な実践能力を必要とする職務であるといえる。したがって、複雑で解決困難な看護問題をもつ個人、家族および集団に対して水準の高い看護ケアを提供できる高度な能力を備えている専門看護師、あるいは、高い臨床推論力と病態判断力に基づき、熟練した看護技術および知識を用いて水準の高い看護を実践できる認定看護師、この両者こそが担うに相応しい職務であるといっても過言ではない。専門看護師が持ち合わせている個人、家族および集団に対して卓越した看護を実践する能力、コンサルテーション(相談)能力、保健医療福祉に携わる人々とのコーディネーション(調整)能力、倫理的な問題や葛藤の解決を図る倫理調整能力、看護者に対する教育的役割を果たす教育力、および実践の場における研究活動を行う能力は、意思決定支援という高度な看護実践を遂行するための推進力となる。

本研究が明らかにしようとしている生殖年齢にある女性乳がん患者の妊孕性温存に関する意思決定の過程の解明および意思決定を支援する看護実践指針の開発は、意思決定支援という高度な看護実践の実現に貢献できる研究として位置づけられるとあってよい。

2. 意思決定に関する看護学研究の動向

意思決定に関する看護学領域の研究を過去10年間に限定して検索した結果は、表2に示すとおりである。表2に示した28件の論文は査読過程を経てピアレビュー誌に掲載された論文である。岡谷(1988)のいう「おまかせコーピング」に象徴される通り、意思決定には日本人の特徴が反映される領域であることから、ここでは国内論文のみに限定して示している。

下記文献リストを概観すると、病を抱えてどのように過ごすかといった生活の仕方に関する意思決定、また当事者ではなく代理人による意思決定もテーマとして取り上げられているが、治療に関する意思決定をめぐる研究が28件中20件と最も多い。

表2 2010年以降の意思決定に関する看護学領域の国内文献一覧

著者	発行年	論文テーマ	雑誌名・巻・号・頁
津村明美, 山崎あけみ, 上別府圭子	2010	終末期の過ごし方の意思決定における悪性グリオーマ患者・家族への看護方略	日本看護科学会誌, 30(4), 27-35
国府浩子	2010	初期治療選択を行う乳がん患者が受けるサポート	日本がん看護学会誌, 24(2), 24-32
秋元典子, 森恵子, 中塚幹也	2010	若年子宮頸がん患者の手術決意過程	日本がん看護学会誌, 24(2)5-14
尾沼奈緒美	2010	乳癌患者の治療決定への満足度に関連する要因の検討	健康心理学研究, 23(1), 1-12
小林昭子, 石鍋圭子	2012	心臓手術を受ける高齢者の意思決定に関する研究	日本ヒューマンケア学会誌, 5(1), 47-59
上澤弘美, 中村美鈴	2013	初療で代理意思決定を担う家族員への関わりに対して看護師が抱える困難と理由	日本クリティカルケア看護学会誌, 9(1), 6-18.
瀬沼麻衣子, 武居明美, 神田清子	2013	がん患者の意思決定に関する研究の動向と課題	群馬保健学紀要, 33, 19-28
平塚知子, 原 祥子	2013	人工膝関節全置換術を受けた高齢者の手術決断に関する意思決定プロセス	日本運動器看護学会誌, 8, 24-32
江口瞳, 秋元典子	2013	緩和ケア病棟入院中で余命 3 週間程度と予測されている終末期がん患者の 1 日の過ごし方に対する意思決定の内容	日本がん看護学会誌, 27(1), 4-12
貞永千佳生, 岡光京子	2014	心臓手術を受ける高齢患者の意思決定に影響した要因	日本看護倫理学会誌, 6(1), 12-19
吉田紀子, 中村美鈴	2014	クリティカルケア熟練看護師が見出した延命治療に関する家族の代理意思決定を支える看護実践	日本救急看護学会雑誌, 16(2), 1-12
山田紋子, 黒田裕子	2015	横軸型腹直筋皮弁による一次乳房再建術を受けた初発乳がん患者の手術施行に関する意思決定から結果を認識していくまでのプロセス	日本クリティカルケア看護学会誌, 11(1), 41-51
影山葉子, 浅野みどり	2015	家族への退院支援に関する国内文献レビュー (第 1 報) —退院における家族への意思決定支援に焦点を当てて—	家族看護学研究, 20(2), 93-105
影山葉子, 浅野みどり	2015	家族への退院支援に関する国内文献レビュー (第 2 報) —退院調整看護師に関するこれまでの研究と 家族への退院支援に関する今後の研究課題—	家族看護学研究, 20(2), 106-116
布谷麻耶, 鈴木純恵	2016	炎症性腸疾患患者の生物学的治療選択に関する意思決定プロセス	日本看護科学会誌, 36, 121-129
松井美由紀, 秋元典子	2016	セカンドオピニオンを受けた女性乳がん患者の初期治療選択過程	日本がん看護学会誌, 30(3), 29-39
下地智之, 豊里竹彦, 眞榮城千夏子, 平安名由美子, 垣花シゲ	2017	救急・集中治療領域の終末期治療における代理意思決定支援実践尺度の開発	日本看護科学会誌, 37, 437-445
稲垣美紀, 藤原尚子, 竹下裕子, 石澤美保子, 高見沢恵美子	2017	心臓外科手術を受ける患者の意思決定に影響する要因	日本クリティカルケア看護学会誌, 13(3), 1-10
渡邊直美, 鎌倉やよい, 深田順子	2017	喉頭全摘出術を選択したがん患者の意思決定に影響を与えた要因	愛知県立大学看護学部紀要, 23, 77-85
大坂和可子, 山内英子	2018	乳房再建を含む乳癌術式決定における患者中心の意思決定支援とディンジョンエイド活用の動向	Oncoplastic Breast Surgery, 3(3-4), 51-58

表2のつづき

浦和愛子, 渡部小央里, 水谷泰子, 江藤由美, 西川晃平, 杉村芳樹	2018	献腎移植外来での移植医診察とレシピエント移植コーディネーター面談にて移植を意思決定できた1症例	日本臨床腎移植学会雑誌, 6(1), 56-59
渡邊千春, 丸山 美香, 横川史穂子, 柏木夕香, 三浦 一二美, 樋口伸子	2018	終末期がん患者の輸液を減量・中止する際に看護師が行う合意形成支援プロセス	日本がん看護学会 誌, 32, 118-126
土橋千咲, 荒尾晴恵, 野 澤美江子	2019	がん患者の妊孕性温存に関する意思決定に向けた情報収集・相談の様相と困難	大阪大学看護学雑誌, 25(1), 18-25
高橋奈津子, 林直子, 森明子, 松本 文奈, 池 田真紀子, 牧野晃子, 中山直子, 鈴木久美	2019	女性乳がん患者の妊孕性温存に関する意思決定支援における看護師の困難	聖路加国際大学紀 要, 5, 22-28
布谷麻耶	2019	炎症性腸疾患患者における治療選択の意思決定支援 国内外の文献検討	日本慢性看護学会 誌, 13(1), 2-9
菅野範子, 後藤あや, 佐藤恵子, 川原礼子, 畠山とも子	2019	がん患者の手術療法の意思決定を支援する外来看護師の認識と実践	日本プライマリ・ケア連合 学会誌, 42(2), 78-84
齋藤 多恵子, 石橋みゆ き, 山下裕紀, 正木治 恵	2019	急性期病院の認知症高齢者の退院支援過程において退院支援専任看護師が行う倫理的意決定支援	千葉看護学会 誌, 25(1), 47-56
田代真理, 藤田佐和	2019	がん患者への看護師のアドバンスケアプランニング	日本がん看護学会 誌, 33, 45-53

3. 治療に関する意思決定を複数の看護学研究が関心事としている意味

特定の医療機関を選択し、そこを受診し治療に関する情報を提示された患者は、近年のインフォームド・コンセントの意識の高まりとともに初期治療を受けるのかどうか、あるいは治療方法を変更したいのかなど、医師とのやりとりの中で決めていかねばならない現実と直面する。ここから治療に関する患者の意思決定過程がスタートする。診断のための検査を受けるのか、検査結果と診断に納得するのか、このようなことに関する意思決定がまず求められる。

自分のことでありながらも自分だけではどうしても太刀打ちできないと圧倒された感覚を持ちやすい医療の場における意思決定の特徴をまとめると、

- 1) 命の存続への怯えや仕事や日常生活への悪影響などの気がかりや恐れ、脅威などを感じながらの意思決定である。すなわち、生死について一刻を争うような状況ではなくても、患者には、決めかねている間に病気が進行するのではないかという恐れ、あるいは身体内部に巣食っている病巣をはやく取り除きたいという焦りを感じながらの意思決定となる。

- 2) ゆっくり考えて、そのうちゆっくり決めればよいという類のものでないことは明らかであり、時間的制約がある中での意思決定である。
- 3) 一度に多くの情報を理解し、考え、判断し、選択しなければならない。
- 4) パターナリズムに支配されやすい。
- 5) 自分がどのような治療を受けるかを決めることは、自分の命の行く末を決める分岐点と捉えることもある。まさに危機的状況に立たされるような気持ちを伴いやすく、誰にとっても困難な課題である。
- 6) 人は他者との関係性の中で生きていくことを存在の根幹とするため、自分の意思決定は自分のことだけにとどまらず周囲の人々へ何らかの影響を及ぼすことになる。
- 7) 患者にとって重大な決定であるにもかかわらず、日本においては当事者である患者より先に家族に“決める役割”が回されるときがある。

このような特徴を有し、治療を担う医師との間で繰り返される治療に関する意思決定であるにもかかわらず多くの看護学研究が関心事としていることは、いったい何を意味しているのだろうか。それは、看護職が生活の支援者であることを意味しているといっ

松井, 秋元(2016)は、セカンドオピニオンを受けた女性乳がん患者の初期治療選択過程に関する研究において、【これまでの生活を維持できる治療法を模索する】という新知見を紹介しており、患者は生存率等の治療成績よりも日常生活を維持できる治療を選択していたことが報告されている。そしてこの【これまでの生活を維持できる治療法を模索する】という結果は、日常生活支援者としての看護職が見逃してはならない結果であると強調している。

治療は元来医師の役割である。しかし、医師が選択した治療について、治療に伴って変化する可能性のある患者の日常生活行動をアセスメントし、患者の生活環境も踏まえたうえで治療を受けても患者が生活できるのかどうか検討し、日常生活行動の支援者として、医師にコメントする必要がある。また、医師が開く術前カンファレンスに参加し、日常生活行動の支援者として、意見を述べ、患者にとって最善の治療法であるかどうか検討する。医師が提示する治療方法によって変化する可能性のある生活行動について患者が質問でき、よく理解して治療法を決めることができるよう、支援することも必要になるだろう。

つまり、治療に関する意思決定を多くの看護学研究が関心事としているのは、その治療を受けても、患者が日常の生活を続けていくことができるのかどうか確認する責務が看護

職にあるからである。医療職の中で唯一療養上の世話を役割としてもつ看護職ゆえに、生活と密接したことを決める時の支援者であることが不可欠であり、看護職の存在理由の1つである。

しかしながら、山本らおよび秋元らは、患者の手術決定過程（意思決定過程）における看護師の存在が極めて希薄であると報告している（山本, 津田, 矢田, 石川, 2005; 秋元, 森, 中塚, 2010）。これまで論じてきたように、医療における意思決定過程において、私たち看護職には果たすべき役割と責任があることは明白である。

治療に関する意思決定を多くの看護学研究が関心事としている意味を十分実現できるよう、卓越した高度な実践能力を有する専門看護師がリーダーシップをとることが不可欠である。そのことによって患者が自分の身体に起きていることを知り、それについて考え、治療の方針について思案して治療選択し、自分の治療選択に納得して治療に専念することができるようになると考える。

医療の場においては、治療を受けるのは患者自身であり誰もそれを代わることはできない。先行研究では、がん患者が健康的に生きていく時の患者の根底には、「結局は自分だ」という意識の芽生えがあると報告されている（水野, 1997; 秋元, 佐藤, 2003）。

また、この意識を獲得したとき、がんを抱えていても患者は普通に、健康的に生きていくといわれている（水野, 1997; 秋元, 佐藤, 2003）。したがって、がんや生活習慣病のような長期間の養生が必要となる慢性疾患をかかえて生きる場合、自分自身による意思決定は、長きにわたる療養生活を過ごすうえで気力の維持を左右する要因の一つとなり、欠かすことのできない行為となる。

私たち看護職は、患者が自分の身体に起きている変化を受け入れ、治療に伴って生じる苦痛や不快感への適応を促しQOLを維持し向上させていくうえで欠かせない患者自身による意思決定を、患者の一番近いところに存在する医療者として支援していく医療者であることに十分留意することが求められている。前述したとおり、治療に関する意思決定を多くの看護学研究が関心事としている意味は、その治療を受けても、患者が日常の生活を続けていくことができるのかどうか確認する責務が看護職にはある。医療職の中で唯一療養上の世話を役割としてもつ看護職ゆえに、生活と密接したことを決める時の支援者であることが不可欠であり、看護職の存在理由の1つである。

V. 文献検討のまとめ

以上述べた通り，乳がん患者を取り巻く状況，乳がん薬物療法による妊孕性への影響，乳がん患者の妊孕性に関する研究の動向について概観した。生殖年齢にある女性乳がん患者の妊孕性への影響と意思決定に関する先行研究知見として，以下の8つに着眼した。

1. 乳がん治療の1つであるがん薬物療法は，妊孕性喪失機会の可能性をはらんでいる。化学療法は卵巣機能の抑制や低下を招く恐れがあり，ホルモン療法中の妊娠・出産は禁忌であることから，患者には数年～10年に渡る妊孕性への機会的喪失が生じることになる。
2. 生殖年齢にある女性乳がん患者は，妊孕性に負の影響を及ぼす治療に対して，その治療を受ける前に正しい情報提供を望んでいる。また，この年代にある人たちはインターネットの情報を積極的に得ている傾向がある。これに対して，国内外ではインターネットでがんと妊孕性に関する情報提供ができるよう整備支援が推進され，ガイドラインの作成および情報提供用のリーフレットの作成，医療機関内での妊孕性温存相談システムの構築を目指した取り組みが行われている。
3. 生殖年齢にある女性乳がん患者は，乳がん診断後から乳がん治療までの時間的制約のある中で，妊孕性温存をするかしないかの選択が求められている。
4. がんと診断を受けた若年女性の妊孕性温存までの意思決定過程には，識別 (Identify)，熟考 (Contemplate)，解決 (Resolve)，および関与 (Engage) という4段階から構成する理論枠組みが明らかになっている。これら4つの段階で，女性は反復的なプロセスを経て凍結保存を受けるかどうかを学び，反応し，認め，熟慮し，最終的に意思決定に到達している。
5. 妊孕性温存することを決意した女性乳がん患者への面接調査から，患者は，確かさと不確かさの狭間で揺れながらも妊孕性温存治療開始へ向かうことが明らかになっている。
6. 看護における意思決定支援に関する国内の研究は，治療をめぐる意思決定支援に関する研究が多く行われている。
7. 意思決定支援は高度な能力を必要とする看護実践である。
8. 治療を担う医師との間で繰り広げられる治療に関する意思決定であるにもかかわらず，多くの看護研究が関心事としていることは，看護職が生活の支援者であることを意味している。

これらの知見により生殖年齢にある女性乳がん患者は，乳がんの病態および治療上での時間的制約を受け止めながら妊孕性温存について熟考している様相が窺える。そして，その結果を医療者へ表明する，あるいは表明できなかった背景にはさまざまな経験的主観ある

いは影響する諸要因が判明してきている。しかしながら、決意をすることに影響する事物およびそれらの結びつきあるいは関係性については不透明な部分がある。換言すれば、乳がん診断後の妊孕性温存に関する課題に直面した患者が、どのような感情を抱き、どのように思い、考え、迷い、受け止め、どのような価値観をもち、妊孕性温存に関する意思決定について、どのような人物や出来事が影響し、それらに対してとった行動および、何を重要視して妊孕性温存をするかしないかの決意をしたのか、意思決定をした過程でどのような支援を必要としているのか、現時点でその詳細が明白になっているとはいえない。

前述したとおり、患者の意思決定を支援することは看護職者の責務である。看護職者には、患者の生活の支援者として十分な情報を最適な時期に提供し、患者が健康上のニーズおよび社会的ニーズを満たし納得のいく治療選択ができるよう意思決定支援をする責任と役割がある。したがって、生殖年齢にある女性乳がん患者に着目し、患者視座からの妊孕性温存に関する意思決定過程を明らかにして必要な看護支援の実践指針を開発することは重要な課題である。

第3章 研究方法

I. 研究デザインとデータ収集方法

本研究は、第2章 文献検討で述べたとおり、これまでにほとんど明らかにされていない領域の研究である。したがって何がそこにあるのかもわかっていない現象を明らかにしようとする研究であることから、本研究の研究デザインは、因子探索型研究デザイン (Diers, 1979/1984) とする。

研究デザインの選択は、研究で用いるデータ収集方法を決めることにつながる。前述したとおり本研究の研究デザインは因子探索型研究デザインであることから、未解明の現象を説明するためのデータを収集し、そのデータに基づいて現象を説明できる枠組みを明らかにすることになる。

本研究が明らかにしようとしている現象は、初めて乳がんと診断され、がん薬物療法開始前に妊孕性温存に関する意思決定を行った生殖年齢（本研究では 20 歳以上～45 歳未満と定義する）の女性が、どのような体験を経て、どのように妊孕性温存に関する意思決定を行っていくのかその詳細な過程である。ここでいう体験とは、前述した用語の定義に従えば、「乳がん治療と妊孕性温存に関する情報を得た生殖年齢にある女性患者が、妊孕性温存するかしないかを意思決定し、がん薬物療法開始までに抱いた感情、思い、考え、迷い、受け止め、価値観、および、妊孕性温存に関する意思決定に影響を及ぼした人物、出来事およびそれらに対してとった行動と、意思決定時に重要視したこと」であるため、ここでいうところの体験について当事者に語ってもらい、その語りの内容をデータとして、そのデータが当事者にとって何を意味しているのかを解釈して説明できる概念を導き、その概念を用いて何がそこにあるのかもわかっていない現象を説明できる枠組みを明らかにする必要がある。したがって、本研究においては、初めて乳がんと診断され、がん薬物療法開始前に妊孕性温存に関する意思決定を行った生殖年齢の女性乳がん患者自身に、自分の体験を語ってもらう以外に、注目している現象を説明できる方法はないと考える。

以上のことから、本研究においては患者自身に自分の体験を語ってもらう、すなわち面接法によりデータ収集を行うことが適切であると考ええる。

1. データ分析方法の選択

本研究は、因子探索型研究デザインを用いて、初めて乳がんと診断され、がん薬物療法開始前に妊孕性温存に関する意思決定を行った生殖年齢の女性が、どのような体験を経て、どのように妊孕性温存に関する意思決定を行っていくのかその詳細な過程を解明し、その結

果に基づく看護実践指針を開発することを目的としている。そのためには、患者自身に自己に生じた現象をあるがままに語ってもらい、その語りを聴く研究者はそれを詳細に記述し、記述されたものをデータとしてそのデータの意味（データが指し示しているもの）を分析して概念としてあわらわすことで、起きていることの本質を明確にししながら、個々の起きていること（概念）の関係性を見出し、意思決定過程を説明できる枠組みを作ることが必要である。

データの意味を分析して概念としてあわらし、概念間の関係性を見出し説明できる枠組みを作るとは、注目している現象を説明できる理論を実証的に生成することである。したがって、本研究においては、実証的に新しい理論を生成する方法であるグラウンデッド・セオリー・アプローチ（Grounded Theory Approach 以下、GTA）の手法を用いることが適切であると判断した。

GTA は、1960年代アメリカの社会学者である Glaser と Strauss により開発された手法である。GTA は、最初のデータを集めたのちに直ちに分析して概念を生成し始め、その概念と類似のものや対極にあるものを明らかにするために、意図的に次の研究参加者を探して（標本抽出）データ収集を行い、概念を生成し、さらに概念間の関係性を構成し始めて、つくりだしつつある理論に基づいてさらに次の標本抽出を行い、これらのことを概念が十分に飽和するまで続けて実証的理論を生成する手法(Glaser, B.G., Strauss, A.L., 1996)である。したがって演繹的ではなく現実のデータに密着した（grounded on data）分析から生成する理論生成方法であるといわれている。

GTA の特徴は2つある。1つは、理論を作ること目的として標本抽出を行うことから、理論的サンプリングという手法をとることである。他の1つは、類似例や対極例を意識しながら概念が十分に飽和するまで続けるということから、継続的比較分析を行うことである。

Glaser と Strauss による GTA の特徴である理論的サンプリングと継続的比較分析を行うためには、多くの時間を要する。理論的サンプリングのためには、場合によっては研究フィールドを新たに探す必要性が生じることがあり、そのたびに倫理審査を受ける必要性が生じる場合もある。このような GTA の特徴を踏まえて日本の社会学者である木下は、GTA のデータに密着した（grounded on data）分析という特性を基盤としながら独自に研究手法の修正を試み、現代社会に適用可能で実践しやすいように修正した手法を修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ（Modified Grounded Theory Approach 以下、M-GTA）として提唱した(木下, 2003)。

Glaser と Strauss により開発された GTA は、その後の変遷過程を経て今では4つのタイプに分類されている。4つのタイプとは、①Glaser & Strauss 版 (オリジナル版)、②Strauss & Cobin 版、③Glaser 版、④木下版 (M-GTA) , の4つである。いずれの方法もデータに密着した (grounded on data) 分析から実証的に新しい理論を生成する方法である。

2. 修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ (M-GTA) を用いる理由

本研究は実証的に新しい理論を生成することを目的にしていることから GTA の手法を用いることが適切であるが、GTA の4つのタイプのうち木下版 (M-GTA) の手法を用いることにする。ここではその選択理由について記述する。

M-GTA は、木下(2003)が、Glaser と Strauss の主張を踏まえた上で分析方法をよりわかりやすく、また活用しやすいように開発した質的データの分析方法である。本研究において M-GTA を用いる理由は下記の通り4つある。

1 つ目は、意思決定過程という「過程 (プロセス)」を明らかにしようとしているからである。木下(2003, pp. 89-91)は、M-GTA を用いるのに適した研究とは、人間と人間が直接やり取りする社会的相互作用にかかわる研究であり、かつヒューマンサービス領域の研究であり、対象とする現象がプロセス (過程) 的性格をもっていることと述べている。本研究で取り扱う現象は、初めて乳がんと診断され、がん薬物療法開始前に妊孕性温存に関する意思決定を行った生殖年齢の女性が、どのような体験を経て、どのように妊孕性温存に関する意思決定を行っていくのかその詳細な過程であり、健康問題に対する本人の意識や心身の変化、家族や本人に専門的立場から進言する医療者など、患者を取り巻く人々との相互作用というプロセスである。また、生成されたグラウンデッド・セオリー (実証的に生成された理論) を実践現場すなわち看護実践現場に戻し、そこでの応用的検証がもっとも自然に成り立つヒューマンサービス領域の研究である。これらのことから、M-GTA が本研究の分析手法として適していると判断した。

2 つ目は、M-GTA の特徴として、データの収集と分析を作業的に切り離す(木下, 2007, p. 73)ことが示されているからである。データの収集と分析を作業的に切り離すことは、M-GTA 以外の GTA が採用している理論的サンプリング (Theoretical sampling) の方法に関する M-GTA の独自性である。理論的サンプリングとは、理論を作り出すという目的に沿って研究対象者の抽出やデータ収集を行なうことである。研究者はまず、最初の研究対象者を選択し、データを収集して分析し、暫定的な理論を作ってから、次のデータを誰から

収集するかを決める。新たなデータを分析した上でまた理論を見直すのであるが、それによってその後の研究対象者やデータの収集方法が変わっていくこともある。このような方法で、研究対象者抽出とデータ分析・理論生成が互いにつながりながら繰り返し行なわれることになる。しかし、M-GTA では、データの収集と分析を作業的に切り離すため、まずはその研究に必要と考える複数の研究対象者からデータ収集を行う。データ収集が終了したら、得られた全データを分析対象とするデータ内容と範囲であると限定し(木下, 2007, p. 73), その限定されたデータの中において理論的サンプリングと継続的比較分析を行っていき、すべてのデータ分析が終わった時点で限定されたデータ内での理論的飽和化と判断する。

このことは、この後に記述するデータ分析方法において、次のように記述していることに反映されている。

『① 豊富なデータが得られている対象者の全データを 1 例目として熟読し、全データ内に存在する分析テーマに関連する箇所に着目し 1 つの具体例として分析ワークシート内に記載する。② その具体例が分析焦点者にとって何を意味しているのかを解釈し、その意味を忠実に表すよう命名して概念を生成し、同じ分析ワークシート内の概念の欄に記載する。③ 上記① ② の手順で新たな概念が生成されるごとに分析ワークシートを作成し、概念名・定義・具体例・理論的メモを記載する。④ 上記① ② ③ と同時に、生成しはじめた概念の側からデータを見て、すでに作成した概念の具体例と判断した時には、その概念生成を行った分析ワークシートの具体例の中に追加記入する。⑤ 2 例目以降は、理論的サンプリングおよび継続的比較分析を行うために対極例と類似例の比較の観点から上記①～④ の手順を繰り返す。』

データの収集と分析を作業的に切り離すが、分析過程においては、M-GTA 以外の GTA が採用している理論的サンプリングと継続的比較分析、理論的飽和化の本質を満たしている。したがって M-GTA の手法は、研究期間が限られた今回の研究においては、最も適していると判断し選択した。

3 つ目には、方法論的限定という特徴を有し、一般化可能範囲を限定するからである。M-GTA の特徴に「方法論的限定」が挙げられている。数量的研究ではデータを提供するサンプルの母集団に対する代表性が重要になるが、M-GTA では、研究者自らの判断で研究参加者の限定を導入しながらその範囲内で徹底したデータの意味の解釈を行う。しかしこれは研究の限界ではなく、分析結果の水準を保つための方法であると木下は説明している(木下, 2007, pp. 82-83)。そのため、本研究では、「初めて乳がんと診断され、がん薬物療法開始

前に妊孕性温存に関する意思決定を行った生殖年齢（本研究では 20 歳以上～45 歳未満と定義する）の女性」という条件をつけて研究対象者の限定を導入し、その範囲で徹底したデータの意味の解釈を行うことで、分析結果の水準を保つことが可能となる。したがって、研究対象者を限定する条件は示すが、数量的研究におけるデータを提供するサンプルの母集団に対する代表性という意味での一般化とは異なる。

M-GTA においては、生成されたグラウンデッド・セオリーの説明可能範囲という意味で一般化と称する。一般化可能範囲は基本的に分析焦点者（本研究では、初めて乳がんを診断され、がん薬物療法前に妊孕性温存に関する意思決定を求められている 20 歳以上 45 歳未満の女性）に対応するという考え方をする（木下, 2007, p. 79）。つまり、初めて乳がんを診断され、がん薬物療法開始前に妊孕性温存に関する意思決定を行った生殖年齢の女性であれば誰に対しても説明ができる理論生成ではないということである。

4 つ目には、M-GTA では、データを切片化せず、分析ワークシートを用いて分析するため、文脈を重視し、分析焦点者（研究対象者）にとっての意味を解釈しようとするのが重視されているからである。文脈を重視する、つまり豊かな個別性を有する人間、画一化できないような人間を対象とする本研究においては、人間の個別性や生きてきた背景などを丸ごと含めてデータの意味を解釈することが不可欠である。したがって、本研究において明らかにしようとしている意思決定過程とは、人との関係性および配偶者やパートナーとの関係性あつての意思決定過程を明らかにすることである。そのため、データを切片化せず文脈において意味を解釈する M-GTA は、本研究の目的に合致すると考える。

この方法で生成された理論は、初めて乳がんを診断され、がん薬物療法前に妊孕性温存に関する意思決定を求められている 20 歳以上 45 歳未満の女性患者の現実を示すことができるため、その理論を使う者にとってもわかりやすく利用されやすいものとなる。このことから、看護実践に還元しやすい領域密着型理論を生成することを可能である。

II. 研究方法の概要

がん薬物療法開始前に妊孕性温存に関する意思決定を行った、生殖年齢にある初発女性乳がん患者 15～30 名程度に、研究者が作成した面接ガイドを用いた半構造化面接を行う。その面接内容の逐語録をデータとして分析することで意思決定過程を明らかにし、その過程を踏まえた看護実践指針を開発する。研究のフロー図は下記のとおりである。

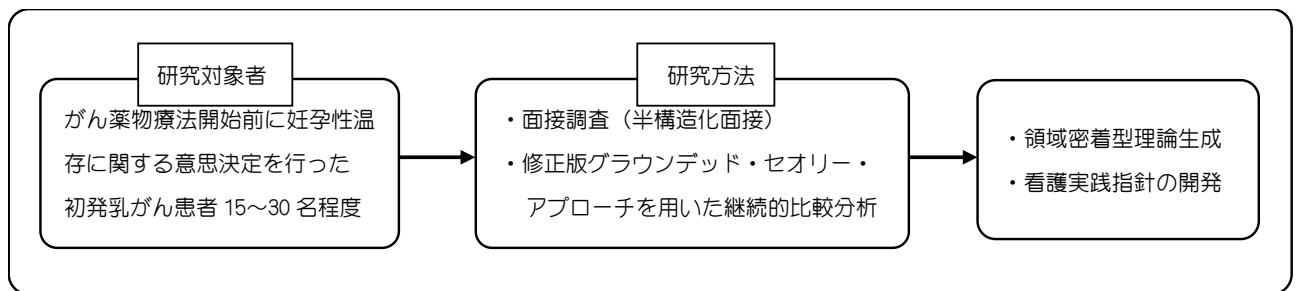


図2 研究のフロー図

Ⅲ. 研究協力施設

1. 研究協力施設 A 病院乳腺外科診療における本研究の位置づけ

研究者は都道府県がん診療連携拠点病院である A 病院の乳腺外科長および乳腺外科医師、乳がん看護認定看護師へ研究の趣旨、目的、倫理的配慮等を紙面と口頭で説明し、研究分担者として参加協力の承諾を得た後、同病院の看護部長より研究協力の内諾を得る。その後、研究者所属の研究倫理審査承認を得た後、A 病院の研究倫理審査の承認を得た。

図3は、研究協力施設 A 病院（以下、A 病院）乳腺外科において薬物療法開始前に行われている妊孕性温存に関する患者の意思確認方法である。本研究では、患者が妊孕性温存に関する意思決定を行うまでの詳細な過程、すなわち点線枠の部分を明らかにする。

研究対象者は、がん薬物療法前に妊孕性温存に関する意思決定を行った患者であることを必須条件とするが、生殖医療専門医を受診し妊孕性温存治療を行った患者、あるいは行わなかった患者を区別することなく、初診外来より定期通院している初発乳がん治療後の患者を研究対象者（図の黒太枠線以下）とする。

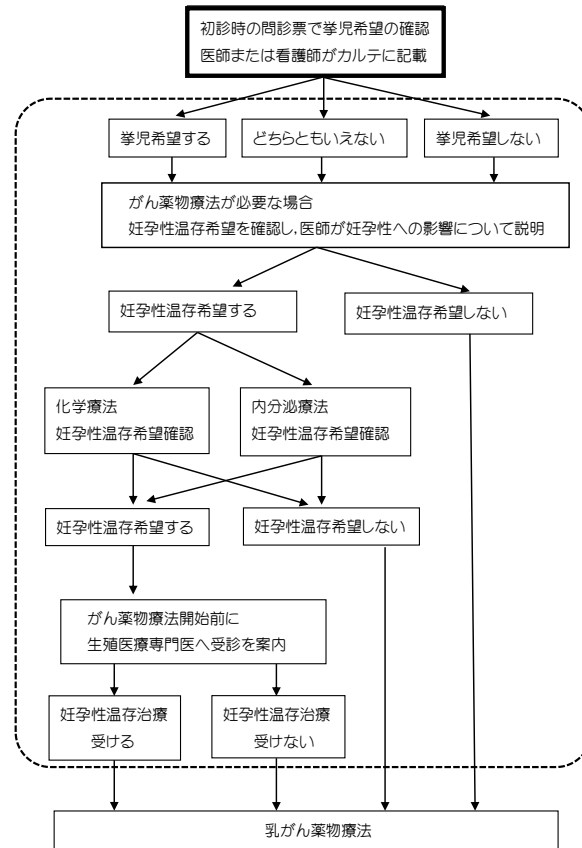


図 3 A 病院における妊孕性温存に関する患者の意思確認方法

2. 研究対象者の選定方針

1) 研究対象者数の設定

研究対象者数は、15～30名程度とする。

質的研究の標本抽出を評価する基準は、情報の妥当性(十分さ)と適切性(ふさわしさ)である。M-GTA はあらかじめデータ収集を行い、データ収集が全て終わってから得られた全データの分析をしていくが、豊富な面接内容(データ)であれば、およそ10～20名程度でデータの飽和化に到達する(木下, 2003, pp. 123-130)といわれている。

本研究対象者は、妊孕性に関する意思決定後、①妊孕性温存治療を受けた患者、②妊孕性温存治療を希望したができなかった患者、③妊孕性温存治療を希望しなかった患者の3集団が推測される。A病院乳腺外科において、がん薬物療法開始前に患者の妊孕性温存に関する意思確認方法のシステムが確立されて以降、妊孕性温存治療を受けると決めた患者は年間10名程度である。このため、①の集団10名+②および③の集団20名=30名となる。これらの理由から研究対象者数は、15～30名程度と設定した。

また、本研究は面接法によるデータ収集を行い、M-GTA の手法で分析する質的研究である。M-GTA の方法論的限定という特徴およびデータの収集と分析を作業的に切り離すという特徴を反映させ、研究期間内での実施可能数としても 15～30 名程度と設定した。

2) 研究対象者

本研究の研究対象者は以下の 8 条件をすべて満たす者とする。

- (1) 妊孕性温存に関する意思決定を行った時点で、20 歳以上 45 歳未満の女性
- (2) がん罹患歴のない初発乳がんで医師から診断名を伝えられている日本語での会話可能な患者
- (3) 乳がん薬物療法開始前に、妊孕性温存に関する意思決定を行った患者
- (4) 病期は問わず乳がん薬物療法直後を避け、かつ乳がん薬物療法開始後の経過年数が 6 ヶ月以上 10 年以下とする。
- (5) 研究参加依頼時および面接時に転移や再発が認められない患者
- (6) 研究参加の同意が得られる。
- (7) 乳がん診断後、初めて受ける治療が手術療法の患者
- (8) すべての治療を終えて外来通院中の患者および、薬物療法中で外来通院中の患者

乳がん薬物療法直後を避けた理由は、薬物療法直後は身体的・精神的に不安定な状態であること、乳がん薬物療法開始後 6 ヶ月以上期間をあけることにより、身体的・精神的な状態が回復へ向かい、気持ちを整理しながら記憶を思い起こせると考えたためである。また、上記 (4) において 10 年以下とした理由は、データ収集フィールドである A 病院乳腺外科における妊孕性温存に関する確認システムの構築が未確立段階での対象者を除外することにより、データの質を保つためである。さらに、本研究のデータ収集方法は過去の出来事などを想起して語ってもらう面接法を予定している。どれくらいの時間を遡って想起できるかは人それぞれ異なっているが、若年であることから 10 年前のことなら、思い出せると考えた。

3) 除外基準

下記の患者は研究対象者から除外する。

- (1) 精神疾患を有する、および精神的に不安定な状態にある患者
- (2) 体調不良が予測される患者

3. データ収集方法

1) 事前準備

本研究は研究者が研究対象者へ1人につき1回、60分程度の面接を行い、それによって得られたデータを分析する。そのため、研究者自身の面接技術への課題を見出すこと、面接技術の向上を目指すことを目的に面接トレーニングおよびパイロットインタビューを行う。面接の等質を保証するための面接技術の確認内容は、半構造化面接法を用いて行う際の質問項目の内容および順序の適正とわかりやすさである。また、対象者への質問の伝え方や対象者と研究者間での言葉の差異（方言など）を理解することである。これらに着目しながら適宜修正を行うことにより、対象者に伝わりやすい言葉を選択し、対象者が語りやすいその場に適合した面接ができるようになる。これらにより、面接技術の向上と本調査による面接の等質を保証することが可能となる。

面接トレーニングは、研究者の所属施設で女性の大学院生を模擬対象者として面接を行う。面接後は模擬対象者および質的研究者である指導教員より評価を受け、必要な修正を行う。

パイロットインタビューは、A病院乳腺外科外来を通院中の患者のうち本研究の対象候補者となりうる患者、あるいは非対象者（面接期間中には転院する患者、術前化学療法を受けた患者など）を乳がん看護認定看護師から紹介を得る。紹介を得た患者へ、本研究の趣旨と目的および本調査前のパイロットインタビューであることを口頭で説明し、同意を得た患者に対してパイロットインタビューを行う。その後、面接ガイドの必要な修正を行う。

さらにA病院乳腺外科外来の診療を見学する。実際の診療室内で参加観察することで、乳がん治療と妊孕性にかかわる患者の経験の様相を把握することができる。よって、これらの事前準備は、対象者に適合した面接技術の向上と患者視座から徹底した分析を可能にするためである。

2) 対象者のリクルートおよび研究参加の内諾と同意の手続き

A病院乳腺外科医師および乳がん看護認定看護師より対象者基準8項目を全て満たした研究対象候補者の氏名と対象候補者になりうる患者の紹介を得る。研究対象候補者になりうる患者に対して、共同研究者（研究分担者）である乳がん看護認定看護師が研究協力に関する内諾を得る。内諾を得た対象候補者の外来受診日にA病院乳腺外科外来のプライバシーが保てる環境で、研究者は研究目的と意義・方法・倫理的配慮等について文書および口頭で対象候補者に説明する。研究協力の同意を得られた場合、「同意書」に署名を依頼し、署

名が得られた研究対象候補者を研究対象者とする。

3) 面接日時の決定

面接日時は、研究対象者の乳腺外科外来診療日もしくは研究対象者の都合を最優先させて決定する。

- (1) 研究対象者の同意後、同意が得られた当日に面接を行う場合は、対象者の受け持ち看護師に面接時間が予定処置と重ならないことを確認するとともに面接場所を伝え、対象者が居る場所を伝えておく。
- (2) 研究対象者の同意後、面接を別日程で行う場合は、研究対象者の都合を最優先し日程調整を行う。また、研究対象者が面接場所を指定する場合は、その場所へ出向き面接を行う。

4) 面接場所

面接場所は、原則としてA病院のプライバシーが保てる個室に準じた場所とするが、研究対象者が面接場所を指定する場合は、その場所とする。対象者指定の場所であっても、プライバシーが保てる個室に準じた空間を作る。

5) 面接の方法

研究者は研究協力の同意が得られた研究対象者に対し、研究対象者の疲労を考慮し、一人1回原則として60分以内で面接を実施する。一人の研究者が一貫して全ての対象者の面接を行うこととする。面接開始前には必ず再度研究参加の意思を確認し、体調も良いと判断できた場合に限り面接を始める。

面接は、A病院のプライバシーが保てる個室に準じる環境下において、研究者が作成した面接ガイドに基づいて自由回答法による半構造化面接法を行う。研究対象者からの承諾が得られた場合に限り面接内容を録音する。録音に同意が得られない場合にはメモを取りながら面接を行い、面接終了直後にメモと記憶をもとに逐語的に記述する。録音した場合には、面接内容を逐語録として研究者自身が紙媒体におこす。録音に同意が得られた場合は、研究対象者の目の前でICレコーダーのスイッチをONまたはOFFにし、この時点で録音を開始または終了したことを明確に対象者に伝える。

6) 記録調査法

研究対象者の診療記録から以下のような情報を得る。

- (1) 疾患名、(2) 治療内容、(3) 既往歴、(4) 問診票、(5) 医師の説明内容に関する試料を得る。ただし、研究者は電子カルテの直接的閲覧は行わない。電子カルテからの記録調査

は、A病院の乳がん看護認定看護師（分担研究者）が実施し(1)～(5)の情報を得る。

4. データ分析方法

本研究は面接内容の逐語録をデータとし、M-GTA の手法を用いて質的な分析を行う。

分析焦点者は、「初めて乳がんと診断され、がん薬物療法前に妊孕性温存に関する意思決定を求められている 20 歳以上 45 歳未満の女性」とする。

分析テーマは、「分析焦点者は、乳がん治療と妊孕性に関する情報を得てから、がん薬物療法開始前までに妊孕性温存に関して、どのような感情を抱き、どのように思い、考え、迷い、受け止め、どのような価値観をもち、妊孕性温存に関する意思決定にどのような人物や出来事が影響し、それらに対してとった行動および、何を重要視して妊孕性温存をするかしないかを決めていき、決めたことにどのような感情を抱いているのか、その一連の過程」とする。

下記の図 4 はデータ収集以降の分析過程である。分析方法は 1)～8)の手順で行う。

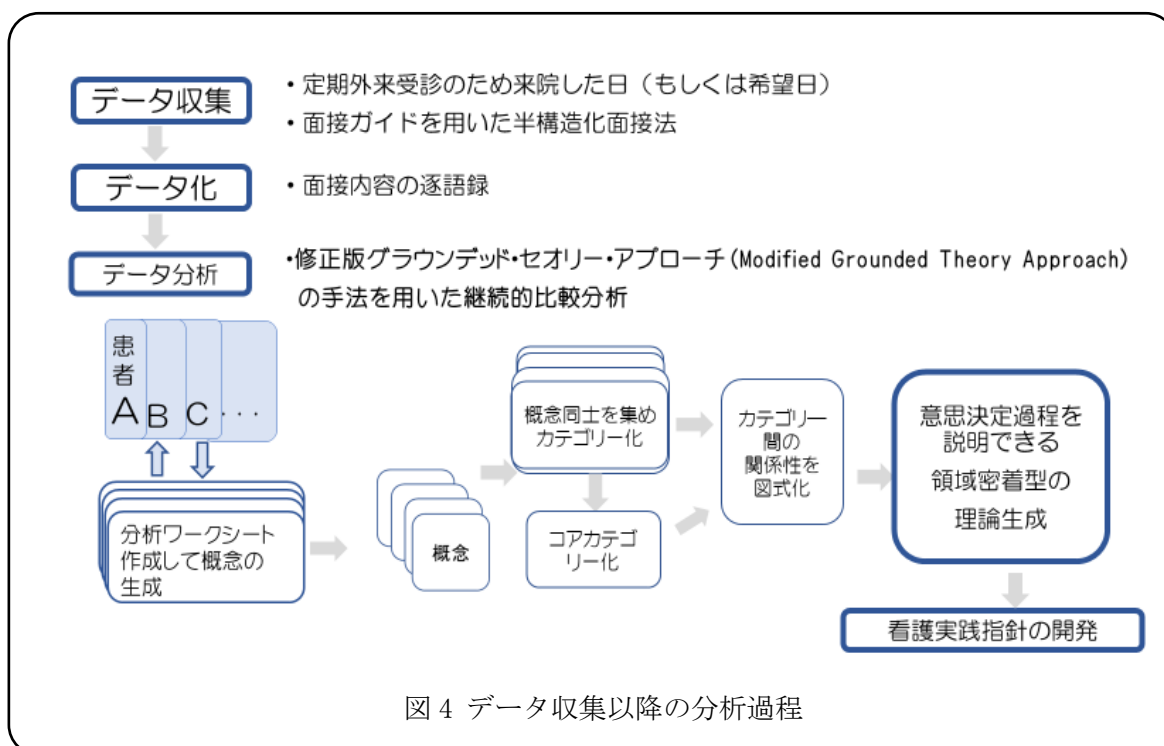


図 4 データ収集以降の分析過程

- 1) 全研究対象者から得られた全データを限定されたデータとし、その中から豊富なデータが得られている研究対象者の全データを 1 例目として熟読し、全データ内に存在する分析テーマに関連する箇所に着目し、1 つの具体例として分析ワークシート内に記載する。

- 2) その具体例が分析焦点者にとって何を意味しているのかを解釈し、その意味を忠実に表すよう命名し、概念を生成し、同じ分析ワークシート内の概念の欄に記載する。
- 3) 上記 1) 2) の手順で新たな概念が生成されるごとに分析ワークシートを作成し、概念・定義・具体例・理論的メモを記載する。
- 4) 上記 1) 2) 3) と同時に、生成し始めた概念の側からデータを見て、すでに作成した概念の具体例と判断したときには、その概念生成を行った分析ワークシートの具体例の中に追加記入する。
- 5) 2 例目以降は、理論的サンプリングおよび継続的比較分析を行うために対極例と類似例の比較の観点から上記 1)～4) の手順を繰り返す。同時に概念間の関係性を検討し図式化する。
- 6) 全研究対象者の分析終了後、意味内容が同類の概念同士を集めカテゴリとし、各カテゴリの関係性をメモする。カテゴリとしてまとまる概念がない概念はそのまま概念とし、カテゴリと同等の説明力をもつ概念とする。
- 7) 全カテゴリ間の関係性を検討し、過程の動きを説明するコアカテゴリが生成できれば生成する。コアカテゴリの生成ができない場合はカテゴリのままとする。
- 8) 生成した概念やカテゴリ相互が、妊孕性温存に関する意思決定過程のどの部分に位置づくのか、その過程のどのような動きの説明になるのかを検討し、相互の関係性を明らかにし、その関係性を包括する結果図を作成し、結果図に示した内容を簡潔に文章化してストーリーラインを作成する。分析過程では質的研究の専門家のスーパービジョンを受け、研究実施責任者および研究実施者 2 名での繰り返しによる分析内容の一致性を確認し、分析の真実性 (trustworthiness) の確保に努める。

5. 倫理的配慮

本研究に関わるすべての研究者は「ヘルシンキ宣言」および「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」を遵守して実施する。

まず、甲南女子大学研究倫理委員会および研究協力施設である A 病院での研究倫理審査委員会の承認を得た後に実施した。甲南女子大学研究倫理委員会による承認番号は (2018019) であり、A 病院での研究倫理審査委員会の承認番号は (研 1903-004) である。

研究対象者へ書面と口頭で十分に研究目的や方法、倫理的配慮を説明し、同意書の署名にて研究参加の同意を得る。この時、研究参加の利益・不利益を説明し参加は自由意思である

こと、参加拒否あるいは参加同意後に撤回した場合も一切の不利益を被ることはないことを説明する。提供されたデータは匿名性を守り、研究目的外に使用することはないことを伝える。研究対象者の秘密保護に十分配慮する。具体的には、記録調査により収集した情報や面接によって得たデータは個人が特定されないよう研究用 I D を割り振り、データ・同意書・同意撤回書は施錠可能な場所に保管する。保管期間は、研究発表の準備ができてから 5 年間とし、保管期間が過ぎた時点で録音データや電子データは復元できないよう消去し、紙媒体は裁断機にかけて処分することを伝える。また、研究成果については、研究対象者個人として特定されないようにまとめ、学術集会や学術誌での発表を行うことを伝える。

この研究において、特に倫理的配慮を必要とすることとして以下に挙げる。

本研究は研究対象者の通常診療後に面接を行うため、診療後の拘束時間が通常診療より 60 分程度延長する。会計処理などの待ち時間を使うようにすることで、拘束時間による負担を緩和するよう配慮する。面接においては、過去の体験を想起しながら語ることにより、集中力を要し身体的・心理的な疲労感および体調不良を生じさせる可能性がある。そのため、状態の変化に注意しながら問い方に配慮する。面接中に疲労感が生じた時には速やかに面接を中止するとともに休息を促し、医師または看護師に報告し適切な対処をする。面接により過去の否定的な感情や直面した困難などが呼び起こされ、過去の負の体験を想起させる可能性もある。そのため、研究対象者の次回定期外来受診時に、研究分担者である乳がん看護認定看護師により研究対象者の面接後の状態確認を行う。

第4章 結果

I. データ収集の概要

データ収集期間は2019年4月から2020年1月までの9ヶ月間であった。A病院乳腺外科医師および乳がん看護認定看護師より対象者基準8項目を全て満たした研究対象候補者の氏名と対象候補者になりうる計36名の患者の紹介を得た。研究対象候補者になりうる36名の患者一人ひとりの外来診察時に、まず初めに共同研究者(研究分担者)である乳がん看護認定看護師が研究協力に関する内諾を得た。内諾を得た対象候補者にA病院乳腺外科外来のプライバシーが保てる環境で、研究者が研究目的と意義・方法・倫理的配慮等について文書および口頭で対象候補者に説明し、「同意書」への署名が得られた人を研究対象者とした。このような方法で順次研究協力の依頼をした結果、紹介を受けた36名中6名が拒否した。最終的に研究協力の同意および署名が得られた30名を研究対象者(以下、対象者)とした。

面接においては、過去の体験を想起しながら語ることになるため集中力を要し、身体的・心理的な疲労感および体調不良を生じさせる可能性があったため面接中に疲労感が生じた時には速やかに面接を中止することになっていたが、疲労を訴えた対象者はいなかった。また、面接により過去の否定的な感情や直面した困難などが呼び起こされ、過去の負の体験を想起させる可能性もあったため、対象者の次回定期外来受診時に、分担研究者である乳がん看護認定看護師により対象者の面接後の状態確認を行ったが、該当者は皆無であったことから、心療内科等への紹介が必要となった対象者はいなかった。

面接内容の録音について説明したところ、30名全員から同意が得られた。面接時間は最小23分、最大74分で一回の面接時間は一人につき平均45.5分であった。面接時間を60分以内と設定していたが、予定時間を超過した場合もあった。しかし、対象者の体調不良が認められず、対象者の語りが続いているときは無理に遮らないようにして、最大15分面接時間を延長して終了した。

面接内容の逐語録の分量はA4用紙222枚、263,556文字であった。

II. 対象者の概要

対象者30名の概要は表3に示すとおりである。対象者の年齢は、27歳から42歳の範囲で、平均34.8歳であり、妊孕性に関する意思決定から面接までの期間は約1~9年の幅があった。

対象者の年代別構成は表 4 および、年代別割合は図 5 に示すとおりである。対象者の年代別構成および年代別割合を見てみると、30～34 歳代が 14 名（47%）と最も多く、次いで 35～39 歳代の 10 名（33%）、40～44 歳代が 5 名（17%）、20 歳代が 1 名（3%）であった。

対象者の A 病院初診前における妊孕性温存に関する知識の状況については図 6 に示すとおりである。初診前に、がん薬物療法によって生じる妊孕喪失の可能性と妊孕性温存について「知っている」人は 12 名（40%）であり、妊孕性喪失の可能性および妊孕性温存に関する「どちらかを知っている」人は 5 名（17%）、「知らない」人は 13 名（43%）であった。

対象者の初診（問診）時の婚姻・家族構成は図 7、初診（問診）時の妊孕性への希望状況は図 8 に示すとおりである。図 7 に示すとおり、初診（問診）時の婚姻・家族構成は、未婚でパートナーなしの人が 11 名（37%）、未婚でパートナーありの人が 4 名（13%）、既婚で児なしの人が 10 人（33%）、既婚で児ありの人が 5 名（17%）であった。また、図 8 に示すとおり問診時に「今後、妊娠・出産を希望しますか」という問いに対して「はい」と回答した人は 18 名（60%）、「いいえ」と回答した人は 4 名（13%）、「どちらともいえない」と回答した人は 8 名（27%）であった。

面接時の婚姻・家族構成は図 9 に示すとおりである。面接時の婚姻・家族構成の状況を見てみると、図 9 に示すとおり、未婚でパートナーなしの人が 7 名（23%）、未婚でパートナーありの人が 2 名（7%）、既婚で児なしの人が 8 名（27%）、既婚で妊娠中であり、すでに児ありの人が 13 名（43%）であった。一方、図 7 に示すとおり、初診（問診）時の婚姻・家族構成は、未婚でパートナーなしの人が 11 名（37%）、未婚でパートナーありの人が 4 名（13%）、既婚で児なしの人が 10 名（33%）、既婚で児ありの人が 5 名（17%）であった。すなわち、初診（問診）時の婚姻・家族構成と、治療経過をたどって時間を経た後の面接時の婚姻・家族構成を比較すると変化していた。

乳がん診断後の対象者に関する婚姻・家族構成の変化は図 10 に示すとおりである。初診（問診）時の婚姻・家族構成と、治療経過をたどって時間を経た後の面接時の婚姻・家族構成を比較すると、図 10 に示すとおり、未婚でパートナーなしの人は 11 名から 7 名に、未婚でパートナーありの人は 4 名から 2 名に、既婚で児なしの人は 10 名から 8 名に、既婚で妊娠中であり、すでに児ありの人は 5 名から 13 名に変化していた。このことは、本研究の対象者が、乳がん治療を受けながらも子どもをもつことができたことを示す結果であった。このような変化の状況を図 10 に、乳がん診断後の対象者に関する婚姻・家族構成の変化とし

て示している。

対象者が受けたがん薬物療法の内容については図 11 に示すとおりである。化学療法が 8 名 (27%)、ホルモン療法が 9 名 (30%)、化学療法とホルモン療法の併用が 12 名 (40%)、薬物療法を拒否した人が 1 名 (3%) であり、化学療法とホルモン療法の併用を受けた人が最も多かった。

年代別妊孕性温存の有無については図 12 に示すとおりである。本研究において、妊孕性温存をすると決めた対象者は 30 歳代のみであり、20 歳代、40 歳代の対象者は妊孕性温存をしないと決めていた。30 歳代全体では、子どものいない対象者の約 76% が「温存する」と決めていた。しかし、35 歳を区切りとした内訳をみると 30 代前半では約 71% が温存することを決め、30 代後半では約 60% であった。したがって、30 歳代前半に比べて後半になると温存する割合は 11% 減じていた。

妊孕性温存治療に関する内容は図 13 に示すとおりである。卵子凍結をした人は 7 名 (23%)、受精卵凍結をした人は 8 名 (27%)、ホルモン療法を拒否した人は 1 名 (3%)、妊孕性温存を選択しなかった人は 14 名 (47%) であった。本研究において、妊孕性温存をすると決めた対象者は 30 歳代のみであり、30 歳代の計 24 名中 15 名 (62.5%) が妊孕性温存治療を受けていた。

対象者の乳がんステージについては図 14 に示すとおりである。本研究の対象者における乳がんステージは、II B が最も多く 9 名 (30%)、ついで I および II A がそれぞれ 7 名 (23%) であった。

III. 分析結果

1. 生殖年齢にある女性乳がん患者の妊孕性温存に関する意思決定過程

1) 生殖年齢にある女性乳がん患者の妊孕性温存に関する意思決定過程の全容

逐語録に起こした面接内容をデータとして、M-GTA の手法を用いて分析した結果、生成された概念は 77 概念で、うち 69 概念から 15 カテゴリーが生成され、残り 8 概念はカテゴリーと同等の説明力をもつ概念であった。これら 15 カテゴリーのうちの 14 カテゴリー、およびカテゴリーと同等の説明力をもつ 8 概念を包括するコアカテゴリーを 2 つ生成した (表 5)。

生成された 2 コアカテゴリー、15 カテゴリー、および 8 概念相互の関係性を包括的に表す結果図を作成した (図 15)。さらに、結果図の概要を簡潔に文章化したストーリーラインを以下の通り作成した。なお『 』はコアカテゴリー、【 】はカテゴリー、《 》はカテゴリーと同等

の説明力を持つ概念を示している。

生殖年齢にある女性乳がん患者の妊孕性温存に関する意思決定過程は、『まだ先でよかった産む・産まないの選択を間近に迫る期日までにと伝えられ、力の限り考えめぐらし結論を出す』および『私の人生の地図を描き変え始める』をコアカテゴリとする過程であった。

コアカテゴリ『まだ先でよかった産む・産まないの選択を間近に迫る期日までにと伝えられ、力の限り考えめぐらし結論を出す』は、医師・看護師からの妊孕性温存に関する説明を受けた後、【乳がん治療と未来の出産を同時に考えられる意外性に驚きと安心を感じる】【産む自由も産まない自由も同時に持ち合わせていた自分に気づかされる】【迷わずためらわず妊孕性温存する・しないを即決する】《乳がん治療以外のことを考えるゆとりはない》4通りの体験から始まり、手術・術後薬物療法の必要性説明、妊孕性温存する・しないの確認という出来事を経て【結局は自分で決めるしかない】に至り、温存する・しないのいずれかに決めていく過程であった。

医師・看護師から妊孕性温存に関する説明を受けた対象者は、【乳がん治療と未来の出産を同時に考えられる意外性に驚きと安心を感じる】【産む自由も産まない自由も同時に持ち合わせていた自分に気づかされる】【迷わずためらわず妊孕性温存する・しないを即決する】《乳がん治療以外のことを考えるゆとりはない》の4通りの体験をしていた。

【迷わずためらわず妊孕性温存する・しないを即決する】体験をした対象者の一部および【産む自由も産まない自由も同時に持ち合わせていた自分に気づかされる】体験をした対象者は、【おっぱいをあげられるはずだった人生を強制終了で奪われるようでやりきれない】感情に襲われ、【手近なインターネットから役立ちそうな情報を必死で探す】行動をとっていた。また【乳がん治療と未来の出産を同時に考えられる意外性に驚きと安心を感じる】体験をした対象者は、すぐさま【手近なインターネットから役立ちそうな情報を必死で探す】行動をとっていた。【手近なインターネットから役立ちそうな情報を必死で探す】行動は、《温存治療と維持にかかる高額な費用が温存する方向に傾く気持ちにブレーキをかける》体験につながり、続いて【乳がん治療後の年齢を見積もり、未来の自然妊娠、高齢出産、子育てについて考えめぐらせる】体験、さらに《子どもを望む今と、これまでの人生の足跡をたどり葛藤する》体験を引き起こし【おっぱいをあげられるはずだった人生を強制終了で奪われるようでやりきれない】体験につながり【手近なインターネットから役立ちそうな情報を必死で探す】行動に戻っていた。【おっぱいをあげられるはずだった人生を強制終了で奪われるようでやりきれない】から【手近なインターネットから役立ちそうな情報を必死で探

す】《温存治療と維持にかかる高額な費用が温存する方向に傾く気持ちにブレーキをかける》【乳がん治療後の年齢を見積もり，未来の自然妊娠・高齢出産・子育てについて考えめぐらせる】《子どもを望む今と，これまでの人生の足跡をたどり葛藤する》までの体験は，順序性をもってサイクルのように循環する過程であった。しかし【迷わずためらわず妊孕性温存する・しないを即決する】体験をした対象者の中には，サイクルのように循環する過程には入っていかなかった対象者も存在した。

サイクルのように循環する過程のうち《温存治療と維持にかかる高額な費用が温存する方向に傾く気持ちにブレーキをかける》【乳がん治療後の年齢を見積もり，未来の自然妊娠・高齢出産・子育てについて考えめぐらせる】体験には，相互作用を引き起こす複数の体験が存在していた。それは，【相手の気持ちを押し量りながら“する・しない”，“どの方法がいいか”を見極めていく】《相手と共に納得のいくまで話し合う》体験であった。対象者は自分だけの考えではなく相手の出方を見極めつつ，妊孕性温存する・しないのいずれかに決めていこうと模索していた。

サイクルのように循環する過程を進んでいる対象者および【迷わずためらわず妊孕性温存する・しないを即決する】体験をした対象者でサイクルのように循環する過程には入っていかなかった対象者は，手術・術後薬物療法の必要性説明および妊孕性温存する・しないの確認をされたとき，2通りの体験をしていた。すなわち，サイクルのように循環する過程を進んでいる対象者は《自分にぴったり合うオーダーメイド情報を求めて専門医療者を頼る》体験をしたが，【迷わずためらわず妊孕性温存する・しないを即決する】体験をした対象者でサイクルのように循環する過程には入っていかなかった対象者は，この時点で温存しないとの結論に至っていた。

医師・看護師から妊孕性温存に関する説明を受けたとき《乳がん治療以外のことを考えるゆとりはない》体験をした対象者は，その後手術を受け，術後薬物療法の必要性および妊孕性温存する・しないの確認をされたとき，《乳がん治療以外のことを考えるゆとりはない》体験は，【迷わずためらわず妊孕性温存する・しないを即決する】および【産む自由も産まない自由も同時に持ち合わせていた自分に気づかされる】体験に置き換わっていた。このうち【産む自由も産まない自由も同時に持ち合わせていた自分に気づかされる】体験は【おっぱいをあげられるはずだった人生を強制終了で奪われるようでやりきれない】感情を引き起こしサイクルのように循環する過程に入っていく対象者もいれば，【迷わずためらわず妊孕性温存する・しないを即決する】体験に置き換わっていた対象者は，即決で“温存しない”

結論へ至った対象者も存在していた。サイクルのように循環する過程に入っていった対象者は、その過程を循環しながらもいずれかのタイミングで《自分にぴったり合うオーダーメイド情報を求めて専門医療者を頼る》体験に踏み出していた。

《自分にぴったり合うオーダーメイド情報を求めて専門医療者を頼る》体験にまでたどり着いた対象者は、【限られた時間で人生の大きな決断をせまられる一方でわからないことが多すぎて混迷を極め消耗する】ことになりつつも【温存する、しない、するならどの方法か、決め手を探る】体験を繰り返す中から【結局は自分で決めるしかない】に至り、温存する・しないのいずれかを決めていった。これに対して《自分にぴったり合うオーダーメイド情報を求めて専門医療者を頼る》体験をした対象者の一部は、再びサイクルのように循環する過程に戻っていった。このような対象者においては《自分にぴったり合うオーダーメイド情報を求めて専門医療者を頼る》体験とサイクルのように循環する過程との間でそれらが相互に作用し合っていた。この相互作用の過程において対象者の体験は2通りに分離していった。1つは【自分主導でパートナーと私の人生を動かす】体験、他の1つは《自分にぴったり合うオーダーメイド情報を求めて専門医療者を頼る》体験に落ち着くことであった。【自分主導でパートナーと私の人生を動かす】ことにした対象者は、【結局は自分で決めるしかない】に至り、温存する・しないのいずれかを決めていった。他方《自分にぴったり合うオーダーメイド情報を求めて専門医療者を頼る》行動に落ち着いた対象者は、【限られた時間で人生の大きな決断をせまられる一方でわからないことが多すぎて混迷を極め消耗する】ことになりつつも【温存する、しない、するならどの方法か、決め手を探る】体験を繰り返す中から【結局は自分で決めるしかない】に至り、温存する・しないのいずれかを決めていった。

コアカテゴリ『私の人生の地図を描き変え始める』は、【結局は自分で決めるしかない】に至り、温存する・しないのいずれかを決めてから【手は打てたと安堵し新たな人生の再構築を始める】までの過程であった。

【迷わずためらわず妊孕性温存する・しないを即決する】体験をした対象者の中で、術前術後一貫して温存しないとの決定をした対象者は、《今いる子どものために何としてでも生きる》覚悟をしていた。同じ覚悟をした対象者であってもその後は2通りの体験をしていた。1つは、すでに子どもがいて本人が予定していたとおりの家族計画が完了している対象者の場合は、時間が経過して行く過程で自問自答しても覚悟は一切変わらず《今いる子どものために何としてでも生きる》覚悟が継続する対象者であった。これに対して覚悟はしても時の経過とともに【心に空いた穴にサイズの合わない別の言い訳や代替え行動を埋め込み納得

させる】《子ども産んでこそその女性の人生という価値観から解き放たれる》体験をする対象者もいた。これらの体験は相互に影響し合い、対象者は気持ちの揺らぎを感じながらも結局は《今いる子どものために何としてでも生きる》覚悟を再確認し、生きる方向を見据えていた。

一方、“温存しない”と決意した対象者のうち術前術後一貫して温存しないとの決定をした対象者以外の対象者は、【手は打てたと安堵し新たな人生の再構築を始める】体験をしていた。この体験をした対象者の中には、《子ども産んでこそその女性の人生という価値観から解き放たれる》軽やかさを実感する対象者もいれば、安堵感もある反面【心に空いた穴にサイズの合わない別の言い訳や代替え行動を埋め込み納得させる】対象者もいた。これらの体験は【手は打てたと安堵し新たな人生の再構築を始める】ことと相互に影響しあい、対象者の中に気持ちや行動の揺らぎを生じさせていた。

対して、“温存する”と決めた対象者は、【温存すると決めたからにはヤキモキしつつも敷かれたレールの上を踏み外さずひたすら慎重に進む】ことで【手は打てたと安堵し新たな人生の再構築を始める】体験をしていた。しかし同時に《温存した安堵感の一方で治療後の妊娠・出産にまつわる新たな心配が押し寄せてくる》相反する体験もしていた。【手は打てたと安堵し新たな人生の再構築を始める】《温存した安堵感の一方で治療後の妊娠・出産にまつわる新たな心配が押し寄せてくる》の相反する体験は相互に影響しあい、2つの体験の間で揺らぎが続く場合もあった。しかし、対象者は最終的には【手は打てたと安堵し新たな人生の再構築を始める】ことに積極的に踏み出していた。

『まだ先でよかった産む・産まないの選択を間近に迫る期日までにと伝えられ、力の限り考えめぐらし結論を出す』および『私の人生の地図を描き変え始める』の2つのコアカテゴリから成る意思決定過程は、【他者の力を借りる】ことで支えられており、また【他者の力を借りる】は、対象者を意思決定へ向かわせる推進力となっていた。

2) コアカテゴリ、カテゴリ、カテゴリと同等の説明力を持つ概念の定義および具体例

表5に示した2コアカテゴリ、15カテゴリおよびカテゴリと同等の説明力を持つ8概念について、定義および典型的具体例を示し説明する。なお「**斜体ゴシック体文字**」は具体例、()は文脈を明確にするための研究者による補足、(数字)は対象者番号である。

(1) コアカテゴリの定義

『まだ先でよかった産む・産まないの選択を間近に迫る期日までにと伝えられ、力の限り考えめぐらし結論を出す』は、医師および看護師の説明からがん薬物療法によって妊孕への

負の影響が生じる可能性を知り、さらに薬物療法開始までに妊孕性温存をする・しないのいずれかを選択するように求められ、思ってもいなかった急な展開に戸惑いながらも多方面から精一杯検討し、最終的に妊孕性温存をする・しないを決意していくことを示している。

このコアカテゴリは、11 のカテゴリおよび5 つのカテゴリと同等の説明力を持つ概念で構成されていた。

『私の人生の地図を描き変え始める』は、妊孕性温存する・しないを決めた後、これまでに持ち合わせていた妊娠・出産・子どもに対する考え方、感情、行動を変化させていくと共に新しい認識や価値観へと自分の内面を切り替えていくことを示している。

このコアカテゴリは、3 つのカテゴリおよび3 つのカテゴリと同等の説明力を持つ概念で構成されていた。

(2) カテゴリ、カテゴリと同等の説明力を持つ概念の定義および具体例

【乳がん治療と未来の出産を同時に考えられる意外性に驚きと安心を感じる】

【乳がん治療と未来の出産を同時に考えられる意外性に驚きと安心を感じる】は、乳がん治療と並行しながら、がん薬物療法を受けることによって生じる妊孕性機能の喪失を回避する方法があることを医師・看護師による説明によって知ったとき、がんであっても産めること、産める方法があることに思ってもみなかったことだとびっくりしつつも、産める可能性を残すことができることに安堵していることを示している。

このカテゴリは〔がん罹患が出産願望を阻みはしないとの医師の見解に産みたい気持ちがクローズアップされる〕〔乳がん治療と同時に妊孕性を温存できると聞き、意外な驚きと安心を感じる〕〔妊孕性喪失の説明で落ち込むのではなく乳がん治療を乗り越えたら産めると前向きに捉える〕の3概念から構成されていた。

〔がん罹患が出産願望を阻みはしないとの医師の見解に産みたい気持ちがクローズアップされる〕

「先生から(抗がん剤やホルモン)治療を受けたら妊娠の可能性もありません(可能性はなくなりまず)とはっきりと言ってくれたので、逆に私子どもをもちたかったんだなーって気づいたんですよね。自分の欲求というか(12)」

「先生に会って一番最初に言われたのが「子ども欲しいよね」って言われて。卵を残しておいて治

療が終わった後、妊娠するかしないかは絶対できますとは言えないけど、そういう治療法がありませんと言われてすごいドキッとして。子どもが欲しいから不妊治療を始めてっていうのを分かってくれる先生がいたんだなあと思って。最初の治療のいろんな事を前向きに頑張ろうかなって思えたのは、「妊娠したいよね」っていうのがきっかけだったと思います(15)」

「本当にかん治療は抗がん剤をやってそれで終わりみたいなのがあったので、そういう影響があるんだっていうのは(を)知ってびっくりっていうのもありました。怪しいと言われた時に「結婚しとけば良かったなー」ってすごい言ったんです。そしたら、こういうのもあるよーっていうのを教えてくださいましたので。めちゃくちゃ欲しいというわけではなかったんですけど、いざできなくなるかもしれないと言われると、これは欲しいわと思いました(27)」

[乳がん治療と同時に妊孕性を温存できると聞き、意外な驚きと安心を感じる]

「最初がんって診断されて、子どもが、がんでもできる、あ、つくれるっていうのには正直驚いた。がんっていう病気自体が、すごい怖い病気っていうイメージしかなかったからっていうのもあると思います。戸惑い、戸惑いと違うかもしれないけど、がんになっても子どもが産めるかもしれないと思って悲しいと思ってないので、前向きな驚きといった感じです(21)」

「治療を最優先と思っていたので、妊孕性も自分が妊娠したりだとか子どものことをそこまで考えてもらえるっていうのが、同時にその話をして頂いたっていうのがちょっと意外だったっていうか。治療中心で、妊娠のことはその後なのかな、とか勝手に思ってたところがあったんですけど、同時に話をしてもらったので安心できたっていうか。将来の自分のこれからの先のことを含めて子どもを産みたい産みたくないも一緒に考えられるんだなっていうふう(28)」

[妊孕性喪失の説明で落ち込むのではなく乳がん治療を乗り越えたら産めると前向きに捉える]

「治療を乗り越えたら大丈夫だろうっていう勝手な自信があつて。それまで自分の体もそんなに病

気になったこともなかったですし、元気だったので治療を終わっても子どもは自然に授かれるだろうという、願い半分、自信半分くらいで(11)」

「うーん。そんなに落ち込んでないというか、結構私は前向きだった気がします。子どもができない、というよりも、治療したらできるから、まずは乳がんの治療してから次のステップとして子どもを授かるという、なんかそういう勝手に大丈夫だろうじゃないけど、まあそういうのがあったんで。まあ、悲しいのは悲しかったんですけど。なんか、ガーンという感じで毎日すごしてた感じではなかったです(21)」

「別の方法とかそれこそ卵子凍結とか保存の話とか手立てがあるんじゃないかなと勝手に考えていたので、そこまでしょげるといって落ち込むというようなことはなかったかなと。それよりかは、いい方法がないかなーって感じで探した、探すほどではなかったと思います。当時の先生も看護師さんも卵子保存の方法もこういう方法もあるからねっていうことを言われていたので。(23)」

【産む自由も産まない自由も同時に持ち合わせていた自分に気づかされる】

【産む自由も産まない自由も同時に持ち合わせていた自分に気づかされる】は、医師や看護師から妊孕性に関する説明を聞くことによって、自分は女性であり、女性として本来産める性であったことを改めて意識するとともに産まない選択肢があることも自覚し、自分の妊娠・出産・子どもについての価値観を明確にさせられることを示している。

このカテゴリは「私にも産む選択肢があるとの意識がにわかに浮上する」〔意識下に潜んでいた子どもを産むことに対する価値観が突如表面化する〕〔温存で残すのは凍結された「モノ」か「いのち」か急ぎ考えめぐらす〕の3概念から構成されていた。

〔私にも産む選択肢があるとの意識がにわかに浮上する〕

「先生から治療中は妊娠出産ができないとおっしゃっているのを聞いた時は、ちょっとオオーとなんか涙が出てオオーと自分でもびっくりして、子どもが欲しかったのかなーって。これまで絶対に子どもを産みたいというような思いは特になかったんですけど、そのうちと思ってました。産むまいという未来を考えてなかった。だからその可能性がなくなるかもしれないと思った時に強いパッと

(子どもがほしいと)湧き上がった(12)」

「私の周りにも結婚しなくて子どももない同僚もたくさんいるから、その中で暮らしていると麻痺してまだまだ大丈夫みたいな気持ちになって今はいいかなと思ってただけで。じゃあ実際どうなのかなと思ったら、いらないううふうにはスパッと言えない、もしくは欲しい。みんな子どもができていたのを見たら、ちょっと羨ましいなって思ったりするところもあったのかなと(29)」

[意識下に潜んでいた子どもを産むことに対する価値観が突如表面化する]

「生命の誕生って大きいかなーっていう私の中ではあるので。陣痛とか妊娠とかも一回でいいっていう人もいるかもしれないけど、私は陣痛痛かったけど全然オツケーぐらいの感覚の人なので(7)」

「胸を取るとかそういう前に、すごく子どもが欲しかった(15)」

「自分の子どもは昔から本当にもつつもりがなく、なんでかはよくわからないんですけど(16)」

「私自身が元々そこまで、そこまで子どもが欲しいというタイプではなかったの。(中略)産むことに対して私が怖いっていう、何かわからないんですけど。大変なんかなあとか、お金をかけてまで治療というところまでは踏み込むつもりもなかったの(14)」

[温存で残すのは凍結された「モノ」か「いのち」か急ぎ考えめぐらす]

「今は卵子凍結とかまだ命がないもの、そういうものよりも今あるものを大切にしようと思って、卵子凍結しないことを決めて治療にも前向きに向かうことができました(3)」

「受精卵ってということは、もう赤ちゃんじゃん」って思っ。20%の確率ですよと言われても、卵がちゃんと大きく育つのが。いや、でもできるかもしれない、と思った(15)」

【迷わずためらわず妊孕性温存する・しないを即決する】

【迷わずためらわず妊孕性温存する・しないを即決する】は、医師や看護師から妊孕性温存に関する説明を聞いたとき、即座に温存する・しないの決意を伝えること、あるいは内心ではどちらを選択したいかを決めているが、その決断に対する不動の確信にはまだ至っていない状態を示している。

このカテゴリは〔その場の勢いで直感的に即決する〕〔すでに子育て中、温存はしない〕〔今なら若い卵子や受精卵を残すことができる〕〔万が一を考えると、今温存しなければ絶対後悔する〕〔がん治療を延期してまで温存しようとは思わない〕〔なにがなんでも子どもがほしいわけではない〕〔温存する選択肢があるなら産める可能性だけは残しておきたい〕の7概念から構成されていた。

〔その場の勢いで直感的に即決する〕

「もう、でも一瞬でした。一旦帰って相談してみますと言いましたが、その時点でほぼ自分の中では決まっていたね(7)」

「気持ち的には、ほぼほぼ私の中では多分最初から決まっていたというのはあって、その気持ちは決まっていたね。しないでらうっていうのは頭にあったので(14)」

「もう即決だったと思います。ためらわず、迷わず。産婦人科の先生にどういふふうにして卵を取っていくっていうのを聞いて帰る？って聞かれて、「聞いて帰ります」って言って。あーもうやろうって、多分その説明を聞いたその日に決めました(15)」

「ほぼホントに直感みたいな感じでそうしようと思ったんですけど、自分の選択が正しいのかとか、具体的にどういふふうに進めていけばいいとか、そのあたりに関してはいろんな人の意見とか助言が聞きたかったんで、いろんな人にお話を伺いたいなと思いました(19)」

〔すでに子育て中、温存はしない〕

「私の中では病気とは関係なしに子どもは3人までというか、子どもは3人欲しいなというのがあったので、それ以上希望するっていうのは考えになかったです(3)」

「子ども1人産んでその時点で7歳になっていまして、子どもを育てるっていうのはちょっと2人は無理だなと思っていたので主人とはその話に合意できていたので、それで躊躇なく(温存は)しないと(10)」

「即答でもう大丈夫ですと言いました。しないって。もう子どもが2人もいたし(17)」

[今なら若い卵子や受精卵を残すことができる]

「だから決め手としては、できるだけ若い時の受精卵を残したいっていうのが大きかったです(15)」

「とりあえず今のうちに、30代前半の卵子をたくさん残しておきたいと思いました(27)」

[万が一を考えると、今温存しなければ後悔する]

「万が一(生理が)戻らなかった時に絶対後悔するなと思って、それでもうその時点で卵子の保存はするっていうのはもう決めてました(19)」

「どうしたら一番自分が後悔しないかっていうことをずっと考えていましたね。現状の段階で受精卵を凍結することとしないことを考えた時にどちらがより自分が将来的にやっとならばよかったって、もしくはやらなければよかったって思うかなって考えた時に、受精卵は凍結しておいた方が自分にとっての後悔は少ないなっていうふうに思ったんですね(26)」

「とりあえず後悔はしたくなかったっていうのが一番ですね。ここでちょっと何か悩んで、例えばこれから結婚したとして、仮にもう閉経とかしていたらその時点でアウトなわけで。だったら可能性は低くても出来るだけのことは今のうちにやっておこうと思ったのが決め手ですかね(27)」

[がん治療を延期してまで温存しようとは思わない]

「(温存を)したかったんですけど、やっぱりお金の問題、抗がん剤を打つ治療が延びるということがあったので、先に(がんを)治したいなっていうのが理由としては一番ですね(8)」

「これから手術をして化学療法をする治療があるのに、その前にもう一つ大変なことをするっていう選択はもういいんじゃないのかっていうことになって(11)」

「主人とは病院で看護師さんから聞いた時にまあ普通に帰り際とかに温存はないよなーっていう話で車の中で話してたように思います。夫婦間の中でもその答えに対しては一致してました。多分その問題よりも病気に対しての問題の方が大きかった(14)」

[なにがなんでも子どもがほしいわけではない]

「まあ(子どもが)できたらできた、できなかつたらできなかつたらうぐらいな感じで。だから絶対に欲しくて欲しくてというタイプでも二人はなかつたですね(11)」

「関心があったのは乳がんの治療に関してで、そこまで子どもを熱望はしていなかつたので(18)」

「親が支援してあげてもいいということで金銭的には問題なかつたんですけど、夫婦でお互いあんまり子どもが嫌いというわけではないんですけど、そんなにすごい欲しいっていう夫婦でもなかつたのもあって(25)」

[温存する選択肢があるなら産める可能性だけは残しておきたい]

「だから一個でも可能性を残せるならと思っていました。妊娠の可能性が少しでも残るなら、っていう可能性ですね(12)」

「いざ選択肢が無くなる、子どもを産めないですよというふうになった時に、なんとなくそれをストレスに感じるかなと思ったんですね。(中略)多分(ストレスに)感じるであろう、と思ったので今の方法(受精卵凍結)を選んだ(22)」

「そういう選択があるのであれば、そういう生殖機能が失われてしまうかもしれないというリスクを聞いた時に、そういう選択肢を希望したという形ですね(28)」

《乳がん治療以外のことを考えるゆとりはない》

《乳がん治療以外のことを考えるゆとりはない》は、医師や看護師からの妊孕性温存に関する説明を聞いた時点では、乳がんを治すことしか考えられない状態にいることを示している。

「産むとか産まないとかう時点で、死ぬか生きるかだったのでそれどころではないというのが正直なところ。自分が今後妊娠して出産するかよりも、自分は生きるのか死ぬのかっていうところの話だったので、正直あんまり(医師や看護師の説明は)聞いてなかったです。だから人間生存本能が一番なんだと思うんですけど、やっぱり自分の今後の方が怖かったです。だからそこ(妊孕性温存に関すること)はちょっと霞んでいた状態です(16)」

「多分術後だと思います、強く意識したのは。手術する前は手術することで頭がいっぱいで、そういう多分言われたのかもしれないけど意識にはあまりなかったような気がします(24)」

「妊孕性って卵子や受精卵を残すんだろうとか、凍結するんだろうなっていう話は聞いてたけど、今の自分の現実とリンクしてなかったのが先生たちの話を聞いて自分のことだって理解して。先生の話、看護師さんの話、産婦人科で先生の話聞いた時に深くそう感じましたね(29)」

【おっぱいをあげられるはずだった人生を強制終了で奪われるようでやりきれない】

【おっぱいをあげられるはずだった人生を強制終了で奪われるようでやりきれない】
は、子どもを産み育てるという当たり前と思っていた人生の出来事が乳がん治療によって

問答無用で奪われるように感じてしまい、悲しみで気持ちがいっぱいになっていることを示している。

このカテゴリは、[おっぱいをあげられなくなる自分はやりきれない] [治療によって女性の特権を問答無用で奪われるようで受け止められない] [提示された治療を受けることは産める性の喪失危機でもあると自覚する] [乳房と妊孕性両方の喪失の予感に襲われ女性ではなくなるような切なさに襲われる] [結婚・出産は女性としての当たり前前の人生だと思い込んでいた] の5概念から構成されていた。

[おっぱいをあげられなくなる自分はやりきれない]

「放射線をすることでもう母乳が出なくなるっていう話を聞いた時に、私としてはそれがなんか結構ショック…だったんですけど。(中略) 頭では分かっているんですけど、なんかそれがすごくこうガーンときて放射線科でちょっと泣いてしまったことがあって(2)」

「やっぱり自分の病気によって断乳しないといけないというのが、最初はすごくショックでつらかったから。(3)」

「おっぱいをあげられなくなるのかなっていうのがすごく辛かったんです。私はこれで子どもにおっぱいをあげるっていうことができないのかって思って。で、そう思った時にやっぱり私はすごく子どもが欲しいと強く思っていたんだなと自覚したので(19)」

[治療によって女性の特権を問答無用で奪われるようで受け止められない]

「人生設計の中で病気でダメになる遮断された感じっていうのは予想外だったので。そこが一番ショックはショックでしたね。自分で相手がいないからしょうがないって言う月日の流れ方じゃなかったから。やっぱりそこで病気であーダメになるんだなっていうのを、そこがまだ受け止めにくかった(4)」

「やっぱり病気で強制終了、強制終了みたいな感じに思うのは、ありますね。自分の意思とは関係

ないところで、やむなく妊娠する可能性を中断する、諦めきれないなというまだ年齢でしょう？(7)」

〔提示された治療を受けることは産める性の喪失危機でもあると自覚する〕

「やっぱりこう女性としての能力が奪われる気がすごくしてたので。だから治療することによってそれはすごく怖いなと思って。(中略)でもやっぱり自分の妊娠できる力とか、(母乳を)出す能力とか、そういう女性としてのなんか自分の機能が失われていく感じっていうのを恐怖に感じるというか(2)」

「先生の話聞いた時に覚悟はしてたんですけど実際に聞くと、ちょっと動揺したんですかね涙が出て、その時初めて泣いたの覚えています。私に子どもを産む可能性がなくなることもあるんだな、と(12)」

「手術をして、お乳が無くなるということは正直そんなにショックではなくて、それよりも子どもが産めなくなることはないけど、産みにくくなるということの方がショックだったと思いました(18)」

〔乳房と妊孕性両方の喪失の予感に襲われ女性ではなくなるような切なさに襲われる〕

「なんかもう女じゃないみたい。だって胸もなくなるし、子どもも産めなくなってしまうので。ちょっと、夫がかわいそうだなと思いましたね、結婚して3年ぐらいの時だったので。だから別に、言われたわけではないんですけど。なんかもう女じゃなくなるかもというような喪失感というか、そういうのはありましたね。治療中はずっとそのことばかり考えてしまうので、ずっとありましたね(25)」

「やっぱり女性性といいますか、私の場合は両側全摘だったので乳房がなくなる。再建するのは決まってたんですけど、乳房なくなるし。子どもも産めなくなるし、ってなるとやっぱり女性性が全て失ったみたいな感じがあったので。やっぱり子どもを産むっていうことは私の中で非常に大きな女性性、女性しかできないことですし。(26)」

〔結婚・出産は女性としての当たり前前の人生だと思い込んでいた〕

「治療を優先しないといけないんだろうけど、でもいつか結婚した時に子どもをもてるのかなってすごく不安でしたね。もうそっちの方が不安というぐらいに(2)」

「子どもは産めるだろうと、勝手に結婚して子どもができるっていうのは普通の流れだと思っていたので(18)」

「子どもが産めなくなるっていうことを病気がわかるまで考えたこともなかったの、考えたこともなかったし産もうと思えばいつでも産めるじゃないですけど、本当に当然産めるもんだらうっていうふうに考えてたので。(26)」

【手近なインターネットから役立ちそうな情報を必死で探す】

【手近なインターネットから役立ちそうな情報を必死で探す】は、情報入手のツールとして身近にあるインターネットを駆使し、あの手この手で検索を繰り返しながら自分の知りたい情報を収集することを示している。

このカテゴリは、〔ネット情報は自分に合う情報かどうか判別できない〕〔古い情報や辛さを助長する情報には距離を置くよう心掛けつつ探す〕〔乳がんと妊孕性の情報はネットサーフィンしないと掴めず、時間もかかる〕の3概念から構成されていた。

〔ネット情報は自分に合う情報かどうか判別できない〕

「(情報は)あまりなかった気がしますね。主に乳がんに関しては結構いっぱいあったんですけど、不妊治療の話とか見てた気がしますね。順番こういう(治療の)順番とか、「でもなんか、私とは違うしな」と思ったりとか(19)」

「(調べて)出てきたけど、結局人によって違うんだっていうことは心のどこかでわかっていたので、数字も全てじゃないから結局統計なので(24)」

「正直なところ治療と妊孕性ってどの程度を両立できるのかっていうことがわからなかった、自分で調べた範囲では全然わからなかったんで、その辺を詳しくこちら(データ収集フィールドを指している)だったらお伺いできるかなと思ってこちらに来させていただこうかなと思ったんですけど。何が正確な情報なのかっていうのが当時はわからなかったんですよ。(26)」

〔古い情報や辛さを助長する情報には距離を置くよう心掛けつつ探す〕

「やっぱりブログでそういう経験をずっと綴ってらっしゃるとか、たくさんいらっしゃったので。最初はすごく読み漁ってたんですけど、やっぱりこうちょっとそれを読むことで辛くなったりすることもあったりしたので、ちょっと付き合い方考えた方がいいかもなーって思った記憶はありますね(2)」

「やっぱりネットとか SNS とか重い病気の人を書いてることとかが多いので、読んだら暗くなってきた。読むのをやめようと思って途中で止めた(6)」

「情報に関しては毎晩スマホにかじりついて見たりしていたので、でもやっぱりあんまり調べすぎてもよくなかったなーって今になってちょっと思いますね。結局やっぱり間違った情報とか古すぎる情報とかいくらでも転がっているので (27)」

〔乳がんと妊孕性の情報はネットサーフィンしないと掴めず、時間もかかる〕

「乳がんのことも妊孕性のことも、どちらも調べました。ホルモン治療のこととか、抗がん剤治療でどれぐらいダメージがあるとか、卵子凍結のこととか全部調べました。大体知りたいことは同じようなことが書いてましたけど、色んな所に飛ぶというか、いろんなページを見ると余計に分からなくなってくる。スッキリ一個で色んなことが分かるようなことがあれば、あった方がいいですけど。色々やっぱり検索検索で、時間がかかるので(18)」

《温存治療と維持にかかる高額な費用が温存する方向に傾く気持ちにブレーキをかける》

《温存治療と維持にかかる高額な費用が温存する方向に傾く気持ちにブレーキをかける》は、妊孕性温存治療を望む気持ちがあっても、その治療と維持に必要となる費用が高く、それが重荷となり、温存したい気持ちを抑え込んでいくことを示している。

「お金も結構何十万とか、保存するのにも維持費用にも聞いたら結構費用がかかるって言われたので、そこのお金もそうそう出るわけではないなということなので。結局それ(妊孕性温存)は諦めて抗がん剤を打つという形になりました(8)」

「保険も効かないし、それですごい高いだけで、それで子どもができなかったら…困るなあっていうか。それで(夫と)喧嘩になっても嫌だなとか、思っていましたね(15)」

「一番は残すか残さないかとどれぐらいの費用がかかるのか。自費だと言われたので金額面が悩む材料でした(29)」

【乳がん治療後の年齢を見積もり、未来の自然妊娠、高齢出産、子育てについて考えめぐらせる】

【乳がん治療後の年齢を見積もり、未来の自然妊娠、高齢出産、子育てについて考えめぐらせる】は、乳がん治療完遂後の年齢を予測し、高齢での出産になるかどうかを推察し、そのことを手掛かりにして自然に妊娠する可能性および子育てや子どもの成長発達を含めたリスクを予測しながら妊孕性温存する・しないの検討を重ねることを示している。

このカテゴリは、〔治療完遂後は高齢出産、自然妊娠の可能性や子育てを想定しながら考える〕〔高齢で出産し十分な子育てができるかを懸念する〕の2概念から構成されていた。

〔治療完遂後は高齢出産、自然妊娠の可能性や子育てを想定しながら考える〕

「(迷ったのは)年齢ですね。高齢出産で(乳がんの診断を受けたときは)36だったから、将来的なものが見えるようで見えてなかったの。(中略)まあ変な知識みたいなものもあったのかもしれないですけど、高齢になるとそういう(高齢出産の)リスクだとかそういったものがやっぱり頭の中にあったのかなと(14)」

「ホルモン療法の終わる年が45歳だと思ったので、45歳から自然妊娠って大丈夫かな？って。
(中略) 35歳のうちに採れた卵と、45歳から(自然妊娠)できないんだったら受精卵でとか、そこ
から(妊娠)するのってどうなんだろうって思って産婦人科の先生にも相談したら早い方がいいで
すよって聞いて(15)」

「年齢によって考え方も違うと思いますし。例えば今結婚して8年ぐらい経ちますが、今乳がん
になって凍結するかどうかで聞かれたら、するかもしれないです。35、40を過ぎて一般的には
高齢出産っていわれてるので。(中略) 年齢の発症の時期にもよるのかなあと思います(18)」

[高齢で出産し十分な子育てができるかを懸念する]

「高齢出産になると言葉を選ばせてもらおうと、あまり健康的な五体満足みたいな子どもじゃない可
能性が高くなるっていうふうな世間の風潮に自分が乗った感じです。(中略) テレビとかで
もよく高齢出産は難産が多いとか、そこら辺のリスクも考えてやっぱりもう自分は選択しなかったと
ころの方が大きいと思います(4)」

「高齢になると子どもの発達の遅れがとかそういうのも含めてですね。あと自分が子どもを産んだ
後で再発になった時に主人への負担ですね(14)」

「もしたとえ、それ(温存)がうまくいって10年後43歳になったときに妊娠して生まれました(中
略) 何か自分に負があって産んだ場合に、本当は健康だったとしてもアラを探してダメなんじゃ
ないかみたいなことを思ってしまう(25)」

《子どもを望む今と、これまでの人生の足跡をたどり葛藤する》

《子どもを望む今と、これまでの人生の足跡をたどり葛藤する》は、産めなくなるかもし
れないと突きつけられ、にわかには子どもを産みたいと思っている今の自分と、子どもをもつ
ことにさして真剣に関心を向けることなく生きてきたこれまでの自分とのギャップを感じ、
身勝手な自分ではないかと自問し苦悩していることを示している。

「子どもが、わたし産みたかったんです。自分の性格がなんか邪魔してたのかなって思うんですよ。ずっと彼氏とかはできたのに別れちゃうとか、だから結局 20 代で結婚できればよかったのかなとか(8)」

「私、子どもをもちたかったんだなーって気づいたんでしょうね。自分の欲求というか。でもその後、私好き勝手に自分で選んで 30 半ばまで子どもを産むこともせず好き勝手にやってるのに、いざ勝手なのかなって思ったりとかはしました。葛藤というか。普通第一目的だったら子どもを産んでるはずやんなあとか、勝手なんかなあとか。でも病気になるとは思ってなかったし、分からなかったですね(12)」

「何をしようたん自分はって感じで思いました。なんかすごい情けない感じだったと思います。くやしいのも、もちろん。いつかは子どもが欲しいなあっていうのは漠然と思ってたんですけど、ずっと仕事仕事仕事って感じだったので。うーん、何しよんじやろ？なんでこんな病気になったんかな？っていう感じでしたけど(20)」

【相手の気持ちを押し量りながら“する・しない”，“どの方法がいいか”を見極めていく】

【相手の気持ちを押し量りながら“する・しない”，“どの方法がいいか”を見極めていく】
は、内心では温存する・しないのいずれかを決めているが、夫やパートナーあるいは親が妊孕性温存に対してどのように思っているのかを表情や言動から察したり感じとったりしながら、温存するのかしないのか、するならどの方法かを検討している状況を示している。

このカテゴリは〔受精卵凍結は相手のあること，自分の思いを押しつけない〕〔夫・パートナーや親の意向する方向へ意思が傾く〕〔自分の両親や相手の両親を気づかいつつ最善の方向を探る〕〔既婚者ゆえに受精卵凍結も可能であるが決めかねる〕〔夫の反応を見ながら，温存したい私の意向を少しずつ伝える〕の 5 概念から構成されていた。

〔受精卵凍結は相手のあること，自分の思いを押しつけない〕

「籍を入れるか，入れないかっていうことになって，籍を入れて受精卵にしようかっていうところまで話が進んだんですけど，やっぱりホルモン値のことを知って，言ってなかったんです。でも分か

りますよね説明などの過程で、それがわかったら絶対やだってなって、結局諦めました(16)」

「ちょっと、どうしようかと思ったんですけど。もう聞いたのをそのままというか資料ももらったので、その資料も(パートナーへ)渡して読んでもらって、どうする?って言って。まあ私が受精卵保存したいなと思ってたけど、あんまりそれを言うのもなあと思って…。まあなんかこう迷惑かけるのを申し訳ないなと思ってるって話をしたら。それはもうこのタイミングで(結婚)するしかないよねっていう感じにはなりましたね。言ってちょっと迷ってたんだと思いますけど向こうは、大きなことだったので。(19)」

[夫・パートナーや親の意向する方向へ意思が傾く]

「両親の気持ちを考えると、う～ん、何て言うのかな、まあそういう可能性があるならしてもらったみたいなの両親からの言葉があったり。自分のことというより、なんか両親の事を考えてましたね(5)」

「パートナーが私の体が一番で、子どもをもてるか分からない可能性を残すことで、もし、がんに悪い影響を与えるんだったら俺は絶対に籍を入れないぞって相手が言っている。私の中では受精卵じゃなかったら、もう残さないって決めていたんです(16)」

[自分の両親や相手の両親を気づかいつつ最善の方向を探る]

「一番重要視したのは、実は二人の問題ではなくて。両親とか祖母とかに言うことですね。というのが旦那が一人っ子だったので、もし産まなければもう子どもができないことになるじゃないですか。(中略)旦那の両親も高齢なので、ちょっと理解が難しい。やっぱり女の人は子どもを産んでなんぼっていうところがあったりして、考えに。ちょっと難しいところがありましたね(25)」

「困った事はやっぱりちょっと親の意向ですかね。最初はやっぱり反対されて、術前はリンパにいていないという話だったので「好きにすればいいじゃない」みたいな感じだったんですけど。や

っぱりステージ 1 から 2 に上がったことで、その辺がやっぱり親は心配していたみたいです(27)」

「なんかもしその治療でダメージを受ける可能性があるから子ども産めなくなるかもって言ったら、きっと泣く、両親は悲しがるよなあとかですけど。でも方法はあるってということとセットでなら説明できるなあ、そんな感じで思いました(30)」

〔既婚者ゆえに受精卵凍結も可能であるが決めかねる〕

「温存する過程で旦那が精子を取らないといけないとか、そういう今までやったことのない未知に対してのあんまり協力的ではないし(25)」

「私は、比較的積極的に将来を希望残したいというのがあったんですけど、夫は年齢も私より四つ上で 40 だし、もうそれはしなくていいかなっていう将来設計を頭の中に入れているようだったので。まあそれだったら今受精卵にしなくてもいいのかなあと(29)」

〔夫の反応を見ながら、温存したい私の意向を少しずつ伝える〕

「そういうのを(温存を)希望しているというふうに分かる自分の気持ちをちょっとずつ伝えて探るというか、主人はどうかなっていうのを。主人は私の体を優先してほしいというところだったんですけど、将来的には やっぱり子どもが欲しいっていう思いは一緒だったので、その考えとしては一緒だったというふうに話をしている形で。(中略)この人はどう感じているのかなっていうのをちょっとずつ探るような感じで少しずつ話題にして、ちょっとずつ重ねてっていう形ですね(28)」

《相手と共に納得のいくまで話し合う》

《相手と共に納得のいくまで話し合う》は、温存する・しないについて当事者である本人と夫やパートナーが相談を重ねて、互いに得心できる答えを導き出していくことを示している。

「婦人科を紹介していただいてそちらに主人と一緒にいったんですけど、温存するにあたって何度も病院に通わないといけないとか、ちょっと日にちがかかるという説明を受けて主人と相談して、(中略)もう自然に任せて乳がんの治療が一段落してその後に授からなかったとしても、それは二人で生きていこうという話を二人とも納得して(11)」

「そもそも妊孕性温存するのかとか、子どもを将来子どもを本当に産む決断をするのかとか色々話し合っただけ。ただ当時は決められなかったんですよね、産むとか産まないとかっていうのは。だけど、主人と話し合った結果まあ残しておいて受精卵を残しておくことに対して損はないだろうと、(中略) とりあえず受精卵の凍結だけはっていう話し合いになったんです(26)」

【自分主導でパートナーと私の人生を動かす】

【自分主導でパートナーと私の人生を動かす】は、妊孕性温存を検討するうえで、パートナーへ自分から結婚してほしいと伝える、あるいは別れ話をすることによって、これまでの関係性を大きく変えていくことを示している。

このカテゴリは「婚姻につながる受精卵凍結を決意しパートナーと私の人生を動かす」
「パートナーの将来を案じて別れを告げる」の2概念から構成されていた。

「婚姻につながる受精卵凍結を決意しパートナーと私の人生を動かす」

「悩んだことは、パートナーが本当に結婚してくれるかな？ということ。それがないと受精卵保存っていうのができないので。そこは、こう大丈夫かなという悩みはありましたね。でも一番大きかったのはそこかなと思います(19)」

「もし結婚する気があるんだったら結婚してしまっただけで籍を入れてそこから病院へ行って卵を残しておきたいんだって話して、じゃあそうしようという感じで話しました。返事は即答でした(20)」

「パートナーの将来を案じて別れを告げる」

「抗がん剤を打つ前に一回会った時に私から「会わない」という形で言ってお別れしました。たぶんやっぱり私とかいても…付き合っただけで子どもが生まれるっていう人と付き合ってもらった方がいいのかなと思ったので。妊孕性に関する話はしてませんね。相談せずに相手の人のことを考えてお別れした感じです(8)」

「私から切ったんですけど、ちょっとこのままでいくと向こうにも悪いなと思ったのが一つあったので。だから結構短期間にいろんなことを考えました。だからこっちから解散しましょうみたいなことを言いました(27)」

《自分にぴったり合うオーダーメイド情報を求めて専門医療者を頼る》

《自分にぴったり合うオーダーメイド情報を求めて専門医療者を頼る》は、自分の病態に即した最適な情報とともに妊孕性温存をするか否かの判断をするために、医師・看護師・不妊不育カウンセラーなどの専門家からの情報を望み求めることを示している。

「でもやっぱり先生(医師)の話が一番ですね。ネットはあまり参考にはしてないです。まあ決断は、先生の話の方が大きかったと思う(4)」

「自分の選択が正しいのかとか、具体的にどういうふうに進めていけばいいとか、そのあたりに関してはいろんな人の意見とか助言が聞きたかった。で、(乳がん看護認定)看護師さんにも大分お話を聞いて頂いたのと、あと(妊孕性専門乳腺外科)先生も説明に来て下さって、あと不妊不育のカウンセラーの方を紹介していただいてお話を聞いていただいたのと、婦人科の先生にもたぶんその段階で相談させていただきたいような気がします(19)」

「その時の情報の提供がすごく良かったと思います。あと連携。カウンセラーの方は産科の方だったんですけど、ご紹介くださったのと。あと医療機関の枠を超えて、ここじゃない他へ行った方がいいよと選択をしてくださったのもその方だったので。(中略)情報の提供、仕方というのは、それがすごく大事です。すごくピンポイントというか全然ずれてなく一貫してフォローしてくれたというのはすごく大きかったと思います(22)」

【限られた時間で人生の大きな決断をせまられる一方でわからないことが多すぎて混迷を極め消耗する】

【限られた時間で人生の大きな決断をせまられる一方でわからないことが多すぎて混迷を極め消耗する】は、温存するか否かの決定をしなければならない期日が迫ってくる一方で未知の事柄に対して判断に迷い、決心出来ず迷い苦悩し、そのことで心身共に疲弊していることを示している。

このカテゴリは〔温存やその後の妊娠・出産過程での女性ホルモン上昇が乳がん増悪や再発を連想させ不安で怖い〕〔かける費用と受精率・妊娠率への確証がない未来について勘案する〕〔現時点では乳がんと妊孕性温存の歴史が浅く情報も少ないため判断がつかない〕〔乳がん再発リスクの統計値が示す意味について考えをめぐらす〕〔抗がん剤の影響を受けた身体から生まれた子どもの発育が心配で判断がつかない〕〔乳がん治療から温存・出産までの道のりをイメージできずどうすべきかわからない〕〔期日がジリジリ迫り人生に影響する選択が不安でエネルギーがいる〕の7概念から構成されていた。

〔温存やその後の妊娠・出産過程での女性ホルモン上昇が乳がん増悪や再発を連想させ不安で怖い〕

「再発したらもう根治は無理っていう話を何かで聞いていたので。再発は無理と思って、それは嫌、嫌と思って。それですね、それが怖いんです、やっぱり。妊娠したら病気が再発するリスクがグッと上がるイコール再発くらいのイメージがあったかもしれないです(7)」

「私はエストロゲンが増えたら良くないタイプのがんなんですけど、卵子凍結の過程でエストロゲンを増やしたらどうなるのかとか、私の命なのかどうなのか自分で判断できないので、これいいのかなとか、なんかそれが不安で。(中略) 転移の可能性とかも判断できるような知識もないですし、ひたすら怖いって思ったりとかした日もあった(12)」

〔かける費用と受精率・妊娠率への確証がない未来について勘案する〕

「実際温存してたからといって100%(子どもが)できるわけでもないわけで、だからそこに投資っ

ていうのは。(中略) 考えるにあたってはちょっと悩むぐらいの金額ではあったかなと。だから1つの考える材料にはなっていましたね(14)」

「今の技術では分からないですけど、当時は受精率が低いといわれていたので。さらにお金も何十万もかかるといわれていたので、変な話まだ若いからお金もないので、親にそこまで頼るかっていうのも頼れないです。(中略) やっぱ受精率が低いのに、低いのがわかっているのに凍結するっていうそのリスクが、どうなのかなと(18)」

「結構高額なお金をかけて、毎年保管費とかもかかって。でももし、いざ妊娠するっていう時に、その卵子が実際使えなかったらかなりショックだろうなあとか、なんかその辺はウーンってなりましたけど。これも可能性の話だから、もうどうなるかも全然分かりませんし(30)」

〔現時点では乳がんと妊孕性温存の歴史が浅く情報も少ないため判断がつかない〕

「一番はやっぱり病気への影響があるかないかですね。そこが不明だった点です。その不明なところが、私も嫌だったしパートナーはもっと嫌だった。その明確な数値が今の段階ではまだわからない。乳がんの患者が卵子を凍結して初めてまだ何年しか経ってないのでデータが無いって言われて(16)」

「先生に話を聞いてもやっぱりまだわからないっていうようなところがすごく多かったので、まだこれから研究が始まる場所でそういうデータは今のところはないんだっていうようなことを知ったので。結局ないのかと思った記憶はありますね(26)」

「リンパに転移があったので治療を本当に遅らせていいのか、ホルモンを使って卵子の数を増やすわけなので、ちょっとその辺がどうなるのかなっていうのはものすごく心配でした。(中略) 妊孕性温存自体がそんなに長い歴史があるわけではないと思うので、遅らせたことによって再発する第1号になったらどうしようとか、ちょっとあったんですけど(27)」

[乳がん再発リスクの統計値が示す意味について考えをめぐらす]

「ホルモン治療したらどれくらい再発リスクが減るのかとか。迷ったから多分数字で判断しようと思って、そういうような質問をたくさんしたような気がします。でも先生の話聞いても結局分からなくて、判断がつかなくて。まあステージ1だったので再発リスクが5%、統計上ですけどね。それがホルモン治療をすることによって、2~3%になるって言われて。5が2,3になったら半分になるけども、でも5%しかないものが2~3%になるってすごいなんか変わらないような気がして。結局数字は参考にならないっていうか迷うだけだったなあって(24)」

[抗がん剤の影響を受けた身体から生まれた子どもの発育が心配で判断がつかない]

「抗がん剤とかの影響を体が受けていて、そこで子どもが育つので、その前に(卵子)を採ったとしてもあまり良くない状態になっていると影響を受けるんじゃないかっていうふうに想像しました。インターネットを見たり本を読んだりとかはしました。でもそこら辺はわからないっていうのが正直なところです。(中略) 胎児に抗がん剤の影響がなかったとか、ホルモン治療をしていて10年間ホルモン抑制してたのに子どもが普通に健康に能力にも害がないような感じで生まれてるとか。なんかそういった詳しい情報はなかったですね(24)」

[乳がん治療から温存・出産までの道りをイメージできずどうすべきかわからない]

「一番最初に産みたいですという気持ちがあったんですけど、産むっていう過程をどういう過程なのかを私は知らないじゃないですか。その凍結があるんですよーとかは看護師さんが話を聞いてっていう話なので。私の本心は今でも産みたいです。だけど、過程的にはそういうこと(妊孕性温存)をしないと産めませんよという過程が出てくるらしい。って、今はそうわかってるんですけど、あの頃は分からないので(8)」

[期日がジリジリ迫り人生に影響する選択が不安でエネルギーがいる]

「悩んでも時間が過ぎるだけだし、ここまでには決めてくださいって言われていたので、多分ギリギリまで悩んで、そうしますって言ったけど。伝えたけど本当にこれでいいのかなっていう思いはずっとありました(5)」

「人生の中でめっちゃ悩んだ経験の一つだったかなあと。そうですね、大きな決断を、ここまでそんなになかったかなあと(29)」

「困ったことというか、妊孕性温存もですけど治療法で部分切除をするのか全摘にするのかとか、遺伝子検査とか受けるのか受けないのかとか、もう決めることが結構あって。その一個一個がすごく大きくて、今後の自分の人生に関わるなっていうので。なんか一つ一つを選択するっていうのがすごくエネルギーがいったというか。なんかその一個一個決めていくっていうのは結構大変でした(30)」

【温存する、しない、するならどの方法か、決め手を探る】

【温存する、しない、するならどの方法か、決め手を探る】は、妊孕性温存をするか否か、する場合は受精卵凍結、卵子凍結、卵巣組織凍結のいずれの方法が今の自分の状況において最適であるか、知り得た情報を総合的に勘案しながら、何を理由にそれを選択するのかを熟考することを示している。

このカテゴリは、[未婚ゆえに相手との結婚が現実的か否かで受精卵凍結を視野に入れる] [年齢が温存する・しないの決め手になる] [卵子凍結か卵巣組織凍結、ホルモン療法より妊活優先か、選びきれず迷路にはまる] [温存費用は高額と知っているが“しない”を選択する決め手にはならない] [AMH 検査、遺伝子検査の結果は強力な決め手、温存する・しないを真剣に考える] の5概念から構成されていた。

[未婚ゆえに相手との結婚が現実的か否かで受精卵凍結を視野に入れる]

「夫とは当時は一緒に住んでなくて、結婚どうなのかなって感じでした。だから勇気を出して話があると切り出したんですけど。(中略)でも結局は私の方でちょっと順番が違う気がして、自然にしようと思って卵子凍結にしました。無理だと思ったんです。今は結婚とかもしてないのに、

急に受精卵の凍結って違うかなって思ったんです、その時は(12)」

「結婚するかどうか分からないので、その人と受精卵を作ったところで結婚しなかった場合意味なくなるじゃないですか。だからその温存っていうことは考えてなかったです。(中略)むこうは受精卵を凍結したらという話は出てたんですけど、正直変な話、結婚するかどうか分からないので(18)」

「受精卵保存をしようっていうふうに決めたのは、たぶんその話を聞いて2週間とか1週間ぐらいで私の中では決めていて。ただまあちょっと結婚していないとそれ(受精卵凍結)ができないので、その今の主人というか当時付き合っていた人にどうするっていう話して、最終決定っていう感じですけど(19)」

[年齢は温存する・しないの決め手になる]

「卵子凍結とか30まだ前半だったので、そこまでしなくていいのかなっていうふうに思った(2)」

「温存はしても、40代ぐらいの卵子を温存してもあまり意味はないかなあと思った。年齢が一番たぶん大きいんだと思う。(中略)だから30代前半だったら絶対にしてると思います。その年齢的なものは、どちらかという私の方は大きいかな。40前後だったので、そこで温存はちょっと考えなかったですね(4)」

「私は乳がんのタイプがトリプルネガティブっていうホルモンマイナスだったので、長い治療はしないっていうふうに説明を受けたので乳がんの治療が終わるのは一応34歳だから、そこから子どものことを考えてもギリギリまだ大丈夫かなっていうところから少し自信があった(11)」

「まだ26だし、35とかから乳がんになったら変な話40を過ぎてしまう。それよりは希望があるのではないかと思ってましたけど。(中略)だから当時は温存はしなかったです(18)」

〔卵子凍結か卵巣組織凍結，ホルモン療法より妊活優先か，選びきれず迷路にはまる〕

「う～ん，やっぱり卵子凍結か組織の凍結かは悩みました。いろんな情報もないし，今だにそれで良かったのかなっていうのはあるし，う～ん，難しかったですね。卵巣の確率の方がなんか可能性はたくさんありそうな気がしたんですけど，その確実性というか，それで本当にいけるのか？みたいなのところがあったので(5)」

「化学療法は対象ではなくて，ホルモン療法は主治医の先生はした方がいいんじゃない？みたいな感じで，まあ絶対ではないけども勧められたのは勧められました。でも一度も(ホルモン剤は)飲んでません。それはやっぱり妊活をしたかったんで，年齢がもう高齢出産の域に年齢が35歳だから。(中略) 期限を決めてからある程度頑張っただけで子どもができなかったら，飲めばいいか，みたいなことがたぶん自分の中ではしっくりきたのかな。迷いはあったけど，やっぱり子どもが欲しかったのと，病状がすごい深刻な状況ではないと自分では思っていて(24)」

〔温存費用は高額と知っているが“しない”を選択する決め手にはならない〕

「だからお金の事と，受精卵を若い年齢のうちに残しておきたい，というのは大きかったですね。(中略) 仕事にもその感じではすぐに戻れないなって思ってたので，あーどうしようって。入ってる保険の人に相談したり，会社の人に相談したりして，まあなんとかなるかと思ったので。だから大きな決断でしたね，大きかったですね(15)」

「姉がずっと不妊治療をしてたのもあってこれぐらいっていうのはなんとなく漠然と知っていたので。なんとかなるかなっていうのもあったので，そこはあんまりネックにはならなかったです。それよりもたぶん自分は後悔するっていうことが分かっていたので，そこはあまり重要視してなかったですね，お金の事は(20)」

〔AMH 検査，遺伝子検査の結果は強力な決め手，温存する・しないを真剣に考える〕

「遺伝子検査をして。だから遺伝子検査の結果も決め手になって温存についても真剣に考えられるようになった感じです(20)」

「血液検査で卵子がどれくらいあるかって調べる検査をして。その安心材料として検査をしたんだけど、結果的にはたくさんあるからまあできるんじゃないかな妊娠と思ったんです。で、先に子どもを作ろうと思ったのかな(24)」

「最初に AMH を測った時に 38 歳相当って言われたので。ホルモン治療をやって 5 年なり 10 年なりするわけで、終わった時にかなり妊娠できる可能性が低いなっていうのはなんとなくわかったので(27)」

【結局は自分で決めるしかない】

【結局は自分で決めるしかない】は、妊孕性温存に関する自分と他者の意見や意向との相違を受け止めながらも、最終的に温存をする・しないを決意するのは自分自身であると覚悟することを示している。

このカテゴリは、〔他者の温存に関する体験は気にしないことにする〕〔温存をめぐる私の考え方は親族には受け入れてもらえない〕〔温存「する」か「しない」かは、状況によってすぐに入れ替わる〕〔子孫を途絶えさせてしまうのでないかと家系図的な責任感に襲われる〕〔自分の命と将来の命の選択か共存かに迷い苦悶するが決めるしかない〕の 5 概念から構成されていた。

〔他者の温存に関する体験は気にしないことにする〕

「そんなに人の事が気になるということはないです。そんなに気になってなかったと思います。そういうもんだと思ってたので(13)」

「今までだとどっちをとるか、妊娠を取ってその治療を諦めつつあるか、治療をするから妊娠を諦めるかどっちかの道しかなかったんですって。なので、初めてっておっしゃってたかな。なので私と当てはまる人は他にいないなっていうところがあって、逆に人の意見を聞かないと言うか参考に

しなかったというか(22)』

〔温存をめぐる私の考え方は親族には受け入れてもらえない〕

「家族、親とかは反対したんですけど。手術の後またすぐ大変だろうし、病院に通って通院するのも大変だろうし、反対したんですけど。旦那と二人でチャンス、一回しかないチャンスなので「やります」っていう感じで、やりました(15)」

「もちろん主人には相談しましたが、否定的というか、わざわざそれ(自分が子どもを産むこと)にこだわらなくてもいいんじゃないっていうところがありました。で、まあ実家の母もそんなリスクを抱えてまで、生殖医療の方に固執する必要もないんじゃないかと。だから、どちらかと言えば反対ですと。夫もそこまでして、しないといけないかなーって(22)」

〔温存「する」か「しない」かは、状況によってすぐに入れ替わる〕

「これは本当にタイミングだったんですけど天災が起きたんです。そういうことも起きたので、これは多分言い訳に使ったのかなと思うんですけど、その大洪水に見舞われて。生殖クリニックを紹介されてたんですけど、私が予約した日がびしゃびしゃで来れないですっていう連絡が来たんです。じゃあタイミングかなっていうのもあって(中略)だからそれで、じゃあもう諦めようかと(16)」

「最初は受精卵を採っとけばいいなって。選択肢の1つとして10年後に考えたらいいやって最初は思ってたんですけど。看護師さんとお話してる時に、受精卵自体がもう命の、なんか「そうね、命だもんね」みたいな話を聞いた時に、ちょっと現実味というか「ああ、そういう。そこまで思ってた。着床する・しないとかではなくて、それをなんか10年後私子どもがいないからって言って捨てるっていうことになんか初めて抵抗が出来たっていうかね。そう、なんか感じがします(25)」

〔子孫を途絶えさせてしまうのではないかと家系図的な責任感に襲われる〕

「なんか子孫が途絶えてしまうと思って、それは一瞬悩みました(16)」

「やっぱり跡継ぎが欲しいじゃないですか。旦那の親も結構高齢になって産んだので、孫が死ぬ前に見たい、孫が見たいというのがあったと思う(25)」

〔自分の命と将来の命の選択か共存かに迷い苦悶するが決めるしかない〕

「何か病気になってから、やっぱりずっと病気自身がつらかったし。そういう時に妊活することも治療を受けないこともすごい泣きながらずっと考えてた時期だったから。(中略)何が正解か分からない中、ある程度、どっちつかずのままずっとやってもしょうがないから、受けるのか受けないのかも先生に返事しないといけないし。ずっと考え続けててもいけないし、何らかの形で決断しないといけないというプレッシャーじゃないですけど(24)」

「やっぱりかなり迷いましたね。すでに子どもが一人いましたので、一人でも十分じゃないかっていろんな人に言われたので。何ていうか、リスクを冒して子どもを産むのはどうなの？っていうようなことも確かに自分ですごく思ったので。(中略)だから迷いましたね、体を優先させるのか、今の子どもと家族と安全に暮らしてっていうことを優先するのか、子どもが欲しいっていうことの思いを優先するのか(26)」

【手は打てたと安堵し新たな人生の再構築を始める】

【手は打てたと安堵し新たな人生の再構築を始める】は、妊孕性温存に関する意思決定後から、生殖医療あるいは乳がん治療などの段階へ推進できたことへの安心感とともに、乳がん罹患以前とは異なる今いる子ども、および将来の子どもへの感情・思い・考え方に変化が生じ、新たな将来設計を立て直し始めていくことを示している。

このカテゴリは〔子どもを授かる希望を持ち続ける〕〔温存したことによっていただいた出産の可能性をがん治療へのエネルギーに換える〕〔納得のいく意思決定をしたことが今の自分を支えてくれる〕〔将来の見通しが立ちスッキリ、手は打てたと安心する〕〔乳がん罹患

と妊孕性温存の検討は人生を考える好機となり人生が動いた〕〔受精卵凍結は不本意な結果に終わったが後悔はない〕〔将来は養子を迎え子どものいる生活をおくりたい〕〔子どものいない人生を歩もうと気持ちを切り替える〕の8概念から構成されていた。

〔子どもを授かる希望を持ち続ける〕

「産みたいという気持ちはずっと今でもあるし、あの頃もありますけど、生きるっていうじゃないですけど体を早く治したいなっていうのを一番に思いましたね(8)」

「将来子どもをもちたいという気持ちは、ものすごくあるわけじゃないんですけど、そういう機会があるなら欲しいなって思ってるくらいです。パートナーができればそう思うかもしれないと思います(13)」

「将来の自分の描ける理想像みたいなのが明確になったというか。理想とは外れていますけど授かればいいなと思っていたりとか。そういうのがまた描けるようになったなあって(28)」

〔温存したことによっていただいた出産の可能性をがん治療へのエネルギーに換える〕

「やっぱり自分の子どもを産めるかもしれないという希望みたいな。私の中では、赤ちゃんはもういるっていう気持ちで頑張ってます(15)」

「やっぱり治療に対してすごく前向きになりましたね。希望じゃないですけど、この治療終わったら子どもを産むんだって思ってるのが結構治療自体の支えでしたね(26)」

「卵子を残せたっていうのが一つの希望です。(中略)もしホルモン治療が一段落つくなり、例えば5年ぐらい経ったら多少は再発率は低くなるからそこで中断して産んだり、相手がいればの話ですけどね。そういうことができるんだなって思うと、それでかなり励みになる感じですね(27)」

[納得のいく意思決定をしたことが今の自分を支えてくれる]

「結局、私自身が自分で決めないと納得も消化できないタイプなので。どうしたいかっていうところにはデメリットもあるということ自分で納得した上でしようっていうふうに決めたら、もしだめでも納得できるかなっ、っていうふうに気持ちをもっていけそうな気がしたので。いろいろ話を聞いて、いろんな条件とかメリットデメリットを考えて「じゃあ自分でもうこうしよう」って決めた方が強いように思いますね(2)」

「悩んで色々調べたのはよかったかなと思います。(中略) だから自分で疑問に思うこと全部やって、自分で決めました(24)」

[将来の見通しが立ちスッキリ、手は打てたと安心する]

「安心したのはちょっとあったかなと思います。これでとりあえず手は打ったじゃないけど、見通しが立ったということですかね。まあ、もしものことがあっても、これで何とか大丈夫だろうという思いはあったかなと思います(19)」

「ちょっとホッとしたというか子どもに関しての問題は若干頭の隅っこにずっとあったんですよ、ここ数年は特に。その不妊治療に行った方がいいのかなとか、そういうのがあったので逆にその点においてはスッキリしたっていうか。(中略) 子どもがいないライフスタイルの想像ができる逆に。そっちがクリアになったので、私的には逆に霧が取れて。決断したことによって逆に将来への見通しがついたということですね(14)」

「卵子を凍結できたことで、将来の計画というか見通しが立ちやすくなったというのは、もちろんですね(27)」

「気持ち的には楽になったっていうか、妊孕性温存の治療を受けることでなんか将来あの時受けとけばよかったなっていう後悔はせんなあっていうので、そういった意味でなんか保険に入ったみたいな、そういう安心感はありました(30)」

[乳がん罹患と妊孕性温存の検討は人生を考える好機となり人生が動いた]

「たぶん乳がんになってなかったら、こうやって自分が本当に子どもが欲しいかってことを真剣に考えなかったと思うし、たぶん結婚ももっと先だったと思うし、なんかそういうことを思うとやっぱり乳がんになったってこと自体が、そのアンラッキーだったけどたぶん不幸ではなくて。なんかそれがあったからこそ人生が動いたところもあるなって思うところもあるので(19)」

「乳がんになってなかったら(子どもは)いなかった可能性もある。逆に人生を考え直すきっかけになったというのは、それは多分正しい表現だと思います。いい転機になったんだと思います(22)」

「妊孕性に関しては病気をきっかけに、ある意味転機になったというか、そういう感じはあります。(中略) ある意味その決断はきっかけの1つになって、私にとってはプラスだったといえればそうかもしれません(14)」

[受精卵凍結は不本意な結果に終わったが後悔はない]

「チャレンジはしたんですけど、今は何も結局。(中略) 結局今保存できているものはない状況です。卵子はもう全部受精卵に使っちゃってるので、36歳のその時のものは今は残っていません。(中略)そこでチャレンジできる場所があった、その期間。せつかく結婚してっていうところで、子どもが欲しいっていうのはやっぱりどうしてもあるので。チャレンジする時間があるんだったらたとえ短いにしてもしなかったよりは、して失敗したほうが、失敗した方があってという言い方は変ですけど、チャレンジをしたかったので(20)」

[将来は養子を迎え子どものいる生活をおくりたい]

「私もパートナーも小学校の教諭で、よく行く施設の子どもたちを養子にとりたいたいということはずっと話をしてきたんです。(中略) 自分たちの子どもは別にいなくてもいいのかなって(16)」

[子どものいない人生を歩もうと気持ちを切り替える]

「そのことはもう終わったと言うか決めた時点でもういいやというか、子どもはいない人生を歩もうと思っていたので、もう諦めてました(18)」

【心に空いた穴にサイズの合わない別の言い訳や代替え行動を埋め込み納得させる】

【心に空いた穴にサイズの合わない別の言い訳や代替え行動を埋め込み納得させる】は、温存しないと決意したことから自分の人生の意味がなくなったかのような虚無感、日常生活で避けることができない妊娠・出産・子どもにまつわる出来事に直面することのつらさに対して、根本的解決にはならないが自分の決意を肯定できる理由を見つけたり、気持ちが紛れるような行動をとることを示している。

このカテゴリは、[妊娠・出産・子どもの話題は極力避けたい] [心に開いた穴にサイズの合わない別の言い訳や代替え行動を埋め込み肯定できるよう納得させる] [夫婦でもっと将来の子どものことで話し合いたかった] [もう産めなくなるかもしれない悲しみを自分でなだめる] [人生の選択肢の一つが消えたことで、他者の子どもを見るたびに悲しみが沸き上がり酷くつらい] [子どもを産みたい、治したい、オセロゲームの駒のように2つの気持ちが交互に浮かび上がる] の6概念から構成されていた。

[妊娠・出産・子どもの話題は極力避けたい]

「子どもが欲しいという気持ちは、普段は会社の中で妊娠したよとか、そんな話を聞くと羨ましいし、そういうので出てきますし。(中略)友達の話が一番辛いですね。その子の子どもにこんなことがあったよとか、そんな話を、嫌ではないですけど聞いてるとやっぱり辛いですね、私には(8)」

「先生のところは子どもいないんですか」という質問が一番困る。保護者から聞かれるんです、先生のと何歳ですかというのを聞かれると「うちは、いないんです」と言うとなんか気の毒そうな顔をされるので(16)」

「産めない、産まない自分で決めたことだけど、やっぱり周りの(病気のことを)知らない人からは、

いつ生まれるの？ 可愛い赤ちゃんまだ？ みたいなことを特に高齢の人が言ってくるんです。そういうのに自分で決めたことなんですけど、なんかいちいち反応してしまうというか。ちょっと傷ついている自分があるみたいなのところはありますね(25)」

〔心に開いた穴にサイズの合わない別の言い訳や代替え行動を埋め込み肯定できるよう納得させる〕

「女性特有の機能というか役割というか、そういうのがなくなった。私の中では女性っていうものここにちょこんと穴が開いた、心にぽっかり穴が空いたとかよく言うじゃないですか。そのなんか女性版みたいな感じかな。摘出の時もそうだったし、妊娠しないっていうことは女性性の穴がポコ、ポコと穴が開いた感じっていうか。(中略) 生理がなくなって正直ラクなんですよ。「ラク」というのが穴に埋まっている、多少スカスカではあるんですけど、別の意味で置き換えられたみたいな。スカスカではあるんですけど、妊娠が無くなったっていうのは大きい穴だけど楽だよってというのがちょこっと埋まったっていうか(7)」

「妊孕性の事を決める前と決めた後では、子どもに対してこの子達を大事にして、この子たちにその分の愛情を注げばいいわっていう考え方はしたかな。3人目を諦めたっていう言葉が適切かどうかかわからないけど、3人目がいないんだからこの子達だけを見ていけばいいわと(7)」

「見た目っていうところには気を遣うことがあんまりなかったけど、おっぱいがなくなったり、ホルモンを下げたり、薬を飲んだり、妊娠もできないなど思った時に、もしかしたら女らしさを失いたくないなっていうそういう気持ちからちょっと外見に気を遣うようになりました。(中略) なんか喪失感を埋めたいって言ったらカッコいいですけど、喪失感があったから頑張ったのかもしれない。だからその中に妊孕性も入ると思うんです(16)」

〔夫婦でもっと将来の子どものことで話し合いたかった〕

「私ではうまく説明できないので。だから先生の説明プラス、同じものを可視化しながら夫と相談し

たかったっていうのはありますね。あるかもしれないんですけど、なかったので私の時は。(中略)
あったらうまく主人にも伝えられるし、もうちょっと真剣に二人で妊孕性について考えることもでき
たかもしれない(7)」

「もうちょっと夫婦で話しておけばよかったのかな。もうちょっと子どもについて考える時間はまだ
結婚して結構長いのであったのかなっていう、旦那に対しての罪悪感ですけど、それはちょっとあ
りますけど。まあ分からないですけどそこら辺はもうちょっと話をしておくべきだったなあという
後悔とかはあります(14)」

[もう産めなくなるかもしれない悲しみを自分でなだめる]

「でもしょうがないよなっていう感じですかね。まあ現実的に現実を受け止めると言うか。しょうが
ない。もうこれは決断した後はもうどうしようもないと思っているので。しょうがないと思っていま
す。その後はもう迷わなかったです。しょうがない。もう私は子どもは産まないって、産めないって
思ってますから(4)」

「やっぱり(温存をしないと)決める前は乳がんでマイナスのことばかりでイコール死ぬではないで
すけど。やっぱりそのイメージが強いので何に対してもネガティブだったんですけど。決意して生き
るぞと、自分が大事、自分は生きるぞと決意したことによって逆に、もちろんネガティブにもなっ
たりして落ち込んだりする期間もあったんですけど、ポジティブに切り替えようというふうにはなりまし
た。わたし生きる、わたし生きる、わたし大事、わたし可愛いみたいな、いうふうを考えるように、
するようになった(7)」

「しょうがないと思うしかないですよ。あきらめるしかないって思った感じです。辛くてしょうがな
いというわけではなかったですけど、諦めざるを得ないかなと。(中略) モヤモヤした感じは今も
あります。それは今もある。(子どもが)欲しかったなあと思うので。言ったところで、どうしようも
できないことだったりするんで。結局は自分の中で納得するしかないから。モヤモヤは消えはしな
いですよね。もうずっと同じぐらいの、ずっとあるみたいな(6)」

〔人生の選択肢の一つが消えたことで、他者の子どもを見るたびに悲しみが沸き上がり酷くつらい〕

「判断した時より、その後の方が結構つらくて。タイミングというところいう時ですってあんまり分からないですけど、わかりやすいことだと姪とか甥とかふれあう時とか。納得はしてますし、今も全然してます。でも、その時は35だったので。初めは、でも納得はしてた、してました。だけど小さな子とか見てたら悲しい気持ちになる時がある、常にではないですけど(13)」

「ああやっぱり(妊娠や出産が)できないんだなあっていう方が、今の方がつらいです。だからその後は「したい」というよりも、「あーできないんだな」という方が辛いですね。したいとかしないではなくて、できないんだなっていう実際のそのことの方がつらいです(25)」

〔子どもを産みたい、治したい、オセロゲームの駒のように2つの気持ちが交互に浮かび上がる〕

「結局温存はできてないですけど、私は心では産みたいっていうのはあるんですけど。でもやはり体を一番に治したいっていうのがあるので、あの時もそうだし今も冷静に考えても治療を優先するだろうと今でもあの頃もそうすると思います。だから気持ちは子どもが産みたいっていう気持ちはありますけど、でもやっぱりそれより体を治したいなっていう(8)」

【温存すると決めたからにはヤキモキしつつも敷かれたレールの上を踏み外さずひたすら慎重に進む】

【温存すると決めたからにはヤキモキしつつも敷かれたレールの上を踏み外さずひたすら慎重に進む】は、温存することを決意してから術後補助療法の開始までの期間の間、自分が思い描いていた通りには進まない状況に対してあれこれ思いつつも、温存治療を滞りなく進めていくためのさまざまな手続きを1つひとつ確実に遂行していくことを示している。

このカテゴリは、〔決められた温存までのレールの上をただただ進む〕〔急ぎ決めた割には思い通りに進められない温存までの行程にやきもきする〕の2概念から構成されていた。

[決められた温存までのレールの上をただただ進む]

「あんまり、いろんな事が考えられなくて、もういわれたことをこなしていくような。今だったらもうちょつといろんな事を調べたかもしれないですけど、なんかそんな元気もなかったような。心の余裕とゆうか、時間もないし。悩みながらも、日にちが迫っているの、そんな感じですね(5)」

「淡々とタスクを進めていくっていうなんかそんな感じも片方であって。受精卵保存をするための手続きですね。例えば入籍だったりとか、本当に間違っただ選択をしていないか、いろんな人の情報を集めるとか、そういうことがたぶん私の中でのタスクだったと思います。(中略) 結婚が決まったってなっても、あんまりハッピーという感じではないし。(中略) なんか、そういう「はい。籍を入れるの決まりました。はい。次」な感じになってしまって(19)」

「ひたすら与えられたことに対して、ただただ進むっていうだけで、何が変わったということも特に。あまり期間があまりにも短期間で、進められたので。そこに対して別に不服があるわけではなく、もうひたすら私はいわれたことを守っていただけだなと思ったので、自分の感情そういうことを押し殺したわけではないけども、そういうもの生まれてこなかったです。ひたすら何もかも初めてのことだったので、いわれたままにとりあえず進めていきたいと思いますっていうことが大事だったので(22)」

[急ぎ決めた割には思い通りに進められない温存までの行程にやきもきする]

「卵を採る前の治療する前から基礎体温を測ってましたかって言われて。不妊治療してたんでその間は計ってたんですけど、がんがわかってからはそういう余裕もなかったんですけど、やめて。それを知ってれば入院中でも測れたなとか思ったんで。(中略) その前に準備できるんだったら基礎体温を測ったり、もう少し早く事前の準備がしたかったなと思います(15)」

「自分が欲しいと思った時に情報がもらえない、なかった。それは止められていたわけではなくて、予約があったりとか、曜日がちょっと先だったりとか、ちょっと待ちましようみたいな感じになっていく時ですかね。なんか、そうこうしてる間に時間がたってしまうのに、どうしよう、みたいな。待てる間にもいろんな時間が過ぎちゃって、いろんなこう期日が迫ってくるのに、みたいななんかそう

「いうのはありましたね(19)」

「決めた後はとにかく時間がないっていうので焦ってました。元々子宮内膜症もあって生理をずっと止めていたの、そっちの方からしても薬をじゃあ中止しましょうねとなってからまた生理がこなかったの、生理がきてから婦人科の方へ来てくださいといわれていたんですけど。それがまたずっとこなかったの、それもちょっと不安で余計に、ただでさえ3ヶ月以内といわれているのに。手術が終わっても生理がこない、生理がこないっていうのでちょっと焦ってました。(中略)焦りはすごかったですね。決めて動き出してからはしんどかったですね。うまくいかない、自分が思い描いていなかったことばかりだったので(20)」

《いる子どものためになんとしてでも生きる》

《今いる子どものためになんとしてでも生きる》は、今一緒に暮らしている子どもを育てていくために乳がんを完治させ、必ず長生きしようという将来への覚悟を示している。

「卵子凍結しないことを決めて治療にも前向きに向かうことができました。あと、子ども達が独り立ちするまでは、何が何でも生きないといけない。決めるまでに迷いとかなかったです(3)」

「その時に既に子どもが2人いたので、年齢的なことも考えて子どもがどうこうというよりは自分の体の方を完全に治したいなというのがありました。子どももいるのでまずはその子のためにも自分が完治しないといけないなという感じでした(9)」

「子ども一人産んでその時点で7歳になっていまして、やっぱり1番に家族のことを中心に考えました。そこが中心になりますかね(10)」

「次の子どもが欲しい欲しくない云々の前に、今の子どもたちのためについてというのがありました。だから今いる子を一番に考えたいなと思って(17)」

《子ども産んでこそその女性の人生という価値観から解き放たれる》

《子ども産んでこそその女性の人生という価値観から解き放たれる》は、女性ならば子どもを産まなければ役目を果たしきっていない、という考えにとらわれなくていいとの気持ちになり、軽やかな心の状態になっていることを示している。

「ああやっぱり早めに不妊治療をした方がよかったのかなあとかそっちを考えたのと、あと一応親から「子どもは？子どもは」と少なからずはいわれていたので、それから解放されるっていう安心感も半々の感じでした。親からのプレッシャーというかそこまではかけられないけれど、多少なりともあるじゃないですか。だからそこから解放されたというその気持ちは、ちょっとありました(14)」

「楽になったっていうのもあります。というのは、今まで子どもはそんなに好きじゃないんだけど産まないといけないと思ってたんです。両家に跡継ぎがないので最低2人は産まないといけないっていうふうに思ってたんですけど。それがしなくてもよくなったんです。すごくなんかしないって決めた瞬間に、ある程度は気持ちが軽くなったのはありますね(25)」

《温存した安堵感の一方で治療後の妊娠・出産にまつわる新たな心配が押し寄せてくる》

《温存した安堵感の一方で治療後の妊娠・出産にまつわる新たな心配が押し寄せてくる》は、妊孕性温存を決意したことで結論が出せた安心感を抱くが、温存したがゆえに乳がん治療後の妊娠・出産を考える時が必ず来ると思うと落ち着かず、常にこのことへの気がかりを抱えて過ごしていることを示している。

「可能性を残せたなあっていう安心あるんですけど、子どもが年をとってからの危険性っていうのを重々繰り返し聞いていて、それが大丈夫なのかなっていう。(中略)やっぱり妊孕性を決める前と決めた後では、卵子を残した場合、違う葛藤があると思います。私もいつ産みたいと言うべきなのかなとか、考えると怖かったですね、自分で聞いて再発する可能性とか。でも年の事を考えたら悠長なことといってられないとか。その辺での葛藤とかもですね。その決断って言うんですかね(12)」

「生理が戻ってこなかった、凍結した卵子を頼らなければいけない時に絶対に子どもができるっていう保証はないよっていうことは常に頭の中には入れているので。そういったことも、いいことばか

りじゃないよっていうのも自分の中では納得しておかなければいけないのかなと、というのはありますね(23)」

【他者の力を借りる】

【他者の力を借りる】は、妊孕性温存をどうするのか決めかねていたり、決めたとしても温存の方法に迷っていたりする自分に対して、親身になり共に考えてくれたりアドバイスしてくれる夫・パートナー、友人、親族、経験者などに背中を押してもらったり、専門的知識をもって医療者が相談に応じてくれることを示している。

このカテゴリは、〔温存の決意については夫・パートナーがよき理解者であり支えてくれる〕〔家族の後押しが支えになる〕〔ネットで探し当てたピアの存在を励みとする〕〔身近な人のがんや不妊治療の体験や意見を積極的に聞く〕〔医療者の説明の仕方やニュアンスに影響を受ける〕〔看護師からの情報と親身な相談に励まされ納得させる〕の6概念から構成されていた。

〔温存の決意については夫・パートナーがよき理解者であり支えてくれる〕

「赤ちゃん産めないし、命が大事だしと思いながら、私がシクシク泣いているので主人は気づくし、ちょっと気にするようになってたんじゃないかなって。割と泣いてるとすぐに見つかったりしたので。気にはしてくれてたのかな？沈んでいる時は主人が一番理解者になってくれたかなあと(7)」

「主人になるであろう人だったんですけど、特に本当に私が思ってなかった行動をしなかったの。思ってなかった行動っていうのは、例えば私が話をした時になんかめんどくさいなっていう顔をしたりだとか、私の言っていることに対して反論とかも特になかったですし、うんうんで、とにかくただ話を聞いてくれて「やろうか」という感じで言ってくれてたので(20)」

「精神的にはやはり家族で特に夫の支えが大きかったと思います。夫は子ども一人でも全然いいよって言ってくれたので。子どもは全然一人でもいいし、産みたい気持ちがあるんだったらそれにも絶対反対しないって言ってくれたので、そのことはすごくありがたかったですね。(中略)私の意思を尊重してくれたんだと思います(26)」

「一番は主人がこちらに来る時も大体付いて来てくれたりとかあったので、一人で話を聞いてたらあまりいいように、冷静に受け止められないことも主人がいてくれたことで冷静に聞けたし一緒に聞いて、支えてもらっているっていうのが一番の安心できたかなと思ってます(28)」

〔家族の後押しが支えになる〕

「私の母は温存をした方がいいんじゃないかなっていう意見でしたけど、2人で決めればいいんじゃないかなっていうので強い反対もされずに、やっぱり私の身体を治すことが一番だって言ってくれたのでスムーズにそこはいけました。主人の母も私の体をとにかく早く治療をするに越したことはないっていうので、すっといきました(11)」

「一番はやっぱり母親ですね。妊孕性のことも話をしました。母親もやればいいというような感じで、母親も姉の事をずっと見ていたのでできるかどうかは分からないけど、チャレンジしたほうがいいとは絶対に思うということで後押ししてくれましたね(20)」

「自分の母親の方は、もう二人夫婦が。そりゃ孫がみたい気持ちはないわけではないけど、二人で決めたことだったんだっいたらいいんじゃないかっていう形で理解してくれた(25)」

〔ネットで探し当てたピアの存在を励みとする〕

「全く同じ乳がんの中でも粘液型で年齢もほぼほぼ一緒だった人が同じ状況のような感じで私より1年ぐらい前に同じ状況になったみたいで、ブログを読んでいて全く一緒だったんです。その人のブログを読んで逆にすんなりこの病気に入っていったっていうのもあるんですけど。だからその人に真似て温存やめたとかではないですけど、感覚的には似てるなと思っていて。若干参考にしたところはあったかな(14)」

「その頃なんか結構ニュースで水泳選手が白血病で入院したりだとか、芸能人の人が舌がんで入院したりだとか、なんか自分が入院した時期と重なって。なんかそういう他にもがんで頑張っ

る人が結構身の回りにいるんだなっていうのは支えになったというか、他の人も頑張っているから自分も頑張ろうっていう励みになりましたかね(30)」

〔身近な人のがんや不妊治療の体験や意見を積極的に聞く〕

「友達も同じ病気をしているんですよ。ちょうど担当の先生も一緒に、ここで受診している先輩がいたので色々相談というか、話は聞いてもらっていて。その友達から聞いた感じです。友達は同じ年齢です。その友達の存在はすごく大きかったですね(1)」

「手術前なんですけども職場の同期に7,8歳上なんですけども、その子のおばさんが乳がんだったし、本人もちょっと結婚が遅かったから不妊治療とかをやっているんです。それでちょっと相談したら、やれることはやっておくべきだとお金なんか問題じゃないわよって言ったので。その人の意見も結構今後のどうしようかっていうのに方針というか、その人の意見はかなり聞きましたね(27)」

「職場の一緒に働いている先輩が、先輩も乳がんだったということを上司から教えてもらったんです。その先輩の許可をとって。先輩とやり取りをしたら助言をもらったりする機会があつて。(中略) その先輩も温存したよっていうことを聞いたのと、現に出産もされていて子育てもされてるので。なんか病気でもちゃんと子どもを産んで育てていくことができるんだなっていうことが実感としてわかって(30)」

〔医療者の説明の仕方やニュアンスに影響を受ける〕

「子どもがほしいと思ってなかったからその時は。うん、別に(温存を)しなくてもいいかなと思ってました。そのときは。最初しないって言ったんですけど、先生が5年後に気が変ってるかも知れないから、考えた方がいいよとは言われたんで。じゃ、やろうかっていう、そんな感じでした(1)」

「それは、なんかできるならしておいた方がいいんじゃないって先生に言われたような気がしたので、それはお勧めされているような感じがしたので。勝手な個人的な見解ですけど。(中略) 私

の年齢とかを考えると、妊孕性のことを考えた方が、みたいなニュアンスだったので。ああそうなんだと素直に思って。説明の仕方だったり、そういうのも結構影響するんです、私にとっては(5)」

「もうちょっと卵子を凍結しておいた方がいいよの部分が、もうちょっと欲しかったかな。先生にもよるんでしょうけど、とか私の年齢もあつたんでしょうけど(13)」

〔看護師からの情報と親身な相談に励まされ納得させる〕

「してもらって嬉しかったのは看護師さんがすごく親身になって話を聞いてくれて。クリニックのこととか、いろんな予約とか、ああいうことをしてくださったり励ましてくださった。そういうようなプロフェッショナルな看護師さんがいっぱい増えてほしい。私はたまたまこうなって看護師さんにめぐり会うことができたので、納得した結果で自分で決めることができた(16)」

「問診票は多分どちらともいえない、に丸をした。だからその当時、看護師の方がそこに目を留めてくださって、その選択を与えてくださった元々は。主治医の先生ががんの治療をしてくださっているのと並行して、看護師の方が私のその人間の本質というか生命とのところの手当をしてくださったことの感謝はもちろんですね(22)」

「看護師さんが色々と話してくださったので、その点はすごく心強かったですね。いろいろ話を聞いてもらったのもありますし、どういうふうに考えていけばってというようなこととか、後悔のないようにするのが一番だよみたいなことを言ってくださいましたし。いろんな選択肢があり得るからどれが正解というのはないだろうから、よく家族で話し合って後悔のないように決めたらいいよということをおっしゃって頂いたので、それはとても心強かったと言うか話を聞いてくれるだけでも大変嬉しかったですね(26)」

第5章 考察

本研究は、初めて乳がんと診断され、がん薬物療法開始前に妊孕性温存に関する意思決定を行った生殖年齢の女性が、どのような体験を経て、どのように妊孕性温存に関する意思決定を行っていき、決めたことにどのような感情をいただいているのか、その詳細な過程を患者の語りの内容から明らかにすることで領域密着型理論を生成し、生成した理論に基づいて妊孕性温存に関する意思決定を支援する看護実践指針を開発する目的で行ったものである。

分析焦点者を「乳がんと診断され、がん薬物療法前に妊孕性温存に関する意思決定を求められている20歳以上45歳未満の女性」、分析テーマを「分析焦点者は、乳がん治療と妊孕性に関する情報を得てから、がん薬物療法開始前までに妊孕性温存に関して、どのような感情を抱き、どのように思い、考え、迷い、受け止め、どのような価値観をもち、妊孕性温存に関する意思決定にどのような人物や出来事が影響し、それらに対してとった行動および、何を重要視して妊孕性温存をするかしないかを決めていき、決めたことにどのような感情を抱いているのか、その一連の過程」として、30名の対象者から半構造化面接によって得られた面接内容をデータとしてM-GTAの手法を用いて分析した。その結果、生殖年齢にある女性乳がん患者の妊孕性温存に関する意思決定過程は、『まだ先でよかった産む・産まないの選択を間近に迫る期日までにと伝えられ、力の限り考えめぐらし結論を出す』および『私の人生の地図を描き変え始める』をコアカテゴリとする過程として説明できた。

ここでは、まず、得られた2つのコアカテゴリ『まだ先でよかった産む・産まないの選択を間近に迫る期日までにと伝えられ、力の限り考えめぐらし結論を出す』および『私の人生の地図を描き変え始める』について考察する。続いて、2つのコアカテゴリから成る全過程を推進していく力となっていた【他者の力を借りる】について考察する。次に、生殖年齢にある女性乳がん患者の妊孕性温存に関する意思決定を支援する看護実践への示唆について考察し、これら考察に基づいて作成した看護実践指針について述べる。

なお、ここにおいても『 』はコアカテゴリ、【 】はカテゴリ、《 》はカテゴリと同等の説明力を持つ概念、[]は概念を示している。

I. まだ先でよかった産む・産まないの選択を間近に迫る期日までにと伝えられ、力の限り考えめぐらし結論を出す

コアカテゴリ『まだ先でよかった産む・産まないの選択を間近に迫る期日までにと伝えら

れ、力の限り考えめぐらし結論を出す』は、医師および看護師の説明からがん薬物療法によって妊孕への負の影響が生じる可能性を知り、さらに薬物療法開始までに妊孕性温存をする・しないのいずれかを選択するように求められ、思ってもいなかった急な展開に戸惑いながらも多方面から精一杯検討し、最終的に妊孕性温存をする・しないを決意していく過程であり、何を検討したのか、何について悩んだのか、何を迷ったのかなど、さまざまな体験を内包する過程であった。

この過程に内包された体験の特徴は、多様性と同一性が共存していたことである。このことは、人の意思決定を支援することを責務とする看護師が注目すべき重要な本研究の結果である。なぜなら、個別の対応が求められると同時に共通した対応も組み合わせることができる可能性が示唆されたことから、多様性と同一性の共存に応えられる看護実践指針作成の必要性が明らかになったからである。

ここでは、コアカテゴリ『まだ先でよかった産む・産まないの選択を間近に迫る期日までにと伝えられ、力の限り考えめぐらし結論を出す』に内包された体験の多様性と同一性という視点から考察する。

1. 体験の多様性

1) 4通りの受け止め方

コアカテゴリ『まだ先でよかった産む・産まないの選択を間近に迫る期日までにと伝えられ、力の限り考えめぐらし結論を出す』に内包された体験の多様性として第1に挙げられるのは、医師および看護師から妊孕性に関する説明を受けた後の受け止め方の多様性である。

対象者個々は、同一施設の医師および看護師から妊孕性に関して同じ趣旨の説明を聞いているが、説明内容の受け止め方は全員が同じ受け止め方をしたのではなく、4通りの受け止め方をしており、それらを起点に意思決定過程が始まっていた。4通りの受け止め方とは【乳がん治療と未来の出産を同時に考えられる意外性に驚きと安心を感じる】【産む自由も産まない自由も同時に持ち合わせていた自分に気づかされる】【迷わずためらわず妊孕性温存する・しないを即決する】《乳がん治療以外のことを考えるゆとりはない》である。

4通りのうち【乳がん治療と未来の出産を同時に考えられる意外性に驚きと安心を感じる】【産む自由も産まない自由も同時に持ち合わせていた自分に気づかされる】【迷わずためらわず妊孕性温存する・しないを即決する】の3通りの受け止め方が生じたのは、〔意

識下に潜んでいた子どもを産むことに対する価値観が突如表面化する] が端的に示しているとおりに、対象者がそれまでに持ち合わせていた妊娠・出産に関する価値観や将来的にどのような家族計画を望んでいたのかという潜在していた意識が、医師および看護師が発する妊娠あるいは出産という言葉に刺激され、にわかに顕在化したためと考えられる。

Komatsu, Yagasaki, and Yamauchi (2018)は、妊孕性温存治療の意思決定過程は、子どもを産むことに関する女性たちの「価値と好み」から始まると報告しているが、本研究結果もこれを支持していた。

また、対象者個々のがん疾患に対するイメージの違いも受け止め方の多様性に関与したと考えられる。がん疾患は死を招く恐ろしい病気というイメージを持ち合わせていた対象者にとっては、乳がん治療と未来の出産が同時に考えられるなど思いもかけない意外な出来事であっただろう。また、がんであっても産めるという意外性は将来への期待感につながることであった。人ががんに罹患していることを伝えられると、がんは悪性疾患であること、および転移や再発の可能性を否定できない疾患であることから死の到来を連想してしまい、落ち込みや絶望感を抱くと考えられやすい。しかし、がん罹患と同時に妊孕性に関する説明を受けた対象者が、乳がんであっても産めることへの意外性や安心感、期待感、可能性を感じる事ができたことは、本研究における注目すべき結果である。新しい命の誕生を考え思い描くことが、対象者をエンパワメントしていたことが示されたからである。初めて乳がんと診断され、がん薬物療法開始前に妊孕性温存に関する意思決定を行うことは、生殖年齢にある女性に未来への志向性をもたらしたとあってよい。

一方、4通りのうち《乳がん治療以外のことを考えるゆとりはない》は、乳がんであっても産めることへの意外性や安心感、期待感、可能性を感じる事ができた対象者とは対極にある対象者、すなわち切羽詰まった閉鎖的な受け止め方をした対象者がいたことを意味している。この背景には、根本的にはがんへの負のイメージがあると推察する。日本人のがんによる粗死亡率の高さから、がんは人々の意識内に死を顕在化させやすく、人々が命に関わる病気と恐れる疾患の1つとなっている。さらに本研究における対象者は、母親、妻、職業人という役割を1つもしくはそれ以上を担っていた。このことから、がん疾患への負のイメージ、ましてや女性のシンボル臓器である乳房に発生したがんであることからくる役割遂行への負のイメージが即座に浮かび上がり、未来の命ではなく、今の自分の命が最優先という考えに至ったと考えられる。対象者は「**死ぬか生きるかだったのでそれどころではないっていうのが正直なところです。自分が今後妊娠して出産するかよりも、自分は生**

生きるのか死ぬのかっていうところの話だったので(16)」と語ったが、これこそが、一部の対象者の意識内に死を顕在化させ、自分の今の生活上の役割遂行に負のイメージを抱かせる疾患としてがんが位置づいていたことを端的に示している。

さらに、《乳がん治療以外のことを考えるゆとりはない》という受け止め方は他の3通りの受け止め方に比べて特徴ある受け止め方であった。すなわち、【乳がん治療と未来の出産を同時に考えられる意外性に驚きと安心を感じる】【産む自由も産まない自由も同時に持ち合わせていた自分に気づかされる】【迷わずためらわず妊孕性温存する・しないを即決する】の受け止め方をした対象者と、《乳がん治療以外のことを考えるゆとりはない》との受け止め方をした対象者との間には、妊孕性温存を現実のこととして明確に認識できるまでに要する時間に量的な差が生じていたことである。前者3通りの受け止め方をした対象者は、妊孕性温存に関する説明を受けた後から【おっぱいをあげられるはずだった人生を強制終了で奪われるようでやりきれない】感情に襲われ【手近なインターネットから役立ちそうな情報を必死で探す】行動をとっていた。これに対して後者つまり《乳がん治療以外のことを考えるゆとりはない》と受け止めた対象者は、医師および看護師から妊孕性に関する説明を受け情報を入手していても《乳がん治療以外のことを考えるゆとりはない》ため考えも進まず停滞していたが、手術が終わり、術後のがん薬物療法に関する説明と妊孕性温存の意思確認の時期が来て初めてがん薬物療法と妊孕性温存との関連が明確な輪郭をもって意識内に急浮上したことによって、にわかに自分のこととして認知していたという特徴である。その特徴とは、《乳がん治療以外のことを考えるゆとりはない》受け止め方は、手術が終わり、術後のがん薬物療法に関する説明と妊孕性温存の意思確認という出来事を経た後に【産む自由も産まない自由も同時に持ち合わせていた自分に気づかされる】【迷わずためらわず妊孕性温存する・しないを即決する】という受け止め方に変化していたことである。

この変化は、対象者の一番の気がかりであった手術が終了したことによって気がかりの程度が緩和され、軽度の気がかりへと移行した可能性があることを意味している。すなわち**「死ぬか生きるかだったのでそれどころではないっていうのが正直なところですよ。自分が今後妊娠して出産するかよりも、自分は生きるのか死ぬのかっていうところの話だったので(16)」**という気持ちだったものが、手術が無事に終わり、がんを取り除くことができたことで生きられるかもしれないという可能性を感じられるようになり、自分の命以外のことを考えるゆとりが出てきたことを意味しているといつてよい。

小島(2013, pp. 26-34)によると、不安は、喪失の予感, 欲求不満, 葛藤など心身の健康に影響を及ぼす要因によって、自己イメージあるいは自己の存在が脅かされたときに引き起こされると報告されている。不安から引き起こされる情緒的・心理的反応には、緊張感の高まりや憂鬱, 興奮などがある。また、不安に反応して生じる行動には、情報収集, いらだち, 拒絶, 泣くことなどがあり、不安の程度や現れ方は、その人のパーソナリティや成熟度, 過去の経験, 対処機制などによって異なるといわれている。さらに不安の兆候による、主要な基準として集中力の変化をあげている。実際に起こっている出来事に対する注意力の低下は、不安の強さに正比例し、軽度の不安では警戒心が増すことによって注意を集中させる。しかし、不安が中等度になると、詳細に見たり聞いたり、把握したりすることができず、限定されたことにしか集中できなくなる。強度の不安は、思考が疎外され注意力を集中することができなくなる。本研究の対象者のうち《乳がん治療以外のことを考えるゆとりはない》受け止め方をした対象者が、その後手術を受け、術後薬物療法の必要性および妊孕性温存の意思確認をされたとき【産む自由も産まない自由も同時に持ち合わせていた自分に気づかされる】【迷わずためらわず妊孕性温存する・しないを即決する】受け止め方に变化したことは、最初の説明時においては強度の不安で思考が疎外され注意力を集中することができなくなり《乳がん治療以外のことを考えるゆとりはない》受け止め方をしていたが、気がかりであった手術を終えたことによって不安が緩和され、軽度な気がかりへと移行したことにより説明された内容に注意を集中させることができたことで、自分の命以外のことを考えるゆとりが出てきたためと考えられる。

2) サイクルのように循環する過程に入る・入らないという2通りのプロセス

コアカテゴリ『まだ先でよかった産む・産まないの選択を間近に迫る期日までにと伝えられ、力の限り考えめぐらし結論を出す』に内包された体験の多様性として第2に挙げられるのは、【乳がん治療と未来の出産を同時に考えられる意外性に驚きと安心を感じる】【産む自由も産まない自由も同時に持ち合わせていた自分に気づかされる】の受け止め方をした対象者および【迷わずためらわず妊孕性温存する・しないを即決する】の受け止め方をした対象者の一部は、【おっぱいをあげられるはずだった人生を強制終了で奪われるようでやりきれない】から【手近なインターネットから役立ちそうな情報を必死で探す】《温存治療と維持にかかる高額な費用が温存する方向に傾く気持ちにブレーキをかける》【乳がん治療後の年齢を見積もり、未来の自然妊娠・高齢出産・子育てについて考えめぐらせる】《子どもを望む今と、これまでの人生の足跡をたどり葛藤する》までのサイクル

のように循環する過程に入っていたが、【迷わずためらわず妊孕性温存する・しないを即決する】体験をした対象者の一部は、サイクルのように循環する過程には入らない対象者が存在したことである。対極の過程と比べてよい。

この対極といえる2つの過程の違いは、どれほど強く揺らぎようのない理由で即決したかによって生じた違いであると考えられる。即決した理由は、[すでに子育て中、温存はしない] [がん治療を延期してまで温存しようとは思わない] [なにがなんでも子どもがほしいわけではない] であった。これらが、温存しないと決めることができた強く揺らぎようのない理由であったといえる。このような理由で温存しないと即決した対象者はサイクルのように循環する過程に入っていくことはなく、一貫して温存しないとの決断を継続させていた。40歳未満の患者で生殖カウンセリングを受けない理由には、①家族計画が完了していること、②将来の出産に関心がないこと、③乳がん治療の遅延を懸念していることが報告されている(Lambertini et al., 2018)。[すでに子育て中、温存はしない] [がん治療を延期してまで温存しようとは思わない] [なにがなんでも子どもがほしいわけではない] は、Lambertini らのいう上記①②③の理由と酷似している。一方、温存すると決めた人においては、決めた理由は確かに存在していたはずであるが、決めてもむしろその後迷いが生じてきてサイクルのように循環する過程に入っていたと考えられる。

小島(2013, pp. 36-44)は、出来事は現実的に受けとめられない限り問題解決につながらないとして、「出来事の受けとめは、その出来事にどう対応(対処)するかに影響し、危機に影響を及ぼす。」ため、出来事の受けとめは重要であると述べている。妊孕性温存に関する意思決定過程の起点は、対象者が4通りの受け止め方をしたことに示された通り多様であった。さらにその後のプロセスにおいても対極の進み方をすることも示された。妊孕性温存に関する意思決定にかかわる医療者は意思決定過程の多様性を念頭に入れ、早い段階でどのような受け止め方をしているのか、それに伴う不安の程度を確認しておくことが重要であることが示唆されたといえる。その先の進み方を展望でき、どこで介入が必要であるかを予測できる、というのがその理由である。

2. 体験の同一性

コアカテゴリ『まだ先でよかった産む・産まないの選択を間近に迫る期日までに伝えられ、力の限り考えめぐらし結論を出す』に内包された体験の同一性として挙げられるのは、医師と看護師による説明への受け止め方は4通りと多様であったが受け止めた後の体

験は同一性を有していたことである。さらに、サイクルのように循環する過程に入る全ての対象者が【結局は自分で決めるしかない】体験をしており、この体験をしたのちに温存する・しないのいずれかを決めていたことである。

まず、受け止めた後の体験が同一性を有していたことに関して考察する。

1) サイクルのように循環する過程

【産む自由も産まない自由も同時に持ち合わせていた自分に気づかされる】の受け止め方をした対象者および【迷わずためらわず妊孕性温存する・しないを即決する】の受け止め方をした対象者の一部は、【おっぱいをあげられるはずだった人生を強制終了で奪われるようでやりきれない】から【手近なインターネットから役立ちそうな情報を必死で探す】《温存治療と維持にかかる高額な費用が温存する方向に傾く気持ちにブレーキをかける》【乳がん治療後の年齢を見積もり、未来の自然妊娠・高齢出産・子育てについて考えめぐらせる】《子どもを望む今と、これまでの人生の足跡をたどり葛藤する》までのサイクルのように循環する過程に入っていく、《自分にぴったり合うオーダメイド情報を求めて専門医療者を頼る》ことへ進んでいた。また、【乳がん治療と未来の出産を同時に考えられる意外性に驚きと安心を感じる】との受け止め方をした対象者は【手近なインターネットから役立ちそうな情報を必死で探す】に進み、その後は同じように《温存治療と維持にかかる高額な費用が温存する方向に傾く気持ちにブレーキをかける》【乳がん治療後の年齢を見積もり、未来の自然妊娠・高齢出産・子育てについて考えめぐらせる】《子どもを望む今と、これまでの人生の足跡をたどり葛藤する》に進みそのあと【おっぱいをあげられるはずだった人生を強制終了で奪われるようでやりきれない】に進むことでサイクルのように循環する過程に入っていく、《自分にぴったり合うオーダメイド情報を求めて専門医療者を頼る》ことへ進んでいた。

サイクルのように循環する過程の始点は【おっぱいをあげられるはずだった人生を強制終了で奪われるようでやりきれない】または【手近なインターネットから役立ちそうな情報を必死で探す】であった。しかし、始点はいずれであってもサイクルのように循環する過程にはいくつかの同一性が存在していた。それらは、①妊孕性の捉え方と妊孕性喪失の予感に対する心理的苦痛、②情報、③経済、④年齢、⑤葛藤であった。

そこで、これ以降、上記①～⑤の共通した事柄について考察する。

(1) 妊孕性の捉え方と妊孕性喪失の予感に対する心理的苦痛

【おっぱいをあげられるはずだった人生を強制終了で奪われるようでやりきれない】が

得られた。このカテゴリに包含された概念には、〔おっぱいをあげられなくなる自分はやりきれない〕および〔乳房と妊孕性両方の喪失の予感に襲われ女性ではなくなるような切なさに襲われる〕が含まれた。対象者は、乳がん治療に伴う乳房喪失を自覚することと同時に、自分の子どもに母乳を与えられなくなると連想していた。このような連想をする背景には、女性性の象徴でもある乳房は、妊娠・出産を経て乳汁を生成し排出する、いわゆる母乳を出す機能をもち、ゆえに女性には母乳を乳児に与えるという役割がある、と多くの女性がイメージをもっているからだを推察する。このため、乳がん治療によって妊孕へ負の影響が生じることを自覚した対象者は、このような女性ならではの役割を遂行できなくなるのではないかという心配や悲しみなどの感情を抱いていたといえよう。すなわち対象者にとっての妊孕性とは、子どもを“産むこと”だけではなく、“産み、自分のお乳（母乳）で育てていくこと”として捉えられていたといえる。

がん患者における心の反応とその対応として、ほとんどの患者は、がんと診断されることによって衝撃、否認、絶望、怒りが心理反応として出現し、その後およそ2週間頃から不安定な心理反応は通常の反応へと戻り適応していく（神田，2013，pp. 67-69）といわれている。生殖年齢にある年代ゆえに、子どもを望んでいる人もいれば不妊治療中にがんと診断されることもあり得る。この場合、がんと診断され、自分の生命が危険であることへの心理的反応が表出するだけでなく、妊孕性への影響を知ることのがん診断と同様の衝撃を受けることになる。生殖年齢にある女性乳がん患者にとって、がんの診断は、自分の生命が危険にさらされていることを経験することに併せて、自分の生命を守るための治療が生殖機能にまで負の影響を及ぼすこと、すなわち未来の子どもの存在にも危険を及ぼす予感を認識することでもある。このことは、自分の命と未来の命に対する二重の危険に直面していることを自覚することを意味している。

生殖年齢にある女性乳がん患者は、自分の命と、未来の命という2つの“命”に向き合わせるをえないことから、妊孕性喪失の予感に対する心理的苦痛を抱えている人が存在することを医療者は留意し、患者の心理的苦痛の緩和を図るための方略を立てて実施していく必要があると考える。

(2) 情報

【手近なインターネットから役立ちそうな情報を必死で探す】および《自分にぴったり合うオーダメイド情報を求めて専門医療者を頼る》が得られた。このことは、妊孕性温存をする・しないについての意思決定をするためには情報が不可欠であることを意味している。竹

本(1996, p. 185)は、意思決定とは、ある目標を達成させるために複数の選択肢についての情報探索を行い、その情報を評価・統合したうえで、ある選択肢を採択することであると定義しているが、本研究の対象者も妊孕性温存をする・しないのいずれかを選択するために情報を求めていた。

また、小山(2017)は、がん患者の治療意思決定を促進する介入に関する研究の動向を明らかにした報告において、介入内容には【病気や治療の情報提供】【医療者との交渉術の強化】【治療に対する意向の明確化】【治療における価値の明確化】【ソーシャルサポートの獲得と強化】【感情の共有】の6つがあり、介入の成果として「葛藤の低下」「知識や情報の獲得」「不安、抑うつ、ストレスなどの心理的苦痛の軽減」がみられたと報告している。ここでも【病気や治療の情報提供】が実際の介入として行われ、意思決定を促進する1つの要素であることが報告されている。本研究の対象者が情報を求めていたことは、意思決定を促進するためには情報が不可欠であるとの小山の報告を支持する結果であった。

本研究における全ての対象者は、A病院初診の時点でがん薬物療法による妊孕性への影響および希望すれば妊孕性温存に関する詳細な情報提供を得ることができていた。ほとんどの対象者は、他県および近隣医療機関からの紹介によってA病院を訪れていたが、全対象者の43%が妊孕性温存に関することを知らないままA病院を受診していた(図8)。このことから診断を受けた医療機関で入手した情報の内容に差があったと考えられる。したがって、看護師として患者に対する啓発の意味を含めた最初の情報提供としては乳がん診断時が最適であろうと考える。このように考える理由には3つある。

1つ目は、本研究の対象者の概要から、診断当時に未婚者15名のうち2名が受精卵凍結を希望することによってパートナーとの結婚に至っていた。パートナーと合意して法的婚姻関係となることには、相応の心構えと準備期間が必要であろうことが予測される。したがって、がん治療実施施設(本研究ではA病院)へ受診するまでの期間でさえも、温存を望む人にとっては準備期間となり得る。妊孕への負の影響と温存に関する情報提供を行うタイミングについては、妊孕性に影響が生じる治療開始前に情報提供することが望ましいと報告されている(Thewes B, 2003;小松, 森, 矢ヶ崎, 藤井, 中村, 2016;吉川ら, 2017)。しかし、本研究結果からいえることは、情報が意思決定に関与することは先行研究知見と共通しているが、情報提供のタイミングは、必ずしも薬物療法開始前とは限らず診断時の方が望ましい場合もあるということである。情報提供については、妊孕性への懸念の程度や感受性は千差万別であるため、個々に応じた情報提供が必要である(Gorman, Usita, Madlensky, & Pierce,

2011)ことが示唆されていた。しかし、情報提供の適切なタイミングについても個別性があるという本研究結果は、先行知見（Thewes B, 2003;小松, 森, 矢ヶ崎, 藤井, 中村, 2016; 吉川ら, 2017）とは異なる結果であり、本研究における新規性の1つと考える。

森, 樺澤, 松尾, 林, 中山(2017)は、国内のオンコロジーナースを対象(n=107)とした質問紙調査から、日常的に女性がん患者と接しているオンコロジーナースの約67%が妊孕性温存治療についてよく知らなかったと報告している。さらに、勤務病院における妊孕性温存治療の導入の有無がわからない者が45.8%であり、78.5%の者は女性がん患者と妊孕性温存治療の話をした経験がなかった。しかし、オンコロジーナースの96%は、妊孕性温存治療に対する学習意欲を示していた。この結果は、オンコロジーナースの教育に妊孕性温存療法の学習内容を加え、相談や質問に応えられる知識を身につけ対応できるという自信につながる教育の必要性を示唆している。

以上のことから、治療開始前の期間内で妊孕への負の影響と温存に関する情報提供としてどのタイミングが最適であるかは各医療機関での治療計画および患者の病態によって異なるというよい。また、患者が受け取る情報内容には医療者の妊孕性温存に関する知識や経験などさまざまな諸要因による偏りがあること、あるいは情報入手ができにくい状況があると推察される。

2つ目は、本研究の対象者の選定として8条件を全て満たす者を対象者とした。この8条件のうちの「(7) 乳がん診断後、始めて受ける治療が手術療法患者である。」としたのは、結果のバラツキを制御するための条件であったが、現実的には患者のがん病態およびあらゆる諸条件によって手術を受ける前に化学療法（術前化学療法）が行われる場合もある。乳がん診断の最初の時点で妊孕性に関する情報入手ができるか否かによって、その後の対応および治療後の在り方など生き方そのものに影響すると考えられる。

3つ目は、本研究結果から、A病院初診前のがん薬物療法による妊孕への負の影響、あるいは妊孕性温存に関することのどちらか一方しか知らなかったという対象者もいた(図6)。Furuiら(2019)の報告によると、AYA世代がん患者の妊孕性に関する情報提供において、AYAがんサバイバーの80.8%は妊孕性に関する情報を得ていたが、温存に関する情報提供があったのは55.8%であった。一方、前述のとおり本研究の全ての対象者は、A病院初診の時点でがん薬物療法による妊孕性への影響と未来の妊娠・出産への希望や情報を望む人には温存に関する情報提供が行われていた。換言すれば、情報の偏りと入手の差を是正するための役割をがん治療実施施設が担っていたことになる。したがって地域医療の一環とし

て各医療機関が生殖年齢にある患者に対して妊孕性温存に関する情報提供の役割を担うことは、患者にとって、とりわけ妊孕性温存を希望する患者にとって有益である。また、主要ながん治療を終えた患者は紹介元の医療機関へ戻ることもあるため、患者との信頼関係の構築という意味においても、早い段階で患者が情報入手できる環境を整えることが望ましいと考える。

以上の理由から、がん診断時から妊孕性に関する情報提供を行っていくことが重要であると考えられる。がんと妊孕性温存に関する情報提供を診断時に同時に行うことは患者にとって過酷ではあるが、他者がサポートすることで患者はそれに立ち向かい考える力を有していると考えられる。近年では、厚生労働省科学研究費補助金第3次対がん総合戦略事業として「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」においてインターネットからダウンロードできる患者用パンフレットが作成(北野, 清水, 2014)されており、利用が可能である(浅田ら, 2016)。このような情報資源を活用し、患者のタイミングでアクセスできるような紹介や啓発をしていくことも必要であると考えられる。ただし、カテゴリ【手近なインターネットから役立ちそうな情報を必死で探す】に包含された概念として「古い情報や辛さを助長する情報には距離を置くよう心掛けつつ探す」「乳がんと妊孕性の情報はネットサーフィンしないと掴めず、時間もかかる」が得られた。したがって、正しい情報提供(Goldfarb et al., 2016)が不可欠であり、信頼できる情報へアクセスできるような最新の情報提供が求められている。

さらに、時間差は生じていたとしても、温存するか否かを決めるまでに至る感情や行動および迷いや悩むことの内容の本質は同じであり、サイクルのように循環する過程から《自分にぴったり合うオーダーメイド情報を求めて専門医療者を頼る》ことへ進んでいた。ここでも情報がキーになっていた。しかし、この段階で対象者が求めた情報は自分にぴったり合うオーダーメイド情報であり、一般的なインターネット情報ではなく専門職である医療者に求めていた点が大きく異なる場所であった。このことは、どのような情報を知りたいと願っているかは人によって異なることを意味している。

欧米諸国を中心に各国のがんと妊孕性に関するインターネットの情報提供支援(Garvelink et al., 2013; Kelvin et al., 2016; Meneses, McNees, Azuero, & Jukkala, 2010)および、パンフレット使用による妊孕性温存の決定支援(Garvelink, Ter Kuile, Louwe, Hilders, & Stiggelbout, 2017)とその評価に関する報告では、若年乳がん女性はインターネットを利用し積極的に情報を得ている傾向があり、がん治療が妊孕性に影響する可能性について女性たちがインターネ

ットから情報を獲得した結果として、知識の向上および生殖カウンセリングを受ける行動へ向かうと報告されている。

ここではインターネットによる情報取得の有益性が報告されている。一見、【手近なインターネットから役立つような情報を必死で探す】ことが有益な行動であるかのような印象を受けるが、ここでいうインターネットの情報提供支援というのは、誰もが簡単にアクセスできるインターネット情報ではなく、インターネットの情報提供支援というからには、専門家によって選別された意図的な情報提供であり、意味としては《自分にぴったり合うオーダーメイド情報を求めて専門医療者を頼る》と同質であるといつてよい。対象者が専門的で個別の情報を求めているという点において、本研究結果は先行研究知見を支持していた。

これまでの意思決定に関する報告では、患者が悔いのない意思決定をするためには医師との信頼関係を前提に、徹底した情報提供と熟考、主体的な意思決定による納得が不可欠であり、それが闘病の姿勢にも大いに反映されるといわれている(秋元, 1993; 秋元, 森, 中塚, 2010; Barry, Henderson, 1996; 井上, 1999; Tabak, 1995)。また、国府(2004)は、乳がん患者が術式を選択するプロセスに関する研究において、乳がん患者の術式選択過程には複数のタイプがあること、それらの過程に影響する要因として術式の利点・欠点および周囲からの影響などを挙げ、早期からの情報提供と修正、困難な術式選択の道のりへの支援の必要性を示唆している。つまり、患者の意思決定と治療選択を可能にするには、その人にとっての十分な情報が不可欠であるといえる。このように、提供する情報の内容と量・提供方法は、患者個々のニーズに応じたものでなくてはならない。

意思決定と治療選択に関連して患者が得る情報は、医師や看護師からの専門的・目的的な情報だけとは限らない。周囲の人からの情報やインターネット上で公開されている体験者談なども情報となる。しかし、これらは個人的体験であることから、時には誇張もあり正しいとは限らない。また、テレビに代表される報道機関から発信される断片的な健康情報にふりまわされ、患者は日々気持ちが揺れ、不安定な状況に陥る可能性もある。

橋爪、後藤、山本(2019)は、乳がん患者のインターネットからの情報利用における利点と困難とその対処方法について明らかにしている。この報告によると、インターネットを用いて医療者に相談しにくいことに関する情報を自分で収集できること、あるいは同病者の体験から心的安寧が得られることが利点として挙げられている。同時に、インターネットからの情報は不安を増強させること、情報の多様さから混乱を引き起こす可能性のあることが困難として挙げられている。本研究の結果においても対象者はインターネットを利用して

情報収集し、[ネットで探し当てたピアの存在を励みとする] 一方、[古い情報や辛さを助長する情報には距離を置くよう心掛けつつ探す] 行動をしていたことから、橋爪らの報告と本研究結果は類似していた。

さらに、AYA サバイバーの 80.8%は妊孕性に関する情報を得ているが妊孕性温存に関する情報を得ていたのは 55.8%であり、このうち治療前に情報を得ていた人は 42.3%であった(Furui et al., 2019)との報告がある。国内の AYA 世代がん患者の約 6 割が、治療前に妊孕性温存に関する情報を入手できていない現状にあることから、正しい情報提供が不可欠であることが明らかである。

看護師は、患者がどこに必要な情報があるかを知り、それを得て理解し、自分に合った方法で利用することで妊孕性温存をする・しないについて意思決定し、自分にとって最適な選択ができるよう、患者自身が主体的に認識し行動できるよう支援する必要がある。そのためには、情報リテラシーこそ患者自身が持つべき重要な力であるという認識を看護師が持ち合わせておくことが不可欠である。

(3) 経済

《温存治療と維持にかかる高額な費用が温存する方向に傾く気持ちにブレーキをかける》が得られた。このことは、妊孕性温存する・しないを決めていく際、たとえ妊孕性温存治療の技術的な提供が可能であり、また温存治療を望んでいたとしても対象者の懸念要因の 1 つが温存治療とその維持にかかる費用のことであったことを意味している。温存するには高額な費用が必要になるという経済的理由を無視することができないことの現れである。

患者が妊孕性温存治療に進まなかった場合の要因について、2000～2015 年に公開された文献のうち 37 文献を対象にメタアナリシスが行われている。この報告によると、患者が妊孕性温存治療を受けないと選択する要因のうち、代表的なものの 1 つとして経済的な要因が挙げられている(Panagiotopoulou, Ghuman,Sandher,Herbert,& Stewart, 2018)。本研究の対象者においては、妊孕性温存にかかる費用が高額であることを懸念し、慎重に検討する要因になっていた。その結果として温存しないことを決めた対象者もいたが、経済的な懸念を抱きつつ温存することを決める対象者もいた。対象者 30 名中 14 名が温存していたが、30 名中 28 名は乳がん診断当時に仕事に従事していた。自ら収入を得ているか否かが温存する・しないの決意に影響する要因になる可能性があるかもしれない。

妊孕性温存治療費の保険適用や助成は、各国あるいは各自治体の制度によっても異なる

る。日本は妊孕性温存治療に関する国としての助成制度は現時点で確立されておらず、一部の都道府県や市が助成制度を有しているのみである（鈴木, 高江, 2019）。今後、このような助成が利用できる自治体が拡大する可能性もある。したがって、看護師は地域で利用できる助成について把握しておくとともに、患者へ助成についての情報提供を行い、居住地で利用可能な助成はないかなど調べることを促していく必要性もある。また、患者本人や親族あるいは友人などが不妊治療を経験している場合を除いて、ほとんどの対象者は温存治療にかかる費用が高額と認識しつつも実際にどれくらいの費用になるのかがわからず、漠然とした不安を抱きながら生殖医療へ向かっていた。具体的な費用は採卵回数などの条件によって異なるが大体の費用をあらかじめ情報として伝えることで温存する・しないの決定がしやすくなるを考える。

(4) 年齢

【乳がん治療後の年齢を見積もり、未来の自然妊娠・高齢出産・子育てについて考えめぐらせる】が得られたことは、妊孕性温存をめぐる選択について検討するうえで、年齢が考慮する要因の1つになっていたことを示している。具体的には、治療完遂後の年齢とその後の妊娠・出産の可能性、出産後の子どもの成長年齢を想定するなど、本人の年齢のことだけでなく夫やパートナーおよび未来の子どもの成長年齢について考えをめぐらせていた。

治療完遂後の年齢が35歳以上になる対象者は、自然妊娠の可能性と高齢出産に伴うリスクに懸念を抱いていた。このことは、35歳以上の出産には流産や胎児の染色体異常などのリスクが高まることもあるという情報が、一般的知識として広く社会に流布しているためと考えられる。永井ら(2013)は、高年齢初産はかつて30歳以上の初産婦と定義されていたが、1991年に日本産科婦人科学会により現在の基準である35歳以上へ引き上げられたと述べている。近年は晩婚化や晩産化社会となりつつあるが、35歳以上の出産には流産や胎児の染色体異常などのリスクが伴うこともある。したがって、自分の年齢だけではない多様な観点から診断時の年齢あるいは治療完遂後の年齢が35歳以上であるか否かを基準として検討することになる。このことは、本研究の対象者の概要7.年代別妊孕性温存の有無について30歳代前半に比べ、30歳代後半の方が温存する割合が11%低くなっていたことと一致している。

国内のAYA世代がん患者の悩みの実態調査の結果から、年代によって悩みは異なり思春期世代(15~19歳)においては学業に関することが上位に入り、不妊治療や生殖機能に関する問題(将来、自分の子どもをもつこと)は家族形成期にある25歳以上において上位にな

っている(清水, 2018)。このことは、発達段階やライフイベントに応じて関心事や悩みの程度が変化していくことを意味している。

これらからいえることは、青年期以降のライフイベントの価値観やそのタイミングには多様性があり、暦年齢だけで区切られるものではないということである。医療技術の進歩によって、妊娠・出産可能な年齢幅は延長されてきた。一方、妊娠期から子育てをとおして母子ともに健全な人生を歩むためには適切な出産年齢があるという考え方も存在する。したがって、生殖可能な年齢にある女性が乳がん発症によって妊孕性温存をめぐる検討をするとき、ライフイベントとしての年齢と生物学的年齢は同義でないこと、また、その前者と後者の隔たりを認識したとき、葛藤が生じてくる可能性があると考えられる。

(5) 葛藤

サイクルのように循環する過程のうち《温存治療と維持にかかる高額な費用が温存する方向に傾く気持ちにブレーキをかける》【乳がん治療後の年齢を見積もり、未来の自然妊娠・高齢出産・子育てについて考えめぐらせる】体験には、相互作用を引き起こす複数の体験が関与していた。それらは、【相手の気持ちを押し量りながら“する・しない”、“どの方法がいいか”を見極めていく】《相手と共に納得のいくまで話し合う》体験であった。

対象者は自分だけの考えではなく相手の出方を見極めつつ、妊孕性温存する・しないのいずれかに決めていこうと模索していた。この結果は、妊孕性温存をめぐる対象者と夫やパートナー、あるいは親との間での意見相違が意思決定に影響を及ぼしていたことを示しており、「家族」という視点から考えると妊孕性温存は対象者単独の問題ではないことを意味している。決定に影響力をもつ他者として、医師や家族関係（特にパートナーや婚姻状況）であることが明らかにされている (Snyder & Tate, 2013) が、本研究結果もこれを支持していた。その結果、【相手の気持ちを押し量りながら“する・しない”、“どの方法がいいか”を見極めていく】《相手と共に納得のいくまで話し合う》が、[温存をめぐる私の考え方は親族には受け入れてもらえない] こともある。

《子どもを望む今と、これまでの人生の足跡をたどり葛藤する》【限られた時間で人生の大きな決断をせまられる一方でわからないことが多すぎて混迷を極め消耗する】【温存する、しない、するならどの方法か、決め手を探る】が得られた。これらの体験も単独で存在するのではなく結果図(図 15)に示したような関係性をもって位置づいていた。

自分のことでありながらも自分だけではどうにも太刀打ちできないと圧倒された感覚を

抱きやすい医療の場における意思決定の特徴の1つに、人は他者との関係性の中で生きていくことを存在の根幹としていることが挙げられる。自分の意思決定は自分のことだけに留まらず周囲の人々へ何らかの影響を及ぼすことになる。また逆に周囲の人々から影響を受けることがある。自分の意志ではなく家族員の意思を優先させる意思決定もあり得る。

《温存治療と維持にかかる高額な費用が温存する方向に傾く気持ちにブレーキをかける》【乳がん治療後の年齢を見積もり、未来の自然妊娠・高齢出産・子育てについて考えめぐらせる】【相手の気持ちを押し量りながら“する・しない”，“どの方法がいいか”を見極めていく】《相手と共に納得のいくまで話し合う》体験は、1つひとつが独立しているわけではなく、互いが絡み合っただけで悩みや迷い、あるいは心配となって存在していた。また、【限られた時間で人生の大きな決断をせまられる一方でわからないことが多すぎて混乱を極め消耗する】は、決めなければならない切羽詰まった課題に対して、決めることができるだけの情報の蓄積と、得られた情報への理解ができていないという苦境に立たされている対象者の姿を示している。

これらの体験は、妊孕性温存は相手あつての決定であり、一人では決められないこと、生命を維持するために受ける治療が妊孕性に負の影響をもたらすことで妊孕性喪失の可能性が生じること、喪失を避けるためには高額な経済的負担が不可欠なこと、および温存を決意しても子どもを産めること・育てていくことが不確かな未来であることに伴う葛藤が内包している。すなわち妊孕性温存に関する意思決定に至るまでには、自分と決意するために重要な他者との間でさまざまな葛藤の過程があることを意味している。

葛藤(conflict)とは、意識や無意識の精神内界に、相反する2つないし数個の対立する衝動、欲求がそれぞれに同程度の強さをもって存在している状態(式守, 2011, p145)のことを指す。一方、高橋ら(2019)は、女性乳がん患者の妊孕性温存に関する意思決定には、「パートナー・家族間での意見の相違」という倫理的課題があり、支援する看護師が抱いている困難を明らかにしている。本研究において〔温存をめぐる私の考え方は親族には受け入れてもらえない〕体験が存在していたことは、高橋らの結果を支持するものであった。

さらに、不確かさと確かさ、利益と不利益という対概念の中での葛藤であったと考える。乳がん自体が再発・転移など不確実な要素を併せ持つ疾患であるうえに、確信の得難い妊孕性温存への挑戦をするかしないかの決断を下すことは、まさに、相反する2つないし数個の対立する衝動、欲求がそれぞれに同程度の強さを有して存在している状態であり、妊孕性に関する意思決定過程は対象者の葛藤過程であるといつてよいだろう。

2) 結局は自分で決めるしかない

【結局は自分で決めるしかない】という体験は、対象者が、現実を自分で引き受け、自分で対処するしかないという覚悟ともいえる意識と行動を導いていたことを意味している。この意識を獲得したのちに、温存する・しないを決めることができていたといってもよいだろう。

対象者の意思決定過程は、医師および看護師から妊孕性に関する説明を受けた後4通りの受け止め方をしたことを起点に始まっていた。この多様な受け止め方を起点に、対象者はコアカテゴリ『まだ先でよかった産む・産まないの選択を間近に迫る期日までに伝えられ、力の限り考えめぐらし結論を出す』に示したとおり、相互に関連する複数の体験の連続性を経て最後の決断を下すのは自分しかいないことに気づいていった。この気づきが「自分のことは、自分で決める」という強い意識の獲得となっていったと考えられる。他者の意識に流された決断を避けるという毅然とした意識の獲得である。このことは、決めた後の結果を他人に擦り付けることを防御することになり、コアカテゴリ『私の人生の地図を描き変え始める』を導く原動力になったと考える。

意思決定には自己責任を伴うため、決めること自体に困難を感じ、あるいは誰かに決めてほしい、誰かに「こうなさい」と指示してほしいという気持ちになることがある。フロム(E. Fromm)(1941/2011)は著書「自由からの逃走」で、外的な支配から逃れたい、権威への服従から自由になりたいと戦った人間が、自由を得たとたん不安になり、自由から逃げようとする指摘している。すなわち、自律的人間として自分で考え自分で決断して行動することに伴う自己責任は、人間に心理的負荷をかけ不安にさせる側面があると指摘している。誰かに決めてほしいとの願いは、フロムが指摘した人間の気持ちと同質である。また、人間の意思決定にはエラーが伴う可能性を否定できない。このことから、エラーが起きたときの責任を取りたくないから迷う、誰かに決めてもらいたい、という気持ちになると考えられる。

しかし、治療を受けるのは患者自身であり誰もそれを代わることはできない。先行研究では、健康的に生きているがん患者の根底には、「結局は自分だ」という意識があったと報告されている(秋元, 佐藤, 2003; 水野, 1997)。したがって、がんや生活習慣病のような長期間の養生を求められる慢性疾患をかかえて生きる場合、自分自身による意思決定と治療選択は、長きにわたる療養生活を過ごすうえで気力を維持させる原動力となり、欠かすことのできない行為となる。「〇〇にすべてお任せします」「〇〇が言われる方法で手術し

てください。私にはよくわかりませんから」と医師にすべてをゆだねたい、医師の言うとおりにする、という人の場合、これはこれとして尊重しつつも、心理的負荷をかけない範囲で可能な限り患者自身による意思決定・治療選択となるよう、看護師は粘り強く支援する必要がある。そうでなければ、この先の長い人生を生きる原動力を失い、問題が起こるとすべて他者のせいにしがちになるかもしれないからだ。

妊孕性温存に関する意思決定は、長期間の養生を求められる慢性疾患をかかえて生きることとは異なり、短時間で決定を下さなければいけないクリティカルな意思決定である。したがって、「結局は自分だ」(秋元, 佐藤, 2003; 水野, 1997)という意識を獲得し、それを使う状況の現象としては異なっている。しかし、決定したことが導く結果は、人生の大きな転換点になることであり、その後には始まる長期間の人生を生きることが求められるという本質においては慢性疾患を抱えて生きる場合と同様であることが考えられる。

イスラエルでは、妊孕性温存治療を公的資金で受けることが可能であり、婚姻歴と妊娠歴のない女性はほぼ自動的に妊孕性温存をすることが、がん治療計画の一連の過程に組み込まれているため、女性は妊孕性温存に伴うさまざまな体験をしているという報告(Dagan, Modiano-Gattegno, & Birenbaum-Carmeli, 2017)がある。この報告によると、女性のなかには将来に対する妊孕性への関心が薄い人もいれば、妊孕性温存治療のために乳がん治療開始が遅れることに不満を抱いている人もいる。対照的に、子どものいる女性に対しては、妊孕性に関する説明が不十分であることや妊孕性に関する情報が得られないまま、がん治療を受けたという体験をした人もいる。このような体験をした女性のなかには、たとえ出産歴があり子どもを授かっていたとしても、将来的に挙児希望を叶えるために不可欠な身体機能を失う可能性について不満を抱いていた人もいた。したがって、イスラエルの例は、妊孕性温存をする・しないは他者によって判断されることではなく自分自身が十分な情報提供に基づき、妊孕性に関する諸事情を勘案し納得して治療に挑むことが極めて重要であることを示している。

全体的存在である人間は各自個別の理由で自分の人生を決定していく。自分で決めるを支援する看護援助、そして決めたことを他者が支持する支援が不可欠であるといえる。

II. 私の人生の地図を描き変え始める

コアカテゴリ『私の人生の地図を描き変え始める』に内包された体験の特徴は2つある。

1つは、多様性と同一性が共存していたことである。このことは、コアカテゴリ『まだ先でよかった産む・産まないの選択を間近に迫る期日までにと伝えられ、力の限り考えめぐらし結論を出す』に内包された体験に多様性と同一性が共存していたことと同様であった。

2つ目は、同一性という特徴において【手は打てたと安堵し新たな人生の再構築を始める】体験とともに、《子ども産んでこそその女性の人生という価値観から解放される》【心に空いた穴にサイズの合わない別の言い訳や代替え行動を埋め込み納得させる】《温存した安堵感の一方で治療後の妊娠・出産にまつわる新たな心配が押し寄せてくる》体験をした対象者もいたように、対象者の中に気持ちの揺らぎを生じさせつつ【手は打てたと安堵し新たな人生の再構築を始める】体験であったことである。すなわち、これから先の人生を生きようと踏み出したとしても新たな気持ちの揺らぎや気がかりが生じ、心の平穏は容易には得られないが、それでも【手は打てたと安堵し新たな人生の再構築を始める】行動を続けていたという特徴であった。

このことも、人の意思決定を支援することを責務とする看護師が注目すべき重要な本研究の結果である。なぜなら、妊孕性温存に関する意思決定支援において患者が決めることができたなら支援は終わりということではないことが示されたからである。

ここでは、コアカテゴリ『私の人生の地図を描き変え始める』に内包された体験の多様性と同一性、および、新たなステージに踏み出した後においても心は定まらず、気持ちが行きつ戻りつするという視点から考察する。

1. 体験の多様性

1) 温存すると意思決定した後の過程における特徴

温存すると決意した対象者は、がん薬物療法開始までの期間内に妊孕性温存治療を受けるため〔決められた温存までのルールの上をただただ進む〕ことになる。妊孕性温存に関する診療ガイドライン(津川, 2017, pp. 66-68)によると「術後化学療法の場合、妊孕性温存に伴う治療開始遅延は術後 12 週までは容認される。ただし、術後 5 週を超える化学療法の遅延は予後に影響するという報告もあり、妊孕性温存を実施する場合には可及的速やかに実施すべきである」と推奨されているため、病態によっては予定よりも早く化学療法を開始することもあり得る。対象者が〔急ぎ決めた割には思い通りに進められない温存までの行程にやきもきする〕体験をした背景には、限られた時間内で最大限に卵子や受精卵凍結ができるよう行動していくことを望む対象者の強い願いがあったと推察する。具体的に

は、未婚者が受精卵凍結を選択した場合は、生殖医療を受診するまでにパートナーとの合意のうえで法的に認められる婚姻手続きを完了しておかなければならない。また妊娠活動や不妊治療中で基礎体温測定を習慣にしていた人が、乳がんの診断を契機に測定を中断していた場合や基礎体温測定を意識しないまま生殖医療で基礎体温測定を求められた場合は、中断したことへの後悔の念を引き起こす可能性、あるいは早めに行える準備、例えば基礎体温測定などに取りかかりたいと考える人もいることが考えられる。また、子宮内膜症や子宮筋腫などの疾患は20～40歳代の生殖年齢にある女性に発症することが多く、このような婦人科系疾患の既往がある場合は温存に向けての体調管理も必要となる。したがって、妊孕性温存に関する情報提供に併せて上記のような自己マネジメントができるような支援が必要であると考えられる。そして、このような支援の蓄積と修正を重ねていくことによって「急ぎ決めた割には思い通りに進められない温存までの行程にやきもきする」ことが軽減していく可能性があると考えられる。

納得のいく意思決定をした対象者は、将来の妊孕性喪失の可能性を避ける手立てとして妊孕性を温存することができた安心感とともに、その後も継続するがん治療へエネルギーを転換させていった。一方、温存を決意したが結果的にその目的を果たせなかった対象者もいたが、「受精卵凍結は不本意な結果に終わったが後悔はない」との思いによって「納得のいく意思決定をしたことが今の自分を支えてくれる」体験へと至った。

化学療法や放射線療法が終了した対象者あるいはホルモン療法中の対象者は、「温存した安堵感の一方で治療後の妊娠・出産にまつわる新たな心配が押し寄せてくる」が得られたように、凍結した卵子や受精卵をどのタイミングで移植するかなど新たな検討や心配を抱いていた。

国内がん情報サービスのがん登録・統計によると、2009-2011年のAYA世代におけるがん罹患率（粗罹患率）は20歳代で31.1、30歳代で91.1（人口10万人あたり）であり、これらの罹患率を日本全体の人口に当てはめると、1年間にがんと診断されるがん患者数は20歳代で約4,200例、30歳代で約16,300例と推計されている（国立がん研究センター, 2018）。このうち、乳がん罹患率であり妊孕性温存をした者に限ると少人数になること、および国内の乳がん階級年齢別罹患率から、乳がん罹患率が高い年代は45歳以上からであり（国立がん研究センター, 2017b）、すでに家族計画が完了しているなどの背景を考えると、生殖年齢にある女性乳がん患者の体験共有は極めて困難なものと推察される。

本研究の結果Ⅱ. 対象者の概要の「乳がん診断後の対象者に関する婚姻・家族構成の変

化」から、面接時点で子どもを出産した人および妊娠中である人は13名であり、乳がん診断時よりも8名増加し、家族構成に変化がみられた。このことは、乳がん治療を受けながらも子どもをもつことができることを示す事実であり、妊孕性温存するか否かを検討している人にとってはこのような事実および体験は知りたい情報の1つであると考えられる。先行研究においては、妊孕性温存に関する相談窓口や体制づくりの必要性が提言(高橋, 林, 2018)されており本研究においてもこの提言を支持する結果を得ることができた。さらに体験の共有においては、インターネットを積極的に利用する人もいれば、利用しない人もいる。情報の不透明さからあえてインターネットとは距離を置く人もいるが、ネットでピアとなる存在を見つける人もいる。あるいは、他者の体験を必要としない人がいる一方、がんや不妊治療の体験や意見を積極的に聞きたいと願う人もいるため、個々の希求に耐えうる多様な媒体によってその人の適切なタイミングで体験情報を入手できる体制づくりが重要であると考えられる。

2) 温存しない意思決定後の過程における特徴

温存しないと決意した対象者の一部は、すでに家族計画が完了しており医療者から妊孕性に関する説明を受けたときから一貫して「温存しない」と決意していた。このような決意をした対象者は、《今いる子どものために何としてでも生きる》覚悟を決めて乳がん治療の完遂を目標にしており、「温存しない決意」は時を経ても大きく揺らぐことはなかった。一方、納得して温存しないと決意し《今いる子どものために何としてでも生きる》覚悟を決めていても、妊孕性の喪失感を抱えている対象者、あるいは乳がん罹患さえなければ将来的に挙児を希望していたという気持ちを消せないままにいる対象者においては、

【心に空いた穴にサイズの合わない別の言い訳や代替え行動を埋め込み納得させる】ことと《子ども産んでこそその女性の人生という価値観から解き放たれる》体験と行きつ戻りつの相互作用を繰り返し、揺らぎと確信を反復させながら、《今いる子どものために何としてでも生きる》覚悟を確認していた。他方、温存しないと決意した対象者の中には、【手は打てたと安堵し新たな人生の再構築を始める】過程へ向かう対象者もいた。この対象者も同様に、【心に空いた穴にサイズの合わない別の言い訳や代替え行動を埋め込み納得させる】ことや《子ども産んでこそその女性の人生という価値観から解き放たれる》体験と【手は打てたと安堵し新たな人生の再構築を始める】体験とが行きつ戻りつの相互作用を繰り返し、揺らぎと確信を反復させながら【手は打てたと安堵し新たな人生の再構築を始める】体験を強化していた。すなわち、温存しないという同一の決定をしたとして

も、その覚悟が不変の対象者もいれば心に穴が空いたような喪失感を抱いている対象者や、子どもを産むという人生から解放されたように感じている対象者もいることが示された。温存しないとの意思決定後の過程における特徴は、過程の進み方が多様であるということである。

先行研究における妊孕性温存に関する報告は、妊孕性に関する支援の在り方や現状評価および妊孕性温存治療を受けるまでの意思決定やその支援、すなわち「温存する」ことへ着目されたものが多く散見された。一方、高橋と林(2018)は、妊孕性温存に関する意思決定後の評価の過程から、「子どものいない人生も肯定的に視野に入れる」「子どもに対する気持ちに変化する可能性もある」というコードから「子どもをもつことに固執しない」というサブカテゴリを得ており、子どものいない人生を前向きに捉えていたと報告している。この結果は、本研究の《子ども産んでこそその女性の人生という価値観から解き放たれる》と同様であった。しかしながら、本研究からは【心に空いた穴にサイズの合わない別の言い訳や代替え行動を埋め込み納得させる】が得られ、【手は打てたと安堵し新たな人生の再構築を始める】ことへ前向きな生き方を志向する一方で、喪失感を抱く自分の気持ちをなだめるように対処していることが明らかになったことは看護師にとって注目すべき結果であったと考える。なぜなら、これまでは、温存すると決めた人に比較して注目度が低かった温存しない決意をした人へのケアおよび支援の必要性を見出す結果であったからだ。

人が喪失を乗り越えそれを受容するためには、その人自身が十分に悲しむこと、喪失による抑うつ反応によって、スイッチが入れられる悲嘆作業 (grief work) を十分にやりとげることが重要である(小島, 2013, pp. 21-25)。対象者は「**でもしょうがないよなっていう感じですかね。まあ現実的に現実を受け止めると言うか。しょうがない。もうこれは決断した後はもうどうしようもないと思っているので。しょうがないと思っています。その後はもう迷わなかったです。しょうがない。もう私は子どもは産まないって、産めないって思ってますから(4)**」と語り、面接中に何度も「しょうがない」という言葉を発していた。別の対象者は「**わたし生きる、わたし生きる、わたし大事、わたし可愛いみたいな、いうふうに考えるように、するようになった(7)**」など、何度も同じ言葉を自分に言い聞かせているように語っていた。このことから、[もう産めなくなるかもしれない悲しみを自分でなだめる] 行為は悲嘆作業の状態にあると考えられる。また、このような喪失感を抑制することよりも悲嘆作業をすることによって、その後のプロセスを円滑に進みやすくなると考えられる。したがって、看護師は患者の「温存しない」決意後、内心で大きな揺らぎを抱いている人も存在していることを意識し、患者の

決意を肯定する支援とともに存分に嘆き、悲しんでもよいこと、それらを表出することの必要性を本人や家族へ伝えていくなどの支援が必要であると考え。

一方、「表3 対象者の概要」から、温存しないと決意してがん薬物療法を受けた後に出産して子どもを授かった対象者、および面接時点で妊娠中の対象者が存在した。このことは、温存しないと決意したことが妊孕性に関して無関心であったり、出産を諦めているわけではないことを意味している。本人や周囲の人たちのライフイベントの変化などに伴い、婚姻や挙児希望に対する関心の程度も変化していくと推察する。このような状況変化は初期治療が落ち着く時期や年齢を重ねていくうちに関心の程度が強まり、婚姻や挙児希望に関する考えや行動に影響すると考えられる。このことは、対象者の初診時と面接時点での婚姻・家族構成の変化に示された数値の変化からも明らかである(図10)。したがって、妊孕性に関する意思決定をする時点で「温存しない」と決断したとしても、「子どもがほしい」という意思を手放したわけではないといえる。むしろ、初期治療の完遂を見据えて個々の諸要因(例えば、再発リスクによる身体への影響、薬物療法による体内および胎児への影響、パートナー、仕事、年齢、経済状況など)がある程度自己の中で「大丈夫」という気持ちが整い挙児希望への関心の程度が強度へ傾いたとき、生殖年齢にある限り妊孕性への可能性を信じて計画的に行動していると考えられる。

2. 体験の同一性

1) 【手は打てたと安堵し新たな人生の再構築を始める】体験の意味

医療者から妊孕性に関する説明を受けたときから一貫して「温存しない」と決意し、《今いる子どものために何としてでも生きる》覚悟をもってその覚悟に揺らぎが生じなかった対象者以外の全対象者が、本研究が焦点を当てた意思決定過程の最終段階において【手は打てたと安堵し新たな人生の再構築を始める】体験をしていた。この【手は打てたと安堵し新たな人生の再構築を始める】体験は、人が人生において困難な状況に直面したときに、行動や意識を変容させることで、しなやかに回復し適応していく力・あるいはそのプロセスといわれるレジリエンス(Resilience, 以下、レジリエンス)に類似した意味を有していると考えられる。

レジリエンスの意味については、さまざまな主張がある。Garmazy(1991)は、統合失調症の両親をもつ子どもたちに関する研究を行い、多くの子どもたちは温かく能力のある大人になったことを明らかにし、生活するうえで遭遇するストレスや逆境に耐えるという

ことだけでなく、その状況にしなやかに適応できるダイナミックな力をレジリエンスとしている。レジリエンス研究は、早期においては子どもを対象とした研究から発信されていたが、その後は子どもに限らず幅広い年代の、しかもさまざまな困難な状況にいる人を対象とした研究知見が報告されている。その中であって石井ら(2007)は、レジリエンスは個人のパーソナリティのようなものではなく、周囲からの働きかけや適切な支援によって変化する個人特性としている。

レジリエンスに関する多様な主張がある中で、砂賀, 二渡(2011)は、Rodgers の概念分析の手法を用いて“がん体験者のレジリエンスの概念分析”に取り組んでいる。この報告において著者らは、がん体験者のレジリエンスは、『的確な自己認識と、自己受容力の意識化のもと、肯定的な感覚を高めることで前向きな意味づけを行い、信念や確信を得ることにより、がん体験者の肯定的変容を促進する。そして対処戦略を見出すことで自己統制を行い、がんを受容し、QOL 向上やエンパワーメントを高め、well-being を獲得して、適応に向かうダイナミックなプロセスである』と定義している。さらに、がん治療の高度化, 長期化に伴い、がん体験者がその人らしく生きられるように支援していくことの重要性は高まることが予測されるため、今後の看護実践への活用性は期待できると考える、と述べている。

対象者は、乳がんという悪性疾患であるとの事実直面したことに併せて、自分の命と将来の命という2つの命をどうするかについて同時に、しかも短期間で熟考し結論を出さねばならない重大な課題に直面し、どうしてもいかわからないほどの圧倒された感覚に陥っていた。しかしながら、妊孕性温存に関する意思決定過程を悩み葛藤しながらも進んでいき、最終的には【結局は自分で決めるしかない】という覚悟をもって温存する・しないのいずれかの結論を出し、自己決定したからこそ【手は打てたと安堵し新たな人生の再構築を始める】に至り、その後この体験は揺れ幅を持ちながらも、これからの人生を再構築しようとしていた。

対象者は、[温存したことによっていただいた出産の可能性をがん治療へのエネルギーに換える] 行動変容を目指し、[夫婦でもっと将来の子どものことで話し合いたかったが後悔してもはじまらない] [受精卵凍結は不本意な結果に終わったが後悔はない] [納得のいく意思決定をしたことが今の自分を支えてくれる] [将来の見通しが立ちスッキリ、手は打てたと安心する] と自信をもち、[子どもを授かる希望を持ち続ける] [将来は養子を迎え子どもがいる生活をおくりたい] [子どものいない人生を歩もうと気持ちを切り替え

る] ことで、この先の人生をよりよく生きようとしていた。さらに、[乳がん罹患と妊孕性温存の検討は人生を考える好機となり人生が動いた] と、今回の出来事に感謝の念を抱き、この先を生きる前向きな力にしていた。換言するなら、本研究の対象者の【手は打てたと安堵し新たな人生の再構築を始める】体験に含まれていた概念は、行動変容・自信という「肯定的な適応」、よりよく生きようとする「well-being」と「QOLの向上」、前向きな力すなわち「エンパワーメント」という意味であるといつてよい。

砂賀、二渡(2011)は、がん体験者のレジリエンスの概念分析において、レジリエンスの構成概念の1つである帰結を4つ述べている。「肯定的な適応」「well-beingの獲得」「QOLの向上」「エンパワーメントを高める」の4つである。本研究の対象者の【手は打てたと安堵し新たな人生の再構築を始める】体験に含まれていた概念は、行動変容・自信という「肯定的な適応」、よりよく生きようとする「well-being」と「QOLの向上」、前向きな力すなわち「エンパワーメント」を示す内容であった。このことは、砂賀ら(2011)の見解とほぼ一致しており、【手は打てたと安堵し新たな人生の再構築を始める】体験の意味は、対象者のレジリエンスであるとともにレジリエンスのプロセスを示しているといつてよいと考える。また【自分主導でパートナーと私の人生を動かす】行動に出た対象者がいた。価値を転換させ自分のみならず相手の人生の価値まで踏み込み、ともに生きていこうとする姿、あるいは概念[パートナーの将来を案じて別れを告げる]が示すように相手のことを考え別々の人生を生きていこうとする姿は、対象者のレジリエンスといつてよいと考える。医師および看護師から妊孕性に関する説明を受けた後の多様性と同一性が共存するプロセスにおいて、乳がん罹患、手術、妊孕性温存に関する検討と意思決定など、重層的な複数の課題への対処を経ながらレジリエンスを獲得し、そのレジリエンスをもって妊孕性温存に関する意思決定後の新たな人生を生きていこうとする対象者のしなやかに状況に適応していこうとする姿であったといえよう。

さらに、対象者が、意思決定過程の最終段階で、行動変容・自信という「肯定的な適応」、よりよく生きようとする「well-being」と「QOLの向上」、前向きな力すなわち「エンパワーメント」を獲得していたことは、HillとWhite(2008)の乳がんサバイバーが時間を経た後に自己のアイデンティティを再発見し再構築していく者もいるとの報告と一致していた。これらのことから、看護師は妊孕性温存に関する苦悩や葛藤などに対して患者本人あるいは夫やパートナーなどと共に悩む時間を保証し、励まし、支え、必要に応じて環境を整えていくことが重要であると考えられる。

また、レジリエンスと類似している適応していく力とそのプロセスには【他者の力を借りる】がかかわっており、プロセスを推進していく力となっていた。このことは、石井ら(2007)がいう「レジリエンスは個人のパーソナリティのようなものではなく、周囲からの働きかけや適切な支援によって変化する個人特性」としていることを支持しているといえよう。

2) 手は打てたと安堵し新たな人生の再構築を始めた後の揺らぎ

【手は打てたと安堵し新たな人生の再構築を始める】体験は、レジリエンスに類似した意味を有していた。レジリエンス自体が適応していくプロセスといわれるように【手は打てたと安堵し新たな人生の再構築を始める】体験は、その後に揺らぎというプロセスに続いていた。

温存をした対象者は【手は打てたと安堵し新たな人生の再構築を始める】体験をしても《温存した安堵感の一方で治療後の妊娠・出産にまつわる新たな心配が押し寄せてくる》、温存をしなかった対象者は《子ども産んでこそその女性の人生という価値観から解放される》一方で【心に空いた穴にサイズの合わない別の言い訳や代替え行動を埋め込み納得させる】体験をしていた。温存した対象者としなかった対象者に共通していた【手は打てたと安堵し新たな人生の再構築を始める】体験は、その後続く揺らぎの体験と相互に影響し合いながら【手は打てたと安堵し新たな人生の再構築を始める】体験の確認・強化していく過程をたどっていた。このことは、温存した対象者も、しなかった対象者も共に自分で決めた結論であっても不確実な要素をはらむ意思決定ゆえにそれで終わりということには至らず、決めた後に迷いが生じてくることを意味している。高橋と林(2018)は、女性がんサバイバーは「妊孕性温存に関する意思決定後も困難さと迷いが生じる」と報告しており、本研究の結果もこれを支持していた。

Ⅲ. 他者の力を借りる

1. 「精神的サポート」および「情動的サポート」から成る【他者の力を借りる】体験

カテゴリの定義に関する記述の個所において、【他者の力を借りる】の定義を、「妊孕性温存をどうするのか決めかねていたり、決めたとしても温存の方法に迷っていたりする自分に対して、親身になり共に考えてくれたりアドバイスしてくれる夫・パートナー、友人、親族、経験者などに背中を押してもらったり、専門的知識をもって医療者が相談に応じてくれることを示している」と記述した。また、このカテゴリには、「温存の決意につ

いては夫・パートナーがよき理解者であり支えてくれる〕〔家族の後押しが支えになる〕
〔ネットで探し当てたピアの存在を励みとする〕〔身近な人のがんや不妊治療の体験や意見を積極的に聞く〕〔看護師からの情報と親身な相談に励まされ納得させる〕〔医療者の説明の仕方やニュアンスに影響を受ける〕の6概念が含まれていたことも、前述したとおりである。

【他者の力を借りる】における“他者”とは、夫・パートナー、友人、親族、経験者、医療者であり、“力を借りる”とは具体的には、上記6つの概念が示す通り対象者にとっては、理解してもらい、支えてもらい、後押ししてもらい(背中を押してもらい)、励ましてもらい、体験を覚えてもらい、意見を聞かせてもらい、専門的情報をもって相談に乗ってもらい、説明してもらい、ことである。つまり、①親身になって自分を理解してもらい励ましてもらうこと、②自分ではない他者の体験および専門的知識を情報としてもらうこと、③相談に応じてもらうこと、であった。

以上のことから、他者の力を借りるとは、上記②の「情理的サポート」および上記①③の「精神的サポート」の2つのサポート受けることを指していると換言できる。この2つのサポートが両輪を成していたことで、対象者の妊孕性温存に関する意思決意までの過程とその後の人生への覚悟、あるいは人生の再構築へ向かう過程の展開が推し進められたといえる。2つのサポートのうちどちらが欠けても、妊孕性温存をする・しないの意思決定には至っていなかった可能性がある。さらにはその意思決定に続いて起きていた揺らぎの過程も揺れ幅を縮めるまでには至っていなかった可能性がある。

ここでは、まず「精神的サポート」に焦点を当てて述べ、次に「情理的サポート」について述べ、最後に【他者の力を借りる】体験が有する特徴について論じることにする。なお、ここでは、夫・パートナー、友人、親族、のことを、“重要他者”と称することにする。

1) 精神的サポート

①親身になって自分を理解してもらい励ましてもらうこと、③相談に応じてもらうことは、いずれも対象者にとっては話を聴いてもらうことから始まるサポートであり、他者にとっては、対象者の話をよく聴き、必要に応じて自分の意見を述べたり励ましたりすることである。この語る・聴く(適宜フィードバックすることを含む)という相互の行為によって、対象者の意思決定過程が推し進められていった。このことは、語る・聴くという行為の中に、人の意思決定を推進させる要素が含まれていたことを意味しているといえよ

う。

対象者が語ることは、自分で自分をまとめなおすことができる重要な行為である。人は語りの中で、自分の心の中にあることを単に伝えるというのではなく、自分ではない他者、しかし自分と同じくらいに重要な反応をしてくれる他者に語ることによって理解し、聴いているその他者からの応答によって自分の意識を再構成し、自分をまとめなおすことで新しい意識を獲得していく (Kleinman, 1988/1996, p. 62)。すなわち聴く行為は、他者に何かを働きかける行為ではなく、何かを強く論じたり自己主張したりする行為でもなく、ただじっと他者の語りを受け止める行為である。ただし、それは何もしないで耳を傾けるといふ単純な受け身だけの行為ではなく、このことは語る側にすれば、言葉を受け止めてもらったという確かな出来事となる。これによって語る側は自分と同じくらいに重要な反応をしてくれる他者の胸を借りながら、自分のうちにあるもの、得体のしれない言葉にすらならなかった自分の内面にあるものを表す言葉を探し始め、その正体を自分で暴いていくことができる。

医師および看護師から妊孕性に関する説明を受けた対象者が、葛藤しながらも温存する・しないを決定し、その後の人生への覚悟あるいは再構築へ向かう過程を推進する力として【他者の力を借りる】が位置づいていたことは、重要他者、経験者、医療者のいずれもが、対象者の求めに応じて親身になって対象者の語りを聴き、必要に応じておせっかいにならない程度のフィードバックの行為があったと考える。すると、聴いてもらった対象者が自分は何に迷っているのか、何に苦しんでいるのか、何が意思決定の壁になっているのかなど自分のうちにあるものを明確にしていくことができ、どうすればよいかを見極めることができる。対象者の意思決定過程が推し進められていったのは、対象者と他者がこのような相互の行為を全過程を通して行い続けたためであると考えられる。その結果、対象者の中に言葉を受け止めてもらったという確かな出来事が起き、その繰り返しの中で次第に自分の意識を再構成し、自分が持ち合わせている力にも気づいていき、意思決定という困難な課題に立ち向かっていくことができたと推察できる。

那須(2020)は、女性がんサバイバーの妊孕性支援の概念分析によって、妊孕性温存治療に関する「納得のいく意思決定支援」のためには、その「気持ちに寄り添い支える」ことが重要であると述べている。精神的サポート、すなわち語る・聴くという相互行為が他者の力として意思決定の推進力となった本研究の結果も那須の報告を支持しているといっただろう。

2) 情動的サポート

上記②自分ではない他者の体験および専門的知識を情報としてもらうことは、精神的サポートと同時並行的に対象者に対する情動的サポートとして不可欠であるが、情動的サポートの内容には時期に応じた流動的要素が含まれていた。それは、対象者個人で収集できる範囲の情報であった段階から最終的には個人の範疇を超えた専門医療者から得られる情報に変化していたことである。医師および看護師からがん薬物療法と妊孕性に関する情報を得た対象者は、【手近なインターネットから役立つような情報を必死で探す】が得られた通り、情報入手のツールとして身近にあるインターネットを駆使し、あの手この手で検索を繰り返しながら自分の知りたい情報を自分で収集していた。しかし、その後は、《自分にぴったり合うオーダーメイド情報を求めて専門医療者を頼る》行動をしていた。このことは対象者が、迷いや判断しかねる状況、あるいは重要他者との意見の相違が生じるなどの葛藤や不安が強度に増したことで、決めるための突破口を見つけるためには専門医療者からの情動的サポートが不可欠であると考えられるようになったことを意味していると考えられる。対象者自身である程度得られる情報が飽和化することによって、次の段階では専門医療者からの情動的サポートの必要性が増すことを示す結果であると考えられる。

3) 精神的サポートと情動的サポートの一体化

【他者の力を借りる】が意思決定過程の推進力となっていたことは、精神的サポートと情動的サポートがそれぞれ独立して作用するというのではなく、一体化したサポートとして対象者に働きかけていたためであると考えられる。情報提供するときには、それをどのように伝えるかが問われる。対象者にとっては何を説明されたのかではなく、自分が何を聴いたのかが重要である。また、どのような心理的態度で説明されたのかも重要である。つまり、対象者を気遣う、心を配る、関心を向ける、という心理的態度をもって伝えてくれた場合には、自分の今の状況を分かってもらえているという感情がわき、孤独感から解放され不条理感や不平等感などの負の感情から解放され、説明されることに耳を傾けることができるだろう。このような心理的態度ではなく淡々と情報のみが事務的に伝えられた場合には、たとえ貴重な体験談や専門的知識を情報として伝えられたとしても、対象者は、自分の苦境を分かってもらえているという気持ちにはならなかったと推察する。このように、精神的サポートと情動的サポートは一体化して他者の力となり、対象者の【他者の力を借りる】体験となっていたと考える。

「してもらって嬉しかったのは看護師さんがすごく親身になって話を聞いてくれて。クリニックのこ

ととか、いろんな予約とか、ああいうことをしてくださったり励ましてくださった(16)」、「主治医の先生ががんの治療をしてくださっているのと並行して、看護師の方が私のその人間の本質というか生命とのところの手当をしてくださったことの感謝はもちろんですね(22)」、「看護師さんが色々と話してくださったので、その点はすごく心強かったですね。いろいろ話を聞いてもらったのもありますし、どういうふうに考えていけばってというようなこととか、後悔のないようにするのが一番だよみたいなことを言ってくださいましたし。いろんな選択肢があり得るからどれが正解というのはないだろうから、よく家族で話し合っただけ後悔のないように決めたらいいよということをおっしゃって頂いたの(26)」と対象者は語った。この語りは、【他者の力を借りる】が精神的サポートと情報のサポートが一体化したものであり、その結果、意思決定過程の推進力となっていた事実を示している。同時に、妊孕性温存に関する意思決定過程において、生活を支援する役割をもつ看護師の支援が重要であることを示している。

2. 「他者の力を借りる」が示唆する意思決定後の支援

本研究はコアカテゴリ『私の人生の地図を描き変え始める』において【他者の力を借りる】必要性を明確にした。このことは、温存する・しないの意思決定をした後にも【他者の力を借りる】必要性があることを意味している。先行研究においては、妊孕性温存に関する意思決定に至るまでの過程の支援やその体制構築に着目した患者および医療者を対象とした報告が多く存在している（奥島, 繁田, 實崎, 2015; Komatsu, Yagasaki, Yamauchi, 2018 ;高橋, 林, 2018 ; 高橋, 2018)が、本研究が意思決定後にも支援が必要であるという結果を示すことができたことは、本研究の新規性といってよい。意思決定支援を責務とする看護師にとって重要な結果である。

本研究の結果、温存するとの決意をした対象者および温存しないとの決意をした対象者の一部は、共に【手は打てたと安堵し新たな人生の再構築を始める】過程へ進む一方、その両者は、その後の過程において異なる様相を呈していた。このことから、両者の特質を踏まえたうえでの支援体制づくりが重要であると考えられる。妊孕性温存に関する意思決定後の支援に着目した体制づくりの強化は、意思決定後の迷いを軽減することにつながると考えられる。

意思決定後の過程においては、温存する決意をした人には妊孕性温存治療とそれに続く原疾患に対する薬物療法完遂に向けての支援が重要性を増し、温存しない決意をした人には原疾患に対する薬物療法完遂に向けての支援が重要性を増していくことが考えられる。

ここでは両者の支援について考察する。

1) 温存する決意後の支援

温存すると決意して妊孕性温存治療を受けた場合、《温存した安堵感の一方で治療後の妊娠・出産にまつわる新たな心配が押し寄せてくる》が得られた通り、どのタイミングで子どもを望むか、あるいはライフイベントの変化や高齢出産の年齢が迫るほどに育児への希望や関心が高まってくることが予測され、この場合、新たな情報的サポートの必要性が増してくると考えられる。

妊孕性温存するか否かの最終決定へ進む際に対象者は、〔温存やその後の妊娠・出産過程での女性ホルモン上昇が乳がん増悪や再発を連想させ不安で怖い〕〔現時点では乳がんと妊孕性温存の歴史が浅く情報も少ないため判断がつかない〕〔抗がん剤の影響を受けた身体から生まれた子どもの発育が心配で判断がつかない〕が得られた通り、妊娠や出産による女性ホルモン値の上昇が再発を誘発しないのか、がん薬物療法により影響を受けた身体による妊娠・出産からの胎児の発育および出生児のその後の成長過程についての情報を得たいと思っていた。したがって、専門医療者は、温存を決意した女性の育児への希望や関心が高まってきたとき、再び妊娠や出産による女性ホルモン値の上昇・再発の誘発、がん薬物療法後の身体による胎児の発育への影響、出生児のその後の成長過程などについての心配が軽減するよう、最新情報を提供していくことが重要になると考えられる。そのため、各領域の専門医療者間での連携を円滑に進め、一貫性のある情報を提供していきけるよう、相談窓口などの整備が必要である。このことは、妊孕性温存治療の意思決定から妊娠出産、育児においてパートナーシップを継続的に実践する役割があると考察している那須(2020)と同様の見解である。また、がん診療施設が生殖医療専門医および生殖医療実施登録施設と連携して、患者の意思決定や心理社会的支援、妊孕性温存実施などを地域で完結することのできる医療連携体制の地域ネットワーク普及を目指す(古井, 森重, 2019)動向と一致していると考えられる。

多職種間の連携や調整ができることは、看護師の強みである。患者や家族に最も近いところにいる看護職は多様な情報を得ることができる。その情報をもって看護師が要になって専門職者をつないでいくことが可能となる。とりわけがん看護専門看護師や乳がん看護認定看護師は、調整については熟練した能力を有している。意思決定支援という高度な看護実践が求められている状況下で、これらエキスパートの活動が期待されると同時にその責任を担う義務があるといっても過言ではないと考える。

2) 温存しない決意後の支援

本研究の対象者の概要から、温存しないと決意したとしても出産している対象者は存在するが、温存をしないと一度決意したことによって、その後、挙児希望へと気持ちが傾いたとしても医療者へ申し出ることをためらう人もいないのではないかと推察する。このため温存しないとの決定を支持しつつも、ライフステージの変化によって関心の程度も変わることは当然であるという前提に立ち、挙児希望への関心が高まったときには相談に応じることをあらかじめ患者へ伝えておくことも必要と考える。また、温存を希望したが結果として温存できなかった人や温存しない決定に後悔はないが、喪失感を抱いている人への継続した精神的サポートも看護師にとって忘れてはならない支援である。

3) 温存する・しない決意後における共通した支援

「温存しない」と決意した対象者のうち術前術後一貫して温存しないとの決定を貫いた対象者以外の対象者は、【手は打てたと安堵し新たな人生の再構築を始める】体験をしていた。この体験をした対象者の中には、《子ども産んでこそその女性の人生という価値観から解き放たれる》軽やかさを実感する対象者もいれば、安堵感もある反面【心に空いた穴にサイズの合わない別の言い訳や代替え行動を埋め込み納得させる】対象者もいた。これらの体験は【手は打てたと安堵し新たな人生の再構築を始める】ことと相互に影響し合い対象者の中に気持ちや行動の揺らぎを生じさせていた。

これに対して、「温存する」と決めた対象者は、【温存すると決めたからにはヤキモキしつつも敷かれたレールの上を踏み外さずひたすら慎重に進む】ことで【手は打てたと安堵し新たな人生の再構築を始める】体験をしていた。しかし同時に《温存した安堵感の一方で治療後の妊娠・出産にまつわる新たな心配が押し寄せてくる》相反する体験もしていた。【手は打てたと安堵し新たな人生の再構築を始める】《温存した安堵感の一方で治療後の妊娠・出産にまつわる新たな心配が押し寄せてくる》の相反する体験は相互に影響しあい、2つの体験の間で揺らぎが続く場合もあった。しかし、対象者は最終的には【手は打てたと安堵し新たな人生の再構築を始める】ことに積極的に踏み出していた。

温存する・しない決意後の支援として重要なことは、温存する・しないのいずれの決意であっても看護師はその人の意思決定として肯定し、尊重することが不可欠である。医療の場における意思決定において、看護師には、患者個々の「自分で決める」を支援し、患者自身が決めたことを支持する責任があることを強く自覚し、実践に移していくことが求められている。

IV. 看護実践への示唆

本研究により、生殖年齢にある乳がん患者の妊孕性温存に関する意思決定過程を説明できる領域密着型理論が生成された。

理論とは、コトバとコトバの関係式であり、理論生成の目的は、現象を理解し、説明し、予測し、制御することである。理論生成の方法には2通りの方法がある。1つは、演繹的に考え出すという方法であり、この方法で生成された理論をグランド・セオリー

(Grand Theory) という。他の1つは、複雑な日常性があるがままに記述し、起こっていることの本質を明確にしながらか、個々の起きていることの関係性を見出し、説明できる枠組みを作ろうとする方法であり、この方法で生成された理論をグラウンデッド・セオリー (Grounded Theory) という。

この“グラウンデッド・セオリーを生成してく方法”という意味でのグラウンデッド・セオリー・アプローチの特徴は、データに密着する、つまり地を這うようにして得たデータデータの中を這いまわって理論を生成することにある。それは、本研究が採用した M-GTA (修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ (Modified Grounded Theory Approach, M-GTA)) においても同じである。したがって、この方法で生成された理論は演繹的に考え出された理論ではなく現実に基づいて帰納的に生成された理論であるため、使用者にとってわかりやすく利用されやすいものとなる。本研究で生成されたグラウンデッド・セオリーも、概念 (コトバ) と概念 (コトバ) の関係性を記述したものであり、その関係性に基づいて現象の理解、説明、予測、制御が可能となる。すなわち、意思決定過程がどのように進んでいくのか、何処で停滞しがちになるのかを理解・説明でき、何処でどのように働きかければ過程が進んでいくのか、何処でどのように働きかければどのような変化が起こるのかを予測・制御することができる。

ここでは、結果および考察 I ~ III から導かれた看護実践への示唆について、生殖年齢にある乳がん患者の妊孕性温存に関する意思決定過程の経時的進行段階に沿って述べる。

1. コアカテゴリ『まだ先でよかった産む・産まないの選択を間近に迫る期日までにと伝えられ、力の限り考えめぐらし結論を出す』が得られたことから導かれた看護実践への示唆

1) 4通りの受け止め方が得られたことから導かれた看護実践への示唆

妊孕性温存に関する説明を受けたときの対象者の受け止め方には、4通りの受け止め方があった。4通りの受け止め方とは、【乳がん治療と未来の出産を同時に考えられる意外性

に驚きと安心を感じる】【産む自由も産まない自由も同時に持ち合わせていた自分に気づかされる】【迷わずためらわず妊孕性温存する・しないを即決する】《乳がん治療以外のことを考えるゆとりはない》であり、端的に言えば“安心を感じる”“気づく”“即決する”“考えるゆとりがない”であった。

4通りの受け止め方が得られたことから導かれた看護実践への示唆として、まずは患者がどのような受け止め方をしているのかを知ることが挙げられる。なぜなら、受け止め方は患者の妊孕性への価値観の反映であり、将来の挙児希望の有無の反映であるため、患者の理解につながるからである。また、受け止め方によって、その後温存する・しないの決意をするまでにどのような過程をたどっていくのかを予測することができるため、意思決定過程を円滑に進めるにはどのような支援が求められているのかを見通すことができ、患者の迷いや苦悩を制御することが可能となるからである。

これ以降、それぞれの受け止め方をした患者への支援について述べていく。

(1) 【乳がん治療と未来の出産を同時に考えられる意外性に驚きと安心を感じる】

まず注目すべきことは、対象者が“安心を感じる”ことである。妊孕性温存に関する説明を受けたとき、【乳がん治療と未来の出産を同時に考えられる意外性に驚きと安心を感じる】との受け止め方をした対象者は、乳がんであっても産めることへの意外性や安心感、これからの自分への期待感、可能性を感じることであった。このことは、本研究における注目すべき結果であった。新しい命の誕生を考え思い描くことが、乳がんと診断された対象者をエンパワーメントしていたからである。このことから、【乳がん治療と未来の出産を同時に考えられる意外性に驚きと安心を感じる】という受け止め方をした患者には、看護師と一緒に新しい命の誕生について考え、思い描き、それを言葉にすることが有用であるといえる。この支援によって、乳がんという悪い知らせを伝えられた生殖年齢にある女性患者のなかに未来への志向性あるいは今後の人生への期待感が生まれてくることが示唆されたのがその理由である。

しかし、新しい命の誕生について考え、思い描き、それを言葉にすることは、未来への志向性や今後の人生への期待感をもたらす側面がある一方で、同時に、自分の命と未来の命に対する二重の不確実性を自覚することにもなる。この二律背反は、生殖年齢にある女性乳がん患者は自分の命と未来の命という2つの“命”に向き合わざるをえないことを示しており、妊孕性喪失の予感から心理的苦痛が生じる可能性を否定できない。医療者は患者が心理的苦痛を抱え込む可能性があることに十分留意し、看護師と一緒に新しい命の誕

生について考え、思い描き、それを言葉にしながらも、その予兆を早くに察知して緩和を図るための方略を立ててそれを実施していく必要がある。

この段階ですでに【他者の力を借りる】ことが意思決定過程の推進力になっていたことから、患者にとってもっとも身近にいる看護師には二律背反から生じる心理的苦痛に関心を寄せ、それを見極め受け止めることが求められる。新しい命の誕生について考え、思い描き、それを言葉にする支援と同時に、患者が抱えている心理的苦痛を患者の言葉で自由に語れるよう促し、十分に聴き、適切なフィードバックをすることで、患者自身が自分は何を心理的苦痛として抱えているのか、何を心配しているのか迷っているのか、あるいは、どのような望みを抱いているのかなどを自分自身で明らかにしていけるように支援することが重要である。そのうえで患者自身が求めている支援を見極め実践することが重要である。

次に注目すべきことは、【乳がん治療と未来の出産を同時に考えられる意外性に驚きと安心を感じる】受け止め方をした対象者は、その後、【手近なインターネットから役立ちそうな情報を必死で探す】行動を採り、サイクルのように循環する過程に入り妊孕性温存をどうするかを検討が始まっていたことである。

インターネットには、匿名でどこからでもアクセスができ、多様な情報を自分のペースで入手できるという利点がある。反面、情報量が膨大であり返って混乱を招くことや、〔ネット情報は自分に合う情報かどうか判別できない〕こともある。このような特徴に留意し、インターネットから情報収集するためには主体性が必要で、自分がどのような情報を得たいのか明確にしてから利用することが求められている(瀬戸山, 2012)。したがって必要に応じて患者がどのような情報を得たいと思っているのか、情報の整理と明確化をしていく支援が必要である。また、〔古い情報や辛さを助長する情報には距離を置くよう心掛けつつ探す〕人が存在する一方で、あらゆる情報や選択肢に一喜一憂してしまう人が存在することも考えられる。そのため、この情報が公開されたのはいつなのか、質の高い信頼できる人物や公的機関が発信している情報であるかを多角的に吟味することを促していくことも不可欠である。

(2) 【産む自由も産まない自由も同時に持ち合わせていた自分に気づかされる】

【産む自由も産まない自由も同時に持ち合わせていた自分に気づかされる】との受け止め方をした対象者は、乳がんの治療によって妊孕性を喪失する可能性に“気づく”，つまり可能性を認識したことにより、妊孕性への価値観あるいは子どもを産むことへの思いが突如意識に浮上し【おっぱいをあげられるはずだった人生を強制終了で奪われるようでや

りきれない】思いと悲しみを抱くことになった。このことは、妊孕性喪失の脅威が予測されたとき、先のことを予想して心配し悩む対象者の姿を現していた。このような予期的心配は、コントロールできる範囲内に限られている場合であれば、将来の過重な負担を緩和することに役立つ。予期的に現実に応じた程度に心配しておくこと、現実の問題が出現したときに、その問題に立ち向かう準備をしたことになり、問題を処理する自信が強められる(小島, 2013, pp. 26-34)。したがって、まずは思いや悲しみの気持ちを語ってもらい、その語りを傾聴すると同時にその予期的心配が患者のコントロールできる範囲かどうかを見極めていく必要がある。そのうえで十分な支持のもと、患者があとで聞いたり、見たり、感じるであろうことについて真実のみを告げること、同時にそれに対処できる方法や受けられる支援のあることを具体的に示していく必要がある。

(3) 【迷わずためらわず妊孕性温存する・しないを即決する】

【迷わずためらわず妊孕性温存する・しないを即決する】との受け止め方をした対象者のその後の進み方には2通りのタイプがあった。1つは、医師や看護師から説明を受けてから妊孕性温存する・しないの決意まで一貫して温存しない決意を貫くタイプ、他の1つは重要他者がどのように考えるのか・思うのか、あるいは経済的なことや年齢および未来の出産などについての懸念を抱きながらサイクルのように循環する過程に入っていくタイプである。一貫して温存しない決意を貫いた対象者の中には、[すでに子育て中、温存はしない] [がん治療を延期してまで温存しようとは思わない] [なにがなんでも子どもがほしいわけではない] という明確な理由が存在していた。このため、温存しない決意後には《今いる子どものために何としてでも生きる》ことや《子ども産んでこそその女性の人生という価値観から解き放たれる》体験へと至ることから、一貫して温存しない決意を貫く患者は妊孕性温存に関する細やかな支援を必要としない可能性がある。

一方、一貫して温存しない決意を貫いた対象者の中には、[すでに子育て中、温存はしない] という明確な理由が存在し、かつ温存しない決意に対して納得し【手は打てたと安堵し新たな人生の再構築を始める】体験をしつつも [夫婦でもっと将来の子どものごことで話し合いたかったが後悔してもはじまらない] 体験や【心に空いた穴にサイズの合わない別の言い訳や代替え行動を埋め込み納得させる】体験をする人が存在していた。このことは、温存しないと即決したものの夫婦間での十分な話し合いの機会がもてなかったことへの後悔の念が生じていることや自分の家族計画が乳がん罹患によって断たれたという思いを抱き喪失感を抱いていることを示している。したがって、患者が温存しないことを即決

および即答した場合において、妊孕性温存に関する意思決定の結果に対してではなく、結果を出すまでにたどった経過に対する後悔の念や喪失感を抱いている人も存在することを知っておく必要がある。しかし、温存しないことを即決した人の中で、その患者が一貫して温存しない決意を貫くのか、あるいは後悔の念や喪失感を抱くのかを予測することは困難であることから、以下の3つの内容について知ることが患者のその先の進み方を予測する手掛かりになると考える。

1つ目は、すでに子どもがいたとしても、その人が元々どのような家族計画を望んでいたのか、2つ目は、その人が自分にとっての妊孕性をどのように捉えているのか、3つ目は夫婦間で決意に対する話し合いができてきているのか、について確認することである。この3つの質問に対する回答を受けてそれを慎重にアセスメントすることで必要な支援を見極め、その支援を実施していく。例えば、すでに子どもはいるが家族計画は完了していない、あるいは〔治療によって女性の特権を問答無用で奪われるようで受け止められない〕感情を抱いていることがわかれば、決意後に喪失感を抱く可能性を予測することができる。また、夫婦間で話し合いができていなければ、即答ではなく夫と話し合う機会をもつよう促すこともできる。温存しないことへの即決や即答する患者に対して、これら3つの質問から始まるコミュニケーションによって、その後の妊孕性温存に関する支援が必要かどうかの見極めが可能になることと、見極めに応じて看護師が介入していくことで患者のその後の進行するプロセスの質にも影響していくことが考えられる。これらの看護実践が、最終的には患者の後悔の念を緩和させる方向へ導いていくこと、あるいは〔治療によって女性の特権を問答無用で奪われるようで受け止められない〕気持ちに対して看護師と共有できた経験や出来事が、その後の喪失感を抱く程度や期間に変化をもたらしていくと考える。

(4) 《乳がん治療以外のことを考えるゆとりはない》

《乳がん治療以外のことを考えるゆとりはない》との受け止め方をした対象者は、乳がん罹患したことへの衝撃や不安、乳がん治療選択などが最高の関心事となっており妊孕性のことにまで考えが及ばない状況下にいると考える。このような状態にある人が、妊孕性温存に関する新たな情報提供を受けとることで、さらなる精神的な負担や混乱を招きかねない。そのため、その時点での患者の関心事や不安な気持ちを聴き、その関心事や不安に対しての支援を行っていく必要がある。一方で、《乳がん治療以外のことを考えるゆとりはない》受け止め方は、手術が終わった後【迷わずためらわず妊孕性温存する・しないを

即決する】【産む自由も産まない自由も同時に持ち合わせていた自分に気づかされる】ことへ変化していく。しかしながら、手術終了後に検討できる期間は妊孕性温存に関する説明を受けたときよりも短期間であることが予測される。したがって患者の妊孕性温存に関する関心の向かい方がいつ変化してもよいように、あらかじめ患者の手元にはパンフレットなどの資料が揃っていることが望ましいと考える。

《乳がん治療以外のことを考えるゆとりはない》から【迷わずためらわず妊孕性温存する・しないを即決する】場合、〔その場の勢いで直感的に即決する〕のうち、とりわけ温存しないことを即決した人には、特に看護師は注意を要する。なぜなら、妊孕性温存に関する意思決定には、ある程度の葛藤や患者自身が悩んだという経験が、決意後の【手は打てたと安堵し新たな人生の再構築を始める】から続く【心に空いた穴にサイズの合わない別の言い訳や代替え行動を埋め込み納得させる】体験に留まる期間が短縮すること、および大きく揺れる精神的揺らぎの幅を緩和させることになるからである。一見すると悩むことなく、迷わず決めることができるのは良いことのように思える。しかしながら、【心に空いた穴にサイズの合わない別の言い訳や代替え行動を埋め込み納得させる】に内包される概念には〔人生の選択肢の一つが消えたことで、他者の子どもを見る度に悲しみがわき上がり酷くつらい〕があり、温存しない決定をした後にある程度時間が経ってから妊孕性温存に関する選択肢を失ってしまったことに対するつらい気持ちを抱く患者がいることを念頭に置く必要がある。

妊孕性温存に関する情報を得ていても《乳がん治療以外のことを考えるゆとりはない》まま、妊孕性温存に関する意識が浮上していない状態下にある患者が、医師から妊孕性温存をどうするのか再確認を求められたときに自分の妊孕性への価値の明確化ができていない状態で〔その場の勢いで直感的に即決する〕ことはあり得る意思決定の仕方である。また、再確認を求められた場に重要他者がいる場合、自分の妊孕性への価値の明確化ができていない状態では、その重要他者の意向が大きく反映されることもあり得る。したがって、とりわけ温存しないと即決した患者に対して看護師は、即決や即答したことを支持しつつも、その患者の妊孕性への価値の明確化ができていないのかを確認すること、あるいは状況に応じて一度話を持ち帰り検討する機会を保證する支援が必要であると考えられる。

一方、《乳がん治療以外のことを考えるゆとりはない》まま、妊孕性温存に関する意識が浮上していない状態下にある患者が、医師から妊孕性温存をどうするのか再確認を求められたとき突如として妊孕性に関する意識が明確になって慌てる状況を避ける工夫が必要

である。具体的には、妊孕性温存に関する再確認をされる時期を見越して、患者と妊孕性に関するコミュニケーションを継続させておくことで《乳がん治療以外のことを考えるゆとりはない》状態から【産む自由も産まない自由も同時に持ち合わせていた自分に気づかされる】ことへの移行を進めていくことが可能になると考える。また、患者の手術が終わり、術後のがん薬物療法に関する説明と妊孕性温存の意思確認の時期が来た時点で看護師の方から、受け止め方が変化する可能性があるとの予測を立てて、「今はどのように考えておられますか？」などと質問することで、患者が、最初の受け止め方とは変化していることを安心して口に出せるような配慮が必要となる。

2) 【手近なインターネットから役立ちそうな情報を必死で探す】体験および《自分にぴったりに合うオーダーメイド情報を求めて専門医療者を頼る》体験が得られたことから導かれた看護実践への示唆

がんと妊孕性温存に関する情報を診断時に同時に伝えられた患者が【手近なインターネットから役立ちそうな情報を必死で探す】体験をしていたことは、自分に起きていることの概略を理解するための情報を手探りであっても必死で、しかも急いで求めることを示している。これまで情報提供のタイミングは、がん薬物療法開始前が適切といわれてきたが、この結果から、最初の情報提供としては乳がん診断時が最適であるといえる。これによって温存を望む人にとっては準備期間ともなり得ると考えるからである。

乳がんの診断時に可能な限り治療に伴う妊孕への負の影響および妊孕性温存に関する情報を患者が入手できることが望ましい。したがって、地域医療の一環として各医療機関が生殖年齢にある患者に対して妊孕性温存に関する情報提供の役割を担うことは、患者にとって、とりわけ妊孕性温存を希望する患者にとって有益である。また、主要ながん治療を終えた患者は紹介元の医療機関へ戻ることもあるため、患者との信頼関係の構築という意味においても、早い段階で患者が情報入手できる環境を整えることが望ましいと考える。

しかし、精査施設や治療実施施設など地域における施設が担う役割が異なるため、すべての施設で質・量ともに同じ程度の情報入手ができるかどうかについては言い切れない部分がある。その施設に応じた情報提供を行っていくことが基本となるであろうが、施設の特性による差を払拭するためには標準的なツールを紹介することが有用である。

がんと妊孕性温存に関する情報提供を診断時に同時に受けることは患者にとって過酷ではあるが、事実を知った患者を他者が支援することで患者はそれに立ち向かっていく力を発揮できると考える。

情報の中には助成に関する情報も必要であった，看護師は地域で利用できる助成について把握しておくとともに，患者へ助成についての情報提供を行い，患者の居住地で利用可能な助成はないかなど調べることを促していく必要がある。また，妊孕性温存治療費および維持費にかかるおおよその費用を把握し，必要に応じて伝えることができるよう準備しておく。すなわち，看護師が助成に関する知識を有しそれを提供できることが必要である。

ただし，情報提供と一言でいっても，患者の置かれている状況および患者が求めている情報内容の質や量は進行していく過程で異なっていく。また，患者の価値観や主観的経験などの背景も影響すること，および不安や緊張感の程度によって明確に自分のこととして認識できるまでの個人差が生じていることが本研究の結果から明らかになった。したがって一度，情報提供をしたから情報に関する支援ができたと思えるのではなく，乳がんの診断を契機に治療前・治療中・治療後とその後も続く人生のライフステージを想定し，患者が診断後および治療によって複数の医療施設を移動する可能性を予測することで，その患者と出会った看護師がそのときの患者の状況および状態をアセスメントしながら，その人に応じた情報の内容と適切な量を判断し実践していくことが必要である。つまり，妊孕性温存に関する意思決定過程において情報提供の支援は一般的な知識としての獲得から始まり，その後患者との対話とともに進行する流動的・反復的な看護実践が求められているといえるだろう。

したがって最初の情報提供は，妊孕への負の影響が生じる可能性があることと妊孕性温存に関する一般的な知識の獲得を目指した情報提供支援が必要である。乳がん患者が原疾患の治療および実施施設を選択することと同様に，生殖年齢にある女性が乳がんと診断された場合，原疾患治療と併せて妊孕性温存をどうするかを検討していけるよう情報提供を行い，患者の挙児希望あるいは妊孕性温存への望みに応じて，その希望と可能性をつないでいけるような支援が必要である。その際には，口頭説明だけでなく，パンフレットなど可視化した資料を提示することによって，患者本人のみならず患者の重要他者にとっても同様の認識で話し合う機会を提供することになる。前述のとおり，妊孕性温存に関する専門医が執筆したものや監修による患者用のパンフレットがインターネットから入手可能であるため，そのような資源を活用しながら患者が理解しやすく，入手しやすい方法や患者の好み（インターネット閲覧への案内やダウンロードした紙媒体のパンフレット配布など）に応じて情報提供を行っていく。例えば，近年では，厚生労働省科学研究費補助金第

3次対がん総合戦略事業として「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」においてインターネットからダウンロードできる患者用パンフレットが作成(北野, 清水, 2014)されており, 利用が可能である(浅田ら, 2016)。このような情報資源を活用し, 患者のタイミングでアクセスできるような紹介や啓発をしていくことも必要である。また, 国内のAYA世代がん患者の約6割が, 治療前に妊孕性温存に関する情報を入手できていない現状にあることから, 正しい情報提供が不可欠であり, 信頼できる情報へアクセスできるような最新の情報提供が求められている。看護師は情報リテラシーこそ患者自身もつべき重要な能力であるという認識をもって, 信頼できる情報源を患者に紹介していかねばならない。また, 地域で連携している生殖医療施設や妊孕性外来診療施設などによって, 患者の病態に応じたより適切な専門的情報が得られるようつなげていくことが重要と考える。

情報のなかには, ピアからの情報への希求があった。その後の人生を大きく左右する可能性がある意思決定を行うときには, 実際に治療を受けた人がどのような体験をし, その後どのような人生を歩むことになったのかなどの体験談も欠かせない情報の一つである。しかしながら, 前述のとおり生殖年齢にある女性乳がん患者の体験共有は, その罹患者数から勘案しても極めて困難なことと推察される。しがたって, 施設や地域あるいは国レベルでの妊孕性温存に関する体験の共有ができるような体制を整えていく必要があると考える。この場合, 個々の望む多様な媒体(インターネット, 小冊子, 患者会やピアサポーターなど)によって個々が望む様式で情報入手ができるようにしていくことが望ましいと考える。

医師および看護師からがん薬物療法と妊孕性に関する情報を得た対象者は, 【手近なインターネットから役立ちそうな情報を必死で探す】行動が《自分にぴったり合うオーダーメイド情報を求めて専門医療者を頼る》行動へと変化していた。このことは, 対象者自身である程度得られる情報が飽和化することによって対象者は最終的に決めるための突破口を見つけるために焦点化された情報を求めるようになり, 専門医療者からの情報的サポートが不可欠になったことを示している。このことからがん治療と妊孕性に関する情報を得た患者は, 妊孕性温存をどうするかを検討するにあたり, より妊孕性温存に関する専門的情報を探索あるいは希求することが予測できる。したがって, どのような専門的情報が必要であるかを患者個々に確認する必要がある。「あなたは何を知りたいのでしょうか。教えてください。それに応えていきますから」という姿勢で患者の個別の情報ニーズに応え

ていくことが必要である。しかし、《自分にぴったり合うオーダーメイド情報を求めて専門医療者を頼る》ことによって、患者にとっては専門的な情報が入手できる一方、疑問や未来への不確かさ、不安が高まることが予測される。このことにより医療者への相談欲求や相談回数が増してくることが考えられる。妊孕性温存に関する相談は、専門的であり、かつ極めてプライバシーへの配慮を要する内容である。そのため、既存のがん相談支援窓口では対応に困難が生じる可能性もあるため、相談窓口を明確に患者へ示しておくことが望ましいと考える。

3) サイクルのように循環する過程が得られたことから導かれた看護実践への示唆

サイクルのように循環する過程において対象者が体験していたことは、【おっぱいをあげられるはずだった人生を強制終了で奪われるようでやりきれない】【手近なインターネットから役立ちそうな情報を必死で探す】《温存治療と維持にかかる高額な費用が温存する方向に傾き気持ちにブレーキをかける》【乳がん治療後の年齢を見積もり、未来の自然妊娠、高齢出産、子育てについて考えめぐらせる】《子どもを望む今とこれまでの人生の足跡をたどり葛藤する》であった。これらの体験は、妊孕性喪失の脅威を自覚して起こった葛藤や苦悩である。したがって、患者の思いや悲しみの気持ちを語ってもらい、その語りを傾聴する。そのうえで十分な支持のもと、患者があとで聞いたり、見たり、感じるであろうことについて真実のみを告げること、同時にそれに対処できる方法や受けられる支援のあることを具体的に提示していく必要がある。具体的には、《温存治療と維持にかかる高額な費用が温存する方向に傾き気持ちにブレーキをかける》ことへの支援は、妊孕性温存治療費および維持費にかかるおおよその費用を把握しておくことで、必要に応じて伝える準備をしておくこと、あるいは地域で利用できる助成についての情報提供と患者の居住地で利用可能な助成はないかなど患者に調べることを促していくことが挙げられる。また仕事や家事、育児を担う女性にとっては、生殖医療にかかる費用およびどのような治療方法によって温存をするのかと同時に、どれくらいの通院日数が必要かなども検討するにあたり知りたい情報であろうと考える。したがって、温存治療方法にともなう専門的情報および、連携している生殖医療施設などの具体的な情報を必要に応じて提供すること、および専門医療職へつないでいく支援が必要である。

【おっぱいをあげられるはずだった人生を強制終了で奪われるようでやりきれない】体験が得られたとおり、患者にとっての妊孕性とは、子どもを“産むこと”だけではなく、“産み、自分のお乳（母乳）で育てていくこと”として捉えられていたことから、乳が

ん・乳房全摘という場合は、もう母乳で育てられなくなると大きな落胆を抱える可能性がある。看護師は、患者が出産後に子どもを育てていくことに関する自分の感情を余すことなく吐露できる場を確保し、看護師に対して語りながら、患者が自分で自分の考えをまとめていけるような支援が必要である。

一方、サイクルのように循環する過程のうち《温存治療と維持に係る高額な費用が温存する方向に傾く気持ちにブレーキをかける》【乳がん治療後の年齢を見積もり、未来の自然妊娠、高齢出産、子育てについて考えめぐらせる】体験は、【相手の気持ちを推しはかりながら”する・しない”、“どの方法がいいか”を見極めていく】《相手と共に納得いくまで話し合う》ことによって重要他者と相互に影響し合うことで進行する過程である。妊孕性に関する説明を受ける際に重要他者が同席をしている場合を除き、患者一人で説明を受けた場合、受けた説明について患者自らが重要他者へ説明することになる。しかし、聞いた内容を他者へ伝えることに困難感を抱く人も存在することも考えられる。そのような場合は、必要に応じて重要他者へ再度説明をする機会や相談に応じていくことが必要である。

4) 【結局は自分で決めるしかない】体験が得られたことから導かれた看護実践への示唆

サイクルのように循環する過程に入った対象者は、《自分にぴったり合うオーダーメイド情報を求めて専門医療者を頼る》ことで、より専門的情報を入手したのちに【限られた時間で人生の大きな決断をせまられる一方でわからないことが多すぎて混迷を極め消耗する】【温存する、しない、するならどの方法か、決め手を探る】体験を経て【結局は自分で決めるしかない】決意へと至っていた。また、《自分にぴったり合うオーダーメイド情報を求めて専門医療者を頼る》ことで【自自主導でパートナーと私の人生を動かす】体験をした対象者は、【結局は自分で決めるしかない】決意へと至っていた。本研究における【自自主導でパートナーと私の人生を動かす】体験には、未婚者であった対象者が妊孕性温存をどうするかを検討するにあたりパートナーと相談のうえ法的婚姻関係となり受精卵凍結を選択した人、および乳がん罹患したことによってパートナーと別れる選択をした対象者であった。このため、【自自主導でパートナーと私の人生を動かす】体験は、極めて個人の私的体験であるゆえに看護支援を必要としない可能性はあるが、患者が自分で決めた行動に対して支持していく必要がある。

妊孕性温存に関する決定の最終段階において、温存することによる原疾患の遅延に伴う身体への影響、確証のない未来、重要他者の反応や温存治療方法など、これらの葛藤や悩みは独立したものではなく絡み合った課題として患者にせまってくる。このような局面にお

いての【他者の力を借りる】ことの具現化として看護師は、情報を整理するとともに再び患者の価値を明確化し本人の納得をサポートしていく必要がある。患者自身の内面にある不安や葛藤や悩みなどの気持ちに向き合い、自分の決意に納得できるか自問自答することは大切なプロセスである。今井、雄西、板東(2016)は、Rodgers の概念分析の手法を用いて国内文献に限定した「納得」の概念分析を実施している。その結果、納得とは『ある事象に対して、自分の持つ価値や自分への利益を明確にすることで理解を深め、認知的にも感情的にも受容した状態であり、主体的かつ他者との信頼関係の中で生み出される流動的な状態』と定義している。さらに、納得の先行要件には、【不安定】【不一致】【再考の余地】【新たな事態】があったことから、治療過程にある患者は常に流動的で、不安定、不一致な状況に遭遇していると推測され、治療過程にいる患者は一度納得していたとしても、その納得は変動していき納得できない状況が生まれる可能性があるとしている。このことに立脚すれば、【結局は自分で決めるしかない】と覚悟した患者であっても覚悟は変動する可能性があることを念頭に入れ、患者の納得の状況をアセスメントし、患者の価値を明確化して本人の納得が続くようサポートしていくことが重要となる。

重要他者、具体的には夫婦、親子あるいはパートナーであるゆえに相手に気遣い語り合えないこともあるかもしれない。そのこと自体が、患者の悩みや迷いとなり意思決定の困難さを引き起こすこともあり得る。したがって、患者自身が自己と向き合い、自分の価値を明確にすること、あるいは納得できる方向性を見出していけるよう支援していく。また、重要他者との意見の相違がある場合は、両者が別々の場で本音で語ることができる場をもつことも重要である。患者と重要他者の2者間では、表出できていなかった気持ちや本音が看護師の介入によって言葉になっていく(岩本貴, 岩本ゆり, 2012)ことがある。

有森(2012)によると、「よい意思決定」にはいろいろな考え方があり、多くの情報や知識を得たうえで納得して決めることが「よい決定」であると判断する人もいれば、情報や知識よりも自分の直感を信じるのが「よい決定」につながると判断する人もいる。また、ある特定の人物や価値観に従うことが「よい決定」と考える人もいる。いずれの場合も自分が「納得して決める」ことが重要であると述べている。これらのことから、知識や情報を得て一時的に葛藤や不安が高まったとしても、それが納得のいくよい決定へのプロセスであることを意識して支援していく必要がある。

患者自身による納得のいく意思決定・治療選択となるよう、看護師は粘り強く支援する必要がある。患者は、乳がんと診断されてから妊孕性温存のことだけでなく、治療に関するあ

らゆることを選択し決定していかなければならない。そのような状況にいることを理解し、励まし粘り強く支援する。検討によって生じる悩みや葛藤を、納得した決意をもたらすための必要な過程として捉え、悩む時間を保証し、励まし、支え、必要に応じた支援を行っている。妊孕性温存をする・しないは他者によって判断されることではなく自分自身が十分な情報提供に基づき、妊孕性に関する諸事情を勘案し納得して治療に挑むことが極めて重要である。さらに“自分で決める”を支援する看護支援だけでなく、決めたことを支持する支援が不可欠である。

以上のことから、自分で決める納得のいく意思決定を支援するために看護師が必要とする患者の情報は以下のとおりである。なお、これらの情報は必ずしもすべて必要ということではなく、状況に応じて修正していく必要がある。これらの情報に基づき、患者自身が納得のいく、自分で決めることができるよう励まし、支え、必要に応じて支援を行っている。

- 1) 基本情報：年齢，職業，婚姻状況，家族構成，パートナーの有無，将来の挙児希望，婚姻予定の有無，妊孕性温存に関する説明を一緒に受けたい人の有無と有の場合は誰であるか，身近に相談できる人の存在の有無と有の場合は誰であるか，どこに情報があるのかを知っているか，自分に適した情報の選別はできているか
- 2) 説明後の情報：説明後の受け止め方と理解度，妊孕性温存治療への希望，希望する妊孕性温存治療方法，悩みや困っていること，知りたい情報，価値の明確化，
- 3) 妊孕性に関する情報：妊孕性への価値観，婦人科疾患の既往および服薬中の薬剤，不妊治療の経験

上記の患者基本情報「将来の挙児希望」と、妊孕性に関する情報「妊孕性への価値観」の項目については、特に患者の気持ちの本音を記録しておくことが望ましい。なぜなら、すでに子どもはいるが家族計画としては完了していないと思っている人、あるいは将来的に子どもがほしいと思いつつ年齢などを勘案して温存しないことを決めた人の中には、決意後に喪失感を抱くことが予測される。したがって、「将来の挙児希望」「妊孕性への価値観」の項目においては、患者の置かれている立場や条件としての考えではなく、本音の気持ちとして聴いておくことで、その後の支援に必要な情報になり得ると考える。

2. コアカテゴリ「私の人生の地図を描き変え始める」が得られたことから導かれた看護実践への示唆

コアカテゴリ『私の人生の地図を描き始める』には、温存する・しないという対極の決意後に展開される多様性のある体験と、温存する・しないのいずれの決定にも左右されない【手は打てたと安堵し新たな人生の再構築を始める】という同一の体験が内包されていた。ここでは、妊孕性温存に関する意思決定後の体験の多様性と同一性という視点から看護実践への示唆を述べる。

1) 妊孕性温存に関する意思決定後の体験の多様性から導かれた看護実践への示唆

(1) 温存すると意思決定した患者への支援

温存すると決めた対象者は、がん薬物療法開始までの限られた期間内に妊孕性温存治療を受けるため〔決められた温存までのルールの上をただただ進む〕ことで、時間的制約がある中でも最大限に卵子や受精卵凍結ができるよう行動していた。特に子宮内膜症や子宮筋腫などの疾患は20～40歳代の生殖年齢にある女性に発症することが多く、このような婦人科系疾患の既往がある場合は温存に向けての体調管理が必須となる。したがって、婦人科系疾患の既往や服薬の有無を確認し、必要に応じてかかりつけ医に相談するよう促し、あるいは自己の体調管理がマネジメントできるよう支援していく。このような支援の蓄積と修正を重ねていくことによって〔急ぎ決めた割には思い通りに進められない温存までの行程にやきもきする〕ことが軽減され、気持ちが安定していくと考えられる。

また、「術後化学療法の場合、妊孕性温存に伴う治療開始遅延は術後12週までは容認される。ただし、術後5週を超える化学療法の遅延は予後に影響する」という報告(津川, 2017, pp. 66-68)もあり、妊孕性温存を実施する場合には可及的速やかに実施すべきであると推奨されている。このことから、温存するとの決意後は、がん薬物療法開始日程を患者とともに医師へ明確に確認し、がん薬物療法終了後速やかに生殖医療へ引き継ぐことが重要である。

温存後に【手は打てたと安堵し新たな人生の再構築を始める】人は、がん薬物療法の完遂を目指しながらも、《温存した安堵感の一方で治療後の妊娠・出産にまつわる新たな心配が押し寄せてくる》ことが予測される。

乳がん患者が妊娠を希望した場合、妊孕性温存に関する診療ガイドライン(2017)によると、ステージⅠ～Ⅲの乳がん患者が乳がん治療終了後どの時期から妊娠可能と判断するかは、①妊娠が再発等乳がんの予後に与える影響、②がん治療による催奇形性などを回避する

安全性、という2つの観点から考える必要があり、どの時期から妊娠可能であるかは再発リスクなどに基づき個別に判断される。一方、年齢を考慮すると長期間に渡るホルモン療法を終了してからでは妊娠の可能性が低下することが懸念される(津川, 2017)。これらのことから、温存後から妊娠・出産に至るまでに患者は、乳がん再発リスクと胎児の安全性の観点から主治医と綿密な相談を重ねていくことになる。その過程のなかで、挙児への希望や関心が高まると同時に妊娠や出産による女性ホルモン値の上昇・再発の誘発、がん薬物療法後の身体による胎児の発育への影響、出生児のその後の成長過程などの懸念を抱く可能性もある。そのような場合には、患者の求めに応じた最新情報を提供していくことおよび精神的サポートの必要性が再び高まってくることが考えられる。したがって、標準治療が落ち着いた頃、妊娠を希望する人に対しては、患者や家族に最も近いところにおいて多様な情報を得ることができるという看護師の強みを生かして、主治医と患者が円滑に相談できるようサポートすることが必要である。

ただし、温存を希望した人のなかには、その目的が果たせず温存できない状況もあるだろう。このような場合、その結果に対しての受け止め方もまた多様であると考えられる。しかしながら、妊孕性温存することを決意し、温存治療に挑んだことを支持し、患者が健闘したことを重要他者と共有できるようサポートしていく必要がある。また、希望が叶わず温存できなかったことへの喪失感を抱いたとき、その無念さや悲しみを患者が自身の言葉で語ることができるようになるには、時間を要する場合がある。このような場合は、存分に嘆き、悲しんでもよいこと、それらを表出することの必要性を本人や家族へ伝えていく。また、患者の外来受診の際には、関心を向けながら声を掛け、その人の状態や状況の必要性に応じてその出来事に対する気持ちを語ることができる場や機会を意図的につくるなどの支援を行っていく。したがって、温存を希望しつつもその目的が果たせなかった人に対しては、温存しないと決めた患者と同様の継続的な支援が必要と考える。

(2) 温存しないと決めた患者への支援

温存しないと決意をした対象者の中には、妊孕性を温存しなかったことへの喪失感を抱き【心に空いた穴にサイズの合わない別の言い訳や代替え行動を埋め込み納得させる】人が存在していた。一方で、意思決定の際に温存しないと決定しても、時を経て妊娠・出産し挙児を得ている人の存在もあった。これらのことから、温存すると決意した人と同様に継続的なパートナーシップとして看護師の担う役割は不可欠である。

妊孕性に関する喪失感については、悲嘆作業をすることによってその後の人生の再構築

へ向かうプロセスを円滑に進みやすくすると考える。自分と同じくらいに重要な反応をしてくれる他者に語ること、話を聴いてもらえたという出来事によって精神的な癒やしを得る経験につながっていく。妊孕性を温存しなかったことへの喪失感を抱いている場合、自分の気持ちを他者に語ることなく表出できていないこともある。看護師は、意思決定前に得た患者の妊孕性への価値観や挙児希望の有無などの情報を参考に、決定後の喪失感を抱いているかどうかをアセスメントすることが可能である。そのため、悲しみや喪失感を抱いている人には、気持ちを抑制するよりも表出することが大切であると本人や重要他者へ伝えていくことが重要である。その人の状態や状況に応じて、その出来事に対する気持ちを語るができる場や機会を意図的につくることによって、その人にとっての新たな妊孕性への価値が明確になっていくこともある。そのような支援によって、その後の人生の再構築を推し進めていきやすくなると考える。

温存しない決意をしたとしても、ライフイベントの変化とともに挙児希望への関心に変化していくこともある。したがって、ライフイベントの変化と挙児希望への関心の変化はあり得るとの意識をもちながら、気持ちの変化を承認できるように支援する必要がある。温存しないとの決定を支持しつつも、ライフステージの変化によって関心の程度も変わることは当然であるという前提に立ち、挙児希望への関心が高まったときには、まずは看護師がいつでも相談に応じること、どこの誰にまずは声をかけてもらえばよいかについてあらかじめ具体的に患者へ伝えておくことも必要と考える。

温存しないと自分で決めた結論であっても、不確実な要素をはらむ意思決定ゆえにそれで終わりということには至らず、決めた後に迷いが生じてくる。迷いが生じることは自然なことで受け止め、語る・聴くという相互行為を繰り返すことが重要である。これまで「温存する」ことへ着目された研究報告が多く行われており、温存すると決めた人に比較して温存しない決意をした人へのケアには注目度が低かった。看護師は患者の「温存しない」決意後、内心で大きな揺らぎを抱いている人も存在していることを意識し、患者の決意を肯定する支援とともに存分に嘆き、悲しんでもよいこと、それらを表出することの必要性を本人や家族へ伝えていくなどの支援が必要である。

2) 妊孕性温存に関する意思決定後の体験の同一性から導かれた看護実践への示唆

妊孕性温に関する意思決定においては、乳がん罹患や手術療法、およびその他の集学的治療の選択と並行して妊孕性温存をするかしないかについての決意を定めていかなければならない。その人にとってはその時点で可能な限り情報収集ができたとしても、重要他者

との意見の相違や不確かな未来を勘案することに葛藤や苦悩する人が存在し、そのような患者への支援には困難感を抱く看護師もいるだろう。しかしながら、本研究によって妊孕性温存する・しないの決意がいずれであっても【手は打てたと安堵し新たな人生の再構築を始める】という同一性の体験が得られた。考察において述べた通りこの体験には、行動変容・自信という「肯定的な適応」、よりよく生きようとする「well-being」と「QOLの向上」、前向きな力「エンパワーメント」というレジリエンスの構成概念が含まれていた。

一方、【手は打てたと安堵し新たな人生の再構築を始める】以外の体験をする人の中には、《今いる子どものために何としてでも生きる》体験をする人が存在したが、この体験にも、「肯定的な適応」、よりよく生きようとする「well-being」と「QOLの向上」、前向きな力「エンパワーメント」が含まれると考える。したがって、意思決定の過程で葛藤や苦悩を抱く患者に出会ったとしても、レジリエンスを構成する4つの概念を獲得する途上であることを看護師は意識しながら支援していくことが重要である。そして、その人の抱くそれらの苦悩も必要なプロセスであると捉え、その人のレジリエンスを信じて励まし、支えながら継続的パートナーシップとして支援していくことが大切である。

また、温存する・しない決意後の支援として重要なことは、温存する・しないのいずれの決意であっても看護師はその人の意思決定として肯定し、尊重することが不可欠である。医療の場における意思決定において、看護師には、患者個々の「自分で決める」を支援し、患者自身が決めたことを支持する責任があることを強く自覚し、実践に移していくことが求められている。さらに、温存する・しないの結論を出したとしても、支援はそこで終わりではないことを忘れてはならない。外来受診のたびに意図して継続して声をかけていく必要がある。

以上のことから、生殖年齢にある乳がん患者の妊孕性温存に関する看護実践には、意思決定前から決定後、その後の患者の人生をとおして継続的な支援が必要であることが明確になった。継続的パートナーシップとしての具体的支援については、次項の【他者の力を借りる】が得られたことから導かれた看護実践への示唆で述べていく。

3. 【他者の力を借りる】が得られたことから導かれた看護実践への示唆

温存する・しないの意思決定過程全般にわたって、【他者の力を借りる】必要性があった。意思決定後にも【他者の力を借りる】必要があるという結果は本研究の新規性といってよい。意思決定支援を責務とする看護師にとって重要な結果である。

【他者の力を借りる】における“他者”とは、夫・パートナー、友人、親族、経験者、医療者であり、“力を借りる”とは具体的には、対象者にとっては、理解してもらう、支えてもらう、後押ししてもらう(背中を押してもらう)、励ましてもらう、体験を教えるってもらう、意見を聞かせてもらう、専門的情報をもって相談に乗ってもらう、説明してもらう、つまり、①親身になって自分を理解してもらい励ましてもらうこと、②自分ではない他者の体験および専門的知識を情報としてもらうこと、③相談に応じてもらうこと、であった。

妊孕性温存に関する説明を受けたことから始まる意思決定過程は、患者が自己の内側にある妊孕性への価値観に気づき、未来の子どもを“産み・育てていく”ことについて熟考し、自分と向き合うこと、あるいは重要他者とともに検討を重ねていく過程である。その過程のなかで、親身になって自分を励ましてもらうこと、相談に応じてもらうことは、対象者にとっては、話を聴いてもらうことから始まるサポートであり、他者にとっては、対象者の話をよく聴き、必要に応じて情報を提供することや自分の意見を述べたり励ましたりすることである。この関わりを意思決定過程全般にわたり継続させる必要がある。実際の看護師の行動としては、患者とともに考える、患者の語りを促しそれをじっと聴く、必要に応じたフィードバックを行う、このような行動といえる。

このような行動を実現するためには看護師に何が求められるかを検討してみると、まずは患者に常に关心を向けておくことである。患者の抱える問題に関心を寄せ、共有し共に状況を分析していくことである。また、患者の身体的・精神的状態を正確に感受し、この理解を患者に伝えることで患者と類似した感情を看護師も持っていること、つまり共感していることを伝え、患者自身の考え方や行動を承認したり肯定したりして認めること、必要な時は患者の行動を支持したり後押ししたりすること、などが求められる。

妊孕性温存に関する意思決定の支援を実践するためには、この【他者の力を借りる】ことが必要不可欠であったが、他者の範疇に含まれる医療者には乳腺外科医、婦人科医、生殖専門医などが含まれる。これらの医療者の力を借りるには患者単独での動きでは困難を伴うため、これらの医療者と患者をつなぐ看護師の存在が不可欠となってくる。複数の医療者と患者との間をつなぐことができることは、看護師の強みである。たとえば医師同士の間でつながりが発展することは言うまでもないことであるが、患者や家族に最も近いところにいる看護師は自分が要になって専門職者と患者を、あるいは専門職者同士をつないでいくことができる。

また、本研究で得られた領域密着型の理論の活用によって患者の意思決定過程における、迷い、心配、葛藤などの心情を予測することが可能となる。このため、患者の表出できていない思いを夫、パートナー、家族や親族、多職種医療者へ説明することができ、患者の代弁者としての役割を看護師が担っていくことが可能である。

このような多領域、多職種医療者間での連携と調整、および重要他者との間で苦悩や葛藤を抱く患者への複雑で困難な支援においては、熟練した高度な看護実践力が必要である。がん看護専門看護師や乳がん看護認定看護師は、調整については熟練した能力を有している。これらエキスパートの活動が期待されると同時に妊孕性温存に関する患者への継続的支援を考慮すると、エキスパート看護師を中心としてジェネラリスト看護師たちへの教育支援も重要になってくる。

一方、温存する・しないのいずれの決定であっても乳がん薬物療法完遂を見据え、妊娠・出産に向けての準備や活動を進めていくことが予測できる。このような場合、妊娠・出産に関する漠然とした心配や気がかりから、より明確な心配事になっていくと考えられる。妊娠・出産、およびその後の育児に関する支援のエキスパートは、助産師や保健師である。看護師・助産師・保健師全ての看護職者が患者その人が乳がんとともに、その人らしい暮らしと人生をあゆむことができるよう、地域および施設での系統的・横断的支援体制を構築し、継続的パートナーシップとして支援していくことによって、患者の意思決定後の人生のQOL(quality of life) 向上がもたらされると考える。

V. 妊孕性温存に関する意思決定を支援する看護実践指針

本研究により、生殖年齢にある女性乳がん患者の妊孕性温存に関する意思決定過程を説明する領域密着型理論が生成された。このことによって図5に示すとおり、妊孕性温存に関する意思決定過程がどのように進行し、どこで停滞しがちなのかを理解・説明ができ、

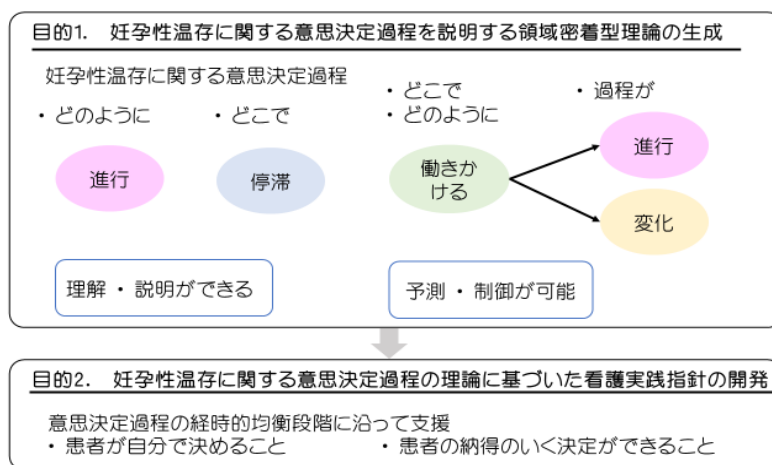


図5 研究の目的段階進行図

どのように働きかければ過程が進行し、どこでどのように働きかければどのような変化が起こるのかを予測・制御することが可能になる。したがって、このことを踏まえて次の看護実践指針の開発について述べていく。

ここでは、結果および考察Ⅰ～Ⅲから導かれた看護実践への示唆から生殖年齢にある乳がん患者の妊孕性温存に関する意思決定過程の経時的進行段階に沿って、患者が妊孕性温存をするかしないかについて自分で決めるためにどの段階でどのような支援を必要としているのかを示すことができるよう、妊孕性温存に関する意思決定を支援する看護実践指針を作成した。

看護実践指針作成は以下の手順で作成した。

1. 考察における「Ⅳ. 看護実践への示唆」で述べた内容を、コアカテゴリ・カテゴリ別に一覧表にまとめて表6として示した。
2. 表6では、コアカテゴリについては「看護目標」「支援内容」「実践指針」という項目を立ててそれらについて内容を示した。
3. 上記2に加えて表6では、カテゴリと同等の説明力を持つ概念については全て「カテゴリ」と表記し、得られた全カテゴリごとに「実践指針」と「実践内容」を示し、「実践指針」に相当する内容には通し番号を付与した。
4. 【他者の力を借りる】は、コアカテゴリ『まだ先でよかった産む・産まないの選択を間近に迫る期日までにと伝えられ、力の限り考えめぐらし結論を出す』およびコアカテゴリ『私の人生の地図を描き変え始める』を支え意思決定過程を推進する力となっていた。したがって、表6の「Ⅲ. 他者の力を借りる」は、2つのコアカテゴリに関与するため、「実践指針」のみ示した。
5. 表6においてコアカテゴリ・カテゴリ別に示した「実践指針」と「実践内容」を、「実践指針」に付与した番号を含めて抜き取って「項目」と称し、「実践内容」は「具体的内容」と称し、「実践指針」に付与した番号順に一覧に示した。この一覧を「表7 生殖年齢にある女性乳がん患者の妊孕性温存に関する意思決定を支援する看護実践指針」とした。

上記1～5の手順で看護実践指針を作成した。したがって、本研究が目的の1つとしていた「看護実践指針を開発する」に対応した成果物は表7に示した内容である。したがって、「生殖年齢にある女性乳がん患者の妊孕性温存に関する意思決定を支援する看護実践指針」とは、表7に示した内容である。

第6章 結論

本研究は、初めて乳がんと診断され、がん薬物療法開始前に妊孕性温存に関する意思決定を行った生殖年齢の女性が、どのような体験を経て、どのように妊孕性温存に関する意思決定を行っていくのかその詳細な過程を M-GTA の手法を用いて分析することで明らかにし、妊孕性温存に関する意思決定を支援する看護実践指針を開発する目的で実施した。その結果、下記の結論を得た。

I. 結論

1. 生殖年齢にある女性乳がん患者の妊孕性温存に関する意思決定過程は、『まだ先でよかった産む・産まないの選択を間近に迫る期日までにと伝えられ、力の限り考えめぐらし結論を出す』および『私の人生の地図を描き変え始める』をコアカテゴリとする過程であった。
2. コアカテゴリ『まだ先でよかった産む・産まないの選択を間近に迫る期日までにと伝えられ、力の限り考えめぐらし結論を出す』は、医師・看護師からの妊孕性温存に関する説明を受けた後、【乳がん治療と未来の出産を同時に考えられる意外性に驚きと安心を感じる】【産む自由も産まない自由も同時に持ち合わせていた自分に気づかされる】【迷わずためらわず妊孕性温存する・しないを即決する】《乳がん治療以外のことを考えるゆとりはない》の4通りの体験から始まり、【おっぱいをあげられるはずだった人生を強制終了で奪われるようでやりきれない】【手近なインターネットから役立ちそうな情報を必死で探す】など4カテゴリおよび3概念が相互に関連しつつ進行し、手術・術後薬物療法の必要性説明という出来事を経て【自分主導でパートナーと私の人生を動かす】《自分にぴったり合うオーダーメイド情報を求めて専門医療者を頼る》など4カテゴリ1概念が重層的に関連しつつ【結局は自分で決めるしかない】に至り、温存する・しないのいずれかに決めていく過程であった。
3. コアカテゴリ『私の人生の地図を描き変え始める』は、温存する・しないのいずれかを決めてから【手は打てたと安堵し新たな人生の再構築を始める】までの過程であったが、《今いる子どものために何としてでも生きる》覚悟の一方で【心を開いた穴にサイズの合わない別の言い訳や代替え行動を埋め込み納得させる】体験も含まれており、【手は打てたと安堵し新たな人生の再構築を始める】ことは、初発乳がん患者の気持ちや行動

の揺らぎと相互に関係しあいながらもたらされる体験であった。

4. 『まだ先でよかった産む・産まないの選択を間近に迫る期日までにと伝えられ、力の限り考えめぐらし結論を出す』および『私の人生の地図を描き変え始める』の2つのコアカテゴリから成る意思決定過程は、【他者の力を借りる】ことで支えられており、【他者の力を借りる】は意思決定を推進していく力、そして決定後の人生の再構築を促す力となっていた。
5. 乳がん治療に伴う妊孕への負の影響および妊孕性温存に関する説明を受けることで、【乳がん治療と未来の出産を同時に考えられる意外性に驚きと安心を感じる】と乳がんであっても産めることへの安心感、期待感を感じる人がいることを明らかにできたことは、本研究において注目すべき結果であった。
6. 温存するかしないかのいずれかを決めた後も【他者の力を借りる】必要があったという結果は新知見であり、意思決定支援を責務とする看護師にとって重要な結果であった。
7. 妊孕性に関する情報提供が意思決定に関与することは先行研究知見と共通しているが、情報提供のタイミングは、必ずしも薬物療法開始前とは限らず情報提供の適切なタイミングについては診断時を含め個別性があるという本研究結果は先行知見とは異なる新しい結果であった。
8. 温存しないと決めた対象者が【心に空いた穴にサイズの合わない別の言い訳や代替え行動を埋め込み納得させる】体験すなわち喪失感を抱く自分の気持ちをなだめるように対処していることが明らかになったことは看護師にとって注目すべき結果であった。これまでは、温存すると決めた人に比較して注目度が低かった温存しない決意をした人へのケアおよび支援の必要性を見出す結果であったためである。
9. 結果および考察Ⅰ～Ⅲから導かれた看護実践への示唆から、生殖年齢にある女性乳がん患者の妊孕性温存に関する意思決定を支援する看護実践指針として、26項目の看護実

実践指針（表 7）が得られた。

II. 研究の限界と今後の課題

本研究の対象者数は 30 名であり、25 名のデータ分析を終了した時点で飽和化を確認した。しかし、がん罹患歴のある患者、および乳がん診断後、初めて受ける治療が手術以外の治療であった患者は除外している。このことから、乳がん診断と同時に薬物療法を受ける必要がある患者および乳がん以外のがん罹患歴がある患者の妊孕性温存に関する意思決定過程については、本研究で生成された領域密着型の理論では説明することができない。今後は、20 歳以上 45 歳未満の女性(生殖年齢にある患者)で、乳がん以外のがん罹患歴のある患者、あるいは乳がん診断と同時にがん薬物療法が適用される患者の妊孕性温存に関する意思決定過程について明らかにし、今回の結果と比較・検討していく必要がある。

また、精神疾患を有する者および精神的不安定な状態にある患者、さらに体調不良が予測される患者は研究対象から除外した。語ることで自体が負担になると考えたためである。しかし、実際の臨床では、このような患者についても生殖年齢の女性であればがん薬物療法開始前に妊孕性温存に関する説明が行われ、妊孕性温存に関する意思決定を行う必要があり、看護師は精神的課題や体調不良を抱えながらも意思決定をしていく患者の支援という実践的問題を抱えることになる。本研究の結果を精神疾患患者および精神的不安定な状態にある患者、さらに体調不良が予測される患者に発展させていくことも今後の研究課題であると考えられる。

対象とした施設は一施設（A 病院）であった。どのような説明を受けたかによってその後の意思決定過程のありかたが影響を受けると考え、同一医師や同一看護師による説明に統一する目的で 1 施設としたのがその理由であったが、1 施設であったこと、および乳がん診断から調査までの期間が 1～9 年と幅があったことから、生殖年齢にある乳がん患者背景としての偏りや A 病院固有の介入方法が影響していることは否めない。また、妊孕性温存に関する意思決定において、とりわけ受精卵凍結法の選択には法的な婚姻関係が必須条件であり、意思決定の当事者は患者本人およびその配偶者あるいは、配偶者になり得るパートナーであるが、本研究では配偶者やパートナーを研究協力者にしていない。本研究の結果から、夫やパートナーの存在が内包される概念【他者の力を借りる】ことで、対象者は精神的な支えと意思決定を推進していく力を得ていた。また、意思決定後において、

その後の人生の再構築へ向かうためには継続して【他者の力を借りる】ことの必要性が明確になった。したがって、今後は患者の意思決定に相互に影響する存在である配偶者やパートナーを含めて研究対象者とし、夫と妻それぞれへの面接、患者とその患者のパートナーそれぞれへの面接を行うことで、お互いがどのように影響しあって妊孕性温存に関する意思決定過程を進んでいくのかについて明らかにしていくことも課題である。

また、本研究は、データ分析方法として M-GTA を用いて領域密着型の理論を生成した。この理論は、すでに起きたことを説明でき、これから起こるであろうことを予測でき、今起きていることを解釈可能とするパワーを有している。すなわち、実践の場に活用することで検証することができることを意味している。今後は、本研究で得られた領域密着型の理論を実践の場で使い、この理論の応用的検証と修正を行っていくことが今後の課題である。

謝辞

本研究に快くご協力くださいました対象者の皆様に心より厚くお礼申し上げます。対象者の皆様それぞれの貴重な体験を惜しみなく語ってくださいましたことで、これまで知り得なかったことを知り、看護実践への問いをいただくことができましたことが、本研究を進めていく上での大きな原動力となりました。

フィールドの提供および、日々の激務の中で貴重な時間を割いてご尽力を賜りました岡山大学病院 副院長・看護部長 宗宮昌子様、乳腺・内分泌外科長 教授 土井原博義先生、乳腺・内分泌外科講師 枝園忠彦先生に心より深く感謝申し上げます。また、調査期間中の対象者皆様と細やかな調整など多くのご高配を賜りました岡山大学病院 副看護師長・乳がん看護認定看護師 露無祐子様、スタッフの皆様に心より深く感謝申し上げます。

大学院在籍中にご意見、ご指導をいただきました大学教員の皆様に心からお礼申し上げます。報告会でいただいた貴重なご意見をいただきましたことで、多様な視点から研究について考え、学ぶことができました。研究計画書作成段階で貴重なご指導をいただきました本学大学院看護学研究科 中村安秀教授に深くお礼申し上げます。中間報告会から予備審査、現在に至るまで論文をご精読いただき明確で丁寧なご指導をいただきました本学大学院看護学研究科 雄西智恵美教授、川村千恵子教授に深く感謝申し上げます。

大学院博士後期課程院生および修了生の皆様には、研究室で励まし合い情報交換し合いながら苦しいときを乗り越えることができましたことに、心から感謝しています。本当にありがとうございます。データ分析の段階で、貴重な時間を割いて丁寧なご指導と心強いお言葉をかけていただきました川崎医科大学総合医療センター 急性・重傷患者看護専門看護師 伊藤真理様に心から感謝申し上げます。

本研究の構想段階から現在に至るまで、いつも手厚くご指導をいただきました本学大学院看護学研究科 秋元典子教授に心より深く感謝申し上げます。あたたかく丁寧なご指導の下、迷いが生じたときにはいつも適確なご指南をいただきました。また、論理的に構築していく研究プロセスとともに、多くの示唆と研究者としての姿勢と態度を学ばせていただきました。常にあたたかい激励のお言葉と、ときには厳しいご指導をいただきましたおかげで、前向きな気持ちを保ちながら論文完成を目指して邁進することができました。本当にありがとうございます。

最後に、家族と友人には長年に渡り研究に専念できる環境と多くの協力と励ましをいただいで論文作成に臨むことができました。心から深く感謝いたします。

引用文献

- Abe, A., Kuwahara, A., Iwasa, T., Nishimura, M., & Irahara, M. (2016). A survey on fertility management in young women of reproductive age treated with chemotherapy. *Int J Clin Oncol*, 21(6), 1183-1190. doi:10.1007/s10147-016-1018-5
- 秋元典子. (1993). 子宮全摘術の決意時における患者の納得の仕方. *看護研究*, 118, 19-30.
- 秋元典子, 森 恵子, 中塚幹也. (2010). 若年子宮頸がん患者の手術決意過程. *日本がん看護学会誌*, 24(2), 5-14.
- 秋元典子, 佐藤禮子. (2003). 子宮がん患者が広汎子宮全摘出術後を安寧に生きるための強靱さの獲得を促進する看護援助. *千葉看護学会会誌*, 9(1), 26-33.
- 有森直子. (2012). リプロダクティブヘルスにおける意思決定支援. 中山和弘, 岩本貴(編), 患者中心の意思決定支援 納得して決めるためのケア (pp. 111-133). 中央法規出版.
- 浅田義正, 大野真司, 加藤友康, 清水千佳子, 鈴木直, 田村宣子, …渡邊知映(編). (2016). 乳がん治療にあたり将来の出産をご希望の患者さんへ(pp. 1-18). 金原出版.
- http://www.j-sfp.org/ped/dl/breastCancer_brochure.pdf (検索日 2020年7月7日)
- Barry, B., Henderson, A. (1996). Nature of decision-making in the terminally ill patient. *Cancer Nursing*, 19(5), 384-391.
- Ben-Aharon, I., Shalgi, R. (2012). What lies behind chemotherapy-induced ovarian toxicity?. *Reproduction*, 144, 153-63. doi:10.1530/REP-12-0121
- Chan, J. L., Johnson, L. N. C., Sammel, M. D., DiGiovanni, L., Voong, C., Domchek, S. M., & Gracia, C. R. (2017). Reproductive Decision-Making in Women with BRCA1/2 Mutations. *J Genet Couns*, 26(3), 594-603. doi:10.1007/s10897-016-0035-x
- Corney, R. H., & Swinglehurst, A. J. (2014). Young childless women with breast cancer in the UK: a qualitative study of their fertility-related experiences, options, and the information given by health professionals. *Psychooncology*, 23(1), 20-26. doi:10.1002/pon.3365
- Dagan, E., Modiano-Gattegno, S., & Birenbaum-Carmeli, D. (2017). "My choice": breast cancer patients recollect doctors fertility preservation recommendations. *Support Care Cancer*, 25(8), 2421-2428. doi:10.1007/s00520-017-3648-1
- Denieffe, S., Gooney, M. (2011). A meta-synthesis of women's symptoms experience and breast cancer. *European Journal of Cancer Care*, 20(4), 424-435.
- Diers, D. (1979/1984). 小島道代, 岡部聡子, 金井和子(訳), 看護研究—ケアの場で行うための

- 方法論 (pp. 167-172). 日本看護協会出版会.
- 土居内麻理. (2006). 終末期がん患者の療養上の意思決定. 高知女子大学看護学会誌, 31(1), 19-26.
- フロム・E. (1941/2011). 日高六郎(訳). 自由からの逃走 118 版 (pp. 10-14). 東京創元社.
- 古井辰郎, 森重健一郎. (2019). 紹介できる地域ネットワークは?. 国立研究開発法人日本医療研究開発機構 (AMED) 革新的がん治療実用化研究事業 生息機能温存がん治療法の革新的発展にむけた総合的プラットフォームの形成研究班(編). がん患者の妊孕性温存のための診療マニュアル (pp. 79-80). 金原出版.
- Furui, T., Takai, Y., Kimura, F., Kitajima, M., Nakatsuka, M., Morishige, K. I., . . . Suzuki, N. (2019). Fertility preservation in adolescent and young adult cancer patients: From a part of a national survey on oncofertility in Japan. *Reprod Med Biol*, 18(1), 97-104. doi:10.1002/rmb2.12256
- Garmazy N.(1991). Resilience in children's adaptation to negative life events and stressed environments. *Pediatr Ann*,20,459-466.
- Garvelink, M. M., ter Kuile, M. M., Fischer, M. J., Louwe, L. A., Hilders, C. G., Kroep, J. R., & Stiggelbout, A. M. (2013). Development of a Decision Aid about fertility preservation for women with breast cancer in The Netherlands. *J Psychosom Obstet Gynaecol*, 34(4), 170-178. doi:10.3109/0167482x.2013.851663
- Garvelink, M. M., Ter Kuile, M. M., Louwe, L. A., Hilders, C., & Stiggelbout, A. M. (2017). Feasibility and effects of a decision aid about fertility preservation. *Hum Fertil (Camb)*, 20(2), 104-112. doi:10.1080/14647273.2016.1254821
- Glaser,B.G., Strauss,A.L.(1996). 後藤隆,大出春江,他(訳),The discovery of Grounded Theory : データ対話型理論の発見—調査からいかに理論をうみだすか—.新曜社.
- Goldfarb, S. B., Kamer, S. A., Opong, B. A., Eaton, A., Patil, S., Junqueira, M. J., . . . Gemignani, M. L. (2016). Fertility Preservation for the Young Breast Cancer Patient. *Ann Surg Oncol*, 23(5), 1530-1536. doi:10.1245/s10434-015-5036-8
- Goncalves, V., Sehovic, I., & Quinn, G. (2014). Childbearing attitudes and decisions of young breast cancer survivors: a systematic review. *Hum Reprod Update*, 20(2), 279-292. doi:10.1093/humupd/dmt039
- Gorman, J. R., Usita, P. M., Madlensky, L., & Pierce, J. P. (2011). Young breast cancer survivors: their perspectives on treatment decisions and fertility concerns. *Cancer Nurs*, 34(1), 32-40.

doi:10.1097/NCC.0b013e3181e4528d

Green,D.M.,Kawashima,T.,Stovall,M.,Leisenring,W.,Sklar,C.A.,Mertens,A.C.,...Robison,L.L.

(2009)Fertility of female survivors of childhood cancer: a report from the childhood cancer survivor study. *J Clin Oncol.*,27(16),2677-85. doi:10.1200/JCO.2008.20.1541

Halkett, G. K., Arbon, P., Scutter, S. D., & Borg, M. (2007). The phenomenon of making decisions during the experience of early breast cancer. *Eur J Cancer Care (Engl)*, 16(4), 322-330. doi:10.1111/j.1365-2354.2007.00778.x

橋爪可織, 後藤ひかり, 山本綾乃. (2019). 乳がん患者のインターネットからの情報利用における利点および困難とその対処方法. *保健学研究*, 32, 75-85.

<http://hdl.handle.net/10069/39535>

橋本万住子, 池田 牧. (2012). 不妊治療中に乳がんと診断された患者の体験 不妊治療の継続を希望した2名の語りより. *日本生殖看護学会誌*, 9(1), 45-51.

林慎一, 木村万里子. (2015). 乳癌のアロマターゼ阻害剤耐性機序. *内分泌甲状腺外会誌*, 32(2), 68-73.

Hershberger, P. E., Finnegan, L., Pierce, P. F., & Scoccia, B. (2013). The decision-making process of young adult women with cancer who considered fertility cryopreservation. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 42(1), 59-69. doi:10.1111/j.1552-6909.2012.01426.x

Hill, K. A., Nadler, T., Mandel, R., Burlein-Hall, S., Librach, C., Glass, K., & Warner, E.

(2012). Experience of young women diagnosed with breast cancer who undergo fertility preservation consultation. *Clin Breast Cancer*, 12(2), 127-132. doi:10.1016/j.clbc.2012.01.002

Hill, O., White, K. (2008). Exploring Women's Experiences of TRAM Flap Breast Reconstruction After Mastectomy for Breast Cancer. *Oncology Nursing Forum*, 35(1), 81-8.

堀部敬三. (2018). AYA がんの特徴. 平成 27-29 年度厚生労働科学研究費補助金 (がん対策推進総合研究事業)「総合的な思春期・若年成人 (AYA) 世代のがん対策のあり方に関する研究」班(編), 医療従事者が知っておきたい AYA 世代がんサポートガイド(pp. 2-6). 金原出版.

今井芳枝, 雄西智恵美, 板東孝枝. (2016). 納得の概念分析—国内文献レビュー—. *Natt 日本看護研究学会雑誌*, 39(2), 73-85.

井上智子. (1999). 手術患者の意思決定. 数間恵子他(編), 手術患者の QOL と看護(pp. 14-24), 医学書院.

- 石井京子, 藤原千恵子, 河上智香, 西村明子, 新家一輝, 町浦美智子, …仁尾かおり. (2007).
患者のレジリエンスを引き出す看護者の支援とその支援に関与する要因分析. 日本看護
研究学会雑誌, 30(2), 21-29.
https://www.jstage.jst.go.jp/article/jjsnr/30/2/30_20070118001/_pdf/-char/ja
- 伊藤良則. (2017). 化学療法. 阿部恭子, 矢形 寛(編), 乳がん患者ケアパーフェクトブック
(pp.105-115). 学研メディカル秀潤社.
- 岩本貴, 岩本ゆり. (2012). 医療コーディネーターによる意思決定支援. 中山和弘, 岩本貴
(編), 患者中心の意思決定支援 納得して決めるためのケア (pp. 43-79). 中央法規出版.
- 神田清子. (2013). がん患者の苦痛・合併症に対するマネジメント ②心理的苦痛. 系統看護
学講座 別巻 がん看護学 (pp. 67-69). 医学書院.
- 神田尚子, 舟島なをみ, 中山登志子. (2015). クライエントの意思決定を支援する看護師行動
に関する研究. 看護教育学研究, 24(1), 25-40.
- Katanoda, K., Shibata, A., Matsuda, T., Hori, M., Nakata, K., Narita, Y., . . . Nishimoto, H.(2017).
Childhood, adolescent and young adult cancer incidence in Japan in 2009-2011. *Japanese Journal
of Clinical Oncology*, 47, 762-771.
- 加藤真紀, 竹田恵子. (2017). 高齢者の終末期にかかる家族の意思決定に関する文献レビュー.
日本看護研究学会雑誌, 40(4), 685-694.
- Kelvin, J. F., Thom, B., Benedict, C., Carter, J., Corcoran, S., Dickler, M. N., . . . Goldfarb, S. B.
(2016). Cancer and Fertility Program Improves Patient Satisfaction With Information Received. *J
Clin Oncol*, 34(15), 1780-1786. doi:10.1200/jco.2015.64.5168
- Kim, J., Deal, A. M., Balthazar, U., Kondapalli, L. A., Gracia, C., & Mersereau, J. E. (2013).
Fertility preservation consultation for women with cancer: are we helping patients make high-
quality decisions? *Reprod Biomed Online*, 27(1), 96-103. doi:10.1016/j.rbmo.2013.03.004
- 木下康仁. (2003). グラウンデッド・セオリー・アプローチの実践 質的研究への誘い. 弘文
堂.
- 木下康仁. (2007). ライブ講義 M-GTA 実践的質的研究法. 弘文堂.
- Kirkman, M., Winship, I., Stern, C., Neil, S., Mann, G. B., & Fisher, J. R. (2014). Women's reflections
on fertility and motherhood after breast cancer and its treatment. *Eur J Cancer Care (Engl)*, 23(4),
502-513. doi:10.1111/ecc.12163
- 北野敦子, 清水千佳子. (2014). 乳癌の臨床, 29(5), 469-480.

- Kleinman Arthur. (1988/1996). 江口重幸, 上野豪志, 五木田紳(訳), 病いの語り—慢性の病いをめぐる臨床人類学(p. 62). 誠心書房.
- 児玉美由紀, 近藤まゆみ. (2006). がん体験者を理解する—パートナーシップを通じた変化乳がん体験者. 近藤まゆみ, 嶺岸秀子(編), がんサバイバーシップがんとともに生きる人びとへの看護ケア (pp. 95-106). 医歯薬出版株式会社.
- 小泉智恵, 高見澤聡, 平山史朗. (2015). 生殖心理カウンセラーによるがん・生殖医療外来の陪席：混合研究法による女性がん患者の否定的感情の表出と心理支援の可能性の関連. 日本生殖心理学会誌, 1(2), 46-54.
- 小島操子. (2013). 看護における危機理論・危機介入フィンク/コーン/アグィレラ/ムース/家族の危機モデルから学ぶ. 金芳堂.
- 国府浩子. (2004). 乳がん患者の初期治療選択における意思決定プロセス支援モデル作成に関する研究. 御茶の水医学会誌, 52(1), 63-82.
- 国立がん研究センターがん情報サービス. がん検診受診率(国民生活基礎調査). (2019c, 5月23日). https://ganjoho.jp/reg_stat/statistics/dl_screening/index.html#a16 (検索日 2019年11月30日)
- 国立がん研究センターがん情報サービス. がんの統計 '09. (2009). 部位別がん粗死亡率年次推移 (1965年～2007年). https://ganjoho.jp/data/reg_stat/statistics/brochure/2009/fig12.pdf (検索日 2019年3月10日)
- 国立がん研究センターがん情報サービス. がんの統計 '17. (2017a). 序・わが国におけるがん対策のあゆみ. https://ganjoho.jp/data/reg_stat/statistics/brochure/2017/cancer_statistics_2017_pre_J.pdf (検索日 2019年3月10日)
- 国立がん研究センターがん情報サービス. がん登録・統計. (2017b). 全国がん登録. <https://www.estat.go.jp/statsearch/files?page=1&toukei=00450173&tstat=000001133323> (検索日 2020年8月30日)
- 国立がん研究センターがん情報サービス. がん登録・統計. 全国がん死亡データ (1958～2018年). https://ganjoho.jp/reg_stat/statistics/dl/index.html#incidence (検索日 2020年8月30日)
- 国立がん研究センターがん情報サービス. がん登録・統計. (2018). 小児・AYA世代のがん罹患率. https://ganjoho.jp/reg_stat/statistics/stat/child_aya.html (検索日 2020年7月7日)

- 国立がん研究センターがん情報サービス. 最新がん統計. (2019a, 10月4日).
https://ganjoho.jp/reg_stat/statistics/stat/summary.html (検索日 2019年11月25日)
- 国立がん研究センターがん情報サービス. 2019年のがん統計予測. (2019b, 10月23日).
https://ganjoho.jp/reg_stat/statistics/stat/short_pred.html (検索日 2019年11月25日)
- 国立がん研究センターがん情報サービス. 最新がん統計. (2020, 7月6日).
https://ganjoho.jp/reg_stat/statistics/stat/summary.html (検索日 2020年8月30日)
- 小松浩子, 森明子, 矢ヶ崎香, 藤井多久磨, 中村幸代. (2016). 若年女性がん患者の妊孕性温存に関する意思決定支援統合ケアモデルの開発. 科学研究費補助金研究成果報告書 (2015). <https://kaken.nii.ac.jp/ja/file/KAKENHI-PROJECT-25670952/25670952seika.pdf>
- Komatsu, H., Yagasaki, K., & Yamauchi, H. (2018). Fertility decision-making under certainty and uncertainty in cancer patients. *Sex Reprod Healthc*, 15, 40-45. doi:10.1016/j.srhc.2017.12.002
- 厚生労働省. がん対策推進アクションプラン 2005.
<https://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/gan01/01.html> (検索日 2019年3月10日)
- 厚生労働省. (2008). がん予防重点健康教育およびがん検診実施のための指針.
https://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/dl/gan_kenshin02.pdf
- 小山富美子. (2017). がん患者の治療意思決定を促進する介入に関する文献レビュー. 大阪医科大学看護研究雑誌, 7, 105-113.
- Lambertini, M., Fontana, V., Massarotti, C., Poggio, F., Dellepiane, C., Iacono, G., . . . Del Mastro, L. (2018). Prospective study to optimize care and improve knowledge on ovarian function and/or fertility preservation in young breast cancer patients: Results of the pilot phase of the PREgnancy and FERtility (PREFER) study. *Breast*, 41, 51-56. doi:10.1016/j.breast.2018.06.012
- Lee, S. J., Schover, L. R., Partridge, A. H., Patrizio, P., Wallace, W. H., Hagerty, K., . . . American Society of Clinical, O. (2006). American Society of Clinical Oncology recommendations on fertility preservation in cancer patients. *Journal of Clinical Oncology*, 24(18), 2917-2931. doi:10.1200/JCO.2006.06.5888
- Li, C. C., Huang, S. M., Lai, J. C., Hsiung, Y., Chen, Y. H., & Lee, C. F. (2018). Development and Validation of a Fertility Intention Scale in Breast Cancer Survivors. *J Nurs Res*, 26(3), 177-184. doi:10.1097/jnr.0000000000000223
- 増澤祐子, 森明子. (2012). 乳がん患者の妊娠・出産の支援—看護職者への啓発リーフレット試作版の作成—. 聖路加看護学会誌, 16(2), 25-32.

- 松井美由紀, 秋元典子. (2016). セカンドオピニオンを受けた女性乳がん患者の初期治療選択過程. 日本がん看護学会誌, 30(3), 29-39.
- 松野智香子. (2019). 助産所出産を選択した女性の意思決定に関する文献レビュー. 母性衛生, 60(1), 135-143.
- Meneses, K., McNees, P., Azuero, A., & Jukkala, A. (2010). Development of the Fertility and Cancer Project: an Internet approach to help young cancer survivors. *Oncol Nurs Forum*, 37(2), 191-197. doi:10.1188/10.Onf.191-197
- 水野道代. (1997). 地域社会で生活するがん体験者にとっての健康の意味とその構造. 日本看護科学会誌, 17(1), 48-57.
- 森 明子, 樺澤三奈子, 松尾七重, 林 直子, 中山直子. (2017). 女性がん患者のリプロダクティブヘルスに関する オンコロジーナースの学習と連携のニーズ—妊孕性温存療法に焦点を当てて—. 日本がん看護学会誌 31(0), 137-144. doi:10.18906/jjscn.31_mori_20170831
- 森本忠興. (2009). 日本の乳癌検診の歴史と課題. 日本乳癌検診学会誌, 18(3), 211-231. https://www.jstage.jst.go.jp/article/jjabcs/18/3/18_3_211/_pdf
- 那須明美. (2020). 女性がんサバイバーの妊孕性支援の概念分析. 日本がん看護学会誌, 34, 18-25.
- 永井康一, 青木茂, 持丸綾, 望月昭彦, 倉澤健太郎, 奥田美加, 高橋恒男…平原史樹. (2013). 初産婦における母体年齢と妊娠予後の検討—高年初産の定義は見直すべきか—. 関東連合産科婦人科学会誌, 50(1), 37-42.
- 日本がん・生殖医療学会(編). (2017). 乳がん患者の妊娠・出産と生殖医療に関する診療の手引き 2017年版. 金原出版.
- 日本癌治療学会(編). 小児, 思春期・若年がん患者の妊孕性温存に関する診療ガイドライン 2017年版. 金原出版.
- 日本看護協会. (2003). 看護者の倫理綱領, 条文 1. <https://www.nurse.or.jp/nursing/practice/rinri/rinri.html>
- 日本乳癌学会(編). (2018a). 乳癌診療ガイドライン①治療編 2018年版. 金原出版.
- 日本乳癌学会(編). (2018b). 乳癌診療ガイドライン②疫学・診断編 2018年版. 金原出版.
- 日本乳がんピンクリボン運動. (n. d.). ピンクリボン運動. <http://www.j-posh.com/about/pinkribon/> (検索日 2019年11月30日)

- 野澤美江子. (2016). がん患者の生殖組織/配偶子凍結に対する意思決定の様相. 日本生殖看護学会誌, 13(1), 29-35.
- 岡谷恵子. (1988). 手術を受ける患者の術前術後のコーピングの分析. 看護研究, 21(3), 53-60.
- Oktay, K., Harvey, B.E., Partridge, A.H., Quinn, G.P., Reinecke, J., Taylor, H.S., ..., Loren AW. (2018). Fertility Preservation in Patients With Cancer: ASCO Clinical Practice Guideline Update. *Journal of Clinical Oncology*, 36(19), 1994-2001.
- 奥島美香, 繁田実, 實崎美奈. (2015). 妊孕性温存治療を受けた未婚女性の意思決定への支援 初診時より治療終了まで看護介入した 40 歳乳がん患者の一事例. 日本生殖看護学会誌, 12(1), 25-32.
- Panagiotopoulou, N., Ghuman, N., Sandher, R., Herbert, M., & Stewart, J. A. (2018). Barriers and facilitators towards fertility preservation care for cancer patients: a meta-synthesis. *Eur J Cancer Care (Engl)*, 27(1). doi:10.1111/ecc.12428
- Perz, J., Ussher, J., & Gilbert, E. (2014). Loss, uncertainty, or acceptance: subjective experience of changes to fertility after breast cancer. *Eur J Cancer Care (Engl)*, 23(4), 514-522. doi:10.1111/ecc.12165
- Rees, S. (2017). 'Am I really gonna go sixty years without getting cancer again?' Uncertainty and liminality in young women's accounts of living with a history of breast cancer. *Health (London)*, 21(3), 241-258. doi:10.1177/1363459316677628
- 佐藤琢磨, 拝野貴之, 稲川早苗, 笠原佑太, 斉藤三和, 大野田晋...岡本愛光. (2015). 当院生殖外来への乳がん患者診察依頼状況についての検討. 日本受精着床学会雑誌, 32(2), 253-256.
- セドキーナ・アンナ, 福田貴代, 太田智彦. (2012). BRCA1 と DNA 損傷応答. 生化学, 84(7), 529-538.
- 生殖機能温存がん治療法の革新的発展に向けた総合的プラットフォームの形成研究班 (編). (2019). がん患者の妊孕性温存のための診療マニュアル. 金原出版.
- Senkus, E., Gomez, H., Dirix, L., Jerusalem, G., Murray, E., Van Tienhoven, G., ... Neskovic-Konstantinovic, Z. (2014). Attitudes of young patients with breast cancer toward fertility loss related to adjuvant systemic therapies. EORTC study 10002 BIG 3-98. *Psychooncology*, 23(2), 173-182. doi:10.1002/pon.3384

- 瀬戸山陽子. (2012). 意思決定のための資源とその活用. 中山和弘, 岩本貴(編), 患者中心の意思決定支援 納得して決めるためのケア (pp. 157-187). 中央法規出版.
- 枝園忠彦, 岡田知子, 露無祐子, 江見弥生, 西山慶子, 増村京子, 溝尾妙子... 土井原博義. (2012). 薬物療法を受ける乳癌患者に対する生殖機能温存相談システム構築を目標とした妊娠可能期乳癌患者に対するアンケート調査. 乳癌の臨床, 27 (3), 313-320.
- 式守晴子. (2011). 葛藤. 見藤隆子, 小玉香津子, 菱沼典子(編). 看護学事典第2版. 日本看護協会出版.
- 島田菜穂子, 太田代紀子, 佐久間 浩, 笹 三徳, 宮良球一郎, 田中 真紀. (2013). ピンクリボン運動を始めとする全国乳がん啓発活動実態調査. 日本乳癌検診学会, 22 (1), 82-85.
- Shimizu, C., Bando, H., Kato, T., Mizota, Y., Yamamoto, S., & Fujiwara, Y. (2013). Physicians' knowledge, attitude, and behavior regarding fertility issues for young breast cancer patients: a national survey for breast care specialists. *Breast Cancer*, 20(3), 230-240. doi:10.1007/s12282-011-0328-8
- Shimizu, C., Kato, T., Tamura, N., Bando, H., Asada, Y., Mizota, Y., . . . Fujiwara, Y. (2015). Perception and needs of reproductive specialists with regard to fertility preservation of young breast cancer patients. *Int J Clin Oncol*, 20(1), 82-89. doi:10.1007/s10147-014-0676-4
- 清水千佳子. (2018). AYA がん患者のニーズ. 平成 27-29 年度厚生労働科学研究費補助金 (がん対策推進総合研究事業) 「総合的な思春期・若年成人 (AYA) 世代のがん対策のあり方に関する研究」班(編), 医療従事者が知っておきたい AYA 世代がんサポートガイド (pp. 15-18). 金原出版.
- Simon, H.A. (1945/1989). 松田武彦, 高柳 暁, 二村敏子(訳), 経営行動—経営組織における意思決定プロセスの研究—. ダイヤモンド社.
- Snyder, K. A., & Tate, A. L. (2013). What to do now? How women with breast cancer make fertility preservation decisions. *J Fam Plann Reprod Health Care*, 39(3), 172-178. doi:10.1136/jfprhc-2011-100286
- 杉下陽堂, 鈴木 直. (2014). オンコファーマティティー. 医学のあゆみ, 249 (5), 466.
- 砂賀道子, 二渡玉江. (2011). がん体験者のレジリエンスの概念分析. *The Kitakanto Medical Journal*, 61(2), 135-143.
- 鈴木久美, 林 直子, 樺沢三奈子, 大畑美里, 大坂和可子, 片岡弥恵子... 小松浩子. (2013). 成人女性の乳がんおよび乳がん検診・自己検診に対する意識調査. 保健の科

学, 55(1), 63-70.

鈴木久美, 林直子, 片岡弥恵子, 樺沢三奈子, 大坂和可子, 今葦倍真紀…, 小松浩子. (2015). 乳がん体験者との協働による乳がん啓発教育プログラムの開発と評価. 保健の科学, 57(9), 638-643.

鈴木直, 高江正道. (2019). 妊孕性温存療法を希望するがん患者に経済的援助を行う助成制度は?. 国立研究開発法人日本医療研究開発機構 (AMED) 革新的がん治療実用化研究事業 生殖機能温存がん治療法の革新的発展にむけた総合的プラットフォームの形成研究班(編). がん患者の妊孕性温存のための診療マニュアル(pp. 81-83). 金原出版.

Tabak N.(1995).Decision making in consenting to experimental cancer therapy. *Cancer Nursing*,18(2),89-96.

高橋奈津子. (2018). 乳がんサバイバーの妊孕性温存に関する意思決定過程における女性の生き方-受精卵凍結保存の意思決定過程に焦点をあてて-. 日本がん生殖医療学会誌, 1(1), 45-50.

高橋奈津子, 林直子. (2018). 女性がんサバイバーの妊孕性温存に関する意思決定過程. 聖路加国際大学紀要, 4, 1-8.

高橋奈津子, 林直子, 森明子, 松本文奈, 池田真紀子, 牧野晃子, 中山直子, 鈴木久美. (2019). 女性乳がん患者の妊孕性温存に関する意思決定支援における看護師の困難. 聖路加国際大学紀要, 5, 22-28.

竹本和久. (1966). 意思決定の心理 (p. 185). 福村出版.

Takeuchi, E., Kato, M., Wada, S., Yoshida, S., Shimizu, C., & Miyoshi, Y. (2017). Physicians' practice of discussing fertility preservation with cancer patients and the associated attitudes and barriers. *Support Care Cancer*, 25(4), 1079-1085. doi:10.1007/s00520-016-3495-5

Thewes B, M. B., Rickard J, Friedlander M. (2003). The fertility- and menopause-related information needs of younger women with a diagnosis of breast cancer: a qualitative study. *Psychooncology*, 12(5), 500-511.

津川浩一郎, 佐治重衡, 清水千佳子, 土屋恭子, 板東裕子, 桑原章, ... 古井達郎. (2017). 乳腺. 日本癌治療学会(編). 小児, 思春期・若年がん患者の妊孕性温存に関する診療ガイドライン 2017年版 (pp. 60-74). 金原出版.

Warner, E., Yee, S., Kennedy, E., Glass, K., Foong, S., Seminsky, M., & Quan, M. L. (2016). Oncofertility Knowledge, Attitudes, and Practices of Canadian Breast Surgeons. *Ann Surg Oncol*,

23(12), 3850-3859. doi:10.1245/s10434-016-5423-9

矢ヶ崎 香, 小松浩子, 森 明子. (2017). 若年乳がん女性のがん治療と妊孕性の意思決定支援
に対する看護師の認識. 日本生殖看護学会誌, 14(1), 21-29.

山本直美, 津田紀子, 矢田眞美子, 石川 雄一. (2005). 不確実性の中での決断：無症候性
脳血管障害者の診断から予防的手術への決断のプロセス. 日本看護科学会誌, 25(1), 13-
22. doi:https://doi.org/10.5630/jans1981.25.1_13

吉川直希, 杉本公平, 上條真紀子, 石澤亜希, 稲川早苗, 佐藤琢磨, 笠原佑太, ... 岡本愛光.
(2017). がん・生殖医療における情報提供の問題点. 日本受精着床学会雑誌, 34(1), 78-
82.

全国がん登録罹患数・率. (2017). 政府統計の総合窓口 e-Stat. [https://www.e-
stat.go.jp/statsearch/files?page=1&layout=datalist&toukei=00450173&tstat=000001133323&cycl
e=7&tclass1=000001133363&tclass2=000001133368&tclass3=000001133369](https://www.e-stat.go.jp/statsearch/files?page=1&layout=datalist&toukei=00450173&tstat=000001133323&cycle=7&tclass1=000001133363&tclass2=000001133368&tclass3=000001133369)

資料

資料 1

表3 対象者の概要

NO.	問診時			妊孕性に関する知識	FPの有無	面接時			病期及び手術		がん薬物療法	放射線療法
	婚姻/家族	年齢	問診時の希望			婚姻/児	年齢	職業	Stage	術式	内容	有無
1	未婚/パートナーなし	35	どちらともいえない	◎	卵子凍結	未婚/児なし	36	事務	ⅢA	全+再建	化学療法	
2	未婚/パートナーなし	33	はい	◎	なし	既婚/妊娠9ヶ月	39	会社員	I	部分+再建	ホルモン療法	○
3	既婚/3児	34	いいえ	◎	なし	変わりなし	36	主婦	ⅡB	全	化学療法	○
4	未婚/パートナーなし	40	はい	●	なし	変わりなし	42	事務	I	部分	化学療法	○
5	未婚/パートナーなし	33	はい	×	卵子凍結	既婚/児なし	38	教員	ⅡA	全+再建	化学療法	
6	既婚/児なし	39	どちらともいえない	◎	なし	変わりなし	40	自営業	ⅡB	部分	化学療法+ホルモン療法	○
7	既婚/児あり	32	どちらともいえない	×	なし	変わりなし	39	パート	ⅡB	全+再建	化学療法+ホルモン療法	
8	未婚/パートナーなし	42	はい	×	なし	変わりなし	47	事務	I	部分	化学療法+ホルモン療法	○
9	既婚/2児	41	いいえ	●	なし	変わりなし	43	会社員	I	全+再建	化学療法+ホルモン療法	
10	既婚/1児	40	いいえ	●	なし	変わりなし	44	主婦	I	全+再建	ホルモン療法	
11	既婚/児なし	32	はい	◎	なし	既婚/1児	37	接客業	I	部分	化学療法	
12	未婚/パートナーなし	32	はい	◎	卵子凍結	未婚/パートナーあり	39	教員	ⅡB	全+再建	化学療法+ホルモン療法(6年目)	
13	未婚/パートナーなし	35	どちらともいえない	×	なし	変わりなし	37	会社員	ⅡB	部分	化学療法+ホルモン療法	○
14	既婚/児なし	36	どちらともいえない	×	なし	変わりなし	38	会社員	ⅡA	全+自家再建	ホルモン療法	
15	既婚/児なし	34	はい	●	受精卵凍結	変わりなし	37	パート	ⅡA	全+再建	化学療法+ホルモン療法	
16	未婚/パートナーあり	40	どちらともいえない	◎	なし	変わりなし	41	教員	I A	全+再建	ホルモン療法	
17	既婚/2児	38	いいえ	×	なし	変わりなし	41	医療・福祉専門職	I A	部分	ホルモン療法	○
18	未婚/パートナーあり	27	はい	×	なし	既婚/1児	36	パート	ⅡA	全+再建	化学療法+ホルモン療法	
19	未婚/パートナーあり	33	はい	×	受精卵凍結	既婚/1児	39	医療・福祉専門職	Tis	全+自家再建	ホルモン療法	○
20	未婚/パートナーあり	36	はい	◎	受精卵凍結ゼロ個	既婚/なし	38	医療・福祉専門職	ⅡA	部分	ホルモン療法	○
21	既婚/児なし	34	はい	◎	受精卵凍結	既婚/妊娠7ヶ月	38	パート	I A	部分	ホルモン療法(2年服用後休薬)	
22	既婚/児なし	37	どちらともいえない	×	受精卵凍結	既婚/2児	46	会社員	ⅡB	部分	化学療法	○
23	未婚/パートナーなし	32	はい	●	卵子凍結	変わりなし	35	会社員	ⅡA	部分	化学療法	○
24	既婚/児なし	35	はい	×	なし	既婚/妊娠10ヶ月	37	教員	I	全+再建	なし(妊娠活動のためホルモン療法を拒否)	
25	既婚/児なし	32	はい	×	なし	変わりなし	33	会社員	ⅡB	全+再建	化学療法+ホルモン療法	
26	既婚/1児	35	はい	◎	受精卵凍結	変わりなし	39	教員	R)Tis L)ⅢB	両側全+再建	化学療法+ホルモン療法	
27	未婚/パートナーなし	33	はい	◎	卵子凍結	変わりなし	34	公務員	ⅡA	全+再建	化学療法+ホルモン療法	
28	既婚/児なし	30	はい	×	受精卵凍結	変わりなし	31	教員	ⅡB	全+再建	化学療法	○
29	既婚/児なし	36	どちらともいえない	◎	卵子凍結	変わりなし	37	教員	ⅡB	全+再建	化学療法+ホルモン療法	
30	未婚/なし	30	はい	×	卵子凍結	変わりなし	31	医療・福祉専門職	I A	部分	化学療法	○

*FPはFertility Preservationの略

**妊孕性に関する知識

◎: 妊娠喪失の可能性と妊孕性温存に関することを知っている ●: 妊娠喪失の可能性と妊孕性温存に関すること, どちらかを知っている ×: 知らない

**術式

全: 乳房全切除術 再建: 乳房再建手術 部分: 乳房温存術, 皮膚温存乳房切除術, 乳頭温存乳房切除術

***乳癌病期分類(Stage)はTNM分類

表4 対象者の年代別構成

年代	人数	婚姻／パートナー・児の有無		温存あり		温存なし	
				卵子	受精卵	ホルモン療法拒否	
25歳～	1	未婚／なし	0	—	—	—	0
		未婚／あり	1	—	—	—	1
		既婚／児なし	0	—	—	—	0
		既婚／児あり	0	—	—	—	0
30～34歳	14	未婚／なし	7	6	0	0	1
		未婚／あり	1	0	1	0	0
		既婚／児なし	4	0	3	0	1
		既婚／児あり	2	0	0	0	2
35～39歳	10	未婚／なし	2	1	0	0	1
		未婚／あり	1	0	1	0	0
		既婚／児なし	6	0	3	1	2
		既婚／児あり	1	0	0	0	1
40歳～	5	未婚／なし	2	—	—	—	2
		未婚／あり	1	—	—	—	1
		既婚／児なし	0	—	—	—	0
		既婚／児あり	2	—	—	—	2
計	30		30	7	8	1	14
温存治療内容別割合 (%)				23.3	26.7	3.3	—
温存有無の割合 (%)					53.3		46.7

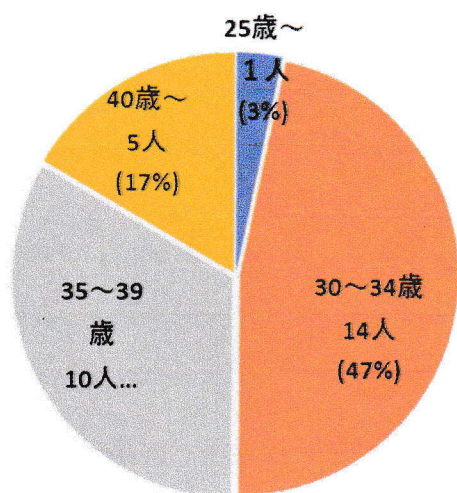
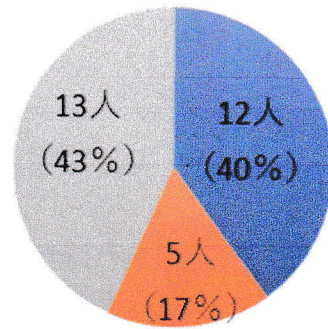


図6 対象者の年代別割合



- 妊孕性喪失の可能性と温存に関することを知っていた
- 妊孕性喪失の可能性と温存に関することのどちらかのみ知っていた
- 知らなかった

図7 初診前の妊孕性に関する知識

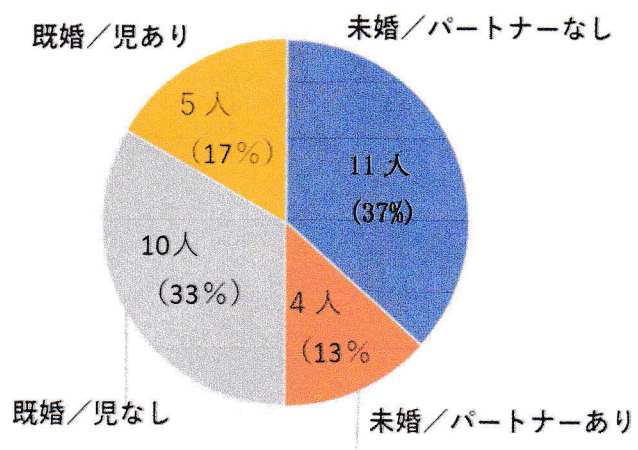


図8 初診（問診）時の婚姻・家族構成

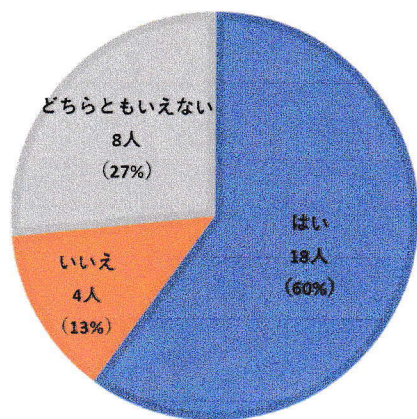


図9 問診時の妊孕性への希望状況

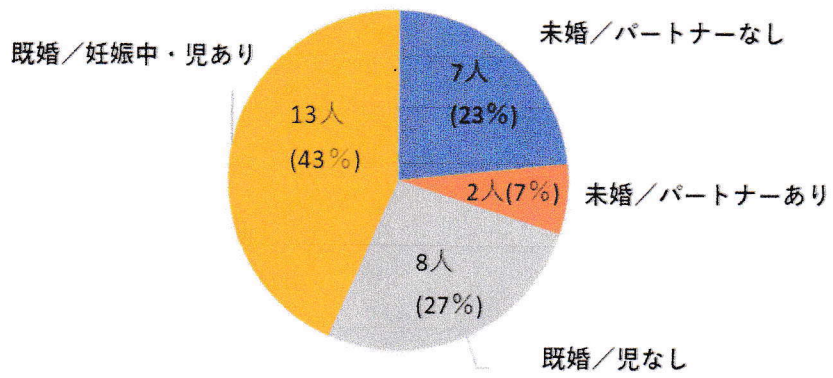


図 10 面接時の婚姻・家族構成

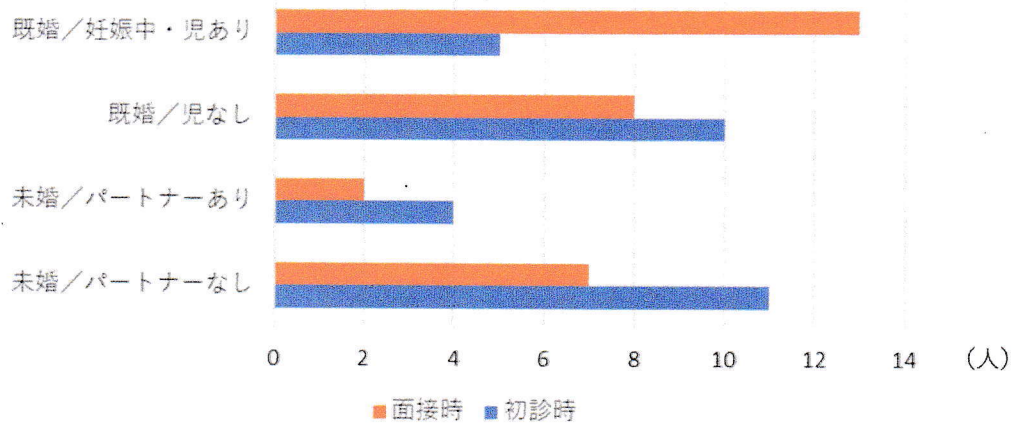


図 11 乳がん診断後の対象者に関する婚姻・家族構成の変化

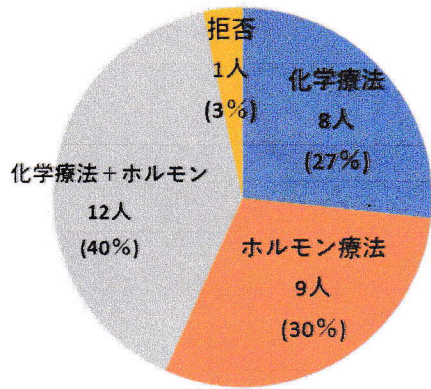


図 12 対象者が受けたがん薬物療法の内容

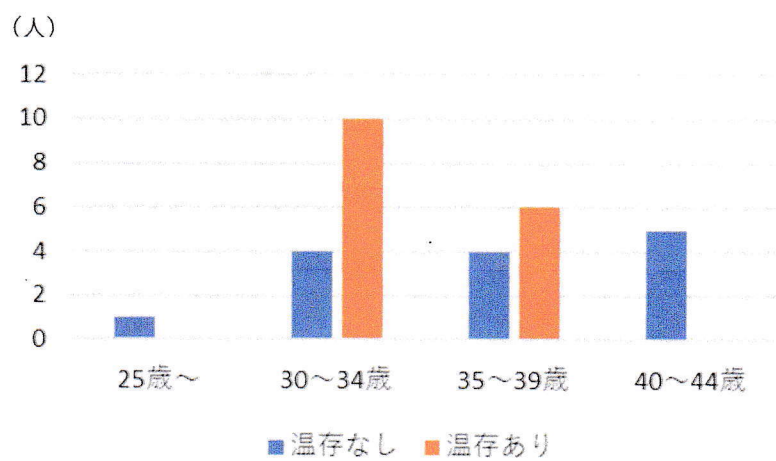


図 13 年代別妊孕性温存の有無

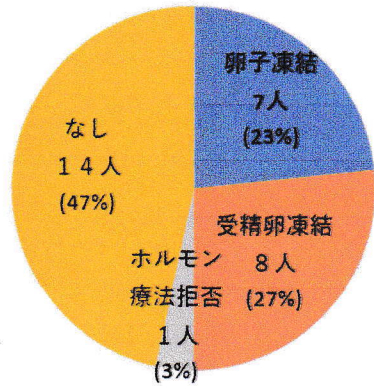


図 14 妊孕性温存治療に関する内容

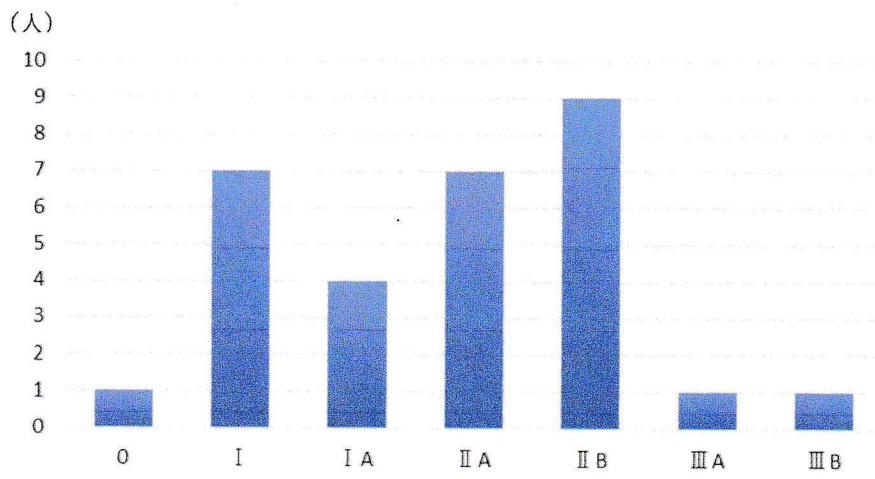


図 15 対象者の乳がんステージ

資料 2

表5 生殖年齢にある女性乳がん患者の妊孕性温存に関する意思決定過程を構成するカテゴリと概念

コアカテゴリ	カテゴリ	概念
乳がん治療と未来の出産を同時に考えられる意外性に驚きと安心を感じる		がん罹患が出産願望を阻みはしないとの医師の見解に産みたい気持ちがクローズアップされる
		乳がん治療と同時に妊孕性を温存できると聞き、意外な驚きと安心を感じる
産む自由も産まない自由も同時に持ち合わせていた自分に気づかされる		妊孕性喪失の説明で落ち込むのではなく乳がん治療を乗り越えたら産めると前向きに捉える
		私にも産む選択肢があるとの意識が心にかかると浮上する
迷わずためらわず妊孕性温存する・しないを即決する		意識下に潜んでいた子どもを産むことに対する価値観が突如表面化する
		温存で残すのは凍結された「モノ」か「いのち」か、急ぎ考えめぐらす
おっぱいをあげられるはずだった人生を強制終了で奪われるようでやりきれない		その場の勢いで直感的に即決する
		すでに子育て中、温存はしない
手近なインターネットから役立つような情報を必死で探す		今なら若い卵子や受精卵を残すことができる
		万が一を考えると、今温存しなければ後悔する
乳がん治療後の年齢を見積もり、未来の自然妊娠、高齢出産、子育てについて考えめぐらせる		がん治療を延期してまで温存しようとは思わない
		なにがなんでも子どもがほしいわけではない
まだ先でよかった産む・産まないの選択を間近に迫る期日までと伝えられ、力の限り考えめぐらし結論を出す	相手の気持ちを推し量りながら“する・しない”、“どの方法がいいか”を見極めていく	温存する選択肢があるなら産める可能性だけは残しておきたい
		おっぱいをあげられなくなる自分はやりきれない
限られた時間で人生の大きな決断をせまられる一方でわからないことが多すぎて混迷を極め消耗する		治療によって女性の特権を問答無用で奪われるようで受け止められない
		提示された治療を受けることは産める性の喪失危機でもあると自覚する
温存する、しない、するならどの方法か、決め手を探る		乳房と妊孕性両方の喪失の予感に襲われ女性ではなくなるような切なさに襲われる
		結婚・出産は女性としての当たり前前の人生だと思いついていた
自分主導でパートナーと私の人生を動かす		ネット情報は自分に合う情報かどうか判断できない
		古い情報や辛さを助長する情報には距離を置く心掛けつつ探す
結局は自分で決めるしかない		乳がんや妊孕性の情報はネットサーフィンしないと掴めず、時間もかかる
		治療完遂後は高齢出産、自然妊娠の可能性や子育てを想定しながら考える
私の人生の地図を描き変え始める	相手の気持ちを推し量りながら“する・しない”、“どの方法がいいか”を見極めていく	高齢で出産し十分な子育てができるかを懸念する
		受精卵凍結は相手のあること、自分の思いを押しつけない
温存すると決めたらにはヤキモキしつつも敷かれたレールの上を踏み外さずひたすら慎重に進む		夫・パートナーや親の意向する方向へ意思が傾く
		自分の両親や相手の両親を気づかいつつ最善の方向を探る
他者の力を借りる		既婚者ゆえに受精卵凍結も可能であるが決めかねる
		夫の反応を見ながら、温存したい私の意向を少しずつ伝える
手は打てたと安堵し新たな人生の再構築を始める		温存やその後の妊娠・出産過程での女性ホルモン上昇が乳がん増悪や再発を連想させ不安で怖い
		かける費用と受精率・妊娠率への確証がない未来について勘案する
心に残った情報を必死で探す		現時点では乳がんや妊孕性温存の歴史が浅く情報も少ないため判断がつかない
		乳がん再発リスクの統計値が示す意味について考えをめぐらす
自分の人生の地図を描き変え始める		抗がん剤の影響を受けた身体から生まれた子どもの発育が心配で判断がつかない
		乳がん治療から温存・出産までの道のりをイメージできずどうすべきかわからない
手は打てたと安堵し新たな人生の再構築を始める		期日がジリジリ迫り人生に影響する選択が不安でエネルギーがいる
		未婚ゆえに相手との結婚が現実的か否かで受精卵凍結を視野に入れる
自分の人生の地図を描き変え始める		年齢は温存する・しないの決め手になる
		卵子凍結か卵巣組織凍結、ホルモン療法より妊活優先か、選びきれず迷路にはまる
手は打てたと安堵し新たな人生の再構築を始める		温存費用は高額と知っているが“しない”を選択する決め手にはならない
		AMH検査、遺伝子検査の結果は強力な決め手、温存する・しないを真剣に考える
自分の人生の地図を描き変え始める		婚姻につながる受精卵凍結を決意しパートナーと私の人生を動かす
		パートナーの将来を案じて別れを告げる
自分の人生の地図を描き変え始める		他者の温存に関する体験は気にしないことにする
		温存をめぐる私の考え方は親族には受け入れてもらえない
自分の人生の地図を描き変え始める		温存「する」か「しない」かは、状況によってすぐに入れ替わる
		子孫を途絶えさせてしまうのでないかと家系図的な責任感に襲われる
自分の人生の地図を描き変え始める		自分の命と将来の命の選択が共存かに迷い、苦悶するが決めると決めるしかない
		乳がん治療以外のことを考えるゆとりはない
自分の人生の地図を描き変え始める		温存治療と維持にかかる高額な費用が温存する方向に傾く気持ちにブレーキをかける
		子どもを望む今と、これまでの人生の足跡をたどり葛藤する
自分の人生の地図を描き変え始める		相手と共に納得のいくまで話し合う
		自分にぴったり合うオーダーメイド情報を求めて専門医療者を頼る
自分の人生の地図を描き変え始める		子どもを授かる希望を持ち続ける
		温存したことによっていただいた出産の可能性をがん治療へのエネルギーに換える
自分の人生の地図を描き変え始める		納得のいく意思決定をしたことが今の自分を支えてくれる
		将来の見通しが立ちスッキリ、手は打てたと安心する
自分の人生の地図を描き変え始める		乳がん罹患と妊孕性温存の検討は人生を考える好機となり人生が動いた
		受精卵凍結は本意な結果に終わったが後悔はない
自分の人生の地図を描き変え始める		将来は養子を迎え子どものいる生活をおくりたい
		子どものいない人生を歩もうと気持ちを切り替える
自分の人生の地図を描き変え始める		妊娠・出産・子どもの話題は極力避けたい
		心に空いた穴にサイズの合わない別の言い訳や代替え行動を埋め込み肯定できるような納得させる
自分の人生の地図を描き変え始める		夫婦でもっと将来の子どもと今で話し合いたかった
		もう産めなくなるかもしれない悲しみを自分でなだめる
自分の人生の地図を描き変え始める		人生の選択肢の一つが消えたことで、他者の子どもを見るたびに悲しみが沸き上がり酷くつらい
		子どもを産みたい、治したい、オセロゲームの駒のように2つの気持ちが交互に浮かび上がる
自分の人生の地図を描き変え始める		決められた温存までのレールの上をただただ進む
		急ぎ決められた際には思い通りに進められない温存までの行程にやきもきする
自分の人生の地図を描き変え始める		今いる子どものためになんとしてでも生きる
		子ども産んでこそ女性の人生という価値観から解放される
自分の人生の地図を描き変え始める		温存した安堵感の一方で治療後の妊娠・出産にまつわる新たな心配が押し寄せてくる
		温存の決意については夫・パートナーがよく理解者であり支えてくれる
自分の人生の地図を描き変え始める		家族の後押しが支えになる
		ネットで探してたピアの存在を励みとする
自分の人生の地図を描き変え始める		身近な人のがんや不妊治療の体験や意見を積極的に聞く
		医療者の説明の仕方やニュアンスに影響を受ける
自分の人生の地図を描き変え始める		看護師からの情報と親身な相談に励まされ納得させる

注) *で示した概念はカテゴリと同等の説明力をもつ概念

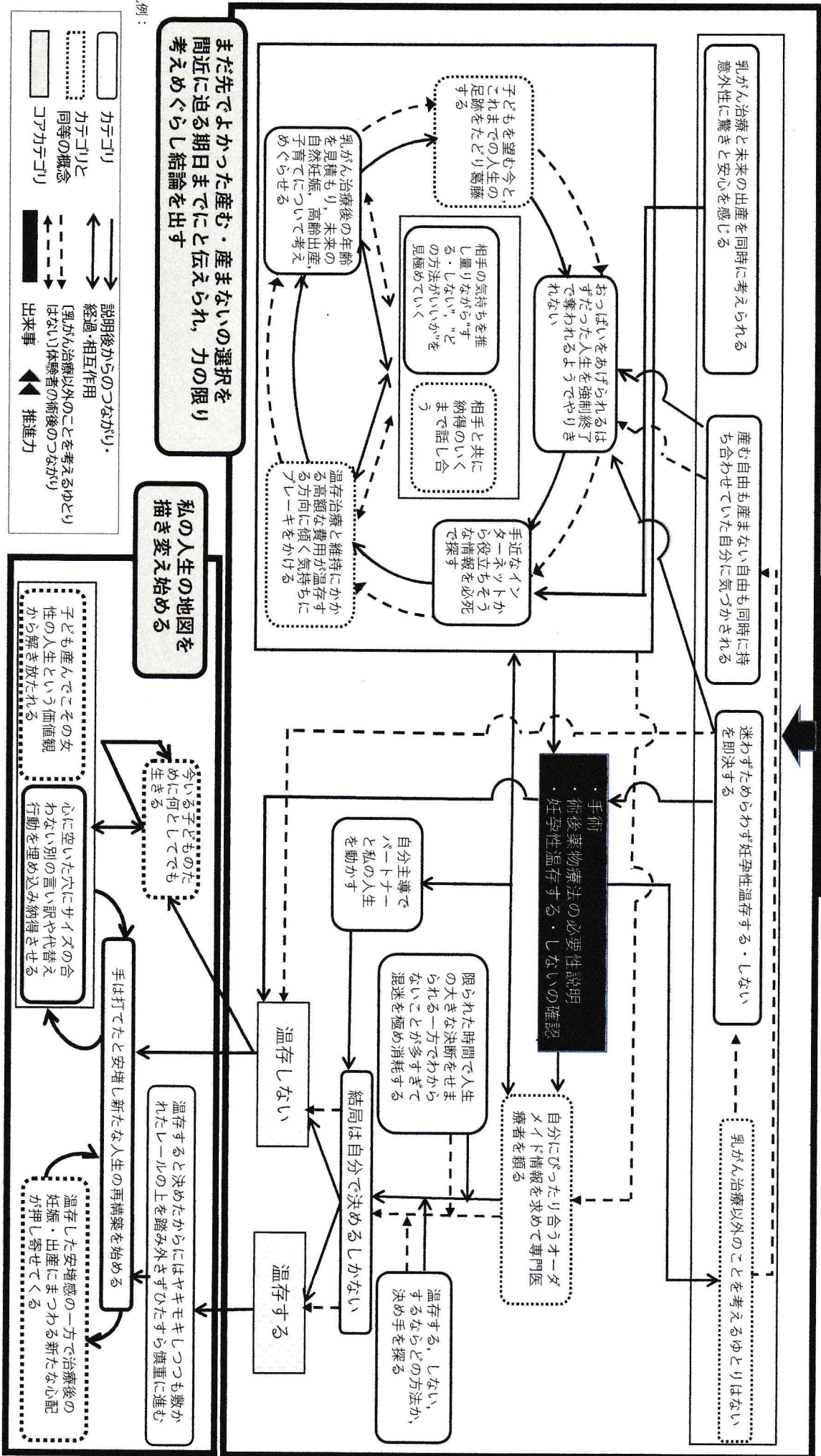


図16 生殖年齢にある女性乳がん患者の妊孕性温存に関する意思決定過程

他者の力を借りる

表6 コアカテゴリ・カテゴリ別 看護実践指針に含める項目・具体的内容

1. まだ先でよかった産む・産まないの選択を間近に迫る期日までに伝えられ、力の限り考えめぐらし結論を出す	
看護目標	がん治療に伴う妊孕への影響と妊孕性温存に関する情報を得ることで、納得のいく意思決定ができる
支援内容 実践指針	情報提供と患者の情報収集 1. がん治療によって生じる妊孕への影響と妊孕性温存に関する一般的知識を患者が獲得できるよう支援する 2. 患者情報を得る 3. 妊孕性に関する説明後の患者の受け止め方を知る
実践内容	1-1) できる限り乳がん診断時に、標準的ツールを活用したパンフレットなどの視覚的資料を提示しながら信頼できる情報源に基づいた情報提供を行う 1-2) 情報提供の適切なタイミングは個別性があることを知り、患者のニーズに応じた情報提供を行う 1-3) 医師からの妊孕性に関する説明についての理解度を確認し、患者が理解できるよう情報提供する 2-1) 患者情報を得る ①基本情報：年齢、職業、婚姻状況、家族構成、パートナーの有無、将来の育児希望、婚姻予定の有無、妊孕性温存に関する説明を一緒に受けたい人の有無と有の場合は誰であるか、身近に相談できる人の存在の有無と有の場合は誰であるか、どこに情報があるのかを知っているか、自分に適した情報の選別はできているか ②説明後の情報：説明後の受け止め方と理解度、妊孕性温存治療への希望、希望する妊孕性温存治療方法、悩みや困っていること、知りたい情報、価値の明確化、 ③妊孕性に関する情報：妊孕性への価値観、婦人科疾患の既往および服薬中の薬剤、不妊治療の経験 3-1) 妊孕性に関する説明を受けた患者の受け止め方を知り、アセスメントする
カテゴリ 実践指針	【乳がん治療と未来の出産を同時に考えられる意外性に驚きと安心を感じる】 4. 患者が自分の命と新しい命について考え、思い描き、それを言葉にして期待感を共有できるよう支援する、および心理的苦痛を抱く可能性についてアセスメントする
実践内容	1) 妊孕性喪失の予感から心理的苦痛を抱え込む可能性があることに十分留意し、新しい命について考え、思い描き、それを言葉にしながらも、その予兆を早くに察知して緩和を図るための方略を立てていく 2) 自分の命と未来の命に対する二重の不確実性の自覚から生じる心理的苦痛に関心を寄せ、それを見極めていく 3) 心理的苦痛を抱えている場合は、患者の言葉で自由に語れるよう促し、十分に聴き、適切なフィードバックをする 4) 患者自身が自分は何を心理的苦痛として抱えているのか、何を心配しているのか迷っているのか、どのような望みを抱いているのかなどを自分自身で明らかにしていけるように支援する
カテゴリ 実践指針	【産む自由も産まない自由も同時に持ち合わせていた自分に気づかされる】 5. 妊孕性喪失の予期的心配に対して支援する
実践内容	1) 予期的に現実に応じた程度に心配しておくことによって、現実の問題が出現したときに、その問題に立ち向かう準備をしたことになり、問題を処理する自信が強められる。予期的心配に対する思いや悲しみの気持ちを語ってもらい、その語りを傾聴すると同時にその予期的心配が患者のコントロールできる範囲かどうかを見極めていく 2) 十分な支持のもと、患者があとで聞いたり、見たり、感じるであろうことについて真実のみを告げること、同時にそれに対処できる方法や受けられる支援のあることを具体的に示していく
カテゴリ 実践指針	【迷わずためらわず妊孕性温存する・しないを即決する】 6. 温存する・しない決意とその人の妊孕性への価値観を見極め、患者のニーズに応じた適切な支援を提供していく
実践内容	1) 温存しないことを即決・即答する場合は、以下の①～③を確認してアセスメントし、必要な支援を見極めていく ①すでに子どもがいたとしても、その人が元々どのような家族計画を望んでいたのか ②自分にとっての妊孕性をどのように捉えているのか ③夫婦間で決意に対する話し合いができているのか 2) 上記1)の内容が温存しない理由と一致している場合：術前・術後を通して一貫して温存しない決意であると予測できるため、妊孕性温存に関する細やかな支援を必要としない可能性がある 3) 上記1)の内容が温存しない理由と一致していない場合：家族計画が完了していない思い、あるいは決意後に妊孕性喪失を抱く可能性があるため、気持ちを語ってもらい、その語りを傾聴し、その後の支援を検討する 4) 夫婦間で話し合いができている場合：即答ではなく話を一度持ち帰って検討してみることを提案する 5) 温存することを検討する場合：より専門的情報が得られるよう専門医療者へつないでいけるよう支援する
カテゴリ 実践指針	《乳がん治療以外のことを考えるゆとりはない》 7. その時点での患者の関心事に対する支援を行う 8. 手術後【迷わずためらわず妊孕性温存する・しないを即決する】【産む自由も産まない自由も同時に持ち合わせていた自分に気づかされる】ことへ変化していくことを知る
実践内容	7-1) 妊孕性のことにまで考えが及ばない状況下にいるときに、妊孕性温存に関する新たな情報提供を受けることは患者にとって混乱を招きかねないため、その時点での患者の関心事や不安な気持ちを聴き、その関心事や不安に対しての支援をする

表6のつづき

	<p>8-1) 《乳がん治療以外のことを考えるゆとりはない》受け止め方は、手術が終わった後【迷わずためらわず妊孕性温存する・しないを即決する】【産む自由も産まない自由も同時に持ち合わせていた自分に気づかされる】ことへ変化していく。患者の妊孕性温存に関する関心の向かい方がいつ変化してもよいように、あらかじめ患者の手元にはパンフレットなどの資料が揃っているよう支援する</p> <p>8-2) 手術終了後に検討できる期間は妊孕性温存に関する説明を受けたときよりも短期間であることが予測されるため、患者のニーズに応じて速やかに専門的情報が得られるよう専門医療者へつないでいけるよう支援する</p> <p>8-3) 妊孕性温存に関する再確認をされる時期を見越して、患者と妊孕性に関するコミュニケーションを継続させておくことで、患者が最初の受け止め方とは変化していることを安心して口に出せるよう配慮していく</p> <p>8-4) 妊孕性への価値の明確化ができているか確認する</p> <p>8-5) 即決や即答する場合は、そのことを支持しつつも状況に応じて一度話を持ち帰り検討する機会をつくる</p>
カテゴリ 実践指針	<p>【おっぱいをあげられるはずだった人生を強制終了で奪われるようでやりきれない】</p> <p>9. 患者にとっての妊孕性とは、子どもを“産み、自分のお乳（母乳）で育てていくこと”として捉えている人もいることを知り、予期的心配に対して支援する</p>
実践内容	<p>1) 予期的心配に対する思いや悲しみの気持ちを語ってもらい、その語りを傾聴すると同時にその予期的心配が患者のコントロールできる範囲かどうかを見極めていく</p> <p>2) 乳がん・乳房全摘という場合は、もう母乳で育てられなくなると大きな落胆を抱える可能性がある。患者が出産後に子どもを育てていくことに関する自分の感情を余すことなく吐露できる場を確保し、看護師に対して語りながら、必要に応じて、患者が自分で自分の考えをまとめていけるような支援を行う</p>
カテゴリ 実践指針	<p>【手近なインターネットから役立ちそうな情報を必死で探す】</p> <p>《自分にぴったり合うオードメイド情報を求めて専門医療者を頼る》</p> <p>10. 情報リテラシー能力を高め、信頼できる情報を患者へ紹介していく</p>
実践内容	<p>1) インターネットには匿名でどこからでもアクセスができ、多様な情報を自分のペースで入手できるという利点があるが、情報量が膨大であり返って混乱を招くことや、自分に合う情報かどうか判別できないこともあるという特徴に留意する</p> <p>2) インターネットから情報収集するためには主体性が必要であり、自分がどのような情報を得たいのか明確にしてから利用することが求められる。必要に応じて患者がどのような情報を得たいと思っているのか、情報の整理と明確化できるよう支援する</p> <p>3) 情報が公開されたのはいつなのか、質の高い信頼できる人物や公的機関が発信している情報であるかを多角的に吟味することを促していく</p> <p>4) 施設に応じた情報提供を行っていくことが基本であるが、各施設の特性による差を払拭するためには標準的なツールを活用し、患者のタイミングでアクセスできるよう信頼できる情報源を紹介し啓発していく</p> <p>5) 地域で連携している生殖医療施設や妊孕性外来診療施設の情報を把握しておく</p> <p>6) 患者体験情報は、可能な限り患者の望む多様な情報媒体（インターネット、小冊子、患者会やピアサポーターなど）によって個々が望む様式で情報提供ができるよう支援する</p> <p>7) 妊孕性温存に関する専門的情報について、どのような情報が必要であるかを患者個々に確認し、患者の個別の情報ニーズに応じていく</p> <p>8) 妊孕性温存に関する相談は専門的であり、極めてプライバシーへの配慮も要する内容であるため、相談窓口を明確に患者へ示しておく</p>
カテゴリ 実践指針	<p>《温存治療と維持にかかる高額な費用が温存する方向に傾き気持ちにブレーキをかける》</p> <p>11. 妊孕性温存に関する助成の知識や温存治療等にかかる費用に関する情報提供の支援をする</p>
実践内容	<p>1) 妊孕性温存治療費および維持費にかかるおおよその費用を把握し、必要に応じて伝えることができるよう準備しておく</p> <p>2) 地域で利用できる妊孕性温存に関する助成について把握しておくとともに、患者へ助成について情報提供を行う、また、患者の居住地で利用可能な助成はないかなど調べることを促していく</p>
カテゴリ 実践指針	<p>【乳がん治療後の年齢を見積もり、未来の自然妊娠、高齢出産、子育てについて考えめぐらせる】</p> <p>《子どもを望む今とこれまでの人生の足跡をたどり葛藤する》</p> <p>12. 必要に応じて患者の妊孕性への価値の明確化と情報の整理を支援する</p>
実践内容	<p>1) 患者の妊孕性への価値観や考えを言葉にする支援と同時に、患者が抱えている心理的苦痛を患者の言葉で自由に語れるよう促し、十分に聴き、適切なフィードバックをすることで、患者自身が自分は何を心理的苦痛として抱えているのか、何を心配しているのか迷っているのか、あるいは、どのような望みを抱いているのかなどを自分自身で明らかにしていけるように支援する</p>

表6のつづき

カテゴリ	【相手の気持ちを推しはかりながら”する・しない”、“どの方法がいいか”を見極めていく】 《相手と共に納得いくまで話し合う》
実践指針	13. 重要他者との間で一時的に葛藤や不安が高まったとしても、それが納得のいくよい決定への過程であることを意識して支援していく
実践内容	1) 一人で妊孕性に関する説明を聞いた内容を他者へ伝えることに困難感を抱く患者の場合は、必要に応じて重要他者へ説明をする機会や相談に応じていく 2) 患者自身が自己と向き合い、自分の価値を明確にすること、あるいは納得できる方向性を見出していけるよう支援していく
カテゴリ	【自主主導でパートナーと私の人生を動かす】 【限られた時間で人生の大きな決断をせまられる一方でわからないことが多すぎて混迷を極め消耗する】 【温存する、しない、するなどの方法か、決め手を探る】 【結局は自分で決めるしかない】
実践指針	14. 患者自身による納得のいく意思決定ができるよう支援する 15. 患者が決めたことを支持していく
実践内容	14-1) 患者自身の内面にある不安や葛藤や悩みなどの気持ちに向き合い、自分の決意に納得できるか自問自答することができるよう、情報を整理するとともに再び患者の価値を明確化し本人の納得をサポートしていく 14-2) 「温存する・しない」いずれの覚悟を決めたとしても、覚悟は変動する可能性があることを念頭に入れ、患者の納得の状況をアセスメントし、患者の価値を明確化し本人の納得をサポートしていく 14-3) 重要他者との意見の相違がある場合は、必要に応じて両者が別々の場によって本音で語るができる場をつくる 14-4) 検討によって生じる悩みや葛藤を、納得した決意をもたらすための必要な過程として捉え、悩む時間を保証し、励まし、支え、必要に応じた支援を行っていく 14-5) 妊孕性温存をする・しないは他者によって判断されることではないことに留意し、患者が十分な情報入手ができていることに基づき、妊孕性に関する諸事情を勘案し納得して治療に挑むことを支援する 15-6) 極めて個人の私的体験については看護支援を必要としない可能性はあるが、“自分で決める”を支援するだけでなく、決めたことを支持する支援を行っていく
II. 私の人生の地図を描き変え始める	
看護目標	レジリエンスを獲得し、新たな人生の再構築を始めることができる
カテゴリ	●妊孕性温存「する」と意思決定した患者の支援
実践指針	【急ぎ決めた割には思い通りに進められない温存までの行程にやきもきする】 1. がん薬物療法開始日程を患者とともに医師に明確に確認し、速やかに生殖医療へ引き継いでいく
実践内容	1) 婦人科系疾患の既往や服薬の有無を確認し、必要に応じてかかりつけ医に相談するよう促していく 2) 自己の体調管理がマネジメントできるよう支援していく 3) 生殖医療へ引き継いでいけるよう調整などの支援をする
カテゴリ	【手は打てたと安堵し新たな人生の再構築を始める】 《温存した安堵感の一方で治療後の妊娠・出産にまつわる新たな心配が押し寄せてくる》
実践指針	2. 温存を希望したが、温存ができなかった患者への精神的サポートを行う 3. 乳がん治療完遂後および治療中に妊娠・出産を希望する患者へ、主治医と円滑に相談できるようサポートする
実践内容	2-1) 喪失感を抱いた場合、その無念さや悲しみを患者が自身の言葉で語るができるようになるには、時間を要する場合もあるが、存分に嘆き、悲しんでもよいこと、それらを出表することの必要性を本人や家族へ伝えていく 2-2) 患者の外来受診の際には、関心を向けながら声を掛け、その人の状態や状況の必要性に応じてその出来事に対する気持ちを語るができる場や機会を意図的につくるなどの支援を行っていく 2-3) 温存しないと決めた患者と同様の継続的支援を行っていく 3-1) 妊娠や出産による女性ホルモン値の上昇・再発の誘発、がん薬物療法後の母胎による胎児の発育への影響、出生児のその後の成長過程などの心配や揺らぎを抱く可能性がある。最新情報を提供していくことおよび精神的サポートを行っていく
カテゴリ	●妊孕性温存「しない」と意思決定した患者の支援
実践指針	《今いる子どものために何としてでも生きる》 《子ども産んでこそその女性の人生という価値観から解き放たれる》 【心に空いた穴にサイズの合わない別の言い訳や代替え行動を埋め込み納得させる】 4. 温存しないと自分で決めた結論であっても、不確実な要素をはらむ意思決定ゆえにそれで終わりということには至らず、決めた後に迷いや揺らぎが生じてくることもあることを看護師は知っておく 5. 温存しない決意をしたとしても、ライフイベントの変化と育児希望への関心の変化はあり得るとの意識を持ちながら支援していく

表6のつづき

<p>実践内容</p>	<p>4-1) 決めた後でも迷いや揺らぎが生じることは自然なことであることを患者や重要他者へ伝えていく 4-2) 患者の「温存しない」決意後、内心で大きな揺らぎを抱えている人も存在していることを意識し、患者の決意を肯定する支援とともに存分に嘆き、悲しんでもよいこと、それらを表出することの必要性を本人や家族へ伝えていく 4-3) 喪失感を抱えている場合、自分の気持ちを他者に語ることなく表出できていないこともある。意思決定前に得た患者の妊孕性への価値観や挙児希望の有無などの情報を参考に、決定後の喪失感を抱えているかどうかをアセスメントする 4-4) 悲しみや喪失感を抱えている場合は、気持ちを抑制するよりも表出することが大切であると患者や重要他者へ伝えていく 4-5) その人の状態や状況に応じて、その出来事に対する気持ちを語るができる場や機会を意図的につくり、その人にとっての新たな妊孕性への価値を見出していけるよう支援する 5-1) 温存しないとの決定を支持しつつも、ライフステージの変化によって関心の程度も変わることは当然であるという前提に立ち、挙児希望への関心が高まったときには、まずは看護師がいつでも相談に応じること、どこの誰にまずは声をかけてもらえばよいかについてあらかじめ具体的に患者へ伝えておく</p>
<p>カテゴリ 実践指針</p>	<p>●妊孕性温存に関する意思決定した患者の同一性の支援 【手は打てたと安堵し新たな人生の再構築を始める】 6. 温存する・しないのいずれの決意であっても看護師はその人の意思決定として肯定し、尊重する 7. 行動変容・自信という「肯定的な適応」、よりよく生きようとする「well-being」と「QOLの向上」、前向きな力「エンパワーメント」というレジリエンスを獲得する途上であることを意識し、継続的に支援していく</p>
<p>実践内容</p>	<p>6-1) 温存治療に挑んだことを支持し、患者が健闘したことを重要他者と共有できるようサポートし乳がん治療の完遂に向けて支援する 7-1) 外来受診のたびに意図的に継続して声をかけていく 7-2) 患者が抱く苦悩や葛藤も必要なプロセスであると捉え、その人のレジリエンスを信じて励まし、支えながら継続的パートナーシップとして支援していく</p>
<p>Ⅲ. 他者の力を借りる</p>	
<p>実践指針</p>	<p>1. 患者の抱える問題に関心を寄せ、共有し共に状況を分析していく 2. 患者の身体的・精神的状態を正確に感受し、共感していることを伝え、患者自身の考え方や行動を承認したり肯定したりして認めること、必要な時は患者の行動を支持したり後押ししたりする 3. 乳腺外科医、婦人科医、生殖専門医など複数の専門職者と患者との間をつないでいく 4. 患者の表出できていない思いを夫、パートナー、家族や親族、多職種医療者へ説明し、患者の代弁者としての役割を担っていく</p>

表7 生殖年齢にある女性乳がん患者の妊孕性温存に関する意思決定を支援する看護実践指針

I. まだ先でよかった産む・産まないの選択を間近に迫る期日までにと伝えられ、力の限り考えめぐらし結論を出す	
項目	具体的内容
1. がん治療によって生じる妊孕への影響と妊孕性温存に関する一般知識を患者が獲得できるよう支援する	1) できる限り乳がん診断時に、標準的ツールを活用したパンフレットなどの視覚的資料を提示しながら信頼できる情報源に基づいた情報提供を行う 2) 情報提供の適切なタイミングは個別性があることを知り、患者のニーズに応じた情報提供を行う 3) 医師からの妊孕性に関する説明についての理解度を確認し、患者が理解できるよう情報提供する
2. 患者情報を得る	1) 患者情報を得る ① 基本情報：年齢、職業、婚姻状況、家族構成、パートナーの有無、将来の育児希望、婚姻予定の有無、妊孕性温存に関する説明と一緒に受けたい人の有無と有の場合は誰であるか、身近に相談できる人の存在の有無と有の場合は誰であるか、どこに情報があるのかを知っているか、自分に適した情報の選別はできているか ② 説明後の情報：説明後の受け止め方と理解度、妊孕性温存治療への希望、希望する妊孕性温存治療方法、悩みや困っていること、知りたい情報、価値の明確化、 ③ 妊孕性に関する情報：妊孕性への価値観、婦人科疾患の既往および服薬中の薬剤、不妊治療の経験
3. 妊孕性に関する説明後の患者の受け止め方を知る	1) 妊孕性に関する説明を受けた患者の受け止め方を知り、アセスメントする
4. 患者が自分の命と新しい命について考え、思い描き、それを言葉にして期待感を共有できるよう支援する、および心理的苦痛を抱く可能性についてアセスメントする	1) 妊孕性喪失の予感から心理的苦痛を抱え込む可能性があることに十分留意し、新しい命の誕生について考え、思い描き、それを言葉にしながらも、その予兆を早くに察知して緩和を図るための方略を立てていく 2) 自分の命と未来の命に対する二重の不確実性の自覚から生じる心理的苦痛に関心を寄せ、それを見極めていく 3) 心理的苦痛を抱えている場合は、患者の言葉で自由に語れるよう促し、十分に聴き、適切なフィードバックをする 4) 患者自身が自分は何を心理的苦痛として抱えているのか、何を心配しているのか迷っているのか、どのような望みを抱えているのかななどを自分自身で明らかにしていけるように支援する
5. 妊孕性喪失の予期的心配に対して支援する	1) 予期的に現実に応じた程度に心配しておくことによって、現実の問題が出現したときに、その問題に立ち向かう準備をしたことになり、問題を処理する自信が強められる。予期的心配に対する思いや悲しみの気持ちを語ってもらい、その語りを傾聴すると同時にその予期的心配が患者のコントロールできる範囲かどうかを見極めていく 2) 十分な支持のもと、患者があとで聞いたり、見たり、感じるであろうことについて現実のみを告げること、同時にそれに対処できる方法や受けられる支援のあることを具体的に示していく
6. 温存する・しない決意とその人の妊孕性への価値観を見極め、患者のニーズに応じた適切な支援を提供していく	1) 温存しないことを即決・即答する場合は、以下の①～③を確認してアセスメントし、必要な支援を見極めていく ① すでに子どもがいたとしても、その人が元々どのような家族計画を望んでいたのか ② 自分にとっての妊孕性をどのように捉えているのか ③ 夫婦間で決意に対する話し合いができていないのか 2) 上記1)の内容が温存しない理由と一致している場合：術前・術後を通して一貫して温存しない決意であると予測できるため、妊孕性温存に関する細やかな支援を必要としない可能性がある 3) 上記1)の内容が温存しない理由と一致していない場合：家族計画が完了していない思い、あるいは決意後に妊孕性喪失を抱く可能性があるため、気持ちを語ってもらい、その語りを傾聴し、その後の支援を検討する 4) 夫婦間で話し合いができていない場合：即答ではなく話を一度持ち帰って検討してみることを提案する 5) 温存することを検討する場合：より専門的情報が得られるよう専門医療者へつないでいけるよう支援する
7. 《乳がん治療以外のことを考えるゆとりはない》ときは、その時点での患者の関心事に対する支援を行う	1) 妊孕性のことにまで考えが及ばない状況下にいるときに、妊孕性温存に関する新たな情報提供を受けることは患者にとって混乱を招きかねないため、その時点での患者の関心事や不安な気持ちを聴き、その関心事や不安に対しての支援をする

表7のつづき

<p>8. 手術後【迷わずためらわず妊孕性温存する・しないを即決する】【産む自由も産まない自由も同時に持ち合わせていた自分に気づかされる】ことへ変化していくことを知る</p>	<p>1) 《乳がん治療以外のことを考えるゆとりはない》受け止め方は、手術が終わった後【迷わずためらわず妊孕性温存する・しないを即決する】【産む自由も産まない自由も同時に持ち合わせていた自分に気づかされる】ことへ変化していく。患者の妊孕性温存に関する関心の向かい方がいつ変化してもよいように、あらかじめ患者の手元にはパンフレットなどの資料が揃っているよう支援する</p> <p>2) 手術終了後に検討できる期間は妊孕性温存に関する説明を受けたときよりも短期間であることが予測されるため、患者のニーズに応じて速やかに専門の情報が得られるよう専門医療者へつないでいけるよう支援する</p> <p>3) 妊孕性温存に関する再確認をされる時期を見越して、患者と妊孕性に関するコミュニケーションを継続させておくことで、患者が最初の受け止め方とは変化していることを安心して口に出せるよう配慮していく</p> <p>4) 妊孕性への価値の明確化ができていくか確認する</p> <p>5) 即決や即答する場合は、そのことを支持しつつも状況に応じて一度話を持ち帰り検討する機会をつくる</p>
<p>9. 患者にとっての妊孕性とは、子どもを“産み、自分のお乳（母乳）で育ていくこと”として捉えている人もいることを知り、予期的心配に対して支援する</p>	<p>1) 予期的心配に対する思いや悲しみの気持ちを語ってもらい、その語りを傾聴すると同時にその予期的心配が患者のコントロールできる範囲かどうかを見極めていく</p> <p>2) 乳がん・乳房全摘という場合は、もう母乳で育てられなくなると大きな落胆を抱える可能性がある。患者が出産後に子どもを育てていくことに関する自分の感情を余すことなく吐露できる場を確保し、看護師に対して語りながら必要に応じて、患者が自分で自分の考えをまとめていけるような支援を行う</p>
<p>10. 情報リテラシー能力を高め、信頼できる情報を患者へ紹介していく</p>	<p>1) インターネットには、匿名でどこからでもアクセスができ、多様な情報を自分のペースで入手できるという利点があるが、情報量が膨大であり返って混乱を招くことや、自分に合う情報かどうか判別できないこともあるという特徴に留意する。</p> <p>2) インターネットから情報収集するためには主体性が必要であり、自分がどのような情報を得たいのか明確にしてから利用することが求められる。必要に応じて患者がどのような情報を得たいと思っているのか、情報の整理と明確化できるよう支援する</p> <p>3) 情報が公開されたのはいつなのか、質の高い信頼できる人物や公的機関が発信している情報であるかを多角的に吟味することを促していく</p> <p>4) 施設に応じた情報提供を行っていくことが基本であるが、各施設の特性による差を払拭するためには標準的なツールを活用し、患者のタイミングでアクセスできるよう信頼できる情報源を紹介し啓発していく</p> <p>5) 地域で連携している生殖医療施設や妊孕性外来診療施設の情報を把握しておく</p> <p>6) 患者体験情報は、可能な限り患者の望む多様な情報媒体（インターネット、小冊子、患者会やピアサポーターなど）によって個々が望む様式で情報提供ができるよう支援する</p> <p>7) 妊孕性温存に関する専門的情報について、どのような情報が必要であるかを患者個々に確認し、患者の個別の情報ニーズに応じていく</p> <p>8) 妊孕性温存に関する相談は専門的であり、極めてプライバシーへの配慮も要する内容であるため、相談窓口を明確に患者へ示しておく</p>
<p>11. 妊孕性温存に関する助成の知識や温存治療等にかかる費用に関する情報提供の支援をする</p>	<p>1) 妊孕性温存治療費および維持費にかかるおおよその費用を把握し、必要に応じて伝えることができるよう準備しておく</p> <p>2) 地域で利用できる妊孕性温存に関する助成について把握しておくとともに、患者へ助成について情報提供を行う、また、患者の居住地で利用可能な助成はないかなど調べることを促していく</p>
<p>12. 必要に応じて患者の妊孕性への価値の明確化と情報の整理を支援する</p>	<p>1) 患者の妊孕性への価値観や考えを言葉にする支援と同時に、患者が抱えている心理的苦痛を患者の言葉で自由に語れるよう促し、十分に聴き、適切なフィードバックをすることで、患者自身が自分は何を心理的苦痛として抱えているのか、何を心配しているのか迷っているのか、あるいは、どのような望みを抱いているのかなどを自分自身で明らかにしていけるように支援する</p>
<p>13. 重要他者との間で一時的に葛藤や不安が高まったとしても、それが納得のいくよい決定への過程であることを意識して支援していく</p>	<p>1) 一人で妊孕性に関する説明を聞いた内容を他者へ伝えることに困難感を抱く患者の場合は、必要に応じて重要他者へ説明をする機会や相談に応じていく</p> <p>2) 患者自身が自己と向き合い、自分の価値を明確にすること、あるいは納得できる方向性を見出していけるよう支援していく</p>

表7のつづき

<p>14. 患者自身による納得のいく意思決定ができるよう支援する</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) 患者自身の内面にある不安や葛藤や悩みなどの気持ちに向き合い、自分の決意に納得できるか自問自答することができるよう、情報を整理するとともに再び患者の価値を明確化し本人の納得をサポートしていく 2) 「温存する・しない」いずれの覚悟を決めたとしても、覚悟は変動する可能性があることを念頭に入れ、患者の納得の状況をアセスメントし、患者の価値を明確化し本人の納得をサポートしていく 3) 重要他者との意見の相違がある場合は、必要に応じて両者が別々の場によって本音で語ることができる場をつくる 4) 検討によって生じる悩みや葛藤を、納得した決意をもたらすための必要な過程として捉え、悩む時間を保証し、励まし、支え、必要に応じた支援を行っていく 5) 妊孕性温存をする・しないは他者によって判断されることではないことに留意し、患者が十分な情報入手ができていることに基づき、妊孕性に関する諸事情を勘案し、納得して治療に挑むことを支援する
<p>15. 患者が決めたことを支持していく</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) 極めて個人の私的体験については看護支援を必要としない可能性はあるが、“自分で決める”を支援するだけでなく、決めたことを支持する支援を行っていく
<p>II. 私の人生の地図を描き変え始める</p>	
<p>●妊孕性温存「する」と意思決定した患者の支援</p>	
<p>項目</p>	<p>具体的内容</p>
<p>1. がん薬物療法開始日程を患者とともに医師に明確に確認し、速やかに生殖医療へ引き継いでいく</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) 婦人科系疾患の既往や服薬の有無を確認し、必要に応じてかかりつけ医に相談するよう促していく 2) 自己の体調管理がマネジメントできるよう支援していく 3) 生殖医療へ引き継いでいけるよう調整などの支援をする
<p>2. 温存を希望したが、温存ができなかった患者への精神的サポートを行う</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) 喪失感を抱いた場合、その無念さや悲しみを患者が自身の言葉で語るようになるには、時間を要する場合もあるが、存分に嘆き、悲しんでもよいこと、それらを表出することの必要性を本人や家族へ伝えていく 2) 患者の外來受診の際には、関心を向けながら声を掛け、その人の状態や状況の必要性に応じてその出来事に対する気持ちを語るができる場や機会を意図的につくるなどの支援を行っていく 3) 温存しないと決めた患者と同様の継続的支援を行っていく
<p>3. 乳がん治療完遂後および治療中に妊娠・出産を希望する患者へ、主治医と円滑に相談できるようサポートする</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) 妊娠や出産による女性ホルモン値の上昇・再発の誘発、がん薬物療法後の母胎による胎児の発育への影響、出生児のその後の成長過程などの心配や揺らぎを抱く可能性がある。最新情報を提供していくこと、および精神的サポートを行っていく
<p>●妊孕性温存「しない」と意思決定した患者の支援</p>	
<p>項目</p>	<p>具体的内容</p>
<p>4. 温存しないと自分で決めた結論であっても、不確実な要素をはらむ意思決定ゆえにそれで終わりということには至らず、決めた後に迷いや揺らぎが生じることもあることを看護師は知っておく</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) 決めた後でも迷いや揺らぎが生じることは自然なことであることを患者や重要他者へ伝えていく 2) 患者の「温存しない」決意後、内心で大きな揺らぎを抱いている人も存在していることを意識し、患者の決意を肯定する支援とともに存分に嘆き、悲しんでもよいこと、それらを表出することの必要性を本人や家族へ伝えていく 3) 喪失感を抱いている場合、自分の気持ちを他者に語ることなく表出できていないこともある。意思決定前に得た患者の妊孕性への価値観や挙児希望の有無などの情報を参考に、決定後の喪失感を抱いているかどうかをアセスメントする 4) 悲しみや喪失感を抱いている場合は、気持ちを抑制するよりも表出することが大切であると患者や重要他者へ伝えていく 5) その人の状態や状況に応じて、その出来事に対する気持ちを語るができる場や機会を意図的につくり、その人にとっての新たな妊孕性への価値を見出していけるよう支援する
<p>5. 温存しない決意をしたとしても、ライフイベントの変化と挙児希望への関心の変化はあり得るとの意識を持ちながら支援していく</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) 温存しないと決意を支持しつつも、ライフステージの変化によって関心の程度は変わることは当然であるという前提に立ち、挙児希望への関心が高まったときには、まずは看護師がいつでも相談に応じること、どこの誰にまずは声をかけてもらえばよいかについてあらかじめ具体的に患者へ伝えておく

表7のつづき

●妊孕性温存に関する意思決定した患者の共通の支援	
項目	具体的内容
6. 温存する・しないのいずれの決意であっても看護師はその人の意思決定として肯定し、尊重する	1) 温存治療に挑んだことを支持し、患者が健闘したことを重要他者と共有できるようにサポートし乳がん治療の完遂に向けて支援する
7. 行動変容・自信という「肯定的な適応」、よりよく生きようとする「well-being」と「QOLの向上」、前向きな力「エンパワメント」というレジリエンスを獲得する途上であることを意識し、継続的に支援していく	1) 外来受診のたびに意図的に継続して声をかけていく 2) 患者が抱く苦悩や葛藤も必要なプロセスであると捉え、その人のレジリエンスを信じて励まし、支えながら継続的パートナーシップとして支援していく
Ⅲ. 他者の力を借りる	
1. 患者の抱える問題に関心を寄せ、共有し共に状況を分析していく 2. 患者の身体的・精神的状態を正確に感受し、共感していることを伝え、患者自身の考え方や行動を承認したり肯定したりして認めること、必要な時は患者の行動を支持したり後押ししたりする 3. 乳腺外科医、婦人科医、生殖専門医など複数の専門職者と患者との間をつないでいく 4. 患者の表出できていない思いを夫、パートナー、家族や親族、多職種医療者へ説明し、患者の代弁者としての役割を担っていく	

資料 3~5

「生殖年齢にある女性乳がん患者の妊孕性温存に関する意思決定を支援する

看護実践指針の開発」に関する説明書

目次

1. 当該研究の実施について研究機関の長の許可を受けていること
2. 研究機関の名称, 研究責任者氏名 (共同研究機関の名称, 研究責任者名)
3. 研究の目的, 意義
 - (1) 研究の背景および目的
 - (2) 予想される医学上の貢献や研究の意義
4. 研究の方法, 期間
 - (1) 方法
 - (2) 研究期間
 - (3) 研究対象者 (研究対象者として選定された理由)
 - (4) 研究実施場所
 - (5) この研究を中止させていただく場合があること
5. 研究への参加により生じる利益並びに不利益, 負担及び予測されるリスク
6. 研究への参加同意と同意撤回
7. 研究への参加に同意しないことまたは同意を撤回することによって不利益な扱いを受けないこと
8. 研究に関する情報公開の方法
9. 研究計画書及び研究の方法に関する資料の入手または閲覧

10. 個人情報の取扱い
11. 試料・情報の保管及び廃棄の方法
12. 研究資金及び利益相反
13. 研究に関する相談について
14. 経済的負担, 謝礼について
15. 健康被害に対する保障の有無及びその内容

<問い合わせ等の連絡先>

作成日 2019年2月1日 第1.1版

1. 当該研究の実施について研究機関の長の許可を受けていること

この説明書は「生殖年齢にある女性乳がん患者の妊孕性温存に関する意思決定を支援する看護実践指針の開発」の内容について説明したものです。この研究についてご理解・ご賛同いただける場合は、研究の対象者として研究にご参加くださいますようお願い申し上げます。

この研究に参加されなくても不利益を受けることは一切ありませんのでご安心ください。もし、おわかりになりにくいことがありましたら、どうぞ遠慮なく担当者にお尋ねください。

なお、臨床研究の内容は、研究に参加される方の権利を守るため、研究を実施することの適否について以下に示す倫理審査委員会にて審査され、承認された後に研究を開始することになっています。今回の臨床研究につきましても、既にその審議を受け、〇〇研究倫理審査専門委員会及び甲南女子大学研究倫理審査の承認(承認番号)を得ています。また、〇〇病院長と〇〇研究科長の許可を得ています(申請番号)。

* 倫理審査委員会

- (1) 名称：〇〇研究倫理審査専門委員会
- (2) 設置者の名称：〇〇病院長， 〇〇研究科長
- (3) 所在地：〇〇〇〇〇丁目〇番〇号
- (4) 調査・審議の内容：研究計画書の科学的・倫理的側面からの審査， 臨床

研究継続時の審査

この倫理委員会の手順書、委員の名簿などは、倫理委員会のホームページにおいて一般に公開しており、自由に閲覧することができます。

<http://www.hsc.〇〇-u.ac.jp/ethics/kr/procedures.html>

2. 研究機関の名称, 研究責任者氏名 (共同研究機関の名称, 研究責任者名)

【研究責任者所属・職名・氏名】

〇〇病院 〇〇科, 職名〇〇, 氏名〇〇

【研究分担者所属・職名・氏名】

〇〇病院 〇〇科, 職名〇〇, 氏名〇〇

〇〇病院 〇〇部, 職名〇〇, 氏名〇〇

【共同研究機関所属・職名・氏名・役割分担】

甲南女子大学看護リハビリテーション学部, 教授, 〇〇, 研究実施責任者

甲南女子大学大学院看護学研究科博士後期課程, 院生, 小西玲奈, 研究実施者

3. 研究の目的, 意義

(1) 研究の背景および目的

現在, 日本ではがんに罹患し妊娠可能な年齢にある女性の方へ, がん薬物療法を受ける前に妊孕性についてのご説明および, ご相談などの取り組みが推進されてきています。

乳がんに罹患した妊娠可能な年齢にある女性に関する研究は, いくつか取り組まれています, どのような体験を経て妊孕性温存 (妊娠のしやすさを保持することです) をするかしないかを決めてくのかについては, 明らかになっているとは言えません。

この研究の目的は、初めて乳がんと診断された女性の方が、がん薬物療法開始前にどのような体験を経て、どのように妊孕性温存に関する意思決定をしていくのか、その過程を明らかにし、この意思決定を支援する看護実践指針を作成することです。

(2) 予想される医学上の貢献や研究の意義

この研究を行うことにより、生殖年齢にある女性乳がん患者が限られた時間の中で、がん治療と妊孕性温存の可能性の選択という二重の課題に関して意思決定することを保証するという医学上の貢献がなされることが考えられます。

4. 研究の方法, 期間

(1) 方法 (試料や情報の収集方法など)

具体的な内容・方法は次のとおりです。

この研究では、面接をさせていただきます。面接では、〇〇病院乳腺・内分泌外科外来のプライバシーが確保できる個室に準じた環境で行います。また、同意をいただいた当日以外の日で面接ご希望の場合は、日程調整をさせていただき、状況よってご指定いただいた場所へお伺いし面接をさせていただきます。

あなたから得られた面接内容は、大変貴重なお話ですので、あなたからの承諾が得られた場合に限り、ICレコーダーにて面接内容を録音させていただきます。また、録音の承諾を得られない場合は、メモを取りながら面接させていただきますことをご了承ください。

面接内容はがん薬物療法開始前に、妊孕性温存についてどのように感じ、思い、考え、迷い、どのように受け止め行動したのか、また、どのように決定したのか、決定するのに

重要視したことや他者との関わりや出来事などを伺います。面接は、60分程度のお時間を要しますが、その時の都合や体調に配慮して調整いたします。

面接回数は、外来受診時、一人につき1回です。また、答えたくない内容にはお答えになる必要はありません。

(2) 研究期間

この研究は、2019年4月15日～2021年4月30日の期間で実施されます。

(3) 研究対象者（研究対象者として選定された理由）

この研究は、〇〇病院の乳腺・内分泌外科外来通院中の方のうち、医師から診断名を伝えられた日本語での会話が可能な方で、手術療法を受けてからがん薬物療法開始前に妊孕性温存についてするか・しないかを決めた時点で20歳～45歳未満までの女性を対象として、15～30名程度の方に実施する予定です。

(4) 研究実施の名称と場所

この研究は〇〇病院〇〇科外来で実施されます。なお、データの分析については、甲南女子大学大学院看護学研究科院生室及び〇〇研究室で行います。個人情報については、氏名の情報を削除し新たに別の対応表を割り当て匿名化します。

(5) この研究を中止させていただく場合があること

本研究は、以下の事項に該当する場合は、中止させていただきます。その際は、必要に応じて中止の理由をあなたに説明し、誠意をもって対応します。

- ① あなたから同意の撤回があったとき
- ② 面接中にあなたの体調および精神状態の変化が生じたとき
- ③ 委員会により停止又は中止の勧告あるいは指示があったとき

- ④ その他の理由により、研究責任者が研究の中止が適当と判断したとき

5. 研究への参加により生じる利益並びに不利益、負担及び予測されるリスク

(1) 研究への参加により生じる利益

あなたが研究に参加することで直接得る利益としては、これまでのご自分の体験を語ることにより、あなたがどのような考えをもって妊孕性温存について意思決定をしたのか、自己の考えを改めて確認することができます。

改めて確認できることにより、妊孕性温存をするかしないか、いずれの決定であっても、人生の受容を促すことにつながる事が考えられます。

(2) 研究参加により生じる不利益、負担及び予測されるリスク

面接によって 60 分程度のお時間をいただくこととなります。また、心身に疲労が生じる可能性があることが考えられますが、そのようなことが起こらないように十分配慮いたします。

(3) 負担およびリスクを最小化する対策

面接はあなたの都合を優先させて実施します。必要以上の面接時間とならないよう 60 分程度の面接に留意し、面接中は体調に十分配慮して行います。

体調不良や精神的に不安定な様子が推察される場合には、研究参加の意思を確認し、研究参加を拒否された場合は直ちに面接を中止するとともに、研究分担者である乳がん看護認定看護師へ連絡します。

(4) 研究に参加することで健康に被害が生じた場合の補償

面接により過去の否定的な感情や直面した困難などが呼び起こされ、心につらさが生じた

場合は、研究責任者及び研究分担者である医師と乳がん看護認定看護師に相談し、心療内科等への紹介を含めて適切な方法で対処いたします。

6. 研究への参加同意と同意撤回

この研究についてご理解いただき、研究に参加していただける場合は別紙「同意書」に署名をお願いします。一度同意された場合でも、いつでも撤回することができます。

「同意書」に署名後、撤回される場合は、この説明書記載の問い合わせ先の研究実施者へメールでお伝えいただくか、もしくは、研究実施責任者へご連絡ください。その後、返信用封筒をお送りしますので、「同意撤回書」に署名後、ご返送をお願いいたします。

7. 研究への参加に同意しないことまたは同意を撤回することによって不利益な扱いを受けないこと

同意されなかったり、同意を撤回されたりしても、それによって診療上不利になることはありません。

8. 研究に関する情報公開の方法

この研究結果の開示は、ご本人が希望される場合にのみ行います。内容についてお分かりになりにくい点がございましたら、遠慮なく研究実施者にお訪ねください。結果が分かるまでに数か月を要する場合があります。

なお、この研究はあなたのデータを個人情報に分からない形にして、学会が開催する学術集会や学術誌で発表されることがありますので、ご了承ください。

9. 研究計画書及び研究の方法に関する資料の入手または閲覧

ご希望があれば、個人情報の保護や研究の独創性の確保に支障がない範囲内で、この研究計画書及び研究の方法に関する資料を入手または閲覧することができますので、お申し出ください。

10. 個人情報の取扱い

この研究では、面接内容をデータにさせていただきます。

さらに、あなたの、疾患名、年齢、職業、家族構成、婚姻状況、妊孕性温存について意思決定をするまでに要した期間、診断後から面接時点までの経過期間についてお聞きします。また、あなたから電子カルテの閲覧について承諾が得られた場合に限り、診断名、既往歴、主要症状、治療内容と経過、医師の説明内容に関する情報を得ます。個人情報が外部に漏れることがないように十分留意します。また、あなたのプライバシーの保護について細心の注意を払います。

収集した個人情報については、氏名の情報を削除し新たに別の対応表を割り当て匿名化します。この対応表の作成ファイルと紙媒体の資料は、〇〇病院〇〇科外来の鍵のかかる保管庫に保管します。

1 1. 試料・情報の保管及び廃棄の方法

収集した電子データや音声データ、紙媒体の資料は研究遂行のため、または皆様からの問い合わせがあったときのために、研究結果の発表準備ができてから5年間保管します。5年経過後、録音媒体は消去し、紙媒体の資料はシュレッダーで、電子データや音声データは復元できないよう消去いたします。

また研究に参加する同意を撤回された場合には、それまでに頂いたデータを直ちに破棄いたします。

1 2. 研究資金及び利益相反

この研究に関して利害関係が想定される企業等で研究責任者や研究分担者あるいはその家族が活動して収入を得ているようなことはありません。

1 3. 研究に関する相談について

この研究についてわからないことがあった場合には、遠慮なく後述の「問い合わせ等の連絡先」にお問い合わせください。

1 4. 経済的負担、謝礼について

この研究に必要な費用は、あなたが負担することはありません。また、研究に参加していただいても、謝礼や交通費などの支給がないことをご了承ください。

15. 健康被害に対する保障の有無及びその内容

面接中に何らかのアクシデントがおきた場合は、研究実施者が加入している学生用の総合生活保険（傷害補償）Will2により見舞金をお支払いいたします。

〈問い合わせ等の連絡先〉

●〇〇病院 〇〇科 医師 氏名

(平日) 電話：〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇 8時30分～17時

住所：〒〇〇-〇〇 〇〇〇〇〇丁目〇番〇号

●甲南女子大学看護リハビリテーション学部 氏名

電話 〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇

E-mail：〇〇〇@konan-wu.ac.jp

住所 〒658 - 0001 兵庫県神戸市東灘区森北町6丁目2番23号

●甲南女子大学大学院看護学研究科博士後期課程・看護学専攻がん看護学分野

氏名

電話 〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇

E-mail：〇〇〇 @konan-wu.ac.jp

住所 〒658 - 0001 兵庫県神戸市東灘区森北町6丁目2番23号

同 意 書

〇〇病院長 殿

〇〇研究科長 殿

私は、「生殖年齢にある女性乳がん患者の妊孕性温存に関する意思決定を支援する看護実践指針の開発」について、甲南女子大学_____（自署）から、別紙説明書に基づき、次の項目について詳しい説明を受け、十分理解し納得できましたので、研究に参加することに同意します。

1. 当該研究の実施について研究機関の長の許可を受けていること
2. 研究機関の名称、研究責任者氏名
3. 研究の目的、意義
4. 研究の方法、期間
5. 研究への参加により生じる利益並びに不利益、負担及び予測されるリスク
6. 研究への参加同意と同意撤回
7. 研究への参加に同意しないことまたは同意を撤回することによって不利益な扱いを受けないこと
8. 研究に関する情報公開の方法
9. 研究計画書及び研究の方法に関する資料の入手または閲覧
10. 個人情報の取扱い
 11. 試料・情報の保管及び廃棄の方法
 12. 研究資金及び利益相反
 13. 研究に関する相談について
 14. 経済的負担、謝礼について
 15. 健康被害に対する保障の有無及びその内容

西暦 年 月 日

(自署)

お名前 _____

生年月日 _____

住所・連絡先 _____

本研究に関して、私が説明し同意が得られたことを証します。

研究担当者名 _____

所 属 _____

同意撤回書

〇〇病院長 殿

〇〇研究科長 殿

私は、「生殖年齢にある女性乳がん患者の妊孕性温存に関する意思決定を支援する看護実践指針の開発」への参加に同意し同意書に署名しましたが、その同意を撤回することを甲南女子大学の研究担当者_____（自署）に伝え、ここに同意撤回書を提出します。

西暦 年 月 日

(自署)

お名前 _____

生年月日 _____

住所・連絡先 _____

本研究に関する同意撤回書を受領したことを証します。

研究担当者名 _____

所 属 _____

面接ガイド

面接日	コードNo.
開始時刻	
終了時刻	

【あいさつ】

「本日は、こうしてお話を聞かせて頂けるというお返事をいただき、ありがとうございます。初めに、お願いがございます。今からお聞かせいただくお話はメモを取りながら聞かせて頂きますが、メモでは聞かせていただくお話を全て書ききれないので、もしお許しいただけるなら録音させていたいただきたいのですが、いかがでしょうか。すでに文書でお伝えしておりますが、〇〇さんのお名前が出ることは一切ありませんのでご安心ください。

ただ、今からお話を聞かせていただくときには〇〇さんと実名で呼ばせて頂きますので、どうしてもお名前が録音されることとなります。これに関して、内容を書き起こすときに、決して固有名詞を出さず、記号で書くことをお約束いたします。また、面接の途中でやめたいと思われたときには、ご遠慮なくおっしゃってください。」

【用語の説明】

「これからお話を聞かせていただく間に使う『妊孕性』という言葉は、妊娠のしやすさ、妊娠する力をすることをさしています。『妊孕性温存』という言葉は、がん薬物治療により将来妊娠の可能性が喪失しないよう、妊娠のしやすさや妊娠する力を保持することをさしています。

『妊孕性温存に関する意思決定過程』は、妊孕性について医師より説明を受けてから、妊孕性温存するか、しないかを定めるまでの経過をさしています。

●研究対象者の目の前でスイッチをONにし、今から録音が始まることを伝える。

【インタビュー内容】

【留意点】1つの項目に複数の項目を記載しているが、一度に質問するのではなく、研究対象者の語りを聞きながら順次聞いていく。また、質問の順序は半構造化面接法の利点を活かし、状況に応じて入れ替える。さらに、質問の意味が分からないような場合は、言葉を変えて質問する。

- ① 〇〇さんご自身のことについて教えてください。(疾患名、年齢、職業、家族構成、婚姻状況、診断後からの面接時点までの経過期間)
- ② がん治療と妊孕性に関する説明を受けたとき、どのようなお気持ち・どのような感情がご自身のなかに広がりましたか。またどのように受け止められましたか？教えてください。
- ③ 治療による妊孕への影響と温存に関することを、どのタイミングで知りましたか？

- ④ 妊孕性に関する説明を受けた後、何か考えたことがありましたか？
- ⑤ ④で考えたことに対して、何か行動しましたか。教えてください。
- ⑥ 妊孕性に関する説明を受けてから、誰かに自分の気持ちや大切にしたいこと（価値観）を共有しましたか（影響を及ぼした人物）。その場合、どのような話をしたのか教えてください。
- ⑦ 乳がん治療までに、妊孕性温存をする、しないについては、どのように考えられましたか。
- ⑧ 妊孕性温存について自分の意思で決めたとき、何を重要視してお決めになったのか、聞かせてください。
- ⑨ 妊孕性に関することをお決めになるまでに、迷ったことはありましたか。困ったことはありましたか。
- ⑩ 妊孕性に関することをお決めになるまでに、どのような出来事がありましたか。その出来事に対して、どのように考え、どのように対処（行動）されましたか。
- ⑪ 妊孕性に関することをお決めになるまでに、何か支援を受けましたか。どのような支援でしたか。支援を受けるとき、何か変化はありましたか。
- ⑫ がん治療に関わる妊孕性について、必要な支援、または望む支援は何でしたか。

長時間にわたりご協力ありがとうございました。

- 研究対象者の目の前でスイッチを OFF にし、この時点で録音が終了したことを伝える。